



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
ACİL SERVİSE YAPILMIŞ ŞİKÂYET BAŞVURULARININ  
GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

HAZIRLAYAN

Dr. NİLÜFER KAHRAMAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. GÜÇLÜ SELAHATTİN KIYAN

İZMİR- 2012

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmam sırasında değerli fikirleriyle bana yol gösteren, sabırla bilgi ve becerilerini paylaşan değerli hocam, tez danışmanım, Sayın Doç. Dr. G. Selahattin Kıyan' a, bilimsel araştırma prensiplerini öğrenmemde büyük emeği olan Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş'a ve eğitim sürecimdeki bilimsel katkılarından dolayı Doç. Dr. Murat Ersel' e saygılarımla teşekkür ederim.

Bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendisinden çok şey öğrendiğim, benden desteğini esirgemeyen sevgili Uzm. Dr. Funda Karbek Akarca' ya;

Bu günlere gelmemde büyük emeği olan ve Acil Tıp'ı bana sevdiren, öğreten değerli ablam Uzm. Dr. Aslıhan Yürüktümen ve değerli ağabeyim Doç. Dr. Ersin Aksay' a;

Uzmanlık tezimin istatistiklerinde benden yardımını esirgemeyen sevgili Uzm. Dr. Hür Hassoy'a teşekkürlerimi borç bilirim.

Tezimin hazırlanması süresince yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Uzman Hemşire Gülbin Yılmaz'a,

Her konuda bana yol gösteren, bana hekim olmayı sevdiren, öğreten, en zor anlarımda hep yanımda olan, çok sevdiğim, desteğim, herşeyim, biricik ablam Dr. Ebru Tok Bayalan' a, benden çok uzaklarda olmalarına rağmen her zaman yanımda hissettiğim ve her koşulda benden desteklerini esirgemeyen, çok sevgili babam Fuat Tok'a ve annem Ülkü Tok' a ;

Bu zorlu süreci benimle birlikte paylaşan ve yanımda olan sevgili eşim Dr. Ümit Kahraman' a ne kadar teşekkür etsem azdır.

Bu zorlu süreç boyunca her türlü güçlüğü beraber atlattığımız, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma, diğer Acil Tıp uzmanlarına, klinik hemşire ve personellerine teşekkür ederim.

## ÖZET

### ACİL SERVİSE YAPILAN HASTA VE YAKINLARINA AİT ŞİKAYET BAŞVURULARININ GERİYE YÖNELİK İNCELENMESİ

Nilüfer KAHRAMAN

Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bornova/ İZMİR

**Giriş:** Hasta memnuniyeti “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır. Acil Tıp literatüründe hasta memnuniyeti son yıllarda giderek önem kazanmaktadır. Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki şartları iyi bina, tıbbi donanım, kalifiye insan gücü yanında, o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir. Birçok şikâyet gelişim için fırsattır. Servis hizmeti kalitesi hakkında olumsuz görüş bildiren hastalar ve hasta yakınları, aslında problemlerin çözümü için olanak sağlarlar. Bu çalışmanın amacı, 11 yıllık dönemi kapsayan sürede Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine yönelik yapılmış olan, hasta veya hasta yakınlarına, kurumlara ait şikâyet başvurularının incelenmesi, şikâyet nedenlerin belirlenerek uygun çözüm önerileri sunabilmektir.

**Araç ve Yöntem:** 2001-2011 tarihleri arasında EÜTF Hastanesi Halkla İlişkiler birimi, Disiplin ve Ceza İşleri birimi ve Hastane Yönetimi tarafından ön inceleme için acil servise gönderilmiş şahıs veya kurumlara ait şikâyet dilekçeleri olmak üzere toplam 474 şikâyet başvurusu incelendi. Elde edilen veriler SPSS For Windows 16. 0 istatistik programına aktarılarak değerlendirildi. Gruplar arası bağıntı analizlerinde Spearman korelasyon testi kullanıldı. Frekans analizleri ile kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar parametrik ki-kare testi ile analiz edildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada 733 başvuru formu incelendi. 259 adet başvuru çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınmayan başvuruların; %5’ i mükerrer başvurular, %8’ i bilgi

edinme amaçlı gönderilen dilekçeler, %4. 6' sı hasta ve hasta yakınlarına ait memnuniyet dilekçeleri olduğundan, % 5' i ise hasta veya hasta yakınlarına ait şikâyet formlarında şikâyet eden veya edilene ait kimlik bilgileri verilmediği, şikâyetin hangi kliniğe ait olduğu net belirtilmediği için inceleme yapılamaması, bilgilere ulaşılamaması, 92'si (%12.6) farklı kliniklere ait şikâyetler olması nedeniyle çalışmaya alınmadı.

Acil servise yıllara göre başvuran hasta sayısı ve bu yıllara göre şikâyet oranları incelendiğinde, aralarında kuvvetli korelasyon olduğu saptandı ( $r:0.979$ ,  $p:0.009$ ). Acil servise başvuran hasta sayısı arttıkça şikâyet sayılarının da arttığı tespit edildi. Tüm yılların acil servise başvuran hasta sayısına göre şikâyet oranına bakıldığında bu oranın 2010 yılında en fazla olduğu saptandı.

651 şikâyet konusu incelendiğinde; işleyişle ilgili şikâyet başvurularının %72. 8 ( $n=474$ ), medikal hata iddiası ile ilgili başvuruların %20. 9 ( $n=136$ ), fiziksel yapı ile ilgili şikâyet başvurularının ise %6. 3 ( $n=41$ ) oranında olduğu saptandı. Hakkında şikâyette bulunan hekimlerin %33. 8' nin acil tıp hekimi, diğerlerinin ise acil tıp dışından hekimler olduğu saptandı. Yıllar içerisinde acil servise yönelik şikâyetlerin genel olarak arttığı fakat bu şikâyetler içerisindeki medikal hata iddialarının, genel şikâyetler içerisindeki oranının 2006 yılından itibaren azaldığı tespit edildi. Medikal hata iddialarının; en sık konsültan hekimlere (%10. 5), ikinci sıklıkta da rotasyonel hekimlere (%9) yapılmış olduğu tespit edildi.

İşleyişle ilgili şikâyetler incelendiğinde; en fazla şikâyet edilen konunun “personelin davranışlarındaki olumsuzluk” ve ikinci sıklıkta ise “bekleme süresinin uzun olması” ile ilgili olduğu görüldü. “Bekleme süresinin uzun olması” ile ilgili şikâyetler incelendiğinde ise; %40. 4 oranında “acilde herhangi bir kliniğe yatış için bekleme”, %25. 5 oranında ise “triajda bekletilme” olduğu saptandı. “Bekleme süresinin uzun olması” ile ilgili şikâyetlerin “triajda bekletilme” ile ilgili bölümünün acil servisle ilgili olduğu, diğer bekletilme nedenlerinin acil servis dışı hastane organizasyonundaki sıkıntılardan kaynaklandığı saptandı.

Tüm şikâyetlerin sonuçlanma durumuna bakıldığında; %95. 9' nun ( $n=624$ ) sonuçlarına ulaşıldı ve yalnızca %16. 3' nün ( $n=106$ ) ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edildi.

**Sonuç:** Türkiye’ de son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı kapsamında her geçen gün değişen konsept nedeniyle, hastaların hastanelerden beklentileri de farklılaşmaktadır. Acil servislerin hastanelerdeki rolü oldukça önemlidir ve acil servis işleyişı diğer kliniklerden farklıdır.

Acil servislerde; acil hizmetler, bu konuda uzman tabip sorumluluğunda, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş, tecrübeli ve yeterli sayıda tabibin, hemşirenin ve diğer personelin de katılımı ile bir bütün olarak yürütülecek şekilde organize edilmesi gerekir.

Acil servis hizmetleri, hastane içerisinde multidisipliner olarak yürütölmektedir. Acil servise yönelik şikâyetlerin büyük bir kısmı acil servisle ilgili olmayıp hastanenin diğer kliniklerin işleyişıyle ilgili olduğu görölmektedir. Bu konuda daha fazla veri toplayarak, düzenlemelere gidilmesi, ne yapılacağı konusunda daha sağlıklı tartışma ortamı sağlanabilmesi için, daha çok şikâyet başvurusunu içeren, prospektif tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler: Acil Servis, Şikâyet, Hasta Memnuniyeti, Malpraktis**

## ABSTRACT

### THE INVESTIGATION OF PATIENTS COMPLAINTS ABOUT EMERGENCY DEPARTMENT

DR. NİLÜFER KAHRAMAN

Ege University School of Medicine, Department of Emergency Medicine

Bornova/ İZMİR

**Introduction:** Patient satisfaction with information on the patient's values and expectations of the level and quality of care that met the basic criteria is defined as. Patient satisfaction in emergency medicine literature is becoming increasingly important in recent years. Emergency medical service, good physical conditions for a quality building, medical equipment, skilled manpower, as well as characteristics of patients admitted to emergency service in that area must be well known. Opportunity for the development of many complaints. Stating a negative opinion about the quality of service to patients and relatives of the patient, in fact, allow us to solve problems. The purpose of this study, covering the period 11years period made for the emergency department of Ege University Medical Faculty Hospital, patients or their relatives complained of the examination of applications and to provide appropriate solutions.

**Methods:** Ege University Hospital between 2001-2011 Public Relations unit, discipline and for preliminary review by the Director of Criminal Affairs unit and the hospital sent to the emergency department complaining of persons or institutions for a total of 474 petitions were two applicants. The data obtained were transferred to SPSS for Windows 16.0 statistical program. Spearman rank correlation test was used for correlation analysis between the groups. Frequency differences between the parametric analyzes, chi-square test for categorical variables were analyzed.

**Findings:** This study examined 733 pieces of the application form complaint-satisfaction. 259 (35. 3%) application are not taken in the study. Applications are not

taken in the study; 37 (5%) repeated references, 59 (8%) for the acquisition of information sent to the petitions, 34 (4.6%) of patients and their relatives are pleased petitions, 37 (5%) complaints by patients or relatives of patients who complain of the forms of credentials belonging to or granted to that complaint, which clearly stated to belong to the clinic for the investigation of making, the information can not be reached, 92 (12.6%) were excluded because of complaints by the different clinics.

The number of patients presenting to the emergency department over the years and these rates were complaints over the years, among them there was a strong correlation ( $r = 0.979$ ,  $p = 0.009$ ). As the number of patients admitted to the emergency department was found to increase the number of complaints. All years of complaints by the number of patients admitted to the emergency department in 2010, this ratio is taken into consideration, there was a maximum.

651 subject of the complaint is examined, 72.8% working arrangements applications for complaints ( $n = 474$ ), 20.9% of applications related to medical malpractice claims ( $n = 136$ ), complaining about the physical structure 6.3% ( $n = 41$ ) were found to be the rate. About 33.8% of physicians complained of emergency medicine physicians, emergency medicine, while others were from outside physicians. Over the years, as a general increase in complaints to the emergency department medical malpractice claims, but in these complaints, general complaints were reduced in the ratio since 2006. Medical malpractice claims, the most frequent consultant physicians (10.5%), the second most common rotationer assistants (9%) were found to have been made.

Complaints about working arrangements examined, the more complaints the subject "negative behavior of the staff" and the second most common "is a long waiting time" was about. "Waiting time is long" is examined complaints about, the rate of 40.4% "in the emergency department waiting for any admission to a clinic," 25.5% percent, while "holding triaj" was established. "Waiting longer duration" of complaints about "holding triaj" is related to the service related to the emergency department, other non-hospital emergency service organization of the causes of the detention was due to hardship.

In the examination of all complaints to result, %95.9 's ( $n = 624$ ) the results achieved, and only % 16.3 's ( $n = 106$ ) were deemed necessary by further investigation.

**Results:** In Turkey within the scope of the health transformation program in recent years due to the ever-changing concept, patients in hospitals differs from expectations. Emergency services are very important role in the functioning of hospitals, and emergency services are different from other clinics.

In the emergency departments, emergency facilities, the responsibility of the medical experts in this area, have been trained in emergency medical services, and a sufficient number of experienced surgeon, with the participation of nurses and other staff must be organized so as to perform as a whole.

Emergency services, carried out by a multidisciplinary team within the hospital. The majority of complaints to the emergency department with the operation of the hospital's emergency service that are not related. Collecting more data on this subject, arrangements in, a healthy debate about what to do in order to ensure the reference contains more than complain, prospectively designed studies are needed.

**Key words: Emergency Department , Complaint, Patient Satisfaction, Malpractice**

*Ars longa, vita brevis, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile. (Sanat uzun, yaşam kısa, fırsat kaçıcı, deneyim aldatıcı, karar vermek zordur)*

*[Hipokrat (M.Ö.460-379), Aphorism.]*



## İÇERİK PLANI

## SAYFA NO

ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	vi
İÇERİK PLANI.....	ix
KISALTMA DİZİNİ .....	xi
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
GRAFİKLER DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1-8
2. GENEL BİLGİLER .....	9-56
2.1. HASTA HAKLARI KAVRAMI ve TARİHSEL GELİŞİMİ.....	10-13
2.2. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARININ GELİŞİMİ .....	13-17
2.2.1. ÜLKEMİZDE HASTA HAKLARI MEVZUATI.....	17-18
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ .....	18-20
2.4. TIBBİ UYGULAMA HATALARI .....	21-34
2.4.1. Kusur ve Sorumluluk .....	22
2.4.1.i.Hizmet Kusuru .....	22
2.4.1.ii. Görev Kusuru.....	22
2.4.1.iii. Şahsi Kusur.....	22
2.4.2. İzin verilen risk .....	23
2.4.3. Hata Meydana Gelen Başlıca Alanlar .....	23-25
2.4.4. Hemşirelik Mesleği ile İlgili Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	25
2.5. TIBBİ UYGULAMA HATALARINDA HUKUKİ YAKLAŞIM.....	34-37
2.5.1. Hekimlerin Ceza Sorumluluğu .....	34-36
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE .....	37-56
2.6.1.HASTA MEMNUNİYETİ.....	39-50
2.6.1.i. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti .....	51-56

<b>İÇERİK PLANI</b>	<b>SAYFA NO</b>
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	57-66
3.1. Araştırmanın Tipi .....	57
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	57-59
3.3. Araştırmanın Evreni ve Sınırlılıkları.....	59-64
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	59
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	60
3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	60-64
3.4.Verilerin Toplanması .....	64-66
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması .....	64-65
3.4.2.Veri Toplama Formunun Uygulanması .....	65
3.4.3.Verilerin Değerlendirilmesi .....	65-66
3.5.Süre ve Olanaklar .....	66
4. BULGULAR.....	67-98
4.1. GENEL VERİLER.....	69
4.2.DEMOGRAFİK VERİLER .....	70-74
4.2.1. Şikâyet Başvurusunda Bulunan Şahısların Demografik Verileri....	70-71
4.2.2. Hastalar İle İlgili Demografik Veriler.....	72
4.2.3. Hakkında Şikâyet Başvurusunda Bulunulan Şahıslarla İlgili Demografik Veriler.....	73-74
4.3. ŞİKÂYET KONULARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN İLİŞKİSİ .....	74-78
4.4. HAKKINDA ŞİKÂYET BAŞVURUSUNDA BULUNULAN HEKİMLERLE GENEL VERİLER .....	78-79
4.5. TANIMLAYICI VERİLER .....	79-80
4.6. ŞİKÂYETLERLE İLGİLİ VERİLER.....	80-98
4.6.1. Genel Veriler.....	80-98
5. TARTIŞMA .....	99-118
6. SONUÇ .....	119-123
7. KAYNAKLAR .....	124-130

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EÜTF	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
HHUY	: Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
US	: United States
WHO	: World Health Organization
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği

## TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
<b>Tablo 1:</b> 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Başvuru Yapılan Birimlere Göre Dağılımı.....	44
<b>Tablo 2:</b> 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Konularına Göre Dağılımı .....	45
<b>Tablo 3.</b> Şikâyet Başvurusunda Bulunanların Demografik Özellikleri.....	71
<b>Tablo 4.</b> Hastaların Yaş Ve Cinsiyet Dağılımı.....	72
<b>Tablo 5.</b> Hakkında Şikâyet Başvurusunda Bulunulan Çalışanların Yaş Ve Cinsiyet Dağılımları .....	74
<b>Tablo 6.</b> Şikâyet Başvurusunda Bulunan Şahısların Cinsiyetlerine Göre Şikâyette Buldukları Konuların Dağılımı .....	75
<b>Tablo 7.</b> Şikâyet Başvurusunda Bulunan Yaş Gruplarının Şikâyette Buldukları Konuların Dağılımı .....	76
<b>Tablo 8.</b> Şikâyet Konuları Ve Bu Şikâyetlerin Geldiği Acil Servis Birimleri .....	88
<b>Tablo 9.</b> İşleyişle İlgili Şikâyetlerin Yıllara Göre Dağılımı .....	90
<b>Tablo 10.</b> ‘Bekleme Süresinin Uzun Olması’ İle İlgili Şikâyetlerin Yıllara Göre Dağılımı .....	91
<b>Tablo 11.</b> Tüm Şikâyet Konularının Acil Tıp Hekimleri Ve Diğer Klinik Hekimlerine Dağılımı.....	93
<b>Şekil 1.</b> Sağlık Bakanlığı Bakanlık Teşkilatı’nın Yeni Yapılanması.....	20

## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No	Sayfa No
<b>Grafik 1.</b> Son Beş Yılda Türkiye’ de Uzmanlık Alanlarına Göre Tıbbi Hatalar .....	29
<b>Grafik 2.</b> Son Beş Yılda Türkiye’ de Malpraktis Nedenleri .....	30
<b>Grafik 3.</b> ABD’ de Doktorların 1991-2005 Yılları Arasında Malpraktis Suçlamalarıyla Karşılaşma Oranları Ve Tazminat Ödeme Durumları .....	32
<b>Grafik 4.</b> 2011 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Başvuru Yapılan Birimlere Göre Dağılımı ..	46
<b>Grafik 5.</b> 2011 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Konularına Göre Dağılımı .....	47
<b>Grafik 6.</b> 2005-2011 Yıllarında Yılında TC Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuru Sayılarının Dağılımı .....	48
<b>Grafik 7.</b> Sağlık Bakanlığının Hasta Hakları Konusunda Toplumu Bilinçlendirme Projesi İle Hasta Hakları Konusunda Bilgilendirilen Kişilerin Sayısının Yıllar İçinde Dağılımı .....	49
<b>Grafik 8.</b> Çalışmaya Alınmayan Başvuruların Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı .....	68
<b>Grafik 9.</b> Çalışmaya Alınan Şikâyet Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı .....	69
<b>Grafik 10.</b> Şikâyette Bulunan Şahısların Öğrenim Durumlarına Göre Şikâyette Buldukları Konuların Dağılımı.....	77
<b>Grafik 11.</b> Şikâyet Edilen Cinsiyetlere Göre Şikâyet Konularının Dağılımı .....	78
<b>Grafik 12.</b> Hakkında Şikâyet Başvurusu Bulunulan Hekimlerin Dağılımı.....	79
<b>Grafik 13.</b> Yıllar İçinde Acil Servise Başvuran Hasta Ve Şikâyet Sayısı Dağılımı .....	81
<b>Grafik 14.</b> Acil Serviste Yıllar İçinde Çalışan Acil Tıp Asistanı Ve Rotasyonel Asistan Sayıları .....	82
<b>Grafik 15.</b> 2001-2011 Yılları Arasında EÜTF Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı Ve Bu Yıllarda Şikâyet Oranlarının Dağılımı.....	83

<b>Grafik 16.</b> EÜTF Acil Servisine Yapılan Şikâyet Başvuru Oranlarının, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Acil Ve İlk Yardım Tedavi Hizmetlerine Yönelik Şikâyet Başvuru Oranlarının Karşılaştırılması .....	84
<b>Grafik 17.</b> Yıllara Göre Şikâyet Konularının Dağılımı.....	85
<b>Grafik 18.</b> Şikâyet Konularının Hakkında Şikâyet Başvurusunda Bulunulanlara Dağılımı .....	86
<b>Grafik 19.</b> Klinisyenlere Yapılmış Şikâyet Başvurularının Konularına Göre Dağılımı Konularına Göre Dağılımı .....	87
<b>Grafik 20.</b> Tüm Şikâyetlerin Sonuçlanma Durumu .....	94
<b>Grafik 21.</b> Şikâyet Başvurularının Sonuçlanma Durumunun Yıllara Göre Dağılımı.....	95
<b>Grafik 22.</b> Başvuruların Sonuçlanma Durumunun 2006 Yılı Öncesi Ve Sonrası Sonuçlanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	96
<b>Grafik 23.</b> Konularına Göre Şikâyetlerin Sonuçlanma Durumları .....	97
<b>Grafik 24.</b> Medikal Hata İddialarının Sonuçlanma Durumlarının Yıllara Göre Dağılımı.....	98

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin fizik, ruh veya sosyal açıdan fonksiyonelliğinin azalması veya yok olması 'hastalık' olarak tanımlanmaktadır (1). 'Hastalık durumunda, fonksiyonelliği azalan veya yok olan birey, yardıma ihtiyaç duyabilir, sağlıklı bir ilişki kuramayabilir ve bağımlı hale gelebilir. Bu nedenle hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimlerdir' (1).

Hasta hakları, özünde insan haklarının bir alt başlığını oluşturmaktadır. Bu nedenle de, insanın insan olmasından kaynaklanan ve insanın doğumundan itibaren kazandığı haklar arasında yer almaktadır (1, 2).

Sağlık sistemi; birincil amacı sağlığın geliştirilmesi, yeniden tesisi ve sürekliliğinin sağlanması olan tüm faaliyetlerdir (3). Hastaların günlük yaşantılarına devam edebilecek sağlık düzeyine ulaşabilmeleri sağlık hizmeti sunumunun temel amaçları arasındadır (3).

Hukukun üstünlüğü gibi temelde insanı ve onun değerini ön planda tutan anlayışın giderek önem kazanması ve yaygınlaşması nedeniyle sağlık alanında da hasta hakları tartışılmaya başlanmıştır (1).

Son yıllarda hasta hakları konusunda giderek artan ilgi ve buna bağlı olarak tıp uygulamasında yapılan değişiklikler dikkat çekicidir (4). Tıp uygulayıcıları, uygulamaları sırasında hastaların haklarını korumaya giderek daha çok özen göstermektedirler (4). Bunun en önemli nedenlerinden birisi de hastaların 'sağlık hakkı' konusunda artan oranlarda bilgilenecekleri ve bilinçlenmeleridir (4).

Ülkemizde hasta haklarını güvence altına almak için Sağlık Bakanlığı tarafından 01.08.1998 tarihinde Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin amacı 1.maddesinde şu şekilde belirtilmektedir:

Bu Yönetmelik; Temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen 'hasta hakları' nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin 'hasta hakları' ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

HHY; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına sahip olan bütün bireyleri kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında yürütülen çalışmalardan olan hasta hakları uygulamalarını sağlamak üzere 'Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge'( HHUY) hazırlanarak 15.10.2003 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuş, daha sonra uygulamaların başladığı hastanelerde uygulamalar sırasında karşılaşılan güçlüklerin, sorunların eksikliklerin giderilmesi için bu yönerge tekrar gözden geçirilerek, günün koşullarına uyarlanarak 26.04.2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Bu yönergenin amacı; 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.



Son yıllarda hasta hakları, ulusal ve uluslararası düzeyde yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Birçok ülke, sağlıkla ilgili olarak yasalarına hasta haklarını eklemiştir (1).

Hasta haklarına yönelik çalışmalar ve araştırmaların günümüzde hızla artmasıyla, sağlık hizmeti sunumunda kalite kavramı, önem kazanan bir konu olmuştur. Gerek sağlık hizmetleri gerekse bu hizmetlerin sunumundaki kalite, ülkelerin toplumsal ve ekonomik dinamizmi açısından oldukça önem taşımaktadır (3).

Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır (5).

‘Sağlık sektöründe sunulan hizmet kalitesini belirlemek için, hizmet kalitesini oluşturan bileşenleri incelemek gerekmektedir. Bu faktörlerin belirlenmesinde en önemli belirleyici sunulan hizmeti tüketen konumundaki hastadır. Hastanın sunulan hizmet hakkındaki görüşleri, memnuniyeti, hizmet kalitesinin belirlenmesinde oldukça önemlidir’ (3).

Hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenen hizmet kalitesini belirleyen faktörler; hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel özellikleri, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir ve doğru olması olarak gösterilebilir (6). Bu faktörlerin belirlenmesinde en önemli belirleyici sunulan hizmeti tüketen konumundaki hastadır. Hastanın sunulan hizmet hakkındaki görüşleri, memnuniyeti, hizmet kalitesinin belirlenmesinde oldukça önemlidir (3).

Ülkemizde SDP ile sağlık hizmeti standartlarının iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılması amaçlanmıştır (3). Bu nedenle hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi, ulaşılmak istenen standartlara ne derece erişilebildiği konusunda bilgi verecektir (3).

Hasta memnuniyeti “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılındığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır (3).

‘Hasta memnuniyeti aynı zamanda hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmet verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık hizmet sunumu değerlendirilmesi ve kalitenin artırılmasında bir geri bildirim sağlar; bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir’ (3, 7-10).

‘Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiğı deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediğı kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir. Hasta tatmini, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirmektedir’ (11).

Tatmin edilmiş bir hastanın, sağlık sorunlarının gerektirdiğı bazı koşullara uyumu artmakta, iyileşmesine olumlu katkı sağlanmakta ve bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldırabilmekte veya en az düzeye düşmesini sağlayabilmektedir (7-11). Bunlara ek olarak hastaneden memnun ayrılan hastanın bu kuruluşa dava açma ve şikâyet olasılığı daha azdır (7).

Memnuniyete ilişkin verilerin, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde olduğu kadar bu hizmeti sunan sistemlerin şekillendirilmesi ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir (12).

Türkiye’de verilen sağlık hizmetleri özelinde düşünüldüğünde, hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarına yönelik farklı beklenti ve algılarının olduğu bir gerçektir (13). Özellikle kalabalık acil servislerde, hasta talebi artarken, kısıtlı zamanda doğru tanıyı koymak ve tedavi etmek yükümlülüğüyle yoğun çalışan personelin, bir de hasta

bakım alanı da kısıtlıysa, kaliteli bakım sağlama kapasitesi daha zayıf hale gelmekte, yeterli hasta memnuniyetini sağlanması her zaman mümkün olmamaktadır (13).

SDP kapsamında uygulanan yenilikler ile özellikle acil olmayan hastaların da acil servisleri tercih etmeleri nedeniyle; son dönemlerde acil servislerde yıllık hasta sayısının oldukça artmasına neden olmuş, bu da acil servislerde yoğunluğa ve karmaşaya neden olmuştur.

Acil servis hekimi, acil servise başvuran hastanın acil tedavi gerektiren yakınması olup olmadığını hikâye almadan ve fiziksel muayene yapmadan anlaması mümkün olmadığından başvuran her hastayı acil kabul edip muayene etme zorunluluğu vardır (14). ). Acil olmayan hastaların acil servisleri kullanmaları gerçek acil hastaların hızlı ve yeterli sağlık hizmeti almasını engellemektedir (14). Bu da acil servislere yapılan şikâyetlere neden olmaktadır.

Sağlık hizmeti veren tüm birimler bazen stresli ve zahmetli görünümde olmasına rağmen, acil servis ortamı özellikle bu zorluklara yatkındır (15,16). Topaçoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta sayısının fazla olduğu acil servislerde, travma merkezlerinde ve üniversite hastanelerindeki hastaların daha az memnun oldukları tespit edilmiştir (7).

Ülkemizde ve dünyada değişen konsept ile hekim-hasta ilişkilerinde hastaların sağlık hizmetinin yürütücüsü olarak düşündükleri hekimlerden beklentileri oldukça artmıştır. Özellikle 27 Mayıs 2009 tarihinde Meclise sunulan ‘Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’, son yıllarda hem dünyada hem de Türkiye’ de tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu da bir kez daha gündeme taşımıştır(17,18).

Bu yasa tasarısı ile sağlık sigorta sisteminin de yerleşmesi ile hasta ve yakınlarının beklentileri haklı veya haksız ithamlara dönüşme eğilimindedir (17). Ülkemizde

yapılan çeşitli çalışmalarda da tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda %40-120 arasında artış olduğu bildirilmektedir (18, 19) .

‘Türkiye Cumhuriyeti (TC) Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şubesine 2010 yılında 142.623 başvuru yapılmış, bunların sadece 17.299’ u hasta hakları kurulunda görüşülmüş, başvuruların 125.387’si yerinde çözülmüştür. Bu başvurular incelendiğinde, 13879’unun malpraktis iddiası ile kurulda görüşüldüğü, 11401 inde ihlal olmadığına karar verildiği görülmektedir’ (20).

‘2011 yılında ise, sorunları yerinde çözülen vatandaşlarımızın sayısı artarak 150.076 olmuştur. 2011 yılında kurulda görüşülen dosya sayısı da artarak 29.190 olmuştur. Kurullarda görüşülen başvurulardan % 61’ inde ihlal yok, % 12’ sinde ihlal var kararı alınmıştır’ (21).

Tıbbi uygulama hataları sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucu ortaya çıkan olaylardır (18). Dünya Tabipleri Birliği’nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda tıbbi uygulama hataları ‘hekimin tedavi sırasında uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar’ olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan çok kapsamlı bir konudur (17,22).

Tıbbi uygulama hatalarında genellikle insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi aletler gibi hata oluşumu riskini arttıran birçok faktör iç içe geçmiş durumda etki göstermektedir (18). Hatalar sadece kişilik kusurlarının değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmelidir (18).

Sağlık kurumları kabul ettikleri hastalara; ‘Hastanın sağlık durumu, hastalığın çeşidi ve ağırlığına göre, doğruluk ve dürüstlük kuralının zorunlu kıldığı önlemleri almak ve hizmeti vermek’ le yükümlüdür (17). Sağlık kurumu, doktor ve diğer çalışanla-

rın çalışma koşullarını düzenleme ve denetlemede yüksek özen göstermek zorundadır (17).

2007 yılında 147 hekime yapılan bir anket çalışmasında; tıbbi uygulama hatalarının meydana gelmesinde etkili olabilecek faktörler içinde en fazla ( %89. 4) günlük bakılan hasta sayısının fazla olması şıkkı ve (%82. 4) hastanelerin fiziki koşullarının uygunsuzluğu ve yeterli alt yapının bulunmaması şıkkı işaretlenmiştir (23).

Acil servisler, tüm dünyada ve Türkiye’de hastanelerin dışarı açık vitrinleridir (7-9). Acil Servislerde sağlanan bakım; hastaların hastane hakkındaki düşüncelerinde büyük bir etkiye sahiptir (7-9). Hasta memnuniyeti, acil servis hedeflerinin önemli bir parçası ve acil serviste verilen bakımın kalitesini gösteren bir belirteçtir (7).

Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki şartları iyi bina, tıbbi donanım, kalifiye insan gücü yanında, o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir (10).

Acil servisler hastanenin onaylayacağı biçimde yenilenmeye devam etmelidir (7). Çünkü acil servisler hastanelerin ön kapısı olarak bilinirler, bu da hastanelerin itibarını gösteren bir anahtardır (7- 9). Bazı önemli alt yapı ihtiyaçları; yeterli personel, yatan hasta için yeterli yatak varlığı, tanı ve tedaviye hızlıca ulaşılabilecek uyumlu, rahat hareket alanını sağlayan acil servis alanlarına sahip olunmalıdır (7-9).

Hasta memnuniyeti hakkında kabul edilen kesin etmenlere rağmen, bu konudaki literatürler bir takım nedenlerden dolayı sınırlıdır (7).

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır (7-10, 24, 25).

Birçok Şikâyet gelişim için fırsattır (8). Servis hizmeti kalitesi hakkında olumsuz görüş bildiren hastalar ve hasta yakınları, aslında problemlerin çözümü için olanak sağ-larlar (8).

Bu çalışmanın amacı, 2001-2011 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Hastanesi acil servisine yönelik yapılmış olan, hasta veya hasta yakınlarına ait Şikâyet başvurularının incelenmesi esasına dayanmaktadır.

Bu inceleme esnasında başvurular, başvuru sahiplerinin demografik verileri, Şikâyet nedenleri, Şikâyet başvurularının geldiği birim, Şikâyet edilen sağlık çalışanlarının demografik verileri, başvuruların sonuçlanma durumuna göre kaydedilerek, ülkemizde ve dünyada bu konuda yapılmış çalışmalarla karşılaştırma yapmak, EÜTF Hastanesi acil servisine yönelik hasta ve hasta yakını memnuniyetsizliği nedenlerinin ortaya konu-larak sağlıklı tartışma yaratabilecek yeterli veriye ulaşmak hedeflenmektedir.

Bu çalışma sonunda elde edilecek bulgularla; hasta hakları ile ilgili istatistiksel çalışmalara katkıda bulunmak, ülkemizde ve dünyada bu konuda yapılmış çalışmalarla karşılaştırma yapmak, EÜTF acil servisine yönelik hasta ve hasta yakını memnuniyet-sizliği nedenlerinin ortaya konularak tartışılmasını sağlamak planlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

Bireyin sağlıklı olarak tanımlanabilmesi için fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan fonksiyonelliğinin tam olması gerekmektedir (1). Bireyin fizik, ruh veya sosyal açıdan fonksiyonelliğinin azalması veya yok olması ise hastalık olarak tanımlanmaktadır (1). ‘Hastalık hali, hayatın normal akışının dışında ortaya çıkan bir durumdur. Dolayısıyla bireyin maddi ve manevi varlığını derinden etkileyebilmektedir. Hastalık durumunda, fonksiyonelliği azalan veya yok olan birey, yardıma ihtiyaç duyabilir, sağlıklı bir ilişki kuramayabilir ve bağımlı hale gelebilir. Bu nedenle hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimlerdir’ (1).

Sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak insanların doğuştan sahip oldukları vazgeçilemeyen, ertelenemeyen ve devredilemeyen hakların en başında gelmektedir (1,4). Hasta hakları, özünde insan haklarının bir alt başlığını oluşturmaktadır. Bu nedenle de, insanın insan olmasından kaynaklanan ve insanın doğumundan itibaren kazandığı haklar arasında yer almaktadır (2).

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları ve TC Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder (HHY).

‘Son yıllarda hasta hakları konusunda giderek artan ilgi ve buna bağlı olarak tıp uygulamasında yapılan değişiklikler dikkat çekicidir. Tıp uygulayıcıları, uygulamaları sırasında hastaların haklarını korumaya giderek daha çok özen göstermektedirler. Bunun en önemli nedenlerinden birisi de hastaların "sağlık hakkı" konusunda artan oranlarda bilgilencilmeleri ve bilinçlenmeleridir’ (4).

Yaşadığımız günlerde, hasta hakları kavramı, yeniden bulunmuş bir kavram olarak topluma sunulmaya çalışılmaktadır (2). Fakat hasta hakları, yıllardır ülkemizde yazılı kural olarak vardır ve uygulanmaktadır (2).

## **2.1. HASTA HAKLARI KAVRAMI ve TARİHSEL GELİŞİMİ**

Bireyin yaşamı süresince onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler insan hakları olarak tanımlanırken, bunun sağlık alanındaki uygulaması ise karşımıza hasta hakları olarak çıkmaktadır (1).

Hasta hakları ile ilgili ilk çağlardan beri hekim sorumluluğunu belirleyen bir takım kuralların ve kanunların olduğu bilinmektedir (2). Dünyanın bilinen ilk yazılı hukuk kuralları olan Hammurabi Kanunlarında olduğu gibi ilk çağ uygarlıklarının hemen hepsinde kötü ya da hatalı bir uygulama olduğunda hekim sorumluluğundan söz edilmektedir (1,2).

Hasta hakları, 19. yüzyılın başından itibaren ve özellikle Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarından sonra gelişen insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması sonucu gündeme gelmiştir (26). Hasta haklarının gelişimi ve günümüzdeki kapsamına ulaşması uzun mücadeleler sonucunda olmuştur (1).

Hasta hakları ile ilgili ilk resmi deklarasyon 1947 yılında Nuremberg Mahkemeleri'nde ortaya çıkmış ve doktorlara tıbbi işlemleri uygulamadan önce hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması sorumluluğu verilmiştir (27).

Hasta hakları ile ilgili bilinen ilk ulusal belge, Amerikan Hastaneler Birliği'nin 1972 yılında yayımlamış olduğu 'Hasta Hakları Bildirgesi'dir. Bu beyanname, hasta haklarını kapsamlı bir şekilde ele almış ve hasta hakları ile ilgili yayınlanan ilk ulusal belge niteliğindedir. Beynamede insan hakları temel alınmış ve hastanede yatan hastaların haklarının savunulması gereği vurgulanmıştır (27, 28).



Hasta hakları konusundaki ilk uluslararası belge 1981’de Lizbon’da Dünya Tabipleri Birliği’nce açıklanan bildirgedir (4, 27, 28). Lizbon Bildirgesi, temel hasta haklarını tanımlayan altı madde ve bu maddeleri sağlama konusunda hekimlere görev veren bir paragraftan oluşmaktadır (4, 27, 28).

‘Bu haklar;

1. Hekimini özgürce seçme,
2. Dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma,
3. Yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da reddetme,
4. Kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme,
5. Onurlu bir biçimde ölme,
6. Dini temsilci de dâhil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme, hakkı olarak sıralanmaktadır’ (4, 27, 28).

Lizbon Bildirgesi’nin çizdiği bu genel çerçeve hasta hakları açısından önemli bir adımdır (4). Lizbon Bildirgesi, madde metinlerinin açıklayıcı olmaması, hasta hakları konusunda sorumluluğu sadece hekimlere bırakması ve sağlık hizmetleri ile ilgili birçok sorunu ele almaması nedeniyle eleştirilmiştir (27-29).

Tıbbın, teknolojinin de desteğiyle hızla ilerlemesi ve gelişen iletişim olanaklarıyla tıp bilgisinin yaygınlaşması bu bildirgenin kısa zamanda geliştirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır (4).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Avrupa Bürosunca 1994 yılında Amsterdam’da gerçekleştirilen bir toplantıda “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” kabul edilmiştir (27, 28). Bu bildirme, WHO’nün katkılarıyla Avrupa ülkelerinde hasta hakları ilkelerini belirlemek ve hasta haklarını geliştirmek amacıyla hazırlanmıştır (27). Bu bildirme altı bölümden oluşmuş olup, sağlık hizmetlerinde insan hakları

ve değerleri, mahremiyet ve özel hayat, bilgilendirme, bilgilendirilmiş onay, bakım, tedavi ve başvuru gibi hasta haklarını kapsamaktadır (27).

Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde Dünya Tabipler Birliği tarafından yapılan toplantıda Lizbon Bildirgesi daha detaylı olarak Bali Bildirgesi adıyla yayınlanmıştır (4).

'Amsterdam bildirgesi, hastalara daha geniş haklar tanıırken buna karşın sağlık çalışanlarının yükümlülüklerini arttırmıştır. Bali Bildirgesi, hasta haklarını sınırlandırmasına rağmen gerçekçi ve uygulanabilir ilkeler içermektedir. Hastadan onam alınması ile ilgili bölüm, Amsterdam Bildirgesi'nde oldukça karışık ve iyi sınıflandırılmamıştır. Bu bakımdan Bali Bildirgesi daha ayrıntılıdır' (4).

'2002 yılında Roma'da Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü benimsenmiştir. Bu temel doküman, hasta hakları ile ilgili olarak koruyucu tedbirler, yararlanma, bilgi, rıza (onay), özgür seçim, özel ve gizlilik, hastaların vaktine saygı, kalite standartları, güvenlik, yenilik (tedavi), gereksiz ağrı/acı ve kişisel tedavi, şikâyet ve tazminat hakkı gibi on dört maddeden oluşmaktadır' (27).

'Dünya Hekimler Birliği tarafından 2005 yılında Santiago'da Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme, nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme, bilinci kapalı hasta, yasal yeterliliği olmayan hasta, hastanın isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilenme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı, dini destek hakkı gibi hasta haklarından oluşmaktadır' (27).

'Hasta hakları ile ilgili uluslararası belge ve sözleşmelerde yer alan ortak noktalar;

1. Bilgilendirilme ve bilgi isteme,
2. Hizmetten genel olarak faydalanma,
3. Mahremiyet ve özel hayat,

4. Sağlık kuruluşunu ve personelini seçme ve değiştirme,
5. Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul, reddetme, durdurma ve onay,
6. Dini sorumluluklarını yerine getirebilme,
7. Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda alma,
8. İnsani değerlere saygı gösterilmesi,
9. Saygınlık görme ve rahatlık isteme,
10. Müracaat, şikâyet ve dava,
11. Ziyaret ve refakatçi bulundurma,
12. Kendi kaderini belirleme,
13. Onurlu bir biçimde ölme,
14. Kendisiyle ilgili tüm tıbbi kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı isteme ve istediği zaman bu bilgilerine ulaşabilme,
15. Sağlık bakımı sürekliliği olarak sıralanabilir ‘ (4).

## **2.2. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARININ GELİŞİMİ**

Hasta hakları, ülkemiz için yeni bir kavram niteliğinde olup köklü bir geçmişe sahip değildir (1). Ülkemizde hasta hakları ile ilgili bir yasa bulunmamaktadır (1,4). Ancak 1961 yılında çıkarılan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" (Tüzük) bu konuda bazı ilkeleri dolaylı olarak vurgulamaktadır (4). Nizamnamede hasta haklarından, hekim ve dış hekimlerinin sorumluluklarından bahsedilerek burada hekimler ile ilgili, hastanın mahremiyetine saygı, hastanın hekimini seçebilmesi, tanı ve tedavinin hastaya açıklanması, sır saklama, hekimin hastanın tedavisinden çekilebilme gibi konulara yer verilmiştir (1).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, hasta hakları konusunda bazı hükümler taşımakla birlikte yetersiz kalmıştır. Ayrıca bu nizamname “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliğinin 1998’de Ankara’da yaptığı 47. Büyük Kongresinde kabul edilmiştir (30).

Ülkemizde sağlık hakkı, ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır (1).

1982 Anayasası’nın kişi, hak ve ödevleri bölümünün 14. maddesinde; ise herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu (sağlık hakkı) ve tıbbi zorunluluklar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı, izni olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı (hasta hakları) vurgulanarak vatandaşlara sağlık hizmeti sunmayı devlete bir görev olarak yüklemiştir.

Ülkemizde, uluslararası bildirgelerde yer alan hasta hakları, ülkemiz koşullarına uyarlanarak 01.08.1998 tarihinde ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’ Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

### **Yönetmeliğin amacı:**

#### **Madde 1.**

Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta TC Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

## **Yönetmeliğin ilkeleri:**

**Madde 5.** Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- 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, sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına sahip olan bütün bireyleri kapsamaktadır.

Bu ilkelere yakından baktığımızda, söz konusu ilkelerin HHY yayımlanmadan önce de bilinen ve korunan haklarımız olarak uluslararası metinlerde, Anayasamızda ve çeşitli hukuk normlarında yer aldığı bilinmektedir (2).

Aynı yönetmelik, 'Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı' üst başlığı altında 7 hak, 2 yasağı hüküm altına almıştır.

#### Haklar;

1. Adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı (yönetmelik 6. maddede),
2. Bilgi isteme hakkı (yönetmelik 7. madde),
3. Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı (yönetmelik 8. madde),
4. Personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı (yönetmelik 9. madde),
5. Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı (yönetmelik 10. madde,)
6. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı (yönetmelik 11. madde),
7. Tıbbi özen gösterilmesini isteme hakkı (yönetmelik 14. madde),

#### Yasaklar;

1. Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı (yönetmelik 12. madde),
2. Ötenazi yasağı (yönetmelik 13. madde).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yürürlüğe giren HHY' nin SDP kapsamında yürütülen çalışmalardan olan hasta hakları uygulamalarını sağlamak üzere 'Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge' hazırlanarak 15.10.2003 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Daha sonra uygulamaların başladığı hastanelerde uygulamalar sırasında karşılaşılan güçlüklerin, sorunların eksikliklerin giderilmesi için bu yönerge tekrar gözden geçirilerek, günün koşullarına uyarlanarak 26.04.2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

#### **Yönergenin Amacı:**

1. Sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi,
2. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması,

3. Sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemek,

4. Tüm toplumu ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmektir.

#### **Yönergenin Hedefi:**

1. Hastaların haklarının ihlal edilmediği,
2. Her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı,
3. Mahremiyete uyulduğu,
4. Hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tıbbi tedaviyi aldığı,
5. Hekimini ve kurumu seçebildiği ve değiştirebildiği,
6. Kendisine sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin kimlik ve unvanını bildiği,
7. Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda aldığı,
8. İnançlarına saygı gösterildiği, güler yüzlü, nazik, şefkatli hizmet alabildiği,
9. Hastanede yattığı süre içinde ziyaretçi kabul edebildiği,
10. Yanında refakatçi bulundurabildiği, bir sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir.

#### **2.2.1.ÜLKEMİZDE HASTA HAKLARI MEVZUATI**

1. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
2. Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete)
3. Hasta Hakları Yönergesi (15.10.2003) (Yürürlükten kaldırılmıştır.)
4. Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi
5. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi
6. Ceza Muhakemesi Kanunu
7. Hizmet Kusuru Genelgesi

8. Hasta Hakları Genelgesi (13.01.2005)
9. Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (03.05.2005)
10. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (26.04.2005 tarih ve 3077 sayı)
11. Hekim Seçme Yönergesi (19.10.2007 tarih ve 21745 sayı)
12. Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (23.03.2009 tarih ve 11706 sayı)

### **2.3. HASTA GÜVENLİĞİ**

‘Güvenlik ve gizlilik temel insan gereksinimleridir. Hasta güvenliği tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğudur. Güvenlik ev, işyeri ve toplumda olduğu kadar sağlık bakımının da odaklandığı bir konudur’ (31- 33).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları sağlık sisteminin en önemli konularından birisi olup; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (30-35).

‘Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarının en aza indirilebilmesi için toplumun da bilinçli bir hale getirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte toplumun hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarını nasıl algıladığının değerlendirilmesi çok önem taşımaktadır. Değerlendirmeler sonucunda ne gibi önlemlerin alınması gerektiği belirlenecektir’ (35).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları bugünün sağlık sistemlerinin en önemli sorunlarının başında gelmektedir (35). Konu ile ilgili çalışmaların yayınlanmasından sonra özellikle tıbbi uygulama hatalarının azaltılması için yoğun bir arayış içine girilmiştir (35).

Hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara ilişkin alınabilecek önlemlerle ilgili sağlık sistemine, sağlık kuruluşlarına, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına ve hastalara düşen görevler bulunmaktadır (35).



‘Bugün gelinen noktada sağlık kurumları, nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için altı temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Bu bağlamda sunulan sağlık hizmeti;

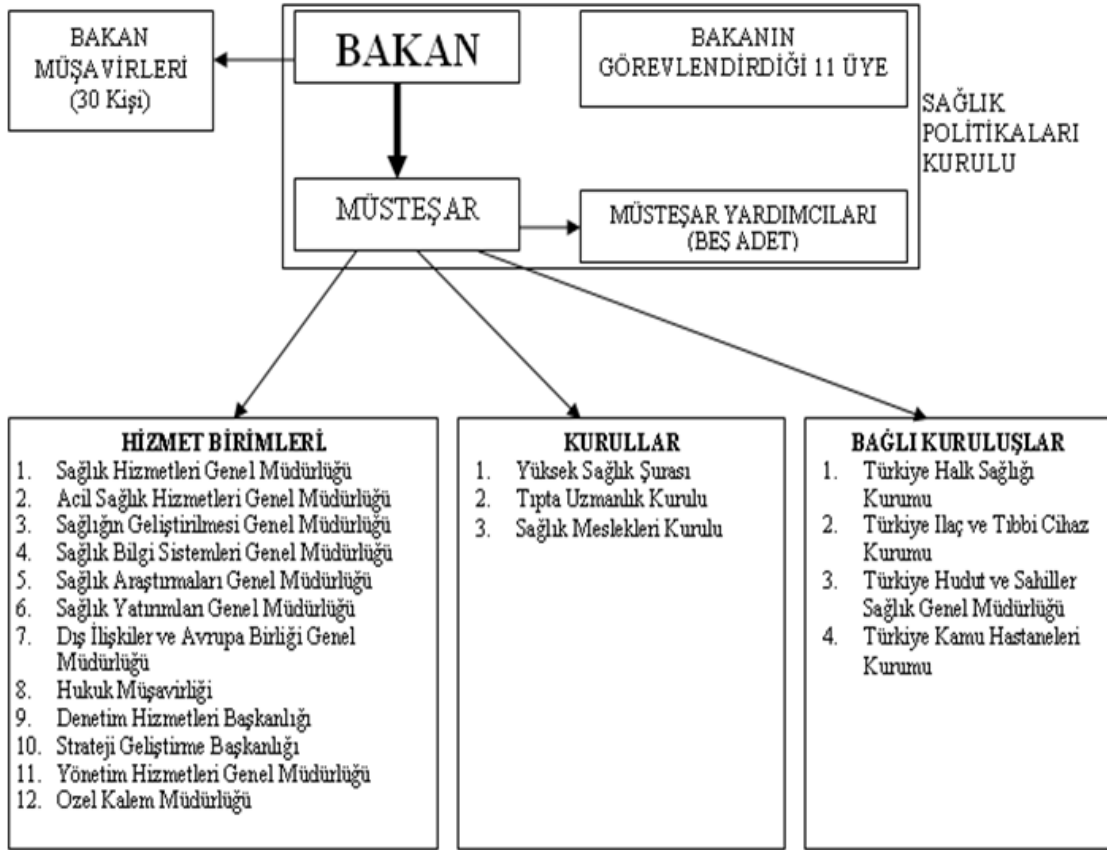
1. Güvenli,
2. Kanıta dayalı,
3. Hasta odaklı,
4. Zamanında ve ulaşılabilir,
5. Verimli ve etkin,
6. Hizmet bekleyenlere eşit dağılmış olmalıdır’ (31-34).

Hekimlerin liderliğinde özellikle hasta güvenliği ile ilgili standartların gözden geçirilmesi, hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi ve beklenmeyen olay bildirimlerinin ele alınması hasta güvenliği alanının izlenmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (35).

Sonuç olarak hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır (35). Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (TC Anayasası,1982).

Sağlık Bakanlığının yayınladığı HHUY doğrultusunda, hasta haklarının işleyebilmesini sağlamak açısından, Bakanlık bünyesinde, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Hasta Hakları Şubesi kurulmuştur. 63 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Sağlık Bakanlığı Bakanlık Teşkilatı, yeniden yapılandırılmıştır (Şekil 1).

**Şekil 1.** Sağlık Bakanlığı Bakanlık Teşkilatı'nın Yeni Yapılanması



AKTAŞ EÖ. Acil Servislerde Tıbbi Uygulama Hataları. EÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı, Asistan Eğitimi Ders Notları, İzmir, 2012.

## 2.4. TIBBİ UYGULAMA HATALARI

Tıbbi uygulama hataları (malpraktis), son yıllarda basın yayın organlarında giderek artan oranlarda gündeme gelmekte ve toplumun ilgisini çekmektedir. 'Basın-yayın organlarında konu edilen bu tür haberler hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerini arttırmış, toplumun bu konuda hassaslaşmasına neden olmuştur. Mevcut olan bu durum, hatalı uygulamaya maruz kalan bireyi hasta hakları çerçevesinde hakkını aramak için çeşitli girişimlerde bulunmak için cesaretlendirmiştir' (4, 10, 16, 19 ).

Sözlük anlamı, hekimler tarafından yapılan kötü tedavi (tıbbi yanlış uygulama) demektir. Dünya Tabipleri Birliği'nin 1992 yılındaki Genel Kurulu'nda tıbbi uygulama hatalarını 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlamıştır.

Tıbbi uygulama hataları, 'hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların' tamamını içermektedir (22).

Malpraktis, son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan, çok kapsamlı bir konudur (17-19, 22).

Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) olayın tarafları, oluşumundaki etkenler, sağlık çalışanları ve sisteme ait sorumlulukları ile çok bileşenli bir problem özelliği taşımaktadır (17-19, 36).

#### **2.4.1. Kusur ve Sorumluluk:**

Malpraktis uygulamalarında karşımıza çıkan iki önemli kavramdır. Sorumluluk hukukunda hareket noktası olan kusur, hizmet kusuru, görev kusuru ve şahsi kusur gibi alt kavramlara ayrılır ve her biri ayrı bir yaptırım ve/veya yaptırımsızlığı beraberinde getirir.

##### **2.4.1.i.Hizmet Kusuru:**

Kamu hizmetini sunan idari makamların üzerlerine düşen görevleri devamlı ve düzenli olarak topluma sunamamasıdır. İdari hizmetlerin kuruluş ve işleyişinden kaynaklanır. Hizmet kusuru, Anayasamızın 125. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddenin son fıkrasında 'idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu' hükmüne bağlanmıştır. Bu kusur, hizmeti yerine getiren şahıslara atfedilemeyen, kamu hizmetinin kuruluşunda, düzenlenmesinde, işleyişinde ve örgütlenmesinde ortaya çıkan somut ve objektif bir kusurdur.

##### **2.4.1.ii. Görev Kusuru:**

Kamu hizmetinin verilmesi esnasında görev ile ilgili bir konuda görevi sunan kamu personelinin uygun olmayan davranışı nedeniyle meydana gelen kusurdur.

##### **2.4.1.iii. Şahsi Kusur:**

Sağlık hizmeti sunan personelin bizzat kendisinin eyleminden veya eylemsizliğinden doğan kusurdur. Şahsi kusurun varlığı halinde gerçek anlamda bir hekim hatasından yani bir malpraktisten söz edilir. Burada hekimin bilinen kabul görmüş standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi nedeniyle tıbbi yanlış uygulaması şahsi kusura yol açar.

'Tüm hekimlik uygulamaları hastalar yönünden belirli bir risk oluştururlar. Bu riskler, hekimlik uygulamalarının doğasından kaynaklanmakta, büyük kısmı hekim tara-

findan gerekli dikkat ve özen gösterilmiş olsa bile kaçınılmazlık nitelik taşımaktadır. Buradaki riskler, izin verilen risk çerçevesinde kaldığında bunun adı komplikasyondur. Komplikasyonun olduğu hallerde tıbbın yanlış uygulanmasından yani hekim hatasından (malpraktisten) söz edilemez. Bu nedenle tıbbi uygulamalarda; izin verilen risk ve hekim hatası ayrımının yapılması çok önemlidir' (37, 38).

#### **2.4.2. İzin verilen risk:**

Tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesindeki hareketlerden dolayı hasta yönünden istenmeyen sonuçlar meydana gelse bile bunun sorumluluğunun hekime yükletilemediği durumdur.

'Burada önemli olan hekimin gerekli dikkat ve özeni göstermesi ve de gerekli önlemleri almasıdır. Ayrıca hekimin her bir tıbbi müdahaleden önce hasta veya hasta yakınlarına hastalıkları konusunda aydınlatması, konulan teşhis, önerilen tedavi yöntemin türü, başarı şansı, yöntemin riskleri, verilen ilaçların yan etkileri, tedaviyi kabul etmediği takdirde hastalığın yaratacağı sonuçlar, varsa diğer tedavi seçenekleri ve riskleri konularında bilgilendirdikten sonra hastadan izin alması da önemlidir. Buna, bilgilendirerek izin alma denir. Bu gibi hallerde komplikasyondan söz edilir' (37).

#### **2.4.3. Hata Meydana Gelen Başlıca Alanlar**

##### **1. İletişim Eksiklikleri**

'Hasta ile hekim arasında uyumlu ilişkinin olmaması, hasta ile bağlantının kopuk olması ve hasta ile ilgili diğer hekimler ve konsültan hekimlerle bağlantının yetersiz olması iletişim eksikliği örnekleridir. Tıbbi uygulama sırasında telefonla yönerge alıp-verme, yanlış anlama ve hatalı uygulamalara neden olabilmektedir. Doğal olarak çoğunluğu kaydedilmeyen bu konuşmalar ve verilen yönergelerle ilgili çeşitli iddialar ortaya çıkabilmektedir' (39) .

## **2. Kayıt Hataları**

‘Eksiksiz ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar herhangi bir hatalı uygulama iddiası durumunda hekimin savunmasında çok önemli bir delil niteliğindedir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir. Ayrıca kayıt tutulması hukuki bir zorunluluktur. Adli raporlar bu kayıtlar dikkate alınarak hazırlanmaktadır’ (39).

## **3. Yetki Sınırlarının Aşılması Ve Tıbbi Konsültasyon**

‘Hekimler, günlük uygulamada kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşabilmektedir. Hekimler kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda konsültasyon istemekten kaçınmamalıdır. Ancak hekimler hastaları için seçtikleri konsültan hekimlerin hatalarından da sorumludur’ (39).

## **4. Aydınlatma Ve Onam**

‘Hekimlerin mesleki uygulamalarını hukuka uygun hale getiren temel koşul, hastanın onamıdır. Hasta ya da vasiinin onamı olmadan uygulanan tıbbi girişimler hukuka aykırıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği 15. maddede hastanın, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların yararları ve olası sakıncaları, diğer tıbbi girişim yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek olası sonuçları ve hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Hekimin hastasını hastalığı, hastalığın tedavi süreci ve tedavi seçenekleri hakkında aydınlatıp onamını almaması ihmali suç niteliği taşımaktadır’ (39).

## **5. Tanı Hataları**

‘Hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir. Ancak, hekimin tanı koymaması ya da hatalı tanı koyması tedavi sürecini etkileyip hastada zarara yol açarsa hekimin sorumluluğu söz konusu olmaktadır’ (39).

## **6. Tedavi Hataları**

Bazı durumlarda tanı doğru olabilir, ama hekimin uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz ya da yetersiz olabilir (39).

## **7. Hatalı Karar**

Cerrahi dallarda ameliyat kararlarında yanlış yapmamak önemlidir. Dâhili bilimlerde ise özellikle ilaç seçimlerinde ve birden fazla ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır (39).

## **8. Girişim Hataları Ve Teknik Hatalar**

Ameliyat sırasında vücutta unutilan yabancı cisimlerle ilgili davalar açılabilir. Bu durum hekimi mahkemede savunmasız bir duruma düşürebilir (39).

## **9. Terk Etme**

Tıbbi özenin devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin geçerli bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan, hekim hasta ilişkisinin kesilmesidir (39).

## **10. Özen Eksikliği**

‘Özen ile ilgili hukuki sorunlar, tedavi uygulaması sırasında ortaya çıkan ihmalkâr davranışların hekime yüklediği sorumlulukları kapsar. Hastanın şikâyeti çoğu kez hekimin hastaya gerekli dikkati göstermediği veya hastalığın doğru olarak teşhis edilmediği ya da doğru tedavinin uygulanmadığı durumlarda olur’ (39).

### **2.4.4. Hemşirelik Mesleği ile İlgili Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

1. Bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği,
2. İzlem ve iletişim yetersizliği,
3. Kayıt tutma yetersizliği,
4. Değerlendirme ve izlem yetersizliği,

5. Hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği vb. şekilde sıralanabilir (39).

‘Hasta, sağlık kuruluşuna kabul edildikten sonra hekim ile arasında sözleşme kurulmuş olur. Buna bağlı olarak hekim hastasına beklenen standart tanı ve tedavi hizmeti vermek, gerekli özen ve sadakati göstermek zorundadır. Ancak gerekli dikkat ve özene rağmen zararlı sonuç, kaçınılmaz olarak ortaya çıkarsa kusurlu davranıştan söz edilemez. Kusurlu davranış diyebilmek için zararlı sonucun önceden öngörülmesi, bilinmesi ve davranışı uygulayan kişinin sonucu istememiş olması gerekir’ (40).

‘WHO hasta güvenliği, istenmeyen olaylar ve ilişkili durumlarla ilgili tanımları geliştirmek ve hasta güvenliğinin sağlık sistemlerinin performansı ve kalite yönetimi içerisinde önemli bir yer tutması için çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalar içerisinde ülkelerin hasta güvenliği ile ilgili sorunları sınıflandırmaları, ölçmeleri ve raporlandırımları ile istenmeyen olayların önlenmesine ilişkin uygulamalar ön planda yer almaktadır’ (35).

‘Tıbbi uygulama hatası davalarında en sık karşılaşılan dava nedenleri hekimin olay hakkında ihmalde bulunduğu iddiası ya da hastaya gerekli tedaviyi vermemesi üzerinedir. Tıbbi girişimlerin sonucunda oluşan sakatlıklar nedeniyle hekimler aleyhine açılan davaların sayısı gün geçtikçe artmakta ve oluşan zararın telafi edilmesi için sağlık bütçelerinden giderek daha fazla kaynak ayrılması gerekmektedir’ (18).

‘Amerika Birleşik Devletleri’nde 1999’da Tıp Enstitüsü’nün ‘To Err is Human’ raporunda ABD’ de yıllık yaklaşık 98.000 ölüm olgusunun tıbbi hatalardan dolayı meydana geldiği açıklanmıştır. Bu rapordan sonra tıpta hasta güvenliği kavramları pekişmeye başlamış, aynı zamanda hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan bir kampanya başlatılmıştır’ (35).



Türkiye’de tıbbi hata nedeniyle zarar gören ve ölen insan sayısı bilinmemektedir (17). Bu konuda yapılmış oldukça az çalışma bulunmaktadır (17). Ancak, İstanbul Tıp Odasının verilerine göre 1998-2000 yılları arasında hekim hataları ile ilgili olarak 1525 kişinin şikâyet için başvuruda bulunduğu belirlenmiştir (17).

Türkiye’de 27 Mayıs 2009 tarihinde SDP kapsamında Meclise sunulan ‘Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’ son on yıldır tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu bir kez daha gündeme taşımıştır (17, 18). Yasa tasarısındaki tıbbi malpraktisle ilgili 7. madde, hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara ‘tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararların’ karşılanması amacıyla mali sorumluluk sigortasını zorunlu kılmakta, sigorta primlerinin ödenme biçimini düzenlemektedir (17, 18).

‘Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair 5947 no’ lu yasa hekim hatalarına yönelik yeni bir düzenleme getirmemiş, bu alanla ilgili sadece zorunlu mesleki sorumluluk sigortası şartını uygulamaya koymuştur. Yasanın 8. maddesi kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorunluluğu getirmektedir. Bu yasa ile hukuk ve sağlık alanındaki sorunların çözümüne odaklanmak yerine sadece tazminatların karşılanmasındaki güçlükleri çözmek hedeflenmiştir’ (18).

‘Hekimin sigortalı olması, tıbbi müdahaleden şöyle veya böyle memnun olmayan kişilerin tazminat yoluna başvurması sonucunu beraberinde getirecektir. Ayrıca yargıçlar, uygulamada sigorta ile güvence altına alınmış hekime karşı çok daha rahat

karar verebileceklerdir. İşte böylesi durumlarda hekim ciddi bir hukuki korunmaya ihtiyaç duyması su götürmez bir gerçektir' (41).

Hekimlerin ve sağlık hizmeti verenlerin sorumlulukları ve yükümlülükleri, tüm mesleklerin üstünde ve onlardan çok daha fazladır (42). Çünkü tıp mesleğinin çalışma alanı 'insan bedeni' dir (42). Hasta-doktor ilişkisi tıbbi hata davalarında önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir (42). Malpraktis olgularının hekim-hasta ilişkisini zedelediği ve sağlık pratiğinin giderek daha fazla savunmacı (savunmaya dayalı) bir tutumu benimsediği ileri sürülmektedir' (36).

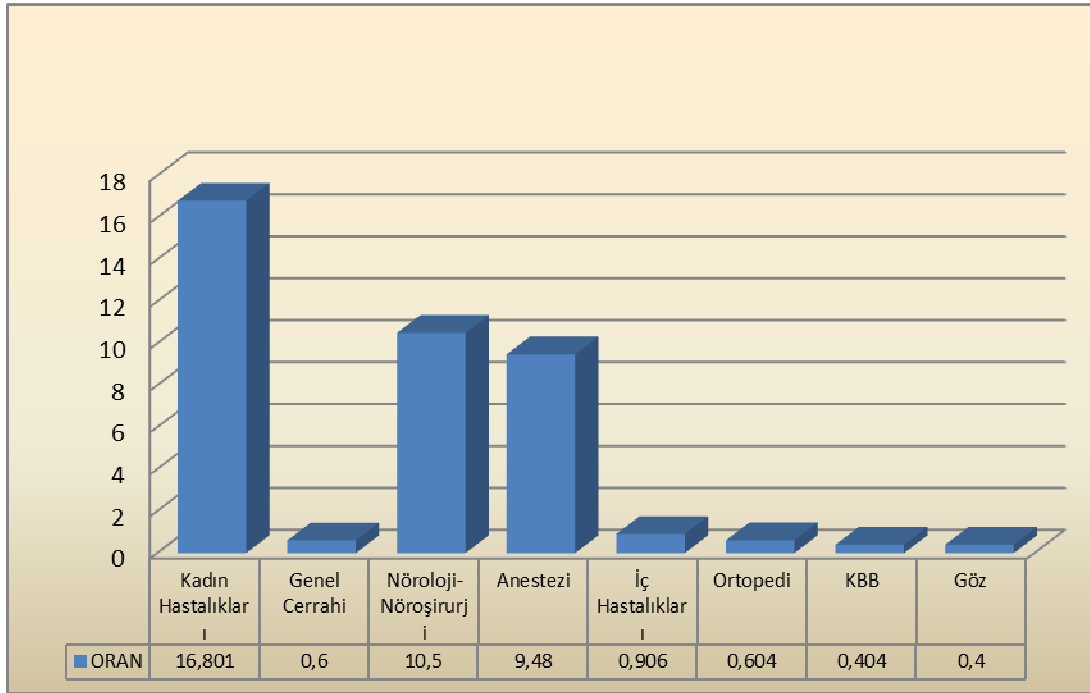
'Hekimler aleyhine açılan tıbbi malpraktis davalarındaki artışın önemli nedenlerinden biri de, çağdaş tıbbın riskli uygulamalara daha fazla yer veriyor olması ve buna bağlı olarak olumsuz sonuçların daha sık gelişmesidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere başvuran kişilerin sağaltım beklentilerindeki yükseliş, davaların sayısını artıran diğer bir nedendir' (36).

Gittikçe artan malpraktis davaları nedeniyle sağlık çalışanları mesleklerini güven içinde yapmakta zorlanmakta ve kendilerini tehdit altında hissetmektedirler (36).

Tıbbi hataları ve istenmeyen olayları önlemek için öncelikle zararı ölçmek gerekmektedir. Zararın boyutunun ve kapsamının tam olarak anlaşılması ve bu zarara yol açan neden(ler)in ortaya çıkarılması; çözümlerin geliştirilebilmesi için önem taşımaktadır (41).

Son 5 yılda Türkiye'de uzmanlık alanlarına göre tıbbi hata istatistikleri Grafik 1' de, malpraktis nedenleri ise Grafik 2' de verilmiştir (41).

**Grafik 1. Son Beş Yılda Türkiye’ de Uzmanlık Alanlarına Göre Tıbbi Hatalar**



Tezcan M, Özdemir T, Timur Y. Malpraktisile ilgili ABD ve Türkiye’ deki istatistikler, Doktorun Malpraktis El Kitabı, Ankara, 2011.

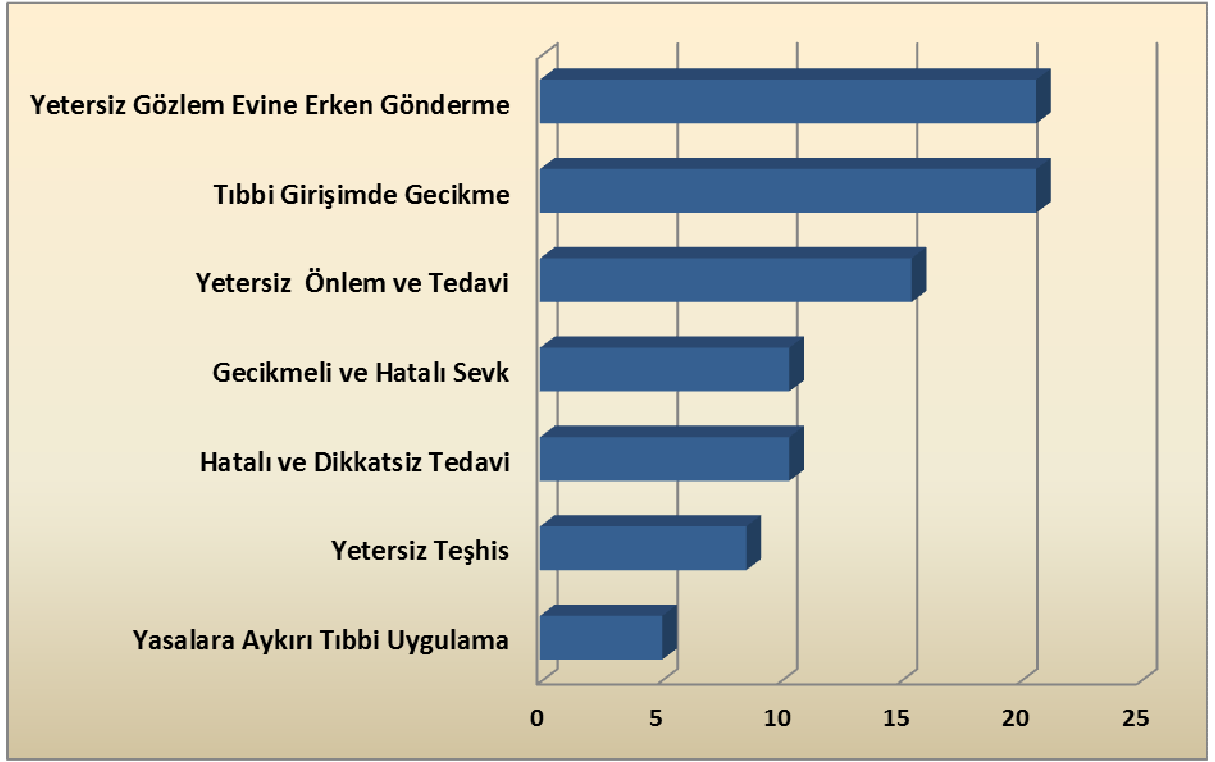
#### ‘Son 5 yılda Türkiye’de

1. Tıbbi hataya neden olan hekim sayısı 282,
2. Açılan dava sayısı 416,
3. Hükmedilen tazminat 6 milyon 200 bin lira,
4. Hakkında dava açılan doktorların kusurlu bulunma oranı % 66,
5. Kadın hastalıkları ve doğum doktorları hakkında açılan dava oranı %25, olduğu tespit edilmiştir’ (41).

‘İstanbul Tabip Odası verilerine göre 1982-2002 yılları arasında hekim hatalarıyla ilgili olarak 1525 kişi şikâyetinde bulunmuş; tıbbi ihmal sayısının 411, ceza alan hekim sayısı ise 66 olduğu belirtilmiştir. Verilere göre 1997 yılına kadar başvuru sayısının

158, ceza alan hekim sayısının da 27 olması, bu 5 yılda hekim hatalarında artış olduğunun göstergesi olmuştur' (38).

**Grafik 2.** Son Beş Yılda Türkiye’ de Malpraktis Nedenleri



Tezcan M, Özdemir T, Timur Y. Malpraktisle ilgili ABD ve Türkiye’ deki istatistikler, Doktorun Malpraktis El Kitabı, Ankara, 2011.

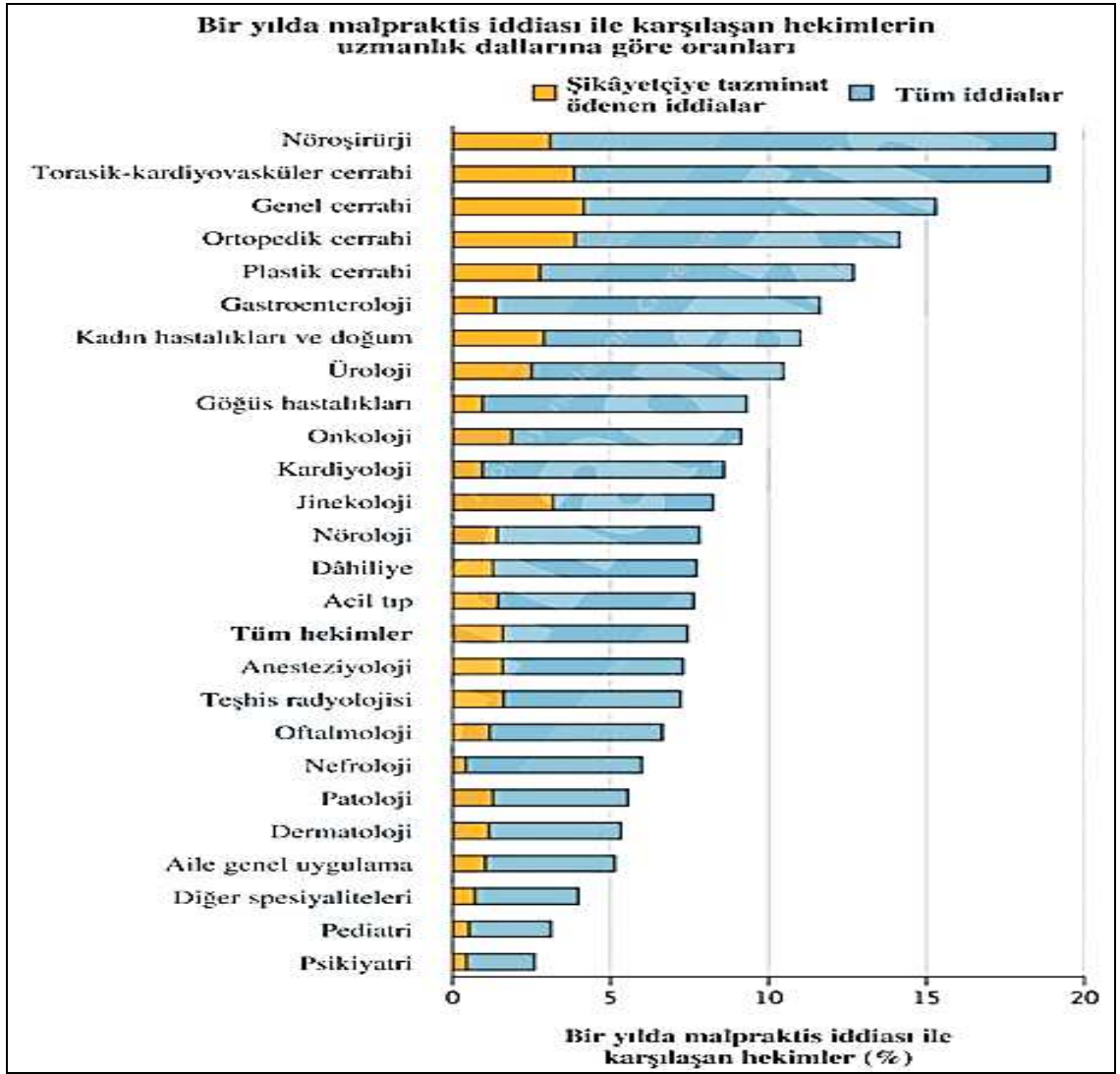
‘2006 US Bureau of Justice İstatistikleri’ne göre; US’ de her yıl ilaçların olumsuz etkisi nedeniyle 106.000, hastane enfeksiyonu nedeniyle 80.000, gereksiz cerrahi müdahaleler nedeniyle 12.000, hastanelerdeki tedavi hataları nedeniyle 7.000, diğer hastane hataları nedeniyle 20.000, toplam 225.000 hasta hayatını kaybettiği belirtilmiştir’ (41).

DSÖ’ nün yapmış olduğu bir araştırmaya göre malpraktis sebebiyle meydana gelen ölümlerin doğal olmayan ölüm sebepleri içerisinde 4. sırada olduğu belirtilmiştir (35).

New England Journal of Medicine'in 18 Ağustos 2011 tarihli sayısında yer alan bir makalede, doktorların malpraktis suçlamalarıyla karşılaşma oranları ve tazminat ödeme durumları Grafik 3' de verilmiştir. 'Çalışmada, doktorlara mesleki sorumluluk sigortası hizmeti veren bir firmanın 1991-2005 yılları arasında doktorlara yapılmış 233.738 sigorta poliçesi değerlendirilmiş, yirmi beş uzmanlık alanında yıllık malpraktis iddialarının oranları saptanmış ve tazminat ödemeye mahkûm edilenlerin oranı değerlendirilmiştir. İncelenen dönemde sigorta kapsamında yer alan bütün doktorların yıllık olarak % 7. 4' ünün malpraktis suçlamasıyla karşı karşıya kaldığı ve doktorların yüzde 1. 6'sının malpraktis iddiası nedeniyle tazminat ödemeye neden olan bir suçlamayla karşılaştığı belirlendi. İddiaların % 78'inin ise bir ödemeye neden olmadığı saptanmıştır' (43).

Ayrıca bu çalışmada, yüksek riskli uzmanlık dallarında çalışmakta olan her doktorun meslek yaşamı boyunca en az bir kez malpraktis suçlamasıyla karşılaştığı ifade edilmiştir (43).

**Grafik 3.** ABD’ de Doktorların 1991-2005 Yılları Arasında Malpraktis Suçlamalarıyla Karşılaşma Oranları Ve Tazminat Ödeme Durumları



Anupam et al. Malpractice Risk According to Physician Specialty. New England Journal of Medicine, 365; 7, 2011.

Ülkemizde ve dünyada değişen konsept ile hekim-hasta ilişkilerinde hastaların hekimlerden beklentileri artmıştır (17). Özellikle sağlık sigorta sisteminin yerleşmesi ile bu beklentiler haklı veya haksız ithamlara dönüşme eğilimindedir (17). Adli Tıp Kurumlarına mahkemelerden gelen sağlık çalışanı hatası dosyası sayısı 2007 yılına kadar 400 dosya/yıl iken bu sayı 2011 yılında 2300/yıl olarak bildirilmiştir.

Yurt dışında da durum böyledir. Nitekim yapılan bir çalışmada Florida, Illinois, Maine, Massachusetts, Missouri, Nevada ve Texas Sigorta şirketleri 2000 ve 2004 yılları arasında incelenmiş, 43.000 hakkında tıbbi malpraktis sigorta talebi bulunan fakat kapatılmış dosya olduğu ile ilgili bilgi vermişlerdir (44).

İzmir Tabip Odası 2010 - 2012 Genel Kurulu çalışma raporunda, 2010-2012 yıllarında İzmir ilinde;

1. Soruşturma açılan dosya sayısı: 77,
2. Hakkında soruşturma açılan hekim sayısı: 123,
3. Soruşturma aşamasında olan dosya sayısı: 64,
4. Soruşturma açılmasına gerek olmayan dosya sayısı: 290,
5. Soruşturma açılmış olup Onur Kurulu'na sevk edilmeyen dosya sayısı: 17,
6. Onur Kuruluna sevk edilmeyen dosyalardan; onur kurulu nezdinde itiraz edilen başvuru sayısı 6, onur kurulunda sonuçlanan dosya sayısı 86,
7. Yüksek Onur Kurulu tarafından sonuçlanan dosya sayısı: 16, olarak belirtilmiştir.

'Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanmış Hasta Güvenliği Bildirgesi'nde; "Hasta güvenliğinin sağlanamamasından hekimin tek başına sorumlu sayılamayacağı" belirtilmiştir. Tek tek hekimlerin veya diğer etkenlerin ele alınması yerine sistemi bir bütün olarak değerlendiren ve tüm aksaklıkları kayıt altına almayı öngören bir yaklaşım

benimsenmesinden söz edilmektedir. Cezaya dayalı sistemlerin yerine, cezalandırılma kaygısı taşımadan tüm sorun ve aksaklıkların bildirilmesini, böylece kayıt altına alınan sorunlar için çözüm geliştirmenin, dolayısıyla aksaklıkların tekrarını önlemenin olanaklı olabileceği, sürekli eğitim etkinliklerinin önemli katkı sağlayacağı belirtilerek ulusal tabip birliklerine bu yönde öneride bulunmaktadır' (45).

## **2.5. TIBBİ UYGULAMA HATALARINDA HUKUKİ YAKLAŞIM**

Hekimlerin hastalarına nasıl davranması gerektiği, bu konudaki beklentiler, yapılması ve yapılmaması gerekenler; ulusal ve uluslararası tıbbi etik değerler ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinlerle belirlenmiştir (19). Hekimler ve sağlık çalışanları tıbbi uygulamalarında hukuka aykırı bir davranışla hastaya zarar verdikleri takdirde çeşitli hukuk dalları karşısında sorumlulukları söz konusu olur ve bu zararı tazmin etmekle yükümlüdürler (19).

### **2.5.1. Hekimlerin Ceza Sorumluluğu**

Ülkemizde tıbbi işlemler sırasında neden oldukları yaralanma ve ölüme sebebiyet durumlarında sağlık çalışanları hakkında özel yaptırım gerektiren bir malpraktis kanunu henüz yoktur (46).

'Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır:

1. Fiilin hukuka aykırı olması,
  2. Zararın doğmuş olması,
  3. Kusurlu bir davranışın bulunması,
  4. Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunmasıdır'
- (47).

'Hekimin bu suçu kasten veya taksirli olarak işlemesi arasında suçun vasfı ve cezanın içeriği açılarından önemli farklar bulunmaktadır. Bu nedenle hekimin kasıtlı



(sonucu bilerek ve bu sonucun gerçekleşmesini isteyerek) gerçekleştirdiği eylemler ile taksirli (sonucun gerçekleşmesini istemeden ancak sonucun gerçekleşeceğini öngörerek) gerçekleştirdiği eylemler birbirinden ayrılmalıdır' (41).

## **TÜRK CEZA KANUNU**

### **KAST**

#### **MADDE 21.**

(1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi hâlinde olası kast vardır. Bu hâlde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.

### **TAKSİR**

#### **MADDE 22.**

(1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hâllerde cezalandırılı

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.

(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.

(5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.

(6) Taksirli hareket sonucu neden olunan netice, münhasıran failin kişisel ve ailevî durumu bakımından, artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez; bilinçli taksir hâlinde verilecek ceza yarıdan altıda bire kadar indirilebilir.

‘Hekimlerin mesleklerine ilişkin kusur ve durumlarını belirlemeye yetkili olan, Sağlık Bakanlığı’ nın sürekli bir kurumu olarak ilgili kanunlar çerçevesinde çalışan Yüksek Sağlık Şurası’ nın, hekimlerin ceza yargılamalarındaki rolü 2010 yılında sona ermiştir. Anayasa Mahkemesi, doktorların mesleki hataları nedeniyle yargılandıkları davalarda dosyanın Yüksek Sağlık Şurası’ na gönderilmesi zorunluluğunu içeren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’ atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’ un 75. Maddesini henüz yeni iptal etmiştir. İptal gerekçesi 22 / 10 / 2010 tarihli Resmi Gazete’ de yayınlanmıştır’ (41).

Son dönemde, yazılı ve görsel medya ‘hasta hakları bilincinin gelişimi’ adı altında hastaları hatalı tıbbi uygulamalar konusunda hekimler hakkında hukuksal davalar açmaya yönlendirmektedir (2). Çıkarılan malpraktis ve ceza yasaları ile yasal dayanağa kavuşan bu tutum, kamuoyunda hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerinin, yeteneklerinin ve hastaya yaklaşımlarının kimi durumlarda haksız biçimde sorgulanmasına neden olmaktadır (2).

Tıbbi uygulama hatalarında genellikle insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi aletler gibi hata oluşumu riskini arttıran birçok faktör iç içe geçmiş durumda etki göstermektedir (18). Hatalar sadece kişilik kusurlarının değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmelidir (18).

Sağlık kurumları kabul ettikleri hastalara; ‘Hastanın sağlık durumu, hastalığın çeşidi ve ağırlığına göre, doğruluk ve dürüstlük kuralının zorunlu kıldığı önlemleri al-

mak ve hizmeti vermek' le yükümlüdür. Sağlık kurumu, doktor ve diğer çalışanların çalışma koşullarını düzenleme ve denetlemede yüksek özen göstermek zorundadır (17).

Çağımızda hızlı teknolojik değişimler ve uzmanlaşma, maliyetlerin artışı, toplumdaki demografik değişiklikler ve hastaların artan istekleri gibi çok sorunu olan hastanelerin iş yoğunluğu her geçen gün daha da artmakta ve karmaşık bir hal almaktadır(11). 2007 yılında 147 hekime yapılan bir anket çalışmasında; tıbbi uygulama hatalarının meydana gelmesinde etkili olabilecek faktörler içinde en fazla ( %89. 4) günlük bakılan hasta sayısının fazla olması şıkkı ve (%82. 4) hastanelerin fiziki koşullarının uygunsuzluğu ve yeterli alt yapının bulunmaması şıkkı işaretlenmiştir (23).

Yöneticiler; sağlık kuruluşlarını (hastaneleri), plan ve programlarına göre hedeflerine ulaştırmak için, üretim ve sunumda verimliliği ve kaliteyi ön planda görmeyi gerekli kılar (11). Müşteri memnuniyeti ise, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindedir (8).

## **2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sağlık kurumlarının, hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik plan ve düzenlemelerinde, hizmet kullanıcılarının memnun edilmesini ön planda tutmaları kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunludur (48). Sağlık kurumları yöneticilerinin temel görevlerinden en önemlilerinden bir tanesi de; topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunulmasını sağlamaktır (48). Bundan dolayı hastaneler de pek çok endüstriyel iş alanları gibi kalite ölçümü konusuna yönelmişlerdir (8).

Toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı tüm hizmet sektöründe yoğun bir rekabete yol açmış ve sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamış-

tır (49). Sağlık kuruluşları da diğer kuruluşlar gibi hizmet alan kişilerin beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için oluşturulmuştur (3).

‘Sağlık hizmetlerinde kalite;

1. Bir cerrahi girişimcinin bekleme süresinin kısaltılması,
2. Acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi,
3. Klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi,
4. Yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi,
5. Günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması,
6. Hekim-hasta ilişkilerinin ve iş gören-hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilebilir’ (50).

Ülkemizde, son 4-5 yıl içinde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hasta memnuniyeti önem kazanmış, birçok hastane akreditasyon, ISO, hasta hakları gibi konulara daha fazla önem vermeye başlamıştır (33).

İyi sağlık hizmeti verebilmek için hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir (8). Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik göstermesi, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini zorlaştırmaktadır (7, 8, 10, 31). Sağlık hizmetlerinde kalite hasta memnuniyeti ölçülmektedir (8).

‘Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır:

1. Hastanın tıbbi gereksinimleri,
2. Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
3. Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları,
4. Zihinlerindeki kalite tanımı’ (31).

Halkın sağlık hizmetini kullanırken daha bilinçli ve objektif ölçütlere göre tercih yapmaları nedeniyle geçmişte yalnızca teknik tıbbi konulara odaklanan kalite programları, bunun yanında artık hasta memnuniyetini de bir ölçüt olarak değerlendirmektedir (7, 8, 11, 51).

### **2.6.1. HASTA MEMNUNİYETİ**

Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır (7, 8, 11). Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir (5). Hastaların tıbbi bakım için beklentileri ise oldukça fazladır (8).Sağlık hizmeti sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (7, 8, 11).

Hasta memnuniyeti ‘hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt’ olarak tanımlanmaktadır (8). Bu aynı zamanda hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmet verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır ve sağlık hizmet sunumu değerlendirilmesi ve kalitenin artırılmasında bir geri bildirim sağlar; bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir (3).

‘Hasta memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birinci faktör; hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ile ilgili geçmiş deneyimle-

rine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör; hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin algılamalarıdır' (32).

Hasta memnuniyetinde etkili olan kriterler Lewis' e (24) göre aşağıda belirtilmiştir.

1. İnsanca yaklaşım
2. Genel kalite,
3. Teknik yeterlilik
4. Fiziki durum,
5. Bakımın maliyeti,
6. Bürokrasi,
7. Psiko-sosyal ilgi,
8. Bilgilendirilme,
9. Bakım çıktıları,
10. Bakımın devamlılığı.

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini yakalayabilmeleri için, sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir (34):

1. Modern tıbbi bakımın gerektirdiği en uygun sağlık hizmetinin verilmesi,
2. Hasta hak, gereksinim, istek ve beklentilerinin karşılanması.

Kalite göstergeleri arasında; daha yüksek tıbbi uyum, tıbbi hizmetlerin azalmış ve uygun kullanımı, daha az tıbbi hata ( malpraktis ) davası ve isteyerek tekrar tercih edilme oranında artıştır (7, 8, 11, 13, 24, 25).

Hasta tatmini, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirmektedir (8, 11). Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık ve net, kararlı davranışlar içinde

olabilir ve bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldırabilir veya en az düzeye düşürebilir (11).

Bazı araştırmacılara göre memnuniyeti oluşturan faktörler, farklı koşullarda değişebilir veya bir faktörün etki düzeyi değişebilir (7, 8, 10).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hastaya ilişkin özellikler, hizmet verenlere ilişkin özellikler ve kurumsal özellikler olmak üzere üçe ayrılabilir (8, 10, 50).

‘Bunlar:

1. Hastaya ilişkin özellikler: Hastanın yaşı, cinsiyeti eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hastalığının cinsi ve hastanede kalış süresi.
2. Hizmet verenlere ilişkin özellikler: Sağlık personelinin kişilik özelliği, eğitim düzeyi, hastaya gösterilen şefkat, ilgi ve nezaket.
3. Kurumsal özellikler: Sağlık hizmetinin verildiği hastanenin devlet, üniversite veya özel hastane olması ile fiziki (aydınlatma, ısı, havalandırma bekleme salonları, otopark vb.) imkânlardır’ (8, 10, 50).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek, aylık geliri daha fazla ve ileri yaştaki hastaların verilen hizmetten daha çok şikâyetçi oldukları tespit edilmiştir (51). Başka bir çalışmada ise, sosyoekonomik düzeyi yüksek, yüksek gelirli kişilerin kadınların, şehirde yaşayanların ve genç erişkinlerin daha çok şikâyetçi oldukları bulunmuştur (52). Yine başka bir çalışmada daha çok erkeklerin ve eğitim düzeyi üniversite olan kişilerin şikâyetçi oldukları tespit edilmiştir (9).

Hastaların kaliteli ve iyi hizmetten ne kastettiklerini ve beklentilerini öğrenmek önemlidir (49). Hasta memnuniyetine ilişkin çalışmalarda bu beklenti-algı birlikteliğinin odak noktasının, iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir (49).

Hall ve arkadaşları yaptığı çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiğini belirtmişlerdir. Hastaya verilen bilgi miktarının, hekimin hasta ile

daha uzun ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığını tespit etmişlerdir (25). Kaliteli sağlık bakım hizmetinin üretilmesinde insan faktörünün önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (11).

Bakım sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilgili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekillerde de tanımlanabilmektedir (49).

Araştırmacılara göre hasta memnuniyetini yükseltmek için hangi alanlarda odaklanılması gerektiğinin belirlenmesi için hastane ortamının çok iyi tanınması gereklidir (7-11). Çünkü çoğu zaman, bir hastanın hastane deneyimi acil serviste başlamakta, ilgili klinikte devam etmekte ve sonrasında da taburcu olma süreci gerçekleşmektedir (7-11).

Hasta memnuniyeti programında, ne tür hedefler düşünülmesi gerektiği aşağıda özetlenmiştir (53):

1. Hastaların 4-6 saatten fazla beklemelerini azaltmak,
2. Ortak şikâyet konularını azaltmak,
3. İletişim standartları,
4. Spesifik iş bitirme zamanı,
5. Yardımcı servislerin iş bitirme zamanı,
6. Kabul edilebilir iş bitirme zamanı.

Hasta Memnuniyetinin önemi (8):

1. Daha yüksek verimlilik ve kazanç,
2. Hasta sayısında artma,
3. Sevk edilen hasta sayısında artış,
4. Hastaların verilen tavsiyelere uyma oranlarında artış,
5. Daha üretken personel,
6. Moral artışı,



7. Personele ait ayrılma ve iş değiştirme oranında azalma,
8. Daha verimli çalışma,
9. Tıbbi hata ( Malpraktis ) olasılığında azalma,
10. Mesleki doyum oranlarında artma.

Hastaların tüm beklentilerini karşılamak mümkün olmamasına sorunların nedenlerini bulup, bu nedenlere yönelik çözüm üretmek önemlidir.

Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi' nde (Amsterdam, 1994) ve ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği' nde, hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde, şikâyet için başvuru imkânına sahip olmaları gerektiği, mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmaların bulunması gerektiği ifade edilmektedir (1).

Son yıllarda toplumun SDP kapsamında hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi, malpraktis iddialarının gerek yazılı, gerek görsel medyada sıklıkla gündeme gelmesiyle özelliklere hekimlere yönelik hasta haklarının ihlali ile ilgili şikâyetlerin arttığı görülmektedir.

TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları şubesi' ne 2010 yılında 142.623 başvuru yapılmış, bunların sadece 17.299' u hasta hakları kurulunda görüşülmüş, başvuruların 125.387'si yerinde çözülmüştür. Bu başvurular incelendiğinde, 13879' unun malpraktis iddiası ile kurulda görüşüldüğü, 11401 inde ihlal olmadığına karar verildiği görülmektedir (20). Diğer başvuru nedenleri Tablo 1' de, malpraktis iddiası dışındaki şikâyet konularının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir (20).

**Tablo 1:** 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Başvuru Yapılan Birimlere Göre Dağılımı

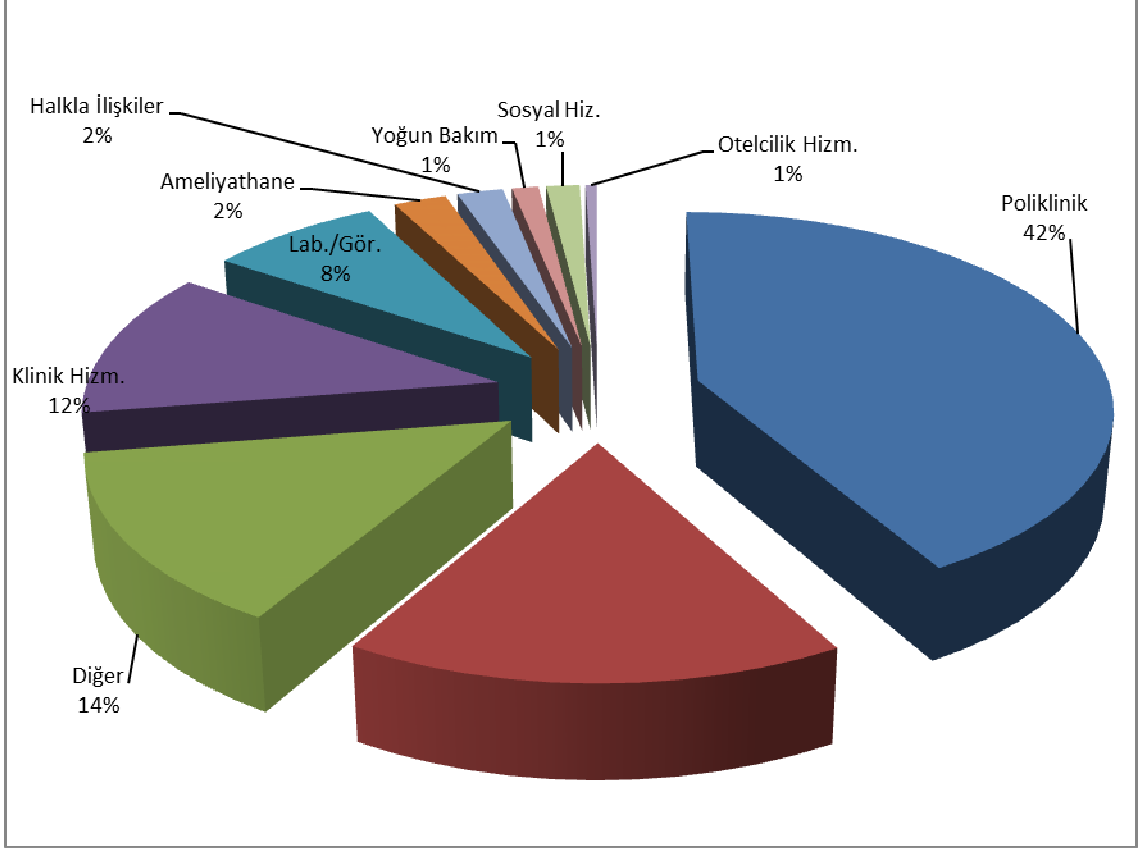
Başvuru Yapılan Birimler	Sayı (n)
Poliklinik	8.998
<b>Acil</b>	<b>3627</b>
Diğer	2.901
Klinik Hizmetleri	2.744
Laboratuvar/Görüntüleme	1.749
Ameliyathane	447
Halkla İlişkiler	419
Yoğun Bakım	294
Sosyal Hizmetler	279
Otelcilik Hizmetleri	133
<b>TOPLAM</b>	<b>21.591</b>

**Tablo 2:** 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Konularına Göre Dağılımı

<b>Başvuruların Konuları</b>	<b>Sayı (n)</b>
<b>Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama</b>	9.634
<b>Saygınlık ve Rahatlık Görememe</b>	5.280
<b>Bilgilendirilmeme</b>	1.248
<b>Başvuru ve Dava Edememe</b>	310
<b>Mahremiyete Uyulmaması</b>	294
<b>Sağlık Kurumunu Ve Personeli Seçememe ve Değiştirememe</b>	247
<b>Güvenliğin Sağlanamaması</b>	206
<b>Rızanın Alınmaması</b>	116
<b>Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama</b>	50
<b>Dini Vecibeleri Yerine Getirememe</b>	26
<b>Diğer</b>	4.180
<b>TOPLAM</b>	<b>21.591</b>

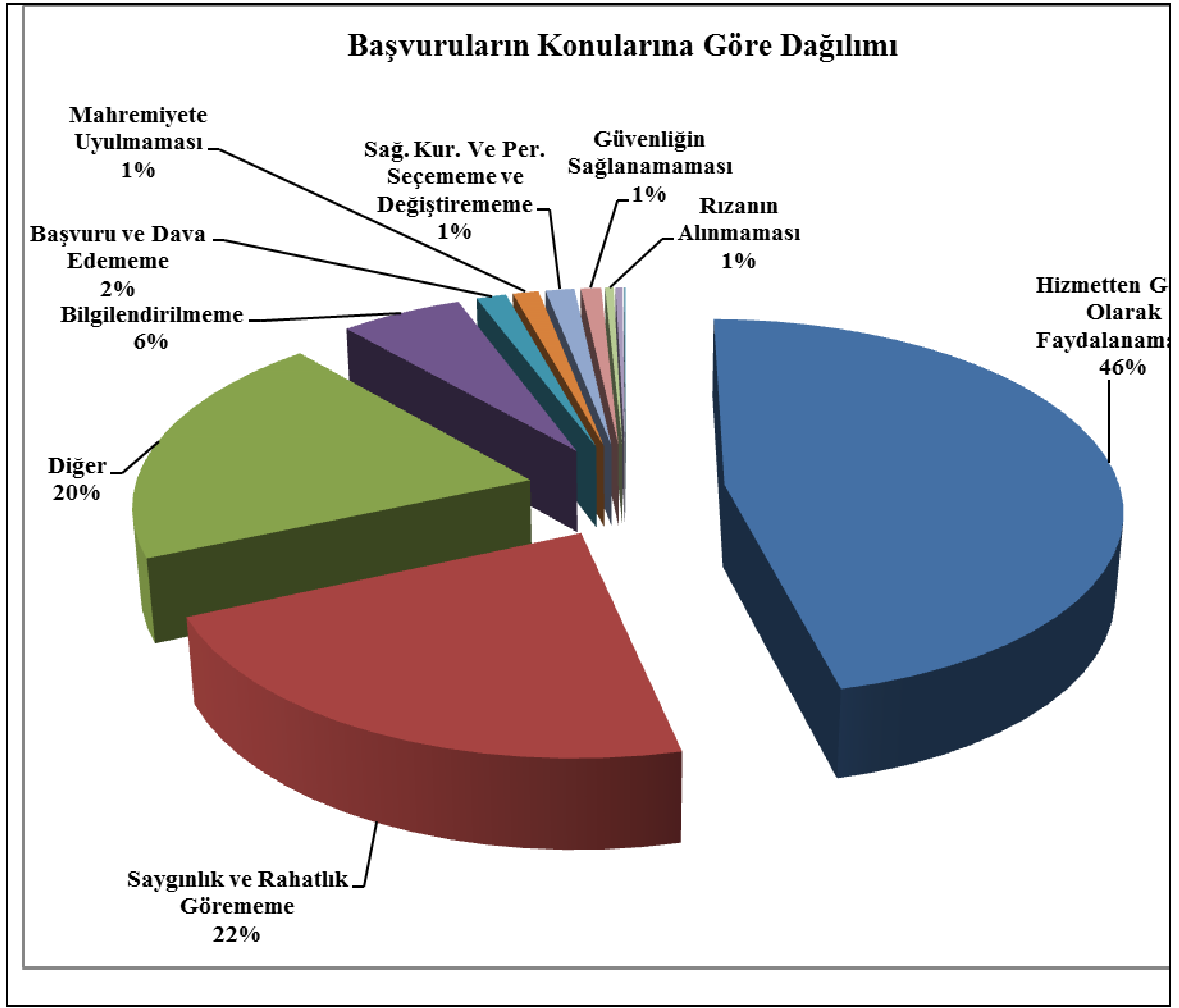
2011 yılında ise sorunları yerinde çözülen vatandaşlarımızın sayısı artarak 150.076 olmuştur. 2011 yılında kurulda görüşülen dosya sayısı da artarak 29.190 olmuştur. Kurullarda görüşülen başvurulardan % 61' inde ihlal yok, % 12' sinde ihlal var kararı alınmıştır (21). 2011 yılında hasta hakları kurullarında görüşülen başvuruların, birimlere dağılımı Grafik 4' de ve konulara dağılımı ise Grafik 5' de verilmiştir.

**Grafik 4.** 2011 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Başvuru Yapılan Birimlere Göre Dağılımı



sbu.saglik.gov.tr

**Grafik 5.** 2011 2010 Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Başvuruların Konularına Göre Dağılımı



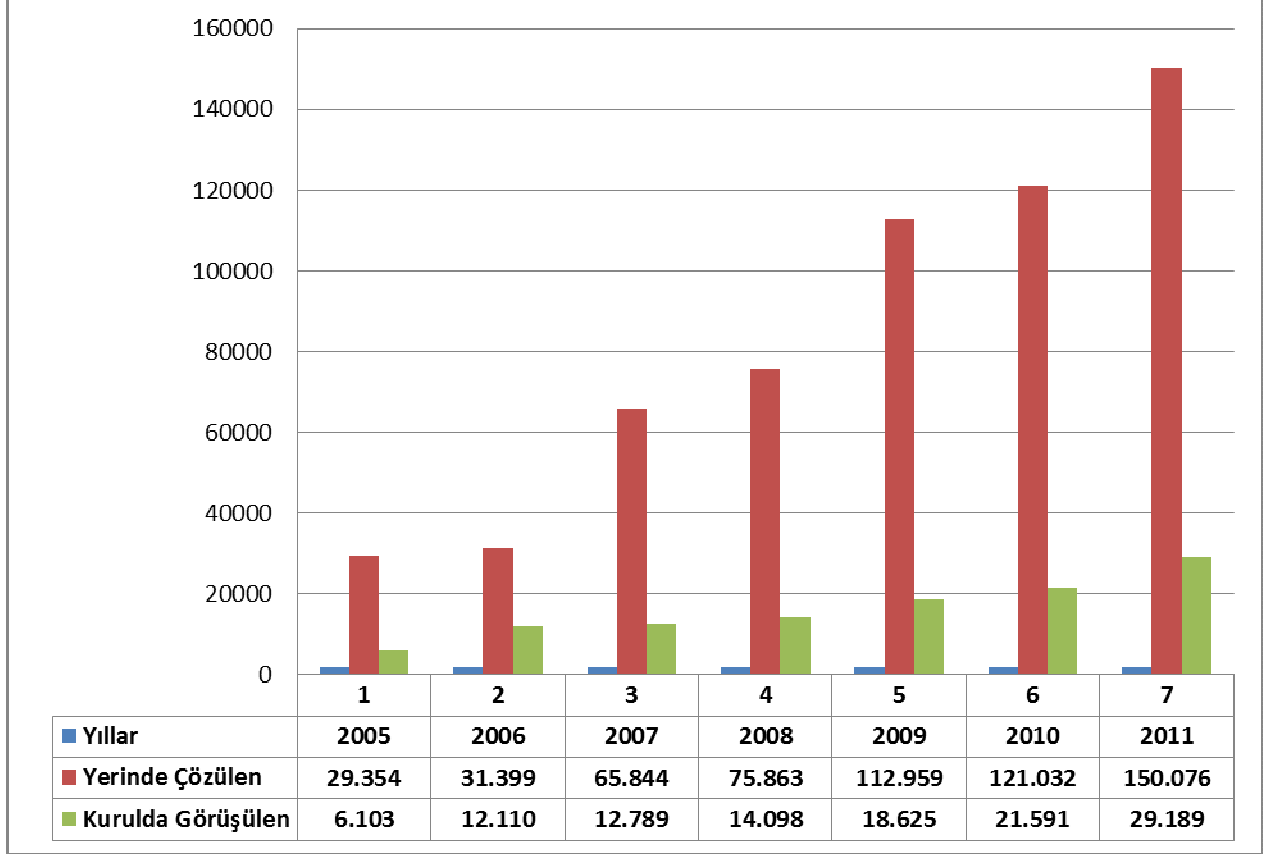
sbu.saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı verileri de son yıllarda toplumun hasta hakları konusunda bilinçlenmesiyle şikâyetlerin arttığını desteklemektedir.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları birimlerine 2005-2011 döneminde yapılan başvurulara bakıldığında şikâyet başvurularının önemli derecede artış gösterdiği görülmektedir (Grafik 6). Sağlık Bakanlığı'nın Hasta Hakları konusunda toplumu bilinçlendirme projesi ile hasta hakları konusunda bilgilendirilen kişilerin sayısının yıllar içinde arttığı (Grafik 7), şikâyet başvurularının da bu yıllar içerisinde önemli oranda artış gösterdiği tespit edilmiştir.

## Grafik 6. 2005-2011 Yıllarında Yılında TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda

### Görüşülen Başvuru Sayılarının Dağılımı

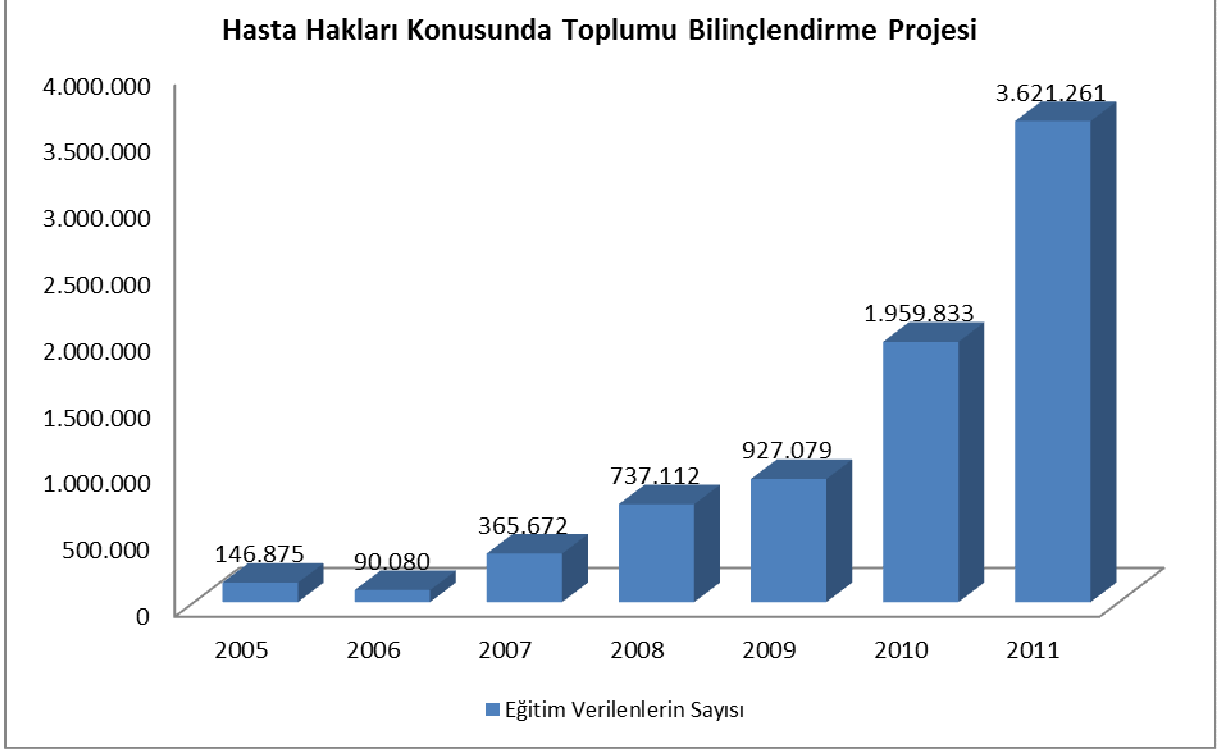


sbu.saglik.gov.tr

Sağlık Kuruluşları, hasta ve yakınlarının şikâyet, anlaşmazlık, görüş farklılıklarını dinleme ve yanıt verme, öneri, dilek vb. başvurularının nasıl yapılacağı konusunda tanımlanan politika ve prosedürde hasta veya yakınları tarafından yapılan tüm başvuruların ne zaman ve hangi sürede çözümlenip cevaplandırılacağını belirtmelidir (1).

Mevcut yasalar gereği herhangi bir kamu kurumuna başvuran bir işinin başvurusu 15, birden fazla kurumu ilgilendiriyorsa 30 iş gününde çözümlenip sonucun başvuruna bildirilmesi gerekir (Bilgi Edinme Kanunu, 2003).

**Grafik 7.** Sağlık Bakanlığının Hasta Hakları Konusunda Toplum Bilinçlendirme Projesi İle Hasta Hakları Konusunda Bilgilendirilen Kişilerin Sayısının Yıllar İçinde Dağılımı



sbu.saglik.gov.tr

‘İzmir Tabip Odası tarafından 1-15 Nisan 2012 tarihleri arasında, İzmir kentinin değişik bölgelerinde yüz yüze yapılan anket çalışmasında, toplam bin 639 kişiye sağlık hizmeti ve hekimlik ile ilgili 25 soru yöneltilmiştir. Anket sonuçlarına göre, ankete katılanlar soru yöneltilen vatandaşların % 75’ i aldığı sağlık hizmetini kaliteli bulmadığını; %71’ i aldığı sağlık hizmetinden memnun olmadığını; % 70’ i hekim-hasta iletişimde sorun olduğunu düşündüğünü; % 78’i hekimleri sağlık sistemindeki sorunlardan dolayı suçlu görmediğini; % 74’ ü muayene süresini yetersiz bulduğunu; % 64’ ü ise hekimlerin mutsuz olduğunu düşündüğünü belirtmiştir’ (54). Sağlık Bakanlığı’ nın söyleminin aksine vatandaşımız aldığı sağlık hizmetine geçer not vermemiştir (54). Vatandaşın

memnuniyeti hizmete ulaşmaktaki kolaylıktan kaynaklanmaktadır, ancak vatandaş aldığı sağlık hizmetinin nitelikli olmadığını farkındadır (54).

### **2.6.1.i. ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİ**

Acil tıp literatürlerinde de hasta memnuniyeti giderek daha çok ilgi çekmektedir (7, 8). Hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan metotlar acil servis kalitesini ölçmede önemlidir (8).

Acil servisler tüm dünyada ve Türkiye’de başvuran hastalar için 24 saat kesintisiz hizmet veren bakım birimleri olduğundan hastanelerin dışarı açık vitrinleridir(7-9, 14). Hastaların beklentilerine cevap verecek düzeyde hizmet sunan acil servisler, toplumun gözünde o hastaneler için olumlu izlenimler bırakmaktadır (7-9).

Acil servislere başvuran hastaların büyük çoğunluğu, nazik, şefkatli ve acısını paylaşan bir hekim tarafından, mahremiyetine de saygı gösterilerek hemen değerlendirilip tedavi edilmek ve hastalığı hakkında aydınlatıcı bilgiler verildikten sonra acil servisten taburcu olmak beklentisindedir (9).

Türkiye’ de verilen sağlık hizmetlerine bakıldığında, hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarından farklı beklentiler içinde oldukları bir gerçektir. Fakat yıllık ziyaretlerin sayısı arttıkça, hasta bekleme süreleri ve sağlık çalışanlarının sıkıntıları ülke çapında acil servislerde artmaktadır (7-9, 13). Yapılan bir çalışmada hasta sayısının fazla olduğu acil servislerde, travma merkezlerinde ve üniversite hastanelerindeki hastaların daha az memnun oldukları tespit edilmiştir (7).

Acil servislerin sağlık sistemi içinde farklı bir rolü vardır (9, 13). Tüm dünyada acil servis birimleri başvuran hastalar için kesintisiz, 24 saat hizmet verirler; ama kaliteli bakım sağlama kapasitesi hasta talebi artarken daha zayıf hale gelmektedir (9, 13, 14).



Acil servis çalışanları hasta yakınlarının tacizleri, servislerin doluluğu nedeniyle hasta yatışlarının yapılamaması gibi birçok faktör nedeniyle sürekli stres altındadır (17).

SDP kapsamında uygulanan yenilikler ile özellikle acil olmayan hastaların da acil servisleri tercih etmeleri nedeniyle; son dönemlerde acil servislerde yıllık hasta sayısının oldukça artmasına neden olmuş, bu da acil servislerde yoğunluğa ve karmaşaya neden olmuştur.

Acil servisler genellikle birbirinden farklı şikâyetleri olan birçok hastaya hizmet vermektedir (7-9). Ülkemiz şartlarında bu hastaların birçoğunun tıbben acil müdahale gerektirmediği de bilinmektedir (8).

Acil servis hekimi, acil servise başvuran hastanın acil tedavi gerektiren yakınması olup olmadığını hikâye almadan ve fiziksel muayene yapmadan anlaması mümkün olmadığından başvuran her hastayı acil kabul edip muayene etme zorunluluğu vardır (14). Acil olmayan hastaların acil servisleri kullanmaları gerçek acil hastaların hızlı ve yeterli sağlık hizmeti almasını engellemektedir (14). Başvurma nedeni ne olursa olsun bu durum acil serviste yığılmalara neden olmaktadır (7, 8).

Hangasi ve arkadaşları, triyaj ayrımında daha az acil olarak değerlendirilen hastaların, daha çabuk acil bakıma ihtiyacı olanlara kıyasla memnuniyetlerinin daha az olduğunu belirtmişlerdir (55).

Acil serviste oluşan yığılma ve yığılmanın yarattığı kargaşa ve huzursuzluk acil hizmetlerin yürütülmesini engelleyebilmektedir (7, 8, 14). Yıllık ziyaretlerin sayısı arttıkça, hasta bekleme süreleri ve sağlık çalışanlarının sıkıntıları ülke çapında acil servislerde artmaktadır (13). Acil servise başvuran hastalar ne yapacaklarını bilmedikleri için genellikle endişe ve korku yaşamakta ve bu da sağlık personeli ile sıklıkla tartışmalara ve karmaşaya neden olmaktadır (7-9, 15, 16).

Acil servisler hastanenin diğ er bölümlerine benzemez, farklı dinamiklere sahiptir. Acil servise gelen her hasta kabul edilmek zorundadır, acil servis çalışanlarının hastasını seçme şansı yoktur ve acil servisler genellikle yoğundur. Acil servisler hastanenin tüm yatakları dolu olduğunda bile hastaneye yeni gelen hastayı reddedemez.

Acil servislerde birbirinden oldukça farklı yakınmalarla başvuran hastalar aynı anda ve en hızlı hizmet talebinde bulunurlar (9). Bu yüzden acil servislerin şartlarının düzeltilmesi, işleyişi gereği diğ er birimlerle çalışan acil servislere destek olunmalıdır. Hastane Yönetimi tarafından yapılan düzenlemelerle acil servislerdeki yığılmaların nlenbilmesi için sağlanmalıdır.

Özellikle kalabalık acil servislerde, kısıtlı zamanda doğru tanıyı koymak ve tedavi etmek yükümlülüğüyle yoğun çalışan personelin, hasta bakım alanı da kısıtlıysa, yeterli hasta memnuniyetini sağlaması her zaman mümkün olmamaktadır (9). Bu yüzden acil servislerin fiziki şartları uygun hale getirilmelidir.

Özellikle devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde uygun hizmeti alamayan hastaların yönlendiği hastaneler niversite hastaneleri olmaktadır (8). Acil servislerde hasta yığılmalarının diğ er bir nedeninin de bu olduğu düşünülmektedir.

Acil servislerin sınırlandırılmayan hasta başvuruları da göz önüne alındığında, acil servislerdeki yoğunluk çoğu zaman yaşanan bu şikâyet konularının altındaki neden olarak ortaya çıkmaktadır (7-10, 13, 15).

Sağlık hizmeti veren tüm birimler bazen stresli ve zahmetli görünümde olmasına rağmen, acil servis ortamı özellikle bu zorluklara yatkındır (7, 9, 14, 15). İnsan hayatını ve sağlığını tehdit altına alan her türlü ç evresel ve biyolojik durum acil servis kavramı içinde yer almaktadır (7, 9, 15).

‘Acil servise gelen her hasta ilk olarak negatif bakış açısına sahiptir. Kendini iyi hissetmez, orada bulunmak istemez, zaman harcamak istemezler. En yardımsever kişi

tarafından en iyi bakım sağlansa da, hasta ve yakınlarınca çok düşmanca davranışlara maruz kalınabilir' (7).

'Acil servislerde hekimler hastanın bulunduğu yeri yalnızca bilgi alma ve gerekli görevleri yapmak için kullanırlar. Asıl iş hastanın bulunduğu yerden farklı bir yerde yapılır; test isteme, seçenekleri tartışma, bilgileri toplama ve her şeyin belgelenmesi vb. Hasta ve yakınları bakıma dâhil olan bu uğraşlara tanık olmazlar. Sonuç olarak, karışık kararların alınması ve gerekli çabalardan habersizdirler. Bu da çoğu zaman haksız ithamlara maruz kalınmasına neden olmaktadır' (15).

'Acil serviste hasta bakım hoşnutluğu, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere acil servis çalışanlarının niteliğine bağlıdır. Doktor ve hemşire niteliğini tek bir özelliğe dayandırmak mümkün değildir. Hasta gözüyle çalışanların davranışı, iletişim becerisi, giyimi, konuşması, hastaya gösterilen ilgi, saygı ve buna benzer bireysel özellikleri çalışanların niteliğinin alt birimini oluşturur. Yapılan bir çalışmada hastaların acildeki doktor tıbbi bakım, tecrübeleri ve davranışları hastaların genel memnuniyeti üzerinde etkili bir faktör olduğu bulunmuştur' (7-10).

'Al ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; acil serviste ve klinik hizmetlerinde hem hekimlerin, hem de hemşirelerin hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri ayrı ayrı incelenmiş, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sırasıyla klinikteki hemşire hizmetleri, klinik hekimlik hizmetleri, acil servis hemşire hizmetleri ve acil servis hekimlik hizmetleri olduğu belirtilmiştir. Buradan çıkartılan en önemli sonuç ise hasta memnuniyetini sağlamakta kişisel ilişkilerin düzeyinin ön plana çıktığıdır' (8).

Hastaların hekimden memnun kalmaları, hekimin iyi iletişim kurma kabiliyetine bağlıdır (24, 25). İletişimde başarı tıbbi hata davalarını en aza indirir ve tıbbi bakımda hasta memnuniyetini artırır (7, 8, 24, 25 ).

Son yıllarda acil servislerde yapılan araştırmalarda hasta memnuniyetini etkileyen faktörler şunlardır (7, 11, 13, 56):

1. Hastanın karar verme süresine katılımı,
2. Hastanın, tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi,
3. Aile fertlerinin desteğinin sağlanması,
4. Hasta ve profesyoneller arasındaki haberleşme-iletişim,
5. Emosyonel destek,
6. Fiziki ihtiyaçlara zamanında cevap verme,
7. Çabuk, uygun şekilde ağrıyı dindirmek,
8. Yeterli finansal bilgi ve tavsiyeler,
9. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde ameliyat hakkında açıklamalar,
10. Çıkış için ve çıkış sonrası için bakıma hazırlama,
11. Hasta ve yakınlarının sorularına cevap verme,
12. Hastalara dikkatli olarak takip edildiklerini bildirmek,
13. Hastaya mümkün olduğunca görülebilir olmak,
14. Acil serviste eşlik eden ilgiyi göstermek.

Birçok durumda hastaların herhangi bir hastanede ilk deneyim yerleri acil servislerdir. Bu deneyim pozitif olduğu zaman, hasta ve yakınları genellikle hastane hakkında pozitif bir fikre sahip olurlar (8).

Ülkemizde birçok hastanenin acil servislerinde hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları bilinen bir gerçektir. Hastaların en çok yaşadıkları güçlükler arasında bekleme süresinin uzunluğu, tanı-tedavi ve bakıma yönelik bilgi alamama ve sağlık personelinin tutumu belirtilmektedir. Hastaların çoğu tanı-tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıkları için genellikle verilen tedaviye uyum göstereme-

mekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir' (7-10, 57).

Yıldırım ve ark.nın bir çalışmada memnuniyetsizliğin en sık nedenleri; uzun bekleme süresi, uzun prosedürler, personel davranışı ve fatura olarak bulunmuştur (58). Yapılan bir diğer çalışmada en sık dile getirilen şikâyetler; triyajda bekleme süresinin uzun olması ve acil servisin çok yoğun olması bulunmuştur (9).

Yapılan birçok çalışmada da acil personellerinin davranışlarının da hasta memnuniyetinde oldukça önemli olduğu tespit edilmiştir (7-9, 11, 24, 25, 58 ).

Kaliteli sağlık bakım hizmetinin üretilmesinde insan faktörünün önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (11). Bu nedenle kurumların öncelikli olarak iş görenlerin kalitesini artırmaları gerekmektedir (11).

Dinamik ve yoğun acil servislerde, doktorların diğer hastalara bakım sağladıkları ve hastalardan ayrı ortamlarda gerçekleştirdikleri işlemler esnasında hastaların bakımında ve izleminde hemşireler önemli rol oynarlar (7).

Bunun için hizmet içi eğitim programları uygulamaları artırılmalıdır (11). Hizmet içi eğitim programları, her kademedeki iş görenlere belirlenecek gereksinimler doğrultusunda uygulanmalıdır (11).

Hekim ve diğer bakım sağlayanlar hakkında şikâyet konularından birisi de davranışlarındaki kabalık, ses tonunun rahatsız edici olması, uygunsuz kelimelerin seçilmesi ve hastaya olan ilgisizlik olarak bildirilmiştir (7).

Hastaların hekimden memnun kalması, hekimin iyi iletişim kurma kabiliyetine bağlı olmaktadır. (7, 8, 10). İyi iletişim en iyi bakımı sağlar, iletişimde başarı tıbbi hata davalarını en aza indirir ve tıbbi bakımda hasta memnuniyetini artırır (7).

Çevresel faktörler de hasta memnuniyetinde önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda acil serviste temizlik durumunun memnuniyet üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (7-11).

‘Acil servisler hastanenin onaylayacağı biçimde yenilenmeye devam etmelidir. Çünkü acil servisler hastanelerin ön kapısı olarak bilinirler, bu da hastanelerin itibarını gösteren bir anahtardır. Bazı önemli alt yapı ihtiyaçları; yeterli personel, yatan hasta için yeterli yatak varlığı, tanı ve tedavi hızlıca ulaşılacak uyumlu, rahat hareket alanını sağlayan acil servis alanlarına sahip olunmalıdır’ (7-9).

Birçok şikâyet gelişim için fırsattır ve servis hizmeti kalitesi hakkında olumsuz görüş bildiren hastalar ve yakınları, aslında problemlerin çözümü için olanak sağlarlar (8). Bu nedenle tüm hastanelerde hasta ve yakınlarının memnuniyetsizlik nedenleri araştırılıp, eksikliklere yönelik çözümler üretilmelidir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın tipi**

Bu araştırma, etik kurul onayı ( tarih 27.02.2012 karar no: 12-1.1/6 ) alındıktan sonra geriye dönük olarak, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Hastanesi acil servisine yapılmış olan şikâyet başvurularını incelemek amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

EÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı, 14 Temmuz 2005 de kurulmuştur. Halen 2 öğretim üyesi, 3 uzman doktor, 31 asistan doktor, 1 başhemşire, 38 hemşire, 11 Acil Tıp teknisyeni (ATT), 60 yardımcı personel, 8 temizlik personeli ile acil serviste, yıllık ortalama 100.000 hastaya sağlık hizmeti vermektedir.

Acil servisimizde erişkin hastalar (18 yaş ve üstü) ve çocuk dahil tüm travma hastalarının değerlendirildiği, triyaj, resüsitasyon odası, travma odası, biri monitörlü olmak üzere 3 adet bakı birimi, hızlı bakı alanı, alçı odası, eczane, bilgi işlem ve 3 adet izole oda bulunmaktadır. Yaklaşık 2500 m2 kapalı alan üzerinde kurulan Acil Servis, merkezi sistemle klimatize edilmiştir.

Hasta karşılama biriminde her vardiyada en az iki kişi olmak üzere toplam 11 Acil Tıp Teknisyeni (ATT) çalışmaktadır. ATT' leri; gelen hastaları, triyaj kategorilerine ve kliniklerine göre değerlendirerek, acil servisteki travma, resüsitasyon, bakı birimlerine ve hızlı bakı alanına almaktadırlar. Acil serviste toplam 79 sedye bulunmakta, izole odalarla birlikte toplam 82 hastaya hizmet verebilecek kapasitededir.

Hastaların yaşamsal bulgularının izlemi, triyajda 1, resüstasyon odasında 1, yoğun bakımda 5, monitörlü birimde 7, travma biriminde 1 monitör olmak üzere toplam 15 monitörle yapılmaktadır.

Resüsitasyon birimine triyaj kodu kırmızı olan (durumu çok acil) hastalar alınmakta, ilk tedavi, hemodinamik stabilizasyon ve bakım hizmeti verilmektedir. Travma

birimine, düşme, çarpma, trafik kazası vb. nedenlerden dolayı yaralanması olan tüm travma hastaları önceliğine göre alınmakta, takip ve tedavileri uygulanmaktadır. Bakı birimleri 3 kısımdan oluşmaktadır. İki muayene biriminde, kardiyak monitorizasyon gerektirmeyecek, klinik açıdan daha stabil olan hastaların değerlendirilerek tedavilerini aldığı bölüm bulunmaktadır. Monitörlü izlem bölümünde hasta başı monitörü ile özellikle hemodinamik takip gerektiren hastalar izlenmektedir. Hızlı bakı alanında ise; triaj kodu yeşil olan (acil olmayan), herhangi bir ek tetkike gerek duyulmadan muayenene sonrası reçete verilip taburcu edilebilecek hastalara hizmet verilmektedir.

Hastanın gerekli görülen müdahale ve tetkikleri yapılmakta, gerektiğinde ilgili bölümlerden konsültasyon istenmektedir. Acil servisimizde resusitasyon biriminde eğitim sorumluları tarafından yapılan yeterlilik sınavlarında başarılı olmuş belli bir kıdeme ulaşmış Acil Tıp asistanı, travma biriminde bir Acil Tıp asistanı, bakı birimlerinde ise kıdemli bir Acil Tıp asistanının sorumluluğunda en az bir olmak üzere Acil Tıp asistanlarıyla diğer kliniklerden görevlendirilen asistanlar görev yapmaktadırlar.

14 Temmuz 2005 tarihi (Acil Tıp Anabilim Dalı kuruluşu) öncesi acil serviste farklı işleyiş mevcuttu. O dönemde Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri, uzmanları ve asistanları acil servisin sorumlusu olarak görev yapmaktaydı. Acil servis; resusitasyon, travma, dahiliye, erkek gözlem ve bayan gözlem olmak üzere birimlere ayrılmıştı. Resusitasyon biriminde Anestezi ve Reanimasyon kliniğinin asistanı, travma biriminde Ortopedi ve Genel Cerrahi kliniklerinden rotasyonel olarak görevlendirilen asistanlar, dahiliye ve gözlem birimlerinde Anestezi ve Reanimasyon ve hastanenin diğer kliniklerinden görevlendirilen rotasyonel asistanlar çalışmaktaydı.

2005 yılı sonrasında EÜTF Hastanesi'nde Acil Tıp Anabilim Dalı'nın kurulmasıyla Acil Tıp uzmanları acil serviste hizmet vermeye başlamıştır. EÜTF Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda ilk Acil Tıp asistanları 2006 yılında eğitime başlamışlardır. 5



Şubat 2007 tarihinde İç Hastalıkları branşından öğretim üyesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'na getirilmiş, 2011 yılı itibariyle ise acil servisimizin Anabilim Dalı Başkanlığı'na Acil Tıp öğretim üyesi göreve başlamıştır. 2006 yılında 6 olan Acil Tıp asistanı sayısı yıllar içinde artarak şu an itibariyle 31 sayısına ulaşmış ve bu yıllar içinde 7 Acil Tıp asistanı uzman doktor olarak yeterliliklerini almışlardır.

Hastaların tüm ihtiyaçları acil servis imkânlarıyla karşılanmakta, hasta yakınlarına nadiren ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta yakınlarının acil servise girmesi yasaklanmıştır. İhtiyaç duyulduğunda güvenlik görevlileri kontrolünden sonra acil servise girişlerine izin verilmektedir. Hasta yakınlarının rahat edebilmeleri ve ihtiyaçlarını gidermeleri için bir bekleme salonu yapılmıştır. Hasta yakınları ihtiyaç halinde, merkezi anons sistemi aracılığıyla çağrılabilirlerdir.

Tüm hasta yakınlarına iki saatte bir, halka ilişkiler görevlisi tarafından doktorlardan bilgi alınarak bilgi verilmektedir. Özel durumu olan hastalara ise (ciddi hastalığı olan kırmızı bölge hastalarına) direkt doktoru tarafından bilgi verilmektedir. Hastaya ait laboratuvar materyalleri pnömatik sistemle gönderilmekte ve sonuçları bilgisayar ortamından alınmaktadır. Hastalara acil serviste kullanılacak tüm ilaç ve sarf malzemeleri acil servis ve hastane imkânlarıyla temin edilmekte, hastanede kullanılacak ilaçlar için hasta yakınlarına reçete yazılmamaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Sınırlılıkları**

#### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Bu çalışmada 2001-2011 tarihleri arasında EÜTF Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda arşivlenen, şahıslar ve kurumlar tarafından acil servise yapılmış 733 başvuru incelendi.

### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

2001-2011 tarihleri arasında EÜTF Hastanesi acil servisine yönelik Halkla İlişkiler birimine yapılmış şikâyet-memnuniyet formları incelenmiştir. Bunlardan hastanemiz Disiplin ve Ceza İşleri birimi ve Hastane Yönetimi tarafından ön inceleme için acil servise gönderilmiş şahıs veya kurumlara ait toplam 474 adet şikâyet dilekçesi, örneklemi oluşturdu.

### **3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

2001-2011 tarihleri arasında EÜTF Hastanesi acil servisine yönelik Halkla İlişkiler Birimince incelenmek amacıyla gönderilmiş şikâyet-memnuniyet formları, Hastanemiz Disiplin ve Ceza işleri ve Hastane Yönetimi tarafından ön soruşturma için acil servise gönderilmiş hasta ve hasta yakınlarına ait toplam 733 adet başvuru incelendi. Bu başvuruların 474'ü çalışmaya alındı. 259 (%35. 3) adet başvuru çalışmaya alınmadı.

474 adet şikâyet başvurusu olmasına rağmen demografik verilerde şikâyet başvurusunda bulunan şahıslar 458, hakkında şikâyet başvurusu bulunan şahıslar 424 adet olduğundan analizler bu sayılar üzerinden yapıldı.

Çalışmaya alınmayan 259 başvurunun; 37'si (%5) mükerrer başvurular, 59'u (%8) bilgi edinme amaçlı gönderilen dilekçeler, 34'ü (%4. 6) hasta ve hasta yakınlarına ait memnuniyet dilekçeleriydi. 37 (%5) başvuru ise hasta veya hasta yakınlarına ait şikâyet formlarında şikâyet eden veya edilene ait kimlik bilgileri verilmediği, şikâyetin hangi kliniğe ait olduğu net belirtilmediği için inceleme yapılamaması, bilgilere ulaşamaması nedeniyle çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya alınmayan başvuruların diğer 92'si (%12. 6) ise farklı kliniklere ait şikâyetleri içermekteydi. 2009 yılına kadar EÜTF Çocuk Hastalıkları acil servisi, erişkin acil servisinin binası içinde bulunmaktaydı ve travma hariç Çocuk Hastalıkları acil servisine yönelik şikâyetler erişkin acil servisinde arşivlenmekteydi. Çalışmaya alınma-

yan 92 şikâyetin 76'sı Çocuk Hastalıkları acil servisi, 16'sı da diğer kliniklere yapılmış şikâyetlerden oluşmaktaydı.

**Şikâyet Başvurusunda Bulunanların Demografik Verilerinin Analizinde Kısıtlılıklar:** Çalışmaya dâhil edilen 474 şikâyetin 458'inin şahıslar tarafından ve 16' sının ise kurumlar tarafından yapıldığı tespit edildi. Şikâyet başvurusunda bulunan şahısların demografik verilerinin analizleri 458 olgu üzerinden hesaplandı.

**Şikâyet Edilen Sağlık Personellerinin Demografik Verilerinin Analizinde Kısıtlılıklar:** Çalışmaya alınan başvurular incelendiğinde; 474 adet şikâyet başvuru formunda 550 adet hakkında şikâyet başvurusunda bulunmuş sağlık personeli ve değişik acil servis birimleri olduğu saptandı. Bu 550 adet şahıs ve acil servis birimi adına gerçekleştirilen şikâyet başvurusunun, 330'u hekimlerle, 94'ü hekim dışı sağlık personelleriyle ve 126'sı acil servis birimleriyle ilgiliydi. Şahıs ve acil servise yönelik başvuruda şikâyet edilen şahıs sayısı toplam 424 olduğundan, şikâyet edilen şahısların demografik verilerinin analizleri 424 üzerinden hesaplandı.

**Şikâyet Konuları Ve Şikâyet Sayılarının Belirlenmesinde Kısıtlılıklar:** Yine başvurulara bakıldığında, bazı şikâyet başvurularında birden fazla şikâyet konusu olduğu tespit edildi. Bu şikâyetler üç ana başlık altında (işleyişle ilgili, medikal hata iddiası ve fiziksel yapı) toplandı. Böylelikle 474 şikâyet dilekçesinde toplam 651 adet farklı şikâyet konusu olduğu tespit edildi.

**Şikâyet Konularının Alt Başlıklar Halinde İncelenmesinde Kısıtlılıklar:** İşleyişle ilgili şikâyetler de ayrıntılı incelendiğinde şikâyet başvurusunda bulunanların aynı anda işleyişle ilgili birkaç konuda şikâyette buldukları tespit edildi. İşleyişle ilgili şikâyetler 9 alt başlık altında toplandı. Alt başlıklar halinde işleyişle ilgili şikâyetlerin toplam 937 adet olduğu tespit edildi. İşleyişle ilgili şikâyet konulardan 'bekleme süresinin uzun

olması' ile ilgili şikâyetler de 4 başlık altında gruplandırıldı. Alt başlıklar halinde 'bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili şikâyetlerin toplam 235 adet olduğu tespit edildi.

**Şikâyetlerin Acil Servisin İşleyişiyle İlgili Olup Olmama Durumuna Göre Ayrılması:** Şikâyet konularına bakıldığında bunların içinde acil servisin kendi işleyişinden kaynaklanmayan hastanenin diğer birimlerinden kaynaklanan konuların yer aldığı tespit edildi. İşleyişle ilgili şikâyet konularından 'bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili 4 konu şalığında toplandı. Acilde bir kliniğe yatış için bekleme, konsültan bekleme ve sonuç (biyokimya, USG, BT vs.) bekleme ile ilgili olanlar acil servisten kaynaklanmayan şikâyetler olarak ayrılarak, analiz edildi. İşleyişle ilgili olan şikâyetlerden 'ücretlendirme' ile ilgili şikâyetlerin de yine aynı şekilde acil servis işleyişinden kaynaklanmayan şikâyetler olarak analiz edildi.

Acil servise yapılmış tüm şikâyetlerin konularını alt başlıklar halinde incelediğimizde işleyişle ilgili (9 alt başlık halinde) toplam 937, medikal hata ile ilgili 136, fiziksel yapı ile ilgili 41 olmak üzere toplam 1114 adet şikâyet tespit edildi. Bütün bu şikâyet konularından sadece hekimlere yapılmış olan şikâyetlerin, Acil Tıp Hekimleri ve diğer klinik hekimlerine dağılımına bakılarak, tüm şikâyetler içinde Acil Tıp hekimlerine yapılmış olan şikâyetlerin oranı analiz edildi.

Şikâyetlerin yapılmış olduğu acil servis içindeki birimlere göre dağılımında, acile gelen hastaların bilgi işlemde birimlere göre ayrımı yapılarak giriş işlemlerinin yapılmaması nedeniyle, bu birimlere alınan hasta sayıları bilinmediğinden, şikâyet oranları hesaplanamadı.

İncelenen memnuniyet-şikâyet dilekçelerinde, başvuruda bulunan kişilerin demografik özelliklerle ilgili bölümleri eksik doldurdukları görüldü bu nedenle bu veriler, olgu rapor formuna eksik girilmek zorunda kaldı. Bu da analizlerdeki toplam değerlerin farklı çıkmasına neden oldu.

Olgu rapor formunda analizi planlanan, şikâyet edilen sağlık personelin daha öncesinde ceza alıp almama durumuna, kişilerin şahsi dosyalarında gizli tutulduğundan, ulaşılamadı. Bu yüzden analizi yapılamadı.

Çalışmamızda diğer bir amaç elde edilen verilerin analizinde, Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmadan önce ve sonrasını karşılaştırmak planlanmıştı. Fakat 2001-2006 yılları arasında, EÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmadan önce, şikâyet başvurularının düzenli arşivlenmediği tespit edildi. O dönemde şikâyet başvurularının birçoğunun ön incelemesinin başka kliniklerde yürütüldüğü ve acil serviste arşivlenmediği, soruşturmalara ve bu soruşturma sonuçlarının şahısların kişisel dosyalarına kaldırıldığı tespit edildi.

2001-2006 yılları arasında hasta sayıları sabit gitmesine rağmen bu döneme ait şikâyetlerin oldukça değişken olmasının nedeni; şikâyet başvurularının düzenli arşivlenmemesi ve kişisel dosyalarda yer alması olarak değerlendirildi.

Ayrıca çalışmamız 2001-2011 yılları arasındaki şikâyet başvurularını içeriyordu. Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmadan önceki dönem 5 yılı, sonraki dönem ise 6 yılı kapsamaktaydı. Ülkemizde SDP programı kapsamında sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki yeniliklerle, hastaların hasta hakları konusunda bilinçlenmeleri ( HHUY ), şikâyetlerini belirtme yollarının yıllar içinde daha kolay ulaşılabilir (SABİM- Alo 184 şikâyet hattı vb.) hale getirilmesi, 2009 tarihinden itibaren üniversite hastanelerinin acil servislerinde, sağlık güvencesi aranmamaya başlamasıyla oldukça artan hasta sayıları gibi nedenlerle eşit şartlar olmadığından çalışma öncesi planlanan böyle bir istatistiksel karşılaştırmanın bilimsel olmayacağı ve günlük pratiği yansıtmayacağı düşünüldü. Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmadan önce ve sonra şeklindeki bir ayrıma gidilmedi.

Değerlendirilen şikâyet başvurularından ileri soruşturmaya gerek görülenlerinin, ileri soruşturma sonuçlarına, Acil Tıp Anabilim Dalı' nda arşivlenmediğinden ve soruşturulanların şahsi dosyasını inceleme izni alınmadığı için ulaşılamadı.

2001-2009 tarihleri arasında acil servise başvuran toplam hasta sayılarına, EÜTF Çocuk Hastalıkları acil servisine başvuran hasta sayılarının da dâhil olması nedeniyle bu döneme kadar acil servise başvuran net hasta sayısına ulaşamadı. Bu yüzden 2009 yılına kadar olan dönemde Çocuk Hastalıkları acil servisine yıllık ortalama hasta başvurusu hesaplanıp, toplam hasta sayısından çıkartılarak acil servisimize başvuran hasta sayısına ulaşıldı.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

EÜTF Disiplin ve Ceza İşleri, Hastane Yönetimi, Halkla İlişkiler birimlerinden ön inceleme amaçlı acil servise gönderilen ve ön incelemesi yapılan başvurular; Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı arşivinde, dosyalar halinde arşivlenmektedir.

EÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan arşiv materyalinin kullanılması ile ilgili alınan izin yazısı ile Anabilim Dalı'na ulaşan tüm memnuniyet-şikâyet başvurularının yer aldığı dosyalar incelenmiş, bu dosyalardaki veriler, arşiv odasında, hazırlanan olgu rapor formlarına (EK 1) kaydedilmiştir.

#### **3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması**

Araştırmada olgu rapor formu; başvuruların geldiği tarih, evrak kayıt numarası ön incelemeyi yapan klinisyen, şikâyetlerin gönderildiği birim (Savcılık, Disiplin ve Ceza İşleri, Halkla İlişkiler, Hastane Yönetimi), şikâyet başvurusunda bulunanların kurum veya şahıs oluşu, şikâyet başvurusunda bulunan şahıs ise kim olduğu (hasta, hasta yakını, diğer), şikâyet eden şahısların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu), hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), şikâyet edilen meslek grubu, şikâyet edilen sağlık personelinin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, mesleği), daha önce ceza alıp almadığı, şikâyetin geldiği acil servisin birimleri (bakı alanları, triyaj, resusitasyon, travma, diğer), şikâyet nedenleri ve şikâyetlerin sonuçlanma durumu ile ilgili sorular içeriyordu.

Araştırmada Şikâyet başvurusunda bulunanların ve hastaların demografik özelliklerinin, Şikâyet edilen sağlık personellerinin demografik özelliklerinin, Şikâyet başvuruları üzerine etkisi analiz edildi.

Hastanın acil serviste kaldığı zaman dâhilinde verilen hizmetin, hasta ve hasta yakınlarına sağlanan koşulların ( sağlık personeli davranışı, acil servis fiziksel durumu, refakatçi bulundurma ve ziyaretçi kabul etme durumu, hasta/hasta yakınlarının algıladıkları zaman, hastaların acilde buldukları süre içinde yapılan işlemler hakkında hasta/hasta yakınlarına bilgi verilmesi, triyajda bekleme süresi, acil serviste tetkikleri bekleme zamanı, taburculuk koşulları, başka bir kliniğe yatış durumu ve yatış bekleme süresi ) hasta / hasta yakını Şikâyetleri üzerine etkileri analiz edildi.

#### **3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

EÜTF Hastanesi acil servisine ulaşan tüm memnuniyet-Şikâyet başvurularının yer aldığı dosyalar incelenmiş, bu dosyalardan çalışmaya alınma kriterlerine sahip olan olgular, arşiv odasında, olgu rapor formuna kaydedilmiştir. Şikâyet başvuru sahiplerinin ve hastaların isimleri saklı tutulup, yalnızca Olgu Rapor Formu üzerindeki olgu numarası ile tanımlanmıştır.

#### **3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler SPSS For Windows 16. 0 istatistik programına aktarılarak değerlendirildi. Şikâyet başvurusunda bulunanların demografik verileri, Şikâyet edilenlerin demografik verileri, Şikâyet konularının etkenlerine yönelik karşılaştırmalarda, değerlendirilmesinde; bazı Şikâyet dilekçelerinde aynı anda bir veya daha fazla kişi ve Şikâyet konusu yer alabildiğinden, mükerrer verileri önlemek amacıyla ayrı ayrı veri tabanları kullanıldı.

Analizlerde veriler yıllara ayrılarak, ana dağılımlar ve çapraz tablolar oluşturuldu. Gruplar arası bağıntı analizlerinde Spearman korelasyon testi kullanıldı. Frekans analizleri ile kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar parametrik ki-kare testi ile analiz edildi. p değeri < 0.05 anlamlı kabul edildi.

### **3.5. Süre ve Olanaklar**

Bu araştırma etik kurul onayı ( tarih 27.02.2012 karar no:12-1.1/6 ) alındıktan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine 2001-2011 tarihleri arasında yapılmış olan 474 adet şikâyet başvuru formu incelenmiştir. Toplanan veriler araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu tez çalışması olarak sunulmuştur.



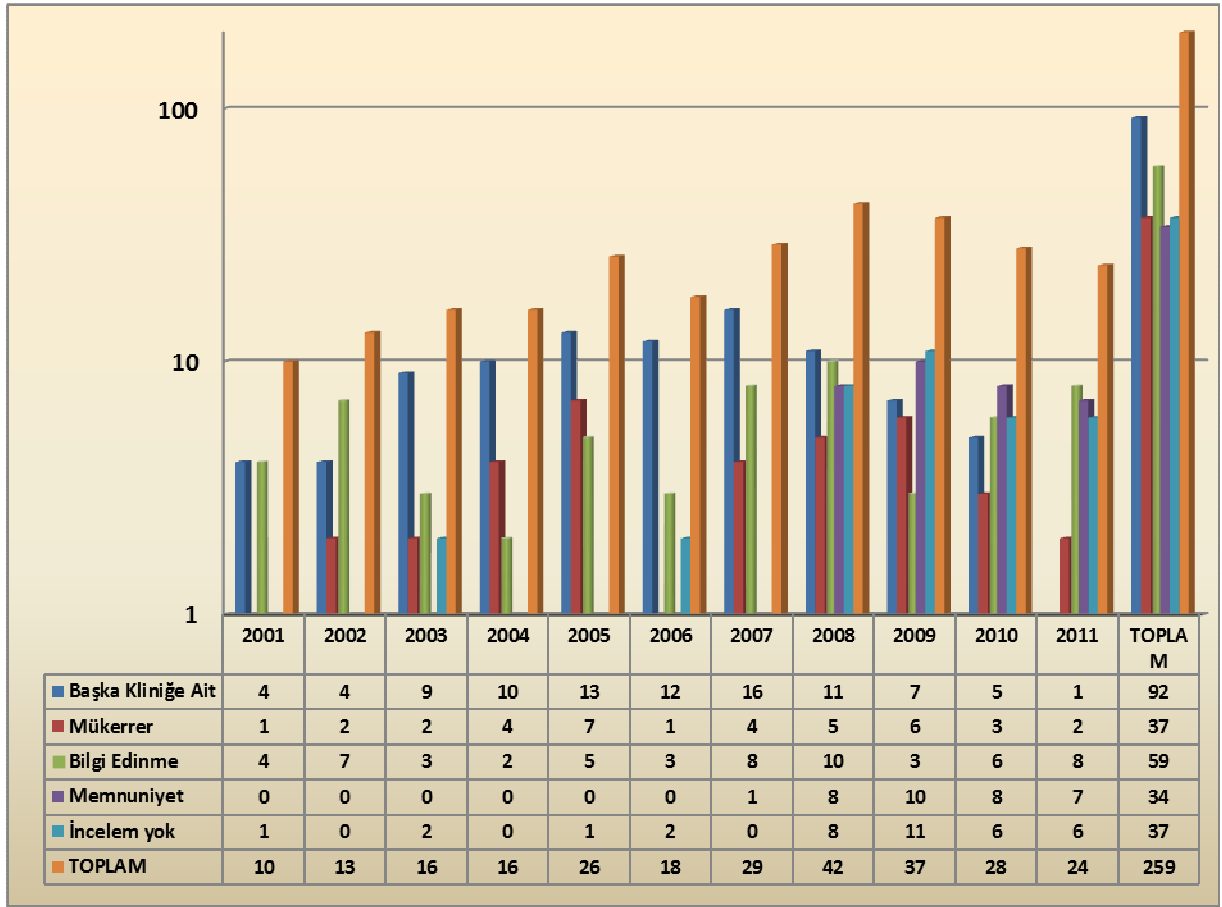
#### 4. BULGULAR

2001-2011 tarihleri arasında EÜTF Hastanesi acil servisine yönelik halkla ilişkiler birimine yapılmış şikâyet-memnuniyet formları, hastanemiz disiplin ve ceza işleri ve hastane yönetimi tarafından ön inceleme için acil servise gönderilmiş hasta ve hasta yakınlarına ait şikâyet dilekçeleri toplam 733 başvuru incelendi. Bu başvuruların 474'ü çalışmaya alındı. 259 (%35. 3) başvuru çalışmaya alınmadı.

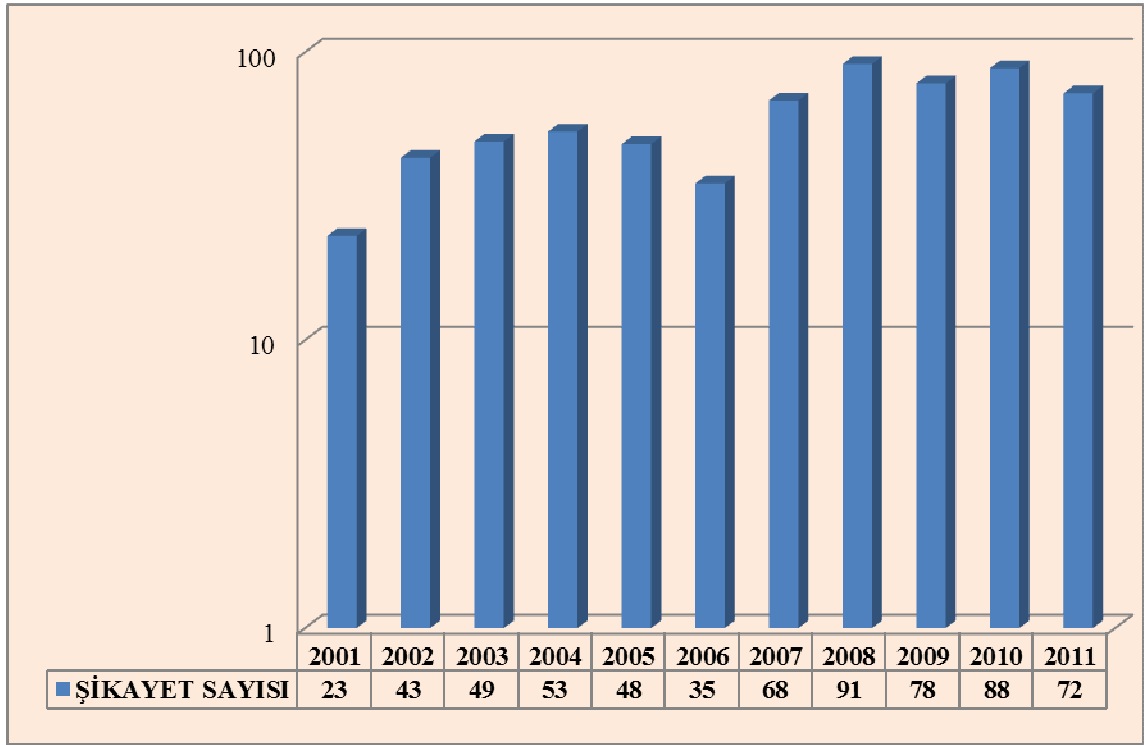
Çalışmaya alınmayan başvuruların; 92'si (%12. 6) diğer kliniklere ait şikâyetler, 37'si (%5) mükerrer başvurular, 59'u (%8) bilgi edinme amaçlı gönderilen dilekçeler, 34'ü (%4. 6) hasta ve hasta yakınlarına ait memnuniyet dilekçeleri olduğundan, 37'si (% 5) ise hasta veya hasta yakınlarına ait şikâyet formlarında şikâyet eden veya edilene ait kimlik bilgileri verilmediği, şikâyetin hangi kliniğe ait olduğu net belirtilmediği için inceleme yapılamaması, bilgilere ulaşılabilmesi nedeniyle çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya alınmayan başvuruların, çalışmaya alınmama nedenleri ve yıllara göre dağılımı Grafik 8' de, çalışmaya alınan şikâyet başvuruların yıllara göre dağılımı ise Grafik 9'da verilmiştir.

**Grafik 8.** Çalışmaya Alınmayan Başvuruların Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı



**Grafik 9.** Çalışmaya Alınan Şikâyet Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı



#### 4.1. GENEL VERİLER

474 adet şikâyet başvurusunun 458'inin (%96. 6) şahıslar tarafından, 16'sının (%3. 4) kurumlar tarafından yapıldığı saptandı. Şahıslar tarafından yapılan 458 şikâyet başvurusu incelendiğinde; şikâyet başvurularının 295' inin ( %62. 3) hasta yakınları, 163'ünün (%34. 4) hastalar, 26'sının (%5. 5) diğer şahıslar tarafından yapıldığı tespit edildi.

Başvurular incelendiğinde bazı dilekçelerde birden fazla çalışan ve/veya acil servis birimi hakkında şikâyette bulunulduğu tespit edildi. Bu başvurularda 550 adet şahıs ve acil servis birimi hakkında şikâyet başvurusu olduğu saptandı. Çalışan ve /veya acil servis birimi adına gerçekleşen bu şikâyetlerin; 330' unu (%60 ) hekimlerle, 94'ünü (%17. 1) hekim dışı sağlık personelleriyle ve 126' nı (%22. 9) acil servis birimiyle ilgili şikâyetler oluşturuyordu.

## **4.2. DEMOGRAFİK VERİLER**

### **4.2.1. Şikâyet Başvurusunda Bulunan Şahısların Demografik Verileri**

474 adet şikâyet başvurusunun 458'i şahıslar tarafından yapılmıştı. Bu şahısların 455' i (%99. 3 ) cinsiyetlerini belirtmişlerdi. 458 şikâyetin 251'i (%54. 8) erkekler tarafından, 204'ü (%44. 5) kadınlar tarafından yapılmıştı. Şikâyet başvurusunda bulunulanların demografik özellikleri Tablo 3'de verilmiştir.

Şikâyet başvurusunda bulunan şahısların sadece 346' sı (%75. 5) şikâyet dilekçelerinde yaşlarını belirtmişlerdi. Şikâyet başvurularına bakıldığında 26-35 yaş grubunun daha fazla şikâyet başvurusunda bulunduğu tespit edildi (%26. 9).

Şikâyet formlarında şahısların 351'i (%76. 6) öğrenim durumlarını belirtmişlerdi. Bunların içinde en fazla üniversite mezunlarının (%37. 3) şikâyet başvurusunda oldukları tespit edildi.

**Tablo 3.** Şikâyet Başvurusunda Bulunanların Demografik Özellikleri

DEMOGRAFİK VERİLER	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<b>CİNSİYET</b>		
KADIN	204	44.5
<b>ERKEK</b>	<b>251</b>	<b>54.8</b>
TOPLAM	455	99.3
<b>YAŞ</b>		
18-25	25	5.4
<b>26-35</b>	<b>123</b>	<b>26.9</b>
36-45	103	22.5
46-55	61	13.3
56 ve ÜZERİ	34	7.4
TOPLAM	346	75.5
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>		
İLKÖĞRETİM	50	10.9
LİSE	96	21
ÜNİVERSİTE	171	37.3
ÜNİVERSİTE ÜZERİ	34	7.4
TOPLAM	351	76.6

\*Toplam 'n' değerlerinin farklı olması şikâyet formlarına eksik demografik veri girilmesinden kaynaklanmıştır

#### 4.2.2. Hastalar İle İlgili Demografik Veriler

Şikâyet başvurularında 333'ünde (%73. 3) hastaların cinsiyeti hakkında, yalnızca 260'nda (%54. 9) hastaların yaşı hakkında bilgi verilmişti. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. Yaşları belirtilen hastalar içinde 56 yaş ve üzeri (%17. 7) grubun daha fazla olduğu, cinsiyetler arasında fark olmadığı tespit edildi.

**Tablo 4.** Hastaların Yaş Ve Cinsiyet Dağılımı

CİNSİYET	SAYI (n)	YÜZDE(%)
KADIN	166	35.2
ERKEK	167	35.1
TOPLAM	333	70.3

YAŞ	SAYI (n)	YÜZDE(%)
17 VE ALTI	18	3.8
18-25	20	4.2
26-35	58	12.2
36-45	45	9.5
46-55	35	7.4
<b>56 VE ÜZERİ</b>	<b>84</b>	<b>17.7</b>
TOPLAM	260	54.9

\*Toplam 'n' değerlerinin farklı olması şikâyet formlarına eksik demografik veri girilmesinden kaynaklanmıştır.

### **4.2.3. Hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan çalışanlarla ilgili demografik veriler**

Şikâyetlere konu olan şahıs ve acil servis birimine ait 550 başvurunun 126' sını (%22. 9) acil servis birimine yapılmış şikâyetler oluşturuyordu. Hakkında şikâyet başvurusu bulunulan şahıs ( hekim ve hekim dışı sağlık personeli) toplamının 424 ( %77. 1) olduğu saptandı.

Hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan şahısların 375' inin (%88. 4) cinsiyetleri belirlenebildi. 49' unun (%11. 6) ise inceleme dosyalarında bilgileri eksik olduğundan cinsiyetleri belirlenemedi. Erkekler (%50. 7) hakkında daha fazla şikâyet başvurusunda bulunulduğu tespit edildi.

Hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan çalışanların 355' inin (%83. 7) yaşları belirlenebildi. 69' nun (% 16. 3) yaşı belirlenemedi. En fazla şikâyet edilen yaş grubunun 26-35 yaş (% 74. 8) olduğu tespit edildi. Hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan çalışanların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 5' te verilmiştir.

**Tablo 5.** Hakkında Şikâyet Başvurusunda Bulunulan Çalışanların Yaş Ve Cinsiyet Dağılımları

	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<b>CİNSİYET</b>		
<b>KADIN</b>	<b>160</b>	<b>37.7</b>
<b>ERKEK</b>	<b>215</b>	<b>50.7</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>375</b>	<b>88.4</b>
<b>YAŞ</b>		
<b>18-25</b>	<b>12</b>	<b>2.8</b>
<b>26-35</b>	<b>317</b>	<b>74.8</b>
<b>36-45</b>	<b>26</b>	<b>6.1</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>355</b>	<b>83.7</b>

\*Toplam 'n' değerlerinin farklı olmasının sebebi şikâyet formlarındaki yaş ve cinsiyetlerin inceleme dosyalarında bulunmamasından kaynaklanmıştır.

#### 4.3. ŞİKÂYET KONULARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN İLİŞKİSİ

Şikâyet dilekçeleri incelendiğinde işleyişle ilgili, medikal hata iddiası ve fiziksel yapı ile ilgili konuları içeren toplam 651 şikâyetin olduğu tespit edilmişti. Bu şikâyetlerin başvuruda bulunan şahısların cinsiyetine göre dağılımı Tablo 6' da verilmiştir. Her iki cinsin de genel olarak işleyişle ilgili konular hakkında daha fazla şikâyette buldukları, erkeklerin ise kadınlardan daha çok medikal hata iddiasında bulunduğu saptandı. Fiziksel yapı ile ilgili şikâyetlerde her iki cinsiyet arasında fark tespit edilmedi.



**Tablo 6.** Şikâyet Başvurusunda Bulunan Şahısların Cinsiyetlerine Göre Şikâyette Buldukları Konuların Dağılımı

CİNSİYET	ŞİKÂYETTE BULUNULAN KONULAR							
	İşleyişle İlgili		Medikal Hata İddiası		Fiziksel Yapı		TOPLAM	
	Sayı(n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
<b>Erkek</b>	<b>245</b>	<b>70.6</b>	<b>78</b>	<b>22.5</b>	<b>24</b>	<b>6.9</b>	<b>347</b>	<b>100</b>
<b>Kadın</b>	<b>210</b>	<b>75.3</b>	<b>52</b>	<b>18.6</b>	<b>17</b>	<b>6.1</b>	<b>279</b>	<b>100</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>455</b>	<b>72.7</b>	<b>130</b>	<b>20.8</b>	<b>41</b>	<b>6.5</b>	<b>626</b>	<b>100</b>

\*Toplam değerinin farklı olma sebebi demografik verilerin şahıslar tarafından eksik girilmesinden kaynaklanmıştır.

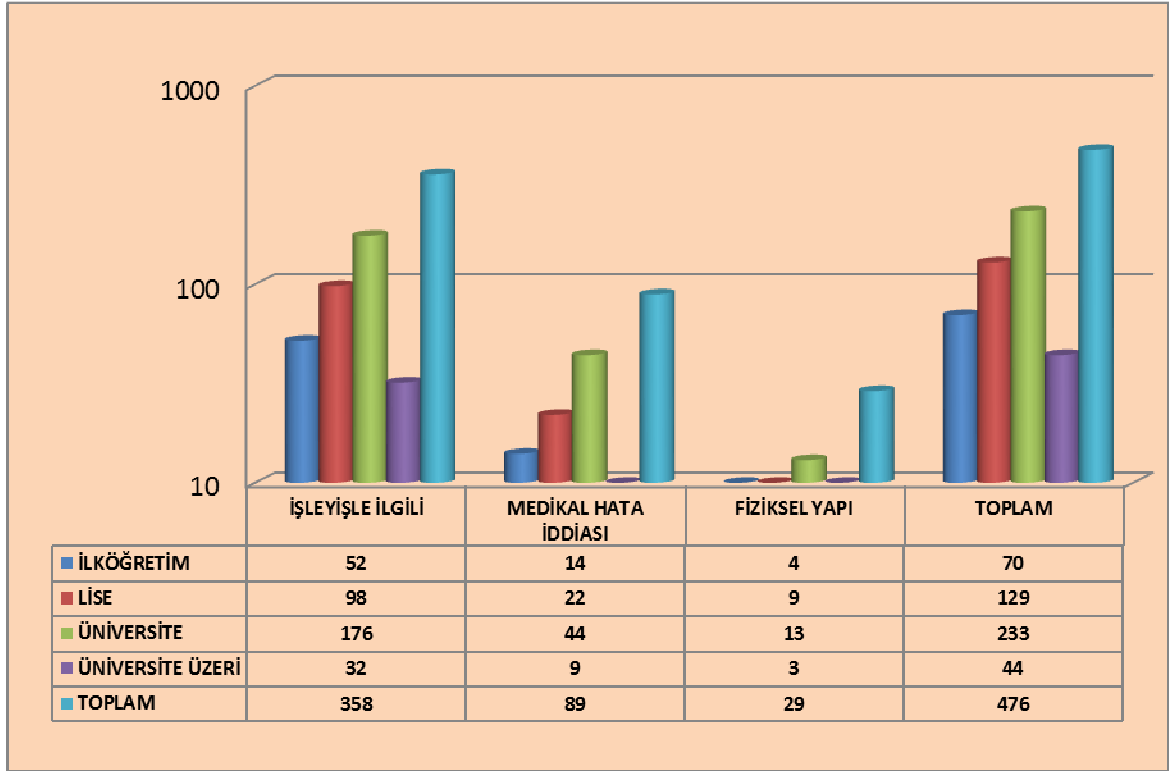
Şikâyet başvurusunda bulunan şahısların yaş gruplarının, şikâyette buldukları konular incelendiğinde; işleyişle ilgili en çok şikâyette bulunan yaş grubunun 26-35 yaş (%18.3) olduğu, medikal hata iddiasında en çok bulunan yaş grubunun 26-35 yaş olduğu (%4.8), fiziksel yapı ile ilgili şikâyetlerde en çok bulunan yaş grubunun 36-45 yaş (%1.4) ve 46-55 (%1.4) yaş olduğu saptandı. Şikâyet başvurusunda bulunan yaş gruplarının şikâyette buldukları konuların dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7.** Şikâyet Başvurusunda Bulunan Yaş Gruplarının Şikâyette Buldukları Konuların Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	ŞİKÂYETTE BULUNULAN KONULAR							
	İŞLEYİŞLE İLGİLİ		MEDİKAL HATA İDDİASI		FİZİKSEL YAPI		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
18-25 YAŞ	21	3.2	5	0.8	4	0.6	30	6.3
26-35 YAŞ	119	18.3	31	4.8	4	0.6	154	32.7
36-45 YAŞ	114	17.5	23	3.5	9	1.4	146	31
46-55 YAŞ	61	9.4	22	3.4	5	0.8	88	18.7
56 YAŞ VE ÜZERİ	36	5.5	8	1.2	9	1.4	53	11.3
TOPLAM	351	74.6	89	18.9	31	6.5	471	100

Şikâyette bulunan şahısların öğrenim durumlarına göre şikâyette buldukları konuların dağılımı ise Grafik 10' da verilmiştir. Bütün şikâyet konularında en çok şikâyet eden şahısların üniversite mezunu oldukları tespit edildi.

**Grafik 10.** Şikâyetle Bulunan Şahısların Öğrenim Durumlarına Göre Şikâyetle Buldukları Konuların Dağılımı



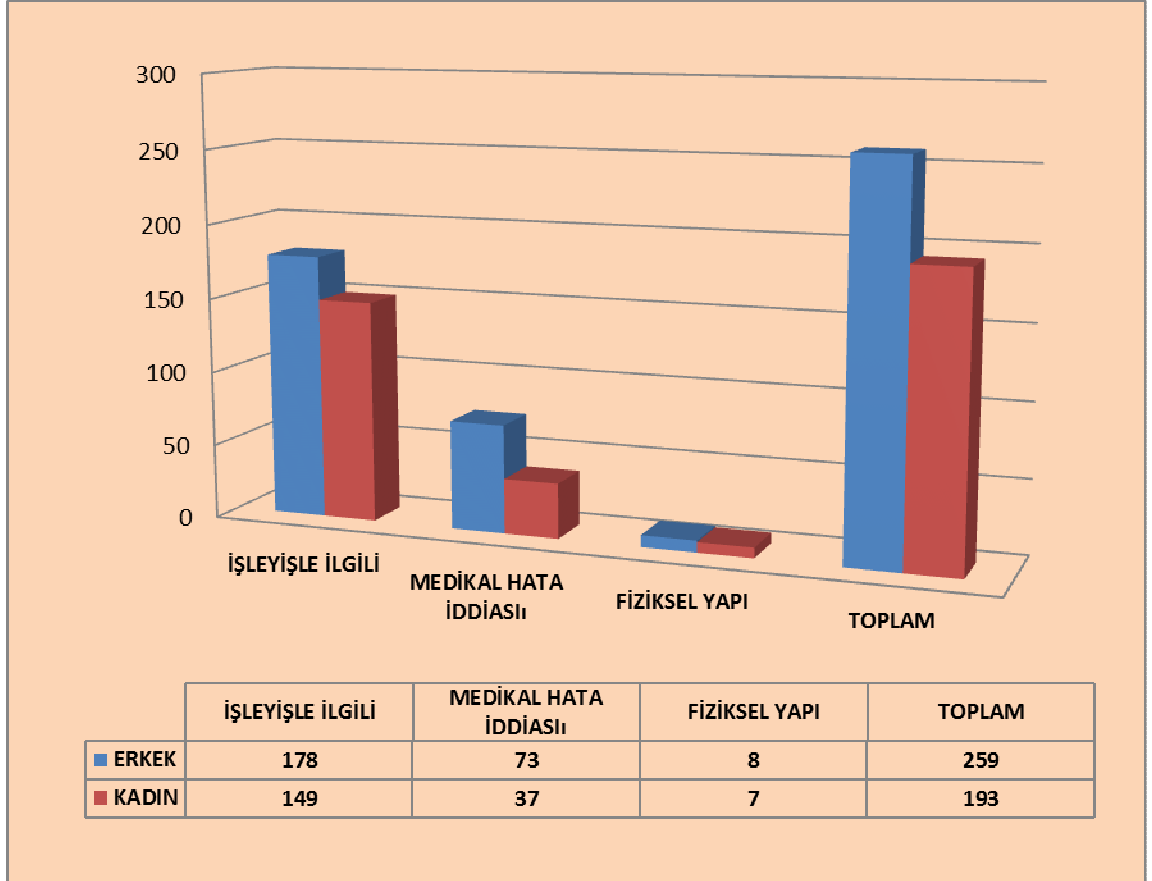
Tüm şikâyetlere bakıldığında erkekler (%61) hakkında daha fazla şikâyet başvurusunda bulunulduğu saptandı. Şikâyet edilen cinsiyetlere göre şikâyet konularının dağılımı Grafik 11’de verilmiştir.

Erkeklere yönelik yapılan toplam 259 şikâyet incelendiğinde %68. 7’sinin işleyle ilgili, %28. 2’sinin medikal hata iddiası, %8’inin fiziksel yapı ile ilgili olduğu saptandı.

Kadınlara yönelik yapılan toplam 193 şikâyet incelendiğinde, şikâyetlerin %77. 2’sinin işleyle ilgili, %19. 2’sinin medikal hata iddiası, %7’si fiziksel yapı ile ilgili

olduğu tespit edildi. Erkeklerin kadınlardan daha fazla medikal hata iddiası ile Şikâyet edildiği tespit edildi.

**Grafik 11.** Şikâyet Edilen Cinsiyetlere Göre Şikâyet Konularının Dağılımları

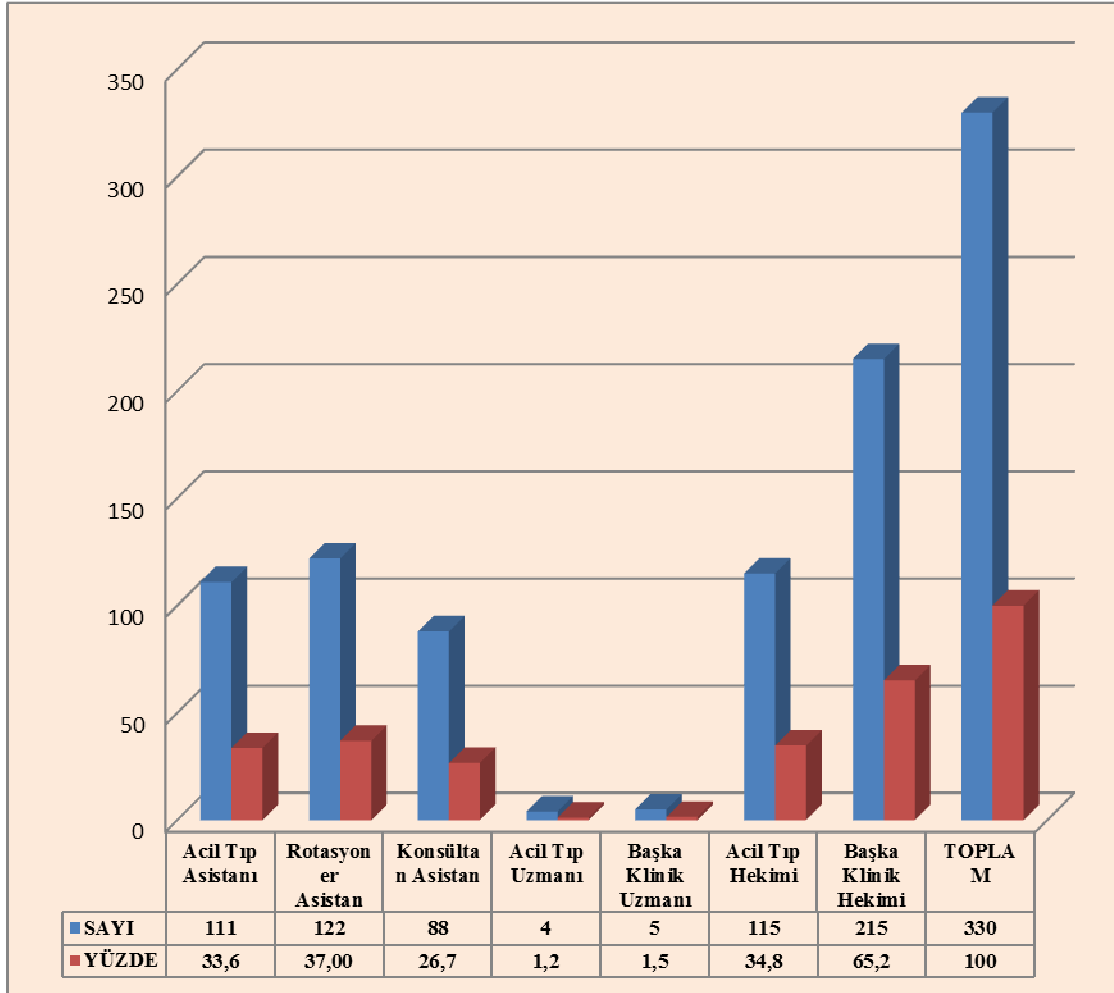


#### 4.4. HAKKINDA ŞİKÂYET BAŞVURUSUNDA BULUNULAN HEKİMLERLE İLGİLİ GENEL VERİLER

424 adet sağlık personeli hakkında Şikâyetin 330'unu (%60) hekimlere yönelik Şikâyetler oluşturmaktaydı. Hakkında en fazla Şikâyet başvurusunda bulunulan hekimlerin, Şikâyetlerin 122'sinin (%37) geldiği rotasyonel asistanlar olduğu tespit edildi. Hakkında Şikâyette bulunulan hekimlerin %34,8'nin acil tıp hekimi (acil tıp asistanı ve

uzmanı), diğerlerinin ise acil tıp dışından hekimler olduğu saptandı. Hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan hekimlerin dağılımı Grafik 12’de verilmiştir.

**Grafik 12.** Hakkında Şikâyet Başvurusu Bulunulan Hekimlerin Dağılımı



#### 4.5. TANIMLAYICI VERİLER

Yapılan şikâyet başvurularının; %82. 5 ‘i Halkla İlişkiler Birimi , %9. 1’i Hastane Yönetimi ve %8. 4’ ü Disiplin ve Ceza İşleri tarafından acil servise ön inceleme amaçlı gönderilmişti.

Acil servise gönderilen 474 adet şikâyet başvurusunun ön incelemesinin büyük oranda uzman doktorlar tarafından (%67. 1) yapıldığı tespit edildi. 2006 yılı öncesi

Anestezi ve Reanimasyon kliniğinin uzman doktorları, 2006 yılı sonrasında ise Acil Tıp uzmanlarının ön inceleme yaptığı görüldü. Şikâyetlerin %13. 3'ünün yardımcı doçent doktorlar tarafından, %3. 2' sinin doçent doktorlar, %16. 5' inin profesör doktorlar tarafından ön incelemeleri yapılmıştı.

## **4.6. ŞİKÂyetLERLE İLGİLİ VERİLER**

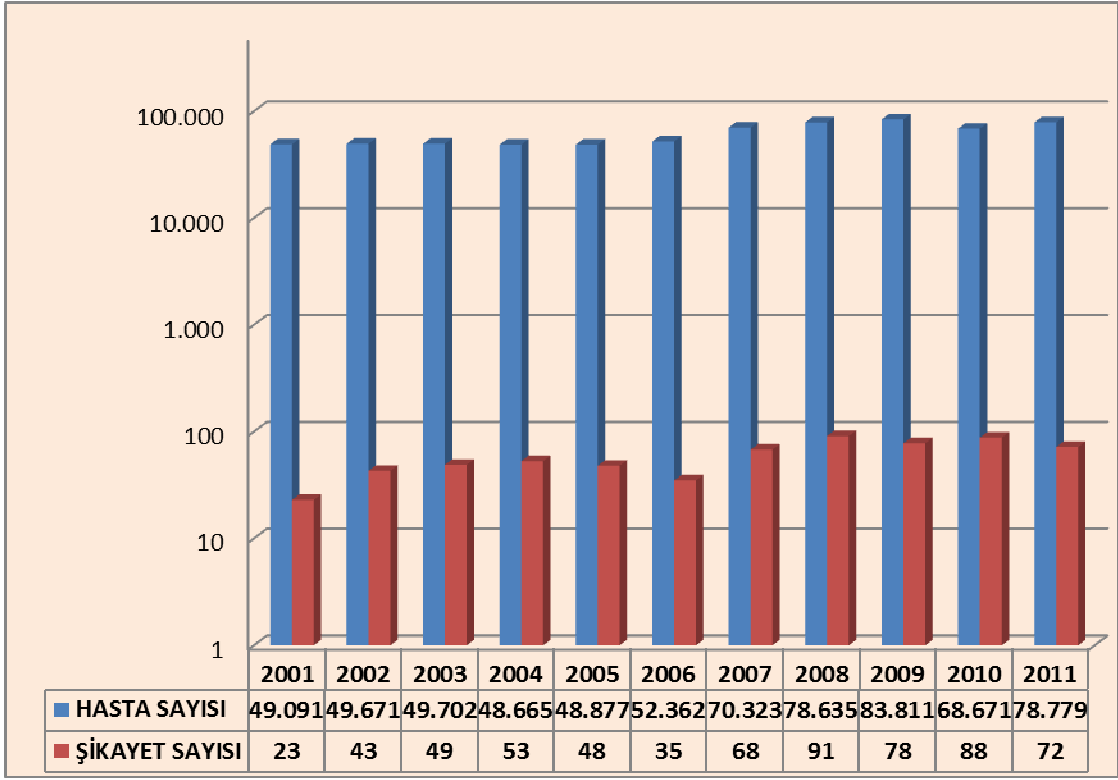
### **4.6.1. Genel Veriler**

Çalışmamızda şikâyet başvuruları incelendiğinde bazı dilekçelerde birden fazla şikâyet konusu olduğu saptandı. Bu konular üç ana başlık altında (işleyişle ilgili, medikal hata iddiası ve fiziksel yapı) toplandığında, 651 şikâyet olduğu belirlendi.

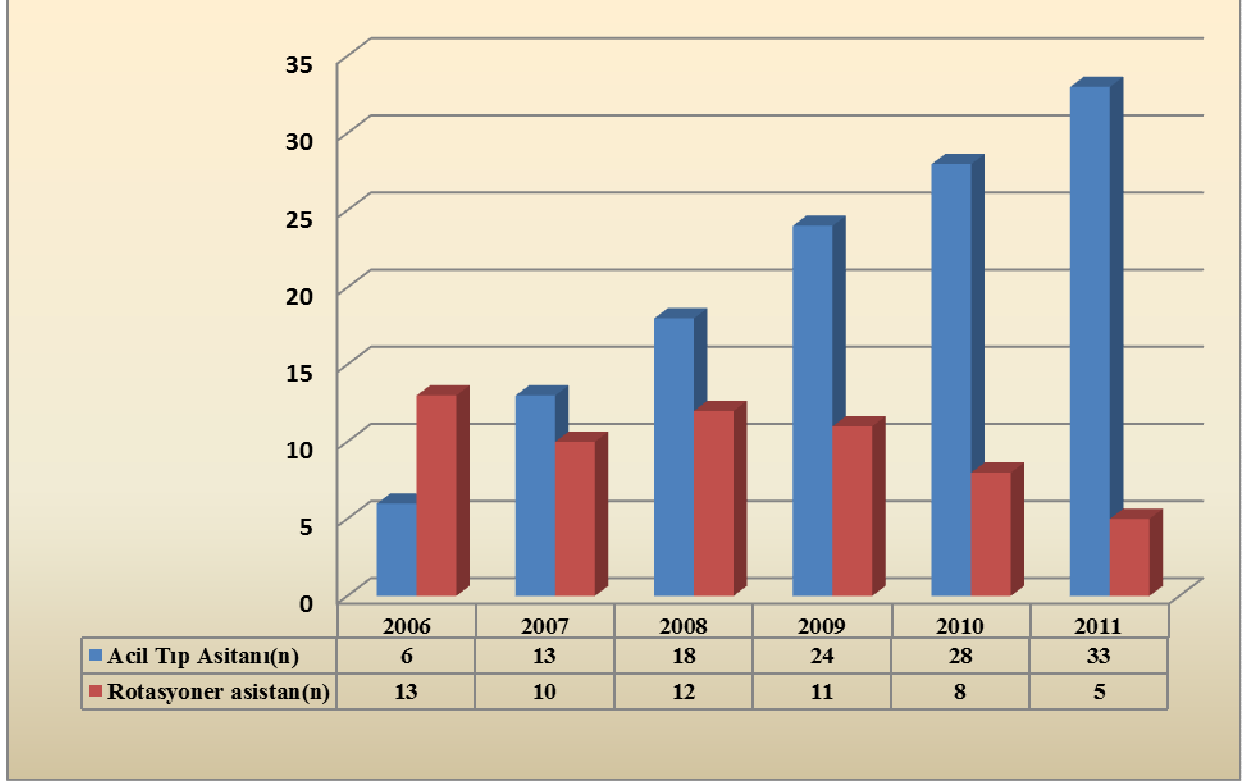
2001-2011 yılları arasında acil servise başvuran hasta sayılarının ve şikâyet sayılarının dağılımı Grafik 13'de verilmiştir. Bu yıllar arasında acilde çalışan Acil Tıp asistanı ve rotasyonel asistan sayılarının dağılımı Grafik 14' de verilmiştir.

2007 yılından itibaren acil servise başvuran hasta sayısında anlamlı artış (r değeri:0.791, p:0.004) olduğu ve şikâyet oranlarının da yıllar içinde anlamlı artış gösterdiği (r değeri:0.793, p:0.004) saptandı. Acil servise yıllara göre başvuran hasta sayısı ve bu yıllara göre şikâyet oranları (şikâyet oranı = şikâyet başvurusu sayısı / acile başvuran hasta sayısı x 10.000) incelendiğinde, aralarında kuvvetli korelasyon olduğu saptandı (r:0.979, p:0.009). Acil servise başvuran hasta sayısı arttıkça şikâyet sayılarının da arttığı tespit edildi.

**Grafik 13.** Yıllar İçinde Acil Servise Başvuran Hasta Ve Şikâyet Sayısı Dağılımı



**Grafik 14.** Acil Serviste Yıllar İçinde Çalışan Acil Tıp Asistanı Ve Rotasyonel Asistan Sayıları



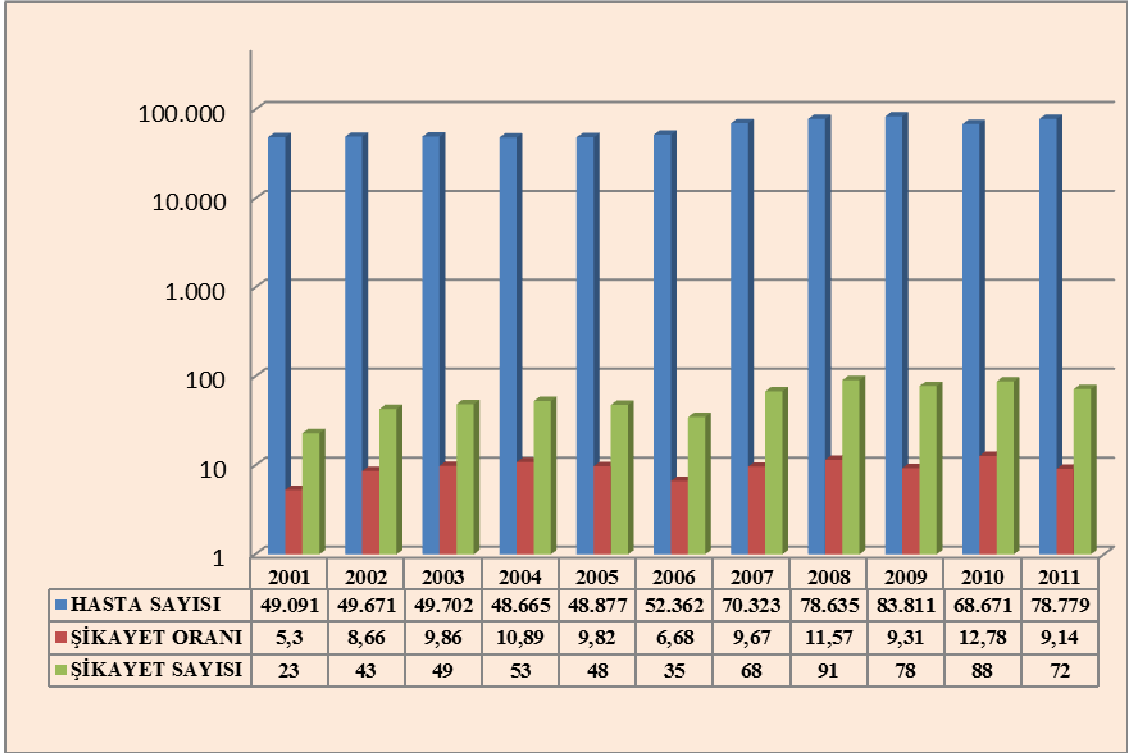
\*2006 yılı öncesi acil serviste çalışan hekim sayılarına ulaşlamamıştır.

Tüm yılların acil servise başvuran hasta sayısına göre şikâyet oranına bakıldığında bu oranın 2010 yılında en fazla olduğu görüldü (Grafik 15).

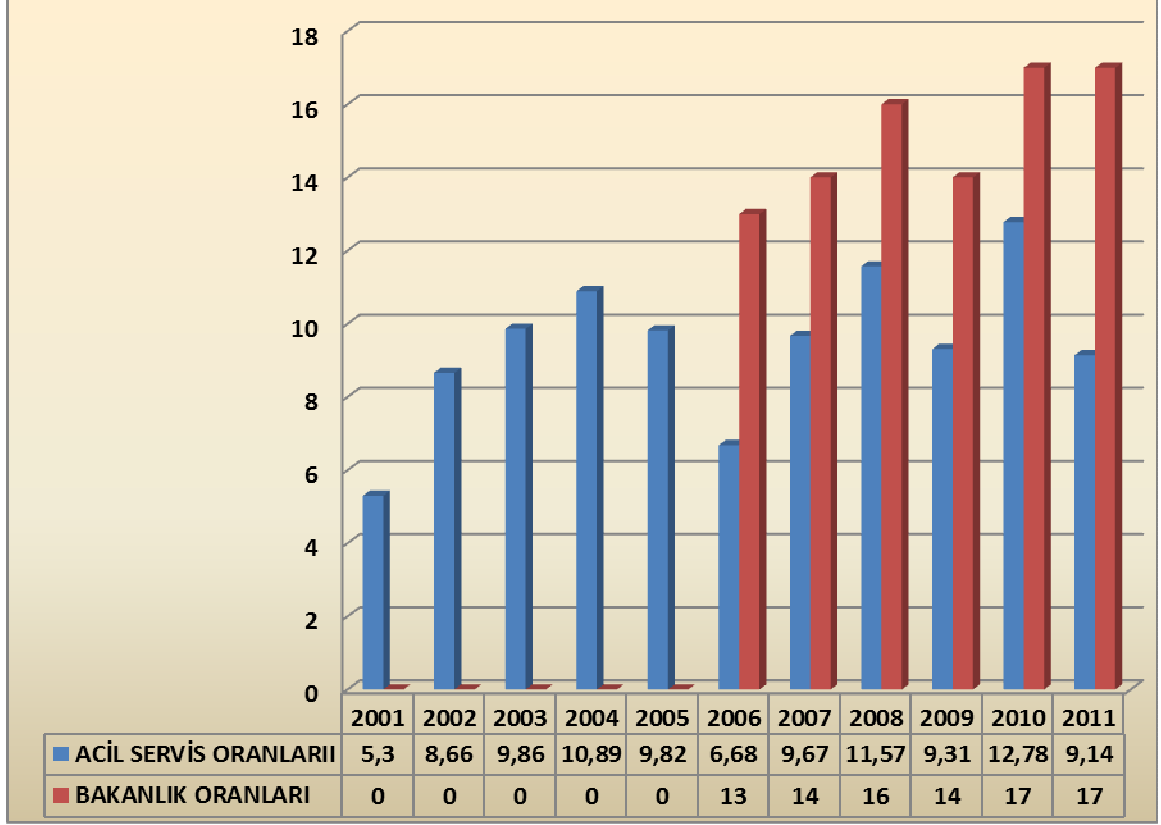
Acil servise yapılmış olan şikâyet oranlarının, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda görüşülen Türkiye genelinde Acil ve İlk Yardım Hizmetlerine yönelik şikâyet oranları (2006-2011 yılları arasında) ile korele olarak artış gösterdiği, fakat EÜTF Hastanesi acil servisi oranlarının Sağlık Bakanlığı oranlarından daha düşük olduğu tespit edildi (Grafik 16).



**Grafik 15.** 2001-2011 Yılları Arasında EÜTF Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı Ve Bu Yıllarda Şikâyet Oranlarının Dağılımı



**Grafik 16.** EÜTF Acil Servisine Yapılan Şikâyet Başvuru Oranlarının, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda Görüşülen Acil Ve İlk Yardım Tedavi Hizmetlerine Yönelik Şikâyet Başvuru Oranlarının Karşılaştırılması

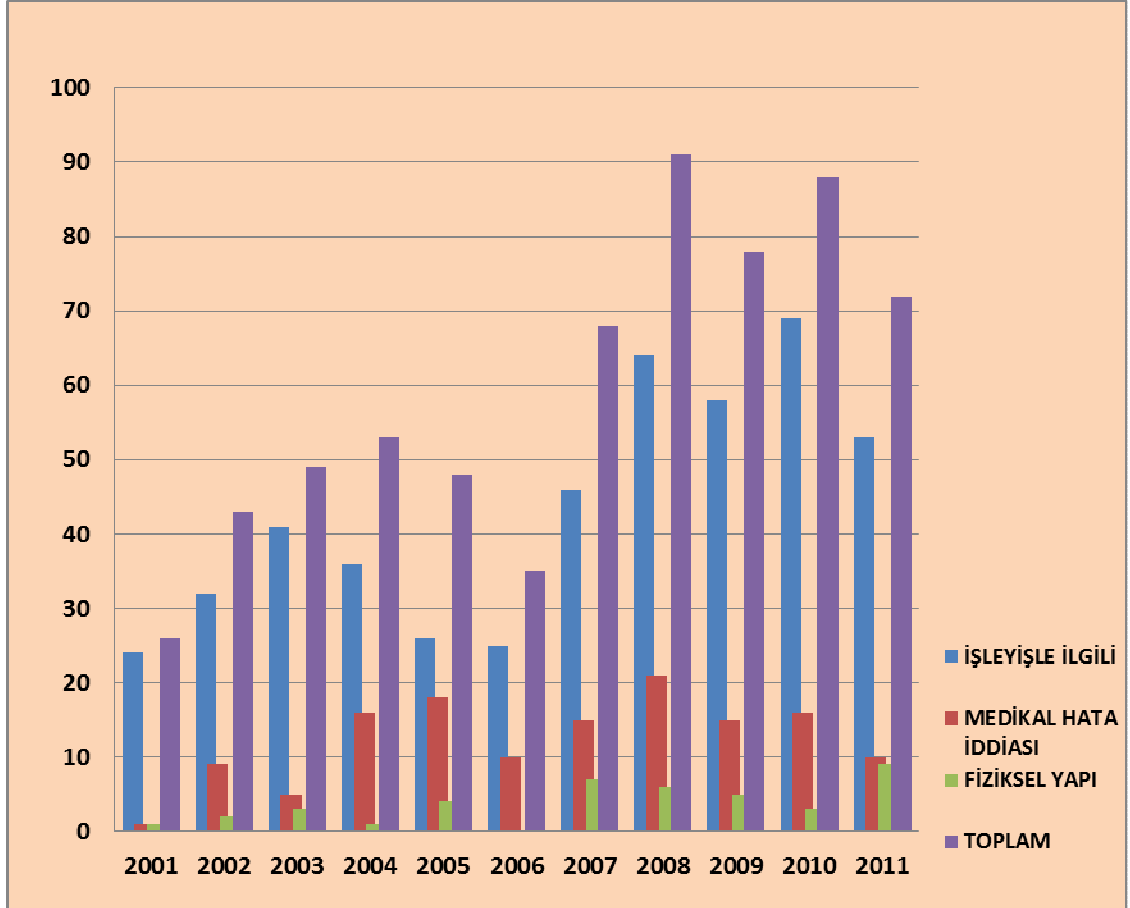


\*2006 yılı öncesi Sağlık Bakanlığı verilerine ulaşamamıştır.

Üç ana başlık altında toplanan (işleyişle ilgili şikâyetler, medikal hata iddiası, fiziksel yapı) toplam 651 adet şikâyet konusu olduğu saptandı. İşleyişle ilgili şikâyet başvuruları 474 adet (%72. 8), medikal hata iddiası ile ilgili başvurular 136 adet (%20. 9), fiziksel yapı ile ilgili şikâyetlerin ise 41 adet (%6. 3) olduğu tespit edildi. Şikâyet konularının yıllara göre dağılımı Grafik 17’ de verilmiştir. Bu dağılıma bakıldığında acil servise yönelik şikâyetlerin genel olarak arttığı fakat bu şikâyetler içerisindeki medikal hata iddialarının genel şikâyetler içerisindeki oranının 2006 yılından itibaren azaldığı

tespit edildi. 2005 yılında o yıl yapılan şikâyetler içinde medikal hata iddiası yüzdesi %37. 8 iken, bu oran 2006 yılında %28. 5, 2011 yılında ise %13. 8 olduğu tespit edildi.

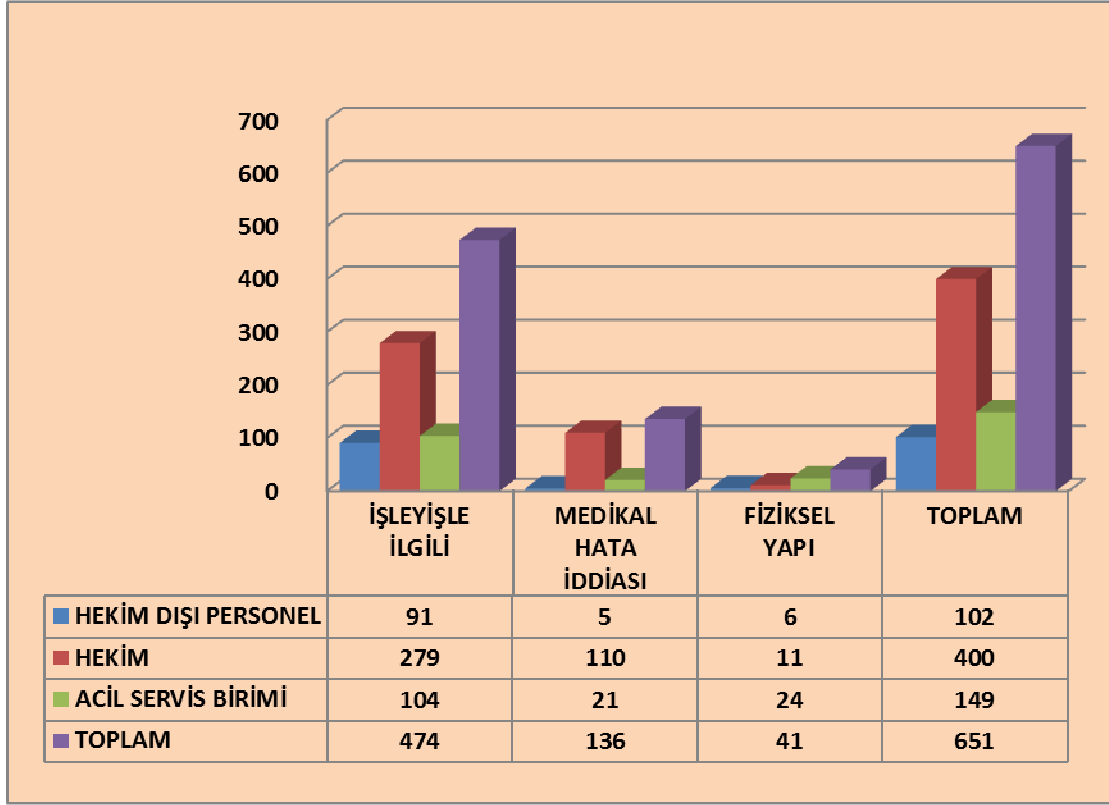
**Grafik 17.** Yıllara Göre Şikâyet Konularının Dağılımı



Şikâyet konularının, hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan acil servis birimi veya sağlık personellerine dağılımı Grafik 18’ de verilmiştir. Şikâyetlerin 400’ü (%61. 4) ile en fazla oranda hekimlere yönelik yapılmıştı.

Bu şikâyetlerin konularının dağılımına bakıldığında; işleyişle ilgili 279 (%69. 7) şikâyet, medikal hata ile ilgili 110 (%27. 5) şikâyet, fiziksel yapı ile ilgili ise 11 (%2. 8) şikâyet hekimlere yapılmıştı.

**Grafik 18.** Şikâyet Konularının Hakkında Şikâyet Başvurusunda Bulunularına Dağılımı

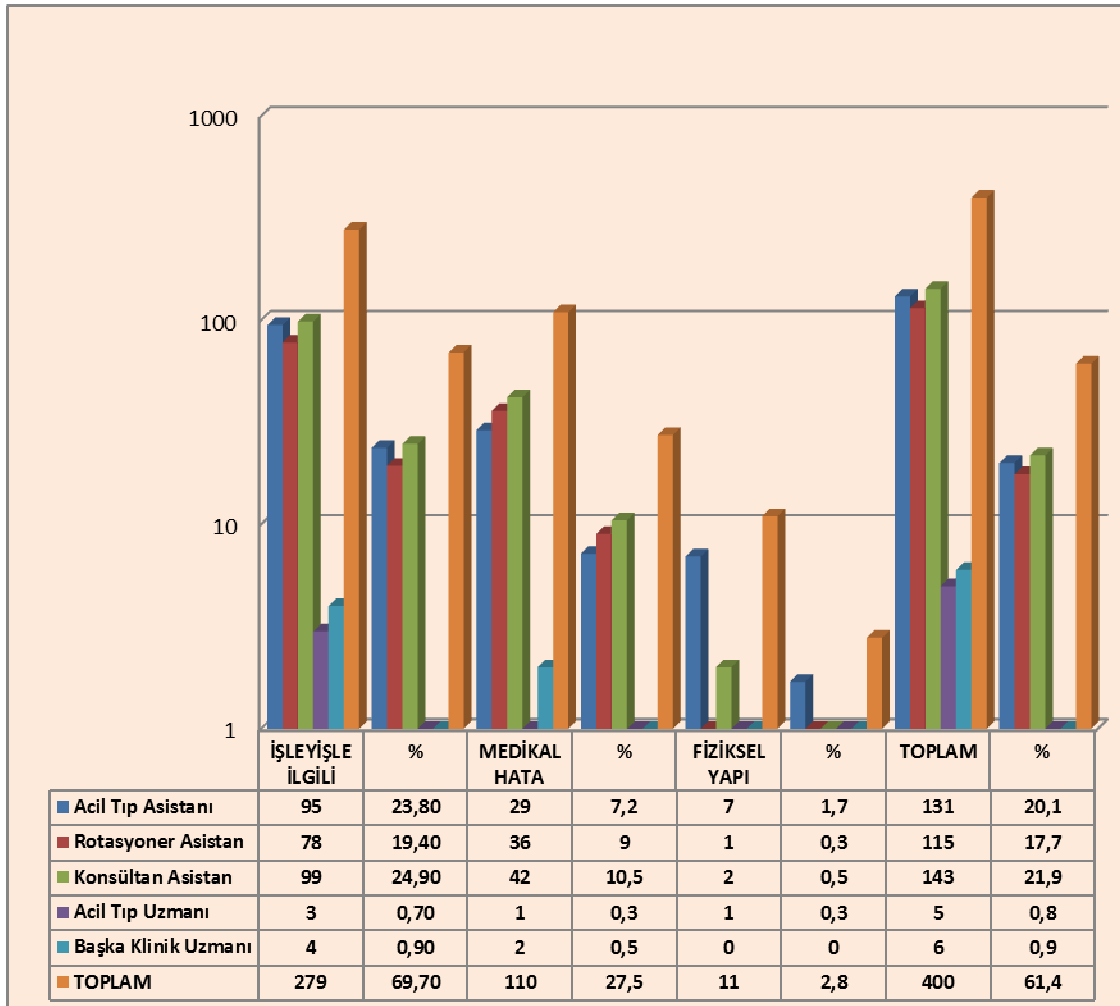


Bu şikâyetlerin klinisyenlere dağılımına bakıldığında; işleyişle ilgili şikâyetlerin en sık konsültan asistanlara (%24. 9), ikinci olarak da acil tıp asistanlarına (%23. 8) yapıldığı tespit edildi (Grafik 19). Medikal hata iddialarının ise en sık konsültan hekimlere (%10. 5) , ikinci olarak da rotasyonel asistanlara (%9) yapılmış olduğu tespit edildi.

Medikal hata iddiaları, hekimlere yönelik 400 adet şikâyetin %27. 5' ini oluşturmaktaydı. Bu şikâyetlerin %20'si diğer klinik asistanlarına yönelik; %7. 5' i ise Acil Tıp asistanı ve uzmanlarına yönelik yapılmış olduğu saptandı (Grafik 19).

Hekimlere yönelik yapılmış toplam 400 şikâyetin 136'sının Acil Tıp hekimlerine, 264'ünün ise diğer klinik hekimlerine yapıldığı tespit edildi.

**Grafik 19.** Klinisyenlere Yapılmış Şikâyet Başvurularının Konularına Göre Dağılımı



Bütün şikâyetlere bakıldığında, bu şikâyetlerin %49. 8' inin acil servis bakı birimlerine yapılmış olduğu saptandı.

Şikâyet konuları ve bu şikâyetlerin geldiği alanlar incelendiğinde; işleyişle ilgili 474 adet şikâyetin %51.7' sinin acil servis bakı alanlarına, %25.1' inin ikinci olarak travma birimine geldiği görüldü. Medikal hata iddialarının ise %44. 1' inin yine en sık oranda bakı alanlarına geldiği, ikinci olarak da % 41.2 ile travma birimine geldiği saptandı.

Acil servis birimlerinin her birine yönelik şikâyet konularının o birime yapılmış şikâyetler içindeki oranlarına bakıldığında;

1. Resusitasyon alanına yönelik medikal hata iddialarının bu alana yapılmış şikâyetler içinde %33. 3' ünü oluşturduğu ve travmada bu oranın %31. 4 olduğu tespit edildi (Tablo 8). Acil servisimizde medikal hata iddiasına en fazla uğrayan birimin resusitasyon birimi, ikinci olarak ise travma birimi olduğu saptandı.
2. Triyaj alanına yönelik yapılmış işleyişle ilgili şikâyetler bu alana yapılmış tüm şikâyetlerin %91. 4 ünü oluşturduğu ve bakı alanlarında bu oranın %75. 6 olduğu tespit edildi (Tablo 8). Acil servisimizde işleyişle ilgili şikâyetlerin en sık geldiği birimin triyaj, ikinci olarak da bakı birimleri olduğu tespit edildi.
3. Fiziksel yapı ile ilgili şikâyetlerin ise en sık (%42. 8) acil servisin diğer (bekleme salonu, kafeterya, bahçe vs.) birimlerine gelmiş olduğu tespit edildi.

**Tablo 8.** Şikâyet Konuları Ve Bu Şikâyetlerin Geldiği Acil Servis Birimleri

ACİL SERVİS BİRİMLERİ	ŞİKÂYET KONULARI							
	İŞLEYİŞLE İLGİLİ		MEDİKAL HATA İDDİASI		FİZİKSEL YAPI		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
BAKI ALANLARI	245	75.6	60	18.6	19	5.8	324	100
TRİAJ	64	91.4	3	4.3	3	4.3	70	100
RESÜSİTASYON	30	58.8	17	33.3	4	7.9	51	100
TRAVMA	119	66.9	56	31.4	3	1.7	178	100
DİĞER	16	57.2	0	0	12	42.8	28	100
TOPLAM	474	72.9	136	20.8	41	6.3	651	100

İşleyişle ilgili şikâyetleri 9 alt başlık altında gruplandırılmıştı. Alt başlıklar halinde toplam 937 adet işleyişle ilgili şikâyet olduğu tespit edildi. Bunların içinde en fazla şikâyet edilen işleyişle ilgili konunun, 248 adet ( %26. 5) şikâyete konu olan ‘personelin davranışlarındaki olumsuzluk’ ve ikinci sıklıkta ise 235 adet ( %25) ‘bekleme süresinin uzun olması’ ile ilgili şikâyetler olduğu saptandı. ‘Bekleme süresinin uzun olması’ ile ilgili şikâyetlerin özellikle 2005 yılı sonrasında oldukça artmış olduğu tespit edildi.

İşleyişle ilgili şikâyetler tüm şikâyetlerin %72. 8’ ini oluşturmaktaydı. ‘Bekleme süresinin uzun olması’ ile ilgili şikâyetlerin tüm şikâyetler (işleyişle ilgili, medikal hata iddiası ve fiziksel yapı) içindeki oranının % 18. 3, ‘personel davranışlarındaki olumsuzluk’ ile ilgili olanların oranının ise %19. 3 olduğu tespit edildi.

**Tablo 9.** İşleyişle İlgili Şikâyetlerin Yıllara Göre Dağılımı

İŞLEYİŞLE İLGİLİ ŞİKÂyetLER	2001-2005		2006-2011		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Personelin Olumsuz Davranışları	94	7.3	154	12	248	19.3
Bekleme Süresinin Uzun Olması	57	4.6	178	13.7	235	18.3
Saygınlık Ve Rahat Görememe	48	3.7	134	10.4	182	14.1
Bilgilendirilmeme	34	2.6	76	5.9	110	8.5
Ücretlendirme	22	1.7	8	0.6	30	2.3
Ziyaretçi Kabul Edememe Ve Refakatçi Bulunduramama	16	1.3	45	3.4	61	4.7
Mahremiyete Uyulmaması	6	0.4	5	0.5	11	0.9
Uygunuz Taburcu Edilme	5	0.4	13	1	18	1.4
Diğer	16	1.3	26	2	42	3.3
TOPLAM	200	23.3	637	49.5	937	72.8

İşleyişle ilgili ikinci sıklıkta şikâyet konusu oluşturan ‘Bekleme süresinin uzun olması’ ile ilgili (toplam 235 adet) şikâyetler incelendiğinde; bu şikâyetlerin 4 ana başlıkta toplandığı belirlendi. Bekleme süresinin uzun olması ile ilgili şikâyetlerin en sık (%40. 4) ‘acilde herhangi bir kliniğe yatış için bekleme’, daha sonra ise ‘triyajda bekletilme’ (%25. 5) olduğu saptandı ( Tablo 10). 2005 yılı sonrasında ‘triyajda bekleme’ ve ‘bir kliniğe yatış için bekleme’ ile ilgili şikâyetlerin arttığı tespit edildi.



‘ Bekleme süresinin uzun olması’ ile ilgili şikâyetlere bakıldığında, bunların %74. 5’ inin acil servis ile ilgili olmadığı, hastanenin diğer birimlerinin işleyişiyle ilgili nedenlerden kaynaklandığı saptandı. Acil servisle ilgili bu nedenler analiz edildiğinde tüm şikâyetlerin %16. 1’ ini oluşturduğu tespit edildi. Aynı şekilde ücretlendirme ile ilgili şikâyetlerin de acil servisten kaynaklanmayan olduğu kabul edildi, tüm şikâyetlerin %2. 3’ ünü saptandı. Tüm bunların sonuçlarıyla tüm şikâyetlerin %18. 4’ ünün acil servisin işleyişiyle ilgili nedenlerden kaynaklanmadığı tespit edildi.

**Tablo 10.** ‘Bekleme Süresinin Uzun Olması’ İle İlgili Şikâyetlerin Yıllara Göre Dağılımı

BEKLEME SÜRESİNİN UZUN OLMASI	2001-2005		2006-2011		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KONSÜLTAN HEKİM BEKLEME	33	13.9	18	7.6	51	21.5
ACİL SERVİSTE BİR KLİNİĞE YATIŞ İÇİN BEKLEME	11	4.8	83	35.6	94	40.4
SONUÇ (BİYOKİMYA, USG. BT VS. ) BEKLEME	8	3.4	22	9.2	30	12.6
TRİYAJDA BEKLETİLME	5	2.1	55	23.4	60	25.5
<b>TOPLAM</b>	<b>57</b>	<b>24.2</b>	<b>178</b>	<b>75.8</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Acil servise yapılmış olan tüm şikâyetleri konuları alt başlıklar halinde incelediğimizde işleyişle ilgili (9 alt başlık halinde) toplam 937, medikal hata ile ilgili 136, fiziksel yapı ile ilgili 41 olmak üzere toplam 1114 adet şikâyet tespit edildi. Sadece he-

kimlere yapılmış olan şikâyetlerin, Acil Tıp Hekimleri ve diğer klinik hekimlerine dağılımı Tablo 11’ de verilmiştir. Tüm şikâyetlerin %20. 6’ sının Acil Tıp Hekimlerine, %40. 5 ‘ inin ise hastanenin diğer kliniklerinin hekimlerine yapılmış olduğu tespit edildi.

**Tablo 11.** Tüm Şikâyet Konularının Acil Tıp Hekimleri Ve Diğer Klinik Hekimlerine Dağılımı

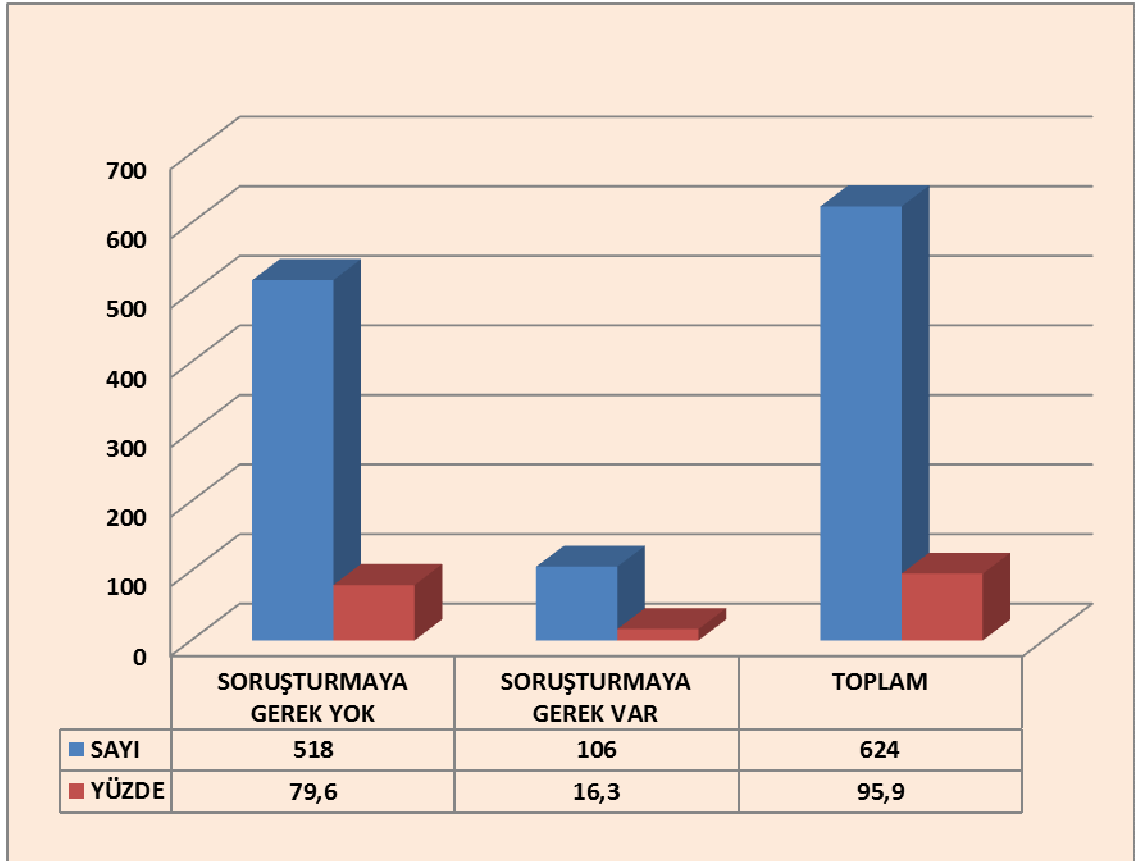
ŞİKÂYET KONULARI	ACİL TIP HEKİMİ		ACİL TIP HEKİMİ DEĞİL	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Saygınlık Ve Rahat Görememe	58	5.2	66	5.8
Personel Davranışlarındaki Olumsuzluk	49	4.4	109	9.9
Bekleme Süresinin Uzun Olması	44	4.0	103	9.2
Medikal Hata	30	2.7	80	7.2
Bilgilendirilmeme	25	2.1	45	4.0
Ziyaretçi Ve Refakatçi Kabul Edememe	18	1.4	14	1.3
Uygunuz Taburculuk	6	0.5	5	0.4
Ücretlendirme	2	0.2	11	1
Mahremiyete Uyulmaması	2	0.1	4	0.4
Diğer	10	0.9	11	1
Fiziksel Yapı	8	0.7	3	0.2
<b>TOPLAM</b>	<b>252</b>	<b>22.6</b>	<b>451</b>	<b>40.5</b>

Bütün şikâyetlerin sonuçlanma durumuna bakıldığında 624' ünün (%95. 9) sonuçlarına ulaşılabilmiş olup; 518 (%79. 6) başvurunun ileri soruşturulmasına gerek görülmediği tespit edildi (Grafik 20).

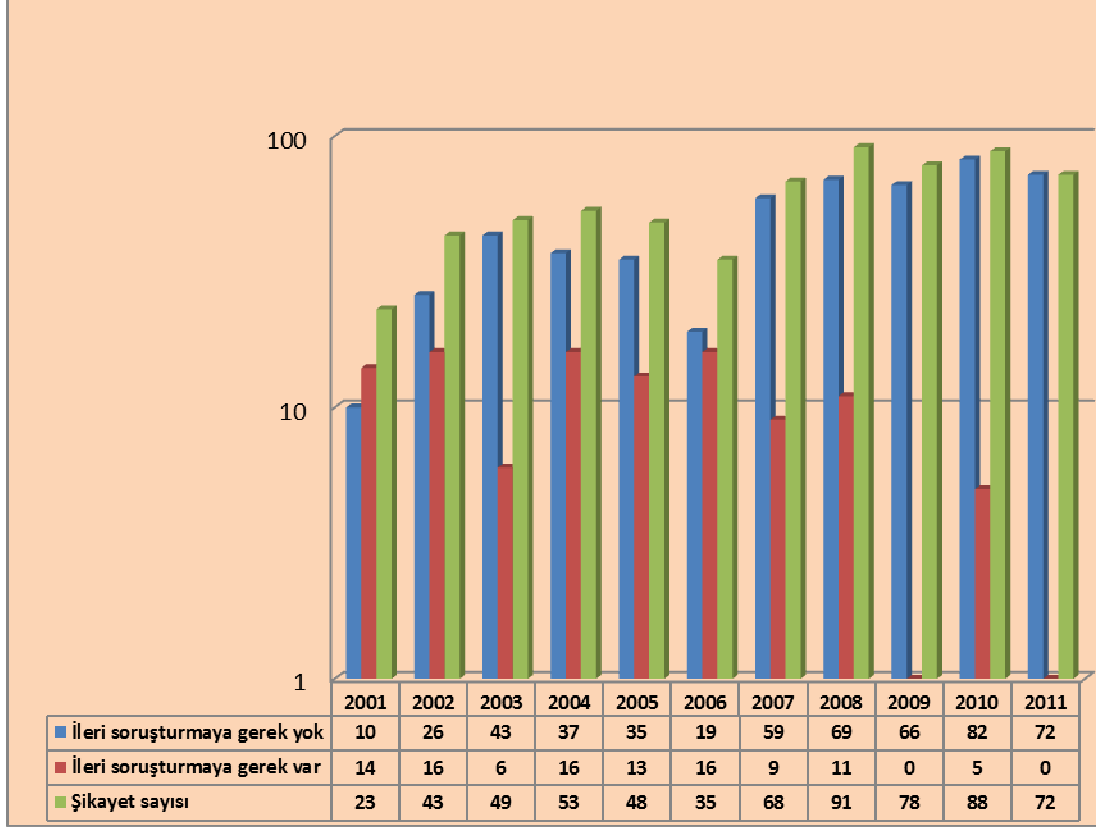
Tüm Şikâyetlerin sonuçlanma durumunun yıllara göre dağılımı Grafik 21’ de verilmiştir. 2006 yılından sonra ileri soruŐturulmaya gerek görülmeyen Şikâyetlerin arttığı tespit edildi.

Özellikle 2006-2011 yıllarında yapılmış Şikâyet başvurularının büyük oranda ileri soruşturulmasına gerek görülmeyeceği saptandı (Grafik 22). Bu dönemde yapılmış 432 Şikâyet başvurusunun yalnızca %9,5’inin ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edildi.

**Grafik 20.** Tüm Şikâyetlerin Sonuçlanma Durumu

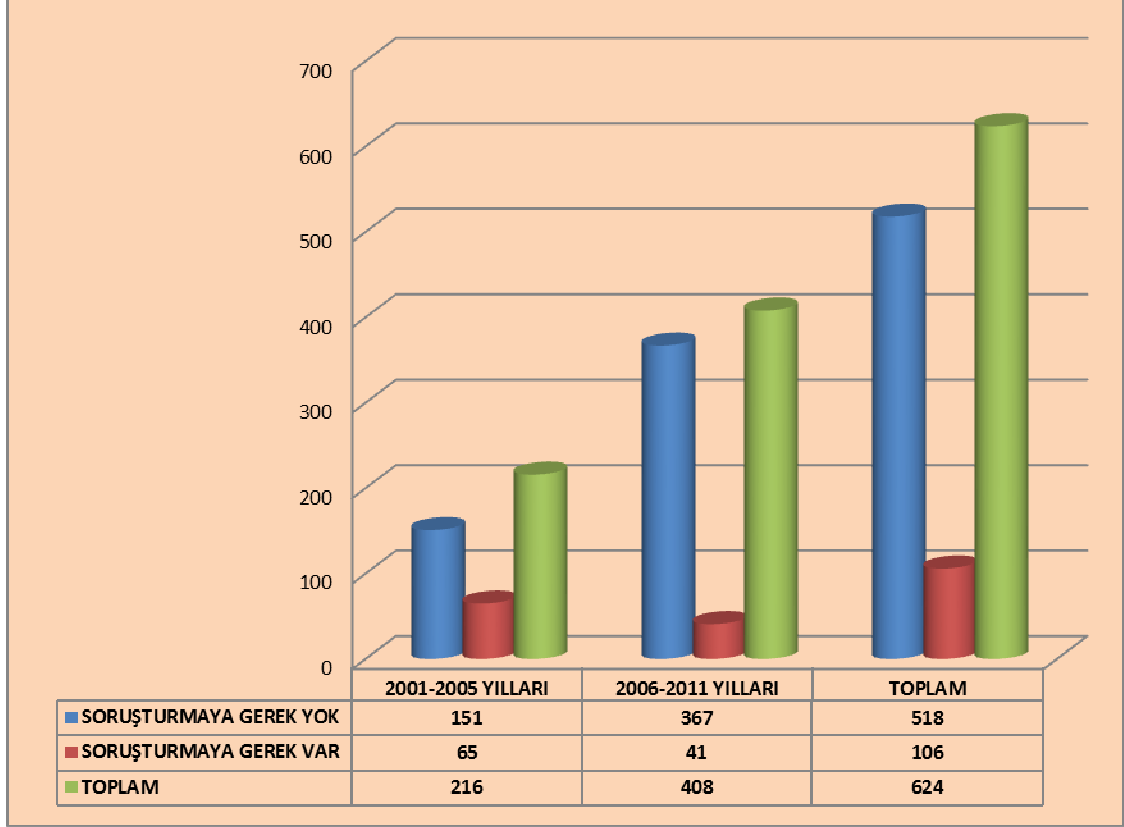


**Grafik 21.** Şikâyet Başvurularının Sonuçlanma Durumunun Yıllara Göre Dağılımı



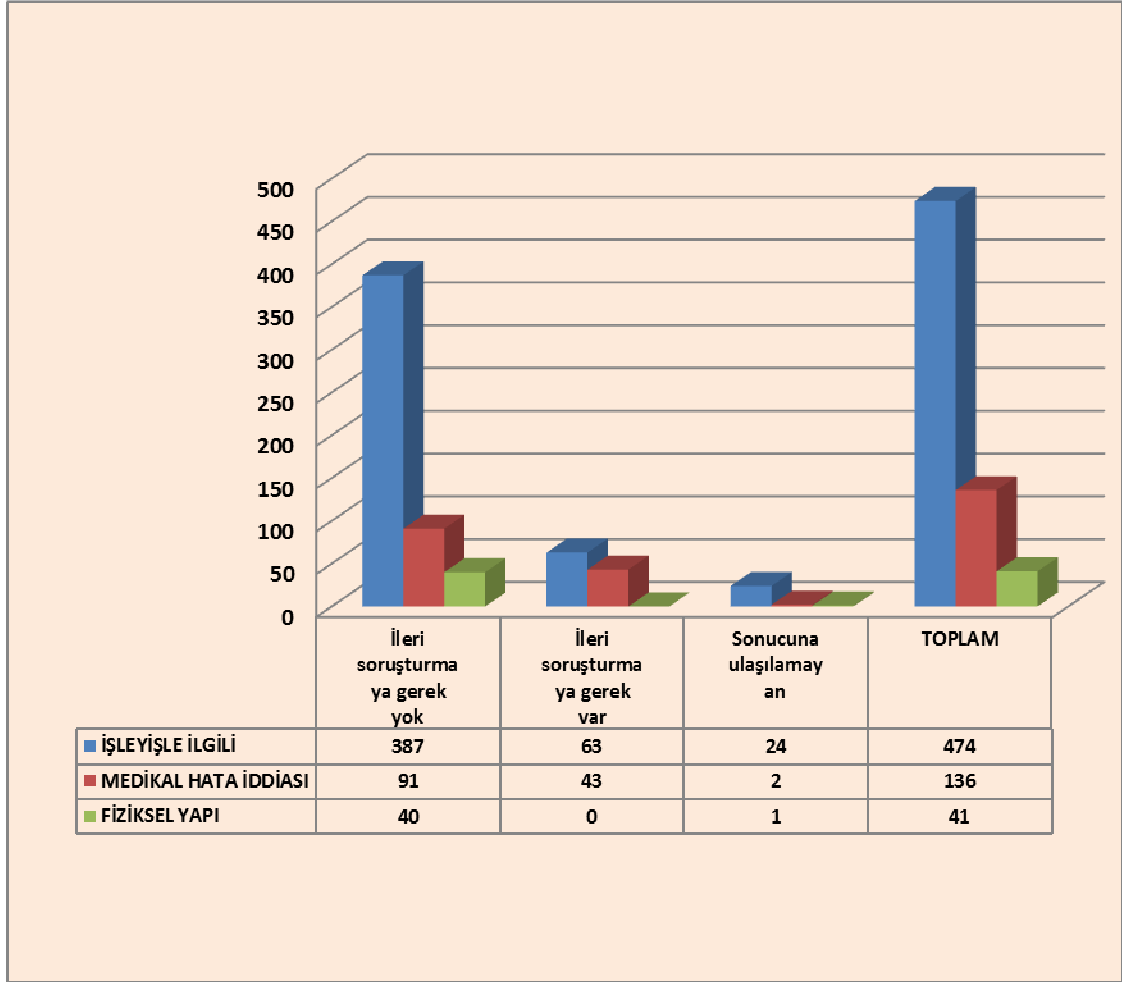
Tüm bu şikâyetlerin; konularına göre sonuçlanma durumlarının dağılımı ise Grafik 23’ de verilmiştir. 651 şikâyet içerisinde 136’ nı medikal hata iddiası oluşturmaktaydı. Bu iddiaların sonuçlanma durumu incelendiğinde, 2’sinin sonuçlanma durumuna ulaşamamış olup, 43’ünün ileri soruşturulmasına karar verilmiş olduğu tespit edildi. İşleyişle ilgili 474 şikâyetin 24’ünün sonucuna ulaşamamış olup, 63’ünün ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü saptandı.

**Grafik 22.** Başvuruların Sonuçlanma Durumunun 2006 Yılı Öncesi Ve Sonrası Sonuçlanma Durumlarının Karşılaştırılması



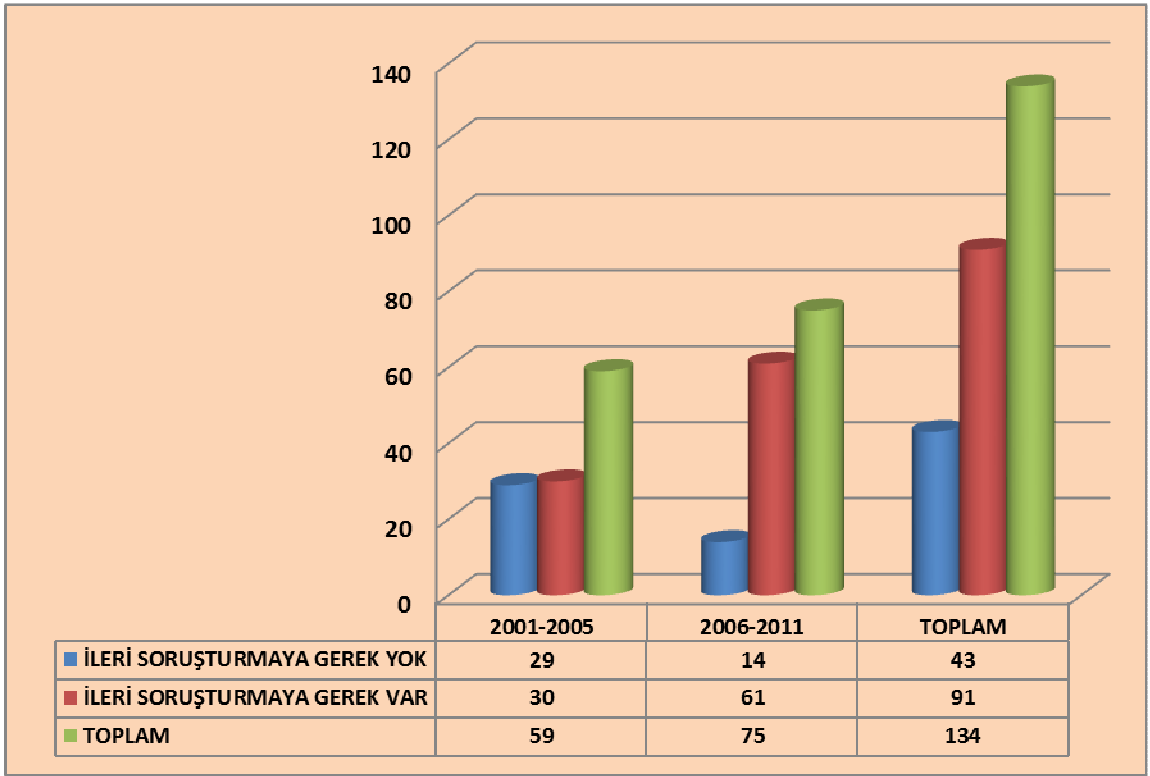
\*Grafikteki toplamların, toplam şikâyet sayısından farklı olması şikâyet başvurularının 27'sinin sonuçlanma durumuna ulaşamamasından kaynaklanmaktadır.

**Grafik 23.** Konularına Göre Şikâyetlerin Sonuçlanma Durumları



Medikal hata iddialarının sonuçlanma durumuna göre 2001-2005 yılları ve 2006-2011 yıllarındaki dağılımı Grafik 24'de verilmiştir. 2001-2005 yıllarında yapılan 59 medikal hata iddiasının %49. 2'sinin ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü; 2006-2011 yıllarında yapılan 77 medikal hata iddiasının 2'sinin sonuçlarına ulaşılamamış olup, yalnızca 14'ünün (%18. 2) ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edildi.

**Grafik 24.** Medikal Hata İddialarının Sonuçlanma Durumlarının Yıllara Göre Dağılımı





## 5. TARTIŞMA

Acil servisler tüm dünyada ve Türkiye’de başvuran hastalar için 24 saat kesintisiz hizmet veren, hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu birimler olduğundan, hastanelerin dışarı açık vitrinleridir (7-9, 14, 15).

Hastaların beklentilerine cevap verecek düzeyde hizmet sunan acil servisler, toplumun gözünde o hastaneler için olumlu izlenimler bırakmaktadır (7-9, 15).

Sağlık hizmeti veren tüm birimler bazen stresli ve zahmetli görünümde olmasına rağmen, acil servis ortamı özellikle bu zorluklara yatkındır (7, 9, 14, 15). Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki şartları iyi bina, tıbbi donanım, kalifiye insan gücü yanında, o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir (10). Acil Tıp literatürlerinde hasta memnuniyeti giderek daha çok ilgi çekmektedir (7-9).

Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır (5).

Son yıllarda müşteri merkezli hizmet anlayışının benimsenmesi nedeniyle bireyler sağlık hizmetlerinde kaliteyi aramaya başladılar. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik göstermesi, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini zorlaştırmaktadır (7, 8, 10). Sağlık hizmetlerinde kalite hasta memnuniyeti ile ölçülmektedir (8).

Memnuniyet kişisel boyutta hasta tecrübelerini ifade eder (7, 8, 11). Kalite göstergeleri arasında; daha yüksek tıbbi uyum, tıbbi hizmetlerin azalmış ve uygun kulla-

nımı, daha az tıbbi hata ( malpraktis ) davası ve isteyerek tekrar tercih edilme oranında artıştır (7, 8, 11, 24, 25).

‘Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler: hastaya ilişkin özellikler, hizmet verenlere ilişkin özellikler ve kurumsal özellikler olmak üzere üçe ayrılabilir.

Hastaya ilişkin özellikler; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hastalığının cinsi ve hastanede kalış süresi, hizmet verenlere ilişkin özellikler; sağlık personelinin kişilik özelliği, eğitim düzeyi, hastaya gösterilen şefkat, ilgi ve nezaket, kurumsal özellikler; sağlık hizmetinin verildiği hastanenin devlet, üniversite veya özel hastane olması ile fiziki (aydınlık, ısı, havalandırma bekleme salonları, otopark vb.) imkânlar olarak sayılabilir (8, 10, 50).

Çalışmamızda bu faktörlerin birçoğunun şikâyetler üzerinde etkisi analiz edildi. Çalışmamıza bakıldığında hasta ve yakınlarının daha çok şikâyetçi oldukları konuları belirtmek için form doldukları, formların sadece % 4. 6’ sında memnuniyetlerini belirttikleri görüldü. Hastanemiz geniş bir bölgede referans hastanesi olarak yer almaktadır ve yoğun hasta başvurusu olan üçüncü basamak bir üniversite hastanesidir. Üniversite hastanesi olması nedeniyle hasta ve yakınlarının, hastanemizden beklentilerinin yüksek olması şikâyet başvurularının daha çok, memnuniyet bildirimlerinin daha az olmasını açıklayabilir.

Hizmeti sunan hastane türlerine göre kalite algısında ne tür farklılıkların olduğu oldukça sınırlı araştırılmış bir konudur. Yapılan bir çalışmada hastane türleri arasında belirlenen hizmet kalitesi boyutlarının genel memnuniyet düzeyi üzerinde farklı etkilerde bulunduğu tespit edilmiştir (10).

Toplumun aldığı hizmetle ilgili memnuniyetini sözel olarak dile getirmeyi tercih ederken, rahatsız olduğu durumların ilgili mercilere iletilmesini sağlamak için yazılı

belge haline getirme eğiliminde olması da, şikâyet formlarının daha fazla olmasını açıklayıcı diğer bir neden olabilir ( 9).

‘Araştırmacılara göre hasta memnuniyetini yükseltmek için hangi alanlarda odaklanılması gerektiğinin belirlenmesi için hastane ortamının çok iyi tanınması gereklidir. Çünkü çoğu zaman, bir hastanın hastane deneyimi acil serviste başlamakta, ilgili klinikte devam etmekte ve sonrasında da taburcu olma süreci gerçekleşmektedir’ (7-11).

Yıllık ziyaretlerin sayısı arttıkça, hasta bekleme süreleri ve sağlık çalışanlarının sıkıntıları ülke çapında acil servislerde artmaktadır (13). Yapılan çalışmalarda hastaların, ya kendi durumlarını acil olarak algıladıkları için veya acil servisin eve yakın olması, muayene için daha kısa süre beklenilmesi, ilgili polikliniklerde sıra bulunamaması ya da reçete yazdırma, rapor isteme ve parenteral uygulama yaptırma, diğer hastane birimlerinden bakım alamama gibi nedenlerle acil servise başvurdıkları belirlenmiştir (14).

Hasta sayısının fazlalığı, hastane yatak kapasitelerinin kısıtlılığı, uygunsuz acil servis kullanımı, yasal düzenlemelerdeki ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar ve sosyal güvencesi olmayanların acil servisleri tercih etmeleri gibi dış nedenlerle, acil servislerde yeterince hasta memnuniyeti sağlanamamaktadır (9, 14). Dennis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta sayısının fazla olduğu acil servislerde, travma merkezlerinde ve üniversite hastanelerindeki hastaların daha az memnun olduklarını saptamışlardır (51).

Acil servis hizmeti tüm hastane organizasyonunun bir yansımasıdır. Hasta yatış hızı, yatış süresi, radyoloji ünitesi, laboratuvar hizmetleri, temizlik işleri, üst yönetimin acil servise bakış açısı, destek düzeyi, konsültasyon hizmetinin hızı, kalitesi, konsültasyon hizmetinin uzman düzeyinde yapılıp yapılmaması, acil servis hekimlerinin bilgi ve deneyim düzeyiyle, hastanenin basamaklama sisteminde hangi basamakta olduğu, acil servis mimarisi, fiziki yapısı, hastane içerisinde ki konumu, çalışan personel sayısı ve

bilgi ve deneyim düzeyiyle yakından ilişkilidir. Hastanenin tüm organizasyonuna bu kadar bağımlı bir başka klinik daha yoktur.

Bu nedenle çalışmamız bu organizasyonel yapı içerisinde düşünülerek tasarlandı. Çalışmada elde ettiğimiz verilerin izin verdiği oranda her türlü şikâyetin acil servisle ilgili olup olmadığı ayırımına gidilmeye çalışıldı.

Acil servisler genellikle birbirinden farklı şikâyetleri olan birçok hastaya hizmet vermektedir ve bu hastaların tamamının tıbben acil müdahale gerektirmediği bilinmektedir (7-9). Başvurma nedeni ne olursa olsun bu durum acil serviste yığılmalara neden olmaktadır. Acil serviste oluşan yığılma ve yığılmanın yarattığı kargaşa ve huzursuzluk acil hizmetlerin yürütülmesini engelleyebilmekte ve şikâyetlere neden olabilmektedir (7,8).

Acil servisimize bakıldığında; 2001-2011 yılları arasında tedavi olmak için başvuran hasta sayılarında özellikle 2006 yılı sonrasında anlamlı bir artış olduğu, hasta sayısı ve şikâyet sayısı arasında kuvvetli korelasyon olduğu tespit edildi. Acil servise yapılmış olan şikâyet oranları hızının, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulunda görülen Türkiye genelinde Acil ve İlk Yardım Hizmetlerine yönelik şikâyet oranları hızı (2006-2011 yılları arasında) ile korele olarak artış gösterdiği fakat bizdeki oranların Sağlık Bakanlığının oranlarından daha düşük olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda yıllara göre şikâyet oranlarına bakıldığında ise bu oranının Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde olduğu gibi en fazla 2010 yılında olduğu tespit edildi. 8 Ekim 2009 tarihinden itibaren SDP kapsamında yeşil kartlı ve SSK' lı hastalar, kendilerinden hiçbir ücret talep edilmeden üniversite hastanelerine gidebilmeye başlamışlardır. 2010 yılında şikâyet oranının yüksek olma nedenlerinden birinin de bu olduğu düşüncesindeyiz.

Sağlık Bakanlığı'nın 'Hasta Hakları Konusunda Toplum Bilinçlendirme Projesi' kapsamında 2005 yılında toplam 146.875 kişiye ulaşılmışken, bu sayı 2009 yılında

927.079, 2010 yılında 1.959.833, 2011 yılında ise 3.621.261 olmuştur. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları birimlerine 2005-2011 döneminde yapılan başvurulara bakıldığında ise şikâyet başvurularının da önemli derecede artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Hasta Hakları konusunda toplumu bilinçlendirme projesi ile hasta hakları konusunda bilgilendirilen kişilerin sayısının yıllar içinde arttığı ve şikâyet başvurularının da bu yıllar içerisinde önemli oranda artış gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda tespit edilen şikâyet oranlarının yıllar içinde artışı Sağlık Bakanlığı verileriyle uyumlu gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), "ALO 184" numarası ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bir bileşeni olarak ilk çağrılarını Temmuz 2003'ten itibaren karşılamaya başlamıştır. ALO 184 SABİM Çağrı Merkezi, 2003 yılında 170 bin çağrı karşılanmış, 2004 yılında bu sayı 500 bini aşmıştır. 2005 yılından itibaren çağrılar yılda ortalama 1 milyon seviyesinde sabitlenmiştir. Ayrıca hastaların yıllar içinde sağlık sistemine yönelik şikâyetlerini gerekli mercilere ulaştırmalarının da kolaylaştığını ve bu nedenlerden ötürü şikâyet oranlarının da son yıllarda ciddi artış gösterdiğini görmekteyiz. Bu oranların yıllar içinde daha da artacağı aşikârdır. Yapılan şikâyet başvurularının sayısı, artan hasta sayıları, ödenen tazminatlara bakıldığında bu konuda yeni düzenleme ve önlemlerin alınması gerekliliği bir kez daha ciddi olarak düşünülmelidir.

Ülkemizde birçok hastanenin acil servislerinde hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları bilinmektedir.

Bulut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık memnuniyetsizlik nedenleri; uzun bekleme süresi, uzun prosedürler, personel davranışı ve fatura olarak bulunmuştur (58). Yiğit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık dile getirilen şikâyetler; triyajda bekleme süresinin uzun olması ve acil servisin çok yoğun olması bulunmuştur (9). Al ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise acil servisten memnun olmayan hastaların

büyük çoğunluğunun; bekleme süresinin uzun olması, personel azlığı ve hizmetin pahalı oluşu şeklinde görüş bildirdiği tespit edilmiştir (8).

Çalışmamızda da diğer literatürlerle uyumlu olarak şikâyet nedenlerinin %72.8'inin işleyişle ilgili, %20.9'unun malpraktis iddiası ve %6.3'ünün acil servisin fiziksel durumu ile ilgili olduğu tespit edildi. İşleyişle ilgili şikâyet nedenlerine bakıldığında ise; diğer çalışmalarla uyumlu olarak en sık 'sağlık personellerinin olumsuz davranışları' ve 'bekleme süresinin uzun olması' olduğu tespit edildi.

Acil servisle ilgili şikâyetlerin, sanılanın aksine; son yıllarda aşırı derecede vurgu yapılmasına rağmen, medikal hata iddialarından oluşmadığı şikâyetlerin büyük kısmının işleyişle ilgili olduğu görüldü. Bu şikâyetlerin de aslında büyük kısmının acil tıp hekimlerinden değil, klinik hekimlerinden kaynaklandığı saptandı. Çalışmamız literatürden farklı bir bakış açısıyla ve farklı olarak acil servis şikâyetlerinin aslında büyük bir kısmının acil servisle ilgili olmadığı hastane organizasyonel şemasında yaşanan sorunların acil servise yansıdığını göstermektedir. Çalışmamızda tüm şikâyetlerin hekimlere dağılımına bakıldığında, bunların birçoğunun diğer klinik hekimlerine yapılmış olduğunun saptanması, bunu destekler niteliktedir.

'Acil serviste hasta bakım hoşnutluğu, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere acil servis çalışanlarının niteliğine bağlıdır. Doktor ve hemşire niteliğini tek bir özelliğe dayandırmak mümkün değildir. Hasta gözüyle çalışanların davranışı, iletişim becerisi, giyimi, konuşması, hastaya gösterilen ilgi, saygı ve buna benzer bireysel özellikleri, çalışanların niteliğinin alt birimini oluşturur. Yapılan birçok çalışmada hastaların acil-deki doktor tıbbi bakım, tecrübeleri ve davranışları hastaların genel memnuniyeti üzerinde etkili bir faktör olduğu bulunmuştur' (7-10).

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları 2011 istatistiklerinde hakkında en fazla şikâyet başvurusunda bulunulan sağlık çalışanlarının %60'ının uzman hekim, hekim ve diş he-

kimleri olduğu tespit edilmiştir (21). Bizim çalışmamızda da hakkında şikâyet başvurusunda bulunulan sağlık çalışanlarının %60'ının hekimler olduğu tespit edilmiş, sonuçlar Bakanlık Hasta Hakları istatistikleri ile uyumlu gelmiştir.

Çalışmamızda literatürden farklı olarak acil servisteki şikâyet edilen hekimler incelendiğinde; Acil Tıp hekimlerinin şikâyet edilme oranının acilde görevlendirilen diğer klinik hekimlerinden oldukça düşük olduğu saptandı. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda acil servisteki hekim hizmeti bu şekilde bir ayırım yapılmadan yapılmıştır. Bu çalışmamızın literatürden farklı olduğunu düşünmekteyiz.

Hastaların hekimden memnun kalmaları, hekimin iyi iletişim kurma kabiliyetine bağlıdır (24,25). İletişimde başarı tıbbi hata davalarını en aza indirir ve tıbbi bakımda hasta memnuniyetini artırır (7, 8, 24, 25 ). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada doktorlara iyi iletişim becerileri konusunda seminerler verilmiş, bu seminerler sonucunda doktorların hastalarla iletişimi gelişmiş ve acil serviste hastaların doktorlarla ilgili şikâyetlerinde azalma görülmüştür (60). .

Acil servislerde hekimlerin daha fazla şikâyete maruz kalmalarının diğer bir sebebi; insanlarla daha yakın ve yüz yüze ilişki gerektiren meslek gruplarında sıklıkla görülen tükenme sendromu yani bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsız olmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması olabilir (15,16).

Hasta memnuniyetinde büyük rol oynayan hekimlere; uygun çalışma ortamının sağlanması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ile hekimlerin iş memnuniyetinin artabilir ve dolayısıyla hekimlere yönelik şikâyetler azalabilir.

Yapılan birçok çalışmada da acil personellerinin davranışlarının hasta memnuniyetinde oldukça önemli olduğu tespit edilmiştir (7-11, 24, 25, 58). Bizim çalışmamızda

da ‘personellerin davranışlarının olumsuz oluşu’ hasta ve yakınlarının memnuniyetsizlik nedenlerinde önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

‘Personellerin davranışlarının olumsuzluk’ ile ilgili şikâyetlerin fazla oluşunun nedeni, acil servise başvuran hastaların ne yapacaklarını bilmedikleri için genellikle endişe ve korku yaşamaları, bunun da sağlık personelleri ile sıklıkla yanlış anlamalara, tartışmalara ve karmaşaya neden olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Bu nedenle acil servis standartları içerisinde de sıkça vurgulanan hasta ve yakınlarına yönelik acil servis işleyişiyle ilgili tanıtıcı broşür, modern acil servis yapısı, işleyişi ve olası sıkıntılar konusunda broşür, film, bilgilendirici materyallerin hazırlanması gerektiğini düşünüyoruz. Bu şikâyet oranlarının azaltacağı düşüncesindeyiz.

‘Kaliteli sağlık bakım hizmetinin üretilmesinde insan faktörünün önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kurumların öncelikli olarak iş görenlerin kalitesini artırmaları gerekmektedir. Bunun için hizmet içi eğitim programları uygulamaları artırılmalıdır. Hizmet içi eğitim programları, her kademedeki iş görenlere belirlenecek gereksinimler doğrultusunda uygulanmalıdır’ (11).

Acil Tıp hekimlerine yapılmış ‘personellerin olumsuz davranışları’ ile şikâyet oranının diğer branş hekimlerinden düşük olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak acil hekimlerinin davranışlarının düzeltilmesi için eğitim gerekli olduğu fakat literatürlerde şimdiye kadar vurgulanmayan, acil servis hizmeti veren rotasyonel veya konsültan hekimlerin de aynı eğitimden geçirilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda acil serviste bekleme zamanı kritik bir konudur ve hasta memnuniyetinde önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (7- 10, 51, 57, 58, 60-62). Gecikmenin nerden kaynaklandığını ve en aza indirebilmeyi saptamada yaratıcı ve dikkatli bir şekilde hasta akışı analiz edebilmek gereklidir (7).



Acil serviste hastaların uzun süre beklemeleri çoğu durumda acil servisten kaynaklanmamaktadır. Hastalar ilgili servislerde yer olmadığından acil serviste bekleyebilirler (7-9, 15, 16). Acil servisler konsültasyona dayalı bir sistemin hâkim olduğu çalışma alanları olduğundan, hastalar konsültasyonlardan dolayı acil serviste uzun süre bekleyebilirler (8). Aynı zamanda acil servis kapasitesini aşan her durumda toplam bekleme zamanı uzayabilir (8).

Çalışmamızda 'bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili şikâyetler incelendiğinde; en sık nedenin bir kliniğe yatış için bekleme (%40. 4), ikinci sıklıkta ise triyajda bekletilme (%25. 5), diğer konuların ise konsültan hekim bekleme (%21. 5) ve sonuç (laboratuvar, radyolojik tetkik vb.) bekleme (%12. 6) olduğu tespit edildi. 'Bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili şikâyetlerin %74. 5'inin acil servisten kaynaklanmadığı saptandı.

Hastaların acil serviste bekleme zamanları azaltılabilir. Konsültanların acil serviste hastaları hızlı sonuçlandırmalarının sağlanması, hastane yataklarının artırılması, bu sağlanabilir (7-9 ). Laboratuvar işlemlerinin hızlandırılması için acil servislere laboratuvar takip sistemleri kurulması, yatak başı laboratuvar işlemleri uygulanması ile şikâyetler azalabilir.

Çalışmamızda 'bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili en sık şikâyet edilen konunun acil serviste 'bir kliniğe yatış için bekleme' olduğu tespit edildi. Hastanede yatakların dolu olması nedeniyle bu hastaların acil serviste tedavilerinin yürütülmeye sağlanması, aslında birçok şikâyeti de beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda özellikle bu şikâyetlerin 2006 yılından sonra oldukça önemli ölçüde artış gösterdiği saptandı.

Yine çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle en sık şikâyet nedenleri acil servis yoğunluğundan dolayı triyajda bekleme veya acil serviste tanı alsa bile bir kliniğe yatış için bekleme olduğu bulundu. Bu sorunların aslında acil servislerden kaynaklanmadığı,

hastaların sağlık hizmetini acil servislerden talep etmeleri ve uzun süre yatış beklemele-  
ri nedeniyle olduğu Başbakanlık tarafından da tespit edilmiş, Sağlık Bakanlığı 16 Ekim  
2009 tarihinde 27378 sayılı Resmi Gazete’ de ‘Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis  
Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları’ hakkında tebliğ yayınlanmıştır.

‘Tebliğin 14. Maddesinde; acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi  
esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlene-  
memiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hasta-  
lar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi du-  
rumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik  
şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak  
bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın  
takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil serviste kliniklere  
yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir’ denilmektedir.

Hastaların, hastaneye yatışlarının Başbakanlık tebliğine uygun şekilde yapılması,  
bunun için acil tıp hekimlerine yatış yapma yetkisinin verilmesi, acilde yatış için bekle-  
yen hastalar, herhangi bir kliniğe yatırılmadan polikliniklerden yatışların bilgi işlem  
tarafından bloke edilmesi ile bekleme süresinin uzun olması ile ilgili şikâyetlerin azala-  
cağı düşüncesindeyiz.

Hasta yatışlarının hızlandırılması ile acil servisteki yoğunluk büyük lde aza-  
lacaktır. Yoğunluğun azalması ile acil servisteki hasta ve yakınlarının bekleme nedeni-  
yle yarattıkları kargaşa ve huzursuzluk azalacak, acil serviste çalışan hekim ve hekim dışı  
sağlık personelleri üzerindeki stresin büyük lde azalacağı düşüncesindeyiz. Huzurlu  
bir ortamda çalışan sağlık personellerinin aynı zamanda iş verimliliklerinin de artacağı  
kanısındaız.

Dolayısıyla; hastanelerde oluşturulan düzenlemeler ve diğer kliniklerle işbirliği sayesinde acil servislere yönelik memnuniyetsizlik nedenlerinin birçoğu ortadan kaldırılmış olacaktır.

Çalışmamızda 'bekleme süresinin uzun olması' ile ilgili ikinci sıklıkta şikâyet edilen konu 'triyajda bekletilme' olduğu tespit edildi. Hastaların acil servislerde yatak doluluğu nedeniyle triyajda bekletilmesi, memnuniyetsizlik nedeninin triyaja bağlanmasına neden olabilir (8). Sonuçlara bakıldığında acil servisimizde diğer kliniklere hasta yatışlarının yapılamaması, laboratuvar sonuçlarının geç çıkması ve konsültan hekimlerin çağrılara geç yanıt vermesi sonucu, hastaların bekletildiği tespit edildi. Bunun sonucunda da acil servislerde yeni gelen hastalar için yer sıkıntısı yaşanmakta, daha az acil hastalar triyajda beklemek durumunda kalmakta, bu da sıklıkla şikâyetlere neden olmaktadır.

Hastanelerde oluşturulan düzenlemeler ve diğer kliniklerle işbirliği sayesinde acil servislere yönelik memnuniyetsizlik nedenlerinin birçoğu ortadan kaldırılmış olacaktır.

Hansagi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışma sonucunda daha az acil olarak değerlendirilen hastaların, daha çabuk acil bakıma ihtiyacı olanlara kıyasla memnuniyetlerinin daha az olduğunu belirtmişlerdir (55).

Acil servisimizde triyaj biriminde hastalar ciddiyet durumlarına göre içeriye alınmaktadırlar. Triyaj birimiyle ilgili şikâyetlerin diğer bir nedeni ise; acil serviste sedye kısıtlılığı nedeniyle daha ciddi olarak değerlendirilen hastaların daha erken içeriye alınması, kendilerinden sonra acil servise başvuran ancak yakınmaları daha acil olarak sınıflandırılan hastaların öncelikli olarak nitelendirilmeleri, triyaj uygulamasının ne olduğunu bilmeyen hasta ve yakınları için adaletsizlik yapıldığı düşüncesinin uyanması olabilir. Bu konudaki şikâyetleri azaltmak için triyajın ne olduğunu ve gerekçelerini

anlatan broşürlerin dağıtılması ve bu sayede insanların triyaj uygulaması konusunda bilgilendirilmeleri çözüm olarak düşünülebilir (9).

Kliniğimizde, triyaja yönelik şikâyetleri önlemek amacıyla hasta başvurularının en fazla olduğu saatler belirlenerek, bu saatlerde hasta yoğunluğunu azaltmak için 2012 yılı itibariyle ‘hızlı bakı alanı’ oluşturulmuştur. Bu alanda, triyaj kategorisine göre acil olmayan, herhangi bir ek tetkike gerek olmadan hızlıca muayene edilip taburcu olabilecek hastalara hizmet verilmektedir. Bu uygulama ile ilgili şikâyetlerin azalacağı düşüncesindeyiz.

Sonuçlar, acil servislerle hastanenin diğer birimlerinin işbirliği içerisinde olması gerekliliğini desteklemektedir. Bu yüzden bu konuda hastanelerde düzenlemelere gidilerek; hastane yataklarının artırılması ve hasta yatışlarının hızlandırılması; böylelikle acil serviste hasta sirkülasyonunun artırılması ve bu sayede de iş yükünün ve yoğunluğun azaltılması sağlanmalıdır.

Hastaların tüm beklentilerini karşılamak mümkün olmamasına rağmen bekleme zamanı ve personel iletişimde artan odaklanma hem acil servis verimliliğini hem de hasta memnuniyetini arttırabilir ( 7-9, 15, 16, 57).

Hasta memnuniyetinde bilgilendirme önemli olan diğer bir konudur. Fakat çoğu acil serviste yoğunluktan dolayı hasta ve yakınları, başvuru süresince bilgilendirilmeden önce uzun süre geçirmek zorunda kalır (7, 8, 25). Yapılan bir çalışmada hastaya verilen bilgi miktarının, hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığı tespit edilmiştir (57). Yapılan bir başka çalışmada acil serviste en sık şikâyet konusu olan ‘bekleme süresini’ kısaltmak yerine acil servisin işleyişi ve bekleme süresine ilişkin bilgi verilmesinin hasta memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır (63) .

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları 2011 istatistiklerinde şikâyet nedenleri içerisinde bilgilendirilmeme ile ilgili şikâyetler genel şikâyetlerin %6’sını oluşturmaktadır (21).

Bizim çalışmamızda şikâyetlerin geneline bakıldığında; tüm şikâyetlerin %8. 5'i, yalnız işleyişle ilgili şikâyetlere bakılırsa bunların %11. 7' sinin bilgilendirilmeme ile ilgili olduğu tespit edildi. Çalışmamızın sonuçları Sağlık Bakanlığı verileri ile uyumlu gelmiştir.

Acil servisimizde 2007 yılından itibaren Halkla İlişkiler Görevlisi tarafından hekimlerden alınan bilgilerle, hasta yakınları her iki saatte bir bilgilendirilmektedirler. Çalışmamızda bilgilendirilmeme ile şikâyetlerin analizinde bu uygulamaya rağmen, bu konudaki şikâyetler de bir farklılık olmadığı tespit edildi. Bu nedenle, hasta ve yakınlarının bilgilendirilme konusundaki beklentilerinin tam öğrenilmesi ve bu yönde beklentilere göre yeni düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir. Bilgilendirme broşürleri ve hastaların bizzat hekimlerinin, hasta yakınlarına bilgi vermesinin sağlanması ile bu oranın azaltılmasını sağlayıcı bir çözüm olabilir.

'Acil servislerde hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi için öncelikle, sağlık personeli arasında eğitim becerilerinin geliştirilmesi, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim engellerinin azaltılması, hasta ailesinin eğitime katılımının artırılması, acil servislerde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesine uygun ortamların sağlanması ve hastaneler tarafından bu girişimlerin desteklenmesi önemlidir' (7,8).

Diğer birçok çalışmada (7, 8, 25, 51-55, 58) şikâyet nedenleri içinde çok sık olduğu belirtilen ücretlendirme ile ilgili şikâyetlerin bizim çalışmamızda işleyişle ilgili şikâyetlerin yalnızca %3.2' sini oluşturduğu tespit edildi. Bunun nedeninin SDP kapsamında 8 Ekim 2009 tarihinden sonra sağlık güvencesi olmayan, SSK ve Yeşil Kartlı vatandaşların üniversite hastanelerine gidebilmeleri, acil servislerde hiçbir ücret ödemelerinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Türkiye' de son yıllarda SDP kapsamında her geçen gün değişen uygulamalar nedeniyle, hastaların hastanelerden beklentileri de farklılaşmaktadır. Bu yüzden acil

servislerde hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların güncellenmesi gerekmektedir. Nitekim 21 Ocak 2012 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ nde değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikle “Yeşil alan muayenesi” butonuyla Medula sistemine giriş yapılan acil servis hastalarından katılım payı alınacağı tebliğ edildi. Bu uygulama ile ücretlendirme ile ilgili şikâyetlerin, ‘yeşil alan hastası’ olduğuna karar vermekle yükümlü olan doktorlara yönelik şikâyetlerin ve ücretlendirme ile ilgili şikâyetlerin artacağını düşünmekteyiz.

Çevresel faktörler de hasta memnuniyetinde önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda acil serviste temizlik durumunun memnuniyet üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (7-11). Sun ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise acil servis ortamının temizliği gibi çevresel faktörlerin hasta memnuniyetinde kritik etkiye sahip olmadığını belirtmişlerdir (64). Çalışmamızda fiziksel yapı başlığı altında incelenen acil servisin sedye örtülerinin, hasta bakı alanlarının, tuvalet, kafeterya temizliği gibi konuları içeren şikâyetlerin, %6. 8 oranında olduğu tespit edildi. Bu şikâyetlerin büyük oranda 2007 yılı sonrasında gerçekleştiği tespit edildi. Sonuçlar acil servis fiziksel yapısının düzenlenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Sonuç olarak; çalışmamızda işleyişle ilgili şikâyetlere bakıldığında bunların içinde acil servise bağlı olmayan, hastanenin diğer birimlerinin işleyişinden kaynaklanan nedenlerden olduğu tespit edildi. Yapılan analizlerde işleyişle ilgili şikâyetlerin %21. 9, tüm şikâyetlerin %16. 1’inin diğer kliniklere nedenler olduğu saptandı. Acil servis hizmetleri, hastane içerisinde multidisipliner olarak yürütülmektedir. Acil servise yönelik şikâyetlerin büyük bir kısmı acil servisle ilgili olmayıp, hastanenin diğer kliniklerinin işleyişiyle ilgili olduğu görülmektedir. Bu konuda daha fazla veri toplayarak, ne şekilde düzenlemelere gidilebileceği konusunda incele yapılması gerekmektedir.

Kalite göstergeleri arasında; daha yüksek tıbbi uyum, tıbbi hizmetlerin azalmış ve uygun kullanımı, daha az tıbbi hata (malpraktis) davası ve isteyerek tercih edilme oranında artıştır (7, 8, 11, 13, 24, 25).

27 Mayıs 2009 tarihinde Meclise sunulan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı”, son on yıldır tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu bir kez daha gündeme taşımıştır (17,18). Hekimlerin ve sağlık hizmeti verenlerin sorumlulukları ve yükümlülükleri, tüm mesleklerin üstünde ve onlardan çok daha fazladır (42).

‘Ülkemizde ve dünyada değişen konsept ile hekim-hasta ilişkilerinde hastaların hekimlerden beklentileri artmıştır. Özellikle sağlık sigorta sisteminin yerleşmesi ile bu beklentiler haklı veya haksız ithamlara dönüşme eğilimindedir’ (17). Yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hatası iddialarında son yıllarda % 40-120 arasında artış olduğu bildirilmektedir (17,18). Fakat resmi kurum ya da kuruluşlarda malpraktis oranını belirleyecek çalışmalar mevcut değildir.

Polat ve Pakiş’ in yaptığı bir çalışmada, 2000-2007 tarihleri arasında malpraktis ile ilgili haberlerin yer aldığı 18 gazete incelenmiş, 172 haber tespit edilmiş; haberlerin yıllara göre dağılımına bakıldığında ise, 2000 yılında %1. 2 haber varken, 2004 yılında bu oranın %17. 4’e, 2007 ise %30. 8’e yükseldiği saptanmıştır (18).

TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şubesine 2010 yılında 142.623 başvuru yapılmış, bunların sadece 17.299’u hasta hakları kurulunda görüşülmüş, başvuruların 125.387’si yerinde çözülmüştür. Bu başvurular incelendiğinde, 13879’ unun malpraktis iddiası ile kurulda görüşüldüğü, 11401 inde ihlal olmadığına karar verildiği görülmektedir (20). 2011 yılında ise, sorunları yerinde çözülen vatandaşlarımızın sayısı artarak 150.076 olmuştur. 2011 yılında kurulda görüşülen dosya sayısı da artarak 29.190 ol-

muştur. Kurullarda görüşülen başvurulardan % 61' inde ihlal yok, % 12' sinde ihlal var kararı alınmıştır (21).

Çalışmamızda tüm şikâyetlerin % 20. 9'unun medikal hata iddiasıyla ilgili olduğu tespit edildi. Medikal hata iddialarının %36. 1' i 2001-2005 yıllarında, %63. 9' unun ise 2006-2011 yapıldığı tespit edildi. Sonuçlar son yıllarda medikal hata iddialarında artış olduğunu gösteren literatürlerle uyumlu gelmiştir.

Acil servise yapılmış tüm şikâyetlerin dağılıma bakıldığında acil servise yönelik şikâyetlerin genel olarak arttığı fakat bu şikâyetler içerisindeki medikal hata iddialarının genel şikâyetler içerisindeki oranının 2006 yılından itibaren azaldığı tespit edildi. 2005 yılında o yıl yapılan şikâyetler içinde medikal hata iddiası yüzdesi %37. 8 iken, bu oran 2006 yılında %28.5, 2011 yılında ise %13.8 olduğu tespit edildi. 2006 yılından sonra acil serviste Acil Tıp asistan ve uzmanlarının görev yapmaya başlamasıyla, medikal hata iddiası oranlarının azaldığını düşünmekteyiz.

2001-2005 yıllarında yapılan 59 medikal hata iddiasının 29'unun (%49. 2) ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü; 2006-2011 yıllarında yapılan 77 medikal hata iddiasının 2'sinin sonuçlarına ulaşılamamış olup, yalnızca 14'ünün (%18. 2) ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edildi. 2006-2011 yıllarında EÜTF Hastanesi' nde Acil Tıp Anabilim Dalı kurulduktan sonra şikâyet dilekçelerinin ön incelemeleri Acil Tıp uzmanları tarafından yapılmaktaydı. İncelenen dosyaların Acil Tıp konusunda eğitim almış, bu konuda yeterli bilgiye ve donanıma sahip kişilerce yapılmış olmasının, bir çok şikâyetin ileri soruşturulmasına gerek görülmemesini sağladığı düşüncesindeyiz.

'Genel olarak giderek artan sayı ve kapsamda tıbbi malpraktis olguları ile karşılaşmakta olduğu bir gerçektir. Bu nedenle hekimlerin mesleki açıdan yeterli donanımlı olmalarının yanı sıra; ilgili yasal düzenlemeler ve yaptırımları konusunda da bilgi sahibi olmaları gerekmektedir' (47).



Tıbbi uygulama hatalarında genellikle insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi aletler gibi hata oluşumu riskini arttıran birçok faktör iç içe geçmiş durumda etki göstermektedir (16). Tıbbi uygulama hatalarında bu faktörlerin tespit edilip, hata riskini arttıran durumların kurumlarca nasıl giderileceği konusunda çözüm üretilmesi gerekmektedir.

Hasta-doktor ilişkisi tıbbi hata davalarında önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir (42). Fakat hatalar sadece kişilik kusurlarının değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmelidir (18).

Çalışmamızda medikal hata iddialarının 110' unun (%80.8) hekimlere, sadece 21'inin (%15.4) acil servis birimine yapılmış olduğu tespit edildi. Hekimlere yönelik yapılmış malpraktis iddialarının, klinisyenlere dağılımı incelendiğinde; bu şikâyetlerin %38.2' sinin konsültan asistanlara, %32.7' sinin rotasyonel asistanlara, %26.3' nün acil tıp asistanlarına yapıldığı saptandı. Sonuçlar; 'Acil hizmetleri; acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş, tecrübeli ve yeterli sayıda hekim ile yürütülmelidir (Acil Sağlık Hizmetleri)' görüşünü desteklemektedir.

'Sağlık kurumları kabul ettikleri hastalara; 'Hastanın sağlık durumu, hastalığın çeşidi ve ağırlığına göre, doğruluk ve dürüstlük kuralının zorunlu kıldığı önlemleri almak ve hizmeti vermek' le yükümlüdür. Sağlık kurumu, doktor ve diğer çalışanların çalışma koşullarını düzenleme ve denetlemede yüksek özen göstermek zorundadır' (17).

Malpraktis davalarını azaltmak için, şikâyetlerin yoğunlaştığı alanlara yönelik iyileştirmelerin planlanması, hekimlerin çalışma saatlerinin düzeltilmesi ve stres faktörlerinin azaltılması, çalışmaya elverişli alanlar sağlanması, diğer sağlık personellerinin hasta bakımı ile ilgili görevleri paylaşması, iletişim becerileri ve hasta bakımı ile ilgili konularda tüm sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim verilmesi ile hekimlere yönelik şikâyetleri önemli ölçüde azaltacaktır.

Acil servislerin kendine özgü koşulları dikkate alınarak, hastanın kabulünden taburcu edilmesine kadar her aşamadaki yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır, diğer kliniklerin acil servislerdeki hastalar üzerindeki sorumlulukları net belirlenmelidir. Ayrıca, acil servislere hasta sevkinden ve hasta yatışlarından sorumlu olan organizasyonun yapılandırılması ve sorumluluğu yasal anlamda belirlenmelidir(66).

Çalışmamızda daha çok erkek hekimlere (%66.4) medikal hata iddiasında bulunulduğu tespit edildi. Medikal hata iddiasında bulunan şahısların ise ise daha çok 26-35 yaş arası, üniversite mezunu ve erkek olduğu tespit edildi.

Mapraktsle ilgili bu demografik verileri karşılaştıracak literatür olmamakla birlikte genel şikâyetler incelendiğinde çalışmalarda daha çok erkeklerin ve eğitim düzeyi üniversite olan kişilerin şikâyetçi oldukları tespit edilmiştir (7-9). Çalışmamız literatürlerle uyumlu gelmiştir.

Medikal hata iddiasında bulunan hastaların, bakım aldıkları acil servis bölümlerine bakıldığında; bu iddiaların %44.1'inin bakı alanlarına, daha sonra travma birimine (%41.1) geldiği tespit edildi. Fakat acil servis alanlarının her birine yönelik şikâyet konularının, o alana yapılmış şikâyetler içindeki oranlarına bakıldığında; resüsitasyon alanına yönelik medikal hata iddialarının bu alana yapılmış şikâyetler içinde %33.3'ünü oluşturduğu ve travmada bu oranın %31.4 olduğu tespit edildi.

Böylelikle acil servisimizde medikal hata iddiası oranının en yüksek olduğu birimin, resüsitasyon, ikinci olarak ise travma birimi olduğu saptandı.

Acil serviste resüsitasyon biriminde, triyaj kodu kırmızı olan (durumu çok acil) hastalara müdahale edilmektedir. Müdahale esnasında hekimin kendilerine bilgi vermemesi, hasta yakınlarının yaşadığı merak, endişe ve korkunun, sıklıkla bu şikâyetlere neden olduğu düşüncesindeyiz. Bu birimde, hasta yakınlarının daha sık aralıklarla bilgi-

lendirilmelerinin sağlanması ile bu birime yönelik şikâyetlerin azaltılmasına çalışılmalıdır.

Analizlerde tüm şikâyetler içinde medikal hata oranının ikinci yüksek olan acil servis biriminin, travma olduğu saptanmıştı. Bu birimde tek hekimin görev yapması ve aynı anda müdahale gerektiren birçok hastanın bu alanda bakılması, hastaların kendilerine geç müdahale edildiğini düşünmeleri nedeniyle, yüksek oranda medikal hata iddiasıyla karşılaşıldığını düşünmekteyiz.

Bu iddiaları azaltmak için acil servis içinde yeni düzenlemelerle bu alanlara yönelik iyileştirmelere gidilmelidir. Hekimlerin bu alanda çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Tüm şikâyetlerin acil servis içindeki birimlere dağılımına baktığımızda, şikâyetlerin en sık (%49.7), bakı alanlarına, ikinci olarak da, travma alanı (%27.3) gelmiş olduğu tespit edildi. Şikâyetlerin en sık geldiği bu birimler, acil serviste hasta yoğunluğunun en fazla olduğu bölümler olduğu bilinmektedir. Şikâyet sayısının fazla olmasının hasta yoğunluğunun fazla olmasıyla ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Bütün şikâyetlerin sonuçlanma durumu incelendiğinde 624' ünün (%95 .8) sonuçlarına ulaşılabilmiş olup; 518 (%79.6) başvurunun ileri soruşturulmasına gerek görülmediği, 106'sının (%16.2) ise ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edildi.

2001-2005 yıllarında gerçekleşen toplam 219 şikâyetin 3' ünün sonuçlarına ulaşamamış olup, %28. 8'inin ileri soruşturulmasına gerek görülmüş; 2006-2011 yıllarında ise toplam 432 şikâyetin, 16'sının sonuçlarına ulaşamamış olup, %9. 5'inin ileri soruşturulmasına gerek görüldüğü tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine göre yıllar içinde şikâyet başvurularının arttığı fakat bu şikâyetlerden kurulda görüşülenlerin, tüm şikâyetlere oranının azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Sağlık Bakanlığı istatistikleri ile uyumlu gelmiştir.

Ayrıca özellikle 2006-2011 yıllarında gerçekleşen şikâyetlerin içinde ileri soruşturulmasına gerek görülme oranlarının az oluşunun bir başka nedeninin; 2006 yılı itibariyle acil serviste acil hizmetlerin Acil Tıp konusunda eğitim almış kişilerce yürütülmeye başlanması olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında; toplumun son dönemlerde hasta hakları ihlaline yönelik şikâyetlerinin fazlasıyla arttığını gösteren birçok çalışma ile uyumlu gelmiştir (1, 2, 4, 7, 8, 26). Bu şikâyetlerin yıllar geçtikçe haksız ithamlara dönüşme eğiliminde olduğunu, çalışmamızda ön inceleme yapılan dosyaların, özellikle 2006-2011 yıllarında ileri soruşturulmasına gerek görülmemesi ile sonuçlanması, desteklemektedir.

## 5. SONUÇ

Acil servisler hastanelerin toplu ile ilişkisinin en fazla olduğu bölümlerdir. Hastanın acil servisi ilk ziyaretinde edindiği izlenim, gelecekte tekrar gelmesine veya gelecekteki davranışlarını belirlemede etkili olacaktır. Bunlara ek olarak hastaneden memnun ayrılan hastanın bu kuruluşa karşı dava açma ve şikâyet olasılığı da azalacaktır.

Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki şartları iyi bina, tıbbi donanım, kalifiye insan gücü yanında, o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir.

Çalışmamızda daha çok erkekler tarafından şikâyet başvurusu yapıldığı, en çok şikâyetçi olan yaş grubunun 26-35 yaş olduğu ve en çok üniversite mezunlarının şikâyet başvurusunda bulunduğunu tespit ettik. Bu sonuç aslında iletişimde daha rahat bulunabilecek bir kesimin daha çok şikâyetle bulunduğunu göstermektedir. Bu yüzden acil servis çalışanları ne kadar yoğun ve stresli bir birimde çalışıyor olsalar da mümkün olduğunca iletişim ve bilgilendirme konusuna özen göstermeye çalışmalıdır.

Çalışmamızda hakkında şikâyet başvurusunda bulunan sağlık personellerinin daha çok hekimler olduğu tespit edilmiştir. Bu da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve hasta ve yakınlarının kalite algısında hekimlerin rolünün önemli olduğunu desteklemektedir. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin yürütücüsü olarak nitelendirilen hekimlere uygun çalışma ortamının sağlanmasına önem verilmeli, iletişim becerileri konusunda sürekli hizmet içi eğitim yapılmalıdır.

Çalışmamızda literatürlerden farklı olarak acil servisteki şikâyet edilen hekimler incelendiğinde; Acil Tıp hekimlerinin şikâyet edilme oranının acilde görevlendirilen diğer klinik hekimlerinden oldukça düşük olduğu saptandı. Şimdiye kadar yapılan ça-

lişmalarda acil servisteki hekim hizmeti bu şekilde bir ayırım yapılmadan yapılmıştır. Çalışmamızın sonuçları acil servis hekimleri dışında diğer klinik hekimleri de hizmet içi eğitim programlarına dahil edilmelidir..

Ayrıca hasta bakımında ve takibinde diğer sağlık personellerine uygun görev dağılımı yapılmalı, hasta üzerindeki sorumluluk diğer personellere de uygun olarak dağıtılmalı, görev tanımları net belirtilmelidir. Bu sayede rahat ve huzurlu ortam sağlanan hekimlerin, iş verimliliğinin artacağı, hekimlere yönelik şikâyetlerin de azalacağı kanısındayız.

Çalışmamızda hasta memnuniyetsizliğini en fazla etkileyen faktörün personelin davranışlarındaki olumsuzluk' ve ikinci olarak da bekleme süresi ile ilgili şikâyetler olduğu saptanmıştır. 'Kaliteli sağlık bakım hizmetinin üretilmesinde insan faktörünün önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kurumların öncelikli olarak iş görenlerin kalitesini artırmaları gerekmektedir. Bunun için hizmet içi eğitim programları uygulamaları artırılmalıdır. Hizmet içi eğitim programları, her kademedeki iş görenlere belirlenecek gereksinimler doğrultusunda uygulanmalıdır' (11).

Acil Tıp hekimlerine yapılmış 'personellerin olumsuz davranışları' ile şikâyet oranının diğer branş hekimlerinden düşük olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak acil hekimlerinin davranışlarının düzeltilmesi için eğitim gerekli olduğu fakat literatürlerde şimdiye kadar vurgulanmayan, acil servis hizmeti veren rotasyonel veya konsültan hekimlerin de aynı eğitimden geçirilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz

Acil servisimize 2001-2011 yılları arasında tedavi olmak için başvuran hasta sayılarına bakıldığında yıllar içinde ciddi bir artış söz konusudur. Yapılan analizlerde hasta sayısı ve şikâyet sayısı arasında kuvvetli korelasyon olduğu tespit edildi. Hasta sayısının fazlalığı, hastane yatak kapasitelerinin kısıtlılığı, uygunsuz acil servis kullanımı, yasal düzenlemelerdeki ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar ve sosyal

güvencesi olmayanların acil servisleri tercih etmeleri gibi dış nedenlerle, acil servislerde yeterince hasta memnuniyeti sağlanamamaktadır.

Bu yüzden hastanelerde acil servislerdeki yoğunluğu azaltacak çözümler üretilmeli, bu konuda diğer kliniklerin de acil servisle işbirliği sağlanmasına önem verilmelidir. Çalışmamızda acil serviste hastaların uzun süre beklemelerinin büyük oranda acil servisten kaynaklanmadığı tespit edilmiştir.

Özellikle 2006 yılı sonrasında bir 'kliniğe yatış için bekleme' ve 'trijajda bekletilme' ile ilgili şikâyetlerin arttığı tespit edilmiştir. Bu yüzden hastaların, hastaneye yatışlarının Başbakanlık tebliğine uygun şekilde yapılması, bunun için de acil tıp hekimlerine yatış yapma yetkisinin verilmesi, acilde yatış için bekleyen hastalar, herhangi bir kliniğe yatırılmadan polikliniklerden yatışların bilgi işlem tarafından bloke edilmesi ile bekleme süresinin uzun olması ile ilgili şikâyetleri büyük ölçüde azaltacağı düşüncesindedir.

Bekleme süresinin uzun olması ile ilgili şikâyet nedenlerinin diğerlerinin ise laboratuvar sonucu bekleme ve konsültan hekim bekleme olduğu saptandı. Laboratuvar işlemlerinin hızlandırılması için acil servislere laboratuvar takip sistemleri kurulması, yatak başı laboratuvar işlemleri uygulanması ve konsültanlar için çağrı sistemlerinin kurulması ile şikâyetlerin azalabileceğini düşünmekteyiz.

Hastanelerde; acil servislerle, hastanenin diğer birimlerinin işbirliği içerisinde olmasına önem verilmeli, acil servise başvuran hastaların tüm sorumluluğu acil hekimlerine bırakılmamalıdır. Çünkü acil servislerde hasta ve yakınları genellikle acil servis hekimleri ile yüzyüze gelmekte, diğer kliniklerle ilgili birçok durumun (bir kliniğe yatış, konsültan ve sonuç için bekleme gibi), sorumlusu olarak acil hekimlerini görmektedirler.

Bekleme süresi hasta memnuniyetinde kritik bir konudur. Gecikmenin nerden kaynaklandığını ve en aza indirebilmeyi saptamada yaratıcı ve dikkatli bir şekilde hasta akışı analiz edebilmek gereklidir. Hastaların acil serviste bekleme zamanları azaltılabilir. Hastane yataklarının arttırılması ve hasta yatışlarının hızlandırılması, konsültanların çağrılara zamanında yanıt vermesi ile acil serviste hastaların toplam bekleme süreleri azaltılabileceğini ve bu sayede acil serviste iş yükünün de azalacağını, personelin daha efektif çalışmasının sağlanacağı; acil serviste bekleme süresi ile ilgili şikâyetlerin böylelikle büyük ölçüde azalacağını düşünmekteyiz. Tüm bunların sağlanması ayrıca acil servis çalışanları üzerindeki birçok stres faktörü de ortadan kalkmış olacak, personel davranışlarındaki olumsuzlukla ilgili şikâyetler de azalacaktır.

Hergün gazetelere ve görsel medyaya konu edilen malpraktis davaları, Sağlık Bakanlığı'nın toplumu bilgilendirme projesiyle; insanlar günümüzde haklarını arama konusunda bilinçlenmiş ve hataya maruz kaldığını düşündüğü durumlarda bunu sorgulamak için cesaretlenmiş, sağlık hizmetlerinden beklentileri artmıştır. Özellikle sağlık sigorta sisteminin de yerleşmesi ile bu beklentiler bu gün haklı veya haksız ithamlara dönüşme eğiliminde olmaya başlamıştır. Çalışmamızda yıllar içinde medikal hata iddialarının arttığı bu iddiaların büyük kısmının ileri soruşturulmasına gerek duyulmadığı ve iddia niteliğinde kaldığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda malpraktis iddiasında bulunan hekimlere bakıldığında; bu şikâyetlerin daha çok Acil Tıp asistanları dışındaki hekimlere yapıldığı tespit edilmiştir. En fazla şikâyet edilen grubu ise konsültan asistanlar oluşturmaktaydı. Bu nedenle acil serviste konsültasyonların uzman hekimler düzeyinde yapılmasının bu yöndeki şikâyetleri azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

Ayrıca genel olarak hekimlerin mesleki açıdan yeterli donanımlı olmalarının yanı sıra; ilgili yasal düzenlemeler ve yaptırımları konusunda da bilgi sahibi olmaları ge-



rekmetedir. Bu konuda Acil Tıp hekimleri dışında diğerklinik hekimlerine de eğitim verilmesi ile acil servislere yönelik yapılan malpraktis iddialarını azaltacağı düşünce-sindeyiz.

Acil servislerde; acil hizmetler, bu konuda uzman tabip sorumluluğunda, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş, tecrübeli ve yeterli sayıda tabibin, hemşire-nin ve diğersonelin de katılımı ile bir bütün olarak yürütülecek şekilde organize edilmesi gerekir.

Malpraktis uygulamalarına yol açmamak için, öncelikle sağlık kuruluşlarında yeterli düzeyde bir yapılanma sağlanmalıdır. Kronik yorgunluk ve uykusuzluğu önle-mek için hekimlerin uygun saatlerde ve uygun ortamlarda nöbet tutmalarını sağlayacak düzenlemeler getirilmeli, özlük haklarının düzeltilmesine yönelik çalışmalara destek vermelidirler.

Türkiye’ de son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı kapsamında her geçen gün değışen konsept nedeniyle, hastaların hastanelerden beklentileri de farklılaşmaktadır. Bu nedenle acil servislerde hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların sıklıkla güncellen-mesi gerekmektedir. Hasta ve yakınlarının şikâyet nedenleri konusunda daha fazla veri toplayarak, düzenlemelere gidilmesi, ne yapılacağı konusunda daha sağlıklı tartışma ortamı sağlanabilmesi için, daha çok şikâyet başvurusunu içeren, prospektif tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 6. KAYNAKLAR

1. Aydemir İ. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara, 2010.
2. Dedeoğaç E. Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu. Ankara, 2008.
3. TC Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Yayın no: 806, Ankara,2010
4. Oğuz Y. Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 5, s. 50-55, 1997.
5. Özkaray Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Y. Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 2002.
6. Varinli İ. Üreticilerin ve Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Beklentileri ve Algılamaları, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 1996.
7. Topaçoğlu H. Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık tezi, 2002.
8. Al B, Yıldırım C, Toğun İ. Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Akademik Acil Tıp Dergisi, cilt: 8, sayı: 1, s. 39-44, 2009.
9. Yiğit Ö, Oktay C, Bacakoğlu G. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Acil Servis Hizmetleri Konusundaki Memnuniyet Değerlendirilme Formlarının İncelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi cilt: 10, sayı: 4, s. 181-186, 2010.

10. Duman T. Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. Mersin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. Doğu Üniversitesi Dergisi, cilt: 7, sayı: 2, s. 218-238, 2006.
11. Tükel B, Acuner A, Önder Ö, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt: 57, sayı: 4, 2004.
12. Hayran O, Uz H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yöntemi. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul, 1998.
13. Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. Factors that Influence Patient Satisfaction in the Emergency Department, 1998.
14. Ekinci O, Koşargelir M, Gül F, Pelit T, Topaloğlu Ü, B. Cüneyt Turan C. Acil Hastaların Ne Kadarı Acil. Ümraniye Tıp Dergisi; 2: 69-72, 2009.
15. Karataş A ve ark. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Çalışanlarının Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. O.M.Ü. Tıp Dergisi 21 (4): 169-172, 2004
16. Çevik A, Holliman CJ, Yanturalı S. Acil Servis Hekimleri ve Tükenme Sendromu. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, sayı: 9, s. 85-89, 2003.
17. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi; sayı: 84, s. 1-10, 2009.
18. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, cilt: 2, sayı: 3, 2011 .
19. Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası Olgularının Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.

20. TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şubesi. 2010 Hasta Hakları Kurullarında Değerlendiren Başvuruların İstatistikleri. sbu.saglik.gov.tr
21. TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şubesi. 2011 Hasta Hakları Kurullarında Değerlendiren Başvuruların İstatistikleri. sbu.saglik.gov.tr
22. Powers M, Harris N, Lockard-Mirams A. Clinical Negligence. 3rd Edition, Butterworths Law, London, 2000.
23. Teke HY, Alkan HA, Başbulut A, Cantürk G. Tıbbi Uygulama Hataları ile ilgili Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi Anket Çalışması. Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Türkiye Klinikleri J. Foren Med, cilt: 4, sayı: 2, 2007.
24. Lewis JR. Patient Views on Quality Care in General Practise. Literatüre review.soc.sci.med. 39 (5): 55-70, 1994.
25. Hall JA, Dornan MC . Patient Sociodemographic Characteristics Predictors of Satisfaction with Medical Care: meta-analysis. Soc. Sci. Med; 30: 811-818, 1990.
26. Canpolat S. Hasta Hakları ve Etik. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2002.
27. Sayek F. Sağlıkla İlgili Ulusal Belgeler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara:3, 1998.
28. Görkey Ş. Hasta Hakları. Tıbbi Etik, 4, s. 100-126, 2003.
29. Saruç S. Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
30. Hatun Ş. Hasta Hakları: Temel bilgiler. Türk Tabipler Birliği, İletişim Yayınları, İstanbul, 1999.

31. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp kitapevleri Ltd, s. 61-87, 1997.
32. Aslan Ş, Özata M. Poliklinik Hastalarının Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma. 2.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı, s. 44-45, Ankara, 2005.
33. Kırılmaz H. Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2009.
34. Hayran O, Uz H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sağlık Hizmetleri El Kitabı Editör: Hayran A, Sur H, Yüce Yayın Dağıtım A.Ş, s. 147-174, 1988.
35. Sayek F. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Ekim 2011.
36. Öztürk H. 'Malpraktis' Kavramı Neleri Çağırıyor?' . Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni, sayı: 19, Yaz-Sonbahar, 2009.
37. Çolak A. Nöroşirürjide Malpraktis. Türk Nöroşirürji Dergisi 12: 94-98, İstanbul, 2002.
38. Çolak A. 'Komplikasyon mu? Malpraktis mi?'. Malpraktis Davalarının Asli Unsurları. Hekim Forumu Dergisi (İstanbul Tabip Odası Yayını) Nisan-Mayıs 32-33, 2003.
39. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin yayınları, Ankara, 2005.
40. Beyaztaş F . Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 49 - 53, 2001.
41. Tezcan M, Özdemir T, Timur Y. Doktorun Malpraktis El Kitabı, Ankara, 2011.
42. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et.al. Obstetricians 'prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA. 272: 1583-1587, 1994.

43. Büken E, Örnek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: Incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 11: 233-47, 2004.
44. Cohen TH, Hughes KA. Medical Malpractice Insurance Claims in Seven States, 2000-2004. MPA Bureau of Justice Statistics, 2007.
45. Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci HÇ. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. İçinde: Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İstanbul: s. 55-69, 2006.
46. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 25, Sayı 2, S: 69-76, (Mayıs) 2011.
47. Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları, “Adli Tıp I” içinde (Editörler: Soysal. Z. Çakalır C.) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, s: 45-60, İstanbul, 1999.
48. Akgün S, Öztürk A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Modern Hastane Yönetimi, 6 (2): 102-17,2002.
49. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, cilt: 5, sayı: 2, s. 59-65, 2001.
50. Akalın H. Sağlık hizmetlerinde Kalite mi? Sürekli Kalite İyileştirme Kavramı mı? ANKEM Dergisi sayı:14, s. 254-257, 2000.
51. Dennis B, Overton DT, Schwartz LR, Strait M. Emergency Department Complaint Frequency: Variation by Patient Median Household Income. Ann Emerg Med; 21: 746-748, 1992.
52. Liefeld JP, Edgecombe FCH, Wolfe L. Demographic Characteristics of Canadian Consumer Complainers. J Cunsomer Affairs. 9: 72-80, 1975

53. Worthington K. Customer Satisfaction in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* 22 (1): 87-102, 2004.
54. İzmir Türk Tabipler Birliği Genel Kurulu 2010-2012 Çalışma Raporu. [izmirtabip@org.tr](http://izmirtabip.org.tr).
55. Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. *Health Care Manage Rev*, 17: 71-5, 1992.
56. Yavuz Ş. Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınınının Memnuniyeti ve Bunu Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul, s. 15-26, 2003.
57. Bulut H. Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*; 12 (4): 288-298, 2006.
58. Yildirim C, Kocoglu H, Goksu S, Gunay N, Savas H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. *Acta Medica (Hradec Kralove)*; 48: 59-62, 2005.
59. Aragon SJ, Gesell SB. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency department: a multigroup structural equation modeling investigation. *Am J Med Qual*, 18 (6): 229-242, 2003.
60. Lau FL. Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction? *J Accid Emerg Med*, 17 (4): 251-253; 2000.
61. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality of patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 28 (6): 657-665, 1996.

62. Adams JG. Communication Affects Patient Satisfaction . *Internist* (May-June): 38, 1988.
63. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 22 (3): 568-572, 1993.
64. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Breman TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 35 (5): 426-434, 2000.
65. İstanbul Tabip Odası Etik. İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu' nun tıbbi malpraktis yasa tasarıları ve bu kapsamda zorunlu mali sorumluluk sigortası hakkındaki görüşü. eski. istabip. org. tr.
66. Özkara E, NADER S, Gündoğmuş ÜN, Arda N. Yüksek Sağlık Şurası'nda 1994-1998 yılları arasında incelenen Spinal Cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 3, 151-157, 2004.