

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI(ŞEHİR HASTANESİ)
HASTANESİNDE ÇALIŞAN YOĞUN BAKIM
HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA EĞİLİMİNİN,
HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ VE
TIBBİ HATA TUTUM ÖLÇEĞİ İLE BELİRLENMESİ**

Mustafa YILDIZ

**ADLİ BİLİMLER TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Prof. Dr. Behnan ALPER**

ADANA-2021

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI(ŞEHİR HASTANESİ)
HASTANESİNDE ÇALIŞAN YOĞUN BAKIM
HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA EĞİLİMİNİN,
HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ VE
TIBBİ HATA TUTUM ÖLÇEĞİ İLE BELİRLENMESİ**

Mustafa YILDIZ

**ADLİ BİLİMLER TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Prof. Dr. Behnan ALPER**

ADANA-2021

TEŞEKKÜR

Tez konumun seçiminde ve tez çalışmamın yönlendirilmesinde emeği geçen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Öğretim Üyesi, Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü Müdürü Sayın Prof. Dr. Mete Korkut GÜLMEN'e,

Tez aşamamda bilgisini, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, kariyerime destek olan tez danışmanım, Sayın Prof. Dr. Behnan ALPER'e,

Çalışmalarımı yoğun bakımlarda sürdürebilmem için bana destek veren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi idarecileri ve hemşire arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Doktora öğrencisi Sayın Volkan DENİZ ve Sayın Emir İbrahim IŞIK'a,

Tez sürecim boyunca desteğini bir an olsun üzerimden eksik etmeyen kıymetli eşime, tez sürecim boyunca sürekli engeller çıkaran ve tezimi bitiremem için elinden gelen bütün çabayı gösteren sevgili oğluma,

Çalışmamda bana destek olan tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kamu Özel İşbirliği Kavramı	4
2.1.1.KÖİ Modelinin Tarihsel Gelişimi	4
2.1.2.Genel Olarak KÖİ Modelinin Özellikleri	5
2.1.3.KÖİ Modelinin Avantajları ve Dezavantajları	5
2.1.4. Türkiye’de KÖİ Modelinin Uygulama Alanı Bulduğu Hizmet Sektörleri ..	7
2.1.4.1.Yap-İşlet-Devret (YİD):.....	8
2.1.4.2.Yap Kirala Devret:	8
2.1.4.3.Yap-İşlet Modeli:	9
2.1.4.4.Yap Sahiplen İşlet:	9
2.2.Sağlıkta KÖİ Modeli	9
2.3.Dünyada Şehir Hastaneleri Uygulamaları.....	9
2.4.Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Modeli	10
2.5.Türkiye’de Genel Sağlık Hizmetlerinin Durumu.....	11
2.6.Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Uygulamaları	13
2.7.Yoğun Bakım Ünitesi.....	14
2.8.Yoğun Bakım Hemşireliği	15
2.9.Tıbbi Hata Kavramı(Malpraktis).....	15
2.10.Tıbbi Hataların Nedenleri	17
2.11.Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	19
2.11.1.İlaç Uygulama Hataları:	19
2.11.2.Hastane Enfeksiyonları	20

2.11.3.Hasta Düşmeleri.....	20
2.11.4.Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar.....	21
2.11.5.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar:	22
2.11.6.Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar	22
2.12.Tıbbi Hatalarda Tutum.....	23
2.14.Tıbbi Hataların Bildirimi.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni:	25
3.4. Araştırmanın Örnekleme:	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.6. Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu(Ek-1):.....	25
3.7.Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek-2)	26
3.8.Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Ek-3).....	26
3.9.Araştırmanın Etik Yönü (Ek-4).....	27
3.10. Veri Toplama Yöntemi	27
3.11. Araştırmanın İstatistiksel Analizi.....	27
4.BULGULAR.....	29
4.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	29
4.2.Tıbbi Hata Tutumu ve Tıbbi Hataya Eğilim	32
4.3.Sosyodemografik ve klinik özelliklerin tıbbi hata algısı üzerine etkisi	34
5.TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR	42
EKLER	47
EK-1. Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu.....	47
EK-2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	48
Ek-3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	50
EK-4. Etik Kurul İzni.....	51
ÖZGEÇMİŞ	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1 Tıbbi hata nedenleri post hoc analiz	33
Şekil 2 Tıbbi hata total puanının post-hoc analizi	34



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1 Sosyo demografik özellikler	29
Tablo 2 Klinik özellikler	31
Tablo 3 Farklı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, tutum ve hataya eğilimlerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4 Sosyo demografik özellikler ve klinik koşulların yoğun bakım hemşirelerinde tutum üzerine olan etkileri	35

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AŞH	: Adana Şehir Hastanesi
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HTHEÖ	: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
PPP	: Public Private Partnership
SB	: Sağlık Bakanlığı
THTÖ	: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
YBÜ	: Yoğun bakım ünitesi
YİD	: Yap İşlet Devret
WHO	: World Health Organization(Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Kamu Özel Ortaklığı (Şehir Hastanesi) Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tıbbi Hata Eğiliminin, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ile Belirlenmesi

Sağlık hizmeti sunumunun insana ve insanlığa hizmet ettiği için kesintisiz olarak devam etmesi gerekmektedir. Kesintisiz çalışma sürecinde sağlık personelleri tıbbi hata yapabilmektedir. İlgili çalışmanın amacı, kamu-özel işbirliği hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hataya eğilimlerinin ve tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi ve klinik koşulların hemşirelerde tıbbi hata tutumu üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır.

Araştırmanın örneklemini Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 131 hemşire oluşturmaktadır. Veriler “Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 istatistik paket programı analizinde ise tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis varyans analizi, Chi-Square ve Fisher’s Exact Test testi kullanılmıştır.

Tıbbi hata eğilim ölçeğinden koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler 236,0 (224,5 – 242,0) puan, dahili yoğun bakımda çalışan hemşireler 237,0 (218,0 – 244,0) puan, çocuk yoğun bakımda çalışan hemşireler 236,5 (223,8 – 244,0) puan, beyin cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşireler 236,0 (224,5 – 242,0) puan almıştır. Bu sonuç hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğunu göstermiştir. Tıbbi hata tutum ölçeğinden koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler 2,5±0,2 puan, dahili yoğun bakımda çalışan hemşireler 2,7±0,2 puan, çocuk yoğun bakımda çalışan hemşireler 2,7±0,3 puan, beyin cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşireler 2,6±0,3 puan almıştır. Hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Yapılan post-hoc analizlerde tıbbi hata tutumu total puan farklılığın, koroner yoğun bakımlarda tedavi edilen hasta sayısının fazla olmasından kaynaklandığı tespit edildi. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün fazla olması tıbbi hata tutumlarını olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Şehir Hastanesi, Tıbbi Hata Eğilim, Tıbbi Hata Tutum, Yoğun Bakım Hemşiresi

ABSTRACT

Determination of Medical Error Tendency of the Intensive Care Nurses Working in Public Private Partnership Hospital (City Hospital) With Medical Fault Measurement Scale in Nursing and Medical Error Attitude Scale

Health care delivery should continue uninterruptedly because it serves humanity and humanity. During uninterrupted work, health personnel can make medical errors. The aim of this study is to determine the medical error tendencies and medical error attitudes of intensive care nurses working in a public private partnership hospital and to investigate the effects of clinical conditions on medical error attitudes in nurses.

The sample of the study consists of 131 nurses working in the intensive care units of Adana City Training and Research Hospital, who agreed to participate in the study between November 2019 and February 2020. Data were collected using "Personal Information Form on Nurses", "Medical Error Trend Scale in Nursing" and "Attitude Scale in Medical Errors". In the analysis of the data, the SPSS 22.0 statistical package program used for analyze, One-way ANOVA test, Kruskal Wallis variance analysis, Chi-Square and Fisher's Exact Test test were used.

From the medical error tendency scale, nurses working in the coronary intensive care unit got 236.0 (224.5-242.0) points, nurses working in internal intensive care got 237.0 (218.0-244.0) points, nurses working in pediatric intensive care got 236.5 (223.8-244.0) points, nurses working in the neurosurgical intensive care unit got 236.0 (224.5-242.0) points. This result showed that nurses have a low propensity to medical errors. Nurses working in the coronary intensive care unit scored 2.5 ± 0.2 points, nurses working in internal intensive care unit scored 2.7 ± 0.2 points, nurses working in pediatric intensive care unit scored 2.7 ± 0.3 points, and nurses working in neurosurgery intensive care unit scored 2.6 ± 0.3 points. Nurses' medical error attitudes were determined to be negative. In post-hoc analyzes, it was determined that the difference in medical error attitude and total score was due to the high number of patients treated in coronary intensive care units. The high workload of intensive care nurses negatively affects their medical error attitudes.

Keywords: City Hospital, Medical Error Tendency, Medical Error Attitude, Intensive care nurse

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, görevli olan sağlık profesyonelinin gerçekleştirmiş olduğu kusurlu davranışlar sonucunda meydana gelen olumsuz durum ve bu durum sonucunda kişinin doğrudan ya da dolaylı olarak zarara uğraması tıbbi hata olarak bilinmektedir(1). Sağlık hizmetlerinden yararlanan insanlar tıbbi hata sonucunda yaralanma, sakatlık ve hatta ölümle karşı karşıya kalabilmektedirler(2). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan bir çalışmaya göre tıbbi hatalar sonucu meydana gelen ölümler, ABD'de meydana gelen toplam ölümlerin %9,5 ini oluşturmakta ve bu sayı toplam ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır(3). İngiltere' de her yıl yaklaşık 40.000 insan, Kanada'da ise 5.000-10.000 arasında insan tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirmektedir(4). Almanya' da ise her yıl 20.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybettiğinden söz edilmektedir(5). Türkiye'de Tıbbi hatalar sonucu meydana gelen zararlar ile ilgili istatistikler tam olarak bilinmemekle beraber, 2018 yılında yayınlanan Güvenlik Raporlama Sistemine raporlanan verilere göre 2017 yılında 101841 tıbbi hata başvurusu olduğu bildirilmektedir(6). Yapılan tıbbi hatalar sonucunda, hastanın hastanede yatış süresi uzamakta, tedavi giderleri artmakta, hasta ve çalışanların moral ve motivasyonları düşmektedir(7). Tıbbi hatalar nitelik ve nicelik olarak ekipteki personellere, ekipman, araç ve gerece bağlı olarak değişmekte, hastaların hastaneye tekrar başvurusuna neden olmakta, sağlık profesyonellerinin çalışma alanlarındaki fiziki koşullarının yetersiz olmasından ve yöneticilerin tutumlarından etkilenebilmektedir(6).

Hemşireler insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, bozulan sağlığın tekrar iyileştirilmesi aşamalarında büyük bir rol oynamaktadırlar. Bu sayılanları yerine getirirken planlama, planlanan olayları uygulama, mevcut durumu değerlendirme ve mevcut kurguladıkları senaryoyu değiştirme görevlerini yerine getiren bağımsız meslek grubudur(8). Hemşirelik insanlık tarihi kadar eski olup Florence Nightingale modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 72. Toplantısında Florence Nightingale'i onurlandırmak için Florence Nightingale'in 200.doğum günü olan 2020 senesini "Hemşire ve Ebe Yılı" ilan etmiştir (9). Hastanelerde en fazla istihdam edilen personel grubu olan hemşirelerin görev yaptıkları birimlerin çeşitliliği nedeniyle hastane idarelerinin hemşireleri çalıştıkları alanlara göre

kategorize etmelerine neden olmuştur. Liyakat, performans, sertifikalı olma, problem çözme becerisi gibi kriterler doğrultusunda; yoğun bakım hemşireliği, acil servis hemşireliği, ameliyathane hemşireliği, cerrahi birim hemşireliği, çocuk hemşireliği, dahili hastalıklar hemşireliği, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği gibi birimler kurulmuştur(10).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin koşullarına göre hataya olan eğilimleri ve tıbbi hata tutumları değişebilmektedir. Dikmen ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği'nden aldıkları toplam puan farklı bulunmuştur. Buna göre farklı kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri de farklı olabilmektedir(11). Ulusoy ve Tosun'un hekim ve hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılanların tıbbi hata tutumlarının ölçek toplam puanına göre değerlendirilmesinde, katılımcıların tıbbi hata tutumları konusunda olumlu bir tutum sergiledikleri görülmüştür(12). Güven ve arkadaşlarının yapmış oldukları ve sadece hemşirelerin katılımcı olduğu araştırmada, hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu bulunmuştur(13).

Ülkemizde sağlık hizmetleri farklı otoritelere bağlı sağlık kurumları tarafından yürütülmektedir. Bunlardan biri olan Şehir Hastanelerinin yasal alt yapısı, 2005 yılında 3359 sayılı kanuna geçici bir madde eklenerek proje altyapısı oluşturulmuştur. Daha sonra 6428 sayılı kanun ile Şehir Hastanelerinin mevzuatı tam anlamıyla şeklini almıştır. Tıbbi hizmetlerin görülmesi konusunda işletmeci konumundaki şirket'in ifa yükümlüğü olmadığı tıbbi hizmetlerin hekimler ve yardımcı sağlık personeli aracılığıyla sözleşmenin tarafı olan İdare tarafından görüleceği bildirilmektedir. Bunun yanında şirket, belirlenen hizmetleri İdare ile imzalanan sözleşme ve eklerine göre sürdürmektedir. Ayrıca her hizmetin sürdürülmesi usulü için İdare ile üzerinde mutabık kalınmış yöntem beyanları kullanılacaktır. Bu yöntem beyanlarında çalışan sayısı, çalışanların görevleri, yapacakları işler, iş standartları belirlenmektedir(14). Böylece şirket personeli ve idare personelinin yapacakları işler ayrılmış olmaktadır. Mevzuat incelendiğinde hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerini direkt ilgilendiren konular bulunmamakla beraber, tıbbi destek hizmetlerinde yer alan şirket personeli nedeniyle dolaylı olarak idare personeli etkilenebilecektir.

Ülkemizde tıbbi hataların nedenleri, tıbbi hatalar konusunda hemşirelerin tutumları ile ilgili pek çok çalışma mevcut olmasına rağmen, Şehir Hastanelerinde

yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Meydana gelen tıbbi hataları raporlamak, bunlar için alınabilecek önlemler için ilk koşul olacaktır. Bu da kurumsal hafızanın güçlü olmasını mümkün kılacaktır.

Bu çalışmanın öncelikli amacı farklı birimlerde çalışan hemşirelerin hataya yatkınlığının karşılaştırılması, diğer amacı ise klinik koşulların ve çalışma koşullarının hataya olan etkisinin değerlendirilmesidir.

Bu çalışmada;

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre hataya eğilimleri arasında fark olup olmadığı,

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre tıbbi hataya karşı tutumları arasında fark olup olmadığı,

Hemşirelerin çalıştıkları farklı klinikler nedeniyle tıbbi hataya karşı olan tutumlarının etkilenip etkilenmediği,

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin hataya karşı olan tutumlarını etkileyip etkilemediği araştırılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kamu Özel İşbirliği Kavramı

Kamu Özel İşbirliği kavramı “ taraflar arasında akdedilmiş bir sözleşmeye bağlı olarak yatırım ve hizmetlerin, proje maliyetlerinin, risklerinin ve getirilerinin kamu ve özel sektör arasında paylaşılarak sözleşme bazında gerçekleştirilmesini” ifade etmektedir(15). Genel olarak kullanılan bu tanıma rağmen kamu özel işbirliği(KÖİ) kavramının uluslararası kabul görmüş bir adı yoktur. Her ülkede farklı adlarla ifade edilmektedir. Bunun sebebi ise bu modelin uygulandığı ülkelerdeki uygulamaların farklılık göstermesidir. Bu modelin ilk kez uygulandığı İngiltere’de KÖİ, “Özel Finansman Girişimi (PFI)” olarak adlandırılırken, ABD’de “Public Private Partnership (PPP)” olarak adlandırılmaktadır. Türkiye’de ise “Kamu Özel Sektör Ortaklığı”, “Kamu Özel Sektör İşbirliği”, “Kamu Özel İşbirliği” gibi adlandırmalar kullanılmaktadır. Çalışmada “Kamu Özel İşbirliği” ifadesi tercih edilmiştir. Çünkü Türkiye’de kamu özel işbirliği mevzuatında artık bu kavramın kullanıldığı görülmektedir(16).

2.1.1.KÖİ Modelinin Tarihsel Gelişimi

Günümüzden yaklaşık 1500 yıl öncesine kadar baktığımızda, Roma İmparatorluğu döneminde liman, ambar, atölyeler, yol, pazar gibi hizmetler, özel bir ortak tarafından inşa edilmiş, sonrasında da bu ortak girişim tarafından yönetilmiştir. Bu hizmetlerin ifa edilmesinde KÖİ modelinin yasal bir düzene o eski zamanlarda oturtulduğu gözlemlenmektedir(17). Roma İmparatorluğu’nun zayıflaması ile birlikte bu sistem de zayıflamış ve zamanla kaybolmuştur. Ortaçağ’da Fransa’nın güneybatısındaki sömürge arazilerin inşası ve yeni toprakların işgal edilmesi ile bu yöntem yeniden ortaya çıkmıştır(18). 16. ve 17. yüzyıllara gelindiğinde Fransa’da, kanal inşaatı, yol döşeme, atık toplama, kamusal aydınlatma, posta dağıtımı ve toplu taşımacılık alanları gibi çok daha kapsamlı kamu işlerinde, İngiltere’de yol yapımında imtiyaz programları başlatılmıştır (18). Endüstri devrimi sonrasında bu program daha da yaygınlaşarak devam etmiş olsa da, 1800’lü yıllarda Avrupa’da yaşanan ekonomik kriz sebebiyle birçok yatırımcı iflas etmiştir (19). Osmanlı İmparatorluğu’ndaki ilk örnekler arasında, 1867’de İzmir Limanı, 1869 Süveyş Kanalı, 1883’te İzmir Elektrik İmtiyazı, 1868’de İstanbul Tramvay ve Tünel projeleri yer almıştır. Bunlara ek olarak tren yolları

imtiyazları, havagazı, tramvay, elektrik gibi pek çok imtiyazla kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından gördürüldüğü gözlemlenmektedir(20).

Başta imtiyaz olarak görülmeye başlayan projeler, ilerleyen zamanlarda ihtiyaçlara göre şekil değiştirmeye başlamıştır. I.Dünya Savaşı zamanında, ülkelerin içinde bulunduğu savaş durumu ve ekonomik sıkıntılar, bu projeleri askıya almak durumunda bırakmıştır. 1960'lı yıllarda İspanya ve Fransa'da bankalar ile müteahhitler arasında kurulan ortaklık sayesinde, özellikle otoyol inşaatı projelerinde bu tekrar kullanılmaya başlanmıştır(18). 1990 yılından sonra İngiltere'de yapılan çalışmalar diğer devletlere de öncü olmuş ve bu projeler diğer ülkelerde de yaygınlaşmaya başlamıştır.

Tarihsel olarak çok eskiye dayanan bu projelerin Türkiye'de ki uygulamalarından ileride bahsedilecektir.

2.1.2.Genel Olarak KÖİ Modelinin Özellikleri

KÖİ modelinden söz edebilmek için öncelikle ortada hukuki bir alt yapının yani bir sözleşme olması gerekmektedir. Çünkü 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu'na göre sözleşmenin kurulması için tarafların iradelerini karşılıklı ve birbirine uygun olarak açıklamaları gerekmektedir. Ayrıca bir sözleşmeden bahsediliyorsa ortada tarafların olması gerekmektedir. Dolayısıyla KÖİ modelinden bahsedebilmek için sözleşme ile ilgili iradelerini açıklayacak Kamu ve Özel Hukuk kişisi gibi en az iki tarafın olması gerekmektedir. Bu modele göre imzalanan sözleşmelerde ortaya konulan sermayenin karşılığını en iyi görmenin yolu, sorumlulukların sözleşmenin tarafı olan kamu sektörü ve özel sektör arasında ideal paylaşımında yatmaktadır(16).

2.1.3.KÖİ Modelinin Avantajları ve Dezavantajları

2008 yılı sonrasında Dünya'da yaşanan ekonomik kriz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, yatırımlarda özel sektör yatırımcısına olan ihtiyacı artırmıştır(21). Krizden çıkış yolu olarak kamusal kaynakları doğru ve etkin kullanma, mali harcamalarda kısıtlamaya gitme ve hızlı karar alma, uluslararası düzeyde bu projeleri kamusal fayda olarak kabul ettirmiştir(22). Ancak büyük proje yatırımları için kabul edilen bu model krizden çıkmak için sihirli bir değnek gibi görünse de avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır.

KÖİ modelinin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- İçinde bulunulan ekonomik koşullar, finansal yükümlülüklerin devlet bütçesine ağır yük getirmesi gibi sebeplerle, kamu bütçesinden fazla bir harcama yapılmadan özel sektör yüklenicisi tarafından finans bulma ve bu finansı projeye, tesise, işletmeye aktarma işlemleri sonucunda kamu hizmetleri gerçekleştirilebilmektedir(19).
- Projenin tasarım, yapım ve teknolojisine ait riskler, sözleşmenin tasarlanmasından, imzalanmasından ve tesisin hizmete girmesinden itibaren sözleşmede üzerinde mutabık kalınan maddelerde karşılıklı olarak devredilebilmektedir. Risk paylaşımı adı da verilen bu işlemle, her iki taraf sözleşmesel olarak sorumluluklarını bilmektedir. Kamu kurumundan özel sektöre devredilebildiği gibi, özel sektörden de kamuya devredilebilmektedir(19). Özel sektör yüklenicisi, finansman sağlayıcılarla yaptığı anlaşmalara göre bazı durumlarda daha karlı olacaksa yatırımı daha erken bitirebilmektedir. Bu tarz teşvik edici hükümlerin sonucu olarak hem yatırımın daha erken sürede hizmete girmesi sağlanacak hem de finansman sağlayıcılar tarafından karlılık artacaktır(22).
- Özel sektörün tecrübesi, KÖİ modeli sayesinde kamu sektörüne uygulanarak teknoloji, bilgi, özel sektör deneyimi, inovasyon aktarımı ile eşgüdümlü çalışma ve aktarım yenilikleri getirmektedir. Bu kapsam da çalışanların yetenek, liyakat, iş sağlığı ve güvenliği açısından yeterli seviyeye gelmesi, dikkat, hız, disiplin, operasyonel verimlilik gibi alanlarda gelişmeler gözlemlenmektedir(22).
- Ayrıca KÖİ sayesinde, yerel özel sektör firmalarına büyük uluslararası firmaların taşeronluk fırsatları oluşmaktadır. Ortak girişimler yoluyla yerel özel sektör firmaları bu fırsatları yeteneklerini geliştirmenin bir yolu olarak kullanmakta, ayrıca tesis yönetimi, inşaat işleri, elektrik işleri, güvenlik hizmetleri, temizlik hizmetleri, bakım hizmetleri gibi alanlarda uluslararası firmalardan deneyim aktarılması sağlanmaktadır (21).

KÖİ modelinin dezavantajları:

Bu dezavantajlar dünya genelindeki projeler değerlendirilerek oluşturulmuştur.

- KÖİ sözleşmeleri, sadece yatırım sırasında değil, yatırım öncesinde ihale ve sözleşme aşamalarında da maliyet gerektirmektedir. Bundan dolayı birçok özel sektör yatırımcısı ihaleye girememektedir(18).
- Proje yatırım ve işletme dönemindeki finansman riski ve diğer riskler ayrı ayrı değerlendirilmeli ve yatırım dönemini olumsuz yönde etkileyen riskler, yatırımın atıl kalmasına sebep olmaktadır(19).
- KÖİ projelerinin kamu, özel sektör yüklenicisi ve finansman kuruluşlarından oluşması ve bahsedilen sözleşme taraflarının hepsinin ayrı amaçlarının bulunması, uygulanabilirlik açısından sıkıntılara yol açmaktadır.
- KÖİ projelerinin karmaşık modeller olması sebebiyle bazı projelerde devlet hazine garantisi vererek projenin sürdürülebilmesi, kamu maliyeti açısından riskli görülmektedir.
- Kamu tarafı, bir projede uzun soluklu(Şehir Hastaneleri için 25 yıl) olarak özel sektöre deyim yerindeyse bel bağlamakta, özel sektör yüklenicisinin kar zarar durumunu sürekli takip etmek zorunda kalmaktadır.
- Yapılan sözleşmelerin döviz kuru üzerinden yapılmış olması, çalkantılı ekonomiler için sarsıcı olabilmektedir.
- Tıbbi hizmetlerin sunumu, kamu personelleri tarafından yapılacağı için, ülkede yaşayan vatandaşlar hizmetin performans ve kalitesi olarak sadece kamu tarafını sorumlu tutacaklardır.

2.1.4. Türkiye’de KÖİ Modelinin Uygulama Alanı Bulduğu Hizmet Sektörleri

Dünya’da gelişmiş ülkelerde bulunan çağdaş hukuk normları, belirli bir zemine oturtularak ve kendi arasında belirli bir hiyerarşik yapı kurularak uygulanmaktadır. Bunun sonucu olarak kullanılacak olan normlar üst kademedeki normlara aykırı olmamaktadır. Buna normlar hiyerarşisi adı verilmektedir. Normlar hiyerarşisinde en üstte anayasa, daha sonra kanunlar, tüzük, yönetmelik, genelge, yönerge yer almaktadır.

Türkiye’de de durum böyledir. Normlar hiyerarşisinde en üstte anayasa yer aldığı için, çıkarılan kanunlar ve diğer normlar Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına aykırı olamaz.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası madde 47’de “Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılabilceği veya devredilebileceği kanunla belirlenir.” hükmü ile kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi hususu normlar hiyerarşisine uygun olarak anayasal zemine kavuşmuştur(19, 23). Anayasada yer alan bu bağlayıcı maddeye göre bazı kanunlar çıkarılmış ve bunların sonucunda KÖİ finansman modelleri uygulamaya geçirilmiştir.

2.1.4.1.Yap-İşlet-Devret (YİD):

KÖİ modelinin en yaygın kullanılan yöntemlerinden birisidir. Yap işlet devret modeli, kamu hizmetinin özel sektör yatırımcısı tarafından üretiminin gerçekleştirilmesi, sunumunun sözleşmeye dayalı olarak yapılması, ardından sözleşme süresi bitince de hizmetin kamu idaresine devredilmesidir. Büyük kamu altyapı yatırımlarının finansmanında kullanılan, uzun dönemli imtiyaz sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir(24). YİD kamu hizmetinin finansmanının özel sektör tarafından finanse edilmesidir. Sözleşme süresi sonra erince kamu hizmeti borçları ödenmiş ve kullanıma hazır bir şekilde ilgili kamu kurumuna devredilir. Sözleşme süresi içinde elde edilen hizmet ve mallar, taraflar tarafından belirlenen bir karşılık üzerinden satılır.

2.1.4.2.Yap Kirala Devret:

Projenin yapımı, özel sektör yatırımcısı tarafından gerçekleştirilmekte, projenin inşa edileceği arazi üzerinde özel sektör yatırımcısına belirli bir süreyle bedelsiz olarak üst hakkı tesis edilmektedir. Üst hakkı kişiye bir başkasına ait mülkte, kullanılmasında yarar bulunduğu müddetçe altında ve üstünde inşaat yapma hakkı sunan bir haktır(25). Bu üst hakkı süresince özel sektör yatırımcısı sözleşmede kararlaştırılan hizmetleri ifa ederek projeyi işletme hakkına sahip olmakta, ayrıca projeyi sözleşmenin tarafı olan kamu idaresine kiralarak ilgili kamu idaresinden kira bedeli ya da kullanım bedeli almaktadır. Sözleşmede belirlenen süre sonunda özel sektör yatırımcısı sözleşmede yer alan hükümlere göre, ilgili projeyi kamu idaresine teslim etmektedir(26) (27).

2.1.4.3.Yap-İşlet Modeli:

Bu modelin hukuki dayanağı halen yürürlükte bulunan 4283 sayılı kanundur. Bu model, ülkemizde şu ana kadar sadece enerji sektöründe uygulanmıştır. Proje üstlenicisi sözleşme sonunda işletmeyi idareye devretmemekte, proje ve işletme özel sektör yüklenicisinde kalmaktadır. Türkiye’de sadece enerji yatırımlarında uygulama alanı bulmuştur(28).

2.1.4.4.Yap Sahiplen İşlet:

Bu proje yönetimi genel tanımı olarak özelleştirmeye daha yakındır. Finansman sağlayan özel sektör yüklenicisi; gerçekleştirdiği projenin, tesisin veya işletmenin üzerindeki mülkiyet haklarının dahil olduğu işletme hakkına sahip olmaktadır(29). Kamunun proje, tesis veya işletmeyi alma durumu bulunmamaktadır.

2.2.Sağlıkta KÖİ Modeli

Sağlık alanında KÖİ modelinin ortaya çıkmasında en önemli sebep finansal sebeplerdir. Devletin en önemli görevlerinden birisi olan sağlık hizmeti, hem koruyucu hem de tedavi edici özellikte olması sebebiyle, kamuya ciddi anlamda mali yük getirmektedir. Artan finansal ihtiyacın farkında olan devletler 1970 yılından itibaren liberal ekonominin de etkisi ile altyapı, ulaşım gibi projelerde denedikleri KÖİ modelini sağlık sektöründe de denemeye karar vermişlerdir(17). Projelerin bu şekilde denemeye başlanılmasında WHO, UNICEF, Dünya Bankası(World Bank), Birleşmiş Milletler gibi kuruluşların da yadsınamaz etkisi bulunmaktadır(30).

KÖİ modeli yasal altyapı ile beraber uygulanan bir proje finansmanı biçimidir. KÖİ modeli yöntemi ile önceleri inşaat anlamında kullanılan “proje” kelimesi, sağlık hizmetleri sunumunda İdareye yardımcı bir güç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Diğer anlamda önceleri sadece hastane binası inşa eden özel sektör yüklenicisi, artık inşa ettiği hastanede hastalara hizmet vermeye başlamıştır.

2.3.Dünyada Şehir Hastaneleri Uygulamaları

KÖİ modeli yöntemi ile Şehir Hastaneleri modelini, Dünyada ilk kez uygulamaya koyan ülke İngiltere’dir. Ardından Portekiz, İspanya, Kanada, İtalya, Fransa, Türkiye ve Almanya gelmektedir. Dünya genelinde Şehir Hastanelerinin tercih edilmesindeki temel

neden inşaat ve bakım esnasında yaşanan sıkıntılardır. Bunun sebebi ise özel sektörün inşaat alanında kabiliyetinin daha yüksek olması ve aynı zamanda inşaatçı firmanın bakımcı olmasıdır(22). Bütün ülkelerde aynı modelin kullanıldığını söylemek mümkün değildir. İdare hastaneyi yönetmesi için özel bir şirketle anlaşabilir, özel sektör yüklenicisi idarenin belirlediği özelliklere göre tesisi inşa edip yönetebilir, idare belirli süreli olarak özel sektör yüklenicisinden sağlık hizmetini satın alabilir. Tek düze bir yöntem ve yönetim şekli bulunmamaktadır(24).

2.4.Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Modeli

Kamu hizmetlerinin görülmesinde üçüncü şahısların veya kurumların katılımını öngören iş birlikleri Osmanlı dönemine kadar uzanmaktadır. Gerçekleştirilen işbirliklerinin bilinen tarihi daha eski olmasına rağmen bu işbirliklerini yasal zemine dayandırma daha sonra ki yıllarda olmuştur. Kamu hizmetlerinin görülmesine yönelik ayrıcalıklar 23 Haziran 1910 tarihinde çıkarılan “Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun” ile yasallaştırılmıştır(31). Cumhuriyetin kuruluşundan sonra bu kanun, imtiyaza konu olarak ruhsatlandırılması gereken kamu hizmetlerinin kısmen veya tamamen devri için özel sektörün genel yasal dayanaklarından biri olmaya devam etmiştir.

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra kamu yatırımlarında özel sektör payını içeren uygulamalar ilk başlarda devletçilik akımının etkisi ile tercih edilmemiştir.1953 yılında akdedilen imtiyaz sözleşmeleriyle Mersin ve Adana illerinde elektrik iletim, üretim ve dağıtımının gerçekleştirilmesi işi, imtiyaz olarak özel sektör kuruluşuna verilmiştir(16). Ancak ilerleyen yıllarda teknolojik gelişmelerle beraber idarenin mevcut imkanlarla kamu hizmeti sunması zorlaşmış, özel sektör katılımı gerekli görülmüştür(20). Kamu yatırımlarına harcanacak bütçenin yüksek olması, kamu hizmetlerinin görülmesine ayrılan bütçenin yetersiz kalışı, hizmetlerin yürütülmesinde meydana gelen aksamalar, 12 Eylül darbesinin ülkemizde oluşturduğu siyasi gerilim ve ülkenin ekonomik anlamda çıkmazda oluşu, 1984 yılında mevcut hükümeti 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunu” çıkarmaya mecbur bırakmıştır. Bu zamana kadar kamu tekelinde olan elektrik üretimi, iletimi, dağıtımı ve ticareti işleri, bu kanun ile

sayılan hizmetlerin özel sektöre gördürülmesinin önü açılmış ve büyük bütçe gerektiren altyapı projelerinde KÖİ modelinin kullanımının ilk yasal altyapısı oluşturulmuştur(19).

2.5.Türkiye’de Genel Sağlık Hizmetlerinin Durumu

Bir ülkenin ilerleyip gelişmesi için en önemli değer olan insanın, ülkenin dinamiklerine katkıda bulunabilmesi için öncelikli kural insanın sağlıklı olmasıdır. Sağlıklı birey olduğu müddetçe planlanan işler yapılmaya başlanır. Gelişmek isteyen ülkeler bu yüzden öncelikle sağlık konusunda kendilerini de geliştirmelidirler. Sağlık Hakkı, 1961 anayasasına kadar gelen süreçte kendisine uygun bir düzenleme bulamamıştır. 1961 Anayasası'nın *“madde 49.- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”* maddesi ile sağlık hakkına devlet açısından pozitif yükümlülük bağlanmış olup, devleti tedbir almaya zorunlu kılmıştır. Aynı hak 1980 darbesinde Milli Güvenlik Konseyinin yönetimi altında hazırlanan ve halkoylamasına sunulan 1982 Anayasası *“madde 56.- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* maddesinde de düzenlenmiştir.

Günümüzde Türkiye’deki mevcut sağlık sistemini yorumlayabilmek için, sağlık sistemini 1980’li yıllarla beraber değerlendirmek gerekmektedir. Çünkü mevcutta kullanılan sağlıkta dönüşüm programlarının planlamaları bir hazırlık evresi sonucunda gerçekleşmiş ve bu hazırlık evresi 1980’li yıllarda başlamıştır. Milli Güvenlik Konseyinin belirlediği rejimin en öncelikli konuları özelleştirme olmuştur. Sağlık harcamaları sosyal harcamalarda en büyük paya sahip olan harcamalardır. Belirlenmiş olan neo liberal politikalar nedeniyle, Genel Sağlık Sigortası planlamaları 1987’de konuşulmaya başlanmış ama başarılı olmamıştır(32). Bu dönemde yapılan

değişikliklerde ilk fark edilen 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu kanunun birçok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Diğer bir değişiklik ise 1989 yılında Bakanlığın adının değiştirilmesidir. 24.1.1989 tarihli ve 356 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" ismi , "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiştir. Bu düzenleme ile beraber Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaya yetkili en temel kuruluş olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık ocakları, sağlık evleri, ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri, kanser savaş aracılığıyla sağlanırken; ikinci ve üçüncü basamak hizmetler diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişilerle birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmuştur. 1990 yılında Dünya Bankası(World Bank) tarafından yürütülen projeleri gözlemlemek ve bunları koordine etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Ayrıca Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" tasarlanarak planlanan sağlık reformları yürütülen çalışmalar içerisine dahil edilmiştir(33). 1992 yılında gerçekleştirilen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 1993 yılında gerçekleştirilen İkinci Ulusal Sağlık Kongresi yapılacak olan sağlık reformları hakkında görüşmelerin yapıldığı toplantılardır. Bu kongrelerde sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim yerine, yerel yönetimlere gördürülmesi yöntemi de konuşulmuştur(34). 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık harcamalarını kendisi karşılamayacak olan Türk vatandaşlarının, bu harcamalarının Devlet tarafından karşılanmasına yönelik çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar 1993 yılında "Ulusal Sağlık Politikası" adı altında birleştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası çalışmaları 1998 ve 2000 yıllarında kanunlaştırılmaya çalışılmış ama kanunlaştırılamamıştır. 2002 seçimlerine kadar olan süreçte yapılan çalışmalar teorik ve planlama çalışmaları olarak kalmış ve pratik olarak pek fazla uygulama imkânı bulamamıştır. 2002 seçimleri sonrası 58. Hükümet ile beraber çalışmalar yeniden başlamış ve daha önce verilerin toplandığı teorik havuz, kendine 58. Hükümetin Acil Eylem Planında yer bulmuştur(35). Herkese Sağlık parolası ile belirlenen Sağlıkta Dönüşüm Projesi 11 bileşene sahiptir. 2003-2008 yılları arasında uygulanan bu

dönüşüm programı geçmişin olumlu mirasına sahip çıkmış, kamuoyunda sık sık tartışılmış, ortaya konan faaliyetler hem sağlık hizmeti sunanlar tarafından, hem de bu hizmetten yararlananlar tarafından sahada ciddi anlamda hissedilmiştir. Hasta memnuniyeti, hastane kuyrukları, aşılama takvimleri, rehin hastalar, hasta nakil sorunları, yatak sorunları, yoğun bakımlar, sağlık personelinin gelir azlığı, sağlık personelinin gelir adaletsizliği gibi konular sahadan gelen verilerle memnuniyet artışı olarak yansımıştır. 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı yasa ile personel eksikliği olan yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması imkânı getirilmiştir. 2004 yılında 5258 sayılı kanun çıkarılarak, Aile Hekimliği pilot uygulama olarak başlatılmıştır. Aile Hekimliği uygulamasının planlamasındaki amaç, hastanın kendi iradesi ile seçeceği hekim ile arasındaki sıkı ilişki sağlanacağı düşüncesi ile hasta hekim arasındaki iletişim kopukluğunu gidermektir. İlk olarak 2004 yılında Düzce ilinde pilot olarak uygulanmaya başlanmış, 2010 yılında ülke genelinde uygulanmaya yaygınlaşmıştır. 2005 yılında SSK'lı iş gücünün yararlandığı Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, vatandaşların dilediği hastanelerden yararlanması sağlanmıştır(29). 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı kanun ile Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve Sosyal Sigortalar Kurumu tek çatı altında birleştirilerek, Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında hizmet vermeye başlamıştır. Böylece işveren, işçi ve bağımsız çalışanların sağlık otoritesi Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı olmuştur. 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı kamu hizmetlerinin düzenli, etkili ve hızlı bir biçimde yürütülebilmesi aracılığıyla kendi içerisinde kurumlara ve genel müdürlüklere ayrılmıştır. 1992 yılında uygulanmaya başlanan Yeşil Kart uygulaması 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasıyla son bulmuştur. 663 sayılı KHK de kurulan kuruluşlar ve bazı genel müdürlükler 2018 yılında kaldırılmıştır(36)

2.6.Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Uygulamaları

Türkiye’de sağlık sisteminde KÖİ modeli uygulamalarının yasal dayanağı 1987 yılında çıkarılmış olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na; 2005 yılında çıkarılmış olan 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir ek Madde Ekleneceği Hakkında Kanun sayesinde olmuştur. 5396 sayılı kanunla, 3359 sayılı kanuna geçici bir

madde ek madde 7 eklenmiştir. Bu madde ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasına karar verilen sağlık tesisleri, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerince kendilerine ait veya hazineye ait taşınmazlar üzerine 49 yılı geçmemek kaydıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı Sağlık Bakanlığı'nca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile daha önceden ihale edilmiş, yapımına başlanan veya hizmete giren hastanelerin hepsi artık 6428 sayılı kanuna göre idame ettirilecektir. Yapımı planlanan ve ilk hizmete açılan Şehir Hastanesi Yozgat Şehir Hastanesi olmuştur(22). Yozgat Şehir Hastanesinden sonra Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi hizmete girmiştir. 2020 yılı itibariyle 18 Şehir Hastanesinin Sözleşmesi imzalanmış bunların 12 tanesi hizmete girmiştir(37).

Her ne kadar şehir hastanelerinin hizmet sağlayıcılarına yani diğer paydaşlarına, hizmet sektörü anlamında bu finansal yapı mantıklı görülse de; hastanelerin ödemesi gereken yüksek kira bedelleri, bu finansal yapıya ayrılan ödenekler, şu aşamada hazine garantili olan ödemelerin ilerleyen süreçte hastanelerin döner sermayelerinden ödenmesi yönünde bir karar olup olmayacağı gibi konular sivil toplum kuruluşlarınca ve özellikle Türk Tabipler Birliği tarafından dile getirilmektedir.

2.7.Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun Bakım Üniteleri, normal yataklı servislerin hastanın takibi için yeterli olmadığı, yaşamsal bulguları bozulmuş, tedavisi güç veya durumu kritik olanlar için tedavinin ve takibinin sürdürüldüğü birimlerdir. Multidisipliner bir ekip çalışmasının gerekli olduğu yoğun bakımlar, sağlık sistemi için vazgeçilmez birimlerdir. Yoğun bakımlar fiziksel ortam, hastaların durumu, akut tehlike, kullanılan teknoloji ve cihazlar, hekim sayısı, branş uzman hekimi, hemşire sayısı gibi şartlara bağlı olarak 1.basamak, 2.basamak ve 3.basamak olarak sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırmalara uygun nitelikte personel görevlendirilmesi için, sağlık personelleri hızlı karar verebilmeli, resüsitasyon ve diğer durumlarda hızlı hareket etmeli, yeniliklere açık olmalı, rol model olabilmesi için Bakanlık tarafından zorunlu kılınan eğitimleri tamamlamaları gerekmektedir. Güncel mevzuata göre yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılmasında; yoğun bakım ünitesinin alanı; yatak sayısı, hijyen, izolasyon odası

sayısı, seperatör, hasta başı monitörler, diyaliz imkanı, hasta başı panelleri, jeneratör priz kabloları, infüzyon pompa seti, negatif/pozitif basınçlı oda, kapı genişliği, pencereler, zemin, ışıklandırma, vakum sistemi, medikal gaz sistemleri, gürültü, havalandırma sistemi, hemşire sayısı, uzman doktor sayısı gibi kriterler yer almaktadır(38).

2.8.Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım ünitelerinin birimsel olarak ayrı bir birim olma zorunluluğunun temel düşüncesi, 1852 yılındaki Kırım Savaşı sırasında, hemşire Florence Nightingale'in kritik durumda olan hastaları aynı koğuştaki toplayarak daha etkin bir hemşirelik hizmeti sunulacağını ifade etmesiyle ortaya çıkmıştır(39). Yaklaşık 100 yıl sonra hastalara trakeostomi açılarak solunum desteği yapılması ile beraber, bu hastaların ayrı bir birimde takip edilmesi gereksinimi doğmuştur(40). Bu şekilde ilk yoğun bakım ünitesi kurulmuş olup, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez unsuru hemşirelerin, daha spesifik olarak yoğun bakımlarda görev alması başlamıştır. Türkiye'de yoğun bakım hemşirelerinin örgütlenmesi 1992 yılında gerçekleşmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin mesleki çalışmalarına ve mesleki gelişmelerine katkıda bulunmak ve bu çalışmalara destek olmak amacıyla Hemşire Ayşe Pişkin'in önderliğinde Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği kurulmuştur. Derneğin ismine 2008 yılında Türk ismi eklenmiş olup, yoğun bakım hemşireliğini geliştirmeye yönelik eğitimler, kongreler düzenlenmektedir(41).

2002 yılında Eğitim ve Sertifikalandırma yönergesi çıkarılarak eğitimler standardize edilmiştir.2007 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından genelge yayınlanarak yoğun bakım ünitelerinin Standartları belirlenmiştir. 2011 yılında çıkarılan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile Yoğun Bakım Hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları güncel haline kavuşmuştur(42).

2.9.Tıbbi Hata Kavramı(Malpraktis)

Sağlık hakkı kişinin yaşama hakkının sonucu olarak kişiye tanınmış olan bir haktır. Salt kişinin sağlıklı bir bedene sahip olma hakkı değil, devletin kişiye sağlıklı kalabilmesi için herkesin ulaşabileceği sağlık sistemini de temin etmesidir(43). Türkiye

Cumhuriyeti anayasası da yaşama ve sağlık hakkını güvence altına almıştır(44). Sağlık hakkının ve yaşama hakkının o toplum içinde yaşayan insanlara anayasalarda tanınmış olması sonrasında hasta hakları kavramını ortaya çıkarmıştır(45). Zamanla gelişen hasta hakları uluslararası sözleşmeler, bildirgelere, yasalara ve yönetmeliklere konu edilmiş ve hasta hakları konusunda her ülkede olduğu gibi ülkemizde de düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları yönetmeliğinde personelin hastaya özen göstermesi gerekliliği konu edinilmiştir(46). Hatalar insanın doğasında vardır. Kişiler doğası gereği her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hatalar yapmaktadır(47). Malpraktis denilince akla sağlık personeli gelse de aslında diğer mesleklerde de malpraktis meydana gelmektedir. Hâkimlerin, mühendislerin, avukatların da mesleki sorumlulukları dâhilinde malpraktis davaları açılabilir. Tıbbi hata (malpraktis); “male” ve “praxis” latince kelimelerinden türetilmiş olup, “kötü veya hatalı uygulama” olarak bilinmektedir(48). Türk Dil Kurumu’na göre kişinin özen sorumluluğunu yerine getirmeksizin veya yanlış uygulama sonucunda meydana gelen, hukuki anlamda da görevi kötüye kullanma anlamına gelen bir kavramdır. Personelin ihmalkâr veya yanlış davranışı, tedavide kullanılan uygunsuz malzeme veya prosedürler, yanlış veya uygunsuz tedavi yöntemleri gibi ciddi yaralanmalara yol açan durumlar tıbbi hata olarak kabul edilmektedir(49). Tıbbi hata; hastalara sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, bu hizmetin sunumunda görevli olan sağlık profesyonelinin gerçekleştirmiş olduğu kusurlu hareketi sonucunda meydana gelen olumsuz durum ve bu durum sonucunda hastanın doğrudan ya da dolaylı olarak zarara uğraması demektir(1).

Tıbbi hatalar hastaların hastanede yatış süreçlerini uzatabilir, bu da hastaların ve hasta yakınlarının psikolojisini etkileyebilir. Bunların yanında mortalite ve morbiditeyi de artırabilir. Bunların sonucu olarak hastane çalışanları da doğrudan veya dolaylı olarak özellikle olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bundan dolayı tıbbi hata artık bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Tıbbi hataların olumsuz sonuçlarını azaltabilmek için, hataların kaynağının ne olduğunu bulabilmek, bunların zamanında tespiti ve sebeplerinin ortaya konulması çok önemlidir(50). Ortada somut bir tıbbi hata var ama bu hata sonucunda hastada bir zarar meydana gelmiyor ise, bu hata sonucunda hasta zarar görmediği için bu durum tıbbi hata olarak değerlendirilemez(51). Tıbbi hatalar sağlık sektöründe çalışan bütün sağlık personelinin ilgilendirmekle beraber, özellikle de hemşireler için çok önemli ve dikkat edilmesi gereken hukuki bir sorundur.

Tıbbi hatalar, mesleki sorumluluk olarak yakın bir geçmişte günlük hayatımıza girmesine rağmen, tarihi geçmişi çok eskilere dayanmaktadır. Sümerler tarafından M.Ö. 3500’li yıllardan itibaren gündeme gelmiş, ünlü Babil Kralı Hammurabi, M.Ö.1800’li yıllarda Hammurabi kanunlarını çıkartmış, 282 maddenin yaklaşık 10 maddesinde hekimlik mesleği ve cezalarına ilişkin konulara yer verilmiştir(52).

Bu kanunun bazı maddeleri gözden geçirildiğinde tıbbi hatalar ile ilgili yaptırımlar görülmektedir.

- 218. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü çıkarırsa doktorun elleri kesilir.
- 219. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile hür bir adamın kölesinde derin bir yarık açarsa ve onu öldürürse o köleyi başka bir köle ile ikame etmelidir.
- 220. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile bir kölenin gözünde bir tümörü açar ve gözünü kör ederse kölenin değerinin yarısını öder(52).

Bu kadar eski bir tarihçeye sahip olan tıbbi hatalar; özellikle 1950’li yıllardan itibaren gündeme gelmiş ama üzerinde pek durulmamıştır(53). 1960’lı yıllardan sonra gündeme daha çok gelmesi ve üzerine düzenlemeler yapılmasının sebebi ise, ABD sağlık sisteminin bireysel sigortalardaki maliyet artışlarının önüne geçme çabalarıdır.

Hemşirelikte tıbbi hatadan bahsetmek için hemşireye verilmiş bir görev olması, verilmiş olan görevin bir şekilde ihlal edilmiş olması, bir yaralanma meydana gelmesi ve bu yaralanmanın bir hemşire hatasından kaynaklanmış olması gerekmektedir(54). Ortada tıbbi müdahale olarak adlandırılabilir bir fiil olmalı, bu fiil sonucunda bir zarar meydana gelmelidir. Bu zararın kişinin yapmış olduğu tıbbi müdahaleden kaynaklı olduğunu ortaya koyacak illiyet bağının olması gerekmektedir(48).

2.10.Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi bakımın sağlanması sırasında yanlış işlemler hastanın yaralanmasına ya da hastaların mevcut klinik seyrinin değişmesine neden olabilir. Bu hataların nedenleri bireysel nedenler olabileceği gibi teknik nedenlerden ve sistemsel nedenlerden de kaynaklanabilir(55).

Akalın'a göre tıbbi hataların ana kök nedenleri aşağıda yer almaktadır(55).

- Kurumsal faktörler,
- Personelin yanlış dağıtımı,
- Geri dönüş,
- İş yeri yapısı,
- İdari/finansal yapı,
- Liderlik,
- Politikalar,
- Konularda yetersizlik,
- İnsan faktörü,
- Tartışmacı kişilik,
- Yorgunluk,
- Yanlış karar,
- Güç/kontrol,
- Zamansızlık,
- Yetersiz eğitim,
- İletişim yetersizliği,
- Mantık hatası,
- Teknik faktörler,
- İntegrasyon eksikliği,
- Yetersiz otomasyon,
- Eksik cihazlar,
- Karar verme destek eksikliği,
- Yetersiz cihazlar.

Odabaşoğlu'na göre; Ülkemiz hastanelerinde meydana gelen tıbbi hataların nedenleri sağlık meslek mensubu yetiştiren eğitim kurumlarının gerekli eğitimleri verirken niteliksiz sayılacak sağlık personelleri yetiştirmesi, mesai saatlerinin uzun olması, yoğun iş yüküne rağmen sağlık personeli yetersizliği, sağlık personeline düşen hasta sayısının fazla olması, sağlık hizmetlerinin sunumu için ayrılan maddi ve manevi

kaynakların yetersiz oluşu, dijital sistemlerden fazla yararlanılamaması, cihaz kalibrasyon eksikliği gibi bir çok faktörün tıbbi hataya yol açtığı belirtilmiştir(56).

2.11.Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar, birçok yazar tarafından farklı olarak sınıflandırılmaktadır. Genel olarak tıbbi hatalar ana nedenlerine göre hatalar veya hatanın türüne göre hatalar olmak üzere iki türlü sınıflandırılabilirler(56). Ana nedenlerine göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta sınıflandırılabilir. Hata türü açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir(55).

Çalışmamızın uygulama konusu hemşireler olduğu için bu çalışmada tıbbi hatalar, bu konuda yapılan diğer araştırmalar da taranarak aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

- İlaç Uygulama Hataları,
- Hastane Enfeksiyonları,
- Hasta Düşmeleri,
- Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar,
- İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar,
- Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar.

2.11.1.İlaç Uygulama Hataları:

Hemşireler, hastaların sağlık kuruluşunda yer aldıkları süre boyunca hastalığın seyrinin izlenmesi için ellerinden gelen çabayı göstermek durumundadırlar. İlaç, bir hastalığı iyi etmek veya önlemek için türlü yollarla kullanılan kimyasal bir maddedir. İlaç uygulaması bir çok disiplini içerisinde barındıran bir süreçtir(57). Hekim, hastanın tedavisi için uygun ilacı yazılı olarak istemini yaptıktan sonra istem yapılan ilaçlar eczane tarafından kliniğe gönderilir. Hastane eczanesi tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde teslim alınması, hastaya uygulanması ve bu ilacın korunmasının sağlanması hemşirenin sorumluluğundadır(58). Bu zincirde bir kopukluk

olması hastanın sağlığını riske sokmaktadır. Hemşire hastanın ilacını isteyemeyeceği gibi, eczacı da istenilen ilacın dışında bir ilaç gönderemez. Bu zincirde yapılan yanlış bir işlem “ilaç uygulama hatası” olarak adlandırılır (59). İlaç Uygulama hataları hastanelerde en çok görülen tıbbi hata türüdür(60). Hastaya uygulanacak olan ilaç hakkında hemşirenin gerekli farmakolojik bilgiye sahip olması gerekmektedir(61). İlaç uygulama hataları aşırı veya eksik doz, enjeksiyon hataları, ilacın zamanlama yanlışlığı, yan etkilerinin doğru izlenememesi, ihmal hataları, yanlış teknik şeklinde(62).

2.11.2.Hastane Enfeksiyonları

Hastaların hastaneye girişinden taburcu oluşuna kadar geçen süreçte, uygulanan invaziv veya non-invaziv tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde hasta sağlığına kavuşur, insan yaşamı uzar ve yaşam kalitesi gelişir. Bu esnada hastalara mikroorganizmalar bulaşabilmekte ve sonucunda hastanın yaşamını tehlikeye atan sonuçlar doğurabilmektedir(63). Daha teknik olarak tanımlı ise hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkabilen, taburcu olduktan sonra ise 10 güne kadar görülebilen lokal veya sistemik enfeksiyonlardır. Hastane enfeksiyonu sonrasında hasta, olumsuz yönde etkilenmekte ve bunun sonucunda hastanede yatış süreci uzamaktadır. Hastanede yatan hastada ek hastalıklar çıkması sonucunda tedavi maliyeti artmakta, hastane personelinin de enfeksiyon kapması neticesinde işgücü kaybı meydana gelmektedir(64). Yoğun bakım ve yanık ünitelerinde enfeksiyon oranlarının diğer alanlara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir(65). Tıbbi hizmet sunumunda yer alan personeller enfeksiyon kaynağı olarak ilk sırada yer almaktadırlar(66). Hastanede oluşun enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için 2005 yılı 25903 sayılı Resmi Gazete ile Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği ile Enfeksiyon kontrol komiteleri kurulmuştur(67).

2.11.3.Hasta Düşmeleri

Hastanelerde en sık görülen tıbbi hatalar arasında hasta düşmeleri yer almaktadır(66). Kişinin dışardan fiziksel bir müdahale olmadan, bulunduğu seviyeden daha aşağıda bulunan bir seviyeye inmesi düşme olarak tanımlanmaktadır(50). Meydana gelen düşme olayları incelediğinde; kişinin hastane ortamına yabancı olması, görme ve işitmede bozukluklar, demans, yaşlılık ve kas kaybında zayıflıkların düşme

olaylarını artırdığı gözlemlenmiştir(68). Ayrıca kullanılan anti epileptik ilaçlar ve benzodiazepen türevi ilaçlar da düşmenin sebepleri arasında yer almaktadır(53). Hasta düşmelerinin büyük bir çoğunluğunun önlenabilir tıbbi hatalar arasında olduğu kabul edilmektedir(69). Düşmeleri azaltmak için Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayınlanmıştır. Tebliğ madde 12’de Hasta düşmelerinin önlenmesi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

Madde 12 (1)Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik işlemler şunlardır:

- a) a)Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Ek-8’de yer alan hemşirelik hizmetleri hasta değerlendirme formunun doldurulması esnasında belirlenir ve riskli alanlar tespit edilir. Bu hastalar, kısıtlama prosedürü dahilinde gerekli önlemler alınmak suretiyle hemşire bankolarına yakın alanlarda ve sürekli gözetim altında tutulur.
- b) b)Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır.
- c) c)Personel hasta transferlerinde alınacak önlemler konusunda eğitilir.
- d) ç)Doldurulan formlar aracılığı ile düşmelerin takibi ve belirli aralıklarla analizi yapılır, düzeltici faaliyetler planlanır.

Bunların yanında, o birimde çalışanlar arasında iletişimi artırmak da düşmeyi önleyen unsurlardandır. Sağlık Bakanlığı tarafından Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği çıkartılmış ve sürdürülebilir uygulamalar geliştirilmiştir. Alınacak önlemler sayesinde hasta düşmelerinde azalma olacağı düşünülmektedir.

2.11.4.Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Hastaların hastanede kalış süreleri boyunca izlenmeleri gerekmektedir. Bu izleme hastanelerde genellikle hasta izlem formları yardımı ile yapılmaktadır. Hasta izlem formları, hasta hastaneye yattıktan sonra hemşireler tarafından doldurulmaya başlanılan belgelerdir. Bu formlar hastaya yapılan bakım aktivitelerini ve uygulanan ilaçların not alındığı formlardır. Belirlenmiş bir hemşirenin aynı hastayı 7 gün 24 saat takip etmesi

mümkün değildir. Hemşire mesaisi bittiği zaman, yerine gelen hemşire hastaya uygulanan tedaviyi ve yapılan bakımı hasta izlemlerinden anlayabilmektedir. Bu formların doldurulmamış olması hatalı uygulamalara sebep olabilmektedir. Bu yüzden izlemler açık ve net şekilde aktarılmalıdır. Bilgilendirilme zamanları not edilmelidir. Ayrıca doktor tarafından yapılan istemler de bu formlarda yer almalı, hastanın tedavisi ile ilgilenen bütün sağlık ekibi, hastaya uygulanan tıbbi tedaviyi açıkça görebilmelidir(70).

2.11.5.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar:

Hastaların hastaneye ilk girişinden hasta taburcu olana kadar sağlık personeli ile iletişim halinde olması esastır. Kişilerarası iletişim birden fazla unsuru barındırmaktadır. Hasta ile iletişim, verimli bir sağlık hizmeti sunabilmek için daha detaylı sorular sormayı gerektirir. Bundan dolayı günlük yaşamdaki iletişim unsurlarından daha fazlasını içerisinde barındırır. Etkili ve doğru kullanılan bir iletişim, hastanın hemşireyi kabullenmesi, hemşirenin hastasını kabullenmesi açısından faydalı olacaktır. Ayrıca tarafların birbirlerine güvenlerini arttıracaktır(56). Tedavinin multidisipliner bir yaklaşım olduğu düşünüldüğünde, sadece hasta hemşire iletişimi değil, sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimi de hastalığın tedavisi için çok önemlidir. Hastanede çalışan sağlık profesyonelleri ve hastaların en fazla iletişime geçtiği meslek grubu hemşireler ve hekimlerdir(59). Hastanın tedavisi esnasında doktor-doktor arasındaki iletişim sorunu, doktor-hemşire, hemşire-hemşire arasında meydana gelen iletişim sorunları tıbbi hatalara neden olmakta bunun sonucunda hastalar zarar görebilmektedir(71).

2.11.6.Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

Hastanın hastaneye yatışından taburcu olmasına kadar geçen sürede, yanlış ya da uygunsuz malzeme kullanılması, hastalığın seyrini değiştirebilir, hastanın enfeksiyon kapmasına neden olabilir, hastanın yaralanmasına sebep olabilir, hatta hastanın ölümüne sebep olabilir(72). Kullanılan malzemenin bulaş durumunda olması (kontamine olması) durumu hastane enfeksiyonları başlığında değerlendirilir. Malzemenin kalibrasyonunun yapılmış olması, düzenli kontrollerinin yapılmış olması, kablolarının yalıtılmış olması, cihazların alarm sisteminin kontrolü gerekmektedir(68). Ayrıca sadece periyodik

kontrol ve bakım çalışmaları değil, birim içerisinde malzemelerde meydana gelen yer değişikliği, kullanım talimatları değişikliği gibi konular hemen diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşılmalıdır. Medikal kontrolleri yapacak olan kişiler teknik personel olmalarına rağmen dolaylı yollardan hastanın sağlığına olumsuz etki edebilmektedirler.

2.12.Tıbbi Hatalarda Tutum

Tutumla ilgili çalışmalar, bireylerin belli bir zaman dilimi içinde bulundukları ortamdaki tutumlarını öğrenerek ilerleyen zamanda davranışları tahmin etmek, olası olumsuz davranışları önceden saptayarak mümkünse önleme, önlem alma, giderme ve idare etme konularında gerekli önlemleri alarak olumsuz davranışların önüne geçilmesi amacıyla yapılmaktadır(73). Yöneticiler ekip arkadaşlarını iyi tanımalı; ekip içerisindeki kişilerin sisteme, kurallara ve kendisine yönelik tutumlarını bilmeli ve buna göre düzenlemeler yapmalıdır(74). Sağlık profesyonelleri de diğer insanlar gibi meslek hayatlarında, geçmiş tecrübeleri, meslek profesyonellikleri, duygu ve davranışlarıyla tıbbi hatalar karşısında çeşitli tutumlar sergilerler(75). Tıbbi hataların ve sonuçlarının önlenmesi hasta güvenliğinin temel amacıdır(13). Tıbbi hataların hastada olumsuz bir sonuca sebep olsun ya da olmasın hastaya ulaşmadan önce önlenmesi, tüm sağlık çalışanlarının esas görevlerinden biridir. Bu sebepten, tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi, tıbbi hata oranlarını düşürmek, dolayısıyla hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık kurumlarına duyulan güveni arttırmak için çok önemlidir(76). Hastalarla uzun zaman geçiren, hastalar hastaneye yattıktan taburcu olana kadar hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin tıbbi hatalar karşısında, en önemlisi hataların bildirilmesi hususunda tutumlarının belirlenmesi güvenli bakım için gerekli düzenlemeleri yapmaya olanak sağlayacaktır(65).

2.14.Tıbbi Hataların Bildirimi

Tıbbi hataların belirlenmesi, tanımlanması ve analiz edilmesi, tıbbi hataları önlemede ve azaltmada önemli bir rol oynar(77). Sorunu kaynağında çözebilmek için bunların bilinmesi, bunlar bilindikten sonra da önleme ve azaltma çalışmaları yapılması gerekmektedir. Önleme ve azaltma çalışmalarının yapılabilmesi için de bildirim gereklidir. Hataların gizlenmesi, meydana gelebilecek olan güvenlik sorunlarının

başlangıcıdır. Tıbbi hataları azaltmak için kullanılan suçlayıcı ve cezalandırıcı modeller, hataları azaltmanın ve hasta güvenliğini azaltmanın önündeki engeller olarak görülmektedir(75).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları bilmek, bu konuları önleyebilmek ve önlem alabilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığına bağlı olarak Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmuştur. Geri bildirimde bulunan kullanıcıların kimlik bilgileri, lokasyon, ip adresi vb bilgileri kayıt altına alınmamaktadır(78). Bunun amacı anonimizasyon yani kimliksizleştirmedir. Genel kanı, hata yapan kişilerin hatalarını bildirdiklerinde, bunun kişiye geri dönüşlerinin ceza olarak geri döneceği algısıdır. Doğru ve yeterli bilgiyi alabilmek için girilen verilerin kimliksizleştirilmesi çalışmaları yapılmıştır. Mevcut sistemde %100 anonimizasyonu sağlamak için Hata Sınıflandırma Sistemi kullanılmaktadır. Kaydedilen parametreler;

- Hata sınıflandırma sistemine uygun olarak oluşturulmuş hata kodları,
- İsteğe bağlı olarak girilen hatanın gerçekleştirildiği tarih,
- Hatanın bildirim tarihidir.

Kullanıcıları hukuki süreçlerden korumak amacıyla, sisteme kaydedilen parametrelerin az olduğu görülmektedir. Bunun yanında kötü niyetli girişleri olabildiğince sistemden uzak tutmak amacıyla hatanın gerçekleştirildiği tarih ve hatanın bildirim tarihi kayıt altına alınmaktadır. Ayrıca sistem içerisine entegre edilmiş algoritmalar sayesinde, istismara yönelik veri girişleri sistem yönetici tarafından saptanabilmektedir. İlerleyen süreçte GRS'nin SB hizmetlerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ve tıbbi hata tutumlarını incelemek amacıyla yapılmış olan kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerde yapılmıştır. Hastanenin yoğun bakım yatak sayısı 266, toplam yatak sayısı ise 1595'dir. Hastanede yanık ybü, kardiyovasküler cerrahi ybü, anestezi ve reanimasyon ybü, koroner ybü, beyin cerrahi ybü, yeni doğan ybü, çocuk ybü, göğüs hastalıkları ybü, dahili ybü, genel cerrahi ybü yer almaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarih aralığında yoğun bakımlarda çalışan toplam hemşire sayısı 385'tir.

3.3. Araştırmanın Evreni:

AŞH'de yer alan koroner ybü, dahili ybü, çocuk ybü, beyin cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş, ancak çalışmayı kabul eden yoğun bakım hemşireleri araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın veri toplama araçları "Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

3.6. Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu(Ek-1):

Hemşirelere ilişkin Kişisel Bilgi Formu 15 sorudan oluşmaktadır. İlk 5 soru yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu soruları olup sosyo demografik bilgileri öğrenmeye yöneliktir. Geriye kalan 10 soru çalışılan birim, çalışma şekli, aylık nöbet sayısı, toplam görev yılı, birim görev yılı, mesai saatleri içerisinde bakılan hasta

sayısı, birimde çalışmaya istekli olma, yasal izin kullanımı, ücreti yeterli bulma, tıbbi hata yapma ile ilgili mesleki ve görev tanımı ile ilgili sorulardır.

3.7.Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek-2)

HTHEÖ, 2010 yılında Özata ve Altunkan tarafından hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır(79). Ölçek 49 madde ve 5 ayrı alt başlıktan oluşmaktadır. Katılımcılardan likert tipi 5 kategorili olan bu ölçekten soruları cevaplandırmaları istenmiştir. Cevapların (1) hiç, (5) her zaman seçenekleri arasında katılımcının kendisine uygun olan cevabı vermesi istenmiştir. Ölçekte sorulan soruya verilebilecek en düşük cevap puanı 1 olduğu için, ölçeğin en düşük total puanı 49, sorulan soruya verilebilecek en fazla puan 5 olduğu için ölçeğin en fazla total puanı 245'tir. Ölçeğin 5 ayrı alt başlığı yer almaktadır. Bunlar ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 ayrı madde), düşmeler (5 ayrı madde), hastane enfeksiyonları (12 ayrı madde), iletişim (5 ayrı madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 ayrı madde)dir. Değerlendirilmesi ise ölçeğin total puanının soru sayısına bölünmesi ile elde edilen ortalama puanına göre yapılmaktadır. Ölçeğin ortalama puanının yüksek olması, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu göstermektedir. Hemşirenin tıbbi hataya eğilimin düşük olması sağlık hizmeti uygulamalarındaki ilgisi, becerisi, donanımı ve kendine güveninin yüksek olması, sağlık hizmeti sunumu esnasında tıbbi hata yapmayacağı anlamına gelmektedir. Ölçeğin puan ortalamasının düşük olması yani ölçek puan ortalamasının 1'e yaklaşması hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu, kişinin her an tıbbi hata yapabileceğini ifade etmektedir.

3.8.Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Ek-3)

Güleç ve İntepeler tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçek 16 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır(80). Ölçeğin amacı sağlık meslek mensuplarının tıbbi hatalar karşısındaki tutumlarının incelenmesidir. Alt başlıkları tıbbi hata algısı (2 madde), tıbbi hata yaklaşımı (7 madde), tıbbi hata nedenleri (7 madde) olmak üzere 3 tanedir. Ölçek beşli likert tipindedir. Maddelere verilecek cevapların puanları (1) hiç katılmıyorum, (5) tamamen katılıyorum arasındadır. Tıbbi hata yaklaşımı alt başlığı altında yer alan 10 ve 13. Sorular ters

puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçek hesaplamasında, ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut hesaplamasında ise, alt boyutun aldığı toplam puan ilişkili alt boyut madde sayısına bölünmektedir. Elde edilen puan 1-5 arasında olmaktadır. Ortalama puanın 3 altında olması katılımcıların tutumunun olumsuz olduğunu, ortalama puanın 3 üzerinde olması katılımcıların tutumunun olumlu olduğunu ifade etmektedir. Olumsuz tutum, çalışanların tıbbi hataların ve tıbbi hataları engellemek için birincil koşul olan tıbbi hata bildiriminin öneminin yetersiz olduğu anlamına gelmektedir. Olumlu tutum ise çalışanların tıbbi hataların ve hata raporlarının önemi konusunda yüksek bir anlayışa sahip olduğunu göstermektedir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü (Ek-4)

Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Etik Kurulundan etik onay (2019/31) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeklerin geliştiricilerinden e-posta yoluyla izin alınmıştır. Katılımcılara da çalışma öncesinde bilgilendirme yapılarak, yazılı onayları alınmıştır.

3.10. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın verileri Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında AŞH’de hemşireler ile yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, kişisel bilgi formu ve ölçekler dağıtılmış ve 1 saat sonra geri toplanmıştır.

3.11. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

İstatistiki analizler için IBM SPSS Statistics For Windows, Versiyon 22.0 (IBM Corp. Armonk, Ny, USA) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım yapıp yapmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ve ilgili histogramlara bakılarak değerlendirildi. Tamamlayıcı istatistiklerde normal dağılım gösteren veriler ortalama $\pm$ standart sapma, göstermeyen veriler ortanca (inter-quartil aralık) ve kategorik veriler sayı ve yüzdelik olarak ifade edildi. İnter-quartil aralık, alt dördte bir (Q1)- üst dördte bir (Q3) şeklinde hesaplandı. Sosyo demografik ve klinik verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde tek yönlü ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis testi ve kategorik verilerde Chi-Square testi uygulandı. Gruplar arasında

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin alt başlıklarının ve total puanının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, Tıbbi Hata Tutum Ölçeğinin alt başlıklarında ve total puan karşılaştırılmasında ise tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Hemşirelerin klinik ve sosyodemografik özelliklerinin tıbbi hataya olan tutumları üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi için, Chi-Square ve Fisher's Exact Test kullanıldı.



4.BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı tarihte izinli olmayıp, görev başında olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 134 yoğun bakım hemşiresi ile bu çalışma yürütülmüştür. Dağıtılan formları dolduran 3 hemşirenin formları, yapılan inceleme neticesinde THTÖ'nü doldurmadığı için iptal edilmiş ve çalışmaya dahil edilmemiştir. Koroner yoğun bakımda çalışmaya katılan hemşire sayısı 30, dahili yoğun bakımda 35, çocuk yoğun bakımda 33, beyin cerrahi yoğun bakımda 33'tür (Tablo-1).

4.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışma grupları arasında sosyodemografik veriler olan medeni durum ($p=0,474$), çocuk sayısı ($p=0,655$), eğitim düzeyleri ($p=0,414$) arasında anlamlı bir fark yoktur. Bununla birlikte katılımcıların cinsiyetleri bakımından anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0,041$) (Tablo-1). Bu farkın beyin cerrahi yb dan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 1 Sosyo demografik özellikler

	Grup-1 Koroner Y.B. (n=30)	Grup-2 Dahili Y.B. (n=35)	Grup-3 Çocuk Y.B. (n=33)	Grup-4 Beyin Cerrahi Y.B. (n=33)	p
Yaş(yıl)(Ort ± ss)	31,3±8	30,0±8,0	29,5±5,5	30,1±5,3	0,864
Cinsiyet, n (%)					
Kadın	23 (17,6)	25 (19,9)	27 (19,7)	17 (12,9)	0,041*
Erkek	7 (5,3)	10 (7,6)	6 (4,5)	16 (12,2)	
Medeni Durum, n (%)					
Evli	15 (11,4)	23 (17,6)	18 (13,7)	14 (10,6)	0,474
Bekar	14(10,6)	11 (8,4)	15 (11,4)	17 (12,9)	
Ayrı Yaşıyor	1(0,7)	1 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Çocuk Sayısı(Ort ± ss)	1,0±1,1	0,8±0,8	0,7±1,0	0,7±0,8	0,655
Eğitim, n (%)					
Lise	1 (0,7)	2 (1,5)	1 (0,7)		0,414
Ön Lisans	5 (3,8)	6 (4,5)	1 (0,7)	2(1,5)	
Lisans	24 (18,3)	26 (19,9)	30 (22,9)	29(22,1)	
Yüksek Lisans	0(0,0)	1 (0,7)	1 (0,7)	2(1,5)	

Klinik veriler göz önünde bulundurulduğunda çalışma şekli ($p=0,119$), görev yılı ($p=0,525$), birimdeki görev süresi ($p=0,867$), çalışmaya olan istekliliği ($p=0,508$), izin kullanımı ($p=0,262$), daha önce yapılmış tıbbi hata ($p=0,186$) ve ücret memnuniyetleri ($p=0,073$) bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Nöbet sayısı ($p=0,000$) ve hasta sayısı ($p=0,000$) bakımından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Yapılan post-hoc analizde bu farklılığın koroner yoğun bakım grubundan kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Tablo-2). Koroner yoğun bakımda 30 yatak olmasına karşın gün içinde yaklaşık 40 hastaya bakılmaktadır. Buradaki nöbet sayıları diğer gruplara göre az olmasına karşın, mesai içerisinde aldıkları hasta sayısı diğer gruplara göre daha fazla olmaktadır. Bu farkın kaynağının buradan olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2 Klinik özellikler

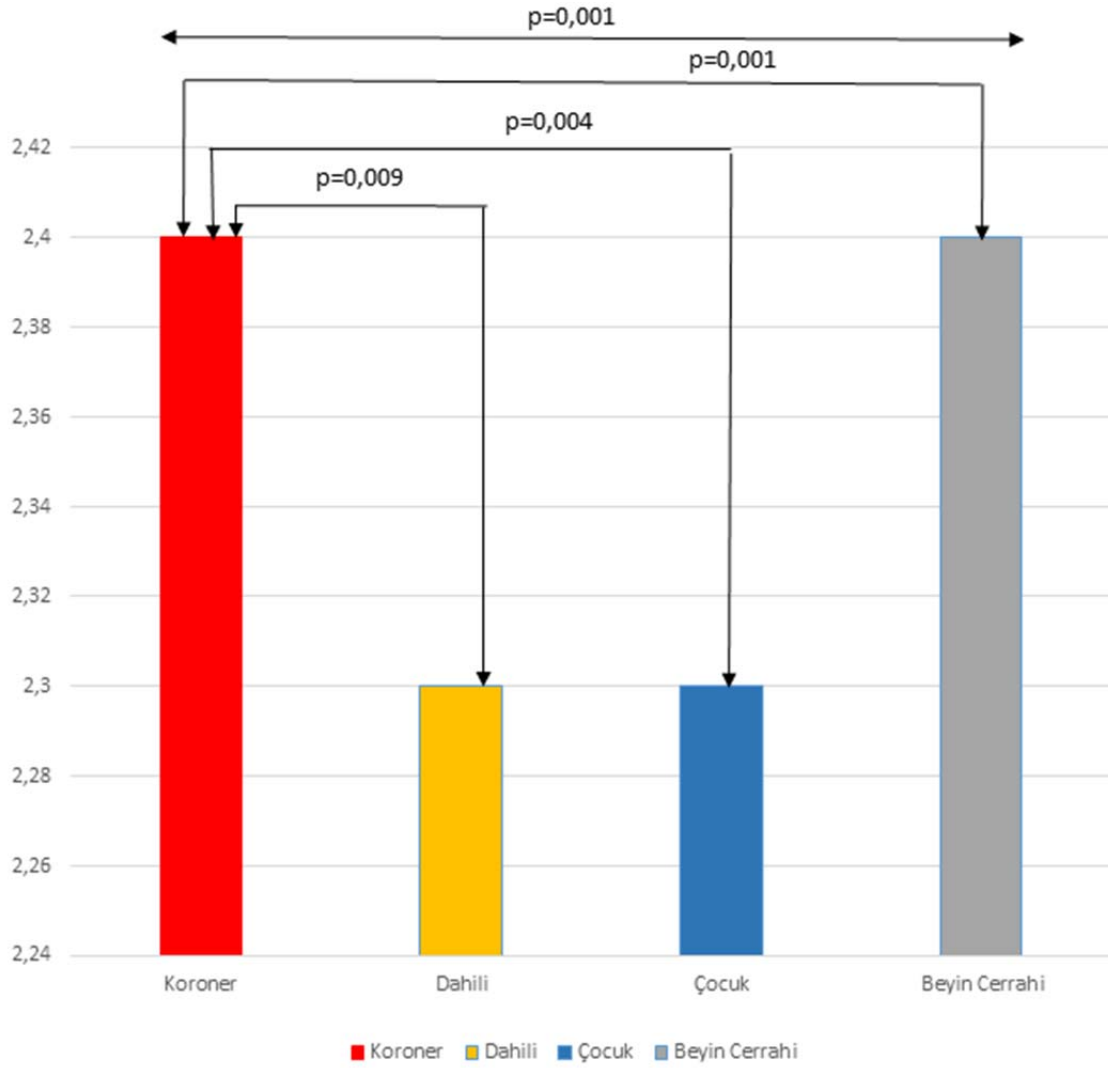
	Grup-1	Grup-2	Grup-3	Grup-4	p
	Koroner	Dahili	Çocuk	Beyin Cerrahi	
	Y.B.	Y.B.	Y.B.	Y.B.	
	(n=30)	(n=35)	(n=33)	(n=33)	
Çalışma Şekli, n (%)					
Gündüz	6 (4,5)	9 (6,9)	3 (2,3)	1(0,7)	0,119
Gece	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(0,7)	
Nöbet	1 (0,7)	5 (3,8)	7 (5,3)	6(4,5)	
Hepsi	22 (16,8)	21 (16,1)	23 (17,5)	25(18,9)	
Nöbet Sayısı(Ort ± ss)					
	6,4±3,7	9,7±3,8	10,5±2,5	7,6 ±3,6	0,000*
Görev Yılı(Ort ± ss)					
	9,5±8,5	9,5±6,4	7,4±6,1	7,6±4,8	0,525
Birimdeki Görev Süresi(yıl) (Ort ± ss)					
	4,6±4,2	3,0±2,8	3,9±4,2	3,2±2,4	0,867
Hasta Sayısı(Ort ± ss)					
	3,5±0,7	2,1±0,3	2,4±0,5	2,0±0,2	0,000*
Hatanız oldu mu? , n (%)					
Evet	6 (4,5)	4 (3,1)	2 (1,5)	13(9,9)	0,186
Hayır	24 (18,3)	31 (23,7)	31 (23,6)	20(15,2)	
Çalışmaya olan istek? , n (%)					
Evet	20 (15,3)	30 (22,9)	24 (18,3)	26(19,8)	0,508
Hayır	2 (1,5)	1 (0,7)	2 (1,5)	0(0)	
Kısmen	8 (24,2)	4 (3,1)	7 (5,4)	7(5,4)	
İzin kullanımı, n (%)					
Evet	24 (18,3)	28 (21,3)	21 (16,1)	20(15,2)	0,262
Hayır	6 (4,3)	7 (5,4)	12 (9,16)	13(9,9)	
Ücretten memnun mu? , n (%)					
Oldukça Yeterli	0 (0)	1 (0,7)	0 (0,0)	2(1,5)	
Yeterli	4 (3,1)	2 (1,5)	5 (3,8)	8(6,1)	0,073
Kısmen Yeterli	12 (9,3)	15 (11,5)	10 (7,63)	12(9,1)	
Yetersiz	8 (3,2)	6 (4,3)	6 (4,5)	10(7,6)	
Oldukça Yetersiz	6 (4,3)	11 (8,4)	12 (9,1)	1(0,7)	

4.2. Tıbbi Hata Tutumu ve Tıbbi Hataya Eğilim

Gruplar arasında tıbbi hataya eğilimin alt başlıklarında[(ilaç transfüzyonu ($p=0,764$), hastane enfeksiyonları ($p=0,250$), hasta izlemi ($p=0,232$), düşmeler ($p=0,184$), iletişim ($p=0,917$) ve total puanında ($p=0,875$) anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 3).

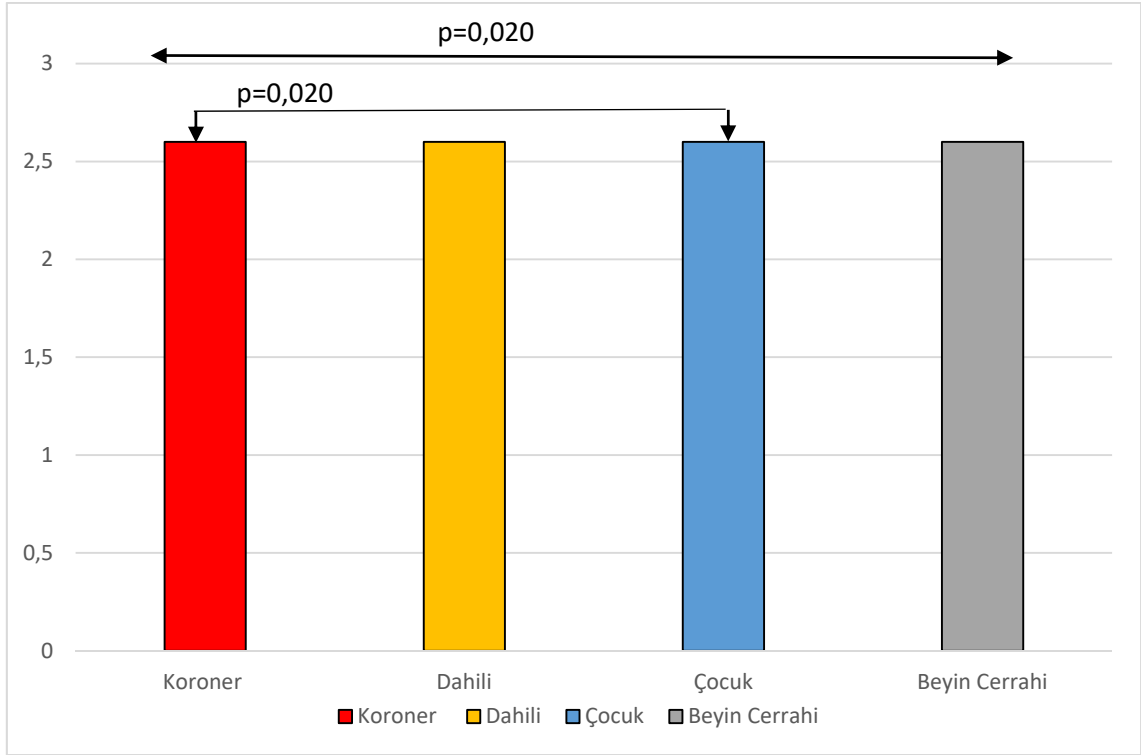
Tablo 3 Farklı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, tutum ve hataya eğilimlerinin karşılaştırılması

	Koroner Y.B. n=30 medyan(Q1- Q3)	Dahili Y.B. n=35 medyan(Q1-Q3)	Çocuk Y.B. n=33 medyan(Q1-Q3)	Beyin Cerrahi Y.B. n=33 medyan(Q1- Q3)	p
İlaç transfüzyonu	87,0(83,5-89,0)	88,0(80,0 – 90,0)	88,0(83,0 - 89,0)	87,0(83,5 – 89,0)	0,764
Hastane enfeksiyonları	58,0(54,5–59,5)	60,0(56,0- 60,0)	59,0(54,0 – 60,0)	58,0(54,5– 59,5)	0,250
Hasta izlemi	42,0(38,0– 45,0)	41,0(37,0 – 45,0)	44,0(40,0 – 45,0)	42,0(38,0– 45,0)	0,232
Düşmeler	24,0(22,5 – 25,0)	24,0(21,0 – 25,0)	25,0(24,0 – 25,0)	24,0(22,5 – 25,0)	0,184
İletişim	25,0(23,5–25,0)	25,08(23,0-25,0)	25,0(24,0 – 25,0)	25,0(23,5 – 25,0)	0,917
Eğilim puan	236,0 (224,5 – 242,0)	237,0(218,0 – 244,0)	236,5(223,8 – 244,0)	236,0(224,5 – 242,0)	0,875
Tıbbi Algısı	3,4±0,8	3,4±0,6	3,3±0,5	3,4±0,8	0,647
Tıbbi Yaklaşımı	2,6±0,4	2,6±0,3	2,8±0,3	2,6±0,8	0,054
Tıbbi Nedenleri	2,0±0,4	2,3±0,4	2,4±0,4	2,4±0,4	0,001 *
Tutum Total	2,5±0,2	2,7±0,2	2,7±0,3	2,6±0,3	0,020 *



Şekil 1 Tıbbi hata nedenleri post hoc analiz.

Tıbbi hata tutumunun alt başlığı olan tıbbi hata algısı ($p=0,647$), tıbbi hataya yaklaşımı ($p=0,054$) parametrelerinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Bununla birlikte tıbbi hata tutumu toplam puanı ($p=0,020$) ve alt başlık olan tıbbi hata nedenleri ($p=0,001$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (Tablo 3). Yapılan post-hoc analizlerde tıbbi hata tutumu total puan farklılığın, koroner yoğun bakım ile çocuk yoğun bakım arasındaki istatistiksel farktan, tıbbi hata nedenleri arasındaki farklılığın ise koroner yoğun bakım grubunun diğer gruplara göre farklı olmasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Tıbbi hata nedenleri post-hoc analizleri şekil 1’de, tıbbi hata total puanının post-hoc analiz sonuçları şekil 2’de şematize edilmiştir.



Şekil 2 Tıbbi hata total puanının post-hoc analizi

4.3.Sosyodemografik ve klinik özelliklerin tıbbi hata algısı üzerine etkisi

Çalışmaya katılan bütün yoğun hemşirelerinde grup farkı gözetmeksizin sosyodemografik özelliklerin [(cinsiyet ($p=0,541$), eğitim ($p=0,836$))] tıbbi hata algısı üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Buna benzer olarak klinik özelliklerden, çalışma şekli ($p=0,420$), hasta sayısı ($p=0,646$), isteyerek çalışma ($p=0,803$), izin kullanımı ($p=0,150$), ücret memnuniyeti ($p=0,858$) ve tıbbi hata geçmişi ($p=0,118$) parametrelerinin tıbbi hata algısı üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte yoğun bakım hemşirelerinin sadece çalıştıkları birimin ($p=0,044$) tıbbi hata algısı üzerine anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4 Sosyo demografik özellikler ve klinik koşulların yoğun bakım hemşirelerinde tutum üzerine olan etkileri

	Olumsuz (<3) n(%)	Olumlu (≥3) n(%)	X² değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	37 (28,3)	55 (41,9)	0,700	0,541
Erkek	16 (12,2)	23 (17,6)		
Eğitim				
Lise	1 (0,7)	4(3,0)	0,858	0,836
Önlisans	6 (4,5)	8(6,1)		
Lisans	45(34,3)	64		
Yüksek Lisans	1(0,7)	3		
Birim				
Koroner	17	13	8,022	0,044*
Dahili	17	18		
Çocuk	10	23		
Beyin Cerrahi	9	24		
Çalışma Şekli				
Gündüz	10	9	2,823	0,420
Gece	1	1		
Nöbet	5	14		
Hepsi	37	54		
Hasta Sayısı				
2	31	54	1,659	0,646
3	12	16		
4	7	6		
5	1	1		
Çalışmaya olan istek				
Evet	39	61	0,439	0,803
Hayır	2	3		
Kısmen	12	14		
İzin kullanımı				
Evet	42	50	3,800	0,150
Hayır	11	28		
Ücretten memnun mu?				
Oldukça Yeterli	1	2	1,322	0,858
Yeterli	9	10		
Kısmen Yeterli	17	32		
Yetersiz	13	17		
Oldukça Yetersiz	1	17		
Hatanız oldu mu?				
Evet	4	15	4,276	0,118
Hayır	49	63		

5.TARTIŞMA

Kamu-özel işbirliği hastanesinde yoğun bakımında çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini ve tıbbi hataya karşı tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre tıbbi hata yapma eğilimleri arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu ve klinikler arasında koroner yoğun bakım hemşirelerinden kaynaklanan bir fark olduğu görülmektedir. Sosyodemografik ve klinik verilerden cinsiyet dağılımlarının farklılık gösterdiği ama bu farklılığın tıbbi hata eğilim ve tıbbi hata tutumlarını etkilemediği, sadece hasta sayılarının, tıbbi hata tutumu üzerine olumsuz etki oluşturduğu anlaşılmaktadır.

Tıbbi hatanın olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırabilmek ve önleyebilmek için tıbbi hatanın sebeplerini ve tıbbi hataya eğilimin belirlenmesi ve bilinmesi gereklidir (81). Dikmen ve arkadaşları hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin belirlenmesi amacı ile yaptıkları araştırmada, tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük olduğunu, hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre tıbbi hataya eğilimlerinin farklı olduğu ve en çok cerrahi birimler hemşirelerinin hataya eğilimlerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir(11). Sivrikaya ve Kara hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğunu belirlemiştir(82). Bu iki çalışmada tıbbi hata oluşumuna ve eğilimine etki eden birçok neden olmakla beraber, bu nedenlerin genellikle bilgi eksikliği, iletişim problemleri ve kısıtlı zaman gibi çeşitli etkenlerin olabileceği ileri sürülmüştür(11, 82). Çalışmamızda literatürde yer alan bu iki çalışmaya paralel olarak tıbbi hata eğiliminin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Dikmen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadan farklı olarak, yoğun bakımlar arasında hataya eğilim açısından fark olmadığı belirlenmiştir. Kamu özel işbirliği hastanesinde, çalışanlara verilen düzenli klinik eğitimlerin, hemşirelerin hataya olan subjektif eğilim algısının düşük olmasına katkı sağladığını düşünmekteyiz. Bunun yanında şirket personellerinin de düzenli olarak eğitim almalarının, yoğun bakımlarda çalışan personellerin kendi aralarında yapmış oldukları rotasyonlarda yoğun bakım deneyimi olan personellerin, tekrar yoğun bakımda değerlendirilmelerinin hemşireleri olumlu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

HTHEÖ alt başlıkları incelendiğinde; Sivrikaya ve Kara kamu hastanesinde yaptıkları çalışmada ilaç ve transfüzyon uygulamalarında tıbbi hataya eğilimin düşük, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt başlığında tıbbi hataya eğiliminin yüksek olduğunu belirlemişlerdir(82). Başka bir kamu hastanesinde aynı amaçla yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir(11). Andsoy ve ark. (2014)'nın özel bir hastanede yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin en düşük puanı hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan aldığı saptanmıştır ve bu sonuç kamu hastanelerinde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaların hepsine yoğun bakım hemşireleri dahil edilmiştir. Kamu özel işbirliği hastanesinde yapılan çalışmamızda HTHEÖ altı boyut puanlarını inceleyecek olursak, en düşük puan ortalamasının hasta izlemi ve malzeme güvenliği ölçek alt boyutunda olduğu görülmektedir. Bu konuda literatürdeki diğer çalışmalarla aynı sonuçlar elde edilmiştir. Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda; hemşirelerin çalıştığı hastanelerin kamu, özel ve kamu özel işbirliği hastanesi olması fark etmeksizin hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde tıbbi hataya eğilimlerinin diğer başlıklara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt başlığında yer alan soruları incelediğimizde soruların aslında hemşirelik bakımı ve biyomedikal mühendislik olarak 2 kısma ayrılabilirdiği anlaşılmaktadır. Hasta izlemleri hekim tarafından düzenlenen istemlere göre tutulmaktadır. Ayrıca sarf malzemelerin istemleri, kullanılan cihaz ve ekipmanların sterilizasyon süreçleri hemşireler tarafından takip edilmektedir. Hemşirelerin uzun yıllardır yoğun bakımlarda görev yaptığı göz önüne alındığında, puanın düşük olmasının sebebinin biyomedikal mühendislik ile ilgili olan sorulara düşük puan verilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Klasik hastane yönetiminde, biyomedikal mühendislik süreçleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilen biyomedikal mühendisi ve teknikerleri ile taşeron firma aracılığıyla yürütülmektedir. KÖİ modelinde ise biyomedikal mühendislik şirket uhdesindedir. Bu durum çalışanlarda kurumsal aidiyetin zayıf olmasına sebep olabilmektedir. Bu bulgular ışığında hemşirelere malzemelerin uygun kullanımı eğitimlerinin yenilenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Hastalarla uzun zaman geçiren, hastalar hastaneye yattıktan taburcu olana kadar hastaların bakımını üstelenen hemşirelerin tıbbi hatalar karşısında, en önemlisi hataların bildirilmesi hususunda tutumlarının belirlenmesi, güvenli bakım için gerekli düzenlemeleri yapmaya olanak sağlayacaktır(65). Hemşirelerin tıbbi hata tutumları

olumlu olduğu takdirde, tıbbi hata oranları düşürülecek, hasta güvenliği artırılacak ve sağlık kurumlarına duyulan güven artacaktır(76).

Tıbbi hatalara yönelik tutumların incelenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda, hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının genellikle olumlu olduğu görülmektedir. Alaman hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi amacı ile yapmış olduğu çalışmada, ölçek puan toplamına göre hemşirelerin olumlu tutum sergilediği, hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre tutumları arasında fark olmadığını bildirmiştir(83). Korhan ve arkadaşlarının hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacı ile yapmış olduğu çalışmada, ölçek puan toplamına göre hemşirelerin olumlu tutum sergilediği, hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre tutumları arasında fark olduğu belirtilmiştir(76). Bu farkın da dahili servislerde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ve acil servis hemşireleri arasındaki farktan kaynaklandığı vurgulanmıştır(76). Göl, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yükü, tıbbi hata tutumları ve iş kazaları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, ölçek puan toplamına göre hemşirelerin olumlu tutum sergilediği, çalışılan birim ile tıbbi hatalarda tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir(77). Dahili birimde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalarda tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının, cerrahi birimde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(77). Aktan, hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapmış olduğu çalışmada, ölçek toplam puan ortalamasına göre hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının, genel literatürden farklı olarak olumsuz olduğunu, çalıştıkları birimlere göre tutumları arasında fark olduğu görülmektedir. Çalışmaya göre dahili servislerde çalışan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması, diğer servislerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek, ameliyathanede çalışan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması diğer servislere göre en düşük bulunmuştur(71). Çalışmamızda, yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarının genel literatürden farklı olarak olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları bu yönüyle sadece Aktan'ın çalışması ile uyumlu gözükmemektedir. Literatürdeki çalışmaların genelde az sayıda yoğun bakım hemşiresiyle yapıldığı ve yoğun bakımlar arasında inceleme yapılmadığı görülmektedir(76, 83). Çalışmamızda yoğun bakım hemşireleri üzerine yoğunlaşılması ve örneklem farklılığından dolayı literatürden farklı sonuçlar ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu

yönüyle çalışmamız literatürdeki benzer çalışmalara göre üstünlük göstermektedir. Çalışmamızın yapıldığı hastanenin işletme sisteminin (kamu-özel işbirliği), literatürde var olan diğer çalışmaların yapıldığı hastanelerin işletme sisteminden (kamu veya özel) farklı olduğu da unutulmamalıdır. Hastanelerin işletme sistemlerinin yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarını etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi için farklı işletme sistemine sahip hastanelerde de benzer çalışmaların yapılması gerekmektedir.

THTÖ'nin alt başlıkları değerlendirildiğinde; Alaman'ın çalışmasında en düşük puanı tıbbi hata algısı alt başlığı, en yüksek puanı ise tıbbi hataya yaklaşım alt başlığından almıştır. Korhan'ın çalışmasında en düşük puanın tıbbi hata algısı alt başlığından, en yüksek puanın ise tıbbi hata nedenleri alt başlığından alındığı gözlemlenmiştir. Kandemir'in yapmış olduğu çalışma da Korhan'ın yapmış olduğu çalışmaya benzerlik göstermektedir(76, 84). Çalışmamızda ölçek alt başlıkları değerlendirildiğinde en yüksek puanı tıbbi hata algısının aldığını, en düşük puanı ise tıbbi hata nedenlerinin aldığını saptadık. Çalışmamızın sonuçları bu yönüyle literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir. Bununla birlikte koroner yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarının diğer yoğun bakım hemşirelerine göre daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu duruma neden olabilecek faktörler göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu hemşirelerin diğer yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre daha fazla hasta sayısına sahip olduğu dikkat çekmektedir. Artmış iş yükünün tıbbi hataya eğilimi arttırdığı bilinmekle birlikte, tıbbi hata tutumlarını da olumsuz etkileyebileceği, yapılan etki analizinde açıkça görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin KÖİ hastanesi olması nedeniyle bazı hizmetlerde verilmiş olan garantiler sonucu, hastanenin doluluk oranının yüksek tutulma çabası, hasta sayısı ve hasta sirkülasyonunun fazla olması ile birlikte iş yükü artışı ortaya çıkmaktadır. İş yükünün fazla olmasının bir diğer nedeni de Adana ilinde yer alan hastanelerdeki koroner yoğun bakım ünitelerindeki yatak sayısının az olmasıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı yoğun bakımlarda yer alan hastalara hizmet edecek olan hemşirelerin sayısını, Resmi Gazete'de yayınladığı tebliğ (2015) ile düzenlemiştir. Bu düzenlemeye göre yoğun bakım hastası/hemşire sayısı oranı yoğun bakımların basamaklarına(seviyelerine) göre düzenlemiştir(85). Bu durumda, yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarının olumlu seyretmesi için iş yükünün belirlenmiş olan standartlardan fazla olmaması gerektiği söylenebilir. Bildiğimiz kadarıyla klinik durumların, yoğun bakım

hemşirelerin tıbbı hata tutumlarına olan etkisini değerlendiren başka bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre yeni bir bilgi kazandırmaktadır.

2010 yılında 1219 sayılı yasaya eklenen bir madde ile hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara malpraktis sebebiyle doğabilecek tazminat davaları için mesleki mali sorumluluk sigortası şartı getirilmiştir(86). Kanunun açık ve net maddelerinden görülebileceği üzere, hemşireler bu zorunluluk kapsamında değildirler. Hemşireleri malpraktis sebebiyle doğabilecek olan tazminat davalarında 657 sayılı devlet memurları kanunu korumaktadır. Bu kanunda tüm memurlara uygulanan maddeler mevcut olup, tıbbi hatalarla ilgili özel maddeler yer almamaktadır. 1219 sayılı kanun kapsamında zorunlu sigorta yaptırma durumunda olmayan hemşireler, tıbbi hata bildirimini yaptıklarında karşılaşabilecekleri zararlar nedeniyle tıbbi hata bildiriminde bulunmadıkları öne sürülebilir.

Bu çalışmanın temel sınırlılığı, değerlendirmelerin sadece sübjektif verilere dayalı analizlere göre yapılmış olmasıdır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların objektif değerlendirme yöntemlerini de içeren nitelikli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte verileri toplayan ve istatistiksel analizi yapan araştırmacıların gruplara kör olmaması, ikinci bir sınırlılık olarak görülebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızın ilk amacı hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre hataya eğilimleri arasında fark olup olmadığını araştırmaktı. Çalışmamızın sonucunda kamu-özel ortaklığı hastanesi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin, tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu ve çalıştıkları kliniklere göre tıbbi hata eğilimleri arasında fark olmadığı görülmektedir.

Diğer bir araştırma amacımız hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre tıbbi hataya karşı tutumları arasında fark olup olmadığıydı. KÖİ hastanesi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin tıbbi hataya karşı tutumlarının olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. Hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını olumlu hale getirmek için, farkındalığın artırılması ve gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. KÖİ hastanesi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin iş yükünün artması da tıbbi hata tutumlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün, belirlenmiş olan ulusal ve uluslararası standartlara göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın son amacı da hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin tıbbi hata eğilimine ve tıbbi hata tutumuna etkisini araştırmaktı. Sosyodemografik veriler tıbbi hata eğilim ve tıbbi hata tutumlarını etkilememektedir.

Bunlara ek olarak, tıbbi hizmetlerin sunumunun ayrılmaz bir parçası olan hemşirelerin malpraktis konusunda karşılaşılabilecekleri davalarda, kendilerini koruyacak ayrı bir kanuna ve mesleki sorumluluk sigortası yaptırmalarına ihtiyaç vardır. Bu konulardaki yasal mevzuat bir an önce tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Polat O, Pakiş I.** Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 3(2):119-125.
2. **Hunter D, Bains N.** Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in ontario from 1992 to 1997. *Canadian Medical Association Journal*, **1999**; 160(11): 1585-1586.
3. **Makary MA, Daniel M.** Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, **2016**; 353: 1-5.
4. **Tütüncü Ö, Küçükusta D.** Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi*, **2006**; 10(2): 61-68.
5. Medimagazin. Almanya’da 1 yılda 22 bin doktor hatası! İşte en çok hata yapan branş! 2018, Erişim:(<https://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/tr-almanyada-1-yilda-22-bin-doktor-hatasi-iste-en-cok-hata-yapan-brans-6-682-76771.html>), Erişim tarihi: 11.03.2021
6. **Özlük B.** Farklı kuşaktaki hemşirelerin tıbbi hata tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2020**; 7(1): 8-14.
7. **Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M.** Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2012**; 11: 421-430.
8. **Dinç S, Kaya Ö, şimşek Z.** Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki bilgi, düşünce ve beklentileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2007**; 10(1): 1-9.
9. **World Health Organization.** State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. **2020**.
10. **Yeşiltaş A, Gül İ.** Hemşirelerin çalışmak için tercih ettikleri birimler ve tercih nedenleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2016**; 4(2): 74-87.
11. **Dikmen Y, Demir Yorgun S, Yeşilçam N.** Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**; 1(1): 44-56.
12. **Ulusoy H, Tosun N.** Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma. *BMIJ*, **2020**; 8(1): 969-980.
13. **Güven ř, şahan S, Ünsal A.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları. *İzlek Akademik Dergi*, **2019**; 2(2): 75-85.
14. **Uslu YD.** şehir Hastaneleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **2018**; 48: 42-43.
15. **Özer MA.** Sağlık sektöründe yeni bir hizmet sunum modeli: Kamu özel ortaklığı. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, **2016**; 6(1): 9-38.
16. **Canbaz M.** Kamu Hizmetlerinin Finansmanında Kamu Özel İşbirliği Modeli:Türkiye İçin Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, **2019**.
17. **Göktürk S.** Bir Kamu Özel İşbirliği Modeli Olarak Yap-Kirala-Devret Sözleşmesi. Yüksek Lisans, Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2019**.

18. **Ateş MC.** Kamu Özel İşbirliği Modelinin Dünya Uygulamaları; Türkiye Örneği Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2019**.
19. **Karagöz D.** Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2019**.
20. **Sarısu A.** Kamu ve Özel Sektör İşbirlikleri-Türkiye İçin Bir Model Önerisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2007**.
21. **Önder E.** Türkiye'de Kamu Özel Sektör Ortaklığı ile Yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin Hasta Memnuniyeti Açısından İncelenmesi:Yozgat Şehir Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans, Gazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara, **2019**.
22. **Özdede V.** Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modeli Çerçevesinde Şehir Şastaneleri Uygulaması ve Mersin Şehir Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2019**.
23. **Karahanogulları Y.** Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **2012**; 2: 109-112.
24. **Kılıçaslan H.** *Devletin değişen rolü ve kamu özel işbirlikleri*. 1.Baskı, Ankara: Savaş Yayınevi, **2017**
25. **Erekmekci M.** Türk Özel Hukuku’nda Yap-İşlet-Devret (YİD) Modeli Çerçevesinde Üst Hakkı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
26. **Keşli A.** Kamu Özel Sektör İşbirliği (PPP) Projelerinin Hukuki Rejimi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2009**.
27. **Erbaş Ö, Işık YC, Bayazıt İ.** Soru ve yanıtlarla kamu özel ortaklığı, 1.Baskı, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, **2012**: 8-22
28. **Orak CÇ.** Kamu hizmeti imtiyaz sözleşmelerinde tahkim. 1.baskı, Ankara: Dayınlarlı Hukuk Yayınları, **2006** : 59-60
29. **Doğruloğlu İ.** Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma süreci Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modeli. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ, **2019**.
30. **Gürkan MF.** Kamu özel ortaklığı. Ankara: Adalet Yayınevi, 2014
31. **Eriçok RE.** Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığına İlişkin Güncel Durum. Maliye Araştırmaları-3, 1.baskı, İstanbul: Oniki Levha, **2019**: 175.
32. **Okursoy A.** Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, **2010**.
33. **Tatar M.** Teorik çerçevesiyle sağlık ekonomisi ve Türkiye’ye ilişkin genel bir değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, **2009**; 1.
34. **Erol H.Özdemir A.** Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, **2019**; CEEİK 2018 Özel Sayısı.: 119-146
35. **Türedi G, Erdoğan T, Aba G.** Son dönem sağlık politikalarının hemşirelik mesleği üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2019**; 1(2). 130-142.

36. **Aydemir İ.** Sağlık Bakanlığı örgütsel yapısında yaşanan değişimler:181,663 ve 694 sayılı kanun hükmünde kararnameler ekseninde yaşanan bu değişimlerin irdelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2020**; 6(2): 350-365.
37. **Yeşiltaş A.** Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı: Şehir hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2020**; 6(1): 15-28.
38. **İlçe AÖ,Çam R,Yavuz M.** Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde ortam sıcaklığı ve nem oranının incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2009**; **13**(2): 85-89.
39. **Strachey L.** Eminent victorians.USA: Oxford University Press, **2003**
40. **Cain C, Miller J, Viejo A.** AACN Scope and Standards for Progressive and Critical Care Nursing Practice. *American Association of Critical-Care Nurses*, **2019**; 39: 69.
41. **Terzioğlu F.** The history of nursing in Turkey. *Nursing History Review*, **2011**; 19: 179.
42. **Eroğlu K,Koç G.** Düünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15(2): 136-151.
43. **World Health Organization.** 25 [Twenty five] questions and answers on health and human rights: World Health Organization: Oxford University Press
44. **Gözler K.** Türk Anayasa Hukuku.1.baskı. Bursa: Ekin Kitabevi, **2000**
45. **Afşar B.** İnsan Hakları Bağlamında Yoksul Kesimlerin Sağlık Hakkına Erişimi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa: **2019**.
46. **Mahanoğlu E,Soysal A.** Hasta hakları algısının, bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **2020**; 8(3): 779-801.
47. **Nolan TW.** System changes to improve patient safety. *Bmj*, **2000**; 320(7237): 771-773
48. **Hancı H.** Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis). 1.Baskı.,Bursa: Seçkin Yayıncılık, **2006**
49. **Ceylan E.** Sağlık Çalışanlarının İş Yükü Algısı ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2019**.
50. **Gündoğdu G.** Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2018**.
51. **Şeker Z.** Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam ile İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2020**.
52. **Çelik F.** Tıp hukukuna tarihsel bir bakış. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, **2015**; 34: 88-89.
53. **Özata M, Altunkan H.** Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2010**; 8(2).
54. **Pierce L.** Malpractice 101. *Colorado Nurse*, **2019**; 119: 14-15.
55. **Akahn HE.** Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2005**; 5(3):141-146

56. **Odabaşoğlu E.** Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Erzurum, **2013**.
57. **Fisun V, Seval Ç, Birol V.** Sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 5(4): 271-275
58. **Taylan S, Alan S, Kadioğlu S.** Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Turkish Journal of Research Development in Nursing*, **2012**; 14(3)
59. **Baştürk H.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, **2019**.
60. **Yeniterzi E.** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2013**.
61. **Aygin D, Cengiz H.** İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2011**; 45(3): 110-114
62. **Aştı T, Acaroğlu R.** Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(2): 22-27.
63. **Günaydın M.** Hastane infeksiyonlarının kontrolünde dezenfeksiyon, antisepsi ve sterilizasyon "DAS" uygulamaları. *Ankem Dergisi*, **2008**; 22(4): 221-231.
64. **Avacı K, Aktan T.** Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2015**; 5(2): 48-54.
65. **Gök D.** Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hatalarını Bildirme Durumları ile Tıbbi Hatalardaki Tutumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2015**.
66. **Yıldırım G.** Hemşirelikte Mesleki Tıbbi Hata Eğiliminde Vardiyalı Çalışmanın Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ, **2019**.
67. **Ertek M.** Hastane enfeksiyonları: Türkiye verileri. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, **2008**; 60: 9-14.
68. **Acaroğlu R, Aştı T.** Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(2) : 22-27.
69. **Hendrich A.** Inpatient falls: lesson from the field. *Patient Safety and Quality Healthcare Journal*, **2006**; 3(3): 26-30.
70. **Basit G.** Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 2(2): 77-90.
71. **Aktan U.** Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale, **2019**.
72. **Özçetin E.** Sağlık Alanında Malpraktis Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2016**.
73. **Tekarslan E, Kılınç T, Şencan H, Baysal AC.** Davranışın sosyal psikolojisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 278 Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, **2000**

74. **Baykal Ü, Şahin NH, Altuntaş S.** Hasta güvenliği tutum ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2010**; 7(1): 39-45.
75. **İntepeler ŞŞ, Soydemir D, Güleç D.** Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2013**; 15(3): 26-41.
76. **Korhan EA, Dilemek H, Mercan S, Yılmaz DU.** Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Science*, **2017**; 10(2): 794-801.
77. **Göl E.** Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Yüğü,Tıbbi Hata Tutumları ve İş Kazaları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, **2019**.
78. **Koca E, Aksoy H, Tarhan D, Çiftlik EE, Oktay K, Öztürk A, Gündüz M.** Medical safety reporting system neccessity and analysis of Turkey 2016 data: A health policy report. *International Journal of Risk Safety in Medicine*, **2020**;1:14.
79. **Özata M.** Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(1-2): 417-430.
80. **Güleç D.Seren İnteleper Ş.** Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2013**; 15(3): 26-41.
81. **Kırtısoğlu M.** Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, **2018**.
82. **Sivrikaya SK, Kara AŞ.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**; 8(1). 7-14.
83. **Alaman O.** Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, **2018**.
84. **Kandemir A, Yüksel S.** Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 23(2): 287-297.
85. **Başak N.Uğur E.** Göğüs Hastanesinde Solunum Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2019**; 23(3): 140-150.
86. **Özkıdık D.** Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası. *Ankara Barosu Dergisi*, **2016**; 4

EKLER

EK-1. Hemşirelere İlişkin Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

“Kamu Özel Ortaklığı(Şehir Hastanesi) Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tıbbi Hata Eğiliminin, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ile Belirlenmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmam size sunulmuştur.Bu tez çalışmamdaki amacım, Kamu Özel Ortaklığı Hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hataya eğilimlerinin ve tıbbi hata tutumlarının belirlenmesidir. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Kişisel Bilgi Formu

1: Yaşınız:

2: Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3: Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Ayrı yaşıyor ()

4: (Evli iseniz) Çocuk sayınız.....

5: Eğitim durumunuz : Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü ()

6: Çalıştığınız birim:

7: Çalışma şekliniz nedir: Devamlı gündüz () Devamlı gece () Nöbet ()
Hepsi ()

8: Aylık ortalama nöbet sayınız nedir :

9: Kaç yıldır görev yapıyorsunuz:

10: Bulunduğunuz birimde ne kadardır çalışıyorsunuz:

11: Mesai saati içinde ortalama kaç hastaya bakmakla yükümlüsünüz: -----

12: Çalıştığınız serviste isteyerek mi çalışıyorsunuz: Evet() Hayır() Kısmen()

13: Yasal izinlerinizi (mazeret, yıllık, doğum, emzirme) istediğiniz zamanda kullanabiliyor musunuz: Evet () Hayır ()

14: İşinizin karşılığı olarak aldığınız ücretin yeterliliği için aşağıdaki seçeneklerden hangisi sizin için uygundur. Oldukça yeterli () Yeterli () Kısmen yeterli () Yetersiz () Oldukça yetersiz()

15: Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu? Evet () Hayır ()

EK-2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE(4)	HER ZAMAN(5)
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım Malzemenin güvenliğınden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemi gerektiği gibi yapmaya çalışırım Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım					

Ek-3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Tamamen katlıyoru	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur..					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır..					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım..					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır..					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer bir hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					

EK-5. Kurum İzni



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Mustafa
YILDIZ)

Sayın Mustafa YILDIZ

Müdürlüğümüze sunmuş olduğunuz " **Kamu-Özel Ortaklığı (Şehir Hastanesi) Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğiliminin, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği İle Belirlenmesi**" başlıklı bilimsel çalışmanızı **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi**'nde yapmak istemeniz ile ilgili Bilimsel Çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup, konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Berna ACIMIŞ
Sağlık Hizmetleri Başkan V.

Ek: Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana

Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204

e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 962bb801-3de4-4213-a783-e00b7de793d3 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 344 03 03