

işlemine tabii tutularak dondurulmuş tavuğu seçin. Alışveriş yaparken aklınızda tutmanız gereken, gıdaların işleme tâbî tutulması güvenliğini artırmanın yanı sıra raf ömrünü uzatmak amacıyla geliştirilmiştir.

2) Gıdalarınız tam olarak pişirin

Birçok gıda, en önemlileri olarak tavuk etleri, siğir etleri ve pastörize edilmemiş sütler, patojen kaynaklı hastalıklarla kontamine olmaktadır. Mükemmel yapılan bir pişirme ile patojenler öldürülür. Ancak, gıdanın bütün kısımlarının en az 70°C dereceye ulaşması gerektiği unutulmamalıdır. Tavuğun pişirildiğinde bile kemik yanında halen pişmemiş kısım kalabilmektedir. Tamamen pişinceye kadar tekrar fırına konulur. Donmuş siğir eti, balık ve tavuk eti pişirilmeden önce tamamen çözünmelidir.

3) Pişmiş gıdaları vakit geçirmeksizin hemen yiyin

Pişmiş gıdalar oda sıcaklığına geldiği zaman, mikroorganizmalar çoğalmaya başlar. Daha uzun süre beklemeye risk daha da büyümektedir. Güvenli tüketim için pişmiş besinler ısılarını kaybetmeye başlamadan hemen yenmelidir.

4) Pişirilmiş gıdaları dikkatlice depolayın

Gıdaları güvenli bir şekilde saklamak veya kalıntıları değerlendirecekseniz; "60 °C üzerinde sıcak ve de 10 °C altında soğuk ortamlarda depolayın." Şayet, bu gıdaları 4 veya 5 saatten fazla depolamayı planlıyorsanız, bu kural hayati önem taşımaktadır. Bebekler için depo edilmemiş gıdalar tercih edilir.

GIDALARI ÇÖZDÜRDÜKTEN
SONRA TEKRAR
DONDURMAYIN

DONDURULMUŞ BESİNLERİ
SICAK ORTAMDA (MUTFAKTA)
ÇÖZÜNDÜRMİYİN

ÇÖZÜNDÜRÜLMÜŞ
BESİNİ HEMEN
KULLANIN

ÇÖZDÜRME İŞLEMİNİ
BUZDOLABININ ALT
KISMINDA YAPIN

SICAK GIDALARI DERİN ve BÜYÜK
KAPLARDA SOĞUTMAYIN ve
DEPOLAMAYIN

5) Pişirilmiş gıdalar bütünü ile tekrar ısıtma işlemine tâbî tutulur

Depolama sırasında oluşabilecek mikroorganizmalara karşı en iyi koruma şeklidir. Uygun depolama mikrobiyel büyümeyi yavaşlatır. Ancak organizmaları öldürmez. Bir kez daha yeniden ısıtma gıdaların bütün kısımlarının en az 70 °C ulaşması gerektiği anlamına gelmektedir.

PROTEİNLİ GIDALARI MUTFAKTA
2 SAATTEN
FAZLA BEKLETMEYİN

PROTEİNLİ GIDALARI HEMEN
SOĞUTUN VEYA 65 °C 'nin
ÜZERİNDE MUHAFAZA EDİN

6) Pişirilmiş gıdalar ve çiğ gıdalar arasındaki teması önleyin

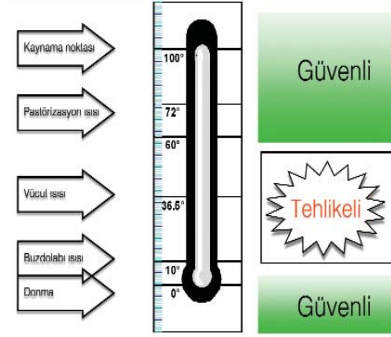
Güvenle pişirilmiş gıdalar, çiğ gıdalarla çok az bile olsa temas ettiğinde kontamine olabilir. Bu çapraz kontaminasyon; çiğ tavuk etinin pişmiş gıdalar ile temas ettiği zamanki, durum gibi direkt olabilir. Aynı zamanda çokta çabuk olabilir. Örneğin; çiğ tavuk hazırlarken kullanılan bıçak ve kesme tahtası aynen, yıkanmaksızın pişmiş tavuğun parçalanmasında kullanılmaz: Böyle yapmakla, mikrop üremesi ve pişirme öncesi mevcut olan hastalıklar için tüm potansiyel riskleri tekrardan oluşturabilir.

7) Eller tekrar tekrar yıkanmalı

Gıdaların hazırlanışı işlemine başlanmadan önce ve her bir ara verme (kesinti) sonrası özellikle eğer bebek bezi değiştirmek durumundaysanız veya tuvalete girmişseniz, eller (tam, mükemmel) çok iyi bir şekilde yıkanmalıdır. Balık, et veya tavuk gibi çiğ gıdaların hazırlanmasından sonra diğer gıdaların işlemine başlamadan önce eller tekrar yıkanmalıdır. Ve eğer elleriniz üzerinde herhangi bir enfeksiyon varsa gıdayı hazırlamadan önce (bu enfeksiyonları) ellerinizi bandajlayarak veya sararak, kontrol altına aldığınızdan emin olun. Köpekler, kuşlar ve özellikle kaplumbağalar gibi evcil hayvanların ellerinizden gıdaya geçebilecek tehlikeli (zararlı) patojenleri barındırabileceğini de hatırlayın.

8) Tüm mutfak yüzeylerini özenli bir şekilde temiz tutun

Gıda kaynaklı hastalıkların önlenmesinde ısı



Gıdalar çok kolaylıkla kontamine olduğundan, gıda hazırlanması için kullanılan her yüzey çok temiz tutulmalıdır. Her bir gıda kırıntısı, kalıntısı veya noktasını mikropların potansiyel bir kaynağı olarak düşünün. Bulaşıklarla ve kap kacaklarla temas eden kıyafetler her gün değiştirilmeli ve tekrar kullanım öncesi kaynatılmalıdır. Yerlerin temizlenmesi için ayrı kıyafetlerde sık yıkanmayı gerektirir.

9) Gıdaları, böcekler, kemirgen ve diğer hayvanlardan koruyun

Hayvanlar, gıda kaynaklı hastalıklara neden olan potajenle mikroorganizmaları taşırlar. Gıdaları, sıkıca kapatılmış kaplar içerisinde depolayarak saklamak sizin için en iyi korumadır.

10) Temiz su kullanın

Saf ve temiz su gıda hazırlanması için önemli olduğu gibi içme amacı için de çok önemlidir. Eğer su stokları hakkında herhangi bir şüpheniz varsa, gıdayı ilave etmeden önce veya içmek için buz yapmadan önce, suları kaynatın. Özellikle bebek mamalarının hazırlanmasında kullanılan sular konusunda çok dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

Mikrobiyoloji ABC'si, Ege Üniversitesi Yayınları.

Bakteriyolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Yayınları.

Mikrobiyolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Yayınları.

Beslenme Kültürümüz, İstanbul Basımevi, İstanbul - 1990

Besin Kimyası, 4. Baskı, Fatih Kitabevi, İstanbul - 1981

Gıda Kimyası, 3. Baskı, Şirket-i Mürettebiye Basımevi, İstanbul I-1975

Beslenme Esasları, Anadolu Basımevi, İzmir - 1993

Besinleri Soğukta Saklama Teknolojisi, 1. Baskı, Çağlayan Basımevi, İstanbul - 1982

Et Mikrobiyolojisi Hijyen Ve Kimyası, Fatih Basımevi, İstanbul - 1987

Gıda Sanayinde Mikrobiyoloji Ve Uygulamaları, TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Matbaası, Gebze Kocaeli, 1995.

The bad bug book :
<http://www.cfsan.fda.gov/~mow/intro.html>

<http://www.ggd.org.tr/sss.asp>

<http://www.food-info.net/tr/index.htm>

Nutrigenetik uygulamalar

Diyetisyen Sabiha Keskin



1963 Samsun doğumlu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 1986 yılında mezun oldu. 1986 – 1988 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği'nde çalıştı. 1988 yılından beri Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Nutrigenetik; bireyin belirli bir diyet, genetik yapısında bulunan varyasyonlar ya da polimorfizmler nedeni ile verdiği yanıtı inceleyen çalışma alanıdır. Genetik varyasyonun hastalık-diyet etkileşimi üzerindeki etkisini irdeler. Nutrigenetiğin amacı; spesifik diyet veya diyet bileşenlerinin bireye yararını veya riskini göz önüne alarak önerilerde bulunmaktır. Kişiyi özel veya kişisel beslenme olarak da tanımlanır.

Beslenme genomiği veya nutrigenomik çalışmaları ise besin bileşenlerinin genlerin üzerindeki etkisini inceleyen çalışma alanıdır. Biyoaktif besin bileşenlerinin gen-ekspresyon örüntüsü (transkriptom), kromatin organizasyonu (epigenom), post translasyonel modifikasyon dahil protein-ekspresyon örüntüsü (proteom: Genom veya doku, hücre tarafından ifade edilen proteinlerin tümünü kapsar), metabolit profili (metabolom) dahil çeşitli doku ve organlar üzerindeki spesifik etkisi olduğu belirtilmektedir. Beslenme genomiği veya nutrigeno-

mik çalışmaları; besin bileşenleri ile genomun moleküler sellüler ve sistemik düzeyde etkileşimi ile ilintilidir ve besin bileşenlerinin genom proteom ve metabolom üzerinde etkisini irdeler. Her iki disiplinin yaklaşımları farklı olsa da sağlık durumunun geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi ulaşmak istedikleri hedefler aynıdır.

Genetik biliminin 21. yy birinci çeyreğinde;

- Birçok hastalık için hastalık/gen etkileşimini ve genlerin işlevlerini tanımlama



- Nutrigenomik ve farmakogenetik'in gelişmesi (tedavi ve önleme)

- Müdahalelere yanıtı (besin bileşeni, ilaç) önceden bilebilme (çünkü yanıt-taki farklılıklar kişiye özgü genetik profille ilintilidir.)

- Önerilen diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini veya ilaç tedavisini kişiye özgü yapma

- Koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, artrit, astım ve zihinsel gelişim için genetik bilgilere dayalı diyet geliştirme çerçevesinde hızla gelişeceği beklenmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar hem genetik, hem yaşam tarzı hem de yaşadığımız çevre ile ilgili faktörlerin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır.

Özellikle son 10 yılda büyük ivme kazanan bilimsel araştırma sonuçları kişilerin hastalıklara yatkınlıklarının genetik özellikleri ile belirlenebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca besinlere ve yaşam tarzı değişikliklerine vücudun verdiği yanıtın da genetik yapıya göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. Belirli bir miktar alım bazı bireyler için risk oluştururken diğer bireyler için oluşturmamakta; veya bazıları için yarar sağlarken bazıları için yararlı olmayabilmektedir.

Genetik özellikler, hastalıklara yatkınlık ve besinlere verilen yanıt farklıyken, optimal sağlığı geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak veya önlemek için izlenmesi gereken beslenme ve yaşam tarzı da hepimiz için farklıdır. Böylece genetik özelliklere göre beslenme planı ortaya çıkmaktadır ki bu diyetisyenler tarafından sürekli savunulan "kişisel beslenme" savını güçlendirmektedir.

Nutrigenetik /nutrigenomik çalışma alanı 21. yy ikinci çeyreğinde beslenme biliminde anahtar rol oynayacaktır. Gen-diyet etkileşimi kompleks bir konudur ve henüz çok anlaşılmamıştır. Ancak hiç şüphesiz bireylerin sağlığını geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacı ile sağlık çalışanlarına yeni olanaklar sunacaktır.

Büyüme ve gelişme ve yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi için beslenme biliminin ilkelere doğrultusunda bireysel ve toplu beslenmenin plan ve programlarını düzenleyen; besin ögesi besin ve beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarını araştıran, değerlendiren, çözüm yollarını bulan, var olan besin kaynaklarının ekonomi ve sağlık ku-

rallarına uygun olarak kullanılmasını sağlayan, bu konularda fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi amacıyla bireyi ve toplumu bilgilendiren, bilinçlendiren, doğuştan ve sonradan oluşan hastalıklar ve diğer özel durumlara da tıbbi ve cerrahi tedavilere uygun, doğal ve tedavi edici besinlerin bileşimlerine göre diyet programı planlayan, eğitim veren, uygulatan ve izleyen diyetisyen; sağlık ekibinin bir üyesi olarak hiç şüphesiz yapılan/yapılacak olan genomik araştırmalar da yerini almalıdır. Ancak öncelikle "genetik diyetetik" alanında yetişmelidir.

Hiç şüphesiz genomik ve post-genomik teknolojiler besin bileşenlerinin hücresel ve moleküler düzeyde rolünü ve besin bileşenleri –genom etkileşimini anlamamıza yardımcı olabilir. Bu durum beslenme biliminin daha da güçlenmesini sağlayabilir. Ayrıca gelecekte besin bileşeni –gen ilişkisi çerçevesinde diyet bileşenlerinin veya spesifik bileşenlerin kişisel gereksinimleri yarar-risk değerlendirilmesi yapılarak ileri sürülebilir. Ancak günümüzde bazı önemli sınırlamalar vardır.

- Optimal sağlık nedir veya en iyi erken risk göstergesi hangisidir tanımlamak zordur.

- Büyük ölçekli genetik araştırmalarda kritik fenotipi tanımlama güçlüğü vardır.

- Gen-gen etkileşiminin yanı sıra beslenme – genom arasındaki ilintiyi irdeleyen, diğer yaşam stili ve fenotipik bilgilerin de sağlanması önemlidir. Ancak bu amaçla yeni teknolojilerle, çok büyük ölçekli kohort çalışmalarının yapılması gereklidir ve gerçekleştirmek zordur.

- Çok yönlü SNP-SNP, SNP- besin bileşeni, besin bileşeni- besin bileşeni etkileşimlerine yönelik yarar- zarar değerlendirmesi yapmak çok güçtür.

- Konu ile ilintili araştırma sahaları için araştırma laboratuvarlarının kalite güvencesi ve standartlara gereksinim vardır.

Sonuç

Genetik son yıllarda en hızla gelişen bilim dalıdır. Kaydedilen gelişmeler birçok hastalığın tanı yöntemleri, tedavileri, mekanizmaları konusundaki bilgilerimizi köklü bir şekilde geliştirmiştir. Nutrigenetik ve nutrigenomik; sağlık, diyet ve genom arasındaki etkileşimi irdeleyen yeni bir alandır ve 21. yüzyılın ikinci çeyreğinde beslenme biliminde anahtar rol oynayacaktır.

Moleküler mekanizma iyi anlaşılırsa,



Genetik özellikler, hastalıklara yatkınlık ve besinlere verilen yanıt farklıyken, optimal sağlığı geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak veya önlemek için izlenmesi gereken beslenme ve yaşam tarzı da hepimiz için farklıdır. Böylece genetik özelliklere göre beslenme planı ortaya çıkmaktadır ki bu diyetisyenler tarafından sürekli savunulan "kişisel beslenme" savını güçlendirmektedir.

diyetle ilgili kronik hastalıklar da daha iyi sonuçlar elde edilmesi ve tedavi giderlerinin azalması da olası hale gelebilir. Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalar besin ve içecek sanayinin de gelişmesine katkıda bulunacaktır. Bu gelişimde tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar kemik hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıkların önlenmesine ve/veya riskinin azalmasına yardımcı olabilir.

Bilinçli hasta, doğru sağlık haberleriyle olur!

Yasemin K. Şahinkaya

Sağlık haberciliği bir ülke için olmazsa olmazlardan. Hasta ve potansiyel hastalar açısından bilinçlenme, kendilerini ve hastalıklarını tanıyabilme, doktorla geçirilen zamanı en verimli hale getirebilme, haklarını bilebilme gibi faydalarının yanı sıra yeniliklerden, gelişmelerden haberdar olma anlamında da çok etkilidir. Ancak başta doktorlar olmak üzere çoğunluk sağlık çalışanı ve halk, yapılan sağlık haberlerine inanmadıklarını, doğru olmadığını düşündüklerini söylemektedirler. Burada şöyle bir ayrıma gidilmesinde fayda var: İnsanlar sağlık ha-

bercileri tarafından yapılan sağlık haberlerine mi, gazetelerde ya da televizyonlarda yer alan çeviri, adapte olmuş sağlık haberlerine mi tepkililer? Tabii okuyucu/izleyici olarak bunların ayrımını yapmak pek kolay değil. Genel olarak insanları yanlış yönlendiren yabancı yayınlardan alınan, ancak adapte edilmeden, Türkiye’de olup olmadığı araştırılmayan, çoğu zaman da dünyada uygulanabilirliği için bile en az on yıl gibi bir süre gerektiren, sadece hayvanlar üzerinde yapılmış çalışmaların sanki yarın uygulanacakmış, umulmadık dertlere derman olacaktıymış gibi verilmesidir sorun.

Bunun yanı sıra özellikle bazı hekimler

başta olmak üzere sağlık sektörü içinde bulunan bir kısım insan, sağlık haberlerinin de tıp menşeli kişiler tarafından yapılmasının daha doğru haberler çıkması açısından iyi olacağı gibi bir kanıya sahipler. Bu bakış açısı siyasetçinin siyaset, ekonomistin ekonomi, sosyetiklerin magazin haberi yapması gibi gazetecilik mesleğini hiçe sayan ve kesinlikle etik olmayan bir bakış açısının doğmasına sebebiyet vermektedir.

Sağlık haberciliği vardır!

Türkiye’de sürekli zikredilenin aksine sağlık haberciliği vardır. Son derece de ehil kişiler tarafından yapılmaktadır. An-



çak Türkiye’de sağlık editörlüğü kavramı henüz her basın ve yayın kuruluşunda oturmamıştır. Yani medyada her sağlık haberinin belli bir süzgeçten geçtiği bir sağlık servisi yoktur. Bu da yer alan bir takım haberlerin yanlış olmasının yanında, yanlış yönlendirici olması gibi olumsuz bir sonucu da beraberinde getirmektedir.

Kişiyi birebir etkilemesi açısından en çok okunan, en çok izlenen haberler olma özelliğine sahip sağlık haberleri ile ilgili olarak konunun uzmanlarıyla konuştuk. Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESAM) Başkanı ve NTV Sağlık Editörü Sibel Güneş, Sabah Gazetesi Sağlık Editörü Esra Tüzün, Milliyet Gazetesi Sağlık Editörü Ayşegül Aydoğan Aktan ile Türkiye’de sağlık haberciliği nasıl, nasıl olmalı; mevcut yanlış anlama ve doğru olmayan haberlerin nasıl önüne geçilebileceği gibi konuları konuştuk.



**Sibel Güneş,
ESAM Başkanı,
NTV Sağlık Editörü:**

Hekimleri zor duruma düşürecek haberler

“Hekimler özellikle tıbbî hata kavramlarıyla ilgili konular ön plana çıktığı zaman bunu genellikle hekim düşmanlığı olarak algılıyorlar. Tıbbî hatalar Amerika’da 5. ölüm nedeni, tıpta en fazla para harcanan konulardan biri... Türkiye’de ise bu yüzden ölenlerin rakamı belli değil. Ama her doktorun ‘size anlatamam’ dediği, ‘ah neler oluyor bir bilseniz’ dediği bir hikâyesi var. Sektör içinde tam anlamıyla bir denetim olmadığı, yapılan bir hatanın Türkiye’de bir karşılığının olmaması, vatandaş hukuksal süreçle de uğraşarak hak arama talebini zamanında yerine getiremediği için gazetelere yansıyor. Bu tür haberlerin medyada yer alması ‘gazeteciler hekimleri zor duruma düşürecek haberler yapmayı severler’ gibi bir yanlışlığa neden oluyor. Hiç ilgisi yok. Tabii ki gazetecinin bu konuda sorumluluğu her iki tarafın da gö-

rüşünü alarak olayı tarafsız bir şekilde yansıtmasıdır, bu noktada hekimlerin zarar görmemesi için, meslek örgütleriyle işbirliği yapıp, açıklamayı orada yapmalarını öneriyorum. Çünkü memur olduğu için birçoğu konuşmıyor. Konuşmadığı için biz de görüş alamıyoruz. Haber bir tarafı eksik olarak medyaya yansıyabiliyor. Bu tip olaylarda mutlaka meslek örgütlerine başvurarak o konuyla ilgili bir değerlendirmenin ortaya konması gerekiyor.”

Çeviri haberler için...

“Sağlıkta yeniliklere gelirsek, ben bu mesleğe başladığımdan beri kansere çare bulunuyor, AIDS’in aşısı bulunuyor vb. Bu haberler nereden kaynaklanıyor? Bu bilgiyi Türkiye’de kimse üretmiyor. Bu bilgi yurtdışından geliyor. Yurtdışından geldiği için oradan gelen her şeye çok güvenilir anlayışı da hakim Türkiye’de. Oradan gelen bilgi birebir aktararak medyada yer alabiliyor. Dış haberlerden gelen bu tip haberler medyada sık sık yer alabiliyor. Ama bu haberleri üretenler de yurtdışındaki hekimler ve araştırmacılar...”

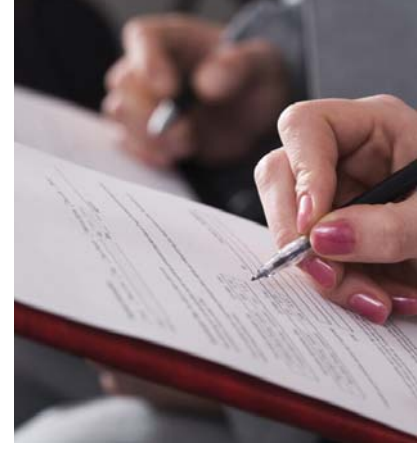
Yurtdışından gelen bilgilerin algılanmasında ve medyaya yansıtılmasında iyi bir editöryal ayıklama süreci bazen olmayabiliyor. Çünkü bu haberler sağlık muhabirlerinin ya da editörlerin elinden geçmeden televizyon ya da gazetelerde yer bulabiliyor. Buradaki anahtar mekanizma, mesela antibiyotik tedavisi kanser hastalarında saç dökülmesine engel oluyor gibi bir bilgiyi yazarken başlangıca laboratuvarında hayvanlar üzerinde yapılmış bir çalışmaların sonucu olduğunu vurgulamamız gerekiyor. Her haberin sonuna eğer bunu bir hekim gazeteciyle paylaşıyorsa da belirlenen tedavinin uygulanabilir olması için ne kadar bir sürenin geçmesi gerektiği de eklenmesi gerekiyor.

Aksi halde bu editöryal süreç iyi işlememişse, hekim de bu bilgiyi gazeteciyle paylaşırken ‘en az şu kadar bir süreç gerekiyor’ demediyse telefonlar işlemeye başlıyor ve bu bilgiye ya da tedaviye nasıl ulaşabilirim diye bir çaba başlıyor. İnsanları ciddi bir sıkıntıya elbirliği ile sokmuş oluyoruz. “

Sağlıkta güvenilirlik+kâr

“Televizyonlar, ajanslar, gazeteler elinde sağlık muhabirlerinin değerini iyi bilmeli, editöryal süreci onlara teslim etmelidir. Çünkü güvenilirlik + kâr. Güvenilirlik için de o konuda yetişmiş insandan yararlanmak gerekiyor.

Özel hastanelerde var ama kamu kurumlarında ‘Halkla İlişkiler’ birimlerinde çalışan insanlar yok. Bu kadrolarda da gazetecilik yapmış insanların istihdam



“Yurtdışından gelen bilgilerin algılanmasında ve medyaya yansıtılmasında iyi bir editöryal ayıklama süreci bazen olmayabiliyor. Çünkü bu haberler sağlık muhabirlerinin ya da editörlerin elinden geçmeden televizyon ya da gazetelerde yer bulabiliyor.”

edilmeleri gerekiyor ki bilginin paylaşımı anlamında sağlıklı bir iletişim olsun. Gazeteci bir konuda problem olduğu zaman resmi bir kurumu arıyor ve bunun yanıtını alamıyor. İzin sürecine bağlı, değişik kaygılar devrede ve bu yanıt size gelmiyor. Ya da bir olayın sunulması çok isteniyorsa, kurumun, doktorun ya da sağlık personelinin reklamı yapılacaksa medyanın gözüne sokularak getiriliyor. O zaman şöyle bir yanlış ortaya çıkıyor: Sağlık sektörü yalnızca reklam ve para getirecek bir uygulama varsa gazeteciye bir şey sunulur gibi bir ön yargıya sahip, doktorlar da sağlık personeli de gazeteciden yalnızca bir konu ancak abartıysa, reklam dönüşü varsa gazeteciler ilgi gösterir gibi anlamsız bir ön yargı ile karşı karşıya geliyor.

Ben 20 yılı aşkın süredir bu işle uğraşıyorum. Bu algıda biraz düzelme olduğunu söyleyebilirim. Örneğin bu ameliyatı ben yaptım, bu tedaviyi ilk kez ben yaptım, bunu ben geliştirdim gibi bir sürü açıklama yapılıyor ve bunu da gazetecileri çok eleştiren hekimlerin meslektaşları yapıyor. Bu haberler televizyona ya da gazeteye yansıyor. Gazetede, ‘bunu ben söylemedim gazeteci yapmış’ gibi bir klasik savunmaya giriliyor. Televizyonda bunun kaçışı yok

Sağlık meslek mensupları gazeteciyle



“Genel olarak sağlık haberleri yanlışdır deyip kestirip atmak doğru değil. İstanbul Tabip Odası’nın yaptığı bir çalışma var: Başlık, içerik ve bilimsel bilgi uyumu açısından on bin haber üzerinde yapılmış çalışmada yüzde 70’e yakınının doğru haberler olduğun yönelik bilimsel veriler var.”

bilgiyi paylaşırken ne söylemek istediğini önceden iyi hazırlamaları, gazetecinin arkadaşı olmadığını, sohbet etmeye gelmediğini bilmeleri gerekiyor. Gazeteci kamu yararı adına bir bilgi almak ve kamuyla paylaşmak adına geliyor. Hekimlerin neyi söyleyip neyi söylememeleri gerektiği konusunda kafalarında bir karmaşa hakim. Bu konuda iyi bir ön hazırlık yapmaları gerekiyor. Ve hekimlerin sansasyonel açıklamalar yapan meslektaşlarıyla ilgili çok fazla yaptırım şanslarının çok olmadığını görüyorum. Bir tepki mekanizması işler diye... “

Haber kötü, haberci kötü

“Genel anlamda her şey şöyle işliyor: Haber kötü; haberci kötü yapmıştır. Medyayı düzeltelim elbirliği ile temizleniriz, düzeliriz gibi bir yanlış var. Asla böyle değil. Herkes medyada kendini görüyor. Medyada gördüğünüz kendi yüzünüz... Orada daha abartılı görevlirsiniz ama özünde siz varsınız!

İstanbul Tabip Odası’nın yaptığı bir çalışma var: Başlık, içerik ve bilimsel bilgi uyumu açısından on bin haber üzerinde yapılmış çalışmada yüzde 70’e yakınının doğru haberler olduğun yönelik bilimsel veriler var. Burada haberi hatasızlaştırmak için ne yapılması gerekiyor?

Tartışmalı bir konu gündeme geldiği

zaman Türkiye’de yanlış hatırlamıyorum 70’e yakın uzmanlık derneği var. Türkiye’de seçilmiş bilimsel anlamda kanaat önderi diyebileceğimiz insanlardan oluşuyor. Bu dernekler medyaya bilgi vermek adına kendi bilimsel danışma kurullarını açıklamalı. Tartışmalı bir konu gündeme geldiğinde de o konuyu soğutmadan bilimsel gerçek ne ise o açıklanmalı. Bizde sistem şöyle işliyor: Tartışmalı bir konu var, telefon açıyorsunuz, ‘biz bu konu üzerinde çalışalım, size haber verelim’ diyorlar o arada binlerce kez gündem değişiyor, haber unutuluyor, hayat akıp gidiyor. Gazeteye ya da televizyona çıkan şey bilimsel bir yayın değildir. Kendi dinamiğini yakalayamazsa, o bilginin medyada düzeltilme şansın da maalesef mümkün olmuyor.”

Medyanın nöbetçi doktorları

“Medyada nöbetçi doktorlar var. Her durumda konuşuyorlar. Niye konuşuyorlar? Diğer insanlar telefon açıldığında; ‘şu an sizinle konuşamam, hastam var. Üzerinde çalışmadan bir şey söyleyemem,’ diyor. Bu kapı kapandığı zaman gazeteci görüş almak için konuşan birini seçmesi ve günü kurtaracak kadar da bir bilgi vermesi halinde gazetecinin o doktoru zamanla tercih ediyor olması kaçınılmaz hale geliyor. Bir başka yayın kuruluşu da bu iyi konuşuyormuş diye o insana yöneliyor. Hatalı bir süreç. Kabul edilebilir bir tarafı yok.

Gazeteci herkese eşit mesafede olmalı, sürekli değişik ve alanında nitelikli insanları televizyona ya da gazeteye çıkarma konusunda bir sorumluluk duymalı. Burada da yine uzmanlık dernekleri kendi danışma kurullarını oluştururlarsa bu sancı epeyce bir oranda azalır. ‘Bu adamları yayına ya da gazeteye sürekli çıkartarak bunların çok hasta bakmasına neden olunuyor’ deniliyor. Danışma kurulları olursa ‘ticari hareketlilik yaratıyor’ iddiası da kendiliğinden ortadan kalkacaktır. Medyatik kişiler kendi meslek örgütleri tarafından da eleştiriliyor, ama onlara karşı bir yaptırım olmadığı gibi, kimse de çıkıp doğru yaklaşım budur demiyor.

Medyayı nöbetçi doktorlara muhtaç etmemesi gerekenler o şikâyet eden grup. Eğer başka birinin sürekli çıkıp konuşmasından rahatsız oluyorsa, sektörü bağlayacağını düşündüğü konularda ya da (yasal anlamda bir boyutu olabilir) ona konuşmaması konusunda bir görüşmesi olabilir ya da dernek hemen açıklamasını yapar. Kendi meslektaşına karşı da yapabilir.

‘Vatandaş yanlış yönlendiriliyor, bu konuda bilimsel doğru budur, bu işlem, bu tedavi şu şekilde uygulanmalıdır’ şeklinde bir açıklama yapacak refleks

geliştirmek zorunda. Medyayı kamuoyu yararına iyi kullanmayı doktorların öğrenmesi gerekiyor.”

Tıp eğitilmiş gazeteciler..

“Bir de özellikle hekimler sağlık muhabirlerinin tıp eğitimi almaları gerekir gibi bir yanlış içerisindedir. Tıp eğitimi alırlarsa bu işi çok düzgün yaparlar gibi bir yanlış var. Hayır hiç de öyle değil... Bu eğitimi almış insanlar çok iyi yazabilseler, çok iyi halkla paylaşılabilselerdi bu başka bir şey olurdu. Gazetecilik bir bilginin halkla en iyi paylaşma biçimini geliştiren bir meslektir. Ben doktor bakış açısının herhangi bir bilgiyi sağlıklı bir şekilde vatandaşa yansıtamayacağını düşünüyorum. Çünkü en güçlü hastanın en zayıf doktor karşısında bile zayıf olduğu kanaati hakim. Çünkü hasta hekim ilişkisinde denge daima doktorun lehinedir. Bu ilişki içerisinde hâlâ Türkiye’de Tanrı-kul ilişkisi olduğuna dair yaygın bir kanaat var. Bunu belli bir eşitlik seviyesine taşımak için de çalışmalar var. Bu konu yurtdışında da tartışılan, üzerinde çalışmalar yapılan bir konu. Doktorların hastalarını ilk dinleme sürelerinin bir dakikayı aşmadığı gibi bir rakam var. Onun için bu işi sağlık habercisinin yapması en doğrusu... Sağlık habercileri de kendilerin bu alanda sürekli güncelleyecek, yenileyecekler. Haber kaynaklarını değişik kesimlerden ve her kuruma eşit mesafede davranarak bulacaklar.

Ama doktorlar, uzmanlık dernekleri ve meslek örgütleri de bu konuda istekli olacaklar. Doktorların iletişime olan ilgisi hastasını iyi bilgilendirmeye ilgili olmalı. İnsan sağlığı ile ilgileniyorlar ve çok önemli bir iş yapıyorlar. Belli bir süre sonra şöyle bir kanaat geliyor. Bazı hekimler her işi en iyi yaptıklarını düşünmeye başlıyorlar. En iyi gazeteciliği, en iyi televizyon programını kendilerinin yaptığını düşünüyorlar. Olay bu kadar basit değil! Gazeteci tıbbin tek branşı ile değil onlarca alanıyla ilgili. Doktorların takip edemediği onlarca uzmanlık alanındaki gelişmeyi takip edip ve sürekli haber yapıyor. Onlar hasta bakarken gazetecinin ne kadar toplantıya katıldığını, ne kadar insanla görüştüğünü, ne kadar okuduğunu göz ardı ediyorlar. Birçok bilgiyi sağlık habercisinden duydukları da oluyor. Sağlık habercilerini iyi algılayıp, bilgiyi iyi paylaşan dernekler ya hekimler bunun sonuçlarını alıyorlar zaten. Kendi problemlerini iyi anlaştıkları zaman kamuoyunda bir platform oluşuyor ve çözüme giden süreç hızlanıyor.”

Doğru sağlık haberi için ne yapılmalı?

“Kamu kurumlarında mutlaka ‘Halkla İlişkiler’ birimlerinde gazetecilik köktenli

insanların istihdam edilmesi gerekiyor.

- Gazeteciyle bilginin talep edildiği gün paylaşılması gerekiyor.
- Bilgiyi paylaşırken tıbbî terimlerin Türkçe karşılıklarının önceden düşünülerek paylaşılmasını öneriyoruz.
- Haberleri paylaşırken sağlık habercilerinin tercih edilmesini öneriyoruz.
- Bilimsel tartışma konusu olan noktalara da ilgili hem hekimler açısından hem de medya açısından güvenilirlik çizgisinin aşağıya çekilmemesi için konu sıcakken o konuyla ilgili görüşün kısa sürede paylaşılması gerekiyor. Tartışmalı konularda gerçek bilimsel açıklamalar üç ay sonra falan yapılıyor.

• İletişim Fakültesi'nden mezun olan insanların istihdam edilmesi ve gazetelerde özellikle bu konuda servisler oluşması gerekiyor. Çünkü eğitimle ilgili servisler var, sağlık da eğitim kadar dinamik bir alan ve gerçekten insanların birebir ilgilendikleri bir alan. Vatan-daş bunu hak ediyor.

Bu konuda hem gazete yönetimlerini hem de sağlık meslek örgütlerinin yapması gerekenler var.”



Esra Tüzün, Sabah Gazetesi Sağlık Editörü

Künyesinde sağlık editörü bulunan tek gazete

“Sağlık servisi, ekonomi, istihbarat, magazin gibi diğer servislerde olduğu şekilde ilerliyor. Bu sağlık haberlerinin daha kaliteli ve daha doğru şekilde halka ulaşması demek. Amaç bu. Bunun için işleyiş ise şu şekilde: Sabah toplantılarında haber akışı belirleniyor. Her servisten sağlık haberi gelebilir. Ekonomiden de gelebilir, magazinden de gelebilir ve en çok kaynak da dış haberler. Çünkü dünyanın her yerinden bir sürü sağlık haberi gün içinde geliyor. Böyle bir akış var. Bunların sentezini yapabilecek, bize adapte edebilecek imkân tanıyorlar burada.

Gelen bütün haberler, sağlık servisinin süzgecinden geçip halka ulaşıyor. Diğer gazetelerde bu şekilde değil. Mesela geçenlerde bir gazetede, 'PGT ile İngiltere'de seçilmiş bebek' başlıklı bir yazı çıktı. Bu neredeyse Türkiye'de on yıldır yapılıyor. Şimdi bu ilk defa yapıldı, İngiltere'de yapıldı diye verirsiniz, haberi tamamen yanlış sunmaktır. Bunu anlamak ve elekten geçirmek burada sağlık servisinin işi. Danıştığımız doktorlarımız da var, dış haberlerden bir sağlık haberi geldiği zaman mutlaka biz bir elekten geçirip veriyoruz.

Ben 20 yıldır gazetecilik yapıyorum. Ekonomi haberciliğinden geliyorum. Sağlık aynı zamanda bir sektör ve çok geniş bir sektör. Bu sektöre gereken önem verilmeli diye düşünüyorum.

Konuşmayan doktorlara akıllı hastalar

“Türkiye'de doktorlar o kadar az konuşuyorlar ki; ben yaptım oldu, bitti mantığı... Bu mantıktan hem hastayı hem de doktoru kurtarmak gerekiyor. Ve biz de bunu yapmaya çalışıyoruz. Hasta doktora gitmeden bilinçlenirse hastalığına, sormak istediklerine karşı, o zaman hem doktorla olan zamanı daha tasarruflı kullanır hem de doktordan istediğini alma anlamında daha tatmin olmuş olur. Ben yaptığım dizilerde hastayla doktora karşılıklı konuşma formatını yaratıyorum. Bir doktor bir hastaya o kadar zaman ayırıyor ki aynı deritten muzdarip pek çok insan o hastalığın detaylarını öğreniyor.

Bunu normalde bir doktorun yapması zaman anlamında, özel hastaneler de dahil çok zor. Ama bana bu vakti ayırıyorlar, ben de kendimi hastaların yerine koyuyorum. Tek yaptığım bu... Böylece benim dizimi okuyan o hastalıktan muzdarip kişi doktora gitmeden zaten gerçekten donanımlı hale geliyor.

Ama yine de açık noktalar olacaktır. Kendi şikayetleri, sorunları olabilir, genel o hastalığın sorunları dışında bunları doktora sorabiliyor. Benim yaptığım bir dizi de kafasına takılan noktaları kontrol edebiliyor. Ama bilinçleniyor. Biz sağlık habercileri akıllı hasta yaratıyoruz.”

Haberler doktorlara değil hastalara yapılıyor

“Biz sağlık haberlerini doktorlara yazmıyoruz hastalara yazıyoruz. Onların egosunu tatmin etmek için yapılmış sayfalar, haberler değil sağlık haberleri, sağlık sayfaları. Reklamlarını yapmak gibi bir niyetimiz kesinlikle yok. Eğer bu yola kayarsak, yanlış yapmış oluruz ki bu zaman zaman istemesek de olabiliyor. Onun için doktorların bu konuda



Genel olarak gazete ve televizyonların bünyesinde bir sağlık servisi olmalı ve gelen tüm sağlık haberleri bu servisin eleğinden geçtikten sonra hazırlanmalıdır. Ancak şu anda Türkiye'de bünyesinde ve künyesinde 'sağlık servisi' olan tek gazete var. Sağlık haberlerinin doğruluğu açısından bu sistemin tüm medya kuruluşlarında oturtulması gerekiyor.

çok da tatmin olmaları gerekmiyor.

Haberleri beğenmemeleri çoğu zaman anlatım dilinin basit gelmesinden kaynaklanıyor.”

Doktordan gazeteci olur mu?

Haberi bir doktorun anlatması çok zor. Anlatmak işi, uzmanlık gerektiriyor ki bu konunun da uzmanları bizleriz. Dünyada da sağlık haberlerini doktorlar yapmıyorlar. Keşke yapabilseler. Bence Mehmet Öz bu işi çok iyi yapıyor. Ama business okumuş, bildiği bir konuyu anlatmanın yolunu okumuş, öğrenmiş. Türkiye'de çok iyi doktorlar, çok iyi akademisyenler var. Ama kendilerini anlatamıyorlar. Anlatmak üzerine kişisel eğitim almaları lazım. Bir işi çok iyi bilmek çok iyi anlatmak anlamına gelmiyor. Bizlerin yaptığımız bilgiyi, tıp dilini halk diline çevirmek. Ben sayfalarımda halkın anlayacağı dili kullanıyorum. Ve okuyan insanlar da her geçen gün bilinçleniyor.

Geçen gün LDH ve HDL oranlarını karıştırmışım, onlarca mail aldım. Nasıl böyle bir hata yaparsınız diye? Demek ki insanlar öğrenmiş ki yapılan hatayı fark edebiliyorlar. Benim çok hoşuma gitti. Bilinçli bir hasta yaratmışım ve be-



“Gazetecilik bir bilginin halkla en iyi paylaşma biçimini geliştiren bir meslektir. Ben doktor bakış açısının herhangi bir bilgiyi sağlıklı bir şekilde vatandaşa yansıtamayacağını düşünüyorum. Çünkü en güçlü hastanın en zayıf doktor karşısında bile zayıf olduğu kanaati hakim. Çünkü hasta hekim ilişkisinde denge daima doktorun lehinedir.”

nim böyle bir hata yapabileceğimi kabullenemiyorlar diye... Bu aslında önemli bir detay.

Her doktora ulaşmak mümkün olmuyor..

“Her doktora, her istediğinizde, ihtiyaç duyduğunuzda ulaşmak mümkün olmuyor. Ancak benim en büyük kazançlarımın biri artık istediğim zaman istediğim doktora ulaşabiliyor olmam. Ulaşamama olasılığım hemen hemen yok gibi. Bakanlık bile o kapıyı açıyor. O düzeye getirdim. Bu da zamanla oluyor. Kaynak ne ise oraya da bir şekilde ulaşmak lazım.

Ancak benzer isimlerin tekrarı oluyor bazen... Ancak anlatabilen doktor çok az. O anlatabilen doktorların bazıları da gerçekten ansiklopedi gibi. O ansiklopediden bir tek şey bakıp yerine koyamazsınız. Münci hoca bir idol. Organ nakli ile ne zaman bir haber yap-sam tabii ki Münci Hoca'ya soracağım.

Kalple ilgili bir şey yaptığım zaman kesinlikle Mehmet Öz'e danışacağım. Mehmet Öz benim editörlüğümde çok önemli isimlerden biridir aynı zamanda. Anlatım dilinin hakimiyeti onda müthiş. Çok basit anlatabiliyor.

Göz de ise Halil Bahçecioğlu, çok iyi anlatabilen bir doktor. Gözle ilgili birçok doktor ve bu alanda ciddi bir rekabet var ama ben ona sormayı tercih ediyorum. Mesela Onur Hoca, Onur Erol. Onur Hoca benimle röportaj yapmadan bir gece önce oturup çalışır biliyorum. Böyle bir disiplini vardır. On yıl içinde doğru bilgi alıp almadığınızı kontrol etme olasılığınız çok oluyor. Bir süre sonra inanıyorsunuz bu isimlerin doğru bilgi vereceğine.”

Doktorlara iletişim eğitimi

“Doktorların iletişim eğitimi almaları şart. Anlatamıyorlar. Biliyorlar ama anlatamıyorlar. Anlatamadıklarını kabul etmiyorlar yazıda karşılına çıktığı zaman çok yaşıyorlar.

Çocuklarda boy uzatma ile ilgili bir haber yaptım. Oya Ercan ile röportaj yaptım. Müthiş bilgiler verdi. Röportaj çıkınca nasıl böyle bir röportaj yaparsın, rezil oldum diye. O kadar üzülüm ki. Bunları söylediniz diyorum. Benim hayal gücüm, bilgim yok bu konuda... Değiştirme olasılığım yok, birebir yazıyorum. Ama şöyle bir şey oldu. Bir ay sonra beni aradı dedi ki 'Esra, yaptığın röportajda anlatılanları hastaların hepsi anlamış' dedi.

Doktorlar yapılan haberlere ilk tepkiyi akademisyen arkadaşlarından alıyor. Tabii ki burada basic bilgiler olduğu için onlara bunu mu anlattın gibi bir eleştiri oluyor. Ancak bir doktorun hastalara anlatamadığı şeyi bir haber anlatabiliyor. Ancak akademisyenler bu konuda daha iyiler. Onlar ders verdikleri için daha iyi anlatıyorlar. Daha iyi ifade ediyorlar.

İletişim eğitimi almalarını şu açıdan söylüyorum hasta ile çok iyi iletişim kuran zaten basınla çok iyi diyalog kurar. İyi doktor, tekniği iyi doktor değildir. Hastasıyla iletişim kurabilen doktordur. Dünyanın en karmaşık tedavisini bile hastaya uygulayacak olsa hasta ne yapıldığını adım adım bilmek zorunda. Son söz hastada olmalı. Türkiye'de doktorlar bunu açıklamıyor, 'sen bana güven' diyor.

Tabii ki doktoruna güveneceksin ama onu seçmemesine, onun tedavisini tercih etmemesine açık kapı bırakmalılardır. Bu bir doktor açısından zordur ama yapabilmelidir. Tüm ayrıntıları hastasına anlatmalıdır.

Stent takılacak diyorlar. Stent kelimesini hayatında ilk defa o anda duyan birçok insan var. Ve o an karar vermek zorunda kalıyor. Hayatta hiç bilmediniz bir konuda, hayatınızla ilgili bir konuda birden karar vermek zorunda kalabiliyorsunuz. Tabii ki burada basına çok görev düşüyor. Tabii ki bilinçli hasta böyle yaratılı-

yor. O an doktorla hasta karşı karşıya geliyor. O andan önce biz varız.”



Ayşegül Aydoğan Aktan
Milliyet Gazetesi
Sağlık Editörü

Editörlük anlayışı şart!

“En doğru sağlık haberinin çıkması için gerek yazılı gerekse görsel medyada editörlük anlayışına geçilmesi lazım. Çok iyi sağlık habercileri var, ama tüm sağlık haberleri onların süzgecinden geçmediği sürece bir düzelme olmayacaktır. Çok iyi haber yapılabilir ama başka bir sayfada çıkan bir sağlık haberi, o gazeteye olan inancı siler. Ayrıca bir tek doktora yönelik köşelerin olması çok üzücü. Yeterli değil bu. Bir doktorun sağlığı anlatmasının böyle bir handikapı var. Sadece kendi bilgilerini insanlara anlatıyor. Oysa biz, bir bilgiyi kontrol etmek için on doktora soruyoruz.

Bilim tez ve anti tezlerden oluşur. Biz sağlık sayfalarında bunu yapmaya çalışıyoruz. Halkın kafasını karıştırmadan, iki görüşü de bilip ona göre karar vermesini sağlamaya çalışıyoruz. Farklı bakış açılarına sahip olmasını sağlamaya çalışıyoruz. Bunu bir doktor yapamaz.”

“Öncelikle doktorların, sağlık haberlerinin tümünün yanlış olduğu konusunda ağız birliği ettiğini düşünmüyorum. Çünkü 12 yıldır sadece sağlık haberi yapan bir sağlık muhabiri ve sağlık sayfalarının, sağlık eklerinin editörlüğünü yapan biri olarak yıllar içinde yaptığımız çalışmaların çoğunun olumlu eleştiri aldığını söylemem gerekir. Tabii burada anlatmak istediğim, haberin hekimlerin beğenisine sunulmasıyla ilgili değil...”



Bizim için asıl önemli olan, halkın anlayacağı, istediği ve beklentisini karşılayacak türde sağlık haberlerini yapabilmektir. Tabii ki yapılan bazı sağlık haberlerini 'yanlış' veya başka tabirlerle niteleyen hekimlerin olduğu da bir gerçek. Ama bunları azınlıkta görüyorum.

Sağlık muhabirinin öncelikli görevi, kamuoyunu yaptığı haberlerle bilgilendirmektir. Tabii bilgilendirmek denildiğinde bunun ne şekilde ve nasıl yapıldığı önemli. Belki de önce bu noktada, sağlık muhabiri ve hekimlerin anlayış olarak birbirine zıtlıkları ortaya çıkıyor. Şunu vurgulamak gerekir ki sağlık haberi, kamuoyuna "haber verme", "güncel olanı aktarmak" amacını taşır.

Bu nedenle kimi hekimlerin burun kıvrıldığı konular, bizim için haber değeri taşıyabildiği gibi vatandaş için de altın değerinde bir bilgi içerebilir.

Sağlık haberinin dili çok önemlidir. Tıbbın spesifik bir terminolojiye sahip olmasında sağlık muhabiri, röportaj

yaptığı haber kaynağı doktorla vatandaş arasında bir süzgeç görevi görür adeta. O dili anlayıp, ne anlatılmak istendiğini kavrayıp, özümseyen, özetleyen ve doğru bir şekilde aktaran kişidir sağlık habercisi."

Sağlık gazeteciliği kurumsal

"Geçtiğimiz sayınızda Sn. Etyen Mahçupyan'ın, 'Türkiye'de sağlık gazeteciliği olmalı' şeklinde bir demecine rastladım. İyi sağlık gazeteciliğinin ülkede yerleşik bir kurum olması gerektiğinden bahsetmiş ki bence hiçbir dönemde sağlık gazeteciliği bu dönemde olduğu kadar kurumsallaşmamıştır. Muhabirlik mesleğinin önemli ihtisaslaşma alanlarından biri olan sağlık muhabirliğinin, bir ihtisas alanı olarak birçok basın kuruluşunda hak ettiği yeri aldığına, önümüzdeki yıllarda daha da yerleşik bir hale geleceğine inanıyorum."

Doktordan gazeteci olmaz

"Sağlık muhabirliği, ekonomi, politika ve spor muhabirliğinde olduğu gibi

özel uzmanlık gerektiren bir alan. Ancak bu alanda çalışan kişilerin bir hekim kadar bilgi sahibi olması beklenebilir. Elbette ki temel medikal konularda yeterli bilgi seviyesine sahip olmak ve terminolojiye hakim olmak gerekir ki bu, hem daha kaliteli haber yapılmasına hem de haber kaynaklarıyla daha sıcak ilişkiler kurulmasına katkı sağlar. Bunun Türk basınında büyük ölçüde başarılı olduğuna inanıyorum. Özellikle Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESAM) üyesi olan sağlık muhabirleri, gerekli bilgi ve donanımına sahip gazetecilerdir. Bugün birçok gazete ve televizyonda görev yapan ESAM üyesi sağlık habercileri arasında, bu alanda deneyimi 10 ila 20 yıl arasında değişen meslektaşlarımız bulunur. Yaptığımız iş 'sağlık' öznesinin altında gerçekleşse de bizim mesleğimiz ve işimiz gazeteciliktir ve her bir meslektaşımız iletişim fakültelerinden mezun olan gazetecilerdir. Gazeteciye, kamu yararı ilgilendirir, o doğrultuda da haber yapar. Bu mantıkla yola çıkıldığında adliye muhabirlerinin hukuk, ekonomi muhabirlerinin üniversitelerin ekonomi ve işletme fakültelerinden mezun olan kişiler olması gerekir ki o zaman iletişim fakültelerinin kapısına kilit mi vurulmalıdır? Kaldı ki altı yıllık eğitiminin ardından mezun olan bir doktorun, gazetecilik yapması hiçbir yerde beklenmiyor. Kısacası doktorlar da asıl mesleklerine sadık kalarak gazeteciliğe soyunmamalıdır. Kimi doktorlar bazı gazetelerde sağlık sayfalarında ya da köşelerinde yer bulsalar da 'sağlık haberciliğini' yapan kişi 'sağlık muhabiri'dir. Söz konusu doktorlar, ancak köşe yazarı statüsünde değerlendirilmelidir. Benim hekimlerden beklentim, sağlık haberlerini ve sağlık habercilerini daha dikkatli izleyip daha hakkaniyetli değerlendirmeler yapmalarıdır."

Türkiye'de sağlık muhabirinin profili

Türkiye'de sağlık haberciliği 1980'den sonra tırmanan bir ivme gösterdi. Bu dönemde daha çok meslekteki alaylı gazetecilerin yaptığı sağlık haberleri vardı. Daha sonra İletişim Fakülteleri'nden gazeteciler mezun olmaya başladı.

Sağlık muhabirlerinin yüzde 90'ı kadın.

Şu an yaş ortalaması 30 - 35 aralığında..

En az deneyimi olan sağlık muhabirinin deneyimi ortalama 7-8 yıl. Bu 25 yıl aralığına kadar çıkabiliyor.

Türkiye'deki bütün tıp kongrelerini, toplantıları, bilimsel çalışmaları takip ediyorlar. Çok geniş bir aralıkta ve çok geniş bir perspektifte sağlık olayları ile ilgileniyorlar. Böyle bir aralıkta zaten gazetecinin konuya hakim olabilmesi için gündemi çok iyi takip edebilmesi ve toplantıları çok iyi izlemesi gerekiyor. Sağlık habercileri de bunu yapıyorlar.

Uluslararası bir sempozyumun ardından: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV/AIDS ve Biyoetik

Doç. Dr. M. İhsan Karaman



İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üroloji uzmanlık eğitimini aynı fakültede tamamladı. 1996 yılında Doçent oldu. 2001 yılından beri Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Klinik Şefi olarak çalışmaktadır. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, 200'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması ve 40'i aşkın uluslararası sitede var. Türk Çocuk Ürolojisi Derneği'nin kurucularındandır. Aynı zamanda bu derneğin bilimsel komisyon üyesidir.

G eçtiğimiz günlerde İstanbul çok ilginç ve bir o kadar da önemli bir toplantıya ev sahipliği yaptı. Medya araçlarına görkemiyile yansımayan, ancak bilim adamlarının ve konuyla ilgili hassasiyet taşıyan tıp profesyonellerin yoğun ilgisi altında yürütülen sempozyum 2 gün sürdü. "International Scientific Convention on Sexually Transmitted Diseases, HIV/AIDS and Bioethics" adlı bu uluslararası sempozyumun konusunu cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS ve biyoetik oluştuyordu. Dünyanın 32 ülkesinden yaklaşık 50.000 doktoru temsil eden bir küresel sivil toplum örgütü olan Federation

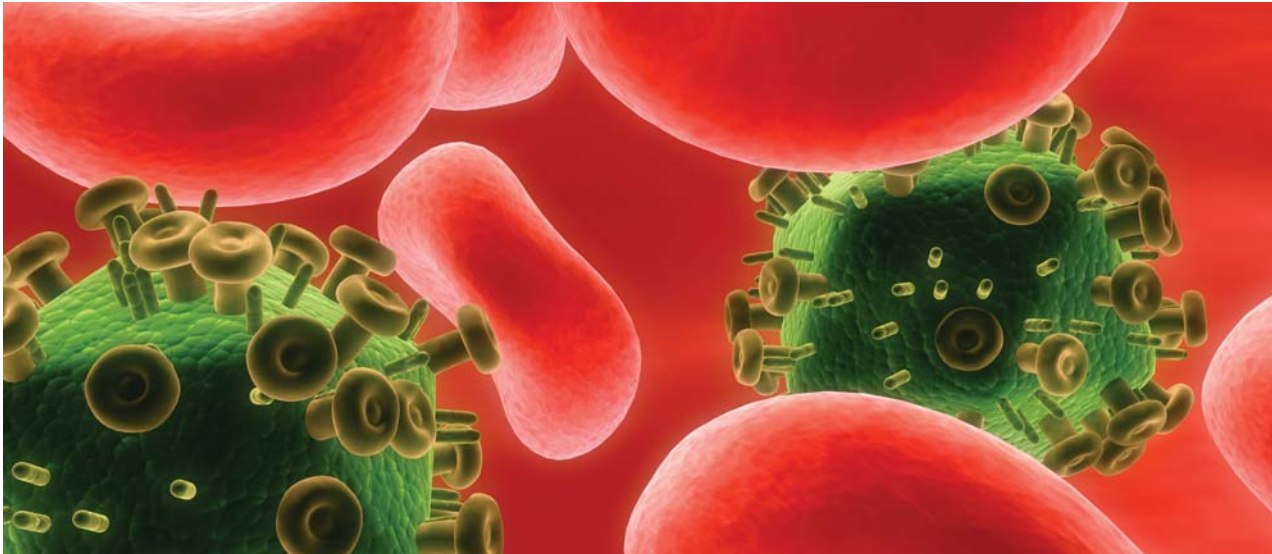
of Islamic Medical Associations (FIMA) ile Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı'nın ortaklaşa düzenlediği toplantının sponsorluğunu İstanbul Büyükşehir Belediyesi üstlendi.

Topkapı Eresin Barcelo Otel'de 13 Temmuz 2007 akşamı yapılan ve yaklaşık 350 davetlinin katıldığı açılış töreni ve kokteyli ile başlayan sempozyum, aynı yerde 14 ve 15 Temmuz tarihlerinde iki tam gün devam etti. Her biri alanlarında uzman olan 15 yabancı, 6 Türk konuşmacının görev aldığı sempozyumda, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu ve AIDS hastalığı, cinsel eğitim, genetik teknolojiler gibi konularla bunların etik ve sosyal yönleri ayrıntılı biçimde ele alındı ve uzman

panelleri ile tartışıldı. Sempozyumu ABD, Malezya, Güney Afrika, Ürdün, Pakistan, Endonezya, Mısır, Cezayir, Somali, Sudan, Irak, Suudi Arabistan, İsveç, Filistin, Yemen, Bosna ve Türkiye gibi birçok FIMA üyesi ülkeden doktorlar ve sağlık çalışanları izledi. Özellikle biyoetik ve hukuk alanında heyecanlı tartışmalara da sahne olan sempozyum, katılanların büyük beğenisini topladı.

Sempozyumla ilgili notlardan önce, AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında özet bilgiler vermek faydalı olacaktır.

HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, başta gelişmekte olan ülkeler





olmak üzere tüm dünyada çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küresel bir halk sağlığı sorunu olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sosyal ve ekonomik sonuçları da önemlidir. Bu hastalıklar sadece ABD'de 16 milyar dolarlık bir mali yüke neden olmaktadır. Günümüzde yoksul ülkelerin, tedavisi çok pahalı olan HIV enfeksiyonu ve AIDS gibi hastalıkların tedavi giderlerini karşılaması imkânsızdır.

HIV enfeksiyonunun ana bulaşma yolu cinsel ilişkidir. Damar içi enjeksiyon yoluyla, anneden bebeğe bulaşma, sağlık çalışanlarının kazayla yaralanması, kan ve kan ürünleri verilmesi diğer bulaşma yollarıdır. 26 yıl önce tanımlanan ilk olgulardan sonra HIV enfeksiyonu bugün dünya genelinde salgın düzeyine ulaşmış durumda olup, 40 milyondan fazla kişi bugün bu hastalıktan etkilenmiş durumdadır. Türkiye'de 612 AIDS hastası, 1800 HIV enfeksiyonu olmak üzere toplam 2412 kişi taşıyıcı veya hasta durumundadır.

HIV enfeksiyonu ve AIDS dünya genelinde bir salgın hastalık olarak devam etmektedir. Yeni AIDS olguları ve ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 1995 yılından sonra Kuzey Amerika ve Avrupa'da yeni olgu sayısında artış durmuş iken; Hindistan, Afrika, Tayland, Eski Doğu Bloku ülkelerinde (Moldovya, Rusya, Ukrayna) hızlı bir artış vardır. Yılda 4 milyonu aşan yeni olgu sayısı ve 3 milyonu aşan ölüm sayısı halk sağlığı tehdidinin önemini göstermektedir. AIDS, bugüne kadar yirmi milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuştur. Diğer bir ifadeyle günde 14.000 kişiye HIV mikrobi bulaşmakta (dakikada 10 kişi) ve her gün 7 - 8 bin kişi bu hastalıktan ölmektedir.

AIDS tedavisi pahalıdır ve yılda kişi başına 10.000 dolar civarında tedavi masrafı gerektirmektedir. İlaçların yan etkilerini izlemek ve oluşan yan etkilerin tedavisi de ek masraflara neden olmaktadır. Pahalı tedaviye ulaşmak özellikle başta sahra altı Afrika ülkeleri olmak üzere diğer gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorundur. Tüm dünyada tedavi gereksinimi olan 7 milyon kadar kişiden yalnızca %15 kadarı tedavi imkânına kavuşmaktadır.

Yoksul ülkelerde HIV enfeksiyonlu annelerin gıda yetmezliği/yokluğu nedeniyle çocuklarını emzirmek zorunda olması çocukların hastalığa yakalanmasını artırmaktadır. Yoksul ülkelere ilaç ve gıda yardımı zengin ülkelerin ve sivil toplum kuruluşlarının ağırlık vermesi gereken önemli bir konudur.

Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar da dünya genelinde halk sağlığını teh-

dit etmektedir. Bunlar arasında klamidya üretriti, bel soğukluğu (gonore), sifiliz (frengi), genital herpes, genital siğiller, trikomoniyaz (paraziter hastalık), hepatit B sık rastlanılan hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü yılda tedavi edilebilir 340 milyon cinsel yolla bulaşan yeni olgu olduğunu bildirmektedir (91 milyon klamidya, 62 milyon bel soğukluğu, 23 milyon frengi (sifiliz)). Bu hastaların 151 milyonu Güneydoğu Asya, 62 milyonu sahra altı Afrika ülkelerinde görülmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sadece akut dönemlerindeki etkileriyle değil, neden oldukları komplikasyonlarla da ciddi önem taşımaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kanserlere (serviks, vaginal, karaciğer), üreme sağlığı sorunlarına (pelvisin iltihabı hastalığı, kısırlık, dış gebelik, düşük, prostat ve epididim iltihabı), gebelik ile ilgili sorunlara (erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, anomaliler, lohusalık sepsisi, bebekte doğum sonrası enfeksiyonlar: zatürre, sepsis, göz iltihabı, zeka geriliği, kronik karaciğer iltihabı, siroz) neden olur.

HIV enfeksiyonu salgını ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılma hızını azaltmak, öncelikle etkin korunma ve tedavi hizmetlerine erişimin sağlanmasına bağlıdır. Hastaların tespit edilip tedavi edilmesi, evlilik dışı cinsel temaslardan sakınmak, aile ve evlilik düzenine uyum, erkeklerin sünnet olması, gerekli durumlarda ilaçlarla korunma önemlidir. Korunma ve kontrolde cinsel temaslara bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak amacıyla halkın eğitimi başlangıç noktasını oluşturur. Ne yazık ki dünya genelinde konuyla ilgili bilgilendirme eğitimleri yetersizdir.

İşte, böylesine önemli küresel bir sorunla ilgili olarak, medeniyetlerin buluşma yeri olan İstanbul'da düzenlenen söz konusu uluslararası bilimsel toplantı gerek zamanlaması, gerekse yüksek bilimsel düzeydeki katılımıyla son derece önemli bir fonksiyonu yerine getirmiştir. Sempozyumda, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların dünyadaki mevcut durumu ele alınmış, konuyla ilgili gelişmeler tartışılmış, tanı, tedavi, korunma ve etik alandaki sorunlar ve çözüm önerileri değişik ülkelere toplantıya katılan alanında uzman hekimler tarafından irdelenerek birtakım sonuçlara varılmaya çalışılmıştır.

Sempozyumun ilk gününde; pediatrik HIV enfeksiyonu ve AIDS yetimleri, HIV biyolojisi, AIDS tedavisi, İslami perspektiften AIDS'in önlenmesi, aşılar, AIDS'li erkek ve kadında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gençlerin AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunması, ölüm hakkı ve küresel AIDS krizi gibi konu başlıkları ele alındı. Daha

çok biyoetik tartışmaların ağırlıkta olduğu ikinci günde ise; bulaşıcı hastalıklarla savaş ve İslam dini, AIDS'in etik ve sosyal yönleri, AIDS'li bir anneden doğacak çocuğun hakları, ahlaki değerlerimize uygun bir cinsel eğitim, AIDS çevresindeki biyoetik konular ve gelişen genetik teknolojilerin biyoetik yönleri gibi konular irdelendi.

Ortak çabalarımız sayesinde, önümüzdeki birçok engel ve sorunlara rağmen, daha mutlu ve sağlıklı bir dünya hedefine ulaşma ümidinin yinelenildiği sempozyum, bilimsel ve sosyal yönden oldukça doyurucu hatıralarla son buldu. Sempozyumun CD'si ve konuşmaların tam metinlerinden oluşacak FIMA Year-Book ile ilgili gelişmeler, www.fima-web.net ve www.hayatvakfi.org adresli web sitelerinden takip edilebilir.

Rakamlarla AIDS

☛ HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar sadece ABD'de 16 milyar dolarlık bir mali yüke neden olmaktadır.

☛ Dünya genelinde 40 milyondan fazla kişi bugün bu hastalıktan etkilenmiş durumdadır.

☛ Türkiye'de 612 AIDS hastası, 1800 HIV enfeksiyonu olmak üzere toplam 2412 kişi taşıyıcı veya hasta durumundadır.

☛ Hindistan, Afrika, Tayland, Eski Doğu Bloku ülkelerinde (Moldovya, Rusya, Ukrayna) hızlı bir artış vardır. Yılda 4 milyonu aşan yeni olgu sayısı ve 3 milyonu aşan ölüm sayısı halk sağlığı tehdidinin önemini göstermektedir.

☛ AIDS, bugüne kadar yirmi milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuştur. Diğer bir ifadeyle günde 14.000 kişiye HIV mikrobi bulaşmakta (dakikada 10 kişi) ve her gün 7 - 8 bin kişi bu hastalıktan ölmektedir.

☛ Tedavi ortalama 10.000 dolar civarındadır.

☛ Tüm dünyada tedavi gereksinimi olan 7 milyon kadar kişiden yalnızca %15 kadarı tedavi imkânına kavuşmaktadır

Tıp etiği eğitimi, 'zurnanın son deliği' (mi?)

Doç. Dr. Şahin Aksoy



1990'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993'de Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalına araştırma görevlisi olarak atanıp lisansüstü çalışmalar yapmak üzere yurtdışına gönderildi. 1993-1999 yılları arasında Tıp Etiği alanında doktora çalışmaları için İngiltere'de Manchester Üniversitesi'nde bulundu. 1999 yılında doktora çalışmalarını tamamlayıp Türkiye'ye döndü. 2003 Nisan ayında doçenlik sınavını kazandı. Halen, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Tıp etiğine olan ilgi son yıllarda giderek artmakta. Buna paralel olarak da bu disiplinin tıp eğitimi içindeki yeri üzerinde düşünen ve yazanlar da fazlalaşmakta. Bu noktada cevaplanması gereken önemli sorulardan bir tanesi, 'Tıp Etiği' eğitiminin tıp tahsilinin son ürün olan hekim üzerinde etkisi ve yararı olup olmadığıdır.

Tıp eğitimi tıp öğrencisi için yalnızca bir meslek kazanma süreci değil, aynı zamanda da bir sosyalleşme sürecidir. Bu sosyalleşme süreci birkaç bakımdan önem arz eder. Hekim adayı, bu dönemde diğer sağlık çalışanları ile nasıl etkileşeceğini, hastane ile kliniklerdeki hiyerarşik yapıyı öğrenmekle kalmaz, aynı zamanda çok farklı sosyal sınıflardan gelen ve değişik değer sistemlerine sahip hastalarla yüzleşmeyi de öğrenir. Ancak, bazı durumlarda bu sosyalleşme sürecinin olumsuz sonuçları da ortaya çıkar. Farklı ülkelerde yapılan araştır-

malar göstermiştir ki, tıp öğrencilerinin empati yetenekleriyle şefkat duygularında tıp fakültesine girdikten sonra belirgin bir azalma olmaktadır.

Tıp fakültelerini kazanan öğrencilerin, tıbbiyeyi tercih nedenleri arasında, "fakirlere yardımcı olmak", "insanların acılarını dindirmek", "yaşlı ve çocukların hastalıklarını tedavi etmek" önemli bir yer tutmaktadır. Ancak tıp fakültesini bitirene kadar bu idealizm, dramatik olarak körelmektedir. Acaba başlangıçta var olan empati ve şefkat hasletleri nasıl geri kazandırılabilir veya korunabilir?

Pek çok tıp eğitimi uzmanına göre bu sorunun cevabı, tıp eğitimi müfredatında Tıp Etiği ve benzeri derslere yer verilmesidir. Esasında Tıp Etiği dersleri yalnızca bir hekim için meslek uygulamasında gerekli olan söz konusu hasletleri geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda öğrencilerin kliniğe ve teşhise yönelik anlayışlarını da geliştirir.

Bazıları Tıp Etiği eğitimine tıp fakülteleri-

nin müfredatında yer verilmesinin yararları konusunda somut verilere ihtiyaç duyulduğunu söylemektedir. Oysa, burada söz konusu olan niceliksel bir veriden çok, niteliksel bir deneyimdir. Hiç kimse Anatomi dersi okuyanların daha 'iyi' hekim olduğunu niceliksel olarak gösteremez. Ancak, haklı olarak, hiç kimse buna dayanarak Anatomi dersini müfredattan çıkartmayı öneren bir kimseyi ciddiye almaz.

Hekimlik çok boyutlu bir meslektir. Bu yüzden 'malzemesi' insan olan hekimin de çok yönlü olması gerekmektedir. Tıp fakültesine giren öğrenciler üzerine çalışmalar yapan eğitim uzmanları 'hayat deneyimi' fazla olan, lise çağlarında yalnızca fizik, kimya, biyoloji okumakla yetinmemiş öğrencilerin tıbbiyede daha başarılı olduklarını ifade etmektedirler. Sosyal alanlarda da kendini geliştirmiş olan öğrenciler hem hastayla iletişimde hem de klinik uygulamalarda daha başarılı oldukları bilinmektedir.

Tıp fakültesi müfredatında, Tıp Etiği'ne



yer verilmesinin bir başka gerekçesi de, tıbbın özü itibarı ile ahlaki bir etkinlik olmasıdır. Aslında hasta ile olan her bir etkileşim derin ahlaki içeriği olan bir eylemdir. Eğer bir sıralama yapmak gerekirse, tıp etkinliğinin bilimsel ve teknik boyutu etik boyutundan daha önemli ve öncelikli değildir.

Zira tıpta bugün kullanılan her on tedavi yöntemin dokuzunun kullanımı destekleyen rasgele çift kör plasebo çalışması yapılmamıştır. Eğer bu doğrudur, tıp bir bilim olmaktan çok bir sanattır. Bu 'sanat' yalnızca sezgi ile teşhis ve tedavi edilmesi değil, hasta ile nasıl etkileşim kurulacağını ve belli tıbbi durumlar karşısında 'doğru' davranışın ne olduğunun bilinmesidir. Bu tür sezgiler temel bilimler ile saptanamaz, ancak yaşam deneyimleri, eğitim ve açık tartışma ile öğretilir. Çünkü bunlar etiğin alanına girmektedir. Kabul edilmelidir ki, sağlık çalışanları olarak bizlerin tıba yaklaşımı, bilimsel değil sosyal, siyasal, dinsel ve kişisel olan değerlerimize göre farklılık gösterir. Bu değerlerin bizlerin hasta ile olan etkileşimine, tedavi önerilerimize nasıl yansıdığının ortaya konulması ve tartışılması gerekir. Tıp öğrencilerinin olabildiğince ehil ve yetenekli bir hekim olma zorunluluğu vardır. Hekimliği daha doğru ifade eden kelime 'meslek' olmaktan çok 'uğraş'ır. Hekim her zaman hastasına yararlı olmaya uğraşır. Bu yararlılık kelimenin bütün anlam boyutlarını içine alır. Dolayısı ile hekimliğin etik boyutunu göz ardı etmek imkansızdır. Zira bu 'uğraş'ın bilimsel yönü de bilimsel olmayan yönü kadar kritiktir.

Yukarıda ifade ettiklerimizin ışığında Tıp Etiği eğitiminin tıp fakültelerinde öğrencilerin bu sosyalleşme süreci tamamlanmadan önce verilmesi gerektiği inancındayız. Bu eğitimin amacı, öğrencilere tıp uygulamasına ilişkin yasal ve etik konuları anlama ve analiz etme yetisini kazandırmak ve etik sorunları anlayıp analiz edebilecek duruma gelmelerini sağlamak, hastaların, ailelerinin, toplumun ve sağlık çalışanlarının benzer durumlarda en uygun karara varabilmeleri konusunda eğitmek olmalıdır. Bu hedefe yönelik olarak da öğrencilere;

- 1) İyi tıp uygulamasının temelini teşkil eden etik ilkeler ve değerler öğretilmeli,
- 2) Tıp uygulamasındaki etik sorunları eleştirel olarak düşünebilme, kendi etik inançlarını yeniden sorgulama, kendilerinden farklı düşünceleri anlama, hatta takdir edebilme ve bu düşüncelere karşı görüş üreterek tartışabilme yeteneği kazandırılmalı,
- 3) Ülkede mevcut olan sağlıkla ilgili yasalar ve yönetmelikler öğretilmeli,
- 4) Uğraşlarını yetkin olarak, en az riskle yürütebilmeleri için hekimlerin yasal yükümlülükleri ile yasal süreçler hakkında yeterli bilgi verilmeli,

kümüllükleri ile yasal süreçler hakkında yeterli bilgi verilmeli,

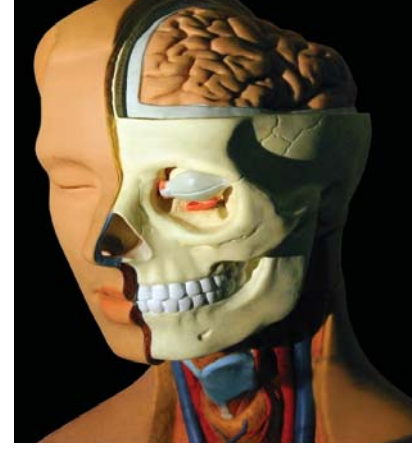
5) Deontoloji ve Tıp Etiği'nin yalnızca derslerde zevkli ve entelektüel açıdan tatminkâr tartışmaların yapıldığı bir alan olmadığı, temelde etik düşünme ve muhakeme etmenin, klinik uygulama ve karar verme süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu anlatılmalı,

6) Ve öğrencilere tıp uygulamasında etik ve yasal sorunların istisnai durumlar değil her gün yaşanabilecek olgular olduğu öğretilmelidir.

1993 yılında düzenlenen 'Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu' toplantısında Dünya Sağlık Örgütü, tıp fakültelerinde, Tıp Etiği eğitimine özel bir önem verilmesi konusunda çağrıda bulunmuştur. 1995 yılına gelindiğinde biyomedikal etik eğitiminin gerekliliği bütün Batı ülkelerince kabul edilmiş ve ayrı bir branş olarak örgütlenmiştir.

Gelelim en kritik soruya. Bu söylenenleri tıp öğrencilerine kim öğretecek? Yani, Tıp Etiği ve Deontoloji derslerini kim verecek? Aslında bu sorunun cevabı Patoloji, Anatomi, Kardiyoloji, Psikiyatri derslerini kim verecek sorusunun cevabı kadar basittir. Bu dersleri tabii ki lisans eğitimi sonrası söz konusu alanda lisansüstü eğitim yapmış bir öğretim elemanı verecektir. Yani, Patoloji dersini Patoloji uzmanı, Kardiyoloji dersini Kardiyoloji uzmanı verecektir. Nasıl ki liseler de bile, Matematik dersine Fizik öğretmenin girmesi veya Ahlak Bilgisi dersini Beden Eğitimi öğretmenin vermesi uygun görülüyorsa, eğitim faaliyetinin en üst kademesini oluşturan üniversitelerde, hele ki tıp fakültelerinde, Anatomi dersini mikrobiyolog, Psikiyatri dersini de ürolog vermemelidir. Zaman zaman, kurumların başlangıç yıllarında zorunluluklar bunu gerektirebilir. Hatta Patoloji dersini en az bir patolog kadar iyi anlatan bir kardiyolog, Anatomi dersini de bir anatomist kadar iyi anlatan bir ürolog ile karşılaşabilirsiniz. Ancak bunlar istisnadır ve istisnalar kaideleri kuvvetlendirir.

Bugün ülkemizdeki resmi ve özel toplam 50 civarındaki tıp fakültesinden yalnızca yarısına yakınında Tıp Etiği dersleri fakültenin kadrolu Deontoloji uzmanları tarafından verilmektedir. Bu fakültelerin % 90'ı da Türkiye haritasının ortasından çekilecek olan bir çizginin sol tarafında yer almaktadır. Biraz düşünülürse, günde durumun ne kadar hazin olduğu açıktır. Muhtelif Anabilim Dallarında kadroların tıka basa dolu olduğu pek çok köklü tıp fakültesinin bir Deontoloji/Tıp Etiği uzmanı istihdam etmemesi bu kurumların idarecilerinin bu alanı rahmetli hocamız Prof. Dr. Fuat Aziz Göksel'in ifadesi ile 'zurnanın son deliği' olarak görmelerindendir. Ancak bundan



sonra tıp fakültesi idarecilerinin bu disiplini bu şekilde görme lüksleri bulunmamaktadır. Her fakültede olan ve modern sağlık hizmetleri anlayışı ve Avrupa Birliği normlarının gereği olarak her sağlık kurumunda olması gereken etik komiteler ile tıp fakülteleri için hazırlanan çekirdek eğitim programındaki 'Tutum ve Davranış Listesi'nin önemli bir kısmının Tıp Etiği ders müfredatı içine girmesi 'Fizik derslerini Matematik öğretmenine', 'Ahlak Bilgisi dersini Beden Eğitimi öğretmenine' verdimmeye devam etmek istemeyen tıp fakültelerini Tıp Etiği eğitimini ciddiye almaya zorlamaktadır.

Çünkü, Temel ve Klinik Bilimler, tıbbın bedeni, Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği ruhudur. Temel ve Klinik Bilimler eğitimi tıp öğrencisini teknisyen ve zanaat-kâr yapar, Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği uygulamaya sanat ve estetik kazandırır.

Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği, tıp fakültelerinde alınması gereken zorunlu derslerden biri olup, Temel Tıp Bilimlerine bağlı ayrı bir bilim dalıdır ve doçentlik sınavlarında münferit bir doçentlik alanıdır. 70 yıl önce kurulan bu disiplin ülkede 50 yıldır uzmanlık eğitimi vermektedir ve ülkenin her tıp fakültesinde Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği eğitimi verecek profesyonellere sahiptir.

Bu ülkede insanlar hekimlerin teknik bilgi eksikliğinden değil, iletişim noksanlığından, etik duyarsızlıklarından, temel hak ihlallerinden ve empati yoksunluğundan şikayet etmektedir. Yeni nesil Tıp Etiği/Deontoloji uzmanları tıp fakültesi öğrencilerini bu konularda eğitmeye hazır ve isteklidir. Yani, esasında, Tıp Etiği eğitimi her ne kadar idareci ve meslektaşlarından 'zurnanın son deliği' muamelesi görüyor olsa da, tıp bağlamasının 'bam' telidir.

Son sözümüz Tıp Etiği eğitimi hâlâ 'zurnanın son deliği' olarak görmeye devam edenlere: Elinizde öyle bir türkü var ki bu türküyü 'zurnanın son deliği'ni kullanmadan çalma imkânınız bulunmamakta.

Kaynaklar:

Walton, H.J. (ed). "World Federation for Medical Education: Proceedings of the World Summit on Medical Education", Medical Education, 1993; 28 (S1): 140- 49

Steinberg, A. "The Foundations and the Development of Modern Medical Ethics", Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 1995; 12 (8): 473-76

Farmakovijilansın önemi ve Türkiye’de farmakovijilans uygulamaları

Uzm. Ecz.
Demet Aydıncarhaliloğlu



Hacettepe Üniversitesi Eczacılık fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Aynı fakültenin Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. Halen Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM) müdürü olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Farmakovijilans, advers etkilerin ve beşeri tıbbî ürünlere bağlı diğer muhtemel sorunların saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmaları ifade etmektedir. Yunanca ilaç anlamına gelen “pharmakon” kelimesi ile Latince tetikte olmak, uyanık olmak anlamına gelen “vigilans” kelimesinin birleştirilmesiyle oluşturulmuş bir kelimedir.

İlaçların ruhsatlandırıldıktan sonra güvenliliklerinin takip edilmesi son derece önemlidir. Birçok ilaç ruhsatlandırılıp pi-

yasaya verildikten sonra ciddi advers etkiler oluşturmaları nedeni ile piyasadan kaldırılmış veya ruhsat sahipleri ilacı piyasadan geri çekmek zorunda kalmışlardır. Bunun nedenleri;

❖ Hayvan deneylerinin ilacın insandaki güvenliliğini tespit etmek için yetersiz kalması,

❖ Klinik araştırmalarda seçilmiş ve sınırlı sayıda hasta ile çalışılması, araştırma süresinin ve kullanım koşullarının günlük hayattan farklılık göstermesi,

❖ 1/10 000 insidansında görülen advers etkiler için en az 30 000 kişinin ilaca maruz kalmasının gerekli olması,

ancak; ruhsat alınan sürece kadar 5000’den az insanın ilacı kullanmış olması nedeniyle klinik araştırmalar sırasında ancak sıklıkla görülen advers etkilerin tespit edilebilmesi,

❖ Seyrek olarak görülen ciddi advers etkiler, kronik toksisite, özel hasta grupları (çocuklar, yaşlılar, gebeler gibi,...) ve ilaç etkileşimleri konularında elde edilen bilginin genellikle yetersiz olmasıdır.

Dünyada hastaneye yapılan başvuruların % 3-6’sının advers etkilere bağlı olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında ABD’de advers etkilere bağlı mortalitelerin 4.- 6. sıralarda







olduğu gösterilmiştir. Advers etkilere bağlı olarak hastaneye yapılan müracaatlar ve hastanede yatış sırasında advers etkilerin oluşmasına bağlı olarak hastanede yatışın uzaması, bütçeye ek mali yük getirmektedir. Ayrıca, üretim kaybına da sebep olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her ülkenin kendi ulusal farmakovijilans sistemini kurması gerektiğini önermektedir. Bunun nedenleri arasında:

☞ Ülkeler arasında hastalıklar ve reçeteleme alışkanlıklarında farklılıklar görülmesi,

☞ Genetik farklılıklar, diyet, kültür farklılıkları, gelenekler,

☞ Farmasötik kalite ve kompozisyonu etkileyen ilaç üretim yöntemlerindeki farklılıklar,

☞ İlacın dağıtımı ve kullanımındaki (endikasyon, doz, ...) farklılıklar,

☞ Tek başına veya diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında çeşitli toksikolojik sorunlara yol açabilen bitkisel ilaçların kullanımının ülkeler arasında farklılık göstermesi sayılabilir.

Türkiye'de ilaç güvenliliğinin takibi amacıyla, Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER) 1985 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Kalite Kontrol Daire Başkanlığı bünyesinde kurulmuş ve 1987 yılında DSÖ İlaç İzleme İşbirliği Merkezine 27. üye olarak kabul edilmiştir. 2007 yılı itibarıyla bu merkezle 83 devletin farmakovijilans sistemleri tam üye olarak, 18 devlet ise gözlemci üye olarak işbirliği yapmaktadır. 1968 yılında kurulan bu sistemde 2007 yılı itibarıyla veri tabanında toplanan advers etki bildirim sayısı 3,7 milyon vaka raporuna ulaşmış durumdadır. DSÖ bu vaka raporlarını inceleyerek sinyal oluşturmakta ve oluşturduğu sinyalleri üye ülkelere duyurmaktadır.

İlaç Güvenliği İzleme, Değerlendirme Şube Müdürlüğü'nün 24 Kasım 2004 tarihinde kurulması ile birlikte ilaç güvenliliğin izlenmesi ile ilgili konular hız kazanmıştır. 22 Mart 2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik" yayımlanmış, 30 Haziran 2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatı Sahipleri için Farmakovijilans Kılavuzu" ile birlikte yürürlüğe girmiştir. Yönetmelikle birlikte merkezin sorumluluk-

ları artırılarak daha kapsamlı hale getirilmiş ve adı Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM) olarak değiştirilmiştir.

Yönetmelik, ruhsat/izin sahibine, sağlık mesleği mensuplarına, sağlık kurum ve kuruluşlarına ve Bakanlığa birtakım sorumluluklar yüklemektedir.

Yönetmelik gereğince; sağlık mesleği mensupları, hastalarında ilaçların kullanımına bağlı olarak meydana gelen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TUFAM'a bildirmekle yükümlüdürler. Bunun dışında bazı özel durumlarda da on beş gün içinde raporlama yapılması gerekmektedir. Bunlar:

1- Piyasaya yeni çıkan ilaçlarla görülen tüm şüpheli advers etkiler,

2- Sıklığında artış meydana gelen advers etkiler,

3- İlaç-ilaç, ilaç-gıda veya ilaç-gıda katkı maddeleri ile olan etkileşimler sonucu meydana gelen advers etkiler,

4- Gebelik sırasında ilaç kullanımı,

5- Türkiye'de ruhsatlı/izinli olmayan, ancak şahsi tedavi için Bakanlıkça ithal edilmesine izin verilen beşeri tıbbi ürünler ile, Türkiye'de ruhsatlı ürünlerin onaylanmamış endikasyonda şahsi tedavi amaçlı ve reçete onaylanması sureti ile kullanımı esnasında ortaya çıkan advers etkiler,

6- Hayati tehlike taşıyan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, aşılar ve kontraseptiflerle meydana gelen etkisizlik olayları,

7- İlacın intihar eğilimine ve bunun devamında şüpheli ilacın veya başka ilaçların doz aşımına neden olduğuna işaret eden durumları,

8- Ciddi ve beklenmeyen advers etkilere yol açan yanlış kullanım ve suiistimal olaylarıdır.

Advers etki bildirimlerinin yapılmasında TUFAM tarafından hazırlanmış olan Advers Etki Bildirim Formu kullanılmalıdır. Formun bulunmaması halinde yazı ile yapılan bildirimler de kabul edilmektedir.

Advers Etki Bildirim Formu'nda yer alan bilgilerin mümkün olduğunca tam olarak doldurulmuş olması gereklidir. Gerçek görülürse, forma ek bilgi verilebilir, ya da form içeriğinde yer bulamayan ancak belirtilmesi önemli görülen hususlar ek bilgi olarak sunulabilir.

Aşılar için T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ta-

rafından 03.11.2003 tarih ve 2003/127-16513 sayılı ile yayımlanarak yürürlüğe giren Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzlem Sistemi daimi genelgesinin ekinde yer alan ve gerek görüldükçe güncellenen "Aşı Sonrası İstenmeyen Etki Bildirim ve İnceleme Formu" kullanılmalıdır.

Advers Etki Bildirim Formunda esas olarak dört ana bölüm bulunmaktadır:

A- Hastaya ait bilgiler:

Adı ve soyadı, doğum tarihi, doğum tarihi bilinmiyorsa yaşı, cinsiyeti, boyu, ağırlığı.

B- Advers etkiye ait bilgiler:

1- Advers etkinin tanımı ve şiddeti (Bu tanım yapılırken, mümkün olduğunca tıbbi terminoloji kullanılmalıdır. Pruritus, apne, ürtiker gibi,...), advers etkinin başlangıç tarihi, advers etkinin bitiş tarihi, advers etkinin sonucu (hastalığın tedavisinin sonucu değil, oluşan advers etkinin sonucu yazılmalıdır.)

2- Ciddiyet kriterleri (ölüm meydana geldiyse, ölüm nedeninin ICD-10'a göre sınıflandırılması beklenir. Otopsi yapıldıysa, otopsi bulguları veya otopsi raporu da eklenmelidir. Ölümün bir advers etki olmadığı, bir sonuç olduğu unutulmamalıdır.)

3- Laboratuvar bulguları (tarihleriyle birlikte)

4- İlgili tıbbi öykü / eşzamanlı hastalıklar (Olgunun değerlendirilmesinde yardımcı olacak her türlü ilişkili bilgi -alerji, gebelik, aşırı sigara ve alkol kullanımı, hipertatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon, ...- eklenmelidir. Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihi de belirtilmelidir.)

C. Kullanılan tıbbi ürünle ilgili bilgiler:

1- Şüpheli ilacın ismi,

2- Veriliş yolu,

3- Günlük dozu (mg/kg hesabı ile verilen ilaçlarda veya mç hesabı ile verilen ilaçlarda gerekli hesaplamalar yapılmalıdır. Kür olarak kullanılan ilaçlarda ilacın kaçınıcı küründe advers etki görüldüğü mutlaka bildirilmelidir.),

4- İlaça başlama tarihi,

5- İlacın kesildiği tarih (İlacın kullanımı kesilmemişse, "DEVAM" yazılmalıdır. Kesin olarak ilacın hangi tarihlerde kullanıldığı bilinmiyorsa, ancak belli bir zaman süresi verilebiliyorsa -3 hafta, 2 gün gibi- bu süre yazılmalıdır.),

6- İlacın hangi endikasyon için kullanıldığı (ilacın kullanıldığı endikasyon

kısaltma yapılmadan yazılmalı ve mümkünse ICD-10'a göre sınıflandırılmalıdır.),

7- Advers etki ortaya çıkınca ilacın kullanımının bırakılıp bırakılmadığına dair bilgi,

8- İlacın kullanımı bırakıldıysa veya doz azaltıldıysa advers etkinin azalıp azalmadığına dair bilgi,

9- Advers etki oluştuğundan sonra ilacın kesilmesini takiben advers etki düzeldikten sonra yeniden ilaca başlanılıp başlanılmadığı hakkında bilgi,

10- İlaça yeniden başlanılınca advers etkinin tekrarlayıp tekrarlamadığına dair bilgi,

11- Eşzamanlı olarak kullanılan ilaç / ilaçlar,

Advers etki oluşmasından bir önceki ay boyunca hastanın kullanmış olduğu tüm ilaçlar da bildirilmelidir. Aplastik anemi, fibrozis ve kanser gibi bazı advers etkilerde daha uzun süreler dahi ilişkili olabilmektedir. Reçeteye tabi olmayan ürünler, majistral olarak hazırlanmış ürünler, bitkisel ürünler ve diyet katkısı amacı ile kullanılan ürünler de -ilgili oldukları ölçüde- dahil edilmelidir.

İlaç-besin etkileşmesi açısından da etkileşmesi muhtemel olan besinlerden de bahsedilmelidir. Eşzamanlı olarak kullanılan ilacın adı, veriliş yolu, günlük dozu, ilaca başlama ve ilacı kesme tarihleri, endikasyonu (ICD-10) yazılmalıdır.

Advers etkinin tedavisi için kullanılan ilaçlar, eşzamanlı kullanım olarak değerlendirilmez, bu nedenle bu tip ilaçlar bu bölüme yazılmamalıdır.

12- Diğer gözlemler ve yorum:

Üretim ya da saklama koşullarından kaynaklanan kalite sorunlarından şüpheleniyorsa, sorun ile birlikte ilacın seri numarası ve son kullanma tarihi de bildirilmelidir.

13- Advers etkinin tedavisi için kullanılan yöntemler ve ilaçlar kullanılan tarihlerle birlikte yazılmalıdır.

D- Bildirim yapan kişiye ait bilgiler:

Adı soyadı, mesleği, telefon numarası, adresi, faks numarası, e-posta adresi, imza, raporun firmaya da bildirilip bildirilmediği bilgisi, rapor tarihi, rapor tipi (ilk takip) (takip raporlarında ilk raporun TÜFAM'a gönderilme tarihi yazılmalıdır.)

Sağlık Bakanlığı'na yapılan bildirimlerde, hastanın ve bildirimde bulunan sağlık mesleği mensubunun kimliği, adresi Bakanlık'ça gizli tutulur. Bu kişilerin rızası olmaksızın bu bilgiler hiçbir amaçla TÜFAM personeli dışındaki kişilere

açıklanamaz.

E- Ruhsat/ izin sahibine ait bilgiler:

Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelen advers etkiler veri tabanlarında biriktirilerek, sinyal aranmakta ve bunun sonucunda ilaçların prospektüslerinin kontrendikasyon, uyarılar/önlemler, advers etkiler gibi güvenlilikle ilgili bölümlerinde değişiklik yapılmakta, endikasyonlar kısıtlanmakta veya ilaç piyasadan çekilebilmektedir. TÜFAM gelişmiş ülkelerde ilaç güvenliliği ile ilgili meydana gelen gelişmeleri izleyerek, Türkiye'de bunlarla ilgili gerekli tedbirleri almaktadır. Sağlık mesleği mensuplarının hastalarında ilaç kullanımı sonucu gördükleri advers etkileri bildirmeleri ülke olarak kendi verilerimizi elde etme ve sinyal oluşturma imkânı sağlayacaktır.

Unutulmamalıdır ki, farmakovijilans bir halk sağlığı hizmetidir ve tüm sağlık mesleği mensuplarının sorumluluğundadır. TÜFAM'ın başarısı sağlık mesleği mensuplarının farmakovijilans sistemine katılımına bağlıdır.

Advers etki bildirim formları <http://www.ieg.gov.tr> adresinden temin edilerek 0 312 309 71 18'e faks çekilebilir veya posta ile TÜFAM'a ulaştırılabilir. Ayrıca sorulmak istenen konular için TÜFAM 0 312 309 11 41/1192 numaralı telefondan aranabilir.

Kaynaklar

Safety Monitoring of Medicinal Products. Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre. Uppsala monitoring Centre-WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring. EQUUS, London, 2000.

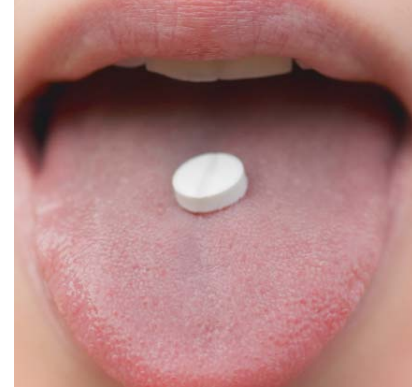
Safety of Medicines. A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Why health professionals need to take action. WHO, Geneva, 2002.

Moore N. ve ark. (1998) Frequency and cost of serious adverse drug reactions in a department of general medicine. Br. J. Clin. Pharmacol., 45:301-308.

Lazarou J. ve ark.(1998) Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA, 279 (15), 1000-5.

Pirmohamed M. ve ark. (2004) Adverse drug reactions as cause of admission to hospital:prospective analysis of 18 820 patients. BMJ, 329:15-19.

Muehlberger ve ark. (1997). Adverse drug reaction monitoring-cost and benefit considerations part 1: frequency of adverse drug reactions causing hospital admissions. Pharmacoepidemiol. Drug Safety, 6 Suppl. 3: S71-S77.



Tanımlar

Advers etki: Bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal doz ile ortaya çıkan ölüme, hayati tehlikeye, hastaneye yatmaya veya hastanede kalma süresinin uzamasına, kalıcı veya belirgin sakatlığa veya iş göremezliğe, konjenital anomaliye veya doğumsal bir kusura neden olan etki.

Beklenmeyen advers etki: Beşeri tıbbi ürüne ait kısa ürün bilgileri ile niteliği, şiddeti veya sonlanımı açısından uyumlu olmayan advers etki.

Spontan bildirim: Beşeri tıbbi ürünlerin rutin kullanımı esnasında bir hastada bir veya daha fazla beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan şüpheli advers etkinin sağlık mesleği mensubu tarafından, firmaya ve TÜFAM'a Advers Etki Bildirim Formu doldurularak veya Formun bulunmaması halinde yazılı olarak bildirilmesi.

Advers etki bildirim formu: Bir kişide beşeri tıbbi ürün kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan ürün advers etkisi ile ilgili bilgilerin yer aldığı form.

Farmakovijilans itibat noktası: Sağlık kuruluşunda advers etkilerin bildirilmesini teşvik etmekten, farmakovijilans verilerini toplamaktan ve TÜFAM'a iletmekten, erektiğinde eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktan sorumlu şahıs veya konu ile ilgili birim.

Sağlık mesleği mensubu: Hekim, eczacı, diş hekimi veya hemşireler. Raporlar, hekim ve diş hekimleri dışındaki sağlık mesleği mensuplarınca hazırlanmışsa, mümkünse tıbben ehliyetli bir kişiden konuya ilişkin detaylı daha fazla bilgi edinilmelidir.

Sinyal: Bir advers olay ile beşeri tıbbi ürün arasındaki, bilinmeyen ya da daha önce yeterince dökümant edilmiş, muhtemel bir nedensellik ilişkisi ile ilgili raporlanmış bilgi. (Bir sinyal üretmek için, olayın ciddiyeti ve bildirim kalitesine göre değişmekle birlikte, genellikle birden fazla rapor gerekir.)

İlaçların ruhsatlandırılması: FDA nereye?

Dr. Hüsni Dağı

Bürokrasinin birçok kesiminde, karar verici organlar, devletin veya vatandaşların çıkarlarıyla, mal veya hizmet satmak isteyen kişi ve kurumların baskılarını omuzlarında hissederler. Savunma sanayinde olsun, bayındırlık veya enerji alanlarında olsun, çeşitli çıkar grupları, kendileri açısından haklı oldukları konularda lobicilik faaliyetlerini yürütürler. Bu faaliyetler çoğu kez normal kabul edilse de, yasa dışı haline geldiği zaman yolsuzluklar kate-

gorisine girer ve yapan kişiler ciddi yaptırımlar ile karşı karşıya kalırlar.

İlaç sektörü de, benzer piyasa kurallarına göre işlese de, karar verici mekanizmaların birçok yerinde bilimsel kurullar önemli görevler görürler ve bu yönüyle de diğer sektörlerden ayrılırlar. Birçok ülkede, ilaçların ruhsatlandırılmasını ve güvenlik takiplerini yapan kurumlar bulunmaktadır. Amerika'da ilaçların ruhsatlarını düzenleyen ve denetleyen en üst kurum olan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration –FDA-), dünya çapında saygınlığı olan bir kuruluştur. FDA

ise, kurum dışından oluşturduğu çeşitli bilimsel komisyonlardan görüşler alarak kararlarını verir çünkü kendi içinde bu kadar geniş spektrumdaki bilim adamlarını çalıştırması olanaksızdır. Teorik olarak, bu kişilerin herhangi bir etki altında kalmaksızın, tamamen bilimsel kriterlere göre, bağımsız karar verdikleri kabul edilir.

Ancak son yıllarda FDA, komitelerde yer alacak bilim adamlarının ticarî çıkar ilişkilerini çok fazla sorgulamamaktadır. Bu durum da, bilim-ticaret-politika üçgenindeki ilişkilerin güvenilirliğini tartışmaya açmaktadır. Çünkü





aynı ilaçlar hakkında zaman içinde yapılan farklı yorumlar ve farklı kararlar bazen kafaların karışmasına neden olmaktadır.

Örneğin; 1999 yılında incelenen rofecoxib (Vioxx, Merck) ilacı için, FDA'nın kurum içi komitesi, olası kardiyovasküler riskler hakkında uyarıda bulunmuştu. Ancak bilimsel komite, bu riski değerlendirmek yerine, ilacın daha az gastrointestinal yan etkiye sahip olduğu konusunu ön plana çıkarmayı yeğlemişti. Rofecoxib ile naproksenin karşılaştırıldığı bir klinik araştırmanın birinci yılında myokard infarktüsü riskinin 4 kat fazla olduğu gösterilmişti ancak firma bu durumu, naproksenin kardiyoprotektif etkisine bağlamıştı. Daha sonra, 2007 yılında aynı firma, aynı grupta yer alan etoricoxib (Arcoxia) için ruhsat istemiş ve etoricoxib ile diklofenak karşılaştıran çalışmalar göz önüne alınarak, ruhsat verilmişti. Yıllar boyu milyonlarca dolar harcayan firma, etoricoxibin, diklofenak ile aynı sayıda kardiyak komplikasyonlara yol açtığını ortaya koyarak ruhsatı almıştı. Ancak, FDA içinden bilimsel kurula sunulan bir raporda, başka bir ilaç, yani naproksen ile aynı çalışmanın yapılması halinde, kardiyovasküler riskin 3 kat daha artmış bulunacağı gösterilmişti. Komite, eğer diklofenak da aynı kardiyak riski taşıyorsa, o zaman bir üstünlüğü olmayan yeni ilacın FDA tarafından onaylanmaması gerektiğini söylüyordu. Halbuki FDA'nın geleneksel tavrı, aynı kategorideki bir ilacın diğerlerinden daha güvenli veya etkili olmasının beklenmemesi gerektiği şeklindeydi. Ancak FDA, daha önce rofecoxibin 5 yıl kullanılmasından sonra kardiyak riskinin ortaya çıkmış olmasının verdiği rahatsızlığı da göz önüne alarak, komite kararına uymak zorunda kaldı.

Bir başka ikircikli durum, 1995'te, bir diyet ilacı olan dexfenfluramin'de (Re-

dux) yaşandı. Ana molekül olan fenfluramin, ihmal edilebilir bir kilo kaybına neden olmakla beraber ölümcül pulmoner hipertansiyona yol açabiliyordu ve bu yeni izomerinin daha iyi olacağına dair bir kanıt da yoktu. Üretici firmanın yaptığı tek bir klinik çalışmada, ilacı alan hastaların, plasebo kullananlara kıyasla 3 kilo daha fazla verdiği ortaya konmuştu. Firma, bu kilo kaybının, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı gibi birçok hastalığın insidansında azalmaya yol açacağını iddia ediyordu ancak bu konuda bir çalışma yoktu. Bu nedenle, bilimsel komite, ilaca onay vermedi. Ancak 2 ay sonra FDA, komiteyi tekrar toplantıya çağırdı. Yeni bir veri sunulmadı, ancak komitenin birçok üyesi, toplantıya katılmamıştı ve ilaç bu kez komiteden onay aldı. İlaç, piyasada yeteri kadar ilgi görmedi, buna karşılık, beklenen pulmoner hipertansiyon olguları gerçekten görüldü; ayrıca beklenmedik şekilde kalp kapak bozuklukları da ortaya çıktı ve ilaç 1 yıl sonra piyasadan çekildi. Üretici firma, o günden bugüne, ilaçtan zarar görenlere ve avukatlarına 20 milyar dolardan fazla tazminat ödedi.

Antidiyabetik ilaçların yeni bir grubu olan glitazon grubundan troglitazon (Rezulin, Parke Davis), 1997'de piyasaya girmesinden kısa bir süre sonra, bazen ölümcül olabilen fulminan karaciğer nekrozuna yol açtığına dair raporlar yayınlanmaya başlandı. Bunun üzerine, birçok ülkedeki idareciler, bu ilacı yasaklama kararı aldılar. Ancak FDA ve bilimsel komitesi, üretici firmanın da gayretleri ile, ilaç tüm dünyada piyasadan çekildikten sonra 2 yıl daha herhangi bir işlem yapmadılar. Bu olaydan yaklaşık 10 yıl sonra, aynı gruptan bir başka ilaç olan rosiglitazon'un (Avandia, GlaxoSmith-Kline) konjestif kalp yetersizliği ve myokard infarktüsü riskini artırdığına dair çalışmalar ortaya çıktı. 30 Temmuz 2007'de toplanan bilimsel kurul,

20'ye karşı 3 oyla, rosiglitazonun tip 2 diyabetli hastalarda kalp iskemisi riskini artırdığını kabul etti, ancak yine aynı kurul, ilacın piyasada kalmasını da 22'ye karşı 1 oyla onayladı. Bu ilaç, 1999 yılından beri piyasada olmasına rağmen, birçok bilim adamı, ne üretici firmanın ne de FDA'nın yeterli kadar güvenlik çalışması yapmadığının altını çizdi.

Bir ilacın ruhsatlandırılması, yazılması ve güvenlik incelemesi süreçleri, bilimsel, idari, hukuki, klinik, ticari ve politik olaylardan etkilenmektedir. Bu karmaşıklık içinde, yalnızca bilimin ön plana çıkmasını ve yol gösterici olmasını sağlamak her zaman mümkün gözükmemektedir. Ancak, olayların şeffaf bir şekilde ele alınması herhalde daha doğrudur. Bilimin de, tüm bu süreçlerde bağımsız kalması, ciddi araştırmalar yapması ve verilerini kanıta dayandırması, herhalde saygınlığını artıracak ve sesinin daha gür çıkmasını sağlayacaktır.

Kaynak

Avorn J. Keeping science on top in drug evaluation. *N Engl J Med* 2007; 357: 633-635

Emin Olgun: "Türkiye'de eczacılık, dermokozmetik ve besin takviyelerine kaydı!"

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Bir önceki sayımızda SUT hakkında dernekler ne diyor diye araştırırken, özellikle ÖZGÖRDER'in yaptığı "SUT ile görüntüleme ve ilaçta rant özel hastanelere kaydı" açıklaması, bizim ilaç sektöründe de bir rant olup olmadığı, varsa bu rantın nereye kaydığı ya da kaymadığı, SUT'un ilaç sektörüne etkilerinin nasıl olduğu, sağlık sektörünün saç ayaklarından eczacıların durumdan nasıl etkilendikleri gibi sorunların

yanıtlarını araştırmamıza sebep oldu. Tabii sadece bunlar da değil; son yıllarda eczanelerin ve dolayısıyla eczacılığın konsept değiştirdiği sizin de gözünüzden kaçmamıştır. Eczaneler, ilaçtan ziyade kozmetik ürünler, vitaminler, besin takviyeleri ile bambaşka bir silüet kazandı. Özellikle altı çizilerek verilen 'ilaç değil, besin takviyesidir' denilen ürünlere eczacıların hakimiyeti var mıdır? Eczacılık nereye gidiyor? sorularının cevaplarını öğrenmek üzere İlaç ve Eczacılık Kurumu Derneği (İVEK) Başkanı Emin Olgun'la görüştük. Olgun, ilaç ve ecza-

cılık sektörü ile ilgili tüm sorularımızı büyük bir titizlikle cevapladı.

Öğrendik ki, ilaçta da birçok sorun varmış. Bu yıla kadar açılan eczane sayısı kapanan eczane sayısından hep fazlayken bu oran tam tersine dönmüş. Yakın zamana kadar sürekli yükselen ilaç fiyatları, artık hep düşüşteymiş. Bütçe Uygulama Talimatları eczacıların önündeki en önemli engelmiş...

Akif Tan: Sohbetimize sizi ve derneğinizi tanıyarak başlamak için öncelikle



şunları sormak istiyorum: İVEK nedir? Ne zamandan beri tanınıyor? Nereye doğru gidiyor?

Sağlık sisteminde en azından bilimsel literatür ve diğer genel literatürde sağlığı ele alan sizin gibi bir yayın yok. Aynı şekilde sağlık mesleklerine doktor olabilir, eczacı olabilir bunlara bilimsel ve teknik yaklaşım sergileyen bir kurum veya kuruluş yok. Meslek örgütlerimiz var ama meslek örgütlerimizin olmasıyla her zaman her şeye çözüm getiremiyorsunuz. Bunun üzerine biz beş yıl önce, bilimsel ve teknik alt yapısı olan bir dernek oluşturalım dedik. Yani bu 5 yıllık bir süreç. İki yıldır da, resmi faaliyete başlamış durumdayız. Dernek tam olarak faaliyete geçmeden önce dernek fikrini oluşturan arkadaşlar olarak toplantılar, diyaloglar (hem resmi hem de özel kurumlara) kurma şeklinde faaliyetlerimiz oldu.

Üyelerimizin yüzde 60'ı İstanbul'da. Ancak Türkiye'nin her tarafında üyelerimiz var. Mesleğe katkısı olan insanları üye yapıyoruz yani her üye olmak isteyeneye açık bir dernek statüsü oluşturmamıştık. Üyelerimizin bir teknik donanımı olsun istedik.

Mesleğinizin ufkunu açacak, geleceğine yönelik projeler üretebilecek kişileri bulmak zordur. Biz hangi kanattan olursa olsun bu arkadaşlarımıza ulaşmak istiyoruz. Alt yapısı olan, teknik donanımı olan insanlarla çalışmak, onları kendi üyemiz yapmak gibi bir çalışmamız var. Bu konuda da başarılı olduğumuza inanıyoruz.

Yasemin K. Şahinkaya: Sağlık sektöründe son zamanlarda yaşanan değişimlerden eczacılar nasıl etkilendi? Siz dernek olarak değişim adına neler yapmayı planlıyorsunuz?

Kabul etmek lazım ki sağlık, son 3-4 yıl içinde en hızlı dönüşen, en hızlı değişime uğrayan alanların başında geliyor. Değişen teknoloji var, mevzuat var. Bir başka alan yok bu kadar hızlı değişime uğrayan. Bundan 10 yıl önce insanların hayal edemeyeceği değişimler gerçekleşti. Ama her değişimde sancılar, sıkıntılar vardır. Oluşmuş alt yapılar vardır. Oluşmuş alt yapıların tamamen değişmesinden kaynaklanan problemler vardır. Dolayısıyla bu sıkıntıları biz içinde olanlar olarak yaşıyoruz. Sadece eczacılar olarak da değil üstelik, sağlık sektöründeki herkes bunu yaşıyor. Sağlıkla ilgili hangi meslek grubunu ele alırsanız alın o değişimin yaşandığını, bazı değişim sancılarının görüldüğünü gözlemliyoruz. Ama en çok etkilenen alanlardan biri eczacılık.

"Sağlıkta dönüşüm" denilen sistemde

ilk önce ne yapıldı? Hastanelerdeki eczaneler kapatıldı, oradan hizmet alan hastalar serbest eczanelerden hizmet alır oldu. Bunun getirdiği çeşitli sıkıntılar oldu. İlaçlarla ilgili düzenlemeler gibi çok sık değişiklikler oldu. Tabii bunların hepsi değişimin sancılarını da beraberinde getirdi.

(A.T.) Bunlar eskiden beri biriken problemlerin çözümü için atılmış bir adımdı, yapılması gerekenlerdi aslında... Yani bu hastane içindeki eczanelerin kapatılması ve hastaların özel eczaneleri yönlendirilmesi doğru bir adım mı? Olması gereken mi? İleride meseleleri çözüme ulaştırması için karşılayacak adımlardan biri mi demek lazım?

(Y. K. Ş) ÖZGÖRDER'in SUT için yaptığı, "SUT ile rant hastanelere kaydırıldı. Bu özellikle görüntüleme ve ilaçta..." açıklaması hakkında ne diyorsunuz? Gerçekten durum böyle midir?

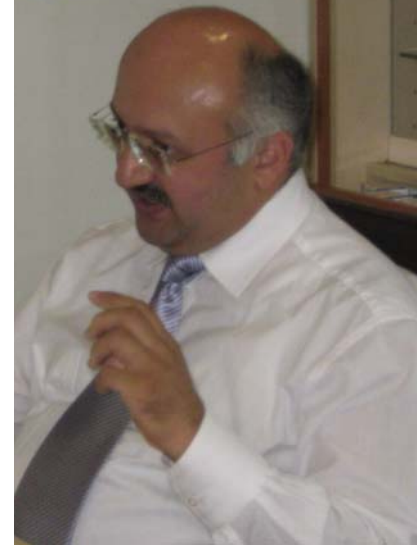
Dönüşüm öncelikle hastanelerde başladı. Arkasından eczaneler yansıldı. Şöyle görmek lazım: Türkiye nüfusunu oransal olarak yüzde 40'ı SSK'lı, belki yüzde 35'i.

Türkiye'de klasik bir SSK Hastanesi anlayışı vardı. Sadece o hastanelere gidebilir, sadece o hastanelerde muayene ve tedavi olabilirsiniz. Onun dışında tedavi ve muayene olmanız, ilaçlarınızı almanız mümkün değildi. SSK Hastaneleri'nin sayısına baktığınız zaman bir Devlet Hastanesi sayısı kadar olmadığını görüyoruz. Belki büyük kentlerde büyük hastaneleri vardı SSK'nın ama büyük kentlerde de SSK'lı oranı nüfusa kıyasla çok yüksekti. İstanbul'un yüzde 55-60'ı SSK'lı. Belki bir Güneydoğu'da, Karadeniz'de, Doğu Anadolu'da bu kadar değildir. Memur oranı, Bağ-Kur'lu oranı yüksektir. Ama büyük kentlere geldiğiniz zaman çalışan oranı artıyor, dolayısıyla SSK'lı oranı artıyor. Hizmet alacak halk kitlesi daha fazla. Hepimiz biliyoruz SSK hastanelerinde yaşanan zorlukları, sıkıntıları. İnsanların bu nedenle sürekli özel hastanelere gitmek zorunda kaldıklarını ve her türlü giderini kendisi karşılamak zorunda kaldığını.

Bir dönüşüm yaşandı. Önce devlet hastanelerine açıldı. Devlet hastaneleri de yetmedi, sonra özel sektöre açıldı. Bu bir süreç bence, onu görmek lazım...

(Y. K. Ş.) Bu arada şimdi Üniversite Hastaneleri de açıldı...

Evet. Tüm hastanelere vatandaşımız hiçbir ayırım olmadan gidebilir hale geldi. Böyle bir dönüşüm yaşandı. Niye buna gerek duyuldu. Ben şöyle



"Son fiyat kararnamesine kadar ilaç fiyatları hep enflasyon üzerinde zam almış. Hep! Enflasyon yüzde 50 ise ilaca yüzde 60 zam gelmiş. Aslında eczacı için de bu bir rant kapısı olmuş."

bakıyorum: Şu an İstanbul'da 12 milyonluk kent, ancak kamu yaklaşık 20 yıldır tek bir hastane yatırımı yapmamış. Sadece Ümraniye Devlet Hastanesi'ni açmış. Onu da tam açamamış. Sadece poliklinik hizmeti verir bir pozisyonda açmış. Yirmi yıl önce insanlar yine hastanelerde kuyruktayken, yirmi yıl sonra artan nüfusla birlikte hastanelerin yetersiz kalmasını anlamak çok zor değil. Çok ciddi bir hasta stoğu oluşmuş. Bunu bir şekilde eritmeniz lazım.

Ayrıca Türkiye'de belli bir hekim kapasiteniz var. Biz görüyoruz ki hâlâ bir hekim günde 80-100 poliklinik yapılıyor. Bir hekim bir hastaya 5 dakika ayırsa, 500 dakika bir hekimin hiç ara vermeden 8 saat çalışsa 480 dakika yapar. Yani bu mantıkla bir hekim bir hastasına 5 dakika ayıramıyor. Hekim çay mı içmeyecek, diğer ihtiyaçlarını mı gidermeyecek, elini yüzünü mü yıkamayacak? Hasta geldi, neyin var, reçete yaz şeklinde sağlık sisteminin bu şekilde sağlıklı döndüğünü söyleyemeyiz. O zaman mantıken bu hasta stoğunu dağıtmak gerekir. Ben özel sektöre açılmasını çok mantıklı buluyorum.

(A. T.) Revize edilmesi gereken yerler var tabii ki. Peki gerçekten rant var mı? İlaçta yaşanan problemler aşıldı mı?

Bazı şeyler vardır ki insan alt yapınızla da alâkalıdır. Mutlaka açık noktalar olacaktır. İnsanlar suiistimal etmeye kalkacaklardır. Ama burada devletin aslı vazifesi kontroldür. Gerekli caydırıcı cezaları vermek gibi bir eğiliminin de olması lazım. Bence devletin bunu



sağlaması lazım...

Çok iyi bir kontrol mekanizması oluşturması lazım ki ona da alt yapı olarak gittiğine inanıyorum ben.

Eczanelerde bu kısmen oldu, şimdi hastaneler de 'medula' sistemi ile kontrol edilebilir oluyor. Yani siz 80 poliklinik yapmışsınız, o 80 polikliniğin hepsinden akciğer grafisi istemişsiniz. Bunu sistem kontrol edebildiği, hesabını sorabildiği zaman kara delikler kapanacaktır. Bu noktaya gidilmesi lazım.

İlaçta da benzeri şeyler var. Belki bir hekim o gün oturdu 50 tane poliklinik yaptı 50'sine birden aynı ilacı yazdıysa, o zaman sistem o hekimi sorgulayabilir olmalı ve sorgulayabilir olduğu zaman bazı şeyler kontrol edilebilir hale geliyor.

Bunlar tamamen teknolojik alt yapıyla alâkalı. Daha dün belki kağıt kalemle yapılan her şey provizyon sistemine geçmiş durumda. İlaç alıyorsunuz provizyon veriyorsunuz. Siz tıp merkezinde, hastanede hastayı kabul ediyorsunuz provizyon alıyorsunuz sistemden ve hastayı ondan sonra muayene ediyorsunuz. 'Şunları yaptım, bunları yaptım' diye fatura ekinde gönderiyorsunuz. Yani bunlar neticede bir gün gelecek kontrol edilecek. Belki kontrol mekanizması şu an yavaş yürüyor, bazı sıkıntıları var ama yürüyor.

Son düzenleme ile görüntüleme merkezinin yönetmeliğinde değişiklik yapıldı. Görüntüleme merkezleri SGK ile değil de hastanelerle anlaşma yapabilir statüye döndü. Bizim insanımız maalesef açık kapıları sonuna kadar kullanmayı çok sever. Sistemde vur dediği zaman öldürmeyi sever. Böyle bir ikilem vardır.

Tabii doktorla görüntüleme merkezlerinin hiç hoş olmamasına rağmen, hiç istenmeyen, gayr-i nizami ve gayr-i yasal ticari ilişkiler içine girmesi sistemin bunu nasıl önlerim mantığına doğ-

ru kayılmasına sebep oldu. Tam önleyebilir mi bunu zaman gösterecek.

(Y. K. Ş.) Peki, ilaçta durum...

İlaçta da durum pek farklı değil. Sorunlar var ama ben kesinlikle aşılanacak diye düşünüyorum.

Öncelikle şunun ayrımını yapmak lazım: Bir yatan hasta ilacı var, bir de ayakta tedavi için kullanılan ilaçlar var. Yatan hastanın her şeyinin hastaneden verilmesi gerekmektedir. Ama ayakta hastanın da hiçbir şeyinin hastaneden verilmemesi lazım. Genel mantık bu olması lazım. Bu hasta konforu için bence gerekli. Mevzuat vardı fakat hastaneler ihale yapamadıkları, ilaçları alamadıkları için dışarıya gönderiyordu. Şimdi yeni bir yönetmelik yayınlandı. Bununla birlikte yatan hasta reçeteleri hastane eczanelerinde geçiş süreci sonucunda başarılabiliyorsa alınacak diye bir şey var. Ama ben bunun tam 120 gün sonra hayata geçebileceğine inanmıyorum. Çünkü ihale kanununa bağlı gerekli yönetimlik düzenlemeleri yapılmadı. Dolayısıyla hastanelerin şu an o bahsedilen ihalelere fiilen çıkması mümkün değil ve o ilaçları almaları mümkün değil.

(Y. K. Ş.) Ne olacak size göre?

Şöyle bir şey var: Hastanız gidiyor, bir ameliyata giriyor, ameliyathanenin kapısında bekliyorsunuz. Bir kişi kapıyı açıyor, tutuşturuyor elinize bir reçete. 'Gidin bunu alın. Hastanıza lazım, acil' diyorlar. Siz gidip alıp geliyorsunuz. Belki o sırada hastanız ameliyattan çıktı, belki o reçete doktor tarafından bile istenmedi, belki alınan ilaçlar hastanıza hiç kullanılmadı. Ne olduğu belli değil. Ne olduğunu anlamak da mümkün değil. Veya yatan hastanın yakını yok. Reçetesi çıktı. Nasıl olacak? Ya hasta bakıcı gidip alacak, ya dışarıdan birileri gelecek o reçeteyi alacak, götürececek ilacı getirecek. Eksik getirecek, tam getirecek, getirmeyecek, neyse... Yani tamamen girift bir iş. Hasta konforu açısından hastanede yatan hastanın her ilacının has-

taneden verilmesi gerekir. Hastanede yattığı sürece kullanılan tıbbi malzemenin de ilacın da hastane tarafından karşılanıyor olması lazım.

Şu an gelen durum bu, fakat burada sıkıntı var. Yani bu yönetmelik bir şey daha getirdi. Ayaktan tedavide kullanılan paranteral ilaçlarının tedavisi ve kemoterapi ilaçlarının tedavisi gibi bazı olmaması gereken ilaç grubunu da tekrar hastane eczanelerine dahil etmek gibi bir eylem içine girdiler. Bu sektör için sıkıntılı. O zaman çeşitli sıkıntılardan dolayı kapattığınız SSK Hastaneleri'nin eczanelerini tekrar ayaktan tedaviye açıyormuşsunuz gibi bir hava oluşuyor. Şu anda talimat-taki sıkıntı, eczacıların, meslektaşlarımızın karşı durduğu nokta bu. Ayaktan tedavideki bir grup ilaçların eczanelerden alınıp hastane eczanelerine verilmesi operasyonudur. Ama yatan hastaların ilaçlarının verilmesinde aynı şeyi söyleyemem.

(A. T.) Reçete yazılması, reçetelerin karşılanmasında da sıkıntılar var. Eczacılar baktığınız zaman bu konuda doktorların yeteri kadar itinalı, mevzuata uygun reçete yazmaması, doktorlara baktığınız zaman da eczanelerin bu ihtiyaçları karşılamaması gibi aslında suçlamak değil ama kendini daha haklı görmek gibi bir anlayış var. Sıkıntı nerede ve nasıl çözülebilir?

Aslında Bütçe Uygulama Talimatları hem hekimin hem eczacının karşısında en büyük problemlerden birisidir. Çok sık değişmesinden, yazım dilindeki açık olmayan ifadelerden kaynaklanan sorunlar kümesi... Bir bütçe uygulama talimatı yayınlanıyor, öyle bir cümle yazılmış ki, o cümleyi siz verebilir de anlayabilirsiniz, verebilir de anlayabilirsiniz... İnceleyen kişiler de genellikle verilmemesi gözüyle yorumladıkları için, o cümleler hep karışımıza engel olarak çıkıyor. Hekim reçetesini, raporunu düzenlerken pozitif bakıyor. Ama Kurum tersten anladığı için problem yaşıyor, hastalar da mağdur oluyor.

(Y. K. Ş) Yani Bütçe Uygulama Talimatları sorun... Peki bu sorun nasıl aşılr?

Bütçe Uygulama Talimatları yayınlanıyor ve yayınlanır yayınlanmaz hemen yürürlüğe giriyor. Belki yayınlandığı anda okunsa, incelse, bir geçiş süreci konsa problem olmayacak. Hekim öğrenecek, eczacı öğrenecek, hasta bir sonraki aşamada ilacını nasıl alacağını öğrenecek. Hatta ona göre düzenlemeler bile yapılabilir belki. Son bütçe uygulama talimatında bir geçiş süreci oldu ama bundan öncekiler yayınlandığı gün yürürlüğe girdi. Veya bir değişiklik olurdu, de-ği-

“Eczanelerde bir konsept değişimi yaşandı. Eczacılar mecburiyetten bu alana kaydı. Dermokozmetik ve besin takviyeleri ile eczacı da yeni bir alana girdi. Türkiye’ye o kadar çok ürün geldi ki bunların her birini bilmek eczacı için imkânsız.”



şiklik olduğu gün yürürlüğe girerdi. Bunu hekim bilmiyor, hasta bilmiyor, eczacı belki iki üç gün sonra öğreniyor. Hasta reçetesiyle geliyor eczaneye eczacıyla, eczanenin personeliyle negatif iletişime giriyor, belki bağışmalar çağrışmalar oluyor. Belki hasta kızıyor ağza alınmayacak laflar sarf edebiliyor. Bunlar olabiliyor. Hastayı gönderiyorsunuz hekime, mevzuatı takip etmeyen pek çok hekim ‘bu veriliyor, gidip başka bir eczaneden alabilirsiniz’ diyor. Hekim ‘neden mevzuatı takip etmiyor’ diye sorgulayamıyorum. Doktor belki süreç içinde kendi mesleğindeki ilaçların nasıl yazılabileceğini, hangi ilaçları yazamayacağını ya da hangi şartlarda yazabileceğini öğrenecek. Ama şu anki uygulamada bu tür bir eğitim çalışması da yok, bilgilendirme de yok.

(A. T.) Evet hekimler geri dönüşlerde sorunu fark ediyor. İlacını alamayan hasta ya da eczanenin doktoru uyarılmasıyla doktor durumu öğreniyor. Hiçbir hastanede doktorların bu konuda bilgilendirilmesi gibi uygulama yok. Peki nasıl olacak bu durum? Bir gelişme olacak mı?

Biz ümit ediyoruz. Yani Türk milleti çok ümitkârdır. Çok cefakârdır. Bu sıkıntıları her 5 yılda bir gelen ekonomik krizlere rağmen, bu kadar morallerinin düzgün olması millet olarak umut dolu olmasından kaynaklanıyor. Dolayısıyla umutluyuz. Sosyal Güvenlik Kurumu artık tek çatıya doğru gidiyor. Sağlık sektöründe hizmeti satın alan tek kurum haline dönüyor. Belki bu yıl sonunda cumhurbaşkanımızın veto ettiği düzenlemeler de tekrar geçecek. Dolayısıyla Türkiye’de herkes sağlıkla ilgili olarak bir sosyal güvence altında eşit olacaklar. SKK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kartlı, çalışan ya da emekli... Nüfusun yüzde 98’i diyelim, belki 1-2 herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vardır.

(Y. K. Ş.) Özel sigortalılar...

Onlar muhakkak bir sosyal güvenlik kurumunun mensubu zaten

(A. T.) Tamamlayıcı sağlık sigortası kullanılıyor artık...

Evet, olabilir. Yurtdışında uygulamalar farklı biliyorsunuz. İnşallah biz o noktaya gelmeyiz. Bir Amerika’da kişi başına devletin harcadığı para çok yukarıda (4-5 bin dolarlar seviyesinde) ama belki nüfusun yüzde 30’u sağlık sistemine ulaşmıyor. Bizde tam bilmemekle birlikte kişi başına harcanan paranın 400 - 500 dolar civarında olduğunu sanıyorum ama herkes, her türlü tedaviye ulaşabiliyor. Aslında bizde sağlık sisteminde tam bir sosyalist bir yapı var. Yani bütün vatandaşlar ister pirim ödesin, ister ödemesin, her türlü sağlık ve tedavi sistemine ulaşabiliyor.

SGK sıkıntıları aslında yavaş yavaş görüp, eğer bir değişiklik yapacaksa, bir ilacı kontrol altına alacaksa ya da herhangi bir şey yapacaksa orada bir geçiş süreci koymalı. Bu sürece bilgilendirme süreci de diyebiliriz. Bu süreç içinde reçetesini yazan hekim, ilacı veren eczane ve hasta bilgilendirilmiş olacak ki sorunlar bu sayede azalacaktır. Hasta eczaneye geldiği zaman diyecek ki eczacı “bak iki ay sonra bu raporun değişecek, şöyle bir şey gerekecek, bir ay sonra şunu şöyle alman gerekecek ona göre hazırlığını yap.” Bu hekimi de bilgilendirecektir.

Biz şunu yapıyoruz; civardaki sağlık kuruluşlarına hekimlere bütçe uygulama talimatında kendi alanlarıyla ilgili değişiklikleri gönderiyoruz. ‘Şöyle olacak, siz de biz de mağdur olmayalım,’ diyoruz. Hasta çünkü doktoru bilmemekle suçluyor. Belki hekim bilmek zorunda değil ama bilmemesi halinde hastanın gözünde hekimin itibarı zedeleniyor. Hekim de bir yerde öğrenmeye doğru itiliyor, öğrenmek zorunda kalıyor.

Bir geçiş süreci ile yani daha erken kontrol ile bu sorunların ortadan kalkacağını düşünüyorum.

Mesela kolesterol ilaçlarında bir yıl içinde 3-4 defa değişiklik yapıldı. Şimdi tekrar değişiklik yapıldı. Bunların amaçları belki sistemi kontrol etmek belki ama bundan sonra daha tepeden bir perspektifle bakıp, ‘Ben şunun gidişini şöyle görüyorum, şu tarihe geldiği zaman kontrol altına alıp, şöyle yapmalıyım’ deyip, ona göre projesini üretip ona göre de duyurusunu yapması lazım. O zaman sektörde sıkıntı da biter. Ya da en azından azalır.

İlk SSK’lar halka açıldığı zaman bizim ilaç kararnamesi dediğimiz bir kararname var. Onda da bir değişiklik yapıldı. Eczanelerdeki ilaçların alım koşulları da yeniden düzenlendi.

Kârlılıklar yeniden ayarlandı. Kademeli kârlılık diye bir şey yapıldı. Yani pahalı ilaçta daha düşük bir meslek hakkı, ucuz ilaçta daha yüksek bir meslek hakkı tanındı. Şöyle bir problem getirdi bu, pahalı ilaçlar Bütçe Uygulama Talimatı’yla zaten verilmesi çok zor hale geldi. Noktasında, virgülinde, şu şöyle mi oldu, bu böyle mi oldu gibi ibareler kondu. Bunun yanı sıra pahalı ilaçlarda ortalama brüt eczacı kârlılığı yüzde 10’lara indi. Bundan tutuyor eczacı yüzde 4,5 civarında kuruma indirim yapıyor. 30 günde alınan pahalı ilaçların kuruma fatura edilip, geri dönüşü 75-100 günü buluyor. Dolayısıyla en az iki aylık vade farkı oluşuyor. O vade farkı da minimal aylık yüzde 2 şu anda. O da yüzde 4 yapıyor. Oradan sizin yapacağınız kârlılık yüzde 4 zaten, onu da sıfırlıyor. Pahalı ilaçlarda eczacı bir şey kazanmıyor. Ayrıca bırakın kazancı reçete yanlışlıkla geri dönse, bir noktası, bir virgülden kaçırılmış olsa, düzeltilebilirse sadece vadeden kaynaklanan kaybınız oluyor, düzeltmedikleriniz, düzeltmeyecekleriniz var. Tabii mağdur



“Eczanelerde ciddi bir kaos yaşanıyor. Önceden açılan eczane sayısı, kapanandan her zaman fazla iken bu sene bu tersine döndü. Kapanan eczane sayısı daha fazla hale geldi. Bugün bankalar kredi vermek için eczacıların peşinde koşuyor. Önceden eczacının kredi kullanmaya ihtiyacı yoktu. Çünkü kazanırlardı.”

oluyor eczacı.

Veya bütçe uygulama talimatında onunla ilgili hüküm düzenlenmemiş. Bu durumda tahakkukta bunun nasıl yorumlanacağı önem kazanıyor.

Mesela interferonlar, bir önceki talimatta kronik hepatit B tedavisinde ödeneceği ile ilgili düzenleme yapılmamış ama interferonlar daha sonra kronik hepatit B tedavisinde kullanımıyla ilgili Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon onayı almış. Şimdi eczacılar bu ilacın endikasyon onayı var diye ilacı vermişler. Sosyal Güvenlik Kurumu diyor ki bizim bütçe uygulama talimatını çıkardığımız dönemde hepatit B endikasyonu yoktu. Dolayısıyla Hepatit B ile ilgili kayıt konulmadı. Hepatit B'de biz bunu ödemiyoruz. İlacın endikasyonu var. Talimatta yeterli hüküm yok. Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon onayı almaya kalksanız, Sağlık Bakanlığı diyor ki ilaç genel olarak endikasyon onayını zaten almış. Hastaya özel izin veremem diyor. Bu durumda da ciddi bir karmaşa yaşanıyor. Çözüm bulamıyorsunuz. Bir de pahalı ilaçlar bunlar. Her biri çok pa-

halı... Dolayısıyla eczacı bu tür ilaçları vermek istemiyor. Hem getirisi yok, kaybı çok. Piyasa güveni yok! Ona bağlı sıkıntılar yaşanıyor.

Eczacının şu anda önündeki en büyük engellerden birisi fiyat kararnamesinde 5. kademe dediğimiz kademedeki ilaçlar eczacının önünde engel olarak duruyor.

Şimdi hastalar mağduriyet yaşamasın diye her eczacı eğer kendi hastası ise o ilacı veriyor ama kendi hastası değilse o ilaçları veremiyor. Bu durum devletin çözüm getirmesi gereken en önemli noktalardan biridir.

(A. T.) İlaç fiyatları neden bu kadar değişken? Ya da şöyle söyleyeyim, fiyatlardaki indirimler nereden kaynaklanıyor?

Son fiyat kararnamesine kadar ilaç fiyatları hep enflasyon üzerinde zam almış. Hep. Enflasyon yüzde 50 ise ilaca yüzde 60 zam gelmiş. Aslında eczacı için de bu bir rant kapısı olmuş. 2004 yılında fiyat kararnamesi yayımlandı. İlaç fiyatlarında beş Avrupa ülkesi referans alında. Bu 5 Avrupa ülkesinde o ilaç hangi ülkede en ucuzsa, o fiyat üzerinden Türkiye'de satılır diye bir kural getirildi. Bunun akabinde bazı ilaçlarda yüzde 80'e varan fiyat indirimleri oldu.

İlaçta fiyat niye iner?

Bir ilacı siz üretiyorsunuz, 6 yıl boyunca patent korumasını alıyorsunuz. Bir AR-Ge maliyeti var. Bunu maliyet olarak ilacın fiyatı üzerine ilave ediyorsunuz. 6 yıl da (Tüm Avrupa'da ve Amerika'da) devlet sizi koruma altına alıyor. Bu süreç içinde o firma tek üretici ve fiyat Ar-Ge maliyetini karşılarsın diye yukarıda oluyor. 6 yıldan sonra başka firmalar da o ürünü üretebilir hale geliyorlar. İzin çıkıyor. O firmalar artık Ar-Ge maliyetleri olmadığı için çok ucuz bir fiyattan üretilip piyasaya sürüyor. Orijinal ürün de kendi ürününü satabilmek için fiyatını aşağıya çekiyor. Tüm dünyada ilaç rakamları çıkar belli bir rakamda seyrederek aşağıya doğru iner.

Biz fiyat kararnamesine kadar bunun hep tersini yaşadık. İlaç 10 Lira'dan çıktı piyasaya diyelim, enflasyon +5-10 puan hep yukarı çıkan bir ivmede oldu fiyatlar.

Aslında ilaç fiyatlarını dünyada kontrol edilmesi çok zordur. Devletler açısından. Sadece bizim ülkemizde değil. Diğer devletlerde de bu durum vardır. Ar-Ge maliyeti konusunda bir ölçekleme yok. Dolayısıyla ilaç firması bu benim maliyetim dediği zaman yapacak bir şey kalmıyor.

Bunu bir rekabet ortamı haline getirip aşağıya çekmek gibi bir eğilim içine girildi. İlaç kararnamesi ilaç fiyatlarını çok ciddi mânâda aşağıya çekti. Bu uygulamadan dolayı ilaç fiyatları sürekli aşağıya iner pozisyona geldi.

Biz artık ilacın fiyatının çıktığını hiç görmüyoruz. Bu devlet için, alıcı için avantaj. İlaç kararnamesinde ilk yıl SKK'nın halka açılmasına rağmen enflasyon üzerinde sadece yüzde 5 oranında ilaç gideri artmış. Tamamı serbest eczanelerden ilaçların alır hale geldi. Fakat enflasyon üzerinde yüzde 5'lik bir ilaç fiyat harcamanız oldu. Normalde belki iki kat üç kat olması gerekirdi, dolayısıyla devlet için çok anlamlı olduğu açık.

(Y. K. Ş.) Eczacılar açısından?

Eczacılar açısından şu sıkıntılar var. Siz ilacı alıyorsunuz, bugün 100 liradan. Ertesi gün veya iki saat sonra bakıyorsunuz yüzde 10 düşmüş fiyat. Eczacı o ilacı firmaya iade edemiyor. Oradaki kayıplar tamamen eczacıya yansıyor. Bu sektörde ciddi bir sıkıntı oluşturuyor. Eczacılar da ciddi mânâda kayıplara neden oluyor. Bu görünmez, hesaplanamaz gider olarak sürekli yansıyor eczacıya.

Yeni bir fiyat kararnamesi çıktı, onda 45 günlük geçiş süreci ön gördüler. Bu biraz rahatlatıcı. Ama bu fiyat kararnamesine kadar oradaki zararları eczacının telafi ediliyordu. Aslında o ürün üreticisidir. Eczanenin rafında durduğu sürece üreticisidir. Hatta en son noktaya kadar üreticinin sorumluluğunda olması gerekir.

Şimdi yeni fiyat kararnamesi ile bu konuda birazcık düzenleme yapıldı. Bunun eczanelere getirdiği bir durum var. Oransal olarak bakarsak: Ben günde 100 reçete yapıp 10 lira ciro yapıyorsam, bu fiyat düşüşlerinden dolayı 200 reçetede 10 lira ciro yapmaya başladım. İlaç fiyatları sürekli aşağıya düştüğü için benim de eczanede kârlılığım o oranda sürekli aşağıya düşüyor. Kırım, personel giderlerim enflasyon oranında artıyor, teknik donanımı artırıyorum, teknoloji yatırımı yapmak zorunda kalıyorum, yani giderlerim artıyor ama gelirim azalıyor. Bunun getirmiş olduğu bir sıkıntı var. Eczanelerde ciddi bir kaos yaşanıyor. Önceden açılan eczane sayısı, kapanandan her zaman fazla iken bu sene bu tersine döndü. Kapanan eczane sayısı daha fazla hale geldi.

Bugün bankalar kredi vermek için eczacıların peşinde koşuyor. Önceden eczacının kredi kullanmaya ihtiyacı yoktu. Şimdi ise bu ilave maliyetten dolayı en çok kredi talep eden meslek gruplarından biri oldu eczacılık. Ön-

ceden hesabını kitabını yapmıyordu eczacı. Alıyordu satıyordu, bir şekilde kâr ediyordu. Şimdi eczacı yüzde1 kaybını bile hesaplamak zorunda ve hesaplıyor. Yoksa işletme ayakta kalamaz.

(Y. K. Ş.) Eczanelerde yaşanan konsept değişimi bu yüzden mi? Yani reçetesiz satılan dermokozmetiklerin, vitaminlerin ve besin takviyelerin nedeni bu mu?

Evet, eczanelerde Batı'da olduğu bir konsept değişimi yaşandı. Batıda da öyledir, gidersiniz bir eczaneye, eczanede ilacı görmezsiniz. Hasta reçetesini alır gelir. Onu eczacı hizmet olarak sunar. İlacını verir gönderir. Daha ziyade dermokozmetik, vitamin takviyesi, beslenme destekleyici ürünler olarak yaygın bir pazara hitap eder eczacılar orada.

Şu an Türkiye'de de eczacının geldiği nokta budur maalesef. Şu anda ilacın yüzde 88 alıcısı devlet, yüzde 10 özel sigortalar. Geri kalan yüzde ikilik kesimde de vatandaş kendi cebinden alıyor. Geriye eczacının rahat hareket edebileceği, hizmetini sunup karşılığını alabileceği tek bir alan kaldı. Bunlar beslenme takviyeleridir, sağlık destek ürünleridir, vitaminlerdir, dermokozmetiktir... Eczacılar mecburiyetten bu alana kaymaya başladı.

(Y. K. Ş.) Bu ürünleri alıp satmanın ötesinde eczacının belli şeyleri de mesela izinlerini, yan etkilerini takip etmesi ya da bu konuda müşterisini uyarması gerekmiyor mu? Nihayetinde bu ürünler reçete ile satılmıyor. Sizin dernek olarak bu konuda bir yaptırım gücünüz var mıdır?

Türkiye'de dermokozmetiklerle ilgili bir yasa çıktı. Dermokozmetik ruhsatı şu şekilde alınıyor: Siz firma olarak getiriyorsunuz ürünü, 'bu ürünün tüm sorumluluğu bendedir, herhangi bir sıkıntı olursa sorumlusu benim' diyorsunuz. Herhangi bir talep olduğu zaman dosyayı Sağlık Bakanlığı'na vermek üzere hazır tutuyorsunuz. Ruhsat aşamasında onu bile vermiyorsunuz. Türkiye'de sistem çok yavaş çalıştığı için ve bürokrasi çok fazla olduğu için onları denetleme mekanizması da çok yavaş. Bu sayede birçok ürün geliyor, gelen ürünler kontrol edilemiyor.

Bu ürünlerle eczacı da yeni bir alana girdi. Türkiye'ye o kadar çok ürün geldi ki bunların her birini bilmek de eczacı için imkânsız hale geldi.

(Y. K. Ş.) Son zamanlar Lida ile ilgili yaşananları takip ediyorsunuzdur. Burada olduğu gibi izinleri iptal edilen, aslında besin takviyesi olmayıp da o kategoride satılan ilaçlarla ilgili

eczacıların bir sorumluluğu yok mu? En azından satmamak ya da müşterilerin uyarmak gibi...

Dermokozmetiklerde, beslenme takviyelerinde vs. bir eczane ağı üzerinden geçen ürünler var bir de saadet zinciri tarzında satılan ürünler var. Lida normal şartlarda eczane kanalında satılan bir ürün değil. Birkaç eczacı internet üzerinden topluca satın almış ve satmış. Ama normal şartlarda ya internet üzerinden ya da saadet zincirinden alabileceğiniz bir ürün. Onun içindeki etken madde, ilaç ruhsatı ile satılması gereken bir ilaçtaki etken maddedir. Onun iki katı oranında etken madde var Lida'nın içinde.

Normalde Sağlık Bakanlığı'nın buna ithal izni vermemesi gerekir. Sağlık Bakanlığı önce buna ithal izni verdi. Sonra etken maddeyi karşılaştıktan sonra ithal iznini geri çekti. Eczaneler tam dağılacakken geri toplatıldı ürün. O aşamaya da gelmişti. Besin takviyesi olarak ruhsatlandırılmışken iptal edildi. Normal şartlarda o bir ilaçtır. İlaç gibi ruhsat alması gerekir. Bir ürünün ilaç gibi ruhsat alabilmesi için minimal iki yıllık bir süreç var. Siz bugün müracaat ettiniz. Bütün evraklarınızı tamam. Normal süreç işlerse, hiçbir eksik hata olmazsa iki yıl sonra ilacınıza ruhsat alabiliyorsunuz.

Ama beslenme takviyesi olarak müracaat edip alırsanız, o zaman iki üç ay içinde ürüne ruhsat alıp, Türkiye'ye getirebiliyorsunuz. Sıkıntı burada. Bahsettiğimiz ürün ve pek çoğu ilaç olarak müracaat edecek, ilaç olarak ruhsat alıp getirilebilecek. Hekimler reçete edebilecek, belli dolaşım grubu hastalığı olanların dışındaki hastalar kullanabilecek, belki! Ama normal ilaç prosedürüne tabii olacak. Firma ilaç olarak almamış kolay olsun diye beslenme takviyesi olarak çıkarmış. Lida tehlikeli midir, değil midir? Neticede o gruptaki ilaçların hepsinin bir sürü yan etkisi var. Hekim kontrolünde kullanılması gereken bir üründür. Belki Lida ilaç olarak ruhsat alacak ve satılacak eczanelerde.

(Y. K. Ş.) Hâlâ satılıyor gerçi... Peki, sizce Türkiye ilaç üretmiyor mu?

Bir ilacın ilaç olarak ticari piyasaya çıkabilmesi için en az 10-15 yıllık emek gerekiyor, bunun için bir Ar-Ge bütçesi ayırmanız gerekiyor. Bazen 10 milyon dolarlardan 55 milyon dolarlara çıkan rakamlar olabiliyor. Türkiye'de Ar-Ge'ye yeterince bütçe ayrılmıyor ya da ekonominin yapısından dolayı belki ayrılmıyor. İnsan Ar/Ge yatırımını 10-15 yıllık bir yatırım olarak yapıyor. Bu da bir ülkede 10-15 yıl sonrasın görebilmeniz anlamına geliyor. Biz de böyle bir öngörü mümkün



“SGK sıkıntıları aslında yavaş yavaş görüp, eğer bir değişiklik yapacaksa, bir ilacı kontrol altına alacaksa ya da herhangi bir şey yapacaksa orada bir geçiş süreci koymalı. Bu sürece bilgilendirme süreci de diyebiliriz. Bu süreç içerisinde reçetesini yazan hekim, ilacını veren eczane ve hasta bilgilendirilmiş olacak ki sorunlar bu sayede azalacaktır.”

olmadığı için insanlar Ar-Ge'ye yatırım yapmıyorlar.

Türkiye'de yerli ilaç sanayi güçlüdür. Birçok ülkeden güçlüdür. Mustafa Nevzat bugün Amerika'ya ilaç ihraç ediyor. Ama dönüp bakarsanız, ilgili firma hammaddeyi üretmiyor. Hammaddeyi bir ülkeden alıyor, tablet, kapsül ya da şurup haline getirip satıyor. Şu an Türkiye'de üretilen az miktarda madde vardır. Gerçekten ilk aşamadan başlayıp son aşamaya kadar sentezlenen az miktarda madde vardır ama çok az. Yerli firmaları da yabancı firmalar satın almış durumda.

Gülay Göktürk: "Sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlıkta olmalı!"

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Gülay Göktürk ile konuşmaya giderken, genel konseptimize uygun olarak sağlık sektörüne dışarıdan entelektüel bir bakış alacağımızı düşünüyorduk ki, sektöre entelektüel olmanın yanı sıra son derece hakim, profesyonel bir bakış açısıyla karşılaştık. Hatta o kadar ki özellikle organ bağışı konusunda bir yasa teklifi oluşturacak kadar bu konu üzerine düşünülmüş, çalışmış geniş perspektifte bir bakış açısı... Özellikle sağlık sektörü ile ilgili gündemi, mevzuatı yakından takip eden, bu konuda düşünen entelektüel bir göz... Biz ko-

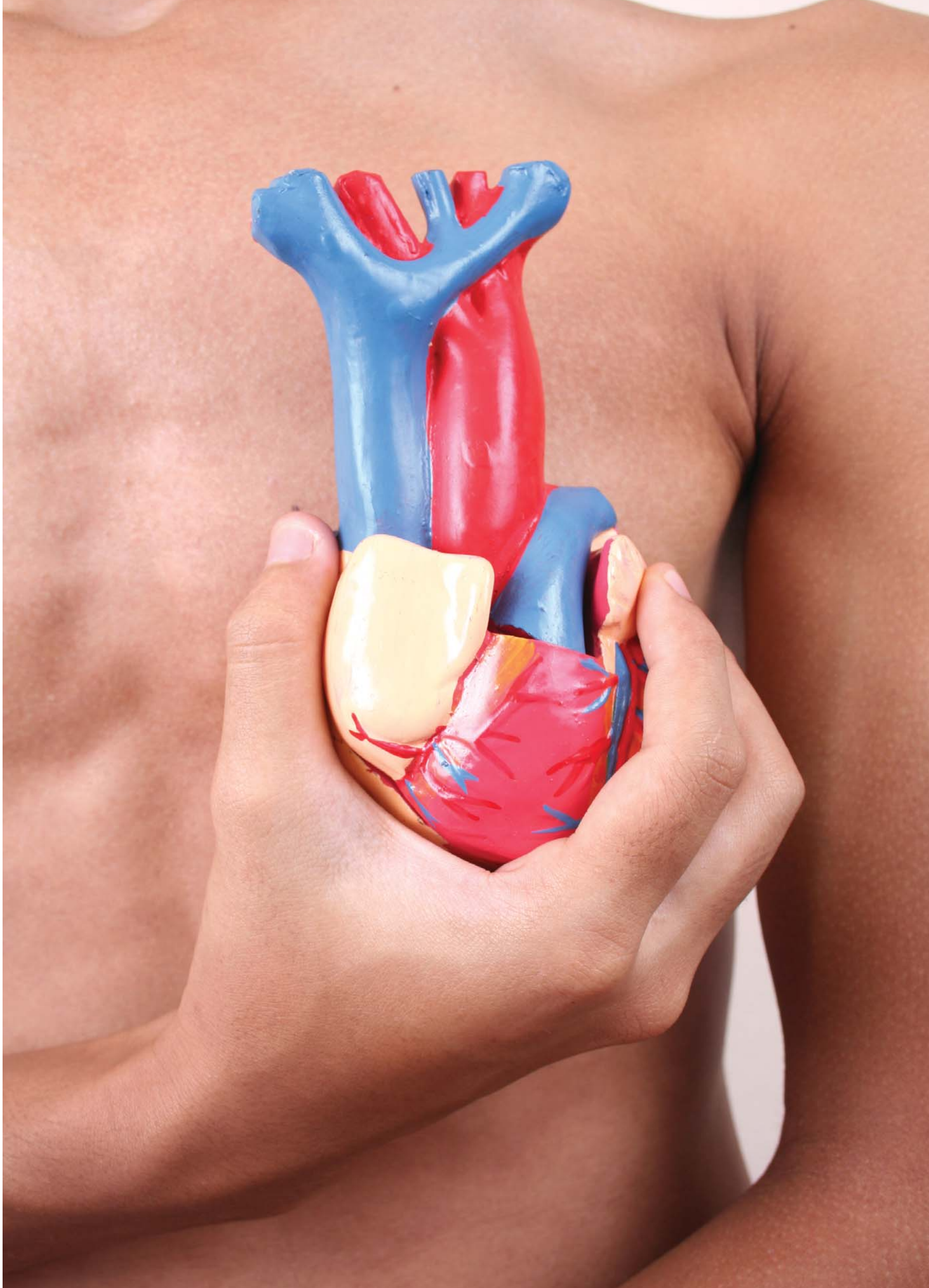
nuşurken son derece keyif aldık, umarız sizler de okurken aynı keyfi ve bizim gibi 'evet, olabilir, gerçekten de öyle' diyebileceğiniz fikirlerin doyumsuz tadını alabilirsiniz.

Akif Tan: Bugün Türkiye'deki sağlık sektöründe herhangi bir vatandaşın en sık karşılaştığı sorun sizce nedir? Hastaneler mi, doktorlar mı, tıbbi ekipman mı, sektörün kendisi mi, bir anlayış mı? En çarpıcı handikapımız nerede? Veya her şey çok yolun da mı gidiyor?

Ben dünyada sağlık sistemini halledebilen bir ülke görmedim. Özellikle İngiltere'ninkini ve Amerika'ninkini ol-

dukça iyi biliyorum, tanıyorum. Ben bir kez İngiltere'de hastalandım, acil serviste bir doktoru görebilmek için tam 4 saat beklemek zorunda kaldım. Refah devletinin bir ürünü olan, tamamen sosyalleşmiş sağlık sistemi birçok yerinden çökmüş İngiltere'de, çalışmıyor. Öte yandan Amerika'da orta sınıftan çalışan insanların dışsız olduklarını gördüm. Çünkü dış yaptırmak, eğer sigortanız yoksa, yeni işe girmişseniz, bir servet olduğu için dışlarını yaptıramıyorlar. En basit bir operasyonda bile 1.000 dolar vermeniz gerekiyor. Çok çok pahalı. Türkiye'de, bir liberal olmama rağmen, sağlık sisteminin sosyal devletin son kalacağı yer olması gerektiğini vicda-







“Türkiye’de, bir liberal olmama rağmen, sağlık sisteminin sosyal devletin son kalacağı yer olması gerektiğini vicdanen kabul ediyorum. Yani sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlık alanında olmalı. Biz öyle bir sistem kurmalıyız ki ihtiyacı olan herkesin, her türlü sağlık hizmetinden, sonuna kadar, hiçbir ödeme yapmadan yararlanabilsin. Bunun yanı sıra parası olanlar da belli bir bedel ödeyerek sistemi sübvansesin.”

nen kabul ediyorum. Yani sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlık alanında olmalı. Dışarıdan baktığınızda ne görüyorsunuz dersiniz söyleyeceğim şudur: Biz öyle bir sistem kurmalıyız ki ihtiyacı olan herkesin, her türlü sağlık hizmetinden, sonuna kadar, hiçbir ödeme yapmadan yararlanabilsin. Bunun yanı sıra parası olanlar da belli bir bedel ödeyerek sistemi sübvansesin. Şu an biraz öyle. Biz olmayanlarınkini temin ederek ama olanlarda katkı payı diye aldığımız şeyi de bugünkünden biraz daha fazla alarak böyle bir sistem kurabiliriz diye düşünüyorum. Tümüyle herkese bedava diye bir şey zaten olamaz, dünyanın hiçbir yerinde olamıyor. Fakat bizim şu andaki mevcut sistemde, parası olanlardan katkı payı diye aldığımız miktar bana biraz az geliyor. Daha artırılabilir.

Çünkü genel olarak bizim halkımızda sağlığı para harcama eğilimi çok kuvvetli değil. Yani dar gelirli olsa da insanlar düşün yapmayı, çeyiz yapmayı, altın takmayı, bilezik takmayı ihmal etmiyor ama sıra kendisinin bir tedavisi-

ne geldiği zaman eğer hastane o ilacı vermiyorsa, pahalıysa almayabiliyor.

(A. T.) Tarama programlarına falan da hiç itibar yoktur...

Evet, hiç itibar yoktur. Devlet bana bakmak zorunda, gibi bir anlayış var. Kendi sağlığı için, tatiline harcar gibi, düşününe harcar gibi para harcamıyor. Bunu bir lüks gibi görüyor. Sanki devletin yapması gereken bir şeyi kendi yapmış da kazık yemiş gibi davranıyor. Bunun kırılması lazım. Ödeme gücü olanların daha çok ödemesi lazım, ödeme gücü olanların da hakikaten en ileri sağlık hizmetlerinden çok rahat yararlanması lazım.

(A. T.) Devlet sağlık sektöründen öğrendiğince çekilme eğilimi içinde. Hizmet satın almak politikasıyla ciddi değişimler yaptı. Bunun da iyi sonuçları da, aksayan yönleri de var. Beklenenden daha iyi bir adaptasyon süreci var. Genelde bu trendi nasıl buluyorsunuz?

Ben esas olarak hizmet satın alma fikrine taraftarım. Yani aynı şeyi devlet eğitimde de yapmalı. Madem bu kadar özel okulumuz var, bunlardan hizmet satın almalı. Hizmet satın alma fikri güzel. Nitekim bu sistem ekonomik anlamda daha ucuz. Ama burada istismara kapalı bir sistem kurmak gerekiyor. Çünkü bu konu istismara çok açık. Özel hastanelerle ilgili en basit sıkıntıyla gelen hastalara bile parasını nasılsa devletten alacak diye bütün tetkikleri birden yaptığı gibi pek çok olay duyuyoruz. Bunun faturası çok ağır olur devlete. Bu yapılmalı ama bunun çok ciddi bir denetim sistemiyle birlikte yapılması lazım.

(Yasemin K. Şahinkaya) Özel sektör bunun altından kalkabilir mi? Özel sektör sağlık sektöründe yetkin olabilir mi?

Şu an son teknolojiyi hemen getiren, bu konuda dünyayı çok yakından takip eden, tıp teknolojisini çok yakından takip eden gelişmiş bir özel sektör var. Elbette ki devletin elindeki o köklü hastaneler yok olacak değil. Onlar varlıklarını zaten devam ettirecekler. Ama bunun yanı sıra gelişen özel sektörün, ben çok daha hızlı gelişeceğini, aynı zamanda bir bölgeye hizmet vereceğini düşünüyorum. Biliyorsunuz bir sağlık turizmi yaşanıyor. Bunun ileriye daha da gelişeceğini düşünüyorum. Çünkü fiyatlar çok ucuz. Hem Avrupa’da hem de Ortadoğu ülkelerinden ciddi bir şekilde ucuz.

Hızla gelişen özel sektör kendi içinde çok ciddi bir rekabet yaşıyor. Bu rekabet de onu geliştiriyor. Bu sektör içinde çürükler de, sağlamlar da olmaktadır. Ama zamanla çürükler elene-

cek, tutunamayacaktır. Sağlıklı bir gelişim mutlaka olacaktır. O konuda benim bir kuşku yok. Fakat geçiş döneminde devlet kanalıyla paralar geldiği için o konuda bir istismara dikkat etmek lazım. Yoksa potansiyeli var.

(Y. K. Ş.) Peki ya doktorlarımız?

Türkiye’de şaşılacak biçimde dünya çapında yarışabilecek düzeyde doktorlarımız var. Bunun en temelinde ne yatıyor bilmiyorum. Başlangıçta çok köklü, çok iyi tıp fakülteleri mi kurmuşuz, nedir? Herhalde oradan gelen bir şey... Ancak genel olarak teşhisten sonra özellikle yatan hastalarda, tedavide aksamalar var. Ama özel sektörün bu alanda da çözüm bulacağına inanıyorum.

(A. T.) Sizce Türkiye’deki doktor sayısı yeterli mi, değil mi? Dışarıdan doktor getirmeye gerek var mı? Doktor kalitesi çok sayıdaki üniversiteden dolayı düşüyor mu? Yoksa böyle mi olması gerekir?

Ben doktor kalitesi düşüyor mu düşmüyor mu bilemem. Ama genel olarak bundan üç-beş sene önceye kadar üniversite sayısının hızla artırlmasını pek anlamlı bulmuyordum. Yeteri öğretim üyesi, ekipman yoksa, pek bir faydası olmaz diye düşünüyordum. Fakat bir takım örnekler gördükten sonra artık böyle düşünmemeye başladım. Anadolu’da çeşitli sempozyumlara gelmiş öğretim üyeleri ile karşılaştım. Ve oralarda, kurulan üniversitelerle birlikte vahalar yaratıldığını dinledim. Anadolu’nun ücra kentlerindeki üniversitelerde bir takım YÖK burslarıyla yurtdışına gitmiş parlak insan dönmüş, bir araya gelmiş ve ciddi bir akademik çalışma başlatmış. Hem de çevresi için bir ışık olmuş, vaha olmuş. O Anadolu kentinin toplumsal ve kültürel hayatına çok ciddi katkılarda bulunmuş. Tıp alanı için de aynı şeyi söylemek zannederim doğru. Yani, bu insanlar eğer bir takım eksiklerle mezun oluyorsa, daha sonra bunların ilerlemesi, yetişmesi, belki eğitimlerinin devam ettirilmesi, meslek içi eğitimlerinin sürdürülmesi konusuna kafa yormak gerekmektedir. Ve de tabii hayatın içinde yaparak öğreneceklerine güvenmek lazım. Ama kısıtlı tutarak bir yere varamayız. Sonuçta belli şehirlerde yoğunlaşma var. Bunu metazori değiştiremezsiniz. Hiç kimseyi zorla başka bir yerlere yollayamazsınız. Bu birçok defa denendi. Sayıca diğer yerlere de yollayacağınız doktorlara ihtiyacınız var demektir. İşte bu yeni üniversitelerden mezun olanların gidebilecekleri alanlar var, orada kendilerini yetiştirecekleri ortamlar yaratmak lazım. Artık dünyada hiçbir meslekte eğitim mezun olduğunuz zaman bitmiyor. Zaten

o doktor çok iyi bir üniversiteden de mezun olmuş olsa, üç sene update etmezse bilgilerini zaten kötü bir doktor olacak. Ama nispeten zayıf bir üniversiteden mezun olmuş ama sürekli olarak kendini geliştiren, meslek içi eğitimini devam ettiren bir doktor da iyi bir doktor olabilir.

Yeni okullar açmaktan korkmamak lazım; bu yeni okullardan mezun olanların da yetişmesi için bir takım ortamlar yaratmaya çalışmak lazım.

(A. T.) Yabancı doktorlar konusu... Tabipler Odası yabancı doktora lüzum yok, çünkü Türkiye'ye kaliteli yabancı doktor gelmeyecek. İkinci ve üçüncü dünya ülkelerinden ucuz ücretle çalışacak doktor gelecek, bu da bizim doktorlarımızın işsiz kalmasına neden olacak diyor. Ama Sağlık Bakanlığı özellikle Doğu'da çalışacak doktor bulamıyorum, buraları cazip bulan yabancı doktorlar gelip buralarda görev yapsın diyor. Ayrıca biz kaliteli yabancı doktoru 1. sınıf büyük kentlerdeki hastanelerde dünya markası olarak getirmek istiyoruz. Eğer böyle bir şey gerçekleşirse 'sağlık turizmi'nin olabilirliğinin önü açılacaktır diyor. Sizin görüşünüz nedir?

Bir kere belli mesleklerde ister yabancı ister yerli olsun okuldan mezun olmak yeterli değil. O işi yapabilirlik sertifikası türü bir şey oluşturulması lazım. Hukukta yaparlar bunu. Mesela hukuk fakültesinden mezun olduktan sonra avukatlık yapabilmek için baronun oluşturduğu bir sınava girmek zorunluluğu vardır. Aynı şekilde tıpta da dünyanın birçok ülkesinde var. Bu nereden kaynaklanıyor? Bu kadar oynak bir dünyada, mezun olduğunuz okulun, ister Türkiye'de ister başka bir yerde, hangi düzeyde olduğu belli değildir. Üniversitelerin vasıfları farklı. Eğitimde farklılaşma yaşanıyor. Geçekundu üniversite var, köklü üniversiteler de var. Üniversiteler kendi aralarında bir akreditasyon sağlamaya çalışıyorlar fakat buna da güvenmiyorlar. Özellikle halk sağlığını, halkın doğrudan güvenliğini ilgilendiren mesleklerde okul bitirmiş olmak yetmiyor, mesleğini icra edebilmek için bir başka sınavdan daha geçiriyorlar.

Bir deprem ülkesinde yaşıyoruz. Evlerimiz yapan mühendisler, mimarlar yeterli mi diye düşünebilirsiniz. O zaman o konuda eğitim çeşitlendiğine ve farklı niteliklerde öğrenciler çıktığına göre siz onları bir noktada elekten geçireceksiniz. Kendini kanıtlayan o mesleği yapma hakkı kazanacak. Böyle bir şey koyarsanız, sırf ucuz diye vasıfsız yabancı doktorlarla halkı karşı karşıya getirmeyi önlemiş olursunuz. Ama bunun dışında bir yasak doğru değildir. Hem serbest rekabete

karşıdır hem globalleşmenin genel mantığına karşıdır ve böyle bir milli koruma altına alamazsınız. Bu tıpkı bizim Anadolu'ları üretip yabancı araba ithalini yasaklamamızla aynı mantıktır.

Eğer yabancı doktor getirilecekse ki gelmelerinin önü açılmalı, bir bariyer konup bu bariyerin üstünde çıkanları çalıştırmak; ikincisi de söz konusu doktor olacağı için ve hastayla temas edeceği için dil probleminin bir biçimde çözmek gerekiyor. Çünkü hasta kendini ifade edebilmek ve doktorunu anlamak zorundadır. Yani verirsiniz evinizin projesini yabancı bir mimara çizdirirsiniz. Konuşmasanız da olur belki ama hasta doktoruyla, doktor hastasıyla konuşmak durumundadır. İletişim kurmak zorundadır. Bunu nasıl halledecekler onu bilmiyorum.

(Y. K. Ş.) Ama size göre bu adaptasyon olmak zorunda... Zaten doktorlarımızın da böyle bir rekabete açık olmaları, hatta böyle bir rekabete yabancı doktorları çağırıyor olması gerekmez mi? Asıl böyle bir rekabetten sonra mı doktorlar kendilerinin nerede olduklarını görebilirler?

Kesinlikle bu adaptasyon olmak zorunda. Bu alanda da rekabet sırasında zararları önlemek için de mutlaka bir yeterlilik sınavı, bir bariyer olması lazım. Bu da özellikle bu alanın özelliğinden dolayı. Mesela gelmiş son derece yetersiz bir doktor. Altı ay sonra rekabetten elenecek ama o sırada altı tane hastayı öldürmemesi lazım. Onun için de gereken tedbirlerin alınması lazım.

(A. T.) Böyle bir sınav da var zaten... Yabancı doktor bu sınava giriyor. Hatta kuralları da son derece katı üstelik. Bir defa bu sınavı kaybeden bir daha giremiyor. Daha sonra 5 senede bir uzmanlık sınavları var. Böyle bir süreç var yani...

Zaten bunun önünü de kapatamazsınız. Nasıl sizin bir sürü meslek sahibi insanınız gidip, Amerika'da, Avrupa'da hatta dünyanın istedikleri her yerinde çalışıyorsa, oradan da buraya gelip çalışacak tabii insanlar. Bizim çocuklarımız gidip oralarda iş tuttukları zaman son derece memnun oluyoruz, onlar buraya geldikleri zaman problem. Bizimkiler gidiyorlar Almanya'da ev alıyor, az değil iki milyon Türk, sorun yok. Ama onlar gelip buradan ev almaya katılığı zaman 'bir dakika, ne oluyor?' deniliyor. Vatan toprağı gidiyor diye feryada başlanıyor. Yıllardır Avrupa'ya giden işçilerimizin çoğu ev aldı oralarda. Bunun gibi... Türkiye'den doktorlar gidip çalışıyor, dünyanın her yerinde, elbette onlar da gelecek. Hiçbir mesleği milli duvarlarla koruyamazsınız. Hiçbir



"Kişinin aksini beyan etmedikçe iradesini organ bağışçısı olma yolunda kullandığı bir yasa çıkartırsınız ve bol bol duyurursunuz, istemeyen gitsin, bağış yapmak istemiyorum diye kartını alsın diye... Bağış yapmak istiyorum diye değil, yapmak istemiyorum diyen uğraşmalı."

sektörü böyle gümrük duvarları arkasına hapsedemezsiniz.

Bu o sektörün sadece kavrulmasına, güdük kalmasına ve gelişmemesine sebep olur. Ama kurallarını da iyi koymak lazım. Kurallı olması lazım. Adım başı bir klinik açmış adam. Oraya da ne idüğü belirsiz birtakım doktorlar getirmiş çalıştırıyor. Böyle bir şey olamaz.

(A. T.) Tekrar deminki konuya dönecek olursak; hastaya yaklaşımda da, hastanın kendisinin ve hastalığını metalaşması, değer yargılarının ciddi erozyona uğraması konusu... Kavramsal olarak baktığınızda, özel sektöre doğru gidiyor olmak, bir anlamda, vahşi kapitalizm olmasa da bunun kurullarıyla yarışıyor olmak uzun vadede bunu getirecek midir sizce? Sistem içinde devlet ve özel sektörün dengelerinin değişmesi, insanlık açısından ciddi bir erozyona sebep olur mu?

Aynı şey eğitim için de söyleniyor. Eğitimin satılan bir hizmet haline gelmesi hususunda da. Öyle ya da böyle ben bunu kaçınılmaz görüyorum. Mutlaka yeni durum kendi etliğini yaratacaktır. Bugün ilaç ve tıp endüstrisi petrolden sonra ikinci sırada. Böyle büyük bir pazardan, böyle büyük bir sektörden bahsediyoruz. Belki hiçbir zaman emin olamayacağız ama kanserle ilgili birtakım alternatif tedavilerin bastırıldığı şeklinde iddialar var. Bunu bilemeyeceğiz belki ama şunu



“Tıp camiasında biraz Ortodoks bir tutum var. Zaman zaman insana şunu hissettiriyor: Bir bilgi tekeli ellerinde tutuyorlar ve bu bilgi tekelinin iktidarını kuruyorlar. Her uzman bir bilgi tekeli kurar ama doktorların kurdukları bilgi tekeli sıradan insanların kolay kolay nüfuz edebilecekleri, kolay kolay vakıf olabilecekleri dolayısıyla tartışabilecekleri bir şey değil.”

biliyoruz: Bir kısmı Harvard Üniversitesi’nde bulunan Çinli doktor, yaptıkları birtakım alternatif çalışmaların Amerika’da kanser sektörü tarafından bastırılması, sınırlandırılması, yasaklanması üzerine, gittiler Çin’de bu tedaviyi uyguluyorlar. Böyle şeyler olabiliyor, olabilir. Ama bu geri dönüşü olmayan bir süreç aynı zamanda. Bu kadar büyük sermaye, bu kadar büyük bir sektörü devletler yapamazlar. Devletlerin tek başlarına altından kalkabileceği bir hizmet değil. Çok uluslu sermayeler lazım. O ilaç firmalarının bir yeni molekül bulmak için on sene çalıştıklarını ve bilmem kaç milyon dolar para harcadıklarını biliyoruz. Ve sonu belki fiyasko oluyor. Sonunda hiçbir şey çıkmayan milyar dolarlar gidiyor. Bunun için çok dinamik bir sektöre ihtiyaç var. Ve bu nitekim oluştu ve geri dönüşü mümkün değil. Ne olması gerekiyor? Böyle meselelerinin tartışılmasıyla birlikte bu konuda toplum denetimi olacak. Ve kendi etliğini oluşturacak. Yani o zaman diyelim ki o özel hastane de hastayı gereksiz yere pahalı bir tedaviye yönlendirdiği ortaya çıktığı zaman kapana sıkıştırılacak gelecek. Rezil olacak toplumda. Böyle bir etığın kendi içinde oluşması, böyle bir toplumsal denetimde bunların halledilmesi lazım.

Ona bakarsanız biz devlet elinde birtakım SSK Hastaneleri’nde nasıl yolsuzluklar olduğunu, ilaç alımlarında ne yolsuzluklar olduğunu biliyoruz. Yani orası, tertemiz değil ki, orada da yıllardır doktorların kendi muayenehanelerine hasta kanallara ettiklerini de biliyoruz. Dolayısıyla bu konudaki yozlaşma, devlet elindeyken de olabiliyor, özel sektör olunca da başka birtakım sorunlar çıkacaktır.

(Y. K. Ş) Belki böyle bir durumda devlet daha iyi denetim ve kontrol mekanizması kuracaktır...

Belki de... Devlette torpilin olduğunu da biliyoruz. Oradaki doktorların kendi muayenehanelerine gelen hastalara farklı, gelmeyenlere farklı davranışlarını biliyoruz. Açıktan paralar alındığını biliyoruz ve en önemlisi de alet alımında ve ilaç alımında çok büyük yolsuzluklar olduğunu biliyoruz. Şimdi burada böyle olabilir derken, eskiden pek mi matahtı diye sormak lazım. Kendi etliğini, kendi toplumsal denetimini yaratacaktır. Zaten başka bir çare yok. Bugün bilimler arasında en hızlı ilerleyen bilim biyogenetik ve tıp. Bunun gürbüzleşmesi ve önünün tıkanmaması lazım.

(A. T.) Tıp dünyası, akademik çevreler, dışarıdan kendilerine müdahale edilmesine, düşünce bazında, siyasi bakımdan, uyarı, ikaz ve eleştiri bazında biraz fazla mı kapalı veya çok rahat tıp dünyasındaki her şey tartışılabilir mi? Yani kurumlarının kendi içindeki omurgası, dışarıdan söylenecek doğru veya yanlış herhangi bir şeyi tanımadan hemen yargılayıp tepki mi gösteriyor yoksa bunları özümseyip tartışabiliyor mu?

Tıp camiasında biraz Ortodoks bit tutum var. Zaman zaman insana şunu hissettiriyor: Bir bilgi tekeli ellerinde tutuyorlar ve bu bilgi tekelinin iktidarını kuruyorlar. Her uzman bir bilgi tekeli kurar ama doktorların kurdukları bilgi tekeli sıradan insanların kolay kolay nüfuz edebilecekleri, kolay kolay vakıf olabilecekleri dolayısıyla tartışabilecekleri bir şey değil. Ve o alandaki bilgi tekelinin kırılması eğilimlerine de tepkililer. Bu alternatif tıp için de geçerli...

(Y. K. Ş) Peki kendileri için mi, halkın lehine olması açısından mı öyleler?

İki yönüde var gibi geliyor bana. Mesela birçok doktorun hasta gelip de karşısına internette okudum, şöyleymiş, böyleymiş dediğinde bir sinirlendiğini görüyoruz. ‘Bırakın interneti, öyle şey olur mu?’ tarzında bir yaklaşım sergiliyorlar.

(A. T.) Ben öyleyim biraz... Bilinçli

hastayı çok severim ama internetten okudum diyerek gelen hastaya bir tepkim oluyor...

Doğrudur. Doktorların yaptıkları iş, hiçbir maceracılığa imkân vermediği için belli bir tutuculuk içindeler. Öyle ‘hadi şunu deneyelim, hadi bunu deneyelim’ diyemezler. Kurallara uygunluk ve tutuculuk içindeler. Ama bunun zaman zaman yenilikleri engelleme noktasında zararları da oluyor.

Genel olarak tıp camiasında öğrenilen, bilinen, var olan ve uygulanan konvansiyonel bilgiler dışında bir tutuculuk hissediyorum. Özellikle yeni denemeler konusunda. Ama bu hastaya yönelik. Öte taraftan araştırmalar son derece özgürce, son derece uçuk noktalarda yapılıyor.

(A. T.) Çin’deki kanser tedavisi Türkiye’de de çok popüler. Fakat ne olduğu karışık. Bizim şu anda uyguladığımız tedavinin çok dışında kalıyor. Ama olabilir mi? Olabilir belki... Eğer yol bittiyse birtakım şeyler denenebilir yani bu kadar da katı olmamak gerekiyor. Siz ne düşünüyorsunuz?

Bunlar hassas noktalar. Genel olarak doktorlar daha rahat olsunlar, esnek olsunlar demek de çok doğru değil. Sonuçta bizim güvenliğimiz söz konusu. Aksi takdirde ‘bizi deneme tahtası yaptılar, bizi kobay gibi kullandılar’ diye başlarız. Yani doğrusunu isterse-niz öyle bir güvenceye, belli bir tutuculuğa da ihtiyacımız var. Tabii bir de tersi oluyor: Tıptaki çeşitli araştırmalar da birtakım başka çevreler tarafından etik adına çok kısıtlanıyor. Özellikle genetik çalışmalarda tıp biliminin üstünde çok ciddi bir toplumsal baskı var. Ve bir korku var: İnsanın doğasıyla oynuyorlar, insanın doğasını değiştirecekler diye. O da bilim üzerinde bir baskı. Mesela Amerika’da çalışması kısıtlanan birtakım insanlar Rusya’ya gidip orada çalışıyorlar. Beyinle ilgili çalışmalar Amerika’da yasaklandı. Yani bir de tersten bakmak lazım. Genleriyle oynanmış bitkiler ve hayvan deneyleri için çevreciler son derece tutucu bir rol oynuyorlar mesela...

(Y. K. Ş.) Size göre doktor-hasta ilişkisi nasıl olmalı? Siz nasıl bir doktor ararsınız?

Bir kere doktor, hasta olarak benim içimde ne olup bittiğini bana benim anlayacağım gibi anlatmalı. Ve uygulayacağı tedaviyi de anlatmalı. Daha fazla vakit ayırarak o hastalığı içinden çıkararak önüne koymalı ve anlatmalı. ‘Bana ne oluyor ve bana ne yapıyor?’ konusunda hastayı meçhulde bırakmamalı. Bütün sorularını cevaplamalı. Doktorların bir kısmı bunu yapıyor



ama önemli bir kısmı 'bu benim işim, ben bunu biliyorum ve yapacağım, sana ne oluyor?' havasına giriyorlar. 'Sen sadece şu ilaçları al, şunları yap, şunları yapma ama ötesi benim işim. Ne olup bittiğini anlamam gerekmiyor' tutumuna giriyor ki son derece rahatsız edici bir tutum. Bunu en had safhası yine İngiltere'de var. Hasta doktora gidiyor. Doktor ona bir külah içinde birtakım haplar veriyor. Hasta, hastalığını bilmiyor, içtiği o hapların adını bile bilmiyor. Gözlük numarasını bilmiyor insanlar doktor verdi herhalde doğrudur diyorlar. Hastanın hastalığına yabancılaşması süreci yaşıyor. Bizde o kadar değil.

Bir şeyi önünüze koyup baktığınız zaman onunla daha rahat baş edersiniz. O yüzden ben başıma ne geldiyse, ne gelecekse bilmek isterim. Hastalığımı tanımak isterim.

(A. T.) Peki ölümcül hastalıklar hastaya söylenmeli midir?

O bambaşka bir konu. Ölümcül hastalıklarda mutlaka hastanın yakınlarından söylenip söylenmemesi konusunda fikir alınması lazım. Öyle pat diye insanlara söylenmemesi lazım diye düşünüyorum. Onun bizi aşan ince bir psikolojik süreçten geçmesi lazım.

(Y. K. Ş.) İnsanların sağlıkla ilgili pek çok şeyi öğrendiği mecra genellikle televizyon ve gazeteler. Türkiye'deki sağlık haberciliği bu konuda size göre olması gereken gibi mi?

Dünyanın her yerinde basın en popüler konularından biridir sağlık. Amerika'da dünya kadar sağlık dergisi çıkar. Onların içinde de yalan yanlış bir sürü şey yazar. Bizde de özellikle basında uzman muhabir meselesi çok fazla olmadığı için, birtakım aksamlar oluyor. Yalan yanlış birtakım şeyler yazıldığı gibi iyi birtakım haberler diziler de yapılıyor. Meslek kuruluşlarının sağlık muhabirleriyle yakın temas içinde belki birtakım kurslarla, brifinglerle ve doğru bilgi alma kanallarını sürekli açık tutarak işbirliği içinde olmaları gerekmektedir.

Ama popüler basın sağlık haberlerine her zaman ilgi gösterecektir ve her zaman bunu oldukça kaba saba bir biçimde, aşırı vurguyla verdiği için yanlışları içerecektir. Bu da kaçınılmaz bir süreç. Dünya kadar sağlık haberi yapıyor, sağlık programı yapılıyor, bir o kadar doktor kendi sitesini açıyor, sitesinden görüş belirtiyor, ilaç tavsiye ediyor hastayı görmeden, internet üzerinden tedavi şemaları vermeye çalışıyor. Bütün bu bilgi akışına ve bilgi dolaşımını temizlemek, rafine etmek ve hepsini doğru hale getirmek ne yazık ki mümkün değil. Hastaya verilme-

si gereken "bütün bunları oku dinle ama yine senin bir derdin olduğu zaman doktora git" mesajı olmalıdır.

Bu arada ben sağlık haberlerine güvensizlik oluşması güven oluşmasından daha iyi olduğunu düşünüyorum. Yani her okuduğuna inanan bir okur daha kötü. Merakına yenilip okusun ama, her okuduğuna güvenmek sağlık alanında tehlikeli.

(A. T.) Gerçi Türkiye'de bu konuda herhangi bir konu veya tartışma yok ama dünyada zaman zaman gündeme gelen, tartışılan bir konudur ötenazi... Bizde de yeterince tartışılmadığını düşündüğümüz kavramlardan biridir. Siz ötenazi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Olacaksa bile asla yoğun bakım süreçlerinin uzun ve masraflı oluşundan ya da organ transplantasyonu ihtiyacından dolayı olmamalı. Yakınlarının çektiği sıkıntı gibi, uzun süreli tedavinin maddi yükümlülüğü gibi sebeplerden olmamalı. Hastanın çektiği acılara son verme hakkı olabilir. Tamamen hasta olan biri açısından düşünmek lazım bu kararı. Bireysel bir hak. İnsanın kendi iradesiyle hayatına son verebilme hakkı olmalı gibi geliyor. Kesin konuşmak istemiyorum bu konuda.

(Y. K. Ş.) Sizin özellikle üzerinde durulmasını istediğiniz bir konu var mıdır tıp alanında, sağlık sektöründe?

Ben, organ nakli meselesinin çok iyi bir çözümü olabileceğini düşünüyorum. Şöyle ki, insanların sağlıklarında gidip de 'ben herhangi bir şekilde ölürsem organlarımı veririm' demeleri soğuk bir şey. İnsanların kolay kolay yapamadıkları bir şey. Ölümü düşünmeyi, ölüm sonrasında vücudunun parçalanacağını düşünmeyi filan gerektiriyor ve insanlar bu fikirle iç içe yaşamaktan hoşlanmadıkları için böyle bir belge vermek, toplumun çok az bir kesiminde gerçekleşiyor. Ama bu konuda hiçbir şey yapmama tutumu kolay bir tutum. Şöyle bir yasa düşünün: Aksini belirtenlerin organları alınmayacak. İsteyen dini nedenler ya da başka nedenlerden dolayı 'ben organlarımı dokunulmasını istemiyorum' diye belge taşıyacak yanında. Aksi belirtilmedikçe de bağışlamış kabul edilecek dediğinizi düşünün. Ben o zaman gidip de aksi bir beyan vermem. Hiçbir şey yapmama tutumunu benimserim. Düşünmem, hiçbir şey yapmam, doğal olarak bağışçı durumuna düşerim. Vermemek isteyen aktif tutum alın dersanız siz, pasif tutum alan çok geniş bir kesim organ bağışçısı olacaktır. Böyle bir küçük yasa değişikliği ile bu konuya önem veren, istemeyen, gidip bununla uğraşır, öyle bir belge alır ama milyonlarca insan do-

"Doktorların yaptıkları iş, hiçbir maceracılığa imkân vermediği için belli bir tutuculuk içindeler. Öyle 'hadi şunu deneyelim, hadi bunu deneyelim' diyemezler. Kurallara uygunluk ve tutuculuk içindeler. Ama bunun zaman zaman yenilikleri engelleme noktasında zararları da oluyor."

ğal bir biçimde, pasif kalarak bağışçı konumuna düşer. Çok da mahsuru yok ki gidip de o kartı almıyor gibi düşünülmelidir.

Böyle bir durumda kimseye danışılmaz. Kendisi o belgeyi almamışsa 'bağışçiyım' iradesini beyan etmiş olacak. Bunun anlatılması yazılıp çizilmesi gerekiyor tabii.

Bu tıpkı evlilik sözleşmesi gibi. Sizin boşanma halinde mal paylaşımı nasıl yapacağınız konusunda bir yasal sözleşme vardır. Siz aksini ye de farklı bir sözleşme istiyorsanız. Eşinizle birlikte notere giderseniz, bir sözleşme yaparsınız ve o genel kuralın dışında kalırsınız. Kimse bunu yapmaz, normal yasanın öngördüğü şekilde davranmayı seçer. Oysa aksi sözleşme yapma hakkınız var. Başına geldiğinde de "aa böyleymiş" der. Bunun gibi

Hem çok sayıda organ bulunmuş hem de irade ile bulunmuş olacak. Her kişi yaşarken, tabii 18 yaşından büyükler için konuşuyoruz, 18 yaşından küçükler için elbette ki yakınlarına danışmak lazım. Aksini beyan etmedikçe iradesini bağışçı olma yolunda kullandığı bir yasa çıkartırsınız ve bol bol duyurursunuz, istemeyen gitsin, bağış yapmamak istemiyorum diye kartını alsın diye...

Bunun dışında Türkiye'de tüp bebek konusu, sperm bankası konusu, kök hücre bankası konusu gelip dayatmış meseleler. Bu konularda hem mevzuatın uydurulması hem de etik tartışmaları sonlandırıcı açıklama ve çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sürdürülebilirlik kavramı

Prof. Dr. Çağatay Güler



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Güler, Halk Sağlığı'nın özellikle Çevre Sağlığı alanında çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Tıp alanında kitap ve makaleleri, çok sayıda şiir ve mizahla ilgili kitapları yayınlamıştır.

Didem Söylemez Sur



1999 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunu bitirdi. Çalışma hayatına Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak başladı. 2002 yılında Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisansı'nı bitirerek Bilim Uzmanı unvanını aldı. 4 kitap 50'yi aşkın makale ve bildiri sahibi olan Didem Söylemez Sur, 2004 yılında özel sektöre geçti. Halen MedicalPark Sağlık Grubu'nda çalışmaktadır.

Rachel Carson'un "Sessiz İlkbahar" ya da gerçek anlamıyla "Sesini Yitiren Bahar" kitabının 1962 yılında yayınlanmasından başlayarak geçen yıllarda çevreye yaklaşım büyük oranda değişmiş, sonunda günümüzün "sürdürülebilirlik" kavramına ulaşılmıştır. Günümüzde iklimle ilgili önemli ve tehlikeli değişim sürecinin başladığının fark edilmesi duyarlılığı daha da artırmıştır.

Sürekli ekonomik büyüme ve gelişme

hedefi, doğal kaynakların tükenmesine ve çevresel bozulmaya yol açmaktadır. Bu durumda birey ya da ülke düzeyinde değil, global olarak ilkesel kararların verilmesi ve uygulamaya sokulması gerekmektedir. Ancak gerçek çözüm için gelişmiş ve gelişmemiş bütün ülkelerin birbirinin "olmazsa olmazını kabul etmesi" (negotiation) şarttır. Çünkü gelişmekte olan ülkeleri sürekli ham madde ihracı ve işlenmiş madde alımına mahkum edecek bir yaklaşımın, etkili olabilmesi mümkün değildir. Nitekim habitat toplantılarında da sürdürülebilirlikle ilgili olarak yapılmış olan tartışmaların temelinde bu endişe yatmaktadır.

Enerji, temel ekonomik itici güç ve enerji bağımsızlığı toplumların en zorunlu gereksinimlerinden biridir. Çevre müdahalelerinin temelinde enerji gereksinimi yatmaktadır. Enerji savurganlığı bir yana enerji elde edilmesi ve kullanımıyla ilgili her türlü uygulamanın çevre maliyeti çok yüksektir.

İngilizce'deki "sustainability" terimi dilimize sürdürülebilirlik olarak çevrilmiştir. Bu terim sonsuz olarak sürdürülebilir bir süreç ya da durumun niteliğini tanımlamak için kullanılmaktadır. Kavram olarak toplumun söz konusu terimi nasıl algıladığına, nasıl değerlendirdiğine







Sürdürülebilirlik sözcüğüne yüklenecek bir diğer anlam, bir organizasyonun yüksek kalitede hizmeti ve bileşenlerinin, organizasyonun tüm gereksinimlerini sağlayacak biçimde, geçerli bir misyon tanımının, zararsız ve etkili yönetim sistemlerinin ve seçenekli girdi kaynaklarının oluşturulması ya da sağlanmasıdır.

yönelik bir çalışma bulunmamaktadır.

Toplumumuzda sürdürülebilirlik kavramını savurganlığın önlenmesi anlamını daha büyük oranda içermektedir. Sözcüğün kavram olarak toplum bilincine yerleştirilmesinde hemen her disiplinin sistemli çabası gerekmektedir.

“Doğanın kontrol altına alınması” savı; “var olan kaynakların tümünün insan için olduğu ve istendiği biçimde kullanılabileceği” şeklindeki yaklaşımlar, sürdürülebilirlik kavramının tam algılanmasını engelleyici özelliktedir. Eskiden beri insanlar doğal kaynakları bu biçimde kullanmaya alışmışlardır. Ancak meyve ağaçlarının dikilmesi gelecek kuşaklara yönelik bir “sürdürülebilirlik” uygulaması olarak düşünülebilir. Onun dışında birçok uygulama sadece günlük sorunların çözümüne yönelik olarak kalmıştır. Örneğin: Tükenen meralar, verimliliği düşen tarlalar terk edilmiş; savaşta düşmanın saklanması engellemek için ormanlar yakılmış; büyük su kitleleri lağım atıklarının taşınması amacıyla kullanılmıştır. Daha otuzlu yıllara kadar tüm dünyada denizin kirlenebilirliği “olabilir” bir durum olarak dahi düşünülmemiştir. O yıllarda çevre sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler de, hiçbir ülke tarafından göz önüne alınmamıştır. Birçok dilde “deniz (derya)” teriminin çok büyük miktarları - sonsuzu, anlatabilmek için kullanılması da bunun bir göstergesidir.

Kuşkusuz sürdürülebilirlik, birçok toplum ve kültür tarafından bilinen ve uygulanan bir süreçtir. Kızılderililer ve Afrika yerlilerinin kültürleri de bu kavrama sahiptir. Ancak yapılan kültürel müdahaleler ilk olarak bu kültürel öğenin zayıflaması sonucunu verebilmektedir.

Sürdürülebilirlikte canlı kürenin, günümüz kuşakları için kullanılırken, gelecek kuşakların gereksinimlerini karşılamaya da yetecek şekilde, özelliklerinin korunması temel amaçtır.

Sürdürülebilirlik teriminin bir diğer anlamı da, olumlu durumun destek ortadan kalktıktan sonra da sürüp gitmesi yani olumlu bir program ya da projenin teknik destek ortadan kalktıktan sonra da sürebilmesidir. Bu da personel, donanım, olanak ve sarf malzemelerinin, uygulamaları belirtilen sürede tamamlanabilir yeterlikte olması anlamına gelmektedir.

Bu anlamda sürdürülebilirlik statik ve dinamik olmak üzere iki değişik biçimde açıklanabilir.

Statik sürdürülebilirlik tamamlanan bir program ya da projenin öngördüğü başlangıç yararının, aynı hedef gruba yarar sağlayacak biçimde sürdürülmesi anlamına gelir.

Dinamik sürdürülebilirlik ise tamamlanmış olan proje ya da program sonuçlarının, farklı bir kapsamda ya da farklı bir hedefe yarar sağlayacak biçimde, başlangıç hedef ve/veya kapsamından kaydırılarak yeni gruplara yönelik sürdürülmesidir.

Sürdürülebilirlik sözcüğüne yüklenecek bir diğer anlam, bir organizasyonun yüksek kalitede hizmeti ve bileşenlerinin, organizasyonun tüm gereksinimlerini sağlayacak biçimde, geçerli bir misyon tanımının, zararsız ve etkili yönetim sistemlerinin ve seçenekli girdi kaynaklarının oluşturulması ya da sağlanmasıdır. Gelişmekte olan toplumlar da birçok etkinliğin başarılması, sistemin zorlamasından çok bireysel inisiyatifle olmakta ve kişilerin etkinliğini yitirmesi, kimi zaman başarılı uygulamaların etkinliğini yitirmesine, hizmetin gerilemesine, hatta sonlanmasına yol açabilmektedir.

Çevre ve insan açısından sürdürülebilirlik

Çevrenin korunması toplumun sosyal ve ekonomik sağlığı ile ilişkilidir. Günümüz gereksinimlerini karşılayacak uygulamaların, toplum ve çevrenin uzun süreli sağlığını ve canlılığını sürdürecektir bir şekilde yürütülmesi gerekir. Çevresel değişim ve etkilenimlerin anlamlı çevresel göstergelerle ölçülmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır. Toplum bireyle-

rinin uygulamaları sahiplenebilmesi için, kaynakları yönlendirerek ve işbirliğini sağlayarak, tarafların çözüme katılması sağlanmalıdır; destekleyici bir çevrenin sürekliliğini sağlayacak önemli dayanakları tahrip etmeksizin bir grup, toplum ya da ekonominin sağlığının ve verimliliğinin sürdürülmesi esastır.

Sürdürülebilirlik günümüzün gereksinimlerini karşılayan ve gelecek kuşakların kendi gereksinimlerini karşılayabilme olanaklarını da tehlikeye düşürmeyen gelişme ve ilerlemeler olarak da tanımlanmaktadır (Our Common Future, Brundtland Commission of the UN General Assembly Raporu, 1987). Başka bir deyişle sürdürülebilirlik gelecek kuşakların gereksinimlerini sağlayabilmelerini sağlayacak ve onların varlıklarını tehlikeye düşürmeyecek biçimde gezegenimizin kaynaklarından yararlanmak ve yaşamaktır. Bu kavram, belirli bir alanın belirtilen uygulama süresince belirli bir bölgenin çevresine ilerleyici herhangi bir fiziksel, biyolojik, ekonomik ve sosyal zarar vermeksizin, gerekçe girdilerle kabul edilebilir hizmet ve verimlilik sağlayacak biçimde kullanılıp kullanılmadığının bir ölçütüdür.

Bir diğer tanıma göre “uzun süreli ekonomik, sosyal ve çevresel sağlık ve hayatiyet” (New Jersey Future). Sürdürülebilir bir toplum sağlıklı, canlı, huzurlu ve uzun süreçte değişen koşullara yaratıcı bir biçimde uyum sağlayabilen bir toplumdur. Bahsi geçen kavram kültürel, ekonomik, çevresel ve toplumsal sistemlerin uzun süreli sağlığı ve hayatiyetidir.

Çevre, toplum ve ekonominin uyumlu biçimde varlığı esastır. Global ekonomi ve enformasyon ağı, söz konusu yaklaşımın önemini daha da artırmış durumdadır. Doğal kaynak kullanımını, kendisini yenileme kapasitesini aşmayacak düzeyde tutarak, bütün toplumların yaşam kalitesini artırmayı hedefler.

İnsan nüfusu artmayı sürdürdükçe yiyecek su ve diğer gereksinimlere olan ihtiyaç da artar ve çevrenin oluşan atıkları işlemesi, yeniden döngüye sokmasıyla ilgili olarak zorlanmasına neden olur. Talebin böylesine artması ve kaynak sınırlılığı, temel bazı toplumsal değişiklikleri de beraberinde getirir. Sonuçta bireysel, ailesel, toplumsal ve uluslararası eylemleri ve buna yönelik bir stratejinin belirlenmesini gerekli kılar.

Çevresel bozulmanın insan sağlığı ve varlığıyla bağlantısının anlaşılması, tüm toplum bireyleri için kolay bir süreç değildir. Bu nedenle çevresel bozulma ve etkilenimin yerel bağlantılarının kurulması, toplum bireyleri tarafından bilinçli olarak algılanması sağlanmalıdır. Çoğu uluslararası anlaşmaların etkisiz kalma-

şı, uygulanabilir olmaktan çıkmasının temel nedeni bireysel etkinliğin olmamasıdır. Sözgelimi kurşunsuz benzinle ilgili olarak hangi karar alınırsa alınsın, toplum bireyleri kurşunsuz benzini seçmedikçe, alınan kararın hiçbir anlamı olmayacaktır. Kurşunsuz benzinle ilgili özendirmeler kalktığında satışının büyük oranda düşmesinin nedeni budur.

Dünyada global olarak alınan kararlar arasında 1987 yılında ozon tabakasını zayıflatan maddelerle ilgili Montreal Protokolü, biyolojik çeşitlilikle ilgili 1992 Konvansiyonu, 1992 İklim Değişikliği Konvansiyonu, Kuzey Atlantik Deniz Çevresinin Korunmasına Yönelik Konvansiyon (1992) ve 1992 Helsinki Konvansiyonu örnek olarak verilebilir. Ancak alınan kararlar kimi gelişmekte olan ülkelerce seçeneksizlikten, kimi de gelişmiş ülkelerce ekonomik çıkarlarına aykırı olduğu için tam uygulanamamaktadır. 1997 Kyoto Protokolü, ABD tarafından iklim değişikliği ile ilgili verilerin yetersizliği ileri sürülerek, adeta geçiştirilmektedir. Politik karar olmaksızın istenilen etkinliğin sağlanabilmesi mümkün olamamaktadır.

Sürdürülebilirlik terimi çoğu kez “sürdürülebilir kalkınma” ya da “sürdürülebilir yaşama” anlamında da kullanılmaktadır. Birleşmiş Milletlerin desteklediği Brutland Komisyonu’nun raporunda (1987) “gelecek kuşakların kendi gereksinimlerini tehlikeye düşürmeksizin, günümüzün gereksinimlerini karşılayacak bir kalkınma” olarak tanımlanan sürdürülebilirlik tam olarak yerine getirilebilmesi mümkün olmayan kuramsal bir tanım olarak kalmaktadır.

Sürdürülebilirlik günümüzde birçok disiplin tarafından eklentilerle kullanılmaktadır. Kullanıldığı alan ve uygulamalar arasında ekonomik gelişme, çevre, sosyoloji, sağlık, eğitim, gıda üretimi, enerji, ulaşım, yaşama biçimi, toplum güvenliği sayılabilir. Rosenbaum’un getirdiği tanıma göre sürdürülebilirlik; kaynakları tüketmeyen ya da doğal döngülere herhangi bir zarar vermeyen yöntem, sistem ve materyallerin kullanılmasına yönelik uygulamalardır”.

Bütün bu tanımlar sürdürülebilirliğin esas olarak dünyanın, biyosferin sonuza kadar varlığını sürdürmesine yönelik tüm yaklaşımları kapsamaktadır. Bu durum ekonomik, sosyal ve ekolojik katma değerlerin birlikte yaratılmasını gerektirir. Sosyal ve ekonomik ölçütler her zaman göz önüne alınamamaktadır. Bunun temel nedenlerinden birisi söz konusu kriterlerin ölçüm amacıyla kullanılmasındaki güçlüklerdir. Ekonomik hesaplarda çoğu kez sosyal ve ekolojik kayıplar “zarar” olarak hesaba katılmamaktadır. Diğer bir neden ekonomik gerçeklerin çoğu kez diğer tüm gerçeklerin önüne geçmesidir.

Bir kuruluş ya da şirket için sosyal katma değer çalışanlara bir anlamda sosyal güvence vermektedir ve çalışanlar için doyumsuz bir iş hayatı doyumsuz bir yaşamla bağlantılı bir öğedir. Buna örnek olarak kadınların annelik ve iş uygulamalarını bir arada sürdürme eğilimini, şirketlerin desteklemesi gösterilebilir. Ayrıca günümüzde şirketler toplumda büyük oranda sorumluluk alma eğilimi ve baskıdadır. Üstelik işyerinde bir “şirket hemşehirliliği” yaratma gereksinimleri vardır ve çevre açısından yasaların gerektirdiğinin çok üzerinde çevresel bir yaklaşım içerisinde bulunmak zorunluluğu doğmaktadır. Bir anlamda kritik doğal sermayenin korunması sorumluluğu şirketlerin sorumluluk alanlarına denk düşmektedir.

Sürdürülebilirlik aslında çevresel bir hareket değil, bir topluluk hareketidir ve toplumlarda bu anlayışın oluşması uzun bir süreç gerektirmektedir (minimum 25 – 50 yıl). Toplumun taşınabilir kapasiteyi göz önünde tutması; ekonomi, çevre ve sosyal görüşler arasındaki bağlantıları kabul etmesi ve bunların ölçülebilmesi, toplumun tüm üyelerinin bakışının değişmesi ile mümkündür. Toplum bireyleri doğal kaynakların sürdürülebilir tüketimi konusunda bilinçlendikçe söz konusu yaklaşımlar daha da güçlenecektir. Bu kavram toplum kültürünün bir parçası olduğunda, vazgeçilemez bir etik kural haline gelecek ve baskı unsuru olacak etkinlikte, bir toplum talebi yaratılabilecektir.

Kaynaklar

Carson, Rachel (1962). *Silent Spring*. Boston, MA, Houghton Mifflin, 1962

Carbon Dioxide Information Analysis Center, Oak Ridge National Laboratory, U.S. Department of Energy, February 26, 1999

Intergovernmental Panel on Climate Change, *Climate Change 1995: The Science of Climate Change*, Cambridge University Press: New York, 1996

Miller, G. Tyler, Jr., *Living in the Environment, An Introduction to Environment Science*, sixth edition, 1990

U.S. Environmental Protection Agency, *Inventory of U.S. Greenhouse Gas Emissions and Sinks: 1990 - 1998*, EPA 236-R-00-001, April 2000

Davis, Stacy, *Transportation Energy Data Book*, Oak Ridge National Laboratory, U.S. Department of Energy, Edition 17, 1997

Energy Information Administration, *Annual Energy Review 1997*, DOE/EIA-0387(97), U.S. Department of Energy, Washington, DC., July 1998

Energy Information Administration, *Emissions of Greenhouse Gases in the United States 1997*, DOE/EIA-0573 (97), U.S. Department of Energy, Washington, DC. October 1998

Elliott, Lorraine. (1998). *The Global Politics of The Environment*, New York, NY, New York University Press, 1998



Toplum bireyleri doğal kaynakların sürdürülebilir tüketimi konusunda bilinçlendikçe söz konusu yaklaşımlar daha da güçlenecektir. Bu kavram toplum kültürünün bir parçası olduğunda, vazgeçilemez bir etik kural haline gelecek ve baskı unsuru olacak etkinlikte, bir toplum talebi yaratılabilecektir.

Rosenbaum, Walter (1998). *Environmental Politics and Policy*. Washington, DC, CQ Press, 1998

Hays, Samuel P. (1959). *Conservation and the Gospel of Efficiency: The Progressive Conservation Movement, 1890-1920*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1959

Cooper's Comprehensive Environmental Desk Reference, Arthur R. Cooper, Sr., Van Nostrand Reinhold: New York, 1996

Sağlık hizmeti bağlamında sır saklama yükümlülüğü ve kapsamı

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Daha sonra Dicle ve Selçuk üniversitelerinde görev yapmıştır. 2001 yılında göreve başladığı Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde 2006 yılında profesör unvanını almıştır. YÖK üyesi olan Özgenç, Türk Ceza Hukuku'na ilişkin yeni kanunların hazırlanmasında etkin rol almıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza Hukuku Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bakanlar Kurulu'nun 13.1.1960 tarih ve 4/12578 sayılı Kararı ile kabul edilen "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi"nin (yayınlandığı Resmi Gazete: 19 Şubat 1960 /10436) 4. maddesine göre;

"Tabip ve dış tabibi, **meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları**, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.

Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz."

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin (yayınlandığı Resmi Gazete: 01 Ağustos 1998/23420) "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" başlıklı 12. maddesine göre;

"Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta **mahremiyetinin** korunmasını açıkça talep de edebilir.

Her türlü tıbbî müdahale, **hastanın mahremiyetine saygı** gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) **Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbî değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini**,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makûl bir **gizlilik ortamında** gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbî müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbî müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır."

Türk Tabipler Birliği'nin 47. Genel Kurulunda 10/11 Ekim 1998 tarihinde kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" başlıklı karar metninin 9. maddesi de "hekimin sır saklama yükümlülüğünü ifade etmektedir:

"Sır saklama yükümlülüğü:

Madde 9- Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.



Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelememesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.”

İşaret etmek gerekir ki, Türk Tabipler Birliği'nin 47. “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” başlıklı karar metninin, hak veya yasak oluşturma bakımından bir gücü bulunmamakla birlikte; bunlara, yukarıda iktibas etmiş bulunduğumuz mevzuat hükümlerinin uygulanmasında bir **yorum aracı** olarak başvurulabilir.

Bu metinlerden başta tabip olmak üzere, sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından **sır saklama yükümlülüğü** mevcuttur. Sağlık mesleği mensubu olarak tabibe teşhis ve tedavi amacıyla başvuran kişinin, hakkında doğru teşhiste bulunulabilmesi ve etkin bir tedavi yönteminin belirlenebilmesi için, kendisiyle ve hatta gerektiğinde yakınları ile ilgili bilgileri tabibe bildirirken, bunların gizli tutulacağı ve yetkisiz kişilerin eline geçmeyeceği hususunda güvenle hareket etmesi gerekir. Bu güven tesis edildiği takdirde hasta kişi, kendisiyle ve hatta gerektiğinde yakınları ile ilgili bilgileri tabibe açıklamakta ve bu suretle, hakkındaki doğru teşhiste bulunulması ve etkin bir tedavi yönteminin belirlenmesi mümkün olabilmektedir.

Sır saklama yükümlülüğü kapsamında gizli tutulması gereken bilgiler, kişinin hasta olup olmadığı, hastalığının mahiyeti, biyolojik, fiziki ve ruhsal özellikleri, aile ilişkileri gibi kişisel verileri kapsamaktadır. Dikkat edilmelidir ki, teşhis ve tedavi amacıyla tabibe başvuran kişiye ilişkin veriler, Türk Ceza Kanununun 135 vd. maddelerinde tanımlanan suçlar bağlamında **kişisel veri** niteliği taşımaktadır.

Burada birinci sorun, başta tabip olmak üzere sağlık mesleği mensubu kişilerin, tanık olarak dinlenilmesi istendiğinde hasta ile ilgili bilgileri açıklayabilip açıklayamayacağı hususuna ilişkindir.

Klasik anlayış, bu durumda “*tanıklıktan çekinme hakkı*”nın varlığından söz etmektedir. Bu anlayış, sırta sahip olan kişiden hareketle bu sonuca varmaktadır. Halbuki, doğru olan, bilginin ilişkin olduğu kişiden hareketle soruna çözüm getirmektir. Bu itibarla, hasta bakımından, kendisiyle ve yakınlarıyla ilgili bilgileri yetkisiz kişilere açıklamamalarını tabip

ve diğer sağlık mensubu kişilerden isteme hakkı mevcuttur. Bu hakkın doğal sonucu olarak, hasta ve yakınlarına ilişkin bilgileri, izinleri olmadığı sürece, herhangi bir kişiye açıklamamak, tabip ve diğer sağlık mensubu kişiler bakımından bir **yükümlülük** oluşturmaktadır. Bunun sonucu olarak, başta tabip olmak üzere sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından **hasta ve yakınları aleyhine tanıklık yapmama yükümlülüğü** söz konusudur. Başka bir ifadeyle, ister özel hukuk uyumsuzluğu olsun, ister bir suça ilişkin soruşturma veya kovuşturma olsun, sağlık mesleği mensubu kişiler, mesleklerinin icrasıyla bağlantılı olarak vâkıf oldukları hasta veya yakınlarının biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ilişkin bilgileri aleyhlerine sonuç doğuracak şekilde açıklamak üzere tanık sıfatıyla dinlenemezler (18.6.1927 tarihli ve 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu [HUMK], m. 245; 4.12.2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu [CMK], m. 46). Bu itibarla, sağlık mesleği mensubu kişilerin hasta ve yakınları aleyhine sonuç doğuracak şekilde tanıklık yapmamaları yönünde bir yükümlülük altında olduklarının hakim veya Cumhuriyet savcısı tarafından kendilerine hatırlatılması gerekmektedir.

Ancak, sağlık mesleği mensubu kişinin kendisinden açıklanması istenilen hususun hasta veya yakını aleyhine sonuç doğuracak mahiyette olup olmadığının tayin edilmesi, bir sorun olarak ortaya çıkacaktır. Bu değerlendirmenin sağlıklı bir şekilde ancak hakim veya Cumhuriyet savcısı tarafından yapılabileceği ortadadır. Bu nedenle, **sağlık mesleği mensubu kişilerin hasta veya yakınları ile ilgili olarak hakim veya Cumhuriyet savcısı dışında örneğin kollukta (polis veya jandarmada) tanık olarak açıklamada bulunmaması gerekmektedir.**

Sır saklama yükümlülüğü kapsamına giren bilgilerin, **hastanın veya yakınının biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ilişkin bilgilerden** ibaret olması gerekmektedir. Kişinin **hastalığına ilişkin bilgilerin** bu kapsama girdiği izahtan varestedir. Kişinin doğrudan hastalığına ilişkin olmamakla birlikte, örneğin kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi de, hastanın biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özellikleri bakımından sonuç çıkarmaya elverişli olduğu için, sır saklama yükümlülüğü kapsamında değerlendirilmelidir. Keza, kişinin örneğin psikiyatri hastalarının tedavi gördüğü bir sağlık kuruluşuna başvurup başvurmadığı, belirli tarihler arasında bu sağlık kuruluşunda yatıp yatmadığı hususlarına ilişkin bilgiler de sır saklama yükümlülüğü kapsamında değerlendirilmelidir. Bu bakımdan önemli olan, bir bilginin, açıklanması halinde bundan **kişinin biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ve dolayısıyla**

la hastalığına ilişkin sonuç çıkarılabilecek nitelikte bilgi olmasıdır.

Ceza Muhakemesi Kanununun tanıklıktan çekinebilmek için bilginin **hastaya** veya **yakınına** ilişkin olması gerekmektedir. Buradaki “yakın” ibaresinden neyin anlaşılmak gerektiği hususunda madde metninde ve gerekçesinde bir açıklık bulunmamaktadır. Sır saklama yükümlülüğü bağlamında önemli olan, hasta veya bir başkasına ait bilginin teşhis ve tedavi amacına yönelik tıbbi müdahale kapsamında öğrenilmesidir. Bu nedenle, Ceza Muhakemesi Kanununun burada “yakın” ibaresine sınırlama getirmemesi, bir eksiklik olarak teklakki edilmemelidir.

Bu arada işaret etmek gerekir ki, hastanın veya yakınının **rizasının** varlığı halinde, sağlık mesleği mensubu olan kişiler “... *bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler*”le ilgili olarak, lehe veya aleyhe sonuç doğurabileceğine bakılmaksızın, tanıklıktan çekinemezler (CMK, m. 46, f. 2).

Başta tabip olmak üzere, sağlık mesleği mensubu bütün kişiler, sır saklama yükümlülüğü ile yükümlüdürler. “**Sağlık mesleği mensubu kişi**” ibaresine de açıklık getirmek gerekir. Türk Ceza Kanununda, bu kavramdan, “*tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler*”in anlaşılması gerektiği vurgulanmıştır (m. 280, f. 2). Bu tanımda, belirleyici olan, **sağlık hizmetidir**. Görülen hizmet sağlık hizmeti olduktan sonra, bu hizmetin görülmesinde görev alan kişinin sıfatı önemli değildir. Türk Ceza Kanununda sağlık hizmeti görenler, sadece örnek olarak gösterilmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmeti veren kişiler, sadece “*tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire*”den ibaret değildir. Sağlık bilimleri alanında eğitim ve öğrenim görmemiş olmakla birlikte, bir sağlık veya sosyal güvenlik kuruluşunda görev yapan ve bu görevi dolayısıyla kişilerin hastalığı ile ilgili bilgilere vakıf olan kişi bakımından da sır saklama yükümlülüğünün olduğunu gözden uzak tutmamak gerekir.

Dikkat edilmelidir ki, yaptığımız bütün bu değerlendirmelerde göz önünde bulundurulacak bilgi, bir suç olgusuna ilişkin değildir. Sağlık mesleği mensubu kişinin görev ile bağlantılı olarak bir suçun işlendiğine dair bilgiye ulaşması halinde, ihbar ve tanıklık yükümlülüğü bağlamında nasıl bir yol izlemesi gerektiği hususu, bir sonraki sayıda yayımlanmasını planladığım yazıma konu olacaktır.

Not: Yazımızın, dergimizin bir önceki sayısında yer alan “Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin kriterler” başlıklı yazısı teknik bir hatadan dolayı dip notları ve kaynakları açısından eksik yayınlanmıştır. Yazımızdan ve okuyucularımızdan özür diliyoruz. Yoğun ilgi alan bu yazıyı ilgililerin yeterince yararlanması açısından önümüzdeki sayılarımızda tekrar yayınlayacağız.

İbni Sina ile düünden bugüne...

Doç. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1978 yılında Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve Tıp. Tırm. olarak Silahlı Kuvvetler'de göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitime başladı. 1994 yılında genel cerrahi uzmanı olarak, Şırnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliği'ne atandı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda Yrd. Doç. olarak göreve başladı. 2000 yılında İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel Medipol Hastanesi'nde çalışan Tan, evli ve 2 çocuk sahibidir.

Bir tıp kültürü ve tıp felsefesi dergisinde kendisinden sıkça bahsedilecek hekim, aynı zamanda alim ve filozof herhalde İbni Sina'dır.

İbni Sina, 980 yılında bugün Özbekistan olarak anılan Türkistan'ın Buhara şehri yakınında Afşan kasabasında doğmuştur. Küçük yaşlarda dinî ilimleri öğrenen ve genç yaşta geometri, fizik ve tıp ilimlerinde bilgi ve beceri-

siyle öne çıkmaya başlayan İbni Sina 16 – 17 yaşlarındayken devrin Samani hükümdarı Nuh İbni Mansur'un hastalığını, saraya davet edilmesi üzerine tedavi ederek, devrinde haklı bir ün kazanmıştır. 21 yaşında babasını kaybetmesi ve sosyal iç karışıklıklar nedeni ile Buhara'dan ayrılmış özellikle İsfahan olmak üzere İran'ın çeşitli yerlerinde bulunmuştur.

Mükemmeliyetçi bir kişilik yapısında olması, bütün hayatı boyunca kendisini birçok alanda yetiştirmesi ve bu

alanların hepsinde en üst seviyelerde olmasına da sebep olmuştur. Daha Buhara'da iken Emir'in huzurunda, gençliğinde geçen bir konuşma sırasında, yine orada bulunanlar tarafından Arapça'sının yeterince iyi olmadığı eleştirisi üzerine, yaklaşık 3 yıllık yoğun bir Arapça dilbilgisi ve edebiyatı çalışmasına girişmiş, bu konuda kendisini geliştirdikten sonra, Arapça şiirler ve risaleler kaleme almıştır.

İbni Sina ilgi duyduğu alanlarda dikkatli bir gözlemci, düşünür ve uygulama-



yıcı olduğu kadar verimli bir yazardı. Yazmaya çok genç yaşlarda başlamış, 50 yaşlarında eserlerinin sayısı 200 ü aşmıştı. Birçok hükümdar kendisinden, danışman ve vezir olarak saraylarında bulundurmak suretiyle O'nun arkadaşlığından ve önerilerinden faydalanmışlardır. En büyük eseri muhakkak ki "El – Şifa"dır. Tıp konusunda bilinen en önemli yapıtı ise milyondan fazla kelimeden oluşan "El – kanun fi't – tıbb" adlı eseridir, ki bu kitap kendi klinik gözlem ve deneylerine dayanarak hazırladığı, İslam dünyasında ve Avrupa'da 600 yıla yakın bir süre tıp eğitiminde kullanılmıştır. Bu kitabı, 15. yüzyıla kadar on beş defa çevirisi yapılarak basılmış ve 1650 yılında Montpellier ve Louvain Üniversiteleri'nde hâlâ okutulan bir eseri ve 1593'te Arapça'sı yeniden basıldığında o güne kadar Arapça olarak basılan ikinci kitap olma özelliğini gösteriyordu.

Bir simyacı mı?

Bütün bu hızlı ve verimli çalışmaları 10. yüzyılda hem Doğu hem de Batı'da çeşitli alanlarda tanınması nedeni ile bir İbni Sina efsanesi ortaya çıkarmıştır. Henry Corbin'in dediği gibi, "Ortaçağın batısını ve günümüze değinde doğuyu etkileyen İbni Sina'nın eseri, felsefenin ve zamanının ilimlerinin tümünün alanını kapsamaktadır ve bu haliyle O, ortaçağın evrensel insan tipini gerçekleştirmiştir ". Kimi kültür çevrelerinde O bir masal kahramanı, prens, kimi kültür çevrelerinde metali altına çeviren büyülü bir simyacı olarak tanıtılmıştır. Hatta Biythinie Kralı, Sevilla Prensi olarak tanıtıldığı eserler dahi olmuştur. Kendisinden 600 yıl kadar önce yaşamış, ünlü Hristiyan teolog ve düşünür Saint Augustine ile mektuplaştıranlar olduğu gibi, 'Lokman Hekim' olduğunu söyleyenler de olmuştur.

Bekir Karlığa'nın kitabında oldukça detaylı olarak anlattığı gibi; Padoalı ve Venedikli hekimlerin hazırladıkları El – Kanun'un 1476 baskısının sonunda "Sevilla Prensi İbni Sina'nın eseri burada son bulur" denilmektedir. Aynı ifadeler 1490 Venedik baskısında da yinelenir. Aynı kitabın Champier tarafından 1522'de Lugduni'de yapılan baskısında "Kurtubalı Prens'in bu kentte bir hastane kurduğu, berabesinde El – Gazzali ve El – Farabi gibi iki dostunun da çalıştığı" belirtilmektedir. Latin dünyasında Kurtubalı, Sevilalı prens tanımlamalarının İbrani literatüründe de yaygın olduğu, oryantalist bazı yazarlarca İbni Sina'nın hayatı, İspanyol mu, Arap mı, Türk mü olduğu konusundan bahseden eserle-



rin yazılmış olduğu görülür. Bu efsanevi kişiliği nedeni ile hem İran edebiyatında hem Türk edebiyatında masallar ve destanlarla da sıkça karşılanmaktadır.

Yaygın tanınmışlığın getirdiği efsanevi anlatımları aralayarak hekimliği ile İbni Sina'yı tanıdığımızda, ortaçağ tıbbını etkilemiş olduğu kadar günümüzde de anne sütünün önemini bin yıl öncesinden vurgulayan bir hekim olduğunu görebiliriz. İbni Sina anne sütü için "bebeğin doğum öncesi beslenmek için anneden aldığı kana en yakın maddedir " derken, günümüz immünolojisi ile bizlerin artık kesin olarak bildiği bir gerçeği, sağ duyulu bir gözlem sonucu bin yıl önce ifade ettiğini fark ediyoruz. İbni Sina sadece bununla kalmayıp " anne sütü ile beslenen bebekler daha sakin olmaktadır" diyerek beslenmenin psikolojik ve psikosomatik detaylarını da göstermektedir.

Hâlâ kullanılan tedaviler...

Yine ünlü El – Kanun kitabında İbni Sina tetanos, plörezi ve tüberküloz gibi birçok hastalığı doğru olarak tanımlamış, tüberkülozun bulaşıcı olduğuna dikkat çekmiş, şeker hastalığını, şarbonu ve bazı parazitler hastalıkları tanımlamıştır. Hekimliğinin icrası ile ilgili yasa, tıbbi tanımlamalar, nabız ve kolikler üzerine eserler yazmış olan İbni Sina trigeminal nevraljiyi ilk kez tanımlamış ve yüzde meydana gelen paraliziyi merkezi ve periferik olarak ilk defa ikiye ayırmış, gözbebeğinin ışık refleksini tanımlamış, menenjitin klinik tablosunu en ince ayrıntısına kadar tarif etmiştir. İbni Sina'nın ishal tedavisi için peynir suyunun içilmesini tavsiye etmesi de hayli dikkat çekicidir.

İbni Sina'nın büyük bir külliyat halinde elimize ulaşan 250 civarında eseri bulunmaktadır. Bunların 130 unun kendisine ait olduğu kabul edilmektey-

İbni Sina tetanos, plörezi ve tüberküloz gibi birçok hastalığı doğru olarak tanımlamış, tüberkülozun bulaşıcı olduğuna dikkat çekmiş, şeker hastalığını, şarbonu ve bazı parazitler hastalıkları tanımlamıştır. Hekimliğinin icrası ile ilgili yasa, tıbbi tanımlamalar, nabız ve kolikler üzerine eserler yazmış olan İbni Sina, trigeminal nevraljiyi ilk kez tanımlamış ve yüzde meydana gelen paraliziyi merkezi ve periferik olarak ilk defa ikiye ayırmış, gözbebeğinin ışık refleksini tanımlamış, menenjitin klinik tablosunu en ince ayrıntısına kadar tarif etmiştir.

ken, yüzden fazla eseri; kitap isimlerinin değişik şekillerde kaydedilmiş olması veya bölümlerinin ayrı ayrı eserler olarak yayınlanması nedeni ile kendisine ait olduğu tartışmalıdır

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun mimarı

Tıp bilimleri felsefe doktoru Nusret Hasan Fişek

Derleyen: Yasemin K. Şahinkaya

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1914 yılında İstanbul'da doğdu. 1932'de, Kabataş Erkek Lisesi'nden mezun oldu. 1938 yılında birincilikle bitirdiği İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son beş yılı, 1933 Üniversite Reformu aydınlanmasına denk düşer.

1941 yılında aynı Üniversite'de Bakteri-yoloji İhtisası'nı tamamlayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1946'da Hayati Tıbbi ve Gıda Kimya Mütahassısı (Biyokimya Uzmanı) oldu, 1952'de ise Harvard

Üniversitesi'nden Tıp Bilimlerinde doktora derecesi aldı. Kendisi; tıp bilimleri felsefe doktoru olan ilk Türk'tür. 1955 yılında Biyokimya doçenti, 1966 yılında ise Halk Sağlığı profesörü oldu. Tetanoz toksoidi konusunda yaptığı özgün çalışma ile uluslararası başarı kazandı. Biyokimya dalında ise laboratuvarlar kurdu ve geliştirdi.

Sağlıklı yaşam hakkı

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olduğunu savunmuş; tüm bilimsel çalışmalarını ve uygulamalarını herkese nitelikli sağlık hizmeti ulaşması hedefine yöneltmiştir. Savaş

döneminin sona ererek insan gücü ihtiyacının aza indiğini ve tıptaki gelişmeler sonucu ortaya çıkan hızlı nüfus artışı sorununu ülkemizde ilk fark eden ve bu konuda harekete geçen bilim insanı yine Dr. Nusret Fişek olmuştur. Bu konuya yönelmesindeki en önemli ivme, aşırı doğurganlığın ve çağdışı yöntemlerle hamileliğe son vermek isteyen kadınların sağlığının dramatik bir biçimde bozulmasıdır. Hızlı nüfus artışıyla sağlık, sosyal ve ekonomik sorunların bağlantısını kurarak bir dizi araştırmaya önderlik etmiştir. 1958 -1960 yıllarında yerel düzeyde yapılan bu çalışmaların bulguları, ülkemizde daha önce egemen olan nüfus artırıcı politikaların de-







Sağlığı bir insan hakkı
sayan Prof. Dr. Nusret H.
Fişek, 1983 yılında
Türk Tabipleri Birliği
başkanlığı görevini kabul
ederek bu meslek
örgütünü, başkanlığını
yaptığı altı yıl içinde
demokrasi mücadelesi
veren seçkin bir
toplum örgütü
haline getirmiştir.

ğıştırılmasına kaynaklık etmiştir.

Demografi ve Halk Sağlığı disiplinlerinin ortak sorun alanlarını saptayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, doğumlarla ölümler hakkında sağlıklı veri toplamasının önemine dikkat çekmiştir. Daha 1960'lı yıllarda nüfus ve aile planlaması programlarının kadın sağlığı ve kadın hakları çerçevesinde ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur. Dr. Fişek; bunu gerçekleştirmek üzere planlamacıların da içinde olduğu bir çalışma grubu oluşturarak kapsamlı bir kampanya başlatmış, gazetelere onlarca yazı yazmış ve konuyla ilgili din yetkililerinin desteğini almıştır.

Nüfusbilim sözlüğü

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde 'Nüfus Etüdları Enstitüsü'nde beş yıl boyunca müdürlük yapmıştır. Bu süre içinde bir yandan insan yetiştirmiş, bir yandan farklı bilim dallarında faaliyet gösteren uzmanlar ve kuruluşlar arası ilişkiler sağlamış, araştırmalar yürüterek sağlıklı bir veritabanı oluşturmuş, bir yandan da 'Nüfusbilim Sözlüğü'nün oluşturulmasına önyak olarak demografideki kavramlara Türkçe karşılıklar bulunması için katkılarda bulunmuştur. Ayrıca gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili halk eğitimi çalışmalarının hem kadınlara hem de erkeklere yönelik olarak yapılmasını sağlamıştır. Nüfus sorunu ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin

örgütlenmesi konusunda 1960 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın 'sağlık sektörü' kısmını hazırlayarak planlılardan uygulayıcılara kadar birçok insanı eğitmiştir.

Doğru kararlar alabilmek için güvenilir bilgi toplamanın gerekliliğini iyi bilen bir kişi olarak Prof. Dr. Nusret H. Fişek, ilk olarak 1963 yılında yapılmaya başlanan ülke çapındaki nüfus ve nüfus-sağlık ilişkilerini ortaya koyan araştırmalarının (Türkiye Nüfus Araştırması) yönlendiricisi ve uygulayıcısı olarak konunun öneminin ülkemizde kavranmasında en büyük rolü oynayan kişilerden biridir. Demografi eğitiminin sağlıklı ve kaliteli olması için yurtdışından konusunda uzman olan kişilerin Enstitü'ye getirilmesi için gayret göstermiştir. Eğitim ve araştırmalarda kalitenin yükseltilmesini sağlayan bu tutumun yanında, Prof. Dr. Nusret H. Fişek, öğrencilerin pek çoğuna da yurtdışında eğitim yapma olanağı yaratmıştır. H.Ü.Nüfus Etüdları Enstitüsü'ndeki 'Dokümantasyon Merkezi'nin kurulması onun çaba ve destekleri ile sağlanmış olup, bu merkez halen ülkemizde konusunda tek ve en büyük bilgi kaynağı olma durumunu korumaktadır.

Herkese yaygın ve nitelikli sağlık hizmeti

Prof. Dr. Nusret H. Fişek "herkese yaygın ve nitelikli sağlık hizmeti" anlayışının yansıması olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un mimarı olmuştur. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı bu yasa, sağlık yönetimi ve toplum katılımı açısından son derece ileri bir konumdur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bir 'düş'ü. Yasanın gerekçe metninde bu düşü gerçekleştiren ülkeler olarak Sovyet Rusya ve İngiltere örnek olarak gösteriliyordu. Nusret Fişek'in bu düş ve eylemi, koruyucu hekimliği ve çevre sağlığını ön plana çıkarmıştır. Böylece, ülkenin en ücra köşelerine kadar sağlık hizmetinin yayılmasını sağlamaya çalışmıştır. Alma-ata bildirgesinden 15 yıl önce ortaya konan bu proje gerçekten günün şartlarında değerlendirildiğinde, ileri görüşlü bir projeydi. Bu uygulama 1980 yılına kadar pilot uygulamalarla yaygınlaştırılmış, son olarak aralarında İstanbul'un da bulunduğu 20 ilde 80'lerden sonra uygulamaya konmuştur. Sosyalizasyonun beklenen sonucu vermede yetersiz kalması konusunda tartışmalar, suçlamalar bugüne değin süregelmiştir.

1960 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü görevinin yanında, Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'nı da yürütmesi istenmiştir. 1965 yılına değin çeşitli bakanlar ile çalıştıktan sonra, Faruk Sükan'ın Sağlık Bakanlığı dönemin-

de müsteşarlıktan alınmış; Danıştay kararı ile görevine geri dönmüştür. Yeniden müsteşarlık görevinden alınmasının ardından yeniden Danıştay kararıyla müsteşarlığa dönmüş; ancak kendi isteğiyle bu görevini bırakmıştır. 1963 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde kurulmuş olan Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün Müdürlüğü'ne geçmiştir. 1965 yılında Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin, 1975 yılında ise Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin kurulmasını sağlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile birlikte gerçekleştirilen bir projeye, Enstitü'nün içinde 'Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi' oluşturulmuştur. Bu Enstitü 1982 yılında Yüksek Öğretim Kurumu'nun kararıyla kapatılmıştır.

Hekim hakları

Hacettepe Tıp Fakültesi'nin kurulmasında ve gelişmesinde büyük katkıları olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, tıp eğitiminin niteliği üzerinde önemle durmuştur. Nitelikli teorik bilgiyi gerekli görmekle birlikte uygulamalı eğitim olmaksızın yetersiz kalacağını düşünmektedir. Ayrıca tüm sağlık personelinin, hizmet verilecek bölgeye ve sağlık hizmetinin niteliğine göre ayrı bir uyum eğitimi programından geçirilmesi gerektiğini de öngörmüştür. Hekimlerin; yaşam boyu eğitim programlarıyla bilgilerini tazelemeleri, teknolojiye ve bilimsel gelişmelere uyum sağlamaları ve halkın sağlık sorunlarından haberdar olup çözüm üretmeleri gerektiğini düşünmektedir. Sağlık planlamasının halkın hekim kullanma alışkanlığına, ülkenin istihdam gücüne ve ihtiyacına göre planlanması gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin, yeterli altyapısı, öğretim üyesi, araç ve gereci bulunmayan fakültelerde eğitim görmesinin yanlış olduğuna defalarca dikkat çekmiştir. Hekimler, mesleklerini ekonomik bir araç olarak görmemeli, topluma karşı hizmeti birincil ödev olarak benimsemeli ve çalışma saatlerini çok iyi değerlendirmelidirler. Böyle bir yaklaşımla sağlık hizmetleri sosyalleştirilebilecek ve hekimlik düzeyinin yükselmesine katkıda bulunulabilecektir. Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlık hizmetlerinde hekimin yalnız başına görev yapan biri olmadığını ve çalışma grubuyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuş, ekip çalışmasının, çağdaş sağlık anlayışının bir parçası olduğuna dikkat çekmiştir.

Ölüm cezalarına karşı...

Sağlığı bir insan hakkı sayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1983 yılında Türk Tabipleri Birliği başkanlığı görevini kabul ederek bu meslek örgütünü, başkanlığını yaptığı altı yıl içinde demokrasi mücadelesi veren seçkin bir toplum örgü-

tü haline getirmiştir. Örgütü'nün başında, 1980'li yılların baskıcı günlerinde idam cezalarına ve ölüm cezalarının yerine getirilmesinde doktorlara görev verilmesine karşı çıkmış; TBMM'de onay bekleyen kesinleşmiş ölüm cezası kararlarının yerine getirilmesini engellemekte önemli bir rol oynamıştır (1984 yılından beri Türkiye'de ölüm cezası uygulanmamaktadır). Ankara Cumhuriyet Savcılığı'nın açtığı davaya karşı bilimi, tıp meslek ahlakını, barışı, demokrasiyi ve insan haklarını savunan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, işkencelere karşı çıkarak cezaevlerinde yaşanan sorunlarla yakından ilgilenmiş, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Hekimler Derneği'nin, Atatürkçü Düşünce Derneği'nin ve İnsan Hakları Derneği'nin kurucu üyesi olmuştur.

Türk Tabipleri Birliği, onun başkanlığı döneminde birçok girişime imza atmıştır. Kamu kuruluşu niteliğinde, hükümetten bağımsız bir kuruluş olan Türk Tabipleri Birliği'nin yasasından gelen yetkilerinden yararlanarak, bir yandan

üyelerinin hak ve çıkarlarını korurken, öte yandan halk sağlığına katkısını sağlamak için yürürlüğe konulan bu programlar 'üretici etkinlikler' olarak nitelenmiştir. Merkez Konseyi'ne bağlı olarak kurulan kollar (İşçi Sağlığı Kolu, Pratisyen Hekimlik Kolu, Sendikalaşma Kolu, İnsan Hakları Kolu, Özlük Hakları Kolu vb), bir yandan programlar uygulamaya koymuş ve kongreler gerçekleştiren; öte yandan yerel tabip odaları düzeyinde de eş-kolların oluşmasını sağlamıştır.

Meslek ahlakı

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, yaşamının son diliminde 'insan hakları sorunları ve tıp meslek ahlakı' konuları ile çok yakından ilgilenmiştir. Ulusal ve uluslararası platformlarda sunduğu bildiriler, TTB'nin özellikle 'herkese sağlık' ve 'cezaevi koşullarının geliştirilmesi' çabalarına ek olarak yeni bir 'Tıbbi Deontoloji Tüzüğü' (Tıp Meslek Ahlak Kuralları Tüzüğü) hazırlamış ve kendisinin de üyesi olduğu Yüksek Sağlık Şurası'nın



(Sağlık Bakanlığı'na bağlı) gündemine sokmuştur. Ne yazık ki, ilerlemiş hastalığının etkinliğini kısıtlaması ve dönemin yetkililerinin tutumu bu taslağın tüzük haline getirilmesini sağlayamamıştır. Nusret Fişek'in ardından TTB'nin önceliklerini halk sağlığı ve hekim sorunlarının dışına kaydırması da sürece olumlu etki yapmamıştır.

Türkçe ve yabancı dilde çok sayıda bilimsel çalışması bulunmaktadır. Prof. Dr. Nusret H. Fişek 3 Kasım 1990'da vefat etmiştir.

Kaynaklar

www.fisek.org.tr

www.sansursuz.com

Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek (21 Kasım 1914 - 3 Kasım 1990)

- Türk siyaset ve bürokrasi tarihinde en popüler ve yaptırım gücü en fazla müsteşardır.
- 1933 Üniversite Reformu'nun mezun ettiği ilk kuşaktan olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, bu ilerici yaklaşımı, bütün yaşamı boyunca korumuştur. Tüm insanların sağlık hakkı için savaşım vermiştir.
- Tüm yaşamını, gücünü, bilgisini ve olanaklarını paylaşmaya; herkese sağlık hizmetinin ulaştırılması için savaşmaya adamıştır.
- Her dönem, sağlıklı yaşam için nerede bir hizmet gereksinmesi varsa oraya koşmuştur. Onun için de, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı ve Kontrol Laboratuvarı Şefliği'nden Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'na, Üniversite Öğretim Üyeliği'nden Türk Tabipleri Birliği Başkanlığı'na kadar birçok yerde çalışmıştır.
- Savaşımındaki önemli köşetaşlarından ikisi 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun' ile 'Nüfus Planlaması Kanunu'nun çıkarılmasıdır. Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı dönemindeki bu kalıcı yapıtlarını, Üniversite'de de Toplum Hekimliği ve Nüfus Etüdları Enstitüleri'ni kurarak bütünlemiştir.
- Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Kontrol Laboratuvarı şefliği, Avrupa Biyolojik Standardizasyon Birliği Ekspert Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü Danışmanlığı ve Yönetim Kurulu Üyeliği, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Öğretim Üyeliği, Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı, Hacettepe Üniversitesi Mezuniyet Sonrası Eğitimi Fakültesi Dekanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü Kurucu Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı, International Editorial Advisory Committee of the Population Information Program of the George

Washington University Medical Center Üyeliği, Dünya Nüfus Araştırmasının değerlendirilmesi, WHO/HRP Hizmet Araştırmaları Steering Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü İcra Komitesi Üyeliği görevlerinde bulunan Prof. Dr. Nusret H. Fişek 1983-1990 yılları arasında Türk Tabipleri Birliği Başkanlığı da yapmıştır.

- Nüfusbilim (demografi) alanındaki çalışmaları nedeniyle Michigan Üniversitesi 150. yıl ödülünü, sağlığın sosyalleştirilmesi alanındaki çalışmaları nedeniyle ise İngiliz Kraliyet Akademisi üyeliğini (FRCP) alan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği Şeref Diploması, Hacettepe Üniversitesi Akademik Hizmet Belgesi, Türk Tabipleri Birliği Hizmet ve Onur Belgesi ve Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği Şeref Rozeti sahibidir.

- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türk Nüfus Planlaması Kanunu'nun hazırlanması, sağlık hizmetlerinin daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenen çağdaş ilkelere göre düzenlenmesindeki önemli hizmetleri, tıp eğitiminin topluma dönük eğitim biçimine dönüştürülmesindeki hizmetleri, Mikrobiyoloji, Halk Sağlığı ve Nüfus Sorunları alanlarındaki derin bilgisiyle sayısız uzman yetiştirmesi ve çok sayıda bilimsel eser vermesi nedeniyle 'Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) 1993 HİZMET ÖDÜLÜ' verilmiştir.

- Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 'The Faculty of Community Medicine of the Royal College of Physicians' (FRCP), 'American Medical Association', 'Harvard Chapter of the Society of Sigma', 'The New York Academy of Sciences', 'The National Geographic Society', 'The Incorporated Liverpool School of Tropical Medicine', 'The American Public Health Association', İnsan Hakları Derneği, Atatürkçü Düşünce Derneği, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Hekimler Derneği (NÜSED) ve Ankara Jinekoloji Cemiyeti üyeliği yapmıştır.

Ama hep bir şeyler eksik kalmıştı!

Herkesin hayatta işgal ettiği bir yer var: Hacim içinde bir hacim... Biz onları, bu yerleri de referans olarak tanır/ tanımlarız. Bu basit, sade ve dolayısıyla kullanışlı bir kategorizasyondur. Ama oyunu bozan, hayatın ve insanın böyle bir hacimden, üç boyuttan ibaret olmayışdır. İç-içe geçmiş sistemleri, hatta çoğu zaman kaotik bir yapısı olan hayatın içinde, tam-tamına onun kadar karmaşık bir başka varlığın, insanın ve insana ait olanın tanımlanması, kategorize edilmesi, yerleştirilmesi ve hiç durmadan akan zamanın da içinde, tanımlanmış olan özelliklerini sürdürmesi neredeyse imkânsız.

Ama anlamak için de bir sistem gerektiğine hiç şüphe yok. Eğer bir sisteminiz yoksa, anlayamaz, ama anlamadığınızı da bilemezsiniz. Zaman içinde sanat, bilim, felsefe kendilerine mahsus sonsuz çeşitlilikte anlama biçimleri geliştirdiler. Biz de yirmi küsur yıllık tababet pratiğinden sonra artık kendimizi sınırları aşağı yukarı belli olan, akıl yürütme, araştırma şekilleri netleşmiş, ne dediğini, ne istediğini bilen bir disiplin içinde, deneyim kazanmış ve kendi bilgisini hazmetmiş olarak bulmak istedik.

Böyle olmadı

Öğrenci olarak, öğretmen olarak; pratisyen olarak, uzman olarak; kamu hastanelerinde, özel muayenehanede, devlet memuru ya da tabip odası üyesi olarak, sağlık ocağında ya da eğitim hastanesinde; aşı kampanyasında, araştırma projesinde, birbirinden farklı ama aslında aynı işin parçaları olan tüm alanlarda bulunurken kendimizi yeniden ve yeniden tanımladık, esas kaybetmemeye çalışarak. Her durum kendi gerçeğini ve kendi hayalini gösterdi bize. Ama hep hekim olduk, bunun dışına çıkmadık. Bunun iyi tarafları vardı şüphesiz çünkü zaten en çok istediğimizi, "bizden bekleneni verme" şansını yaratıyordu.



Ama bir şeyler de hep eksik kaldı.

Eksik kalanın ne olduğunu, bazen bir hastanın sizin aklınıza hiç gelmeyen bir ihtimali öyle kendiliğinden sovrulduğunda, bazen bir roman karakteri ya da bir film hikayesinde, aslında belki de en derin şekilde bir hasta yakını olarak sıra beklerken koridorda gördüğünüz bir ayrıntıda, ya da kendinizi meslekdaşınıza sorarken bulduğunuz bir soruda yakalayabilirsiniz.

Bu fark ediş, kavrayış sizi hem efendisi hem de kölesi olduğunuz, tanıdık bilginizden uzaklaştırmaz, hatta yaklaştırır. Ama başka bir görme biçimi kullandığınız için şaşırtır. Bir gözden geçirmeye ya da bilginin aslında nasıl bir şey olduğuna ait sorular sormaya teşvik eder.

Bir kimyager ya da makina mühendisi için de böyle midir? Tıp bilimi, özellikle de nöropsikiyatri, içerdiği yoğun belirsizlik ve tekrar edilemezlik, bir örnekliğin imkânsızlığı gibi pek çok karakter özelliği dolayısıyla farklı bir yere oturuyor. Dolayısıyla bu fark edişlerin günlük pratiğimizde de kıymeti çok büyük.

Başta da söylediğimiz gibi sistemi olayan bir bilme/anlama olamayacağı açık. Ama sistemi bozan her şeyi istisna kabul etmek ve ihmal etmek bir zaman sonra kullanıma değeri olmayan, adı var kendi yok içi boş sınıflamalar içinde yolumuzu kaybetmemize yol açabilir.

Bu fark edişleri, alıştığımız

sistemde denemek, ya da sistemi buna yaklaştırmak için biraz eğip bükme, kendi alanlarında bu denemeleri yapan diğer disiplinlerle de alışverişte bulunmak, kategorize etmeyi sonraya bırakarak derinlemesine anlamaya çalışmak hayatımızı zenginleştirebilir, eksikimizi tamamlayabilir.

Bunun çeşitli yolları bulunabilir tabii ki. Biz de bunlardan birini denemek, bazen çarpışma, düşme, oyundan atılma ihtimallerini de göze alarak, başka sınıflarla ortak teneffüs alanlarında buluşmayı denemek istedik.

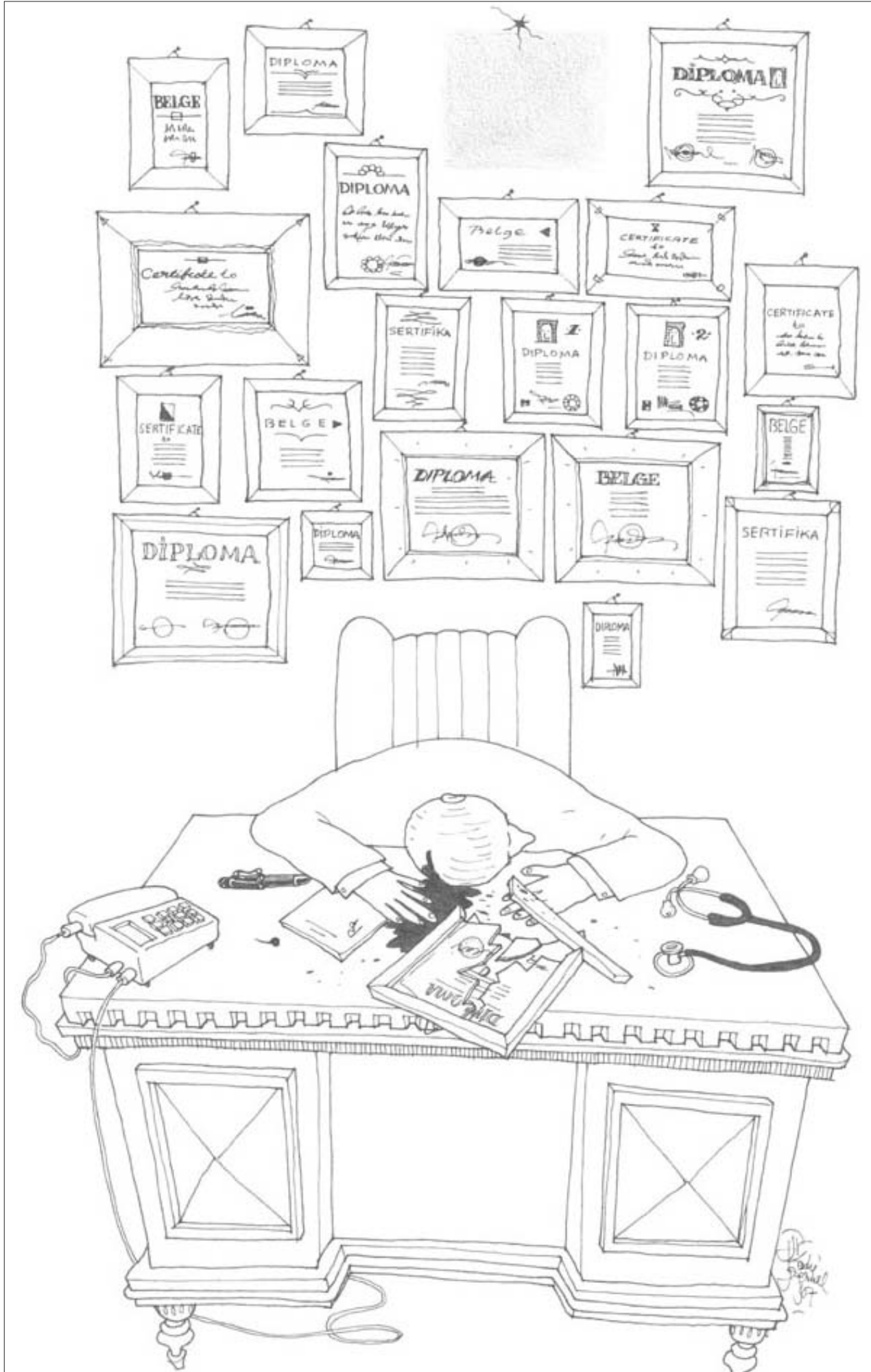
Bilimsel bir tıbbî makale için asla kabul edilemez olan, hikaye, roman veya film için vazgeçilmezdir. Ana malzeme doğal olarak yine insan ve onun hayatıdır. Ama sanat özellikle aykırılıkları izler. Kavramlar, sınıflamalar içerisinde kalanlarla değil, cevabı olmayan sorularla, aykırı olanla, başka bakış açılarıyla ilgilenir. Yani bilim toplar, kuralları belirler, sınıflandırır, standardize eder ve anlamamızı sağlarken; sanat dağıtır, deforme eder, karıştırır, kural dışılığı, aykırılığı, yeniyi gösterir ve anlayışımızı başka bir seviyeye ve zaviyeye taşır.

Biz de bu iki alanın kesişen yüzlerinde, bizi şaşırtan, düşündürdüren, sistem dışına çıkaran, görüşümüzü bulandırıp, netleştiren, aklımızı karıştırıp, zihnimizi ısıtan kitaplar ve filmler hakkında sizlerle konuşmayı umuyoruz. Amacımız, bir yandan, gelecekteki mesleki yaklaşımın sınırlarını çizdiği alana bazen içerden bazen dışardan

bakmayı denemek, diğer yandan da bu alanı, ona değip dokundukları ve hatta içinden geçtikleri ölçüde hikayeleri, romanları, filmleri kapsayacak kadar genişleterek farklı şekilde tarif etmek. Yani bu sayfada, lipid düşürücülerin kullanımlarına şüphe ile yaklaşan kitaplardan da Çehov'dan ya da Fellini'den de, bahsedildiğini görebilirsiniz.

Bir ana fikirden yoksun ve dağınık görünümlü bu yazıyı; John Berger'in resimsiz bir sayfadaki yazısını aktararak bitirelim.

"Geçenlerde bir sırt ameliyatının (hepsini sırtımızda taşıyıp, kameralar, mercekler ve filmleri içine sığdırdığımız o lanet olası olumsuz çantası yüzünden) peşinden iki hafta boyunca bir hastanede yatımdım. Hareketsiz, kılımı kıpırdatmama izin verilmeden sırtüstü yatıyordum. Fotoğrafi çekilebilecek şeyleri düşünmeye koyuldum ben de: koğuşun boyutlarını, talihsiz hasta arkadaşlarımı (kafatası ve omurga hastalıklarına bakılan nöroşirurji bölümündeydim), bal dök yala temizliğindeki koridorları, lekesiz tavanı, her tarafın beyazlığını, lekesiz ızdırabı. Fotoğraflar bunlar gösterebilir. Sonra da, aynı anda çitin iki tarafında birden bulunabileceğinizin farkına vardım. Dünya Sağlık Örgütü adına çalıştığım yıllar boyunca hep hasta, ameliyattan çıkmış, yaralı insanların fotoğraflarını çekmiştim. Bu defa onların tarafında bulunmak daha iyi gelmişti; bu deneyimi silinmeyecek şekilde kaydetmiştim, ama film üzerine değil, hafızama."



Dr. Kadir Doğruer



Türkisch-Deutscher Gesundheitskongress 2007

Qualität, Effizienz, Wirtschaftlichkeit, Kooperation

Türk-Alman Sağlık Kongresi 2007

Kalite, Yenilik, Ekonomi, İşbirliği

Kongrenin partneri



8.-10.11.2007 İstanbul

www.ta-saglik-kongresi.com

Sınırlar Ötesi Sağlık

Türk-Alman Sağlık Kongresi 8. ve 10. Kasım 2007 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilecektir.

– Yeni Pazarlar ve İmkanlar mercek altında –

Sağlık endüstrisi hem Türkiye'de hem de Almanya'da giderek gelişmektedir. Bu iki ülkenin sağlık alanında işbirliğini kuvvetlendirmek, iki taraf için yeni ticari alanlar yaratmak, sağlık sektöründe girişimleri kolaylaştırmak üzere Türk-Alman Sağlık Kongresi düzenlenecektir.

8-10 Kasım 2007 tarihler arasında İstanbul'da gerçekleşecek olan kongrede uzmanlar tema olarak hastane odağı çerçevesinde hasta bakımı ve hastane hizmetlerinde bugünün ve geleceğin durumunu ele alacaklar ve önemli sorunlar üzerine değerlendirme yapacaklardır.

Kongre Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından desteklenmekte ve etkinlikleri Sağlık Bakanlığı çatısı altında yürütülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 850 devlet hastanesinin kongreye katılımı çağrısında bulunulacağı açıklanmıştır. Etkinliğe 1000'i aşkın uzmanın katılımcı beklenmektedir. Kongre özellikle Türk ve Alman sağlık ekonomisinin üst düzey yöneticilerine hitap etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun değişik alanlarından işletme yöneticileri, klinik ve departman yöneticileri, sağlık sigortacıları, kalite yöneticileri ve sağlık yönetimi akademisyenlerinin katılımı hedeflenmiştir.

Made-in-germany.com AG, Duesseldorf (Almanya) tarafından düzenlenen kongrenin bilimsel koordinasyonu Prof. Dr. Haydar Sur tarafından aşağıda adı geçen kurumlar ve kuruluşların işbirliği ile gerçekleştirilecektir:

- Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
- Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, İstanbul (OHSAD)
- Sağlık İşletmeleri Federasyonu, Ankara (SİF)

- Sağlık Yöneticileri Derneği, İstanbul (SYD)
- Hasta Güvenliği Derneği, İstanbul (HGD)
- Türk-Alman Ticaret ve Sanayi Odası, Köln (TD-IHK)
- Sağlık Ekonomi Kulübü, Berlin (cdgw)

Kongre'nin ana eksenini hastane'dir. Bu bağlamda „Hasta Bakımında Kalite“, „Süreçlerde, Organizasyonlarda ve Yapıda Etkinlik“, „İki Ulusun İşbirliği Olanakları“, „Yatırımlar“ ve „Sağlık İşletmesinin Yönetimi“ ağırlıklı içeriği oluşturmaktadır. İki ülkenin uzmanları karşılıklı bilgi alışverişinde bulunacaklar, birbirlerini daha iyi anlayacaklar, yeni işbirliğinin görüş ortaklığının nedenlerini tespit edecekler ve geleceğe yönelik yeni ticari alanları geliştireceklerdir.

Katılımcı/Sergileyici ücretleri/Sponsor koşulları

Katılımcı ücreti 400 Euro'dur/720 YTL. 30.08.2007 tarihinden önce kayıt yapanlara erken kayıt indirimini sağlanacaktır. Erken kayıt olanların biletleri 325 Euro'dur/575 YTL'dir (her ikisine de KDV eklenecektir).

Asgari sergileyici alanı 6 (altı) metre karedir. Bunun için 3000 Euro tutarındaki standart bir ücret talep edilecektir. Sergileyici paketinde iki adet giriş bileti dahildir. Her bir diğer metre kare sergileme alanının ücreti 600 Euro'dur, her bir sergileyici ek giriş kartı için 300 Euro hesaplanmaktadır (her ikisine de KDV eklenecektir).

Ayrıca 'Kongre Sponsoru' olarak kuruluşunuzu daha etkili bir şekilde tanıtabilirsiniz. Özel sponsor paketleri hakkında ayrıntılı bilgileri ve sponsor kategorilerini aşağıda verilen adres'ten temin edebilirsiniz.

Kongre organizasyonu Türkiye:

made-in-germany.com AGBusiness Center İstanbul
Aktaş Juki Plaza – Bağlar Mah. Kocman Cad. No. 57
34212 Bağcılar, İstanbul
Tel. +90(0)212-515 58 89
Sema.Seher@made-in-germany.com
www.made-in-germany.com



