

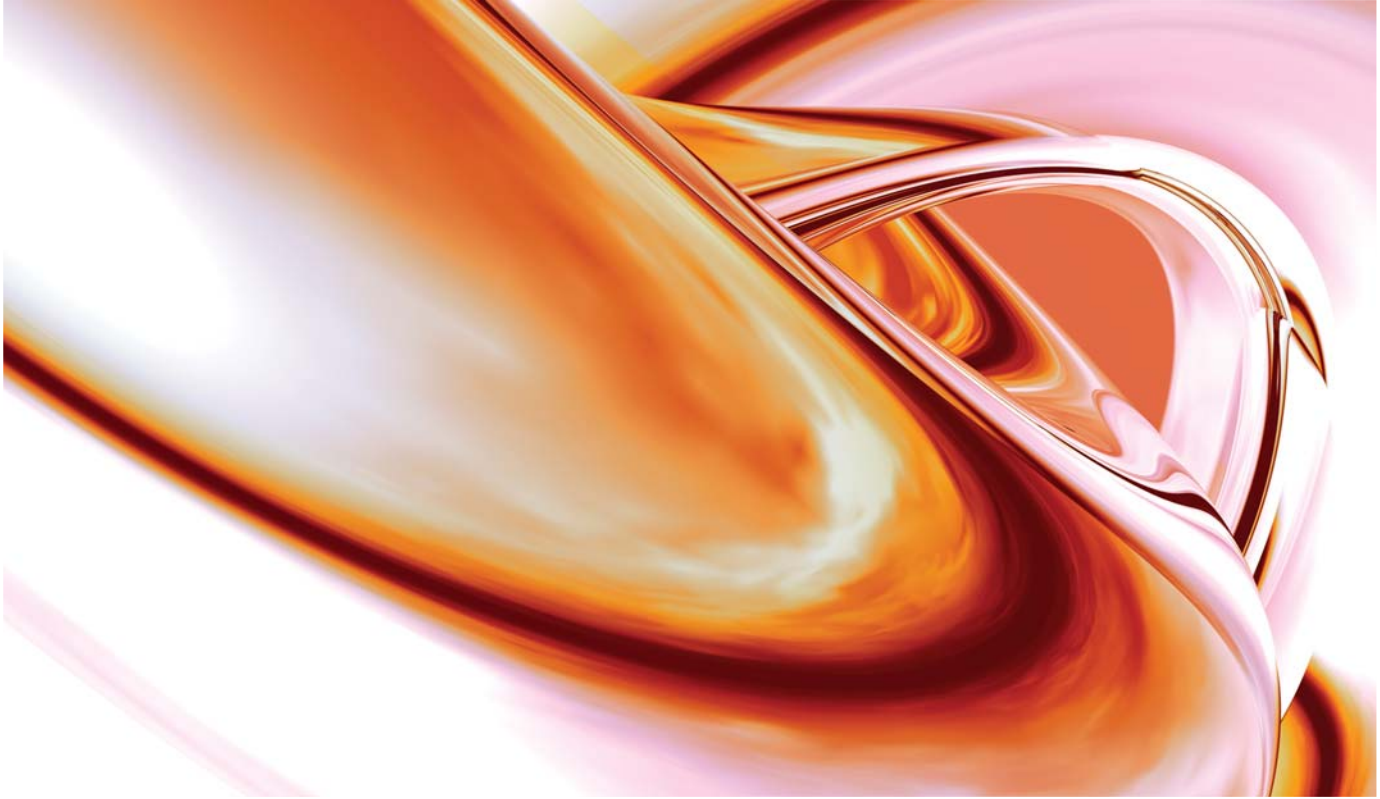
SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AĞUSTOS
2008
12 YTL
(KDV DAHİL)

YAZ

7

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. OSMAN HAYRAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE GELİŞMELER, YÖNETİM ANLAYIŞINDA DEĞİŞMELER

DR. ÇETİN KÖKSAL 15 ŞUBAT DERMAN MI, FERMAN MI? | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIK HİZMETLERİNDE PLANLAMA VE SEKTÖRDE '15 ŞUBAT DEPREMİ' | HÜSEYİN ÇELİK GSS'DE UYGULAMA ÖNCESİ SON DURUM VE TBMM GENEL KURULU'NDA YAPILAN KRİTİK DEĞİŞİKLİKLER

PROF DR RECEP ÖZTÜRK TAM GÜN YASASI: NELER GETİRECEK, NELER GÖTÜRECEK? | DR. SEBAHATTİN IŞIK HEKİMLİKTE TAM GÜN UYGULAMASI
DR. H. VOLKAN KARA, PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK 'SAĞLIKTA PERFORMANSIN PERFORMANSI'(2) :ELEŞTİRİLERE CEVAP | YUVARLAK MASA: SAĞLIKTA
ÖZELLEŞTİRME | DR. LÜTFÜ HANOĞLU 'HAPİ YUTMAMAK' İÇİN | YRD. DOÇ. DR. FERYAL SUBAŞI, PROF. DR. SERAP İNAL ÇOCUKLARIN SPOR ALIŞKANLIKLARININ
GELİŞTİRİLMESİ | ERDOĞAN BEKTAŞ BİR VALİNİN GÖZÜNDEN: ÜLKEMİZDE SAĞLIK ALANINDA ARAYIŞLAR | ÖMER ÇAKKAL HÜSREV HATEMİ: GECE FRANKENSTEİN

OLUYORDUM, SABAH ASİSTAN HASAN BEY! | PROF. DR. FAHRİ OVALI BUZDAĞININ GÖRÜNEN YÜZÜ: HASTA GÜVENLİĞİ

MEDİNE BUDAK HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ | DR. RABİA KAHVECİ HASTA GÜVENLİĞİNE 'DOĞAN GÜNEŞ': KANITA DAYALI TIP

YRD. DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ TÜKENMİŞLİK EN FAZLA HEMŞİRELERDE | ORHAN ZENGİN, EMRE İŞÇİ İŞLETMELERDE ENTELEKTÜEL SERMAYENİN
ÖLÇÜLMESİ | DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ OBEZİTE İLE MÜCADELEDE ÜLKEMİZ ŞARTLARINA GÖRE STRATEJİ NE OLABİLİR? | YRD. DOÇ. DR. FERYAL SUBAŞI,
LEYLA KÖKSAL SPOR SAKATLANMALARINDAN SONRA SPORA GERİ DÖNÜŞ SÜRECİ | RIDVAN DİLMEN: ROBERTO CARLOS SAKATLANDI, TEDAVİYE ÜLKESİNE
GİTTİ. BENCE YANLIŞI | DR. İNCİ KARAARSLAN TÜRKİYE'DE ORGAN TRANSPLANTASYONU İLE İLGİLİ SORUNLAR | DR. MAHMUT TOKAÇ TÜRK TIP TARİHİNE
AİT BELGELERDE HASTA GÜVENLİĞİ | DOÇ.DR. MUSTAFA ERTEK MUSTAFA HACİÖMEROĞLU HIFZISSİHHA'NIN DUAYENİ: DR. REFİK SAYDAM

İÇİNDEN TIP GEÇEN FİLMER: AWAKENİNGS

SD

HAZİRAN - TEMMUZ - AĞUSTOS
2008 YAZ SAYI 7
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Öztürk

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Doç. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Duralı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Öztay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Recep Öztürk
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

BASKI
Fabrika Basım
Oduncular Sitesi, 1. Yol, No: 4
Seyrantepe - İstanbul
Tel: 0212 332 19 19

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi A
Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

İnsanlığa iyilik yapmak

Çiğdemlerin topraktan dışarı fışkırdıkları baharı geride bıraktık. Sabahın seherinde yüzünü gösteren güneş, öğlen vakti kızgın ateşi ile dünyayı selâmlıyor. Güneş'in bize bir kastı yok, o buğday başaklarını insanoğlu için kızartmanın gayretinde.

Yaz, olanca heyulası ile bizi çepeçevre kuşattı. Nisan yağmurları geride kaldı. Mayıs ve Haziran sıcakları, toprağa atılan tohumu önce filiz, ardından başak haline getirdi. Orta Anadolu çiftçisi şimdilerde buğdayların hasadı için gün sayıyor. Tohumlar çoktan başak oldu. Yakında biçerdöverler ve oraklar tarlalara girecek. Toplanan mahsulün içindeki bereketli başaklar kâh biçerdöverlerle, kâh patozlarla ortaya çıkarılacak. Başaklar fabrikalara, değirmenlere gidecek, un olup boy boy torbalara konacak. Bembeyaz un fırınlara gidecek, ekmek olup sofralarımıza gelecek.

Bu arada yaz aylarında kendini hissettiren güneş, küresel ısınmanın küresel bir sağlık sorunu olduğu konusunda da bizi uyarıyor.

Evren mucizevî bir döngü içinde. İnsanoğlu da öyle! Gametler birleşip zigot oluyor, sonra embriyo olarak anne rahminde can buluyor. Minik damarlarla beslenip gelişiyor, dünya ile tanışıyor. Önce sadece ağlayarak anlatıyor ihtiyacını. Sonra 'Anne' diyerek konuşmaya başlıyor. Her geçen gün milyonlarca şey öğreniyor. Büyüyor, birey oluyor. Elmanın öte yarısı ile buluşuyor,

evleniyor, yepyeni bir dünya kuruyor. Bu yenedünya, yenedünyaların dünyaya 'Merhaba' demesine vesile oluyor.

İnsanoğlu bununla da kalmıyor. Gözlemden veri, veriden bilgi üretiyor; dünyayı her gün yeniden tasarlıyor. İki yıl kadar önce bir grup tıp entelektüeli, Türk sağlık sistemi üzerine yeniden düşünüp tartışma adına 'yeni' bir yola koyuldu. Bu çabanın ilk tohumu olan SD, 2006 yılının soğuk bir kış günü kültür hayatımıza merhaba dedi. Her mevsim yeni bir filiz vererek bu süreçte sağlıkta söylenecek sözü olanlar için önemli ve etkili bir platform oluşturdu. Hatta bir derginin sınırlarını zorlayıp adeta bir okul olma yolunda ilerlemeye başladı. Sağlık ve eğitimi bir arada yüceltmeyi gaye edinmiş olan Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı'nın himayesiyle kurumsal bir çatıya kavuştu.

Türk sağlık sektörünün belirleyicileri başta olmak üzere sağlık ve tıp alanında sözü olan tüm entelektüel zihinler için üç ayda bir sofraya kuran SD, farklı sesleri kargaşaya neden olmayacak bir bütünlük içinde imbiğinden süzerek okurlarına ulaştırmayı ve bu alanda farklı seslerden yararlanma zemini açacak tartışma ortamları oluşturmayı sürdürecektir.

Sağlıkta devletin rolü ne olmalı? Soru basit ama cevabı bilinen ekonomi teorileri ile açıklanacak kadar kolay

değil. SD, sayfalarında kısa, orta ve uzun vadeli sağlık politikalarının geleceğini tartışıyor, sağlığımız için yeni politikalar öneriyor.

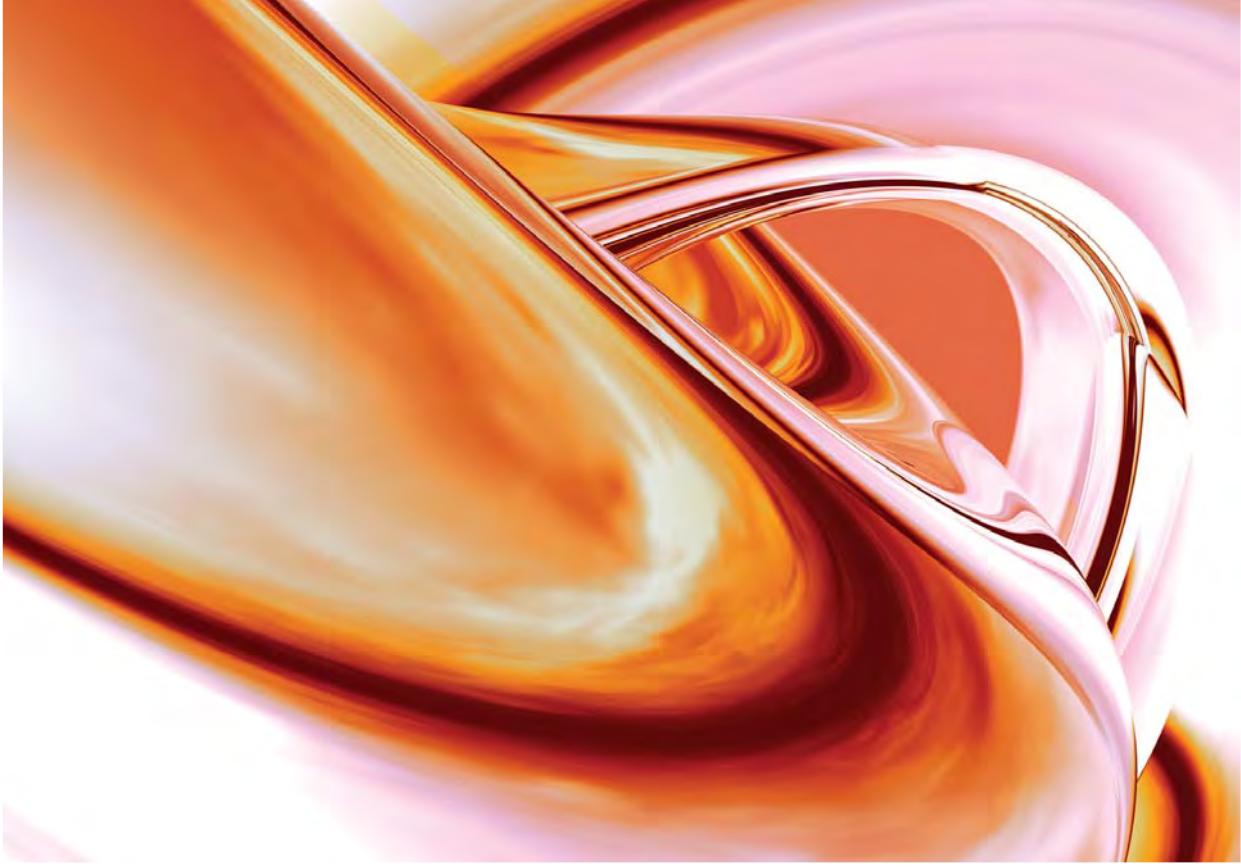
SKK ve devlet hastanelerinin birleştirilmesi ve sigortalı vatandaşların özel hastanelerden istifadesi gibi devrim niteliğindeki yasalar, Türk sağlık sisteminde yıllardır beklenen makas değişimlerine vesile oldu. Öte yandan 'Tam Gün Yasası' ve Genel Sağlık Sigortası'ndaki değişiklikler ne getirecek, ne götürecektir? Bunlar elinizdeki sayının gündemleri arasında.

SD, özelleştirme, hasta güvenliği, obezite, organ nakli gibi konulara eğilmenin yanında sağlık personelinin eğitimine yönelik yeni ufuklara işaret ediyor.

SD yeni sayıda Türk sağlık sisteminin son 50 yılına hekim olarak tanıklık eden iç hastalıklarının duayen profesörü Hüsrev Hatemi ile eski futbolcu ve futbol yorumcusu Rıdvan Dilmen'le konuştu. Dilmen spor sakatlanmaları üzerine eğiliyor; Hatemi kendi penceresinden bakarak Özal sonrası yaşanan kırılma üzerinden Türk sağlık sisteminin fotoğrafını çekiyor.

İnsanlığa iyilik yapmanın zirvesinin "iyilik haline", yani sağlığın kendisine katkı yapmak olduğunu hep birlikte keşfedebilmek umudu ile...

SD



İçindekiler

8

SAĞLIK HİZMETLERİNDE GELİŞMELER,
YÖNETİM ANLAYIŞINDA DEĞİŞMELER
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

12

15 ŞUBAT DERMAN MI, FERMAN MI
DR. ÇETİN KÖKSAL

16

SAĞLIK HİZMETLERİNDE PLANLAMA VE
SEKTÖRDE '15 ŞUBAT DEPREMİ'
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

20

GSS'DE UYGULAMA ÖNCESİ SON
DURUM VE TBMM GENEL KURULU'NDA
YAPILAN KRİTİK DEĞİŞİKLİKLER
HÜSEYİN ÇELİK



24

TAM GÜN YASASI: NELER GETİRECEK, NELER
GÖTÜRECEK?
PROF DR RECEP ÖZTÜRK



26

HEKİMLİKTE TAM GÜN UYGULAMASI
DR. SEBAHATTİN IŞIK

28

"SAĞLIKTA PERFORMANSIN
PERFORMANSI"(2) :ELEŞTİRİLERE CEVAP
DR. H.VOLKAN KARA, PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

34

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

38

'HAPİ YUTMAMAK' İÇİN
DR. LÜTFÜ HANOĞLU

40

ANAOKULLARINA DEVAM EDEN ÇOCUKLARIN
SPOR ALIŞKANLIKLARININ GELİŞTİRİLMESİ
YRD. DOÇ. DR. FERYAL SUBAŞI
PROF. DR. SERAP İNAL



42

BİR VALİNİN GÖZÜNDEN: ÜLKEMİZDE SAĞLIK
ALANINDA ARAYIŞLAR
ERDOĞAN BEKTAŞ

46

HÜSREV HATEMİ: GECE FRANKENSTEİN
OLUYORDUM, SABAH ASİSTAN HASAN BEY!
ÖMER ÇAKKAL



52

BUZDAĞININ GÖRÜNEN YÜZÜ:
HASTA GÜVENLİĞİ
PROF. DR. FAHRİ OVALI

54

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
MEDİNE BUDAK

58

HASTA GÜVENLİĞİNE 'DOĞAN GÜNEŞ':
KANITA DAYALI TIP
DR. RABİA KAHVECİ

62

TÜKENMİŞLİK EN FAZLA HEMŞİRELERDE
YRD. DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ



66

İŞLETMELERDE ENTELEKTÜEL
SERMAYENİN ÖLÇÜLMESİ
ORHAN ZENGİN, EMRE İŞÇİ



70

ÜLKEMİZ ŞARTLARINA GÖRE OBEZİTE İLE
MÜCADELEDE STRATEJİ NE OLABİLİR?
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

74

SPOR SAKATLANMALARINDAN SONRA
SPORA GERİ DÖNÜŞ SÜRECİ
YRD. DOÇ. DR. FERYAL SUBAŞI
LEYLA KÖKSAL

76

RİDVAN DİLMEN: ROBERTO CARLOS SAKATLANDI,
TEDAVİYE ÜLKESİNE GİTTİ. BENCE YANLIŞ!
ÖMER ÇAKKAL



82

TÜRKİYE'DE ORGAN TRANSPLANTASYONU İLE
İLGİLİ SORUNLAR
DR. İNCİ KARAARSLAN

86

TÜRK TIP TARİHİNE AİT BELGELERDE
HASTA GÜVENLİĞİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

90

HIFZISSİHHA'NIN DUAYENİ: DR. REFİK SAYDAM
DOÇ.DR. MUSTAFA ERTEK
MUSTAFA HACİÖMEROĞLU

94

İÇİNDEN TIP GEÇEN FİMLER:
AWAKENİNGS



Apandisit şüphesinde ilk görüntüleme ultrasonografi olmalı

İsrail'de yapılan bir çalışmada, akut apandisit şüphesi olan erişkinlerde ilk görüntüleme tetkiki renkli doppler USG olması gerektiği, bilgisayarlı tomografinin ancak ultrasonografi bulguları tanısal olmadığı halde klinik bulguları yüksek şüpheli olan hastalarda kullanılması gerektiği bildirildi.

American Journal of Roentgenology'nin Mayıs sayısında yayımlanan çalışmada, alt karın ağrısı ile başvuran 420 hasta renkli doppler sonografi ve multi-dedektör bilgisayarlı tomografi ile incelendi. Sonografi bulgularının klinik tablo ile uyuşmadığı 132 olguda BT çekildi. USG 75 hastanın 66'sında doğru tanı koyarken 326 hastanın 312'sinde de apandisit doğru şekilde ekarte etti. USG'nin sensitivitesi yüzde 74,2 spesifitesi yüzde 97 bulundu.

BT ise yalnızca bir hastada tanısal sonuç vermezken akut appendisitli 39 hastanın 38'inde doğru sonuç verdi. 92 hastada akut apandisit başarılı bir şekilde ekarte edildi. BT'nin sensitivitesi yüzde 100, spesitesi yüzde 98.9 bulundu.

USG 82 hastada farklı jinekolojik, ürolojik ve gastroenterolojik tanımlar verirken BT ile 42 hastada farklı tanımlar kondu. Araştırmacılar yaygınlığı, ucuzluğu, radyasyon maruziyeti olmaması gibi nedenlerle USG'nin akut apandisit şüphesinde ilk yapılması gereken görüntüleme tetkiki olduğunu belirtiyorlar. Ancak USG'nin yalancı negatiflik oranı yüksek olduğu için klinik semptom ve bulgular akut apandisiti düşündüren hastalarda, USG ile tanının dışlanmaması ve bu olgularda BT çekilmesi için daha doğru olduğunu ileri sürüyorlar.

Yeni tanı konan diabetiklerde erken intensif insülin tedavisi beta-hücre fonksiyonlarını iyileştiriyor

The Lancet'de yayımlanan bir makalede, yeni tanı konan tip 2 diabetli hastalarda erken intensif insülin tedavisinin beta hücre fonksiyonlarını iyileştirip glikemik remisyonun uzamasını sağlayabildiği ifade edildi. Çalışmada 382 hasta üç gruba ayrıldı. Birinci gruba sürekli subkutan insülin infüzyonu yapılırken ikinci gruba çoklu insülin enjeksiyonu, üçüncü gruba ise standart oral antidiyabetik tedavi verildi. Tedavi hedeflenen normoglisemiye ulaşıldıktan 2 hafta sonra kesilmiş ve hastalara sadece diyet ve egzersiz verildi.

İntensif insülin tedavisi ile hastaların hemen hepsi 4-6 gün içinde normoglisemik olurken oral antidiyabetiklerle 9 günden daha uzun sürede başarılı. 1 yıllık glikemik remisyon oranı insülin infüzyonu ile yüzde 51, multipl enjeksiyonla yüzde 45 iken, oral antidiyabetiklerle tedavi edilenlerde yüzde 26,7 saptandı. Bazal beta hücre fonksiyonunu gösteren HOMA B skoru, intensif insülin tedavisinin beta hücre fonksiyonlarının önemli ölçüde iyileşmesini ve korunmasını gösterdi. Uzmanlar, erken intensif insülin tedavisinin bu iyileşmeyi hangi mekanizmalarla yaptığı belli olmasa da, bulguların daha fazla araştırmayı zorunlu kıldığını belirtiyor.



Aşı, prostat kanserine karşı ümit veriyor

Amerikan Üroloji Birliği'nin yıllık toplantısında prostat kanserli hastalarda adenovirüs/prostat spesifik antijen (Ad/PSA) aşısının olumlu sonuçlarına ilişkin veriler sunuldu.

PSA, prostat hücreleri tarafından üretilen bir proteindir. Prostat kanserinde PSA değerleri progresif olarak artar. Aşının amacı, PSA'yı bağışıklık hücreleri tarafından tanınan virüs parçacıkları ile birleştirerek PSA'ya karşı vücutta otoimmün bir reaksiyon başlatmak ve PSA üreten kanser hücrelerini hedef haline getirmektir. Toplantıda sunulan Ad/PSA aşısının faz klinik çalışmasında, evre D2 ve D3 prostat kanserli 32 hastaya (ortalama yaş 71, ortalama PSA 128 ng/ml) 3 ayı doz aşı yapıldıktan sonra ortalama 12 ay izlendiler.

Aşı yapılan hastaların yüzde 42'sinde anti-PSA antikorları gelişirken yüzde 71'inde PSA'ya karşı T hücre cevabı saptandı. Hastaların yüzde 57'si beklenenden uzun yaşarken PSA'nın ikiye katlanma süresi hastaların yüzde 48'inde uzadı. En uzun hayatta kalan hasta 71 ay yaşadı.

Aşının faz 2 çalışması için 82 hasta toplandı. Bu çalışmanın 2010'da tamamlanması bekleniyor.

Diabetik hastalarda erektil disfonksiyon koroner arter hastalığına işaret ediyor

Tip 2 diabetiklerde erektil disfonksiyon (ED) varlığının, koroner arter hastalığı ve kardiyak olaylar açısından güçlü bir belirteç olduğu 2 ayrı çalışmada bildirildi. İtalyan araştırmacıların 291 tip 2 diabetli ve anjyografik olarak gösterilmiş asemptomatik koroner arter hastalıklı olguda, ED varlığının 4 yıl içerisinde majör kardiyak olay gelişimi riskini 2 kat artırdığını saptadı. Statinler ve 5-fosfodiesteraz inhibitörü kullananlarda risk azalmakla birlikte kaybolmadı.

Uykunun azı ve fazlası metabolik sendromla ilişkili

Sleep dergisinin Mayıs sayısında, uyku süresinin metabolik sendromla ilişkili olduğuna ilişkin bir araştırma yayımlandı. 30-54 yaş grubu arası bin 214 katılımcı, uyku sürelerine göre dört gruba ayrıldı. Metabolik sendrom tanısı Amerikan Kalp Birliği'nin kriterleri kullanılarak kondu. Amerikan nüfusunda metabolik sendrom sıklığının yüzde 22 olduğu biliniyor. Gecede 7-8 saat uyku uyuyanlara göre daha az (<6 saat) ya da çok (>8 saat) uyuyanlarda metabolik sendrom riskinin yüzde 45 arttığı saptandı. Uyku süresinin, metabolik sendromun abdominal obesite, bozulmuş açlık glukozu ve hipertrigliseridemi gibi bileşenleri ile de ilişkili olduğu belirlendi. Ancak antihipertansif ilaç kullanımı dikkate alınarak yapılan analizde, yalnızca kısa uyuyanlarda metabolik sendrom riskinin arttığı bulundu.



Kahve koroner kalsifikasyonu azaltabilir

Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology dergisinin Mayıs sayısında yayımlanan bir araştırmaya göre, kahve tüketimi kadınlarda koroner kalsifikasyon derecesi ile negatif korele görülüyor. Rotterdam çalışmasına katılan 55 yaş üzeri bilinen koroner kalp hastalığı olmayan bin 570 erkek ve kadında kahve tüketiminin koroner kalsifikasyon skorları ile ilişkisi araştırıldı. Bireylere kahve tüketimleri yarı kantitatif bir anketle soruldu ve BT ile koroner kalsifikasyon tarandı. Kalsifikasyon miktarı Agaston kalsiyum skoru ile tayin edildi.

Çalışmaya katılan erkeklerin yüzde 28'i, kadınların ise yüzde 18'i sigara içiyordu. Erkek ve kadınların yüzde 95'i kahve içerken, erkeklerin tüketimi daha fazlaydı. Erkeklerde koroner kalsifikasyon sıklığı yüzde 39 iken, kadınlarda yüzde 11 saptandı. Diğer faktörler ekarte edildiğinde günde dört veya daha fazla fincan kahve tüketen kadınlarda, koroner kalsifikasyonun üç ya da daha az fincan kahve tüketenlere göre daha az görüldüğü saptandı. Sigara kullananlarda da kahvenin olumlu etkisi devam etti. Erkeklerde de kahve tüketimi ve koroner kalsifikasyon arasında ters bir ilişki saptandı ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Araştırmacılar kahvenin tarihsel olarak sağlık üzerine etkilerinin kötü olarak bilindiği halde, gerçekte antioksidan polifenollerden zengin bir içecek olarak kalp hastalığını artırıcı değil, azaltıcı etkilerinin söz konusu olduğunu vurguluyorlar. Diğer yandan süzülmeden kaynatılarak hazırlanan Türk ve Fransız kahvelerindeki diterpenlerin kolesterol düzeyleri üzerine olumsuz etkileri biliniyor. Mevcut veriler süzme kahvenin sağlık üzerine olumsuz etkisini göstermiyor.



Pilotların sigarayı bırakma ilacı kullanması yasaklandı

Amerikan Federal Havacılık İdaresi (FAA), pilotların ve hava trafik kontrolörlerin sigarayı bırakma ilacı vareniklini (Chantix) kullanmasını yasakladı. FDA bu yılın başında, ilacın intihar eğilimi, agresif ve beklenmedik davranış bozuklukları gibi ciddi psikiatrik semptomlara neden olabileceği konusunda bir uyarı yayınlamıştı. Şimdiye kadar vareniklinle ilişkili olarak 227 intihar eğilimi bozukluğu, 397 psikoz, 525 saldırgan davranış bozukluğu olgusu bildirildi. Ayrıca 28 intihar, 60 paranoya, 55 hallüsinasyon saptandı. Bunun FDA ve ilacın üreticisi Pfizer'in bildirmediği, ilaç alımı sonrası ortaya çıkan yüzlerce kaza, görme bozukluğu, kardiyak ritm bozukluğu, nöbet, kas spazmları ve deri reaksiyonları mevcut.

FAA, yasak konusunda 150 pilot ve 30 trafik kontrolörünün bu ilacı kullandığını belirtiyor. Pfizer yetkilileri ilacın zararlı yan etkileri konusundaki sorulara karşı yan etki olarak görülebilecek psikiatrik bozukluklar konusunda prospektüsde uyarıların bulunduğunu ancak sigarayı bırakmanın sağladığı yararları düşündüğünde bu risklerin göze alınabileceğini iddia ediyor.

Orak hücreli anemide yeni ilaç

Orak hücreli anemi hastalarında senicapoc adlı bir selektif Gardos kanal inhibitörünün eritrositlerin ömrünü uzattığı bildirildi. Senicapoc, eritrositlerden su ve potasyum kaybını azaltarak eritrositlerin dehidrate olmasını önüyor. Kuzey Carolina Üniversitesi'nde yapılan çalışmada 90 orak hücreli anemisi hastasına çift kör olarak senicapoc 6 mg ya da 10 mg/gün ya da plasebo verildi. 12. haftada 10 mg verilen hasta grubunda başlangıca göre hemoglobin düzeyinde 6.8 g/L artış olurken plaseboda 0.1 g/L değişme izlendi. Blood dergisinde yayımlanan araştırmada, yüksek doz senicapoc grubunda retikülosit sayımı, yoğunlaşmış eritrosit oranı, laktik dehidrogenaz düzeyi ve indirek bilirubin düzeylerinde belirgin düşüş izlendi. Araştırmacılar ilacın iyi tolere edildiğini, günde tek dozun yeterli olduğunu, ilacın tek başına ya da diğer tedavi şekilleriyle birlikte kullanıldığında orak hücreli anemide büyük yarar sağlayabileceğini belirtiyor.



Koroner bypass hastalarında aprotinin mortaliteyi artırıyor

Koroner bypass cerrahisi sırasında majör kanamaları azaltmak üzere antifibrinolitik bir ajan olan aprotinin kullanımına ilişkin BART çalışması erken sonlandırılmak zorunda kalındı. Çalışmada kullanılan ilacın, karşılaştırma amacıyla kullanılan iki lizin analogu traneksamik asit ve aminokaproik aside göre mortaliteyi önemli ölçüde artırdığı saptandı. Masif kanama riskinde hafif bir düşüş görülmesine karşın, mortalitede belirgin artış nedeniyle çalışmanın erken sonlandırılması gerekti.

'Huzursuz bacak sendromu'nda akşam hidrokortizon alımı faydalı

'Huzursuz bacak sendromu'nun belirtileri akşam ve gece saatlerinde ortaya çıkar. Bu saatler, kortizolün sirkadyen ritminde en düşük bulunduğu zamanlardır. Bu bilgiden yola çıkan Alman araştırmacılar, akşam geç saatte verilen hidrokortizonun idiopatik huzursuz bacak sendromundaki etkilerini araştırdılar.

Neurology dergisinde yayımlanan araştırmada 10 hastaya 1 hafta süreyle akşam 40 mg hidrokortizon IV ya da plasebo verildi. 1 hafta sonra ise tedavi gruplarını birbirleriyle değiştirdiler. On hastanın beşinde hidrokortizon tedavisi sırasında bacakta rahatsızlık azalırken plasebo sırasında şikayetlerde hiç azalma olmadı. Araştırmacılar, hidrokortizonun santral sinir sisteminde dopamin sekresyonunu uyarak etki edebileceğini öne sürüyor.

Huzursuz bacak sendromu bacaklarda ortaya çıkan, tam olarak tarif edilemeyen ve uykuya dalmaya engel olan garip bir duyu hissidir. Bu garip his; ağrı, karıncalanma, uyuşma ve çekilme şeklinde tanımlanmaktadır. Bacaklar hareket ettirilerek geçici bir rahatlatma sağlanabilir. Hastalar akşamları TV seyredemezler, misafirliğe gidemezler.



Sağlık hizmetlerinde gelişmeler, yönetim anlayışında değişimler

Prof. Dr. Osman Hayran



1954 yılında Afyon'da doğan Hayran, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitenin Toplum Hekimliği Enstitüsünde Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nde tamamlayan Hayran, 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı alanında doçent, 1994 yılında da profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nün Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisi'nin direktörlüğünü yaptıktan sonra Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere dekan olarak görevlendirilen Hayran, dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdürdü. Prof. Hayran halen Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde dekan olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi konusu, gerek bağımsız bir disiplin ve kavram olarak, gerekse hangi mesleklerin yetki ve sorumluluk alanı olarak görülmesi gerektiği anlamında her zaman tartışma konusu olmuştur ve bu tartışmalar azalmış olmakla birlikte halen de sürmektedir.

Önceleri, finans yönetimi ve personel yönetimi ağırlıklı 'sağlık kurumları yönetimi' olarak kabul gören ve benimsenen sağlık hizmetleri yönetimi kavramının, bugün bireysel düzeydeki

'hastalık yönetimi'nden toplumsal düzeydeki 'sağlık yönetimi'ne uzanan geniş bir yelpazeye yayıldığı görülmektedir. Aslında, yakın zamana kadar devlet yönetimi, şirket yönetimi gibi alanlarda kullanılan 'yönetim' sözcüğünün, öfke yönetimi, kriz yönetimi, stres yönetimi, bilgi yönetimi, imaj yönetimi, gibi günlük hayatın pek çok alanında giderek artan şekilde kullanılıyor olması, yönetim ağırlıklı bir kültür oluşturmaya başladığımız şeklinde de değerlendirilebilir.

Her şey bir yana, sağlık hizmetleri yönetimi geleneksel olarak halk sağlığı bilim dalının önemli bir uygulama alanı ve toplum sağlığı sorunlarının çözü-

mü açısından vazgeçilmez bir araçtır. Klinik tıp bilimleri, hasta insanlara tanı koymak için biyokimya, mikrobiyoloji, radyoloji gibi laboratuvar ağırlıklı yöntemler kullanırken, toplumların sağlık sorunlarına tanı koymak için kullanılan yöntemler epidemiyoloji, biyoistatistik gibi güvenilir kayıtlara ve araştırmalara dayanmaktadır.

Klinik tıp bilimleri, hastalığına tanı konulmuş kişiyi tedavi etmek için kemo-terapi, radyoterapi ve cerrahi yöntemlerden yararlanırken toplum sağlığı sorunlarının çözümü için yararlanılan başlıca yöntemler, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin yönetimidir. Yani, başka bir deyişle toplumların sağlı-





ğından sorumlu olanların, toplum sağlığı sorunlarına tanı koymak için epidemiyolojik ve istatistiksel bilgilere, bu sorunları önlemek ve tedavi etmek için de sağlık eğitimi ve sağlık yönetimi uygulamalarına ihtiyaçları vardır.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi giderek daha karmaşık ve önemli hale gelmekte, uzmanlık gerektiren bir alan olma özelliği artarak sürmektedir. Bunun başlıca üç önemli nedeni vardır:

- Toplumların yaşlanması,
- Bilimsel ve teknolojik gelişmeler,
- Hasta beklentilerinde artış.

Toplumların yaşlanması, kronik hastalıkların ön plana çıkması:

Tüm dünyada doğumda yaşam beklentisi her geçen yıl artmakta, ortalama insan ömrü uzamaktadır. Bu artışta, eskiden erken ölümlere neden olan akut sağlık sorunlarının, özellikle bulaşıcı hastalıkların artık daha kolay önlenilebiliyor ve kontrol edilebiliyor olmasının önemli rolü vardır. Birleşmiş Milletler'in ileriye yönelik hesaplamalarına göre bugün gelişmiş ülkelerin nüfusunun beşte biri 60 yaş üzerinde iken bu oran 2050 yılında üçte bir olacak ve her çocuk başına iki yaşlı düşecektir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, 2005 yılında yüzde 10 olan yaşlı nüfus oranının 2050 yılında yüzde 20 olması beklenmektedir (UNFPA, 2006). Uzun insan yaşamı ile birlikte ileri yaşların sorunları ön plana çıkmaktadır ki, bunlar arasında kronik hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır.

Yaşlı nüfusun artması ve yaşam biçimlerindeki değişimler kronik hastalıklarda çok hızlı bir artışa neden olmaktadır. Bugün için dünyada bir yıl içerisinde gerçekleşen ölümlerin yüzde 59'undan, toplam hastalık yükünün ise yüzde 46'sından kronik hastalıklar sorumlu tutulmaktadır (WHOa, 2008).

Sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak çok kullanılan yönetim terimlerinden birisi de 'kronik hastalıkların yönetimi'dir. Bireysel düzeyde, hastalıklardan korunma, risk faktörlerini azaltma, tedaviye uyum, komplikasyonları önleme, günlük yaşam kalitesini geliştirme, yani özetle, kronik hastalıklarla baş edebilme anlamını taşıyan 'kronik hastalık yönetimi'nin mevcut sağlık sistemlerine entegre edilmesi, 'sağlık hizmetleri yönetimi'nin buna göre yeniden düzenlenmesi zorunluluğu vardır.

Bugün tüm dünyada egemen olan sağlık sistemleri ağırlıklı olarak 'akut hastalıklar' için tasarlanmış sistemler olup, bu sistemlerin başlıca sıkıntılarından birisi, DSO'nün deyimiyle 'Radar Sendromu'ndan muzdarip olma-

larıdır (WHOa, 2006). Başka bir deyişle, bu sistemler içerisinde sağlık arayan insanlar, genellikle hasta olduklarında ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti için görüş alanımıza girmekte, hizmeti aldıktan sonra da kaybolmaktadırlar. Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde hakim olan sağlık örgütlenme modellerinde, kronik hastalığı olan kişileri, yaşam biçimleri ve çevresel koşulları ile birlikte gerektiği şekilde ele almak; onların günlük yaşam kalitelerini artırıcı, başkalarına bağımlılıklarını azaltıcı düzenlemeleri ön planda tutmak; her türlü tedavi ve izleme hizmetinin yanı sıra, sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak ve sağlıkları açısından sürekli olarak izlemek alışılmış uygulamalar değildir.

Mevcut sağlık enformasyon sistemleri, insan gücü planlaması, alt yapı yatırımları, sağlık teknolojileri, genellikle kronik hastalıkların toplumsal düzeyde yönetimi ve denetimi ile uyumlu olmadığı gibi, tıp eğitiminde de bu konulara ağırlık verilmemektedir. Oysa kronik hastalıkların bireysel düzeyde ve toplumsal düzeyde yönetimi akut hastalıklardan çok farklı yaklaşımlar gerektirmektedir. Bu yaklaşım farkı, daha hastalık nedenlerini tanımlama aşamasında başlamaktadır. Örneğin, bulaşıcı hastalıklardaki nedensellik ilişkilerini açıklayan Koch-Henle kriterleri, kronik hastalıkların oluşumundaki karmaşık nedensellik ilişkilerini açıklamaktan uzak olduğu için bu amaçla Evans kriterleri geliştirilmiştir (Last, 2001).

Akut ve bulaşıcı hastalıklarda primer koruma faaliyetleri öncelik taşımasına karşın kronik hastalıklarda sekonder ve tersiyer korumanın en az primer koruma kadar hatta bazı hallerde ondan daha önemli olması söz konusudur. Kronik hastalıkların bir kısmının radikal tedavisi henüz bulunmadığından geleneksel, alternatif ve/ya tamamlayıcı tıp uygulamalarından yardım arama çabaları yoğunudur. Tedavi olan kronik hastalıklarda bile hastanın tedaviye uyumsuzluğu, çok karşılaşılan, önemli bir sorundur. Yapılan çeşitli araştırma sonuçlarına göre, kronik hastalığı olan hastalar arasında verilen tedaviyi gerektiği şekilde uygulama oranı %40-76 arasında değişmektedir (DiMatteo, 2004; Dunbar-Jacob&Mortimer-Stephens, 2001).

Kelime olarak kısaca 'uzun süreli hastalıklar' anlamına gelen 'kronik hastalıklar' terimi, üç ay ve daha uzun süreli sağlık sorunları için kullanılmaktadır. (Last, 2001). Süre açısından pek çok sağlık sorununun kronikleşmesi söz konusu olsa da, 'kronik hastalıklar' te-

Mevcut sağlık enformasyon sistemleri, insan gücü planlaması ve alt yapı yatırımları genellikle kronik hastalıkların toplumsal düzeyde yönetimi ve denetimi ile uyumlu olmadığı gibi, tıp eğitiminde de bu konulara ağırlık verilmemektedir. Oysa kronik hastalıkların bireysel düzeyde ve toplumsal düzeyde yönetimi akut hastalıklardan çok farklı yaklaşımlar gerektirmektedir.

rimi ile kastedilen hastalıklar genellikle, diyabet, obezite, kanserler, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarıdır.

Kronik hastalıkların, erken ölümlere neden olmaları, bireyin yaşamsal kapasitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemeleri ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaları gibi halk sağlığı açısından önemli sakıncaları bulunmaktadır (Christopher, Murray, Lopez, 1997). Bu hastalıkların toplumlara getirdiği yük hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için halen ciddi boyutlarda olup giderek daha da artmaktadır.

ABD'de yaşayan toplam nüfusun yüzde 45'inde en az bir kronik hastalık olduğu ve bunların tedavi giderlerinin tüm sağlık harcamalarının yüzde 75'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (Hoffman, Rice, Sung, 1996). Bu ülkede yaşla birlikte artan kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşlı nüfusta yüzde 88 olup bunların yüzde 50'sinde de ikiden fazla sorun bulunmaktadır. (Wolff, Starfield, Anderson, 2002) Benzer şekilde Şanghay'da yapılan bir çalışmada 60 yaş üzeri nüfusun yüzde 70'inde en az bir kronik hastalık, yarısında ise iki ve daha fazla kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır (Dongbo F, Ding Y, McGowan P, Fu H, 2006). Başka bir deyişle, 60 yaş üzerindeki her dört kişiden üçünün en az bir hastalığı, bun-



lardan ikisinin ise iki ve daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

Kronik hastalıklar, diğer sağlık sorunlarına kıyasla daha çok etkenli, yaşam biçimleri ile yakından ilişkili, daha çok bakım ve tedavi gideri gerektiren ve daha çok disiplini ilgilendiren sorunlardır. Bu özellikleri nedeniyle hem bireysel hem de toplumsal düzeyde iyi 'yönetilmeleri' gerekmektedir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler:

İnternet sayesinde e-sağlık, teletıp, tele-sağlık, tele-eğitim uygulamaları yaygınlaşmakta, nanoteknoloji sayesinde tanı ve tedavi için kullanılan araç-gereçler küçülümekte, robotik tıp uygulamaları önem kazanmakta, genetik teknoloji sayesinde yeni tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmektedir.

Bu gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişimler gündeme gelmektedir. Örneğin, Avrupa Birliği'nin 2004 yılında başlattığı 'e-sağlık Eylem Planı' ile 2010 yılında tüm üye ülkelerde e-sağlık uygulamalarının hayata geçmesi planlanmıştır. (EU, 2008) e-sağlık, bilgi ve iletişim teknolojileri ile hizmetlerinin sağlık alanında yoğun biçimde kullanılması anlamına gelmektedir. Bu kullanım hem sağlık hizmeti verenler hem de hizmeti alanlar için geçerlidir. Sağlık enformasyon ağları, elektronik sağlık kayıtları, teletıp hizmetleri, sağlık portalları, hastalıklardan korunma, tanı, tedavi, takip ve yaşam biçimi düzenleme gibi her türlü sağlık hizmeti sırasında kullanılan bilgi ve iletişim hizmetleri bu kapsamda ele alınmaktadır.

e-sağlık sistemlerinin kurulması ve yaygınlaşmasından beklenen yararlar şu şekilde özetlenmektedir (EU, 2008):

- Daha iyi bilgilendirme: Bilgilendirme iki yönlü olacaktır. Bir yandan vatandaşlar ve hastalar; sağlıkları ile ilgili tanı, tedavi, korunma yöntemleri, sağlıklı yaşam biçimleri konusunda daha ayrıntılı bilgi sahibi olacak; diğer yandan da elektronik kayıtların, akıllı kartların kullanımı ile birlikte hekimler ve hizmet sunanlar hastaları hakkında tüm bilgilere en hızlı ve en doğru şekilde ulaşabileceklerdir.

- Daha verimli hizmet: Elektronik kayıtlar sayesinde hastaların randevularının ve izlemlerinin düzenlenmesi, geri bildirimlerin zamanında ulaştırılması, koruyucu hizmetlerin daha etkin şekilde yürütülmesi kolaylaşacak ve zaman, insan gücü ve parasal kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde pek çok kronik hastalığın hastane yataklarına bağımlılığı ortadan kalkacak, evlerinde izlenmesi mümkün hale gelecektir.

- Hasta odaklı hizmet: Hastanın doktora gitmesi veya doktorun hastaya gelme zorunluluğu ortadan kalkacak; uzak ve kırsal bölgelerdeki vatandaşlara hizmet sunmak daha kolaylaşacak; yeni teknolojiler sayesinde 'hasta-dostu' hizmetler ön plana çıkacak; her kesimden insana kaliteli hizmet sunulması mümkün olacaktır.

Yeni gelişen tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde, daha önce hastanede uzun süre yatmayı gerektiren pek çok hastalığın kısa sürede tedavisinin yapılması sonucu hastane yatak sayılarına olan ihtiyaç azalmakta, bunun yerine günübirlik cerrahi merkezleri, acil bakım odaları, evde bakım hizmetleri gibi hizmetleri yaygınlaşmaktadır. Gelişen teknoloji sayesinde, yaşlıların, özürlülerin, kronik hastalığı olanların, ameliyat geçirenlerin, diyaliz hastala-

rının, intravenöz tedavi gerektiren hastaların, hastanede yatarak tedavi görmek yerine evde bakım hizmeti almaları mümkün hale gelmekte, bu şekilde, hem hastaların yaşam kalitesinin artması hem de sağlık harcamalarında önemli azalmalar sağlanmaktadır. (Hollander M, Chappell N, 2002)

'Telesağlık hizmetleri' gelişen teknolojinin getirdiği bir başka yeniliktir. Bilişim teknolojileri sayesinde, daha önce hizmet almakta zorlanan kırsal ve uzak bölgelerdeki hastalara kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmekte, bu bölgelerdeki sağlık personeline tanı, tedavi ve her türlü konsültasyon konusunda yardımcı olunabilmektedir. Bu yolla sağlık hizmet sunumunda coğrafi engellerden kaynaklanan eşitsizlikler azalabilmektedir. Teletıp, tele-triyaj, tele-eğitim ve tele-evde bakım, son yıllarda ortaya çıkan yeni kavramlardır. (Pong R, 2002)

Hasta beklentilerinde artış:

Yapılan değerlendirmelere göre tıp bilgilerinin yarılanma ömrü beş yıl (Gorman PJ, Meier AH, Rawn C, Krummel TM, 2000) ile iki yıl arasında değişmekte (Mandel R, Boulter P, 2004), geçerliliğini koruyan tıp bilgileri her 6-8 yılda ikiye katlanmaktadır. (Mantovani F, Castelnovo G, Gaggioli A, Riva G, 2003) Başka bir deyişle, mezun olduğu günkü tıp bilgilerini hiç unutmayan ve yenilemeyen bir hekimin altı yıl sonra karşısındaki bilgi miktarı iki katına çıkmış olacak ve önceden sahip olduğu bilgilerin de yarısı değişmiş olacaktır.

Tıp bilgilerindeki inanılmaz hızlı değişim ve artışı izlemek, yakalamak ve kullanabilmek çok zordur ve özel eğitim ve beceri gerektirmektedir. Örneğin; tıbbın bir alanı ile ilgili olarak yayınlanan 85 saygın araştırma dergisinin 6 aylık döneminde yayınlanan makale sayısının 8 bin 85 olduğu saptanmıştır. Bir hekimin tüm bu dergilere zamanında ulaşabildiği ve her makaleyi üç dakikada okuduğu varsayıldığında, sadece yeni bilgileri okumak için ayrılması gereken zaman yılda 800 saattir (Ebell MH, Shaughnessy A, 2003).

Bu devasa bilgi yığınına yakından izlemek, doğru bilgileri yanlışlardan ayırarak günlük uygulamalarda kullanmak başlı başına bir iş olup başarılanmadığı takdirde tıbbi hatalarını arttıracak, uygulamaları tartışmalı hale getirecek bir durumdur.

Öte yandan, insan hakları, hasta hakları, tüketici hakları kavramlarının yaygınlaşması, bilişim teknolojileri sayesinde her türlü bilgiye kısa sürede

ulaşabilmenin mümkün hale gelmesi ile yeni bir hasta türü ortaya çıkmaktadır. Haklarını bilen, hastalığının tanı ve tedavisi konusunda ayrıntılı açıklamalar ve alternatif öneriler bekleyen, çoğu zaman hastalığı hakkında çeşitli kaynaklardan bilgi edinerek sağlık kuruluşuna gelen yeni hasta türü hekimleri ve sağlık personelinin değişmeye zorlamaktadır. Bu zorlama sonucunda önce Toplam Kalite Uygulamaları, daha sonra da Hasta Odaklı Hizmet kavramları gündeme gelmiştir. Hekimlerin ve sağlık personelinin hastalar karşısındaki geleneksel baskın otoriter rolünün yerini, hasta odaklı hizmeti amaçlayan, danışmanlık ve yol göstericilik rolü almaya başlamıştır. Sağlık personeli-hasta ilişkilerinde ki bu değişimin bir başka kaçınılmaz sonucu da yönetimin ve yöneticilerin rolünün artmasıdır.

Hizmetlerin organizasyonu ve yönetiminde yeni eğilimler:

Gerek kişi başına düşen sağlık harcaması açısından, gerekse de nüfus başına düşen sağlık personeli ve sağlık kuruluşları açısından bakıldığında dünyanın her yerinde sağlık sektörü hızla büyümektedir. Yirminci yüzyılın en hızlı büyüyen dört sektöründen birisi olan sağlık sektörünün büyüme hızını 21. yüzyılda da sürdüreceği anlaşılmaktadır. (Drucker,1999) Sağlık sektöründeki büyüme sadece ekonomik büyüme olmayıp yapılan iş ve faaliyetler bir yandan artmakta diğer yandan da hızla çeşitlenmektedir.

Dünyanın her yerinde sağlık sektörü hızla büyürken gelişen teknoloji ve maliyet kontrolü nedeniyle hastanede yatarak tedavi yerine ayakta tedavi yaygınlaşmaktadır. Bunun sonucu olarak özellikle gelişmiş ülkelerde son 20 yıldır hastane yatak sayılarında ve hasta yatış sürelerinde azalma, evde bakım hizmetleri, gününbirlik cerrahi merkezleri ve acil hizmet birimlerinde artma söz konusudur. (Wolper LF, 2004)

Hastaneler ve sağlık kuruluşları birbirleriyle anlaşarak biraraya gelmekte, büyük sistemler şeklinde hizmet vererek hem maliyetleri düşürmeyi hem de verimliliği arttırmayı hedeflemekte, bu amaçla yeni bir yönetim anlayışı oluşturmaktadırlar. Bu şekilde tekil hastanecilik önemini yitirmekte, wellness ve fitness merkezlerinden yaşlı bakım evlerine, birinci basamak sağlık kuruluşlarından özel dal hastanelerine, evde bakım hizmetlerinden üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kadar çok ve çeşitli sağlık birimlerinden oluşan sistemler önem kazanmaktadır.

Basit vakaların ayakta teşhis ve te-

davisi kolaylaştıkça hastaneler daha ziyade yoğun bakım gerektiren ağır vakalar için kullanılmakta, bu amaçla her türlü hizmetin hastanın ayağına getirildiği özel odalara daha çok yer verilmektedir. Bunun doğal sonucu olarak hastanede yatan hasta sayısında ve yatış süresinde azalma olmakla birlikte hasta başına düşen alan ve maliyet anlamında artışlar olacağı beklenmektedir.

Kendi kendine bakım ile alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır. Bunun sonucu olarak bir yandan geleneksel sağlık mesleklerinin etkinliği azalmakta, diğer yandan da bireylerin koruyucu ve geliştirici sağlık bilinçleri artmaktadır.

Özet olarak, önümüzdeki yıllar içerisinde genetik tanı ve tedavi yöntemleri, laser teknolojisi, kansız cerrahi yöntemler, teletıp, robotik tıp alanındaki gelişmeler ile uzaktan izleme imkanı sağlayan bilişim teknolojilerinin yaygınlaşmasıyla hastanede yatış oranları ve süreleri daha da azalacak, evde bakım ve izlem hizmetleri ön plana çıkacaktır. Sağlık yöneticileri, kuruluşları yönetmenin yanı sıra ve belki de bundan daha çok, teknoloji yönetimi, evde bakım, uzaktan izlem ile hasta ve yakınlarının eğitimi işlerinin düzenlenmesine ağırlık vereceklerdir.

Kaynaklar:

Christopher JL, Murray CJL, Lopez AD. (1997) Global mortality. Disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 349:1436-42.

DiMatteo R. (2004) Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research, *Medical Care*, 42:200-209.

Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. (2001) Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54:S57-60.

Fu D, Ding Y, McGowan P, Fu H. (2006) Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling* 61:389-396.

Hoffman C, Rice D, Sung HY. (1996) Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs.

JAMA, 276:1473-1479.

Koch S. (2006) Home telehealth-Current state and future trends. *Int J of Medical Informatics*, 75:565-576.

Last JM. (2001) A dictionary of epidemiology. Fourth edition, Oxford University Press 64, 84.

UNFPA. (2006) Population issues: meeting development goals.

WHOa. (2008) Facts related to chronic diseases. www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en (ulaşım:15.Nisan.2008)

WHOb. (2006) Chronic conditions: Current systems of care. www.who.int/chronic_conditions/systems/en/index.html (ulaşım:17.Ağustos.2006)

Wolf J, Starfield B, Anderson G. (2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162:2269-2276.

EU. (2008) Europe's Information Society: ICT for Health. What is eHealth (http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/whatis_ehealth/index_en.htm) (ulaşım: 15.Nisan.2008)

Gorman PJ, Meier AH, Rawn C, Krummel TM. (2000) The future of medical education is no longer blood and guts, it is bits and bytes. *The American Journal of Surgery*, 180(5):353-356.

Mandel R, Boulter P. (2004) E-Prescribing: A Bridge to the 21st Century, Tufts Health Plan, E-Rx Collaborative, HCT Project Volume 2, July 17, 2004.

Mantovani F, Castelnovo G, Gaggioli A, Riva G. (2003) Virtual Reality Training for Health-Care Professionals. *CyberPsychology & Behavior*. 6(4): 389-395.

Hollander M, Chappell N. (2002) Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. A Report prepared for the Health Transition Fund, Health Canada. Victoria, Centre on Aging, University of Victoria.)

Pong R. (2002) Sharing the Learning. The Health Transition Fund. Synthesis Series. RuralHealth/Telehealth. Ottawa, Health Canada.

Ebell MH, Shaughnessy A. Information mastery: Integrating continuing medical education with the information needs of clinicians. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2003;23 (Supplement 1): S53-62.

Wolper LF (ed.). (2004) Health Care Administration: Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems. Fourth Edition, Jones and Bartlett Publishers, s.374-5.

Drucker P. (1999) Yirmibirinci yüzyıl yönetim tartışmaları. Epsilon Yayınevi, İstanbul.

15 Şubat derman mı, ferman mı?

Dr. Çetin Köksal



1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Dr. Çetin Köksal, 8 yıl devlet kurumlarında başhekim yardımcılığı ve başhekimlik görevlerinde bulundu. Bu sırada inşaat halinden yapımına kadar Orhangazi Devlet Hastanesi'nin kurulumunda görev aldı. 1996 sonunda devlet görevinden ayrıldı; akabinde özel sektörde başhekimlik, mesul müdürlük, medikal direktörlük ve genel müdürlük yaptı. 2008 yılına kadar onun üzerinde özel hastane ve tıp merkezi kuruluşunda direktörlük yaptı. Hastane kuruluşu, yönetimi ve mimarisinin planlanmasında önemli yöntemler geliştirerek katkıda bulundu. Halen Medipol hastaneler grubu "Stratejik Planlama ve İş Geliştirme Grup Koordinatörü" olarak çalışmaktadır.

H 15 Şubat 2008'de özel sağlık sektörünü şaşırtan ve hatta soğuk duş etkisi yaratan bir seri yasal düzenlemeyle karşılaştık. Ülkenin sağlık sistemini derinden etkileyen bu düzenlemelerle neler mi oldu? Öncelikle çok yakın geçmişimize doğru gidelim. Ülkenin sağlık politikalarına, mevcut durumuna ve değişime göz atalım:

Yıl 2003:

Sağlık Bakanlığı tarafından 25 Ağustos 1981'de yürürlüğe giren 2514 sayılı ba-

zı sağlık personelinin devlet hizmeti yükümlülüğüne dair yasa ile bazı sağlık personeline devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiş ve bu yasa 24.07.2003 tarihine kadar sadece hekimleri kapsayarak 22 yıl uygulanmıştır. 24.07.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4924 sayılı kanun (Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun) ile 2514 sayılı kanun yürürlükten kaldırılmış ve zorunlu hizmet uygulamasına son verilmiştir.

AKP Hükümeti bu kanunla mecburi hiz-

metin yerine 'Sözleşmeli sistem' öneren bir düzenleme getirmiştir. Bu şekilde, Sağlık Bakanlığı tarafından hekimler, 657 sayılı yasaya tabi memur kadrosu yerine, iş güvencesi ve özlük hakları yönünden değişik düzenlemelere sahip olan sözleşmeli personel olarak çalışmaya başlamışlardır.

İşte değişim de bu tarihten sonra başlamıştır. Hekimler, 'iş güvencesi yok', 'özel sektör ve devlet kurumları aynı sisteme geldi', 'öyleyse mali avantajımız olsun' düşüncesi ile özel sektöre meyil etmeye başladılar. Bu tarihlerde devlet ücretlerine çok yakın ücretlerle özel sektörde hekim çalışmaktaydı.







Sağlıkta kamunun özele açılımı henüz başlamış ve üzerinden 6 ay geçmişken Emekli Sandığı ve devlet memurlarına özel hastane kapıları açılmıştı.

Sonuç olarak, kamu kurumları sözleşmeli - iş güvencesiz olarak çalışacak yeterince hekim bulamamıştı.

Özel sektörün en önemli sıkıntısı hastaya ulaşabilmektir. Artık değişim başlamıştı. Özel sektöre kapılar açılmıştı. Kamu hastaları özel sektör ile tanıştı, özel sektör de kamu hastalarıyla. Bir anda ülkedeki yaklaşık 10 milyon kişiye özel hastane kapıları açılmıştı. Kamu hastaları muayene, yatarak tedavi, rapor ve ilaçlarını artık özel sektörden de alabiliyorlardı. Hızla yatırımlar başladı. Özel hastane açmak 'Acaba sistem geriye döner mi' tedirginliğine rağmen cazibesini koruyordu. Bakanlık da teşvik ediyordu.

Yıl 2004:

Sağlık Bakanlığı yatak sayısı 94 bin 710 adet, özel sektör toplam yatak sayısı ise 14 bin 558 adettir.

Mevcut sistem devam etmiş ve işleyişte önemli bir değişiklik olmamıştır.

Yıl 2005:

Sağlık Bakanlığı yatak sayısı 130 bin 843 adet, özel sektör toplam yatak sayısı ise 14 bin 861 adettir.

18 Şubat 2005 yılında özel hastaneler ayaktan SSK'lı hastalara açılmış ve böylece 38 milyon kişi daha özel hastanelerden doğrudan yararlanabilir konuma gelmiştir.

Yine bu dönemde, yani 20 Şubat 2005

tarihinde SSK'ya bağlı 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız dışı sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na geçmiştir.

Yıl 2006:

Sağlık Bakanlığı yatak sayısı 133 bin 168 adet, özel sektör toplam yatak sayısı ise 16 bin 708 adettir. Mevcut işleyiş devam etmektedir.

Yıl 2007:

Sağlık çalışanları sayıları:

Sayın Bakanımızın verdiği rakamlara göre; 80 bin klinisyen hekimimiz var ve bu hekimlerin 20 bine yakını üniversite hastanelerinde çalışmaktadır. Bunun yanı sıra 41 bin uzman hekimimiz var ve bunların 17 bin kadarı özel sektörde, 24 bin kadarı ise devlet hastanelerinde çalışmaktadır. Ayrıca 35 bin pratisyen hekimimiz var ki, bunların 3 bini özel hastanelerde, geriye kalanı da devlet kurumlarında çalışmaktadır. Türk insanı ise yılda 6 kez hekime gidiyor.

Sağlık Bakanlığı yatak sayısı 135 bin 740 adet, özel sektör toplam yatak sayısı ise 17 bin 995 adettir.

15 Haziran 2007, SGK olarak kurumlar birleşti. Medula sistemi kuruldu. Bağ-Kur - Emekli Sandığı - SSK hastaları özel sektörden doğrudan ayaktan ve yatarak hizmet alabilir duruma geldi. Böylece yaklaşık 63.7 milyon sigortalı özel hastanelerden doğrudan yararlanabilecekti.

Ayakta tedavi kurumlarına, özellikle de tıp merkezlerine geniş haklar tanındı.

Tüm SGK hastaları tıp merkezlerine gidebilir duruma geldi. Özel hastanelerle aynı fiyatlar ödenir oldu. Sonuçta özel sektördeki mevcut hekim sayısı kadar hekim devletten ayrılıp köşe başlarında tıp merkezi açtı. Devletten hekim kaçıışı oldu ama bu kaçış hastanelerden ziyade tıp merkezlerine doğru gelişti. Sebebi mi? Yapılan ödeme planlaması ile hekim tıp merkezinde aylık 15 bin YTL gelirle kendi işinin sahibi oldu. Büyük bir yatırım yapmadan iyi bir gelir elde eder hale geldi.

Yıl 2008:

Yapılan açıklamalara göre ülkede hekim yetmezliği var. Buna karşın hekimler özel sektöre kaçışa devam ediyorlar ve bu kaçışın durdurulması gerekir. Ne yapalım? 15 Şubat 2008'de hemen bir yasa çıkaralım, sağlıkta özel sektörün önüne geçelim, büyümesini engelleyelim ve hekim kaçışını durduralım. Hem hastanelere hem de ayakta tedavi kurumlarına vuralım! Sadece hekim yetmez. Sağlık çalışanı da almasınlar. Bu da yetmez, cihaz da almasınlar. Peki, ne yapsınlar? Ne yaparlarsa yapsınlar, ama yeni hastane veya tesis yapmasınlar. Engelleyelim. Serbest piyasa oluşturun. Planlayalım da kimse yatırım yapmasın. Hekimler de kaçmaz, kaçacak yer bulamazlar ki...

Peki, nereye kadar? Bu yasaklamaların arkası gelecek mi?

Yukarıdan da anlaşılacağı üzere daha 2003 yılında "Hekim açığımız yok, mecburi hizmeti kaldıralım" diyenler de bugünkü yönetenler değil miydi? Ne değişti de özel sektöre bu kadar yüklenildi. "Çok para kazanıyorlar", "Daha az maaş alsınlar."

Güzel de hekimlikten multimilyarder olanı hiç görmedik ki! Sağlık tesislerini yöneten şirketlerden yüzde 10'un üzerinde net kâr eden tesis de görmedik. Sağlık hizmeti para için yapılacak bir hizmet değildir. Gönülden yapılacak bir hizmettir. Üstelik çok ciddi yatırım gerektirir (bin 200 – 2 bin \$/m2). Sadece

Sağlık çalışanları ve kurumları								
Yıl	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Diş hekim	Hekim	Eczacı	Sağlık M. müd.	Hemşire	E
2003	15.3	61.2	1.7	1.73	29.76	63.62	2.2	1.273
2004	15.3	61.2	1.7	1.73	29.76	63.62	2.2	1.273

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı

Not: Millî Savunma Bakanlığı sağlık personeli yalnız toplamda verilmiştir.

Sağlık personeli ve kurumları								
Yıl	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Diş hekim	Hekim	Eczacı	Sağlık M. müd.	Hemşire	E
2002	53.3	5.2	1.22	1.33	2.15	57.723	2.1	2.
2003	53.3	5.2	1.22	1.33	2.15	57.723	2.1	2.

para kaygısıyla değişik yollara sapan hekimler devlette de özel sektörde de hepimizin tasvip etmediği kimliklerdir.

Özel sektörü küçültmekle hekim sayısı artar mı?

Kaynağını belirttiğim habere baktığımızda: “Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye’de yabancı doktor çalıştırılması ve tıp fakültelerinde kontenjanın artırılması gerektiğini belirterek, ‘2023’e kadar Türkiye’deki hekim sayısı 200 bine ulaşmazsa Sağlık Bakanlığı bu işi yürütemez’ dedi. Bakanlık olarak ikinci 5 yıllık dönemde sağlık alanında dönüşüm programlarına devam edeceklerini belirten Akdağ, ‘Önümüzdeki 5 yılın sonunda sağlık alanında yapısal dönüşüm tamamen sağlanacaktır’ diye konuştu.” şeklinde bir habere rastlıyoruz. Sayın Bakanımız bu görüşünü doğrudan da, karşılıklı konuşmasında da dile getirmişti. Biz de kısmen katılıyoruz. Ancak özel sektörü küçültmekle, birtakım yasaklamalarla hekim sayısı artacak mı? Doğrusu bunu ben de merak ediyorum. Hepimiz göreceğiz.

Peki çözüm ne olmalı? Hepimizin üzerinde düşünmesi ve kafa yorması gereken bir konu... Ancak şöyle bir geçmişteki işleyişe bakalım. Geçmişte örnek var. Nasıl mı?

15 Diyaliz konusunda neredeyse tamamen özelleşmiş durumdayız. Diyalizde çok uygun fiyatlı hizmeti en üst düzeyde vermekteyiz. Hani şu kızdığımız özel sektörle üstelik. Hemen hemen hiç şikâyet de almıyoruz. Hastalar rahat, sistem rahat. Memleket zarar mı etti? Hayır, bilâkis kâra geçti. Diyaliz merkezleri hastaları ne kadar uzun ve sağlıklı yaşatırlarsa o kadar gelir kaynakları artıyor. Dolayısıyla herkes hastasına da sahip çıkıyor.

16 Göz branşında da durum böyle değil mi? Dünyanın hemen her ülkesinden göz hastanelerimize hasta geliyor. Hatırlarım da kendi fakültemde olmasına rağmen okurken göz biriminde muayene olabilmek için sabah saat 6.00’da sıraya girmiştım. Şimdi böyle şeyler yok. Çok çabuk unutuyoruz bazı şeyleri. Unutalım da, örnek almayı unutmayalım. Şimdi zarar mı ediyoruz göz hizme-

tinden. Bilâkis, örnek gösterilecek bir düzeye geldik.

Sağlık hizmeti bütün dünyada zor, zahmetli, fedakârlık gerektiren bir hizmettir. Aynı zamanda maliyetlidir. En büyük maliyet de insan kaynağına harcanan maliyettir. Çünkü sağlık çalışanı zor ve uzun bir süreçten geçerek yetişir. Dolayısıyla bu kaynak etkin kullanılmalı ve çalışan memnuniyeti de unutulmamalıdır. Tabii ki sağlık çalışanı ülkesine hizmet edecektir. Ama özel sektör çalışanı veya devlet çalışanı ne fark eder. Hepsi bu ülkeye hizmet etmez mi? Çalışan memnuniyeti önemli değil mi? Bizler çalışanlarımızın mutluluğu için her tür düzenlemeyi yapıyoruz. Zorla değil, yasaklamalarla değil, zevkle çalıştırmak temel hedefimiz değil mi? Yasalar zorlayıcı ve yasaklayıcı mı olmalı yoksa düzenleyici ve kontrol edici mi?

Dünyadaki sağlık hizmetinde özelleşme oranlarına bakalım:

Küba, Çin gibi ülkelerde hiç özelleşme yok. Sağlıkta en fazla özelleşme ABD’de. Bu ülkede oran yüzde 39.4 düzeyinde. İngiltere’de ise özelleşme oranı yüzde 16 civarında. Ancak baktığımızda ameliyat olacak hastalarda bekleme süreleri mevcut. Hatta ultrasonografi için bile bekleme sürelerinden bahsediliyor. Bunları kınamak için değil, bu hizmetin ne kadar zahmetli ve zor bir hizmet olduğunu söylemek için yazıyorum.

Yakın zamanda Arnavutluk’ta bir özel sağlık kuruluşu ile hasta bakım anlaşması yaptık. Bu vesile ile Arnavutluk’u inceleme imkânım oldu. Arnavutluk’ta hâlihazırda sağlık sistemi yeni yeni şekilleniyor. Ülkenin kaynakları yeterli değil. İlaç harcamaları vatandaşın cebinden çıkıyor. İleri teknoloji henüz kurulamamış. Birçok ameliyat için vatandaş yurtdışını tercih ediyor. Düne kadar sosyalist bir düzen ile yönetilmesinden kalan sıkıntılı bir süreci hâlâ yaşıyorlar. Hastalar yurtdışına çıkabilmek için çaba sarf ediyorlar. Sağlık mevzuatları üzerinde halen tartışmaları devam ediyor. Biz neyi örnek almalıyız? Sosyalist bir düzeni mi, yoksa tamamen kapitalist bir sistem olan ABD’yi mi? Cevap: Hem hepsini hem de hiçbirini.

Çözüm, ferman gibi yasalarda değil!

Koruyucu sağlık hizmetini yani 1. basamak sağlık hizmetini dünyada genelde kamu vermektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri konusundaki hizmetin de yine ağırlıklı olarak devlet eliyle verildiği aşikârdır. Ülkemizde de 1. basamak ve 3. basamak hizmetler ağırlıklı olarak kamu eliyle yürümeli; 2. basamak dediğimiz tedavi edici hizmetlerde ise mümkün olduğunca özelleşmeye doğru gidilmelidir.

Hizmet ağırlıklı kurumlar olan 2. basamak tedavi kurumlarında özelleşmenin önü kesilmemeli, bilâkis 2003’ten bu yana olduğu gibi açılmalıdır. Sağlık Bakanlığı denetim mekanizmasını iyi çalıştırmalıdır. Ancak denetim yaparken de hakkaniyet çerçevesinde olmalı, devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde aynı kriterleri kullanmalıdır. Verimlilik sadece sayı olarak hasta bakmakla ölçülemez. Hastaların mortalite, morbidite oranları, enfeksiyon oranları, ortalama hastanede kalış sürelerine bakılmalıdır. Eminim ki Sağlık Bakanlığımız denetim mekanizmalarını en iyi düzeyde çalıştırarak bu soruna çözüm üretecektir.

Bugüne kadar çok acı reçeteler sunuldu ve biz de çok acı ilaçlar içtik. Faydaları tartışılabilir. Ancak sonuçta ferman gibi yasalarda değil, sağlık sektörüne derman olacak yasalarla bir yerlere gelebileceğimizi aklımızdan çıkarmayalım. Hep sağlıkla ve sağlıcakla kalalım.

Kaynaklar

<http://www.hasuder.org/zorunluhizmet.htm>

<http://www.tuik.gov.tr>

<http://www.8sutun.com/node/40165>

www.dyp.org.tr/.../SSK_Hastanelerinin_Saglik_Bakanligina_Devri_Yasasi.doc

OECD health data 2001

Sayın Recep Akdağ ile görüşmede verdiği rakamlardır.

OECD health data 1997

DPT 2004

Sağlık Harcamaları ve Sağlık Personeli Sayıları (2015-2020)								
Yıl	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke
2015	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2020	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2015	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2020	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama

Sağlık Harcamaları ve Sağlık Personeli Sayıları (2015-2020)								
Yıl	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke	Ülke
2015	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2020	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2015	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
2020	Türkiye	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama

Sağlık hizmetlerinde planlama ve sektörde '15 Şubat depremi'

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Gelişmiş ülkelerde sağlık sistemleri bütün toplumu kucaklayan çok yönlü sağlık hizmetlerinin sunulmasını hedeflemektedir. Hatta hizmetlerin kapsayıcılığından öte, kalite standartlarının eşitliğinin ve talebe yeterince cevap verilebilirliğinin de garanti altına alınmasına çalışılmaktadır. Ülkeden ülkeye beklentiler ve sunulan hizmetler büyük farklılıklar gösterse de sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sistemin organizasyonunda hükümetler etkin rol almaktadır. Ülke yönetim biçimine göre bu etkin rol farklı oranlarda merkezi ve yerel otoriteler tarafından paylaşılabilir.

Bu rol, bazen hizmetlerin doğrudan su-

nulması tarzında karşımıza çıksa da, çoğu zaman yönetim otoritesinin hedeflerini garanti altına alacak tarzda yürütülen planlamalar şeklinde görülmektedir. Bu planlama sorumluluklarının yerel ya da merkezi otoritede olması daha çok ülkenin siyasi yönetim şemalarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Örnekler incelendiğinde, yerel veya bölgesel planlamalar bu yerel otoriteler tarafından yapılsa bile, genellikle merkezi otorite bütün ülkede hizmetlerin ve kaynakların dengeli dağılımını garanti altına alacak gücü elinde bulundurmaktadır.

Anayasamızın 56. maddesi, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden

planlayıp hizmet vermesini düzenleyeceğini bildirmektedir. Hatta bu görevin kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirileceğini belirterek adeta çerçeveyi de çizmiştir.

1987 tarih ve 19461 sayılı resmi gazette yayınlanan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinin (c) fıkrası, bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılmasını esas almakta ve bu esaslar çerçevesinde sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinin Sağlık Bakanlığı'nca düzenleneceğini hükme bağlamaktadır. Aynı maddenin (g) fıkrasında sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı'nın







istihdam planlaması yapacağı bir kez daha vurgulanmıştır.

Yürürlükteki bu amir hükümlere rağmen bu görevlerin yeterince yerine getirilememiş olması planlamanın bir kesime uygulanırken diğerine uygulanmaması, sektörde adeta bir 'dengesizlik dengesi' oluşturmuş ve özel sektörün kazandığı ivmede etkili olmuştur. Ancak bu durumun, bütünüyle ülke coğrafyası düşünüldüğünde sağlık hizmetini talep edenlere 'doğrudan dengesizlik' biçiminde yansımaları kaçınılmazdır. Sağlık Bakanlığı, konumu gereği bu tabloyu en önce gören ve görmesi gereken bir kurumdur. Aslında hizmeti satın alma konumundaki Sosyal Güvenlik Kurumu'nun araçları ile çok daha kolay yönetilebilir olmakla birlikte Bakanlık zor görevi üstlenmiş ve planlama konusunda radikal bir adım atmıştır.

15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 9. maddesi ile Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek 4. maddesi bu adımın somut göstergeleridir. Sağlık sektörümüzdeki özel hizmet sunucuları tarafından '15 Şubat depremi' diye nitelendirilen bu yönetmelik değişikliği, sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde Bakanlıkça planlama yapılacağından söz etmektedir.

Her halde, anayasa ve yasalarda zaten mevcut bulunan bir görevin alt mevzuata taşınmasına itiraz edecek bir durum olamaz diye düşünüyorum. Hatta bugüne değin bu görevin neden yerine geti-

rilememiş olduğunu sorgulamak belki daha doğrudur. Nitekim sektörde rol alan çeşitli kesimlerin yaklaşımı da bundan farklı değildir. Asıl sorun olan planlamanın yapılması değil, nasıl, kimler tarafından ve hangi kapsamda yapılacak olduğudur. Geçiş dönemindeki mağduriyetler nasıl önlenecektir? Bütün sorular, kaygılar, tepkiler burada düğümlenmektedir.

Konunun bu düğüm noktasına ışık tutabilmek umuduyla uluslararası tecrübelere bir göz atmakta yarar var. İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen 'sağlık hizmetlerinin uluslar arası karşılaştırılması' konulu bir araştırma projesinin değerlendirmesine göre, araştırma kapsamında olan ülke otoritelerinin sağlık hizmetlerinin planlanmasındaki yetki ve sorumluluk paylaşımı aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Planlama deyince, kavramsal olarak karşımıza stratejik plan ve eylem planı olmak üzere iki tarz çıkmaktadır. Stratejik plan, sağlık sisteminde prensipleri tanımlayan ve genel çerçeveyi çizen plandır. Genellikle sağlık yönetimindeki en üst otorite tarafından hazırlanmaktadır. Mesela İngiltere, Fransa, İtalya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde merkezi hükümetin Sağlık Bakanlıkları tarafından hazırlanmaktadır. Kanada ve Almanya gibi desantralize sistemlerde bölgesel veya yerel otoriteler bu planı yapabilmektedir.

Eylem planı ise, stratejik planın eylemlere dönüştürülmesinden ibarettir. Bütçenin ve kaynakların paylaşılması, hizmetlerin tıbbi yatırımların ve personelin organizasyonu gibi sağlık hizmet sunumuna etkili bütün eylemlerin planlanmasını kapsar. Bu tarz planlamalar çoğu kez bölgesel, bazen de yerel otoriteler tarafından yapılmaktadır. Mesela Kanada'da bölgesel sağlık otoritesi (RHA), Danimarka ve Finlandiya'da belediyeler ve İngiltere'de temel sağlık tröstleri (primary-care trusts) bu planları yapmaktadır. Ancak İngiltere, Fransa, İtalya, Kanada ve yeni Zelanda'da ol-

duğu gibi bazı ülkelerde bölgesel veya yerel yönetimler planlarını yaparken üst otoritelerin hazırladığı ulusal planlara ve talimatlara uyumlu olmak zorundadır. Buna dikey entegrasyon adı verilmektedir.

Sağlıkta hizmet dağılımı ve kaynak dağılımının dengeli sağlanmasını amaçlayan planlamaların yapılması neredeyse tartışmaya yer bırakmayacak kadar üzerinde anlaşma sağlanan bir konudur. Ne var ki, bu planlamanın kapsamı ve uygulamalara olan etkisi tartışma konusu olabilmektedir. Bilhassa pazar ekonomisinin hâkim olduğu ülkelerde planlamanın farklı sektörleri kapsayarak yatırımları kısıtlar hale gelmesi veya bir başka deyişle yatırımı belirleyen dinamiklerde rekabet unsurunun önüne geçmesi, hem yatırımcıları hem de planlayıcıları zorlamaktadır.

Başarısı veya rasyonalitesi ne kadar tartışılırsa tartışılsın, bu güne dek Sağlık Bakanlığı'nın yatırımları diğer kamu kurumlarında olduğu gibi Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) yatırım planları kapsamında yapılmaktadır. En azından Bakanlığa ait sağlık tesislerinin yatırımları ülke genelinde dengeli bir şekilde yapılmaya çalışılmaktadır. Yeteri kadar kurumsallaşmış bir yapı arz etmese de, devlet hastanelerindeki tıbbi cihaz planlaması Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kontrolü ve denetimi altındadır. Bilhassa son yıllarda tavizsiz bir şekilde yürürlüğe konan ve bu yüzden birçok meslektaşımızın tepkisini çeken, personel dağılım cetveli (PDC) uygulaması, Sağlık Bakanlığı'nda çalışmakta olan yetişmiş insan gücünün ülke genelindeki dağılım dengesine önemli ölçüde katkı sağlamıştır.

Devredilmeden önce, SSK hastaneleri de özellikle SSK'lıların yoğun olduğu merkezlerde inşa edilmek suretiyle kendi çapında bir planlamanın kapsamındaydı. Ne var ki, parçalı yapı nedeniyle bu birbirinden bağımsız planlama gayretleri, sonuçta dengesizliğin önüne geçilmesinde yeterli olamıyordu. Aynı du-

K	ne Kısaca Tutar
Kn	Enim - Cı - uml r - İlin nulus - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
n m k	M - k - z - t - m - k - i - s - m - y - d - i - n - t - o - l - u - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
n - E - r -	J - u - s - t - i - c - i - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
E - l - e - m - y -	E - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
T - r - a - s -	T - r - a - s - t - i - c - i - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
I - m - y -	Y - e - n - i - z - e - l - a - n - d - a - k - i - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
n - l - y -	J - u - s - t - i - c - i - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
H - l - l - u -	E - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -
Y - e - n - i - z - e - l - a - n - d - a -	E - l - e - m - l - u - l - u - n - r - v - k - m - k - m - y - r - l - y - n - t - m - r - n - s - u - m - l - u - l - u - n - r -

Tablo 1: Sağlık hizmetlerinin planlanmasında sorumluluk paylaşımı

GSS'de uygulama öncesi son durum ve TBMM Genel Kurulu'nda yapılan kritik değişiklikler

Hüseyin Çelik



1965 Afyon doğumludur. 1987 İÜ SBF mezunu olup, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansı ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda müfettiş olarak görev yaptı. 2000-2004 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda yöneticilik yaptı. 2004-2006 arasında ÇSGB "Sosyal Güvenlik Reform Projesi"nde Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak görev yaptı. Halen Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörü olarak görev yapmaktadır. 8. ve 9. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. "Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri" başlıklı yayını bulunmaktadır. Ayrıca "Türkiye'de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri" ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" başlıklı yayınlarda diğer yazarlarla birlikte yer aldı.

Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında, tüm toplumun hak ve yükümlülüklerde eşit bir sağlık güvencesine kavuşturulması amacıyla çıkarılan Genel Sağlık Sigortası (GSS) 2006 yılında TBMM tarafından kabul edilmiştir. Ancak Kanun uygulanma imkânı bulmadan Anayasa Mahkemesi kararı gerekçe gösterilerek önemli bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu yazımızda söz konusu kritik değişiklikler ile GSS'de geline

son duruma yer verilecektir.

1. GSS'nin sağlık hizmeti finansman yöntemleri

Kanunun 73'üncü maddesinde yapılan değişiklik ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsamdaki sigortalıların sağlık hizmetlerinin üç farklı yöntemle sağlanması kabul edilmiştir. Bunlar, sözleşmeli kurumlardan hizmet satın alınması yöntemi, sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmeti bedellerinin geri ödenmesi yöntemi ve götürü bedel üzerinden kamu

idaresi sağlık hizmeti sunucularından hizmet satın alınması yöntemidir.

Sözleşmeli kurumlardan hizmet satın alınması:

Kanunun 73'üncü maddesinin birinci fıkrası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, SGK ile sözleşme yapan kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınacak sağlık hizmetinin bedellerinin, sözleşmeli sağlık kurum ve kurumlarına ödenmesi birinci yöntem olarak ortaya çıkmaktadır. Sözleşmeli sağlık kurumu, SGK'nın belirlediği ko-



şullarda ve fiyatlarda hizmet sunmayı kabul eden sağlık kurumu olarak anlaşılmaktadır.

Sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi:

Kanunun ile sağlık hizmetlerinin finansmanında getirilen diğer yöntem, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan hizmet bedellerinin sigortalılara geri ödenmesidir. Kanunda sigortalılara kendi tercihleri ile sözleşmesiz kurumlardan sağlık hizmeti satın alması halinde yüzde 70 ödeme yapılması kabul edilirken Tasarı ile sadece acil hallerde sözleşmesiz kurumlardan alınan hizmet bedellerinin Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarlar üzerinden geri ödenmesi kabul edilmiştir. Acil haller dışında ise kişilerin ödemiş olduğu sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmemektedir.

Düzenleme ile konu Anayasa yargısı açısından tartışmalı hale gelmiştir. Kişilerin devlete ödedikleri vergiler dışında, sadece sağlık hizmetlerine harcanmak üzere gelirlerinden ödedikleri GSS primlerini alınmasında herhangi bir istisna tanınmaksızın zorunlu olarak prim alınırken sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşların tercihlerinin göz ardı edilmesi ve satın aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılığında hiçbir bedel ödenmemesi Anayasa ve sosyal güvenlik hakkı açısından tartışılmaya başlanacaktır.

Götürü bedel üzerinden sağlık hizmetlerinin finansmanı:

Tasarıya Genel Kurul aşamasında 73'üncü maddeye eklenen fıkra ile kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının herhangi bir fatura kesmesine gerek kalmaksızın provizyon sistemine, SGK tarafından yapılabilecek herhangi bir denetime de tabi olmaksızın götürü bedel üzerinden kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularından (Devlet Hastaneleri, Kamu Üniversitesi Hastaneleri, Belediye ve İl Özel İdaresi Hastaneleri, Askeri Hastaneler) sağlık hizmeti satın alınması imkanı getirilmiştir.

Düzenleme ile kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları bir anlamda SGK'nın denetiminden ve kapsamından çıkarılmaktadır. Bu yöntemin uygulamaya geçirilmesi halinde, SGK sadece özel sağlık kurumları ile vakıf üniversitesi sağlık kurumları sözleşme yapma imkânına sahip olacaktır.

2. Uygulanacak fiyat tarifesı

Kanunun 63'üncü maddesi ile kapsamı belirlenen sağlık hizmetlerinin SGK tarafından hangi yöntemlerle finans-



manının sağlanacağına yukarıda yer vermiştik. Peki, satın alınan sağlık hizmetinin bedeli ne şekilde tespit edilecektir.

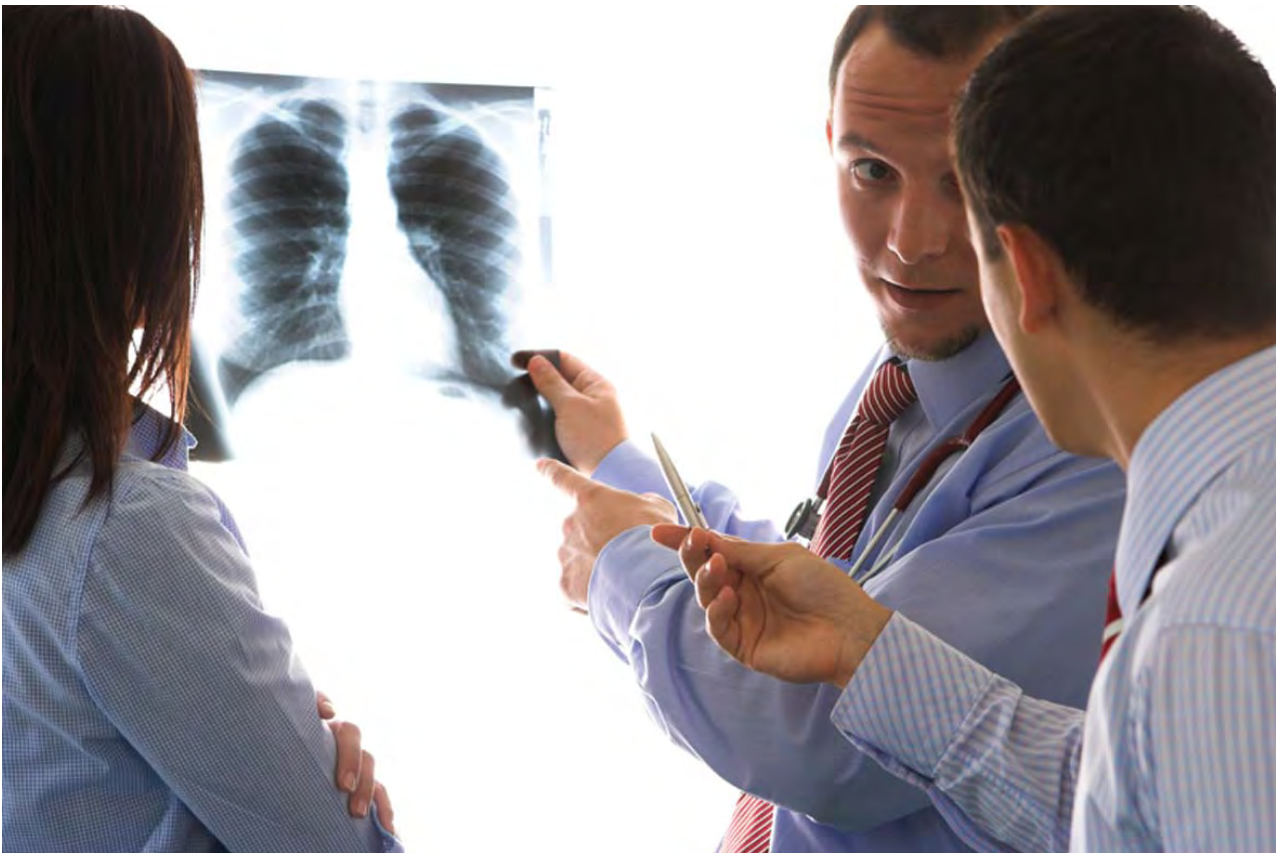
Kanunun 72'inci maddesi gereği yetki Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na verilmektedir. Tasarı ile Komisyonun üye sayısı beşten 7 kişiye çıkarılmıştır. Yeni düzenleme ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı da Komisyona üye gönderirken SGK'nın üye sayısı 1'den 2'ye çıkarılmaktadır.

Komisyon tarafından tıp eğitimi, hizmet basamağı, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurları dikkate alınarak sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması kuralı getirilmiştir. Bu sınıflandırmanın amacı fiyatlandırma konusunda farklılaşmaya gitmektir. Bu sayede yukarıdaki kriterlere göre sınıflandırılan sağlık hizmeti sunucularına farklı fiyat tarifelerinin uygulanmasının yasal alt yapısını hazırlanmıştır. Sınıflandırılan sağlık hizmeti sunucularının hizmet satın alma fiyatlarının tespiti hangi kriterlere göre yapılacaktır?

72'inci maddeye göre; Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, Sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, Kanıta dayalı tıp uygulamaları, Maliyet-etkililik ölçütleri, Genel sağlık sigortası bütçesi kriterlerinin dikkate alınmak suretiyle belirlenmesi gerekmektedir. Kanun koyucu, SGK'ya yukarıdaki kriterler doğrultusunda hizmet satın alma fiyatlarını belirlemesi görevi vermiş

Kanunun 72'inci maddesi gereği yetki Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na verilmektedir. Tasarı ile komisyonun üye sayısı beşten 7 kişiye çıkarılmıştır. Yeni düzenleme ile SGK'nın üye sayısı 1'den 2'ye çıkarılmaktadır.

olup, bu kriterlere uymayan fiyat belirleme işlemleri, yasa karşısında hukuken tartışmalı hale gelecektir. SGK bu fiyatları hizmet sunucularının her bir sınıfı için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkili kılınmıştır. Tasarı ile yapılan düzenleme, fiyatlandırma sürecini oldukça karmaşık hale getirmiş ve yönetimini zorlaştırmıştır. Ancak Tasarı ile götürü bedel ile hizmet satın alınması konusunda yapılan düzenleme ile söz konusu fiyat tarifelerinin sadece özel hastaneler ile vakıf üniversitesi hastanelerine uygulanması sonucunu doğuracaktır. 72'inci madde ile yapılan kritik bir diğer değişiklik ise, Komisyonun alacağı kararlar öncesinde hizmet sunucularının oluşturduğu mesleki kuruluşlarının, derneklerin görüşlerinin alınması hususunda Komisyona takdir hakkının tanınmasıdır. Zaten kararın, tamamını kamu temsilcilerinden oluşan 7 kişilik Komisyon tarafından verilecek olma-



Kural olarak, sözleşmeli özel sağlık kurumları ile sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının komisyon tarafından sınıflandırmaya esas olarak belirlenmiş fiyat tarifelerinin bir katını geçmemek üzere fark almasına izin verilmiştir. Bu oranın belirleme yetkisi Bakanlar Kurulu'na bırakılmıştır.

sına rağmen, fiyat belirlemede görüş almanın isteğe bağlı hale getirilmesi uygulama için tereddütlere neden olmaktadır. 'Ben yaptım oldu' anlayışı ile belirlenecek fiyat tarifleri, yargı süreçleri ile içinden çıkılmaz ve meşruyeti sorgulanır bir hale yol açacaktır.

3. Hastalardan alınacak fark konusu

Tüm üyeleri kamu temsiliyeti ile oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun belirleyeceği fiyatlar, kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları için aynı zamanda hizmet satış fiyatı da olacak mıdır? Yani sağlık hizmeti sunucuları SGK'nın vereceği tutarın dışında hastadan giderlerini karşılamak üzere ek bir tutar talep etme hakkına sahip olacak mıdır? Kanunun GSS hükümleri bakımından en çok tartışılan maddesi bu konuyu oluşturmuştur. Konuyla ilgili Kanunun

73'üncü maddesinde Tasarı ile yapılan değişiklikten sonra oldukça karmaşık bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu yapıyı kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları için getirilen düzenlemeler ve özel sağlık kurumları ile vakıf üniversitesi sağlık kurumları için getirilen kurallar olarak iki başlık altında incelemek en sağlıklı yöntem olarak görünmektedir.

Sözleşmeli kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının fark alma hakkı (Devlet hastaneleri, kamu üniversitesi hastaneleri, belediye ve il özel idaresi hastaneleri, askeri hastaneler)

Kural olarak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına fark alma hakkı tanınmamıştır. Ancak getirilen düzenleme ile bazı istisnai hallerde SGK'nın ödeyeceği tutarın yanında, hastadan ek bir tutar tahsil edilmesine izin verilmiştir. Bunlar;

- i) Öğretim üyesi tarafından sunulan sağlık hizmetleri,
- ii) SGK tarafından belirlenen standart üstündeki otelcilik hizmetleri,
- iii) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak belirlenecek olan istisnai sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir.

Öğretim üyesi için hastadan alınacak ilave tutar için yasada bir üst sınır belirlenmezken bu yetki SGK'ya verilmiştir. Otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücretin üst sınırı belirleme yetkisi, Komisyon tarafından belirlenen tutarın 3 katını geçmemek üzere sağlık hizmeti sunucusuna bırakılmıştır. Ancak hizmet sunucuları uygulayacakları fiyatları 5 işgünü içinde SGK'ya bildirmek ve belirlenen süre içerisinde arttırmamak durumundadırlar. Götürü bedelle devlet

hastanesi ve kamu üniversitesi hastanelerinden hizmet satın alınması halinde ise öğretim üyesinden, otelcilik hizmetlerinden ve istisnai hizmetlerden fark almaya ilişkin yukarıda düzenlemeler uygulanmaya devam etmektedir. Düzenleme ile kamu sağlık kurumlarının da hastadan fark alma hakkı ilk defa yasa ile tanınmıştır.

Sözleşmeli özel sağlık kurumları ve sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının fark alma hakkı

Kural olarak, sözleşmeli özel sağlık kurumları ile sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının Komisyon tarafından sınıflandırmaya esas olarak belirlenmiş fiyat tarifelerinin bir katını geçmemek üzere fark almasına izin verilmiştir. Bu oranın belirleme yetkisi Bakanlar Kurulu'na bırakılmıştır. Ancak bu üst sınırın doğrudan uygulanma imkânı bulunmamaktadır. SGK, bu üst sınırı geçmemek üzere uygulayacak farkın oranını belirleme konusunda yetkilendirilmiştir. Örneğin, Bakanlar Kurulu farkın üstü sınırını yüzde 60 olarak belirlediği bir durumda, bu oranı geçmeyecek şekilde SGK, alınacak farkın oranını yüzde 1'den yüzde 60'a kadar belirleme yetkisine sahip bulunmaktadır. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına yukarıda ifade edilen otelcilik ve istisnai sağlık hizmetlerinde fark alınmasına ilişkin tanınan haklar, sözleşmeli özel sağlık kurumları ve sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarına da aynı koşullarda tanınmıştır. Öğretim üyesine ilişkin tanınan fark alma hakkı ise sadece kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına tanınan bir hak olarak ortaya çıkmaktadır.

Fark almanın yasaklandığı haller

Kamu ya da özel sözleşmeli sağlık kurumlarının, acil hallerde ve SGK'nın

belirlediği diğer hallerde fark alması tamamen yasaklanmaktadır. SGK'nın yoğun bakım hizmetlerinde fark almayı yasakladığı bilinmektedir. Kanunda fark almayı yasaklamaya ilişkin herhangi bir kriter ve sınırlama bulunmamaktadır. Düzenleme ile SGK'ya acil hallerin dışında fark alınmayacak sağlık hizmetlerini tanımlama konusunda tek taraflı ve sınırsız kural koyma hakkı tanınmaktadır.

İlaçlarda ve optik ürünlerde alınacak fark

İlaçlara ve optik ürünlere ilişkin Kanunun 73'üncü maddesinde Tasarı ile yapılan değişiklik sonunda, yukarıdaki farka ilişkin sınırlamalardan tümüyle muaf tutulmuştur. İlaçlarda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen perakende satış fiyatı ile SGK tarafından belirlenen geri ödeme fiyatı arasındaki tutarın hastalardan tahsil edilmesi imkanı getirilmiştir. Aynı şekilde optik ürünler için Tasarıya Genel Kurul'da eklenen ifade ile farka ilişkin sınırlamalardan optik ürünler de tümüyle muaf tutulmuştur.

Her iki konuda yapılan düzenlemeler, farka ilişkin sınırlamaların uygulamada yaratacağı sorunların da işaretçisi olarak kabul edilebilir. Aynı problem, diğer sağlık hizmetlerinde de bulunmasına rağmen Tasarının yasalaşma sürecinde, ilaç ve optik ürünlerin sınırlamalardan muaf tutulduğu bir düzenleme ile son bulmuştur.

4. Sevk zincirine uymamanın yaptırımını kaldırılmıştır

Sürdürülebilir bir sağlık finansman sisteminin en temel koşullarından birisi de etkili bir sevk zincirinin uygulanmasıdır. 5510 sayılı Kanunun 70'inci maddesi ile yapılan düzenlemede, sevk zincirine uymayan kişilere, oluşan tedavi bedelinin yüzde 30'unu kendisinin ödemesi yaptırımı getirilmişti. Tasarı ile söz konusu yaptırım ortadan kaldırılmıştır.

5510 sayılı Kanunla 3359 sayılı Kanunun 3'üncü maddesinin de iptal edildiği dikkate alındığında, sevk zincirine uymamanın hiçbir yasal yaptırımı kalmamıştır. Talep kontrolü için de ayrı bir öneme sahip olan sevk zincirinin uygulanmaması halinde ortaya çıkacak finansal yükten yine büyük ölçüde bu hizmetten yararlanan vatandaşlar zarar görecekler.

5. İdari para cezası uygulaması kaldırılmıştır

Tasarı ile getirilen bir diğer önemli değişiklik de, Kanunun 102'inci maddesi ile sağlık hizmeti sunumu alanında



ilk defa getirilen idari para cezası uygulamasının kaldırılmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının yapabilecekleri kimi kural ihlalleri ya da kötüye kullanımlara karşı getirilen idari para cezaları kaldırılarak söz konusu fiilleri işleyenlere sözleşme feshi ile yaptırım uygulanması kuralı konmaktadır.

Yapılan değişiklik, idari para cezasının kamu sağlık tesislerine uygulanmaması sonucunu doğuracaktır. Halen SGK tarafından Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri sözleşmelerinde cezai şart uygulaması yokken, özel sağlık tesisleri ile yapılan sözleşmelerde oldukça ağır cezai şart uygulamaları getirilmiş ve uygulanmıştır. İdari para cezalarının kaldırılması ile kamu sağlık tesislerinin GSS kurallarına uyum konusunda gereken özen ve dikkati göstermelerini sağlamakta önemli bir yaptırım imkânı da kalmamıştır.

6. Sözleşme feshinde süre sınırlaması kaldırılmaktadır

Tasarı ile Kanunun 103'üncü maddesi ile getirilen sözleşme feshinde süre sınırlaması tamamen kaldırılarak SGK'nın takdirine bırakılmıştır. Kamu hizmetlerinde idareye bu kadar takdir hakkının verilmesi; ya bu yaptırımın uygulanmaması sonucunu doğuracak ya da tüm nüfusun GSS kapsamına alındığı bir uygulamada sağlık hizmeti sunucuları oldukça ağır yaptırımlarla karşı karşıya kalacaklardır. Sözleşme feshine ilişkin 103'üncü maddede yapılan bir diğer önemli değişiklik de haksız menfaat temin etmek koşuluna bakılmaksızın, sözleşme feshinin gündeme getirilmesidir. Kanunlaşan metinde sözleşme feshi, haksız menfaat temin etme koşuluna bağlanırken yeni düzenleme ile bu koşula bakılmaksızın, üstelik de süre-

siz sözleşme feshine olanak sağlanmaktadır.

7. Sonuç

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda TBMM Genel Kurulu'nda görüşülen Tasarı ile GSS hükümlerinde yapılan değişikliklerin hiçbirinin Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı ile bir ilişkisi bulunmamaktadır. Yapılan düzenlemelerin temelinde, prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı elde eden vatandaşların haklarını ve seçimini temel alan anlayıştan, sağlık hizmeti sunucularının temel alındığı bir anlayışa geçiş yer almaktadır. Mevcut Kanun hükümlerinin hiçbirinin uygulanma imkânı dahi olmadan, uygulamada yaratacağı olumsuzluklar da görülmeden yapılan değişiklikler sonucu ortaya çıkan durum, yaklaşık 50 yıl uygulandıktan sonra 59'uncu Hükümet tarafından son verilen SSK sisteminin, devlet hastanelerinin tümünü kapsayacak şekilde geri getirilmesi sonucunu doğuracaktır. Özellikle TBMM Genel Kurulu'nda verilen bir önerge ile devlet ve kamu üniversitesi hastaneleri ile SGK'nın götürü bedelle anlaşma yapılması konusundaki düzenleme, bu sürecin en temel belirleyici gerekçesi olmuştur.

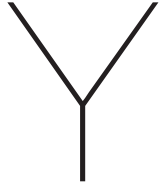
Bir diğer kritik konu da, GSS'nin finansal sürdürülebilirlik açısından riskli bir yapıya oturtulmuş olmasıdır. Uygulamada sürekli bir şekilde, fiyat tarifelelerinin yükseltilmesi konusunda SGK'ya aşırı bir baskı oluşmasının gerekçesi yaratılmıştır. Bu durum sağlık hizmetinin temel süjesi olan vatandaşın, sağlık hakkına ulaşımını sağlamak için temel koşul olan finansal güvencenin riske edilmesi sonucunu doğuracaktır.

Tam gün yasası: Ne getirecek, ne götürececek?

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpınar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.



Yaklaşık 10 aydır sağlık camiasının gündeminde olan hekimler için tam gün çalışma konusundaki yasa tasarısı nihayet Sağlık Bakanlığı tarafından, meclis gündemine

alınma sürecini başlatmak üzere Başbakanlığa gönderildi. Konunun tarafları bireysel ve kitlesel görüşlerini değişik zeminlerde açıkladılar. Her ne kadar yasa tasarısı taslağı Başbakanlığa gönderildikten sonra TTB vb kurumlardan görüşleri istenmişse de görüldüğü kadarıyla Sağlık Bakanlığı hekimlerin kurumsal ve kişisel eleştirilerini dikkate almadan bu yasa tasarısı taslağını kanunlaştırmak istemektedir. Konuyla ilgili eleştirilerimizi "Tam gün çalışma: sorunlar, çelişkiler, çözüm önerileri" başlığıyla ele almış ve ilgili makalemiz SD Dergisi'nin 6. sayısında yayımlanmıştır. Uygulamada he-

kim memnuniyetsizliği doğuracak ve sonuçta halkımızın zararına neden olabilecek hususlara engel olmak ümidiyle konuyu son bir kez daha maddeler halinde ele alıp irdelemek istedik.

1. İlgili yasa tasarısı taslağı gerekçesinde "Diğer kamu görevlerinde olduğu gibi sağlık alanında da tam gün esasına göre çalışma sistemini uygulamak, programın hedeflerinden birisi olarak benimsenmiştir. Ancak tam gün esasına geçerken uygun altyapının oluşması için, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürürlüğe konulan bir takım değişimlerin tamamlanmasını beklemek gerekmektedir. Bu kapsamda özellikle örgütlenme, hizmet sunumu ve personel politikalarında uygulamaya konulan değişimleri zikretmek gerekir" denmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin son yıllarda fiziki alt yapı ve personel so-

runları bakanlık desteğiyle kısmen çözümlene yoluna girmiştir. Aynı gelişme özellikle büyük şehirlerde mevcut Tıp Fakülteleri için söz konusu değildir. Özellikle büyük illerin tıp fakültelerinde 10/1 kuralı (10 asistana 1 uzman) gereğince uzman statüsünde hekim kadroları sayıca çok yetersizdir. Zaman içinde uygulanan yanlış politikalar, norm kadro uygulanmayışı sonucu tıp fakültelerinde olması gereken piramit yapının bozulmuş olduğu ve bunu düzeltmeden özellikle hasta hizmetlerinde beklenen başarı düzeyinin yakalanamayacağı bilinmektedir. Ayrıca başta hemşire, laborant, teknisyen (değişik alanlarda), tıbbi sekreter ve yardımcı personelin sayıca ileri düzeyde yetersizliği söz konusudur. Eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen hizmetin gereği olarak en az yüzde 5-10 yoğun bakım yatağının olması gerekmektedir. Bir-



çok eğitim ve araştırma hastanesinde olduğu gibi çalıştığım Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yoğun bakım yatak sayısının yetersizliği (75-150 olması gereken yoğun bakım yatak sayısı 40'dir) ameliyat girişim sayısını geciktirip azaltmaktadır. Ayrıca üçüncü düzey yoğun bakımlarda iki yatağa en az bir hemşire gerekirken bunun 5-15'li rakamlarda olması hastane enfeksiyonları ve salgınları ve diğer sorunları ciddi oranda artırmaktadır. İnsan gücü kaynağı ve çok yetersiz alt yapı eksiklikleri düzeltilmeden çıkarılacak tam gün yasası ile bu kronikleşmiş sorunlar nasıl çözülecektir? Alt yapı yetersizlikleri düzeltilmediği takdirde tam gün nedeniyle tıp fakültesine dönen öğretim üyesi ne yazık ki günün büyük kısmını 'üretmeden' geçirmek zorunda kalacaktır. Mevcut haliyle sekiz saat mesai için bile yetersiz olan alt yapı, tam gün döneminde daha da yetersiz hale gelecektir.

Sadece hasta hizmetleri için değil, modern tıp eğitimi için gereken alt yapı konusunda da eksiklikler söz konusudur ve tam gün eğitimin kalitesini de ilgili eksiklikler düzeltilmezse beklenen düzeyde artırmayacaktır.

Sağlık kuruluşları arasında "afiliasyon" sağlanabilirse, kamuda da bir hekim ihtiyaç duyulduğunda birden fazla kurumda çalışabilecek, hem hekim yetersizliği telafi edilmiş olacak, hem de daha fazla çalışıp ek gelir elde etmek isteyen hekimin memnuniyeti artacaktır.

Çözüm içim YÖK ve Sağlık Bakanlığı heyetleri bir araya gelip, ivedilikle alt yapı sorunları (insan gücü ve fiziki alt yapı eksiklikleri) ve afiliasyon (Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile ikinci düzey hizmet hastaneleri arasında) çözüme kavuşturduktan sonra tam gün hayata geçirilebilir.

2. Gerekçede "hekimlerin bir yandan kamu hizmeti sunarken, diğer yandan sundukları bu hizmetten tam olarak soyutlanamayan özel mesleki faaliyette bulunma ayrıcalığı olarak tanımlanabilecek kısmi zamanlı çalışma düzeninin sağlık alanına etkileri, tüm ülkelerde tartışmalıdır" denmektedir.

Bilindiği gibi üniversitelerde iktisat, hukuk, mühendislik gibi değişik alanlarda öğretim üyeleri danışmanlık veya yarı zamanlı olarak özel kurumlarda hizmet verebilmektedir (2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, madde 36). Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yeni yayımlanan özel öğretim kurumları yönetmeliği (Resmi Gazete, sayı: 26810, tarih:8.3.2008) ile belli bir ders saatini dolduran öğretmenlere özel okullarda ders verebilme hakkı verilmiştir. Ayrıca yasa taslağında Askeri kurumlardaki hekimler tam gün uygulamasına

alınmamıştır. Doğrusu ilgili tasarı kanunlaşırca tam güne geçecek hekimler aleyhinde olduğundan, özellikle üniversitelerde öğretim üyeleri arasında eşitsizlik oluşturduğundan kanunun iptal mekanizmalarının devreye sokulacağı açıktır. Doğrusu tartışılması gereken tam günün tüm kamuda ayrımsız bir şekilde uygulanması konusudur. Haliyle tam gün kapsamına alınmayan yukarıda belirtilen kesimlerin de var olan sorunları mutlaka çözümlenmelidir. Sadece hekimlere uygulanacak tam gün vicdanlarda kabul görmeyecek, motivasyonu olumsuz etkileyecektir.

3. Gerekçede "Üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin özel muayenesi ise, serbest çalışma uygulamasının kamu kurumu içine taşınmış hali gibidir. "Mesai dışı özel" adı altında yapılan düzenleme, serbest çalışma düzeninin kamuda sürdürülmesi olarak nitelendirilebilir... Öğretim üyelerinin sundukları sağlık hizmetleri için kişilerden ayrıca ücret farkı tahsil edilemez." denmektedir. Konunun bilinen ve gerekçede de izah edilen sakıncalarına katılmakla birlikte, anlaşıldığı kadariyle devlet yapmadığı denetim sonucu açığa çıkan mahzurları yasaklayarak önlemeye çalışmaktadır. Çağdaş demokratik devlet her alanda 'proaktiftir'; kuracağı etkin denetim sistemiyle suiistimalleri önler; suistimal olacak diye üretimi engelleyici yönde var olan özgürlükleri (teşebbüs vd) kısıtlamaz. Haliyle mesai saatleri içinde öğretim üyesinin "özel muayenesine" karşı çıkmak uygun görülebilir; ancak mesai sonrası da bunu yasaklamak akılcı bir yaklaşım değildir. Bu noktada hastanın hekim seçme ve istekli öğretim üyelerinin daha fazla çalışma isteğine engel olunarak var olan hekim yetersizliğinin daha bir açığa çıkması söz konusu olacaktır. Ayrıca bu engelleme ile tıp fakülteleri çok önemli bir gelir kaynağından mahrum olacak, zorlukla yürüttükleri finans idaresi yüksek ihtimalle yürütülemez duruma gelebilecektir. Mevcut BUT fiyatlarıyla tıp fakültesi hastanelerinin kar etmesinin artık çok zor olduğu bir dönemde, performans ödemesinde tıp fakültelerinin zorlanacağı ifade edilmektedir. Böyle bir durumda motivasyonu kırılmış, "mutsuz" öğretim üyesi kitlesiyle, "tam gün yasası"yla beklenen yararlar sağlanabilecek midir? Tıp fakültesi öğretim üyesi için ayrıcalık olarak görülen öğretim üyesi muayenesi hakkı kaldırılırken, tıp öğrencisi eğitiminin ve öğretim üyeliğiyle ilişkili diğer aktivitelerin performans ödeme birimleri arasına alınmaması durumunda tıp fakülteleri öğretim üyeliğinin ilgi çekecek bir yönü kalacak mıdır?

4. Mevcut yasa tasarısı taslağı, konun tarafları olan kurumların görüşlerine başvurulmadan çıkarılmış, tasarı baş-

bakanlığa gönderildikten sonra görüş istenmiştir. İzlediğimiz kadariyle tabip odaları, uzmanlık dernekleri ve diğer sivil toplum kuruluşu hekim örgütleri yasanın bu haliyle kanunlaşmasına kesinlikle karşıdır. Kalite çalışmalarına önem verdiğini ifade eden Sağlık Bakanlığı "iç müşteri memnuniyetini" göz ardı ederek, demokratik talepleri görmezden gelerek başarısızlıkla sonuçlanma ihtimali yüksek veya hukuken iptal edilebilecek bir çalışmaya imza atmak istememektedir. Doğrusu haklı eleştirileri görmezden gelen, bu "inatlaşmayı" anlamak mümkün değildir. İddia edildiği gibi sağlıkta performans uygulaması, kamuda çalışmayı anlamlı oranda yükselttiğine göre, aynı uygulamayı tıp fakültelerinde de yürürlüğe koymak sorunu belki tek başına çözebilecektir. Bu arada alt yapı eksiklikleri de tamamlandıktan sonra gerekçedeki mahzurlar devam ediyorsa haliyle tam güne son çare olarak başvurulabilir.

5. Sağlık Bakanlığı yetkilileri, sağlıkta performans uygulaması sonrası değişik Batı ülkelerinde hekimlerin aldığı maaşları örnek vererek, ülkemizde hekimlerin artık yeterli bir gelir düzeyine kavuştuğunu beyan etmektedir. Doğrusu bu beyanlara hak verebilmek için o ülkelerdeki hekimlerin diğer tüm sosyal haklarının da birlikte ele alınmasını gerektiğini düşünüyorum. Emeklilik dönemindeki maaşlarla birlikte, hekimin harcama kalemlerini örneğin çocuklarının eğitimi için özel okullarda maaşlarının önemli bir kısmını harcamak zorunda kaldıklarını dikkate almak gerekmektedir.

Yukarıda sıraladığımız olumsuz eleştirilerle "Tam gün yasa tasarısı bir olumsuzluklar demetidir" demiyoruz haliyle. Sözleşmeli personelin döner sermayeden yararlanabilmesi, radyasyonla ilişkili ayrıcalıklarının doz koşuluna bağlanması (dozometrelerin bizzat cihazlara maruz bırakılarak dozun yüksek gösterilmesi nasıl önlenecek?), nöbet ücretlerinin artırılmış ve icap nöbetinin ücretlendirilmiş olması ve mesai saatinin diğer memurlarla eşitlenerek 40 saate indirilmesi, yasa tasarısının görebildiğimiz olumlu yanlarıdır.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı'nı özellikle YÖK ile bir araya gelerek sadece hekimler için değil, üniversitede tam günü gerçekleştirmek için çalışmaya; ayrıca haklı eleştirileri dikkate alıp hekim örgütleriyle istişarede bulunmaya ve yasanın uygulanmasını engelleyecek hususları ortadan kaldırmak için çalışmaya davet ediyoruz. Aksi halde metin olarak en iyi olduğu sanılan yasa çıkarılsa bile asıl uygulayıcıların (iç müşterilerin) seversen benimsediği bir yasa, sağlık sisteminin var olan sorunlarına bir yenisinin daha eklenmesi sonucunu doğuracaktır.

Hekimlikte tam gün uygulaması

Dr. Sebahattin Işık

Toplumların sağlık talebinin ilk başlangıcından bu yana, tanı ve tedavi uygulamaları serbest tabiplik şeklinde var olagelmıştır. İnsanın en değerli varlığı olan sağlığını korumak ve yeniden kazanmak için tercih kullanması ve başvuracağı doktorunu seçebilmesi en doğal hakkıdır. Bu yüzden serbest hekimlik uygulamaları farklı düzeylerde de olsa her zaman devam etmiştir. Vatandaşların alım gücü ve sosyal sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyi, serbest tabiplik uygulamalarının yaygınlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Yani serbest hekimlik uygulamalarının yaygınlığı, sağlık sisteminin kapsayıcılığı ile ters orantılı olmaktadır. Bu yüzden ki, bireylerin alım gücü kısıtlı olmasına rağmen, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde serbest hekimlik uygulamaları daha yaygındır.

Bir yandan serbest hekimliği teşvik edici unsurlar, diğer yandan kısıtlı doktor sayısının zorunlu kıldığı daha fazla mesai ihtiyacı, birçok ülkede doktorların kamu hastanelerindeki görevlerinin yanı sıra serbest hekimlik icra edebilmelerine, yani ikili çalışma düzenine yol açmıştır. Yeteri kadar güçlü olamayan sağlık sistemlerinin açıkları adeta bu yolla örtülmeye çalışılmış ve doktorların kamuda düşük maaşlarla istihdam edilmesine imkân sağlanmıştır. Bu ikili çalışma düzeni, kamu kuruluşlarında düşük ücretle çalışmaya mecbur bırakılan doktorların adeta geçim yolu haline almıştır.

Aslında doktor sayısının çok kısıtlı olduğu durumlarda kamu görevi ile birlikte muayenehane hekimliğinin birlikte yürütülmesinin makul gibi görünen bir gerekçesi vardır. Böylece hekimin topluma hizmet ürettiği mesai süresi en fazla çıkarılmaya ve gittikçe artan sağlık hizmeti talebi karşılan-

maya çalışılmaktadır. Kısacası bu yolla hekimler adeta çift mesai yapmaya itilmektedir. Yani bu uygulama bir kısmi zamanlı çalışma düzeni değil, ikili çalışma düzenidir.

Tabiatı itibarıyla zor ve riskli bir mesleği üstlenmiş olan doktorların, yoğun ve stres dolu bir günün yorgunluğundan sonra mesaisine serbest muayenehanesinde devam etmesi kolay olmamaktadır. Tıp hizmeti fedakârlık, ciddi bir çalışma ve zihin yorgunluğu gerektirir. Bir hekimin bir yerde çalışması, sonra başka bir yere gitmesi, oradaki hastalarını görmesi, bütün bunların takip eden tedavi ve kontrol sorumluluğunu üstlenmesi mesaisini ciddi bir şekilde bölmektedir. Bu durumda tam verimlilik sağlanamamakta, hatta böyle bir çalışma düzeni hasta güvenliği açısından da risk oluşturmaktadır. Bu yüzden ki, muayenehane pratiğine devam eden doktorlarımız çoğu kez sözü edilen



ikili çalışma düzenini sürdürmede zorlanmakta ve uygulama çifte mesai uygulamasından daha ziyade, bölünmüş mesaiye dönüşmekle yüz yüze kalmaktadır. Böylece doktorlarımız kamudaki mesailerini aksatmaya zorlanmaktadır. Öyle ki, görev sorumluluğu son derce gelişmiş olan, aldıkları eğitim ve mesleğin doğası gereği fedakârlıktan kaçınmayan doktorlarımız mesaiyi aksatmamak için azami gayret gösterse bile, ayrı ayrı yerlerdeki hastaların sorumluluğunu üstlenmiş olarak adeta zihinsel bölünmüşlük yaşamaktadırlar. Bu doğal olarak doktorun görevine odaklanmasında sorunlara yol açmaktadır.

Sağlık sistemleri güçlendikçe ve finansal koruyuculuğun kapsamı genişledikçe, vatandaşların büyük kesimi cepten harcama yapmaksızın ya da sınırlı katkı payları ile hizmete erişebilecekleri kamu sağlık hizmetlerine yönelmekte, böylece muayenehanelere başvuran hasta sayısı azalmaktadır. Muayenehanelerdeki hasta sınırlılığı, kamuda verilen sağlık hizmetinin yükünün paylaşılması yerine, bazen bu uygulamayı kamusal hizmete erişim aracı haline getirmektedir. Kamu kurumundaki daraltılan mesainin sonucunda hastanın bilinçli veya durumsal olarak muayenehaneye yönlendirilmesi, sorumluluk sahibi doktorlarımız tarafından asla tevesül edilmeyen bir husus olmakla birlikte, bunun tamamen var olmadığını söyleyebilmek mümkün değildir. Bu gelinen nokta, doktor ya da hastanın doğrudan sorumluluk alanından çok, mevcut şartların doğal sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Doktorlar çalıştıkları hastaneden ulaşılabilir bir bölgede açtığı muayenahaneleri yoluyla sistemin ön gördüğü olumsuzluklarla yüz yüze gelmektedir. Bilhassa cerrahi daldaki bir hekimin, doktoruna güven duymak isteyen ve bir anlamda bu güveni satın almayı bir teminat olarak gören hasta baskısından uzak durabilmesi oldukça zordur. Yani bir anlamda ikili çalışma düzenine dayalı bir sistem kendi kendini olumsuz yöne itici mekanizmaları yine kendi içinde barındırmaktadır.

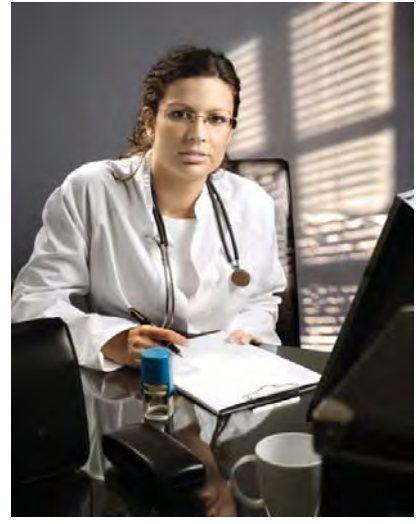
Bu noktada 'başarılı hekim' olmakla, sistem dışına itilme riski taşıyan 'ilkeli hekim' olma arasında tercihe zorlanan çok sayıda doktorumuz vardır. Bu iki uçtan hangisinin ağır basacağı, hekimin kendi davranışını içselleştirme ve bu davranışını rasyonalize edebilme yeteneği ile yakından ilişkilidir. Doktorlarımızın bu tür tercih zorlanmaları ile karşılaşmadıkları, mesai açısından ve zihinsel olarak bölünmüşlük yaşamadıkları, bütün emeklerini sarf ettikleri, zihinlerini odakladıkları, hasta memnuniyetini hedefledikleri bir tarzda hizmet sunabilmelerinin ortamı oluşturulmak zorundadır.

Üniversite hastanelerimizde öğretim üyelerinin özel muayenesi, serbest pratiğin kurum içine taşınmış halidir. 'Mesai dışı özel' adı altında yapılan düzenleme bir tür özel çalışma düzeninin kamuda sürdürülmesidir. Hastanın öğretim üyesine doğrudan ulaşması için katlanacağı bir katkı payı makul görülebilmekle birlikte, uygulama bununla sınırlı kalmamıştır. Öncelikle mesai dışı olan özel muayeneler zamanla mesai içine çekilmiştir. Bu uygulama ne yazık ki, birçok öğretim üyesini özel olmayan vakalara poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti vermekten uzaklaştırmıştır. Hatta birçok hastanemizde poliklinik hizmetleri asistanlara terk edilir olmuştur. Bu durum üniversitelerin eğitim işlevini de olumsuz etkilemektedir. Bu yapısına rağmen, 'özel' tanımı içinde algılanan hasta hizmetinin karşılığı olarak hekime yansıma sınırlı kalmakta ve çalışan memnuniyetine beklenen katkıyı yapamamaktadır. Bu uygulama, bir yandan asistan eğitimini ve hasta bakım hizmetlerini olumsuz etkilerken, diğer yandan hizmet alanlarda ayrımcılığa yol açmakta, hizmet sunanlarda yeterli memnuniyet oluşturamamaktadır.

Yarı zamanlı ya da ikili çalışma düzeninin tüm sakıncaları bu çalışma biçimi için de geçerlidir. Hekimlik ve akademisyenlik gibi meslekler ontolojik olarak toplum çıkarına uygun davranmayı gerektirirken, bu tür uygulamalar hastalara hekim seçme özgürlüğü tanımak yerine başka bir seçenek bırakılmadan adeta bir dayatmaya dönüşebilmektedir.

Hekimlerin bir yandan kamu hizmeti sunarken, diğer yandan sundukları bu hizmet ile tam olarak ilişkisiz hale gelmesi mümkün olmayan ticari faaliyette bulunma ayrıcalığı olarak tanımlayabileceğimiz yarı zamanlı ya da ikili çalışma düzeninin sağlık ortamına etkisinin sağlıklı olmadığı açıktır. Bu çalışma düzeni kamu ve kamu hastanesi aleyhine çıkar çatışması yaratmaktadır. Ayrıca ikili çalışma serbestisi, kamuda tam zamanlı çalışan hekimleri de olumsuz etkilemekte ve bu hizmetin niteliği ve niceliğine yansımaktadır.

Türkiye'den başka Latin Amerika ve Doğu Avrupa ülkelerinde kontrolsüz bir şekilde serbest olan ikili çalışma düzeni, bir anlamda sınırlı kaynak kullanmaya zorlanan sağlık sistemlerinin kendilerini koruma refleksi olarak yerleşmiştir. Düşük gelirli ülkelerde adeta doktorların sistemde tutulabilmesinin aracı olarak kullanılmaktadır. Hekimlere taşıdıkları sorumlulukla kıyaslanabilir ve meslek onuruna yakışır bir özlük hakkının temin edilememesi durumunda ikili çalışma düzeninin yasaklanması, hekimlerin kamudan özel sektöre geçmelerine ve çalışma koşulları daha iyi olan diğer ülkelere göçlerine yol açabilmek-



tedir. Maaşların düşük olduğu ülkelerde hastalardan yasal olmayan para istemini artırma riski taşımaktadır.

Güçlenen kamu sağlık sistemlerinde ise sistemin kontrol altına alınması hem mümkün olmakta hem de gerekli hale gelmektedir. Sağlık ekonomisi yönetimine göre gücü ve yeterliliği artmış kamu sağlık sistemlerinde ikili çalışma düzeninin ortadan kaldırılması, sistemin gücünü daha da artıran etkin bir sağlık politikasıdır. Bu yüzdendir ki, orta ve yüksek gelir gurubunda yer alan ülkelerde ya kamu kuruluşları içinde sınırlı özel hizmete izin verilmekte veya kamuyla birlikte özel sektörde kazanılabilecek ücretler sınırlandırılmakta ya da ikili çalışmaya hiç izin verilmemektedir. Batı Avrupa ve İskandinav ülkelerinde bu uygulamaların farklı örneklerini görmek mümkündür.

Orta gelir grubunda olan ülkemiz, gelişen ekonomisi ve gittikçe güçlenen sağlık sistemi ile kamu sağlık sistemini daha kontrollü hale getirmek, etkin sağlık politikaları ile kamusal hizmetleri daha da güçlendirmek zorundadır. Bu durumda hangi koşulda olursa olsun bu ikili sistemi ortadan kaldıran bir düzenleme yararlı olacaktır. Ancak tam gün uygulamasının sağlık çalışanlarının tamamını kapsaması ve özlük haklarında kapsamlı bir iyileşme sağlaması ile başarılı olacağı bilinmektedir.

Hekimlerin kendilerini toplumdan ayrı tanımlamaya teşvik edecek, kendi çıkarlarını toplumun çıkarından farklılaştırmaya zorlayacak, onları ortak mekanizmaların dışında tutarak, kendi çıkarının gereklerini kollama zorunda bırakacak politikalar, hekimlerimizi topluma yabancılaştırma riski taşımaktadır. Bu, hekimlik mesleğinin itibarı açısından istenmeyen bir durumdur. Kamu yararı ile birey yararı arasındaki çıkar çatışmasına fırsat verilmemeli, kamusal kaynaklarla oluşturulmuş olan gerek hekimlik gerek akademik pozisyonların kamu yararına hizmet eder hale getirilmesi güvence altına alınmalıdır.

Hastalar arası ayrımcılığı ortadan kaldıracak, çalışanları hizmet üretmeye teşvik edecek bir sistem kurmak zorundayız. Bunun için mesai içi ve dışı ayrımı yapmaksızın bütün hastaların 'özel' olacağı ve hekimin de hastalara olan ilgisinin geri yansımaları göreceği bir düzenleme hedeflenmelidir.

“Sağlıkta performansın performansı”(2): Eleştirilere cevap

Dr. H. Volkan Kara



1974 Muğla – Milas doğumludur. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. İlaç Sektöründe yöneticilik yaptı . İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Göğüs Cerrahisi İhtisasını 2007 yılında tamamladı .Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim dalında yüksek lisansını " Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamaları " konulu çalışma ile 2007 yılında bitirdi .Halen Gümüşhane Devlet Hastanesinde Göğüs Cerrahisi Uzmanı olarak çalışmaktadır .Yurtiçi ve Yurtdışı kongrelerde tebliğ ve dergilerde birçok makale sahibidir . Hatice Kara ile evlidir iki çocuk babasıdır .

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.

Sağlık çalışanlarının önemli gündem maddelerinden biri olan olan performans dayalı döner sermaye uygulamaları konusunda yapıcı eleştiriler ve çözüm önerilerini ele aldığımız ve SD Dergisi'nin 5. sayısında yayımlanan "Sağlıkta

performansın performansı" başlıklı makalemiz aynı derginin 6. sayısında iki ayrı eleştirel yazının konusu olmuştur.

Sistemi elden geldiğince her yönüyle detaylı ve objektif olarak incelemeye çalışıp, yapıcı eleştiride bulunanlarla bizzat görüşüp, var olan yazılı eleştirileri ve dünya uygulamalarını elden geldiğince inceleyip hazırladığımız yazı, sa-

nıldığı aksine konuya sadece dıştan bakarak kaleme alınmamıştır.

Yazarlarından biri bizzat sistemi yaşayan ve konuyla ilgili hekim memnuniyetini ve sistemin aksayan yönlerini araştıran bir anket çalışması yapıp bunu kongre düzeyinde tebliğ etmiştir. Her iki yazar da sistemin olumsuz yanlarının geliştirilmesi üzerine düşünce geliş-



tirme gayret ve çababı içinde olmuştur. Bazı konularda yanlış anlaşılmalara olsa bile makalemizin ilgi çekmesinden çok memnunuz. Bu yapıcı eleştirilerden elde edilen faydanın altının çizilmesinden öte, bazı net ifadelerin eksik yorumlanmasıyla adeta çözümsüzlük üreten yakıştırmaları ise memnuniyetimizi gölgeleyen ve üzüntü veren bir husus olmuştur. Umarız eleştirilerimiz ve diğer eleştiriler dikkate alınıp sistemin aksayan yönleri düzeltilmeye çalışılır. Bu yazıda eleştirilere cevap vermekle yetinmeyip sağlık sisteminde gelişmeyi hedefleyen uygulamaya daha önce olduğu gibi çözüm önerilerimizle bu yazıda da katkı sağlayacağımızı belirtmek isteriz.

Eleştirel yazılardan ilki Sayın Prof Dr Sabahattin Aydın tarafından kaleme alınmış olup yazımıza cevapla birlikte performans sisteminin tek boyutlu olmayan karmaşık yapısını izah eden bir makedir.

Öncelikle belirtelim ki, bizler performans sadece bir ek ödeme sistemi olarak görmüyor ve görmek istemiyoruz. Sistemin karmaşık ilişkiler içeren parçalarından oluştuğunun farkındayız ama bir "yap-boz" manzarası arzeden sistemin ilişkili parçalarının zamanında bazılarının yanlış tasarlanması sonucu, bugün aksaklıklar oluştuğunu düşüncesindeyiz. Haliyle böylesine karmaşık bir sistemin tam oturmasının zaman alacağını, ama geri bildirimleri ve eleştirileri dikkate alarak aksaklıkların daha kısa sürede düzeltilebileceğine inanıyoruz.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamalarına yapılan eleştirilerin sistem dışından kişilerden geldiğini düşünmek, yapılan eleştirileri sistemi anlama gayretinden uzak değerlendirmek, geri bildirim mekanizmasına sistemin ne kadar kapalı olduğu konusundaki iddiamızın teyididir. Oysa özellikle alternatifler ve çözüm önerileri içeren, sahada yapılan çalışmalara ve gayretli gözlem ve irdellemelere dayanan katkılar sistem ve yöneticiler için bulunmaz bir nimettir. Bu kadar detaylı ve olayın iç yüzünü resmedebilen veri ve gözlemlerin sistem dışından tespitinin mümkün olamayacağı herkesin takdiridir. Çözüm önerilerindeki somut yaklaşımlar bu gözlemlerin ne kadar iyi sentez edilip uygun ve yeni açılımların yaratılabileceğinin teyididir.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları sahadan yeterince geri bildirim almadığı için, bir grup sağlık çalışanına giderek uzak bir hal almıştır. Sistemdeki uygulamalara bir şekilde taraf olduğunu hissetmeyen sağlık çalışanları olayın ekonomik yönünün ötesini irdelene gayretinde de olmamışlardır.

Sistem, performansa bağlı döner ser-



maye uygulamasını homojen uygun ve etkin dağıtılan, sürekliliği mevcut, tıpkı kazanılmış hak gibi emeklilik ve sonrasına etki eden bir hale getiremediği sürece bunun ek ödeme kapsamında kalması, en azından böyle algılanmaya devam etmesi kaçınılmazdır. Elbette kanıta dayalı ölçütlerle, evrensel ekonomik uygulama ve karlılık şekilleriyle yapılmayan hak ediş paylaşımları, net karlılık hesaplaması yapılmadan verilen ödemeler branşlar arasında ve görev yerleri seçme değil de mecburi atama ile yapılan aynı branş içinde huzursuzluğa yol açacaktır. Buna branşının getirdiği hasta sayısı azlığından dolayı bütünün parçası olmaya mecbur tutulan, ancak ortalama tabir edilen havuzdan ödeme alması, döner sermaye komisyonunun insiyatifine bırakılmış, çoğu zamanda uygun ödeme almayı başaramayan "spesifik" branşlarda sorunlara yol açacaktır.

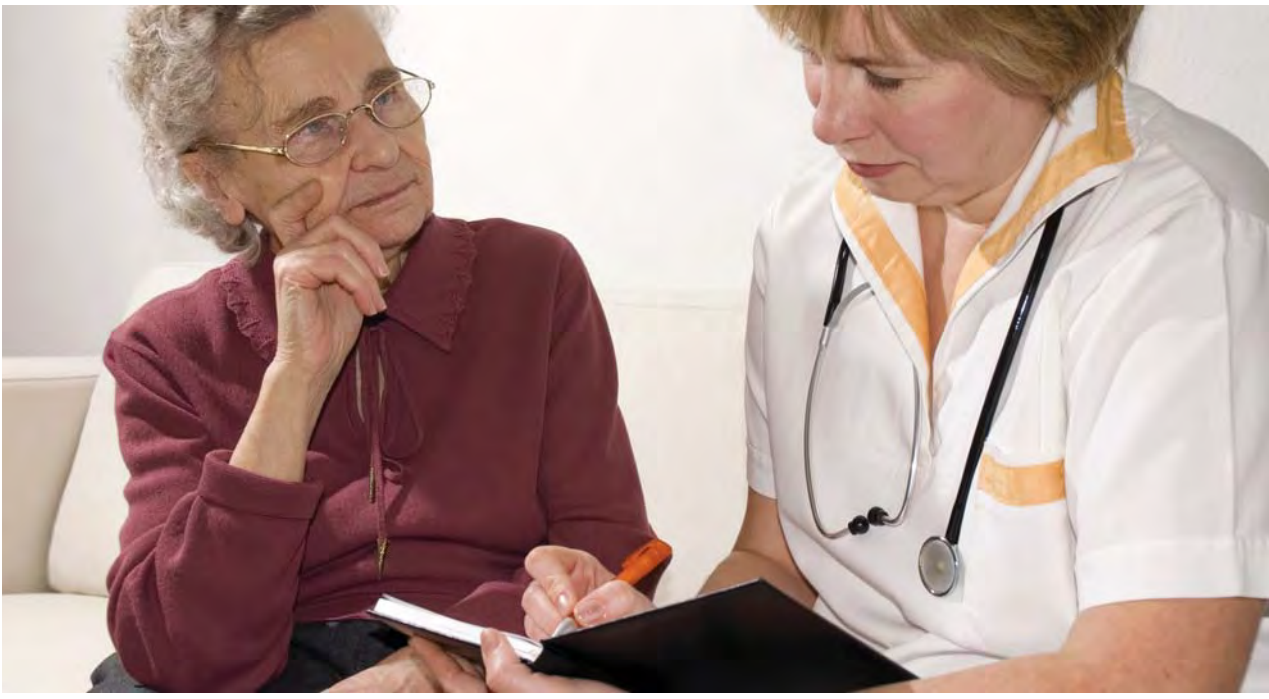
Makalemizin kayıtsız şartsız eleştiriden öte, mükemmel olanı henüz keşfedilmemiş geri ödeme ve performans sistemine ülkemiz gerçeklerinde ışık tutmaya çalışan katkı ve samimi düşüncelerden oluştuğunu birkez daha ifade etmek isteriz.

Performans kriterlerinde mevcut haliyle hasta memnuniyeti yeterli düzeyde yer almamaktadır. Ancak hasta memnuniyetinin bir hizmet kurumunda hele birde sağlık konusunda olmazsa olmaz olduğu bilinen bir gerçektir. Bugün için hizmetten yararlanma imkanı artan hasta memnun gözükürken, yarın kaliteyi daha önemser hale geleceği unutulmamalıdır.

Aslında ek ödeme konusu yapılan bir-

çok alt başlığın sağlık hizmetinin asgari beklentisi olduğu aşikârdır. Buradaki amacın daha önceki yıllarda yeterince yapılmayan dokümantasyon, arşivleme ve faturalama eylemlerinin etkin kılması olduğu unutulmamalıdır. Kayıtların iyi tutulması, primlendirilmesi gereken bir davranış değildir. Bu öncelikle hukuki, ardından vazifesinin sorumluluğunu bilen ve tüm çalışanların yapması gereken bir davranıştır. Ancak bu kurum disiplinine sahip olmayan birçok sağlık kurumunda bir üstün gayret olarak gösterilmektedir. Yıllardır hastalarına kaliteli hizmet üretmeyen bir sağlık çalışanının sadece ortada performans var diye bu kaliteyi sağlamaya çalışmasını beklemek hayalcilik olacaktır. Sağlık hizmetlerine bu pencereden bakan çalışanların, bu uygulamaları fazla gelir elde etmek için sistemin yan ve alternatif ve bir o kadar da esnek yollarını kullanacağı açıktır.

Enfeksiyon kontrol komiteleri eskiye oranla daha bir kurumsallaşmış ve hemen her hastanede oluşturulmuştur. Doğrusu bu durum performanstan öte 2005 yılında çıkan "yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği" sonucu olmuştur. Henüz ilgili komitelerin ürettiği hizmetlerin performans ödeme kriterleri içinde değerlendirilebilecek iş tanımları yapılmamıştır. Haliyle çağdaş dünyaya göre 3-4 kat gecikerek bu işe başlayan ülkemizde "Bugünden yarına hemen her şey olsun" diyenlerden değiliz. Bu örnekte olduğu gibi bir komitenin varlığı veya bir işin isim olarak yapılıyor gözükmesi, tek başına performans hak edışı sağlamamalı; kaliteli hizmeti hedeflemek esas olmalıdır. Örneğin kalça protez ameliyatları yapan bir merkezde dünya ortala-



ması yüzde 1 olan protez ilişkili enfeksiyonlar yüzde 5-10 seviyesinde ise orada yapılan ameliyatlara için verilen performans haksız bir "bonus" değil de nedir? Bunun gibi ventilatör ilişkili pnömoni, damar içi kateter ilişkili bakteremi, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonları kalite ölçütlerini daha iyi uygulayan ABD hastaneleri verilerini analiz eden NNIS'e göre ülkemizde 2-4 kat fazladır. Bu durumda, ilgili hastaların izlendiği dallar dışardan yeterli sayıda hasta bakmış gözükmeyle birlikte hastane enfeksiyonu nedeniyle ülkeye ek maliyet yüklemektedir. ABD'de kateter ilişkili bakteremi, kateter ilişkili üriner enfeksiyon, mediastinit, kalite ve hasta güvenliği ile önlenabilir diğer bazı enfeksiyonlar vd durumlarının (yanlış taraf ameliyatı, düşmeler, dekübitüs ülseri..) artık ödeme kurumlarınca geri ödenmemesi veya Fransa'da ekzojen hastane enfeksiyonları için hastaya tazminat ödenmesi durumu benzeri bir tablo ülkemizde de yarın bir gün uygulanırsa performans ödemelerinin ne olabileceğini düşünmek anlatmak istediklerimize ışık tutar mahiyettedir. Haliyle enfeksiyon için özenle korunma ve kontrol önlemleri alamayan hastanelerde diğer hizmetlerin kalitesine de şüpheyle bakılmaktadır.

Net karlılık bir yana, uygun alt yapı, tecrübe ve özenden yoksun yapılan her tür tıbbi girişimi saptayan bir sistem kurulmadığı sürece performans, kalite çalışanlarına öncülük etmek bir yana engelleyici olacaktır. Ülke çapında her düzeyde (birinci, ikinci, üçüncü basamak) kaliteli hizmeti özendirecek belirli göstergeler (kalite indikatörü) belirlenip performans özellikle bunlar üzerinden ödenmelidir.

Kişisel gelişimi desteklediğini ifade eden bu sistem yüksek lisans, master ve yabancı dil gibi faktörleri kesinlikle teşvik edici uygulamalara girmemiştir. Halbuki kişisel gelişmelerin sağlık hizmetine olumlu yönde nasıl yansıtılacağına ölçütleri belirlenip bunlar da performans kapsamında değerlendirilebilir. Doğal olarak kişisel gelişim sağlık hizmetinde ek bir kalite yaratırsa per-

formans kapsamına girer. Aksi halde sadece dil bilmek veya sertifika sahibi olmak, tek başına performans için bir ölçüt olamaz.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları, önerdiğimiz üzere net karlılık esasıyla çalışmadığı için ifade edilen kurumsal harcamaların gözetilmesi söz konusu değildir. Aksine olası girişim ve işlemler için verimliliği net değerlendirmeden, amortismanı ilgili hekimden talep edilmeyen altyapı ve ekipman, hem ülke kaynaklarının etkin kullanılmamasına hem de hizmet önceliğinin belirlenmesinde standartların oluşturulmasına engel olmaktadır.

Kurumsal performans kriterleri elbette mevcut fiziki alt yapı ve çalışan sayısı üzerinden bazı ortalamalar oluşturmak durumundadır. Ancak net karlılık esasıyla sergilenen bir davranış şekli bulunmamaktadır. İfade edilen ortaklık sadece gelir düzeyinde olmaktadır. Her ne kadar bazı gider kalemlerinin döner sermaye havuzundan karşılandığı söylenebilse de maaş, bina gibi birçok sabit gider bu haneye yazılmadığı sürece net verimlilik kavramı tartışmaya açık olacaktır. Kliniklerin toplamda net karlılığı (gelirler, mutad oran dışında kalan komplikasyon ilişkili giderler ve amortisman dahil diğer giderler), her ay olmazsa bile hiç olmazsa yılda bir iki kez değerlendirilip uzmanlık dalları arasında var olduğu iddia edilen haksız puanlama veya performans ödemeleri veriler ışığında rehabilite edilmelidir. Bu bağlamda uzmanlık alanlarına ait iş tanımlamaları ve bunlara ait puanlamalar, her uzmanlık alanından yetkin isimlerin katılacağı bir komisyonda dünya örnekleri dikkate alınarak yeni baştan değerlendirilip, var olduğu iddia edilen haksızlıklar hakkında şüpheler ortadan kaldırılmalıdır.

Performans, çalışanlara bulunduğu görev ve zorluk derecesine göre erken terfi, yüksek yıpranma payı gibi artılar sunmadığı için bunun tek ölçütü yapılan ödeme miktarı olarak görülmektedir.

Mevcut uygulamada eğitim ve bilimsel

faaliyetler çok mütevazı puanlarla desteklenirken, yapılan işlem ya da ameliyat bazında eğitici kadrosunun daha etkin şekilde primlendirilmesi gerekmektedir. Bilimsel hiyerarşiye olan saygınlığı koruma adına sağlık hizmet basamaklarına göre ödenen performans belli bir mantık çerçevesi içinde bir üst basamakta daha fazla olmalıdır. Bunu sağlamanın bir yolu sevk zinciri içinde olmak koşuluyla basamaklara göre sunulan hizmetlerin puanlamalarını ayrı ayrı belirlemektir. Örneğin birinci basamakta bakılan bir soğuk algınlığı ile üçüncü basamakta muayene edilen bir tüberküloz menenjit hastasının "muayene" puanı aynı olmamalıdır. Ayrıca üçüncü basamakta konsültasyon hizmetleri puanlaması yeni baştan ele alınmalıdır. Üçüncü basamakta komorbid hastalıklara sahip olan hastaların değişik uzmanlık alanlarıncı konsülte edilmesi bir zorunluluktur. Uygun konsültasyon sistemi tanıda gecikmeleri önleme, akılcı ilaç kullanımına katkı sağlama ve hastanede yatışı azaltma gibi ekonomik çıktılarına olumlu katkı sağlayacaktır. Konsültasyonlar için, korkulan istisnaları önleyici ölçütler belirlenerek uygun bir performans puanı verilmelidir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde, eğitim ve araştırma konusu bir tercih değil, zorunlu bir hak ediş ölçütü olarak belirlenmeli, sadece hasta bakarak "tam performans" puanı alınamamalı, ancak eğitim ve araştırmayı da yapabilenler belirlenen en üst basamak performans puanına ulaşabilmelidir. Hasta bakımı, eğitim ve araştırması tam olan bir hekim, haliyle ikinci basamakta tam puan sağlayan hekimden hiyerarşik yapılanma adına daha fazla performans ücreti almalıdır.

Birden fazla değişikene bağlı olduğu ifade edilse de, bu değişkenlerden hasta ve işlem sayısı dışında kalanların yapılacak ödeme miktarına yüzde olarak etkisi tartışılmalıdır. Burada sistemin anlaşılmasına ithamından öte çekilen fotoğrafın dozu artırılmış bir X ışını niteliğiyle olayın içte kalan bazı yansımaları da gösterdiği unutulmamalıdır.

Eleştiride bahsi geçen motivasyon ve farkında olmanın, “nasıl daha fazla puan yapabilirim” ile arasında sadece ince bir hat olduğu, provizyona dayanan tetkik ve tedavi hizmetlerinin suistimal edilebileceği, bununla ilgili alt yapının sağlamlaştırılıp etkin çalıştırılmaması durumunda sistemdeki uygulamaların paketler dahil köprülenebileceği (bypass) unutulmamalıdır. Bu güne kadar bakanlık yetkililerinden alabildiğimiz bilgi dahilinde 899 hastanede bu konu ile ilgili idari kovuşturmayla ve hukuki sürece intikal etmiş vakanın olmaması olası sapmanın kaçınılmaz olduğu uygulamada gerçek ile örtüşmemektedir.

Eleştiri konumuz olan verimlilik, performansın sağlık hizmetlerinde neden olduğu kalite artışına ekonomik bir pencereden de bakmayı bilmek, bu kriterleri düzgün zemine oturtmak, kendiliğinden işler kılma gayesini taşımaktadır. Kendi iç dinamikleriyle yürüyen bir sistem aynı zamanda kurumsal kimlik ve başarının da teyidi olacaktır.

Eleştiride hekimlerin, ihtiyacın duyulduğu coğrafyalara gitmeye teşvik edilme gayesinden bahsedilmiştir. Oysa mevcut “mecburi hizmet” tanımı yine aynı bakanlığın tavizsiz hatta bazı eleştiriler yönleriyle “insafsızca” bulduğu bir icraattır. Birçok spesifik tabir edilebilecek branşın Cumhuriyet tarihinde ilk kez alt yapısı sınırlı birimlere gönderilmesinin hiçbir şekilde hekimî hizmete teşvik etmesi söz konusu değildir. Alt yapı yetersizliği/yokluğu nedeniyle görev icrası mümkün olmayan ünitelerde hekim memnuniyetini sağlamak mümkün değildir.

Elbette aynı kurum içinde çalışan, örneğin uzman doktor statüsüyle görev yapan, hele bir de ismi soğuk mecburi hizmet tayini ile görevine gelmiş bir hekimin, hastası ya da uygun alt yapısı olmadığı için diğer branşın uzman doktorları daha yüksek meblağlar ile performans ödemesi alırken, bir nebze şanslı ise ortalamadan ya da hastası oranında düşük miktarlarda performansla yetinirken ve tüm bunları rızası dışında yaparken, zincirin zayıf halkası psikolojisine büründüğünü ön görmek çok yerinde bir tespittir. Hekimler, görevlerini daha aktif icra etmek için teknik alt yapının hastanelerine gelmesi ya da branşına göre bu alt yapının mevcut bulunduğu hastane ya da merkezlerde çalışarak birikimlerini kullanma arzusunda olan ve bunun için kendini ifade etmeye çalışan bir devlet çalışan grubudur. Bu meslek grubunda işini aktif icra edememenin orta vadede “tükenmişlik sendromuna” neden olduğu kabul görmüş bir bilimsel sonuçtur. Bu neden ile devlet sektöründe durumunu kabullenen ve görevini sorgulamadan

ve yeni açılımlara talepkar olmaksızın yapan bazı diğer alt gruplardan ayrıldığını belirlemek önemlidir.

Eleştirilerin özellikle somut ifadedi olanların yönetim ekibi tarafından olası modifikasyonlarda kullanılacak şekilde değerlendirmeye alınması uygulamaları etkin ve güncel kılacaktır. Her branş bazında yapılacak bu güncel geri bildirim, o grup ya da branşın farklı saha şartlarına daha uyumlu geri bildirimler sağlamalıdır.

Elbette cerrahi branşın kendisi ve hastası üzerinde taşıdığı risk, dahili ya da bazı tetkik branşlarından daha yüksektir ve bunun takdir edilmesini beklemektedir. Nasıl radyoloji branşının olası işin maruziyetinden dolayı yıpranması bir şekilde çalışma saatlerine ve hak edişlerine yansıtılıyorsa, onlarca farklı durumda hastanın ameliyatını yapıp bu konuda riskini arttıran doktorun, kritik hastalara bakan hemşirenin sadece birkaç puanlık katsayı artışından öte, yaptığı işin geleceğine daha somut etki ettiğini düşündürecek yıpranma payı faktörü kullanılmalıdır. Bu mevcut uygulamanın görev yeri ve zorluğuna göre insanları teşvik ve motive etmenin çok daha kalıcı ve etkili bir yolu olarak göze çarpmaktadır.

Devletin sağlık hizmetlerine ulaşımı kolay ve etkin kılması elbette hepimizin beklentisi ve arzusudur. Ancak aynı sosyal devletin ülke kaynaklarını etkin kullanması, tıpkı halka olduğu gibi sağlık çalışanlarına adaletli davranması, sistemlerin kurumsallaşarak kalıcı olmasını sağlaması gerekmektedir. Bunlar yapılırken evrensel işleme zihniyet ve kurallarına belli ölçülerde uyulması, olası sübvansiyon ve desteklerinde kaynak bazında standardize edilmesi önemlidir. Genel bütçe elbette tüm halkın kullanımı içindir. Ancak sağlığın en büyük müşterisi olan devletin güvencesinin tahsisi, hizmet alımı ya da sağlanımı aşamasında ve tüm bu süreçlerin etkin, yerinde ve caydırıcı yöntemlerle denetim ve kontrolünü sağlaması gerekmektedir.

Yazımıza yapılan ikinci eleştiri Sayın Dr. Mehmet Demir ve Dr. Hasan Güler tarafından kaleme alınmıştır. İlgili eleştiriler hakkındaki cevaplarımız aşağıda sunulmuştur.

Eleştirilerde performansla dayalı döner sermaye uygulamalarının ülkeye verdiği ekonomik zarar, sağlık çalışanlarına ödenen ek ücretlerin miktarı olarak algılanmıştır.

Oysaki burada kast edilen branşının ve biriminin daha fazla kazanması (sağlık ücreti fatura etmesi) suretiyle daha fazla döner sermaye alabileceği güdüsüyle, tetkiklerde ve reçete edilen

Eleştiri konumuz olan verimlilik, performansın sağlık hizmetlerinde neden olduğu kalite artışına ekonomik bir pencereden de bakmayı bilmek, bu kriterleri düzgün zemine oturtmak, kendiliğinden işler kılma gayesini taşımaktadır.

ilaçta dolaylı yoldan olan artışlar, sağlık çalışanlarının sisteme getirdiği ölçülebilen ekonomik yük ve ölçülemeyen sosyal kaynaklı yüküdür. Ayrıca kalite ölçütlerine uymadan verilen hizmetin artmış komplikasyonlar nedeniyle performans dışında ülkeye ciddi maliyet yüklediği yukarıda değişik örneklerle açıklanmıştır. Ameliyathane alt yapısı ile birlikte preop/periop ve postop izlem ve bakım sorunları protez vb cerrahi girişimlerde enfeksiyonların ve diğer komplikasyonların beklenenden yüksek olmasına ve sonuçta morbidite, mortalite ve maliyet artışına yol açılmaktadır. Birçok il ve hastane verilerinde yatak ve hekim sayısında belirgin bir artış yokken, özellikle küçük ameliyat sayılarında ciddi artışlar görülmektedir (Sağlık Bakanlığı istatistikleri). Bu artış aynı hastanelerdeki doğum sayısı gibi performansa bağlı olması mümkün olmayan işlem sayı ve oranlarının aynı ya da makul artışlarda olmasıyla açıklanabilir. Yatak sayılarındaki artış girişimin sayılarına sebep olarak gösterilebilirse de bir yatağı kullanan yıllık hasta sayısını ifade eden yatak devir hızı 2001 yılında 38.6 iken, bu sayı 2007 yılında 55.3 olmuştur. Yani 2001 yılına göre yataklar bugün daha yoğun ve etkin kullanılmaktadır. Bu, mevcut alt yapının daha etkin kullanıldığını gösterse de artan ameliyat sayılarında olası başka faktörleri aklı getirmelidir. Bu mukayeseler hastane bazında da yapılabilecektir. Hasta başına ortalama harcama değerlendirmesi verisine maalesef ulaşamamıştır. Ancak bunda da ciddi bir artış olduğu iddiamızdır. Cevaplarda bunu çürüten veri verilmemesi, hatta bir konuda bu konuya hiç değinilmemiş olması kendimizi haklı hissettirmektedir. Yapılacak kesitsel araştırmalarla veri tabanı iyi kontrol edilen birkaç bölgenin performans öncesi ve sonrası harcama ve işlem sayıları yol gösterici olacaktır. Bu konuda tüm sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanması ve devlet hastanelerinden hizmet almasının suni ve yanlış

Her iki cerraha da bin 500 ve üzeri puan öngören operasyonlar artmaktadır. Yapılan tek ameliyata iki kez ücretlendirme yapılması, hep tartıştığımız net karlılık presibiyle de çalışmaktır. Çift etkin iş gücünün değerlendirilmesi önemlidir. Ancak sadece puanla olması ve fazladan dağıtılması işletmecilikle çalışmaktadır.

bir artış sağlayacağı olası eleştirinin de hasta başına sağlık –tetkik– ameliyat sayılarıyla daha objektif değerlendirilebileceği düşüncesindeyiz .

Sağlık çalışanlarının gelir düzeyinin hakediş olarak yüksek tutulması performans kriteriyle bunun azalma ihtimaline dayalı bir sistem olması önerimizdir. Maliyet kontrolü ve buna paralel performans en önemli konularımızdır. Net karı hesaplanmamış bir sistemde, sabit giderlerin devlet ve bakanlık bütçesinden karşılanıp elde edilen gelirin belirlenen oranlarda dağıtılması, hem işletmecilik zihniyetiyle çalışacak, hem de ürettiği sağlık hizmeti için aynı oranda ekonomik yatırım ve amortisman gerektirmeyen branşlar arasında adaletsizlik yaratacaktır. Bu fikir ve düşüncemiz halen devam etmektedir. Bu uçuşumun özellikle cerrahi ve dahili branşlar arasında oluşacağı, hizmet alt yapısı daha basit ve maliyeti düşük altyapı ile hizmet üreten dahili branşların puanlamasında gerek iş gücü, gerekse ekipman ile ciddi bir yatırım ile hizmet üreten cerrahi branşların yüksek puanlaması ikilemi ortaya çıkarmaktadır. Aynı denge, cerrahi branşların işlemleri esnasında sahip oldukları yüksek riskin yıpranma paylarına yansıtılması şeklinde de uygulanması yine önerimizdir. Artan işlem sayılarında sıklığı her branşın daha kolay olarak kabul edilen elektif ve birçok zaman subjektif kriterler ile kararı alınan (Genel cerrahi için fitik, hemoroid yada appendektomi; Kardiyoloji için EKO; nöroloji için duyu sinir muayenesi) muayene işlemleri olduğu iddiamız halen devam etmektedir. Operasyonlardan daha yüksek puan elde edilmesi için içeriğinin artırılarak orta hatta büyük

ameliyat sınıfına sokulmasına yönelik gayretler de tespitimizdir. Özellikle belli büyüklüğü aşan ve her iki cerraha da bin 500 ve üzeri puan öngören operasyonlar artmaktadır. Yapılan tek ameliyata iki kez ücretlendirme yapılması, hep tartıştığımız net karlılık presibiyle de çalışmaktır. Elbette çift etkin iş gücünün değerlendirilmesi önemlidir. Ancak bunun sadece puanla olması ve fazladan dağıtılması işletmecilikle çalışmaktır. Belki bu yüzden önerdiğimiz farklı motivasyon kaynaklarından olan yıpranma payı gözden geçirilmelidir.

Hastane yönetimlerine bu konuların denetlenmesi ile ilgili yetki ve sorumluluk verilmiştir. Ancak bunca hastane ve sağlık kuruluşunda bugüne kadar bizim tespit edebildiğimiz soruşturma ya da mahkeme nedeni olan bir kanuni olmayan ücretlendirme vakasının olmaması, teorik olarak her şeyin bu kadar yerinde ve uygun yapılamadığını düşündürmektedir. Denetim mekanizmasının eksiklikleri mevcuttur; yerinde ve anında kontrol ya da önlem müessesesi çalıştıramamaktadır. Bugünlerde uygulamaya geçen merkezi denetim sisteminde bile veriler “online” girilse de aynı süratle değerlendirme yapılamadığı için yapılan birçok tetkikin uygunluğun takip eden zaman diliminde değerlendirilmektedir. Yine aynı şekilde devleti zarar soktuğu tespit edilen ilgili ücreti tarafına rucü edilen sağlık çalışanı bilgimiz dahilinde mevcut değildir.

Olası suistimallerin engellenmesi için paket uygulaması bir dönem kullanılmıştır. “Kullanılmıştır” diyoruz çünkü ilgili yazarların yazımıza cevaben oluşturdukları eleştiri içeriğinde ciddi bir yer tutan ve o gün dahilinde kullanımda olan paket uygulamasının bu yazının kaleme alındığı günlerde kanunen yürürlüğü durdurulmuştur. Uygulandığı günlerde de matematiksel bir bilim olmayan tıp bilimindeki uygulamalarda sorunlara yol açtığı tespit edilmiştir. İyi düşünülmeden, tartışmadan hazırlanan paket uygulaması, tetkiklerin belirlenen sınırları aşması durumunda bu tetkiklerin zaman dilimine bölünmesi, hasta tanelerinin ötelenmesine yol açmıştır. Paket uygulama kısıtlamasını aşmak için belirlenmiş bir diğer husus “sanal yatış” denen köprüleme mekanizmasının devreye sokulmasıdır. Yine bu sistemin emniyet subabı olarak yerleştirilen acil durumlar ve kanser ön tanıları, yine bir grup tarafından ana yol olarak kullanılmıştır. Bu tür ön tanılarla yapılan yoğun tetkik ve tedavilerin araştırılıp hangi oranda ön tanı ile örtüşen sonuçların çıktığının tespiti gelecekteki suistimallerin önüne geçilmesinde ciddi caydırıcı ve ispata dayalı bir kontrol mekanizması olacaktır. Aynı dönemde poliklinik

şartlarında geri ödemesi yapılamayan ücretlendirmelerin aşılmasından günlük yatış ya da sanal yatışlar çözüm üretici olarak kullanılmıştır.

Branşlar arası rekabette yukarıda belirtildiği üzere cerrahi ve dahili branşların ayrıldığına değinilmiştir. Burada cerrahi hizmetlerin yürüyebilmesi için ameliyathaneden yoğun bakıma yoğun bir alt yapı gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Oysa bu alt yapı dahili branşlar için çok daha mütevazidir. Aynı şekilde tetkik branşlarında milyon dolarlık yatırımlar neticesinde bahsi geçen puanlar alınabilmektedir. Bu ekipmanın amortismanın gözetilmeden yapılacak gelir dağıtımı zaman içinde gerekecek olan yenileme sürecinin etkinliğini azaltacaktır.

Ancak cerrahi branşların uygulanan hassas girişimler ve hem hasta yaşamının devamı hemde ekibin aldığı fiziksel risk nedeniyle, hem hekim hemde yardımcı personel için tıpkı diğer bazı mesleklerde (asker-polis) olduğu gibi toplam çalışma sürelerini etkileyen ve aşağı çeken bir faktör olmalıdır .

Aynı statüyle çalışıp benzer ödeme almayan uzman hekimlerden kast edilen farklı branşların hekimleridir. Her ne kadar döner sermaye komisyonuna hasta sayısı az olan hekimlere kurum ortalamasından döner sermaye hakedişi öngörülse, 2/3 çoğunluk gerekliliğiyle bu birçok bölgede mümkün olmaktan uzaktır. Bu bölgelerde sağlık zincirinin en zayıf halkası, etrafındaki benzer statüdeki (uzman doktor) meslektaşlarının iyi ücretlendirildiği hastanedeki branşının getirdiği sıkıntılardan dolayı yeterince performans elde edemeyen, tayinle atanmış özel branş hekimleridir.

Elbette sağlık, sosyal yönü engellenemez ve geri durulmaması gereken bir hizmet sektörüdür. Toplumun menfaatlerinin devletin sübvanses etmesi kaçınılmazdır. Ancak önerilerimiz bu sistemi kendi kendine işler halde kılıp devamlılığının sağlanmasının tahsis şeklidir. Eleştirilerde meclis gündeminde bulunan desantralizasyonla bağımsız olarak hastanelerin işletiminden bahsedilmektedir ve hekimlerin performans olarak hakedişlerinin devam edeceği ifade edilmektedir. Sabit giderlerin (bina, maaş, temel hizmetler) kurumca ödendiği durumlarda performans ödemelerinin bu denli cömert yapılabilmesi ihtimal dahilinde görülmektedir.

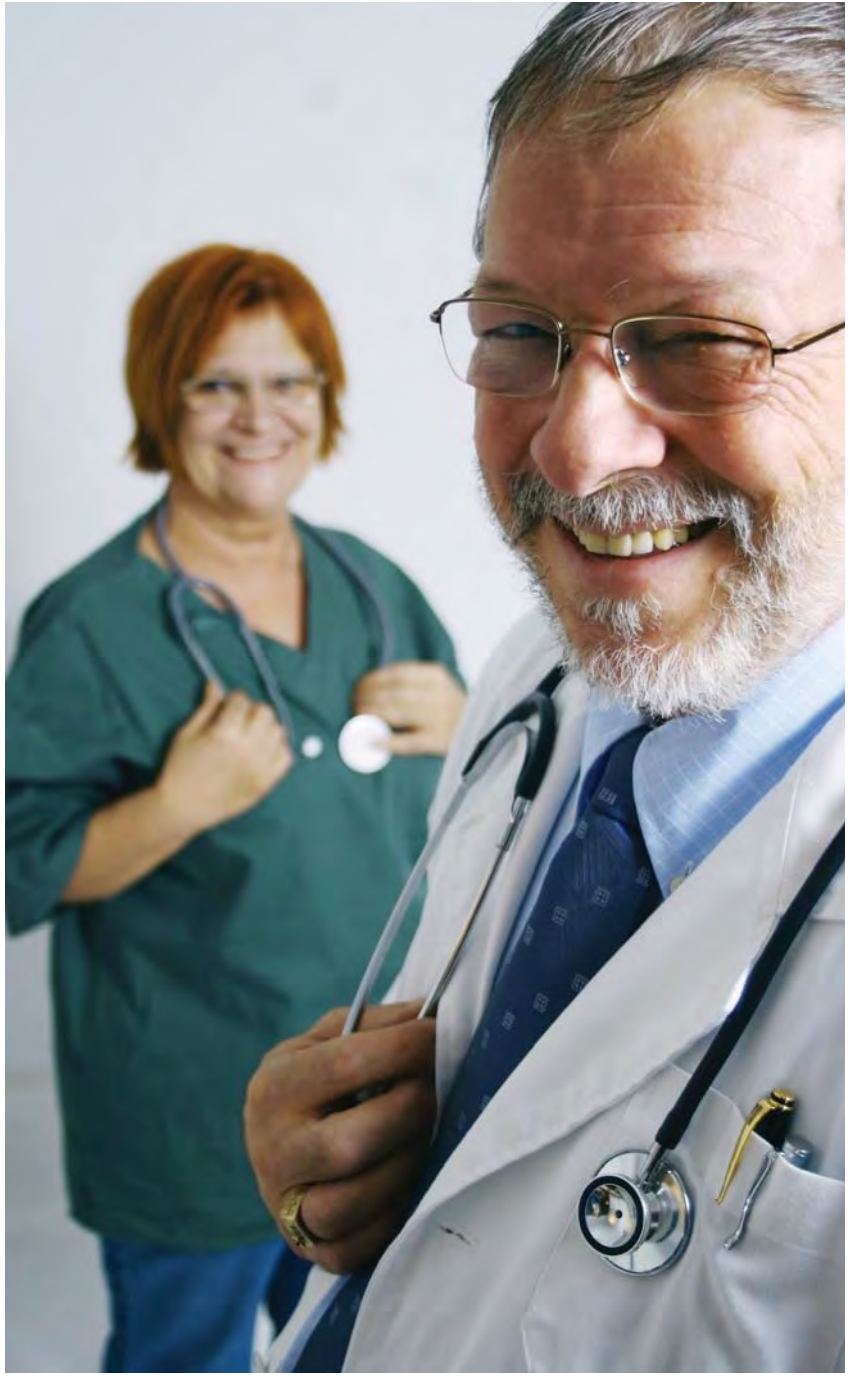
Bilimsel desteğe yönelik maddelerin eğitim araştırma hastaneleriyle sınırlı kalması bilimselliği belli grubun tekelinde bırakarak hizmet hastanelerinde ve çalışanlarında bu konuda beklenti olmadığının bakanlık tarafından tescilidir.

Performans yönetmeliğinde bilimsel yayın puanları eğitim araştırma hastanelerinde yapılırsa performansa katkı sağlayabilmektedir. Eğitim-araştırma hastanelerinin birincil vazifesi eğitim verip bilime katkı sağlamaktır. Oysa hizmet hastaneleri bu konuda daha fazla teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Bahsi geçen puanlar onlarca emek ve aylarca süren yazışmanın karşılığı değildir. Bunun kıymeti ancak baştan sona bir yazının basımında fiilen yer almış yazarlarca takdir edilebilecektir!!! Bu puan birkaç fazla ameliyat yaparak kapatılacak bir fark seviyesindedir. Bu emek ayrımını ve cefasını belirlemek çoğu zaman yöneticiler için empati yapması güç bir durumdur. Yine de performans uygulamaları başladığından beri bakanlık genelinde toplam puan olarak bu şekilde ne kadar teşvik yapıldığını rakamsal olarakta bilmek isteriz. Bunun bir hakediş değil yine inisiyatife bağlı olduğunu hatırlatırız.

Eğitim hastanelerinin sırtındaki performans baskısı devam etmektedir. Eleştirilerde bahsi geçen ekip başarısının esasının hiçbir iz düşümü bulunamamıştır. Asgari olarak eğitim beklentilerinin yerine getirildiğini ölçen bir ölçüt yoktur. İhtisas bitiren uzmanın kalitesi, hizmet içi eğitim ve bilime katkı hiçbir şekilde değerlendirilmemektedir.

Bakanlık bilimsel gelişimin önemli bir diğer halkası olan, yüksek lisans ve doktora gibi meslek sahibi olduktan sonra dahi kişilerin bilimsel gelişmeleri için ciddi emek ve efor sarfedilen ve çoğu zaman akşam eğitimleriyle sürdürülen, mevcut mesleki ve sosyal sorumluluklara rağmen yapılan gayretleri değerlendirdiği hizmet puanlarını 2008 yılında kaldırmıştır. Oysa hasta bakımı, eğitim ve araştırmaya pozitif katkı sağlamak koşuluyla, gerek yabancı dil başarısı, gerekse yüksek lisans doktora gibi program mezuniyetlerinin de ek ödemede baştan beri bahsi geçen rekabeti oluşturmak ve diri tutmak için gerekli olduğu açıktır. Buna yanıt olarak yapılan işlerin bu tahsil ya da yeteneklerden etkilenmeyeceği gösterilebilir. Ancak bu da hizmet kalitesinin her anlamda daha iyi eğitim ve kalitedeki sağlık çalışanıyla olacağına inandığını düşündüğümüz bakanlığın felfesesiyle çalışmaktadır. Aynı bakış açısıyla eksikliklerini göz önüne serdiğimiz bilimsel çalışmalarında hastalara üretilen hizmet ile birincil ilgi göstermeyeceğinin de belirlemek önemlidir.

Hemşireler üzerinden verilen örnek incelendiğinde elbette tahsili fazla olanın ek ödemeden farklı yararlanması gerekmektedir. Eğer bahsi geçen adaletsizlikse bu maaş ve kadro dağılımda da yapılmaktadır. Olaya o zaman şu



yönden bakmalıyız: Niye insanlar aynı şekilde değerlendirilip ilave bir jeste tabii tutulmayacaksa, hem çalışıp hem tahsilini yükseltme gayretinde olsun ki? Bu yaklaşım eleştirilerin başında yer alan performansın temel rekabet ve paralel artan hizmet kalitesine ters düşmektedir. Yüksek tahsil ve yapılan ek bilimin hastaya bilimsel ve sosyal olarak artmış hizmet kalitesi getireceği net ve açıktır.

Yazarlar yazılarının sonunda performans sağladıkları konusunda bazı çok iddialı ifadeler kullanmışlardır. Örneğin performansın kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanımına yol açtığı iddiası henüz maliyet analizleri ile ortaya konmamıştır. Ayrıca performans özlük hakkı olarak sunulmuştur. Halbuki gelirlerle paralel olarak yarın performans devamında sıkıntılar olduğunda bu özlük hakkı (?) ilk elde terk edilmeyecek midir? 'Kamusal düzenlemeye gerek kalmadan uzman hekimler muayenelelerini kapatmışlardır' hükmü, "tam gün yasa tasarısı taslağıyla" geçerliliği kalmayan bir iddia durumuna düşmüştür.

Uygulamalar yaşayan canlılar gibidir; değişim ve gelişimin olmaması mümkün değildir. Bunun sağlanması bile bir sistem dahilinde olmalıdır. Saha-dan gelen bilgi akışının ne şekilde olduğu ve etki sağladığı değişiklikler sağlık çalışanlarıyla paylaşılmalıdır. Günümüzün teknolojisi buna uygundur. Yapılacak uygulamalarda alt yapı ve denetim mekanizmaları en önemli halka olarak görülmelidir. Aksi takdirde performans uygulaması, artan tetkik ve girişim sayısı ile bilinçli halk kesiminde sağlık çalışanlarına olan itimadı azaltıcı sonuçlar doğurabilecek; önerilen girişim yada operasyonların sorgulanırlığı artacaktır. Bu konuda yapılacak bir hasta anketi bazı gerçekleri gözönüne serecektir. Bakanlığın bu konularda cesur olması, somut tespitleri aynı somut davranış şekilleriyle çözüme gayretinde olmalıdır. Aksi takdirde kutsal olan sağlık hizmeti ve üreticilerinin üzerinde arınması güç bir şaibe oluşacak, hizmet üreticilerin arasında tamiri güç mesafe ve çatlaklara yol açacaktır. Ve kaçınılmaz olumsuz sonuçlar sağlığın nihai tüketicisi olan hastalara yansiyacaktır.

Sağlık hizmeti sunumunda özelleştirme ve 'görünen el' isteği...

Yasemin K. Şahinkaya

Bilim insanlarının önemli yükümlülüklerinden biri de, başta kendi meslekleri olmak üzere gündemi takip ederek çalışmalar yapmak ve fikir alışverişinde bulunmak. En iyiye, en doğruya ulaşmak için beyin fırtınası yapmak, mesleğin ve toplumun ilerlemesi için olduğu kadar kişinin kendi kişisel gelişimi için de son derece önemlidir.

Bu sorumluluk bilinci ile yaklaşık iki yıl önce kurulan Grup Üsküdar, her biri sağlık sektörünün farklı alanlarında uzman, sosyal sorumluluğunun bilin-

cinde, bilgiye ve bunu paylaşmaya önem veren kişilerce informal olarak oluşturuldu.

Sağlık sektöründeki bu kişiler, İstanbul'da, SSK Üsküdar Misafirhanesi'nin düzenli olarak bir araya geliyor. Çalışmalarındaki asıl amaç, aslında bilgiyi paylaşmak. Aynı sektörde olup farklı görüşleri paylaşan bir grup kişiyle yola çıktılar. Buradan yola çıkarak "Sağlık hizmet sunumunda özelleştirme" konu başlığında bir toplantı organize ettiler.

Salih Kenan Şahin, Haydar Sur, Birol Aydemir, Hüseyin Çelik, Erkan Topal, Fahrettin Tatar, Sibel Güneş, Haluk Öz-sarı, Cem Köylüoğlu, Salih Güreş gibi

sağlık sektörünün çeşitli kollarında yer alan isimlerin tartışmacı, pek çok ismin de katılımcı olarak iştirak ettiği toplantıda "Sağlık hizmet sunumunda özelleştirme" ile ilgili olarak pek çok önemli alt başlığın içeriği irdelendi, altı çizildi. Geniş bir perspektifle konuşuldu, tartışıldı.

Tatar: Kamu ve özel ayrışmıyor, yaklaşıyor

Toplantı, bugün Türkiye'nin gündeminde de olan hastane, tıp merkezi boyutunda özelleştirme başlığı altında başladı. İlk sözü alan Fahrettin Tatar konuya dünya perspektifinden yaklaştı: "Dünyada kamunun ve özelin durumu açısından bakıldığında sağlık sistemin-





Fahrettin Tatar

de bir ayrışma mı var yoksa bir yakınlaşma ve birleşme mi var sorusunun cevabına bakacak olursak, aslında dünyada o anlamda gözlemlediğimiz gelişme, giderek yakınlaşma ve birleşme olduğudur. Sistemler ayrışmıyor. Yakınlaşma her geçen gün belirginleşiyor. Bu yakınlaşmanın en önemli unsurlarından bir tanesi, artık Amerika Birleşik Devletleri dâhil ve başta olmak üzere, aslında son başkanlık yarışlarıyla tekrar alevlenen şekliyle, Amerika'da da ulusal bir sağlık sisteminin kurulması tartışması yer alıyordu. Aslında finansman açısından bakıldığında kamunun giderek ağırlıklı bir rol oynaması gerekliliği konusunda dünyada neredeyse ortak bir anlayış var. Bu konuda aslında çok büyük bir şekilde tartışma yok. Tartışma büyük ölçüde finansmanda kamusal ve özel de rollerinin tartışmasından çıkmış, daha fazla sunumda kamusal rolün ne olacağına gelmiş durumda. Teorik ve pratik açısından baktığımızda, kamunun sağlığın sunumu dâhil olmak üzere elini eteğini sistemden çekmesi mümkün değil. En azından düzenleyici ve denetleyici rolünü oynaması gerektiğini birçok nedenden dolayı biliyoruz. Dolayısıyla bu çerçeveden bakıldığında devlet denetleyici ve düzenleyici rolünü hiçbir zaman egale edemiyor, bundan vazgeçemiyor.

Gerçek belirleyici: Verimlilik ve kalite

Peki, teori ve pratik açıdan baktığımızda doğrudan doğruya sağlıkta sunucu olarak bulunması gerektirir mi? Bu açıdan baktığımızda ideolojik açıdan değişik görüşler olduğunu söylemek mümkün. Ama ideolojiye bir anlamda pratikle yer değiştirerek baktığımızda şöyle bir görünüm var: Sağlık hizmetleri sunumunda rollerden söz ettiğimizde kaçınılmaz olarak mülkiyet ilişkisinden söz etmeye başlıyoruz. En fazla açmamız gereken konulardan biri şudur: Aslında sağlık sistemi veya sağlık hizmet-

tinin toplumsal araçları düşünüldüğünde mülkiyetin kendi başına ayırt edici bir özellik olmadığı söylenebilir. Kamu mülkiyetinin veya özel mülkiyetin kendi içinde, kendi başına, çok büyük bir farkı yok. Farklılığı ortaya çıkaran rekabet olup olmadığıdır. Özellikle şunu söylemeye çalışıyorum: Eğer özel sağlık sektöründe düzenlenmiş, kontrol edilebilmiş, düzenlenmiş bir rekabet söz konusu değilse, sadece ve sadece mülkiyet özelde diye, iki tane toplumsal amaçtan belki söz edilebilir: Verimlilik ve kalite. Belirleyici olan aslında o anlamda rekabetin olup olmadığıdır. Bu durumda da aslında özelleştirme açısından bakıldığında tartışılması gereken, sağlık hizmetleri sunumunda rekabetin doğası, yeri, rekabetin hangi koşullarda nasıl yönetilebileceği gibi bir noktaya gidiyoruz.

Kanada ve İngiltere modeli

Bu açıdan belki iki tane çok özel ülke modeli var. Bunlardan bir tanesi Kanada. Kanada hiçbir şekilde göz ardı edilmemesi gereken modellerden biri. Toplumsal sağlık kaynaklarının finansmanı konusunda kamuya birincil ölçüde yer veren ülkelerden biri. Buna karşın sağlık hizmetleri sunumunda özel sektör rol oynar orada. Kanada zaten böyle kurgulanmış ve böyle devam eden bir ülke.

Bunun yanı sıra İngiltere örneği var ki, ona da belki teoride dahili piyasa denebilir. Dahili piyasa, mülkiyetin ne olursa olsun, birbiriyle rekabet içine giren sağlık hizmeti sunucularından söz ediyoruz. Halen doğrudan doğruya kamusal mülkiyetle hizmet sunmaya devam eden ajanlar var.

Yarı kamusal nitelikli ajanlar var ama tamamen de özel mülkiyet bünyesinde işletilen, hizmet sunan sağlık hizmeti kuruluşları var. Oradaki temel espri, bu kuruluşların mülkiyet farkına bakmaksızın aynı koşullarda ve aynı sağlık hizmeti kaynakları için rekabet içine girmiş olması. Bu model, kendi içinde çok basit görünüyor olabilir. Bu modelin kurulması konusunda aslında çok büyük bir zorluk da yoktur. Nitekim Türkiye aslında büyük ölçüde İngiltere'deki dâhili piyasa modelini benimseyerek yola çıktı ve halen de devam ediyor. Dâhili piyasa modelinin başarıya ulaşabilmesi için, halen başarıya ulaştığı söylenebilir, iki tane koşuldan söz etmek gerekir. Bu modelde hizmeti sunanla, hizmeti finanse edenlerin rolleri bıçakla kesilmiş gibi ayrılmıştır.

Dolayısıyla toplumsal kaynakları bünyesinde bulunduran finans kuruluşu, kaynaklardan maksimum verimi elde etmek üzere, toplumsal dar finansman kaynaklardan maksimum çıktıyı elde etmek üzere basiretli bir tüccar gibi

davranır. Böyle refleks gösterir. Bu noktada vurgulamak istediğim özellikle, toplum adına satın alma ajanı olan (ki Türkiye'de şu anda SGK), satın alma süreçleriyle ilgili, politikalarıyla ilgili, davranışlarıyla ilgili sergilediği rasyonalizm ve basiret, rekabetçi piyasaların da nasıl işleyeceğini, sonuçta sağlık hizmetleri açısından bakıldığında verimlilik ve kalitenin nerelerde yer alacağını belirleyen unsurdur.

Sağlık sisteminin başarısını belirleyen finansman kurumunun satın alma ajanının davranışlarıdır. Bunun için kaçınılmaz unsurlardan bir tanesi çok çok gelişmiş bir bilgi alt yapısının oluşturulmasıdır. Tek başına bilgi alt yapısı sisteminin oluşturulması da yetmeyecektir. Dolayısıyla kaçınılmaz unsurlardan bir tanesi, hizmet sunanla finanse edenin birbirinden tamamen ayrılmasıysa, ikinci önemli unsur da birbirleriyle rekabet edecek kuruluşların içinde rekabet edecekleri ortamla ilgili net sinyaller almış olmasıdır. Bu da az önce söylediğim finansman kuruluşunun gönderdiği sinyallerle ilgilidir. Piyasada rekabet koşullarının alt yapısı iyi oluşturulmamışsa, o zaman ortada sadece düzenlenmiş bir rekabet yerine kaotik bir görünüm kalacaktır.



Birol Aydemir

Aydemir: Devletin rolü ne olmalı?

Birol Aydemir, konuya "Sağlıkta özelleştirme söz konusu olduğunda devletin yeri ne olmalıdır" perspektifinden yaklaştı. Aydemir şöyle dedi: "Aslında temel bir soru var: Bir işi, en iyi, kaliteli ve verimli bir şekilde en ucuza nasıl üretiriz? Bütün dünya iktisat tarihi boyunca bu soruya cevap aranmış. Çeşitli piyasa modelleri çıkmış. Bu modellerin artısı eksisi derken geline bir nokta var ki, tam rekabetle, en kaliteli işin veya hizmetin en ucuza üretilebileceği bir piyasa modeli olabileceğidir. Dünyada tam rekabetin sağlandığı bir piyasa yok aslında. Çok yakınlar, belli ürünlerde çok yaklaşılmış modeller var ama hiçbir

Bir de bilgi asimetrisi var.
Hizmeti sunduğumuz
kişilerle hizmeti sunan
kişilerin bilgi asimetrisi
bizim en belirgin
özelliklerimiz. Ve işin kötüsü
karşımızdakinin ne kadar
hizmeti, ne şekilde
tüketeyeceğine de zaten
sunucu karar vermektedir.
Ekonomik olarak
baktığımızda böyle bir
ucube manzara var.

piyasa tam rekabet piyasasına uymuyor. Çünkü onun şartlarını sağlayabilmek çok zor. Bu yüzden de bu tam rekabet piyasasından doğan aksaklıkların olduğu yerde de devlet ortaya çıkıyor. 'Devlet niye vardır?' sorusuna verilen cevaplardan birisi; devlet, piyasa aksaklıklarını düzeltmek için vardır. Piyasa aksaklıkları nerede çıkıyorsa, devletin orada olması gerekiyor.

Son 15-20 yılda artık devletin bu özelleştirmelerle rolü ve fonksiyonu da değişmeye başladı. Ve artık devlet bilfiil üretimde ve hizmet sektöründe olmak yerine aslında bunların ilkelerini koyan, düzenleyen, denetleyen bir role bürünsün inancı ortaya çıktı. Hem üretmek hem sunmak hem standardı kurmak, denetlemek birbiriyle çelişen unsurlar. Bir insan hem üretim yapacak hem finansmanını sağlayacak hem denetleyecek hem standartları koyacak... Böyle bir şey doğaya aykırı. Bu işlerin artırılması gerektiği ve aslında devletin temel görevinin iktisadi anlamda yönetim yapan, standartlar koyan, politika geliştiren ve bu standart ve politikalara göre de denetleyen, düzenleyen bir rol oynaması gerektiği aslında tüm dünyada genel kabul görmüş bir olay.

'Sağlıkta özelleştirme değil de sağlıkta devletin rolü ne olmadır' denmelidir. Bunun da, 'Hem finansman sağlamada hem de hizmet sunumunda ne olması gerekir' diye de ikiye ayırmak gerekir.

Devletin, mümkün mertebe özel sektörün yapabildiği ve yer alabildiği hiçbir yerde, ama hiçbir yerde olmaması gerektiğine inanıyorum. Kamu, özel sektörün yerine getirebildiği bütün alanlardan çekilebilmelidir. Çekilmeli derken söylediğim şey şudur, fiili üretim ve fiili hizmet sunumu yapmamalıdır. Devlet

temel, asli görevi olan politikayı belirleme, kuralları koyma, standartları koyma ve bu standartlara göre aslında işlemlerin; mal üretimi ve hizmet sunumunun yapıp yapılmadığını denetleme rolünde olmalıdır. Devlet kendi gücünü ve kendi fonksiyonlarını bu işlemler üzerine yoğunlaştırmalıdır. Aslında her hizmet sunumunda ve mal üretiminde verimliliği ve kaliteyi getiren rekabettir. Ne kadar çok rekabet sağlanabilirse, aslında o kadar verimlilik ve kalite sağlanabilir. Rekabetin olmadığı yerde biz verimlilikten de, üretimden de, kaliteli hizmet sunumundan da bahsedemeyiz. Bunun için de bu rekabetin içinde kamunun olmaması lazım."

Prof. Haydar Sur: Bu iş ekolyzer'a benzer!

Prof. Dr. Haydar Sur, sağlıkta özelleştirmeyi ekolyzer benzetmesiyle açıkladı ki, son derece özel ve yerinde bir benzetme olduğu konusunda tüm katılımcılar mutabık kaldı. Sur şöyle dedi: Birçok teori kitabı, 'Mülkiyetin kime ait olduğunun hiçbir önemi yoktur' diye yazar. Esas mesele, karar verme gücünün kimlerin merciinde yoğunlaştığıdır. Yani özel mi, kamu mu, Sağlık Bakanlığı mı, Çalışma Bakanlığı mı gibi tartışmalar yapıyorsak, mülkiyet, tapu kimde diye bakmayıp kararları kimin ne ölçüde verdiği ile değerlendirmemiz lazım. Dolayısıyla bu açıdan baktığımızda Türkiye'nin son derece devletçi bir yapıda olduğunu görüyoruz. Analizlerimiz de onu gösteriyor. Bir de rekabet diye anahtar kelime var. Sağlık hizmetlerinde rekabetin tam anlamıyla çalışmıyacağını şöyle bir hatırlatarak, olayı biraz daha bütünleştiren bir açılım yapmaya çalışacağım.

Bir defa, sağlık hizmetleri ertelenemez. İhtiyaç doğduğu anda hizmeti tüketiyorsunuz büyük ölçüde. Fiyat esnekliği acil hizmetlerde olamaz. Hizmetler çok pahalıdır ve gittikçe artan bir sağlık enflasyonundan bahsedilir. Mesela Amerika'da yıllık enflasyon hızı yüzde 2-3 oranında seyrederken, sağlık enflasyonunun yüzde 8-9 olduğu, o aradaki yüzde 5-6'lık farkın sağlık teknolojilerindeki aşırı gelişme, kendini hızla yenileme, sağlık bilişim sistemleriyle halkın talep etme gücünün değiştirildiği, böylelikle daha fazla hizmet talebinin olgunlaştırıldığı gibi birtakım şeylere bağlanıyor. Kalitesinin de ölçümü yapılamıyor. Yaptığımız bir işin ne işe yaradığını on yıl sonra görüyorsunuz sağlık hizmetlerinde. Dolayısıyla iyi mi yaptık, kötü mü yaptık dediğimizde zaten iş işten geçmiş oluyor. Politikacılar da dolayısıyla bu sene yapıp altı ay sonra göreceği işlere yoğunlaşıyor. Politikacıların sağlık hizmetlerinde kalıcı ve uzun vadeli projelere yanaşmaması bundan dolayıdır.

Dışsalılık taşıması da çok önemlidir. Pi-

yasa ekonomilerinde ekonomistler ve girişimciler dışsalılığı olabileceği kadar önlemeye çalışırlar. Sağlık hizmetlerinde biz her sene farklı durumlarda bile, isteyerek dışsalılığı teşvik eder ve yaratmayı isteriz. Bu bizi ayrıcalıklı hale getiren çok önemli teknik argümanımızdır. Dışsalılık şu, mesela ben bir yerde çocuk uzmanı olarak muayenehane açtım. Ayşe kadın bana bebeğini getiriyor. İshal olmuş. Muayene ettim, tedavi yazdım, parasını aldım. Sonra ona dedim ki şöyle şöyle şöyle olursa bana hemen getir, aman çocuk hastalanmasın. Su dehidratasyona girmesin. O çocuk ölmesin. Mahallede başka çocuklarda böyle bir şey olursa sana ne tarif ettiysem onlara da tarif et. Onlar da bu tuz, şeker eriğini kullansınlar derim. Ben deli miyim? Bana müşteri olarak gelip para kazanacağım dalı kesiyorum. Bilgimi, tecrübemi verip git bunları anlat diye teşvik ediyorum. Para kazanmanın önüne geçecek mekanizmaları bilerek, isteyerek teşvik ediyorum. Bunlar sağlık hizmetlerinde olması gereken durumlar. Piyasada böyle oluyor mu olmuyor mu, hep beraber tartışalım, olmuyorsa da önüne geçecek mekanizmaları konuşalım.

Sağlık sektörü tekeldir!

Aslında tekeldir bir sektördür sağlık sektörü. Diploması olmayan sağlık sunmaya giremez. Marketteki free enter, free exit kuralı burada işlemiyor. Girecek kişilerin niteliği belli hatta daha da ileri aşamalarda, adam diploma aldı, sınavı girdi, yetkinliğini aldı, muayene açtı. Beş sene sonra tekrar sınava tabi tutuyoruz. Bir bakıyoruz ki mesleki yetkinliğini kaybetmiş. Senin yatırımının falan hiçbir önemi yok. Diplomana, kendini tamamlayana kadar el koydum, doktorktuktan el çektiyorum diyeceğiz. Dünyada gidiş bu yönde. Hekimliğin yetkinliğini önce basit uyarılar, basit cezalandırmalar sonra hizmetten el çekirtmelere giden bir süreci var.

Bir de bilgi asimetrisi var. Hizmeti sunduğumuz kişilerle hizmeti sunan kişilerin bilgi asimetrisi bizim en belirgin özelliklerimizdir. Ve işin kötüsü bu bilgi asimetrisi içinde karşımızdakinin ne kadar hizmeti, ne şekilde tüketeyeceğine de zaten sunucu karar vermektedir. Ekonomik olarak baktığımızda böyle bir ucube manzara var. Başka hiçbir hizmet türünde olmayan, sağlık hizmetlerinin biricik özellikleridir bunlar.

Bir de bugünden yarının kontrol altına alınması lazım. Politikalarımızın, ürettiklerimizin yarınların sağlıklı nesilleri için de olmasını sağlamalıyız. Sadece bugünün marketini düzenlemekle kendimizi sınırlandırmamız gerekmektedir.

Hizmetlerin kullanımı da önemli bir konu: Hizmet en çok ihtiyaç duyanlar en

düşkünler ve aslında kendine en az sahip çıkabilecek kişiler. Birilerinin ona vekillik yapması lazım. En yoksullar, en çabuk hastalananlardır. En çok sakat kalanlar, beslenmesi, yaşama koşullar, eğitim düzeyi düşük olduğu için başına bir hal geldiğinde ki bu kaçınılmazdır, kimden, ne şekilde hizmet alacağını bilemeyenlerdir. Sakatlar, ihtiyarlar, düşkünler, kendi kendine karar verme yetisini kaybetmiş, komaya girmiş, trafik kazasında kanama geçiren, bunalıma girmiş, şizofrenik, akıl ve ruh sağlığı yerinde olmayanlar esas hizmete ihtiyaç duyuyor. Biz bunlardan aklı başında ve enerjik hizmet talep eden kişiler gibi bahsedersek evdeki hesap çarşıya uymayacaktır.

Talep körükleniyor!

Sağlık hizmetlerinde bizim hayalimiz ihtiyaçlara cevap vermek iken, hiçbir zaman ihtiyacın ne olduğunu tam bulacak kadar lüksümüz yoktur. İhtiyaç belirleme teknik olarak bizi en fazla yoran konudur. İhtiyaç çok iddialı bir kelime. Yani hizmete yaratılmış olan talep, ihtiyacın dolaylı bir göstergesiymiş gibi düşünülüyor. Bu çok büyük bir yanılgıya götürüyor bizi. Çünkü talep körüklenbiliyor. Sağlık profesyonelleri, ödeme modellerine bakarak kendilerine en avantajlı hale getirecek şekilde talebi yönlendiriyorlar. Siz yüzde 30 oranında talebi etkileyecek bir güce ulaşan ve bundan da ekmek yiyen bir meslekisiniz. Bunu kötüye kullanabilirsiniz. Dolayısıyla hekimlerin akliselim bir şekilde talebi yönlendirmeleri gerekmektedir.

Hizmet kullanım oranlarına gelirse, geçen sene kaç kişi polikliniğe başvurmuş? Bunun kaçına ne ameliyatı yapmışım? Orta boy ameliyatlar, küçük boy ameliyatlar, kime ne kadar para vermişim, böbrek hastalarına ne gitmiş, kalp ameliyatlarına ne gitmiş? Geriye kala kala elimde böyle kısır bir ölçüt kalıyor. Bu benim hayalinde canlandırdığım sağlık hizmeti profilini çizmeye yetmeyecek, geriye dönük kısır bir veridir.

Kullanımının talep tarafından etkilendiği ve tam da kayda geçirmediği, el altından, marketin tam da iyi oturmadığı ülkemizde, kayda geçirilmeden paraların alınıp verildiği, yüzde 20'sinin kişilerin cebinden verildiği sistemlerde kullanımın, bizim çok da sağlıklı bir veri ile tatmin etmeyeceğini yazıyor kitaplar. Bunun da takdirini size bırakıyorum.

Sonuçta hizmetlerde en korktuğumuz şey overuse, underuse ve visuse diye ifade ettiğimiz üç (şeytan üçgenidir bunlar) durumudur. Hizmetin doğru zamanda ve yerde doğru şekilde kullanılamaması visuse, çünkü kalitenin en önemli dört boyutundan biri de zamanında hizmeti vermektir. Doğru hizmeti, doğru kişiye verirsiniz ama 'ge-



cikmiş sağlık hizmeti hizmet değildir.

Sağlık hizmetlerinin nerede özelleştirileceği çok boyutlu bir şeydir. 100 tane düğmesi olan ekolayzır gibi. Eski tip tek düğmeli ekolayzır gibi değildir. Tıpkı çok düğmeli ekolayzır gibi sağlık hizmetlerinde bazı şeyleri çok kamucu, bazı şeyleri çok özenci yapma şansımız var. Bu tekniğini kullanarak, yani ekolayzırı en güzel tonu, en güzel armoniyi alacağımız şekilde ayarlamamız lazım."

Çelik: Kamu - özel ayrımcılığından çıkmalyız

Hüseyin Çelik, 'Sağlıkta finansman' konusu üzerine eğildi. Çelik bu konuda fikirlerini şöyle açıkladı: "Öncelikle kamu - özel ayrımcılığından çıkmanın bir yolunu bulmamız lazım. Birinci enstrüman, nihai anlamda finansman kaynağı vatandaş. Bir anlamda para vatandaştan çıkıyor. Bunun kaynağı ya vergiler yoluyla çıkıyor ya pirim adını verdiğimiz bir vergi benzeri ödeme sistemi ile çıkıyor. Ya da yetmiyor bu vergi ve pirimler, cebimizden borçlanıyoruz gelecek nesillerimize devlet olarak. Dolayısıyla paranın finansman kaynağı devlet diye bir şey yok. İlk çıkan yer burası, ama en son akan yere baktığımızda da tümüyle, pür anlamda bir özel sektör görüyoruz.

Paranın aktığı yere bakalım: Paranın yüzde 40'ına yakını ilaç sektörüne akıyor, reel anlamda bakarsanız yüzde 25'lerde. Tümüyle özel sektörde... Orada devlet yok. Dünyada da yok, Türkiye'de de yok. Bir başka paranın aktığı yer tıbbi malzeme sektörü, cihaz sektörü, laboratuvarla ilgili harcamalar. Burası da tümüyle özel. Burada da devlet

yok. Yine bakarsanız çok önemli bir kısmı yüzde 50 hatta 60'a yakını insan kaynakları, çalışanlara ödenen paralar. Burada da devlet yok. Dolayısıyla diğer işletme giderlerini de bu kapsamda değerlendirdiğimizde paranın ilk çıktığı yer vatandaş, son aktığı yer de tümüyle özel sektör. Peki, biz neyi tartışıyoruz? Bu para tümüyle devletin içinde olmadığı organizasyona akıyorsa biz neyi tartışıyoruz? Aslında bu dağıtım mekanizmasının kimin eliyle yapılması gerektiğini tartışıyoruz.

Parayı kime emanet edelim?

Finansmanı değil de sunumu tartışalım. Sunumda bu parayı ben kime emanet etmeliyim? Vatandaşlardan alınan parayı kime emanet etmeliyiz? Özel mülkiyeti olan organizasyonlara mı, kamuya mı? Bunu sorarak bence yola devam etmeliyiz. Bunun parametrelerini, göstergelerini yaratmalıyız ve bunun sonucunda bir karar vermeliyiz diye düşünüyorum. Bu parayı kamu organizasyonları çok daha verimli kullanıyorsa, vatandaşın emanetine onlar daha iyi sahip çıkıyorsa, tümü özel olan sektörleri verimli çalıştırıyorsa, diğer bir tabirle rekabet ortamını sağlayarak bundan verimliliği sağlıyorsa, o zaman oradan devam edelim. Eğer bunu yapabilen, kâr amacı güden gütmeyen özel mülkiyetse o zaman o yöne gidelim. Bence yolumuzu ancak böyle bulabiliriz. Öbür türlü tartışmalar hepimizi kısır ve sonuç olmayan noktalara götürmektedir."

'Hapı yutmamak' için

Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen Özel Nisa Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Korkuyoruz, doğal olarak korkuyoruz, ölümden, yaşlanmaktan, hastalanmaktan. Daha da kötüsü hasta ve bakıma muhtaç bir biçimde yaşlanmaktan. Üstelik görüntü de önemli. Sağlıklı olmak kadar iyi görünmek gerekiyor aslı imaj olan çağımızda. Sözüm daha çok benim gibi 40'ını geride bırakanlara. Şimdi aslında gücümüzün doruğundayız; buraya ulaşana kadar

çok uğraştık, gayret ettik. Ama tepeye ulaşınca artık doruk değil, iniş yolu gözüküyor.

Bir çözüm yok mu? Tamam, ölümsüz değiliz ama artık oldukça uzun yaşıyoruz. (Tabi aslında dünyamızın bir bölümünde yaşayan şanslı azınlıklar olarak) Hiç değilse sağlıklı yaşlanalım, kendi işimizi kendimiz görebilelim; yaşlansak da kendi hayatımız üzerindeki 'ihtiyarımızı' koruyabilelim; belleğimizi, zihnimizi yel almasın. Çoluğun çocuğun eline bakar, muhtaç

bir hale düşmeyelim. Hayatı idare ederken idare edilen, koca koca hayat yüklerini taşıırken kerhen yük olarak taşınmak zorunda kalınan olmayalım. Üstelik giderek yalnızlaşan, insan için küçülen ve bireyselleşen bu dünyada artık yaşlılığımızda bize sahip çıkmaya muktedir bir ailemiz de olmayacak muhtemelen. Yaşlılara 'hizmet' veren sosyal kuruluşları insan düşünmek bile istemiyor.

Bunun için, çevremizde pek çok zihinsel kalkan oluşmuş/oluşturmuşuz.



Yaygın tıbbi bakım servisleri, antiaging guruları, onların sonsuz incelikli önerileri, yaşam felsefeleri, basının gayretleri, kitaplar, milyarlarca dolarlık destek ürünler, vitaminler, otlar, uzak doğudan, yakın batıdan gelen reçeteler, haplar?

Hem korkuyoruz, hem de çok zaman ayıramıyoruz. Hayatımız hızlı, zora gelemiyoruz; hayatımız bireysel ve önemli. Yoğun işlerimiz, gidecek yerlerimiz, kazanacak zaferlerimiz var. Hayatın sevk ve idaresi ile meşgulüz, muktediriz. İstiyoruz ki, bu arada bir şey olsun, ama basit olsun, hayatın keyfine, akıp giden hızına dokunmasın. Biz sağlıklı ve genç kalalım. Mesela bir hap olsun da yutalım.

Bu eskinin gençlik çeşmesi ütöpsine benziyor; içinde yıkananı gençleştiren, her daim genç ve sağlıklı kılan. Değişen zamanla sadece mitin niteliği gibi. Şimdi bir gençlik çeşmesi ya da pınarına kimse inanmıyor ama aynı büyüü tesire sahip haplara, vitaminlere, otlara, supplementlere, gurlara inancımız tam.

Ama zaman zaman, belki son günlerde arka arkaya bir takım inanç zedeleyici haberlerin basına da sızdığına şahit oluyoruz. Yok, efendim öyle bol bol su içmenin pek de bir yararı gösterilememiş. Her gün kilolarca vitamin almak yararlı değil, tam tersine vücudun dengesini bozucu etkiler gösterebiliyormuş. Yani gençlik için hap yutmak, 'hapı yutmaya' da yol açabiliyormuş.

Aslında tıbbi bir öneri var. Basit ama uygulaması uzun ve süreklilik gerektiriyor. Dergimizin ilk sayılarından bu yana değişik hastalıklar için hastalık yönetimi yazıları yayınlıyoruz. Diyabet için, kardiovasküler hastalıklar, felçler, bunamalar için. Bu hastalıklar günümüzde mahşerin dört atlısı gibi; can alıcı ve ıstıraplı bir sona sürükleyen.

Tıbbın tüm bu hastalıklar ve diğerleri için son noktada ortaklaştığı öneriler ise basit: Şişmanlamayacağız, günlük belirli miktarda fiziksel aktiviteyi mutlaka gerçekleştireceğiz, stresten uzak duracağız, zihnimizi hep aktif tutacağız, sigara alkol kullanmayacağız. Hipertansiyon, diyabet vs. varsa iyi bir takip ve kontrol sağlayacağız; ki bunlar için de ilk hayat tarzı önerileri geçerli yine.

Gördüğünüz gibi basit ama günlük hayatımızla/zevklerimizle ilgili. Günlük hayat her ne kadar genellikle bir büroda oturarak ya da otomobil vs. ile seyahat ederek geçse de yorucu. Bu yorgunluğu genellikle TV karşısında yayılarak atmak gerek. Yine stresli iş hayatına sigara olmadan nasıl taham-



mül etmeli? Bu kadar yorgunluktan sonra kebaplar, canım yemekler başka kimin hakkı olabilir? Üstelik çalışmak için enerji gerekli. Aslında artık global bir makinenin dişlisi olmak demek olan çalışma hayatının verdiği zihin yorgunluğunu da en iyi TV dizileri gibi eğlenceler giderebilir. Sanat, kültür, düşünce hem bu kadar işin üzerine yorucu ve zahmetli hem de can sıkıcı, huzur bozucu. Hiç tarzımız değil.

Tıbbın bu basit önerilerinin nasıl yerine getirileceği ile ilgili de ayrıca çok müthiş ve incelikli mucizevi yöntemleri olan bir sektör var. Bütün 'sektör' bu önlemlerin en kolay biçimde nasıl gerçekleştirileceğine dair haplar satıyor. Oysa dönüşüm insanın zihninde olmak zorunda. Önce ruhumuzu, insanlığımızı canlandırmalıyız. O canlı olmazsa biz bedenlen canlı olamayız, ihtiyar(lamaz) yaşlarız.

Bir makinenin parçası içindir yıpranmak, eskimek ve işlevsiz hale gelmek. Oysa insan, hayatı boyunca takdir edilen vakit doluncaya kadar insandır; yaşamaktadır ve diğer insanlarla ilişki içerisinde. Zamanla bu ilişkinin ve insan olmanın tezahürleri değişse bile, bu böyledir. Yine bir makine aksamı tamir edilir, rektifiye edilir, eskiyince yenisi ile değiştirilir. Ama insanın kendini sürdürmesi kendi sorumluluğudur.

Hangi sihirli diyet programı DSÖ'nün açıkladığı ve 'Büyük bölümü aklıktan olmak üzere bu yıl 100 milyon insan ölecek!' haberi kadar iştah kesici olabilir? Eğer tabi insanlığımız canlı ise. Şatafatlı iş yemeklerinde veya evimiz-

deki sıradan yemeklerimizde onların bir hakkı olduğu aklımıza düşmez mi?

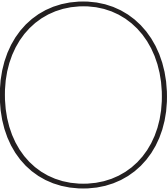
Fiziksel egzersiz günde yarım saat düzenli yapılmalı; bunun için hemen bir spor/sağlık merkezine üye olunmalı, şık ve pahalı ekipmanlar alınmalı. Tabi sağlık/spor merkezine ödenen paralarla kalınacaktır. Bütün serencam birkaç günlüktür ama bu ataklar hemen her yıl tekrarlanır. Bunun hayatta bir karşılığı yoktur. Oysa işe yürüyerek gitsek de, mesela çok sıradan bir öneri ile benzin ya da taksi paralarını ihtiyacı olan çocukların eğitimine ayırsak. Motivasyonumuz nasıl olur? Günümüz yaşamının bizi içine hapsettiği bireysellik ve onun yukarıda bahsettiğimiz sona ilişkin korkulu rüyaları üzerine biraz umut ilave edebilir mi? Bu bizi insanlara, kültüre, sanata, gerçek olan, belki bizim kadar bile ömrü olmayan (Bir gazetede görmüştüm, şimdi şirketlerin ortalama ömrü çok kısalmış yaklaşık 30 yıl kadarmış) bir şirketin kuruluşun veya başka bir işin dışısından başka bir şey olmayış durumundan uzaklaştırıp kendimize, gerçek bir hayata getirme ihtimali olmaz mı? 'İnsan isek ne için çalışıyoruz, bununla ne sağlıyoruz, ne yapıyoruz, nereye gidiyoruz' diye sormaz mıyız kendimize ve yaptığımız işte?

Artık sigara, alkol vs. konusuna hiç girmiyorum. Bu yazıda amacım hepimizin içinde yuvarlandığı hayata kendimiz açısından bir kuş bakışı atmak. Fikirleri siz geliştirin. Dediğim gibi, tıbbın sağlıklı yaş(ama)lanma için önerileri çok basit. Mesele hapı yutmamak için canlanmakta!

Okul öncesi dönemdeki çocukların fiziksel aktivite/spor alışkanlıklarının geliştirilmesi

Yrd. Doç. Dr. Feryal Subaşı

Prof. Dr. Serap İnal



-6 yaş dönemini kapsayan okul öncesi dönem, insan gelişiminin kapsam, hız ve nitelik açısından en yoğun olduğu dönemdir. Doğumdan itibaren başlayan süreçte, bedensel, zihinsel, dil, sosyal ve duygusal, gelişim açısından son derece önemli ve geleceği belirleyen özellikler kazandırmaktadır. 0-6 yaş arasında alınan eğitim ve bu eğitimlere karşılık gelişen etkiler ve kazanılacak alışkanlıklar daha sonraki dönemlerde kazanılacak becerilere temel teşkil eder; kişilik gelişimine katkıda bulunur.

Çocuğa erken yaşlarda sağlanacak deneyimlerle elde edilecek temel bilgi, beceri, davranış ve alışkanlıklar çocuğun daha sonraki öğrenim yaşamının yanı sıra sosyal ve duygusal yaşamını da bi-

çimlendirecek güçtedir.

Çocuklar beden eğitimi ve spor etkinlikleri çerçevesinde yetenek sınırlarının farkına varırken vücutlarını kullanmaya ilişkin deneyimleri etkin boyuta getirebilirler. Çocuğun sosyal gelişiminin hızlı bir artış gösterdiği dönem olan 2-6 yaş döneminde çocuğun beden eğitim ve spor etkinlikleri ile tanışması ile çocuk sadece bedenini koordineli kullanmayı öğrenmez; aynı zamanda bu becerileri sahip olmakla kazandığı özgüven ile çevreyle olan iletişimi de güçlenir. Böylece bu dönemde yapılan beden eğitimi ve spor aktiviteleri çocukların motor, sosyal ve bireysel gelişimlerini önemli ölçüde etkileyecektir. Ancak Özer D. ve Özer K'nin belirttikleri üzere anaokullarında çocukların eğitiminde en az yer verilen ve aileler tarafından da en az önem gösterilen etkinlik, beden eğitimi ve spor etkinlikleridir. Böylece beden eğitimi programla-

rının bilinçli bir şekilde planlanıp uygulanmaması okul öncesi eğitimde büyük bir eksiklik oluşturmaktadır.

Toplumun temel amaçlarının başında, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireyler yetiştirmek gelir. Ancak günümüzde çocuğun zevk ve eğlence ile yapması gereken spor uygulamalarının yerini aşırı yüklenmeli ve ne olursa olsun kazanma arzusu içeren çalışmalar almıştır. Hâlbuki esas amaç kalp-dolaşım ve solunum sistemlerini güçlendirmek, sinir kas koordinasyonunu, esneklik, kuvvet, dayanıklılık gibi motor özellikleri geliştirmek, bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı, yapacağı spor dalı için alt yapısı hazır bireyler yetiştirmek olmalıdır.

Bu dönemde uygulanacak beden eğitimi ve spor aktiviteleri ile çocuklarda nöro-musculer sistemde meydana gelecek değişimler aşağıdadır.



Motor öğrenme: Deneyim ile bir hareketin öğrenilmesini ve performansta meydana gelen ilerlemeyi ifade eder. Performansta ilerleme olması ve bu ilerlemenin öğrenme sonucu olması ile motor öğrenmeden bahsedilebilir.

Algısal motor öğrenme: Uyarıcıların duyu yolu ile algı merkezine iletilmesi ve algılamının motor davranış üzerindeki etkisini belirtmektedir.

Beceri: Kısa süre içerisinde güç kazanma. Hareketi öğrenebilme ve değişik durumlarda amaca uygun, çabuk şekilde tepki gösterebilme yeteneğidir.

Motor beceri: Bir hareketin yapılmasında kuvvetin gerekli şekilde kullanılması ifade eder. Bu kullanım deneyim ve öğrenme ile hareketin doğru bir şekilde yapılmasını içermektedir.

Uzak algısı: Bu kavram vücudun nereye hareket ettiği ile ilgilidir. Çocuklar vücutlarının boşlukta nereye ve nasıl hareket edebileceğini anlama ihtiyacı içindedir. Tüm hareketler seviye, yön ve stabilite ile doğru orantılı olarak bağdaştırılabilir.

Seviye, hareketin yapıldığı yükseklikle ilgilidir. Yüksek, alçak veya normal seviyede hareketler gerçekleştirilebilir. Yön, hareketin yapıldığı doğrultu ile ilgilidir. Hareket ileriye, geriye, aşağıya, sağa-sola doğru olabilir

Duyusal gelişim: Çocuğun kendi duyu organlarına gelen uyarımları fark edip onların mukayeselerini yapabilmesi ile gelişir. Çocuk çevresinden gelen olaylara reaksiyon verirken bu reaksiyon sadece duyularının gelişmesine bağlı değil, aynı zamanda da olayları kavramasına ve onlar arasında ayırım yapabilme yeteneğini kullanmasını öğrenmesine bağlıdır. Ergenlikte görme yeteneği öbür tüm sistemlerin önüne geçer. 5 yaşındaki çocuk vücut organlarının yüzde 55'ini doğru olarak ayırabilir.

Kavrama yeteneğinin gelişimi

Kavramaya etki eden faktörler şunlardır: Konuşma ve lisan kabiliyeti, anlama ve hafıza yeteneği. Fiziksel egzersiz programlarında çocuklara sadece hareketlerin yapımı değil, aynı zamanda onlara geliştirmeyi düşünmeleri de öğretilmelidir. Ayrıca problemleri çözmelelerine yönelik rehberlik hizmetleri onların kavrama yeteneklerini geliştirir. Çocuklar ilk önce basit bilgileri kavrayabilirler, zamanla daha küçük ve komplike bilgileri algılayabilirler.

Sağlıklı çocuklar için en iyi egzersizler nelerdir?

Çocuklar da tıpkı yetişkinler gibi fiziksel aktiviteye düzenli olarak en az 30 dk/gün, 3-4 kez / hafta katılmalıdır. Esas olarak onlar için en iyi egzersiz, öncelik-



le düzenli olarak yapılan egzersizdir. 3-5 yaş grubundaki çocuklar için en iyi egzersizler; fırlatma, yakalama, koşma ve sıçrama içeren aktivitelerdir. Yüzme ise suyun viskozitesi ve hidrostatik basıncı, su içinde horizontal pozisyonda insanın ağırlığının yüzde 90 kadar kaybetmesi nedeniyle vücudun kemik, kas, yumuşak doku ve eklemlerine aşırı yük bindirmeden kasların kuvvetlenmesini ve kardiyο respiratuar kapasitenin artmasını sağlayan bir spor tipidir. Bu nedenle zayıf ve paralizit kaslara sahip cerebral paralizili çocukların hem rehabilitasyonunda hem de rekreasyonel aktivite düzeylerinin artırılmasında dahi kullanılabilir.

Sonuç olarak çocuklar için en iyi egzersiz öncelikle düzenli olarak yapılan egzersizdir. Bu egzersizler eğlendirici olmalıdır, risk taşımamalıdır. Ülkemizde hem çocuklarda ve hem de ebeveynlerinde düzenli fiziksel aktivite/spor yapma alışkanlığına sahip olma sıklığının düşük olması, toplum sağlığımız açısından ciddi risk oluşturmaktadır. Bu nedenle;

1- Anaokulu çağındaki çocukların genel sağlık durumlarının yükseltilmesi, fiziksel aktivite/spor düzeylerinin artırılmasına yönelik olarak sağlık eğitim modelleri ve stratejiler oluşturmak

2- Çocukların, ailelerin ve öğretmenlerinin fiziksel aktivite yapamama nedenlerini ve bariyerlerini belirlemek,

3- Çocuklara, ailelerine ve öğretmenlerine yönelik fiziksel aktivite/spor yapmayı geliştirecek broşürler ve rehber kitaplar hazırlanması, okul öncesi dönemde (3- 5 yaş) anaokullarına devam etmekte

olan çocukların fiziksel aktivite /spor alışkanlıklarının geliştirilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar:

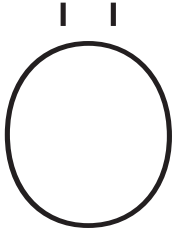
- 1- Altınök, M. (2006). *Temel Motor Hareketlerin Geliştirilmesini İçeren Özel Beden Eğitimi Program Tasarısının 5- 6 Yaş Çocukların Temel Motor Hareketlerinin Gelişimine Etkisinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 2- Cooper, C. B., Thomas, WS. (2003). *Egzersiz Testleri ve Yorumları* (Çeviri editörleri: Abidin Kayserlioğlu, Hayrinüsa Çavuşoğlu) Yüce Yayınları, İstanbul.
- 3- Ergun, N., Baltacı, G. (2006). *Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon* (2nd Ed.). Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu Yayınları: 20, Ankara.
- 4- Getz, M. D. (2006). *Aquatic Intervention in Children with Neuro- Motor Impairments. Research Thesis*, Tel – Aviv.
- 5- Mc Call, R.M., Craft D.H. (2000). *Moving with a Purpose: Developing Programs For Preschoolers of All Abilities*. Human Kinetics, USA.
- 6- Özer, D.S., Özer, K.M.(2001). *Çocuklarda Motor Gelişim*. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- 7- Subaşı, F. (1995). *Astım ve Spor* (In)Astımla Birlikte Sorunsuz Yaşamak (Ed) Gürses, H.N., Polat, M.G. Türkiye Fizyoterapistler Derneği İstanbul Bölge Temsilciliği Yayını Sayı 1, ss : 49-54, İstanbul.
- 8- Subaşı, F., Gürses, N., Güler, C., Kayserlioğlu, (1996). A., Astımlı ve Sağlıklı Sporcuların Kardiyovasküler Egzersiz ve Pulmoner Fonksiyon Test Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Solunum Dergisi*, 20, 229-234.

Bir valinin gözünden: Ülkemizde sağlık alanında arayışlar

Erdoğan Bektaş



Erdoğan Bektaş 1960 Zonguldak doğumlu. İlk ve ortaokulu Tonya'da, liseyi Trabzon'da bitirdi. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunu. İstanbul'da avukatlık ve hakimlik stajı yaptı. İstanbul Valiliği Kaymakamlık adaylığı, Söğüt, Aliağa Kaymakam vekillikleri, Mut, Karaçoban, Kurtalan, Osmaneli, Manyas, Söğütü ve İnegöl Kaymakamlıkları, Elazığ ve Kırşehir vali yardımcılıklarında bulundu. Bektaş, geçtiğimiz Mayıs ayında Üsküdar Kaymakamlığı görevinin ardından Muş Valiliği'ne atandı. Bektaş, evli ve üç çocuk babasıdır.



Öncelikle sağlık gibi sorunlu bir konu ile uğraştığımızı söyleyerek söze başlamalıyız. Sağlık konusunu gelişmiş ülkelerin bile çözememiş olduğunu biliyoruz. Maalesef bu konuda bilinen bir mükemmel çözüm şekli yok. Her ülke kendi şartlarında mücadele ediyor.

Tam liberalizasyon uygulaması olan Amerika'da sigortası olmayanların köprü altlarında ölüme terk edildiğini biliyoruz. Genel sağlık sigortası uygulaması olan İngiltere, Almanya gibi ülkelerde ise devletin sağlık ve sosyal güvenlik

harcamalarının ağırlığı altında belinin büküldüğünü, bizim gibi ucuz ülkelerde bulacakları çözümlerle yüklerini hafifletme çabalarına girdiklerini de biliyoruz. Yine bizzat Amerika'da karşılaştığımız bir olayda, bir arkadaşımızı doktora götürüp ücreti sordumuzda, doktorun sigortanız varsa 100 dolar, yoksa 50 dolar dediğini duyduğumuzu da eklemeliyim.

Büyük bir devrim: Hastanelerin birleştirilmesi

Bütün bunları en gelişmiş ülkelerde bile çözümü bulunamamış bir konu ile karşı karşıya olduğumuzu, 'Sorunu yüzde

100 şu şekilde çözeriz' diye heveslenmemek gerektiğini anlatmak için anlatıyorum. Buna rağmen hükümetin bu ağır sorunun çözümü için olağanüstü çaba harcadığını ve önemli başarılarla imza attığını da biliyoruz.

Özellikle SSK'ya ve diğer kurumlara bağlı hastanelerin birleştirilmesi, devrim niteliğinde bir icraattır. Bu durum, kamu düzeni hakkında benim de en önemli hayallerimden biri idi. Bu konuda emeği geçen herkes çok önemli bir teşekkürü hak ediyor.

Ayrıca hükümetimiz, popülizme takılmadan, hastane inşaatlarında kendini boğmadığı ve sorunun esası ile ilgilen-







diği için de teşekkürü hak ediyor.

Kısaca kesinlikle doğru yoldalar. Güzel işler yapıyorlar. Ancak, eteklerinden çekiliyorlar ve almaları gereken yolu alamıyorlar. Bu çerçevede bu aşamada söylenmesi gereken bazı şeyler var.

Sorunu ülkemizde daha da ağırlaştıran bir husus, doktorların alışkanlıklarında yatıyor. Söylemeye gerek yok, konu sağlık olunca sorunu doktorlarla çözmek zorundasınız. Ancak bizde doktorlar her ülkedekinden daha başka özelliklerle yetişiyor. Bir kere bizde doktorlar normalin üzerinde bir para hırsına sahip. Çünkü kendimden biliyorum, tıp fakültesini seçen üniversite adayının neredeyse tek gerekçesi, doktorluğun bizim milletin bildiği en kısa yoldan zengin olma yolu oluşudur. Benim de üniversite sınavına girerken ilk beş tercihim tıp idi ve sebebim de daha doğrusu yakın çevremden bana empoze edilen sebep de aynı idi. Ama kaymakam olurken taşıdığım niyetler arasında para kazanmak gibi bir niyet bulunmuyordu.

Gerçi her milletin ve her meslek grubunun para kazanma hırsı ile dopdolu, paraya tapan mensupları vardır. Ama bu hiçbir millette ve hiçbir meslek grubunda bizim milletimizdeki doktorlar arasındaki yoğunlukta değildir. Çünkü doktorluk seçilirken bizde esas motivasyon, esas güdü kısa zamanda para kazanmak ve çok para kazanmak duygusudur.

Bizde doktoru legal imkânlarla doyurmak neredeyse imkânsızdır. Düşünün ortalama bir ilçede ayda 150 bin YTL kazanmak başka hangi meslek dalında mümkündür ve ayda 150 bin YTL kazanan birini kaç legal lirayla tatmin edebilirsiniz. Rakamı abartmıyorum, muayenehanesini terk edemeyen ama başhekimliği terk edebilen bir doktor arkadaşın kendi ifadesidir.

Para ile anılmaması gereken iki konu: Doktorluk ve din

Bizim milletin para ile yan yana anmak istemediği iki konu var. Biri doktorluk, biri din... Ama yine aynı aziz milletimizin aklına gelen ilk tatlı para kazanma yolu da maalesef doktorluktur.

Bu da dolaylı olarak bizdeki doktorluğun ikinci sıkıntılı yönünü hazırlar. Şöyle ki, millet bütün gücüyle çocuğunu bu tatlı para kazanma imkânına sevk ederken, ister istemez tıp fakültelerinin puanı tavan yapar ve milletin en zekileri, belki 100 yıldır doktor olur.

Milletin en zeki çocukları doktor olunca bu durum iki hatta üç sakınca ortaya çıkarır. Biri, en zekiler insan bedeninin sorunları ile uğraşınca, insan ruhunun, dahası insanlar topluluğunun yani toplumun, sosyal hayatın sorunları ile uğraşmak daha az zekilere kalır ki, bu da en hafif deyimle millet adına bir talihsizliktir. En zekiler de para peşine düşünce milletçe sorun çözme yeteneğimiz dumura uğrar.

İkinci sakınca, bu zekilerin kurduğu para kazanma düzenine karşı, sistemi kuran daha az zekilerin geliştirdiği sosyalizasyon, full-time, part-time uygulamaları, zorunlu hizmet, döner sermaye, performans, aile hekimliği, sevk zinciri ve benzeri savunma mekanizmalarının kolayca devre dışı bırakılabilmesidir. Çünkü mekanizmayı kuran, mekanizmayı boşa çıkarmaya çalışan kadar zeki değildir. Bu durumda da hiçbir mekanizma iş görmez. Sorunlar içerisinde debelenir dururuz.

Üçüncü sakınca ise bu zeki doktorların tabiatıyla kendilerini herkesten üstün görmeleridir. Daha doğrusu onlar kendilerinden başkalarını adam yerine koymazlar. Yürüyen kalabalıkları yürüyen banknotlar olarak algıladıkları da olur.

Üstelik gerek okurken kapandıkları ders çalışma ortamları, gerek çalışırken girdikleri yoğun para kazanma temposu nedeniyle hayattan koparlar. Toplumu tanımazlar. Kendi fildişi kulelerinde yaşarlar. Çoğunlukta kazandıkları o tatlı paracıklarını da, o bir yere konduramadıkları milletin üçkâğıtçılarına yem ederler. Onun da hayrını görmezler. Öyle bir kısır döngüdür ki döner dururuz.

Güneydoğuya'ya gitmeyen doktorlar

Bütün bu söylediklerimizi biraz daha detaylandıralım. Mesela, 'Bizde doktorlar diğer meslek gruplarından daha fazla para hırsıyla doludur' dedik. Bu, son derece doğrudur. Örneğin, hâkimleri, valileri, mühendisleri göz önüne getirirsek konu daha iyi anlaşılır. Şüphesiz her

meslek grubunun paracıları vardır ama bunlar doktorlar dışında her grupta azınlıkta kalır. Doktorlarda ise maalesef çoğunluk böyledir.

Yine Güneydoğu'ya tayini çıkan bir hâkimin, savcının, valinin, kaymakamın, öğretmenin, subayın, paşanın görev yerini beğenmediğinden görev yerine gitmediğini düşünemezsiniz bile. Ama bir doktor, özellikle bir uzman hekim aynı durumda değildir. Doktor Güneydoğu'yu genelde beğenmez ve oraya gitmez.

Doktor dediğin çok para kazanacak, hem de kısa sürede kazanacak! Bu kabul edilmiştir. Tartışılmaz bile... Halk nezdinde ise sağlık hizmeti parasız olmalı beklentisi maalesef yerleşmiş durumdadır. Madame Bovary'deki doktor, o şartlarda gittiği her hastanın doktorluk ücretini bir şekilde, birkaç yumurta ile bile olsa tahsil eder. Yaptığı işin bedelini alır. Bu durumda doktorluğun bir bedeli, alınan hizmetin bir karşılığı vardır ve ona göre toplumların genleri teşekkül etmiştir. Bu durumda da meslek gruplarının kıymet-i harbiyesi ta baştan bellidir. Lüzumsuz ve toplumun dengeleriyle oynayabilecek bazı yığılmalar oluşmaz.

Göründüğünden de karmaşık bir mesele: 'Bıçak parası'

Şu 'bıçak parası' ya da muayenehaneden hastaneye kurulan hasta sevk zinciri üzerine de birkaç kelime sarfedelim isterseniz. Aslında bu uygulamalar, bizim millet olarak geliştirdiğimiz, bize has ideal çözüm tarzlarıdır. Sistem tarafların zımnı muvafakati ile çalışır ve çok konuşulanın aksine alanın razı, satanın razı olduğu bu dönen çarktan kimsekinin şikâyet hakkı yoktur.

Aile hekimliği: Düşünce güzel; ama...

Aile hekimliği meselesine gelirsek... Düşünce güzel. Altyapısı hazırlanırsa, yani toplumun genleri olması gerektiği gibi işlerse, yani herkes aldığı hizmetin bedelini ödemeyi bir şekilde kabullenirse, doktorlar da daha yavaşça zengin olmaya ikna edilirse, işlememesi için bir sebep yok. Ama fazla heveslenmemek, hayallere kapılmamak lazım... Reprizantların cirrit attığı, doktorların ilaç şirketleri ile acayip ilişkiler geliştirdiği, üstelik doktorların en zeki meslek grubunu oluşturduğu ve 'kısa sürede zengin olmaları gerektiği' bir ülkede yaşıyoruz. Aile hekimi ile uzman hekimlerin yüzdelik hesapları ya da hasta ile aile hekimi arasında sevk parası türü geliştirilecek yeni terminolojilere hazırlıklı olmalıyız.

Ülkemizde uzman hekimleri Sağlık Müdürü olarak istihdam edemediğimiz

unutmayalım. Malum, uzman hekimler çok daha fazla para kazanmalı. Bizim de devlet olarak bütün sağlık sisteminin başına geçiyor olsak bile sağlık müdürüne verecek fazla paramız yok. O zaman uzman hekim de sağlık müdürü olmaz. Olmasın, biz de sağlık müdürünü pratisyen hekimlerden yaparız. O zaman da koca koca uzman hekimler, klinik şefleri, başhekimler, profesörler sağlık müdürünü saymaz. Saymayınca da sistem işlemez. İşlemesin, ne olacak? O kadarcık kusur, kadı kızında da olur. Komik değil mi? İşte bizim sorun çözme mantığımız maalesef bu...

Bir şey daha yaptık: Başhekimler muayenehaneleri kapatsın dedik. İyi de yaptık. Peki, onlar ne yaptı? Hastaneleri kapattı. İşleyen muayenehaneler devam ediyor. Başhekimlikler, muayenehane açmaya cesareti olmayan uzman hekimlere kaldı.

Şu döner sermaye ve performans meselesine gelirsek. Gerçekten harika bir sistem. Birkaç eksiği var ama neredeyse bu sistem bile sağlık sorunumuzu kendi başına hafifletebilecek imkânlar taşıyor. Ama olmadı. Niye mi? Sistemi doktorlar yönetiyor da ondan. Ve 'doktorların zengin olması' lazım... Üstelik onlar bizim en zekilerimiz. Onlara sistem mi dayanır?

Önceden de öyle idi. Döner sermayeden herkes yönetimin takdir edeceği performansına göre pay alacak idi. Ama işlemedi. Döner sermayeden herkese eşit oranda pay dağıtıldı. Performans takdiri yapılamadı. Peki, neden yönetim performans takdiri yapamadı da herkese aynı parayı vermek zorunda kaldı? Çünkü bu sektör bir bütündür. Hiç kimse ile aranızı bozmamanız gerekiyor. Sırası gelince hemşire de, hasta-bakıcı da, dönerden pay almaması gereken miskin doktor arkadaşınız da hasta sevk zincirinin önemli bir halkası olabilir. Yarın sizin de ona işiniz düşebilir. Yönetici de olsanız, başhekim de olsanız, neticede sizin de para kazanmanız gerekiyor.

Hasta kapma yarışı

Bir de, özellikle sağlık ocaklarında doktorların hasta bakma dışında da işleri var. Ama onlar performansa sayılmıyor. Peki onları kim yapacak? Kimse de yapmıyor zaten...

Döner sermaye sisteminin eksik bir iki yönünü burada vurgulamakta yarar var. Çünkü detay gibi görünen minik eksiklikler sistemi bütünüyle fonksiyonsuz bırakabilmekte, hedeflenenlere ulaşmayı tamamen ya da kısmen engelleyebilmektedir.

Öncelikle mülki idarenin sistemin dışından tutulması doğru değildir. Çünkü sağ-

lık sorunu yalnızca doktorların sorunu olmadığı gibi, doktorların kendi başlarına çözebilecekleri bir sorun da değildir. Üstelik doktorların birbirleri üzerinde otorite kuramama gibi bir sorunları vardır. Bu sorunu mülki idare ile aşmak gerekir. Bir pratisyen hekim olan sağlık müdürünü uzman başhekimler saymakta zorlanır, ama valiyi, kaymakamı saymakta zorlanmazlar. Ayrıca döner sermayenin sağlık personeline para kazandırmak dışında da imkânları var. Bu imkânları mülki idare için içine katılarak daha da geliştirmek belki sadece döner sermaye geliri ile sağlık sektörünün bütün ihtiyacını karşılamak mümkün olur. Döner sermaye geliri küçümsenemeyecek bir gelirdir. Yine performans takdiri vb. konularda mülki idarenin daha rijit davranabileceğini de hesaba katmalıyız.

Belki sadece döner sermaye sisteminin yönetimi için oluşturulacak sivil bir yönetim anlayışı sistemi bütünüyle amacına hizmet edebilir hale getirip faydalı kılabilir. Sistemin içine mülki amir, belediye başkanı, milli eğitim müdürü vb. gibi doktor olmayan sivilin de katılımı şeffaflığı sağlayarak sağlık personeli üzerindeki olumsuz kamuoyu baskısını azaltabilir.

Bununla birlikte sistemin en önemli açmazı olarak sınırlarının iyi belirlenmediği ortaya çıkmaktadır. Sağlık ocaklarının il genelinde bir döner sermaye, hastanelerin de bir döner sermaye olarak algılanmaları yerinde olmamıştır. Bu durum ileride sağlık ocakları hastaneler çekişmesini doğurabilir. Hâlbuki sağlık ocakları ve hastaneler birbirlerini tamamlamalı, beslemeli, desteklemelidir. Bu durumda her ilçenin hastanesiyle, birinci kademesiyle bir döner sermaye olarak algılanması, büyük yerleşimlerin bölgelere ayrılarak sisteme idari bütünlük kazandırılması uygulamanın etkinliğini, verimliliğini ve sorgulanırlığını önemli ölçüde artıracaktır.

'Çürük yumurtalar' temizlenmeli

Bir de sağlıkta özelleştirme ve özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma konusu var. Öncelikle sigortalıların da devlet hastanelerinden yararlanması hususunda bir anekdotu aktarmalıyım. Özel bir eğitim kurumunda çalışan bir öğretmen arkadaşın ifadesidir. Uygulamanın ne kadar yararlı olduğundan bahsederken şöyle diyordu; "Biz eskiden beri sigortalıydık. Ama hayatımızda ilk kez hastaneye çocuğumuzu götürüp ilaç yazdırma imkânı bulduk. Meğerse devlet memurları ne kadar şanslıymış. Biz yeni anlıyoruz. Ne büyük bir imkânmış. Allah yapanlardan binlerce kez razı olsun". Ne garip bir ülkede yaşıyoruz değil mi? Düşünüyorum da mensuplarına ilaç vermeyi bile başaramayan SSK hastaneleri garabetini ortadan kaldırmak için neler çekildi?

Şimdi özelleştirmeye gelirsek... Bana göre dünyadaki aksine özelleştirme bizde çok oturan kesin bir çözüm gibi algılanmaz. Bizde özel sektörün son kertede ilkeli çalışacağına inanılmaz. Kamu kesiminin de olur olmaz işlerle uğraşması yadigarı olmaz. Belki bu durumun psikososyal sebepleri de vardır. Belki bu durum dünya gerçekleri ile bağdaşmaz. Ekonomik olarak doğru da değildir. Ancak bizim milletin büyük çoğunluğunun olaya bakışı böyledir.

Bu durum sağlık sektöründe daha çok böyledir. Ben şahsen sağlık sektöründe özellikle hastanelerde tam özelleştirmeden yanayım. Ama görüyorum ki, bizim resmi hastanelerde sunulan makyajlı bozuk sağlık hizmeti, her şeye rağmen özel sektördekinden daha güvenilir. Devlet hastanelerinde hemşire sizi azarlar. Hasta bakıcı itip kakar. Ama bilirsiniz ki, zor durumda bir insan evladı gelir, size sahip çıkar, tutar kaldırır. Eninde sonunda derdinizden anlayacak birini bulursunuz.

Ama özel hastanelerde öyle mi? Yapılacak işlem hastane için kârlı olmaktan çok, sığınabileceğiniz bir merci var mıdır? Geçtiğimiz günlerde bir özel hastanede küçük bir ameliyat geçirdim. Bir daha deneyebileceğimi sanmıyorum. Müşteri muamelesi beklerken en hafif deyimle eşya muamelesi gördük. Özelleştirme, ama özel sektöre de muadilleri gibi iş ahlâkı, ilkeli faaliyet gerekir diye düşünüyorum. Bizim özel sektörümüzün bu işin içinden çıkabileceğine de çok ihtimal vermiyorum.

Burada doktor dokunulmazlığı konusuna da değinerek sözü bağlamak istiyorum. Malum, her meslek grubunda olduğu gibi meslek dayanışması doktorlar arasında da vardır ve olmalıdır. Ancak meslek dayanışması aradaki çürük yumurtaların temizlenmesini engellemelidir. Aksi durum çürüklüğün bütün camiyi kirletmesini doğurur. Doktorların kendilerini temizleyecek mekanizmaları geliştirmeleri gereklidir. Meslek örgütleri aşırı derecede politize olmuştur. Bu durum ve haksız meslek dayanışması camia hakkında kamuoyunun olumsuz yargılarını beslemektedir.

Son söz olarak sorunların çözümü için, vatandaşın aldığı hizmetin bedelini ödemeyi, idarenin ucuz doktor çalıştırmayacağını, doktorların da daha yavaş zengin olmayı kabullenmelerinden başka yol olmadığını söylemeliyim. Umarım çabalar hedefine ulaşır.

Not: Bu yazıyı iki yıl kadar önce Sayın Sağlık Bakanı'na bir rapor olarak sunmuştum. Tesadüfen sağlıkta yetkili bir arkadaş gördü ve sektöre dışarıdan bir bakışı yansıtmayı nedeniyle yayınladım dedi. Biraz güncelleyerek sunmuş olduk.

Hüsrev Hatemi: Gece Frankenstein oluyordum, sabah asistan Hasan Bey!

Röportaj: Ömer Çakkal

Bir gazeteci için herhalde dünyanın en keyifli işlerinden biridir Hatemi Biraderlerden biriyle röportaj yapmak. Hukuk profesörü Hüseyin Hatemi için de, iç hastalıkları profesörü Hüsrev Hatemi için de geçerli bu durum.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden emekli olduğu 2006 yılından beri Alman

Hastanesi'nde hastalarını muayene etmeye eden 69 yaşındaki iç hastalıkları duayeni Hüsrev Hatemi ile sıcak bir Cumartesi öğleden sonrasında odasında buluştuk.

Ayağa kalkıp koluma girdi ve yemek yiyeceğimiz üst kattaki restorana ulaşmaya kadar beklediğim sıcak sorularla adımı, memleketimi öğrendi. Kendine özel lisanı ile tane tane konuşan Hatemi Hoca bize ayırdığı iki saatte 1950'lerden 2008 Türkiye'sine

sağlık politikalarına dair özgün fotoğraflar çekti. Özal sonrası devletin kendi hastanelerine 'üvey evlat' muamelesi yapmaya başladığını söyleyen Hatemi, 'Hekim sayısı yetersiz' tartışmalarına 'Yetersiz değil, dağıtımı dengesiz' sözleri ile sigara yasağına ise 'Ya alkol' çıkışı ile açılım getirdi. 'Ortadoğu ve Balkanların en ukala hastalarının Türkiye'de olduğunu' savunan Hatemi'nin meslektaşları için de sert eleştirileri de vardı. Röportajın





son bölümünde 'Şair Hüsrev Hatemi' üzerine notlar da bulacaksınız.

Aids ve kanser gibi çözümü aranan kitle hastalıkları, dünya toplumlarını tehdit etmeyi sürdürüyor. Öte yandan son 50 yılda sağlıkta büyük ilerlemeler var. Hatta sağlık için 20'inci yüzyılın en fazla büyüyen sektörü deniyor. Dünya toplumu olarak sağlıkta neredeyiz?

Evvela Türkiye'den bakacak olursak eğitim ve bilim düzeyi bakımından çok kötü yerlerde değiliz. Teorik tıp eğitimimiz oldukça iyi, pratik tıp eğitim olarak bazı ülkelere göre çok iyi, bazılarına göre çok kötüyüz. Demek ki ortayız. Halk sağlığı hizmetleri bakımından da çok kötü yerlerde değiliz. Hele de ne devirler atlattığımızı düşünenecek olursak. "Karadeniz kıyılarında bir cevelan ve acıklı dertlerimiz" Bu, 1922 yılında İstanbul Tıp Mecmuası'nda çıkan bir makale. Yazarı abartmıyorsa, "Kastamonu'dan Samsun'a kadar yapılan bir yolculukta yolda gördüğü 10 kişinin 8'i hastaydı. 4'ü sıtmaysa, 2'si tüberküloz, daha fenası da ikisi frengi idi" diyor. Ben ilkokula giderken, 50'li yıllarda sıtma yavaş yavaş azalıyor, halk tüberkülozdan kırıyordu. O zamanlar henüz kanserden bahsedilmezdi. Verem korkunç bir hastalıktı. Romanlar vereme dayanırdı ki 19'inci yüzyıldan beri öyleydi

zaten. Şimdi o günleri hatırlayınca söylemek gerekir ki, halk sağlığı bakımından Türkiye iyi günlerini yaşıyor. Tabi veremin azalmasında ilaçlar ana rolü oynadı. Ama sıtmanın azaltılmasında sıtma ile mücadele önemli rol oynadı.

Bilhassa son 10 yıla bakacak olursak özel hastanelerin nitelik ve nicelik itibarıyla büyüdüğünü, büyük grup hastanelerinin açıldığını, hükümetin de sağlıkta özelleştirme noktasında istekli olduğunu görüyoruz. Sağlık sektöründeki değişiklikleri siz nasıl yorumluyorsunuz?

Türkiye'de sağlık sektöründe öteki sektörlerden biraz daha fazla olarak devletçi bir yapı vardı. Belki de gerekliydi bu. Bazı problemlerin özel sektör eliyle halledilemeyeceği, daha Osmanlı zamanından belliydi. Abdülhamit döneminde açılan devlet hastaneleri bu politikanın işaretidir. Abdülmecit ve Abdülaziz'in pek hastane açılığı yoktu. Daha önce yapılanları saymazsak yeni anlayışlı ilk devlet hastanesini Abdülhamit açmıştır. Şişli Etfal Hastanesi'ni kurmuştur. Cumhuriyet'te yeni bir devlet kurulmadı, devlet devam etti. Yeni Cumhuriyet'in sağlık politikası da aynen devam etti. Halkın gözünde hastalıklara deva devletten beklendi. Ta ki 80'lere kadar. 80'de iş rayından çıktı. Oysa o zaman şöyle

bir soğukkanlı ayırım yapılabilirdi: Özel hastaneler daha rahat, daha göze hoş gelen, ferahlık veren şartlarda yatmak olmalıydı. Bu da insanların bir hakkı. Kimi kolonya sürer, kimi en pahalı parfüm. Ama kolonyayı berbat etmek gerekmezdi.

Kolonya nasıl berbat edildi? 80'den sonra tam olarak ne oldu?

80'li yıllardan sonra Türkiye, devlet hastaneleri gözden düşürücü ihmalere göz yuman bir memleket oldu. Özel hastaneler daha 'cici yerler' ilan edildi. Özel hastanelerin ciciğine bir diyeceğimiz yok ama bunun için devlet hastaneleri gözden düşürülmeliydi. Devlet 80'den sonra kendi hastanelerine 'üvey evlat' gibi bakmaya başladı. Hani bazı kırsal babalar, mütevazı şartlarla okuttuğu oğlunu, komşunun Robert Koleje giden oğlu ile mukayese edip 'Bak eşek kafalı, sen bir şey olamadın' der ya; tıpkı böyle devlet de 80'den sonra kırsal devlet oldu ve kendi çocuklarının ensesine tokat atmaya başladı. Sonra da kendisinin desteklediği ve gene aynı milli gelirden pay alan özellere 'Bak ne beyefendi çocuk' demeye başladı. Bu Özal'la başladı; şimdi de devam ediyor. Şimdi ki hükümetimiz de özel hastanelere beyefendi gibi bakıyor, kendi çocuklarının ensesine tokat atıyor. Türkiye'nin milli gelirinden, eğitim kurumlarından faydalanarak kurulmuş özel hastanelerin başımızın üstünde yeri var. Ben onları kötüleyelim demiyorum. Ama belirli bir standardı devlet hastanelerimizde de sürdürmek, bunu yaparken de kendi mensuplarını azarlamamak gerekirdi.

Sağlıkta özelleşme tüm dünyanın tartıştığı bir olay. Sizin bu konuda tarafınız neresi?

Ben oldukça devletçiyim. Yani sağlık hedefine gidilecekse halkın da devlet havayollarını seçme hakkı olmalı. Yoksa birini uçuramaz durumda bırakıp sonra da 'Çeşitli özel havayolları şirketleri ile sağlığa doğru yolculuk yapmak zorundasınız' denmemeliydi. Devletin havayolları da sağlığa uçurmalı, o da lüks olmayan ama aynı standartlarda sağlık hizmetleri verebilmeliydi. Devletin kendi hastanelerini güçlendirmek yerine, önce fakir halkı özel hastanelerine yönlendirip ardından da bunları sübvansetmesini, kaynaklarını bunun için kullanmasını doğru bulmuyorum. Özel teşebbüsü elbette sınırlamayalım ama bunu kendi sermayesine, kendi gücüne güvenenler açsın; müşterileri de daha tuzu kuru, daha üst tabaka olsun. Devlet, kaynaklarını kendi hastaneleri için kullanmalı. Özel hastaneleri bu kadar teşvik edip 'Ne varsa onlarda var' havasına lüzum yok.



Hüsrev Hatemi

Bakın hekim sayısı yeterli, dağılımında dengesizlik var. Duyduğuma göre Çınarcık, Yalova, Silivri'de 4 pratisyen örneğin 'ikimiz Çarşamba, ikimiz Cuma' diye günleri bölüşüyorlarmış. İstanbul ve İzmir'de bu rezaletler yaşanırken, hekimlerin gitmek istemedikleri Diyarbakır'da, Urfa'da 75 hastaya 1 doktor aynı gün bakıyor.

Hekim sayısı yetersiz değil, dağılımı dengesiz!

Sağlık üzerine düşünen beyinler arasında 'özel hastanelerin artmasıyla birlikte hastalığın adeta bir 'mal' haline gelmesi' ile ilgili bir tartışma da var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Özel sektörün sağlık alanında daha etkili ve artan miktarda yer alması, insani bir erozyona yol açabilir mi?

'Daha çok devletçiyim' demem, sırf bu soruya cevabımın olumlu olmasından dolayıdır. Bende ilk jeton düşmesi şöyle oldu: 1990 yılıydı. Bir Ortadoğulu öğrencim parasızlıktan ötürü İstanbul'un banliyölerinden birinde, galiba Gaziosmanpaşa'da görev yapmaya başlamış. Bana bir gün gelip dedi ki, 'Hocam biz sizden hep etik davranmayı öğrendik. Ama ben bir fırıncının kurduğu bir poliklinikte çalışmak zorunda kaldım.' İşte o dönem öğrendim ki, doktor kökenli olmayanlar da hastane açmaya başlamışlar. Düşünebiliyor musunuz, bu fırıncı her sabah doktorları tek sıra hizaya dizip, önce kendini beğenen, kendini tatmin eden bir konuşma yapıyor. Diyor ki, "Ben anamı Fatih'te devletin sağlık kuruluşuna götürürdüm. Bekletirlerdi, sonra dedim ki 'Ulan, senin de artık paran var. Aç bir poliklinik. Bu seni inletemen doktorları emrinde çalıştır' dedim." Ardından devam ediyor: "Siz bir hemogram ezberlemişsiniz. Bununla hastane mi döner? Biz sizin maaşınızı nasıl vereceğiz!" İşte bunu öğrendiğim gün sağlıkta özelleştirmenin yanlış noktalara gideceğini anlamıştım. Bugün başınız ağrıyor, özel hastanede size serum veriyorlar. Oysa serum yalnızca su kaybında verilir. Ağrısı olana serum takıyorlar. Yahu ağrısı



olana ya hap verir ya da iğne vurursunuz. Serum da ne oluyor? İşte 'şişirilmiş fatura' oluyor.

Ülkemizde hekim sayısının yetersiz olduğu tartışmaları hakkında sizin görüşünüz nedir? Buradan yola çıkarak sözü yabancı hekim meselesine getirmek isterim. Yasa, Ahmet Necdet Sezer zamanında meclise geri gönderilmişti. Ortaasya, Azerbaycan ve Afrika'dan düşük standartlı eğitim ve tecrübelerden yetişen doktorların ülkemize gelecek olması gibi bir handikap var.

Bana göre ülkemizde hekim sayısı yetersiz değil. Yeni tıp fakülteleri açmaya da gerek yok. Yabancı doktor meselesine gelince çok iyi seçim kriterleri koyarsak bu neden olmasın. 'Benim elimde biyoenerji var' diyen birçok Gürcü ve Azeri doktor var. Getireceğimiz doktorlar, bu uçuk doktorlar olmamalı. Ciddi bir süzgeçten geçirilmeli.

Hocam siz 'Hekim sayısı yeterli' diyorsunuz ama devlet hastanelerinde görev yapan doktorlar, 'Ben günde 100 hasta muayenesine yetişemiyorum' diyorlar.

Bakın hekim sayısı yeterli, dağılımında dengesizlik var. Duyduğuma göre Çınarcık, Yalova, Silivri gibi bazı merkezlerdeki sağlık kurumlarında 4 pratisyen örneğin 'ikimiz Çarşamba, ikimiz Cuma' diye günleri bölüşüyorlarmış. İstanbul ve İzmir'de bu rezaletler yaşanırken, hekimlerin gitmek isteme-

dikleri Diyarbakır'da, Urfa'da 75 hastaya 1 doktor aynı gün bakıyor.

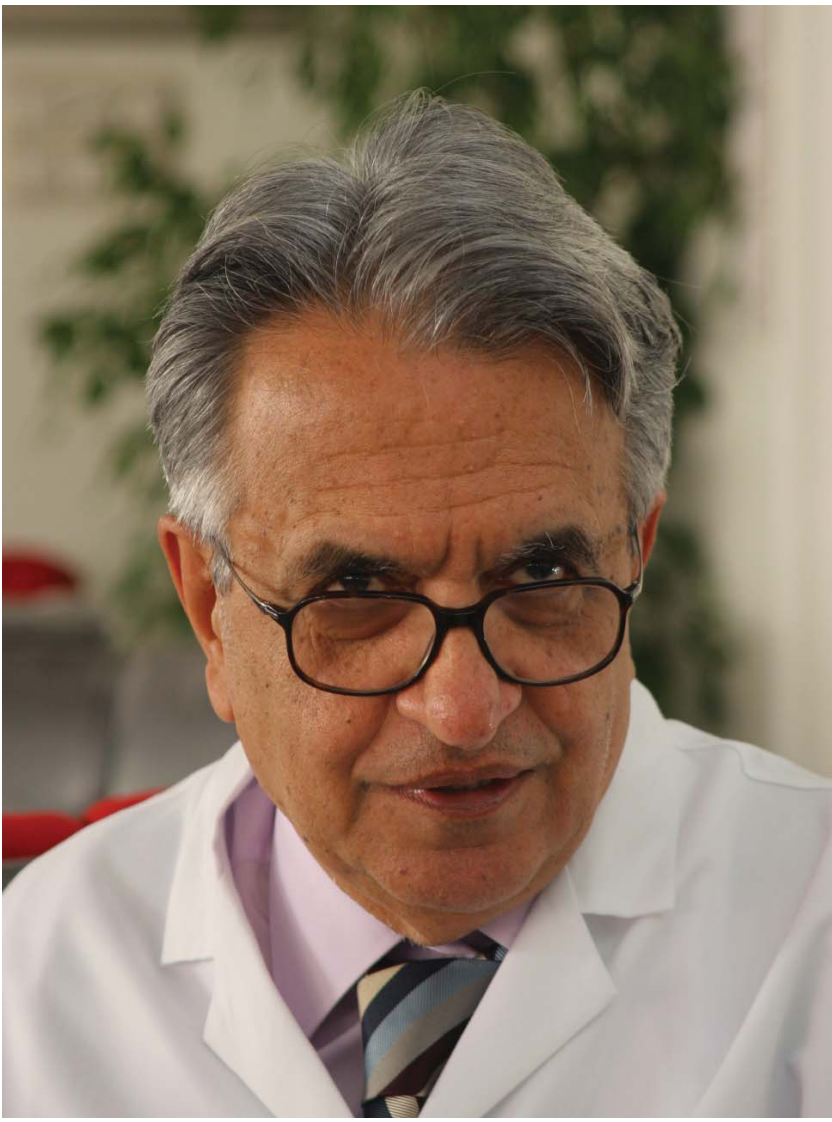
Zorla mı göndermek lazım?

Hayır, zorla değil. Cazip kentlerdeki maaşları biraz düşürüp Doğu kentlerinde maaşları büyük ölçüde yükseltirsek bizzat istekli olacaktırlar. Örneğin Urfa'ya giden hekimin vergisi de düşürülürse sorun çözülür.

Ortadoğu ve Balkanların en ukala hastaları bizde!

Ülkemizde hastaların hastalıklar ve sağlık sistemine üzerine bilgi sahibi olduğunu düşünüyor musunuz? Bir doktor olarak hastalarınız üzerinde izlenimleriniz nasıl?

Avrupa, Balkanlar ve hatta Ortadoğu'nun en ukala hastaları Türkiye'de. Bizde ya hekimden korkulur. Bu gereksizdir. Yıllarca hakkı olan bir soruyu dahi hekime yöneltemeyen halkımız, hep vur deyince öldürmek bir Türk özelliği olduğu için şimdi internetten ne okuduysa ertesi gün doktordan aynı şeyi duymak istiyor. İsa'yı çarmıha gerilmesine içerleyen Yeniçeri ağasının gördüğü her Yahudi'nin ensesine bir tokat patlatması vardır ya hani, bizim hasta da gelip 'Ben internette okudum, diyordu ki haşimoto. Ama siz bana troidid dediniz' diyor. Hâlbuki aynı şey. Bir de adının önünde bir titr olan kimyacıların, ziaad mühendislerinin ekrana çıkıp 'Bu elimde gördüğünüz dereotu kansere birebir-



dir' diye yumurtlamalarını izleyen bir memleket haline geldik. Bunu izleyen vatandaş da bize gelip 'Dereotu yem nasıl olur' demeye başlıyor.

Bilhassa devlet hastanelerinde doktor-hasta ilişkisi, 'tanrı-kul' ilişkisine benzetiliyor. Buna katılıyor musunuz; doğruysa bu hastalıklı bir durum değil mi?

O eskidendi. Dediğiniz, 1970 ortalarına kadar böyleydi. Eski doktorlar halkı korkutmuş, kendilerini bir üst kata yerleştirmişlerdi. Bu söylediğiniz 'tanrısal hekimler', 1920'ye kadar doğanlardı. 1920'den sonra doğan hekimler o 'tanrısal doktorlar'ın yanında ancak meleklik yapmış hekimlerdi. Melekler de şimdi çok ihtiyarladılar, benim yanıma geldiler. Şimdi doktorların kendilerini yüksek gördüklerine dair bir tez, bir şehir efsanesidir. Şimdi ki doktor-cuklar kendilerini yüksekte görmüyorlar. Yaşamaya çalışıyorlar, öldürülüyorlar. Dayak diyen doktor tanrı mı? Öldürülen doktor tanrı mı? Bunlar şehir efsanesi.

Tıpta beyin göçü ülkemizin kadim problemlerinden. Türkiye, bu noktada halen bir kriz içinde mi? Önemli öğrencilerini halen kaybediyor mu?

Türkiye'yi seven kalıyor. Kalanlar içinde beyinleri, göçenler kadar yüksek olan şahıslar var. Kalanlar bize yeter. Göçmek isteyen beyinden bize zaten

hayır yok.

Aile hekimliği meselesi hakkında düşünceleriniz neler?

Mutlaka memleketimize katkı yapacaktır. Bizim GP'lerimiz pratisyen olmamalı, aile hekimi olmalı. Bunun için uygun pratisyenlerimiz var. 1970'den sonra doğan hekimlere mecburi olarak aile hekimliği eğitimi verilmeli. Öncekiler de isteklerine bağlı olarak aile hekimi olabilmeli.

Uzmanlık alanlarınızdan biri olan diyabet, Türk insanının kadim hastalıklarından biri. Şeker hastalığı noktasında ülkemizdeki tabloda genel iyileşme söz konusu mu?

Tip-2 diyabet sadece ülkemizde değil halen tüm dünyada insanların en önemli sorunu. 40 yaşından sonra bizde 100 vatandaşın 7'si diyabet olur. İnsanlar daha uzun yaşadıkça bu oran giderek de artacak. Diyabetiklerin çocukları oluyor ve onlar da diyabet riski taşıyorlar.

Sigaraya lafım yok, ama ya alkol?

Eskiler için kullanılan güçlü, sağlıklı insan anlamında 'eski toprak' deyimi var. Yeni nesil sağlığını, gücünü ve formunu ne oldu da kaybetti?

Eski toprak, eski imalatın iyi oluşundan değil. Çürük patlıcanları kırağı

yaktı, onlar öldüler. Kalan acı patlıcanlara hastalık işlemediği için onlara bir şey olmuyor! (Kahkahalar) Antibiyotik bulunmuş olmasaydı belki sizinle ben öbür dünyada birbirimizle röportaj yapıyor olacaktık. Ama bakın yaşıyoruz halen.

Yediğimiz besinlerin, havanın, suyun hiç etkisi yok mu?

Onlar da var tabi ama önce patlıcanın türü önemli! Şimdi acı patlıcanlarımız bile hasta. Çünkü sular kirli, balıklar civalı.

Yeni sigara yasağı hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hükümete bir sözüm yok. Onu ayırıyorum. Ama ben bu yasağı daha tam olarak çözmüş değilim. Bir hınzırlık olduğunu hissediyorum. Şarap daha güzel görünüyor. Hem daha zarif, ince belli bir bardağa tin tin tin ne güzel müzik gibi akıyor. Uyuşturucu daha güzel görünmeye başlıyor. Koku ve dumanı olmadan bir köşede kullanılabiliyor. Sigara, bağımlılığın ucuz bir tesellisi idi. Birçok kişi sigaranın dumanlarını seyrederek esrara gitmiyordu. Daha çoğu kendisini 'Sigaranın dumanı / Yoktur yarin imanı' mısraları ile avutuyordu. Ben gençlikten beri ayda 4-5 sigara içerim. Hoşlanıyorum meretten ama zararını da bildiğim için yüz vermedim şimdiye kadar. Bakın Doğu'da sigara içip karşılığında eriken ölen babalar sofralarında ne varsa çocukları ile paylaşırlar. Oysa Trakya ve Ege'de akşam yorgunluğuyla kendisini meyhaneye atan bir baba, rakı içmeye başlamadan önce karaciğeri daha az zarar görsün diye ızgara götürür. O sırada fakir ailesi evinde ıspanak, soğana talim ediyor. Gece yarısı eve gittiğinde ise önce karısını, ardından çocuklarını dövmeden yatağa girmiyor. Demek ki sigara bağımlıları 'Batsın bu dünya diyen' romantik, ümitsiz, erken ölen insanlardı. 'Ne yaptığımı bilmiyordum' diyerek çocukları ile enest yapanlar değillerdi. Keşke duymasaydım, o bölgelerden öğrencilerim bunları anlatıyorlar bana. Bunları şunun için söylüyorum: Sigaraya çok yüklenenler alkole gelince bir şey yapmıyorlar. Alkol Fransa'yı sirozdan kıldı geçirdi. Şarapçılık doktorlar arasında bile çok yaygın. Evren devrinde yapılan turizm reklamları ile 'Rakı bardaklarında mutluluğu bulmalı / Ne güzel Antalya'da mutlu bir Hollandalı' diyerek devlet çapaçul bir hale getirildi. Hükümet içkiyi de sınırılıyor, ona lafım yok. Ama ilerici denen grup sigaranın belini kırarken, şarabın kadehe dolmasını şıkır şıkır, müzik gibi izliyor.

Hocam; ötenazi, sağlık konusunda bizim her röportajda gündeme getirdiğimiz bir konu. Ötenazi bir insan hakkı mıdır? Bu noktada sizin düşünceleriniz neler?

Bir kere pasif ile aktif olanı işin alfabe-si sayıp ayıracağız. Doktorun öldürücü madde vermesine aktif ötenazi denir. Bu şimdi de, gelecekte de düşünülmemelidir. Pasif ötenazi insan hakkıdır. Bu fişi çekmektir. Tedavisi gerçekten mümkün olmayan hastalar için konuşuyorum. Hastanın bilinci yerinde ise ve tedavi kesin olarak mümkün değilse ötenazi istemesi durumunda bu uygulanmalıdır. Yok, bilinci yerinde değilse, bu bir insan hakkı değildir, bir adli tıp uygulamasıdır. Bir sağlık ve hukukçular raporu ve varislerinin ortak karar verilir.

Hastasına 'mal' olarak bakan doktorların sayısı çok arttı!

Türk toplumu Müslüman bir toplum ve İslamiyet'te hem yaşamda, hem ölüm sonrasında sevap kavramı çok önemli ama organ nakline pek sıcak bakmıyoruz. Diyanet de bu konuda olumlu fetvalar veriyor ama organ bekleyen çok sayıda hasta var. Bu konuda neler söylersiniz?

Müslümanlıkla organ bağışlaması günah değildir, tersine sevaptır. Bu konuda bazı Drakula'lar var. Bunlar, 'Organ bağışlamak zinhar büyük günah'tır' diye halkı korkutuyorlar. Şöyle diyorlar: "Kimin malını kime veriyorsun, Kıyamet Günü'nde böbreğini bağışladığın adam senin böbreğinle haşrolunacak. Sen Allah'ın karşısında böbreksiz kalacaksın. Allah sana demez mi, sana benim verdiğim hediye sen başkasına nasıl verirsin?" Bakar mısınız; Rahman ve Rahim olan Allah, böbreğini bağışlayıp dünyayı kurtarmakla eşdeğer saydığı hayat kurtarmayı iyi bir şey saymayacak, aksine 'Ulan sen ne haytasın' diye tokat patlatacakmış!

İnternet üzerinde yaptığım araştırmalarda eksisözlük.com'da sizin için şöyle dendiğini okudum: "Fiziksel olarak iyi etmeye çalıştığı hastalarının ruhsal durumlarını da tahlil edebilen güzel insan" cümlesi idi. Hastaların galiba en çok ihtiyacı olan şey bu olsa gerek. Burada belki hekim içi bir özeleştirici de yapmak gerekiyor. Ne dersiniz, hekimlerimiz hayatın yorgunluğunun de etkisiyle, hastalarına karşı yeterince şefkatli olamıyorlar mı?

İnsan seven bir hekim, yorgun olursa da insan seven yorgun bir hekim olur. Yapıda olmayınca eğitimle olmuyor. Hastasına tamamen mal gibi bakan

doktorların sayısı giderek de artıyor. Ben anlamıyorum nedenini de. Galiba köşeyi dönme Türkiye'sinin etkisi bu. 1980'lerden itibaren önce yüzde 20'si, şimdi 30'u, 40'ı hastasını sevmeyen doktorlar oluverdi. Pamuk ve fındık toplar gibi hasta toplayan, ama onun mali durumu ile ilgilenmeyen, moralini sormayan doktorlar kuşağı yetişiyor. Ben kaç kere kendimden 40 yaş küçük doktorların beni bu noktada tenkit ettiklerini gördüm. Hastalarıma korkutucu davranmadığım, bir test yazarken 'Bunu yaptıracağım paran var mı' diye sorduğum, eğer durumu zor ise bizzat testi yapacak merkezi arayıp 'Bir hasta gönderiyorum, ona yüzde 40 indirim yapın' diye pazarlığa giriştiğim için beni tenkit ettiler.

Aşık Garip ben değilim...

Hüsrev Hatemi doktorluğunun yanında şairliği ile de bilinir. Hatta bunları albüm yapıp yorumladınız da. 'Aşık Garip Coğrafyası'ndan bir bölümü birlikte okuyalım: "Kentlerin bir çoğunda uzun kavak kalmadı ki gıcırdasın / Ama benim sol yanımda sancı baki / Anne! Ne olur ki sıram gelmiş olsun varsın / Ben ölürsem benden genci var tabi / Ama Aşık Garip değil hiçbiri. Anne! Yunus ne dediyse hep çıktı / Şeytanlar semirdi kuvvetli ordu / Zayıf kalsalar ne fark ederdi / Nasılsa onlar galip gelecekti / Şam-ı garibanda değilsek de / Mu-hakkak Çırağan'da değiliz anne! / Lambalar söndü, çakmağı kim yakacak / Bu uluyanlar çakal mı / Ben hırkasını giymiş bir derviş miyim / Yoksa öldüm mü anne!" Bu şiir, Hatemi Hoca'nın annesi için mi yazıldı?

Tam biyografik değildi. Ama annemin hastalanıp benim başımda beklediğim bir akşamdı o. Anneme ithaf değildi. O duygularla karşılaşarak yazmıştı. Aşık Garip'in bana uymadığı belliydi zaten. Ben evliydim, iki çocuğum vardı. Oysa Aşık Garip evlenmemiş, annesi ile oturuyordu. Ben Cerrahpaşa'da annemin başında beklerken beyaz gömlekiydim, o hırkalı ve terlikli. Yalnız, 50 yaşına gelmiş, 'Ümitlerim boş çıktı' diye ölüm yatağındaki annesine seslenen bir garip adamın hikâyesidir o. Tabi annemin hasta olmasının etkisi ile yazılmıştı. Mesela Necip Fazıl'da anne şiirleri direk adressedir. Necip Fazıl, hafif egoist bir şairimiz olduğu için böyledir. Onun şiirlerinde Yusufçuk kuşları dahi 'Necipçik, Necipçik' diye öter. (Kahkahalar)

Şairlerle bitirelim. Sanatçıların özel kişiliklerinin yanında şairlerin sanki biraz arafta duran, toplum bir başka noktadan bakan, bir hayli radikal olsa da düşünceleri de şiirleri gibi

her zaman heyecan veren insanlar olduğunu görüyoruz. İsmet Özel bunun son halkalarından biri. Şimdi sizin bu sıcak, mütevazı duruşunuz başka bir yerde duruyor ama şairlerde biraz kendini beğenmişlik yok mudur?

Şair tiyatro yapmamalı, Şair 'Ben şairim' diye kasılmamalı, kartvizitine 'şair' diye yazmamalı. Bakınız şairlerin pek çoğunda kendini beğenmişlik yoktur. Ahmet Hamdi Tanpınar'da, Yahya Kemal'de böyle bir şey yoktur. Ama Necip Fazıl'da çok vardır. Kötülemiyorum, bu bir karakter işi. Ben 90'lara kadar 'Ben gece 24'e kadar doktordum, 24'ten sonra Frankenstein gibi kulaklarım değişiyor ve şair oluyorum" derdim. (Kahkahalar) Sabah ise Haseki asistanı Hasan Bey oluyordum. Bence her şair gündüz insan, gece Frankenstein olmalı. Ama devamlı Hırt olmak isteyen şairler de var tabi.

Hasan Hüsrev Hatemi

1939 yılında İstanbul'da doğdu. Talatpaşa İlkokulu, Şişli Ortaokulu ve İstanbul Beyoğlu Atatürk Lisesi'ni ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1962) bitirdi. İç Hastalıkları Uzmanı (1966), İç Hastalıkları Doçenti (1971), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı (1972), İç Hastalıkları Profesörü (1978) oldu. İç Hastalıkları görevine ek olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini üstlendi (1982-1986). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde İç Hastalıkları Profesörü olarak görev yapan Hatemi, emekliliğinin ardından 2006 yılından beri Alman Hastanesi'nde İç Hastalıkları ve Endokrinoloji uzmanı olarak çalışmaktadır. Hatemi, 1963 yılında üniversiteden arkadaşı Sezer Göze (Prof. Dr. Sezer Hatemi) ile evlendi. Aybike Hatemi Teubes ve İbrahim Hatemi adlarında iki çocuğu var. Aybike Hatemi sosyoloji mezunu, İbrahim Hatemi ise İç Hastalıkları uzmanı.

Yozlaşmadan Uzlaşmak (1988), Hoşça Bak Zatına (1989), Çelebi Bizi Unutma (1990) adlı 3 deneme kitabı, Eski Kentte Bir gece (1968), Akşam Gümrükçüleri (1973), Bütün Şiirler (1990) isimli 3 şiir kitabı ve Türk Aydın-Dünü Bugünü (1991) adlı bir inceleme kitabı vardır.

Buzdağının görünen yüzü: Hasta güvenliği

Prof. Dr. Fahri Ovalı



İstanbul'da doğdu. 1979 yılında Darüşşafaka Lisesi'ni, 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003-2005 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2005 yılından itibaren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği görevini yürütmektedir. Editörlüğünü yaptığı 6 kitabı yurtiçi ve yurtdışında yayınlanmış 150'den fazla makalesi bulunmaktadır.

Uçağa binen bir insanın uçak kazasında ölme veya sakat kalma riski yaklaşık milyonda birdir. Başka bir açıdan söylenecek olursa, uçakta kaza yapma riskinin yüzde 50 olması için, kişinin sürekli olarak 20 bin uçuşu gerekir!

Ancak, yolu herhangi bir sağlık kuruluşuna düşen bir kimsenin, sağlık sisteminin herhangi bir aşamasındaki bir hata nedeniyle zarar görme riski ise 300'de birdir. Kaldı ki, birçok tıbbi hata, gerekli yerlere bildirilmediği için, bu oranın çok daha fazla olacağını tahmin etmek güç değildir.

Hata yapmak, insani bir şeydir, ancak hatalardan gerekli dersler çıkarılmaması, insani değildir. Hekimin temel görevinin, hastanın sağlığını bütünüyle korumak ve kollamak olduğu göz önüne alı-

nırsa, yalnızca tedavi edici hizmetlerin yeterli olmayacağı ortaya çıkacaktır. Eğer tıbbi hata oranları uçak kazaları için geçerli olsaydı, herhalde havaalanları bugün bomboş olurdu. Öyleyse, sağlık sisteminde aksayan yön nedir?

Şöyle bir olay düşünün: Arabanızla küçük bir trafik kazası geçirdiniz ve çizilen kaportayı tamir etmesi için arabanızı tamirciye götürdünüz. Birkaç gün sonra arabanızı almaya gittiğinizde, tamirci, arabanızın fren balatalarının çalışmadığını, motorun da su kaynatıldığını; isterse- nizi bunları da tamir edebileceğini, ancak bunlar için ayrıca ücret alacağını ifade etti. Aklınıza ilk takılan soru şu olacaktır: "Kaportayla fren balatasının ve motorun ne alakası var?"

Aslında, tıbbi hatalarda da durum tıpatıp aynıdır. Bugün dünyanın dört bir yanın- da, birçok hasta, basit rahatsızlıklarının tedavisi için hastane kapılarından içeri girmekte ancak ciddi ve bazen kalıcı za-

rarlar ile hastane kapısından çıkmaktadırlar. Tabi eğer hastanenin arka kapısından çıkmak zorunda kalmazlarsa... İşin bir de finansal boyutu vardır. Örneğin, İngiltere'de hastane kaynaklı enfeksiyonların yıllık maliyetinin yaklaşık 1 milyar sterlin olduğu tahmin edilmektedir.

Sağlık sisteminde yapılan hatalar, hatanın sonuçlarına göre sınıflandırılabilir. Böyle bir sınıflandırma tabloda görülmektedir.

Hatalar, bütün iş kollarında bulunabilir. Ancak son yıllarda sanayide uygulamaya başlanan önlemler ile bu hataların oldukça azaltılabilmesi mümkün olmuştur. O zaman ortaya çıkan soru şudur: Sağlık sektöründe de, sanayi sektöründe olduğu gibi yeterli güvenlik önlemleri alınamaz mı?

Bu sorunun yanıtı oldukça karmaşıktır, çünkü bizim bütün sağlık sistemimizi, önceliklerimizi, yeteneklerimizi ve arzu-



larımızı önümüze koyup tekrar düşünmemizi gerektirecektir. Sağlık hizmetinin hep bir ekip işi olduğundan söz edilir ancak gerçek bir ekibin özellikleri tam olarak bilinemezse, bu söylem hep lafta kalacaktır. Aslına bakılırsa, bugünkü sağlık hizmetleri ekip işi olmaktan ziyade bir 'grup' işidir. Bu gruptaki herkes hasta için bir şeyler yapar, kendi çapında kaliteyi hizmet vermeye çalışır, hastayı iyileştirmeyi, iyi yaşatmayı, uzun yaşatmayı vb amaçlar. Ancak sağlık hizmeti acaba yalnızca bunlardan ibaret midir?

Hâlbuki güvenli bir sağlık hizmeti sunabilmenin en önemli şartı, iyi bir ekip çalışmasıdır. Ekip, hastanın özelliğine göre hızlı değişikliklere ayak uydurabilen, koordineli, akıcı ve esnek bir yapıda olmalıdır.

İhtiyaç içindeki hastaya yardım edecek ekibin başında genellikle doktor bulunur. Ancak doktor bu işi tek başına yapamaz. Mutlaka yanında hemşireler, terapistler, teknisyenler ve diğer destek elemanlarının olması gerekir. Hizmetin güvenli bir şekilde verilebilmesi için ekipteki herkesin vazgeçilmez bir önemi bulunduğu bilinci yerleşmelidir.

Ekip çalışmasının en önemli özelliklerinden biri, herkesin birbiriyle açık, dürüst ve etkili iletişim kurmasıdır. Etkili iletişim, tüm ekip çalışmalarında çok önemlidir, ancak bu bağlamda, ekipteki elemanlardan birinin iletişim açısından dezavantajlı olduğu görülmektedir. Bu kişi hastadır.

Hastaları, sağlık hizmeti sunumunda daha aktif hale getirmek için bazı çalışmalar yürütülmekle beraber, bu konu hala daha emekleme evresindedir. Sağlık hizmeti almaya gelen hasta, alacağı hizmetin kapsamı, kalitesi ve riskleri hakkında çok az şey bilmekte, bunların hepsini veya birçoğunu, hizmet aldığı ve güvendiği doktoruna veya sağlık ekibine emanet etmiş, hatta ihale etmiş durumdadır. Bizim kültürümüzde bu güven, birçok kez, hasta ağzından dökülen 'Önce Allah, sonra siz' sözleriyle ifade edilir. Yani, sağlık ekibi, hasta adına karar verir, onun 'çıkarlarını korur ve gözetir' ve hastayı tedavi eder.

1990'lara kadar tıp camiası, yapılan tıbbi hatalar konusunda hep suskun kalmıştır. Bu tarihten sonra, hatalar daha fazla konuşulmaya başlanmış olmasına rağmen, hala daha gerek ülkemizde gerekse Batı ülkelerinde bu konuların çok açık bir şekilde konuşulmadığı bilinmektedir. Çünkü kişiler, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekileceklerini ve ceza alacaklarını düşünmektedirler ki, bu da çoğu kez doğrudur. Aslında tam tersine, hataların daha açık yüreklilikle konuşulduğu, tartışıldığı ve herkesin hatalardan ders çıkardığı bir siste-

min kurulabilmesi gerekir. Hasta güvenliğinin giderek daha fazla önem kazanmasıyla birlikte bu konuda da daha objektif ve bilimsel yaklaşımlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Birçok noktada hata 'sistem'dedir; ancak her zaman suçu sisteme yükleyip kendi sorumluluklarımızı göz ardı etmek de doğru değildir. Birçok hatanın nedeni, hastaları korumaya yönelik sistemlerin veya yöntemlerin yeteri kadar uygulanmaması ve uyulmamasıdır.

Bu bağlamdaki tıbbi hatalar üç grup halinde incelenebilir:

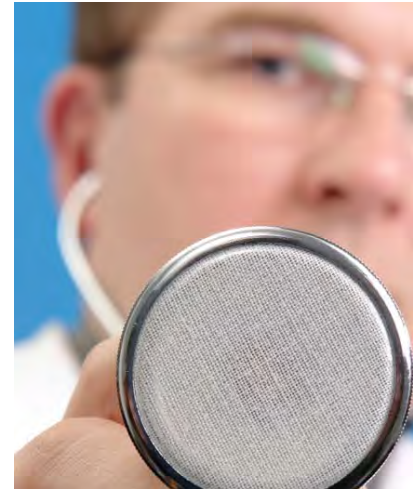
a) Yalnızca insan olmamızdan ve mükemmel olamamamızdan kaynaklanan hatalar.

b) Hasta güvenliğinin umursanmamasına bağlı hatalar.

c) Güvenli hizmet sunmak isteyen, bu hizmetin özelliklerini bilen ancak bu konudaki önlemlere yeteri kadar uymayan kişilerin yaptıkları hatalar (En riskli grup). Bu kişiler, hastalara çok zaman ayırdıklarını ve bu yüzden de uymaları gereken kurallara uymaya zaman bulamadıklarını belirtirler. Bu davranış şekli, başlarına istemedikleri bir olay gelinceye kadar devam eder.

1990'lardan önce, tıbbi hata yapanlara karşı cezalandırıcı bir tutum takınılması olağandı. 2000'lere gelindiğinde, sarkaç tam aksi yöne doğru savruldu ve 'suçlamama' eğilimi ağır basmaya başladı. Böylece, her hata sisteme mal ediliyor ve kişiler aklanıyordu. Günümüzde ise daha eşitlikçi ve adaletli bir yaklaşım sergilenmektedir.

Adil yaklaşımda, güvenli sistemler kurulması ve güvenli olmayan sistemlerin tasfiyesi yer alır. Bu sistem, özellikle istenmeyen davranışlar gösteren veya güvenlik kurallarına uymayı reddeden kişilerin sorumlu tutulmasını gerektirir. Kişilerin, kendi kontrolleri altında bulunan davranışlarından dolayı sorumlu tutulması temel paradigmadır. Ancak, bununla birlikte, kişilerin içinde çalıştıkları sistemin de güvenlik konusunda yeterli olması gerekir. Güvenli olmayan sistemler neden hala daha vardır? Bu sorunun yanıtı, bizim bu sistemleri yeteri kadar etkili, verimli ve güvenli düzenleyememiş olmamızdır. Bu sistemlerin hazırlanış sırasında da kalite ölçeklerinden yararlanmak ve mükemmel tasarım ilkelerinden hareket etmek yerinde olacaktır. Genellikle sağlık sisteminde, yalnızca bir nokta üzerinde yoğunlaşılır ve diğer etkiler ihmal edilir. Böylece bir sorun çözülürken bir başka sorun ortaya çıkar. Bunun da nedeni, genellikle hastanın gerçek ihtiyaçlarının tespit edilmeden sistemin kurulmaya çalışılmasıdır. Bazen çok mükemmel görünen sistemler, uygulamadaki zorluklar veya aşırı



karmaşık olmasından dolayı pratik hiçbir fayda sağlamaz.

Uzun yıllar boyunca sağlık sistemi, kendini diğer sistemlerden ayrı tutmuş ve diğer sanayi kollarından öğreneceği hiçbir şeyi olmadığını, çünkü maddeyle değil, insanla uğraştığını öne sürmüştür. Ancak bugün geldiğimiz noktada, neden sanayi dallarında güvenliğin çok daha gelişmiş olduğunun yanıtını vermekte zorlanmaktayız. Şurası bir gerçek ki, sağlık sisteminin de, sanayiden öğreneceği çok şeyler vardır. Önemli olan tek devir öğrenme değil, çift devir öğrenmedir: Yalnızca hatayı yapanların işin doğrusunu öğrenmesi yetmez, sistemde aksayan yönler düzeltilerek o sistemi kullanan herkesin öğrenmesi ve daha sonra benzer hatalar yapılmamasının sağlanması gerekir.

Sistemde bir aksaklık meydana geldiği zaman, bu aksaklığın esas nedenlerinin ortaya konması, etkilerinin irdelenmesi ve hata ağacının çıkarılması yararlı olacaktır. Bu süreçlere, ilgili tüm kişilerin katılması gerekir. Bunun için de, iyileştirilmesi gereken bir sistemde yeterli ve doğru bilgiye sahip olmak son derecede önemlidir.

Sağlık hizmetlerinde güvenli bir ortam sağlamada teknolojik yeniliklerden yararlanmak elzemdir. Eczanelerin bilgisayarlı sistemlerle donatılması, ilaç talimatlarının bilgisayar ortamında verilmesi veya aletlerdeki alarm sistemleri bu bağlamda sayılabilecek yeniliklerdir. Ancak, teknoloji ne kadar gelişirse gelişsin, insan kaynaklarının güvenli yönetimi de son derecede önemlidir. Güvenli hasta bakımı için, yalnızca doktor, hemşire, teknisyen ve diyetisyenlerin uyumlu ekip çalışması değil, temizlik personeline sekreterlere ve muhasebe personeline kadar herkesin uyum içinde çalışması gerekir. Eğer teknoloji çok öne çıkarılırsa, insanların oynadığı rol unutulabilir. Hastalarla ilgili her işlem ve prosedürde herkes şu soruyu sormalıdır: Bu işlemde, hasta güvenliği hangi derecededir, nasıl sağlanır veya nasıl artırılabilir?

İnsanlarımızın sağlığını gerektiği gibi koruyabilmek için bilimsel çalışmalar ve yaklaşımların yanı sıra, bütüncül sağlık anlayışını cesaretle ve inatla savunmak gerekir. Aslında yapılacak olanlar bellidir. Yani sorun da bellidir, çözüm de. Yeter ki, buna gönülden inanmış kişilerin sayısı artsın...

Hasta güvenliği kültürü

Medine Budak



1981 doğumlu olan Medine Budak yabancı dille eğitim veren bir hemşirelik okulundan mezun oldu. Ardından Kalite Yönetimi projesi ile İşletme Fakültesi diploması alan Budak, JCI ve ISO çalışmalarında aktif olarak rol aldı. Sırasıyla Özel Özkan Hastanesi, Acıbadem Bakırköy Hastanesi ve Acıbadem Grubu'nda hemşire, klinik kalite uzmanlığı, hasta güvenliği koordinatörlüğü ve medikal direktörlük görevlerinde bulunan Budak, halen Maltepe-Dragos'taki Özel Sema Hastanesi'nde Performans ve İş Geliştirme Yöneticisi olarak görev yapmaktadır. Budak İngilizce bilmektedir.

Sağlık hizmet sunumunda kalite yönetiminin göz ardı edilmemesi gereken önemli konularından biri hasta güvenliği ve dolayısıyla tıbbi hatalardır. Insitute of Medicine, 'To Err Is Human' raporuna göre tıbbi hatalar sonucunda Amerika'da her yıl 44 bin –98 bin kişi ölüyor.

Biliyoruz ki sağlık hizmet sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dâhil olduğu bir sürecin karmaşık olmaması düşünüle-

mez. Günümüzde Türkiye'deki hastanelere bakıldığında hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerindeki çeşitlilikte olan meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir.

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun

ilk adımının liderlik ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınmaz. Ancak hasta güvenliği, tıbbi hataları azaltmak anlamına gelmez. Hasta güvenliği, hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme demektir.

Hasta güvenliği = Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma

'Institute of Medicine' 21'inci yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken za-



rar vermekten kaçınma

2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi

3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti

4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)

5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlenildiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu

6. Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Institute of Medicine tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirmeyi yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda "hasta güvenliği" kültürünün yaratılması gelmektedir.

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü; hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilirdiği bir ortam yaratacak; hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir.

Ancak yapılan çalışmalar açıkça ortaya koymuştur ki; 'Institute of Medicine' 1999 Raporu'ndan bu yana hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların çoğu ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi üzerinde yoğunlaşmış, çoğunlukla reaktif bir yaklaşım izlenmiştir. Makro ve proaktif bir yaklaşıma olanak veren hasta güvenliği kültürü konusuna yeterli derece-de önem verilmemiştir.

Hasta güvenliği kültürünün bir kurumda yayılabilmesi için liderlerin rolü oldukça önemlidir. Bu nedenle yöneticiler;

- Hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli,
- Konunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan etmeli,
- Yöneticiler, çalışanlar ve hastalar ara-



sında açık iletişimi sağlamalı ve bunun sürekliliğini korumalı,

- Hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirlemeli ve azaltılması için sorumlulukları devretmeli,
- Kaynak ayırmalı,
- Eğitimlerin sürekliliğini sağlamalıdır.

Kültür oluşumunda karşılaşılabilecek zorluklar:

Sağlık hizmet sunumunun karmaşık bir yapıya sahip olması hastaların hizmet almaları sırasında zarar görebilmelerine neden olmakla birlikte kültür oluşumunda da olumsuz etkileyebilmektedir.

Özellikle Türkiye'de hasta güvenliğini destekleyen merkezi bir otorite olmaması ve kurumların kendi inisiyatiflerine bırakılması, sağlık hizmet sunumunda guidelinelerin ya da standardize edilmiş süreçlerin kullanılmaması, tıp eğitiminde farklı kültürlere sahip eğitimcilerden gelen davranışların meslek hayatına yansıtılması ve standardizasyonun anlamsız bulunması, kayıt sistemlerinin ve kaydetme kültürünün yetersiz olması, eğitim altyapısının çeşitlilik göstermesi, kalite bilincine sahip sağlık yöneticisi sayısının yetersiz olması, kesintisiz sağlık hizmeti sunuyor olmak, uluslararası standartlarla çalışmayı mecbur kılmayan bir yapının olması hasta

güvenliği kültürünün yayılmasını zorlaştırabilecek faktörler arasında sayılabilir.

Bunun yanında çalışanların eğitilmiş ve nitelikli olması ve Türkiye'de kalite bilincinin yayılmaya başlaması, bu kültürün yayılmasını kolaylaştırabilecek faktörler arasında sayılabilir. Aynı zamanda uluslararası hastane standartlarını kullanan hastane sayısının gittikçe artıyor olması, hem rekabeti artırmakta hem de hastaneleri standardize edilmiş süreçleri kullanmaya itmektedir.

Eğer bir sağlık kurumu, güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak istiyorsa;

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,
- Proaktif sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,
- Süreçleri ve ekipmanları standardize etmeli,
- Etkili iletişimi sağlamalı/desteklemeli
- Yeterli ve etkili personel alımı yaptığundan emin olmalı
- Tüm çalışanlara 'ekip çalışması eğitimi' vermeli
- Hastanın katılımını teşvik etmeli ve desteklemelidir.

Johns Hopkins Hospital'in 2001 yılında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla uygula-



maya koyduğu program ile kurumun hasta güvenliği kültürü seviyesini ölçmek, liderlik stratejisi ile yayılımı artırmak amaçlanmıştır. Bu programı oluşturan maddeler şöyle sıralanabilir:

1. Çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi (kültür surveyi),
2. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Kültür surveyi sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
4. Kıdemli liderin söz konusu birimde haftada bir hasta güvenliği viziti başlatması,
5. İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
6. Sonuçların bildirilmesi,
7. Bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı hikâyelerinin geliştirilmesi,
8. Kültür ölçümünün tekrarlanması.

Hasta güvenliği kültürü ölçümünün faydaları nelerdir?

Sağlık hizmet sunucuları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirmek isteyebilir. Kültürel değerlendirme şu amaçlarla kullanılabilir;

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da

programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,

- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek.

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, en önemlisi hastalara zarar vermemek için hasta güvenliği çalışmaları artırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet, gerekse özel kurumlar üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların) bu konudaki bilinci artırılmalıdır.

Hasta güvenliği kültürü nasıl ölçülür?

Hasta güvenliği kültürünü ölçmek amacıyla anket şeklinde araçlar düzenlenmiş ve yayınlanmıştır. Kurumlar, bu soruları kendi hastanelerine uygun cümlelerle ifade ederek çalışanlarına uygulayabilirler. Örneğin Teksas Üniversitesi (University of Texas) tarafından tasarlanmış bir Güvenlik Kültürü Anketi (Safety Climate Survey) bulunmaktadır (Bakınız Ek 1). Bu anket ile hastanemizdeki hasta güvenliği kültürünün hangi seviyede olduğunu, departmanlara göre dağılımını, liderliğin çalışanlar tarafından nasıl algılandığını vb. ölçmeniz mümkün. Böylelikle kurumunuzda hasta güvenliği konusundaki güçlü yönlerinizi ve iyileştirmeye açık alanlarınızı saptamış olacaksınız.

Hasta güvenliği sistemleri

Tıbbi hatalar, sağlık sisteminin doğru bir kalite göstergesidir ve bu sebeptir ki günümüzde kimi kurumlar da hataların azaltılması için ölçüm yapılmış, ölçümler sonrasında da iyileştirme çalışmaları planlanarak uygulanmıştır. Yapılan araştırmalar, tıbbi hatanın yanında 'neredeyse hata' kavramının da oldukça önemli olduğunu, 300 benzer 'neredeyse hata'nın bir hataya yol açtığını göstermektedir. İlaç hataları ve transfüzyon hatalarına baktığımızda da benzer durumla karşılaşmaktayız. Büyük bir hata öncesinde, yaşanan neredeyse hatalar (near-miss) aslında yaşanacak olaya işaret etmiş, diğer bir deyişle 'hata geliyorum demiştir'. Önemli olan bunu fark etmeyi, ortaya çıkarmayı sağlayacak altyapının, yani hasta güvenliği yaklaşımının benimsenmesi ve hemen her gün yaşanan hataların görmezden gelinmemesidir.

Hasta güvenliği yaklaşımını destekleyen uluslararası standartlar (JCI, HQS...), sistemi yeni oluşturacak olan kurumlara fayda sağlamakla birlikte var olan sistemleri de geliştirmeye ve süreçleri standardize etmeye katkı sağlamaktadır.

Bu nedenledir ki yaşananları göz ardı etmemeli, bildirmeli, ölçmeli, analiz etmeli ve iyileştirmeliyiz.

Ancak Türkiye'de henüz hastanelerin kullanabileceği gerek devlete gerekse sivil toplum kuruluşuna ait bir hata raporlama (olay bildirim) sistemi bulunmamaktadır. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında yapılan ancak sistematik olarak hastaneler tarafından kullanılmayan kimi çalışmalar yapıldığı görülmektedir. World Health Organization liderliğinde yürütülen World Alliance for Patient Safety çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiş, benzer yanları ortaya konmuş ve ortak bir taksonomi (sınıflandırma) yapıp yapılamayacağı araştırılmıştır.

Ulusal raporlama sistemleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre dünyadaki ulusal raporlama sistemleri ve özellikleri gözden geçirilerek bazı sonuçlar elde edilmiştir:

• Danimarka:

Danimarka yasaları özellikli yan etkileri sağlık profesyonellerinin bildirmesini zorunlu kılmaktadır. Yasar ise, bu bildirimlerden sağlık kurumlarının öğrenmesini sağlamak adına bildirim yapıldığında sağlık çalışanını zor durumda bırakmayan bir şekilde tasarlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin bildirmesi beklenen olaylar, hastanın hastanede yatışından veya tedavisinden kaynaklanan ve hastaya zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır. Hastanın yaşadığı bu olayın farkına varan herkesin bildirim yapmasına izin veren bir raporlama sistemi mevcuttur.

• İngiltere:

Yan etkilerden çıkarım yapmak ve öğrenmek, aynı zamanda raporlama kültürünü geliştirmek için ulusal hasta güvenliği derneği (NPSA) tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi kurulmuştur (NRLS). NRLS'nin amacı, olayların bildirim yoluyla paten gösteren durumları saptamak, majör sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymak. İngiltere'deki toplam sağlık kuruluşlarının yüzde 90'ı NRLS'ye üye olmuştur. Raporlanan konular arasında National Health Service (NHS)'ten hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır. Bu raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir.

• Hollanda:

Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcut olmasına rağmen ölümle sonuçlanan olayların raporlanması ise zorunludur. Hastalar veya ça-

Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan bildirimler toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur.

İşanlar bu bildirim yapabilirler.

• **İrlanda:**

2002 yılında kurulan Clinical Indemnity Scheme ile hasta güvenliğinin yayılması amaçlanmıştır. Ulusal web tabanlı bir klinik olay raporlama sistemi kullanılmaktadır.

• **Amerika:**

Amerika'da ulusal devlete bağlı bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Ancak 50 eyaletin 21'i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylardan biri beklenmeyen ölümlerdir. Yanlış taraf cerrahisi de bildirilmesi gereken diğer bir olaydır.

Özel ve devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri

• **Avustralya-Avustralya Olay İzlem Sistemi (AIMS)**

1987'de kurulan Anestezi AIMS'nin bir parçası olarak Avusturalya Olay İzlem Sistemi 1993 yılında kurulmuştur. AIMS'nin amacı yeni olaylardan, eğilimlerden, risk faktörlerinden ve etki eden faktörlerden öğrenmeyi yaygınlaştırmak. AIMS oldukça geniş bir kapsamda önceden tanımlanmış sentinel olayları, bütün yan etkileri, neredeyse hataları (near miss), donanım hatalarını, yeni tanımlanan zararları, intihar gibi spesifik olayların bildirilmesini beklemektedir. AIMS'ye suistimal, kasıtlı olarak yapılan olaylar ve suç içeren olaylar raporlanmaz, bu tür olaylar zorunlu raporlama sistemlerine raporlanır. Bütün kaynaklardan gelen raporlamalar kabul edilir. Bunların içinde hastaneler, ayaktan hasta klinikleri, acil servisler, uzun süreli bakım evleri, sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileler yer almaktadır. Raporlar, kâğıt kopya, elektronik ya da telefon yoluyla iletebilmektedir.

• **Japonya:**

Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan olay bildirimler toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. Bu yeni sistemde eğitim hastanelerinin olay bildirim yapması zorunlu, diğer hastaneler için gönüllüdür. Neredeyse hata ve ekipman hatalarından kaynaklanan hasta yaralanmaları bildirim kapsamına girmektedir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları bu bildirim yapabilir.

• **Amerika: Institute for Safe Medication Practices (ISMP)**

ISMP, ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş ulusal bir sistemdir. Sadece ilaçlara özel bir raporlama sistemi olduğu için ilaç dağıtımı ve yönetimi ile ilgili bildirimler yapılmaktadır. Bildirimleri sağlık bakım hizmeti veren çalışanlar, hastaneler ve hastalar yapabilmektedir.

Hangi olaylar bildirilmelidir?

Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations tarafından sentinel event olarak tanımlanan olaylar, sistemi yeni kuracak olan sağlık kuruluşlarına yol gösterici olacak niteliktedir. Sentinel olay, hastalığın doğal seyri dışında meydana gelen beklenmeyen ölümler ya da kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanabileceği gibi;

- Hastanın intihar etmesi,
- Çocuk ve bebek kaçırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Belirgin kan grubu uyumsuzluğu olduğu halde kan ve yan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,
- Yanlış hasta ve / ya yanlış uzvun ameliyat edilmesi,
- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalı ve olası komplikasyonlar hasta ya da yakınına anlatılmış olmalıdır) bu bildirimlerin kapsamına girebilir.

Aynı zamanda kurumlar kendi hastanelerinde hangi konuların öncelikli olarak ele alınmasını istiyorlarsa, bildirim öncelikli durumları kendileri ne göre şekillendirebilir ve tanımlayabilirler.

Türkiye'de hasta güvenliği:

Türkiye'de henüz yapılandırılmış bir has-

ta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise Türkiye'de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur.

Türkiye'deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok, hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında hasta güvenliği arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı anlaşma neticesinde hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır. Devlet ya da sivil toplum kuruluşları, yurtdışındaki iyi uygulama çalışmalarını temel alarak ulusal bir hasta güvenliği programı ve bildirim sistemi oluşturmali; hasta güvenliğini öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alan kabul etmelidir.

Kaynakça:

Institute of Medicine: To err is human: Building a safer health system, National Academies Press, Washington, DC (2000).

Institute of Medicine: Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC (2001).

"AORN Guidance Statement", 2006 Standards, Recommended Practices and Guidelines.

Akalın, H. Erdal. "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", ANKEM Dergisi 2004; 18 (ek2): 12-13

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K et al: Senior executive adopt-a-work unit: A model for safety improvement, Jt Comm J Qual Saf 2004;30: 59-68.

Nieva, V.F. ve Sorra, J. "Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations." Quality and Safety in Health Care 2003; 12 (Suppl II): ii 17-23

IHI, Safety Climate Survey, 2004

The Origins of Accidents, 1926; Herbert Heinrich

World Alliance For Patient Safety, WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems; http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html>

Hasta güvenliğine doğan güneş: Kanıta dayalı tıp

Dr. Rabia Kahveci



Kanıta Dayalı Tıp Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Kahveci, Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Ankara ve Roma Katolik Üniversitesi'nde yüksek lisans eğitimini tamamladı. Montreal, Roma Katolik, Barcelona ve Ottawa Üniversitesi'nde çeşitli sertifika programlarını tamamlayan Kahveci, ulusal ve uluslararası birçok kongreye katılmış ve sunumlar yapmıştır. Avrupa'da genç aile hekimleri hareketi olan Vasco da Gama Hareketi'nde 2006 yılında Türkiye temsilcisi de olan Dr Kahveci 2. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Genel Sekreteri ve İş Güvenliği Çalışanları Dayanışma Derneği kurucu üyesidir. Kahveci, evli ve bir çocuk annesidir.

Hastanede yatıyor olmanın, her türlü ulaşım aracında olmaktan en az 20 kat daha fazla ölüm riski taşıdığını bilmek ne kadar ürkütücü...

Her hangi bir nedenle hastaneye yattığınızda, günlük yaşamınıza göre yaşamınızı kaybetme riskinizi defalarca katlıyorsunuz ve işin ilginç yanı hastaneye yatış nedeninizin kendisi büyük bir risk oluşturmaya bile durum böyle.

Temelde hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar elbette sistem hatalarıdır. Sağlık profesyonelleri belki bu sistem içinde sadece o an için parmakla gösteri-

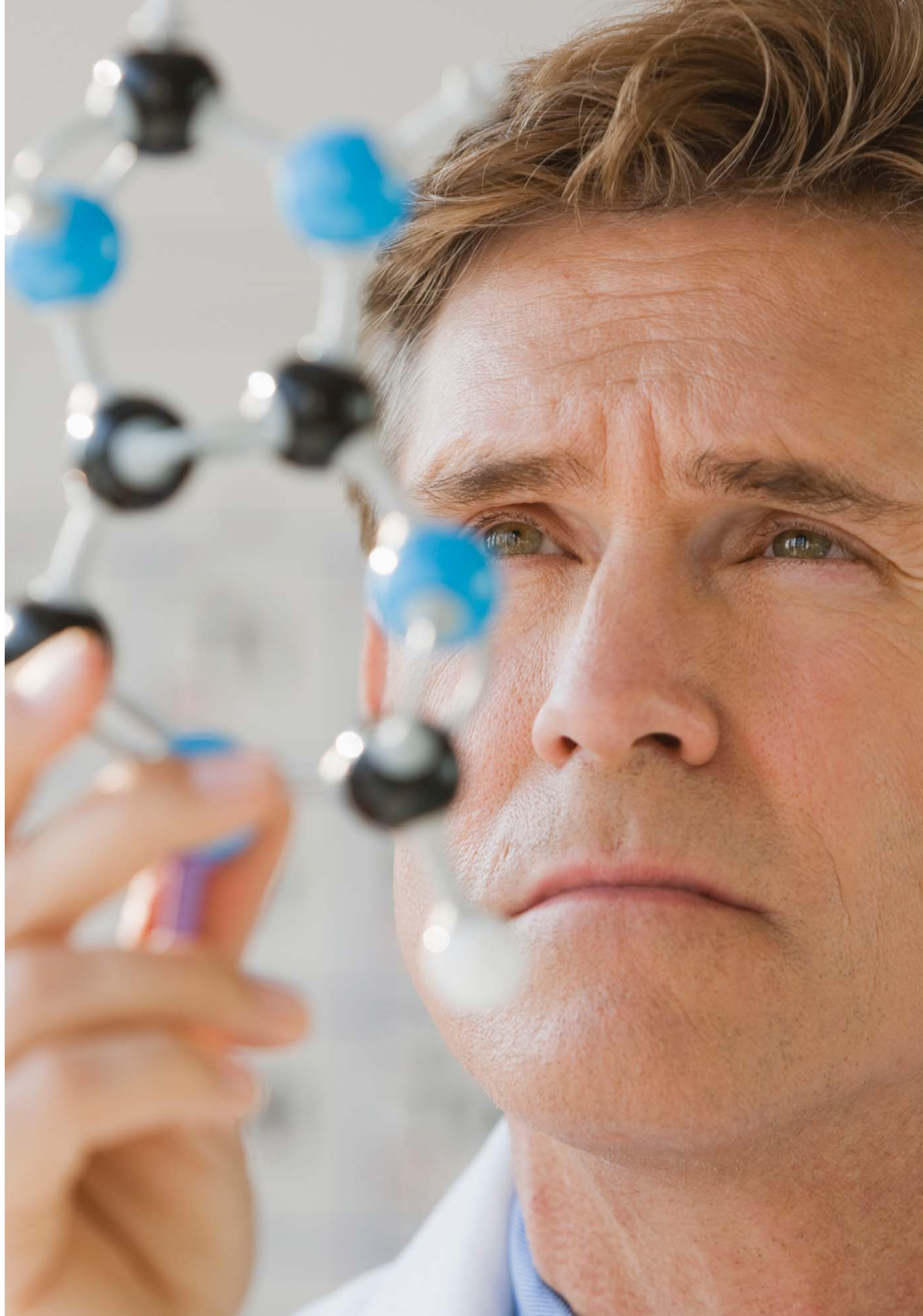
lip suçlanacak 'günah keçileri' konumundadır. Uygulamada bir hata olduğunda dikkatler sağlık profesyonellerine odaklandırılmakta; böylece bir sonraki hataya kadar sistem bu mağdur profesyoneli gündemde tutarak kendini gizleyebilmektedir. Ancak sistem değil midir ki; ona eğitimi veren, görevi veren, yetkiyi veren, ortamı sunan? Ve yine sistem değil midir ki; onu denetlemekle yükümlü olan?

İşte bu kargaşanın içinde yine de hasta ile yüz yüze olan, acısını, sevincini, hastalığını ve sağlığını da paylaşan sağlık profesyonelleridir. Güven duyarak sağlık hizmeti almak üzere başvuran birey, hak ettiği hizmeti almayı ve sağ-

lıklı bir yaşam sürdürme hedefine ulaşmayı planlar. Bu hedefe varma sürecinde sağlık profesyoneli, 'görünen', sistem ise, 'görünmeyen' aslında her şeyin 'özünde yer alan' vasıtasıdır.

Sağlık profesyonellerinin hizmet verme sürecindeki beklentisi, iyi hizmet vererek mesleki tatmini ve toplumsal fayda elde etmektir. Sonuçta kendisi de bir insan olan -ancak bazen bu gerçeğin unutulduğu- hekim, hemşire, sağlık görevlisi ve sağlık profesyonelleri, hastasına uygun olan en doğru tedavi yaklaşımında bulunarak hem onun beklentisi olan sağlıklı bir yaşama kavuşmasını sağlar; hem de doğru işi, doğru şekilde ve kusursuz ya da daha doğru bir ta-







birle hasta güvenliğini tehdit etmeden yapma keyfini yaşar ve mesleki anlamda tatmin olur. İşte bu keyifli yolculukta sağlık profesyoneli için en güzel vasıta Kanıta Dayalı Tıp'tır.

Kanıta Dayalı Tıp (KDT) hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımıdır (1). Klinik tecrübe, sistematik araştırma ile elde edilen mevcut en iyi kanıtlar ve hasta değer ve beklentilerinin entegrasyonudur. Hasta koşulları ve tercihleri ile en iyi kanıtların birleşmesi, klinisyen kararlarının kalitesini geliştirmek üzere uygulanır (2, 3). Sonuç olarak KDT, eleştirilere uğradığı yönü ile kuru kuruya literatürün kullanıldığı bir hasta bakım süreci değildir. Kanıta dayalı tıp, bilimsel veriler ışığında, bunlardan yararlanarak hasta ve sistem dinamikleri için en doğru, en uygun kararı alabilmektir.

Sağlık bakımı daha karmaşık ve daha pahalı oldukça ve hasta beklentileri arttıkça, bir medikal tedavinin seçimini haklı çıkaracak kanıtları bulmak da günden güne daha çok önem arz etmektedir. Günümüzde sağlık bakım uygulamalarının kanıta dayalı olmadığı, uygulamalarda farklılıkların yaşandığı, sonuçlarla ilgili güvenilirliği tartışmalı ve yetersiz veri bulunabildiği, tedaviye ulaşmada eşitsizlik olduğu ve kanıt dayanağının eksikliği zaman zaman göze çarpmaktadır. Optimal sonuç elde etmek, klinik uygulamalarındaki farklılıkları azaltmak, daha kaliteli hizmet verebilmek ve etkin ve maliyet etkin bir sağlık hizmet kültürünü teşvik etmek için Kanıta Dayalı Tıbbı (KDT) gereksinim vardır (4).

KDT, geleneksel otoriteye dayalı klinik uygulamaların yerini alacak gibi görünmektedir. KDT'nin klinik özgürlüğe kabul edilebilir olmanın ötesinde 'zaruri' bir kısıtlama getirdiği gerçeği unutulmamalıdır. Günümüzde sağlık profesyoneli için kaynak yönetimi ile ilgili yeni bir rol gelişmektedir. Sağlık bakımının maliyetinin giderek arttığı bir ortamda kli-

nisyen, hastasıyla işbirliği içerisinde sağlık sunumu ve kaynak kullanımı konusunda öncelikleri saptayabilecek eşsiz bir konumdadır. Hekimlerin yalnızca kendilerinin değil meslektaşlarının da maliyet-etkin uygulamalarını artırma konusundaki rollerinin farkında olmaları gerekir. Birey olarak hastanın istek ve gereksinimleri ile bir bütün olarak toplumun gereksinimleri arasında bir çatışma söz konusu olabilir. Hekim bunun farkında olmalı; ikisi arasında uygun bir denge sağlayabilmeli ve bunu hastaya anlatmalıdır (5).

Kökleri klinik epidemiyolojiye dayanan KDT, hem her bir birey hem de toplum için alınan klinik kararlarda rehber görevi üstlenir. KDT süreci, bilgi hâkimiyeti ile de güçlenerek günümüzde daha da çok kabul görmekte ve uygulanmaktadır. KDT, eğitim ve klinik uygulamalarda temel unsur olmalıdır (6).

Daha spesifik bir anlatımla, kanıtların viral enfeksiyon lehine olduğu ve antibiyotik önerilmesi gerekmeyen durumlarda hastaya antibiyotik başlanması hastanın gereksiz yere yan etkilere maruz kalmasına ve antibiyotik direncinin arttırılmasına neden olmaktadır. Bu durum hasta güvenliğini tehdit ederken maliyetleri de gereksiz yere arttırır, başka bir alana yapılabilecek bir yatırımın boş yere heba olması ile sonuçlanır.

Öte yandan kanıtların enfeksiyon önlemleri amaçlı -örneğin cerrahi öncesi- antibiyotik kullanımı lehine olduğu durumlar da olabilir. Bu gibi durumlarda antibiyotik kullanmamak ise hastane enfeksiyonlarını arttırabilir, hastalığa yakalanma ve can kaybı artışı ile sonuçlanabilir. Bu şekilde hem hasta güvenliği tehdit edilmekte, hem de eklenen enfeksiyonların tedavi maliyetleri nedeniyle kaynaklar gereksiz yere harcanmış olmaktadır. Yanlış uygulamalar, sağlıkta gelişime daha büyük katkı sağlayacak yatırımlara, belirli bütçeden finansman ayrılmasının da önünü kapatacaktır.

KDT uygulamaları aslında iç içe geç-

miş kabul edilebilecek iki ana başlık altında incelenebilir: Kanıta dayalı klinik tıp ve kanıta dayalı sağlık politikası. Ancak sağlık politikası belirleyicilerinin bizzat kendilerinin her zaman klinikte olmadıkları ve her klinisyenin de genel sağlık politikası belirlemede rolü bulunmadığı düşünülürse iki grubu ayrı ayrı incelemek faydalı olabilir.

Tıbbi müdahalelerin yalnızca yüzde 15'inin kanıta dayalı olduğu tespit edilmiştir ve kanıtlara ulaşmak için klinisyenlerin önünde Medline'da yer alan 4 bin tıbbi derginin yanı sıra Medline dışı dergilerle birlikte 20 bin'in üzerinde dergi bulunmaktadır. Ayrıca yayınların da sadece yüzde 1'inin bilimsel özenli sonuç veren yayınlar olduğu tespit edilmiştir. Klinisyen bu bilgi yoğunluğunun içinden klinik kararlarını dayandırabileceği güvenilir verileri ayıklamak zorundadır. Çok dar klinik alanlarda dahi hekimler ve politika belirleyiciler için primer araştırmaları okuyarak güncelliği yakalayabilmek artık mümkün değildir.

Doktorlar KDT araçlarını kullanmanın ötesinde yetenekli, bilgili, akılcı ve istekli de olmak zorundadırlar. Ayrıca hastaların kendi çevresel faktörlerine olabilecek taleplerine de saygı duymaları gerekmektedir. Ancak bu özelliklerin hepsi bir arada gerçekleşebilirse ideal bir kanıta dayalı sağlık yaklaşımının oluşabilmesi mümkündür (7, 8).

Dünyanın her yerinde sağlık sistemlerinde sunulabilecek hizmetlerle halkın beklentileri arasındaki açık gittikçe büyümektedir. Her yıl, hastalar için teorik olarak yapılabilecek olanlar, sistemlerin pratikte yapabildiklerini fazlasıyla aşmaktadır (9). Kaynakların sınırlılığı, buna karşın halkın beklentilerindeki artış, sağlık politikacılarını ne yapabilecekleri konusunda düşünceye sevk etmekte, birçok hükümet bu soruna harcamaları kısıtlayarak cevap vermektedir (10). Çoğu ülkede sağlık politikasında ana yaklaşım bu olurken tıp profesyonelleri, uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesine ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır.

Tıp mesleği, eğer sağlık harcamaları kontrol altına alınacaksa etkin yöntemlere öncelik tanınmasını kabul etmiştir. Klinik çalışmalarla etkin olmadıkları ve hatta tehlikeli oldukları gösterildiği halde, yıllar sonra bile, bu uygunsuz tedavilerin sürdürülüyor olması dünya genelinde, kanıtların tıbbi uygulamalara sistematik aktarımı olan, KDT akımını arttırmıştır (9). Sağlık alanındaki müdahale araçlarının klinik etkinliğini belirlemek, toplumun sınırlı kaynaklarını tanısal, tedavi edici veya rehabilitasyona yönelik yatırımlara dönüştürmek için gerekli, ancak yeterli olmayan bir durumdur.

Gerçek şu ki, talep fazla ancak arz yetersizdir. Karar alıcı organlar, kıt kaynakları toplum sağlığına daha verimli yatırım yapmak için isabetli kullanmak durumundadırlar ve bu aşamada onlar için sadece neyin işe yaradığı yani klinik etkinlik değil, ama bu işe yarananın nasıl daha az maliyetli olabileceği veya neyin daha maliyet etkin olduğudur.

Birçok politika belirleyicinin hâlâ anlaması gereken bir gerçek ise, bilgi edinmek ve bu bilgiyi yaymak maliyetlidir. Ancak cehaletin ve halka daha kötü sağlık hizmeti götürmenin bedeli de çok ağırdır (9). Sağlık politikasında kanıtların kullanılması ve maliyet etkinlik hesaplarının politikaya entegrasyonu için en önemli araçlardan biri Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (Health Technology Assessment) kısaca STD'dir.

Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD), ilk kez 1976'da kavramlaşmasına karşın son 10 yılda, özellikle de Batı Avrupa'da belirgin gelişme kaydetmiştir (11). STD, artan harcamalar, kaliteye ilişkin tereddütler ve sağlık teknolojilerinin etkinliği ve kullanışlılığı gibi bir takım konulara yönelik, bir çeşit yönetsel araştırma olarak gelişmiştir (12). STD karar organlarına, bir sağlık teknolojisinin tüm etkilerine yönelik, güvenilir ve bilimsel olarak ispat edilebilir bulgular sağlamaktadır (13). Sağlık Teknolojisi 'Sağlık alanında kullanılan ilaç, cihaz, tıbbi veya cerrahi teknikler ve bu hizmetlerin verildiği kurumsal veya destek sistemler' olarak tanımlanır (14).

STD'nin temeli bir teknolojinin etkinliği, güvenilirliği ve maliyeti ile ilgili araştırma sonuçlarını sistematik olarak derlemektir. Genelde, belli bir tek cihaza veya yönetime odaklanır (12). STD'yi basitçe 'daha fazla araştırma' şeklinde tanımlamak yanlış olur. STD politika yönelimlidir, hedefi politik kararlara bilimsel destek sağlamaktır. Aynı zamanda, araştırmalarla, klinik kararlar ve özellikle de politik kararlar arasında köprü vazifesi görmektedir (15).

Artan talep, teknolojik gelişmeler, malpraktis yasaları, bilgi ve bilgi kaynaklarının hızla artışı hekimleri KDT'ye yönlendirmekte ancak beraberinde hekimlere KDT uygulamaları için beceri edinme yükünü de getirmektedir. KDT yaşam boyu öğrenimin önemini vurgulamaktadır.

Bir çok hükümet KDT'yi teşvik etmektedir çünkü etkin tedavi yöntemlerini belirleyerek daha maliyet etkin bir sağlık sistemi oluşturulabileceğini çoğu görmüştür. Ayrıca hukuki kararlarda da klinik kararların kanıtlara ve mevcut kanıta ve rehberlere dayalı olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hastaların daha bi-

linçli olması da hekimleri daha çok araştırmaya teşvik etmektedir. Hekimler hem daha kaliteli hizmet verebilmek için, hem de bilgiye rahat ulaşabilmek için çeşitli veri tabanlarına erişebilmek durumundadır (16). Hekim bir hastayı değerlendirirken hızla ve uygun bir şekilde klinik sorusunu oluşturmak, bu sorunun cevabını kanıtlarda aramak, bu kanıtları eleştirel değerlendirmek ve edindiği bu bilgiyi klinikte hasta uygulamalarına yansıtmak durumundadır (17). Kanıta dayalı tıp uygulaması yapacak hekimin bu becerileri mesleki bilgi birikimi ve klinik tecrübeleriyle gelişen yargı yetenekleriyle de birleştirmeleri gerekmektedir (18).

Yıllardır daha sağlıklı bir toplum için yapılan müdahalelerin bir kısmının aslında tıbbi hatalar içerdiği ve bu hataların her gün tekrar ederek toplum sağlığını riske attığı bir gerçektir. Ancak bu gerçek şimdiye dek karanlıkta kalmış, yerine göre inkâr edilmiştir. Artık hasta güvenliği konusunun gün yüzüne çıkması ve tartışılmasının zamanıdır. Tartışmamak veya üzerini örtmek sadece her geçen gün istenmeden gerçekleşen hatalar ve ölümlerle bilançolaşmaktadır.

Hasta güvenliğini aydınlatacak güneş Kanıta Dayalı Tıp uygulamalarıdır. Kanıta Dayalı Tıp ve Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi hasta bakım standartlarını tanımlamaktadırlar. Tanımlanan standartlara uyum ise, sağlık profesyoneli için mesleki başarı ve güven; toplum için güvenli bir hasta bakım ortamı ile sağlıklı toplum; yönetim için ise maliyet etkin başarılı sağlık hizmeti sunma olanağı sağlayacaktır. Işıl ışıl, sağlık güneşinin doğması, aydınlatması ve içimizi ısıtması dileğiyle...

Kaynaklar

1. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
2. McKibbon KA, et al. (1995). The medical literature as a resource for evidence-based care. *Working Paper from the Health Information Resources Unit, McMaster University, Ontario, Canada*.
3. Gambrill E. Evidence-based clinical practice, (corrected) evidence-based medicine and the Cochrane collaboration. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1999 Mar; 30(1): 1-14.
4. Kitchen H. Evidence-based medicine applied to cervical cancer. *Virus Res*. 2002 Nov; 89(2): 175-81.
5. The European Definition of General Practice/Family Medicine WONCA Europe 2005 Edition (erişim: Nisan 2007'de, www.woncaeurope.org)
6. Geyman JP, et al. What does family practice need to do next? A cross-generational view. *Fam Med*. 2001 Apr; 33(4): 259-67
7. Kitchen H. Evidence-based medicine applied to cervical cancer. *Virus Res*. 2002 Nov; 89(2): 175-81.



8. Grimshaw JM, et al. Knowledge for knowledge translation: the role of the Cochrane Collaboration. *J Contin Educ Health Prof*. 2006 Winter; 26(1): 55-62.

9. Editorial. Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges.

Health Policy 63 (2003) 117-120.

10. Mossialos E, Le Grand J. *Health Care and cost containment in the European Union*. Aldershot, UK: Ashgate, 1999.

11. Office of Technology Assessment. *Development of medical technology: opportunities for assessment*. Washington DC: U.S. Government printing Office, 1976.

12. Leys M. Health Technology Assessment: The contribution of qualitative research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19:2 (2003), 317-329.

13. EUR-ASSESS. Special issue. *Int J Health Care Technol Assess*. 199

14. Banta D. The development of health technology assessment. *Health Policy* 63 (2003) 121-132

15. Battista RN. Towards a paradigm for technology assessment. In: *The scientific basis of health services* (Peckham M & Smith R, editors). London: BMJ Publishing group, 1996, pp. 11-18.

16. Glanville J, et al. Getting research into practice. Finding information of clinical effectiveness. *BMJ* 1998; 317: 200-3.

17. Sackett DL, Haynes RB. On the need for EBM. *Evidence-based Med* 1995; 1:1.

18. McQueen MJ. Overview of Evidence-based Medicine: Challenges for Evidence-based Laboratory Medicine *Clinical Chemistry* 47:8 1536-1546 (2001)

Tükenmişlik en fazla hemşirelerde

Yrd. Doç. Dr. Gülfer Bektaş



Bektaş İ.Ü. F.N.HY.O mezunudur. İ.Ü İşletme Fakültesi'nde Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi'nde yüksek lisansını, İ.Ü İşletme Fakültesi'nde Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi'nde doktorasını tamamlamıştır. 1997 tarihinden itibaren M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak İnsan Kaynakları Yönetimi dersini vermektedir. Ulusal ve uluslararası yayınlarının yanı sıra Sağlık İnsan gücü Planlaması isimli bir ders kitabı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Ebelik-Hemşirelik Danışma Kurulu Üyeliği ile Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı 'Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik' özel ihtisas komisyonu üyeliğinde bulunmuştur.

Küreselleşme olgusunun da artmasıyla birlikte, işletmelerde bireylerin verimliliklerini etkileyen faktörlerin önemi artmıştır. Çalışan bireylerin verimliliğini etkileyen faktörlerin başında iş tatminsizliği, örgüte bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı ve örgütsel tükenmişlik gibi kavramlar vardır. Özellikle örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişlik kavramları son dönemde üzerinde hassasiyetle durulan konulardandır. Yazımızda da bu iki kavramın demografik değişkenlerden ne ölçüde etkilendiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel tükenmişlik, örgüte bağlılık, demografik değişkenler.

İnsanlarla birebir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslekleri yürüten kişilerde sık görülen bir tür stres olan tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenburg tarafından 1974 yılında ortaya konmuş ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach tarafından 1981 yılında yapılmıştır. Maslach tükenmişliği kısaca, 'kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan bir sendrom' olarak tanımlamıştır.

Yapılan araştırmalara göre tükenmişliğin en önemli sonucu, sunulan hizmette bozulmalar olması, bireyler üzerinde ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açmasıdır. Bununla beraber, depresif yakınmalarda artış, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, yorgunlaşmama ve yorgunluk gibi sorunların ortaya çıktığı da gözlemlenmiştir. Yedi farklı sağlık meslek grubundan (uzman, pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler) toplam 7 bin 255 kişinin incelendiği bir çalışmada tükenmişlik oranının en çok hemşirelerde olduğu belirtilmiştir.







Örgüte bağlılık ise 'bireyin kurumsal amaç ve değerleri kabul etmesi, bu amaçlara ulaşılması yönünde çaba sarf etmesi ve kurum üyeliğini devam ettirme arzusu' olarak belirtilebilir. Örgüte bağlılık, çalışanların örgüt amaçlarını benimsemelerinde, kurumda kalma isteğini sürdürmelerinde ve örgüt faaliyetlerine katılmalarında önem taşıyan bir husustur.

Örgütsel bağlılığın bireysel özelliklerle ilişkisi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yapılan araştırmalara göre demografik faktörlerle örgüte bağlılık arasında belli bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir.

Örgüte bağlılıkları olmayan veya düşük olan bireylerin, kendilerini örgütün bir parçası olarak görmedikleri için işe gelmeme, işe geç gelme ve işten ayrılma

olasılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir.

Yazımızda da hastane çalışanlarının örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişliklerinin demografik özelliklerden ne ölçüde etkilendiği saptanmaya çalışılmıştır.

Gereç ve yöntem:

Bu araştırma, hastanede çalışan toplam 273 kişi ile yapılmıştır. Araştırmada demografik değişkenlerin ölçekler arasında anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir.

Araştırmada öncelikle deneklerin cinsiyet, görev, eğitim durumları, yaş ve kıdem gibi demografik özelliklerine ilişkin frekanslar belirlenmiştir. Daha sonra örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri ile demografik değişkenler ara-

sındaki ilişki tek tek analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılanların yüzde 78'i kadındır. Araştırmanın yapıldığı kurumda çalışanlar doktor, hemşire, yönetici ve diğer olmak üzere toplam dört kategoriden oluşmaktadır.

Doktorlar toplam yüzdenin yüzde 27.8'lik bir kısmını oluştururken hemşireler yüzde 60.8'lik bir oranı teşkil etmektedirler. Kurumda çalışan yöneticilerin sayısı ise toplam yüzdenin 5.5'lik bir oranını oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların yüzde 55.7'si üniversite mezunudur. Kurumda çalışanların yüzde 57.9'u evlidir.

Araştırmaya katılanların yaşlarını tespit etmeye yönelik olarak sorulan soruyu tüm çalışanlar yanıtlamıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması yaklaşık 33 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların çalışma sürelerini belirlemeye yönelik olarak sorulan soruyu tüm çalışanlar eksiksiz yanıtlamıştır. Araştırmaya katılanların ortalama çalışma süresi yaklaşık olarak 7 yıl olarak belirlenmiştir.

Örgütsel tükenmişlik ölçeği

Araştırmada öncelikle çalışanlara örgütsel tükenmişlik ölçeği uygulanmıştır. Ankette yer alan her bir ifade, 'Hiç Memnun Değilim', 'Memnun Değilim', 'Memnunum', 'Biraz Memnunum' ve 'Oldukça Memnunum' şeklinde 5'li likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. 4, 5, 7, 12, 17, 18, 19 ve 21. sorular ters sorular olduğundan burada alınacak puanlar, ters çevrilerek analize tabi tutulmuştur.

Örgütsel güven ölçeğinin güvenilirlik analizi

Bütün sorular dâhil edilerek yapılan güvenilirlik analizi sonucu alpha değeri 0,8554 olarak tespit edilmiştir. Güvenilirliği azaltıcı etkisi bulunan 5'inci sorunun (İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum) çıkarılması ile alpha değeri 0,8612 olarak belirlenmiştir. Kalan sorular içinde güvenilirliği azaltıcı etkisi bulunan soru olmadığı için, diğer tüm sorular analize dahil edilmiştir.

Örgüte bağlılık ölçeği

Araştırmada öncelikle çalışanlara örgütsel güven ölçeği uygulanmıştır. Ankette yer alan her bir ifade, 'Hiç Memnun Değilim', 'Memnun Değilim', 'Memnunum', 'Biraz Memnunum' ve 'Oldukça Memnunum' şeklinde 5'li likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. 7, 13 ve 15. sorular ters sorular olduğundan burada alınacak puanlar, ters çevrilerek analize tabi tutulmuştur.

Tüm araştırmaya katılanların demografik özellikleri			
Özellik	Sıklık	Oran (%)	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	213	78,0
	Erkek	60	22,0
	Toplam	273	100,0
Eğitim	Ortaokul	7	2,6
	Üniversite	1	0,4
	Toplam	8	3,0
Yaş	15-20	6,5	2,4
	21-30	1	0,4
	Toplam	7,5	2,8
Meslek durumu	Ortaokul	5	1,8
	Lisans	2	0,7
	Üniversite	117	43,0
	Master	32	11,7
	Doçent	3	1,1
Yüksek okul	Yüksek okul	7	2,6
	Ortaokul	7	2,6
	Toplam	14	5,2
	Toplam	273	100,0
Matruke durumu	Evli	15	5,5
	Kadın	115	42,1
	Toplam	130	47,6

Örgütsel vatandaşlık davranışı ölçeğinin güvenilirlik analizi

Bütün sorular dahil edilerek yapılan güvenirlik analizi sonucu ölçeğin alpha değeri 0.8195 olarak tespit edilmiştir. Ancak ölçekten güvenirliği azaltıcı etkisi bulunan sorular tek tek çıkarılarak kalan sorular üzerinden tekrar güvenirlik analizi yapıldığında son olarak ölçeğin alpha değeri 0.8413 olarak tespit edilmiştir. Ölçekten çıkarılan sorular sırasıyla; 12'inci (Çalıştığım kurumdaki ayrılmak olsam başka iş bulma imkânım sınırlı olur), 7'inci (Şu anda kendi isteğimden ziyade mecburiyetten bu kurumda çalışıyorum), 10'uncu (Fazla alternatifim olmadığı için çalıştığım kurumdaki ayrılmayı düşünmüyorum) soruları olmuştur.

Bulgular

Demografik değişkenler ile kullanılan ölçekler arasındaki ilişki

1. Cinsiyet ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçeklerinin faktörleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için t-testi uygulanmıştır. (Independent samples t-test) Yapılan analiz sonuçlarına göre cinsiyetin, örgütsel tükenmişlik ölçeği ve örgüte bağlılık ölçeklerinin faktörleri arasında anlamlı bir fark teşkil etmediği belirlenmiştir.

2. Medeni durum ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların medeni durumları ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçeklerinin faktörleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için t-testi uygulanmıştır (İnde-

3. Görev ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların görevleri ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (Anova) testi uygulanmıştır. Yapılan tek faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre farklı görevlere sahip denekler arasında örgüte bağlılık açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (p>0,05). Ancak görevler ile örgütsel tükenmişlik ölçeği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Bir başka deyişle farklı görevlerdeki bireylerin tükenmişlik düzeyleri de farklıdır.

Çoklu karşılaştırma sonuçları: Farklılıkların hangi ikili gruptan kaynaklandığını belirlemek için çoklu karşılaştırma testi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre örgütsel tükenmişlik ölçeği ile doktor-yönetici ve hemşire-diğer grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

4. Yaş ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların yaşları ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için 'Pearson korelasyon analizi' uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, yaş ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

5. Çalışma süresi ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların çalışma süreleri ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için Pe-

6. Öğrenim durumu ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların öğrenim durumları ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için varyans analizi uygulanmıştır (One way Anova). Yapılan tek faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre eğitim durumu ile örgütsel tükenmişlik ve örgüte bağlılık ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç

Bu yazıda, hastane çalışanlarının örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişliklerinin demografik özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Demografik değişkenler olarak cinsiyet, eğitim, çalışma süresi, görev, yaş ve medeni durum alınmıştır. İlk olarak cinsiyetin örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişlik üzerindeki etkisine bakılmış ancak kadınlarla erkekler arasında örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişlik açısından bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Diğer değişkenlerden eğitim, çalışma süresi, yaş ve medeni durum içinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yani cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, yaş ve medeni durum örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişliği belirleyici değişkenler değildir. Demografik değişkenlerden görev, örgütsel bağlılık üzerinde etkili bulunmazken örgütsel tükenmişlik üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Görev, açısından incelendiğinde, yöneticilerin doktora göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Anlamlı fark olmamasına rağmen hemşirelerin doktorlardan daha fazla tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir.

Kaynaklar

Okan Taycan, Leman Kutlu ve diğerleri, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, s. 101.

Taycan, Kutlu, s. 101.

Ufuk Durna, Veysel Eren, Üç Bağlılık Unsuru Ekseninde Örgütsel Bağlılık, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, Yıl: 2005, s. 210.

A.g.e., s. 213.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nermin Uyguç, Dilek Çımrın, DEÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını ve İşten Ayrılma Niyetlerini Etkileyen Faktörler, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 19, Sayı: 1, Yıl: 2004, s. 93.

T. I. r. tırm. y. k. tıl. n. l. r. y. v. l. m. s. r. l. r. n. l. k. n. l. l. r.									
		N	En K	k	r	En y K	r	ci	S.s.
Y									
G v V r n l r		273		1		57		33	.26
G v V r m y n l r									
T. I. m		273							
İ. m. S. r. s.									
G v V r n l r		273		1		2		7.21	.17
G v V r m y n l r									
T. I. m		273							

Cinsiyet							
İlişk	k. n.	N	r. l. m	S. S.	s. l.	t.	
	k. k.	213	77.13	11.73	271	1.15	.15
	k. k.		57.13	11.73			
T. k. m. l. k.	k. n.	213	77.15	11.3	271	.15	.
	k. k.		77.13	11.77			

İşletmelerde entelektüel sermayenin ölçülmesi

Orhan Zengin

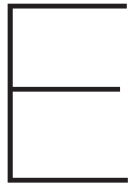


1977 Nevşehir- Hacıbektaş doğumlu ve 2003'den beri Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetim bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Emre İşçi



Emre İşçi, 2000 yılından beri Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. 2004 yılında Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalından yüksek lisans derecesi almış ve halen aynı bilim dalında doktora programına devam etmektedir.



n genel anlamıyla entelektüel sermaye; patentler, telif hakları gibi bilgiye dayalı maddi olmayan varlıklardan daha kapsamlı olarak, işletmenin bilgi, tecrübe, ilişki, süreçler, buluşlar, pazar durumu ve topluma etkinin toplamı ve

sinerjisini ifade etmektedir. Başka bir deyişle, işletmenin faaliyet sürdürebilmesini sağlayan maddi olmayan varlıkların tamamı olarak tanımlanmaktadır (1,2).

Entelektüel sermaye, işletmenin sahip olduğu biriktirilebilir bilgidir. (3,4). Entelektüel sermaye başlıca insan sermayesi, örgütsel sermaye ve müş-

teri sermayesi boyutlarından oluşmaktadır (5).

a) İnsan Sermayesi: İnsan sermayesi tüketicilere fayda sağlayan işgörenlerin bilgi, beceri ve yeteneğidir. Bilgi yönetiminin temeli insandır. İnsanlar bilgi, yeni fikirler ve yeni ürünleri yaratır ve tamamen iş süreçlerini oluşturan bağlantıları kurar. (6,7).



b) Yapısal Sermaye: Yapısal sermaye; patentler, fikirler, yeni modeller ve idari yapıların geniş bir karışımından oluşmaktadır. Dahili yapılar; işgörenler tarafından oluşturulur - yaratılır ve genel olarak örgüt tarafından sahiplenilir ve birleştirilir. Bazen dışarıdan da elde edilebilir. Bu varlıkları geliştirme ve yatırım yapma kararları; işin işletme içinde yapılması veya dışarıdan alınması nedeniyle güven derecesiyle alınabilmelidir. Biçimsel olmayan organizasyon, dahili ağlar (şebekeler), kültür ve kimlik (ruh) dahili yapılara aittir. Dahili yapı ve insanlar birlikte genel olarak örgütü oluşturur (8).

c) Müşteri Sermayesi: Müşteri sermayesi; tedarikçilerde dahil olmak üzere işletmenin ilişkide bulunduğu insanlarla arasında bulunan örgütün ilişkisel değeridir. (9,10).

Entelektüel sermayenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi

Son yıllarda hizmet işletmelerinin ve bilgi-işlem anlamında iş yapan işletmelerin artması sonucunda, işletmelerin yalnızca finansal kaynaklardan değil de bazı görülmeyen (intangible) varlıklardan katma değer elde ettikleri ortaya çıkmıştır. Burada önemli olan, Galileo Galilei'nin dediği gibi "ölçülebileni ölçmek, ölçülemeyeni ölçülebilir hale getirmek"tir. (11).

a) Piyasa değeri ile defter değeri arasındaki fark: Entelektüel sermayenin ölçülmesinde kullanılan en basit yöntem işletmenin piyasa değeri ile defter değeri arasındaki farkın belirlenmesidir. Steward'a göre, "bir şeyin değeri başkalarının onun için ödemeye hazır olduğu bedel kadardır". Yani başka bir deyişle borsa değeri (piyasa değeri) bir bütün olarak işletmenin değeridir.

b) TOBIN'in Q oranı: Tobin'in Q oranı, Nobel ödülü sahibi ünlü iktisatçı James Tobin tarafından geliştirilen entelektüel sermaye hesaplama yöntemidir. Bu yöntemle göre işletmenin defter değeri yerine, yerine koyma maliyeti kullanılmıştır. Tobin'in Q'su aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir. Borç ve öz kaynakların piyasa değeri / işletmenin mevcut varlıklarının yerine koyma maliyeti. Stewart bu durumun entelektüel sermayenin görünür gücünün tanımı olarak ifade etmektedir (12).

c) Hesaplanmış Maddi Olmayan Değerler: Lev'e göre işletmedeki tüm varlıklar işletmeye yararlı katkıda bulunmaktadır ve bu katkı yalnızca fiziksel veya mali katkı değil bir bilgi kat-



kısıdır. Lev'in ES hesaplama yöntemi işletmenin bilgi düzeyini belirlemeye yöneliktir. (13).

d) Dengeli Puan Kartı (Balanced Score Card): Günümüzde geleneksel finansal ölçüm teknikleri daha önce de belirtildiği gibi işletmelerin gerçek değerinin hesaplanmasında yetersiz kalmaktadır. Balanced Scorecard 1990'ların başında Robert Kaplan ve David Norton tarafından yeni bir stratejik yönetim yaklaşımı olarak ortaya atıldı. Dengeli puan kartı (DPK) finansal bakış yoluyla bir taraftan kısa dönemdeki performansa ait bilgileri ortaya koyarken bir yandan da uzun dönemdeki finansal ve rekabetçi bir performansa ulaşabilmek için gerekli olan faktörleri de sunmaktadır. (12,14,15)

e) Skandia Pusulası (Skandia's Navigator): Bu yöntem DSK temel alınarak yapılandırılmıştır. Yöntemin unsurları aşağıda yer almaktadır. Finansal odak: Finansal sonuçlar, gelir / çalışan sayısı, yeni müşteri gelirleri / toplam gelir

Skandia pusulası yalnızca entelektüel sermayenin ölçümüne ilişkin değildir. Pusulanın temel odağında göstergelerin geliştirilmesi bulunmaktadır. Bu nedenle işletmelerin kendi

göstergelerini kendi kültürel ve örgütsel yapısına göre şekillendirmesi gerekmektedir (12)

f) Entelektüel Sermayenin Ölçümünde Diğer Yöntemler: Entelektüel sermayenin ölçümündeki diğer yöntemler daha çok entelektüel sermayenin unsurlarından yola çıkarak entelektüel sermayenin etkinliğini ve önemli olan faktörleri saptamaya yöneliktir.

Çalışma süresi, personel devir hızı, deneyim ve öğrenme

İşletmeler için kaç tane çalışanın olduğu değil gerekli bilgi ve tecrübeye sahip çalışan sayısı önemlidir. Çünkü müşteri bağlılığı yaratan personel, müşteri sorunlarına en kısa süre içinde yanıt bulabilecek yeterlilikte ve bilgide olmalıdır. Bu nedenle işletmeler entelektüel sermayenin belirlenmesinde çalışanların yetkinlik ölçümlerini yapmalıdır.

Entelektüel sermaye uygulamalarının yaygın olduğu işletmelerden biri de Celmi'dir. Celmi ilk kez 1995'te bilânçosunda maddi olmayan varlıklara ilişkin skor kartını yayınlamıştır. Burada insan sermayesine ilişkin kullandığı unsurlara örnek olarak,

- Uzmanlar haricindeki yönetici per-



sonel sayısı. Yani yönetici / uzman

• Çalışanların eğitim düzeyi (sayı olarak verilmiştir).

• Müşteri ile aktif çalışan personel sayısı (tepe yöneticiler de müşteri ile aktif çalışıyorsa uzman kategorisinde değerlendirilmiştir (uzman personel sayısı / toplam çalışan)

• Uzman ve çalışan başına katma değer

• Profesyonel yetenek (mevcut çalışanlar için çalışılan süre (yıl))

• Yönetim personeli oranı (yönetici sayısı / yılsonundaki toplam çalışan sayısı)

• Yenilenen siparişler / eski siparişler

• Acemi çalışan oranı (2 yıldan az süre) (acemi çalışan / toplam çalışan)

• Yönetici başına satışlar (toplam satışlar / ortalama yönetici sayısı)

• Müşteri başına satışlar (toplam satışlar / ortalama müşteri sayısı)

• Kıdemlilik (o işletmedeki yıl olarak çalışma süresi)

• Çalışan devir hızı (işten ayrılanlar / yılbaşındaki personel sayısı)

• Ek getiri. Tüm borç ödemeleri yapıldıktan sonra işletme personeli tarafından üretilen değer.

Bazı işletmeler ise bu unsurlar dışında çalışan yeteneklerini ölçmek için nitel bazı kriteri kullanırlar. Bunlar;

• Müşterilerin çalışanların hangi be-

cerilerine değer veriyor?

• Çalışanlarda işletmenin takdir ettiği beceriler nelerdir?

• Müşterilerin ve çalışanların değer verdikleri şeyler arasındaki farklılığı temeli neden kaynaklanmaktadır?

• Yeni gelişen ne tür beceriler ya da teknolojiler işletmenin bilgisini zayıflatabilir.

• Yöneticiler en çok hangi pozisyonda çalışmak istemektedir.

• Yerini devredeceği kişileri eğitme ve geliştirme planları yapan yönetici oranı.

• Bütün çalışanların müşterilerin az değer verdiği işlerde harcadıkları zamanın oranı.

• Rakip işletmelerin personel alımında kendi işletmenizden personel almaya çalışıyor mu?

• Çalışanlar hangi nedenle başka işletmelerin tekliflerini kabul etmektedir?

• İş gücü piyasasında işletmenin nasıl bir ürünü var?

Yapısal sermaye ölçümleri

Yapısal sermaye her işletmede farklı özelliklere sahiptir. Bu nedenle, yapısal sermayenin ölçülmesi basit formüller ve ile mümkün değildir. Weston Anson'ın yapısal nitelikteki maddi varlıkların özelliklerini ve değerini belirlemek için kullandığı yöntem bazı maddi olmayan varlıklarında ölçümü için de uygundur. Bu yöntem bilgi

stoklarına değer biçme yöntemidir.

Bilgi stoklarına değer biçme

Bu yöntemde göre maddi olmayan varlıklar üç grupta ele alınabilir. Bunlar; teknik unsurlar (ticari sırlar, formler vb.), pazarlama unsurları (işletmenin adı, amblemi, telif hakları, garanti ve yetki belgeleri, ticari marka tescil belgeleri vb.), beceri ve bilgi unsurları (veri tabanları, örgütsel el kitabı, kalite kontrol standartları, ticari lisanslar, tescilli yönetim bilgi akış sistemler vb.)'dır.

İşletmede bu unsurlar belirlendikten sonra yapılması gereken varlıkların piyasa değerinin olup olmadığının saptanmasıdır. Bunun için 3 temel sorunun sorulması önerilmektedir.

• Belirlenen varlıklar ürün ya da hizmeti rakiplerden farklı kılmakta mıdır?

• Başkaları için bir değer ifade ediyor mu?

• Başkaları bu varlıkları elde etmek için bedel öder mi?

Net çalışma sermayesi devir hızı oranı

Net çalışma sermayesi işletmenin kısa dönemde nakde dönüştürebileceği dönen varlıklar ile kısa dönemde ödenmek zorunda olan borçların arasındaki farktır. Net çalışma sermayesinin net satışlara bölünmesi ile net çalışma sermayesi devir hızı elde edilir. Bu değer stokların yerini enformasyonun aldığı ve gereğinden fazla stoka para bağlamadığı belirlenmiş olur.

Bürokratik direnci ölçme İşletmedeki örgütsel yapının çalışanlar ile müşte-



riler arasında bir engel oluşturup oluşturmadığına ilişkin yöntemdir.

- Ortaya atılan öneriler ile uygulanan önerileri karşılaştırma (hayata geçen fikir / ortaya atılan fikir).
- Piyasaya sunma süresi (yeni ürün geliştirmeden piyasaya sürmeye kadar geçen süre).
- Bölüm yönetici testleri. ((gelirler+satış harcamaları) / (genel harcamalar+yönetimsel harcamalar)).

Müşteri sermayesi ölçümleri

İşletmelerin entelektüel sermaye boyutlarından biri de müşteri boyutudur. Bu nedenle işletmelerin sürekli müşteri istek ve beklentilerini çeşitli istatistiksel yollarla değerlendirip bunu ürüne ve iş süreçlerine yansıtmaları gerekmektedir. Bilindiği üzere yeni müşteri kazanmak yerine eski müşteriyi elde tutmak daha kolaydır. Bu nedenle işletme eski müşterilerin işletmeye kazandırdığı değer belirlenmelidir (16).

Entelektüel sermayenin ölçülmesinde muhasebe bilgi sisteminin katkısı

İşletme ile ilgili karar alıcı grupların doğru bir fikre ulaşabilmesi ve alınacak kararların yerinde olmasında, finansal tabloların gerçeği yansıtır olmasının önemi yadsınamaz bir gerçektir. Bilgi çağında bilginin en büyük değer haline gelmiş olması dolayısıyla, doğal olarak maddi varlıklara dayalı oluşturulan bilançoların, bilginin değerini ortaya koymada yetersiz kaldığı açıkça ortadadır (17).

Entelektüel sermayenin ölçülmesinin gerekliliği, etkin işletme yönetimi bağlamında düşünüldüğünde de başarı noktasında olmazsa olmaz bir unsur olduğu görülebilecektir. Herhangi bir şeyin yönetilebilmesi için önce ölçülebilir olması gerekmektedir. Yönetimsel anlamda herhangi bir problemin çözümü açısından bakıldığında da ölçmeden, analiz etmeden

yapılan iyileştirmeler, problemin kök nedenini giderici iyileştirmelerden çok, yangın söndürme davranışı olacaktır (18).

Sonuç

Günümüzde işletmelerin değer ve kurumsal performans belirlemede entelektüel sermayenin ölçülmesi artık bir gerekliliktir. Konu sağlık işletmeleri açısından da ele alındığında ise her ne kadar kavramın içinde yer alan boyutların tamamı (patent, telif hakkı gibi) sektörel özellikler nedeniyle hesaplanamasa da müşteri sermayesi, yapısal sermaye gibi boyutların hesaplanıp, değerlendirilmesi mümkündür. Ayrıca hem işletme değerlerinin muhasebeleştirilmesinde hem de kredibilite ile şirket birleşmelerinde bu değerlerinde yer alması doğru veri elde edilmesi açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Stewart Thomas A., *Entelektüel Sermaye Örgütlerin Yeni Zenginliği*, Çev. Nurettin Elhüseyni, MESS Yayınları, İstanbul, 1997, s. XII.; Miller William, *Building The Ultimate Resource*, *Management Review*, Cilt: 88, Sayı: 1, 1999, s. 42-45.
2. A. Brooking, *Intellectual Capital*, *International Thomson Business Press*, London, 2000, s. 12
3. I Nonaka, H. Takeuchi., *The Knowledge-Creating Company: How Japanease Companies Create the Dynamics of Innovation*, *Oxford University Press*, New York, 1995, s. 12
4. Saime Önce., *Muhasebe Bakış Açısı ile Entelektüel Sermaye*, *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir, 1999, s.2
5. J. Mouritsen et al, *Developing and Managing Knowledge Through Intellectual Capital Statements*, *Journal of Intellectual Capital*, Cilt: 3, Sayı: 1, 2002, s. 10-11
6. Wileman Andrew, *A Capital Idea*, *Management Today*, Apr. 1999, s. 97.
7. Brenner Pamela M. , *Motivating Knowledge Workers : The Role Of The Workplace*, *Quality Progress*, Cilt: 32, Sayı: 1, 1999, s. 33-37.

8. Sveiby Karl-Erik, *Intellectual Capital : Thinking Ahead*, *Australian Accountant*, Cilt: 68, Sayı: 5, 1998, s. 18-22.

9. Tapsell Sherrill, *Making Money From Brainpower : The New Wealth Of Nations*, *Management – Auckland*, Cilt: 45, Sayı: 6, 1998, s. 36-45

10. Bontis Nick, *There's a Price On Your Head : Managing Intellectual Capital Strategically*, *Business Quarterly*, Cilt: 60, Sayı: 4, 1996, s. 40-47

11. Şadi Can Saruhan, "Entelektüel sermaye kazançları vergilendirilebilir mi?", *Finansal Forum*, 2 Aralık 2000, s.8

12. Şebnem Arıkboğa, *Entelektüel Sermaye*, *Derin yayınları*, İstanbul, 2003, s. 117-120

13. Arthur Detore, Mark Clare ve James Weide, *Measuring the value of Lincoln Re's R&D*, *Journal of Intellectual Capital*, Cilt:3, Sayı: 1, 2002, s. 43

14. <http://www.pcis.com.tr/tr/services/balancedscorecard.shtml> (24.10.2007)

15. Robert Kaplan ve David Norton, *Balanced Scorecard (Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek)*, *Sistem Yayıncılık*, İstanbul, 1999, s. 61-178

16. Taylan Sulaoğlu, *Entelektüel Sermaye ve İnsan Kaynaklarının Entelektüel Sermaye İçindeki Yeri*, *Yüksek Lisans Tezi*, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Human Resources Management and Development Bilim Dalı*, İstanbul, 2001, s. 95-101; Arıkboğa, a.g.e., s. 132-137; Stewart, a.g.e., s. 257-273

17. ÇIKRIKÇI Mustafa, DAŞTAN Abdulkemir, "Entelektüel Sermayenin Temel Finansal Tablolar Aracılığıyla Sunulması", *Bankacılar Dergisi*, Sayı 43.2002, s.27

18. Akın POLAT, "Tasarım Sürecinde Altı Sigma, Altı Sigma Metodu'nun Toplam Kalite Yönetimi ve Tasarım Süreçlerindeki Yeri", http://www.kalder.org.tr/preview_content.asp?contID=752&tempID=1®ID=2, 02.01.2007

Ülkemiz şartlarına göre obezite ile mücadelede strateji ne olabilir?

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995'te Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Kronik bir hastalık olan obezite, basitçe yağ dokusunun artışı olarak tanımlanabilir. Bu tanım, yetişkinler için pratik olarak vücut kitle indeksi (VKİ) üzerine kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Obezite Danışma Kurulu, hastalığı VKİ'ne (vücut ağırlığının metrekaresinden boy uzunluğuna bölünmesi) göre sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Buna göre, VKİ 25 - 29.9 kg./m² arası olanlar kilolu; 30 kg./m²

ya da daha yüksek olanlar ise obez olarak değerlendirilir.

Obezite global olarak epidemik oranlara ulaşmıştır ve tüm dünyada prevalansı son 15 yılda giderek artmaktadır. Gelişmiş sanayi ülkelerinde kilolu ve obez oranı yüzde 35 - 45 arasındadır. Bu ülkelerdeki toplam sağlık hizmetleri tüketiminin yaklaşık yüzde 4 - 8'inin obeziteye bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Obezlerde vücut ağırlığındaki her 1 kg. artış diyabet sıklığını yüzde 5 artırmaktadır. Günümüzde diyabet dünyanın her yerinde en önemli sağ-

lık sorunlarından biridir ve beşinci ölüm nedenidir. Dünya Diyabet Federasyonu (IDF) ve Uluslararası Obezite Çalışma Birliği'ne (IASO) göre dünyada 1 milyar erişkin fazla kilolu olup bunların 300 milyonu şişmandır ve 1.7 milyar kişi Tip 2 diyabet gibi fazla kiloyla ilişkili kronik hastalık riski altındadır. Tüm dünyada 1 milyardan üzerinde kilolu erişkinin olduğu ileri sürülmektedir. Bunun 300 milyonu obezdir. Avrupa Birliği'nde 200 milyonun üzerinde kilolu veya obez erişkin olduğu hesaplanmaktadır. Yine 3 milyon okul çocuğunun obez olduğu ile-





ri sürülmektedir. Dünya çapında 200 milyon kişi diyabetiktir ve bu sayı önümüzdeki 30 yıl içinde büyük olasılıkla iki katına çıkacaktır.

Obezitenin salgın halinde artış göstermesi ve yaşamı kısaltması, kronik bir hastalık olarak kabul edilmesini ve de tedavi edilmesini zorunlu kılmıştır. Her ülkenin kendi şartlarına göre yapması gereken mücadeleyi biz ülkemizin sosyoekonomik durumuna göre gözden geçirmeye çalıştık. Türkiye 81 vilayetin 2 bin 205 çeşit yöresel yiyecek ve içecekten oluşan zengin mutfacı ile dünya çapında bir lezzet ülkesidir. Sadece Gaziantep 291, Elazığ ise 154 çeşit yemek, tatlı ve içecekten oluşan zengin bir mutfaca sahiptir. Özellikle Gaziantep mutfacı tüm Türkiye'ye yayılmış durumdadır. Bu nedenle yöresel şartları da dikkate alarak bir strateji geliştirmek gerekmektedir.

Stratejik eylem programları

I- Yaş dönemlerine göre stratejiler

1- Doğum öncesi (prenatal):

Çocuğun metabolizması ana rahminde belirlendiğinden dolayı, gebelik döneminde alınan kilolar ve beslenme tarzı daha sonraki dönemde hem ane sağlığını hem doğan çocuğu olumsuz yönde etkilemektedir.

2- Bebeklik çağı:

Bebeklikte başlayan yeme davranışları ve aşırı kalori alımı ileriki yaşamda kilo alma ile ilgili süreçleri etkileyebilir. Bu nedenle obezitenin önlenmesi çalışmalarına bebeklikte başlanmalıdır.

a- Anne sütünün yerini hiçbir şey tutmadığından mamalar ancak gereksinim olduğunda kullanılmalıdır. Bebek mamalarındaki özendirici reklamlar kaldırılmalıdır.

b- Anne sütünün mümkün olduğunca ilk 2 yıl sürdürülmesi sağlanmalıdır.

3 - Çocukluk çağı:

Tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon gibi daha çok erişkinlerde görülen kronik hastalıklar çocukluk çağında

da önemli bir hale gelmeye başlamıştır. Dünya genelinde okul çağındaki çocukların yüzde 10'unun fazla kilolu olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağında obezite mücadelesi için:

a- Çocuk ve gençlerin hedef alındığı fast-food ürünlerinin, şekerli ve kremalı gıdaların ve şekerli gazozlu içeceklerin okullarda kontrolü veya yasaklanması gerekmektedir.

b- Çocuklarda obezite sıklığını azaltmanın en iyi yolu koruyucu hekimlik uygulamaları olan yaşam stili değişikliğinin etkinliğinin ve sürekliliğinin eğitim yolu ile sağlanmasıdır.

c- Okullarda beden eğitimi derslerinin etkinliğinin ve felsefesinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

d- Öğrenci, öğretmen ve aileler, ilgili kamu kuruluşları ve belediyeler tarafından obezitenin getirdiği riskler ve sağlıklı beslenme konularında konferans ve afiş gibi iletişim araçları ile bilgilendirilmelidir.

4- Gençlik çağı: Adölesan dönem psikososyal etkilenmelerin ve çevrenin en etkin olduğu dönemdir. Bu dönemde dengesiz beslenme sorun oluşturur. Fast-food'ların kontrolü gerekmektedir.

Obezitede toplam yaklaşımlar

Halk sağlığı yaklaşımları

Türk mutfacında un, şeker ve yağa dayalı ürünlerin fazlalığı ve dengeli beslenme yerine yağlı yiyeceklerin hakim olduğu fast-food ürünlerinin ve kebabların tercih edilmesi, dengesiz beslenmeye yol açmaktadır.

1- Medyanın etkin hale getirilmesi

Görsel ve yazılı basında sağlık muhabirlerince hazırlanan sağlık haberleri uzman bir editöryal süzgeçten geçirilmelidir.

Tüm görsel ve yazılı medyadaki reklamların bir kısmında obezite, metabolik sendrom gibi derneklerce hazırlanmış bilgilendirme amaçlı sağlıklı yaşam reklamlarına yer verilmesi sağlanmalıdır.

2- Tüketici dernekleri

Yine ülkemizdeki tüketici dernekleri de bu yönde seslerini daha iyi duyuracak şekilde organize edilmelidir.

3- Obeziteye yol açan kültür alt yapısının değişimi için programlar

Geleneksel yemek kültürümüz ve yemek davranışımıza ait her türlü kültür alt yapısında köklü değişikliklere ihtiyaç vardır. Tek çeşit yemekten oluşan öğünün şişmanlamada daha etkili olduğu, buna karşın çoktan seçme olanağı sağlayan kafeterya diyetinin ise şişmanlatıcı özelliği olduğu, hayvan deneyleri ile gösterilmiştir. Bu yüzden kültür alt yapısının değişikliği için çeşitli kampanyalara gereksinim vardır.

a- Ekmek kültürümüz:

Türkiye'de üretilen ekmekler çoğunlukla rafine edilmiş glisemik indeksi oldukça yüksek olan beyaz undan yapılmaktadır. Glisemik indeksi daha az olan kepekli veya diğer ekmek çeşitlerinin tüketimi istenilen düzeyde değildir. Rafine edilmiş ve beyazlatılmış, dolayısı ile glisemik indeksi yüksek olan ekmeğe kısıtlamalar getirilmelidir.

b- Tatlı kültürümüz:

Ülkemizde tatlı çok sevilen gıdaların başında gelmektedir. Tatlıların hediye olarak götürülmesi ikram kültürümüze artık geleneksel olarak yerleşmiştir. Yapılacak kampanyalarla tatlıların hediye kültüründen çıkartılması olumlu sonuçlar verecektir. Ayrıca tartı ile satılan tatlı ürünlerinde de mutlaka ayrıntılı etiketleme (örneğin ambalaj kağıtlarına içerdiği kalori ve yol açacağı sağlık problemleri yazılmalıdır) mecburi hale gelmelidir.

c- Bal kültürümüz:

Türkiye'de yıllık bal tüketimi 50 bin ton

T	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78																								

olmasına rağmen bunun yaklaşık yarısı hakiki bal olarak üretilmektedir. 1/3'ü ise sahte olarak üretilmektedir. (1 kg. bala 8 - 10 kg. glikoz karıştırılarak) Dolayısı ile bunların kontrolü gerekmektedir.

d- Şekerli gazoz içecek kültürümüz: Şekerli gazozlu içecekler alkol­süz içecek kültürümüzü zorlamaya başlamış­tır. Bunun yerine daha sağlıklı olan ve yerli kültürümüz olan ayran önerilmeli­dir.

e- Hamur işleri kültürümüz:
Türkiye’de piriç ve bulgur pilavı, mantı, makarna yeme kültürümüzün olmazsa olmazları arasında girmiştir. Bunun yerine alternatif geleneksel yemekler (Akdeniz mutfağı) özendirilmelidir.

f- Kırmızı et kültürümüz:
Bol yağlı kırmızı etten yapılan kebaplar halkımız tarafından çok sevilmekte ve tüketilmektedir. Kırmızı et yenilecek ise kebab yerine daha az yağ içeren kuzu şiş, bonfile et tercih edilmelidir.

g- Yağ kültürümüz:
Türkiye’de üretilen tereyağların bir kısmı sağlıksız şartlarda üretilmekte olup bu konuda yeterince denetleme yoktur. Ülkemizde tereyağı özellikle sabah kahvaltısında bol tüketilmektedir. Margarin ve hayvansal yağların da yemeklerde kullanılması azaltılmalıdır. Bitkisel sıvı yağların özellikle de zeytinyağının şişmanlatmadığı konusunda halk arasında yaygın ve yanlış bir inanış vardır. Yemeklerin hazırlanmasında bitkisel sıvı yağlar ya çok az kullanılmalı ya da buharla pişirme önerilmelidir.

h- Kızartmalar:

Patates ve diğer sebzelerin kızartmaları oldukça fazla miktarda yağ içermektedir. Sık tüketilen kızartmaların aşırı kalori nedeni ile alımı azaltılmalıdır.



Kamusal planlama ve eylemler

1- Sağlıklı beslenmede makro önlemler

a- Üç tarafı denizlerle çevrili olan ülkemizde balık tüketimi oldukça azdır. Kişi başı yıllık 3 - 8 kg. olan balık tüketimi özendirilmelidir (Japonya'da 99 kg./yıl).

b- Zeytinyağı üretiminde dünyada 5. sırada olan ülkemiz, tüketimde ise son sıralarda gelmektedir. Yıllık kişi başı zeytinyağı tüketimi 0.5 kg olan ülkemizde (komşumuz Yunanistan'da 22 kg.) zeytinyağı tüketiminin özel bir programla artırılması sağlanmalıdır.

c- Rafine un mamulü ekmeklerin kontrolü ve kısıtlanması.

2- Kanuni düzenlemeler

a- Gıda etiketlemesi: Gıdalardaki gizli şekerler obezite ve diyabetin azaltılmasına yönelik stratejileri etkisiz hale getirdiğinden gıda içeriklerinin olası sağlık zararları konusunda ayrıntılı etiketleme kanuni bir zorunluluk haline getirilmelidir.

b- Un ve yağ oranı yüksek hazır gıdalarda (fast-food vs.) vergi oranının artırılması.

3- Aktif yaşam alt yapısının sağlanması

Aktif yaşam için gerekli tüm alt yapı tekrar gözden geçirilmelidir (Tablo 1-2).

4- Halk eğitimleri

a- Obezite okulları veya kurslarının kurulması

b- Periyodik bilgilendirme toplantıları:
Kışla, cami, kamu kuruluşlarında obezite ile ilgili bilgilendirme toplantıları.

5- Okul eğitimi

İlköğretimde ve liselerde zorunlu olarak sağlıklı yaşam konusunda bilgileri içeren “Sağlıklı Yaşam ve Çevre” derslerinin müfredata konulması.

Sonuç

Obezite, yol açtığı zincirleme sağlık problemleri ve ekonomik maliyeti ile toplumlar için tehlike olmaya başlamıştır. Ulusal çapta etkin yapılacak obezite mücadelesi ile obezite sıklığında sağlanacak azalmalar, toplumdaki sağlık hizmetlerinin tüketimini ve maliyetini önemli ölçüde etkileyerek zaten kısıtlı olan sağlık hizmetleri kaynaklarında da önemli tasarrufa yol açacaktır.

Kaynaklar

www.ankrapatent.com

Altuntaş Y. Obezitenin önlenmesinde sağlıklı kamuoyu yönlendirmesi nasıl yapılmalıdır?

Metabolik Sendrom Sempozyumu. 2007, Antalya

Kabalak T. Obezite enerji dengesi kontrolü. Batı Anadolu Obezite Sempozyumu. 21 - 23 Mart 2003.

Bal sanayicileri derneği, 2007

WPT. A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity* 1995; 19: S37-S45.

[illegible]

Spor sakatlanmalarından sonra spora geri dönüş süreci

Yrd. Doç. Dr. Feryal Subaşı

Leyla Köksal

Spor sakatlanması geçiren bir sporcunun yaralanma/sakatlanmasının iyileştirme sürecinde amaç, sporcunun sportif performansının mümkün olan en kısa sürede restore edilmesi ve sonuçta sporcunun güvenli ve hızlı bir şekilde spora geri dönebilmesidir. Ancak normal iyileşme parametrelerinde konulan hedeflerdeki yetersizlikler, tedavi basamaklarının iyi organize edilmemesi ve klinik hedefleri tam anlamıyla yerine

getirmeme gibi nedenlerle sporcular sık sık aynı bölgelerden sakatlanmaktadır. Sporda spesifik ihtiyaçlara yönelik rehabilitasyon programının uygulanmaması, yeni bir sakatlanma veya sporcunun performansında yetersizlik olarak geri dönecektir.

Bu nedenle sporcunun sakatlanma sonrası iyileştirme programında hem klinik hem de fonksiyonel amaçlar tanımlanmalı ve bu hedefler sporcuya da açıklanmalıdır. Doğal olarak sporcuların aktivitelerini uzun süreli olarak sınırlamak zordur. Bu nedenle iyileştirme

programı mümkün olan en kısa sürede hedeflerine ulaşmalıdır.

Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için de sakatlanmış sporculara kişisel, yaptıkları spora, fonksiyonel kapasitelerine uyan fonksiyonel rehabilitasyon programı uygulanmalıdır. Böylece yapılan spora spesifik ihtiyaçların tanımlanması gerekir. Bunlar;

- 1 Spor branşına spesifik biyomekanik ihtiyaçlar,
- 2 Kas kuvveti



3 Kardiyovasküler endurans

4 Kas enduransı

5 Normal eklem hareket genişliği

6 Spora spesifik beceri eğitim gibidir.

Spora geri dönüşte gözden geçirilmesi gereken fonksiyonel amaçlar;

1- Spesifik beceriler

2- Çeviklik

3- Hız

4- Güç parametreleri

Bu süreçte ulaşılması gereken klinik amaçlar da;

1 Proprioception

2 Kas enduransı

3 Kardiyo vasküler endurans

4 Esneklik

5 Kas kuvveti

Spor branşlarına göre sportif uygunluk parametrelerini genel anlamda derecelendirmek gerekirse;

*4-maksimum, *3-orta derece , *2-gerekli, *1-minimum

Fonksiyonel Rehabilitasyonun Amaçları:

Kapalı Kinetik Halka Egzersizleri (KKH): Yürüme, koşma atlama gibi birden çok eklemi ve kası içeren alt ekstremitenin fonksiyonel aktiviteleri kapalı kinetik halka egzersizleridir. KKH egzersizleri proksimal ve distal eklem stabilitesini, eklem çevresindeki kasların aktivasyon değerini ve kalitesini artırır.

Pylometrik egzersizler: Bu egzersizlerde patlayıcı tipte (atlama, kısa mesafe koşu) konsentrik kontraksiyondan önce hızlı bir eksantrik kasılma yapılır. Plyometrik egzersizler sadece kasın gerilmesini takiben yapılan konsentrik kontraksiyonda etkilidir. Isınma ve soğuma periyodunda kullanılmalıdır. Aktiviteye ara verilirse elastik enerji azalır ve bu etkiler azalır.

Güç: Fonksiyonel rehabilitasyonda güç artışına yönelik çalışmalarda yüksek hızdaki egzersizlerle uzun süreli dayanma yeteneği artırılır. Bu amaçla yapılan eğitimler, hem yükü hem de hızı

içermelidir. Başlangıçta Cybex izokinetik dinamometrede 240 %/sn, 270 %/sn, 300 %/sn'lik hızlarda çalışılabilir.

Maksimal istemli kontraksiyonun yüzde 30 –60'ındaki eğitimler de hem kuvveti hem de hızı artırır.

Hız: Alt ekstremitedeki kas gücünün spor sırasında yapılan değişik hızdaki aktivitelere uyum sağlayabilmesi önemlidir. Sporunun hızlı hareket etme yeteneği mekano reseptör mekanizmadaki feedback yetersizlikleri nedeniyle azalır. Aktif proprioception ve koordinasyon eğitimleri hızın geri kazanılmasına yardımcı olur.

Beceri: Vücudun yönünü değiştirebilme ve çabukluk yeteneğidir.

• Reaksiyon zamanı

• Hız

• Koordinasyon

• Güç

• Kuvvetin kombinasyonu

Spora Spesifik Beceri Eğitimi: Bu becerilerde hızın artırılması ya da yapılan eğitimin spora spesifik becerilerle kombin edilmesi ile bu becerilerin zorluk derecesi artırılır. 'Spora Spesifik Beceri Eğitimi'nde amaç, sakatlanmış sporunun yaptığı spora spesifik nöro fizyolojik beceri paternlerini yeniden kazanmasıdır. Spesifik eklemler ve kaslar üzerinde stres yaratan aktivitelerdir; fonksiyonel aktivitelerin gelişiminde kullanılır.

Sonuç olarak, sporunun spora aktiviteleri sınırlandırılmadan dönebilmesi için;

• Egzersizin sıklığı, şiddeti, tekrar sayısı, dinlenme periyotları sporunun ihtiyacına göre modifiye edilmelidir.

• Sporunun gelişimine ait kayıt tutulmalıdır.

• Herhangi bir işaret ve semptom olması halinde program dikkatle gözden geçirilmeli ve spora geri dönüş kriterleri yerine getirilmelidir.

Sporunun sakatlığı ile ilgili işaret ve semptomları düzelmiş olmalıdır. Sporcu beklenen hareket genişliğini, uygun kuvvet, hız ve becerileri gerçekleştirebilmelidir. Sporunun sakatlığının tekrarlama riskleri ortadan kaldırılmalı-



dır. Sporcu spora spesifik becerilerde başarılı olmalıdır.

Kaynaklar:

1- Civan O, İnal S, Subaşı F. Sports Injury Incidence Among Elite Turkish Rowers. II. Moleküler Tıp Kongresi, İstanbul, 24 – 26 Mart 2007.

2- Ergun, N., Baltacı, G. (2006). Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitation (2nd Ed.). Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu Yayınları: 20, Ankara.

3- Kellis,E. Kellis ,V.Manou, et al.(2000).Prediction of knee extensor and flexor isokinetic strength in young male soccer players. Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy 30 (11), 693-701.

4- Neeb, T.B., Aufdemkampe, G., Wagener, J.H.D., Mastenbroek, L. (1997). Assessing Anterior Cruciate Ligament Injuries : The Association and Differential Value of Questionnaires, Clinical Tests, and Functional Tests. Journal Orthopaedic & Sports Physical Therapy 26(6), 324- 331.

5- O'Connor, D.P., Jackson, A.S.(2001) Predicting Physical Therapy Visits Needed to Achieve Minimal Functional Goals After arthroscopic Knee Surgery. Journal Orthopaedic & Sports Physical Therapy 31 (7), 340- 358.

6- Subaşı, F, Kayserilioğlu, A., Yergin, Ç., Evaluation Of Preseason Isokinetic Testing Results Of Male Soccer Players. Fizyoterapi Rehabilitasyon 15(2), 61-68, (Agustos 2004).

7- Subaşı, F., Hasbal, Ö., Uca, A.E., Sporcuların Isınma Soğuma Germe Egzersizlerini Yapma Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi , II. Ulusal Spor Fizyoterapistleri Kongresi, Kongre Özet Kitabı. Sy: 15, İstanbul, 2-4 Ekim 2003.

8- Subaşı, F., Fleksibilite Egzersizleri, Fizyoterapi –Rehabilitasyon Dergisi, 8(5), Sy: 67, Haziran 1997.

9- Wilk, K.E., Davies, G.J., Mangine, R.E., Malone, T.R.(1998). Patella femoral disorders: A Classification System and Clinical Guidelines for Non operative Rehabilitation. Journal Orthopaedic & Sports Physical Therapy 28 (5), 307- 322.

Spor Branşı	Esneklik	Kuvvet	Hız	Çabukluk	Dayanıklılık
Futbol	3	2	3		
Skat	3	3			
Tenis		2			3
Voleybol	3	2			2

Rıdvan Dilmen: Roberto Carlos sakatlandı, tedaviye ülkesine gitti. Bence yanlış!

Röportaj: Ömer Çakkal

Türk futbolunun zirve isimleri vardır. Mensubu olduğum yeni nesil eskileri bilmez; örneğin Metin Oktay'a yetişemedik biz. Ama Rıdvan'ın son dönemlerini izledik neyse ki. Türk futbolunun zekâsı ile öldürücü çalımları ile gelmiş geçmiş en iyi golcülerinden Rıdvan Dilmen. Nam-ı diğer Şeytan Rıdvan.

Rıdvan'ı izleyenler çalımları ve zekâsı

kadar sakatlanmalarını da bilir. O bu konuda da şöhret yapmıştır! Spor yaralanmaları, sağlığın önemli ayaklarından biri. Dolayısı ile futbol ekranlardaki 'saygılı' duruşu ve tutarlı karakteri yanında sırf bu nedenle bile Rıdvan'ın SD için söyleyecekleri vardı.

Haftanın 6 günü tam mesai bulunduğu NTV Spor kanalında gerçekleştirdiğimiz söyleşide Dilmen, şaşırtıcı tespitleri ile bizi heyecanlandırdı. Dilmen'in özellikle hasta psikolojisine, doktor-hasta ilişki-

lerine ilişkin yorumlarına kulak kabartmakta fayda var.

Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Bir dönem bronşit geçirmişt看. Birkaç yıl sürdü ama geçti. Şu an devam eden bir rahatsızlığım yok.

Spor yaşamınızda sık sık ve uzun sakatlanmalar geçirdiniz. Kendi tecrübelerinizden yola çıkarak spor sakatlanmalarında iyileşme süreci hakkında neler söylersiniz?



Rıdvan Dilmen





Bence bana soracağınız en uygun konu buydu. En doğru yerden giriş yaptınız. Çünkü buna en uygun futbolcu galiba benim. Çünkü çok sakatlandım. Her ne kadar teknoloji ve tıp önemli ise de saha koşulları da onun kadar önemli. Kötü zeminde oynadığınızda bileğiniz burkuluyor, ayağınız kolay kırılabilir. Eskiden futbol oyun koruları da sakatlanmaya müsaitti. Örneğin ben savunma oyuncusunu geçmiş, gole gidiyorum. Arkadan futbolcu çekip beni indiriyor ve kart görmüyordu. Hakem, 'Aman bir daha yapma' diyordu. Çünkü kurallar buna müsaitti. Böyle olduğu için sakatlık riski daha fazlaydı.

Bundan 10 - 15 yıl önce bir futbolcu sakatlandığında gönül rahatlığıyla Türkiye'deki hastaneleri tercih ediyordu mu?

O zamanlar sakatlıklarda yurtdışına çok gidiliyordu. Açıkçası moda olmuştu. Bu moda, Avrupa'daki, ABD'deki doktorlara olan hayranlığı-

mızdan geçti, teknolojidendi. Artık günümüzde ülkemizde de her türlü ortopedik ameliyat yapılabilir. Mesela eskiden tendon ameliyatlarında aylarca alçıda kalıyordunuz, artık böyle değil. Ha gene de yurtdışına giden yok mu, var tabi. Örneğin Roberto Carlos sakatlandı, tedavi için ülkesine gitti. Bence yanlış yaptı. Senin ne işin var yurtdışında! Burada tam donanımlı hastaneler yok mu? Hem sen burada ekmek yiyorsun, çocuğuna burada bakıyorsun!

Bilinçlenme anlamında da iyileşme oldu mu?

Elbette. Örneğin eskiden ameliyatın ardından doktor devreden çıkardı, futbolcu da kendisini sahaya atardı. Şimdi öyle değil, doktor ameliyatını yapıp sizi yan odadaki rehabilite uzmanına havale ediyor. Orada belli bir program uygulanıyor. Sporcu da artık daha bilinçli. Tam iyileşmeden spora dönerse, bu tedavinin bir faydası olmayacak, bunu biliyor.

Özel hastaneler 'para tuzağı' imajından acilen kurtulmalı!

Bir hasta gözüyle baktığınızda, bugün bir özel hastanenin kapısından içeri girmekle devlet hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında, alacağınız hizmeti düşündüğünüzde ne gibi farklar var?

Açıkçası ben bu sorunun doğru muhatabı mıyım bilmiyorum. Çünkü ukalalık olarak anlaşılmam sakın ama biz şimdi bir hastaneye gittiğimiz zaman fazlasıyla ilgi gösterebiliyorlar. Benim değerlendirmem pek sağlıklı olmayabilir ama gene de şunları söyleyebilirim: Vatandaşa özel hastanelerle ilgili 'Buralarda hiçbir şeyin yoksa bile birkaç tahlil yapıp senden 1 milyar alırlar' imajı var. Bence özel hastanelerin güven zedeleyen bu imajdan acilen kurtulması lazım. Devlet hastanelerine gelince de örneğin bugün Çapa'ya gittiğinizde Türkiye'nin en ünlü hocaları orada tamam ama bir karışıklık

var bunu hissediyorsunuz. Büyük bir ulaşma zorluğu var, hizmete, hekime.

Ülkemizde hastaların hastalıklar ve sağlık sistemine üzerine bilgi sahibi olduğunu düşünüyor musunuz? Yani muayeneye giden hastada şöyle bir anlayış var: Önce Allah'a, sonra sana emanetim. Bu bilinçsizliği kırmak için galiba doktorlar da bir şey yapmıyor. Bırakalım bunu, reçetelerdeki yazıları bile okuyamıyoruz ve sanki bu bilinçli olarak yapıyor! Bu noktada ne dersiniz?

Hastalarda nispi bir bilinçlenme var tabi ama doktorların farklı farklı teşhisler koyması, vatandaşların kafalarını karıştırıyor. Bir kargaşa var bu noktada. Bir de vatandaşlar arasında mutlaka üçüncü kişiler devreye girip kafa karıştırabiliyor.

Ülkemizde özellikle devlet hastanelerinde doktor-hasta ilişkisi, tanrı-kul ilişkisine benzetiliyor. Buna katılıyor musunuz; doğruysa bu hastalıklı bir durum değil mi?

Şimdi hasta öncelikle ilgi ve şefkat ister. Örneğin hasta daha doktorun odasından içeri girmeden hep bir 'Acaba bana nasıl davranacaklar' endişesi içinde. Bu korkuyu vermişler maalesef. Doktor, daha hastasını dinlemeden, 'Sıradaki...' diyebiliyor. Hasta da 'Ya bu

doktor sallıyor beni' diyor. Tabi doktor açısından bakıldığında da, 3 tane hasta bakması gerekirken 300 hastaya baktığı gerçeğini göz ardı etmememiz lazım. Doktorlar sabah evden işe giderken 'Ben bugün hastalara kötü davranacağım' demez. Ama yoğunluk bunaltıyor galiba onları da.

Herkesin işlerinden kaynaklı stresli çalışabilir ama bu bize muhatabımıza kendi stresimizi yansıtmaya hakkı verir mi? Doktorlar arasında hastasına biraz tepeden bakmacı bir üslup yok mu? Yani sistemde bir sorun yok mu?

Doktor-hasta ilişkilerinde maalesef insan ayrımı var. Sistemle alakalı sorun var mı ben bilmiyorum. Ama doktorlara büyük saygı duyuyorum. Zor şartlarda çalıştıklarını düşünüyorum.

Vatandaş doktoru ulaşılmaz görüyor

Sigara kullanıyor musunuz?

Evet, tek tük içiyorum ama bu yasaktan sonra ben de bırakıyorum.

Sigara yasağının biraz sert bir üslupla uygulandığını söyleyenler var. İyi mi oldu böyle?

Hasta daha doktorun odasından içeri girmeden hep bir 'Acaba bana nasıl davranacak' endişesi içinde. Bu korkuyu vermişler maalesef. Doktor, daha hastasını dinlemeden, 'Sıradaki...' diyebiliyor.

Bence iyi oldu. Çok kişi de şimdi bırakacak. NTV Spor'da çok sigara içen vardı. Dışarı kadar gidip gelmekten sıkılıyorlardı. Şimdi sigara içmek için dışarı çıkan çok az kişi görüyorum. Yavaş yavaş insanlar bırakıyor.

Sağlık sektöründe büyük bir değişim yaşıyoruz. Birer birer modern hastaneler açılıyor, yurtdışından giderek daha fazla sayıda hastayı Türkiye'de ağırlıyoruz. Bir hasta olarak hastaneye gittiğinizde nasıl bir manzara ile karşılaşıyorsunuz?

Bence sağlıkta gözle görülür bir değişim ve iyileşme var. Hem açılan yeni hastaneler, hem ileri teknolojinin ülkemize gelmesi, yem de vatandaşların hastalıklara karşı bilinçlenmesi anlamında





iyileşmeler var. Ama bence vatandaşların doktorlara ulaşma anlamında bir eğitimden geçmeleri gerekiyor.

Nasıl?

Doktorları ulaşılmaz olarak görüyorlar. Bazen parasızlık, bazen de doktordan çekinme nedeniyle bu oluyor. Bence TV'lerde bununla ilgili eğitimler olmalı. Özellikle Anadolu'daki insanlarımız doktordan hem ürküyor, hem onu ulaşılmaz olarak görüyor.

Hastalığın özel hastanelerin artmasıyla birlikte 'mal' haline gelmesi ile ilgili bir tartışma da var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Özel sektörün sağlık alanında daha etkili ve artan miktarda yer alması bizi insani bir erozyona götürür mü?

Hastalarda böyle bir kanı var. Bu yok mudur, var tabi. Gidiyorsun özel hastaneye, 'Ya ben evham ettim' diyorsun. Seni yatırıp by-pass ameliyatı yapıyorlar. Vatandaşın gözünde özel hastaneler 'para tuzağı' olarak görülebiliyor. Özel hastaneler de biraz duygusal bakmalı. Yani bugün herkesin parası olmayabilir. Sigorta şirketleriyle alakalı da bir problem var. Özel sigorta yaptırıyor, sonra hastaneye gidiyorsunuz. Örneğin bir chek-up yaptırmak istiyorsunuz, 'Buna müsaade etmem, paranı ver' diyor.

Kırmızı kar yağarsa Anadolu'dan şampiyon çıkar!

Hocam biraz futbol konuşalım. FB'li olarak bu yıl Fenerbahçe'yi hep eleştirdiniz. GS'nin şampiyonluğa uzandığı maçtaki yorumlarınız dahi aklımızda. Yaygın bir üslup ile soralım: Ne olacak bu Fener'in hali?

Bence bu soru mazide kaldı. Bence Fener artık o yıllardı atlattı. Kulüp doğru yolda.

Sivas zirveyi zorladı, öteki Anadolu takımları halen ligde kalmak üzere oynuyor. Siz bir röportajınızda "Anadolu takımlarından şampiyon falan da çıkmaz zaten. Kimse hayal kurmasın" demişsiniz. Türkiye liglerindeki gidişat hakkında ne düşünüyorsunuz?

Bir kez daha söyleyeyim o zaman, bu ekonomik dengesizlikle Anadolu'dan mümkün değil, şampiyon çıkmaz!

Olsa mucize mi olur? Örneğin Sivas çok yaklaşmıştı?

Ama olmadı. Kırmızı kar yağınca olur! Yaklaştı ama ne oldu; Fener'e, Galatasaray'a ve Beşiktaş'a kaybetti.

"Herkes şoför olabilir ama Şahin marka bir araba, Mercedes'le, otobanda yarışabilir mi?" tespiti müthiş. Ama ne olacak bu durum?

Futbol iyi futbolcu ile oynanır. İyi futbolcular da üç büyüklerde. Taraftarı daha fazla, doğal olarak medya gücü de arkasında. Dolayısıyla Anadolu takımları üç büyüklerle yarışamaz. 100 milyon dolar ile 10 milyon dolar kapışabilir mi?

Kısa bir dönem FB'de teknik direktörlük yaptınız. Ayrılmanız tartışmalı olmuştu. Fenerbahçe'ye kırıgı mısınız?

Yok. Ben Fenerbahçe'yi çok seviyorum. O zamanlar ben tecrübesizdim, başkan tecrübesizdi. Ama o dönemden gurur duyuyorum.

Yeşil sahalara dönmek için '3 yıllık sözleşme ve tazminat maddesi isterim" diyorsunuz. Sahalara tekrar dönme için bir ışık var mı?

Şu an yok. Vestel olabiliirdi ama olmadı.

Üç büyükler kollanıyor

Türk futbolu adil yönetiliyor mu?

Bakın Türkiye'de Federasyon da dahil herkes üç büyükler ve ötekiler diye bakar. Üç büyükler her sezon kollanırlar. Bu sene Beşiktaş'a göre FB ve GS daha çok kollandı.

Kollayan kim?

Herkes. Ortada bir üç büyüklere yönelik bir psikoloji var. Üç büyüklerin şampiyon olmalarına yönelik genel bir muhabakat var.

Ya hakem hataları? Kulüpler diyor ki, "Türk hakemler yetersiz." Nadiren konuşan hakemler ise "Biz Avrupa'da da maç yönetiyoruz" diyorlar. Suç kimde?

Ben Türk hakemlerin Avrupalılardan kötü olduğunu düşünmüyorum. Ama hata şurada: Onlar da üç büyükleri kolluyorlar. Şimdi geç hakem bakıyor. Diyor ki 'Ya bu Ali Aydın, Beşiktaş-Galatasaray maçından sonra Galatasaray camiası tarafından hakemliği bırakmak zorunda bırakıldı. Cem Papila'nın kafasını Beşiktaş, Cüneyt Çakır'ın kafasını Fener kopardı' diyor. Bilançaltına bu yerleşince de sahada onları kollayan kararlar çıkıyor.

Hakan Şükür'ün Avrupa Şampiyonası'na çağrılmaması sizce doğru bir karar mıydı?

Hakan istisna bir oyuncu. Türk futboluna verdiği hizmet açısından o her yeri hak ediyor. Ama ötesinde baktığımızda

Ben antrenmanlara da gidip izliyorum. Sahayı da takip ediyorum. Bir de benim önyargılarım yok. Göstergelere bakarak konuşuyorum. Deniyor ki 'Fener kötü olduğu için Galatasaray şampiyon oldu.' Oysa yok böyle bir şey!

bence teknik olarak doğru bir karar. Artık eskisi kadar verimli değil. Fizik olarak da bu böyle.

Ekranlarda çok sakın bir Rıdvan Dilmen var. Güntekin Onay ile hiç polemige girmiyorsunuz. Diğer spor programlarında hiç bitmeyen kavganızda niye yok?

Partner çok önemli. Güntekin çok dolu, çok düzgün bir insan. Duracağımız yeri çok iyi biliyoruz. Ben odamda ağlaya ağlaya maç izliyorum. Ama ekranın önüne çıktığımda elbette çok dikkatli davranıyorum.

Hayatında hiç futbol oynamamış olan futbol yazar ve yorumcuları var. Bu ne derece doğru bir durum?

Duracağı yeri bilirse doğru. 3-5-2-'ye girdiklerinde olmuyor işte. Onlardan bizim alacağımız büyük dersler var. İyi gazeteci olan futbol yorumcuları, spor yazarları var. Araştırarak bize doğru bilgiler, analizler sunuyorlar. Ama taktik analizlere çok girmemeliler.

Niye bir Galatasaraylı olarak ben sizin yorumlarınıza güveniyorum?

Ben antrenmanlara da gidip izliyorum. Sahayı da takip ediyorum. Bir de benim önyargılarım yok. Göstergelere bakarak konuşuyorum. Deniyor ki 'Fener kötü olduğu için Galatasaray şampiyon oldu.' Oysa yok böyle bir şey! Galatasaray bu sene iyi top oynadı, iyi mücadele etti. 79 puan mı almıştı ne, az mı bu. Pek çokları da şampiyonluğu ruha, motivasyona bağlıyor. Değil, iyi futbolcuları vardı, kazandılar.

Kurtlar Vadisi kaçırmamaya çalıştığınızı, dizinin Türkiye'nin birçok gerçeğini ortaya koyduğunu söylemişsiniz. Vadi'nin ortaya koyduğu gerçek ne?

Kendi kendime komplo teorileri üretiyorum. Kendi kendime 'İşte bu Veli Kü-

çük, bu da Aydın Doğan' diyorum. Dizide anlatılanları gerçek hayatta yaşananlarla kıyaslıyorum. Hoşuma da gidiyor bu. Sonra oynayan arkadaşlarla da tanıştık. Pırl pırl çocuklar. Dizinin hiçbir bölümünü kaçırmadım. Oğlumla birlikte izliyoruz. İnşallah hiç bitmez!

Sezona veda bölümünü de izlediniz mi? İskender Büyük önce yakalandı, ardından cezaevinden çıkıp Polat'ın evini yaktı...

Kaçırır mıyım? Salona iki tane TV kurdum. Milli maç vardı, ikisini birlikte izledik. Maç sonu yorum yapacağım, 'İskender Büyük sahadan gitti' diyecek halim yok ya! (Kahkahalar)

'Şeytan Rıdvan' lakabını hiç sevmediniz!

Şeytan Rıdvan lakabını sevmediğiniz doğru mu?

Şeytan, Allah'ın sevmediği bir şey. Ben niye seveyim! Hem adım, Cennet kapısındaki meleğin ismi. Ya bana Şeytan denir mi Allah aşkına!

Spora devam ediyor musunuz? Sağlığınıza, moralinize korumak için özel bir formülünüz, çalışmanız var mı?

Haftada bir gün top oynuyoruz. Gene maçta sakatlandım, bir aydır oynamıyorum. Ama tekrar başlayacağım.

Yaş 46 ama maşallah 36'dan fazla görünüyor. Nasıl böyle genç kalıyorsunuz?

Ben gerçekten kendime iyi bakarım. Ben dün akşam 11.30'da uyudum. 2 – 3'te falan yattığım çok nadirdir. Maksimum her sabah 8'de uyanılır. Yemek verme dayanırım ama uykusuz kalamam. Abuk subuk bir yaşantım yoktur.

Hakan Şükür'ün dini yaşantısı gündeme geldikçe futbolda din ve siyaset tartışmaları yeniden alevleniyor. Dini yaşayan futbolcu onun için ne anlama gelir...

Helal olsun derim. Yanlış bir şey mi yapıyor adam. Kahveye mi gidiyor sanki. Keşke herkes yaşayabilse derim. Kendi mesleğini ihmal edecekse tabi başka. Zaten dinimiz de ona müsaade etmez. O yüzden her insan özgürdür. Biz çok meraklıyız böyle şeylere. Ayrıca da onun yaşam tarzı kötü bir tarz değil. Bunu diyenler 45 yaşından sonra namaza başlıyor. Korku başlıyor.

Rıdvan'ın özel hayatını kimse bilmiyor. Özellikle mi kaçırıyorsunuz

Rıdvan Dilmen

1962, Nazilli doğumlu olan Dilmen, spora atletizm ile başladı. İlk takımı şimdi şimdiki ismi Nazilli Belediyespor olan Nazillispör'dür. Daha sonra 1979'da Muğlaspor'a geçen Dilmen, ilk kez 1980 yılında transfer olduğu Boluspor takımında ünlendi. Daha sonra 1983 yılında Sarıyer'e ve 1987'de Fenerbahçe'ye transfer oldu. Fenerbahçe'nin 1988-89 sezonundaki şampiyonluğunda attığı 19 gol ve attırdığı 38 golle büyük rol oynadı. Öldürücü çalımları ve olağanüstü oyun zekâsı gibi kendine özgü özellikleri nedeniyle Şeytan lakabını aldı. Dilmen'in Türkiye'nin en çok sakatlanıp ameliyat geçirdiği zannedilmektedir. Dilmen, 1994-95 sezonu sonunda futbolu bıraktı, 5 hafta Fenerbahçe takımını, ardından Vanspor, Altay, Adanaspor Karşıyaka'yı çalıştırdı. Şu NTV ve NTV Spor kanallarında futbol yorumculuğu ve Milliyet Gazetesi'nde köşe yazarlığı yapan Dilmen, evli ve iki çocuk babası.

medya önünden?

Ben her sabah bu odaya gelirim, akşam da evime giderim. Bir de bu futbolcuların sarışın hanımlarla çıkmalarından, o televole kültüründen hep uzak durdum. Beni rahatsız ederdi bu.

Deniliyor ki 'Ulus'un göbeğinde bir evi var, Rıdvan büyük bir lüks içinde yaşıyor.? Rıdvan aç kalsa simit satar mı?

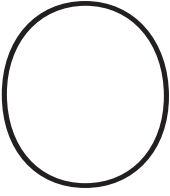
Satmaz mıyım ya! Sattım da zati. Ben simit sattım, peynir sattım, bakırcılık yaptım. Sabah peynirciydim, öğleden sonra okula gidiyordum, akşam top oynuyordum. İnşaatla tuğla da taşıdım, bundan da hiç gocunmadım. Hayatımda maddi-manevi iniş ve çıkışlar oldu. Param varsa en güzel yerde yemek yerim, yoksa simit yerim.

O kadar sakatlandınız. Zor, sıkıntılı günler geçirdiniz. Futboldan koptunuz. Hiç isyan ettiniz mi?

Sonlara doğru ettim. İlk ameliyatlardan sonra düzelmek için köpek gibi çalıştım. Ama sonra psikolojim de bozuldu. Ama lanet okumadım hiç. Benim hayatımda iki sermayem oğlum ve kızım. Yarın bir gün ölüp gideceğiz. Onlara her anlamda iyi bir şeyler bırakabilirsem bu bana yeter de artar.

Türkiye’de organ transplantasyonu ile ilgili sorunlar

Dr. İnci Karaarslan



Organ nakli, organlar işlevlerini yerine getiremeyecek duruma geldiğinde ve başka hiçbir tıbbi çözüm olmadığına karar verildiğinde, bir insanın organ ya da dokularının ihtiyacı olan başka bir insana, tedavi amacıyla, ameliyat veya çeşitli tıbbi yöntemlerle nakledilmesi işlemidir. Organ nakli ile ölümcül durumdaki ya da beden işlevlerinin bir kısmını yerine getiremeyen hastanın sağlıklı bir yaşama kavuşması sağlanır. Böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince barsak organ nakillerine, gözün saydam tabakası

olan kornea, kan, kemik iliği ve pankreasın insülin salgılayan hücreleri de doku nakline örneklerdir.

Organ nakli iki şekilde yapılabilir:

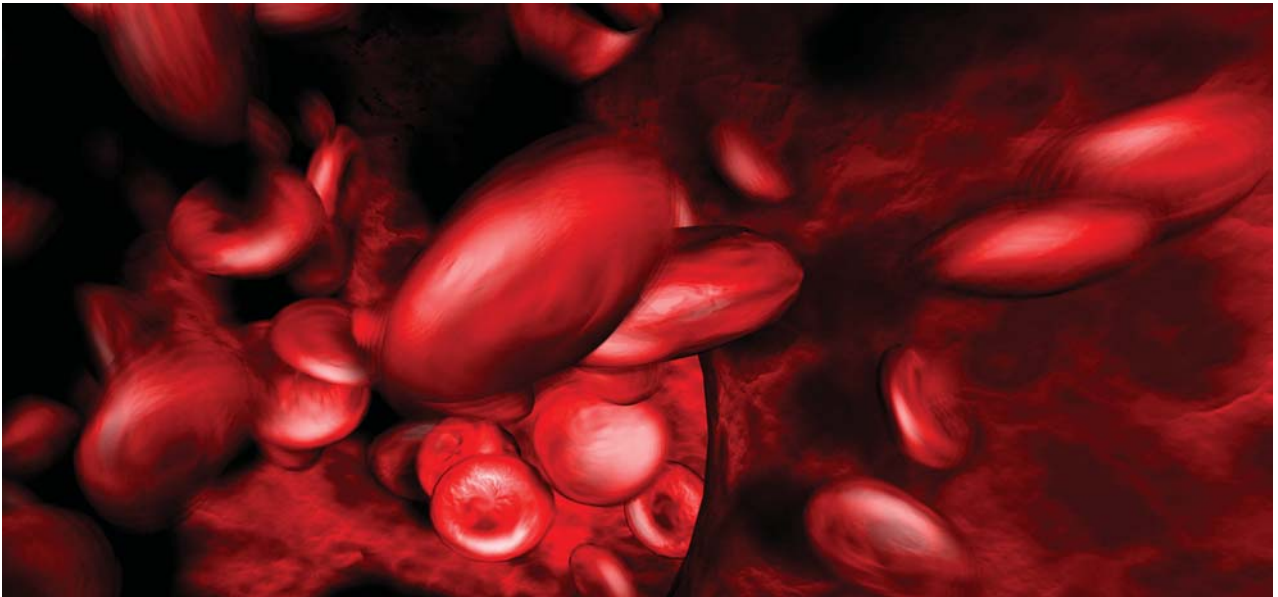
Canlıdan canlıya organ nakli: Yaşayan bir insanın organ veya dokusunu nakil ihtiyacı olan bir başkasına hayatta iken vermesidir.

Kadavradan organ nakli: Beyin ölümü gerçekleşmiş kişinin organlarının alınıp ihtiyacı olan bir kişiye nakledilmesidir.

Dünyada ilk başarılı organ nakli 1954 yılında Boston’da Peter Bent Brigham

Hastanesi’nde Joseph E. Murray tarafından gerçekleştirilen kadavradan böbrek naklidir (1). Türkiye’de ilk başarılı organ nakli ise 3 kasım 1975 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından canlıdan canlıya yapılan böbrek naklidir.

Her iki ülkede de nakillerin başlamasından sonra organ vermek isteyen kişiler ile organı kabul edecek olan hastane ve sağlık kuruluşları için standart yasal düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 30 Temmuz 1968’de kabul edilen Uniform Anatomical Gift Act (UAGA) ile organ nakli



konusundaki ilk yasa çıkarılmış ve yasa ile ABD eyaletlerinin organ organ bağıışı, organ nakli ve kadavra bağıışı ile ilgili olarak yapacakları yasal düzenlemelerin ana çerçevesi belirlenmiştir.

Ülkemizde ise 3 Haziran 1979'da Resmi Gazete'de yayınlanan 16655 sayı ve 2238 no'lu 'Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun'la bu konudaki ilk yasal düzenleme yapılmıştır (2). Bu yasanın yürürlüğe girmesinden bir ay kadar sonra da Türkiye'deki ilk kadavradan böbrek nakli yine Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir.

Yıllar içinde transplantasyon alanındaki gelişmeler sonucu transplantasyon bekleyen hasta sayıları artmış ve alıcı/vericiler arasında giderek büyüyen bir açık oluşmuştur. Bu sorunun çözümünde adı geçen yasalar yetersiz kalmış; verici sayısının artmasını, bağışlanan organların alıcılara adil dağıtımını, uygulamaların tanımlanmış organizasyon süreçleri dahilinde ve tüm ülke bazında hızla koordine edilerek yapılmasını sağlayacak ulusal strateji politikalarının oluşturulmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Türkiye'de de 2338 no'lu yasanın transplantasyon konusunda pratikte yaşanan pek çok soruna cevap vermemesi nedeniyle 01.06.2000 de Resmi Gazete'de 24066 sayı ile yayınlanan "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" ile hem yasa güncelleştirilmiş, hem de Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sisteminin kurulması sağlanmıştır (3).

Mevcut yasal düzenlemeler

Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli hakkında kanun:

Kanun tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli konularını yasal olarak düzenler. Bu kanuna göre;

1. Organ ve dokuların bedel veya başka bir çıkar karşılığı satılması yasaktır.

2. Canlıdan organ nakli konusunda yaş ve ehliyet sınırlamaları mevcuttur: 18 yaşın altındaki kişiler ile mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınmaz. 18 yaşını doldurmuş ve mümeyyiz kişiler ise organ bağıışında bulunma isteklerini en az iki tanık huzurunda yazılı ve imzalı olarak bildirmiş olmalıdır.

3. Canlıdan organ alınırken verici ve evli ise eşi işlemi gerçekleştirecek he-

kim tarafından organ bağıışının riskleri ve bağıışın alıcıya sağlayacağı yararlar konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmelidir.

4. Canlıdan organ ve doku alacak hekimlere yükümlülükler getirilmiştir: Hekim mümeyyiz olmayan kişilerden doku almayı, çıkar veya bedel karşılığı verilen doku ve organları almayı reddetmeli, akrabalık olmayan durumlarda alıcı ve vericinin isimlerini açıklamamalıdır. Vericinin yaşamını tehlikeye sokan organ ve dokuları almaz.

5. Canlıdan organ ve doku naklinde işlemiden önce gerekli tıbbi tetkikler yapılmalı ve sonuç bir olurluk raporu ile belgelenmelidir.

6. Canlıdan organ nakli ile ilgili işlemler sadece gerekli uzman personel, araç ve gerece sahip kurumlarda yapılabilir.

7. Ölüden organ ve doku alınması için ölüm halinin saptanmasının kim tarafından hangi kriterler kullanılarak hangi yöntemle yapılacağı ve belgeleneceği tanımlanmıştır.

8. Sağlığında organ bağıışı yapma talebini resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ölü-

lerden organ ve doku alınabilmesi için onay alınması gereken kişiler önceliklerine göre tanımlanmıştır.

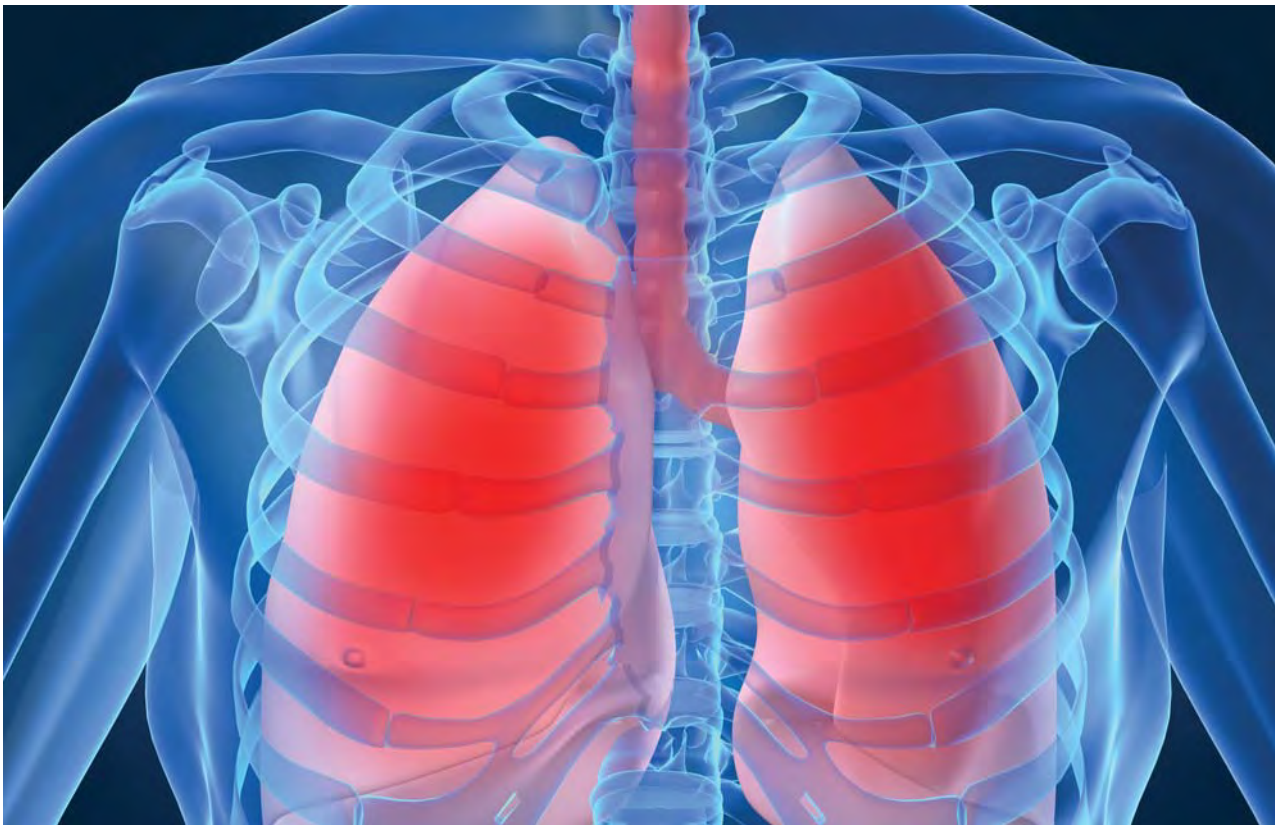
9. Kanuna aykırı olarak organ ve doku alan, saklayan, aşıl原因 ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya bunun komisyonculuğunu yapanlar hakkında hapis ve ağır para cezası hükümleri getirilmiştir.

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği

Yönetmelik organ ve doku nakil merkezleri, organ ve doku bağıışı merkezleri ile doku tiplendirme ünitelerinin açılması, çalışması ve denetimi ile ilgili olarak kamu ve özel kurum ve kuruluşlarının uymak zorunda olduğu esasları tanımlar ve organ ve doku nakli hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili esasları belirler. Bu yönetmelik 2238 no'lu kanunun tamamlayıcısı olmuş ve organ-doku nakli için ulusal bir politikanın esaslarını oluşturarak bu hizmetin verilmesi ile ilgili kuralları detaylı olarak belirlemiştir. Bu yönetmelik;

1. Bağışlanan organ ile alıcının en adil ve hızlı şekilde buluşturulmasını sağlayacak ulusal bir koordinasyon sistemi ile bilgi işlem merkezinin oluşturulmasını temin etmiş,





Yaşamını diyalize bağlı olarak sürdüren bir kronik böbrek hastasının yıllık maliyeti ortalama 30 bin dolar, böbrek naklinin maliyeti ise 8-10 bin dolar civarındadır. Ülkemizde diyaliz malzemeleri için her yıl harcanan rakamın 600 milyar dolara yakın olduğu tahmin edilmektedir.

2. Tüm ülkede organ bağıışı ile ilgili bilgilendirme ve farkındalığı arttıracak yapılanmanın temelini oluşturmuştur.

Mevcut yasal düzenlemeler yeterli mi?

Türkiye’de organ transplantasyonu ile ilgili sorunların başında, organ bağıışının yetersiz oluşu gelmektedir. Bu oran, teknik olarak, ‘milyon nüfus başına kadavradan donör’ olarak nitelenmektedir. Avrupa’da ‘milyon nüfus başına donör’ oranı, ortalama 15-20’dir yani her 1 milyon nüfus için 15 ila 20 kişide, beyin ölümü tanısı konarak organ alımı gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de ise 2005 yılında sadece 153 donör çıkarılmıştır. Yani Türkiye’nin ‘milyon nüfus başına donör’ oranı ortalama 2.2’dir ve Türkiye bu rakamla, Avrupa’nın en geriden gelen ülkelerinden biridir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 2006 yılı sonunda sadece böbrek bekleyen hastaların sayısı ortalama 43 bindir. Böbrek transplantasyonu

nu olamadığı için yaşamını diyalize bağlı olarak sürdüren bir kronik böbrek hastasının yıllık maliyeti ortalama 30 bin dolar, böbrek naklinin maliyeti ise 8-10 bin dolar civarındadır. Diyaliz malzemeleri için her yıl harcanan rakamın 600 milyar dolara yakın olduğu tahmin edilmektedir. Tüm bu veriler Türkiye’de hem böbrek hastalarının hayat standartlarının düzeltilmesi, hem de ulusal ekonomimiz yönünden organ bağıışı sayısını arttırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Organ bağıışını arttırma hedefi doğrultusunda ilk ve en önemli adım toplumun organ nakli konusunda bilinçlenmesini sağlayacak çalışmaların yapılmasıdır. Organ nakli ile ilgili 24066 sayılı yönetmelikle bu faaliyetlerin yasal alt yapısı desteklenmiş olmakla birlikte toplumun bilinçlendirilmesi ve farkındalığının arttırılmasına yönelik gerçek çabalar artmalı, yasalarda kalmayıp hayata geçirilmelidir:

1. Öncelikle sevaba önem veren bir toplum olarak organ bağıışı konusundaki yetersizliğimizin nedenlerine yönelik niteliksel araştırmalar yapılmalıdır.

2. Ülkemizde organ bağıışı ile ilgili olarak çağdaş yasalar mevcuttur. Ancak bu yapının varlığı ve işleyişi gerek hekimlere, gerekse halka yeterince anlatılamamıştır.

3. Dini inançlar gereği de bu sayının düşük olması mümkündür. Aslında bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı görevini fazlasıyla yerine getirmiş, Kuran’dan surelere atıflar da yaparak organ bağıışını destekleyen birçok demec vermiştir ancak bu demeclerin halka ulaşması sağlanmalıdır. Bunun için Ramazan ve Kurban bayramları gibi halkın dini duygularının zirveye ulaştığı dönemler değerlendirilirse, bilgilendirmenin başarısı da artabilir. Ayrıca müftü ve cami imamlarından

da bu konuda destek alınabilir

4. Organ bağıışı ve nakli konusundaki genel bilgisizlik bu sonuca katkıda bulunabilir. Bunun için organ bağıışı, kan bağıışı ile birlikte bir sosyal sorumluluk kavramı olarak ilköğretim düzeyinden başlanarak yaşa uygun faaliyetler ile işlenmelidir.

5. Ülkemizde bölgeler arasında da bağıış konusunda ciddi farklar olduğu gözlenmiştir. Bu durumda daha başarılı olan Ege ve Akdeniz bölgelerinin başarılarının arkasında yatan tıbbi ve sosyal nedenlerin araştırılarak diğer bölgelerde de uygulamaya konması, başarıyı tüm topluma yayabilir.

Diğer bir konu, organ vericilerinin kadavra veya canlı kaynaklı olması konusudur. Avrupa’da organ vericilerinin yüzde 80’i kadavra, yüzde 20’si canlı kaynaklı iken Türkiye’de bu oran tersine dönmüştür ve vericilerin yüzde 75’i canlı, yüzde 25’i kadavra kaynağıdır.

Canlı donör, beraberinde her zaman organ ticareti kaygısını getirmektedir. Hem organ mafyası söylemlerinin halk üzerindeki etkisinin kaldırılması, hem de daha çok doku kaynağı bulunmasını temin edebilecek olması nedenleriyle ülkemizde de kadavradan nakil sayısının onlarca kat arttırılması gerektiği aşıkardır.

Yasa gereği canlı donör akraba olmalıdır. Gerçi ‘Bu akrabalık 4. dereceye kadar olabilir’ şeklinde tanımlanmıştır ancak görülmektedir ki yaşarken kendi ailemize bir organımızı bağıışlamaktan kaçınmayan bizler, ölen yakınımızın vücut bütünlüğünün bozularak gömülmesini kabul etmekte güçlük çekiyoruz.

Türkiye’de kadavradan nakil sayısının arttırılması için eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri yanında basitten radi-

kale geniş skalada değişen bazı yeni yasal düzenlemelerin getirilmesi düşünülebilir:

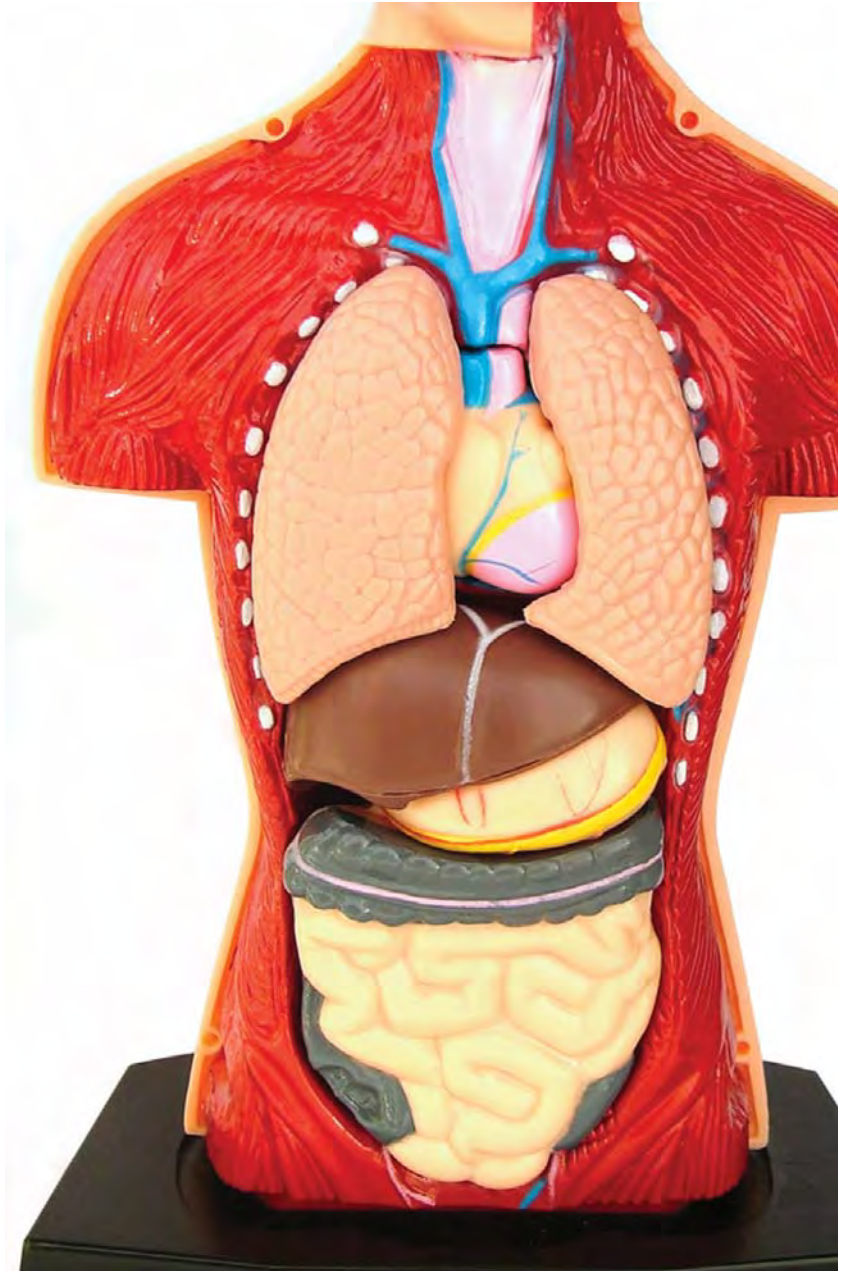
1. Kadavra'dan bağışlarda vericiye uygulanan organın alınması gibi organ nakli ile ilgili işlemlerin bedeli verici ailesine yüklenmektedir, oysa vericinin hem organ nakli ile ilgili cerrahi işlem bedelinin, hem de beyin ölümü öncesinde kendi sağlığı nedeniyle aldığı diğer tüm hizmetlerin faturasının alıcının sosyal güvenlik kurumu veya kaynağı yasalarla oluşturulmuş bir fon tarafından finanse edilmesi ile verici aileleri bağış konusunda motive edici olacaktır.

2. 2238 sayılı yasa ile ölüm halinin saptanması için belirli uzmanların bulunduğu 4 kişilik bir hekim ekibinin oy birliği öngörülmüştür. 2003 yılında Avrupa'da 29 ülke üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada ise bu sayının dört olduğu tek ülkenin Türkiye olduğu belirlenmiştir. Diğer ülkelerde ekipteki hekim sayısı 1-3 arasında değişmektedir (11).

3. 2238 sayılı yasada ölüden organ ve doku alınması ile ilgili bölümde Madde 14'te, 'Kişi sağlığında bir vasiyet ile ve tanıkların huzurunda organ bağışı konusundaki niyetini açıklamamışsa, yakınlarının rızası ile doku ve organlarının kullanılabilmesi' bildirilmiştir. Ancak 24066 sayılı yönetmelik ile kadavradan organ ve doku naklinde en önemli kaynak olan beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerde mutlaka yakınının rızasının alınması şartı getirilmiştir. Kişi sağlığında organ bağışı yapmayı düşünmüş ve bu konuda başvurup bir organ bağışı kartı almış dahi olsa, onun adına karar verecek olan yakınlarına bu arzusunun sağlığında aktaramamışsa veya aktarsa bile aile yine de bu bağışa karşıysa, bağış hiç gerçekleşmeyebilir. Bu kavramlara yasal olarak daha fazla açıklık getirilmelidir.

4. En radikal yasal çözüm ise Belçika örneğidir. Kendi de transplantasyon yapılmış bir hasta olan rahmetli milletvekili Ali Dinçer'in çeşitli demeçlerinde vurguladığı bu örnekte doğuştan tüm yurttaşlar organ ve doku bağışçısı kabul edilmektedir ancak demokrasi gereği istemeyen bağış yapmayı önceden reddetme hakkına sahiptir. Bağışın askerlik gibi zorunlu bir görev kabul edilmesi belki bizim gibi yoğun nüfuslu bir ülkede her yıl katlanarak artan hastalar için en hızlı ve kesin çözüm olabilir.

Son olarak, organ satışı bir insanlık suçudur ve organ ve doku bağışından maddi /maddi olmayan her türlü çıkarın elde edilmesi kesinlikle cezalandırılmalıdır. Dünyadaki birçok ülke



gibi Türkiye'de de 2238 sayılı yasa ile bu konu yasaklanmış ve ceza hükümleri getirilmiştir. Ancak İran bu konuda incelenmeye değer bir ülkedir. İran modelinde hem alıcılar, hem vericiler, devlet kontrolünde bir kuruma başvurmakta, uygun alıcı ve verici saptanması bu kurum tarafından yapıldıktan sonra; vericiye, devlet sağlık güvenliği verilmekte, kurum ya da hasta tarafından da belli bir miktar ödül verilmektedir. İran'da bu yöntemle bekleme listelerinin sıfırlandığı bildirilmiştir. İran'da getirilen belirli kısıtlamalar ile kendi toplumları için kabul edilebilir bir çözüm oluşturmuşlarsa bile, bu yöntem çok riskli ve kontrolü zor olup organ ticaretini legalize edebileceğinden önerilecek bir yöntem değildir.

Organ transplantasyonu ile ilgili sorunların aşılması için mutlaka alanı da vereni de koruyan ve organ dağıtımını adaletle gerçekleştiren bir sistem kurulmalı, hekimler ve toplum organ nakli konusunda bilgilendirilmeli ve kadavradan nakilleri atıracak yasal düzenlemeler tartışmaya açılmalıdır.

Kaynaklar

1. Joseph E. Murray, John P. Merrill, and J. Hartwell Harrison. Ann Surg. 1958 September; 148(3): 343-357.

2. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarih: 3.6.1979; Sayı: 16655

3. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 01.06.2000; Sayı: 24066.

4. Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi . T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

5. Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi.T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

6. Böbrek Nakli Merkezleri Yönergesi. T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

7. Kalp, Akciğer, Kalp-Akciğer ve Homograft Nakli Merkezleri Yönergesi. T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

8. Karaciğer Nakli Merkezleri Yönergesi T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

9. Kemik İliği Nakli Merkezleri Ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi. T.C.Sağlık Bakanlığı/Sağlık Mevzuatı/Yönergeler

10. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. R.G.Tarih: 07.03.2005. R.G.Sayı: 25748

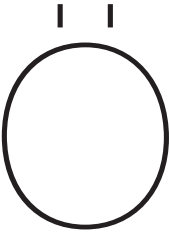
11. Human Organ Transplantation in Europe : An Overview. European Comission Directorate-General Health and Consumer Protection , Public Health and Risk Assessment Directorate, Unit C6 Health Measures, Commission Europeenne, Luxembourg.

Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 200 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi doktorasını tamamlamıştır. Sırasıyla Erzincan Devlet Hastanesi Acil Servisi, İstanbul Haseki Hastanesi Acil Servisi, İstanbul Zeytinburnu 7 numaralı AÇSAP Merkezi, İstanbul Tozkoparan Sağlık Ocağı, İstanbul Karabayır Sağlık Ocağı, İstanbul 70. Yıl FTR Hastanesi, İstanbul 112 Bayrampaşa Acil Y.İst., İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü 184 Koordinatörü olarak çalışmıştır. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi başhekimisi olmuş, 2003 – 2005 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Ecz. Gn. Md.'nde Genel Md. Yrd. olarak görev yapmıştır. 2005 yılından beri Sağlık Bakanlığı İlaç ve Ecz. Genel Müdürü'dür.



nlenebilir hataların önlenmesi için alınabilecek tedbirler olarak kısaca özetleyebileceğimiz 'Hasta Güvenliği' konusunda, Türk tıp tarihinin kaynakla-

rından el yazması tıp kitapları, hastane ve medreselerin vakfiyeleri ve diğer arşiv belgelerinde dikkatimizi çeken bazı hususlar bu çalışmada yer almaktadır.

Doğu'da ve Batı'da hiçbir başka devlete nasip olmayan zenginlikte ve çeşitlilikte arşiv belgesinin Osmanlı

Devleti'nden günümüze intikal etmiş olması büyük bir ayrıcalıktır. Başbakanlık Osmanlı Arşivleri, İstanbul Şer'iyye Sicilleri Arşivi ve Topkapı Sarayı Müzesi Arşivi başta olmak üzere birçok arşiv ve kütüphanede oldukça fazla sayıda arşiv belgeleri elimizde mevcuttur.

Tıp yazmalarında hasta güvenliği

Kaynaklardan elimize ulaşan en eski tarihli olanlar tıp yazmalarıdır. Özellikle Beylikler döneminden başlamak üzere Osmanlı döneminde daha çok sayıda olmak üzere elimizde bulunan tıp yazmalarında hasta güvenliği aç-

sından temelde iyi hekimlik tanımı yapılmaktadır. Hekimlerin mesleki uygulamalarının sonuçları hayati önem taşıdığından, doğru ve yeterli meslek bilgisi, tecrübe, beceri ve ustalık gibi nitelikler hekimlerden beklenen vasıflardır. Bunun yanında bazı yazmalar da hekimlere tavsiyeler başlıklı bölümler yer almaktadır.

Doğu'da ve Batı'da hiçbir başka devlete nasip olmayan zenginlikte ve çeşitlilikte arşiv belgesinin Osmanlı Devleti'nden günümüze intikal etmiş olması büyük bir ayrıcalıktır. Başbakanlık Osmanlı Arşivleri, İstanbul Şer'iyye Sicilleri Arşivi ve Topkapı Sa-







rayı Müzesi Arşivi başta olmak üzere birçok arşiv ve kütüphanede oldukça fazla sayıda arşiv belgeleri elimizde mevcuttur.

Tıp yazmalarında hasta güvenliği

Kaynaklardan elimize ulaşan en eski tarihli olanlar tıp yazmalarıdır. Özellikle Beylikler döneminden başlamak üzere Osmanlı döneminde daha çok sayıda olmak üzere elimizde bulunan tıp yazmalarında hasta güvenliği açısından temelde iyi hekimlik tanımı yapılmaktadır. Hekimlerin mesleki uygulamalarının sonuçları hayati önem taşıdığından, doğru ve yeterli meslek bilgisi, tecrübe, beceri ve ustalık gibi nitelikler hekimlerden beklenen vasıflardı. Bunun yanında bazı yazmalarda hekimlere tavsiyeler başlıklı bölümler yer almaktadır.

Hekim İbn-i Şerif'in "Yâdigâr-ı İbn-i Şerif" adlı eserinin Süleymaniye Kütüphanesi Hamidiye 1041'de kayıtlı

'On üçüncü bab' tabiplere tavsiyet tabib ... diyanetü ve emanet şartların ve insanîyet şefkatini yerine getürmüş ola ve cemi'i 'azasın yaramazlıklardan hıfz itmiş ola gerekdür ... elinden geldükçe 'ilacı gıda ile ide edviyeye meşğul olmaya ve dahı elinden geldükçe bir otla ilac ide terki olmış bir niçe edviye ile 'ilac itmeye ve tabib gerekdür kim mechul otla 'ilac itmeye kim mechul kişiler ve karı 'avratlar tecrube ideler ve hikayet ideler anun gibi edviye işe sürmeyeler ve ana itimad itmeyeler meger meşhur ola kendünün tecribesi yetmiş ola ..."

nüshasının 92. b – 94. b sayfaları arasında yer alan hekimlere tavsiyelerinde iyi bir hekimin emin (sır saklayan), insaniyetli ve şefkatli olması gerektiğini belirtir. Bilgi ve becerisi yanında hastanın durumunu çok iyi gözlemlemesini tavsiye eder. Mümkün mertebe önce gıda ile tedaviyi düzenlemesini, olmazsa ilaçlara başvurmasını önerir. İlaç gerekiyorsa da öncelikle bir tek ottan oluşan ilacı vermesini, ancak bununla tedavi edemezse o zaman karışım şeklindeki ilaçları kullanmasını önerir.

Özellikle etkisi tam bilinmeyen ilaçları kullanmamasını, hekim olmayanların "Ben tecrübe ettim iyi geldi" gibi sözlerine itibar edilmemesini savunur. Ancak bilinen veya kendi tecrübeleri olan ilaçları kullanmayı tavsiye eder.

Vakfiyelerde hasta güvenliği

İyi hekimlik tanımı kapsamında Osmanlı tabibi için öngörülen vasıfları en açık şekilde darüşşifâ vakfiyelerinde buluruz. Elimizde mevcut olan 15 ile 17. yüzyıllar arasında yapılmış olan Osmanlı darüşşifâlarının vakfiyelerine göre, tabipten beklenen en önemli özellikler tecrübe ve ustalık olduğunu görmekteyiz.

Fatih Darüşşifası Vakfiyesi'nde denenmiş ve tecrübeli uzman; Edirne'de mâhir; Süleymaniye'de marifetli, tecrübeli; Atık Valide'de tıp ilminde usta; Manisa'da bütün meselelere tecrübe ile vakıf uzman tabiplerin tayini şart koşulur.

Haseki Vakfiyesi'nde darüşşifâda çalışacak hekimlerin işinin ehli, zeki, nazik, güler yüzlü, feraset sahibi, tıp ve hikmet kanunlarını bilen, hastaların

ruh hallerinden anlayan, her türlü ilaç yapımında bilgi sahibi, becerikli, tıbbi vakalarda bilgilerini geliştirmiş, ahlaklı, güzel huylu ve konusunda uzman olması gerektiği belirtilmektedir.

Arşiv belgelerinde hasta güvenliği

Bu belgelerde hasta güvenliğine dair en çok rıza (onam) belgelerine rastlamaktayız.

Osmanlı Devleti'nde sağlık mesleği mensupları tabipler, cerrahlar, keh-hâller (göz hekimleri) ve eczacılar olarak dört ayrı gruptu. Özellikle cerrahlar yaptıkları ameliyatlara için rıza beyanı isterlerdi, aksi takdirde kan davası açılabilir ve diyet (tazminat) istenebilirdi.

Rıza beyanı anlaşmalarında özellikle cerrahi müdahalelerden önce, hastanın hastalığının tarifi, yapılacak ameliyatın türü, cerrahın alacağı ücret belirtildikten sonra olumsuz bir durumun meydana gelmesi halinde hasta veya ölüm halinde yakınlarının herhangi bir talebi olmayacağına dair bir taahhüt alınması mahkemelerce teyit edilirdi.

Belgelerin bir kısmı ise hekimbaşlıların yapılan şikâyetleri dikkate alarak şarlatanlara, ehliyetsiz ve yetersiz olanlara karşı halkı korumak için zaman za-

Fatih Vakfiyesi'nde "dârü's-şifâ için vâkır-ı ahvâl-i nabz-ı marîz, ilm-i teşrihte sâhib-i ilm-i arîz, fenn-i tıp ve kânûn-ı şifâda fâ'ik iki tabib-i mücerreb-i hâzik ta'yin oluna" demektedir.

man sağlık mensuplarını denetlemeleri ve usulüne göre hekimlik yapmayan cahillerin imtihan edilerek meslekten men edilmesini sağlamalarıyla ilgilidir. Bu belgelerin bazıları da imtihan sonucu hekimlik yapabileceklerin listesidir.

Haleplioğlu Yakop'un yanlış ilacının neden olduğu ölüm

Bu sunumda vereceğimiz son örnek ise günümüzdeki anlamıyla hasta güvenliği tanımına en uygun bir olayla ilgili. 1853 yılında İstanbul Ortaköy'de eczacılık yapan Haleplioğlu Yakop, mesleki bir hata yüzünden ölüme sebep olmuştu. Bu olay, zamanın en üst yetkili kurumları tarafından yapılan soruşturma ve resmi yazışmalarla saptanmıştı. Bu olayı anlatan belgeler, Başbakanlık Osmanlı Arşivi İrade Katoloğu Meclis-i Vâlâ No: 11534'de yer alan 4 adet vesikalardır.

1. belge Eczacı Haleplioğlu Yakop'un sebep olduğu ölüm olayını özetleyen, Zaptiye Müşiri'nin 15 Şubat 1853 (6 Cemaziyelevvel 1296) tarihli tezkeresidir. 8 Şubat 1853 Salı günü sarayın satın alma işlerini yapan Hazine-i Hassa Mübayaacılarından Babaoğlu Artin, müptela olduğu illet-i sadriye (göğüs ağrısı) için Hekim Arakil'e gider. Aldığı reçeteyi eczaneye götürürken yolda eczacının çırağına rastlar. Reçetede yazan ilacı yapıp kendisine göndermesi için eczacıya ulaştırmak üzere çırağa verir. Eczacı, çırağın getirdiği reçetede yazan balık yağını hazırlayıp bir şişeye koyar. Aynı zamanda bir başka hastanın yarasına konmak üzere kraton ya-

Sadeleştirilmiş bir örnek vermekle yetinelim:
... Abdülmennan oğlu Mustafa Bey, saygıdeğer şer'i şerif meclisinde (mahkeme) ... cerrahlık ilminde hazâkatı ve akranı arasında üstünlüğü belli olan bu kitabın (belgenin) hamili Küpeli kızı Saliha Hatun adındaki Kipti kadın huzurunda kendi rızasıyla şu ikrar ve itirafta bulundu: "Ben fitik arazına müptelayım, tedaviye şiddetle ihtiyacım vardır. ... beni tedaviye başlamak üzere ... 1200 ... akçe ücreti peşin olarak Saliha Hatun'a ödeyip teslim ettim. Merkume Saliha Hatun'un tedavisi dolayısıyla uyanamaz veya sözü edilen hastalıktan, Allahu Teala emriyle ölürsem, mirasçılarım veya daha başkaları kan ve diyet davası açmasınlar. Açarlarsa da hâkimler nezdinde davaları kabul edilmesin." dedi. ...



ğını koyduğu küçük bir şişeyi de verip çırakla gönderir. Çırak şişeleri karıştırır ve Artin'e haricen sürülecek diğer ilacı verir. Artin gece sabaha karşı aslında çok zehirli olan kraton yağından bir kaşık içer ve fenalaşır. Sabah eczane açılınca eczacıya haber verilir. Eczacı çırağın Artin'e küçük şişeyi verdiğini öğrenince derhal bir hekim çağırılır. Ancak ertesi gün hasta ölür. Olay, çırağın ilaç şişelerini karıştırması sonucu oluşan bir zehirlenmedir. Şişelerin üzerinde içerik veya hasta adı olan herhangi bir not yoktur. Bir hafta sonra Zaptiye Nezareti (polis teşkilatı) olaya el koyar. Ailenin davacı olmamasına rağmen kamu davası gibi düşünülecek olay soruşturulur. Olayın eczacının kemal-i dikkatsizliğinden (çok ciddi dikkatsizlik) kaynaklandığı ve cezalandırılması gerektiği düşünülerek eczacı gözaltına alınır. Konu bilirkişi olarak Mekteb-i Tıbbiye'ye danışılır. Mekteb-i Tıbbiye'de 1840 yılından beri hekim ve eczacıları, ilaçların imal ve satışını kontrol etmekle görevli Meclis-i Umûr-ı Tıbbiye, Eczacı Yakop'u dinler ve mesleki açıdan suçlu görerek şiddetli tekdîr ve tevbih (azarlama) eder.

Eczacının ilacı tertip ederken (hazırlarken) olduğu kadar tevziinde (dağıtımında) da çok dikkatli olması gerektiği, ancak hazırladığı ilaçların üzerine kimin ilacı olduğunu yazmaması dolayısıyla kurallara uymadığı için suçlu olduğu bildirilir. Kararda ayrıca diğer eczacılara bu olayın gazete aracılığıyla duyurulması da istenir. Mekteb-i Tıbbiye'nin görüşü üzerine konuyu ele alan Meclis-i Vâlâ, eczacının bir kastının olmadığına ancak dikkatsizliği sebebiyle ölüme sebep olmaktan altı ay hapsine ve bu süre zarfında da eczanesinin kapatılmasına, ayrıca bu hususun devletin resmi gazetesi olan Takvim-i Vekayi'de ilan edilmesine karar verir. Bu karar, 16 Kasım 1853 tarihli irade ile Padişah tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiştir.

Osmanlı'da bildiğimiz ilk eczacılık nizamnamesi 1853 yılında, bu olaydan kısa bir süre sonra yayımlanarak yü-

rürlüğe girmişse de, burada konu ile ilgili sadece 62'inci Madde'de çok basit geçilmiştir. "Eczacı esnafından her kim gerek ecza itasında ve gerek reçete tahrir olunan eczayı imalde sehv eder ise bila mad olan cünhalara icab edecek te'dibata müstehak olacaktır..."

1861 yılında yayımlanan Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname'nin 18'inci maddesi bu konuyu ayrıntılı ele almaktadır: "Reçete ile eczacı dükkânından yapıp verilen ilaçların ağız mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle istimal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen istimal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır."

Bu olay vesilesi ile eczacıların ilacın imalinde olduğu kadar dağıtımında da çok dikkatli olması gerektiği ve ilacın kimin olduğunu bildirir etiket konulması gerektiği bütün eczacılara duyurulmuştur.

Sonuç

'Hasta Güvenliği' kavramının son zamanlarda tıp dünyasının gündeminde yoğun olarak yer almasına rağmen yüzyıllar öncesinden hasta güvenliğine dair yer alan bu örnekler, dönemine göre Türk tıp tarihinde hasta güvenliğine ne kadar önem verildiğine işaret etmektedir.

Kaynaklar

Mehmet İpşirli; Takdim; Osmanlılarda Sağlık (Health in the Ottomans) – I; Editörler: Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz; İstanbul 2006; s: 9.

Nil Sarı; Osmanlı Hekimliği ve Tıp Bilimi; Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları 5; İstanbul, 1999; s: 11-68.

Nil Sarı; a.g.e.; s: 16.

Bu olayı anlatan belgeler Prof. Dr. Ayten Altıntaş tarafından 3-4 Haziran 1996'da III. Eczacılık Tarihi Kongresi'nde bir tebliğle bildirilmiştir.

Ayten Altıntaş; 1853 Yılında İstanbul'da Bir Eczacının Cezalandırılması; Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları – 4, İstanbul 1998, s: 181- 186

Hıfzıssıhha'nın duayeni: Dr. Refik Saydam

Doç.Dr. Mustafa ERTEK

Mustafa Hacıömeroğlu

Ülkemizin yetiştirdiği büyük devlet adamlarından Dr. İbrahim Refik Saydam, 8 Eylül 1881 günü İstanbul Fâtih'te, Hacı Hasan Mahallesi, Çırçır Caddesi 11 numaralı evde doğdu. Babası; Çankırı'nın Çerkeş kazası, Karacaviran nahiyesinin Dolap köyünden Uzunömeroğlu Abdurrahman Ağanın oğlu Ha-

cı Ahmet Efendi'dir. Hacı Ahmet Efendi, İstanbul'da Balkapanı'nda yağ ticareti yapardı. Annesi; Hayriye Tüccarlarından Divrik'li Osman Efendi ile yine Hayriye Tüccarlarından Kemahlı Hacı İbrahim Efendi'nin neslinden Fatma Nefise Hanım'dır.

Mahalle mektebini bitiren Refik Saydam, 1892 yılında Fatih Askerî Rüştiyesi'ne girdi. Buradan, 1896'da Çengelköy Askerî Tıbbiye İdadisi'ne (lise)

geçti. Akabinde, girmiş olduğu Askerî Tıbbiye'den 22 Ekim 1905'de, 1225 numaralı diploma ile ve Hekim Yüzbaşı rütbesiyle mezun oldu. Mezuniyet sonrası klinik çalışmasını tamamlamak üzere Gülhane Hastanesi'ne verildi. 29 Temmuz 1907'de 3. Ordu emrine atanmasına rağmen bir yıl daha Gülhane'de kalarak Histoloji ve Embriyoloji şubesinde çalıştı. Daha sonra Harbiye Nazırı Mahmut Şevket Paşa'nın emri üzerine, 11 hekim, 3



Cumhurbaşkanı İnönü'nün Başbakan Dr. Refik Saydam tarafından karşılanması.



Almanya'ya eğitime giden kafilemiz.

eczacı ve kimyager ile 3 veteriner subaydan oluşan bir grupla 4 Ağustos 1910'da Almanya'ya gönderildi. Almanya'da, önce Berlin Askerî Tıp Akademisi'nde kurs gördükten sonra Brandenburg 6. Zırhlı Süvari Alayı'nda staj yaptı. Alman Ordusunun manevralarına, Alman Sahra Sıhhiye Subayı gibi katıldı ve tekrar Berlin'e dönerek ünlü Scharite Kliniği'nde yüksek geliştirme eğitimi gördü.

Balkan Harbinin başlaması üzerine, 26 Eylül 1912'de Berlin'den İstanbul'a döndü. Antalya Redif Fırkası 2. Seyyar Hastanesi'nde görev alarak 18. Kolordu ile cepheye hareket etti. Çatalca hattına çekilen askerî birlikler arasında görülen başta kolera olmak üzere, diğer bulaşıcı ve salgın hastalıkların mücadelesine fiilen katıldı ve Hadımköy istasyon dağıtım hekimliğinde bulundu. 6 Ocak 1914'de de Harbiye Nezareti Sağlık Dairesi Başkanlığına vekâleten atandı.

1. Dünya Savaşı sırasında, seferberliğin ilânı üzerine, Süleyman Numan Paşa'nın yanında, Sıhhiye Umum Müfettişliği Yardımcılığına tayin edilerek mütareke sonuna kadar bu görevde kaldı. 1915 yılında binbaşılığa terfi etti. 1. Dünya Savaşı'nın son bulması üzerine, 28 Nisan 1919'da İzmit Askerî Kumaş Fabrikası Hekimliğine ve oradan 5 Mayıs 1919'da geçici olarak 9. Ordu Kıta Sıhhiye Müfettişliği

Yardımcılığına atandı. 16 Mayıs 1919 akşamı İstanbul'dan Samsun'a hareket eden Bandırma vapurunda, 9. Ordu Müfettişi Mustafa Kemal Paşa'nın heyeti içinde, 9. Ordu Sağlık Başkanı olarak Albay Dr. İbrahim Tali (Öngören)'in yardımcısı olarak yer aldı.

19 Mayıs 1919 Salı günü sabah 6'da Samsun'a ayak basan Mustafa Kemal Paşa ile ülkenin kurtuluşu için girişilecek mücadeleye ilk adım atanlar arasında Dr. Refik Saydam da bulunuyordu. Erzurum ve Sivas Kongrelerine katıldı. Bu arada, Samsun'da böbrek sancıları başlayan, ateşlenen ve sıtmaya da yakalanan Mustafa Kemal Paşa'nın tedavisine yardımcı oldu. 27 Aralık 1919'da da Mustafa Kemal Paşa ile birlikte Ankara'ya geldi. Ülkenin o buhranlı günlerinde yine Mustafa Kemal Paşa'nın yanında idi.

23 Nisan 1920'de kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde, Doğu Beyazıt Mebusu olarak siyasî hayata başlayan Dr. Refik Saydam, 11 Mayıs 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin Millî Savunma Bakanlığı'na Sağlık Dairesi Başkanı olarak atandı. 30 Ekim 1923'te Cumhuriyetin ilânından sonra, kurulan ilk Cumhuriyet Hükümetinin ilk Sıhhiye ve İctimâî Muavenet Vekili (S. ve S. Y. Bakanı) oldu. 28 Şubat 1926'da, İstanbul Millet Vekili ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı iken isteği üzerine askeri gö-



revinden emekli oldu. TBMM Hükümeti ve Cumhuriyet Hükümeti zamanında çeşitli tarihlerde, beş defa Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na getirildi.

Son olarak, 4 Mart 1925'de İsmet Paşa Hükümeti'nde Sağlık Bakanlığı'na getirilen Dr. Refik Saydam, 26 Ekim 1937'ye kadar, aralıksız olarak 12 yıl 7 ay süren bu Bakanlığı sırasında, bugünkü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilâtını kurdu. Yıllar öncesinden desteklediği, Kızılay Cemiyeti'nin 8 Ağustos 1925'de genel başkanlığına getirilen Dr. Refik Saydam, ömrünün uzun yıllarını verdiği, yoğun devlet hizmetleri yanında, 14



yıl aralıksız olarak bu büyük hayır ve yardım kurumumuzda da önemli hizmetler verdi. 21 Haziran 1934'de Soyadı Kanunu'nun kabul edilmesi üzerine, Atatürk tarafından kendisine, yaşantısına ve karakterine uygun olarak Saydam soyadı verildi. 1925 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesince, ölümünden 32 yıl sonra 1974 yılında da Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesince kendisine fahri profesörlük unvanları verildi. 1937 yılı Ekim ayı sonralarında, hükümet değişikliği sebebiyle kabinede görev almadı. Rahatsızdı. Tedavi amacıyla Viyana'ya gitti.

10 Kasım 1938'de Atatürk'ün ölümü üzerine yeniden kurulan Celâl Bayar kabinesinde İçişleri Bakanı olan Dr. Refik Saydam, 25 Ocak 1939'da Celâl Bayar'ın Başbakanlıktan istifa etmesine üzerine Cumhurbaşkanı İs-

met İnönü tarafından Başbakan olarak atandı. Başbakanlığı, II. Dünya Savaşı sancılarının ve ekonomik buhranların ülkeleri sardığı, savaşın hudutlarımıza kadar geldiği yıllara rastladı. Üç yılı aşan Başbakanlığı döneminde de aynı feragat, sabır ve titizlikle çalıştı. Dr. Refik Saydam, hiç evlenmedi. Kardeşlerine karşı büyük sevgi ve bağlılığı vardı. 1940 yılında büyük kardeşi eski İçel Millet Vekili Hakkı Saydam'ın ve arkasından da kız kardeşinin ölümüne çok üzülmüştü. 1942 yılı Haziran ayı sonunda hafif bir anjin dö puatrin nöbeti geçirdi.

Son günleri

3 Temmuz 1942 günü trenle Ankara'dan İstanbul'a hareket etti. 7 Temmuz 1942 Çarşamba günü, öğleden önce vilâyete gelerek ithalât ve ihracat firma sahipleriyle görüştü. O gün, akşam yemeğini ilgili Bakanlık görevlilerinin ve Vali Dr. Lütfi Kırdar'ın da bulunduğu Taksim Gazinosu'nda yedi. Gece saat 21.20 sıralarında kaldığı Pera Palas Oteline gitmek üzere ayrılırken uğurlayanların ellerini sıktı. Neşeliydi. Bunda, meseleleri çözeceğine olan inancının da payı vardı. Yanındakilere: - "İşte geldik gidiyoruz, şen olsun Halep şehri!" esprisini de yaptı.

Saat 23.30'da otele gelerek istirahataya çekilen Başbakan Refik Saydam, yaklaşık 15 dakika sonra saat 23.45'de kalp bölgesinde hissettiği şiddetli bir ağrı üzerine zili çalarak Özel Kalem Müdürü Hakkı Şükrü Bey'i sordurdu. Hakkı Şükrü Bey bir fevkalâdelik olduğunu sezip derhal pijamasıyla Başbakan'ın odasına gir-

diğinde Dr. Refik Saydam, sakın ve her zamanki nezaketi içinde "Bana bir fenalık geldi, bir anjin nöbeti beni sıkıştırıyor. Bir doktor bulsak fena olmaz, fakat ortalığı telaşa vermeyin!" dedi.

Ölüm raporunda da belirtildiği gibi Başbakan Dr. Refik Saydam, müdahale edilemeden 8 Temmuz 1942 gününün ilk saati içinde 00.40'da tekrar gelen bir kriz sonucu vefat etti.

Vefat haberinin duyulması üzerine, İstanbul Leyli (yatılı) Tıp Talebe Yurdu öğrencileri, aldıkları aylık birer liralık harçlıklarından topladıkları 160 lira ile Süleymaniye Camii'nde ruhuna mevlid-i şerif okutarak Dr. Refik Saydam'ı ilk kez anma kadirşinaslığını gösterdiler.

Başbakan Dr. R. Saydam'ın ölümü sebebiyle 8 Temmuz 1942 günü bütün Türkiye mateme girdi. Bayraklar yarıya indirildi. 9 Temmuz günü, naaşının bulunduğu Beyoğlu İlk Yardım Hastanesi'nde yapılan dinî merasimden sonra bayrağa sarılı tabutu, top arabasında, Taksim-İstiklâl Caddesi yoluyla Karaköy'den vapurla Haydarpaşa'ya getirildi. Özel bir trenle, saat 13.05'de Ankara'ya hareket etti. Cenazesi yol boyunca, gece ve gündüz, geçtiği bütün şehir ve kasabalarda hazin törenlerle karşılandı ve uğurlandı.

Cenazeyi taşıyan özel tren 10 Temmuz 1942 Cuma günü saat 09.00'da Ankara garına girdi. Hacı Bayram Camii'nde kılınan cenaze namazından sonra cenaze alayı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı önüne geldi.

Burada yapılan törenden sonra, Cebeci Asrı Mezarlığı'nda ebedi istirahatgâhına tevdi edildi.

Hizmetleri

Dr. Refik Saydam sağlık hizmetlerini köklü ve planlı bir şekilde ele aldı. Kendi el yazısı ile Bakanlık çalışma programının ana hatlarını şöyle tespit etti.

1. Devletin sağlık teşkilatını kurmak,
2. Fazla sayıda hekim yetiştirmek,
3. Numune hastaneleri açmak,
4. Ebe ve Sağlık Memuru yetiştirmek,
5. Doğum ve Çocuk bakımevleri kurmak,
6. Verem sanatoryumu açmak,
7. Sıtma, frengi, trahom ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele etmek,
8. Sağlık ve Sosyal Yardım Teşkilâtını köylere kadar götürmek,
9. Sağlık ve sosyal kanunları çıkarmak,
10. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesini ve Hıfzıssıhha Okulunu kurmak.

Dr. Refik Saydam, teşkilatlanmada en önemli meselenin personel yetiştirilmesi, dengeli dağılımı ve bütçe imkânlarının artırılması olduğunu biliyordu. 1912 yılından başlayan ve üst üste gelen felâketlerden sonra, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasıyla insanlarımız mutlu sona ulaşmıştı. Onun 1925 yılında Bakanlık görevine

başladığı zaman ülke nüfusunun yüzde 80'i gibi büyük bir oranı; trahom, sıtma ve verem hastalıkları tarafından esir alınmıştı. Mücadeleyi yapacak hekim bulmakta sıkıntı çekilmekteydi. Refik Saydam, trahomla mücadeleye katılacak hekimlere 750 lira maaş verecektir.

Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kuruluşu

Koruyucu sağlık hizmetlerini hedef alarak, alt yapı kurma çalışmalarının başında Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi gelmektedir. Bunun için Nisan 1927 de inşaatlara başlanılır. Bu başlangıç o kadar önemlidir ki, devletimizi idare eden Başbakanlığın ihtiyacı karşılayacak bir binası yoktur. Devletimizi kuran ordumuzun da henüz Genel Kurmay Başkanlığı binası yoktur. İşte bu şartlar altında, o günlerin Ankara'sının en büyük binaları olan hizmet binalarının inşaatlarına başlanıldı.

Dr. Refik Saydam, TBMM'ne sunduğu ve daha sonra 1267 sayılı kanunla, Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâletine (S.S.Y.B.) bağlı Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin kuruluşunu, 27 Mayıs 1928 tarihinde gerçekleştirmiştir. Hiç şüphe yok ki Refik Saydam'ın en büyük eseri bu teşkilattır.

Hekim meselesi

Hekime acil ihtiyaç vardır. Hekimlerin yetiştiği bir tane Tıp Fakültesi vardı. O da İstanbul Tıp Fakültesi idi. Bunun için en uygun yer Ankara idi. Tıp fakültesine geçiş için Hıfzıssıhha Mek-

tebi bir geçiş dönemi olacaktı. Uzun süren bir çalışmanın sonunda (1924-1945) Tıp Fakültesi açıldı. Temel Tıp Bilimleri, Hıfzıssıhha Mektebi'nde verildi. Tıp Fakültesi 1953 yılında Cebeci kampusuna taşınıncaya kadar Dekanlık Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Noyan Paşa'nın idaresi altında, yine Hıfzıssıhha Mektebinde faaliyet gösterdi.

Ülke insanlarının sağlığının korunmasını yürütmek, bu sahada hekimleri istihdam etmek üzere 1923 yılında mecburî hizmet kanununu çıkarırken bir yandan da 1924 yılında tıp öğrenimini özendirmek ve maddî imkânları yetersiz yurt çocuklarına okuma fırsatı vermek için Yatılı Tıp Öğrenci Yurdu'nu açtırdı. 1942 yılında, bu yurdun öğrenci kapasitesi bini buldu.

Bugün bile güncelliğini ve önemini koruyan mevzuat çalışmaları ele alındı ve gerçekleştirildi. Dr. Refik Saydam'ın Bakanlığı sırasında 51 kanun ve 18 tüzük çıkarıldı. Bunların en önemlileri;

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- SSYB Teşkilât ve Memurin Kanunu,
- Tıp ve Tıp Meslekleri İcra Kanunu,
- Frengi ve Sıtma Mücadele Kanunları,
- Özel Hastaneler Kanunu,
- Türk Kodeksi Kanunu,
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu,
- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Kanunu,
- Mecburi Hizmet Kanunu,
- Belediye Kanunu,
- Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun,
- Çeltik Ekimi Kanunu,
- Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi,
- Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun'dur.

Görüldüğü gibi sağlıkla ilgili mevzuatlarımızın nerede ise tamamına yakını Saydam'ın eseridir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bugünkü yapısını ve hizmet uygulamasının büyük bir bölümü, Dr. Refik Saydam'ın ele almış ve yürütmüş olduğu hizmetlerden oluşmaktadır.

Kaynaklar:

- 1-Şehbal Dergisi-1910
- 2-İnönü Arşivi
- 3-Farmakolog (özel sayı) cilt 12, 1942
- 4-Türk Hıfzıssıhha ve Tecrübi Biyoloji Mecmuası, Cilt: 3, No:1, 1943



Dönemin Ankara'sından bir görünüm

İçinden tıp geçen filmler: Awakenings

Tıp, insan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesi için uğraşan, hastalıklara tanı koyma, hastalıkları tedavi etme, hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan; birçok alt bilim dalından oluşan bilimsel disiplinlerin şemsiye adı. Tıp vücut sistemlerinin ve bunların hastalıklarının ve tedavilerinin bilimi olarak hem bir bilgi alanı, hem de bu bilginin uygulandığı meslek. Tıp, insan hayatının sona ermesi ya da sürmesi kadar hassas, doğum ile ölüm kadar keskin bir daireye odaklanan, insanlık tarihi ile yaşıt bir bilim dalı.

Geçmiş bir asırdan biraz fazla olmasına karşın gerek kitlelere ulaşma, gerekse de etkileyicilik anlamında öteki sanat dallarının bir adım önünde olan sinema, insanlığın bu önemli konusuna kayıtsız kalmamıştır. Amerikan sineması Hollywood başta olmak üzere dünya sinemasında sağlık, tıp, doktor ve hasta konulu pek çok filme imza atıldı.

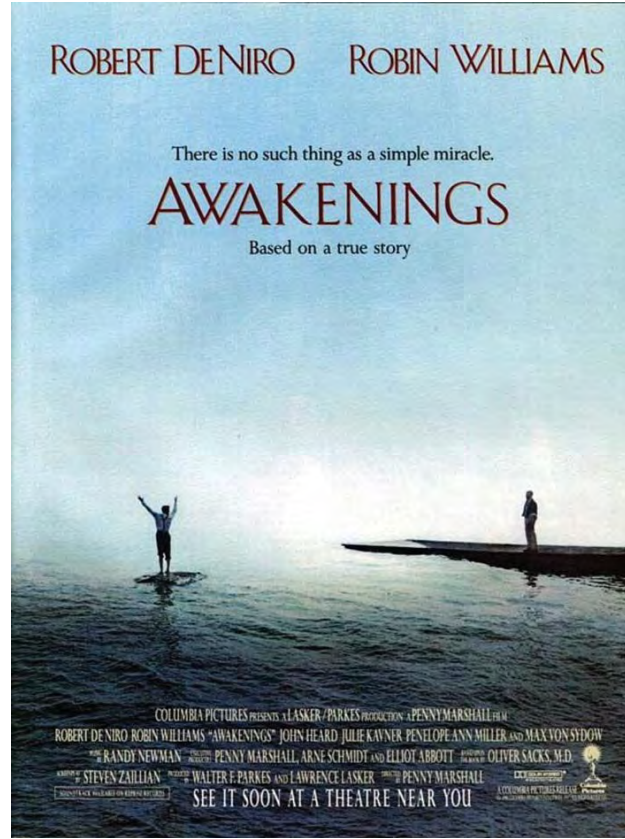
Türkçe adları ile Yağmur Adam, 21 Gram, Guguk Kuşu, Fil Adam gibi örnekler, bu temaların işlendiği ilk akla gelen filmlerden. SD dergisinin ilk sayısında ilk adımı atılan bir çalışmaya yeniden start vererek bu sayıdan iti-

baren her yeni sayıda içinden tıp ve sağlık geçen bir filmi sizlere hatırlatacağız.

7. sayının filmi dilimize Uyanış adı ile çevrilen 1990 Amerikan yapımı Awakenings. Başrollerinde yalnızca Hollywood'un değil, dünya sinemasının en büyük oyuncularından biri olarak gösterilen Robert De Niro ile bir başka usta aktör Robin Williams'in rol aldıkları 121 dakika uzunluğundaki filmin öyküsü, bir tür akıl hastanesinde geçiyor.

Filmin konusu şöyle: Dr. Malcolm Sayer (Robin Williams), kendisini akıl hastalarını tedavi etmeye adanmıştır. Bu hastaların yıllardır bu durumda olmaları ve hiçbir iyileşme göstermedikleri gerçeği, doktoru çok rahatsız eder. Kimyasal bir ilacın işe yarayabileceğini öğrenen Dr. Sayer, bu ilacı hastalar üzerinde uygulamaya başlıyor. Önce Leonard Lowe (Robert De Niro) adlı bir hasta üzerinde kullanılan bu ilaç, hastayı yaşadığı komadan çıkarıyor. Yavaş yavaş bütün hastaların uyanmasıyla birlikte, karşılaşılan bu yeni dünyaya ayak uydurma gibi ciddi bir sorun baş gösteriyor...

Oliver Sacks'ın kitabından sinemaya uyarlanan filmin senaristi Steven Zaillian. En



son geçtiğimiz aylarda Türkiye sinemalarında da oynayan Amerikan Gangsteri'nin senaryosuna imza atan Zaillian'ın filmografisinde Çevirmen (2005), New York Çeteleri (2002), Hannibal (2001), Kara Şahin Düştü (2001), Görevimiz Tehlike (1996) ve Schindler'in Listesi (1993) gibi büyük yapıtlar bulunuyor.

Yönetmenliğini pek de parlak bir sinema kariyeri olmayan Penny Marshall'ın yaptığı filmde asıl üzerinde durulması gereken kişi Robert De Niro. 1943 - New York doğumlu olan De Niro, pek çok sinema otoritesince Al Pacino ile birlikte yaşayan en büyük iki oyuncudan biri olarak gösteriliyor. De Niro'nun 1960'lı yıllarda başlayan si-





nema kariyeri; Baba 2 filmindeki Vito Corleone rolü ile ivme kazandı. Taksi Şoförü'ndeki Travis Bickle rolü ile sinema çevrelerini heyecanlandıran De Niro'nun 40 yılı aşkın süredir devam eden dev sinema kariyeri; Avcı (1978), Kızgın Boğa (1980), Bir Zamanlar Amerika'da (1984), Dokunulmazlar (1987), Sıkı Dostlar (1990), Korku Burnu (1991), Casino (1995), Onurlu Bir Adam (2000), Komplo (2001) gibi önemli yapıtlara sahne oldu.

Çok fazla filmde oylaması ve önüne gelen görece 'kötü' projeleri de geri çevirmemesi nedeniyle takipçileri tarafından zaman zaman eleştirilen De Niro, 1985 yapımı Awakenings - Uyanış'ta dokunaklı Leonard Lowe rolü ile izleyicisinin belleğinde derin izler bırakmıştır.

Filmin öteki rollerinde Dr. Malcolm Sayer karakteri ile Robin Williams, Eleanor Costello rolü ile Julie Kavner, Mrs. Lowe karakteri ile Ruth Nelson ve Dr. Kaufman rolü ile John Heard yer aldı.

Randy Newman'ın müziklerini yaptığı, görüntü yönetmenliğini Miroslav Ondříček'in üstlendiği film, finalinde verdiği anlamlı mesajı ile göz dolduruyor.

De Niro'ya belki de Kızgın

Boğa'dan sonra en iyi performansını ortaya koyma şansı veren, Robin Williams'ın her zamanki üstün performansı ile akılda kalan Awakenings, insanın içini sızlatan filmlerin başında geliyor.

Akıl, beden ve ruh sağlığımızı, daha genelde ise yaşadığımız her şeyi bir kez daha sorgulamaya çağıran filmin gerçek hayattan uyarılama olduğunu da not düşelim.

İzleyicisini derin bir iç hesaplaşmanın içine sürükleyen Awakenings, 'hasta' ve 'hastane' temalı filmlerin en iyilerinden biri olarak gösteriliyor.

Özellikle bir doktorun gözünden, hasta-doktor dünyasını, dünyaya bakış açılarını anlatan film, dram türünün ağır ilerleyen örneklerinden biri olmasına karşın sıkılmıyor. Özellikle de birbirlerine nazire yaparcasına döktüren iki usta aktörün karşılıklı performansı izleyicisini etkisi altına alıyor.

Sinema kariyerinde bir kez de, 1998 yapımı 'Patch Adams' filminde hocaları tarafından 'aşırıya kaçacak denli mutlu' bir doktor olan Hunter Adams karakterine hayat veren Robin Williams, Hollywood'un uzun dilli, ha-

şarı ve komik çocuğu olarak bilinen bir aktör.

Williams bu filmde, içine kapalı nörolog karakterine hayat verdi. Nörolog Malcolm Sayer o kadar kusursuz bir doktor ki, hastalara karşı yaklaşımı benzersiz.

Robert De Niro'nun hayat verdiği Leonard karakteri ise ayrıca zoom yapılması gereken bir alan. Dr. Malcolm Sayer'in himayesine girdikten sonra uyanışı, yaşadıkları, âşık oluş süreci, annesi ile ilişkisi; yine doktorunun yardımını altında yapabildikleri, yapmak istedikleri, diğer insanlarla olan ilişkileri ve onlarla daha çok iletişim içerisinde bulunmak istemesi... Bunların tamamı ve de filmde geçen bir sürü özelliği, De Niro'nun günümüzde, neden kulvarında bir numara olduğunu göstermeye yetiyor da artıyor.

Emektar bir hırsızdan mafya babasına, saksafoncudan kırık bir Vietnam gazisine, ge-yik avcısından çete liderine, canı bir psikopattan bir ajana ve gelin babasından rahip karakterine kadar her arena-da kendisini göstermiş olan oyuncunun bu filmdeki rolüne ayrıca not düşmek gerekiyor. Zira 'Awakenings' De Niro'ya belki de 'Gönüllerin Oscar'ını getirmiş tek filmi.

KÜNYE

Orjinal adı: Awakenings
Türkçe adı: Uyanışlar
Yapım: ABD, 1990
Yönetmen: Penny Marshall
Oyuncular: Robert de Niro, Robin Williams, Julie Kavner, John Heard, Richard Libertini, Ruth Nelson, Alice Drummond, Judith Malina, Barton Heyman, Anne Meara, Laura Esterman, George Martin, Penelope Ann Miller
Yapımcı: Walter F. Parkes, Lawrence Lasker
Senaryo: Steven Zaillian
Sanat Yönetmeni: Bill Groom
Müzik: Randy Newman
Kurgu: Battle Davis, Gerald B. Greenberg
Kostüm Tasarımı: Cynthia Flynt
Görüntü Yönetmeni: Miroslav Ondříček
Film Öyküsü: Oliver Sacks
Orjinal Dili: İngilizce
Süre: 121 dakika

Ödüller:

En İyi Film Oscar Ödülü Adaylığı, 1991 En İyi Yardımcı Erkek Oyuncu Oscar Ödülü Adaylığı, 1991 En İyi Uyarlama Senaryo Oscar Ödülü Adaylığı, 1991

Kaynaklar

Wikipedi
Beyazperde

