

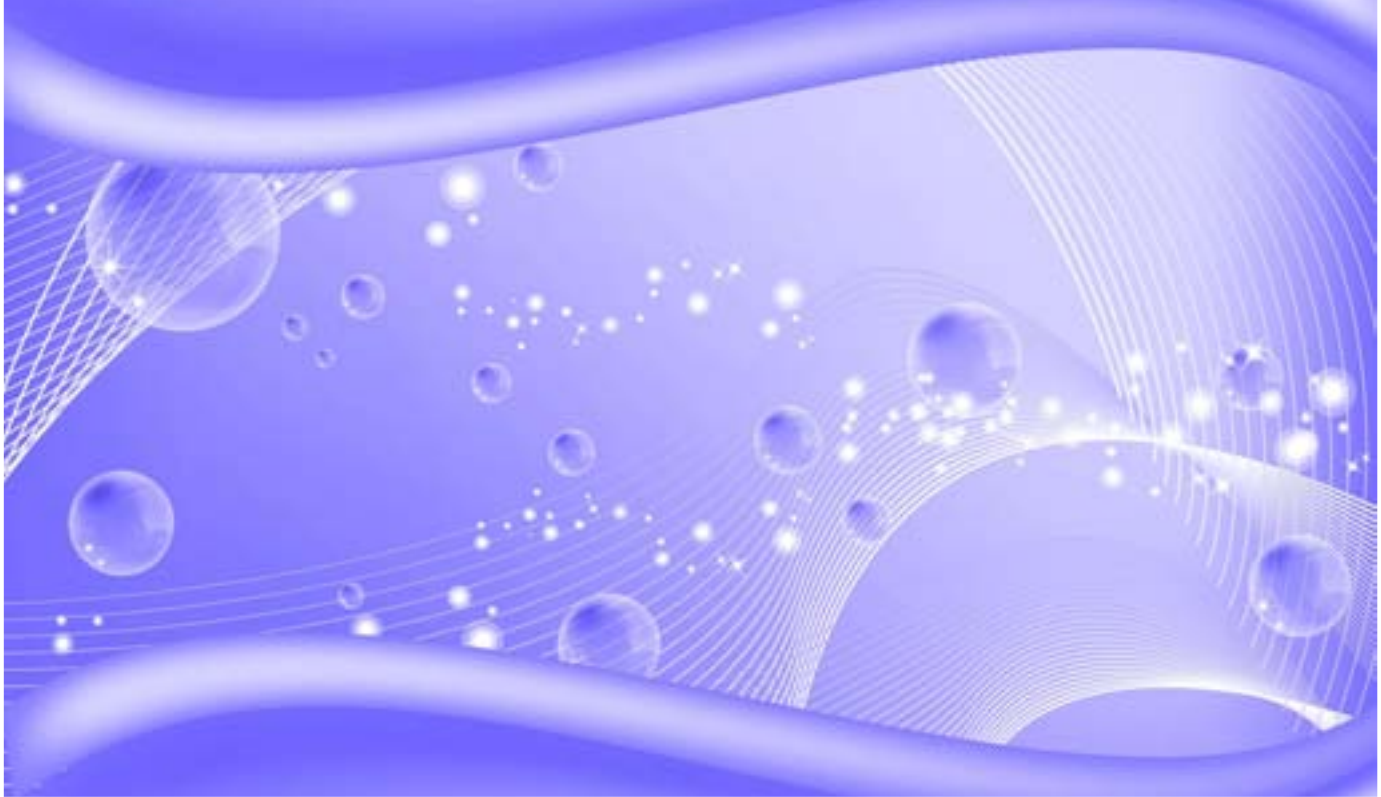
SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2008
12 YTL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

8

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



DR. HÜSEYİN DEMİREL ÇOK PARTİLİ SİYASİ HAYATA GEÇERKEN SAĞLIK POLİTİKALARI

DR. TURGAY ÇETİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN REGÜLASYONU VE SAĞLIK BAKANLIĞININ ROLÜ | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK BİR VALİNİN "HEKİM DEĞERLENDİRMESİ"NE CEVAP | DR. KAMİL SEMA ERGUN, DR. SALİH KENAN ŞAHİN GENEL PRATİSYENLİK VE UZMANLIK | YASEMİN K. ŞAHINKAYA SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME 2 | PROF. DR. HAYDAR SUR ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ | DR. ÇETİN KÖKSAL, DOÇ. DR. GONCA MUMCU, SAFFET OCAK ÖRGÜTSEL PERFORMANSIN ARTIŞINDA ÇALIŞAN MOTİVASYONUNUN ROLÜ | ŞULE YÜKSEL ÖZTÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN ODAKLI İLİŞKİLERİN DEĞİŞİMİ DR. SALİH KENAN ŞAHİN ACİL YARDIM HİZMETLERİNDE REORGANİZASYON | DR. LÜTFÜ HANOĞLU İNMELİ HASTAYA HER ZAMAN YAPILACAK BİR ŞEYLER VAR PROF. DR. OSMAN HAYRAN SAĞLIK MESLEKLERİ VE SORUNLAR | DR. HALİS DOĞAN SAĞLIKTA FİNANSMANIN AÇMAZLARI VE PAKET FİYAT UYGULAMALARI İLKER KÖSE ELEKTRONİK SAĞLIK KAYDI VE MAHREMİYET | DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ OBEZ BİR PORTRE: ŞEVKET USTA | DR. MEHMET CAN HİPERAKTİVİTE: AKTİVİTE BOZUKLUĞU MU, ALGILAMA BOZUKLUĞU MU? | ÖMER ÇAKKAL PROF. DR. MAHİR KAYNAK: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE VAKIF MANTİĞİ GELİŞTİRİLMELİ | DOÇ. DR. ŞAFAK NAKAJİMA HOLİSTİK TIP | PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN SORUNLARLA BAŞ ETMEDE ANALİTİK VE KRİTİK DÜŞÜNME | PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ TIBBİ MÜDAHALE YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN YERİNE GETİRİLMEMESİNİN CEZA HUKUKU BAKIMINDAN SONUÇLARI DR. ÇETİN KÖKSAL "ÖLÜMÜNE KARAR": ÖTANAZİ | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN YAŞAYANI SEVMEK: BİYOTİK | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK KÜRESEL BİR SORUN: HASTANE ENFEKSİYONLARI | DOÇ. DR. AYŞEN GARGILI KENELER HAKKINDA BİLGİLERİMİZİ GÜNCELLEYELİM | SELMA ALTINDIŞ DIŞ HEKİMLİĞİNDE HASTA GÜVENLİĞİ | DR. HÜSEYİN DEMİREL PORTRE: DR. BEHÇET UZ | DR. MURAT SÂLİM TOKAÇ HEKİM BESTEKÂR VE MÜSİKŞİNASLAR: DR. CEMİL ÖZBAL | ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

SD

EYLÜL - EKİM - KASIM 2008
2008 SONBAHAR SAYI 8
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 Özalp
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
info@sdplatform.com

Tıbbın yeni kapıları

Mevsimler sadece bir zaman dilimi değil, gün dönümünün takvime işlenmiş kimlikleridir. Doğanın her yıl kendini yenilemesini bize yansıtan dönemlerdir. Mevsimler değişimin, gelişimin, dönüşümün, büyümenin, olgunlaşmanın ifadesidir. SD Dergisi 8. sayısını, yani 8. mevsimini geride bırakıyor. Sağlık düşüncesi, sağlık politikaları ve tıp kültürüne katkıda bulunmak, söyleyecek sözü olanlara platform oluşturmak ve konuyla ilgili taraflara yol göstermek, ufuk açmak gibi samimi niyetlerle yayın hayatına başladığımız günden bugüne, bu misyonu fazlasıyla yerine getirmiş olmaktan ötürü mutluyuz, gururluyuz.

Bir yandan, geçmişteki sağlık politikalarını irdeler ve bilinmeyenleri gün yüzüne çıkarırken bir yandan da geleceğe yönelik yapılması gerekenler konusunda çeşitli fikirler ve görüşleri özgürce tartışabiliyoruz. Bilgi eksikliğinden kaynaklanan, hatalı olduğunu düşündüğümüz görüşlere cevap vermek ve herkesin olayların gerçek mahiyetini öğrenmesini sağlamak da artık görevlerimiz arasında yer alıyor. İddia sahiplerine de, bunlara itirazı olanlara da sayfalarımızda yer veriyoruz. Diğer yandan, sağlık çalışanlarının gündelik hayatta karşılaştıkları sıkıntıları dile getirmek, çözüm önerilerini tartışmak, motivasyonlarına katkıda bulunmak, iletişim kazalarını önlemek, adil, hakkaniyetli

bir sağlık sisteminin kurulması önündeki engellerin aşılmamasına yardımcı olmak da işimizin bir başka yönü.

İnsan organ sistemlerinden müteşekkil bir organizmadan öte bir varlıktır. İnsanı bütüncül görebilmek, her yönüyle tam bir bütünlük içinde kavrayabilmek onu anlamada çok önemlidir. Sorunlarının çözümünde de bu anlayışın önemi göz ardı edilemez.

Sağlık alanını sadece çağdaş tıbbi disiplinlerle sınırlı görmüyor, düşüncenin, fikrin derinliklerine dalıp asık suratlı gibi algılanmak istemiyoruz. Sağlığın değişik yönlerine değinmek, tarih, kültür ve sanattan bilgiler vermek de önceliklerimiz arasında.

Hayatın yazılı olamayan kuralları, kayda geçmeyen gerçekleri vardır. Sağlığa olabildiğince bütüncül yaklaşarak tıbbın yalnızca tıp fakültelerinde öğretilen derslerden ibaret olmadığını, başta doktorlar olmak üzere bütün sağlık personelimize hatırlatmak istiyoruz.

Sağlığı yitirmeden sağlığa sahip çıkılması yönündeki misyonumuzun da farkındayız. Unutmayalım ki, ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözümü, yalnızca doktorlara bırakılmayacak kadar önemli olmakla beraber, doktorların ve diğer

sağlık personelinin söz sahibi olmadığı, görüşlerinin alınmadığı ve onların da kafa yormadığı hiçbir çözüm de gerçekçi olmayacaktır.

Mevsimler geçtikçe, sağlık sorunlarının da değiştiği, geliştiği, bazılarının çözülürken, bazılarının yeni ortaya çıktığı görölmektedir. Son derece doğal olan bu değişim ve gelişime ayak uydurabilmek için sağlık personelinin de olayları yakından takip etmesi, hatta müdahil olması gerekmektedir. Hepimiz, bir yandan hastane enfeksiyonları gibi küresel sorunlarla uğraşırken, bir yandan da keneler gibi daha yerel sorunlarla da uğraşmak zorunda kalıyoruz. Bir yandan hastalarımızın güvenliğini düşünürken, bir yandan da kendi güvenliğimizi ve haklarımızı düşünmek zorundayız. Bu açıdan bakıldığında da bu derginin ne denli görev ifa ettiğini takdir edersiniz.

Dergimizin daha da yaygınlaşması ve daha fazla kişi tarafından okunur hale gelmesi, öyle tahmin ediyoruz ki, bizlerden çok sizleri memnun edecektir. Bu arada, dergimizle ilgili tüm görüş, düşünce eleştirilerinizi de göndermeyi lütfen ihmal etmeyin.



İçindekiler

8

ÇOK PARTİLİ SİYASİ HAYATA GEÇERKEN
SAĞLIK POLİTİKALARI
DR. HÜSEYİN DEMİREL

12

SAĞLIK HİZMETLERİNİN REGÜLASYONU
DR. TURGAY ÇETİN

18

BİR VALİNİN "HEKİM DEĞERLENDİRMESİ"NE CEVAP:
HEKİMLERİN HEKİM GÖZÜYLE DURUMU
YA DA "HÂLİ PÜR-MELALİ"
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

24

GENEL PRATİSYENLİK VE UZMANLIK:
AİLE HEKİMLİĞİ, ACİL HEKİMLİĞİ,
KORUYUCU SAĞLIK HEKİMLİĞİ
DR. KAMİL SEMA ERGUN, DR. SALİH KENAN ŞAHİN



28

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME 2:
BAKANLIĞIN ROLÜ NE OLMALI?
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

32

ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ
PROF. DR. HAYDAR SUR

38

ÖRGÜTSEL PERFORMANSIN ARTIŞINDA
ÇALIŞAN MOTİVASYONUNUN ROLÜ
DR. ÇETİN KÖKSAL, DOÇ. DR. GONCA MUMCU,
SAFFET OCAK



42

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN ODAKLI
İLİŞKİLERİN DEĞİŞİMİ
ŞULE YÜKSEL ÖZTÜRK

48

TÜRKİYE'NİN ACİL SORUNU:
ACİL YARDIM HİZMETLERİNDE REORGANİZASYON
DR. SALİH KENAN ŞAHİN

50

İNME Lİ HASTAYA HER ZAMAN
YAPILACAK BİR ŞEYLER VAR
DR. LÜTFÜ HANOĞLU

54

SAĞLIK MESLEKLERİ VE SORUNLAR
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

56

SAĞLIKTA FİNANSMANIN AÇMAZLARI VE
PAKET FİYAT UYGULAMALARI
DR. HALİS DOĞAN

58

ELEKTRONİK SAĞLIK KAYDI VE MAHREMİYET
İLKER KÖSE



62

OBEZ BİR PORTR: ŞEVKET USTA
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

64

HİPERAKTİVİTE: AKTİVİTE BOZUKLUĞU MU,
ALGILAMA BOZUKLUĞU MU?
DR. MEHMET CAN

68

PROF. DR. MAHİR KAYNAK:
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE
VAKIF MANTIĞI GELİŞTİRİLMELİ
ÖMER ÇAKKAL



74

RUHLA BEDEN, HEKİMLE HASTA, BİLİMLE SANAT
ARASINDAKİ KÖPRÜ: HOLİSTİK TIP
DOÇ. DR. ŞAFAK NAKAJİMA

78

SORUNLARLA BAŞ ETMEDE ANALİTİK VE
KRİTİK DÜŞÜNME
PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

80

TIBBİ MÜDAHALE YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN
YERİNE GETİRİLMEMESİNİN CEZA HUKUKU
BAKIMINDAN SONUÇLARI
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ



82

"ÖLÜMÜNE KARAR": ÖTANAZİ
DR. ÇETİN KÖKSAL

88

YAŞAYANI SEVMEK: BİYOETİK
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

88

KÜRESEL BİR SORUN: HASTANE ENFEKSİYONLARI
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

92

KENELER HAKKINDA BİLGİLERİMİZİ
GÜNCELLEYELİM
DOÇ. DR. AYŞEN GARGILI

94

DİŞ HEKİMLİĞİNDE HASTA GÜVENLİĞİ
SELMA ALTINDİŞ

100

PORTR: DR. BEHÇET UZ
DR. HÜSEYİN DEMİREL

102

HEKİM BESTEKÂR VE MÜSİKİŞİNASLAR:
DR. CEMİL ÖZBAL
DR. MURAT SÂLİM TOKAÇ



104

KARİKATÜR
ORHAN DOĞAN

Dipiridamolle birlikte aspirin, klopidoğrel kadar etkili

Otuz beş ülkeden 20 bin 332 hastanın izlendiği Prof. çalışmasının sonuçları açıklandı. Çalışmada son 120 gün içerisinde tromboembolik inme geçiren hastalara aspirinle dipiridamol ya da tek başına klopidoğrel verildi. Çalışmanın diğer ayağında ise tedaviye telmisartan 80 mg ya da plasebo eklendi. 2,5 yıl boyunca izlenen hastalarda tekrarlayan inme, myokard infarktüsü (MI), kanama, diyabet gelişimi gibi olayların sıklığı kaydedildi.

Daha önce yapılan çalışmalarda aspirinin yanında dipiridamol kullanımının tek başına aspirinden daha etkili olduğu bildirilmişti. Bu çalışmada ise, kombinasyonun klopidoğrel monoterapisi ile karşılaştırılması amaçlandı.

İnme kombinasyon tedavisi alanların 915'inde (yüzde 9), klopidoğrel grubunda 898'inde (yüzde 8.8) tekrarladı; aradaki fark anlamlı değildi. MI ve damarsal nedenlerden ölüm her iki grupta benzer oranlarda görülürken tek fark kombinasyon grubunda yeni ortaya çıkan ya da ağırlayan kalp yetmezliği vakalarının daha az bulunmasıydı. Kombinasyon grubunda tüm bajor kanamalar ve intrakranial kanamalarda hafif artış izlenirken, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Telmisartan kolunda ise, telmisartan alan hastalarda plasebo alanlara göre tekrarlayan inme ve major kardiyovasküler hadiseler ve yeni diyabet sıklığı hafif azalırken, aradaki fark anlamlı bulunmadı.



Bağımlılığın beyindeki izlerine ulaşıldı

Bazı kişilik tiplerinin madde bağımlılığına eğilim oluşturduğu bilinmektedir. Santral sinir sistemindeki opioid reseptörlerin bağımlılığın patogeneğinde santral rol oynadığı düşünülmektedir.

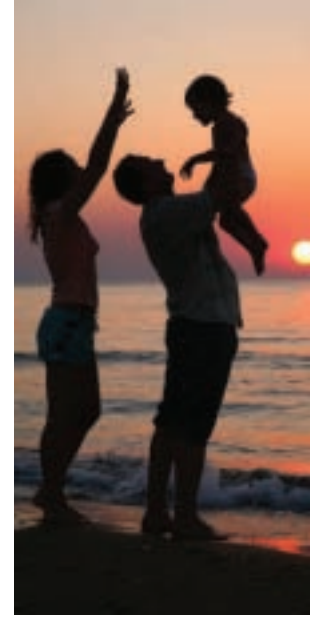
Almanya'da yapılan bir araştırma ile kişilik tipleri ile santral sinir sistemindeki opioid reseptör dağılımı araştırıldı. Daha önce madde bağımlılığı geçmişi olmayan 23 sağlıklı erişkin erkek çalışmaya alındı. Gönüllülere önce çeşitli kişilik testleri uygulanarak ödül bağımlılığı, yenilik merakı, zarardan korunma güdüsü gibi özellikleri belirlendi. Daha sonra opioid reseptörlerine karşı geliştirilen bir radyoligand kullanılarak beyin PET görüntüleri alındı.

Görüntülerin analizinde ödül bağımlılığı ile her iki ventral striatum ve nükleus accumbens'deki opioid reseptör yoğunluğu arasında korelasyon bulundu. Beynin bu bölgelerinde opioid reseptör yoğunluğu fazla olan bireylerde ödül bağımlılığı yüksek olarak tespit edildi.

Akupunktur sinir hücrelerini aktive ediyor

LI-2 adı verilen noktaya akupunktur uygulaması yapılmasının sinirlerin uyarılmasına ve tükürük üretiminin artmasına neden olduğu bildirildi. Daha önceki çalışmalarda LI-2'nin uyarılmasının tükürük sekresyonunu artırdığı ve ağız kuruluğunda fayda sağladığı gösterilmişti. New York Memorial Sloan-Kettering Cancer Center'dan Dr. Deng ve arkadaşları LI-2 noktasına akupunktur uygulamasının beyindeki etkilerini fonksiyonel MRG ile araştırmışlar. Gönüllülerin bir kısmına ise kontrol grubu olarak LI-2 noktası dışında bir yere akupunktur yapılmış. LI-2'ye akupunktur yapılanlarda, kontrollere göre tükürük sekresyonunda daha fazla artış görülmüş. LI-2'nin aktivasyonu parietal operculum, rolandic operculum, frontal operculum ve insula'yı bilateral aktive ederken, herhangi bir beyin bölgesinde aktivasyonda baskılanma izlenmemiş. Tükürük üretimi ile insula/operculum aktivasyonu arasında anlamlı ilişki saptanmış.

Araştırmacılar, akupunktur özellikle baş-boyun bölgesine radyoterapi aldıktan sonra ağız kuruluğu çeken hastalarda faydalı olduğunu belirtiyorlar.



Omega-3 yağ asitleri kalp yetmezliğinde mortaliteyi azaltıyor

Avrupa Kardiyoloji Birliği'nin 2008 kongresi'nde sunulan bir çalışmayla omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin (n3-PUFA) uzun süre verilmesinin semptomatik kalp yetmezlikli hastalarda tüm nedenlere bağlı ölümleri ve kardiyovasküler olaylar nedeniyle hastaneye yatışları azalttığı bildirildi. Daha önce yapılan bir çalışmada n-3 PUFA ile ölümcül olmayan olaylarda bir azalma izlenmezken, tüm nedenlere bağlı ölümlerde yüzde 20, kardiyovasküler olaylara bağlı ölümlerde yüzde 30 ve ani ölümlerde yüzde 44 düşüş izlenmişti. Çalışmaya 18 yaş üzeri herhangi bir nedenle ortaya çıkan tüm kalp yetmezliği olguları alınmış. N-3 PUFA'ya alerjisi olan, başka ağır sistemik hastalıkları olan ya da akut koroner olay geçirenler çalışma dışı tutulmuş. Başlangıçta 3 bin 481 hastaya plasebo, 3494 hastaya n-3 PUFA verilmiş. Hastalar etiyolojilerine göre ve kalp yetmezliğinin derecesine göre gruplar arası eşit dağıtılmış. Hastaların diğer tedavileri de benzermiş (yüzde 90'ı ACE inhibitörü ve diüretik, üçte ikisi beta bloker kullanıyor). 3,9 yıllık izlemde tüm nedenlere bağlı ölümlerde yüzde 1,8 absölu risk azalması sağlanmış. Sekonder hedeflerde ise yüzde 2,3 absölu risk azalması olmuş.

Sarı kantaron otu depresyonda etkili

21. Avrupa Neöropiskofarmakoloji Kongresi'nde Yunanistan'dan sunulan bir çalışmada, orta derecedeki depresyonda geleneksel bir şifalı ot olan Sarı Kantaron ya da binbirdelik otunun modern bir antidepresan olan duloksetin kadar etkili olduğu bildirildi. St. John's Wort hafif-orta derecedeki depresyonda geleneksel olarak kullanılan şifalı bir otur. Mekanizması tam bilinmemekle birlikte, bitkinin etken maddelerinden biri olan hiperforinin norepinefrin, serotonin, dopamin, L-glutamat ve gamma-aminobütyrik asitin geri alımını bloke ettiği düşünülmektedir.

Çalışmada hafif, orta ve ağır depresyonda, hem serotonerjik ve noradrenerjik sistem üzerinden etki eden yeni bir antidepresan olan duloksetine karşı sarı kantaron otunun etkinliği karşılaştırılmış. 20 hastaya günde 900 mg sarı kantaron, 30 hastaya duloksetin 30 mg, 20 hastaya duloksetin 60 mg verilmiş. Hastalar 1., 15., 30., 45. günler ve 2. 3. aylarda iki ayrı depresyon skalası ile değerlendirilmiş. Orta derecede depresyonda iki tedavi grubu arasında fark bulunmazken, ağır depresyonda sarı kantaronun belirgin bir etkisi olmamış. Ağır depresyonlu hastalar duloksetinden fayda görmüşler.



Epilepsi boğulma riskini artırıyor

Neurology dergisinde yayımlanan bir makalede epilepsi hastalarının boğulma riskinin normal popülasyona göre 15 ila 19 kat arttığı bildirildi. Araştırmacılar Dünya Sağlık Teşkilatı ve İngiltere Ulusal İstatistik Dairesi'nde bulunan 51 çalışmanın verilerini bir araya getirmişler. Epileptik hastalarda hey yıl 1000 kişide 8,07 ölüm görüldüğü saptanmış. İncelenen hasta gruplarında 88 boğulma vakası bulunmuş. Normal popülasyonla karşılaştırıldığında beklenen boğulma sayısı ise 4,7 imi. Stardat mortalite oranı 18,7 bulunmuş.

Epilepsi ile birlikte öğrenme güçlüğü olanlarda, bakım evlerinde kalanlarda ve temporal lop cerrahisi geçirmiş olanlarda boğulma daha sık görülmüştür. Epileptik çocuklarda ise daha az boğulma görülmüş. Araştırmacılar, bu çocukların daha sıkı gözetildiği için korunmuş olabileceğini düşünüyor.

Sonuç olarak epileptik hastaların yüzme aktivitelerinden uzak durması ve küvette değil duş altında yıkanması öneriliyor.

Ezetimib/simvastatin kanser riskini artırabilir

Ezetimib ve simvastatin kombinasyonu, hiperkolesterolemi tedavisinde kullanılmaktadır. Simvastatin and Ezetimibe in Aortic Stenosis (SEAS) çalışmasının sonuçları yayımlandıktan sonra ilaç hakkında bazı kanser riskini artırdığına ilişkin bazı kaygılar ortaya çıktı. SEAS çalışmasının amacı, aort stenozu olan hastalarda simvastatin/ezetimib kombinasyonunun kardiovasküler olay riskinde plaseboya göre düşüş yapip yapmadığını görmektir. 5 yıl süren çalışma sırasında simvastatin/ezetimib kombinasyonu kullananlarda kardiovasküler risk azalmazken, her tür kanser riskinde belirgin artış görüldü. FDA, SEAS çalışmasının son raporunu beklediğini, rapor görüldükten sonra gerekli açıklamaların yapılacağını bildirdi.

Zona aşısı Kanada'da onay aldı

Kanada sağlık idaresi, 60 yaşın üzerindeki bireylerde herpes zoster aşısının kullanımına onay verdi. Onay, 60 yaşın üzerinde 38 bin 546 hastanın takip edildiği Zona Önleme Çalışması'nın sonuçlarına dayanıyor. Bu çalışmada aşının plaseboya göre zona riskini 60-69 yaş grubunda yüzde 64, tüm yaş gruplarında yüzde 51 azalttığı gösterilmişti. Aşının zonaya bali ağır ve uzun süreli ağrı insidansını da plaseboya göre yüzde 73 azalttığı saptandı. Aşılandığı halde zona geçirenlerde ise aşı ağrısı yüzde 22 azaltıyor. Aşının en önemli yan etkisi aşı yerinde kızarıklık, ağrı, kaşıntı olarak bildirilmiş.

Meme kanserinde estrogen reseptör-beta durumu prognozu etkiliyor

Tokyo'da yapılan bir çalışmada, estrogen reseptör-beta (ER-beta) durumunun, tamoksifenle tedavi edilen invazif meme kanserli hastaların prognozunda etkili olabileceği gösterildi. İnvazif meme kanserli 442 kadının patoloji materyali, ER-beta1, ER-betaN ve ER-beta2 varlığı yönünden incelendi. ER-beta1 veya ER-betaN varlığı daha uzun hayatta kalım süresiyle ilişkili bulunurken ER-beta2 durumunun bir etkisi olmadığı saptandı. Çok değişkenli analizde ER-beta1 durumu, tümör büyüklüğü ve lenf nodu tutulumunun nüks ve mortalite açısından bağımsız göstergeler olduğu bulundu. Diğer yandan çalışmaya tamoksifen kullanan hastaların alınmamış olması, sonucun tamoksifene mi bağlı olduğu, yoksa hastalığın doğal gidişini mi gösterdiği bilinmiyor.



Elma, portakal, greyfurt suları bazı ilaçların emilimini bozuyor

Greyfurt uyunun bazı ilaçların kan düzeyini artırarak ilaç zehirlenmelerine yol açabildiği yıllardır biliniyor. Son veriler ise greyfurt suyu ile birlikte elma ve portakal gibi meyve sularının bazı ilaçların emilimini bozarak etkisini önemli ölçüde azaltabileceğini gösteriyor. Amerikan Kimya Birliği'nin 236. Ulusal Kongre'sinde sunulan bir çalışmada, barsaklardan aktif taşıyan bazı ilaçların absorpsiyonunun meyve suları tarafından bozulduğu bildirildi. Bir grup gönüllüye feksofenadin ile birlikte bir bardak greyfurt suyu ya da su içinde greyfurtun aktif maddesi olan naringin ya da sade su içirilmiş. Greyfurt suyu absorbe edilen ilaç miktarını yarıya düşürmüştü. Naringinin önemli bir ilaç taşıyıcısı olan OATP1A2'yi bloke ettiği saptanmış. Diğer yandan CYP3A4 enziminin bloklanması, bazı ilaçların karaciğerde metabolizasyonunu yavaşlatarak kan düzeyini artırıyor.

Mevcut çalışmalar greyfurt, portakal ve elma sularının antikanser ilaçlardan etoposid, bazı beta blokerler (atenolol, celiprolol, talinolol), transplant hastalarında kullanılan siklosporin ve bazı antibiyotiklerin (siprofloksasin, levofloksasin, itrakonazol) emilimini bozduğunu gösteriyor.

Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları

Dr. Hüseyin Demirel



1968 yılında Kars'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Bursa'da tamamladı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1991-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 2004 yılında Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi'nde, Kamu Yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi aldı. Yüksek lisans tezini, Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri alanında verdi. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda çalıştı. 2006-2008 döneminde Bursa Tabip Odası seçimlerinde TTB Genel Kurul Delegeliğine seçildi. Çeşitli kitap ve dergilerde editörlük, yayın kurulu üyeliği ve yazarlık yaptı. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı görevini yaptı. Sağlık Bakanlığı'nın ilk stratejik planının hazırlanmasına katkı sağladı. Halen Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Son yıllarda yönetim alanında yapılan çalışmalarda, yönetimin 4 ögesinden biri ve ilki olan planlama ilkesi daha ön plana çıkmış bulunmaktadır. Bu ön plana çıkışla birlikte stratejik planlama kavramı da önem kazanmaya başlamıştır.

Ülkemizde kamu yönetiminde düzenli planlama çalışmaları 1960 darbesi sonrasına denk gelmektedir. 1930 ve

1940'lı yıllarda sektörel planlar yapılmışsa da, yapılan bu planlar bugünkü planlama tekniğinden uzak olarak değerlendirilmekte ve planlamanın başlangıcı olarak 1960'lı yıllar kabul görmektedir. Bu arada planlamanın Anayasa ile teminat altına alınması, Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması ve kalkınma planlarının yapılması bu değerlendirmeye esas teşkil etmektedir.

1960 yılına gelmeden önceki 15 yıllık süreçte ülkemizde ve dünyada önemli değişiklikler olmuştur: 1939 yılında

başlayan İkinci Dünya Savaşı 2 Eylül 1945 tarihinde bitmiştir. Celal Bayar, Adnan Menderes, Fuat Köprülü ve Refik Koraltan Cumhuriyet Halk Partisi'nden ayrılıp Demokrat Parti'yi kurmuşlardır (7 Ocak 1945). Böylece çok partili siyasal hayata geçilmiştir. 1946'da açık oy, gizli tasnif ile Cumhuriyet Halk Partisi seçimleri kazanmıştır. 1948 yılında Millet Partisi adında yeni bir parti daha kurulmuştur. 1950'deki seçimleri gizli oy, açık tasnif ile büyük bir çoğunlukla Demokrat Parti kazanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası hem



1950'ler Türkiye'sinden bir kare. Aksaray Ortaokul bandosu ve vatandaşlar

dünyada hem de ülkemizde liberal politikalar öne çıkmıştır.

Genel anlamda bu değişiklik ve dönüşümler olurken sağlık alanında da Cumhuriyet döneminin son derece önemli bir atağı başlatılmış, bu atağın liderliğini de dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz yapmıştır. 1946–1948 ve 1954–1955 yılları olmak üzere 2 dönem Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Behçet Uz, her iki dönemde de birer “plan” açıklayarak önemli bir vizyon ortaya koymuştur. Çok kısa dönemler halinde Bakanlık koltuğuna oturmuş olmasına rağmen, Dr. Refik Saydam’dan sonra en fazla hafızalarda iz bırakan Sağlık Bakanı olarak sağlık tarihimizdeki yerini almıştır.

1946 yılında açıkladığı “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” ve 1954 yılında açıkladığı “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler” bugün dahi stratejik planlama ilkelerine uygunluğu açısından geçerliliğini koruyan önemli belgelerdir. Ancak bile-rek veya bilmeyerek, bu dönem ülkemiz sağlık politikaları ve sağlık yönetimi alanlarında çalışan akademisyenlerin gözünden kaçmış bulunmaktadır. Sağlık alanında birçok zihniyet değişimine yol açan bu planlar ve programlar, 1960 sonrası sağlık politikalarını da doğrudan etkilemiştir.

İddialı bir ifade olarak algılanabilir belki, ama 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un bu plan ve programların adeta hülasesi olduğunu, ya da bu vizyon üzerinde şekillendiğini ileri sürmek haksızlık olmayacaktır sanırım.

Günümüze kadar Dr. S. Behçet Uz, Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı hakkında ortaya konan eserleri araştırdığımız da ortaya dramatik bir tablo çıkmaktadır. Ülkenin sağlık politikalarının çok önemli bir dönemine mührünü vurmuş bir şahsiyet ve onun kaleme aldığı ve bugün dahi etkilerinin hissedildiği iki “plan” hakkında bugüne kadar yazılmış kapsamlı bir yayına maalesef rastlanmamaktadır.

Araştırmalarım sırasında Halk Sağlığı alanında çok önemli çalışmaları bulunan Prof. Dr. Rahmi Dirican hocamızın 2001 yılında Toplum ve Hekim dergisinde yayınlanan “Dr. Behçet Uz (1893–1986) ve Ulusal Sağlık Planı” adlı makalesine rastladım. Rahmi Dirican hocamız bu makalesinde “1953 yılında Tıp fakültesini bitirdim... Dr. Behçet Uz adını ilk kez 1958 yılında işittim...1946–1948 yılları arasında SSY Bakanlığı yaparken, on yılda ger-

çekleşmesi düşünülen ulusal bir sağlık planı hazırlattığını, bu planı yasalaştı-ramadan Bakanlıktan ayrıldığını öğ-rendim... Tüm çabalarıma karşın, şimdiye kadar bu sağlık planı yasa tasarısını ele geçiremediğim gibi okumak olanağını da bulamadım. Bu nedenle planda öngörülen hususları, Dr Behçet Uz’un Nihat Eğriboz’ a yazdığı mektuptaki ve SSY Bakanlığı’nın düzenli olarak yayınladığı Sağlık Dergisi’nin 1947 yılına ait sayılarındaki yazıları göz önüne alarak belirtmeye çalışacağım” demektedir.

Bu konudaki boşluğun farkına varan ve bu çalışmanın başlangıcına vesile olup beni araştırma için yönlendiren ve teşvik eden Prof. Dr. Sabahattin Aydın hocamızın katkısını söylemeden geçemeyeceğim. Hem Milli Sağlık Planı hem de Milli Sağlık programlarının esas metinlerine ulaşp, inceleyince “unutulan” ya da “unutturulan” bu dönemin ışıltısı hemen kendini belli etmektedir. Bugünden 62 yıl önce açıklanan bir plan, koruyucu hekimlik ve temel sağlık hizmetlerinin önemine vurgu yapıyorsa ve Alma Ata deklarasyonu bunu 1978 de gündemine alıyorsa bu metinlerin oluşmasına katkı koyan tüm ekibi minnetle anmaktan ve yeni nesillere tanıtmaktan başka çıkar yol olmayacağını düşünüyorum.

Şimdi her iki metnin genel özellikleri ve etki alanlarını kısaca inceleyelim. Ülkemizin Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrıl-mak durumunda kalmıştır.

Yaklaşık 1,5 yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka Hükümeti’nde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca “Bakanlar Kurulu’nda ve TBMM’nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, Hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmamıştır. Yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemal Beyazıt tarafından da, plan geri çekilmiştir.

Planda öncelikle 6 başlıkta kısa bir özet yapılmış, ardından konu başlıkları detaylandırılarak işlenmiştir. Planın tamamı 61 sayfa olup, sonuna ülkemizi “7 Sağlık Bölgesi” olarak planlayan bir harita da eklenmiştir. Planın hedefi giriş kısmında şöyle açıklanmaktadır: “(...) Köylerimize kadar memleketin her köşe ve bucağındaki halkımızın



1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 118 kurumda 14 bin 581 yatak sayısı varken 1960 yılında gelindiğinde 442 kurumda 32 bin 398 yatak sayısına ulaşılmıştır. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6 ya çıkmıştır.

türlü sağlık ihtiyaçlarını çabuk ve iyi karşılayabilmek gibi pek önemli bir davayı on senelik bir “Milli Sağlık Planı” ile ele almak mecburiyetini duyduk. Bundaki hedefimiz:

Bugünkü dünyada büyük bir mevki kazanan ve müspet neticeleri açıkça belirlenen koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak.

Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak.

Mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek.

Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek.

Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve teşkilat bakımından tam sağlık tesisleri kurmak.

Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak.”

Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler ise ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonunun temel yapıtaşlarından olmuştur. Programın tamamı 59 sayfa olup ilk otuz sayfasında Milli Sağlık Programı açıklanmakta, geri kalan sayfalarında ise gerekçeleriyle birlikte Milli Sağlık Bankası Türk Anonim



Milli Sağlık Planı'nda ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünüüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan).

Ortaklığı Kanunu Layihası anlatılmaktadır. Metnin sonunda Milli Sağlık Programına göre 16 Sağlık bölgesini gösteren bir harita da eklenmiştir.

Milli Sağlık Programının önsözünde ülkemizin içinde bulunduğu durum ve hedefler şöyle vurgulanmaktadır: Bu programın esas prensipleri şöylece hülasa edilebilir:

1-Nüfusumuzun yuvarlak hesap yüzde 85'inin yaşadığı kasaba ve köylerimizin umumi sağlığını korumak, kontrol altında bulundurmak ve gerekli tedbirleri süratle yerinde alarak hastalık ve ölümleri azaltmak üzere kazalarda, teşkilat halinde, müttehiden ve aynı hedefe müteveccihen çalışan bir sağlık idaresi kurulacaktır. Bu teşkilat Sağlık Merkezlerinde toplanarak kâfi miktarda yatak ve elemanla mücehhez olacak ve böylece hem koruyucu hem de tedavi edici olarak çalışılabileceklerdir...

2-Vilayet hastanelerimiz, modern teçhizatla donatılmak ve yatak sayıları artırılmak suretiyle her bakımdan bugünkü terakki ve tekniğe ve aynı zamanda ihtiyaca uygun bir seviyeye eriştirilecektir...

3-Nüfusumuzun memleketimizin genişliğine nazaran az ve dağınık olması göz önünde tutularak yer yer tam teşkilatlı ve kifayetli sağlık bölgeleri kurulacaktır...

4-Nüfus gruplarını kütle halinde hasta etmekte ve büyük ölçekte öldürmekte en tehlikeli amil olan bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu tababet teşkilatının memleketin her tarafında faaliyete hazırlanması için en yeni vasıta ve imkânlar temin edilecektir...

5-Halen hariçten getirildiği için hem pahalıya mal olan ve çok defa da batılayan çocuk mama ve gıdaları daha ucuz ve daha faydalı olarak memleket-i imal edilecek ve bunların imalcileri-ne yardım olunacaktır.

6-Asırlardan beri memleketimize büyük bir nimet teşkil etmek üzere mevcut olduğu halde hassalarından layıkıyla faydalanılamayan kaplıca ve şifalı sularımız, modern su tedavisi tesisleri haline getirilerek halkımızın istifadesine arz olunacaktır.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır.

1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerle işbirliği ve yardım temin edilerek Ankara'da 1953'te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur.

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması, nüfus artırıcı politikaların hassasiyetle uygulanmasına yol açmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğu-

mevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ortalama olarak, 1950-1955 yıllarında 43,6 yıl, 1960-1965 yıllarında 52,1 yıl, 1970-1975 yıllarında 57,9 yıl olarak gerçekleşmiştir.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünüüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüş ve bu çerçevede planlama yapılmıştır (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3 bin 20'den 8 bin 214'e, hemşire sayısı 721'den bin 658'e, ebe sayısı da bin 285'ten 3 bin 219'a yükseltilmiştir. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde yüzde 100'den fazla artış sağlanmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı da artırılarak, aynı çerçevede yatak sayılarında da artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri sayısında da gelişmeler sevindirici olmuştur.

1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurumda 14 bin 581 yatak sayısı var iken, 1960 yılında gelindiğinde 442 kurumda 32 bin 398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Her ne kadar bu rakamlara yerel idarelere ait hastanelerin merkezi idarenin eline alınması etki etmiş olmuştaysa da yüz bin kişiye düşen yatak sayısı oranına baktığımızda 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6 ya çıkmıştır.

Sağlık kurumları ve yatak sayılarımızda bu olumlu gelişmeler olurken, sağlık göstergelerimizde de yüz güldürücü iyileşmeler meydana gelmiştir. Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Bebek ölüm hızında da aynı yüz güldürücü sonuçlar alınmıştır.

Tablo 1: Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloz ölüm hızı (100 bin nüfusta)

Yıllar	1946	1948	1950	1952	1954	1956	1958	1960
Sayı	150	160	152	135	94	89	81	52

Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176 ya düşürülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programı'nda, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) (1946) yılında kuruldu. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır. Bu dönemde Sivil Toplum Örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur.

Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)

Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)

Hemşirelik Kanunu (1954/6283)

Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956/6643)

Yine bu dönemde devlet bütçesinden, Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçede de önemli artışlar olmuştur. Milli Sağlık Planı sonrasında Devlet Bütçesi ve Sağlık Bakanlığı bütçesindeki değişim-



1960'lı yılların İzmir'inden bir kare

ler de aşağıda verilmiştir.

Kaynaklar

Akdağ Recep, *Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007

Cumhuriyet İstatistikleri, 1923-2003, T.C. Başbakanlık DİE, Ankara, Kasım, 2003

Dirican Rahmi, "Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı" *Toplum ve Hekim*, Kasım-Aralık 2001, cilt 16, sayı 6,

Fisek Nusret, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", *Toplum ve Hekim*, Aralık 1991, sayı 48.

Karatepe, Mustafa, *Buldanlı Sağlık Bakanı Behçet Uz, Buldan Sempozyumu*, 23-24 Kasım 2006

Özsanı, S.H. *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları*, *Sağlıkta Strateji Dergisi*, Aralık, 1998, Ankara

Sağlık Bakanlığı Web Sitesi, <http://saqlik.gov.tr/ACSA>

Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları No: 422, Ankara, 1973

Sağlık İstatistikleri 2001, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2002

TBMM Tutanak dergisi, Dönem VIII, Cilt 3, 1947, Ankara, TBMM Basımevi.

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem VIII, Cilt 8, 1948, Ankara, TBMM Basımevi.

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem IX, Cilt 9, 1951, Ankara, TBMM Basımevi.

Tunca Yusuf, *SSYB Çalışmaları Ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1956-1959*, Gürsoy Matbaası, Ankara, 1961

Uz, Behçet, *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, İdeal basım ve ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124*, Ankara, 1946

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programı'nda, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Uz, Behçet, *Milli Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı*, No: 177, Ankara, 1954

Üstün Çağatay, "İzmir'in Sağlık ve belediye alanında ünlü bir şahsiyeti: dr. Behçet Uz", *İzmir Sağlık Dergisi*, Eylül-Ekim 2007, 4. Sayı,

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2002

Demirel, Hüseyin, *1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları*, İstanbul, 2008

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı

Yıllar	Bakanlık Bütçesi (BB) TL	Devlet Bütçesi (DB) TL	BB/DB Oranı
1940	8.185.000	268.476.000	3.05
1945	18.809.000	603.404.000	3.12
1950	60.615.522	1.487.208.000	4.08
1952	83.052.775	1.751.000.000	4.74
1954	131.517.002	2.228.000.000	5.72
1956	178.716.013	3.324.074.151	5.37
1958	219.148.511	4.475.552.400	4.89
1960	382.762.000	7.266.965.000	5.27

Sağlık hizmetlerinin regülasyonu ve Sağlık Bakanlığı'nın rolü

Dr. Turgay Çetin



1957 yılında Gaziantep Oğuzeli'nde doğdu. 1980 yılında Ankara Ü. Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991'de İstanbul SSK Göztepe Hastanesi'nde genel cerrahi ihtisasını tamamladı. 1991-2005 yılları arasında SSK Kartal Hastanesinde Genel Cerrahi Uzmanı, Kalite Yönetim Temsilcisi, Baştabip Yardımcısı olarak çalıştı. 2005 yılından sonra SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü'nde Komisyon Başkanlığı, Müdür Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen aynı kurumda uzman tabip olarak görev yapmaktadır. 1999 yılından beri sağlıkta kalite konusunda çalışmalar yapmaktadır. Halen TSE'de sağlık konusunda uzman ve tetkik görevlisi olarak belgelendirme ve gözetim tetkiklerine katılmakta, Marmara Üniv. Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans ve Açıköğretim İşletme Fakültesi'nde öğrenimine devam etmektedir.

Globalleşme sonucu değişen koşullar, devletin yapısı ve kamu hizmetleri sunumu anlayışında değişimler, sağlık hizmetleri sunumunun da farklılaşmasına neden olmaktadır. Değişen koşullar karşısında birçok ülkelerde "Sağlık reformları" gündeme gelmekte, reformlar sonucu sağlık hizmetleri sunumunda özelleştirmeler artmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda

rolünün artması, buna bağlı olumsuzlukların ortaya çıkması, piyasa başarısızlıkları da göz önüne alındığında, etkin regülasyonu gerekli kılmaktadır. Ülkemizde de hızla gelişen yeni süreç göz önüne getirildiğinde, Sağlık Bakanlığı'na sağlık hizmetlerinin regülasyonu konusunda büyük görevler düştüğü açıktır.

Ekonomide devletin değişen rolü

Bir arada yaşamının doğal sonucu olarak ortaya çıkmış kurumların en büyüğü

olan devletin üstlenmesi gereken rolün ne olduğu konusundaki tartışma, iktisatçıları ve sosyal bilimcileri meşgul eden önemli tartışmalardan biridir. Büyüyen ve işlevleri artan bir kamu sektörü, beraberinde hantal bir yapıyı ve etkin olmayan hizmet sunumunu doğurmuştur. İktisadi gelişmelerle ve değişen yönetim anlayışıyla beraber, toplumsal taleplerin artması, kamu hizmeti kavramının daha farklı anlamlar kazanması devletin yapısını değişime zorlayan nedenler olarak kısaca söylenebilir.(1)





Sağlık Bakanlığı, sektör liderleri ile karşılıklı fayda temelinde işbirliğine dayanan sıkı bağlar geliştirmeli, siyasi otoritenin etkisinden bağımsız regülasyon konusunda değişmez güvenceler oluşturmalıdır. Karşılıklı işbirliği ve güvene dayalı ortamda tesis edilmiş regülasyon, kaynakların verimli kullanılmasına, etkili ve verimli sağlık hizmet sunumuna sağlam temel oluşturacaktır.

Devletin ekonomideki değişen rolü konusundaki çalışmasında Tanzi (1997), devletin rolünün tarihsel gelişmelerden kısmen ya da önemli oranda etkilendiğini ifade eder. Devletin iktisadi rolünü etkileyen diğer faktörleri de şöyle sıralar:

(a) kültürel veya dini gelenekten gelen sosyal davranışlar,

(b) piyasa veya özel kuruluşların etkinliği ve devletin ekonomiye ne ölçüde müdahale ettiğine bağlı olarak iktisadi gelişmişliğin seviyesi,

(c) ekonominin dışa açıklık seviyesi,

(d) doğal tekeller meydana getiren veya ortadan kaldıran veya finansal piyasalar, telekomünikasyon, taşımacılık gibi düzenlenmesi gereken yeni alanlar ortaya çıkartan teknolojik gelişmeler ve son olarak

(e) devletin etkin müdahalesine olanak tanıyan sınırları belirleyen kamu yönetiminin kalitesi. (2)

Bugün çoğu iktisatçı, devletin ekonomide biraz rolü olması gerektiğini kabul etmektedir. Güncel tartışmaların birçoğunun ise şu sorular üzerine yoğunlaşması hiç şaşırtıcı değildir: Eğitim hizmetlerini devlet mi sunmalı? Devlet sağlık hizmetlerini düzenlemeli mi? Devlet finansal piyasaları nasıl düzenlemeli? Bu yaklaşım, eksik rekabet, kamu malları, dışsalıklar ve eksik bilgilenden kaynaklanan piyasa başarısızlıkları konusunda geniş bir literatüre dayanmaktadır.(3)

Dünyamızda meydana gelen gelişmeler kamu yönetimi ve kamu hizmeti anlayışının da değişmesine yol açmıştır. Öyle ki, daha önce kamu hizmeti olarak kabul edilmeyen bir hizmet alanının kamu hizmeti olarak algılanması, daha önceleri önemli bir kamu hizmeti olarak kabul edilen bazı hizmetlerin bugün artık kamu hizmeti olmaktan çıkması, bu alandaki hızlı gelişmelerin göstergeleri olarak kabul edilebilir. İyi işlemeyen, pahalı kamu hizmeti sunan, hantal ve yozlaşmış bir kamu yönetiminden, iyi işleyen, daha etkili, daha verimli, daha hızlı ve daha ucuz kamu hizmeti sunan bir kamu yönetimine geçiş, kamu yönetiminden yakan bütün kesimlerin desteklediği bir kavram haline gelmiştir. (1)

Kamu yönetimini değişime zorlayan etkenler üç ana ekseninde oluşmaktadır:

1-Kamu harcamalarının bütçe üzerine getirdiği yük ve bütçe açıklarının mali sistemde yol açtığı sıkıntılar,

2- Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişim,

3-Toplumsal talepler karşısında kamu kesiminin performansının yetersiz kalmasıdır.

Türkiye’de olduğu gibi gecikmiş reformların kamu yönetiminde yol açtığı verimsizlikler, işlevlerin yerine getirilememesi, koordinasyonsuzluk da bu kümeye eklenebilir.

Devletlerin yerine getireceği görevler ve hizmetler arasında birtakım çelişkiler olduğu, kabul edilen bir gerçekliktir. Bu çerçevede, devletin görevlerinin yeniden biçimlendirilmesi; devletin giderek daha az alanda doğrudan hizmet arz eden, buna karşılık kolaylaştırıcı ve düzenleyici rolü ön plana çıkan bir yapı kazanmasına ilişkin talepleri görel olarak ön plana çıkarmaktadır.(1)

Bu bakış açısının gelişimi “etkin devlet” kavramını gündeme getirmekte bu kavram ise Dünya Bankası tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır: “Etkin devlet halkın daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesi amacıyla yönelik mal ve hizmetler sunması ve piyasanın canlanması için gerekli kural ve kuralları oluşturması anlamına gelmektedir. Etkin devlet olmaksızın ekonomik ve sosyal anlamda sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilebilmesi mümkün değildir. Etkin devlet, mal ve hizmetleri doğrudan sunarak değil, fakat katalizör ve kolaylaştırıcı olarak büyüme ve kalkınmanın merkezindedir.” http://www.icisleri.gov.tr/_icisleri/TurkIdareDergisi/UploadedFiles/Demokaan_Demirel_107-128.doc Şubat 2008)

Devletin regülasyon görevi

“Düzenleme ve denetleme” anlamına gelen “regülasyon” deyiimi ABD’de ortaya çıkmış ve tüm dünyada gündeme

girmiştir. Ulusal güvenliğin ve kamu düzeninin sağlanması ile adalet gibi devletin bizzat üstlendiği faaliyetlerin dışında kalan ama toplumsal gündelik yaşam için vazgeçilemez nitelikteki temel faaliyetlerin siyasi iktidardan bağımsız idari kurumlarca düzenlenmesi ve denetlenmesini ifade etmektedir. Regülasyonun amacı, toplumun gündelik yaşamında önemli ve özellikle ekonomik yönü ağır basan bazı alanlarda etkinlik ve verimliliği sağlamaktır. Bunun ise ancak bu alanların serbest rekabete açılmasıyla ve serbest rekabete açıldığında ise tekrar tekelleşmesinin önlenmesiyle mümkün olabileceği kabul edilmektedir. (5)

Regülasyon genellikle devletin/hükümetin birey veya işletmeler üzerindeki kontrol faaliyetleri olarak düşünülebilir. Daha spesifik olarak regülasyon devletin “ürünlerin kalitesi, miktarı ve dağıtımı, fiyatları üzerindeki düzenleyici faaliyetleri” olarak tanımlanabilir. Faaliyet sıklıkla “düzenleyici girişim” veya “düzenleyici mekanizma” olarak tarif edilir. Genellikle özelleştirme kavramıyla birlikte düşünülür ve özelleştirmenin getirdiği birçok problemin çözümünü için bir adres olarak görülür. (4)

Devlet tarafından uygulanan regülasyonlar, literatürde yaygın olarak ekonomik ve sosyal regülasyonlar olarak iki grupta ele alınmaktadır. Ekonomik regülasyonlar, piyasa yapısını ve piyasadaki davranışları düzenlemeye yönelik regülasyonlardır. Piyasaya giriş çıkışın düzenlenmesi, fiyat kontrolleri, asgari ücret vs. ekonomik regülasyonlara örnek teşkil etmektedir. Ekonomik regülasyonlar da genel olarak “yapısal ekonomik regülasyonlar” ve “davranışsal ekonomik regülasyonlar” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Piyasa yapısını düzenlemeye yönelik her türlü düzenleme “yapısal ekonomik regülasyon” olarak adlandırılabilir. Örneğin, eksik rekabet, haksız rekabet, yıkıcı rekabet yönünde yapılan düzenlemeler bu konuda örnek verilebilir. Bunun dışında piyasa aktörlerinin ve tüm bireylerin davranışlarını düzenleyen kurallar ve yasal düzenlemeler de yapılabilir. Bu türde düzenlemeler ise “davranışsal ekonomik regülasyonlar” olarak adlandırılır. Sosyal regülasyonlar ise çevrenin, çalışanların, tüketicilerin vs. korunmasına yönelik düzenlemelerdir. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/regulasyon/kavram.htm> Şubat 2008)

Regülasyonun hedefleri

Regülasyonun hedefleri arasında ana başlıklar olarak şunlar sayılabilir:

- Hizmetlerin tüketiciler arasındaki dağılımının etkin olmasını sağlamak, ha-

kim konum durumlarının hizmet dağılımında etkinsizlik yaratmasını önlemek. Buna kısaca fiyatlama etkinliği veya dağılım etkinliği denebilir.

- Hizmetleri üreten firmaların o hizmetleri en düşük maliyetle üretmelerini, yani maliyet verimliliğini sağlamak.

Genellikle bu iki ana etkinlik hedeflerine toplumsal nitelikli ve gelir dağılımına ilişkin hedefler eklenir:

- Evrensel hizmet sağlamak, yani hizmetin belki de maliyetini bile karşılayacak durumda olmayan bölgelere veya gelir gruplarına ulaşmasını sağlamak.
- Hizmeti üreten firmaların hakim konumlarından rant yaratmalarını önlemek, yani aşırı kârlarını sınırlamak. Bir başka ifade ile tüketicilerin ödediği fiyatların makul olmasını sağlamak.
- Son olarak, özel kesimden yatırımcıların bu sektörlere yatırım yapmaları için de bazı hedeflerin gözetilmesi gerekli:

- Yatırımcıların rekabetçi bir kâr elde edebilmelerini öngörmek.
- Yatırımcıların teknolojik yenilikleri yakından takip edecek biçimde yatırım yapmalarını sağlamak
- Kuralların ileride istikrar göstereceklerine ve kendi aleyhlerine -ve belki de adil olmayan bir biçimde- değiştirilme-yeceğine ilişkin kurumsal taahhütlerin olmasını (düzenleyici taahhüt mekanizmaları) sağlamak.

Dikkat edilirse bu hedefler çoğu kez birbiriyle çelişebilecek, dolayısıyla regülasyon tasarımı kaçınılmaz olarak bazı dengeler gözetmeye itecektir. Daha da önemlisi, belirsizlik, geleceğin ayrıntılı bir biçimde öngörülemezliği, ve düzenleyici kurum ile düzenlenen şirketler arasında enformasyon dağılımının dengesiz oluşu (örneğin şirketin düzenleyiciye göre kendi maliyetleri ve bunların azaltılması için ne tür çabaların gösterilmesi gerektiği hakkında daha üstün bilgiye sahip olması), kaçınılmaz olarak, regülasyon kurallarının ve kararlarının çoğu kez "en mükemmel"den uzaklaşmasını, sapmasını gerektirecektir. Belirsizlik, eksik ve asimetrik enformasyon, gelecekte ortaya çıkabilecek durumları öngörememe gibi faktörlerin regülasyon sorununu nasıl karmaşıklaştırdığının altını çizmekte yarar vardır. Eksik ve asimetrik enformasyon ve önceden öngörülme-ye-ye-ye ihtimallerin varlığı, en iyi çözümü imkansız kılmakta, kötüler arasındaki en iyiyi bulmayı gerektirmektedir. Bu da kolay bir iş değildir. (İzak Atiyas http://www.tesev.org.tr/dosyalar/kamu_devlet/ne_icin_ve_nasil_regulasyon.zip Şubat 2008)

Sağlık hizmetlerinin ve sağlık piyasalarının özellikleri

Sağlık mal veya hizmetleri taşıdıkları özellikler nedeniyle ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetinin:

-Yarı kamusal mal olması,

-Dışsal özellikleri,

-Merit mal-erdemli mal özelliği,

-Belirsizlik altında tercih özellikleri,

-Asimetrik bilgilendirme,

-Hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi,

-Sağlık malını yetersiz tüketiminin toplumu da etkilemesi,

-Devlet müdahalelerinin gereksinimi,

Gibi özellikler nedeniyle sağlık hizmetleri piyasası da kendine özgü birtakım özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri piyasalarının:

-satıcıların azlığı,

-piyasaya giriş sınırlamaları,

-Arz ve talep arasındaki dengesizlik,

-Bilgi maliyetleri

-Tekelleşme,

-Satıcılar arasında anlaşma özellikleri nedeniyle de piyasa başarısızlıkları oluşmaktadır. (6,7)

Sağlık hizmetlerinin ve piyasalarını özellikleri nedeniyle oluşan piyasa başarısızlıkları sonucu, hizmetlerin piyasa koşullarına bırakılması uygun görünmemektedir. Bu ise sağlık hizmetlerinde gittikçe artan özelleştirmeler ve özel sektör rolünün artması nedeniyle beraberinde regülasyonu gündeme getirmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunda devletin değişen rolü

Tüm dünyada yaşanan sosyo-politik değişimlerin ve teknolojik ilerlemelerin, nüfusun yaşlanmasının, hastalık doku-sundaki değişimlerin ve toplumsal algı ve beklentilerin bir fonksiyonu olarak ülkelerin sağlık sistemlerinde maliyet, eşitlik ve verimlilik problemleri ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu problemlerin üstesinden gelmek için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler doğrultusunda sağlık hizmetlerinde sağlık bakımının finansman ve sunumu ile ilgili olarak piyasa oryantasyonlu



sağlık bakım politikaları geliştirilmekte, sağlıkta reformlar başlığında gündeme getirilmekte ve uygulanmaya çalışılmaktadır.

Son sağlık reformları, piyasa yönelimli çeşitli düzenlemeler yoluyla sağlık bakım piyasasında sunulacak mal ve hizmetlerin kişilerce daha verimli, eşit ve kaliteli bir biçimde kullanılacağı varsayımı ve beklentisine dayanmaktadır. İşte bu noktada sorulması gereken kritik soru "piyasa enstrümanlarının ne ölçüde sağlık hizmetleriyle uyumlu olabileceği ve uygulanması durumunda ne tür etkiler doğurabileceğidir".(7)

Sağlık hizmetlerinin ve sağlık piyasalarının özellikleri ve piyasa başarısızlıkları göz önüne alındığında, saf piyasa ağırlıklı sağlık hizmeti sunumunun birçok sakıncaları ortaya çıkacağı açıktır. Bu anlamda sağlık hizmetleri sunumunda devletin rolünün, sağlık hizmetleri sunumundan çok, temel sağlık hizmetleri sunumu ve piyasa oryantasyonlu sağlık hizmetlerinin regülasyonu olması gerektiği görülmektedir.

Bu çerçevede globalleşen dünyada yaygın olarak sağlık reformları süreci başlamış olup Türkiye'de bu değişim sürecine katılmış bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar çerçevesinde 1980 yılı sonrası değişik birçok hükümet döneminde Dünya Bankası desteği ile sağlık projeleri geliştirilmiş ise de başarı sağlanamamıştır. Daha sonraları 58 ve 59. Hükümet programında yer alan "Acil Eylem Planı" çerçevesinde, Master Plan Etüdü temel alınarak, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumlarında reform öngören "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" hazırlanmıştır. <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> Şubat 2008)

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde;

- organize edilmesi,
- finansmanının sağlanması,
- sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikaların halkı-



mızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla

daha fazla hizmetin üretilmesidir.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri şunlardır:
İnsan merkezlilik,
Sürdürülebilirlik,
Sürekli kalite gelişimi, .
Katılımcılık,
Uzlaşmacılık,
Gönüllülük,

Güçler ayrılığı, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabettir.
- Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerine bakıldığında:
- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı (Regülasyon)
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi
- Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
- Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
- Ulusal İlaç Kurumu
- Tıbbi Cihaz Kurumu

Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi şeklinde tanımlanmıştır. <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donum.pdf> Şubat 2008)

Program incelendiğinde devletin Sağlık Bakanlığı eliyle temel sağlık hizmetleri dışındaki görevlerini piyasa koşullarına bırakacağı, ancak regülasyona gideceği anlamı çıkmaktadır. Yapılan uygulamalar incelendiğinde süreç hâlihazırda bu savı doğrulayacak şekilde devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin regülasyonu

Sağlık hizmetlerinin regülasyonu kavramı genellikle nedeni ne olursa olsun özelleştirme ile birlikte mütalaa edilir. Regülasyon, sıklıkla özelleştirilmiş sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı ve dağıtımından doğan birçok sorunları ifade etmek için ortaya çıkan potansiyel bir yanıt olarak görülmüştür. Özelleştirmeye karşı dengeleyici ve can alıcı bir rol taşıdığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerini özelleştirilmesinden doğan sorunlar olarak:

- Zayıf fiziksel altyapı ve yetersiz personel kadrosu,
- Düşük bakım standartları,
- Zayıf ekipman ve uygun olmayan teknoloji,
- Kaynakların hatalı ve uygunsuz kullanımı,
- Tıbbi hatalar ve ihmalkarlık,
- Ayrıcalıkların kötüye kullanımı,
- Sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizliklerin artması,

-Gereksiz yüksek teknoloji ve aşırı laboratuvar kullanımına bağlı aşırı yükselen fiyatlar sayılabilir.

Bu gibi birçok olumsuz faktör sağlık hizmetlerinin regülasyonu zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bu gereksinim Dünya Bankası'nın 1993 yılı Dünya sağlık gelişme raporunda açıkça dile getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin regülasyonunda geleneksel ekonomik mantık daha önce bahsedilen piyasa başarısızlıkları temeli üzerine kurulmuştur. Bu piyasa başarısızlıklarının var oluşu özelleştirme ile birlikte sağlık hizmetlerinde devletin rolünü azaltmamış, daha ziyade regülasyon ve izleme yükümlülüğünü getirmiştir. (4)

Sağlık hizmetlerinin regülasyonunda anahtar roller

- Pazara giriş ve çıkışın kontrolü,
- Rekabet uygulamalarının kontrolü,
- Pazar organizasyonunun kontrolü,
- Hizmet başı ödemenin kontrolü,
- Standartlar ve kalitenin kontrolü,
- Sosyal Güvenlik Sigortalarını içerir.(4)

Operasyonel prensipler

-Sağlık profesyonellerinin pazara girişini düzenleyen yasal düzenlemeler (sertifikasyon), ve minimum tesis standartların belirlenmesine (ruhsatlandırma) ihtiyaç vardır.

-Regülasyonun zamanlaması kritik noktadır. Özel sektör belirli bir formal yapıya kavuştuktan sonra özel sektöre karşı regülasyon amaçlı yasal düzenlemelere gitmek çok zordur. Sağlık reformu ve özelleştirmenin birlikte başlaması regülasyon için bir fırsat oluşturmaktadır.

-Siyasi sürecin anlaşılması kritik noktadır. Sağlık Bakanlığı ve özel sektör liderleri arasında stratejik bağ ve işbirliği tesis edilmesi girişimlerin uygulanabilirliğini kolaylaştıracaktır.

-Doğru koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin yaygınlaşması için tüketicilerin ve hastaların rolü güçlendirilmeli, hasta hakları, iyi hekimlik uygulamaları ve yasal standartlar konusunda hastalar bilinçlendirilmelidir.

-Teşviklerin doğru kullanımı orta gelir seviyesindeki ülkeler için faydalı olabilir.

-Reform düşünüldüğünde, özelleştirme ve regülasyon özelleştirme stratejileri ile birlikte düşünülmelidir. (4)

Sağlık hizmetlerinin regülasyonunda Sağlık Bakanlığı

Sağlık hizmetlerinin regülasyonunda göz önünde bulundurulması gereken önemli bir diğer konu, devletin düzenlemeyi hangi kurumlar aracılığı ile yapacağıdır. Sağlık hizmeti dışındaki birçok sektörde devlet regülasyonu bağımsız düzenleme kuruluşları aracılığı ile yürütmektedir. Sağlık alanında ise hâlihazırda bu görev Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir. Sağlık hizmetleri regülasyonu hizmetin özellikleri gereği, diğer sektörlerde olduğu şekilde bağımsız kuruluşlar aracılığıyla yürütülmemektedir.

Değişen devlet anlayışının gereği olarak geliştirilmiş olan “Sağlık Reformları” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı’nın da fonksiyonları değişmektedir. Bu güne kadar sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanında eşit şekilde yer alan Bakanlığın görevleri şu şekilde değişime uğramaktadır:

Sağlık Bakanlığı’nın Yönlendirme Fonksiyonu: Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri alanında genel politikalar geliştiren ve standartlar koyan bir organizasyona dönüştürülmektedir. Bakanlık, ülkemizde kamu ve özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın Planlama Fonksiyonu: Sağlık Bakanlığı, planlama yapan stratejik bir organizasyon yapısına dönüştürülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın Denetim Fonksiyonu: Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini sunan tüm kamu kurum ve kuruluşları yanı sıra özel sağlık kuruluşlarını denetleme fonksiyonuna sahip bir yapıya dönüşmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın Düzenleme (Regülasyon) Fonksiyonu: Sağlık Bakanlığı’nın önemli görevlerinden birisi de piyasaları düzenleme fonksiyonudur. Bakanlık, her türlü sağlık hizmetinin sunumu ve her tip ürünün güvenliği ve etkililiği için standartlar tanımlamak ve bunları yürütmek konularında sorumludur. Bu görev hizmet sunucuların, sağlık çalışanlarının ve onların eğitimlerinin akreditasyonunu içermektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın Finansman Fonksiyonu: Sağlık Bakanlığı, başta koruyucu sağlık hizmetlerini finanse etmek durumundadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bütünüyle piyasaya bırakılamayacağından bu hizmetlerin finansmanının Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın Enformasyon Fonksiyonu: Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi eksik enformasyon olgusudur. Sağlık Bakanlığı’nın yukarıdaki fonksiyonlara ilave olarak bilgi ve iletişim teknolojilerinden geniş biçimde yararlanması ve “e-sağlık” projesini yürürlüğe koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinin regülasyonu kapsamında Sağlık bakanlığı;

-Pazara giriş ve çıkışın kontrolünü sağlamalıdır. Yeni kuruluşların açılmasındaki ruhsatlandırma ve sertifikasyonu kontrollü yürütmeli, takibini yapmalıdır. Etkin bir piyasa denetimi sağlamalıdır.

-Rekabet uygulamalarının kontrolünü sağlamalı, ücretlerin rekabet sonucu aşırı düşürülerek kalitenin yok edilmesi veya aksine kuruluşların anlaşarak ücretleri aşırı yükseltmeleri veya katkı paylarının sınırsız arttırmalarına karşı gerekli yasal düzenlemeleri yapmalıdır,

-Pazar organizasyonunun kontrolünü sağlamalı, hizmetlerin dengeli dağılımı, kaynakların etkili ve verimli olarak kullanımı ve ölçek ekonomisi de göz önüne alınarak yeni açılacak özel sağlık kuruluşları için sadece planlama sonucunda ihtiyaç duyulan bölgelere izin vermemelidir,

-Hizmet başı ödemenin kontrolünü temin etmeli, lüzumsuz ve aşırı pahalı teknoloji kullanımını lüzumsuz tetkikleri ve israfı önlemelidir,

-Standartlar ve kalitenin kontrolünü sağlamalıdır,

-Genel Sağlık Sigortasının tüm toplumu kapmasında ve uygulama bütünlüğünün tesisinde Sosyal Güvenlik Kurumu ile koordineli çalışmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, sağlık sek-

töründe giderek artan özel yatırımlar, kamu tarafından sunulan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kamudan özerk kuruluşlara devri ve sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi yolunda yapılmakta olan yasal düzenlemeler göz önüne alındığında Sağlık Bakanlığı’nın Regülasyon görevinin öneminin daha da arttığı açıktır. Sağlık Bakanlığı, sektör liderleri ile karşılıklı fayda temelinde işbirliğine dayanan sıkı bağlar geliştirmeli, siyasi otoritenin etkisinden bağımsız regülasyon konusunda değişmez güvenceler oluşturmalıdır. Karşılıklı işbirliği ve güvene dayalı ortamda tesis edilmiş regülasyon, kaynakların verimli kullanılmasına, etkili ve verimli sağlık hizmet sunumuna sağlam temel oluşturacaktır.

Sonuç

Gelişen dünya koşullarında devletin sağlık hizmetleri sunumundaki rolünün değişmesi kaçınılmaz bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve sunumu giderek birbirinden ayrılmakta, temel sağlık hizmetleri dışında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün rolü gittikçe artmaktadır. Piyasa başarısızlıkları göz önüne alındığında bu hizmetin bütünüyle piyasa koşullarına bırakılmasının temel ekonomik gerçekliklerle bağdaşmayacağı açıktır. Bu anlamda, Sağlık Bakanlığı aracılığı ile yürütülen sağlık hizmetlerinin regülasyonu görevi daha da önem kazanmaktadır.

Kaynaklar:

1- İnanc H., Güner Ü., Sarısoy S. “Ekonomideki değişen devlet anlayışı” *AKADEMİK BAKIŞ, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, Sayı: 12, 2007*

2- Vito Tanzi, “The Changing Role of the State in the Economy: A Historical Perspective”, *IMF Working Paper, September 1997.*

3- Thomas Hellman ve Kevin Murdock, “Financial Sector Development Policy: The Importance of Reputational Capital and Governance”, *Development Strategy and Management of the Market Economy, Volume II, (Editör: Istvan P. Szekely ve Richard Sabot, Oxford University Press, New York, 1997.*

4- Lilani Kumaranayake, “Effective Regulation of Private Sector Health Service Providers”. *Paper prepared for the World Bank Mediterranean Development Forum II, Morocco, September 1998*

5- Ulusoy Ali, “Çağ ‘regülasyon’ çağı”. *Radikal, 19.01.2001.*

6- Mutlu A., Işık A., *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları. Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama merkezi. Yayın No: 14, S:21-42, İstanbul 2002*

7-Yıldırım H.H., “Piyasa Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları” *Amme İdaresi Dergisi. Cilt:32, S:1, Mart 1999*

Bir valinin “hekim değerlendirmesi”ne cevap: Hekimlerin hekim gözüyle durumu ya da “hâl-i pür-melali”

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.

SD dergisinin 7. Sayısında Muş Valisi Sayın Erdoğan Bektaş'ın “Bir Valinin gözünden: Ülkemizde sağlık alanında arayışlar” başlıklı bir makalesi yayımlandı. Doğrusu üç sayfalık yazının iki sayfası hekim eleştirisine ayrılmış. Oysa yazının giriş paragrafı aynen şöyle: “Öncelikle sağlık gibi sorunlu bir konu ile uğraştığımızı söyleyerek söze başlamalıyız. Sağlık konusunu gelişmiş ülkelerin bile çözemediğini biliyoruz. Maalesef

bu konuda bilinen bir mükemmel çözüm şekli yok. Her ülke kendi şartlarında mücadele ediyor”.

Evet, hemen herkesin ve doğal olarak her hekimin altına imza atacağı bir paragrafla başlıyor bahse konu olan yazı. İkinci paragrafta Sayın Vali bilinen gerçekleri dile getirmiş; ABD'de sigortası olmayanların köprü altlarında ölüme terk edildiğini; İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde devletin sağlık ve sosyal harcamalarının altında belinin büküldüğü belirtiliyor yazıda. Üstelik Sayın Vali ABD'de bizzat tanık oldu-

ğu bir acı hatırayı da eklemiş yazısına: “Hasta olan arkadaşlarını götürdükleri doktorun sigortanız yoksa 100 dolar, varsa 50 dolar” sözüne muhatap olmuşlar. Sayın Vali keşke yazısına geliştirmekte olan ülkelerle ilgili bir durum tespiti de yapmış olsa, daha iyi anlaşılacaktı sorunun büyüklüğü.

Dünyada sağlığın sorunlu durumunu ve şahit olunan acı gerçekleri ifade ederek başlayan ilgili yazıda hastanelerin birleştirilmesinin büyük bir devrim olduğu belirtilip Sağlık Bakanlığı'nın son dönem faaliyetleri olumlu karşılanı-







yor. Sayın Vali üç sayfalık yazısının bir sayfasını genel sorunlara ayırıp hemen ardından ülkemizdeki sorunun kendince en temel nedenine iniyor ve “sorunu ülkemizde ağırlaştıran olayın doktorların alışkanlıkları olduğunu, bizde doktorların her ülkedekine göre farklı yetiştiğini ve normalin üzerinde bir para hirsına sahip olduğunu, doktorluğun tercih nedeninin en kısa yoldan zengin olmak olduğunu” belirtiyor. Doktorluğun en kısa yoldan zengin olmak olduğu için seçildiğinin kanıtı olarak da vali bey “kendimden biliyorum” diyerek destekliyor savını. Ki üniversite giriş sınavında ilk beş tercihi tıp fakültesi imiş.

Sayın Valinin hekim eleştirileri bu kadarla bitmiyor haliyle. Biz yazımızda bahsettiğimiz ve diğer eleştirileri cevaplamadan önce ülkemizde bir hekim nasıl yetişir, bunu özet bir şekilde hatırlatalım.

Bilindiği gibi ülkemizde her lise veya lise dengi mezununun üniversiteye veya bir yüksek okula giriş şansı yoktur. Uzun yıllardır devam eden ve elemeye dayalı üniversite giriş sınavında gençlerimizin ancak çok azı istediği alanda eğitim ve öğretime devam edebiliyor. Haliyle genelde “can yakan, ocak yıkan” işsizlik sorunu üniversite mezunları için de geçerli olunca, gençler özellikle hangi alanda iş bulurum, ya da hangi meslekte maaşım nispeten iyi olur sorusunu soruyor haklı olarak.

ÖSS’ye giren öğrencilerin sayısı bir milyon altı yüz bin civarında olup bunlar-

dan üç bin civarında öğrenci (2008 yılında kontenjanlar artırılmış olup yaklaşık 4500’dür) tıp fakültesine girebilmektedir. Yani ancak bin öğrenciden ikisi-üçü tıp tahsili yapabilmeye hak kazanmaktadır. Ülkemizde bu oran aşağı yukarı hiç değişmeden devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu kadar yetenekli beyinler çok özel konumlarda çalışacak şekilde yetiştirilmektedir.

Altı yıllık çok zorlu, uykusuz nice gecelerin ardından girilen sınavlar ve nispeten pahalı bir eğitim öğretim sonrası yetişen hekim pratisyen doktor olarak bugünkü mevzuata göre mecburi hizmet yapma yükümlülüğüyle, kurayla genelde alt yapı imkânları yetersiz birinci düzey bir sağlık kurumuna atanmaktadır. Ülkemizde aile hekimliği sisteminin henüz oturmamış olması nedeniyle uzmanlık her hekim için halen büyük bir cazibe taşımakta ve pratisyen kalan hekim hiç hak etmediği bir eziklik içinde yaşamaktadır. Hâlbuki diğer mesleklerde böyle bir durum yoktur; herhangi bir kamu görevinde meslek uygulanırken elde edilen tecrübe ile görevinde atama ile makam yönünden yükselme olmaktadır. Haliyle uzmanlığa giriş hiçte kolay olmamaktadır. Daha önce binde ikilik-üçlük diliminde yer alan beyinler bu kez kendi arasında TUS ile yarışmakta ve bunların yüzde 5-10 kadarı uzmanlık yapma hakkı kazanmaktadır.

Uzmanlık öğrenciliği dönemi ciddi sorunlarla doludur. Yoğun nöbetle birlik-

te, eğitim-öğretimde standardizasyon sorunları bu dönemde hekimin yakasını bırakmamaktadır. Nihayetinde uzman olunca ikinci bir mecburi hizmete zorunlu olarak tabi olan hekim hiç yıl kaybetmese bile en erken 32-34 yaşlarında ancak kısmen daha rahat bir hizmet ortamına kavuşabilmektedir. Tekrarda fayda var: gerek pratisyenlik sonrası kazanılan diploma, gerekse uzmanlık eğitimi sonrası hak edilen uzmanlık belgesi ancak mecburi hizmet ifası sonrası hekime verilmektedir. Böyle bir durum başka hangi meslek grubunda mevcuttur? Şaire göre yolun yarısı ettiği otuz beş yaşına kadar ciddi maddi sıkıntılar çeken hekimin sıkıntısı Türk aile dayanışması içinde kısmen ötelenmekte ve örtülmektedir. Bu yaşlarda diğer meslek mensupları kamusal alanda belirli bir noktaya yükselmiş olmakta, serbest meslek mensupları ise gelebilecekleri en iyi duruma kavuşmuş olmaktadır.

Her halde hekimlik kadar mesleği başarıyla ve özenle sürdürmek için mezu niyet sonrası eğitimin önemli olduğu başka bir meslek yoktur. Ayrıca bu eğitime devam etmek güncel dergi ve kitaplarla birlikte ilgili kongreleri takip etmekle mümkün olmakta, bu da haliyle önemli bir maddi destek gerektirmektedir. Günümüzde tıp bilgilerinin yarılanma ömrünün yaklaşık beş yıl olduğu, geçerliliğini koruyan tıp bilgilerinin her altı sekiz yılda bir ikiye katlandığı düşünülürse hekimlik sanatını özenle devam ettirmenin ne kadar zor olduğu

anlaşılacaktır. Ayrıca, kamu hizmeti gören değişik mesleklerdeki lojman ve sosyal tesis desteği özellikle büyük şehirlerde hizmet veren hekimler için nispeten eksiktir.

Örnek olsun diye açık yüreklilikle belirtmek isterim ki, bu satırların yazarı hekimlik mesleğinde 24, profesörlükte sekizinci yılında bir hekim olup ancak baba yardımıyla oturan bir kooperatif dairesi ve zorunlu olarak ayrıldığı kısmi statü döneminde alabildiği ikinci el bir otomobil sahibidir. Uzun süre aile desteği alarak yaşamını devam ettiren hekimlerin sayısı hiç de az değildir. Haliyle ülkemizde diğer memur kesimlerinin çektiği sıkıntıları, ikinci işe duydukları gereksinimi ve zorunlu kaçak çalışmaları biliyoruz. Bu tespitlerden sonra Sayın Valinin hekimlere yönelttiği eleştirileri tek tek cevaplayacağım:

1. Bizde doktorların diğer ülkelerden farklı olarak büyük bir para hırsına sahip olduğu, üstelik bu hırsın hiçbir milletin hiçbir meslek grubunda bizim hekimlerdeki kadar yoğunlukta olmadığı iddia edilmektedir. Doğrusu böyle bir sonucun çıkarılabileceği sosyolojik bir araştırma tarafımdan bilinmemektedir. İddia sahibinden konuyla ilgili kanıt istememiz en doğal hakkımızdır. “Kısa yoldan köşe dönmek” toplumun her katmanını saran son 25-30 yılın bir hastalığıdır. Bileşik kaplar gibi olan toplumda sadece hekimlerin böyle bir beklentisi olduğunu ileri sürmek ne kadar doğru olur? Gerek serbest, gerek kamu her meslek grubunda olan eğilimler, yanlış davranışların sadece hekimler için söz konusu olduğunu iddia etmek insafla ne kadar bağdaşır? Binde ikilik-üçlük dilime girecek kadar başarılı, çok zorlu bir tahsil dönemi sonrası toplumun gelişmişliği ve sosyal konumuna uygun bir yaşamı sürdürebilecek bir gelir beklemek neden suç olarak, aşırı hırs olarak takdim ediliyor, bunu da anlamak mümkün değildir.

2. “Bizde doktoru legal imkânlarla doyurmak mümkün değildir” ve bir ilçede ayda 150 bin YTL kazanan hekimlerin varlığı iddiası:

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan bir pratisyen hekim 1500-1600 YTL maaşına ilaveten 2007 yılında aylık ortalama 972 YTL performans ödemesi almıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ikinci ve üçüncü düzey hastanelerde maaşa ilaveten performans ile elde edilen en az ortalama gelir 1020 YTL, en üst gelir 7268 YTL’dir. İkinci ve üçüncü düzey sağlık kurumlarında performans ödemesi dilimlerinde 1001-2000 YTL arasında yüzde 6 hekim bulunmakta olup bu grup TUIK verileri dikkate alındığında, maaşları eklendiğine bile yoksulluk sı-

nırına yakın bulunmaktadır; 6000 YTL üstü performans rakamları sadece yüzde 8 oranındaki bir hekim kitlesine verilebilmektedir. Belki ülkede sayıları birkaç yüzü geçmeyen, bahsedilene yakın geliri olan hekimler, nasıl zorluklar içinde özveriyle çalışan yüz bini aşan hekim topluluğunu karalamak için ölçü olarak verilebilir? Üstelik ilde en üst düzeyde sorumluluk üstlenmiş, yüzlerce hekimin amiri olan bir Sayın Valimiz tarafından ifade edilebilir? Sayın Valimiz kendi ilinde görev yapan hekimlerin servet beyanlarını diğer meslek mensuplarıyla kıyaslayabilse, gerçek bütün yalınlığıyla görülecektir. Sadece birkaç hekim nasıl binlercesi için ölçü olabilir? Ayrıca, Sağlık Bakanlığı verilerine göre hekimlerin artık çok büyük bir kısmı muayenelerini kapatmış ve tam gün çalışmayı tercih etmiş durumdadır.

3. “Para ile birlikte anılmaması gereken iki konu: Doktorluk ve din” başlığı altında ülkemizde en zekilerin 100 yıldır doktor olduğunu, bu zeki insanların kendi meslekleri adına bir para kazanma düzeni kurduğu, karşılarında yer alan daha az zekilerin çıkardığı yasaları ve kurdukları sistemleri devre dışı bıraktıkları ve bu “zeki” doktorların kendilerini herkesten üstün gördüğü ve hayattan kopuk kendi fildişi kulelerinde yaşadıkları ve kazandıkları paracıklarını da milletin “üçkağıtçılarına” yem ettikleri ve hekimlerin kendilerini herkes-ten üstün gördükleri iddiası:

Öncelikle bu başlık altındaki iddiaların katıldığımız ve yukarıda alıntılanmadığı- mız bir doğru yönüyle iddialara cevap verelim. Yetenekli gençlerin öncelikle tıp ve fen bilimleri tercih edip, sosyal bilimlere aynı ilginin duyulmaması ülke adına büyük bir kayıptır. Bu sorun devletin el atıp çözümlemesi gereken

Doktorların kendilerini herkesten üstün görme ve yürüyen kalabalıkları “yürüyen banknotlar” olarak algıladıkları iddiası için doğrusu iyi bir psikiyatr ya da psikolog olmak gerekir. Böylesine haksız ve suçlayıcı ifadeler için hekimlik camiası adına Sayın Valimizden en kısa sürede bir özür beklemenin hakkımız olduğunu düşünüyorum.

önemli bir sorundur. Ülkenin önemli bir idari hatasının yol açtığı bu durumun müsebbibi de hekimler midir? Bu ülkede cumhurbaşkanı, başbakan, bakan ve yüksek düzey bürokraside görev alan hekimlerin oranı nedir? Doğrudur; mezuniyet öncesi ve sonrası yoğun mesleki meşguliyet, hekimin sosyal hayattan uzaklaştırmakta, sosyal ve politik makamlarda yükselmesini ve gelişmesini önlemekte ve sağlık adına karar veren ve baskın çoğunluğu sağlıkla ilgili olmayan kişilerce verilen kararlar bu kısır döngünün devamına neden olmaktadır. Gerçekten hekimlerin biraz daha fedakârlık yaparak hizmet verecekleri insana en kaliteli hizmet sunmak adına zorunlu olarak kapanmak





zorunda kaldıkları “fildişi kulelerinden” çıkarak sosyal ve politik yaşama daha aktif katılmaları ve böylece ülkenin geleceğini belirlemede rol almaları gerekmektedir.

Bu arada Sayın Valimize sormak isterim. “Sosyal hayattan kopmuş” biz hekimler, yıllar içinde kazandığımız tatlı paracıklarımızı milletin “uçkağıtçı”larına yem ederken, bu “uçkağıtçı”larla mücadele etmeyen ilgili idarecilerimiz ve hukukçularımız sorumlu olmuyor mu? O “uçkağıtçı”ların yakasına yapışacak idare ve hukuk sistemimiz ne yapıyor? O “uçkağıtçı”lar nereden, nasıl besleniyor? Ülkenin huzuru ve güvenini sağlamakla yükümlü olan kamu idaresinin bu “uçkağıtçıları” derdest etme görevi yok mudur? Depremde yaptığı binaları çöken, aldığı ihaleye fesat karıştıran, hayali ihracatla, kaçakçılıkla semiren bu “uçkağıtçı”lar bir de doktorun parasını “yem” ederken idarecilerimiz ne yapıyor?

Evet, Sayın Valim; bırakın saf doktorun parasından yemlenen “uçkağıtçı”ların varlığını, “Fırat kenarında kurdun yediği koyundan idarecilerimizin sorumlu olduğu”nu sizlere hatırlatmak isterim. Ayrıca, bu millet sadece doktorluk ve dini değil, “tüm kamu hizmetlerini” para ile yan yana görmek istememektedir dense çok daha doğru olur. Kamuda görev alan herkesin, yetersiz de olsa yasal yollarla elde edeceği gelir dışında beklentisi asla olmamalıdır.

“Doktorların kendilerini herkesten üstün görme, kendilerinden başkalarını adam yerine koymadıkları veya yürüyen kalabalıkları “yürüyen banknotlar” olarak algıladıkları” iddiası için doğrusu iyi bir psikiyatr ya da psikolog olmak gerekir. Böylesine haksız ve suçlayıcı ifadeler için hekimlik camiası adına Sayın Valimizden en kısa sürede

bir özür beklemenin hakkımız olduğu-nu düşünüyorum.

Benzeri bir soruya SD dergisinin aynı sayısında kendisiyle yapılan bir röportajda cevap veren bilim adamı, şair ve aynı zamanda saygıdeğer bir etik hocası olan Prof Dr Hüsrev Hatemi, “Doktorların kendileri üstün görmesi ve halkı korkutması eskidendi” diyerek, “Şimdi doktorların kendilerini yüksekte gördüklerine dair bir tez, bir şehir efsanesidir. Şimdiki doktorcuklar kendilerini yüksekte görmüyorlar. Yaşamaya çalışıyorlar, öldürülüyorlar. Dayak yiyen doktor tanrı mı? Öldürülen doktor tanrı mı? Bunlar şehir efsanesi” sözleriyle durumu çok güzel özetliyor.

Devlette görev alan her düzeyden amir veya memurun, görevini ücretsiz yapmadığına ve halkın verdiği vergilerle maaşını aldığına ve daha da önemlisi hizmet sunduğu vatandaşlar kendisi gibi bir insan olduğuna göre kendisini üstün görmesi, halka nezaket kuralları dışında davranması kabul edilemez ve böylesine bir durum demokratik idarelere yakışmayan bir harekettir. Doğrusu ülkemizde devlet halen kendisini bir türlü hizmet veren değil, hizmet alan olarak algılamakta ve bu anlayış amir veya memurları olumsuz yönde etkilemektedir. Halkı hor gören, ondan üstün olduğunu düşünen, kamudaki görevini saksaklayan “devlet görevlisi” tipi, halkıyla hemhal olan, sunduğu devlet hizmetini büyük bir aşk içinde yapan, vatandaşlara saygı ve sevgiyle yaklaşan görevlilere yerini terk eder umarım.

4. “Güneydoğuya gitmeyen doktorlar” başlığı altında, her meslek grubunda azınlıkta olan “paracıların” hekimler arasında çoğunlukta olduğu, özellikle uzman hekimlerin Güneydoğu’ya gitmedikleri ve doktorların kısa sürede çok para kazanmak fikrinde oldukları iddiası:

Doğrusu buradaki hüküm hangi araştırmaya dayanılarak verilmiştir? İlgili araştırma hangi yöntemle kim tarafından yapılmıştır? Sadece devlet ihaleleri, şartnameler, yapılan binalar, satın alınan hizmetler ve çıktılar tarafsız bir uzman heyetçe geriye doğru 30-40 yıl incelenir; neyin ne olduğu görülecektir. İllere verilen her tür tahsisatın nasıl dağıtıldığı ve denetlendiği detaylıca bir denetlensin de sonuçları görelim. Doğrusu biz buz dağının görünen kısmına bile vakıf değiliz. Gerçekten fildişi kulemizde yetişirken ve yaşarken (!), “reel politik ve sosyal yaşam”dan çok uzak kalmışız.

Ayrıca Güneydoğu’ya gitmeyen doktordan bahsedip diğer mesleklerle kıyaslarken insan gücü, araç-gereç ve sosyal imkânlar açısından da kıyaslamak yapmak mutlaka gereklidir ve Sayın Valimiz bu kıyaslamayı en doğru yapabilecek makamdadır. Çünkü sağlık hizmeti artık bir hekim ve acil çanta-sıyla verilemeyecek boyuta ulaşmıştır. Yeterli alt yapı ve yardımcı sağlık personeli olmayan bölgede ister birinci, isterse ikinci düzeyde olsun hekim tek başına ne kadar hizmet verebilir? Bununla birlikte vatanın herhangi bir yerinde hizmet vermekten kaçmak hiçbir meslek mensubuna yakışmaz.

5. “Bıçak parası” iddiası:

Bu olay ne yazık ki iddia değil, kimse-nin itiraz edemeyeceği bir hakikattir. Son dönemde Sağlık Bakanlığı konuyla ciddi şekilde mücadele etmesine rağmen sorun azalarak da olsa devam etmektedir. İşin adını doğru koyarsak rüşvetin hekimlik mesleğinde karşılığı “bıçak parası”dır! Peki, ülke olarak halen rüşvette 180 ülke arasında 64. sırada (bkz. Uluslararası Saydamlık Örgütü verileri; ülkemizde son yıllarda rüşvet sorununun bir düzelmeye olduğu dikkat çekiyor) olduğumuza göre bu rüşvet hekimler dışında kimler tarafından yenmektedir? Kamu ihalelerinde bugüne kadar dolaşan söylentiler, komisyonlar hekimler tarafından mı alınmaktadır? Büyük şehirlerde imar ve iskâna aykırı uygulamalar; hazine ve vakıf mallarının yağmalanması, geri ödenmeyen büyük miktarda krediler, usulüne uygun olarak kullanılmayan teşvikler, Kıyı Kanunu’na rağmen kıyıların mevcut durumu, sözde apartmanların sahip olmaları gereken garajların yerinde yeller esmesi sonucu kamu ortak malı yolların özel araçlarla dolması sonucu yaşanan büyük trafik sorunu ve daha neler neler?

Demek ki “bıçak parası” bileşik kaplar teorisi gereği sosyal bozukluğun sağlık alanına yansımalarından başka bir şey değildir. Bununla birlikte “bıçak parası” veya hangi ad altında olursa olsun esa-

sen rüşvetin kendisi olan ahlak dışı davranışlar hangi kesimde ve hangi düzeyde gerçekleşirse gerçekleşsin, dürüst ve erdemli insanlar toplumun çökmesine yol açan bu aymazları, çürük elmaları ayıklayabilecek cesaret ve basirette olmalıdır. Haliyle bunun için çok güçlü bir devlet iradesi gereklidir. Umarız, en üst düzeyden en astına kadar her kamu hizmetlisinin hak etmediği bir kuruşun kursağına girmesine izin vermeyeceği günlere ülke olarak kavuşuruz.

6. "Aile hekimliği güzel" başlığı altında sistemin esasen güzel olduğu, fakat "zeki doktorlarca" suistimal edileceği, hekimlerin ilaç firmalarıyla "acayip ilişkiler geliştirdiği", sağlık müdürlüklerinin pratisyenlere kaldığı ve uzman doktorların bu koşullarda sağlık müdürlerini dinlemedikleri ve performans sisteminin doktorlar tarafından yönetiliyor olması nedeniyle sistemin dejenere edildiği ve doktorlara sistem dayanmaz iddiası:

Maalesef toplumun her katmanındaki bozulmadan hekimler de nasibini alıyor. Bahsedilen yanlışlara düşenlerin olduğunu kabul etmekle, birlikte bunların meslek mensuplarımız arasında azınlıkta olduğunu düşünmüyoruz. Sağlık Bakanlığı, öncelikle kongrelere katılımı mutlaka disipline etmeli, ilaç firması-hekim ilişkisi bireysellikten çıkartılıp gerekirse sanayi desteği, bakanlığın ve üniversitelerin denetleyeceği bir havuzda biriktirilip belirlenmiş ilkeler çerçevesinde kongre ve diğer bilimsel toplantılara katılım desteklenmelidir.

Performans konusunda SD dergisinin 5, 6 ve 7. sayılarında bizim de görüşlerimizin yer aldığı ayrıntılı yazılar mevcuttur. Sistemin olumsuz yanlarını eleştirmekle birlikte doğrusu halen sağlık sisteminin nispeten düzelmesinde son yıllarda önemli katkı sağlayan performans sistemi, düzeltilmesi gereken sorunlar ve gerekli hallerde dinamik müdahaleler ile kendinden bekleneni sağlayabilecektir.

Sağlık Müdürlüklerinin etkinliğinin son yıllarda artarak devam ettiğine şahit oluyoruz. Burada asıl olan pratisyenlik, uzmanlık sorunu değil, sağlık idaresi konusunda ek eğitim alınmış olması ve idari tecrübedir.

7. "Hasta kapma yarışı" başlığı altında performans sisteminin yönetimine mülki idarenin katılması, sağlık müdürlerini uzman başhekimlerin saymakta zorlanacağı, sağlık ocağı ve hastanelerin bölgesel anlayışla performans sisteminde birleştirilmesi gerektiği fikri:

Doğrusu uygulaması nispeten yeni olan performans sisteminin sağlıklı bir şekilde geliştirilip güçlendirilmesi gerekir. Türkiye tecrübesi, dünya örnek-

lerinden de yararlanarak umarız daha iyiye gidecektir. Performansı havuz sistemi içinde değerlendirmek uygun değildir; çünkü esas olan, her sağlık kurumunun ve hastanenin kaliteli hizmet vermesini sağlamaktır. Performans konusunda ödeme ölçütlerinin kaliteyi önceleyici ve objektif olması bir gerekliliktir. Sayın Vali, performansı yöneticinin takdirine bırakmak isterken yöneticinin hangi ölçütlere göre performansı belirleyeceğine değinmemektedir. Modern yönetim anlayışı artık "çekinmek", "saymak" kelimelerini dışlayan, yapılan her işin kurallarının belirlendiği ve uygun şekilde denetlendiği bir çerçeveye ulaşmış durumdadır. Devlet, denetim yapabilen yönetim aygıtıdır. Performans sisteminde suistimaller haliyle olabilir; bunun çözüm yolu mülki idareyi performans sisteminde yetkili kılarak, bürokrasiyi artıracak süreçler yerine etkin denetim sistemleri kurmaktır. Denetim, ama "tüm kamuya etkin denetim"; haliyle sadece "para hırsıyla dolu doktorlara" değil.

8. "Çürük yumurtalar temizlenmeli" başlığı altında sağlıkta özellikle hastanelerin tam olarak özelleştirmesinden yana olan Sayın Vali, Türkiye'de bunun da mahzurlu olduğunu ifade ediyor. Bütün eksiklikleriyle birlikte, kamuda itilip kakılmaya rağmen sonuçta sorununuzun çözüleceği, özel sağlık kurumlarının işin içinden çıkamayacağı ve meslek dayanışmasının çürük yumurtaları temizlemeye engel olabileceği iddiası:

Sayın Vali onca olumsuzluğa, itilip kalmaya rağmen devlet hastanelerinde eninde sonunda hastanın derdinin çözüleceğini, ama özel hastanelerde hastanın (kendi örneğinden yola çıkarak) eşya muamelesi gördüğünü beyan ediyor. İşin doğrusu kamu ve özel ayrımı yapmadan hastanelerin işletim esasları belirlenir (hâlihazırda özel hastaneler yönetmeliği var, ama kamu hastanelerinin tabi olduğu bir yönetmelik yok) ve ayırım yapmadan denetim yapılır. Kurallara uymayanlara kamu ve özel ayrımı yapılmadan belirlenmiş yaptırımlar uygulanır.

Doktorların meslek dayanışması, kural dışına çıkanları yani çürük elmaları elbette kollayıcı, koruyucu tarzda işlememelidir. Bu bizim de temennimizdir ve meslektaşlarımızın çoğunluğu tarafından da bu temennimin benimseneceğini biliyorum.

Sayın Valinin eleştirilerine ve iddialarına cevaplarımızın sonuna geldik. Özetlemek gerekirse hekimlerin çok uzun yıllar ücretsiz bir şekilde nöbet tuttuğunu (son yıllarda bu haksızlık düzeltilmiştir), günün 24 saati hastalarına gerekli hallerde hizmet veya danışmanlık verdikleri, tıp tahsilinin ve me-

Sayın Valimize sormak isterim. "Sosyal hayattan kopmuş" biz hekimler, yıllar içinde kazandığımız tatlı paracıklarımızı milletin "uçkağıtçı"larına yem ederken, bu "uçkağıtçı"larla mücadele etmeyen ilgili idarecilerimiz ve hukukçularımız sorumlu olmuyor mu? O "uçkağıtçı"ların yakasına yapışacak idare ve hukuk sistemimiz ne yapıyor?

zuniyet sonrası sürecin çok fedakârlık gerektiren yoğun bir süreç olduğu, bu yoğun süreçte hekimlerin sosyal yaşamdan nispeten soyutlandıkları, her meslekte olduğu gibi hekimler arasında da çürük elmalar bulunabileceğini belirtmek isteriz. Ayrıca, hekimlerin uzun süren eğitimleri sonrası akranlarına göre hayata daha geç atılmaları, sosyal konumlarıyla uyumsuz gelir elde etmeleri yanında sağlıkla ilgili birçok riskte taşımaktadırlar ki, bunların başında mesleki tükenmişlik ve onun neden olduğu hastalıklar geldiğini hatırlatmak isteriz.

Sayın Vali, eleştirel yazısının girişinde "sağlık konusunu gelişmiş ülkelerin bile çözmemiş olduğunu ve bu konuda bilinen bir mükemmel çözüm şeklinin olmadığı" haklı tespitinden sonra, gelişmiş ülkelerin bile bütçelerinde çöküşe neden olacak kadar büyük paralar gerektiren bir alanda yılların biriktirdiği idari sorunların çözüm adresi olarak hekimleri göstermesi ve üstelik de haksız, kanıtsız suçlamalarda bulunmasını bizim kabul etmemiz mümkün değildir. Umarım Sayın Vali durumu bir kere daha gözden geçirip bizim de katıldığımız eleştirilerinin haricindeki konularda yeni bir durum değerlendirmesi yapar.

Hekimlerin etik kurallara bağlı kalıp çürük elmaları dışlamalarını temenni ettiğimiz gibi; halkımızın kendileri için var olan hekimlere hak ettikleri sevgi ve saygıyı eksik etmemesini, idarecilerimizden de bu fedakâr insanları "saydırmak ve dinletmenin" ötesinde motive edici davranışlar sergilemesini bekliyoruz.

Genel pratisyenlik ve uzmanlık: Aile hekimliği, acil hekimliği, koruyucu sağlık hekimliği

Dr. Kamil Sema Ergun



1961 yılında Kütahya'da doğdu. İlk, Orta ve Lise öğrenimini Kütahya'da yaptıktan sonra girdiği Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini 1985 yılında bitirdi. 1990 yılında geçtiği SSK Üsküdar Dispanserinde 2005 yılına kadar Başhekim Yardımcısı olarak çalıştı. SSK Hastanelerinin Devri sonrası SSK da kalarak İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğünde yöneticilik yaptı. Temmuz 2006 – Haziran 2008 arasında SGK İstanbul Üsküdar İlaç ve Eczacılık Birimini yönetti. Halen SGK Pendik Kamu Sağlık Kurumları Hizmet Biriminde çalışan Dr. Ergun evli ve iki çocuk babasıdır.

Dr. Salih Kenan Şahin



1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'te başladığı SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevinden geçtiğimiz yıl istifa etti.

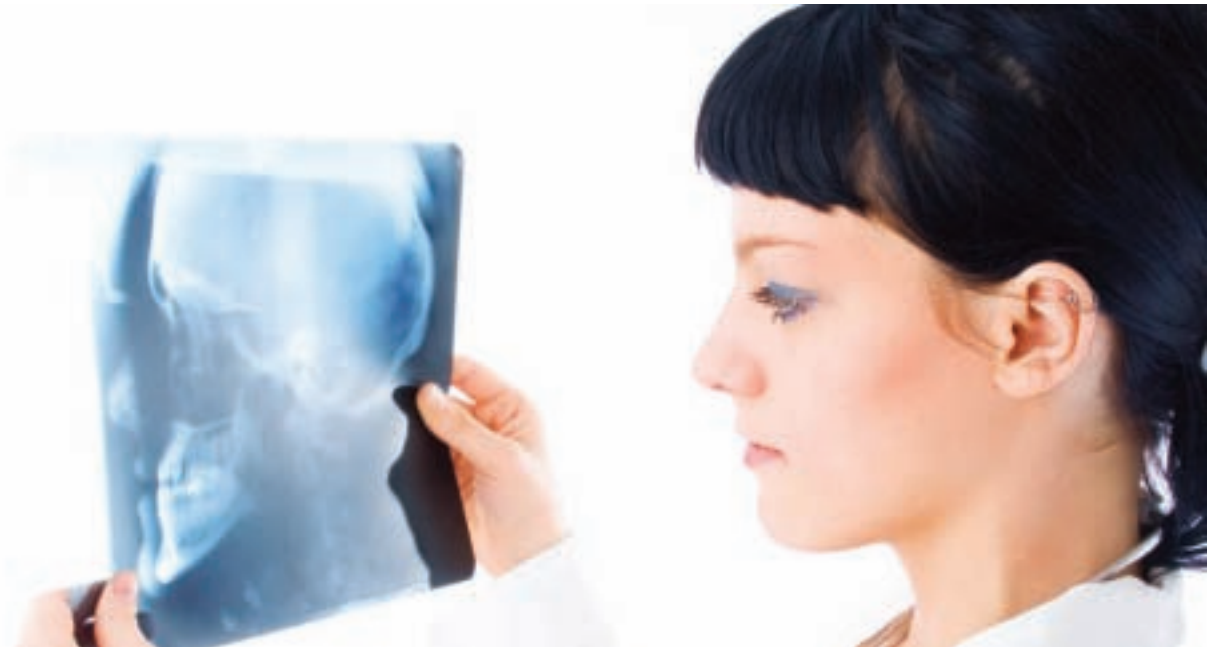
Sağlık sektörü, öncelikli ve ağırlıklı olarak yetişmiş/uzman insan gücüne dayanır. İyi mesleki eğitim almış; insani ve etik değerlerle donanmış; moral ve motivasyonu yüksek; yeterli sayıda sağlık çalışanı, sağlık hizmetlerinin istenilen hedeflere ulaşması için lokomotif unsurdur. Her ne kadar Sağlık hizmeti sunumu, sadece hekim tarafından değil, çok sayıda farklı uzmanlarca birlikte üretilen bir

ekip hizmeti olsa da; hekimin öncelikli rolü söz konusudur. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde hekim vazgeçilmez bir rol sahibidir.

Hekimlerimiz Tıp Fakültesi öncesinde okudukları okulların çoğunlukla en iddialı öğrencileridir. Kendilerinin ve ailelerinin ideali olan bu mesleğe ilk adımlarını atabilmek için lise hayatları boyunca yoğun bir çalışma temposu içindedirler. Ülkemizin bu seçkin gençleri en

başta üniversite seçme sınavı aracılığı ile bir seçime tabi tutulmaktadırlar. Altı yıllık zorlu Tıp eğitimleri boyunca da bu eleme süreci devam eder. Birçok fakülte aldığı öğrenci sayısının çok altında öğrenci mezun etmektedir.

Sağlık sistemimizin yüceltmediği pratisyen hekimlik ile yetinmek istemeyen bu iddialı insanların hemen hepsi uzman hekim olmak isterler. Ve sonunda tıp fakültesini bitirebilenler belki de hayatlarının en zorlu sınavı; Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile karşı karşıya kalırlar.





Ülkemizde bu alanlara yönelik uzmanlık eğitimlerine baktığımızda sayısal ve nitelik olarak ihtiyacı karşılamaktan uzak olduğu görülmektedir. Aile hekimliği ihtisası, aile hekimliği politikasıyla uyumsuzdur. Acil hekimliği ve koruyucu sağlık hekimliğinde de durum farklı değildir. Ülkenin ihtiyacı sayı ve süre olarak karşılanamamaktadır.

TUS sistemi çokça tartışılmaktadır. Benzeri bir sınavın, modern dünyada olmadığı ifade edilmektedir. Ülkelerin sosyokültürel düzeyleri kendi çözümlerinin oluşmasına yol açmaktadır. Eğer bizim ülkemizde de kişilerin uzmanlık eğitimine başlamasında akrabalık ilişkileri, kişisel ilişkiler, hemşerilik, alt kimlik gibi öncelikler yeterlilikten önemli gelmeseydi uzmanlık öğrencisi seçimleri fakültelerin ana bilim dallarında kalabilirdi. Maalesef uygulamadaki kötü örnekler çok tartışılan TUS sistemini getirmiştir. Halen ülkemizde 40'a yakın TUS dersanesi açılmıştır. Bu dershanelerin kurs ücretlerinin yaklaşık 5 bin YTL olduğunu düşünürsek TUS'un ne kadar büyük bir sektör haline geldiğini açıkça görebiliriz.

Tıp eğitiminin mesleki yeterlilik açısından en önemli dönemi olan internlik eğitiminin hatta mezuniyet sonrası pratisyen olarak hastalarla ilgilenmenin yerine ders çalışma ön plana çıkmaktadır. Birçok fakültenin TUS'ta başarıyı eğitimde bir ölçüt olarak sayması ve yönlendirmesi istenmeyen bir sonuç olarak karşımıza çıkmakta ve internliği öldürmektedir. Son beş yıllık verilere bakıldığında TUS kazanan hekim oranının yüzde 20 olduğunu, TUS'a başvuran her 5 adaydan birinin uzmanlık dalına yerleştirildiği ifade ediliyor. Ancak geri kalan yüzde 80'i gereksiz emek harcamıyor mu? Bu oran düşürülemez mi?

Niçin mutlaka uzman hekim olunmak istenmektedir?

Toplum pratisyen hekim kavramını bir yere oturtamamaktadır. Hekim olduğunu belirten bir kişiye istisnasız her ortamda ve her entelektüel düzeyde branşı sorulmaktadır.

Uzmanlık ekonomik olarak daha avantajlı gözükmektedir.

İdari kadrolar için uzman hekimler önceliklidir.

Pratisyen hekim çalışma yeri ve koşulları açısından belirsizlik içindedir. Her an, her yerde ve her koşulda çalıştırılabilir.

Yetkisi sınırlı, sorumluluğu yetkilerine göre çok fazladır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin sağlık sorunlarını 1. basamakta çözecek pratisyen hekim yetiştirmek amacıyla kurulduğu, ancak fakültenin ilk mezunlarından sadece bir tanesinin pratisyen hekimlik yapması düşündürücüdür. Uzmanlık eğitimi, hekimler ta-

rafından bir zorunluluk olarak görülmektedir. Koruyucu hekimlik ve pratisyen hekimlik; toplum içinde hem fonksiyonellik hem de saygınlık açısından giderek önemsizleşmekte, zor çalışma koşulları, maddi kaygılar ve mecburi hizmetin getirdiği zorluklarla karşılaşmamak için hekimler uzmanlık eğitimine yönelmektedirler.

Pratisyenlik sözcük anlamı olarak sözlüklerde "Fransızca; praticien kelimesinden gelmektedir. Uygulamada, belirli bir dalda uzmanlaşmamış, her çeşit hastalığa bakan 'doktor' anlamında kullanılmaktadır. Sağlık ocaklarında, ana çocuk sağlığı merkezlerinde, verem savaş dispanserlerinde, SSK hastanelerinde, çeşitli kurumların sağlık birimlerinde, devlet hastanelerinin acil servislerinde, özel hastane ve polikliniklerde, hekim ve yönetici olarak çalışabildikleri gibi kendi muayenehanelerini de açabilirler." şeklinde tarif edilmektedir.

'Pratisyenlik' kavramı yıllardır tartışılmaktadır. Karşılığında birçok kelime önerilmiştir. 'Pratisyen' kelimesi yerine başka bir isim bulunabilir mi? Aslında tek sorun bu değildir. Adına ister 'ocak hekimliği', ister başka pek bir şey diyelim, pratisyen hekimliğin yaşadığı kimlik sorunu çözülmediği sürece fark etmeyecektir. Hedefleri sadece TUS olan, bu nedenle de yığıldıkları sağlık ocaklarında, gayri resmi vardiya usulü görev yapan, boş zamanlarında sürekli ders çalışan ve ders çalışmayı asli görevi ve amacı olarak gören dolayısıyla yeterince verim alınamayan pratisyen hekimlerimiz vardır. Poliklinik yapmak sağlık ocağı hekiminin yapacağı işlerden sadece bir tanesidir. Ancak pratisyenlerin adı çoğunlukla ilaç tekrarlama yaptıkları için maalesef reçeteciye çıkmıştır. Meslektaşlarımızın vatandaşlar tarafından, sadece sevk yapan ya



da reçeteleri rpt eden memurlar olarak görülmesi üzücüdür.

Sağlık sistemi genel pratisyenlikten neler beklemektedir?

Pratisyen Hekimlerin başlıca fonksiyonlarını hatırlarsak;

- Sağlık ocağı sisteminin temel yapıtaşlarıdır.
- Aile hekimliği onlar üzerine bina edilmiştir.
- Acil servis ve ambulans sistemlerini onlar sürdürürler.
- Hastanelerde idari sorumluluklar alırlar.
- Hastanelerde olmayan branşları, izinli uzman hekimleri takviye ederler.
- Kurum hekimlikleri, belediye hekimlikleri yaparlar.
- Koruyucu hekimlik faaliyetlerini sürdürürler.

Pratisyen hekimler meslek hayatları boyunca tüm faaliyet alanları arasında dolaşabilir, bir süre acil servisler, sonra sağlık ocağı, biraz verem savaş sonra belediye gibi oradan oraya savrulabilirler. Bazı zamanlar bu alanlar içinde ciddi ve maliyetli eğitime tabi tutulup sertifikalar alırlar. Çoğunlukla mevcut sertifikalarına uygun işlerde çalışamazlar. Sertifikaları olması farklı bir alanda ihtiyaç duyulduğunda değerlendirilmelerine mani değildir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi adına pek çok şey yapılmaya çalışılmıştır. Ancak bugüne kadarki uygulamaların başarılı olduğu söylenemez. Ülkemizdeki sağlık sistemi ne yazık ki hastane merkezlidir. Sistemin ana unsuru olan hastaneler hizmet üretme yanında ciddi bir kaynak tüketicisidir. Ülkemizin hekim ihtiyaçları konusunda yapılan planlamalar hep bilinen klasik uzmanlıklar üzerine yürümektedir. Gerçekten ülkenin ihtiyacı olan bazı branşlara talep son derece düşük olmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak merkezli bir yapılanma, yalnızca sorunların ötelenmesini sağlamakta bunun dışında bir umut vermemektedir. 2003 yılından buyana yürüyen sağlıkta dönüşüm bu kısır döngüyü kırmayı hedeflemektedir. Aile hekimliği uygulamasıyla hastane merkezli sistemden birinci basamak merkezli bir sisteme dönüşüm yaşanmaktadır.

Bu dönüşümden de en çok etkilenenler pratisyen hekimler olmaktadır. Bu güne kadar önemsenmeyen pratisyenlerin sağlık sistemi için ne kadar değerli olduğu bu dönemde ortaya çıkmaktadır. Ancak temel sıkıntı, sistemi yürütmek için yeterli sayıda pratisyen hekim bulunmamasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programının bileşenleri hayata geçtikçe bazı ihtiyaçlar be-

lirginleşmekte ya da yeni ihtiyaç alanları ortaya çıkmaktadır;

Sağlıkta dönüşümün ana unsuru olan aile hekimliği sürecini yürütecek Aile Hekimi.

Koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer işlemleri yürüten, Toplum Sağlığı Merkezlerinin işlevlerini yürütecek Koruyucu sağlık hekim.

Acil Yardım sistemini yürütecek deneyimli ve işine odaklı Acil Tıp hekim.

Sağlık sistemini yönetecek, koordine edecek Sağlık Yönetim Bilimleri.

Ülkemizde bu alanlara yönelik uzmanlık eğitimlerine baktığımızda sayısal ve nitelik olarak ihtiyacı karşılamaktan uzak olduğu görülmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin içeriği, Aile hekimliği formasyonunun gerekleriyle tam uyuşmamaktadır. Sağlık Bakanlığı bu sorunu hızlandırılmış hizmet içi kurslarla aşmaya çalışmaktadır. Aile hekimliği yapan pratisyenler, forumlarını izlediğimiz kadariyle mutlu gözükmemektedirler. Hastalarında güven oluşmuş, toplumda ve kendi gözlerinde değerleri artmış, itibarlı hale gelmişlerdir. Bugün en fazla ihtiyaç duyulan dal Aile Hekimliği dalıdır.

Aile Hekimliği uygulanan bölgelerde Aile Hekimliği hizmetini ve koruyucu sağlık hizmetlerini koordine etmek amacıyla Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmaktadır. Bu çalışmaların ilk tespitleri oldukça olumludur. Bakanlık bu konuda ciddi bir saha çalışması planlamaktadır. Bunun sonucunda daha sağlıklı değerlendirme mümkün olacaktır.

Bu merkezlerin sağlıklı işletilmesi ayrı bir uzmanlık gerektirmekte, bu da mevcut uzmanlık dallarından Halk Sağlığı uzmanlarının alanı olarak görülmektedir. Halk sağlığı uzmanları sayısal olarak son derece yetersizdir. Hâlbuki bugün modern sağlık sistemlerinde koruyucu tıp konusu merkeze alınmış durumdadır. Bu doğru yaklaşım tüm sağlık ve sosyal güvenlik politikalarının resmi metinlerinde açıkça vurgulanmaktadır. Bu konuda yetkin hekim sayısının, hızlı şekilde artırılması kaçınılmazdır.

Sağlıkta dönüşüm politikalarından biri olarak Acil sağlık politikalarının da değişeceği ifade edilmektedir. Bunun acilen gerçekleştirilmesi gereklidir. Ancak yetkin hekim sayısındaki yetersizlik sorunu yine önümüzde durmaktadır. Yeterince acil tıp uzmanımız yoktur. Hâlbuki efektif bir acil sağlık sistemi birinci ve ikinci basamak hizmetlerin etkinliğini olumlu etkileyecektir.

Mevcut politikaların devamı halinde sorunun çözümü çok uzun erimli gözükmemektedir. Öncelikle politikalara uygun uzmanlık eğitim programları geliştirmek gerekir. Sorun hizmet içi eğitimlerle de bugün olduğu gibi çözümlenmeye çalışılabilir. Bunun eleştirilmeye çok uygun bir durum olacağı aşîkârdır. Ayrıca farklı eğitim almış kişilerin eşit şartlarda çalıştırılmasının da sorun çıkarması kaçınılmazdır.

Tıp fakülteleri eğitiminin de mevcut politikaları destekler şekilde düzenlenmesi yerinde olacaktır. Sağlık Ocağı sisteminin değişmesine karşın buna yönelik tıp fakültesi eğitimi, hekimleri mezuniyet sonrası uyum sorunuyla karşılaştıracaktır. Bu durumun üniversite eğitimi sırasında çözümü birçok açıdan olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Özellikle intern stajları bu ihtiyaç dikkate alınarak yeniden düzenlenebilir. İnternlik döneminde öğrencilere alan seçme imkânı verilebilir ve seçilen alana ağırlık verilecek şekilde eğitim programları yeniden düzenlenebilir. İnternler belli kıstaslar konularak alanlardan birine yönlendirilebilir ve eğitimini aldıkları alan unvanıyla mezun olabilirler.

Aile hekim, Acil Hekim
Koruyucu Sağlık hekim

Bu durum yukarıda tartıştığımız sağlık sistemi içinde pratisyenin rolüyle ilgili yıllardır yapılan tartışmanın birçok argümanına çözümler üretecektir.

İnternler bu unvanları taşıyarak mezun olurlarsa hem kendi kafalarında hem de toplum gözünde pratisyen kavramına yönelik olumsuz düşünceler azalacaktır.

İhtiyaç duyulan dallar için yeterli kaynak sağlanacaktır.

Mevcut sağlık politikalarına uygun nitelikte hekim kaynağı yetiştirilmiş olacaktır

Bu ayrışmadan sonra TUS başvurularının da azalacağı kanaatindeyiz. Ancak arzu eden tüm hekimler yine de TUS'a katılarak uzmanlık eğitimine yönelebilmelidirler.

Tıp eğitimi ülkenin koşulları ve ihtiyaçlarını dikkate almadan kendine özgü yürütmemiz mümkün değildir. Ülkenin sağlık politikaları ile ilgili projeksiyonu tıp fakültelerinin kapılarından da girmek zorundadır. Yazımızla ülkemizde planlanan sağlık politikalarıyla uyumlu Tıp eğitimi için bir öneri gündeme getirilerek konunun tartışılması amaçlanmaktadır.

Sağlıkta özelleştirme 2: Bakanlığın rolü ne olmalı?

Yasemin K. Şahinkaya

Sağlık alanındaki gelişmeleri takip ederek tartışmak üzere düzenli olarak toplantılar yapan Grup Üsküdar'ın özelleştirme başlığı altında düzenlediği toplantının ilk bölümüne 7. sayımızda yer vermiştik. Dr. Salih Kenan Şahin, Prof. Dr. Haydar Sur, Birol Aydemir, Hüseyin Çelik, Yrd. Doç. Erkan Topal, Doç. Dr. Fahrettin Tatar, Sibel Güneş, Haluk Özşarı, Dr. Cem Köylüoğlu, Salih Güreş gibi sektörün çeşitli kollarında yer alan isimlerin tartışmacı ya da katılımcı olarak iştirak ettiği toplantı notları biz sağlık yayıncıları için de ufuk açıcı oldu. Şimdi

sıra geldi, toplantının ikinci bölümüne kulak kabartmaya.

İkinci bölümde ilk söz NTV Sağlık Editörü Sibel Güneş'in. Konuşmasında sokaktaki vatandaşın memnuniyetini sağlıkta özelleştirmenin tek geçer akçesi olarak niteleyen Güneş, şöyle dedi: "Vatandaşın gündemindeki en anahtar nokta sağlık hizmetine çabuk ulaşmak, o süreci en kısa sürede ve en az yere uğrayarak tamamlamak ve bunun için de gerçekten aldığı hizmete değecek kadar bir para ödemek, ya da hiç para ödememek.

Sağlıkta kamunun hizmeti ya da özelleştirmenin bence tek geçer akçesi var: Sokaktaki vatandaşın memnuniyeti. Ama sistem sorgulanırken bu mem-

nuniyetin gündemde çok tutulduğunu düşünmüyorum. Özelleştirme denilen kavramın artık Türkiye için çok geçerli olacağını düşünmüyorum. Bütün özel hastanelerin de Sağlık Bakanlığı kontrolüne girdiğini, tamamen devletçi, tamamen kamunun ağırlıklı olduğunu ve Sağlık Bakanlığı iktidarının giderek güçlendiği bir dönemi Türkiye yaşıyor.

"15 Şubat depremi'yle özelleştirme duvara çarptı!"

Ben mesleğe başladığımdan beri bu iki tarafın hangi politik görüş olursa olsun, hiçbir yerde yan yana durabildiklerini görmedim. Ve işin garip yanı, sağlık meslek örgütlerinin uyardığı birçok nokta '15 Şubat depremi'yle birlik-



te hükümetin önüne kötü bir paket olarak düştü. Yani aslında özelleştirme dediğimiz kavram duvara çarptı!

Şimdi yüzde 20 çemberinin içine özel sektör sıkıştı, “Bunun içerisinde nasıl çıkarım”ın hesabını yapıyor. Sağlık Bakanlığı da “Benim sözümü dinlemediniz, yeterince uyumlu olmadınız” diyerek bir öğretmen edasıyla parmağını sallıyor. Kimse ne olacağını bilmiyor. Herkes ekim ayını, bir yatırım yapacaksa piyangoyu bekliyor. Bu sıkışmışlığın içerisinde tabii doktorların da çok önemli bir rolü var: ‘Güçlü olmayan ekonomilerde muayenehaneler fazladır!’ Hiçbir meslek grubuna tanınmamış bir hak doktorlara ait. Özelde çalışıyorlar, kamuda çalışıyorlar, muayenehaneleri var, diğer mesleklerde olmadığı kadar sağlık sektöründe değişik seçenekler söz konusu.

“Başbakan’a ulaşan mektuplar çok etkili”

Tam gün yasası ile doktorlar ciddi bir yol ayrımına gelmiş durumda. Tuhaf olan taraf, Sağlık Bakanlığı’nın, bir organizasyon yaparken, kendi oluşturduğu politikalarının kendi hastanesinin içini boşaltacağını öngörememesidir. 6 ayda 2 bin 650 kişinin istifa ediyor olmasını bakanlığın öngörememesi, haberci olarak çok ilgimi çekiyor. Bu konuda bu kadar çaba gösteriliyor; ciddi de para harcıyor. Eğer bunu öngöremiyorsa, bunun sonucunda da şok etkisi yaratacak şekilde “Kestim, bitirdim” türünde kararlar alabiliyorsa, demek ki her şey masa başında öngörülüyor, hesaplanmıyor.

Hükümetin aldığı kararlar olmasına rağmen, popülist bir yaklaşım söz konusu. Vatandaşın kişisel iradesine, vatandaşın ilgisine çok oynanıyor. Burada iki argüman var: Biri eğitim, diğeri sağlık. Güneydoğu’da alınan oylarda, Güneydoğu’ya götürülen sağlık hizmetinin, orada mecburi hizmete gönderilip bir türlü geri alınmayan bir sürü doktorun da ciddi rolü var. Yani hükümet bir karar alsın başlangıçta özelleştirmeye ilgili olarak, Başbakan’a ulaşan vatandaş şikâyetlerinin ben sağlık politikasında çok belirleyici olduğunu düşünüyorum. “Bunlar bizden çok fazla para istiyorlar ve özel sektör bizi soyuyor. Tamam gittik kaliteli hizmet aldık ama habire bize bir şeyler imzalatıyorlar ve çok fazla para alıyorlar” mesajı, başta basamaklandırılmış sistem olmak üzere, birçok konuda hükümetin aldığı her kararda geri adım atmasına neden oldu. Burada aslında oya oynanıyor. Başka bir hükümet döneminde bu vardı ama AKP bunu çok başarılı bir şekilde gerçekleştiriyor gerçekten. O yüzden de duruma göre ve siyasi gündeme göre de sağlıkta atılan adımların değiştiğini ve sonuçta da, birtakım yö-



Dr. Salih Kenan Şahin ve Birol Aydemir

netmeliklerle ani frenler yaptırılarak sistemi kaosa soktuğunu düşünüyorum.

Sağlıktaki hizmetlerin kalitesinin denetlenmesine dair de bir çalışma ciddi oranda yapılmıyor. Daha önce, diyelim Bakanlığa ait bin tane hastane varken 350 tane de özel hastane oldu. Bakanlığın kontrolünde bin 350 tane hastane söz konusu ama vatandaşın kuyrukta geçirdiği zaman ve aldığı hizmet kalitesi açısından ben anlamlı bir farklılık olduğunu düşünüyorum. Sanal bir tatmin söz konusudur ama sağlıktaki sonuçlar 10 yıl sonra görülebilir ve ölçülebilir dendi ya, ben on yıl sonra sonuçların çok iyi olacağını düşünüyorum.”

Erkan Topal: Özelleştirmek ‘peşkeş çekmek’ değil!

Erkan Topal ise sağlıktaki devletin ‘Kontrol eden’ bir yapıda olmasını ifade etti. Topal şöyle konuştu: “80’li yıllardan sonra dünyaya bakarsanız özelleştirme farklı bir noktaya geldi. Biz 2000 yılından sonra belli bir şeyi kaçırdık gibi geliyor bana. Devlet birçok şeyi yapıyordu, Birol’un (Aydemir) dediği gibi devletin yapmaması lazım ama belli bir nokta var. Orada bir irregülasyon konuşuluyor. Çünkü başka ekonomilerde regüle eden tarafla bizzat o hizmeti veren devletti. Liberalleşme ile devlet bir taraftan diğer tarafa geçti. Daha farklı regüle eden taraf durumuna geldi aslında. Sonunda oradaki bütün her şey, verilen hizmet veya alınan ürün üzerine odaklaştı. Doğrusu da bu. O zaman burada şimdi kimin yaptığının önemi yok. Biz aslında suni bir ayırma tabi tutuyoruz. Özelleştirme demekle de birine peşkeş çekmeyi anlatıyoruz aslında ama son derece yanlış bir kavram.

Ben de o zaman şuraya getiriyorum işi. Bir hizmet veriyorsunuz, ki sağlık gibi çok kompleks, çok farklı niteliği olan bir hizmetten konuşuyoruz. Ama ona odaklanırsanız, bu hizmetin ve vatandaşlarımıza belli etkinlikte, belli verimlilikte, belli standartlarda ve kalitede verilecek. Bunu temin etmeniz lazım. Eğer doğru regüle ederse kavram devlet, kamu olması lazım. Belli bir bölge-

deki hasta yatak sayısını nasıl belirleyeceksiniz, kim belirleyecek? Bir regülasyon kavramı gerekli, bunun da bir erkin yapması lazım. Bu erk de bir yerden bir şekilde aldığı yetkiyle yapacak. Geline nokta görünmeyen bir elle piyasa, özellikle sağlıktaki yönetilemez. Görünen bir el olması lazım. Bu elin de nelere muktedir olduğu taraflarca iyi bilinmesi ve mutabık kalınması lazım. Sağlık sektörü öyle bir sektör.

Biz kamu özel sektör hastanelerinde ne yapacağız? Biz bu anlamda on tane, bu büyüklükte hastane yaptırmamız mümkün değil. O zaman ne yapacağız? Özel sektör finansmanı bunları alacağız, belli bir kira ödeme modeliyle de o hizmetleri yaptıracağız. Kaldı ki mesela bugün devlet hastanelerindeki pek çok şey, özel hastaneler tarafından yapılmaktadır. Kendimde endüstri mühendisi olduğum için çok net bir şey söyleyeyim; gidin bakın şimdi bir ultrasonografi, tomografi veya MRI için gün bekleme ne kadardır, bundan 5 yıl önce neydi, çok rahat tespit edersiniz. Veya İspanya’da nedir mukayese edebilirsiniz. Çünkü buradaki bu tür hizmetler, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, hatta temizlik hizmetleri, pek çoğu özel sektör elinde yapılmaktadır ve etkin yapılmaktadır. Fiyatı da o anlamda makul düzeylerde yapılmaktadır. Böylece o yatırımı, belli kişilerce illa ki kâr edecektir ama görüyorsunuz, etkin yapmaktan dolayı o süreler kısalmıştır, mesela üç ay verilen MR süresi, üç haftaya indirilebilmiştir.”

Haluk Özseri: Bakanlık hastaneleri hemen özerk olmalı

Toplantının ikinci bölümü daha çok bir beyin fırtınası şeklinde geçti. Katılımcılar ve tartışmacılar, genel analizlerden ziyade kendi fikir ve önerilerini dile getirdiler. Haluk Özseri bu noktada şunları söyledi: “Ben bu toplantının konusu olan ‘Kamunun rolü’ konusu bence de çok daha doğru bir başlık. Lütfen bir tahterevallili düşünün. Sağlık hizmetlerindeki bu tahterevallinin bir kefesine arzı koyun, bir kefesine talebi. Sonra da oturup bu tahterevallinin nasıl dengede duracağını hesaplama çalışın.

NTV Sağlık Editörü Sibel Güneş: “Özel sektör ‘Oyuna başladığınız kuralı değiştirdiniz’ diye bir küslük içinde. Daha önce konuşan taraflar da konuşmuyor. Sağlık Bakanlığı bazı kişileri sanki tek ayak üzerinde cezaya bırakmış gibi gözüküyor. Gelineen noktada Sağlık Bakanlığı’nın bunu öngöremediğini düşünüyorum.

Bu aslında sadece bizim bugün burada yaptığımız bir şey değil. Bu sadece bugün Türkiye’de yapılan bir şey de değil. Sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkelerden, ortalama yükseklikte olanlara; hatta en düşüklere varınca-ya kadar her ülkenin yaptığı bir şey. Çünkü amaç, sağlık hakkı denen sosyal bir hakkın vatandaşlara en iyi, en hızlı, en az bürokrasiden uzak ve en kaliteli verilmesini sağlamaktır. Burada ne yapılıyor? Burada işte, ekonominin birtakım parametreleri kullanılıyor. Yani verimlilik gibi, yani maliyet etkinliği gibi, harcanana değer olma gibi...

Aslında sağlık sektöründe son 20 yıl hariç çok aşına olmadığımız birtakım kavramlar, burada kullanılabilir hale getiriliyor. Onun için olay hiçbir zaman siyah ya da beyaz değil. Arada grinin tonları var. Burada cevabı verilmesi gereken tek bir soru var: Kim? Ne anlamda kim? Bu parayı kim verecek, bu hizmeti kim sunacak? Yani yüzde 100 kamu verecek ya da yüzde 100 devlet verecek diye bir şey yok. Haydar Hoca’nın söylediği gibi. Ekolayzır benzetmesi çok doğruydı. İnce ayarların sağlık hizmetlerinin verildiği yere, verildiği basamağa, niteliğine göre yapılması gerekiyor. Ama buradaki ana fikir belki, hizmet satın alma olmalı. Yani direkt olarak mülkiyetten bağımsız. Hangi hizmet daha verimli, daha etkili, vatandaşla daha rahat ulaşılabilirse bunu satın almak olmalı önemli olan.

Çok değil, birkaç ay önce, OECD’nin 2007 sağlık verileri yayınlandı. Kamu sağlık harcamaları dünyada yüzde 104 artan tek ülkeyiz biz. Yani en üst sıradaki ülkeyiz. Bu bize şunu gösteriyor; bunu daha etkili, daha verimli, daha vatandaşın yararına kullanabilecek sistem ne olmalı? Bunun adı işte kamu-

nun rolünde düğümleniyor. Bence burada yapmamız gereken sinerjiyi oluşturmak. Yani kamu ile özel sektör arasında sinerjiyi oluşturmak. Kamu-özel sektör ayrımı yapmadan kamu yararını gözetmek. Bu işin püf noktası burada yatıyor. Bunu yapmanız için bu sinerjiyi oluşturmanız lazım.

Hizmet sunumunda ne yapacaksınız? Yine kamu, özel ayrımı yapmadan, eşit şartlarda, standartı belirlenmiş hizmetlerde rekabeti sağlayacaksınız. Bir an önce Sağlık Bakanlığı’nın elindeki hastaneleri daha özerk bir yönetim biçimine, öyle Hastane Birlikleri Yasası’nın 1. Maddesi’nde olduğu gibi falan da asla değil, gerçekten özerk bir hale getirmesi lazım. Bence ‘Görünmeyen el’ denilen şey aslında bir dış bakış. Bu dış bakışa ihtiyaç var. Hizmet sunumunda hastaneler özerkleşse bile, belediyelere, vb, devredilse bile, burada da üçüncü göze ihtiyaç var.

Son önerim: 1995 yılında Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Raporu’nda geçen bir ‘Sağlık Üst Kurulu’ lafı var. Şimdi bu üst kurullara, belki bugünkü siyasi iktidar farklı bakabilir, beğenmeyebilir, ama bence Sağlık Bakanlığı her halükârda bir miktar hastaneyi üstünde tutmak zorunda kalacağına göre, o zaman sağlık üstü kurulu gibi bir yapılanmanın daha strateji belirleyen, daha bu ülkenin geleceğini planlayan dar bir yapının bu ülkenin ihtiyacı olduğunu en son olarak önermek istiyorum.”

Ömer Güzel: ‘Görünen el’ ne yaptığını bilmeli!

“Bana göre de ‘sağlık sektöründe görünen bir el olmalı ve bu el ne yaptığını bilmeli’. Bu çok önemli bir olgu... Ayrıca ‘kamu-özel ayrımı yapılmadan kamu yararı gözetilmeli’ cümleleri üstünde durmak istiyorum. Bu iki noktadan yola çıkarsak, o zaman olayı bir köre fili tarif et dedikleri zaman ortaya çıkan vahim tablonun benzeri ile karşılaşırız. Şu anda Türkiye’de herkes bir şeyleri tarif etmeye çalışıyor ama körün fil tarifinden daha öteye geçemiyoruz. Şimdi bizim evvela mevzuat açısından, mevzuatla ilgili genel bir sağlık yasası gerçekleştirilmeden, bu defter kapatılıp yenisi açılmadan bizim bir yere varma şansımız yok.

Hizmet sunuculuğu açısından kamu-özel ayrımı yoksa bunun tek bir çatı altında birleşmesi, hizmet kriterlerinin belirlenmesi, planlama, eğitim ve insan kaynağı açısından bugün biz ne yaparsak yapalım, üç sene beş sene sonrasına hiçbir faydamız yok bizim. Ancak on sene on beş sene sonrasını konuşuyor olacağız, eğer bugün bir karar alabilirsek. Bu sene tıp fakültele-

rine 1.900 öğrenci alınacakmış. Bu çok iyi de hangi açığı kapatacak. 5 sene sonra mezun olacak insanlardan bahsediyoruz. Dolayısıyla bu eğitim ve insan kaynağı planlaması gibi, hizmet sunumu, teknolojik alt yapı, finansman, bunlarla ilgili 15 Şubat kararnameyi çıkartıp buna ben karar vereceğim, bugüne kadarki usullerle kimse bu işi yapamayacak demek de bu işin çaresi değil.

Hizmet sunucusunun kim olduğu önemli değil ama Sağlık Bakanlığı olmamalı. Bütün mesele buradan kaynaklanıyor. Çünkü tarafsız ve işin kurallarını koyucu ve denetleyici mekanizmanın Sağlık Bakanlığı olması ancak bu şarta bağlı. Bu şart gerçekleşmedikten sonra, hem savcı hem hâkim hem suçlu olduğunuz zaman bir yere varılmıyor. Sağlık Bakanlığı’nın bu arada yaptığı oldukça iyi işler de var.”

Cengiz Babacan: Doğru mekanizmalar kurulmalı

“Ortada rakamlar var bunların yorumlanması bizi sağlıklı kararlara; daha doğrusu önerilere götürecek mekanizmaların kurulmadığı sürece rakamların hiçbir kıymeti yok. Öncelikle oradan başlanması gerektiği kanaatindeyim. Kamu-özel ortaklığının, özelleştirmeye olan ilgisi konusunda biraz daha durulması gerekiyor.”

Cem Köylüoğlu: Nasıl bir finansal model olmalı?

“Özelleştirmede pirim ya da katkı anlamında nasıl bir finansal model olmalı? Daha doğrusu hizmet sunucuları motivasyonu için nasıl bir model daha uygun olur, özelleştirme sürecinde kimler, nasıl özendirilmeliydi, en uygun mozaik nedir gibi detayları tartışmak gerekir diye düşünüyorum. Özelleştirmede pirim ya da katkı anlamında nasıl bir finansal model olmalı? Bu konuyu biraz açmamız gerek diye düşünüyorum.”

Hüseyin Çelik: Devlet ani bir fren yaptı

“Sorundan değil çözümden beslenen bir siyaset anlayışının sonucu sağlık politikalarının seçime olan yansımaları, politikacıların ya da politika yapımcıların topluma nüfuz etme ihtiyacı olarak çıktı. Devlet organizasyonunun içinin yavaş yavaş boşalmaya başlaması ve bir süre sonra rekabet koşulları içerisinde bunun özele kaptırılma endişesi devletin ani bir fren yapması için bütün alt yapıyı oluşturdu diye düşünüyorum. Bu kırılma, bir yerden bir yere geçiş, bence planlı olmadı. Zaman zaman temel politika yapımcılardan, daha ilk yola çıkıldığında hedefler belli değildi. Baz şeyleri de yaparak, yaşayarak, deneme yanılma yolu ile öğrenildi. “

Sibel Güneş: Bakanlık birilerini tek ayaküstüne bırakmış görünüyor

“Özel sektör ‘Oyuna başladığınız kuralı değiştirdiniz’ diye bir küslük içinde. Daha önce konuşan taraflar da konuşmuyor. Sağlık Bakanlığı bazı kişileri sanki tek ayak üzerinde cezaya bırakmış gibi gözüküyor. Geline nokta Sağlık Bakanlığı’nın bunu öngöremediğini düşünüyorum. Kamu birliği yasısıyla da ilgili şu yaşadıklarımızdan daha beter şeyler yaşayacağız bence. Çünkü orada da toplumsal bir ittifak söz konusu değil. Uluslararası sermayeye satılacağı öngörüsü de var, sağlık çalışanlarının sözleşme ile çalıştırılması ve iş güvencesinin ortadan kaldırılması gibi konular da. Yine burada insan göz ardı ediliyor. Onu biriyle yapacaksınız ve o doktorların sayısı az. 10 yıl sonra bile tamamlanacakmış gibi gözüküyor. Doktorları dinlemeden ve doktorların var olan haklarından geri adım atarak o işi yaptırma şansı çok zayıf görünüyor.”

Biröl Aydemir: Kamu ve özelde, insana yaklaşımda dağlar kadar fark var

“Aslında bütün amaç vatandaş memnuniyeti. Vatandaş sağlık hizmetini en iyi, en hızlı, en kaliteli şekilde, en ucuza aldığı zaman mutlu olur. Bunu sağlamanın amacı nedir? Bu nasıl sağlanabilir? Tartışılması gereken konu bu. Bu kamunun elinde mi olur, özelin elinde mi? Sağlık Bakanlığı’nın elindeyken mi olurdu; yoksa şimdiki gibi Sağlık Bakanlığı’nın bu hastaneleri yerel idarelere devredip özel hastanelerle aynı şekilde eşit tutup tamamen standartları belirleme, denetleme, ruhsat verme, göstergeler belirleme gibi işlemleri yapması ile mi olur?”

Bana göre çok açık bir şekilde, Bakanlık verir, hiçbir sahipliği olmaz ve hep sine eşit mesafede olur, bütün bu standartları belirler, politikayı belirler, ona göre de ruhsatlandırmasını, denetlemesini yapar ve aslında vatandaş memnuniyeti daha çok sağla, siyaseten de çok daha fazla puan toplar. Kamu ve özelde, insana yaklaşım konusunda dağlar kadar fark var. Özele gittiğinizde insan yerine konuyorsunuz, Çünkü özel sektör seni müşteri olarak görüyor. Öbürü, yapması gereken görev olarak görüyor. Temel farklılık bir kere burada.

Kamu ve özele eşit davranıldığı zaman insanların neyi tercih ettiğini rakamlar çok somut bir şekilde gösterdi. Sağlık Bakanlığı’nın haklı olduğu yerler var. Mesela bir ilçede, bir yerde bir branştaki herkes bir anda istifa edip gittiği vakit, orada problem yaşanıyor. Bu problem de göz ardı edilemez Türkiye



Prof. Dr. Haydar Sur ve Dr. Salih Kenan Şahin

gerçeğinde. Devletin bunu düşünmesi gerek. Devlet adına da Sağlık Bakanlığı düşünmek zorunda.

Özel sektör de bazı şeyleri istismar etmiyor mu, ediyor. Özel sektörün istismar noktalarını da yakalayıp düzeltmek mümkün. Bir anda her şeyi dört dörtlük yapamazsınız. Bazı şeyler maalesef hayatta tecrübeyle, yaşanarak öğreniliyor. Bütün bu şeylerin sonucunda doktor sayısında sınırlı olmamız aslında birçok şeyi engelliyor. Rekabeti de engelliyor. İnsan kaynakları kısıtlıysa, siz sağlık sektöründe tam rekabeti sağlayamazsınız. İsteseniz de sağlamazsınız. Bence SGK ile Sağlık Bakanlığı arasındaki ilişkilerin tekrar dizayn edilmesi gerekiyor.”

Haydar Sur: Bakanlığın topladığı istatistiklere güvenmiyorum!

“Biz veriye dayalı konuşmak zorundayız. Ama bir yandan da verimizin kalitesini gözden geçirmek zorundayız. Verilerimize tam anlamıyla güvenemiyoruz. Bir yerden aldığımız, öbür veriyle çelişiyor. Bu da ülke olarak araştırmaya ve analize az önem vererek, veriyi sadece rutin istatistik toplamaktan ibaret sanmamızdan kaynaklanıyor. Sağlık Bakanlığı’nın topladığı istatistiklere ben güvenmiyorum. Veri kalitesiyle ilgili çok önemli problemlerimiz var. Özelleştirme gibi son derece kritik kararları alırken, neyi neyle, hangi rakamla açıklayacağımız konusunda, o araçlarımız da geliştiren çalışmalarımıza da destek vermemiz gerekmektedir. Bunun altına çizmek isterim.”

Fahrettin Tatar: ‘Görünmez’ değil, ‘Görünür el’e ihtiyaç var

“Biz hizmet sunumunu tartışmaya başladık ama aslında hizmet sunumunun da özelleştirme veya taraflar bazında tartışılması çok ikincil kalır. Aslolan, tartışılması gereken, piyasanın total olarak nasıl regüle edileceği ve nasıl makro ölçekte yönetileceği büyük ölçüde sorundur. Türkiye’nin şu anda yaşadığı sancıları şuna benzetiyorum: Dünya Sağlık Teşkilatı’nın bir yayın dizisi var, ülkelerle ilgili olarak. Bütün sağlık sistemleri dönüşüm yaşıyor. Ama Türkiye’nin yaşadığı, Türkiye gibi ülkelerin yaşadığı dönüşüm süreci çok çok daha yoğunlaştırılmış, sıkıştırılmış ve zorlanmış bir süreç. Öyle olunca da sancıları da çok çok fazla ortaya çıkı-

yor. Bu bağlamda özellikle vurgulamak istediğim konu şudur. Türkiye sistemi doğrudan kamu eliyle yönettiği zamanlarda da zaten başarılı değildi.

Hepimizin aslında hemfikir olduğu bir şey var burada. Görünmez değil, ‘Görünür bir el’ ihtiyacı mutlaka ortada var. Ama o ‘Görünür el’in ‘Marifetli bir görünür el’ olması gerekiyor. Eğer biz bugün, örneklediğimiz bütün ülkelere bakacak olursak, Kanada’sından İngiltere’sinden Avustralya’sına kadar, hepsinde olmazsa olmaz şunu görürüz. Yüzlerle değil, binlerle değil, onbinlerle ifade edilen, ismiyle değil, cismiyle, beyniyle sağlık ekonomisi görürüz. İsmiyle değil cismiyle sağlık yöneticisi görürüz. Ve bunlara baktığınızda sağlık ekonomistleri, uygulamalı bir daldan geldikleri için, kendi meslektaşları içinde yani ekonomistler içinde hiyerarşik olarak en üstlerde yer alırlar. Keza hastane yöneticisinden, sağlık yöneticisinden söz edilirse, onlar da yine, yöneticiler hiyerarşisinde çok prestijli bir yerdedirler ve çok çok iyi para kazanırlar. Peki Türkiye bugün, sistemin içinden yönetemezken, sistemin dışından yönetebilecek güce sahip midir? Gerçekçi olmak gerekirse, tartışabiliriz ama bence o güce sahip değildir.”

Salih Kenan Şahin: Hiçbirimiz mutlak doğruları ifade etmiyoruz

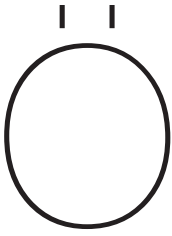
“Türkiye’de hâlâ ikinci basamak merkezli bir sağlık sistemi vardır. Hâlbuki Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm projesinin ana hedefi, birinci basamağın ve aile hekimliğinin güçlendirilmesi yönündedir. Bu gerçekleştiği zaman da toplam hasta yükünün önemli bir kısmı birinci basamağa kaydıği zaman belki bu sorunların daha tartışılabilir bir platformu olacak. Yükün azalacağını bu projeksiyonu da dikkate almak gerekiyor. Bütün sosyal hadiselerde, söylenen her şeyin doğruluk şansı kadar yanlışlık riski de vardır. Yani hiçbirimiz mutlak doğruları ifade etmiyoruz. Kendimize göre doğruları ifade ediyoruz. Siyasetçiler de sonuçta kendi doğrularına göre işleri yapıyorlar. Ve o kendi doğrularının artırılarıyla eksilerini de sandık ortaya koyunca herkes görüyor. Ümit ediyorum doğru şeyler yapılır bu ülke için. Doğru ve iyi sonuçlar çıkar...”

Örgütsel çatışma yönetimi

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.



ör-
güt; insanlardan, teknolojilerden ve insanların birbirine ya da işlerine karşı ilişkilerini düzenleyen yapı ve süreçlerden oluşan bir bileşim olarak tanımlanabilir (1). Örgüt kavramı, insanların bir takım ortak amaçlar, değerler uğruna ortaya koydukları bir anlaşmayı ve birlikteliği içermektedir (2). Örgütler insan, teknoloji, yapı ve süreçlerden oluşur. Süreç ve yapı birliğinde örgütte yetki, iletişim, karar alma,

amaç koyma ve çatışmayı çözme ile ilgili dinamikleri oluşturmaktadır. Sadece süreç dinamik davranışsal olay ve etkileşimleri, yapı ise bunları sürekli rol ve ilişkiler olarak görür. İnsanların örgütteki tutum ve davranışları her ikisinden de etkilenir (1).

Çatışma kavramı ve tanımı

Çatışma kavramı karmaşık neden-sonuç ağı içermesi ve taraflarca farklı algılanması nedenleriyle incelemesi güç bir konudur. Kimilerine göre çatışma, organizasyondaki kişiler veya

gruplar arasındaki anlaşmazlık ya da düşmanlık olarak veya anlaşmazlıkların sonucu oluşan sorunları çözmede görülen farklılık ve yeteneksizlik olarak değerlendirilmektedir. Kimilerine göre ise çatışma, bir rekabet sonucu ortaya çıkan durumdur. Bazılarına göre de çatışma, organizasyon üyelerinin ihtiyaçları ile organizasyonun amaçları arasındaki çelişki sonucu oluşan bir durumdur (3).

Çatışmayı bireysel olarak aldığımızda; birbiriyle uyumlayan iki veya daha fazla güdünün aynı anda bireyi etkilemesi





ya da fizyolojik ve sosyo-psikolojik ihtiyaçların tatminine engel olan sıkıntıların gerginliği diye tanımlayabiliriz (4). Bir başka yaklaşımla çatışma, kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam ve zaman diliminde istemedikleri ile karşı karşıya kalması ve bir sonuç için zorlanması halinde gerçekleştirdiği davranış, ulaştığı duygusal yapıdır (5).

Örgüt açısından ise, iki veya daha fazla kişi veya grup arasındaki çeşitli kaynaklardan doğan anlaşmazlık olarak tanımlamak mümkündür. Bir başka tanıma göre de, örgütte bireyler ve grupların birlikte çalışma sorunlarından doğan ve normal faaliyetlerin durmasına veya karışmasına neden olan bir olaydır (3). Çatışmada örgüt çalışanlarından bir kısmı birbirine karşıt olur veya karşıt davranışlarda bulunur. Ancak örgütlerde rastlanan her karşıt olay da çatışma olarak değerlendirilmemelidir.

Çatışmanın sorunlarını çözüme kavuşturma önemli bir yönetim işidir. Yönetimin görevi çatışmayı bastırmak değil, çatışmayı sağlıklı bir şekilde ele almaktır. Çatışmayı bastırmak veya istenmeyen bir olgu olarak kabul etmek, örgütlerin yaratıcılık yeteneklerinin engellenmesi demektir (3). Çatışmanın yaratıcı düşünceleri doğurma potansiyeli hiçbir zaman unutulmamalıdır.

Örgütsel çatışmaya yönetsel yaklaşımlar

Bir örgütte ortaya çıkabilecek çatışmalar çeşitli yönetim teorileri tarafından değişik şekillerde ele alınmaktadır. Kapital sistem anlayışını esas alan klasik ve neo-klasik yaklaşımlara göre, çatışmalar örgütün ahenkli ve etkin işlemini bozar. Bu sebeple bunların ortaya çıkmasının önlenmesi, kısa sürede ortadan kaldırılması gerekir ve aslında yönetim ve organizasyon ilkelerini uygulayan bir organizasyonda çatışma olmaz (6). Çatışma klasik ve neo-klasik yaklaşıma göre örgütlerin istemediği bir durumdur.

Açık-sistem anlayışını esas alan modern yönetim ve organizasyon yaklaşımların-

da çatışmalar kaçınılmazdır. Hatta örgütlerin etkinliği için belirli düzeyde bir çatışma olması zorunludur. Hiç çatışmanın olmadığı organizasyonlarda yenilik, değişim, yaratıcılık ve performans olumsuz bir seyre girer, ama sürekli ve önemli çatışmaların olduğu organizasyonlarda da kararların gecikmesi veya verilememesi, tavizlerin sorunları çözmeye yetmemesi gibi nedenlerle yine performans düşer, organizasyonun yaşaması tehlikeye girer (6).

Örgütsel yaşamın bir gerçeği olan çatışma; kişinin kendi içi, kişilerarası, grup içi ve grup dışı düzeylerde amaç, algı, düşünce, inanç farklılıklarının yaşandığı her durumda ortaya çıkabilmektedir. Kelime anlamı olarak olumsuz olmasına karşın iyi yönetildiğinde örgütsel yenilik ve gelişime katkıda bulunmaktadır. Olumsuzluğu ise bireylerde stres ve depresyona; örgütlerde verimlilik kaybı ve işten ayrılma gibi durumlara sebep olabilmektedir (8).

Çatışma konusu, örgütsel davranış yazınında üç yaklaşım ile ele alınmaktadır. Bunlar; geleneksel yaklaşım, davranışsal yaklaşım ve etkileşimsel yaklaşımdır.

Geleneksel yaklaşım

Her türlü çatışmayı gereksiz ve örgüte zararlı bir faktör olarak görür. Çatışmayı, örgütü amaçlarına ulaştırmaktan alıkoyan ve örgütü ciddi sorunlarla karşı karşıya bırakan bir süreç olarak tanımlanır. Çatışmanın olumsuz yönünü ortaya çıkarır. Kaynakların verimli kullanılmasına ve çalışanların kendilerini kötü hissetmelerine sebep olduğunu iddia eder.

Bu yaklaşıma göre; çatışan her neyse (fikir, duyu, amaç...) çatışma arttığı sürece bireysel ve örgütsel amaçları tehdit eder. Güçlü çatışma hem örgütsel iletişimi zorlaştırır, hem de örgütün verimliliğini ve etkinliğini azaltır. Çatışmanın vücut bulması; evrensel yönetim ilkelerinin örgütün yönlendirilmesinde kullanılmamasına ve yöneticilerin örgütsel iletişim fonksiyonunu iyi yürüte-

memelerine bağlıdır (9). Bu yaklaşım çatışmaların tamamen kaldırılması ya da çatışmaya sebep olabilecek olayların yaşanmaması için gayret gösterilmesini; çözülemeyen çatışmalar için baskıcı yöntemlerin uygulanmasını önerir (10).

Davranışsal yaklaşım / Etkileşimsel yaklaşım

Çatışmayı kabul eder ve örgütlerin karmaşık yapısına bağlar. Davranışsal yaklaşımın taraftarları çatışmalara bireysel ya da grupsal farklılıkların yol açtığını, çatışmayı yok etmenin bu farklılıkları yok etmekle eş anlamlı olduğunu öne sürmüştür. Bu anlayışa göre çatışma zaten yokedilemez. Bu nedenle olumlu fırsatlar yaratan çatışmaların desteklenmesi yolu en akılcıdır. Etkileşimsel yaklaşım, olumlu olan çatışmaları davranışsal yaklaşımdan farklı olarak destekler. Çatışmaların olumlu ya da olumsuz sonuçlarının olabileceği, yönetilip belli bir düzeyde tutulursa olumsuz sonuçlarının, zararlı etkilerinin azaltılıp olumlu sonuçlarının yarattığı fırsatların değerlendirilebileceğini savunur. İnsanların ve grupların öğrenme süreçleri farklı olduğu için değer yargıları ve inançları da farklıdır. Bu farklılıklar nedeniyle çatışmanın olması doğaldır (11).

Çatışma süreci

Çatışma sürecinin dört aşamada geliştiği bilinmektedir (12).

1. Potansiyel Muhalefet: Çatışma, fırsat yaratan koşulların varlığında ortaya çıkar. Bu koşulların doğrudan çatışmaya yol açması gerekmez, ancak çatışmanın çıkması için iletişim, yapı ve kişisel etmenler gibi koşullardan birinin ya da birkaçının olması gerekir.

2. Kavrama ve Kişiselleştirme: Çatışmayı algılamak gereklidir. Dolayısıyla, bir ya da daha fazla taraf ön koşulların varlığının farkına varmalıdır. Ancak bir çatışmanın algılanması, onun kişiselleştirildiği anlamına gelmez. İş arkadaşıyla anlaşmazlık içinde olduğunu bildiği halde kişi bu durumda gergin ya da sinirli olmayabilir ve arkadaşına

GELENEKSEL GÖRÜŞ	ETKİLEŞİMCİ GÖRÜŞ
Çatışmadan kaçınılabilir.	Çatışmadan kaçınılmaz.
Çatışma, yönetim örgüt yapısını oluşturmada ve onu yönetmesindeki hatalardan ve sorun yaratıcılardan kaynaklanır.	Çatışma, örgütsel yapı, amaçlarındaki kaçınılmaz farklılıklar, hat ve kurmay elemanlarının algı, değer ve sorunlarına bakış açılarındaki farklılık vb nedenlerden kaynaklanır.
Çatışma, örgütün düzenli biçimde işlemini kesintiye uğratar ve optimal iş performansını engeller.	Çatışma, değişik derecelerde örgütsel başarıya katkıda bulunabileceği gibi azalmaya da neden olabilir.
Yönetimin temel görevi çatışmayı ortadan kaldırmaktır.	Yönetimin görevi çatışmayı optimal örgütsel başarıya hizmet edecek biçimde yönetmektir.

Tablo: Örgütsel çatışma konusunda geleneksel ve modern görüşün karşılaştırılması (7):

karşı sevgisi etkilenmeyebilir. Çatışmanın hissedildiği bu düzeyde insanlar duygusal davrandıklarında taraflar sınırlı, gerginlik, engellenme ya da düşmanlık yaşayabilirler.

3. Davranış: Bir üye diğerinin amaçlarına ulaşmasını engelleyen ya da diğerlerinin çıkarlarını arttırmasını engelleyen hareketler yaparsa bu aşama söz konusudur. Bu hareket niyetli bir hareket olmalıdır, yani diğerlerini engellemek için, bilinçli bir çaba olmalıdır. Bu anda çatışma açığa çıkmıştır.

Açık çatışma; gizli, dolaylı ve çok kontrol edilen sataşma tiplerinden, doğrudan, saldırgan, şiddet içeren ve kontrol edilmeyen anlaşmazlıklara kadar çok geniş bir davranış yelpazesini kapsar. Bu safhada aynı zamanda çatışmayı idare etme davranışları da başlar. Çatışma açığa çıktığında, taraflar çatışmayı yönetecek bir yöntem geliştireceklerdir. Çatışma yönetimi konusunda tarafların kullanabileceği beş yaklaşım; rekabet, işbirliği, kaçınma, intibak ve uzlaşmadır.

4. Sonuçlar: Açık çatışma davranışını ve çatışma yönetimi davranışının birbirlerini etkilemesi bazı sonuçlara yol açar. Çatışma grup performansında bir gelişmeye neden oluyorsa sonuç işlevseldir. Tam tersi olarak grup performansı önleniyorsa sonuç işlevsel değildir.

İşlevsel sonuçlar; çatışma yaratıcılığı ve yeniliği güdelediğinde, grup üyeleri arasında ilgi ve merakı desteklediğinde, sorunların açığa çıktığı ve gerilimin serbestçe gösterildiği bir ortam sağlandığında ve değişim ortamını hazırladığında yapıcıdır. Böylece grup performansı artar.

İşlevsel olmayan sonuçlar; kontrol edilemeyen muhalefet hoşnutsuzluk doğurur, ortak bağları yok eder ve sonuçta grubun yıkılmasına neden olur. Çatışmanın en arzulanmayan sonuçları arasında iletişimi geciktirmesi, grup bağlılığını azaltması ve grup amaçlarının çatışma karşısında ikinci dereceye düşmesi sayılabilir. Uç noktada ise, çatışma grubun işleyişini aksatabilir ve grubun yaşamını tehlikeye sokabilir. Böylece grup performansı düşer.

Çatışmanın nedenleri

Örgütlerde çatışma nedenlerini analitik bakımdan inceleyen düşünürler modern örgüt kuramının öncüleri sayılan March ve Simon'dur. Bu kişilere göre, örgütlerde çatışma kaynağı ve nedeni olan hususlar üç ana başlık altında toplanır:

Örgüt içi bağımlılıklar,
Amaçlarda ortaya çıkan farklılıklar,

Algılama farklılıkları (13).
Çatışmanın bu üç ana nedeni şu şekilde ayrıntılandırmak mümkündür:
İşler arası fonksiyonel karşılıklı bağıllık-
Belirli kaynakların paylaşılması
Amaç farklılıkları
Algılama farklılıkları
Yönetim alanı ile ilgili belirsizlik
Haberleşme noksanlıkları
Statü farklılıkları
Yöneticilik tarzları arasındaki farklar
Çıkar farklılıkları
Kişilik farklılıkları
Değişen koşulların öngördüğü yeni nitelikler
İşçi-işveren ilişkilerindeki kutuplaşma
Örgüt içi güç mücadelesi (6).

Çatışma türleri (12)

Çatışma türleri literatürde birçok farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Burada çatışmanın 6 farklı türüne değinilmiştir. Bunlar:

1. Birey İçi Çatışma
Yaklaşma-Yaklaşma Çatışması
Yaklaşma-Kaçınma Çatışması
Kaçınma-Kaçınma Çatışması
2. Bireylerarası Çatışma
3. Grup İçi Çatışma
4. Gruplararası Çatışma
5. İşletme İçi Çatışma
6. İşletmelerarası Çatışma

1. Birey İçi Çatışma: Kişinin kendisinden ne beklediğinden emin olmadığı veya kendisinden farklı ve çelişkili şeyler (davranışlar, kararlar vb) beklediği veya kendisinden kendisinin yapabileceğinden fazlasının beklediği durumlarda ortaya çıkan ve kişiyi rahatsızlığa engellenmeye ve baskı altında kalmaya (stres) sevk eden çatışmadır.

Yaklaşma-Yaklaşma Çatışması: Birey her ikisi de kendisi için olumlu olan alternatiflerden birini seçmek durumunda kaldığında bu tarz çatışmayı yaşar. Bir bireyin çalışmak istediği her iki işletmeden iş teklifi aldığı anda yaşadığı ve birey için karar vermesi ve çözümlenmek zorunda kaldığı en zor çatışma türüdür.

Yaklaşma-Kaçınma Çatışması: Bireyin kendisi için aynı anda hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurabilecek bir karar vermesi durumunda yaşadığı çatışma türüdür. Örneğin bir işletmenin çalışanını çok daha iyi bir maaş karşılığında başka bir yerleşim bölgesine göndermek istediğinde bireyin içinde düştüğü anlaşmazlık durumudur.

Kaçınma-Kaçınma Çatışması: Birey her ikisi de kendisi için olumsuz sonuçlar doğuracak iki alternatiften birini seçmek durumunda kaldığında yaşadığı çatışma türüdür. Yeni işe başla-

Çatışma ile ilgili
yaklaşımların bazıları
çatışmayı tamamen
sakıncalı görürken bazıları
da yaralı ve arzulanır
görmekteydi. Günümüzde
genel olarak kabul edilen
görüşe göre çatışmaların
çoğu iyi yönetilirse yıpratıcı
olmaktan çok, örgütler için
yeni davranış biçimleri, yeni
karar alternatifleri vs.
çıkarılması açısından
esneklik sağlar, bireylerin
yaratıcılıklarını geliştirir ve
örgüte etkinlik getirir.

yacak kişiye bir işletmenin hem düşük maaş hem de şehir dışına yolculuk yapmasını gerektirecek bir iş önermesinde bireyin yaşadığı anlaşmazlık durumudur.

2. Bireylerarası Çatışma: İki bireyin birbiriyle çeşitli fikir duygu ve görüş ayrılıklarına düşmesidir. Örgütlerde en çok rastlanan bireyler arası çatışma türleri ast-üst çatışmaları ile kurmay-komuta yöneticileri arasındaki kişisel anlaşmazlıklardan doğan çatışmalardır.

3. Grup İçi Çatışma: Daha çok kişilerin grup tarafından belirli normları kabule zorlanması ile oluşmaktadır. Grup amaçlarını, normlarını ve izleyen yönü benimsemeyen kişiler grup ile çatışma haline gelecektir. Bu kişiler aynı zamanda grup üyesi ise bu takdirde grupların kendi içindeki çatışmadan söz edilecektir.

4. Gruplararası Çatışma: Biçimsel ve biçimsel olmayan gruplar arası çatışma olabilir. Böyle bir çatışmanın şiddeti ve örgütü etkileme derecesi öncelikle, söz konusu çatışmanın nedenine ve daha sonra da çatışan tarafların nispi güçleri, gereksinim düzeyleri, birbirine karşı tutum ve duyguları, örgütsel atmosferin müsamaha düzeyi ve bunun gibi etmenlere bağlı olacaktır.

5. İşletme İçi Çatışma: İki tip çatışma görülebilir; dikey çatışma, dikey hiyerarşide farklı düzeylerdeki gruplar arasında ortaya çıkar. Farklı konularda da olabilir. Yatay çatışma ise, hiyerarşide aynı dü-



zeydeki gruplar ya da departmanlar arasında ortaya çıkar. Örneğin, emir komuta ve kurmay personeli arasında.

6. İşletmelerarası Çatışma: Ekonomik sistem içinde ve açık sistem anlayışı altında çeşitli organizasyonlar birbiri ile çatışma halinde olacaktırlar. Örneğin, üretici organizasyonla bayiler arasındaki çatışma, organizasyon ile sendika arasındaki çatışma, rakip organizasyonlar arasındaki çatışma vb.

Çatışmanın örgüte olumlu ve olumsuz etkileri

Çatışma ile ilgili daha önce bahsedilen yaklaşımların bazıları çatışmayı tamamen sakıncalı görürken, bazıları da yararlı ve arzulanır görmekteydi. Günümüzde genel olarak kabul edilen görüşe göre; çatışmaların çoğu iyi yönetilirse yıpratıcı olmaktan çok, örgütler için yeni davranış biçimleri, yeni karar alternatifleri vs. çıkarılması açısından esneklik sağlar, bireylerin yaratıcılıklarını geliştirir ve örgüte etkinlik getirir (5).

Çatışmanın örgüt açısından yararları;

- a) Çatışma, farklı görüşteki insanların kendilerini kanıtlayabilmek için yaratıcılıklarını ortaya koymalarını sağlar.
- b) Bireysel yaratıcılık dışında örgütsel AR-GE faaliyetleri artar. Çatışma sonunda eski amaç ve görüşler yerlerini daha iyi olan yenilerine bırakırlar.
- c) Sürüncemede kalmış sorunlara yönetimin eğilmesiyle sorunlar azalır.
- d) Tarafsız kalmaya çalışan bireyler bile görüş açıklamak durumunda kalırlar. Böylece sorunlara eğilimde katılım artar.

e) Örgütün etkinliğini ve verimliliğini etkileyen sorunlar karşısında gösterilen ilgi ve birliktelik üyeleri sıkıntıdan kurtarır ve moralleri yükselir.

f) Çatışma bireylerin başkalarının düşüncelerini ve bakış açılarını dinleyebilmelerine, kabul edebilmelerine ve daha az ben merkezli olmalarına yardımcı olur. Çatışma sürecinde güçlüklerin üstesinden gelebilme bireyin kendine güvenlerini de artırır.

g) Çatışma halindeki bireyler ve gruplar kendi bilgi ve kapasitelerini değerlendirme şansına sahip olurlar. Değerleme sonucunda eksik yanlarını görme ve giderme imkânlarına da kavuşurlar.

h) Çatışma, ayık bireylerin ve grupların yakınlaşmasıyla sonuçlanabilir.

i) Çatışma sonucunda örgütteki liderlik tarzı değişebilir.

j) Çatışma, örgütsel etkinliğe engel olan faktörlerin belirlenmesine yardımcı olur.

k) Çatışma kurumsallaşabilir. Yani, bireylerin örgüt yapısına zarar vermeden hislerini açığa vurup rahatlamalarını sağlayacak ortamlar (örneğin, biçimsel olmayan tartışma grupları) bizzat örgütçe sağlanabilir.

l) Çatışma, çağın gerisinde kalmış işlemlerin görevlerin, yapıların ve amaçların sorgulanması ve değiştirilmesi için gerekli ortamın oluşumuna destek sağlar.

m) Gruplar arasındaki çatışmalar iş başarımı için ihtiyaç duyulan enerjiyi sağlayabilir.

n) Yöneticiler ve çalışanlar iç ve dış il-

gililerin ihtiyaçlarını karşılama üzerinde yoğunlaşabilir. İlişkilerde farklılıklar kabul edilerek ya da farklılıklar üzerinde uzlaşma sağlanarak daha uyumlu çalışan bir örgüt oluşturulabilir.

p) Çatışma, öğrenmeyi özendirir ve eleştiriye hoş görüşle bakmayı sağlamada yararlı olabilir (5).

Çatışmanın olumsuz etkileri ise;

a) Örgütsel çatışma, bireylerin ruh ve beden sağlıklarını bozabilir.

b) Çatışma düşmanlık ve saldırganlık hislerinin yoğunlaşmasına ve somutlaşmasına sebep olabilir.

c) Yıpratıcı mücadeleler örgüte zaman ve kaynak kaybettirebilir.

d) Çatışma, örgütü amaçlarından sapıtırabilir.

e) Çatışma, tarafların kendilerini diğerlerinden amaçlarını da örgütün amaçlarından üstün görmelerine yol açabilir.

f) Çatışma, bireylerin morallerini ve iş tatminlerini düşürerek örgütün etkinliğine ve verimliliğine olumsuz etki edebilir.

g) Çatışma, insanların güven duygularının kaybolmasına sebep olabilir.(14)

Çatışma yönetimi

Örgütlerde her zaman çatışma olacağına göre asıl sorun çatışmanın nasıl azaltılacağı veya yok edileceği değil çatışmanın nasıl yönetileceğidir. Başarılı yönetim uygulaması gerçekleştiren örgütlerin çatışma karşısındaki üstünlükleri sahip oldukları üç önemli özellikten kaynaklanır. Bu örgütler;

Çatışma ile yapıcı şekilde başa çıkmak için hazırdırlar. Bireyler ve gruplararası yapıcı etkileşime imkân veren bir örgüt çatıları vardır.

Personelini, etkili etkileşim ve birbirini etkileme konusunda yetenekli kişilerden seçer veya yetenekli kılar.

Üyeleri arasında güven, iş grubuna ve örgüte sadakat, örgüt hedeflerini başarmak için motivasyon vardır (5).

Çatışmanın yönetilebilmesi için öncelikle yapısının ayrıntılı analiz edilmesi gerekmektedir. Çatışma analizinde aşağıdaki yöntemler uygulanabilir:

Çatışmanın nedeni olan anlaşmazlığın ortaya çıkış sebebi nedir?

Anlaşmazlık kapsamına giren kişi ve

gruplar kimlerdir ve çatışma nasıl bir gelişim göstermiştir.

Anlaşmazlığı devam ettiren nedenler hangileridir?

Anlaşmazlığın çözümü hususunda tarafların takındıkları tutumlar nelerdir?

Anlaşmazlığın büyümesine neler / kimler sebep olmuştur?

Muhtemel çözümler sonucunda hangi taraf için ne tür bir çıkar / güç kaybı olacaktır?

Sorunun çözümü için izlenecek yollar neler olmalıdır? Geçici çözümlerle durum kurtarılabilir mi?

Anlaşmazlığın giderilmesi için örgüt içinde yer alan hatırı sayılır bir kişiye başvurmakta fayda var mıdır?

Taraflar kendi aralarında sorunu çözebilirler mi?

Örgütsel koşullar saptadığımız çözümler için uygun mudur?

Çözümün etkinliği nasıl, kim tarafından ve ne zaman denetlenecektir? (15)

Yöneticiler çatışmanın yönetiminde çeşitli yollar izleyebilirler. Bu yollar şöyle özetlenebilir (5,6):

a) Kaçınma ve bağlanmama: Bu tutum ve davranış çatışmayı görmezlikten gelme ile ilgilidir. Yönetici açık olarak taraf almaz ve çatışmaya direkt olarak müdahale etmek istemez. Çatışmaya ilişkin kararlar geciktirilir. Böyle bir yok şüphesiz çatışmayı çözmez. Kısa vadede yararlı olsa bile uzun vadede örgütün etkinliğini azaltacaktır.

b) Problem çözme yaklaşımı: Bu yol yukarıdakinin tam tersidir. Burada çatışmanın üzerinde tam anlamı ile ve açık olarak gidilmesi söz konusudur. Yönetici çatışan tarafları yüz yüze getirerek kendisinin de katkısı ile konunun açık olarak ve ayrıntılı bir biçimde tartışılmasını sağlar. Böylece taraflar anlaşmazlık konularını net olarak görür ve bilgiye ve iletişim sorunlarına dayanan çatışmalar kolayca çözülmüş olur.

c) Yumuşatma: bu yol, çatışmaya taraf olanlar arasındaki ortak husus ve çıkarların vurgulanması ve ön plana çıkarılması, farklılıkların ise öneminin azımsanması ve ikinci plana itilmesi ile ilgilidir. Bu davranışı benimseyen yönetici taraflar arasındaki uyuşmazlığı aynı kader etrafında birleştirme ya da aile anlayışı oluşturma ile çözmüş olur ancak yumuşatma kısa vadeli bir çözümdür.

d) Güç kullanma: Bu yol çatışmaların, yönetici gücünün ve otoritesini kullanarak çözümlenmesini ifade etmektedir. Bu durumda yönetici burada amir benim, benim dediğim olur anlayışı ile çatışmayı çözmektedir. Ayrıca yönetici burada çatışan gruplar arasında bir hakem niteliği kazanmış olur ve iki grubunda davranışlarına yön verir.

e) Daha önemli ve kapsamlı amaçları belirleme: Çatışan tarafların amaçlarından daha önemli ve daha kapsamlı amaçlar belirleyerek, çatışan tarafları aralarındaki farklılıkları bir yana bırakarak, bu daha önemli ve kapsamlı amaçlar doğrultusunda birleşmeleri ve yardımlaşmaları için zorlamak ile ilgilidir. Özellikle kriz dönemlerinde yöneticilerin çatışmaları önlemek amacıyla bu tarz tavır takınmaları uygun olacaktır.

f) Taviz verme: Çatışma yönetiminde çok sık kullanılan bu yolun esasları farklılıkların paylaşılmasıdır. Çatışmanın tarafları kendi yaklaşımlarından biraz fedakârlık yaparak ortada bir yerde buluşmaktadır. Ancak tarafların ne kadar taviz vereceğine ilişkin durum net olmadığından çatışma yönetiminde çok etkin bir yol değildir.

g) Çatışmaya taraf olan kişileri değiştirme: Yöneticiler bazı durumlarda çatışmaları örgütsel amaçlar doğrultusunda yönetebilmek için, çatışmaya taraf olan kişileri değiştirebilmektedirler. Bu yaklaşım, çatışmaya taraf olan kişi veya kişilerin başka bir yere nakli şeklindedir. İkinci bir şekli olarak ise çatışmaya taraf olanların örgütteki pozisyonunu değiştirmek yerine kişileri eğitim ve geliştirme programlarına tabi tutarak bilgi, tutum, davranış ve algılamalarını değiştirmektir. İkinci yol birincisine göre daha maliyetli olmasına karşında daha uzun vadeli bir çözümdür.

h) Örgütsel ilişkileri değiştirme: Bu teknik ise, örgütsel ilişkilerin çatışmaları veya çatışma kaynaklarını azaltıcı yönde değiştirilmesi ile ilgilidir. Bu değiştirme iş tanımlarının değiştirilmesi, kaynakların ayrılması ya da belirli birimlerin bir diğere bağlanması ile olabilmektedir.

i) Çoğunluk oyu: Bazı durumlarda yöneticiler, çatışmaların çözümü için çoğunluk oyu yolunu izleyebilmektedirler.

j) Çatışma kaynağının ortadan kaldırılması: Bu teknikte ise amaç, çatışmaya neden olan koşulların ortadan kaldırılmasıdır. Özellikle kıt kaynakların paylaşılmasına ilişkin nedenle çıkan çatışmaların çözümünde kaynakların artırılması bu tekniğin uygulanmasıdır.

Bunların dışında yönetici, aralarında anlaşmazlık olan birey ya da grupları aktif olarak dinlemelidir, aralarında an-

laşmazlık olan bireylerin tartışmalarda kendilerini eşit olarak temsil etmelerine imkân sağlamalıdır, ayrıca tarafları dinledikten sonra ortaya çıkan gerçek sonuç ile ileri sürülen iddia ve düşünceleri birbirinden ayırmalıdır (16).

Sağlık yönetiminde az ya da çok rol alan bütün kişilerin temel olarak edinmesi gereken en önemli kavram ve becerilerden birisi çatışma yönetimidir. İş yaşamımızda çatışma her zaman yanıbaşımızdadır ve sağlık hizmetlerini yönetirken kullandığımız en önemli kaynak insan kaynağıdır.

Kaynaklar

1- Balcı,A., *Örgütsel Gelişme Kuram ve Uygulamaları*, Pegem Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara, Ocak 2000.

2- Sabuncuoğlu,Z., Tüz, M., *Örgütsel Psikoloji*, Ezgi Kitabevi, 3.Baskı, Bursa, Ocak 2001.

3- Güney, S., *Davranış Bilimleri*, Nobel Yayın Dağıtım, 2.Baskı, Ankara 2000.

4- Tosun, K., *İşletme Yönetimi*, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1971.

5- Erdoğan, İ., *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*, Avcıol Basım Yayın, 1.Baskı, İstanbul, 1996.

6- Koçel,T., *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 7.Baskı, İstanbul, 1999.

7- Bumin, B, *Organizasyonlarda Çatışmanın Yönetimi*, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara 1990

8- Robbins, S.,P., *Managing Organizational Conflict*, Prantice Hall, Englewood Cliffs, 1994

9- Şimşek, M. Ş, Akgemci T., ve Çelik A., *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2001

10- Tevrüz, S, Artan İ., ve Bozkurt T., *Davranışlarımızdan Seçmeler*, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul 1999

11- Baysal, A.C., Tekarslan E., *Davranış Bilimleri*, Avcıol Basım Yayın, İstanbul 1996

12- Ateş,M., "Davranışsal Yönetim Teknikleri" *Hastane Yöneticiliği (Der: Hayran O., Sur H.)*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000

13- Eren,E., *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 6.Baskı, İstanbul, 2000.

14- Türkel, A. U., *Toplam Kalite Bağlamında Grup Dinamiği ve Çatışma Yönetimi*, Türkmen Kitabevi, İstanbul 2000

15- Eren E, *Yönetim ve Organizasyon*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1991

16- Aktan C.C., *2000'li Yıllarda Yeni Yönetim Teknikleri*, Sinerjik Yönetim, TÜGİAD Yayını, İstanbul, 1999.

Örgütsel performansın artışında çalışan motivasyonunun rolü

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. Akabinde özel sektörde başhekimlik, mesul müdürlük, medikal direktörlük ve genel müdürlük yaptı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans" Programını bitirerek "Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Uzmanı" unvanını aldı. Halen aynı branşta doktora programıyla akademik kariyerine devam etmektedir. 2008 yılına kadar bir devlet hastanesi ve 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.

Doç. Dr. Gonca Mumcu

1993 yılında Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Doktora tezini Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı'nda tamamladı. Aynı Anabilim dalında Doçentlik unvanını aldı. Konuk araştırmacı olarak Londra'da bulunan Mumcu'nun yayınlanan çok sayıda ulusal ve uluslararası makalesinin yanı sıra kongre sunumları da vardır. Mumcu'nun 4 kitapta da ortak imzası bulunmaktadır. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapmaktadır.

Saffet Ocak

1971 yılında Fethiye'de doğdu. 1996 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokul'undan Lisans, 2001 yılında Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilimdalı'ndan Yüksek Lisans derecesi aldı. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilimdalı'nda doktora öğrencisi olup Muğla Devlet Hastanesi'ndeki görevini de sürdürmektedir.

G

ünümüz değişim ve rekabet ortamında örgütler varlıklarını sürdürebilmek için tüm kaynaklarını etkili verimli bir şekilde kullanmak zorun-

dadır. Kaynakları kullanan ve şekillendirenin insan olması nedeniyle çalışan unsuru kritik önem taşımaktadır. Çalışanların fiziksel, ruhsal ve zihinsel gücü-

nü örgütün amaçları doğrultusunda kullanabilmek için çalışan motivasyonunun sağlanması, örgütün devamlılığı açısından göz önünde bulundurulması gereken bir konudur. Örgüt yöneticilerinin en önemli görevi, örgütte çalışan her bireyin örgütün amaçlarına uygun bir şekilde çalışmasını sağlayarak performansı yüksek bir örgüt yaratmaktır (1-7).

Motivasyonu arttırmaya yönelik yöntemler ve araçlar

Yöneticilerin, çalışanların motivasyonunda insan kaynakları politikalarını düzenlemek ve koordine etmek için üç temel nokta üzerinde durmaları gerekmektedir (5). Bunlar performansı tanımlamak, kolaylaştırmak ve teşvik etmektir.

1. Performansı tanımlamak: Bu kapsamda çalışanlardan beklenenler belirlenir ve etkili bir iş performansı için çalışanlardan sürekli uyumun sağlanması yönünde tanımlamalar yapılır.





Böylece hedefler belirlenir, ölçütler saptanır ve takdir etme gerçekleşir. Eğer gösterilen performans takdir edilmez ise hedefler, işgörenleri performanslarını geliştirme doğrultusunda motive edemez.

2. Performansı kolaylaştırmak: Bu adımda performansı etkileyen faktörlerin elimine edilmesine çalışılır. Performansı etkileyen unsurlar; uygun olmayan ekipman, tedarikteki gecikmeler, kötü dizayn edilmiş çalışma alanları, yeterli olmayan çalışma yöntem ve metodları gibi olumsuz faktörlerden oluşmaktadır. Tüm bu olumsuz faktörlerin personelin iş performansını etkilemekte ve personel üzerinde, yönetimin işin

nasıl yapıldığı ile ilgilenmedikleri düşüncesi doğurarak çalışanların motivasyonu düşürmektedir. (5)

3. Performansı teşvik etmek: Performansın teşvik edilmesi ödüllendirme yöntemiyle ilgilidir. Ödüllerin değeri ve miktarı kullanılan ödülün seçimi ile ilgilidir. Yönetim işgörenlerin bireysel değerlerine uygun olarak ödüllendirme yapmak durumundadır. Ödüllerin zamanlaması ve güvenilirliği, gösterilen performans ve elde edilen çıktılar ile ilgilidir. Eğer ödüller teşvik edici ve ödeme terfi gibi şekillerde ise, zamanlama ve güvenilirlik faktörleri ödüllerin etkisine temel olmaktadır. (5)

Motivasyonu artırma yöntemleri

İş Planlaması (Job designing): İş planlaması, bir işin metotlarını, içeriğini ve ilişkilerini yeniden düzenlemek, daha uzmanlaşmış bir hale sokmak için yapılan çalışmalardır. Yapılan araştırmalar, iyi bir şekilde planlanmış işlerin, işgörenlerin motivasyonunu, tatminini ve gösterilen performansın kalitesi üzerinde büyük ölçüde etkili olduğunu göstermektedir. (5)

İş Rotasyonu: Basit olarak iş rotasyonu, çalışanın aynı organizasyon içinde bir işten diğerine, geçici olarak, geçiş yapması şeklinde tanımlanabilir. İş rotasyonunda amaç, çalışanların birden



Motivasyonun örgütsel performansı etkilemesinin yanında, örgütsel performans ölçümü de motivasyonu etkiler. Örgütsel performans ölçümü ile çalışanların hedefleri ile örgütsel hedefler arasında bağlantılar kurar. Böylece çalışan için katkıda bulunma düşüncesinden doğan motivasyon yaratır.

çok departmanda görev yaparak, değişik nitelikteki işleri öğrenmeleri, böylece hem kişinin bilgi ve beceri açısından geliştirilmesi hem de organizasyonun genel olarak nasıl yürütüldüğüne ilişkin fikir ve tecrübe sahibi olmalarıdır. Bu değişimler kişileri işe motive edici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

İş genişletmesi: İş genişletmesi, işin içinde yer alan görev ve sorumlulukların sayısının artırılması ve işin yatay olarak çeşitlendirilmesidir. İş genişletmesi ile aynı görevler daha çeşitlilik içerisinde sunulmakta ve işin döngüsü genişletilerek monotonluk azalmaktadır. Bunun yanı sıra işin yapılma zamanı daha esnek olmakta ve kişileri yetenek ve becerilerinden daha çok yararlanılmaktadır. Böylece çalışanların motivasyonunun arttığı, daha yüksek performans ve nitelikli işlerin elde edildiği gözlemlenmiştir. (8)

İş zenginleştirilmesi: Bu yöntemde, daha çok sorumluluk ve özerkliğin verilmesi söz konusudur. Zenginleştirilmiş şekilde organize olmuş işler, işgörenlere kendi işlerini planlama, yönetme ve kontrol etme, performanslarını de-

ğerlendirme ve düzeltme olanağını vermektedir. Böylece işgörenlerde iş motivasyonu artmakta ve verimlilik de yükselmektedir. (5)

Motivasyonda özendirici araçlar

Motivasyonda kullanılan özendirici araçlar her yerde her zaman aynı etkiyi göstermez. Her şeyden önce bir kişi için özendirici nitelik taşıyan bir araç, bir diğeri için aynı etkiyi göstermeyebilir. Bir bakıma özendirici araçların etkinliğinin, kişilerin değer yargılarına, çevre faktörlerine, sosyal ve eğitsel düzeylerine bağlı olduğu söylenebilir. Ayrıca, motivasyonda kullanılan özendirici araçların etkinliğinin, toplumsal yapıya ve işletme yöneticilerinin anlayış ve davranışlarına bağlı olduğu söylenebilir. (3)

Ekonomik özendirme araçları: İşletmeler kârlarını maksimize etme amacı ile faaliyet gösterirken kişileri çalışmaya iten en önemli faktör, kendisinin ve ailesinin yaşamlarını idame ettirecek yeterli bir ücret elde etmesidir. Motivasyonda ekonomik özendirme araçları; ücret artışı, primli ücrete katılma ve ekonomik ödül verme olarak üç kategoride incelenebilir. Ancak ekonomik özendirici araçlar, çalışanlar ile örgütlerin ortak hedeflerini kesiştirmek durumunda fayda sağlayacaktır. (7)

Psiko-sosyal özendirme araçları: Psiko-sosyal özendirme araçlarının çalışanların yaşamında ne kadar önemli olduğu genel olarak kabul görmektedir. Bu çerçevede çalışanların iş güvenliğinin sağlanması, örgüt içerisinde statü artırıcı politikaların uygulanması, yapılma-ya değer bir iş verilmesi, zaman zaman yetkilerin devredilmesi, sosyal gruplara katılım olanaklarının genişletilmesi, çalışma ortamı içerisinde çalışanlar arasında rekabet duygusunun genişletilmesi gibi hususlar, verimliliği artırıcı önemli motivasyon araçlarıdır. (9)

Örgütsel ve yönetsel özendirme araçları: Eğitim olanaklarının yaygınlaştırılması ve yükselme açısından çalışanların yükselmesine imkan tanınması, örgüt bazında alınan kararlara çalışanların dâhil edilmesi, örgüt içerisinde iyi

bir iletişim ağının oluşturulması, çalışan ortamının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların özel yaşamlarına saygılı olunması, işgörene danışmanlık yapılması, adaletli ve sürekli bir disiplin sistemi gibi örgütsel ve yönetsel özendirme araçları verimliliği artırıcı önemli faktörlerdir. (9)

Motivasyonda özendirme araçlarının seçimi

Yöneticinin motivasyon kararındaki başarısı, işgören ile ilgili bilgileri saptamakta gösterdiği başarıya bağlıdır. Bu başarının derecesi de, yönetici ve işgören arasındaki iletişimdir. (5).

Bireysel nitelikleri ve onların bireyde doğurduğu, doğuracağı gereksinimleri saptayan yönetici, motivasyonu gerektirecek durumu oluşturan psiko-sosyal yapıyı tanıyıp anlayacak duruma geldikten sonra işgöreni motive etmek için kullanacağı araçları seçmek zorundadır. Yöneticinin deneyimleri, işletmenin olanakları, uzun dönemli motivasyon planları motivasyon aracının seçiminde rol oynar. (5).

Bunun yanı sıra motivasyonun amacı ve aracı belirlendikten sonra başarı ile uygulanabilmesi için yöneticinin dikkat etmesi gereken konular şu şekilde sıralanabilir: Sürekli ve aynı motivasyon aracı kullanılmalıdır. Motivasyon bireye değil gruba yönelik olmalıdır. Bireysel ve örgütsel araçların entegre edilmesi gereklidir. Yönetici, uygulamaya girmeden önce, uygulamanın getireceği engel, güçlük ve sonuçları önceden sezebilmelidir. Yönetici; davranış, mîmik, ses, tonu ile işgörenlere karşı özendirici ve inandırıcı olmalıdır. (10)

Örgütsel performans

Örgütlerin değişen çevre koşulları karşısında rekabet güçlerini arttırmak amacıyla önerilen yeni yönetim kavram ve uygulamalarından biri de örgütsel performans göstergeleridir. Performans genel olarak hizmette etkinlik, üretimde verimlilik ve tutumluluk olarak tanımlanmaktadır. (11)

İşletmede bireysel performans, 'Kişinin kendisi için tanımlanan özellik ve yeteneklerine uygun olan işi kabul edilebilir sınırlar içinde gerçekleştirmesi' olarak tanımlanabilir. Bu durumda bir işletmede işgörenin performansından söz etmek için önce kişinin tanımlanmış bir işle karşı karşıya olması, bu işin işgörenin özellik ve yeteneklerine uygun olması ve kişinin işinin gerçekleştirme derecesinin göstergesi olan bir standardın bulunması gerekir. (12-14)

Çalışan motivasyonunun örgütsel performans etkileri

Çalışanlar; örgütün amaçlarına ulaşmada, rekabet üstünlüğü sağlamada ve çevresel unsurların beklentilerini karşılamadaki çabaları nedeniyle örgütün en önemli varlıklarından biri durumundadır. (15)

Beşeri kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmak ise, etkin insan kaynakları stratejileri formüle etmek, uygulamak ve böylece insan kaynaklarının motivasyonunu artırmakla mümkün olabilecektir. Bu bağlamda, sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamada çalışanların motivasyon düzeyleri önemli bir role sahiptir. İnsan emeği, diğer üretim faktörleriyle birleşerek işletmenin amaçlarına katkıda bulunur. İş yaşamının kritik ve kaotik bir görünüm arz ettiği sanayi-ötesi çağda, çalışana iş ortamını ve çalışmayı benimsetmek ve bu doğrultuda örgütsel performansı arttırmaya çalışmak, yöneticilerin en öncelikli konuları arasındadır. (16)

Yöneticinin en önemli görevi, etkin bir örgüt yaratmaktır. Örgütsel performansı yükseltmektir. Astların etkin bir şekilde çalışması için onları motive etmelidir. İşgörenler, kendilerine verilen görevi etkin bir biçimde yerine getirmeye istekli olmalıdırlar. Verilen emirler ne kadar iyi düşünülmüş ve ifade edilmiş olursa olsun, bunların kesinlikle uygulanamayacağı sonucuna hemen varmak hatalıdır. İşgörenlerin belli bir 'kabul alanı' bulunur ve bu kabul alanı içindeki emirler yerine getirilir; dışında kalanlar ise pek yerine getirilmezler. Motivasyondan yararlanılarak 'kabul alanı' genişletilebilir. (5)

Kabul alanının genişletilmesi sonucu örgütün daha etkin verimli üretim yapması sağlanarak örgütsel performans maksimize edilir. Motivasyon araçlarının başarılı bir şekilde kullanılması ile işten ayrılma sayısı ve tükenmişlik düzeyi azalmakta, işe gelme ve geç kalmanın önlenmesi mümkün olmaktadır. Örgüt, bireyin gereksinimlerini karşılamada destek olmuyorsa, birey de örgüt için tüm gücünü vermeyebilmekte ve sonunda örgütten ayrılmalar olmaktadır. İşgücü devir hızının azaltıl-

masında motivasyonun önemi yatsınamaz. (17)

Örgütün sürekli kadrosunda bulunan personelinin verimli çalışması yüksek olacak, dolayısıyla örgütsel performansa katkısı olacaktır. Motivasyonun örgütsel performansı etkilemesinin yanında, örgütsel performans ölçümü de motivasyonu etkiler. Örgütsel performans ölçümü ile çalışanların hedefleri ile örgütsel hedefler arasında bağlantılar kurar. Böylece çalışan için katkıda bulunma düşüncesinden doğan motivasyon yaratır. Örgütsel performans kriterleri belirlenirken çalışanların katılımının sağlanması, onların fikirlerinin alınması ve örgütsel hedefleri yakalamak için yapmaları gereken ve yaptıkları katkıyı görebilmeleri onlarda motivasyon etkisi olacaktır. Dolayısıyla tüm çalışan faaliyetleri hedef doğrultusunda verimli şekilde gerçekleştirilerek örgütsel performansta olumlu gelişmelere yol açar.

Örgütsel performans beklentilerinin açıklıkla anlaşılmasını sağlamak amacıyla çalışanlar ile yönetim arasında iletişim gelişir. Böylece bu iletişim ile beraber çalışan motivasyonunda artışlar görülebilir. Doğru performans göstergelerine dayandırılması nedeniyle yönetim kararlarına duyulan güven artar. Kararların zamanında ve alınmasını ve daha tutarlı olmasını sağladığı için örgütsel performans ölçümü sayesinde çalışanların yönetime güven duygusu yükselir. Güven duygusunun var olduğu örgütlerde de çalışanların motivasyon düzeyleri artar. (18,19)

Sonuç

İnsanlar doğası gereği yaptıkları işten dolayı gerekli takdiri, desteği ve teşviki görmekten mutluluk duyarlar. Bunlar da beraberinde, çalışanlarda ciddiyet duygusunu, örgütsel bağlılığı, başarı ve yüksek bir işgücü potansiyelini ortaya çıkarır. Örgütün amaçları ile çalışanların beklentileri ve istekleri ortak bir noktada birleştirildiğinde, hem çalışanların motivasyonu artacak, hem de örgütsel performansda artışlar olacaktır. Çünkü örgüt, motive olmuş çalışanın yeteneklerinden maksimum düzeyde yararlanacaktır.

Sonuç olarak çalışan motivasyonu ile örgütsel performans yakın ilişkilidir. Motivasyonu düşük çalışandan verimli ve etkin üretim yapması beklenilemez. Çalışanların gereksinim ve beklentilerini belirleyerek onları motive edecek politikalar geliştirmek ve uygulamak yöneticilerin görevlerinden biridir.

Kaynaklar

1. Can Halil, *Başarı Güdüsü ve Yönetim*

Başarı,Hacettepe Üniversitesi,İ.İ.B.F.yayın No.12, Ankara,1985

2. Young P.Thomas, *Motivation and Emotion: A Survey Of The Determinants of Human and Animal Activity*, 3.th edition, New York, 1996

3. Sabuncuoğlu Zeyyat ve Tüz M.,*Örgütsel Psikoloji,Ezgi kitabevi Yayınları,Bursa,1996*

4. Şimşek M.Şerif, *Yönetim ve Organizasyon*,8. Baskı,Günay Ofset,Konya,2005

5. Oral Saime, Kuşluvan Zeynep,*Motivasyon Konusunda oluşturulan Yaklaşımlar ve İşletmelerde Motivasyonu Arttırmaya Yönelik Olarak Kullanılan Araçlar,Verimlilikdergisi, MPM yayınları, Ankara,1997*

6. Akat İler,Budak Gönül,Budak Gülay, *İşletme Yönetimi*,Beta yayıncılık A.Ş.İstanbul,1994

7. Akçakaya Murat, Gazi Üniversitesi, İİBF Dergisi, Cilt.6, Sayı:2,Ankara,2004

8. Davis K.,Werther W.,*Human Resources and Personel Management*, Mc Graw Hill Int.,New Caledonia,1993

9. Eren Erol,*Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, 7.Baskı, Beta Yayıncılık A.Ş.İstanbul,2001

10. Kaynak Tuğray, *Organizasyonel Davranış*, İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, No:223, İstanbul,1990

11. Kubalı, Derya, "Performans Denetimi", Amme İdaresi Dergisi, Cilt: 32 Sayı:1, Ankara, Mart-1999

12. Çetin Deniz, *Performans Yönetim Sistemi ve Performans Değerlendirme Süreci Sonuçlarının Çeşitli İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevlerinde Karar Almaya Etkileri ve Bir Uygulama Örneği*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006

13. Songur Mehmet Mehmet, Mali İdarelerde Performans Ölçümü, Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 6, Ankara, 1995

14. Erdoğan İlhan, *İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul, 1991

15. Özgen Hüseyin, Öztürk Azim, Yalçın Azmi, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Kitabevi, Adana, 2002

16. Ögüt Adem, Akgemici Tahir, Demirsel M.Tahir, *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Örgütlerde İşgören Motivasyonu Süreci*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,Sayı:12,Konya, 2004

17. Serinkan Celalettin, Barutçu Esin, *Şirket Yöneticilerinin Motivasyon ve Tükenmişlik Düzeylerine İlişkin Bir Araştırma*, 14.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Bildiri Kitabı, Mayıs 2006, Erzurum

18. Koçel, Tamer, *İşletme Yöneticiliği*, 9. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2003,

19. Ateş Metin, *Güdülenme*, <http://www.merih.net/m2/lid/wmetate25.htm>

Sağlık sektöründe insan odaklı ilişkilerin değişimi

Şule Yüksel Öztürk



1975 yılında Ankara'da doğdu. 1995-2000 yılları arasında Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Basım ve Yayıncılık Bölümü'nde lisans eğitimini tamamlayarak mezun oldu. Halen Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Ana Bilim Dalı'nda doktora eğitimine devam eden Öztürk, Milliyet ve Posta gazeteleri ile Marketing Türkiye dergisinde profesyonel gazeteci olarak çalışmasını takiben 2005 yılından itibaren Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Fakültesi bünyesinde araştırma görevlisi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Anadolu Üniversitesi Medya Merkezi'nde haber editörlüğü görevini de yürüten Öztürk, iyi derecede İngilizce bilmekte ve halkla ilişkiler, çevre sorunları, sağlık iletişimi konularında çalışmalar gerçekleştirmektedir.

İletişim sürecinin temel birimini oluşturan insan, enformasyon akışının kaynaktan alıcıya değin her aşamasında yer almaktadır. Süreci irdeleyen iletişim bilimi ise son yarım asırlık dönemde disiplinler arası özellik kazanmış ve birbirinden çok farklı alanlardaki uygulamaları incelemesi ve yorumlamasıyla da dikkat çekmiştir. Sağlık alanının da öznesinin insan olduğunu düşündüğümüzde 'Sağlık iletişimi' olgusunun yeni ve bü-

tünleşik bir disiplinlerarası faaliyet konusu olarak belirmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Son çeyrek yüzyıldır ivme kazanan sağlık iletişimi çalışmaları, bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere, iletişim kuramlarının uygulanması olarak ifade edilmektedir (Tabak, 1999:29).

Sağlık iletişimi kavramının bugün kazandığı anlam, tümüyle insan sağlığının yönetilmesi ve sosyal yaşam içerisinde desteklenmesi anlayışı çerçevesin-

de şekillenmektedir. Yaklaşımın bu çerçevenin dışında ve dar bir içerik ile ilişkilendirilmesi, sağlık iletişimi olarak anlaşılabilecek şeylerin, doktorun hastasına tedavi sürecini doğru ve anlaşılır bir şekilde açıklaması ile halk sağlığı uzmanlarının topluma sağlık bilgilerini basit bir dille ve doğru kanallardan geçerek aktarmasıyla sınırlandırılmasına neden olacaktır. Oysa iletişimin iki yönlü bir süreç olarak tanımlanması ve aynı zamanda bir etkileşim süreci olduğunun kavranması 'sağlık iletişimi'





kavramını daha geniş bir çerçeveye taşımaktadır (Erbaydar, 2003).

Sağlıkta iletişimin rolü, sağlık bilgisini oluşturmak, derlemek ve bilgilendirici bir biçimde paylaşmaktır. Çünkü iletişim, sağlık bilgisi, sağlık bakımı ve sağlığın desteklenmesi için en önemli kaynaktır; sağlıkla ilgili kararlarda, tedavilerde, davranışlarda stratejik bir kılavuzdur. İletişim sürecinde sağlık destek uzmanları, hedef kitlenin bilgisini, tutum ve davranışını etkilemek için sağlık bilgisiyle ilgili göze çarpan kanallarla aktarmak için ikna edici mesaj geliştirirler (Kreps, Bonaguro ve Query, 1998:1-2).

Sağlıkta iletişimin rolünün gündeme gelmesine paralel, konuyla ilgili ilk çalışmalar da yürütülmeye başlamıştır. Sağlık iletişimine ilişkin ilk çalışma International Communication Association (ICA) tarafından 1972 yılında gerçekleştirilmiştir. 1970'ler boyunca ICA tarafından üniversitelerde çalışma ve konferanslar düzenlenmesi ve konuyla ilgili kitap ve yayınların basılmasını takiben, sağlık iletişimi disiplinlerarası bir boyut kazanmıştır. 1985 yılında ise Speech Communication Association

(SCA) ilk sağlık iletişimi komisyonunu kurmuştur.

Sağlık iletişimi konusunda çalışmaların ivme kazanması ise 1992 yılında bu iki derneğin (ICA ve SCA) güçlerini birleştirmesiyle gerçekleşmiş ve yürütülen ulusal-uluslararası araştırmalar büyük bir hız kazanmıştır. Öyle ki, sağlık iletişimi geniş bir alan olan iletişim disiplini içerisinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Öncelikli olarak kamuoyunu bilgilendirme kampanyalarıyla başlayan sürece ilaç, pazarlama, sağlık hizmeti veren ve alanların da girmesiyle, sağlık iletişimi faaliyetleri kitleselleşmiştir. Tüm alanlarda sosyal öğrenme ve yeniliklerin yayılması teorileri kullanılarak kampanyalara bilimsel bir yaklaşım tarzı kazandırılmıştır (Rogers, 1994:211).

Bu çerçeveden hareketle sağlık iletişimi hem sağlık alanında çalışanlar hem de iletişim profesyonelleri tarafından ilgi gören bir saha olarak algılanmaya başlanmıştır. Konuya ilişkin yeni algılama biçimi, sağlık iletişimine iki boyuttan bakılmasına dayanmaktadır: Sağlık sektöründe çalışanların değerlendirmeleri ile iletişim profesyonellerinin

sağlık hizmetlerinin etkinliğini yorumlaması. Uygulama esaslı olmalarına rağmen, iki farklı gelenekten gelmelerinden kaynaklanan bir durumun gereği olarak, her iki alanın profesyonellerinin sağlık iletişiminde odaklandıkları noktalar farklıdır. Sağlık sektörü çalışanlarının hizmet sunumundaki temel yaklaşım noktasını üretkenlik, verimlilik ve psikolojik memnuniyet oluşturmakta iken iletişim sektöründe görev yapan uzmanların hizmet sunumuna ilişkin temel yaklaşım noktasını denetleyicilik, etkililik ve sosyo-politik duyurum oluşturmaktadır.

Sağlık sektörü çalışanları açısından sağlık iletişimi

Sağlık iletişimi, son yıllarda sağlık ve sağlığın desteklenmesi sürecinde insan etkileşiminin rolüne ilişkin pek çok araştırmanın odak noktası olmuştur. Sağlık iletişimi, sağlığın desteklenmesine yönelik olarak hem sağlık hizmetini veren hem de sağlık hizmetinden faydalanan açısından bir açılım sağlamıştır. Bu açılım, sağlığın desteklenmesi ve bakım konusunda sağlık politikalarının geliştirilmesini desteklemektedir (Kreps, 1989). Sağ-



Sağlık sektörü çalışanları için iletişim süreci, hastanın yerine kendisini koyabildiği (empati), tedavi süreci ve sonrasında hasta ve hasta yakınları ile dengeli bir iletişim kurabildiği ve geliştirebildiği ve kurumsal ilişkilerde hastanın güvenini yitirmemesini sağlayacak bir içerikte gerçekleşmelidir.

lık profesyonelleri açısından bakıldığında sağlık iletişimi, sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alanlar arasında geçen, iletişimin kişilerarası, grup içi, gruplar arası ve kurumsal iletişim gibi boyutlarına tekabül eden bir bağlamda gerçekleşmektedir.

Sağlık iletişimine sağlık bakımının yerleştirilmesi açısından yaklaşıldığında üç temel faktör öne çıkmaktadır. Şekil 1'de görülen bu faktörler, ilişki, işlem ve bağlam olarak ifade edilmektedir. İlişkiler açısından bakıldığında etkileşimli dört boyut görülmektedir: Sağlık çalışanları ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkiler, sağlık çalışanı ve diğer kişiler (refakatçi, hasta yakınları vb.) arasındaki ilişkiler ile hasta ve diğer kişiler arasındaki ilişkiler. İlişki düzlemi iletişimin kişilerarası iletişim ve gruplar arası iletişim boyutundaki kurumlara incelenmektedir. Sağlık iletişimini etkileyen önemli etmenleri ortaya koyan işlemler faktöründe ise sözlü ve sözsüz iletişimin tüm boyutlarının kullanıldığı görülmektedir. Sağlık iletişimi durağan bir süreç değildir; insan hayatı boyunca değişik noktalar-

da onun hayatını etkileyen etkileşimli bir süreçtir. Bu açıdan sağlık iletişiminin işlemler faktöründe, geribildirim devamlılığı ve katılımcıların kendi iletişimlerini düzenlemeleri önem arz etmektedir. İletişim ortamını etkileyen, güven, empati vs. kavramların tümünü bu faktör kapsamaktadır. Bağlam boyutu iletişime ilişkin büyük etkilerin görüldüğü boyuttur. Bu boyutta sağlık profesyonellerinden hastalara, hastaneden, hemşire odasına, bekleme odasından kliniklere kadar gerek insan gerekse insana ilişkin fiziksel koşullar yer almaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetini veren ve alan kişi sayısı da bu faktör içinde yer almaktadır (Northouse ve Northouse, 1998:17-21).

Sağlık hizmeti sırasında gerçekleşen iletişim değişkenleri hizmeti veren ve hizmeti alan ki buna doktor-hasta ilişkisi de diyebiliriz, açısından çeşitli dinamiklere bağlıdır. Empati, kontrol (kişisel ya da ilişkisel), güven, kendini açma, onaylama gibi (Northouse ve Northouse, 1998:71-72). İletişim ise her koşulda vardır.

Burada sıralanan değişkenler, hekim ile hasta arasında kurulacak etkili iletişimin temel değişkenleridir. Çünkü normal koşullarda eşitler arasında olduğunda diyalog şeklinde gelişen ve simetrik bir yapıya sahip olan iletişim, enformasyon sahibi olmaktan ve kurumsal bir yapının parçası olarak yer almaktan kaynaklanan güce bağlı koşullarda simetriklikten çıkar ve yatay ya da dikey bir hiyerarşiye dönüşür. Güç sahibi olmanın iletişim sürecindeki yansıması iletişimin zaman, mekân ve içerik bakımından kontrol edilmesidir.

Hekim ile hasta arasında gerçekleşen iletişimde de, hekimin sahip olduğu kamusal-kurumsal otoriteden ve sağlık problemlerinin çözümüne ilişkin bilgi-den dolayı asimetrik bir yapıya sahiptir. Asimetrik iletişim, simetriğe dönüştürülmediği ve bir denge kazandırılmadığı

sürece taraflar arasında diyaloga kapalıdır. İletişimi enformasyona sahip olan taraf yönetir ve yönlendirir. Hekim, hastanın teşhis ve tedavisinde hastayla ilgili kararları tek başına alarak, hastadan sadece söylenenlerin yapılmasını isteyebilecektir. Hekimi sağlık sorunlarının çözümüne kaynak olarak gören hasta ise kendisini ona bağımlı hissettiği için bu süreçte pasif kalıp ve hekimin beklentilerini gerçekleştirebilecektir.

Bu noktada belirtmek gerekmektedir ki, enformasyona sahip olan otoritenin yarattığı itaat, gönüllü bir itaattir. Hasta, çoğu zaman kendi isteğiyle hekime itaat etmektedir. Hastanın, hekimin kendisinin bilmediği bir bilgiye sahip olduğuna olan inancı, hekimin kararlarına uymasına ve gerek bedenen gerekse ruhen kendisini onun güvenli ellerine teslim etmesine neden olur (Arslan, 2005). Sağlık sektöründe çalışanlar açısından bu tarz bir iletişim süreci, hızlı, kesin ve kararlı bir ilişkinin yürütülmesini sağlamakla birlikte sürdürülemezdir.

Sağlık sektörü çalışanları için iletişim süreci, hastanın yerine kendisini koyabildiği (empati), tedavi süreci ve sonrasında hasta ve hasta yakınları ile dengeli bir iletişim kurabildiği ve geliştirebildiği ve kurumsal ilişkilerde hastanın güvenini yitirmemesini sağlayacak bir içerikte gerçekleşmelidir. Sağlık sektöründe empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır; empatinin kurulabilmesi için karşısındaki kişinin duygu ve düşünceleri doğru olarak anlaşılmalıdır. Empati kuran kişinin, zihninde oluşan empatik anlayışın, karşısındaki kişiye iletilme davranışı olmalıdır (Odabaşı, 1995:18).

İletişim profesyonelleri açısından sağlık iletişimi

İletişim profesyonelleri açısından sağlık iletişimi, sağlık haberlerinin

medyada nasıl sunulduğu, sağlıkla ilgili kampanyaların geniş kitlelere nasıl ulaştırılması gerektiği ve sağlık kurumunun tanıtılması gibi bütünsel kurumsal iletişim süreci ile ilişkilidir. Sağlık kurumunu kâr amaçlı bir organizasyon olarak görüp tanıtım ve halkla ilişkiler faaliyetlerini içeren kurumsal iletişim boyutu ile sağlıkla ilgili çalışmaların geniş kitlelere ulaştırılmasını içeren kampanya boyutu, medya, tanıtım ve kurumsal pazarlama profesyonellerinin faaliyet konuları içerisinde yer almaktadır.

Sağlık iletişimini yaygınlaştırmakta ve kitlelerle buluşturmakta medyanın desteği şarttır. Çünkü medya halkı ilgilendiren konulardaki en önemli bilgi kaynağıdır. Medya, sağlığın toplumsal koşullarla ilişkilendirildiği durumlar için de önemli bir tartışma platformudur. Medya ve sağlıkla ilgili insan davranışları pek çok araştırmanın da konusu olmuştur. Flay'ın 1987, Flay ve Burton'un 1990 yılında gerçekleştirdikleri medyanın halkın sağlık konusundaki farkındalığını, tutum ve bilgisini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmaları; Brown ve Potosky'nin 1990 yılında yürüttükleri sağlık haberleri ile reklamların ilişkisini inceleyen çalışma, Signorielli ve Montgomery'nin 1990 yılında yayımlanan medyada eğlence içeriği ile sağlıkla ilgili içeriğin nasıl yer aldığı ve halkın doğru ve yanlış bilgilendirmeye nasıl sevk edildiğine yönelik çalışma, literatürün oluşmasına öncülük eden çalışmalar olarak gösterilebilecektir (Hofstetter, Schultze ve Mulvihill, 1992).

Medya içeriğinde sağlık sektörüne ilişkin enformasyonun nasıl yer aldığı ve medyanın halk sağlığının desteklenmesinde üstlendiği rol, sağlık iletişimin çalışma konularından birini oluşturmaktadır. Medya kanallarında ve iletişim tarzlarında sağlıkla ilişkili mesajların nasıl ve ne düzeyde yayıldığına ilişkin veriler Tablo 1'den (Salmon ve Atkin, 2003) takip edilebilecektir. Bu kapsamda, sağlık iletişiminde en etkili iletişim kanalı ve iletişim biçimi, tele-

vizyonda reklâm, gazetede haber ve editöre yazılan mektup ile internete e-posta'dır. Mesaja maruz kalma oranı açısından da televizyon kanallarında reklâm, haberler, magazin ve eğlence programları, radyoda konunun uzmanlarıyla gerçekleştirilen telefon görüşmeleri ve reklamlar, gazetede haberler, araştırma-inceleme yazıları ve reklamlar, açıkavada da billboardlar en etkili iletişim içeriği olarak anlam kazanmaktadır. Amaçlanmış hedef kitleye ulaşmada en etkili araç olarak ise internet göze çarpmaktadır. Sağlık içeriğine ilişkin gündemin oluşturulmasının en etkili yöntemin televizyon ve gazete haberleri olduğu ise araştırmaların ortak sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine ilişkin reklamlar sınırlı ve katı bir denetim altında yürütülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların yürüttükleri çalışmaların temel noktalarına ilişkin bilgilendirmede, yeni hizmetlerin tanıtımında, kalite imajının kurgulanmasında ve halkın, hastanenin varlığı hakkında bilgi sahibi olmasında halkla ilişkiler teknikleri önem kazanmıştır. Bu çerçevede sağlık iletişiminde gerçekleştirilen hizmetlerin yüzde 94'ü gazete ve dergiler, yüzde 73'ü radyo, yüzde 65'i doğrudan posta, yüzde 33'ü televizyon, yüzde 23'ü açıkavada ilanları, yüzde 27'si de broşür ve haber mektupları ile duyurulmaktadır (Karahana, 2008). Ülkemizde internet sağlık iletişimi açısından hızla gelişen bir mecra olmasına karşın, ülke genelinde internet erişimi ve kullanımının düşüklüğü, hizmetlerin duyurumu ve ürünlerin tanıtımında web tabanlı mesajların kullanımını güçleştirmektedir.

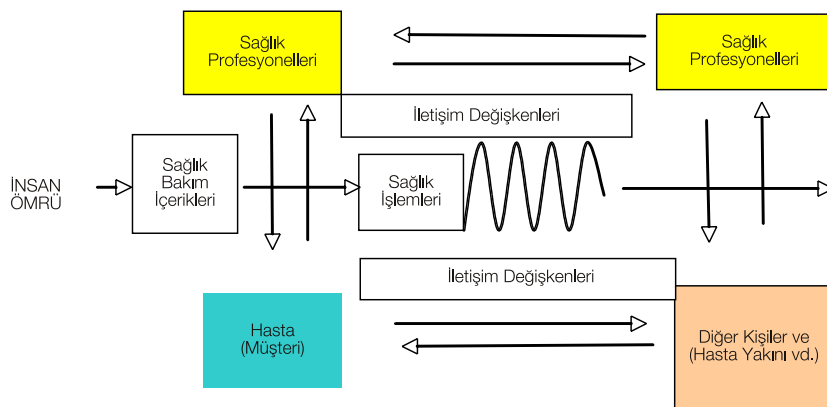
Sağlık kampanyaları

Sağlık iletişiminin sağlık kampanyası amaçlı kullanımındaki dönüm noktası 1972 yılında gerçekleştirilen Stanford Kalp Rahatsızlıklarını Önleme Programı olmuştur. Program ile sağlık iletişimi-

Sağlık iletişimi konusunda çalışmaların ivme kazanması 1992 yılında bu iki derneğin (ICA ve SCA) güçlerini birleştirmesiyle gerçekleşmiş ve yürütülen ulusal-uluslararası araştırmalar büyük bir hız kazanmıştır. Öyle ki, sağlık iletişimi geniş bir alan olan iletişim disiplini içerisinde kendine önemli bir yer edinmiştir.

mi kavramının sağlığın desteklenmesi ve salgınların önlenmesi boyutlarında kampanyalar düzenlenmiştir. Bu kampanyalar daha sonra, düzenli egzersiz, beslenme alışkanlıklarında değişiklik, stresi azaltma gibi kampanyalarla da çeşitlendirilmiştir (Rogers, 1994). Sağlık kampanyalarının etkin şekilde kullanılması Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata'da gerçekleşen zirve sonrasında rastlamaktadır. 1980 yılında Alma-Ata'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü Zirvesi'nde belirlenen ilkeler, önleyici sağlık hizmeti çerçevesinde, sosyal adaletin ve hakkaniyetin (equity) önemine vurgu yapmış ve hastalıkların önlenmesi perspektifini 'herkes için sağlık' sloganı ile bir dizi hedefe bağlamıştır. Bu doğrultuda şekillenen 'Temel Sağlık Hizmetleri' olgusu, toplumun her kesimine ulaştırılması öngörülen, yeterli beslenme, temiz içme suyu, temel ilaçlar, aşılama hizmeti, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması gibi temel koşulları tanımlamaktadır. Temel Sağlık Hizmetleri, hastalıkların önlenmesi perspektifinin sosyal adalet, hakkaniyet ve erişilebilirlik ile genişletilmesi anlamına gelmektedir. Bu gelişmelerin en önemli sonuçlarından birisi sağlık konusunun giderek artan biçimde multidisipliner bir alan haline gelmesi olmuştur. Sağlık iletişimiyle birlikte, salt kliniğin sağlık alanı üzerindeki egemenliği sona ermiştir. Hizmetlerde hastalıkların önlenmesinden sağlığın desteklenmesine doğru dönüşüm yaşanması alandaki köklü değişimin de önünü açmıştır (Erbaydar, 2003:46). Tüm bu süreç toplumun katılımıyla yürütülen yeni sağlık programlarının uygulamaya sokulmasını sağlamıştır. Bu programların yaygınlaştırılması için de sağlık kampanyaları önem kazanmıştır. Bebeklerim ilk 6 ay anne sütü ile

Şekil 1. Sağlık İletişim Modeli



Kaynak: Northouse ve Northouse, 1998:17.

2000'li yıllarda sağlık sektörünün bir bütün olarak kurumsal reform sürecine girmesi ve uluslararası şirketlerle bütünleşmesi ise tek tek, bağımsız kampanya planlama yaklaşımının terk edilerek bütünleşik kurumsal iletişimin yapılandırılmasına neden olmuştur.

beslenmesi, HIV/AIDS ile mücadele, meme kanserinin önlenmesi, bebek ölümlerinin azaltılması, diyabetik hastalıklarla mücadele edilmesi gibi sağlık konusunda çok sayıda kampanya gerçekleştirilmiş ve gerçekleştirilmeye

devam etmektedir. İnsanların gündelik hayatına giren, sağlıklı beslenme, zararlı maddelerden uzak durma gibi kampanyalar ise artık gündelik yaşama ait birer kültürel olgu olup, insan hayatının ve ilişkilerinin değişmez normları haline gelmeye başlamıştır.

Sonuç

Genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık iletişimi ile ilişkili ve yeni bir sağlık yaklaşımının parçası olan bütün süreç ve kampanyaların merkezinde insan ilişkilerinin yer aldığı görülmektedir. Sağlık kurumlarının tanıtımı, hastanın sağlık kurumunu ve sunulan hizmeti benimsemesini; kolay ve hızlı hizmet alımı ise hastanın memnuniyetini ve ileriye dönük hizmet verimliliğini olumlu yönde etkilemektedir. Bu çerçevede hastanelerdeki halkla ilişkiler faaliyetleri oldukça önem kazanmıştır.

Sağlık kurumları kendilerini hedef kitleye tanıtmak ve onlardan destek olarak varlıklarını sürdürmek için halkla ilişki-

lerin önemini anlamak ve bütünleşik kurumsal iletişimlerinin bir parçası olarak bu faaliyetlere gereken desteği sağlamak zorundadırlar. Bu zorunluluk, sağlık kurumlarının halkla ilişkiler bakımından diğer organizasyonlara kıyasla daha fazla potansiyel soruna sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Hastaneler örgüt yapısı itibarıyla diğer kurumlardan büyük farklılıklar taşımakta, hedef kitlesi ise, sağlık hizmetlerinin kapsamı göz önünde bulundurulduğunda, çok daha fazla ilgi bekleyen gruplardan oluşmaktadır. Bu çerçevede de söz konusu kitlelere ulaşmak ve onlarda istenilen değişiklikleri yaratmak diğer kurumlara oranla daha fazla çaba gerektirmektedir (Yurdakul, Çoşkun ve Öksüz, 2007).

Sağlık kurumları 1990'lara değin sadece broşür, bülten ve hastane içinde danışma standı açarak halkla ilişkiler faaliyetlerini yürütürlerken 1990'lı yıllarla birlikte hem sağlık hizmetlerinin sektörel bakımdan dönüşmesi hem de ücret ve katılım payı bakımından sık

Tablo: Sağlık mesajlarının yayılımında iletişim kanallarının ve mesaj biçiminin rolü

Medya ve Mesaj Biçimi	Erişim ¹	Ulaşım ²	Hedef ³	Derinlik ⁴	Güvenilirlik ⁵	Gündem Belirleme ⁶
TELEVİZYON						
Duyuru Spotları	+	+++	++	++	++	++
Reklâmlar	+++	+++	++	++	++	++
Haberler	++	++	++	++	+++	+++
Haber Programları	++	++	+++	+++	+++	++
Kamusal Mesaj-Duyuru	+++	+	+++	+++	+++	+
Magazin Programları	+	+++	++	+++	++	++
Eğlence Programları	+	+++	++	++	++	++
RADYO						
Duyuru Spotları	++	+++	+++	+	++	++
Reklâmlar	+++	+++	+++	+	++	++
Haberler	++	++	+++	+	++	++
Uzmanlarla Telefon Görüşmeleri	+++	++	+++	+++	++	++
GAZETE						
Reklâmlar	+	+++	++	+++	++	+++
Haberler	+++	+++	++	+++	+++	+++
Araştırma-İnceleme Yazıları	++	+++	+++	+++	++	++
Köşe Yazıları	++	++	+++	+++	++	++
Editöre Mektup	+++	++	++	++	++	+
DERGİ						
++	++	+++	+++	++	++	++
İNTERNET						
+++	++	+++	+++	++	+	
BILLBOARD						
++	+++	+++	+	+	+	
TİYATRO						
++	++	+++	++	+	+	
SİNEMA						
+++	+	+++	+++	++	+	
EL İLANI-BROŞÜR						
++	+	++	+++	++	+	
DOĞRUDAN POSTA-MEKTUP						
++	++	+++	+++	++	+	

Kaynak: Salmon ve Atkin, 2003.

Etki Düzeyleri +++ = yüksek ++ = orta+ = düşük

1) Kampanyanın erişilebilirliğinin derecesi

2) Toplumun genelinin kanaldaki mesaja maruz kalma miktarı

3) İletişim kanalı aracılığıyla amaçlanmış hedef kitleye ulaşma

4) Karmaşık ve ayrıntılı içeriğin ifade edilebilmesi için kanalın kapasitesi

5) İletişim kanalı aracılığıyla taşınan mesaj içeriğinin inanılabilirliği

6) Konunun öneminin fark edilmesinde kanalın gücü



sık krizlerle karşı karşıya kalmaları nedeniyle farklı halkla ilişkiler stratejileri geliştirme yoluna gitmişlerdir. 2000'li yıllarda sağlık sektörünün bir bütün olarak kurumsal reform sürecine girmesi ve uluslararası şirketlerle bütünleşmesi ise tek tek, bağımsız kampanya planlama yaklaşımının terk edilerek bütünleşik kurumsal iletişimin yapılandırılmasına neden olmuştur. Günümüzde sektörün iletişim talep ve ihtiyaçları dikkate alınarak, bütünsel bir kurumsal iletişim planı tüm düzeyleri kapsayacak ve tüm düzeylerde tutarlı olacak şekilde ortaya çıkarılmaktadır (Kaya, 2003:395).

Sağlık kurumları uluslararası ölçekte kâr amaçlı kuruluş olmalarının ötesinde ulusal ölçekte de stratejik yapılanmalar olarak tanımlanabilecektir. Kurumsal iletişim faaliyetlerinin bütünleşik bir yapıda yürütülmesinin temelinde bu çeşitlilikler yer almaktadır. Günümüzde sağlık sektöründe temel halkla ilişkiler faaliyetleri şu başlıklar altında gerçekleştirilmektedir (Spingston ve Lariscy, 2003:540-543):

Kurumun varolan imajını korumak ve marka değeri inşa etmek,

Kurumun yapısında değişim gerçekleştirmek,

Hizmetlere ilişkin yeni teknolojilerin tanıtımını yapmak,

Sektörün imajını düzeltmek veya yeniden yapılandırmak,

Sağlık konuları ve ürünleri konusunda olumlu kamuoyu iklimi yaratmak,

Koruyucu sağlık hizmetleriyle ilişkili olarak hastaların eğitilmesini sağlamak,

Sağlık ücretleri ve sağlık hizmetlerindeki zaman sorunu konusunda sağlık hizmeti veren ve alan arasındaki dengiyi oluşturmak,

Pazarlama faaliyetlerine katkıda bulunmak.

Sağlık iletişiminin konu edinildiği araştırmalar, daha önce de belirtildiği gibi Rogers'ın yeniliklerin yayılması modeli ve Bandura'nın sosyal öğrenme modeli çerçevesinde şekillenmektedir. Modellerin tasarladığı ve uygulamaların ulaşmak istediği nihai sonuç ise hastalıkların tedavi edilmesi, ilaçların ruhsatlandırılması ya da sağlık sektöründe çalışanların nitelikli olmasının sağlanması değildir. Sağlık iletişimi ile amaçlanan, evrensel bir sağlık vizyonunun oluşturulması, geniş kapsamlı ve tüm toplumun katılımını içeren bir hedefler zinciri belirlenmesi ve tüm tarafların enfomasyona erişiminin etkin bir biçimde yönetimidir. Bu amaçlar doğrultusunda, sağlık iletişiminin bireysel, kurumsal ve sosyal çıkarları dengelemesi ise önümüzdeki sürecin temel tartışma konusunu oluşturacaktır.

Kaynaklar

Arslan, A. (2005). *Samsun 19 Mayıs Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hekim Hasta İletişimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Samsun.

Erbaydar, T. (2003). "Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi". *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 4 (25): 45-51.

Hofstetter, C. R., Schultze, W. A. & Mulvihill, M. M. (1992). "Communications Media, Public Health, and Public Affairs: Exposure in a Multimedia Community". *Health Communication*, 4 (4): 259-271.

Karahan, Ö. (2008). "Sağlık Sektöründe Hizmet Pazarlaması ve Halkla İlişkiler" <http://www.merih.net/m1/womekar23.htm> [erişim tarihi 29.06.2008].

Kaya, B. (2003). *Bütünleşik Kurumsal İletişim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kreps, G., Bonaguro, E. W. & Query, J. L. (1998). "The History and Deveelopment of the Field of Health Communication". p. 1-15. in *Health Communication Research: Guide to Development and Direction*. L. D. Jackson and B. Duffy (eds.) Westport: Greenwood Press.

Kreps, G. (1989). "Setting the Agenda for Health Communication Research and Development: Scholarship That Can Make a Diffirence". *Health Communication*, 1 (1): 11-15.

Northouse, L. L. & Northouse, P. G. (1998). *Health Communication Strategies for Health Professionals*. Stanford: Pearson Education.

Odabaşı, Y. (1995). *Pazarlama İletişimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Rogers, E. M. (1994). "The Field of Health Communication Today". *American Behavioral Scientist*, 38 (2): 208-214.

Salmon, C. T. & Atkin, C. (2003). "Using Media Campaigns for Health Promotion". p. 449-473 in *Handbook of Health Communication*. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, R. Parrott (eds.) London: Lawrence Erlbaum Associates. Spingston, J. K. & Lariscy, R. A. (2003). "Health as Profit: Public Relation in Health Communication". p. 537-557 in *Handbook of Health Communication*. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, R. Parrott (eds.) London: Lawrence Erlbaum Associates.

Tabak, R. S. (1999). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Literatür.

Yurdakul, N., Çoşkun, G. ve Öksüz, B. (2007). "Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneğinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma". *Osman-gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2 (1): 31-46.

Türkiye'nin acil sorunu: Acil yardım hizmetlerinde reorganizasyon

Dr. Salih Kenan Şahin



1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'te başladığı SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevinden geçtiğimiz yıl istifa etti.

Ülkemiz sağlık hizmetleri son 5 yıl içerisinde hızlı değişimler yaşamakta ve önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Acil yardım hizmetleri bu değişimlere ne yazık ki ayak uyduramamış olup bu alanda kayda değer bir değişim ve dönüşüm gerçekleşmemiştir. Hâlbuki sağlıkta dönüşümün temel direklerinden birisi belki de en önem-

lisi etkili bir acil yardım hizmetinin gerçekleşmesidir.

Etkin olmayan acil yardım hizmeti sağlık alanındaki diğer organizasyonları da olumsuz etkilemektedir. Aile hekimliği pilot uygulamasının yapıldığı illerde sistemin ve hekimlerin en büyük problemi acil vakalardır. Aile hekimliğine geçen her bölge özgün yöntemlerle sorunu küçültme çabasına girişmektedir. Aynı sorun özel sektör için de önemli bir problemdir. Tüm merkezlerin acil oluşturması zorunlu olmakla bir-

likte çalışma usulü ve çalışan hekimler tam kayıtlı hale gelmeye uygun değildir. Özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin acil uygulamalarını nasıl yönetecekleri ve yürütecekleri çok önemli bir problemdir. Tüm sağlık kuruluşlarının acil ünitelerinin olması ve acil hizmetinin yılın tüm gün ve saatlerinde aralıksız sürdürülmesi zorunluluğu, kuruluşların etkinlik ve maliyetlerini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir.

Zorunlu hizmetin geri dönüşünde, artık kangren haline gelmiş acil sorununun



önemli bir etkidir. Bakanlığımız hizmetin hakkaniyet içinde en ücra noktaya ulaşabilmesi için uzman hekimleri yurt dışında en küçük ilçelere dahi gönderme çabası içinde olmakla birlikte hekimlerin etkili ve verimli çalışacağı imkânların oluşturulmaması haklı şikâyet konusudur. Acaba iyi yürüyen etkili acil yardım hizmetlerimiz ulaşabilseydi en ücra noktaya uzman hekim gönderme politikasına ihtiyaç olur muydu?



İyi olmayan acil organizasyonu çok sayıda hekim ve sağlık personelinin acil ünitelerinde görevlendirilmesini zorunlu kılmakta, hekimlerin gereksiz kullanıldığı önemli bir kara delik haline dönüştürmektedir. Bu düzensiz çalışma uzman hekimlerin gerekliliği tartışılır çok sayıda nöbet tutmalarına sebep olmakta bu da çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir. Uzman Hekim sayısının Avrupa Birliği normlarına göre neredeyse üçte bir oranında, pratisyen hekim sayısının da yarı yarıya az olduğu ülkemizde hekim kaynağının daha etkili yönetilmesinin önemini daha da belirginleştirmektedir.

Acil sisteminin iyi organize olmadığı yapılarda problemlerin çıkması kaçınılmazdır. Çıkan problemler kolaylıkla kamuoyuna yansiyabilmekte ve kamuoyuna yansıyan bu problemler yapılmış olan tüm başarılı çalışmaları yok saydırmaktadır. Nitekim acil konusunda Başbakanlığın bir genelge yayınlama ihtiyacı da son derece manidardır.

Acil hizmetinin problemleri

Türkiye'de acil hizmeti, hastanelerin inisiyatifine terk edilmiş bir alandır. Hastaneler ise acil hizmetlerini zevkle yürütmemektedirler. Çünkü ekonomik anlamda etkin olmayan bu hizmetin riski yüksektir. Çalışanlarca pek tercih edilmemektedir ve organizasyonu güçtür. Acile başvuran hastaların psikolojisi olumsuz olmakta ve önemli ölçüde problem çıkarmaya meyillidirler. Dolayısıyla acil, hem kuruluş açısından maliyeti yüksek, getirisi az yani efektif ve kazançlı değil, hem çalışanlar açısından yorucu ve bezdirici hem de yöneticiler için ciddi bir sıkıntı aracıdır.

Kimin acil kabul edileceği kavramı tartışmalı bir durumdur. Aslında eğer kişi kendini acil hissediyorsa acil yardıma ihtiyacı vardır. Ancak acile başvuran hastaların çok büyük bir kısmının acil müdahaleye ihtiyacı olmayan hasta grubu olduğu da bilinmektedir. Eğer iyi bir triaj (özelliklerine göre ayrıştırma) yapılamazsa gerçek acil vakalar mağdur olabilmektedir.

Ülkemiz Acil üniteleri de etkili bir yapıda değildir. Pek çok yerde kamu ve

özel acil servis ya da üniteleri bulunmaktadır. Bunun yanında çok sayıda ambulans servisleri de vardır. Tüm sağlık kurumları acil hizmeti vermekle yükümlüdür. Ancak hiçbiri kendini sizin bütün probleminizi çözmek zorunda hissetmemektedir. Genel yaklaşım ilk fırsatta ve mümkünse hastayı sevk etmektir. Acil vakaların etkili çözümü ve hangi merkezin ne düzeyde çözüm ve katkı sağlayacağı konusunda bir standart yoktur.

Acildeki temel problemlerden biri, acil serviste nöbet tutan hekimlerin acil müdahale konusundaki yetersizliğidir. Hastanelerin hemen tamamında acil servisler pratisyen hekimler üzerinden yürümekte ve uzman hekimler konsültan olarak hizmete dahil olmaktadır. Ülkemizde acil hizmetlerini sunabilmek için bir sertifikaya ihtiyaç yoktur. Biyokimya uzmanı, KBB uzmanı, dermatolog, intaniye uzmanı gibi spesifik uzmanlığı olan hekimler acil serviste hastanıza ilk müdahale eden hekim olarak karşınıza çıkabilirler. Bu, hastalar açısından olduğu kadar hekimler açısından da sıkıntılı bir durumdur. Acilde çalışan hekimler ve sağlık personeli mutlu değildirler. Herkes hayatına kaldığı yerden devam edebilmek için kendini nöbet saatinin bitişine şartlamıştır.

Acil yardımın önemli parçalarından biri de ambulans sistemleridir. Maalesef ambulans sistemi hala hekimler üzerinden yürümektedir. Bugün herkes bilmektedir ki gelişmiş ülkelerde ambulansların yegâne görevlisi paramediklerdir (ATT -acil tıp teknisyenleri). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 13 bin 761 ATT vardır. Ancak buna rağmen hala pek çok yerde şoförler, hemşireler ve hekimler sistemin önemli bir bölümünde yer almaktadır.

Ambulans sisteminde çalışan hekimler blok nöbet tutmaları sayesinde kalan zaman içinde ikinci bir işte çalışabilme şansına sahip olmalarına rağmen mutlu değildirler. En büyük sorunları, aldıkları acil hastayı hangi merkeze götürecekleri ve kabul ettirip ettiremeyecekleridir. Pek çok hastanenin kapısının

Türkiye gibi afetlerin, kazaların yoğun olduğu bir ülkede acil organizasyonlarının etkili ve yeterli olmayışı beklenmeyen durumların daha yüksek olumsuzluklar ve zayıflatlarla sonuçlanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle acil sistemimizin acilen yeniden yapılanması sağlık hizmetlerinin sağlığı açısından kaçınılmaz bir zorunluluktur.

dan geri döndürülmekte ve hastayı o hastaneden bu hastaneye taşımaktadır. Bunun stresi ambulans hekimlerinde ciddi çöküntüye neden olmaktadır.

Büyük hastanelerin de acil sorunları fazladır. Acil servislerine her türlü hasta başvurmakta, diğer özel ya da resmi hastanelerin almak istemedikleri hastalar onlara sevk edilmektedir. Bu hastanelerde acil hizmeti nöbetçi personelin dinlenmesine fırsat vermeden 24 saat aynı yoğunlukta devam etmekte bu da çalışanlarda ciddi bir bezginliğe yol açmaktadır.

Türkiye gibi afetlerin, kazaların yoğun olduğu bir ülkede acil organizasyonlarının etkili ve yeterli olmayışı beklenmeyen durumların daha yüksek olumsuzluklar ve zayıflatlarla sonuçlanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle acil sistemimizin acilen yeniden yapılanması sağlık hizmetlerinin sağlığı açısından kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu konudaki önerilerimizi ikinci yazımızda detaylı olarak ortaya koyacağız.

İnmeli hastaya her zaman yapılacak bir şeyler var

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. Bunun yanı sıra; 1997'den bu yana Cerrahpaşa Tıp Fakültesi epilepsi cerrahisi grubunun nöropsikoloji konsültanı, 2004'ten bu yana da Anadolu Sağlık Merkezi davranış nöroloji konsültan hekimi olarak çalışmaktadır.

İnme, bütün dünyada önde gelen sakat kalma ve ölüm nedenlerinden biridir. İnme fizyopatolojisinin daha iyi bilinmeye başlaması ve akut inme için yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, inme hastalarına karşı olan geleneksel inkârcı/yok sayıcı yaklaşımı yavaş da olsa değiştirmektedir. Akut inmenin, acil protokolü içindeki yerini alması, inme için özelleşmiş birimlerde uygulanan tedavinin inme geçiren hastaların prognozunu olumlu şekilde etkilediğinin gösteril-

mesi ile inme üniteleri'nin gündeme gelmesi, değişen yaklaşımın elle tutulur sonuçları olacaktır.

Tanım: İnme, merkezi sinir sisteminde iskemik ya da kanamaya bağlı olarak aniden gelişen nörolojik defisit şeklinde tanımlanır. İnmelerin yaklaşık olarak yüzde 75'ini iskemik inmeler oluşturur. Belirtiler ve bulgular etkilenen beyin bölgesine göre değişmekle birlikte en sık; karşı beden yarısında güçsüzlük ve/veya duyu kaybı, afazi, apraksi, dizatri, diplopi, vertigo, nistagmus, atak-

si, hemianopsi, bilinç bozuklukları ve konfüzyonel tablolar biçiminde izlenir.

Epidemiyoloji: İnme, endüstrileşmiş ülkelerde, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra üçüncü en sık ölüm nedenidir. Avrupa'da yıllık mortalite oranları, 100 bin 63.5 ile 273.4 arasında değişmektedir. Her yıl, 100 bin kişide 100 ila 200 yeni inme olgusu görüldüğü tahmin edilmektedir.

İnme ve ona yaklaşım bakımından 3 dönemden bahsetmek uygun olur.







Henüz inmenin geçirilmediği, ama yüksek bir riskin bulunduğu dönem. Bu döneme 'asemptomatik dönem' ve bu dönemdeki yaklaşıma 'primer koruma' ismini vermekteyiz.

İnme geçirilmesinden sonraki dönem. Bu dönemde inme geçirmiş kişilerde yeni inme ataklarının ortaya çıkmasına engel olabilmek için alınması gereken tedbirler söz konusudur ki buna 'sekonder korunma' ismini vermekteyiz.

İnme geçirme anı ve hemen sonrası, yani akut dönem.

Primer Koruma: (İnme geçirmemiş ve yüksek riskli kişilerde inme atağı ortaya çıkmasına engel olabilmek için alınması gereken tedbirler)

A. Yaşam Biçiminde ve Risk Faktörlerinde Değişiklik: Primer koruma ile asemptomatik kişilerde inme riskinin azaltılması amaçlanmaktadır. Değiştirildiklerinde inme riskini azalttığı bilinen çeşitli durumlar ve yaşam biçimi faktörleri tanımlanmıştır:

Arteriyel Hipertansiyon: Hipertansiyon inmenin en sık karşılaşılan değiştirilebilir risk faktörüdür. Hipertansiyonun tedavi edilmesi inme riskini azaltır. Kan basıncı ölçümleri düzenli sağlık kontrollerinin en önemli unsurlarından biridir. Yaşam biçiminde yapılacak değişikliklerle kan basıncı normal düzeylere (<140/<90 mm Hg ya da diyabetiklerde <135/80 mm Hg) düşürülmelidir. Hipertansiyonu olan hastaların çoğunda normal kan basıncı düzeylerini elde etmek için farmakolojik tedavi de gerekir.

Diabetes Mellitus: Diyabet iskemik inme için bağımsız bir risk faktörü ola-

rak kabul edilmektedir. Hiperlipidemi Serum kolesterol düzeyleri düzenli kontrol edilmelidir ve yüksek ise öncelikli olarak yaşam tarzı değişiklikleri ile düzeltilmeye çalışılmalıdır.

Sigara Kullanımı: Sigara kullanımı inme için bağımsız bir risk faktörüdür.

Alkol Tüketimi: Ağır alkol tüketimi iskemik ve hemorajik inme riskini artırır.

Fiziksel Aktivite: Düzenli ve sağlıklı fiziksel aktivite inme riski ile ters orantılı gibi gözükmemektedir. Bu, vücut ağırlığı, kan basıncı, serum kolesterolü ve glukoz toleransı üzerine olan yararlı etkilerine de bağlanabilir.

Diyet: Tuzdan fakir, doymuş yağ oranı düşük, meyve ve sebze içeren liften zengin bir diyet önerilmektedir. Vücut kütle indeksi yüksek olan kişiler kilo vermeyi sağlayıcı bir diyet uygulamalıdır.

Hormon Replasmanı: İnmenin primer korumasında hormon replasman tedavisi ve antioksidan vitamin tedavisi önerilmemektedir.

B. Antitrombotik ilaçlar ve Antikoagülasyon: Yani kan sulandırıcı tedaviler. Bunlar, henüz inme geçirmemiş kişilerde kullanılarak olası bir inmenin önüne geçmek amaçlanmaktadır. Bu konudaki önerilenler ve önerilmeyenler şunlardır.

ASA (Aspirin): 45 yaş üstü, asemptomatik hastalarda, inme riskini azaltmak için düşük doz ASA önerilebilir. İnme- de primer koruma amacıyla diğer antitrombotik ilaçlar önerilmemektedir.

Antikoagülasyon: Atrial fibrilasyonu

(AF) olan asemptomatik hastalara ve özellikle, kalp yetersizliği ve kapakçık hastalığı gibi eşlik eden kalp hastalıkları nedeniyle yüksek risk altında olanlara, özel durumları dikkate alınarak farklı protokollerle antitrombotik primer koruma uygulanmalıdır.

Asemptomatik Karotis Stenozunda Cerrahi ve Endovasküler Tedavi:

Asemptomatik hastalarda karotis endarterektomisinin (KEA) değerlendirildiği çalışmalardan elde edilen sonuçlar halen tartışma konusudur. Sadece, karotis stenozu yüzde 60'ın üzerinde olan, cerrahi riski düşük olan (<%3) ve yaşam beklentisi en az beş yıl olan hastaların cerrahiden yarar görmesi beklenmektedir. Stendli veya stendsiz anjiyoplasti asemptomatik hastalara önerilmemektedir.

Sekonder Koruma: İnme geçirenlerde yeni bir inme atağı riski hiç inme geçirmemiş olanlara göre daha yüksektir. Bu nedenle inme geçirmiş kişilerde yeni inme ataklarının ortaya çıkmasına engel olabilmek için tedbir alınmalıdır.

A. Risk Faktörlerinin kontrol altına alınması:

Antihipertansif Tedavi: İnme ya da GİA sonrası, kan basıncı bir diüretik ve/veya bir ACE inhibitörü ile düşürülmelidir.

Kolesterol Düşürücü Tedavi: Non kardiyembolik İskemik inme ya da GİA öyküsü olan hastalarda statin tedavisi önerilmektedir.

Sigara Kullanımı: İnme geçirenler sigarayı bırakmalıdır.

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): Postmenopozal kadınlarda inmenin sekonder koruması için HRT kullanım endikasyonu ve vitamin tedavisi endikasyonu yoktur.

Fiziksel Aktivite: Düzenli ve sağlıklı fiziksel aktivite, tuzdan fakir, doymuş yağ oranı düşük, meyve ve sebze içeren liften zengin bir diyet önerilmektedir. Vücut kütle indeksi yüksek olan kişiler kilo vermeyi sağlayıcı bir diyet uygulamalıdır.

Uyku apnesi: Uyku apnesi var ise tedavi edilmelidir.

PFO (Patent foramen ovale): Kriptojenik inmelerde ve yüksek riskli PFO'larda endovasküler PFO kapatması önerilir.

B. Antitrombotik ilaçlar ve Antikoagülasyon: Bu tür tedaviler özellikle inme geçiren hastalarda daha da önem kazanmaktadır. Antikoagülasyon ilkeleri, primer korunmadakinden farklıdır.

Antitrombotik ve antikoagülanlar: tekrarlayıcı iskemik inme riskini etkili bir şekilde azalttığı kanıtlanmıştır.

Cerrahi ve Endovasküler Tedavi: Karotis endarterektomisi (KEA), semptomatik hastalarda şu öneriler doğrultusunda perioperatif komplikasyon oranı yüzde 6'dan düşük olan merkezlerde kullanılabilir; KEA, yeni (<180 gün) iskemik olay yaşamış, ancak ağır bir nörolojik defisiti olmayan ve stenozu yüzde 70 ile yüzde 99 arasında değişen hastalarda endikedir. İnmeyi takibeden ilk 2 hafta içinde yapılması önerilir. KEA, darlık oranı yüzde 50'nin altında olan hastalara önerilmemektedir. Antitrombotik tedavi cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında uygulanmalıdır. Karotis stentinin semptomatik ve asemptomatik hastalarda KEA'ya eşdeğer olduğu yönünde bir kanıt yoktur. Karotis PTA, KEA'nın kontrendike olduğu hastalarda veya darlığa cerrahi olarak ulaşamayacak bölgelerde olan hastalarda uygulanabilir. Karotis PTA ve stent uygulaması, ilk KEA veya radyasyon sonrası gelişen darlıklarda da endike olabilir. Hastalara, stent uygulamasının hemen öncesinde, sırasında ve sonrasında en az 1 ay süreyle klopidogrel ve ASA kombinasyonu verilmelidir. Semptomatik intrakraniyal darlıklarda endovasküler tedavi seçeneği değerlendirilmelidir.

Akut dönem: Son dönemde, en azından bazı hastalarda inmenin erken döneminde trombolitik tedavi gibi mortalite ve morbiditeyi azaltıcı etkin tedaviler geliştirilmiştir. Bunun yanı

sıra, hastanın hayatta tutulması ve olası sakat bırakıcı durumların azaltılmasında inmenin akut durumunda uygulanan etkin ve buna özelleşmiş yaklaşım biçimleri geliştirilmiştir. Bunlar aslında hastanın yakından izlenmesini ve ortaya çıkabilecek olan enfeksiyon, O₂ azalması, beyin ödemi, nöbetler, yüksek ateş, vb. in tedavisi gibi komplikasyonların etkin tedavilerini içermektedir. Akut dönemdeki inme hastasına gereken bu bütüncül yaklaşım için 'inme ünitesi' kavramı geliştirilmiştir.

Trombolitik tedavi: İskemik inmede erken dönemde trombolitik tedavi uygulanması, tıkalı bir intrakraniyal arterin rekanalizasyon yöntemiyle açılmasının, etkilenen bölgedeki dolaşımı erken dönemde onardığı ve penumbadaki geri dönüşümlü olarak haraplanmış nöronal dokuyu koruduğu görüşüne dayanmaktadır. İntravenöz tPA (0.9 mg/kg; maksimum 90 mg), iskemik inmenin başlamasını izleyen 3 saat içinde, dozun yüzde 10'u bolus şeklinde, geri kalanı 60 dakika süreli infüzyon olarak önerilir. İnmenin başlangıç zamanı kesin olarak bilinmiyorsa i.v. tPA tedavisi önerilmemektedir. Buna, inmenin uyku sırasında geliştiği ve bulguların uyandıktan sonra belirlendiği hastalar da dâhildir.

Erken Rehabilitasyon: İnme sonrası bağımlı kalan hasta sayısını azaltabileceğinden rehabilitasyona mümkün olduğunca erken dönemde başlanmalıdır. Programın yoğunluğu hastanın duruma ve fonksiyon kaybının derecesine bağlıdır. Bilinç kaybı gibi durumların varlığında aktif rehabilitasyon mümkün değilse, kontraksiyon, eklem ağrısı, yatak yaraları ve pnömoni riskini en aza indirmek amacıyla pasif rehabilitasyon uygulanmalıdır. Kronik semptomatik inmesi olan hastalar sosyal çevrelerinde desteklenmelidir. Bu, aile hekimine gidebilme, ayaktan rehabilitasyon servislerinden yararlanma, sekonder koruma ve psikososyal fonksiyonların desteklenmesi gibi durumları kapsar.

İnme Üniteleri: İnmeli hastaların genel servisi yerine inme ünitelerinde tedavi edilmelerinin mortalite, özürlülük ve bakımevi gereksinimini belirgin bir şekilde azalttığına ilişkin çok açık kanıtlar vardır. İnme ünitesi, hastanenin yalnızca inme hastalarının bakımını üstlenen bir ünitesi ya da bölümüdür. İnme üniteleri özel olarak eğitilmiş bir ekip ve multidisipliner tedavi ve bakım yaklaşımı ile karakterizedir. İnme ekibini oluşturan temel disiplinler şunlardır: Tıbbi (nörolojik ve dahili/kardiyolojik), hemşirelik, fizyoterapi, uğraşı terapisi, konuşma terapisi ve sosyal danışma. Farklı tiplerde inme üniteleri



İnme sonrası bağımlı kalan hasta sayısını azaltabileceğinden rehabilitasyona mümkün olduğunca erken dönemde başlanmalıdır. Programın yoğunluğu hastanın durumuna ve fonksiyon kaybının derecesine bağlıdır. Aktif rehabilitasyon mümkün değilse, kontraksiyon, eklem ağrısı, yatak yaraları ve pnömoni riskini en aza indirmek amacıyla pasif rehabilitasyon uygulanmalıdır.

vardır: Akut inme ünitesi, kombine akut ve rehabilitasyon inme ünitesi, rehabilitasyon inme ünitesi ve inme ünitelerinin bulunmadığı hastaneler için oluşturulmuş gezici inme ekibi. Kombine inme üniteleri ile rehabilitasyon tipi inme ünitelerinde, hastalar uzun süre, bazen de, inme sonrası hastanede yatış süresi boyunca tedavi edilir. Randomize çalışmalarda ve meta-analizlerde etkin olduğu kanıtlanmış olan inme üniteleri bu tiptedir.

Kaynaklar

Stroke Management – Update 2003

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003

Cerebrovasc Dis 2003;16:311–337

Sağlık meslekleri ve sorunlar

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.

Herhangi bir "iş" in "meslek" olabilmesi için o alandaki iş yükünün gerektirdiği ihtiyaca uygun olarak meslekle ilgili bir eğitim-öğretim programı ile etik kurallarının gelişmesine ve mesleğin resmi makamlarca kabul görmesine gerek vardır. Ülkemizde bu süreç, genellikle bir öğretim kurumunda, talep üzerine ya da kendiliğinden, bir eğitim-öğretim programının başlatılması, bu programın ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından kabul görmesi, daha sonra da bu program ile yetişecek olan kişilere verilecek unvanın belirlenmesi şeklinde yürümektedir. Meslek örgütlerinin kurulması ve mesleki düzenlemeler için gereken mevzuat, genellikle bu sürecin ardından gelmektedir.

Meslek örgütünün ve meslek yasasının varlığı, o mesleğin yetki, hak ve sorumluluk alanlarının daha net tanımlanma-

sına, diğer mesleklerle olan çatışmaların en aza indirgenmesine, eğitim-öğretim programlarının daha gerçekçi ve doğru yapılabilmesine olanak sağlaması açısından önemlidir.

Ülkemizdeki sağlık meslekleri açısından karşı karşıya olduğumuz en önemli sorunlar şu şekilde sıralanabilir:

- * Sağlık mesleklerinin çeşitliliği ve sayısı yeterli değildir. Yetki ve güç alanının genişliğine almış olan geleneksel meslekler, yeni mesleklerin ortaya çıkışına kolay kolay izin vermemektedir.
- * Meslek mensuplarının sayısı ve dağılımı toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde yeterli değildir.
- * Mesleki eğitim-öğretimde kalite sorunu vardır. Neredeyse var olan tüm sağlık mesleklerinde kalite sık sık sorgulanmaktadır.

*Eğitim-öğretim programları hazırlanırken ülkenin gerçekleri, sektörün ihtiyaçları çoğu zaman göz önünde tutulmamakta, ilgili sektör ile üniversitenin etkili bir işbirliği kurulamamaktadır.

*Mesleki örgütlenmeler yeterli değildir, var olanlar etkin değildir ya da amaca uygun çalışmamaktadır.

* Sınırlı sayıda meslek dışında mesleki yasal düzenlemeler yetersizdir.

* Meslek örgütlerinin ve yasal düzenlemelerin yetersizliğine bağlı olarak çok sık yaşanan hukuki ve etik sorunlar, mesleki saygınlığın aşınmasına neden olmaktadır.

Dünyada sağlık meslekleri

Sağlıkla ilgili işler ve sağlık meslekleri konusunda dünyanın çeşitli yerlerinde birbirinden çok farklı uygulama ve ta-



nımlamalara rastlamak mümkündür. Bunlar arasında en derli toplusu olan ve Dünya Sağlık Örgütü'nce hazırlanan "Sağlık İşgücü Küresel Atlası", sağlık mesleklerini mesleki eğitim, yasal düzenlemeler ve iş tanımlarını dikkate alarak sınıflandırmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) Uluslararası Standart İş Sınıflandırması, UNESCO'nun Uluslararası Standart Eğitim Sınıflandırması ve Birleşmiş Milletler İstatistik Bölümü'nün Uluslararası Standart Ekonomik Faaliyetler Sınıflandırması dikkate alınarak yapılan bu sınıflandırmaya göre sağlık işgücü için 9 başlıkta toplanan bir kısa sınıflandırma, bir de 18 başlıkta toplanan ayrıntılı sınıflandırma listesi bulunmaktadır.

Ayrıntılı sınıflandırmaya göre sağlık işgücü kapsamındaki meslek grupları şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hekimler: Pratisyen ve uzman hekimleri kapsar.
2. Hemşireler: Profesyonel hemşireler, yardımcı hemşireler, belgeli hemşireler ile diş hemşireleri, halk sağlığı hemşireleri, gibi hemşirelik mesleklerini kapsar.
3. Ebeler: Profesyonel ebeler, yardımcı ebeler ve belgeli ebeleri kapsar.
4. Diş hekimleri: Diş hekimlerini kapsar.
5. Diş teknisyenleri ve yardımcıları: Diş hekimi yardımcıları, diş teknisyenleri ve benzeri meslekleri kapsar.
6. Eczacılar: Eczacıları kapsar.
7. Eczacı yardımcısı ve teknisyenleri: Eczacı yardımcıları, teknisyenlerini ve benzeri işlerde çalışanları kapsar.
8. Laboratuvar bilimcileri: Laboratuvar bilimleri ile ilgili meslekleri kapsar.
9. Laboratuvara teknisyenleri ve yardımcıları: Laboratuvar teknisyenleri ile laboratuvar hizmetlerinde yardımcı olan her türlü personeli kapsar.
10. Radyologlar: Radyografi ile ilgili işlerle ilgili tüm meslekleri kapsar.
11. Çevre ve halk sağlığı çalışanları: Çevre Sağlığı teknisyenleri, sağlık memurları, hijyenistler, halk sağlığı gözlemcileri, sıtma savaş elemanları, gıda sağlığı ile uğraşanlar ile çevre ve halk sağlığını ilgilendiren diğer işlerle ilgili meslekleri kapsar.
12. Toplum sağlığı çalışanları: Toplum sağlığı memurlarını, toplum sağlığı eğitimcilerini, aile sağlığı çalışanlarını, kadın sağlığı çalışanlarını, halk ebelerini ve benzeri meslekleri kapsar.

13. Geleneksel tıp uygulayıcıları: Geleneksel ve bütüncü tıp uygulamaları ile ilgili tüm meslekleri kapsar.

14. Geleneksel doğum yaptırıcılar (ara ebeleri): Halk arasında doğum yaptırma becerileri ile bilinen ara ebelerini kapsar.

15. Tıp asistanları: Klinik tıp branşlarında yardımcı olan meslekleri kapsar.

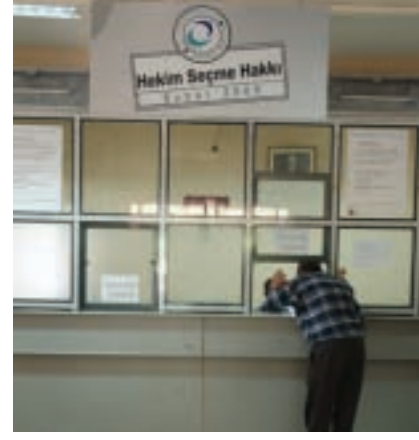
16. Kişisel bakım çalışanları: Sağlık kurumlarında ya da evde bakım hizmetleri sunumunda görev alan ve her türlü kişisel bakım işi ile ilgili meslekleri kapsar (bakıcılar, refakatçiler, vb.).

17. Diğer sağlık çalışanları: Diyetisyen ve beslenmeciler, uğraşı terapistleri, optometrist ve optisyenler, fizyoterapistler, podiatristler, psikologlar, solunum terapistleri, konuşma bozuklukları terapistleri, tıp stajyerleri, tıbbi cihaz operatörleri gibi meslekleri kapsar.

18. Sağlık yönetimi ve destek hizmetleri: Her türlü sağlık hizmetlerinin yönetiminde rolü olan sağlık yöneticileri, sağlık ekonomistleri, sağlık hukukçuları, sağlık istatistikçileri, tıbbi kayıt ve sağlık enformasyonu teknisyenleri, ambulans sürücülerini ile sağlık hizmetlerine destek sunan her türlü mesleği kapsar.

Dikkat edileceği gibi bu sınıflandırma çok genel bir sınıflandırma olup her başlık altında çok sayıda meslek yer almaktadır. Bu mesleklerin, ülkelere ve zaman göre değişiklik ve çeşitlilik göstermesi nedeniyle ayrıntılı bir dökümünü çıkarmak kolay değildir. Örneğin, üniversite düzeyinde eğitim-öğrenim gerektiren bir sağlık mesleği için gelişmiş batı ülkelerinde ortalama 70 - 80, çoğu zaman 100'ün üzerinde programa rastlamak mümkündür. Sağlık meslekleri konusunda çeşitliliğin hayli fazla olduğu Hindistan ve Çin'deki meslekler de dikkate alındığında sağlıkla ilgili yüzlerce mesleğin varlığı söz konusudur.

Bu mesleklerin tümünün her ülke için gerekli olup olmadığı, ya da var olan mesleklerinin tümünün bilimsel olup olmadığı ayrı bir tartışma ve yazı konusudur. Ancak, gerçek olan, tüm bu mesleklerin sağlık alanındaki bir ihtiyaç nedeniyle ortaya çıktığı ve kabul görek zaman içerisinde kalıcı hale geldiğidir. Gelişmiş ülkelerde eskiden beri var olan ve yoğun şekilde hizmet sunan, uğraşı terapisti, sosyal çalışmacı, optisyen, solunum terapisti, chiropractor, podiatrist, sağlık hukukçusu, sağlık ekonomisti, gibi daha pek çok mesleğin, ülkemizde hiç olmaması ya da var olanların ciddi sorunlarla boğuşuyor olması düşündürücüdür. Ülkemizde, bir yandan gelişmiş batı ülkelerinde var olan yeni mesleklerin gelişmesine



Ülkemizde, bir yandan gelişmiş batı ülkelerinde var olan yeni mesleklerin gelişmesine fırsat verilmezken diğer yandan da geleneksel sağlık uygulamaları bilimsellik adına tamamen dışlanmaktadır.

fırsat verilmezken diğer yandan da geleneksel sağlık uygulamaları bilimsellik adına tamamen dışlanmaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan iki yönlü muhafazakâr tutum sonucu sağlık mesleklerinde olması gereken evrim ve çeşitlenme gerçekleşmemekte, her anlamdaki yetersizlik sürmektedir. Demokrasimizde, müziğimizde, düşünce ve fikir hayatımızda çok sesliliğe karşı gösterilen tepkileri ve tahammülsüzlüğü dikkate aldığımızda bu durumu belki de olağan karşılamak gerekir.

Mesleki uzmanlaşmanın çok gelişmediği, sağlık meslek sayısının az olduğu ülkelerde bazı mesleklerin uğraş alanına giren işlerin diğer meslekler tarafından üstlenildiği görülmektedir. Bu durum bir yandan o mesleğin işyükünü artmasına, diğer yandan da o mesleğin güç alanının genişlemesine neden olmaktadır. Mesleklerin evrimi sırasında yaşanan bu durum, iş yükü fazlalığı nedeniyle aynı alanda yeni bir mesleğin ortaya çıkmasını gerektirmekle birlikte, güç alanının paylaşılması sonucunu getireceği için hoş karşılanmamaktadır. "Mesleki emperyalizm" olarak isimlendirilen bu çelişkili durum, yeni mesleklerin kabul görmesini ve yetkili makamlar tarafından düzenlenmesini geciktiren önemli bir faktördür. Ülkemizde, sayıları gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olan sağlık mesleklerinin halen karşı karşıya olduğu en önemli sorunlardan birisi budur.

Sağlıkta finansmanın açmazları ve paket fiyat uygulamaları

Dr. Halis Doğan

Ülkemizde son yıllarda sağlık bakım, ödeme ve yönetim sistemlerinde baş döndürücü değişimler gerçekleşmiş ve gerçekleşmektedir. Yapılacak daha pek çok şey varsa da gelinen nokta oldukça önemlidir. Hastanelerimiz ve bakım sistemlerimiz daha çağdaş ve dünyayla yarışabilecek düzeyde ilerlemektedir.

SSK hastanelerinin devri ve sonrasında Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasıyla sağlık finansmanı ve kayıt altına alınma konusunda ciddi aşamalar kaydedilmiş, sağlık mevzuatı, organizasyonu ve yönetiminde ciddi reformlar yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir.

Artık sağlıkta piyasa, rekabet, ekonomi kavramları yerine oturmaya başlamıştır.

Hala belli tarih ve kalıplarda takılı kalmış istisnalar olsa da sağlık hizmetinin ekonomik boyutu ciddiyle tartışılmaktadır. Elbette sağlığın ekonomik boyutları dışında, sosyal boyutları ve siyaseti etkileyen boyutları da çok önemlidir.

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti gibi karmaşıktır. Rekabet ekonominin temel direklerinden. Sağlık hizmetlerinde rekabetin diğer hizmet sektörlerindeki ile benzer yanları sınırlıdır. Sağlıktaki rekabetin zorluğunu şöyle sıralayabiliriz¹:

1. Sağlık hizmetleri ertelenemez. İhtiyaç doğduğu anda hizmeti tüketmeniz gerekiyor.

2. Fiyat esnekliği acil hizmetlerde olmaz. Çoğu zaman kampanyaları bekleyemezsiniz. 3. Hizmetler çok pahalıdır. Amerika'da yıllık enflasyon hızı yüzde 2-3 oranında seyrederken, sağlık enflasyonunu yüzde 8-9 dur.

4. Kalitesinin de ölçümü yapılamaz. Yapılan bir işin ne işe yaradığını on yıl sonra görürsünüz.

5. Dışsalılık taşıması da çok önemlidir. Hastayı bilgilendirerek, koruyucu hekimlik faaliyetleriyle aslında gelecek hasta sayısını azaltırsınız.

6. Sağlık sektörü tekeli bir sektördür. Diploması olmayan sağlık sunmaya girmez. Pazardaki serbest giriş, serbest çıkış kuralı burada işlememektedir.

7. Hizmeti alan kişilerle hizmeti sunan kişiler arasında bilgi asimetrisi vardır. Hizmet sunucu karşısındakinin ne kadar hizmeti, ne şekilde tüketeceğine karar vermektedir.

8. Sadece bugünü düzenlemekle kendimizi sınırlandırmamız gerekmektedir. Politikalarımızın, ürettiklerimizin yarınlara sağlıklı nesilleri için de olmasını sağlamalıyız.



9. Hizmete en çok ihtiyaç duyanlar en düşkünler ve en parasızlardır.

10. Sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlara cevap vermesi beklenir ancak ihtiyacın ne olduğunu tam bulma imkânımız yoktur. Bunun yerine talep kullanılır. Talep kolaylıkla körüklenebildiği için bu anlayış bizi çok büyük bir yanılgıya götürmektedir.

11. Sağlık profesyonelleri, ödeme modellerine bakarak kendilerine en avantajlı olacak şekilde talebi yönlendirirler.

Sonuçta hizmetlerde en korktuğumuz şey;

- overuse (aşırı kullanım),
- underuse (yetersiz kullanım) ve
- misuse (yanlış kullanım, hizmetin doğru zamanda ve yerde doğru şekilde kullanılamaması)

olarak ifade edilen (şeytan üçgeni diye tanımlanabilir) durumdur.

Bu kadar karmaşık yapıyı finansal açıdan kusursuz idare etmek mümkün değildir. Sağlıkta “şeytan üçgeni” için zemin çok müsaittir. Bu durum kamu ve özel mülkiyetteki sağlık kurumları için yöntemleri farklı olabilsede daima vardır ve var olacaktır.

Sağlıkta yolsuzluk sadece ülkemizin değil dünyanın da önemli yolsuzluk başlıklarındandır. Bunu tamamen yok etmek mümkün olmasa da makul olanı bunu asgariye indirebilmektir. Asgariye indirmek için kullanılan tüm yöntemlerin sağlık hizmetlerine erişimi az veya çok olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Bu çabaların bir ucunda kötüye kullanım varken, diğer ucunda sağlık hizmetlerine erişimin zorlaşması söz konusudur.

Sağlık harcamalarının veya sağlığa ayrılan kaynakların azalması akılcı değildir. Sağlık için yapılan harcamalar gelişmişlik kistaslarından birisidir. Sağlığa harcama artmalı ancak kendi içinde kaynak kullanımı akılcı düzenlemelidir. Örneğin, toplam sağlık harcamaları içinde sağlık profesyonellerine yapılan ödemenin artması ve özellikle dışa bağımlı harcama kalemlerinde oransal azalma daha gerçekçi olacaktır.

Ödeyici kurumlar finansal kötüye kullanımı asgariye indirebilmek için çeşitli yöntemler kullanırlar. Bunlardan biri de ödeme yöntemleridir. Bu yöntemlerin amacı sağlık profesyonelleri ve kuruluşlarının gelir artışı düşünülecek aşırı ve kötüye kullanımının azaltılmasıdır. Konuyu daha anlaşılır kılmak için ödeme mekanizmalarını gözden geçirelim.

Sağlık profesyonellerine ödeme mekanizmaları:

- Maaş
- Verilen hizmet başına ödeme
- Kayıtlı kişi başına ödeme
- Performans ödemeleri
- Hedef ödemeleri (bonus)
- Karma ödeme sistemleri
- Maaş + bonus
- Maaş + hizmet başına
- Diğerleri

Sağlık hizmet kuruluşlarına ödeme mekanizmaları

- Hizmet başına ödeme (ek 8)
- Vakaya dayalı ödemeler
- DRG; tanıyla ilişkili gruplar
- Tedavi paketleri
- Poliklinik paketleri
- Günlük hesap ya da gün başına ödeme

- Blok kontratlar
- Maliyet ve hacim kontratları
- Kişi başına (capitation) ödemeler
- Tahsisli bütçeler²

Bugün dünyada ve ülkemizde sağlık kurumları ve ödeyici kurumlar bu yöntemleri belli ölçüde kullanmaktadır. Tüm yöntemlerin verimlilik, hizmete erişim, maliyet ve kötüye kullanım açısından avantajları ve riskleri değişmektedir.

Hizmete erişimin kolaylaşması, verimliliğin artması, maliyetin makul düzeyde tutulması ve kötüye kullanımın azaltılması gibi amaçların başarılması için sağlık profesyonellerinin desteği şarttır. Sağlık profesyonellerine rağmen bir sistemi sürdürmenin maliyeti çok daha yüksektir. Bugün dünyada sağlık profesyonellerinin ödemelerinin sağlık hizmet kuruluşları ödemelerinden nasıl ayrı yapılabileceği tartışılmaktadır. Ancak kötüye kullanımın başrol oyuncularının sağlık profesyonelleri olduğunu da vurgulamak gerekir.

Sistemin yönetilebilirliği karmaşıklıktan yönetimin kaynaklı açmazlar sistemin ana açmazları haline gelmektedir. Finansman aracı hizmet amacının önüne geçebilmektedir. Sistemin yönetilebilirliğini sağlayacak iki ana unsur vardır.

- Güven
- Empati

Tarafların rakip takım oyuncusu psikolojisinden aynı takımın farklı mevkilerinde oynayan anlayışa ulaşmaları gerekmektedir. GSS'yi sağlık hizmeti üstüne prangalar vuran yapı olarak dışlamak ve onunla çatışmak yerine finansman meselesini iyi kavramalı, daha etkin ve amaca uygun hale gelmesi için yapıcı ve geliştirici eleştiriler, öneriler daha iyi bir sistemin oluşmasına katkı sağlamak yerinde olacaktır.

Sağlıkta yolsuzluk, sadece ülkemizin değil dünyanın da önemli yolsuzluk başlıklarındandır. Bunu asgariye indirmek için kullanılan tüm yöntemlerin, sağlık hizmetlerine erişimi az veya çok olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Bu çabaların bir ucunda kötüye kullanım varken diğer ucunda sağlık hizmetlerine erişimin zorlaşması söz konusudur.

Ülkemizde bugün ayaktan ve yatarak tedavide hizmet başı (ek 8) ödeme yanında, yoğunlukla paket ödeme (ek9–10) yapılmaktadır. Danıştay'ın iptaliyle gündeme gelen her şeyin hizmet başı (ek 8) sistemi ile ödenmesinde geri dönüş ortamı ciddi bir kargaşadan kurtarmıştır. Çünkü bu sistem aşırı kullanımı tetikleyeceği gibi, çok doküman, çok hata, çok kesinti getirecek ve GSS ile sağlık kurumlarını çatışmaya sürükleyecekti.

Yapılması gereken, bardağın boş tarafını eleştirmek yerine doldurulmasına katkı sağlanmasıdır. Paketlerin de birçok aksayan yanları mevcuttur. DRG denen tanıyla ilişkili gruplar üzerinde halen süren çalışmalar tamamlanınca sorunların daha da azalacağını ümit etmekteyiz.

GSS tarafı da başta sağlık profesyonelleri olmak üzere tüm tarafların etkin katkısını sağlayacak güven artırıcı girişimler gerçekleştirmelidir.

Kaynaklar

1: Şahinkaya, K. Sağlıkta Özelleştirme, (H. Sur panel konuşmasından) SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 7, Yaz-2008

2: Sur, H. Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları sdplatform.com Köşe Yazısı: <http://www.sdplatform.com/KoseYazisi.aspx?KID=20>

Elektronik sağlık kaydı ve mahremiyet

İlker Köse



1977 Nevşehir'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003'te tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimine devam etmektedir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu. 2003'ten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı projeler: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

Hayatı kolaylaştırma, verimliliği artırma ve mobil hizmet özellikleri sayesinde bilgisayar ve internetin hayatımıza oldukça hızlı bir şekilde girmiş olması, bireylerin ve toplumların bu ürünleri nasıl, nerede ve ne için kullanacağı konu-

sunda doğru ve sağlıklı bir kültürün oluşmasını zorlaştırmıştır. Sağladıkları faydalar nedeniyle kullanıcılar tarafından sorgusuzca kabul gören bu ürünler, son günlerde yol açtıkları sorunlar nedeniyle önemli tartışmaların odağına yerleşmiş durumdadır. Bu sorunların başında ise, kişisel bilgilerin, özellikle de kişisel sağlık bilgilerinin mahremiyetinin ihlali yer alıyor.

Sağlık sektörü, bilişim konusunda hızlı bir yükseliş yaşamaktadır. Özellikle son 20 yılda, hastanelerde, sağlık ocaklarında, aile hekimlerinde, laboratuvarlarda, görüntüleme merkezlerinde, kan ve doku bankalarında müstakil ya da birbiriyle entegre bilgi sistemleri kullanılıyor. Hatta bu bilgi sistemleri, sağlık hizmetinin verimini ve kalitesini artırmak için vazgeçilmez araçlar ola-





rak görülmeye başlandı. Bunun neticesi olarak daha önceleri ciddi bir sorun olarak görülmeyen veya en azından bir ihlal söz konusu olsa bile faili kolaylıkla bulunabilen kişisel mahremiyet konusu hepimizi hazırlıksız yakalamış önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Bilişimle büyüyen sorun: Mahremiyet

O kadar hazırlıksız yakalandık ki, tıp, hukuk ve bilişim uzmanları bu konuyu tartışmak üzere bir araya geldiklerinde, sorunu doğru bir şekilde tanımlamakta bile zorlanmaktadırlar. Diğer taraftan, bilişim imkânlarının şimdiye kadar mahremiyet konusu dikkate alınmadan kullanılagelmiş olması, mahremiyeti koruma adına alınabilecek önlemlerin, şimdiye kadar kullanmaya alıştığımız bilişim imkânlarının bir kısmından feragat etmemizi gerektirecektir ki, bu dahi problemin çözümünü zorlaştıran önemli bir etken olacaktır.

Ancak, bireysel hak ve özgürlüklerin giderek önem kazandığı modern dünyada, kişisel bilgilerin mahremiyeti konusu bir an önce ve ülke şartlarına uygun bir şekilde çözülmek durumundadır.

Kavramları doğru kullanmak

Sağlık bilgilerinin mahremiyeti konusunda çözüm bulmak amacıyla bir oturum yapıldığında ilk göze çarpan şey, tarafların konuyu doğru tespit etmekte zorlanmalarıdır. Tıp, hukuk ve bilişim uzmanları, meseleyi alışageldikleri kavramlarla tanımlamaya gayret ettikleri için, sorunu doğru tarif eden bir kavram üzerinde uzlaşmakta zorlanmaktadırlar. Bu arada, aynı kavramın, farklı disiplinler tarafından farklı algılanması da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortada dolaşan kavramlardan bazıları şunlardır: “Gizlilik”, “güvenlik”, “bilgi güvenliği”, “hasta güvenliği”, “mahremiyet”, “özel yaşam”, “kişisel haklar”.

Tartışma sırasında bunlardan birkaçı peşpeşe zikredildiğinde, bu kavramların taraflarda uyandırdığı anlamlar farklı olduğundan, problemi tanımlama ve çözüm için ortak bir tartışma zemini bulmakta zorlanılmaktadır.

Örneğin, “güvenlik” kavramı, bilişim dünyasında veri ve ağ güvenliği kapsamında anlaşılan ve başlı başına bir sektör haline gelmiş müstakil bir branştır. Bugün artık bilgi güvenliği alanında çalışan sertifikalı bilişim uzmanları mevcuttur. Bu uzmanlardan güvenli bir bilgi sistemi kurmaları istendiğinde, askeri yöntemleri andıracak bir metodoloji takip ederler. Önce korumaları gereken değerleri (veri, verinin bütünlüğü, sürekli ve istikrarlı hizmet sunu-

mu, kurumsal saygınlık vb.) güvenlik altına alabilmek için optimum maliyetle uygulanacak “güvenlik politikaları” geliştirirler. Politikanın belirlenmesi için öncelikle bir “risk analizi” yapılır. Risk analizinde sırasıyla, korunacak değerlerin envanteri çıkarılır, ardından bu değerlerin kime ve hangi tehditlere karşı korunacağı konusunda analizler yapılır. Tehditlerin türleri, geliş şekli ve yöntemleri düşünülür. Muhtemel bir zarar karşısında ivedi ve orta vadeli “geri kazanma maliyetleri” hesap edilerek, bir değeri korumak için ne kadar maliyete katlanılabileceği gibi gayet teknik çalışmalar yapılır.

Neticede ortaya çıkan politika, kuruma ait bir politikadır. Bu nedenle kurumda çalışan kişilerin hizmet sözleşmelerine bile dâhil edilir ve imza ile teminat altına alınır. Sonuç olarak, bir bilişimci “güvenlik” söz konusu olduğunda ne yapacağını gayet iyi bilir. Yeter ki, bu mühendislik çalışması için probleme ait sınır koşulları mevcut olsun. Ancak “hasta bilgilerinin güvenliği”nden bahsedip, sınır koşullarını tanımlamazsak, bilişimcinin kafasında canlanan şey, sunucu güvenliği, saldırılara karşı önlemler ve kendi içerisinde yetkilendirme özelliği olan otomasyon sistemlerinin kullanılması gibi oldukça temel önlemlerden ibarettir ki, bunlar mahremiyet ihlallerinin önlenmesi için yeterli olmayan oldukça teknik konulardır.

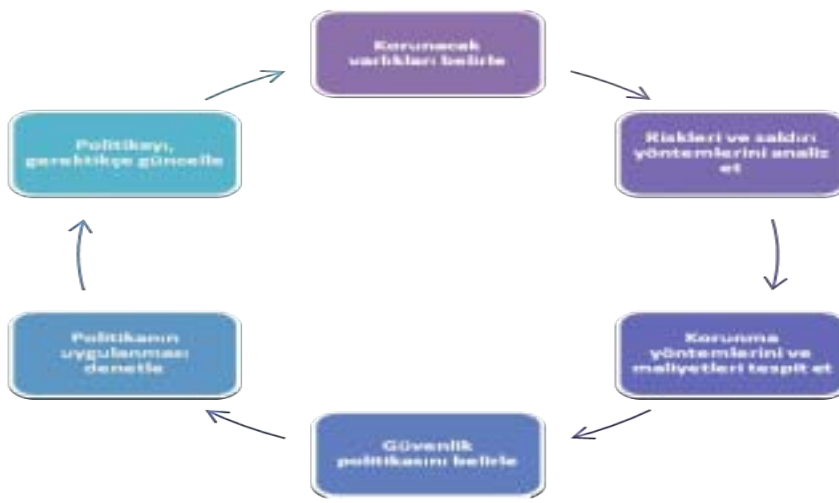
Örneğin hangi doktorun, otomasyon içerisinde yer alan bir sağlık verisine hangi şartlarda erişebileceği ve bunun nasıl denetleneceği gibi konular bilişimcinin ilk aklına gelecek konular arasında yer almaz. Kaldı ki, bir bilişimci bunlara çözüm bulmayı kendi uzmanlığı kapsamında da görmez. Bilişimcinin güvenlik politikası belirleyebilmesi için “sınır koşulları” olarak algılanmak üzere daha önceden hazırlanmış bir mevzuat olmalıdır. Bu nedenle mahremiyet konusu, sadece güvenlik uzmanı bilişimcilerin eline bırakılmayacak kadar çok yönlü bir problemdir. Zaten ileride açıklayacağımız üzere, sorun da tam bu noktada başlamaktadır.

Kavram uyumsuzluğu konusuna bir başka örnek de belki “hasta güvenliği” kavramıdır ki, temel anlamda “hastalara yardım ederken, zarar vermekten kaçınma” şeklinde tariflenmiştir. Tıp disiplini tarafından, hastaya verilen sağlık hizmetinde yükselen bir değer olan “hasta güvenliği”, bir çatı kavram olarak hastanın kişisel mahremiyetini de kapsayabiliyor olsa da, doğrudan bu anlamı çağrıştırdığını ve mahremiyet konusunda düzenleyici hususlar ortaya koyduğunu söylemek zor. Nitekim sayıları giderek artan hasta hakları dernekleri bile, hangi hakkın hangi şartlar altında sahip olunduğu ve bu hakların

O kadar hazırlıksız yakalandık ki, tıp, hukuk ve bilişim uzmanları bu konuyu tartışmak üzere bir araya geldiklerinde, sorunu doğru bir şekilde tanımlamakta bile zorlanmaktadır. Bilişim imkânlarının şimdiye kadar mahremiyet konusu dikkate alınmadan kullanılagelmiş olması, mahremiyeti koruma adına alınabilecek önlemlerin, şimdiye kadar kullanmaya alıştığımız bilişim imkânlarının bir kısmından feragat etmemizi gerektirecek.

nasıl korunacağı konularındaki belirsizliklerden şikâyetçilerdir. Dolayısıyla sağlık bilgilerinin mahremiyeti konusunda daha net ve tanımlayıcı bir kavrama ihtiyaç var.

Kavram uyumsuzluğuna bilişim ve tıp alanında birer örnek vermişken, bir örnek de hukuk disiplini için verelim... “Hasta hakları”. Malum hukuk, “haklar” anlamına geldiğinden, içerisinde hak geçen her şey, hukukçular açısından kanunlarla güvence altına alınması gereken değerler olarak görülmektedir. “Hasta hakları” söz konusu olduğunda da, hukukçuların aklına gelen ilk anlamlar, Hasta Hakları Yönetmeliği’nde bahsedildiği üzere, “(...) Sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “hasta hakları”ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek (...) şeklinde olmaktadır.



Hangi doktorun otomasyon içerisinde yer alan bir sağlık verisine hangi şartlarda erişebileceği ve bunun nasıl denetleneceği gibi konular bilişimcinin ilk aklına gelecek konular arasında yer almaz. Kaldı ki, bir bilişimci bunlara çözüm bulmayı kendi uzmanlığı kapsamında da görmez. Bu nedenle mahremiyet konusu, sadece güvenlik uzmanı bilişimcilerin eline bırakılmayacak kadar çok yönlü bir problemdir.

Hasta haklarını düzenlemek üzere kaleme alınan bu yönetmelikte, bizim konumuz olan hasta bilgilerinin mahremiyeti 21. Madde'de (Mahremiyete Saygı Gösterilmesi) ele alınmakta ve bu kavrama şu anlamlar yüklenmektedir: "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı; a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini (...) kapsar".

Görüldüğü üzere, bu yönetmelikte hukukçuların diliyle neyin hak olduğu ifade edilse de, bu hakkın "nasıl" ve hangi şartlarla elde edileceği ve korunacağı açıklanmamıştır. Hele hele bir bilgi sistemi ortamında "bir tık uzaklıkta" olan hasta bilgilerinin kimler tarafından ve hangi şartlar altında erişilebileceği, bir ihlal söz konusu olursa ne olacağı tariflenmemiştir. Netice itibarıyla, sağlık verilerinin mahremiyeti söz konusu olduğunda hukukçuların konu-

ya bakışı, mevcut mevzuat çerçevesinde yapılan düzenlemelerden (ecnebi tabiriyle "as is") ibaret oluyor ve olması gereken konusunda ("how to") fikir yürütülmesi tek başına hukukçuları aşan bir konu olduğundan ilerleme kaydedilemiyor.

Yaygın olan bir diğer kavram hatası da "güvenlik" ile "gizlilik" arasında yaşanıyor. Bir şeyin gizli olması ile güvenliğin sağlandığı gibi yanlış bir kanı var ortada. Halbuki tek başına gizlilikle, bir başka deyişle meçhuliyetle güvenlik (security by obscurity) tesis edilmez. Gizlilik, güvenlik için kullanılan bir yöntem olsa da, bir şeyin gizli olması ile güvenli olması aynı şey değildir. Bir şeyin gizli olması, onun "erişilemez, bulunamaz" olduğu anlamına gelir. Hâlbuki güvenlik, bir şeye sadece izin/yetki verilenlerin erişebilmesi anlamına gelir. Örneğin, bir evin anahtarının yerinin gizli olması, ev sahibi için değil, yabancılar için geçerlidir. Dolayısıyla, anahtar güvenli bir yerdedir, ama mutlak gizli değildir.

Sonuç olarak, farklı uzmanlık alanlarının birlikte çalışabilmesi için, öncelikle aynı dili konuşmaları zorunlu olduğundan, akademik ya da pratik alanda, bu konuda yapılacak bir çalışmada öncelikle bir kavram çalışmasının yapılmasında fayda olduğunu düşünüyorum.

Çözümeye yakın mıyız?

Çözümeye ne kadar yakınız diye baktığımızda, yukarıda açıklamaya çalıştığımız kavram kargaşasının, çözüme yakınlığımıza da sirayet ettiğini görüyoruz. Şöyle ki, sağlık bilişimi konusunda çalışan firmalar (ve hatta Sağlık Bakanlığı), kendilerine mahremiyetle ilgili yöneltilen sorular karşısında her fırsatta sistemlerinin son derece "güvenli" olduğunu telkin ediyorlar. Burada soruyu soranın "mahremiyetten" neyi kastettiği, "sistemimiz güvenli" diye cevap verenin de güvenlilikle mahremiyeti nasıl ilişkilendirdiği anlaşılmalıdır. Bu durumda da, mahremiyet konusunda çözüme ne kadar yakın ya da uzak olduğumuzu bile çözümlememiz güç oluyor. Benzer diyaloglar, hukukçular, hekimler ve bilişimciler arasında ikili kombinasyonlar halinde devam ediyor.

Sanki problemin etrafında dolaşıyoruz da, bir türlü parmağımızı doğru yere bastıramıyoruz gibi bir durum var. Bu çerçeveden baktığımızda, bendeniz probleme yakınlığımızı dahi ölçmekte zorlandığımızı düşünüyorum.

Bu arada, Sağlık Bakanlığı'nın mahremiyet konusunda yıllardır Medula sistemi ile sağlık verisi toplayan SGK'ya ve diğer pek çok kuruma göre bu konuda daha hassas olduğunu da vurgulamamız lazım. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı bir Veri Güvenliği Genelgesi mevcut. Şu sıralarda bu genelgenin daha detaylandırılarak güncellendiğini de biliyoruz. Ancak, yukarıda da söylediğimiz gibi, bu konu ne sadece bilişimcilerin, ne de hekim veya hukukçuların çözüm getirebileceği bir konu. Bu nedenle, böyle bir genelgenin sadece Bilgi İşlem Dairesi tarafından kaleme alınmış olması bile, meseleye eksik yaklaştığımızın göstergesidir. Nitekim bu genelgede, "verilerin hastanın izni olmadan başka kurumlara/ şahıslara verilmemesi" gibi esasları getirilmiş olsa da, bunun nasıl yapılacağı tarif edilemediği için, uygulanabilir olmaktan uzak kalmaktadır.

Problemi tanımlama denemesi

Kavramların yanlış anlaşıldığını veya hatalı kullanıldığını söyledikten sonra, "meselenin aslı şudur" diye kesin bir ifade kullanmak haddi aşmak olur sanırım. Bu nedenle, sağlık sektöründe tecrübeli bir bilişimci olarak, diğer ülke örneklerinden de yola çıkarak sadece bir tanımlama denemesi yapabilirim.

Öncelikle doğru kavramı tespit etmek lazım. Yabancılar, bu kavram için güvenliğin karşılığı olan "security", ya da hakkın karşılığı olan "right" gibi kavramları kullanmıyorlar. Yaygın kullanım, eş anlamlı da kullanılabilen "privacy" ve "confidentiality" şeklindedir. Her iki kelime de mahremiyet ve özel/kişisel yaşam anlamlarına gelmektedir. Dolayısıyla bizim de kullanmamız gereken kavram, bu anlamları ve maksadımızı daha iyi karşılayan "mahremiyet", "özel yaşam" ya da "kişisel yaşam" olmalıdır. Ben mahremiyet kavramını tercih ediyorum.

"Sağlık verilerinin mahremiyeti" probleminin tanımına gelince şunları söyleyebiliriz: Sağlık verilerinin mahremiyeti, bir verinin kimler tarafından ve nasıl oluşturulabileceği, nasıl, ne kadar süreyle ve nerelerde muhafaza edilebileceği, verilerin hangi durumlarda, hangi yollarla ve nerelere transfer edilebileceği, verilere kimler tarafından ne kadar süreliğine ve hangi onay(lar)la erişilebileceği, erişimin nasıl kayıt altına alınabileceği ve yine erişimlerin de

kimler tarafından sorgulanabileceği konularının düzenlenmesi problemidir. Bu problemin sınır koşulları, halen yürürlükte olan kanunlar ve AB kriterleri ile birlikte, hasta hakları, tıp ve hukuk uzmanlarının uygulanabilir gördüğü esaslardır. Çözüm, bu daire içinde belirlenmeli, yasalaşmalı ve pratiğe geçirilmesi için bilişim uzmanlarının çalışması istenmelidir.

Kısacası verinin hayat çevrimi boyunca başına gelebilecek tüm muhtemel senaryolar için düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Bir paragrafta ifade etmeye çalıştığım kurallar (sınır koşullar) yasalarla belirlendikten sonra, bilişimcilerin bu kurallara uygun bir Güvenlik Politikası belirlenmesi oldukça kolaydır. Mevcut teknolojik imkânlar, verinin saklanması, transferi ve erişilmesi gibi durumlarda ihtiyaç duyduğumuz tüm unsurları bize sağlamaktadır. Ancak, bu kuralların belirlenmesi, sanıldığı kadar kolay değildir. Örneğin, hastaneye gelen bir hastanın üroloji polikliniğindeki bilgilerinin, psikiyatri polikliniği tarafından görülebileceğinin ya da hastanede yapılan işlemlerin, hastanın aile hekimi tarafından görülebileceğinin ve benzer pek çok erişim senaryosunun ne kadar gerektiği ya da gerekmediği, hekimler ve hasta hakları savunucuları arasında bitmeyen bir tartışma konusu olacaktır, olmaktadır.

Diğer ülke örnekleri

AB'ye girme yolunda ilerleyen bir ülke olarak bu konuda AB'nin nasıl bir yol izlediğine bakarsak, sanırım zaman kazanmış oluruz. AB kriterlerine göre, sağlık verisinin sahibi hastanın kendisidir ve acil durumlar hariç hastanın onayı (patient consent) olmadan sağlık verilerine erişilmesi yasal değildir. Ancak, bunun nasıl uygulanacağı elbette çok karmaşık ve çoğu yerde de fazlasıyla teknik bir konu olduğundan, AB parlamentosu uygulamayı tariflerken, e-sağlık alanında ISO (International Organization for Standardization) ve CEN (the European Committee for Standardization) tarafından belirlenmiş pek çok standardı referans etmiştir. Bu standartlardan bazıları şunlardır:

Elektronik Sağlık Kaydı sistemi kayıt standardı, CEN 1306

Elektronik Sağlık Kaydı sistemi kayıt yönetimi standardı, ISO 14589

Elektronik sağlık kayıtlarının arşivlenmesi için güvenlik gereklilikleri, ISO TC 215/SC

Bilgi sistemleri için açık arşivleme standardı, ISO 14721

Benzer düzenlemelerin 1996'dan beri ABD'de yürürlükte olan meşhur HIPAA (Health Insurance Portability and Accounting Act) yasasında da yapıldığını görmekteyiz. HIPAA yasa metni, içerisinde bilişimcilerin kullandığı UML (Universal Modelling Language) diyagramlarını içeren, teknik yönü ön plana çıkan bir dokümandır. Öyle ki, verinin hayat çevrimi içerisinde başına gelebilecek senaryolar bu diyagramlarla gösterilmiş ve hangi aktörlerin, hangi durumlarda verilere erişebileceği modellenmiştir. Böylelikle konu, sadece hukukçular ve hekimlerin değil, en az onlar kadar bilişimcilerin de kolay anlayabileceği bir formda sunulmuştur.

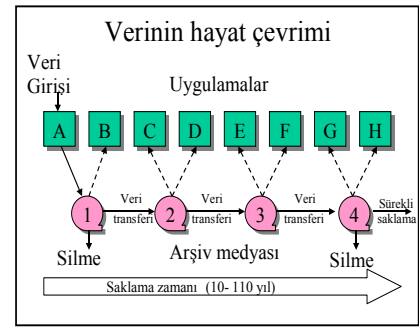
Bununla birlikte, HIPAA'nın pratiğe aktarılması, hastaya verdiği haklar nedeniyle kimi zaman sağlık hizmetinde aksamlara neden olduğu ya da hekimin hizmetten feragat etmesine yol açtığı iddia edilmektedir. Yine ABD'deki mahkemelerin HIPAA yasası gereği açılan pek çok davayla uğraşmak zorunda kaldıkları da şikâyet edilen diğer bir konudur.

Sonuç olarak bu konuda yasal çalışmasını tamamlamış ve uygulamakta olan ülkeler, özellikle hastaya önemli haklar vermişler, fakat bu durumun başka önemli sorunlara yol açtığını da tecrübe etmeye devam ediyorlar.

Çözüm için öneriler

Sağlık verilerinin önemi ve mahremiyeti konusunda referans alabileceğimiz yasalar, Anayasa'nın özel hayatın gizliliğini düzenleyen 20. Maddesi, Medeni Kanun'un 23 ve Türk Ceza Kanunu'nun 135. Maddeleridir. Ancak bu kanunlar, bırakın özelde sağlık verilerin mahremiyetini korumayı, sağlıkla ilgili olmasa bile diğer kişisel verilerin mahremiyetini bile detaylı şekilde düzenlemekten uzaktır. Diğer taraftan bu kanunları bir araya getirdiğinizde konuya bir bütün olarak bakmadıklarını görüyoruz. Bu nedenle kişisel verilerin mahremiyeti konusunu bir bütün olarak ele almayı ve düzenlemeyi hedefleyen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu tasarısı hazırlanmıştır. Ancak yaklaşık 10 yıldır gündemde olan bu tasarı hala yasalaşmamıştır.

Yasal durum böyleyken sağlık kurumları, aile hekimleri, kan ve doku bankaları, laboratuvarlar, uzaktan radyoloji ve patoloji gibi alanlarda TeleTıp hizmeti veren kurumlar, gün geçtikçe bilişimi daha fazla kullanıyorlar ve tüm kayıtlarını elektronik ortamda saklıyorlar. Sağlık Bakanlığı, hazırlıksız yakalandığımız bu durumu bir nebze olsun düzenleyebilmek için, başta yukarıda zikrettiğimiz Veri Güvenliği genelgesi olmak



üzere bir dizi adım atmış durumda.

Örneğin, Mart 2008'de Ankara Barosu, Türk Tabipler Birliği, Hasta Hakları Dernekleri ve diğer pek çok ilgili kurumu toplayarak bu problemi masaya yatırmış ve en azından bir zihin egzersizi yapılmasını sağlamıştır. Bu çalıştayda herkesin mevcut durumdan rahatsız olduğu ve yürürlükteki mevzuatın uygulamalardan çok geride olduğu konusunda mutabık olduğu gözlemlenmiştir.

Kanaatimce bundan sonra atılması gereken adımlar şunlardır: Herşeyden önce bizim yukarıda bir denemesini yaptığımız üzere, tarafların mutabakatıyla problemin tam olarak ne olduğunun tespit edilmesi gereklidir. Ardından, Kişisel Verilerin Korunması Yasası (henüz tasarı olsa da) referans edilerek, müstakil bir "e-sağlık yasası" hazırlanmalıdır. Bu yasa, bir temel yasa olmalı ve elektronik sağlık verilerinin nasıl ve hangi standartlara göre saklanacağı gibi teknik konuların kimler tarafından belirleneceği ve sağlık verisinin hayat çevriminde başına gelebilecek her türlü senaryoyu tariflemelidir. Bunun için ya mevcut TSE, ISO veya CEN standartlarına referans edilmeli, ya da bu konuların kimler tarafından düzenlenebileceği belirtilmelidir. Bununla birlikte, sağlık verilerinin mahremiyetinin ihlali söz konusu olduğunda bunun nasıl tespit edileceği ve ne tür müeyyidelerin uygulanacağı da açıkça belirtilmelidir.

Bu hedeflere ulaşılması önümüzdeki 5 yıl içinde olabilecektir. Ancak, bu kadar beklemeye tahammülümüz var mı, hep birlikte göreceğiz...

Kaynaklar

SD Platform, Sayı 7, Medine Budak, "Hasta Güvenliği Kültürü"

Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998, Resmi Gazete No. 23420

www.saglik.gov.tr (Sağlık Mevzuatı, Genelgeler, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı)

Avrupa Parlamentosu ve Konsülünün 24 Ekim 1995 tarihli ve 95/46/EC sayılı Yönergesi (Resmi gazete L 281/31 of 23.11.95).

AB Bilgi Güvenliği Politikaları Analiz Raporu, Temmuz 2007, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı

http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/

Obez bir portre: Şevket Usta

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.

Yaklaşık 15 yıl önce Pazar günü bir doktor arkadaşım "Seni ilginç biriyle tanıştıracam, kalk gidiyoruz" dediğinde Gazi-osmanpaşa ile Küçükköy arasında ilk iki katı dökümhane olan, 3 katlı, dışardan metruk görünümlü binayı gördüğümde garipsemiştim. Merdivenlerden yukarıya çıkarak toplantı ve kütüphane olarak kullanılan üçüncü kata vardığımızda raflarında belki bin-

lerce kitap dolu geniş, iç açıcı bir salonun içinde bulduk kendimizi...

Az sonra babacan görünümlü, oldukça şişman, dağınık kılık kıyafetli, buruşuk sarı tişörtlü bir kişi, her iki elinde meyve tabakları ile ve sağa sola emirler vererek içeriye girdi. Ben oradaki dökümhanede çalışanlardan biri zannettim. Arkadaşım "İşte Şevket Usta" dedi.

İstanbul'daki çoğu doktorun aşına olduğu Şevket Usta ile saniyeler süren

tanışma faslından sonra sanki yıllar öncesinden bir dostluğunuz var hissi- ne kapılıyorsunuz. Eğer doktorsanız hemen süratle hasta pozisyonuna geçerek kendisine bakan diğer doktorları istiskal edercesine benim şu durum ne olacak diye şikâyetlerini sayıp tavsiye ve tedavi ister. Böylelikle tedavisi umuma açık ama içinden çıkılmaz bir hale gelir. Gördüğü her doktordan aldığı bu tavsiyeler sonucu tam bir araştırma modeli olur. Kendisini zayıflatmaya çalışan tüm doktorları da nefis ve de bol miktarda zorla yediri-



Doç. Dr. Yüksel Altuntaş ve Şevket Usta

Kalender meşrep Şevket Usta hastaneleri ve doktorları çok sever. İstanbul'un çoğu hastanesinde yatarak tedavi görmüştür. Yatmaya geldiğinde sanki yazlık eve gidiyormuş gibi eşyalar ve de özellikle mutfak takımı ile gelir... Kendisini zayıflatmaya çalışan tüm doktorları da, nefis ve de bol miktarda zorla yedirilen yemekleri ile bir şekilde şişmanlatmıştır. Şimdi o doktorlar da artık obez!

len yemekleri ile bir şekilde şişmanlatmıştır. Şimdi o doktorlar da artık obez!

Şevket Usta'nın gönül dairesine giren insanlar devamlı yemeye başlar; yedikçe şişmanlar. Yemek, çay ve kitabın iç içe olduğu bu dünyada herkes aslında bu durumdan biraz şikâyetçidir fakat bu mekâna gelmeden de duramazlar.

Verdiği olağanüstü ziyafetler nedeni ile Mehmet Şevket Eygi Bey ona 'Ebuzziyafe Şevket Bey' adını takmıştır. Yemeklerin ana özelliği, bol miktarda 'Öksüz doyuran' cinsinden olmasıdır. Örneğin sofrada biber dolması var ise zannediyorum siz daha önce bu kadar büyük mega biber dolması yememişsinizdir. Meyveler aynı şekilde her şeyin en irisi... Mega armutlar, mega ayvalar, mega kirazlar vs... Ayrıca tabağınızda hiçbir şekilde yemek bırakma şansınız da olamaz; mutlaka uyarılırsınız.

Kalender meşrep Şevket Usta hastaneleri ve doktorları çok sever. İstanbul'un çoğu hastanesinde yatarak tedavi görmüştür. Yatmaya geldiğinde sanki yazlık eve gidiyormuş gibi eşyalar ve de özellikle mutfak takımı ile gelir.

Hastaneye yatmak istediği zaman misafirlerini de rahatlıkla kabul edebileceği, ziyafet verebileceği, sohbet yapacağı geniş bir odayı ister. Ayrıca büyük bir buzdolabı olmasını da ter-



cih eder. Zira getirdiği enfes kaliteli yiyeceklerle sabah, öğlen, akşam yemekleri hazırlar. Hepsinden önemlisi büyük bir itina ile hazırlanmış ve demlenmiş çayı kendine has bir merasim ile özel bardaklarda sunarak hiç bir yerde içemeyeceğiniz bir çay lezzeti tattırır. Şevket Usta bu esnada sohbet ehli insanları da mutlaka çağırır ve böylelikle gönülleri demlendiren sohbetler başlar. Bu çayın adı kendi tabiriyle 'Arif çayı'dır. Bu çay çok koyu olup büyük kulplu bardaklar ile ikram edilir. 3-5 bardak ile kendinizi kurtarabilirseniz kendinizi şanslı sayabilirsiniz. Ayrıca çayı çok koyu bulup da kazara açık çay isterseniz fırçayı yeriniz! Çünkü Şevket Usta açık çay istendiğinde 'Kız çayı' diye kızar. Bu şekilde koyu çayı içenler birkaç gece uyuyamaz ama çayı içmeden de duramaz.

Şevket Usta'nın işyerinde yaklaşık 100 kişiye yemek verilecek şekilde yemekhanesi vardır. Bol miktarda ve zorla yedirilen bu enfes yemeklerden sonra Türkiye'nin en zengin kültür kitaplarını barındıran salona geçilir, orada sohbet edilir.

Şevket Usta ilaçları sever, doktorlar tarafından getirilen ilaç numunelerini daha da çok sever. Blister ambalajlı ilaçları makasla teker teker keser; hepsini şekerliklere koyarak saklar. Lazım olduğunda etrafındakilere eczacı titizliğinde şeker gibi ikram eder. İlaçları kullandığı zamansa önerilen dozda almaz; kendine göre 'mega doz'da alır.

Melami meşrep Şevket Usta iyi bir kitap koleksiyoncusu, okuyucusu ve de hediyeçisidir. İnsanları ayırım yapmaksızın toplar, bunların arasından ehl-i dil'e ayrı bir önem verir. İnsanların haline göre kitap hediye eder; mutlaka okumasını tembihler ve konunun takipçisi olur. Kitapları aldığı anda en az beşer tane onar alır. Çok zor bulabile-

ceğiniz her türlü kültür kitabını onda bulabilirsiniz. Tarih, biyografi, tasavvuf, sanat, hat kitapları vs. Kütüphanesinde çok keyifli anlar geçirirsiniz. Hediye edeceği kitapların belirli yerlerine kendine göre yaptırdığı özel mührünü büyük bir itina ile basar (Ön ve arka sayfalarında 8-10 adet, ayrıca kitabın muhtelif yerlerinde 20-30 adet). Belki de hatırlanmak amacı ile hazırlanan bu mühründe şunlar yazılıdır: "Gönül yolu, (...) hatırasıdır."

İlaç firmalarının çıkardığı tüm kültür kitaplarının haberini de ilk ondan alırsınız. Kitap çıkar çıkmaz sizi mutlaka arar ve 9 takım bulmanızı ister. Bu konuda tartışma istemez...

Şevket Usta'nın kendine has bir giyim tarzı vardır. Şu ana kadar yaz kış onu kısa kollu gömlek veya tişört dışında bir elbise ile görmedim. İstanbul'un kar yağışlı ve soğuk bir kış günü Şevket Usta hastaneye ziyaretimize geldiğinde üzerinde sadece kısa kollu ince bir tişört ve boynunda atkısı vardı. "Şevket Usta bu ne hal" dediğimizde verdiği cevap "Boğazım biraz ağrıyor" olmuştu. İşte Şevket Bey'de gördüğüm tek kışlık aksesuar bu atkı idi.

Telefon Şevket Usta'nın vazgeçilmez aksesuarıdır. Telefon açtığında "Alo" demez; doğrudan konuya girer. Telefon çaldığında genellikle "Alo" yerine "Burada" diye cevap verir. Telefonu sonlandırırken de kendine has sözcükler dökülür dudaklarının arasından: "Gönüne özellikler ve güzellikler dola, hayırlar feth ola, şerler defola, gönül ola aşk ola, yediğin içtiğin senden miraç ola, dostluklar daim ola, memleket huzur bula, eyvallah. Hu..." Akşam geç saatlerde başlayan konuşmalar pekala bazen gece yarısına kadar sürer; muhababını uyku krizlerine sokar. Şevket Usta sohbe başlar-ken hal hatır faslına "Sen iyi ben iyi mi" diye başlar. Şevket Usta "Sen iyi ben iyi" iyi mi?

Hiperaktivite: Aktivite bozukluğu mu, algılama bozukluğu mu?

Dr. Mehmet Can

1964 yılında Denizli, Çameli Kolak Köyünde kalabalık bir ailenin son çocuğu olarak dünyaya geldi. 1987'de İÜ Tıp Fakültesi'ni bitirir bitirmez Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda ihtisasa başladı. 1992 yılı Ocak ayından beri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı olarak çalışmaktadır. Mecburi Hizmeti'nin bitiminden itibaren memuriyetten ayrılıp serbest çalışmayı tercih etmiştir. İstanbul Anadolu Yakası'nda ağırlıklı çocuk hekimlerinin oluşturduğu "Çocuklar İçin Çalışan Serbest Hekimler Derneği"nin kuruluşundan beri başkanıdır.

C

ocukların hiperaktif olduğunun kriteri nedir' hep merak etmişimdir. Bu merakımı giderecek olgunluğa da henüz erişemedim herhalde. Günümüzde çocukların (bebeklerin) dört aylıkken dönmeye başlayabileceğini sanal ortamlardan bilgilenen (!) ebeveyn, 4 ay 15 günlük bebeğinin dönmediğini görünce hareket geriliğiyle seyreden onlarca hastalığı sayıp çocuğuna bunlardan birini yakıştırabiliyor. Aynı ebeveynin iki yaşına gelip koltukların üzerine çıkıp zıplayan çocuğuna 'Otur çocuğum' deyip oturmuyınca da 'Benim çocuğum hiper-

raktif mi' diye endişelenip hemen bir pedagog, psikolog, nörolog arayışına girdiğini de görüyoruz.

Oysa ne 4.5 aylık dönmeyen çocuk hiperaktif; ne de iki yaşında koltuklarda zıplayan çocuk. Çok az çocukta gerçekten hareket, dikkat, iletişim vb. farklılıklarıyla seyreden ve özel tutum gerektiren metabolik, nörolojik, psikolojik, hatta psikiyatrik vs. kaynaklı sorunlar tabii ki var. Ancak bunların da en büyük şanssızlığı bu durumlarının kabul lenilmesi ve doğru zamanda doğru adreslerde çare aranması. Bunlar burada değil başka bir yazıda ayrıntılarıyla tartışılacak.

Burada üzerinde durulması gereken

konu; normoaktif, normal dikkati olan, normal gelişip normal büyüyen çocukların normalliklerinin kabul görmeyişi. Bu kabul görmeyişin çocuk, aile ve tıp camiasına etkileri, psikolojik ve toplumsal sonuçları. Hatta ekonomik boyutları. Bütün bunların tek tek irdelenip tartışılması gerek. Yoksa herhangi bir tıp, psikoloji ya da eğitim kitabında ki hiperaktivite ve dikkat eksikliği bölümünü okursak kendimizde veya çocuğumuzda oradaki bulgulardan bir ya da birkaçını bulup uydurabiliriz.

Ama kitaplar hastalıkları, bulguları yazar; hastayı, olguyu yazmaz. Beni, benim çocuğumu, sizi ve sizin çocuğunuzu yazmaz. İşte burada siz anne babalara, biz hekimlere, öğretmenlere,







psikolog, pedagog ve diğer danışmanlara dolayısıyla tüm topluma çok önemli görevler düşüyor. Görevlerimizin çoğu yapmamız değil yapmamamız gerekenler. Görev deyince hemen akla 'Neler yapabiliriz, neler yapmalıyız' düşüncesi geliyor değil mi? Ama bu konuda yapmayacaklarımız bence yapacaklarımızdan çok fazla.

Çok şeye sahip olmak insanoğlunun en büyük arzularından biridir. Medeniyetleri kuran da, medeniyetleri yıkan da bu çok şeye sahip olma arzusu yani ihtiraslardır. Ancak bu sahip olmanın bir emeği, bir alt yapısı ve bir süreci de olmalıdır. Günümüzde tüketim o kadar hızlı hatta çılgınlık düzeyinde ki; alt yapı, emek, süreç gibi sahip olmayı olgunlaştırıp kıymetlendirecek dönemler yaşanmadan, yani kısa yoldan kazanımlar olsun istiyoruz. Bu az emekli, az beklemeli kazanımlar da çabucak tüketilip, harcanıp gidiyor. Haydi, yeni arayışlar başlıyor: Beklemenin de, emeğin de tüketmenin de keyfini yaşamadan hoşnutsuzluk içinde daha hoşnut, daha keyifli zamanlar yaşayacağımız dönemlerin aceleci bir arayışı, sabırsız beklentisi içindeyiz. Tabii gelecek endişe ve kaygılarımız da bunların cabası...

Böyle baktığımızda yetişkinler ne kadar sakin, ne kadar sabırlı, ne kadar dirençli ki çocuklar daha kontrollü hareket etsin? Yetişkinler bir şarkıyı kaç ay dillerinden düşürmüyorlar ki çocuklar bir oyunla kaç saat oynasın? Yetişkinlerin evinde bir elektronik cihazın ömrü ne kadar ki çocuklar bir oyuncakı bozmadan uzun süre korusun? Yetişkinler bir hafta sonu evinde pijamayla ailesiyle birlikte oturuyor mu ki çocuklar koltuklarda zıplamadan durabilsin? Bizler dizilerden ya da maçlardan ka-

famızı kaldırabiliyor muyuz ki çocuklarımızı dikkatlerini yoğunlaştırarak meşgul oldukları bir oyunu sonuçlandırabilsin? Yemekte bile televizyonların açık olduğu, kendimiz için bile doyup doymadığımızdan çok yiyeceklerin bitmesiyle sofradan kalkıp daha büyük ekran televizyonun karşısına geçtiğimiz bir günlük yaşamda çocuk niye sadece bedenen bulunduğu bir ortamda uzun süre otursun? Edebi değeri düşük ama popüler olduğu için çok satan kitapları niye okusun ki; oradaki hikâyelerin filmlerini ya sinemada patlamış mısırla ya da evde her türlü çerezle birlikte uzanarak DVD, VCD vs. üzerinden seyretmek varken? Niye her cümlelerin ya da paragrafın sonunda ne anladığını sorgulayıp hayal kurmakla uğraşsın? Yazılanları nasıl tüketim çarkının dişlilerine en hızlı şekilde gönderip gerekli parayı kazanırım diyenlere; bizim hem bugünüümüzü hem yarınımızı hem de para ve zamanımızı vererek sattığımızın ne zaman farkına varacağız? Farkına vardığımızda çocuklarımızın hiperaktif olmadığını algılayacağız.

Çocuklarımızın dikkatlerini toplamaya gerek olmadığı, böyle de çok rahat yaşayabildikleri için savruk ve dağınık olduğunu anlayacağız. Başlangıçta kendi tercihleri olmayan bu davranış modeli aslında doğumdan itibaren bizim zorladığımız bir yaşam tarzı oldu. Sormadan bozduğumuz bebeklik ve çocukluk düzenlerini nasıl düzeltiriz diye uğraşırken asıl kaynağa inmekten, gerçeklerle yüzleşmekten belki de korkuyoruz.

Belki şikâyet ettiğimiz bu yaşam tarzı bizim motivasyonumuz. Biz bunlarla beslenip bildiğimiz yanlışları söyleyip düzeltmemekle mutlu oluyoruz. Ya da çocuklarımızda olmayan bir durumu

Kitaplar hastalıkları, bulguları yazar; hastayı, olguyu yazmaz. Beni, benim çocuğumu, sizi ve sizin çocuğunuzu yazmaz. İşte burada siz anne babalara, biz hekimlere, öğretmenlere, psikolog, pedagog ve diğer danışmanlara; dolayısıyla tüm topluma önemli görevler düşüyor. Görevlerimizin çoğu, yapmamız değil yapmamamız gerekenler!

Bu konuda

yapmayacaklarımız

yapacaklarımızdan çok fazla!

varmış gibi algılayıp bunu da ilk farke-dip sadece kendimizin düzeltebileceği karizmasıyla dolaşmak, bunları konuşacak gündem haline getirmek hoşumuza gidiyor.

Bütün bunlar bir yana gerçekten hareketliliğinden dolayı uyum sorunu çeken çocuklar var. Bunların bile önemli bir kısmında sorun çocuktan değil çocuğun çevresinden (aile, yuva veya okul) kaynaklanıyor. Çünkü her çocuğun hareket etme kapasitesi farklı. Kimi çocuk daha sakin, daha az fiziksel aktiviteye dayalı oyunları tercih ederken, kimileri daha bol enerji harcayacak oynama şeklini benimseyip seviyorlar. Bu onların kendi istek ve arzularıyla alâkalı değil. İster yaratılış deyin, ister bünye deyin, ister karakter deyin ama öyle...

Bu çocuğun kendi yapısı. Bu yapıya uygun davranacak. Çevresindekilerin başı da dönse, evdeki biblolar da kırıl-sa, alt kat komşunun kafası şişse de bu çocuk böyle. Bu durumlarda bu çocuğu yavaşlatmak için TV veya bilgisayar başına oturtmak, o çocuğa yapılabilecek en büyük kötülük. Çünkü ekranın karşısındaki sürede yerinde dursa bile ekranın olmadığı ortamlarda o kadar hareketli olacak ki bu durum hem kendini, hem çevreyi rahatsız edecek boyutlara ulaşabilecek...

İşte böyle çocuklar için bizlerin yapması ve yapmaması gereken şeyler var: Bunlar;

- Böyle hareketli çocuklar için çevreyi düzenlerken çocuk merkezli düzenleme yapmalıyız. Çevredeki eşyalar çocuğa zarar vermemeli ve temel ihtiyaçlar dışında evde eşya bulunmamalıdır.

- Evimizin konumunu seçerken imkânlarımız ölçüsünde onu dış ortama kolay çıkarabileceğimiz yerleri seçmeliyiz. Dış ortamda enerjisini boşaltabileceği mekânlara yakın olmalıyız. Her fırsatta toprak, çim, kum, rüzgâr, ağaç, yağmur, kar gibi doğal ortamlardan beslenip buralara enerjisini boşaltabilmeli. Yapay ortamlardan (kauçuk zeminli, plastik kaydıraklı oyun alanları gibi) uzak tutmalıyız.

- Bebeğe emzik verir gibi susturucu ve sakinleştirici olarak ekranları kullanmamalıyız.

- Mutlaka acıkmasını bekleyip kendi kendisini doyurmasına izin verip sabır göstermeliyiz. Yani yemeğe konsantre olmalı ve doyuncaya kadar yemesine müsaade etmeli, bir lokma bile fazla yemesi için uğraşmamalıyız.

- Mümkün olduğunca az oyuncak almalıyız. Ancak oynaması için hem zor, hem meşguliyet gerektiren, aynı zamanda sonuca götüren sanal olmayan oyun ve oyuncakları tercih etmeliyiz.

- Yaşıtlarıyla ilişkilerini sağlamalıyız. Ortak oyunlar kurup bunları yetişkin ciddiyetinde sürdürmelerine imkân tanımalıyız. Oyunlarına minimum düzeyde müdahale etmeliyiz. (Ancak tehlikeli boyutlara ulaşma olasılığı varsa...)

- Koşullu pazarlıklardan uzak durmalıyız. Yemek yersen oyuncak, bitirirsen çikolata, yatarsan masal gibi uygulamalardan kaçınmalıyız. Çocuğun davranışları ve çevresiyle iletişim modeli, ödüllendirilmek üzerine kurulmamalı. Yoksa yaşamının kendisi için bir ödül olduğunu hiç anlayamaz, mutlu olamaz, mutlu olmadığı için de hayata konsantre olamaz. Alın size dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon eksikliğinin nedeni...

- İhtiyaçlarını karşılamak için mutlaka emek harcamalı. Atalarımız boşuna dememişler, 'Emeksiz yemek olmaz' diye. Nasıl ki bir bebek, odanın en uzak köşesindeki bir nesneyi merak edip ona ulaşmak için kâh yuvarlanarak, kâh emekleyerek bir gayret sarfediyor ve ona ulaştığında mutluluk gülcükleri saçıyorsa, her yaşta çocuk, her yaşta insan ulaşmak istediği hedefe ne kadar kolay varırsa orada o kadar kısa kalır ve daha az mutlu olur. Ne kadar zor varırsa o kadar değerli, o kadar uzun süren, kolay unutulmayan bir mutluluklar yaşanır. 'Nostalji; aslında unutulmamış mutluluklardır.'

- Bebeklikten itibaren istek, arzu veya dürtülerinden kaynaklanan uyarılarla bir hedefe yönelen çocuk bu hedefe ulaşmak için ne kadar çok çaba harcarsa, ne kadar çok kendi başına uğraş verirse, konsantrasyon ve dikkat yeteneğini o ölçüde güçlendirecektir. Aksi halde isteği olmayan davranışlara zorlanması, uyarı ve hazırlığı olmadan terbiye adı altında baskılara maruz kalması o çocuğun önce kendi temel ihtiyaçlarına odaklanmasını zayıflatır, sonra da istemediği durumlar karşısında direncini azaltacaktır. Çünkü istemeyi ve isteğine ulaşmak için emek sarfetmeyi öğrenmemiştir. Mesela çocukluğu döneminde tam oyuna dalmışken, oynamaktan keyif alıyorken, karnı acıkmamışken, sevmediği bir yemeğin başkaları tarafından zorla yedirildiği sahneler hep tekrarlayıp duruyorsa çocuk niye herhangi birşey için çaba harcama disiplini kazansın ki.

- Ya da olaya tersinden bakalım. Bir çocuk yiyecekleri sınırlı bir evde büyüyorsa, kahvaltıda kendisinin hakkı beş zeytin, küçük dilim peynir, çeyrek veya beşte bir ekmekle sınırlıysa o çocuğun o sofraya, orada yenen yemeklere ne kadar güçlü odaklanacağını düşünebiliyor musunuz? Sofradaki diğer insanlardan birisi iştahsız olsa da payını bitirmese, bana da bir zeytin fazla düşse diye içinde geçirmez mi? Aynı çocuğun oyun konusundaki kısıtlamaları sanırım ayakkağı eskitmek, elbise kirletmek temelinde yani aileye ekonomik yük getirecek konularda olmaktadır. Bu da çocuğu en zevk aldığı oyunda bile daha dikkatli olmaya itmez mi? Eve dönüşte daha az kirlenmiş kıyafet ve daha uzun sürede eskiyen pabuç, onun evdeki statüsüne olumlu katkı yapacaktır çünkü. Ya da para verilerek kendine hiçbir oyuncak alamamış bir çocuk çevresindeki malzemelerden (ağaç, kozalak, tel, makara, çubuk, kiremit parçaları, gazoz kapakları, çamur vb.) oyuncak yapmak zorunda kalıyorsa bunları ne kadar büyük bir dikkatle toplayıp özenle koruyordur değil mi?

Sonuçta zekâ ve yetenek yatkınlığını bir kenara bırakırsak günümüzde hiperaktif ya da dikkat eksikliği ve bunun ikisinin birlikte olduğu durumlar ile ilgili bazı konulara dikkat çekmek gerekiyor.

Öncelikle bunların önemli bir kısmına abartılı tanı konduğunu düşünüyorum. Hatta bazılarında aileler tanıyı kendileri koyuyor ve kendileri aksine inanmıyor.

Diğer bir husus da tanıyı doğru koysak bile nedeni konusunda analitik davranmayıp yani nedenleri konusunda fazla çalışma yapmadan sonuçlarına yönelik tedavileri daha çok tercih ediyoruz. Analitik çalışmak hem doktor, hem aile



için daha zahmetli ve daha uzun bir süreç olduğundan kısa sürede çabucak sonuç verecek tedavilere yöneliyoruz. Belki de nedenlerle yüzleşmek; hem aile, hem hekim için istenmeyen bir durum oluyor. Ancak daha çabuk sonuca ulaşmak ve daha az emekle hedefe varmak, belki de bu sorunun kaynağı... 'Yaptığımız ya da yaptığımızı sandığımız tedavi ile sorunun kaynağını besliyor muyuz' sorusuna da cevap vermek zorundayız sanırım!

Aksi halde sorunların sayısı ve şiddetinin hızla artma ve hepimiz için altından kalkamayacağımız bir yük haline gelme tehlikesi vardır.

Özetle şunları vurgulamak istiyorum: Aktivite ve dikkat eksikliği ne zaman bir sorun haline geliyor?

Eğer bebeklikten itibaren özellikle hayatın ilk yıllarında, yemek ve uyku durumlarında, çocuğun bir limitinin olabileceği ancak oyun ve hareket gibi konularda hiçbir limitinin olmayacağı kabul edilmez; çocuklara böyle ortamlar sağlanıp buna uygun davranılmazsa bu tip çocukları ve tabii ki onların ailelerini ve dahi hepimizi zor günler, zor yıllar bekliyor demektir.

Bir başka deyişle; bebeklik ve oyun çocukluğu döneminde kendi kurgu ve ihtiyaçlarına odaklanmamış bir çocuktan biraz büyüyünce hala kendi kurgulamadığı ve istemediği nefret ettiği şeylere bizim istediğimiz zamanda, bizim istediğimiz kadar sürede odaklanmasını bekliyoruz. O da daha küçükken yapamadığı, yapabilse ve yaşayabilse çok zevk alıp mutlu olacağı dönemde kalıp hayatının basamaklarını yaşamadan atlamak istemiyor. Bunu neresi anormal! Gelişim sürecini sağlıklı sürdürmesine izin verilmemiş bir çocuğun geçmişe yönelik haklarını zaman aşımına uğramadan talep etmesinden daha doğal ne olabilir!

Bu olguların bir aktivite bozukluğu mu yoksa algılama bozukluğu mu olduğuna karar verme zamanı çoktan geldi. Hatta geçiyor bile. Değil mi?

Prof. Dr. Mahir Kaynak: Sağlık sektöründe vakıf mantığı geliştirilmeli

Röportaj: Ömer Çakkal

Sağlıkta özelleştirme mi, kamulaştırma mı? Türkiye son yıllarda uygulanacak genel politika noktasında bunu tartışıyor. Kamulaştırmaya ağırlık verildiğinde Ar-Ge'nin yavaşlamasına, kaynakların israfına ve hizmet kalitesinin düşüşüne şahit oluyoruz. Bu noktalarda fire vermeme adına özelleştirmeye hız verildiğinde ise; para kazanmayı insanları tedavi etmenin önüne koyanlar karşımıza çıkabiliyor. İyi ama ne yapmalı? Cevabı ünlü istihbaratçı, güvenlik uzmanı ve Star Gazetesi yazarı Prof. Dr. Mahir Kaynak verdi.

HIV enfeksiyonu ve AIDS'in Afrika'da bu kadar yaygın olması bir tesadüf mü? Kene vakaları ülkemize yönelik bir biyolojik saldırı olabilir mi? Zaman zaman haberlere konu olan Kızılay'ın bil-

gisayarlarından yapılan bilgi transferleri, gen haritamızın çıkarılması üzerinden Türk milletine yönelik bir biyolojik saldırı planının bir parçası olabilir mi? Ve nihayet Türkiye sağlıkta küresel bir güç, bir aktör olabilir mi; nasıl? SD sordu; geleceği okuma noktasında son derece deneyimli bir isim olan Kaynak yanıtladı.

Bu güne kadar gerçekleştirdiğimiz telefon söyleşilerinin etkisiyle ben Mahir Kaynak Hoca'yı Türkiye'deki gelişmeleri genellikle dış dinamiklerle açıklayan bir isim olarak algılıyorum. Bu tespitten yola çıkarak sormak istiyorum: Ülkemizdeki sağlık politikalarını kim belirliyor, kim yönetiyor?

Türkiye'de sağlık esas itibariyle ticarileşmiş ya da kapitalistleşmiştir. Burada bir itirazdan çok, tespitte bulunmak isterim ki; genel politika olarak sağlık

sektörünün asıl amacı çok para kazanmak. Bunu yadırgamıyorum, zaten kapitalizmin felsefesi mümkün olduğu kadar çok para kazanmaktır. Tabi bunun içinde daha fazla para kazanmayı ya da insanları tedavi etmeyi öncelik haline getirenler olması hiç kuşkusuz. Ben burada bir noktaya temas etmek isterim: Türkiye'de her gelen siyasetçi, tüm vatandaşlara bedava kaliteli sağlık hizmeti vaat ediyor. Oysa bunun mümkün olduğu Batı ülkeleri ile ekonomimiz yarışacak düzeyde değil. Bence Türkiye kendi gelir durumuna uygun bir sağlık politikası izlemeli. Her önüne gelen MR, herkese en ileri boyutta tedavi metotları uygulanamaz.

SD olarak sektörün dışındaki isimlerle sağlık sektörünü konuşmayı, onların fikir ve öngörülerinden istifade etmeyi hayli önemsiyorsunuz. O nedenle buradan itibaren sizinle biraz sektörü masaya







yatırmak istiyorum. Sizce Türkiye olarak sağlıkta neredeyiz?

Türkiye bence sağlık sektöründe öteki dallara göre ileri düzeyde. Geçtiğimiz yıllara kadar üniversite sınavlarında en zeki öğrenciler tıbbi tercih ediyordu. Yani sektörde müthiş bir beyin birikimi mevcut. Ama bu beyin birikimini doğru olarak kullanabiliyor muyuz sorunu var. Acaba böyle mi olmalıydı, yoksa diğer sektörlerde de yeterli beyin istidamdı sağlanmalı mıydı? Mesela Türkiye’de en az rağbet gören sektörler siyaset bilimi, hukuk veya sosyal bilimlerdir. Hâlbuki bu konular toplumun tümünü ilgilendirir. Sağlık bireyseldir, bir doktor bir hastayı kurtarabilir. Ama bir siyasetçi milyonları öldürebilir. Onun için burada bir dengesizlik olduğunu düşünüyorum. Tıpta yaşanan beyin göçünün nedenlerinden birinin de bu olduğunu düşünüyorum. Bu kadar beyni tek bir sektörde istihdam etmeye kalkarsanız, bunların bir kısmının başka ülkelere göçmelerini engelleyemezsiniz.

“İşgücü serbest dolaşacaksa ithal hekim de serbest olabilmeli”

Bilhassa son 10 yıla bakacak olursak ülkemizde 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?

Bence bu noktada bir ikilem içindeyiz. Kamu sektörüne ağırlık verildiğinde kaynakların israfına, gelişmenin yavaşlamasına ve personelin kendisini geliştirememesine şahit oluyoruz. Bundan vazgeçip özel sektöre kaydırmamızda ise kâr elde etme güdüsü, hastalıkları tedavi etmenin önüne geçiyor. Bence bunun bir orta noktasını bulmamız lazım.

Bir ‘Üçüncü yol’ öneriniz mi var?

Var. Bence sağlık sektöründe vakıf mantığı geliştirilmeli. Yani sağlıklı yöne-

tenler herhangi bir şekilde kâr amacı gütmemeli. Öte yandan varlıklarını sürdürebilecek düzeyde para da kazana-bilmeliler.

Ülkemizde hekim sayısının yetersiz olduğu tartışmaları sürüyor. Buradan yola çıkarak sözü yabancı hekim meselesine getirmek isterim. Ortaasya, Azerbaycan ve Afrika’dan düşük standartlı eğitim ve tecrübelerden yetişen doktorların ülkemize gelecek olması gibi bir handikap var. Bu konu hakkında sizin görüşünüz nedir?

Bu konuyu doğru bulmuyorum. Ancak genel itibarıyla işgücünün her ülkede serbestçe dolaşımı kabul ediliyorsa tıp mensuplarını bunun dışında tutmak yanlıştır. Bu, genel istihdam politikamızın bir parçası olmalıdır. Bana göre bu kadar milli gelir ile bundan öte bir sağlık hizmeti ortaya konulamaz. Türkiye’nin kalkınması ile halkın sağlığının düzeltilmesi noktasında dengeli gitmek gerekir.

Dışardan bir göz olarak baktığınızda sizce tıp dünyası kendi dışından tartışmacılara, tartışma biçimine ve tartışmaya açık mı? Bu konu sömürüye çok açık tabii ama gene de tıp dünyasında acaba fazla mı sertlik var? Yani tıpla ilgisi olmayan herhangi bir insanın tıp dünyasına anlatabileceği hiçbir şey olamaz mı? Örneğin siz köşenizde sağlık ile ilgili yazabiliyor musunuz? Sektör bu durumu nasıl karşılıyor?

Hayır yazamıyoruz. Bazı tabu konular var, sağlık da onlardan biri. Doktorlarla aynı ortamda bulunduğunuzda söyledikleri şu: Sağlıktan feda edilemez. Yani sağlık için ne kadar lazımsa o kadar vereceksiniz. Silahlı Kuvvetler mensupları ile yan yana bulunduğunuzda onlar da “Güvenlikten feda edilemez. Bütün kaynaklar, ne kadar gerekiyorsa oraya tahsis edilmelidir” diyorlar. Böyle birtakım tabu sektörler var. Bence genel sağlık politikasının doktorlar tarafından belirlenmesine izin verilmemelidir. Genel politika yukarıdan belirlenmeli, doktorlar faaliyetlerini bunun içinde yapsınlar.

Bir ikilem içindeyiz. Kamu sektörüne ağırlık verildiğinde kaynakların israfına, gelişmenin yavaşlamasına ve personelin kendisini geliştirememesine şahit oluyoruz. Bundan vazgeçip özel sektöre kaydırmamızda ise kâr elde etme güdüsü, hastalıkları tedavi etmenin önüne geçiyor. Ama bir orta yol var!

“Tıp, gazete kupürlerine düştü”

Mahir Kaynak’ın iç ve dış politikaya dair fütürist yorumları kendi adıma hep ufkumu açmıştır. Bu bakış açısı ile sağlık sektörünü okumaya çalışmak beni şimdiden heyecanlandırıyor. İzin verirseniz buradan itibaren bu noktaya ağırlık verelim. Hocam, dünya toplumu olarak sürekli artan bir taleple hap kullanıyoruz. Amerikan Pediatri Akademisi, ailesinde yüksek kolesterol, yüksek tansiyon ve kalp hastalığı bulunan çocukların 2 yaşından itibaren kontrolden geçirilmesini tavsiye etti. Kötü kolesterolü yüksek çıkan 8 yaşından itibaren kolesterol ilacı kullanılabileceğini bildirdi. Yani düzenli hap kullanma yaşı bebeklik dönemine kadar indi. İlaç sektöründeki belirleyicileri düşünürsek bu durumdan insanlık adına endişe etmeli miyiz?

Evet, endişe etmeliyiz. Çünkü burada amacın insanların sağlığını korumaktan ziyade daha fazla para kazanma olduğun düşünüyorum. Bir de son zamanlarda tıbbın gazetelere düştüğünü görüyorum. Gazete kupürlerine bakacak

olursanız baştan aşağı yasaklarla ve bazı ürünlere yönelik birtakım teşviklerle kurulu bir hayat yaşamanız gerekiyor. İşin garip tarafı bir sütunda ak denilene ötekinde kara denildiğine şahit oluyoruz. Bu kalemler kulak kabartacak olsak hayatımız zindan olacak. Hiç kimse normal bir yaşam süremeyecek. Oysa böyle genel tavsiyeler yerine kişiye özel tavsiye ve metotlar belirlenmelidir. 'Hastalık yok, hasta vardır' sözü tersine çevriliyor ki bu yanlış bir durum.

Tıp ilaçları konusunda bazı komplocu kalemlere kulak kabartacak olursak modern ilaçların tümünün kansorejon madde içerdiği ve yan etkileri olduğu ifade ediliyor. En son İngiliz Hull Üniversitesi'nden bilim adamlarının 47 klinik deneye dayanarak yaptıkları araştırmanın; anti-depresanların sanıldığı kadar etkili olmadığı, bilakis hastaları daha fazla depresyona sürüklediğini ortaya koyması bizi bu noktada yeniden düşünmeye sevketti. İş abartıp ilaç sektörünün tümüyle insan sağlığını önce bozup sonra düzeltme üzerine kurulu büyük bir proje olduğuna kadar vardırırlar da yok değil. Siz bu noktada ne dersiniz?

Böyle bir komplo teorisinin doğru olduğuna inanmıyorum. Ama şu kadarı var ki, bir ilacın bir hastaya iyi geldiği görülünce yaygın bir biçimde kullanımı başlıyor ve yan etkileri hesap edilmiyor. Oysa bazı ilaçların etkisinden çok yan etkisi olabiliyor. Bunun önceden planlanmış bir proje olduğunu düşünmüyorum ama mümkün olduğunca çok ilaç kullanılması gerektiğini söylüyorlar.

Kızılay'ın bilgisayarlarından yapılan bilgi transferleri üzerinden genetik şifrelerimizin çalınmasına dair haberler zaman zaman gazete kupürlerine konu oluyor. Deniyor ki, "Gen haritamızın yabancı bir gücün eline geçmesi Türk milleti için büyük tehdit olabilir." Sizce bu mümkün mü?

Hayır, ben bunun mümkün olduğunu düşünmüyorum, gen haritalarımızın başka ülkelerin eline geçmesinde de herhangi bir sakınca görmüyorum.

Yani Türk milletinin zafiyetlerini ortaya koyması ve ona un uygun virüsün tespit edilmesi, imal edilmesi ve hastalık yolu ile gönderilmesi gibi tehdit gerçekçi değil mi?

Böyle bir mücadele tarzının olabileceğini zannetmiyorum. Bence bir ülke bir başkası ile mücadele edecekse bunu çok zahmetli olan biyolojik silahlarla yapmak yerine örneğin bir nükleer silah yapıp üzerinize atarlar kurtulurlar. Bu kadar zahmete gerek yoktur.

"Kene olayları biyolojik deneme olabilir"

Kene vakalarını sizinle konuşmak isterim. Yaşanan vakaların ardından ülkemizde 1 milyon dolarlık bir ilaç sektörünün oluştuğu söyleniyor. Bu noktada bir duyumunuz var mı?

Bu tabi incelenmesi gereken bir mesele. Hakikaten Türkiye'deki kenelerde eskiden böyle bir hastalık yoktu. Bunun nedeninin tıp adamları tarafından araştırılması gerekiyor. Bu nerden çıktı, eskiden de vardı da biz mi bilmiyorduk?

Yıllardır çiftimizin ayağına, bacağına yapışan, karınca ve sinek kadar bir ederi olan kene nasıl bir mutasyona uğrayıp da ölüm saçır hale geldi. Siz anladığım kadarıyla pek ihtimal vermiyorsunuz ama ben gene de sormak isterim: Bu noktada ülkemize yönelik biyolojik silah iddialarında gerçeklik payı düşünülemez mi?

Bu bir saldırı değil de belki bu bir denemedir. Çünkü düşünelim hadi. Köylerde birkaç yüz kişiyi öldürdüklerinde yabancılar bundan ne elde edecektir? En fazla bir milyon dolar kazanabilirler ki, bu da onlar için çok büyük bir para değildir. Ama bir deneme yapıyor, Türkiye'yi laboratuvar olarak kullanıyor olabilirler ki, buna şaşırmam.

Biyo-terör sizce uluslararası bir baskı ve tehdit unsuru olarak kullanılıyor mu?

Ülkeler ve insanlar arasındaki mücadelede her türlü yöntem ya da silah bir baskı unsuru olarak kullanılır. Ama evvela şunu kabul etmek gerekir ki, sizinle mücadele etmeyi kafasına koyan bir güç varsa siz biyo-terör yolunu kapatırsınız, o bir başka kapı bulur. O nedenle sorunlarımızı politika ile çözebilmesi, politikayı ve stratejik gücümüzü caydırıcı bir mekanizma haline getirebilmeliyiz.

Daha çok gelişme çağındaki çocukların tüketmesi için uzmanların şiddetle tavsiye ettiği meyveli yoğurtlar gibi bazı ürünlerin besin değerlerinde piyasaya sürülen ülkeye göre değişiklikler olduğu iddiaları var. Bir ara bir yoğurt markası ile ilgili "Çocuklarda zekâ geriliği yapıyor" diye iddialar çıkmış, haberlere konu olmuştu. Sizin bu noktada görüşleriniz neler?

Ben kendi adıma hep doğal ürünleri tercih ederim. Yoğurt varken neden meyvesini tercih edelim ki. Yani biri çıkıp gelip de ben şöyle bir şey imal ettim derse ona şöyle derim: Yaradan'dan daha kabiliyetli değilsin. Sana asla inanmıyorum. Anne ve babalar böyle



Tıp, tıpkı silahlı kuvvetler gibi tabu haline getirilmiş bir alan. Dışarıdan bir göz olarak hakkında yazamıyoruz. Doktorlarla aynı ortamda bulunduğunuzda söyledikleri şu: Sağlıktan feda edilemez. Yani sağlık için ne kadar lazımsa o kadar vereceksiniz. Aynı şeyi askerler de söylüyor. Bence genel sağlık politikasının doktorlar tarafından belirlenmesine izin verilmemelidir!

ticari oyunlara kanmamalı. Çocuklarına doğal olan gıdaları yedirmelidir.

"Afrika'yı boşaltacaklar!"

Sizce HIV enfeksiyonu neden Afrika'da bu kadar yaygın? Hristiyan misyonerlerin insanları hastalıklarını tedavi ettirme bahanesi ile elde ettiğine dair iddialarda gerçeklik payı olabilir mi?

Ben din uğruna böyle şeylerin yapacağını düşünmüyorum. Fakat başka şeyler uğruna yapılabilir. O da şu: Afrika'da hastalıklar ve kıtlıklar üzerinden bir nüfus azaltma politikası izlendiğini hissediyorum. Bu politikanın sonunda nüfus çok azalacak, kıta gözde bir kara parçası haline gelecek. Buraya Batıdan büyük ölçüde göçler olacağını düşünüyorum. Doğal kaynakları ve sıfırdan medeniyet inşa edilebilecek kadar boş bir alan olması nedeniyle Afrika bu anlamda bir cazibe merkezi.

Dünyada bu kadar uzun vadeli ve zalim politikalar yürüten güçler mi var?



Neden olmasın! Bunda şaşılacak şey ne? Geçmişte katliamlarla yapılanlar bugün böyle yapılıyor. “Buna razı değilseniz, size savaş açalım, topluca kılıçtan geçirip bir kenti yok edelim” de diyebilirler. Bu da bir metot. Yeri gelmişken benim üzerinde düşündüğüm bir meseleyi de burada aktarmak isterim. Çin ve Hindistan’ın şişen nüfusları kendi toprakları içinde hapsedilecek mi, yoksa öteki bölgelere, örneğin Afrika’ya kaydırılacak mı? Bence o nüfus oraya hapsedilecek.

Çin, sanayi ve teknolojiye bir alternatif yarattığı gibi tıpta da tam tanımlanamayan bir sektör yarattı. Çin’de uygulandığı iddia edilen alternatif tıp, günümüzdeki tıbbi uygulamaların bittiği yerde değil; bu uygulamalara alternatif olarak ortaya çıkıyor. Bu bir tehdit olarak algılanmalı mı?

Hayır, bunu tehdit olarak görmemeliyiz. Bu olumlu karşılanmalı. Alternatif tıbbi herkes öğrenmeli, deneyebilmelidir. Bunun gelişmesi, modern tıptan kaynaklı şikâyetleri bir nebze azaltacaktır. Burada bir başka konuya daha temas etmek isterim: Çin, olduğundan

farklı görünen bir ülkedir. Çin’i bu kadar büyüten, oraya dışarıdan akan sermayedir. Ne olup bittiğini anlayabilmek için o sermayeyi oraya akıtanlara bakmak lazımdır. Hâlbuki biz Çin büyüdü deyip oraya bakıyoruz. Şunu söylemek istiyorum: Çin’i bu kadar büyütenler, gerektiği zaman onu yok edebilecek mekanizmaları da Çin’in içine yerleştirmiştir haberiniz olsun. Ben Çin’in bir küresel güç olup dünyayı yönetebileceğini zannetmiyorum.

“Sağlıkta küresel güç olabiliriz; ama...”

Sınırlarımıza çekilmek istiyorum. Merhum Cumhurbaşkanı Turgut Özal’ın memleketi Malatya’yı Orta-doğu ve Balkanlar’da sayılı tıp merkezlerinden biri haline getirmek gibi bir projesi olduğu biliniyor. Türkiye şimdi sadece Malatya ile değil İstanbul ve Ankara gibi merkezleriyle Avrupa’nın tıp merkezlerinden biri olma yolunda. Açılan kompleks hastaneler, Türkiye’ye tedaviye gelen yabancı hastalar derken Türkiye sağlıkta küresel bir güç, bir aktör olma yolunda mı?

Kene ölümleri biyolojik bir saldırı değilse bile bir deney olabilir. Köylerde birkaç yüz kişiyi öldürdüklerinde yabancılar bundan ne elde edecektir? En fazla bir milyon dolar kazanabilirler ki, bu da onlar için çok büyük bir para değildir. Ama bir deneme yapıyor, Türkiye’yi laboratuvar olarak kullanıyor olabilirler.

Öyle tahmin ediyorum. Hem termal tesislerimiz var, hem yetişmiş beyin gücümüz, hem de sağlık alanında yatırım yapan müteşebbislerimiz var. Üstelik de sağlık ücretleri Avrupa ve Amerika’ya kıyasla oldukça uygun. Ancak burada çok önemli bir şerh koy-



mak isterim ki, Türkiye sağlıkta Batının kâr amacı güden sağlık sistemine benzer bir sistem kurmamalı. Yani gereksiz ilaçlarla hastanın bedenini dolduran, gereksiz testlerle faturaları kabartan hastane ve doktorlar sektöründen uzaklaştırılmalı. Sektör, sağlığın ötesinde bir amacı olmayan ama bu arada para da kazanan bir hale gelebilmeli. Türkiye, insan sağlığı üzerinden para kazanmayı amaç edinmiş bir ülke olmamalı, böyle bir lekeyi üzerine kondurmamalı. Burada vakıf mantığını tekrardan anımsatmak istiyorum.

Tabi küresel bir aktör olabilmek için küresel politikalar gütmeniz de gerekiyor. Bu anlamda Türkiye'nin son birkaç yıldır bölgede lider ülke olmaya yönelik yürüttüğü vizyonun da altını çizmekte fayda var.

Elbette ama yanlışlarımızı önümüze koymamızda da fayda var. Türkiye eğer küresel bir güç olacaksa nüfus ettiği alandaki insanlara hitabetmesini de bilmelidir. Ama şimdiye kadar ki söylemlerimiz bunun hep tersiydi. Dışişleri Bakanımız çıkıp "Biz çıkarlarımız için uğraşırız" diye başlayan cümleler kurardı. Bunu söylediğiniz zaman başkaları sizinle niye yan yana gelsin? Amerikan Dışişleri Bakanının ağzından hiç böyle bir söz duydunuz mu? Hep kendi çıkarları için çalışır ama söyleminde "Bölgenin ve hatta insanlığın çıkarları..." kelimelerini vurgular. Her ülke din ya da ırk üzerinden bir politika güder. Türkiye bir yeniliğe imza atmalı ve insan üzerine politika yapan bir vizyonu ortaya koyabilmelidir. İşte o zaman hem sağlık, hem de öteki sektörlerde küresel bir güç olabiliriz.

"AK Parti'yi İngiltere kapatmak istedi"

Sizin eski bir mensubu olduğunuz MİT hakkında bir soru yönetmek isterim. Ergenekon çetesini çökertmede MİT çok etkili oldu. Daha önce CIA'nın

güdümünde çalıştığı ifade edilen MİT'in bugün gelinen noktadaki durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kurumların vizyonu yöneticilerinin kimliklerine son derece bağlıdır. Aşağıdakiler, yukarıdan aldıkları direktiflere göre hareket ederler. Onlar politikadaki değişimleri çoğu zaman anlamazlar bile, denileni yaparlar. Yukarıdaki tepitinize katılıyorum, hangisi iyi dersiniz bugünkü durumun daha iyi olduğunu söylerim.

Son olarak Türkiye siyaseti üzerine yorumlarınızı almak isterim. Sizce AK Parti kapatılsaydı ne olurdu?

Bugünden çok daha farklı bir istikamette olurduk. Bakın kapatma davası açıldığında şunu yazmıştım: Bu dava irticaya ya da bir düşünceye yönelik açılmış bir dava değildir. AK Parti içindeki ABD yanlısı grubun tasfiyesi adına AB içindeki İngiltere'nin başını çektiği grup tarafından açtırılmış bir davadır. Kapatılırsa Abdullah Gül'ün gölge lider olduğu grup partiyi ele geçirecek, bu grup küresel sermayeye ve Londra'ya çok yakın hareket edecek. Bana göre AK Parti içinde Tayip Erdoğan kanadı ABD'ye daha yakın, Abdullah Gül kanadı ise AB'ye. Ama ben AB'yi ikiye ayırıyorum. AB şu anda hurda bir otomobile benzemektedir. İki kanada ayrılmıştır. Biri Fransa ve Almanya'nın liderliğindeki kadro. Diğeri ise İngiltere'nin başını çektiği ve İtalya, İspanya'yı içine alan blok. Türkiye bu ikinci bloğa daha yakın.

Ya bugün? Yüksek Mahkeme'den AK Parti'ye yönelik kapatma davasında çok okumalı, ilginç bir karar çıktı. Darbe yapma planı içinde oldukları iddia edilen bir grup hakkında yürütülen Ergenekon operasyonunda dava görülmeye başlandı. Genelkurmay Başkanı değişti. Bu sıcak siyasi gündem içinde Türkiye nereye doğru yol alıyor?

Prof. Dr. Mahir Kaynak

1934, Gaziantep doğumlu olan Kaynak, ilk ve ortaöğrenimini burada tamamladı. 1948'de Kuleli Askeri Lisesi'ne girdi. 1953'te Harp Okulu'nu istihkâm sınıfı subay olarak bitirdi. 1957'de askerlikten ayrıldı. 1961'de mezun olduğu İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi'nde asistanlık yaptı. 1965'te doktor, 1971'de doçent oldu. Mahir Kaynak, o dönemlerde Milli İstihbarat Teşkilatı'na (MİT) girdi. Kaynak, 1980 yılında da MİT'ten emekli oldu. 1989'da iktisat profesörü oldu. 1971 yılında MİT'e tayin edilen Mahir Kaynak, 1993 yılında Gazi Üniversitesi'nden emekliye ayrıldı. Yayımlanmış pek çok kitabı bulunan Kaynak, evli ve biri Bahçeşehir Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Deniz Ülke Arıboğan olmak üzere üç çocuk babası.

Evvela şunu söyleyeyim: AK Parti'nin kapatılmaması Tayip Bey'in elini güçlendirdi. Çünkü parti içinde Bülent Arınç'ın başını çektiği bir kadro var ki, dine yönelik talepleri sürekli Başbakan'ın önüne koyuyor. Şimdi onlara diyebilecek ki, "Bakın istediklerinizi yaparsam partiyi kapatabilirler." Onları baskı altına alacak. Asker yönetiminde de aşırı bir İslam'ın varlığına karşı ama AK Parti'ye tahammüllü bir yönetim oluşturulacak. Bir sivil-asker birlikteliğine şahit olacağız.

Ruhla beden, hekimle hasta, bilimle sanat arasındaki köprü: Holistik Tıp

Doç. Dr. Şafak Nakajima

İstanbul'da doğdu. Lise eğitimini A.B.D.'de AFS bursu ile tamamlayıp, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. İki yıl süreyle Çocuk Cerrahisi ihtisası yaptı. Daha sonra, Akdeniz Üniversitesi'nde Klinik Mikrobiyoloji ihtisası ve Japonya Osaka Üniversitesi'nde Viroloji doktorasını tamamladı. Kanada'da, doğal tıp alanının tümünü kapsayan dört yıllık bir eğitimle Institute NHC ve The British Institute of Homeopathy'den mezun oldu. Pekin Çin Tıbbi Üniversitesi'nde Geleneksel Çin Tıbbi ve akupunktur eğitimini takiben akupunktur uygulama yetkisi kazandı. İngiltere'de Tibet Meditasyonu, NLP ve Klinik Hipnoterapi eğitimini tamamladı. Halen 'Holistik Tıp' alanında serbest hekim olarak çalışmaktadır.

Doktorluk; çocukluk yılları otuz beş-kırk yıl geride kalanlarımızın zihninde, ateşler içinde yanan minik kızı, hasta yatağında muayene ettikten sonra, çantasından çıkardığı bir ilaç ya da yaptığı enjeksiyonla ölü-

mün karanlığından yaşamın kıyısına çekip çıkaran, sonra da aileyi teskin eden babacan bir figürle özdeşleşmişti. Doktorun, minik kızın başına dokunan eli bile, tek başına şifa vermeye yeter gibi görünürdü bize.

Ne MR raporları vardı ortada, ne de ileri laboratuvar analizleri. Sadece şefkatli bir doktor, bir dinleme aleti, rahatlatan

sözcükler ve bir de o mucizevi iğne ve tabletlar. Adeta büyüdü bir durumdu bu...

Ben de o büyümenin peşine takılıp gidenlerdenim. Çok küçük yaşlardan beri, ateşler içinde yanan küçük çocukları, evlatları başucunda ağlaşan hasta anneleri hayata döndüren o doktorlardan olmayı düşledim. Kader, emek ve zaman bana bu imkânı verdi, ne mutlu!



(...) Hastaneler artık tanıtımlarını, sahip oldukları yeni cihazlarla yapıyorlardı. İlaç sanayi giderek geliyor, şık ambalajlı ilaçlar eczane raflarında dizilirken eczacının terazisi, havanı ve boy boy şişeleri, antikacı dükkânlarını süslemeye başlıyordu. Her şey çok teknik, çok göz alıcı ve bir o kadar da yabancıydı. Hekim ve hasta arasındaki dinleme aleti köprüsü, ne kadar direnebilirdi ki bu bilgisayarlı metal heyulalara!

O yıllardan bu günlere çok şey değişti. Ben de, pratisyen olarak zorunlu hizmet yılları, çocuk cerrahisi asistanlığı, bilimsel araştırmacılık gibi tıbbın hemen her alanında, üstelik dünyanın hemen her tarafında eğitim görür ve çalışırken, bu değişimin, hiçbir kültür ayrımı gözetmeksizin tüm kurumları ve insanları etkilediğini gözlemledim.

Önce, pek çok yeni tanı yöntemi ortaya çıktı. Çok hızlı, çok detaylı bilgiler veren bu yöntemler giderek biz doktorlarda, özenli hasta öyküsü almanın, dikkatli bir muayenenin, hasta ve yakınlarıyla güven ve şefkate dayalı ilişkiler kurmanın pek demode, pek ciddi bir zaman kaybı ve gereksizlik olduğu kanısını yaratmaya başladı. Üstelik hastalar da bu değişimden nasiplerini alıyorlardı. Dönemin en moda cihazlarıyla yapılan tetkiklerden istemeyen hekimlerin, hastaları tarafından “yeniliklerden bihaber ve yetersiz” olarak algılanmaları işten bile değildi.

Hastaneler artık tanıtımlarını, sahip oldukları yeni cihazlarla yapıyorlardı. İlaç sanayi giderek geliyor, şık ambalajlı ilaçlar eczane raflarında dizilirken eczacının terazisi, havanı ve boy boy şişeleri, antikacı dükkânlarını süslemeye başlıyordu. Her şey çok teknik, çok göz alıcı ve bir o kadar da yabancıydı. Uzun aracı kumanda odalarına benzeyen görüntüleme merkezlerinde, bırakın şefkatli bir elin rahatlatmasını, üşümeyi umabiliyordunuz en çok. Hekim ve hasta arasındaki dinleme aleti köprüsü, ne kadar direnebilirdi ki bu bilgisayarlı metal heyulalara!



Elbette dinleme aletinin yakalayamayacağı kalp üfürümlerini, akciğer kanseri bulgularını, beyin tümörlerini yakalayabilmek, insanlık ve tıp adına muhteşem gelişmelerdi. Elbette, daha önce ölümcül olan enfeksiyonları silip süpüren antibiyotikler, kanserli hastaları hayata döndüren kemoterapi ilaçları ve cerrahi teknikler, havai fişeklerle kutlanası buluşlardı.

Ama hem hastalar, hem de hekimlerin bir kısmı, tüm bunlara rağmen bir şeylerin eksik olduğunu, hatta bu eksikliğin, eskiden var olup da, zamanla yitip giden bir şey olduğunu sezinliyorlardı. O köprü müydü yoksa kopan, hasta ve hekim arasında? Ve zamanla insanlar, yeni arayışlara girdiler; o köprüyü tekrar kurabilmek için...

İşte “Holistik Tıp”, o köprünün adıdır. Hastayla hekim, ruha beden, teknolojiyle doğa ve teknisyen hekimlikle şifacılık arasındaki o köprünün adı. Kırk yıl öncesinin düşlenen mesleğini, bugünün bilimsel gelişmeleriyle tanıştıran, buluşturan akıl ve gönül yoludur. Tıp bilim ve sanatının bileşkesidir. Şimdi, soru ve cevaplarla, holistik tıbbın ne olduğuna biraz daha yakından bakalım.

Holistik Tıp nedir?

“Holistik”, “tümü kapsayan, bütüncül” anlamına gelen bir sözcüktür. Tıp sözcüğüyle birlikte kullanıldığında ise, “arzulanır düzeyde bir sağlıklılık durumu için, fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi boyutların tümünün dikkate alındığı bir model”i tanımlar.

Düşünce ve duygularımız, nörolojik sistem ve dolaşım sistemi aracılığıyla bedenimizi doğrudan etkiler. Aynı yolla, bedensel sağlık da beyne gönderdiği sinyallerle duygu ve ruh durumumuzu şekillendirir. Milyarlar ve milyarlarca nörotransmitter, peptid, hormon gibi kimyasal molekül, beyni bedene, bedeni beyne bağlar. Yani, beyin ve beden birbirinden bağımsız çalışan organ ve sistemler değildir. Holistik Tıp bu nedenle, kullandığı metotlarla, tüm sistemi birlikte ele alır.

Hekimlerin yemin ederek mesleğe başladığı Hipokrat, “İçimizdeki doğal iyi-

leşme gücü, şifa için en önemli kaynaktır” der. Holistik hekimin görevi, dışarıdan tedavi edici bir madde vermeden önce, bu iyileşme gücünü harekete geçirmektir.

Tedavide, bilimsel dayanağa sahip ve yan etkisiz geleneksel doğal tedavi modellerine de yer verir. Hastaya zarar vermemek en temel ilkedir. Hastanın eğitilmesi ve tedavi sürecinde sorumluluk alması, holistik tıbbın ana ilkelerindendir.

Holistik Tıp, modern tıbbın alternatifi midir?

Holistik Tıp, modern tıbbın tanı ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra etkin ve bilimsel doğal yöntemlere de yer veren bir tıp yaklaşımıdır. Amaç, sağlık sorunlarının çözümünde öncelikle, en az yan etkili ve doğal yöntemleri kullanmak ve sadece hastalık bulgularını geçici bir süreyle gidermek yerine sorunların kökenine inerek tedavi etmektir. Dolayısıyla, Holistik Tıp, modern tıbbın alternatifi değil, onu da içeren daha köklü bir sağlık modelidir.

Doğal tedavilerin hangileri Holistik Tıp kapsamındadır?

Bilimsel süzgeçten geçmiş her iyileşme metodu, Holistik tedavinin parçası haline gelebilir. Burada önemli olan, ruh-beden bütünlüğünün, tedavinin odak noktası olarak kalmasıdır. Koroner arter sorunu olan bir hasta, damar genişletme operasyonlarının yanı sıra, ruhsal rahatlama yoluyla kan basıncını düşürmek, yangısal süreçleri kontrol altına almak için gevşeme egzersizleri ve meditasyondan yararlanabilir. Akupunktur yardımıyla da, nörotransmitter dengesi sağlanıp maksimum iyileşme potansiyeline ulaşılabilir.

Doğal yöntemlerden, benim özellikle başarılı bulduğum ve uyguladıklarım arasında, hipnoterapi, meditasyon, aktif imgelem, Japon psiko-ruhsal gelişim teknikleri, nefes eğitimi, Geleneksel Çin tıbbı ve akupunktur, homeopati ve fitoterapi (bitkisel tıp) bulunmaktadır. Bu yöntemlerin ortak özellikleri, hepsinin, bilimsel araştırmalara konu olmuş ve etkinliklerinin gösterilmiş olmasıdır. Bu arada, doğal metotlarla ilgili bilimsel



verilerin sayısının henüz çok sınırlı olduğuna dikkat çekmek isterim.

Hangi hastalıklar Holistik Tıp tarafından tedavi edilebilir?

Kalp-damar hastalıkları, ülser, kolit, artiritler, nörolojik yıkım hastalıkları, migren, kadın hastalıklarının pek çoğu, menopoz bulguları, panik, anksiyete bozukluğu, depresyon, kanser gibi hemen tüm hastalıkların tedavisinde Holistik Tıp etkilidir. Ayrıca, genel ruh-beden sağlığı takip ve korunmasında da çok işlevseldir. Kişinin sağlık düzeyi ne olursa olsun, yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yapar.

Holistik Tıp konusunda yasal düzenlemeler nelerdir?

ABD’de Holistik Tıp Odası, 1978 yılında kurulmuştur (American Holistic Medical Association). Amacı, Holistik tedavilerin çerçevesini çizmek, belirli bir disiplin içinde öğrenilir ve uygulanır olduğunu güvence altına almak ve sistemi tanıtip yaygınlaştırmaktır. Günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde Holistik Tıp oda ve birlikleri açılmaktadır.

Doğal tedavi yöntemlerinin bilimsel değerlendirme kapsamına alınmasında en önemli adım, 1991 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından atılmış, şimdi çok geniş bir bütçeye sahip olan ve doğal tıp konusunda sayısız bilimsel çalışmayı kontrol ve finanse eden Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi açılmıştır.

Avrupa ve Amerika’nın en iyi üniversitelerinde Holistik Tıp departmanları açılmakta, en gelişmiş hastanelerinde uygulanmaktadır. Amerikan halkının yarısından fazlası, Holistik sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Ülkemizdeyse, henüz yalnızca akupunktur konusunda yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Holistik doktorun diğer doktorlardan farkı nedir?

Holistik doktor, standart tıp eğitiminin yanı sıra, bilimsel etkinliği gösterilmiş, ciddi doğal tıp yöntemleri konusunda da eğitim almış olan hekimdir.

Dünyanın pek çok dilinde, örneğin Japoncada, doktor anlamına gelen “sen-sei” sözcüğünün açılımı, “öğretmen” demektir. Tarih boyunca hekim, bireylerin ve toplumların olumlu yönde değişimlerinde, önderlik eden bir öğretmen olmuştur.

Oysa günümüzde, hasta ve hekim arasındaki dayanışma kopmuş; hekimler, hastalarına, “arızası giderilmesi gereken birer makine” gibi yaklaşan teknisyenlere dönüşmüştür. Holistik Tıp bu yaklaşımın yerine, çok daha insancıl ve etik bir ilişki kurulmasını amaçlar. Hasta ve hekim, ast-üst ilişkisi yerine, eşit ve dayanışmacı bir işbirliği kurar. Holistik tedavide, kullanılan yöntemler kadar terapistin kişiliği de büyük önem taşır.

İyi bir Holistik hekimin yetişmesi, çok daha uzun süreli bir eğitim, yatırım ve emek ister. Günümüz tıp eğitimi henüz bunu sağlamaktan uzaktır. Bu nedenle, dünyada halen, kendi olağanüstü gayret ve emekleriyle yetişmiş çok az sayıda gerçek Holistik hekim vardır.

Holistik Tıp, ruh sağlığı konusunda nasıl bir yaklaşım içindedir?

Doğumla başlayıp ölümle biten yaşam yolculuğu, modern zamanlarda oldukça zorlu bir serüvene dönüşmektedir. Teknolojik gelişmeler, bir yandan yaşamı kolaylaştırırken diğer yandan bildiğimiz tüm değer ve anlam kalelerini yıkmaktadır. Aidiyet, tek ruh olma duyguları, dünyayı değiştirme ve daha özgür, daha eşit ve daha coşkulu bir yer haline getirme umutlarımız giderek azalmakta ve yalnızlaşmaktayız.

İnsanlar sıklıkla, sevmedikleri, neye ya-

Holistik Tıp, modern tıbbın tanı ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra etkin ve bilimsel doğal yöntemlere de yer veren bir tıp yaklaşımıdır. Amaç, hastalık bulgularını geçici bir süreyle gidermek yerine sorunların kökenine inerek tedavi etmektir. Dolayısıyla, Holistik Tıp, modern tıbbın alternatifi değil, onu da içeren daha köklü bir sağlık modelidir.

radığını bilmedikleri işlerde çalışarak ömür tüketiyorlar. İntiharlar, boşanmalar artıyor. Yaşadığımızı hissetmek için, daha çok tüketmenin dışında, yapabileceğimiz pek bir şey olmadığına inan-dırılıyor. Giderek güçsüz ve çaresiz hissediyoruz kendimizi. Yorgun ruhlar, hasta bedenlere dönüşüyor. Mutsuzlaşıyoruz.

Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılı itibariyle, dünya genelinde kalp-damar hastalıklarından sonra gelen en önemli ikinci hastalığın depresyon olacağını bildiriyor.

Bilimsel veriler, mutsuzluğun sadece bir duygu durumu değil, aynı zamanda ciddi bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koyuyor. Harvard Üniversitesi’nde yapılan araştırmalar, bedensel yakınmalarla doktora başvuran hastaların yüzde 85’inde, altta yatan sorunun ruhsal sıkıntılar olduğunu gösteriyor. İşte bazı bulgular:

Mutsuz insanların kanlarında, stres hormonları olan kortisol, adrenalin ve noradrenalin düzeyleri yükseliyor. Bu durum Tıp 2 diabetes (şeker hastalığı), kalp hastalığı ve yüksek tansiyona yol açıyor. Yara iyileşmeleri gecikiyor. Vücudun savunma sistemi zayıf düşünce insanlar, enfeksiyonlara, alerjik akciğer ve cilt hastalıklarına, eklem romatizmasına ve kansere daha açık hale geliyorlar.

Mutsuzluk ayrıca, sigara, alkol, uyuşturucu, yeme bozuklukları gibi kötü yaşam alışkanlıklarına da yol açarak sağlığını bozuyor.

Mutsuzluğumuza çare olarak bize ilaçlar öneriliyor. Bu ilaçların çoğu reçetesiz satılıyor, misafirliklerde ikram ediliyor. Oysa kullanıcıda zihinsel durgunluk yaratan, onları, sadece mutsuzluğu de-

ğil, mutluluğu da hissedemeyen robotlara dönüştüren, pek çok organın fonksiyonunu bozan antidepresanların kullanımında çok titiz olmak gerekiyor.

İnsanların sorunlarının olması gayet normal olduğu gibi, her duygusal sıkıntı da hastalık olmadığını unutmamak gerekli. Hızla değişen hastalıklı bir dünyada yaşamaya ve anlam bulmaya çalışan insanların kendilerini kötü hissetmelerinden daha normal ne olabilir?

Ünlü psikiyatrist Prof. Dr. Thomas Szasz'ın dediği gibi: "(...) akıl hastalığı fikri bugün esas olarak, kişisel ve toplumsal ilişkilerdeki sorunları gözden saklamak için kullanılmaktadır."

Duygu-mantık çatışmaları, ekonomik zorluklar, sevilen birinin kaybı, ilişki sorunları, amaç ve değer krizleri, meslek kaygıları, yaş dönümü bunalımları (ergenlik, ileri yaş) gibi durumlarla karşılaştığımızda doğru çözüm, ilaç kullanmak yerine, bize, yaşadığımız durum hakkında doğru bilgiler kazandıracak ve sıkıntımızı şefkatle paylaşabilecek bir kaynağa ulaşmaktır.

Eğer şanslıysak, bu kaynak yakınımızda bir akraba ya da dost olabilir. Ama çoğu kez, yakınlarımızın bizimle ilgili konularda taraflı olmaları veya bizi sistemli olarak dinleyecek zamandan yoksun olmaları nedeniyle bu tür bir seçenek mümkün değildir.

Dünyanın baş döndüren hızı ve ruhumuzun karmaşasıyla tek başına mücadele edememek, akıl hastası olduğumuz anlamına gelmez. Eğitimli, deneyimli, bilge, hoşgörülü, kendi yaşamında anlam ve bütünlük oluşturabilmiş bir rehberle birlikte, yaşamı daha anlamlı kılmak, ruh-beden sağlığını düzeltmek için çaba sarf etmek, ancak gerçekten akli başında insanların yapacağı bir davranıştır. Holistik hekim, bu rehberliği sunar.

Holistik Ruh Sağlığı, bir psikiyatrik tedavi modeli değildir. İnsanın, beynindeki organik bir bozukluğa bağlı olarak zihinsel ve bedensel hastalıklara yakalanma olasılığının yaklaşık yüzde 3 olduğunu ve bu nedenle ilaçlarla tedavi edilmesinin çoğu olguda bilimsel bir dayanağı bulunmadığını göz önünde tutar.

Bireyin, duygu, düşünce ve inanç haritasını, yaşadığı çevreyi, ekonomik koşullarının onu ittiği çıkmazları öncelikle ele alır. Ruhsal ve kişisel gelişim, insanın felsefi ve bilimsel eğitim yoluyla, kendisini tanıma ve gerçekleştirme ve böylece, sağlıklı ve doyumlu bir yaşam sürdürmesi hedeflenir.

Holistik Tıp sadece, hastanın kendisine ve etrafına zarar verme olasılığının söz

konusu olduğu veya zaman alıcı bir ruhsal gelişim programının beklenemeyeceği acil durumlarda psikiyatrik muayene ve ilaç kullanımını destekler. Bu tür durumlarda, mesleğinde donanımlı bir psikiyatri uzmanıyla iş birliği yapılır.

Ruh sağlığının beden sağlığından ayrılması ve hekim olmayan kişiler tarafından tedavi edilmesi yanlıştır. Bazı vitamin-mineral eksiklikleri, kronik nörolojik bozukluklar veya kanser gibi doku yıkımına yol açan hastalıklar da ruhsal sağlığı bozabilir. Tıp eğitimi almamış kişiler tarafından bu hastalıkların tanınamaması, ölümcül sonuçlar yaratabilir.

Holistik hekim, ruhsal yakınmalarla başvuran her hastanın fiziksel sağlığını da çok özenli bir muayeneyle değerlendirebilir. Tedavisini düzenler. Gerekli durumlarda hasta, başka uzmanlık alanlarına yönlendirilir.

Holistik Ruh Sağlığı programı, hekimin hastaya uyguladığı ve çok kısa sürede onu sorunlarından kurtaracak bir sihirli formüller yumağı değildir. Hasta ve hekim, bu programda birlikte çalışır. Hasta, kendi iç dünyasını tanımak ve düzenlemek için, hekimin rehberliğinde çaba gösterir.

Galileo'nun dediği gibi: "Gerçekte kimse, kimseye hiçbir şey öğretmez. Siz ona yalnızca içindekileri bulmasında yardımcı olabilirsiniz."

Hiçbir olumlu ve gerçek değişimin, gerekli zaman ayrılmadan ve emek sarf edilmeden oluşamayacağını dikkate alarak, tedavide çok kısa sürede sonuç beklentisine girilmemelidir.

Çalışmalar; paylaşım, tartışma, günlük tutma, kitap okuma, rüyaları değerlendirmeyi içerir. Hipnoterapi, meditasyon, derin gevşeme, nefes terapisi, akupunktur, homeopati ve bitkisel tıp, tek başına başvuru metotları değil, ruhsal gelişim sürecinde gerekli görülen zamanlarda uygulanan yardımcı yöntemlerdir.

Doğal tedavi yöntemlerini kullanan, hekim olan ve olmayan çok sayıda insan var. Bunlara güvenebilir miyiz?

Modern tıp eğitiminin tarihçesinin, sadece birkaç yüz yıllık bir geçmişi olduğunu göz önüne aldığımızda, binlerce yıldır insan sağlığında kullanılan yöntemlerin hepsinin, tıp fakültesi mezunları tarafından keşfedilip uygulandığını söylemek elbette mümkün değildir. Şifalı otlarla tedaviden akupunktura, meditatasyondan modern tıptaki ilaçlara kadar sayısız yöntem, insanların doğayı ve insan bedenini yakından ve dikkatle gözlemlemeleri sonucu geliştirilmiştir.

Bugün de, halk tababeti adını verdiği-miz, dedelerimiz ve nenelerimizin sahip olduğu, nesilden nesile aktarılan son derece değerli bir gözlem ve bilgi birikimi mevcuttur. Bundan yararlanmak gerekir. Batı'da, halk tababetinin yanı sıra, hayvanların hangi bitkilerden yararlandıklarını gözleyerek yeni ilaçlar keşfeden bilim adamları, dünyanın en saygın üniversitelerinin etnobotanik departmanlarında çalışmaktadır.

Burada hassas nokta şudur: Günümüz teknolojisi, bize hastalıkların nedenleri ve tedavileri konusunda, çok önemli bilgilere ulaşma imkânı vermektedir. Bu bilgiler sayesinde, sadece gözleme dayalı geleneksel yöntemlerle sınırlı kalmamız bir zorunluluk olmaktan çıkmıştır.

Öte yandan, sadece teknolojiyle sınırlı kalmak da, gözlemin getirdiği çok önemli ve kişiye özgü hastalık özelliklerinin atlanmasına yol açmaktadır. Bu durumda en doğrusu, tedavi eden kişinin, hem modern tıp hem de geleneksel doğal tanı ve tedavi bilgilerine, güçlü bir biçimde hâkim olmasıdır.

Modern tıp tanı ve tedavi yöntemlerini bilmeyen birisi, tümöre bağlı bir baş ağrısını veya epilepsiyi otlarla tedavi etmeye kalkışabilir. Çoğu kez en çaresiz hastaların başvurduğu doğal şifa alanında, insanlar maddi ve manevi istismara son derece açık durumdadır. Hiçbir bilimsel temeli olmayan, yüzde yüz iyileşme iddiasıyla astronomik fiyatlara satılan ot karışımları veya sözde şifacılık uygulamaları, çaresiz hastaların o dönemde en çok ihtiyaç duydukları iki olgu olan zaman ve parayı, onlardan acımasızca çalmaktadır.

Tüm bu bilgiler kapsamında söylenebilecek yegâne şey, hastaların mutlaka, bilimsel ve etik bir tıbbi hizmet sunan, yeterli eğitime sahip uzmanlardan yardım almaları gerektiği olacaktır.

Holistik Tıp tedavisinde başarı şansı nedir?

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, insanın, ruh, beden, akıl ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Holistik Tıp, tüm bu alanlarda bilinçlenme ve tedavi amacını güder.

Holistik Tıp, mevcut modern ve geleneksel tedavi seçeneklerini bir arada kullanması nedeniyle, tedavide başarı şansını çok ciddi biçimde artırır ve her koşulda hastaların yaşam kalitesini yükseltir.

Sorunlarla baş etmede analitik ve kritik düşünme

Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965'te Kahramanmaraş'ta doğdu. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümünde yrd. doçent, 1996'da doçent, 2002 yılında profesör oldu. 2001-2002 arasında Chicago'da Rush University Medical Center'da Sleep Disorders Service'de visiting professor olarak çalıştı. Sleep and Hypnosis Dergisi'nin editörlüğünü yürüten Ağargün, Özel Medipol Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Analitik ve kritik düşünme esas olarak kognitif (bilişsel) bir yetektir, muhakemeye dayalıdır. Analitik ve kritik düşünme sürecinde elde edilen çıkarımların uygun, geçerli ve sağlam kanıtlara dayalı olması, gelişigüzel olmaması hedeflenir. Analitik ve kritik düşünme derinlemesine düşünmeyi, başkasına ve kendine ait düşünceleri bilinçli bir şekilde değerlendirmeyi, düşünmeye odaklanmayı gerektirir. Analitik ve kritik düşünme bir yönüyle bireyin ne yaptığı veya neye inandığıyla ilgili olarak en iyi kararı vermesidir.

Açık fikirlilik, meraklılık, güven, doğruyu arama, doğru sorular sorabilme, sistematik olabilme konularında bulunduğumuz seviyeyle orantılı olarak analitik ve kritik düşünebildiğimiz söylenebilir. Bireyi “o birey” yapan özellikleri tanımlamak durumunda kaldığımızda çoğu zaman zorlanırsınız. “Kim olduğumuz”, “nasıl birisi olduğumuz”, etrafımızda “nasıl biri olarak tanındığımız”, “sorunlarla nasıl baş etmeye çalıştığımız” sorulduğunda ne tür cevaplar veririz? “Bizi biz yapan” başlıca özelliklerden birisi de aslında analitik ve kritik düşünebilme yeteneğimizdir. Bir an için şu soruların cevaplarını düşünelim:

- İyi bir düşünceyi savunmak için zayıf fikirlere güvenmekten rahatsızlık duyar mıyız?
- Bir soruya cevap vermeye kalkışmadan önce, her zaman soruya odaklanırmıyız?
- Diğer insanlar entelektüel merakımızı ve araştırmacı kişiliğimizi takdir ederler mi?
- Mantıklıymış gibi davrandığımız halde aslında öyle olmadığımızı düşündüğümüz olur mu?
- Herkes kendi çıkarı için tartışır; biz de “herkese” dâhil miyiz?



• Kişisel harcamalarımızın dikkatlice kaydını tutmak sizin için önemli midir?

• Büyük bir kararla yüz yüze geldiğimizde, ilk önce toplayabileceğimiz tüm bilgileri toplar mıyız?

Diğer insanların çeşitli konularda neler düşündüklerini anlamak sizin için önemli midir?

• İnanıklarımızın doğru dayanakları olmalı mıdır?

• Ulaştığımız sonuçla değil, yaptıklarımızın inandıklarımıza uygunluğuyla motive olabiliyor muyuz?

• Doğru kimden gelirse gelsin kabul etmek ve ona uygun olarak kendimizi geliştirmek konusunda yeterince istekli miyiz?

• Yapacaklarımız ve yapamayacaklarımız konusunda objektif bir gerçekçilik içinde olmaya gayret ediyor muyuz?

• Çok karmaşık bir şeyle uğraşmak zorunda kaldığımızda bu bizim için panik zamanı mıdır?

• Dört lehte, bir aleyhte görüş varsa lehte olan dört görüşe mi katılırız?

• Kendi fikirlerimizi tartışırken tarafsız olmamız mümkün müdür?

• Görüşlerimizi destekleyecek gerçekleri ararız; peki ya desteklemeyenleri?

• Çelişkili bir durumla karşılaştığımızda fikrimizi genellikle en son konuştuğumuz kişi mi belirler?

• Her şey görüldüğü gibi midir?

• Sorunları çözmenin en iyi yolu, cevabı başkasından istemek midir?

• İyi bir gözlemden sonra mı kararlarımızı veririz?

“Yıkanlar hatırı na-şadımı ya Rab şad olsun,

Benim-çün na-murad olsun diyenler ber-murad olsun”

diyebiliyor muyuz?

Bu sorulara verdiğimiz doğru cevaplar aslında analitik ve kritik düşünme yeteneğimizin düzeyini belirler.

Baş çıkma, bireyin kendisi için stres ya da çatışma oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümüdür. Baş çıkma tutumlarını;

sorun çözmeye yönelik olanlar, emosyon odaklı olanlar, aktif olanlar, pasif olanlar, uyuma yönelik olanlar ve uyuma yönelik olmayanlar şeklinde sınıflandırabiliriz.

Analitik ve kritik düşünme ile sorun çözme arasında bir paralellik olduğu dikkat çekmektedir. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Aşağıda kişilerin en sık başvurdukları baş etme yolları sıralanmıştır:

- Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
- Zihinsel boş verme
- Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
- Yararlı sosyal destek kullanımı
- Aktif başa çıkma
- İnkâr
- Dini olarak başa çıkma
- Şakaya vurma
- Davranışsal olarak boş verme
- Geri durma
- Duygusal sosyal destek kullanımı
- Madde kullanımı
- Kabullenme
- Diğer meşguliyetleri bastırma
- Plan yapma

Bu baş etme yollarının bir kısmı adaptif diğerleri maladaptiftir. Bir üniversite örneğinde yakın zamanda yaptığımız bir çalışmada baş etme yolları ile analitik kritik ve düşünme eğilimi arasındaki ilişki araştırıldı. Baş etme yollarının değerlendirilmesinde COPE, analitik ve kritik düşünme eğiliminin belirlenmesinde ise Kalifornia Analitik ve Kritik Düşünme Eğilim Ölçeği kullanıldı. Bu ölçek aracılığıyla analitik kritik düşünenin şu alt boyutları değerlendirilebilmektedir:

- Analitiklik
- Açık Fikirlilik
- Meraklılık
- Kendine Güven
- Doğruyu Arama
- Sistematiçlik

Pearson korelasyon analizi sonuçları adaptif olan baş etme yöntemleriyle (pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, aktif başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı gibi) pozitif yönde anlamlı korelasyonlar gösterirken; maladaptif olan baş etme yöntemleriyle (davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı gibi) analitik ve kritik düşünme eğilimi arasında anlamlı korelasyon bulunmadığını gösterdi.

Analitik ve kritik düşünme doğru sorunları sorabilmeyi gerektirir. Farklı psikososyal yüklenme durumlarında doğru soruların sorulabilmesi ve buna uygun cevapların bulunabilmesi sorunlarla baş etmede kullanılan yöntem ve dav-

Analitik ve kritik düşünme yeteneği, sorunlarla baş etmede olumlu yöntem ve davranış biçimlerinin kullanılabilmesi için önemlidir. Aynı zamanda sorun çözme ve karar verme süreçlerinin daha iyi gerçekleşmesini kolaylaştırır. Duygusal davranmakla makul olanı yapmak arasındaki sınırın zorlandığı durumlarda devreye girerek sorunun üstesinden gelmede önemli bir yardımcıdır.

ranış biçimlerinin de yönünü belirler. Bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında şu soruları sormak önemlidir:

- Sorun tam olarak nedir?
- Eldeki kanıtlar nelerdir?
- Kanıtlar ne kadar iyi ve yeterlidir?
- Çatışmalar ve faraziyeler nelerdir?
- İddialar nelerdir?
- Muhakemede uydurma ya da sapmalar var mı?
- Alternatifler var mı?
- Gözlemler yeterli midir?

Sonuç olarak, analitik kritik düşünme yeteneği sorunlarla baş etmede olumlu yöntem ve davranış biçimlerinin kullanılabilmesi için önemlidir. Aynı zamanda sorun çözme ve karar verme süreçlerinin daha iyi gerçekleşmesini kolaylaştırır. Başka bir deyişle sorun çözmede ve baş etmede analitik ve kritik düşünme, kognitif süreçlerle duygusal süreçlerin tam olarak entegrasyonunu sağlayan bir araçtır. Duygusal davranmakla makul olanı yapmak arasındaki sınırın zorlandığı durumlarda devreye girerek sorunun üstesinden gelmede önemli bir yardımcıdır.

Kaynaklar

Ağargün M, Beşiroğlu C, Kıran Ü, Özer ÖA, Kara H. COPE (Baş çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-226.

Kökdemir D (2000). Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi.

Tıbbi müdahale yükümlülüğünün yerine getirilmemesinin ceza hukuku bakımından sonuçları

Prof. Dr. İzzet Özgenç



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

Yeni Türk Ceza Kanunu'nda "yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk" etmek, **"terk"** suçu adıyla müstakil bir suç oluştur-

maktadır (m. 97, f. 1). Söz konusu suç, madde gerekçesinde de açıklandığı üzere, "yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan kimseyi kendi hâline terk etmekle oluşur. Bu terk olgusu, bir bebeğin cami avlusu gibi belli bir mahalle götürülüp bırakılması gibi icrai davranışla gerçekleştirilebilir. Keza, bu suç, ihmali davranışla da işlenebilir. Örneğin ileri

yaşta bulunan veya hasta bir kişi ya da bir bebek evde kendi hâline terk edilerek tatile çıkılması hâlinde, koruma ve gözetimden yoksun bırakılabilirler."

Ancak, bu kişinin "terk (edilmiş olması) dolayısıyla bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüş" olması halinde, koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan ve bu yükümlülüğüne



Kişinin “terk (edilmiş olması) dolayısıyla bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüş” olması halinde, koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan ve bu yükümlülüğüne aykırı davranan (terk eden) kişi Türk Ceza Kanunu’nun neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış suç hükümlerine göre cezalandırılır.

aykırı davranan (terk eden) kişi Türk Ceza Kanunu’nun neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış suç hükümlerine göre cezalandırılır. Yine madde gerekçesinde açıklandığı üzere; “bu durumda... failin meydana gelen ağır ve başka neticeden (terk edilenin bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüş olmasından) dolayı sorumlu tutulabilmesi için, bu netice açısından en azından taksirinin bulunması gerekir. Fakat, bu madde kapsamında söz konusu edilen terk olgusu hâlinde, meydana gelen netice açısından failin çoğu zaman **muhtemel kastla** hareket ettiğini göz önünde bulundurmak gerekir.” .

Dikkat edilmelidir ki, terk suçu, ancak koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan kişi tarafından işlenebilir. Bu suçun faili ancak koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan kişi olabilir. Örneğin, çocuğu üzerinde anne ve babanın Türk Medeni Kanunu hükümlerine göre koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunmaktadır. Keza, bir sağlık hizmetinden yararlanmak üzere bir sağlık kuruluşuna başvuran kişi üzerinde başta ilgili hekimler olmak üzere bu kuruluşta çalışan sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından 11.4.1928 tarihli ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” hükümleri gereğince koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunmaktadır.

Bunun doğal sonucu olarak, bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaya gerekli tıbbi müdahalede bulunulmaması sonucunda, hastanın sağlığının daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde; bu ağır neticeden, başta ilgili hekimler olmak üzere, bu kuruluşta görev yapan sağlık mesleği mensubu kişiler, Türk Ceza Kanununun olası kastla işlenmiş

kasten yaralama veya öldürme suçuna ilişkin hükümlerine veya en azından, bilinçli taksirle işlenmiş taksirle yaralamaya veya ölüme sebebiyet verme suçuna ilişkin hükümlerine göre cezalandırılması gerekmektedir.

Ancak bunun için,

1. Kişinin bir hastalık sebebiyle teşhis ve tedavi amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvurması gerekmektedir.
 2. Kişinin sağlığının daha da kötüleşmesinin veya ölmesinin sebebini, tedavisi amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduğu hastalığın oluşturması gerekir.
 3. Başvurduğu sağlık kuruluşunda kişiye teşhis ve tedavi amacına yönelik tıbbi müdahalede bulunulabilmesi için gerekli teknik ve personel alt yapısı mevcut olmalıdır.
- Buna rağmen, örneğin mali durumunun iyi olmaması, sosyal güvencesinin bulunmaması veya mensup olduğu etnik köken sebebiyle, başvurduğu sağlık kuruluşunda kişiye gerekli tıbbi müdahalede bulunulmaz ve sonuçta kişinin sağlığı daha da kötüleşir veya ölür.

765 s. TCK yürürlükte olduğu bir dönemde hamile ve hasta olan S bir özel hastaneye kaldırılır, ancak hastaneye kabul edilmez ve kendisine gerekli tıbbi müdahalede bulunulmaz. Bu nedenle, S'nin hamile olduğu iki çocuk ölü olarak dünyaya gelir. Bu olayda Yargıtay, özel hastane yetkililerinin 2219 s. Hususi Hastaneler Kanunu’nun 45. maddesine göre cezalandırılması gerektiği yönünde içtihatla bulunmuştur.

2219 s. Kanunun (5728 s. Kanunla yapılan değişiklikten önceki) 45. maddesine göre, “Bu kanun ve 21. maddede yazılan nizamname ile tayin olunan mecburiyetleri yapmayan veya memnuiyetlere aykırı hareketlerde bulunanlar hakkında bu kanunda ayrıca ceza tayin edilmediği ve Türk Ceza Kanunu’na göre daha ağır cezayı istilzam etmediği takdirde elli liradan iki yüz lira-

ya **kadar hafif para cezası** veya üç günden on beş güne kadar **hafif hapis cezası** verilir.”

Bu olayda yargılamayı yapan mahkeme ise, doğru olarak, özel hastane yetkililerinin yürürlükten kaldırılmış olan 765 s. TCK’nın terk suçuna ilişkin hükümlerine göre cezalandırılması yönünde karar vermişti (m. 473, f. 2).

Yargıtay’ın bu içtihadının, yeni Türk Ceza Kanununun yürürlüğe girdiği 1 Haziran 2005 tarihi itibarıyla artık uygulamada örnek alınabilecek, emsal teşkil eden bir karar niteliği taşımadığını gözden uzak tutmamamız gerekir.

Kaynaklar:

1. TBMM, Dönem: 22, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 664, sh. 504 vd.
2. TBMM, Dönem: 22, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 664, sh. 504 vd.
3. 4.CD, 28.2.1945, E.1394 (Keskin, Osman Kadri: Taksirle Ölüme ve Yaralanmaya Sebebiyet, Ankara, 1991, sh. 60).
4. 23.1.2008 tarihli ve 5728 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle (m. 76), bu maddede sadece bir kaba-hat tanımına yer verilmiştir:

“Bu Kanun ve 21 inci maddede yazılan nizamname ile tayin olunan mecburiyetleri yapmayan veya memnuiyetlere aykırı hareketlerde bulunanlara bin Türk Lirası idarî para cezası verilir.

Bu Kanunda yazılı olan idarî para cezaları mahallî mülkî amir tarafından verilir.”

Buna göre özel hastane yetkililerinin 2219 s. Hususi Hastaneler Kanunundaki ve bu Kanuna dayalı olarak çıkarılan Tüzükteki yükümlülükleri aykırı hareket edilmesi halinde, bu yükümlülüğe aykırı davranış suç oluşturmadığı takdirde, yükümlülüğe aykırı davranan kişilere sadece idari para cezası verilebilmektedir.

Şayet yükümlülüğe aykırı davranış suç oluşturuyor ise, yükümlülüğe aykırı davranan kişiler işledikleri suç nedeniyle ilgili kanuna (örneğin Türk Ceza Kanununa) istinaden cezalandırılacakları için, artık bu maddeye istinaden ayrıca idari para cezası verilemeyecektir.



“Ölümüne karar”: Ötanazi

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. Akabinde özel sektörde başhekimlik, mesul müdürlük, medikal direktörlük ve genel müdürlük yaptı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü “Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans” programını bitirerek “Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Uzmanı” unvanını aldı. Halen aynı branşta doktora programıyla akademik kariyerine devam etmektedir. 2008 yılına kadar bir devlet hastanesi ve 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.

Eski Yunan dilindeki kolay ve yumuşak anlamına gelen “eu” ve ölüm anlamına gelen “Thanato” kelimelerinden türemiştir. “İyi ölüm” anlamına gelen ötanazi konusundaki uygulama ve tartışmaların geçmişi eski Yunan ve Roma uygarlıklarına kadar dayanmakla birlikte son yıllarda tartışmaların arttığı görülmektedir. Yaklaşık 2500 yıl önce, “Primum non nocere” (Önce zarar verme) temel prensibiyle, Hipokrat tarafından “Ben-den ağı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını tavsiye bile etmeyeceğim” söylemiyle

yasaklanmış olan ötanazi, günümüzde tekrar tartışılır konuma gelmiştir.

İyileşmesi imkânsız bir hastalığa yakalanan kişinin yaşama hakkından vazgeçme ya da ölme hakkını kullanması için hekimin doğrudan ya da dolaylı olarak yardımcı olması ötanazinin temel mantığını oluşturmaktadır. Ötanazi hastanın ölümünü kolaylaştırmak için hekimin ona bir ilaç zerk etmesi şeklinde olabileceği gibi (aktif ötanazi) hastanın yaşam desteğinin durdurulması şeklinde de (pasif ötanazi) olabilmektedir. Ötanazi uygulamalarının bilinci açık olan hastanın özgür iradesi ile talebi sonucu yapılabilmesinin (volunter ötanazi) yanı sıra bilinci kapalı ya da

rızası alınmamış bir hastaya hekimin kararı sonucu yapılabilmesi de (non-volunter ötanazi) söz konusudur. Son zamanlarda sıkça kullanılan “hekim yardımlı intihar” kavramı ise hastanın intiharını kolaylaştırmak için hekimin gerekli olan ilaç ve imkânları sağlama-sı anlamına gelmektedir.

Ötanazinin ilk ve en temel düzeyi, geriye dönüşü olmayan komada bulunan ya da varlığını sürdürmek için ventilatör gibi yapay yaşamı destek sistemlerine bağımlı olan hastaların bu araç-gereçlerle ilişkisinin kesilmesidir.

İkinci düzeyi, tüple beslenme ve sıvı gereksinimi dışında herhangi bir yapay







desteğe gereksinimi olmayan komadaki hastalardan bu desteklerin çekilmesini içerir. Pasif ötanazinin bu iki şekli son zamanlarda birkaç yargılamada yasal ve tıbbi olarak haklı çıkarılmaktadır.

Üçüncü düzeyi, ciddi ya da terminal bir hastalık için tedavisi sunulmuş, ancak yaşamı uzatan tedavinin yapılmasını ya da çekilmesini rica eden mental olarak yeterli hastalar için söz konusu olan pasif ötanazidir,

Dördüncü düzeyi, ölümü çabuklaştıracak bilinen ağır kesici ilacın ağrıyı dindirmek niyetiyle verilmesi şeklinde olur. Bu çift etki öğretisi olarak bilinir ve yıllarca, özellikle palyatif bakımda, “uygun tıbbi bakım” olarak kabul edilmiştir.

Beşinci düzeyi, hastanın tedavi edilemeyen bir hastalıktan ya da terminal hastalıktan da ha fazla acı çekmesini sonlandırmak için kendisini öldürmeye yardım edecek araçların sağlanmasıdır. Bu yaygın olarak bilinen ismiyle “intihara yardımdır” ve ölme hakkı tartışmalarında baskındır.

Altıncı düzeyi, gönüllü ötanazi olarak bilinir. Ciddi hastalığı olan hastaların ricasıyla öldürücü maddenin verilmesi içerir.

Son kategori ise, istek dışı ötanazidir. Başka bir kişinin hastanın bilgisi ve onayı olmaksızın hastanın yaşamını sonlandırmaya karar vermesiyle olur.

İstek dışı ötanazi tartışmalarının baskın kısmı değildir.

Ötanazi konusundaki tartışmalar sonucunda ilk olarak 1935'te İngiltere'de Ötenazi Gönüllüleri Topluluğu (The Voluntary Euthanasia Society) kurulmuştur. Bu kuruluşun amacı, toplumu ötanazi konusunda bilinçlendirmek ve ötanazi uygulamasının yasallığı konusundaki tartışmalara açıklık getirmeye çalışmaktır. Bunu yine İngiltere'deki Lordlar Kamarası'ndaki tartışmalar takip etmiştir, ancak tartışmalar sonucunda ötanazinin yasallığı reddedilmiştir.

Ülkemizde yasaklanmış olmasına rağmen, günümüzde ötanazinin yasallaştığı ülkeler vardır. Hollanda, Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaletinde ötanazi değişik uygulanma şekilleriyle yasallaştırılmıştır. Ancak iki ülkede (Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaleti) de Federal Yüksek Mahkeme, yasanın Anayasa'ya aykırı olduğuna karar vererek iptal etti. Gerekçe şuydu: Anayasa insanların haklarını garanti altına alır. **Yaşamak bir insan hakkıdır, ama ölmek değil...**

Hollanda'da aktif ötanaziye yasalar izin vermekle birlikte gerek bu ülkede gerekse diğerlerinde tartışmalar bitmiş değildir. Hollanda'da 1980'lerden beri hükümetin kontrolünde hekimler ötanazi uygulayabiliyor ve yargılanmıyor. Bu kararda Kasım 1984'deki Alkmaar vakasının büyük önemi var. Alkmaar davasında kalçası kırık, sağır ve kör,

Hastaların ötanazi talebi aslında çok yaygın bir talep olarak ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 60'ı ötanazi talebi ile karşılaştıklarını, yüzde 91'i pasif ötanaziye taraftar olduklarını; aktif ötanazi talebi ile karşılaşan hekimlerin yüzde 32'si ise - yasal olmadığı halde- bu talebi yerine getirdiklerini belirtmiştir.

95 yaşındaki bir kadına ötanazi uygulayan bir hekim yargılanmıştı. Ancak Hollanda Yüksek Mahkemesi, **“vicdanlı bir hekimin görevleri arasında, tercihini ölümden yana kullanmak da vardır”** kararını verdi. 1993'de parlamento bir özel yasa kabul etti. Hasta ısrarla, tekrarlayarak ve özgürce ölmeyi istemeliydi. Ölümden başka hiçbir şeyle önlenemeyecek biçimde acı çekmeliydi. Hekim ötanaziden önce bir meslektaşından onay almalı ve durumu yetkililere bildirmeliydi... Bu durumda hekim, yargılanmadan ötanazi uygulayabilirdi.

Ötenazi kavramı ve uygulamaları hukuk açısından olduğu kadar ahlaki dini ve toplumsal değerler açısından da tartışmalıdır. İstanbul'da çeşitli hastanelerde çalışan hekimler ile bu hastanelerden yararlanan hastaların ötanazi konusundaki tutumlarını incelemek amacıyla sizlerle yapılmış bir araştırma (Sur H. ve ark., Hekim ve Hastaların “Ötenazi” Konusundaki Tutumları, Sağlık İdaresi Kongresi, 2000) sonuçlarını paylaşmak istiyorum:

Aktif volunter ötanaziye taraftar olma oranı hekimlerde yüzde 14,2

Hastalarda yüzde 39,7 olup aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.0001$).

Pratisyen hekimlerin aktif volunter ötanaziye taraftar olma oranı asistan uzman ve akademisyen hekimlerden daha yüksek olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalar arasında aktif volunter ötanazi

ziye taraftar olma oranı öğrenim düzeyi düşük olanlarda (okul bitirmemiş+ilkokul mezunu)

Ve 50 yaş üzerindeki kişilerde diğerlerine kıyasla önemli şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Pasif non-volunter ötanaziye taraftar olma oranı hekimler arasında yüzde 45,5

Ötanazinin bu şekline taraftar olma oranı özel hastane hekimleri ile anesteziistlerde diğerlerine göre önemli şekilde düşük ($p<0.05$) bulunmuştur.

Öğrenim düzeyi düşük hastalar ile 50 yaş üzerindeki hastaların diğerlerine kıyasla önemli şekilde düşük oranda pasif non-volunter ötanazi taraftarı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Ötanazi tartışmalarının geçmişi çok eski olmakla birlikte ortalama insan ömrünün uzaması ile kronik hastalıkların önem kazanması terminal vakalarda yaşam desteği sağlayıcı teknolojilerin gelişmiş olması daha da önemlisi birey haklarının giderek daha önem kazanıyor olması son on yılda ötanazi tartışmalarının sürekli gündemde olması sonucunu doğurmuştur.

Halen Hollanda Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaletinde yasal olan ötanazinin değişik türleri konusunda hekimlerin ve kamuoyunun çok değişken bir yaklaşım içerisinde olduğu dikkati çekmektedir. Yasal olmasa bile özellikle pasif ötanazinin sıkça yapıldığı bilinmektedir[1]

ABD'de yapılan bir kamuoyu araştırmasında halkın yüzde 64'ünün hekimlerin ötanazi uygulama yetkisi olmasına taraftar olduğu ortaya çıkmıştır[2]. Gene ABD'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 18,3'ü hastalarından "intihar için yardım" talebi yüzde 11,1'i ise "öldürücü bir ilaç enjeksiyonu" talebi geldiğini belirtmiştir[3]. Aynı araştırmada tüm hekimlerin yüzde 7'si bu talepleri en az bir kez karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların ötanazi talebi aslında çok yaygın bir talep olarak ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 60'ı ötanazi talebi ile karşılaştıklarını yüzde 91'i pasif ötanaziye taraftar olduklarını aktif ötanazi talebi ile karşılaşan hekimlerin yüzde 32'si ise - yasal olmadığı halde- bu talebi yerine getirdiklerini belirtmiştir[4].

Hollanda'da ötanazi yasalaşmadan önce yapılan bir araştırmada aile hekimlerinin yüzde 75'inin ötanazi talebi ile karşılaştıkları aktif ötanazi talebi ile

karşılaşanların yüzde 41'inin bu talebi karşıladıkları saptanmıştır[5] [6].

Avustralya'da pratisyen hekimler arasında yapılan bir araştırma sonuçlarına göre de ötanazi talebi ile karşılaşma oranı yüzde 40; talebi karşılama oranı ise yüzde 29'dur[7].

İtalya'da hastane hekimleri ile pratisyen hekimler arasında yapılan bir araştırmada aktif ötanazi ya da yardımcı intihara taraftar olan hekim oranı yüzde 17,9 pasif ötanaziye taraftar olan hekim oranı yüzde 79,4 bulunmuştur[8].

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar halkın ve hekimlerin ötanazi konusunda önemli oranda "taraftar" tutum içerisinde olduklarını hekimlerin günlük pratikte ötanazinin her türü ile ilgili taleplerle sıkça karşılaştıklarını ve yasal olmadığı durumlarda bile bu taleplerin özellikle de pasif ötanazi taleplerinin sıkça yerine getirildiğini göstermektedir.

Ancak hemen belirtmek gerekir ki ötanazi konusundaki tutum ve uygulamalar karşılaşılacak vakanın durumuna toplumların kültürel özelliklerine eldeki tıbbi olanakların ve yasal durumun yeterliliğine bireylerin dinsel inançlarına ve sürekli değişmekte olan etik değerlere göre önemli değişiklikler göstermektedir.

Hatta aynı araştırma grubundan farklı zamanlarda elde edilen verilerin bile farklılık gösterdiği görülmektedir.

Örneğin ABD'de kanserli hastalar, hekimler ve halktan seçilen örnek gruplar üzerinde yapılan bir izlem araştırmasında araştırmaya katılanların üçte birinin ötanazi konusundaki tutumlarını zaman içerisinde değiştirdikleri aktif ötanazi ve yardımcı intihara başlangıçta taraftar olan hekimlerin zaman içerisinde karşı oldukları ortaya çıkmıştır[1].

Ötanazinin ülkemizde hukuken yasak olmasına rağmen yapılan araştırmalarda gerek hekimlerin gerekse hastaların önemli ölçüde ötanazi taraftarı olduğu görülmekle birlikte, diğer ülkelerde yapılan çalışmaların ışığı altında kesin bir sonuca varılması uygun olmayıp bu konudaki tutum ve uygulamaların sürekli yenilenen araştırmalarla netleştirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, ümitsiz hastalar için ötanazi uygulamak hukukumuzda adam öldürme fiili olarak kabul edilmekte ve ayrıca dini ve geleneksel görüşlere de aykırı düşmektedir. Ancak bazı vakalarda hekimler, inleyen bir hastanın ruh, durumunu ve bu durum karşısında aciz kalan hekimin çaresizliğini göz önünde bulundurarak beraat kararı da



vermektedirler. Unutmamak gerekir ki bugün tedavisi imkânsız bir hastalık, yarın tedavi edilebilme durumuna gelebilir. Öyle görülüyor ki (Hipokrat yeminini de göz önünde bulundurarak) hekimin her türlü çaresiz hastalığa tutulmuş hastayı tedavi ve iyileştirme yoluna gitmesi görüşü halen geçerliliğini korumaktadır.

Kaynaklar

1. Harris J. *Euthanasia and the value of life*. J Keown (ed.) *Euthanasia Examined: Ethical Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge University Press 1996.
2. Emanuel E. *Euthanasia and physician-assisted suicide*. <http://www.rmf.org/b3415.html>.
3. Özkara, E. : *Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2002.
4. Meier DE Emmons CA Wallenstein S Quill T Morrison RS Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Eng J Med* 1998 Apr 23;338(17):1193-201.
5. Ward BJ Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994;308:1332-34.
6. Van Der Wal G Van Eijk JThM Leenen HJJ Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in the Netherlands? *Fam Pract* 1992;9:130-4.
7. Van Der Maas PJ Van Delden JJM Pijnenborg L Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669-74.
8. Kuhse H Singer P. Doctors' practices and attitudes regarding voluntary euthanasia. *Med J Aust* 1988;148:623-7.
9. Grassi L Agostini M Magmani K. Attitudes of Italian doctors to euthanasia and assisted suicide for terminally ill patients (letter). *Lancet* 1999 Nov 27;354(9193):1876-7.
10. Wolfe J Fairlough DL Clarridge BR Daniels ER Emanuel EJ. Stability of attitudes regarding physician-assisted suicide and euthanasia among oncology patients physicians and the general public. *J Clin Oncol* 1999 Apr;17(4):1274.

Yaşayana sevmek: Biyoeetik

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.

Sağlık doğuştan gelen temel bir insan hakkıdır. Sağlığın korunması; güvenlik ve adaletin temin edilmesi gibi insanların birlikte mutlu yaşamalarını sağlamakla görevli organizasyonlar olan devletlerin asli görevleri arasındadır. Bu yüzden devletler sağlıkla ilgili tedbirleri alma sorumluluğu taşımaktadır.

Devletler, bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine kolayca erişimini ve ihtiyacı olanın ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını temin edecek bir yapı oluşturmakla yükümlüdür. Bu yapı, hangi sosyal veya ekonomik modeli öncelik alırsa alsın, mutlaka insana, insan olarak değer veren, saygılı, hakkaniyet

ölçüsünden sapmayan bir özellik taşımalıdır.

Odağında insan hayatı bulunan sağlık hizmet örgüsü, tabiatı itibarıyla toplumdan topluma sosyoekonomik ve sosyokültürel değişkenlere bağlı olarak farklılıklar gösterecektir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, bilinen ve üzerinde tartışılan bir alanı oluşturmaktadır. Ne var ki, hangi farklı sosyal yapı olursa olsun, hangi bilimsel gerçek ya da kabul uygulama aracı olursa olsun, bu alan evrensel ahlak ilkelerinden uzak tutulmalıdır.

Tekrar etmek gerekirse, sağlık temel bir hak. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kadar kronik bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele ve sağlığın korunması, geliştirilmesi de, kısacası ihtiyaç sahiplerinin daha iyi sağlık seviyelerine ulaşması için güçlü sağlık sistemlerini oluşturulması, bu hakkın ifası için en temel şarttır. Bu sistemleri, hakkaniyet üzerine, adalet üzerine kurmak zorundayız.

Dünya Sağlık Örgütü'nün geçen yıl kaybettiğimiz başkanı Dr. Lee'nin ifadesiyle, bugünün küresel sağlık durumunun acil ve önemli sorunu adaletin tesisi konusudur. Dünyanın gelişmiş bir bölgesinde dünyaya gelen bir kız çocuğu ortalama 85 yıl ömür sürme ümidi taşımaktadır. Bu bölgelerde sağlıklı beslenme, uygun bağışıklama, iyi bir eğitim, kontrollü ve sağlıklı bir gebelik dönemi şansı vardır. Anne olarak ölme riski düşüktür. Modern sağlık kuruluşlarında uygun şartlarda doğum yapacak ve bebeğini düzenli kontrollerle ve dengeli beslenme ile büyütebilecektir.



Aynı anda dünyanın bir başka köşesinde dünyaya gözlerini açan bir başka kız çocuğunun ortalama hayatta kalma umudu ise sadece 35 yıldır. Muhtemelen beslenme geriliğine mahkum olacak, enfeksiyon hastalıkları ile boğuşacak, eğitimden mahrum kalacak, erkenden evlenip sık gebeliklerle halsiz düşecek, doğumlarını bir köy evinde gerçekleştirecektir. Anne olarak ölme riski yüksektir. İhtimal ki, bebeklerinin bir kısmını yitirecek, hayatta kalanlarını da beslenme geriliği ve aynı riskler altında yaşatmaya çalışacaktır.

Bu dengesizlik bir yandan toplumları kitlesel olarak tehdit eden epidemilerin devam etmesine yol açarken, öte yandan yeni salgın hastalıklar karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıklarla mücadele için milyar dolarlar yatırılarak araştırmalar yapılmakta, yeni tanı ve tedavi araçlarının geliştirilmesine çalışılmaktadır. Uluslararası sermaye gruplarının büyük yatırımlar yapmakta olduğu bu alanda neredeyse bütün sağlık sistemlerini kontrol yeteneği kazanmış sektörler oluşmaktadır.

Diğer taraftan bu araçlara, geliştirilen bu yeni ilaçlara muhtaç olan yığınlar en fakir ülkelerde yer almaktadır. Kişi başı yıllık sağlık harcaması 40 doları aşmayan 50 ülke vardır. Geliştirilen bu pahalı teknolojileri, bu pahalı ilaçları kullanma ihtiyacı olanlar öncelikle bu yoksul ülkelerdir. AIDS'in yaygın halde bulunduğu Afrika ülkeleri ve ihtiyaç duydukları antiviral ilaçlar bunun en tipik örneğidir. Araştırma geliştirme gereklilikleri, ticari kaygılar ve etik dışı fırsatçılıklar birbiri içine geçmiş durumdadır. Gelişmiş ülkelerdeki ilaç endüstrisi ile bu ilaçlara muhtaç yoksul toplumlar arasında sağlıklı bir etkileşimin kurulabilmesi, bugün küresel sağlık politikalarının çıkmazlarının başında gelmektedir.

Görülüyor ki, sorumluluk sahibi sağlık profesyonelleri olarak bizlerin ajandasında doğal olarak yer alması gereken tıp etiğinin ötesinde kaygı duymamız gereken etik sorunlar da vardır. Tıp etiği ile birlikte çevre etiğini de kapsayan biyoetik, ticaret etiği ve hatta siyasal etik de göz önünde bulundurulmalıdır. Daha yaşanılır bir dünya özlüyorsak, bu etik kaygıları diri tutmak için kültürel, politik ve inanç dinamiklerimizi harekete geçirmeliyiz.

AIDS 1980'lerin başında ortaya çıkınca, gelişmiş sanayi toplumlarının salgın hastalık riskinden kurtuldukları varsayımının bir illüzyondan ibaret olduğu ortaya çıktı. Hatta etik kaygıdan uzak gelişmelerin ayrıca bir risk oluşturduğu görüldü. Böylece Amerika başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde, epidemilere karşı korunmada toplum sağlığının önemi tekrar fark edilmiş oldu.

AIDS'le birlikte bireysel mahremiyet ve özgürlüğe önem veren liberal toplumlarda epidemi ile nasıl mücadele yapılacağı sorusu gündeme gelmiş oldu. Bir tarafta toplumun iyiliği uğruna toplum sağlığının korunması, diğer tarafta sivil özgürlüklerin karşılıklı çatışma içinde olduğu görülmektedir. Sivil özgürlüklerle toplum sağlığının temel etik değerleri, algılayış biçimleri ve hareket alanları birbirinden radikal bir şekilde ayrılabilir. Bireysel özgürlüklerin korunması uğruna özgürlüklerin yaşanamayacağı sağlıklı toplumların oluşturulmasına fırsat verilmesi gibi karmaşık bir durum ortaya çıkmaktadır.

Belki başka hiçbir hastalık, bu kadar geniş spektrumda etik prensiplerin tartışılmasına yol açmamıştır. HIV enfeksiyonu ve AIDS, tıbbi anlamda neredeyse bütün temel etik prensiplerin değerlendirilebilmesine imkân sağlayan bir model olmuştur. Enfekte olanların belirlenmesinden etkili bir tedavi yönteminin araştırılmasına, hastalığın tedavisinden ölümüne engel olamadıklarımıza duyulan merhamet hissine kadar birçok husus etik çerçevede değerlendirilmek zorunda kalmıştır. Bireysel özgürlüklere karşılık toplum sağlığı, yeni ilaç geliştirilmesi için teşviklere karşılık kısıtlı kaynakların dağıtılması, mahremiyete karşılık doğrunun ifşa edilmesi ve ayırmacılık, dışlama hep bu tartışmanın içinde olmuştur.

Bireysel sağlığı çevre faktörlerinden, tıp etiğini de çevre etiğinden ayırmak zordur. Biyoetik, yaşayan organizmalarla ilgili karar süreçleri ve etik konuları kaygı edinir. Bu yüzden hem tıbbi etiği hem de çevre etiğini kapsamaktadır. Biyoetik anlayışı, canlı ile ilgili farklı avantajlar, riskler ve görevler arasındaki dengenin sağlanmasını konu edinir; dolayısıyla biyoetik tüm hayatı konu edinen bir etik tartışmadır. Bu anlayış tarih boyunca edebiyatta, sanatta, müzikte, kültürde, felsefede ve dinde yer alagelmıştır. Biyoetik bazılarınınca hayatı sevmekle eşdeğer görülmekte ise de, kanımca hayatı değil 'yaşayanı sevmek' olarak algılanmalıdır.

Bir toplumun biyoetik olgunluğu, 'Evet' ve 'Hayır'lardan, siyah ve beyazlardan oluşan bir ergen düşünce biçimi değil, biyolojik veya tıbbi teknolojilerin uygulanmasında avantaj ve risklerin arsındaki dengeyi gözetme yeteneğine sahip bir erişkin birikimidir. Sürdürülebilir bir gelecek için biyoetik olgunluğu toplumumuza yerleştirmek zorundayız.

Biyoetiği sadece bir düşünce biçimi, bir görüş olarak değil, topuma mal olmuş bakış açılarının ve bilinçli bireysel tercihlerin güvence altına alındığı ve toplumun sorumluluklarının öne çıkarıldığı bir politika haline getirmek gere-



Aslında evrensel etik değerler, inançlar üstü bir anlam ifade eder. Ancak, 'Nil kenarındaki kuzunun hesabının kendinden sorulacağı' kaygısını taşıyan, kendini 'Elinden ve dilinden başkalarının emin olduğu' bir kimlikle tanımlayan toplumlar bunu herkesten daha fazla yapabilme potansiyeli ve sorumluluğu taşımaktadır.

Risklere karşı farkındalık sürekli diri tutulmalı, tartışılmalı ki, sağlığı korumak adına üretilen teknolojilerin abartılı ve hatta yanlış kullanımı azaltılabilir. İstismarın, çıkar çatışmalarının, aşırı kâr güdülerinin acımasız ortamında bu çabalar harcanır. Yarar-zarar dengesi gözetilirken özerklik ve adalatten taviz vermemek zorundayız. Zor bir göreve talip olduğumuzu biliyoruz. Sağlık çalışanları ve sağlık politika yapımcıları olarak bu zor görevden kaçma hakkına sahip olmadığımızı da bilmek zorundayız.

Aslında evrensel etik değerler inançlar üstü bir anlam ifade eder. Ancak, 'Nil kenarındaki kuzunun hesabının kendinden sorulacağı' kaygısını taşıyan, kendini 'Elinden ve dilinden başkalarının emin olduğu' bir kimlikle tanımlayan toplumlar bunu herkesten daha fazla yapabilme potansiyeli ve aynı oranda herkesten daha fazla yapma sorumluluğu taşımaktadır.

Toplumumuzun bilgi düzeyi ve değer yargılarının, etik kaygıyı göz ardı ederek bu sorumluluktan kaçanları ayırt etme gücünde olmasını diliyorum.

Küresel bir sorun: Hastane enfeksiyonları

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.

Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde meydana gelen yenidoğan bebek ölümleri nedeniyle hastane enfeksiyonları yeniden ülke gündemine oturdu. Konuya basının ilgisi sorunun ciddiyetle ele alınmasına imkân vermekle birlikte, hiç ilgisiz ve yetkisiz kişilerin mikrop adlarını bile yanlış okuyarak veya yanlış telaffuz ederek verdikleri bazı beyanların yazılı ya da görsel basında yer alması olumsuzluk yaratmış, başta hasta sahipleri olmak üzere halkta paniğe neden olmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen konunun uzmanlarının oluşturduğu heyetin tespitlere dayalı bilgilendirme-

lerine rağmen yanlış beyanların tekrarlanması, var olan sorunun mecrası dışına taşınmasına neden olmuştur. Televizyon haberlerinde, gazetelerde ve "web" sayfalarında doğru bilgiler yanında, bilgi kirliliğine neden olan görüşlere yer verilmiştir. Bu nedenle küresel ve ulusal bir sorun olan hastane enfeksiyonları konusundaki bazı gerçeklere bu yazıda değinmek istiyoruz.

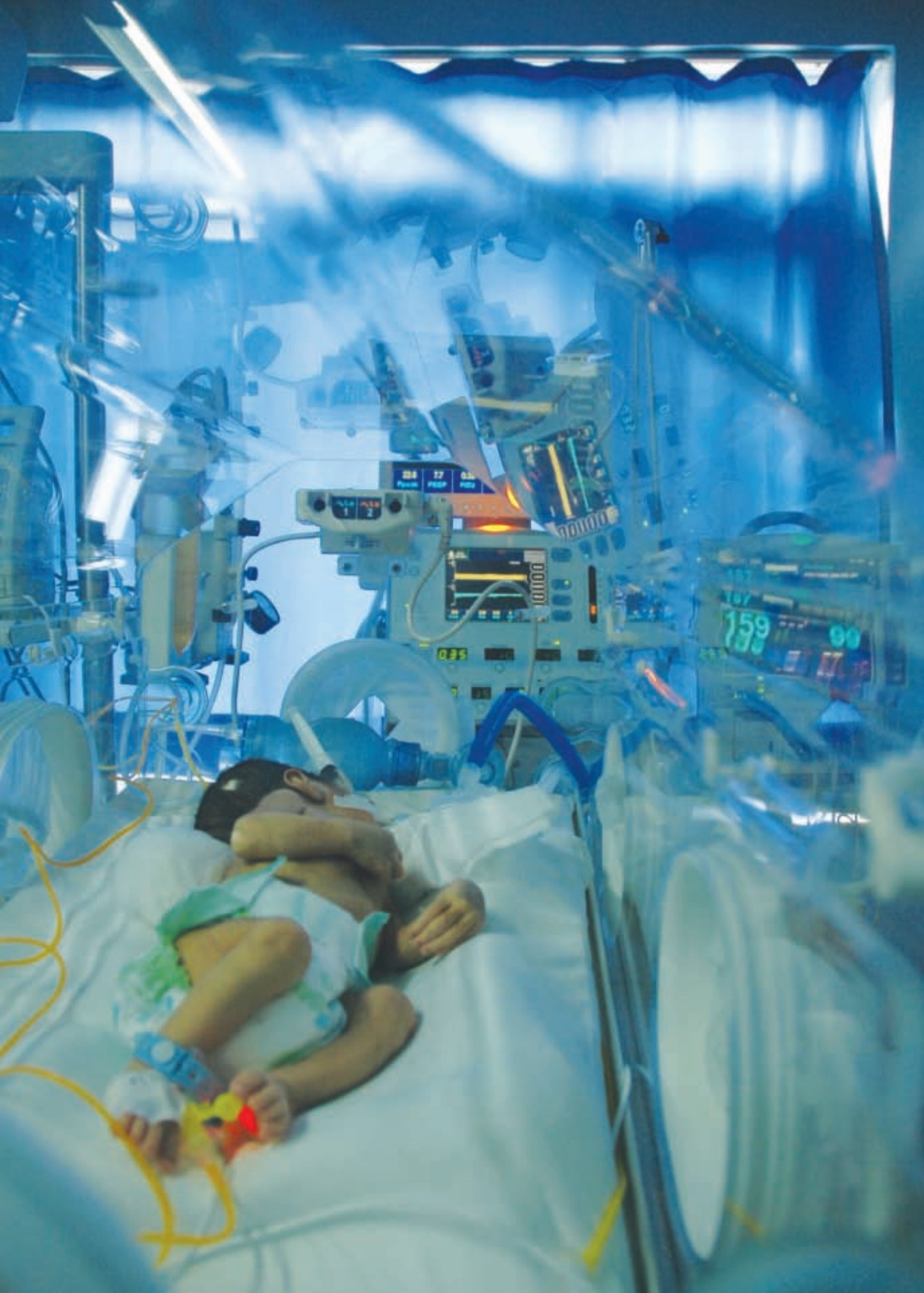
Hastane enfeksiyonları, bir hastanede bulunmakla sebep ilişkisi gösteren; yatan hasta, sağlık personeli, ziyaretçi ve hastaneyle ilişkili diğer kişilerde oluşan enfeksiyonlardır. Daha güncel ve geniş ifadeyle, "sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar"dır. Hastane enfeksiyonlarının yüzde 30-50 kadarı hastanın kendi vücut yüzeyi veya vücut boşluklarında bulunan mikroplardan (flora) kaynaklanır. Bu nedenle hastane enfeksiyonlarını sıfırlamak çok güç olup, yoğun

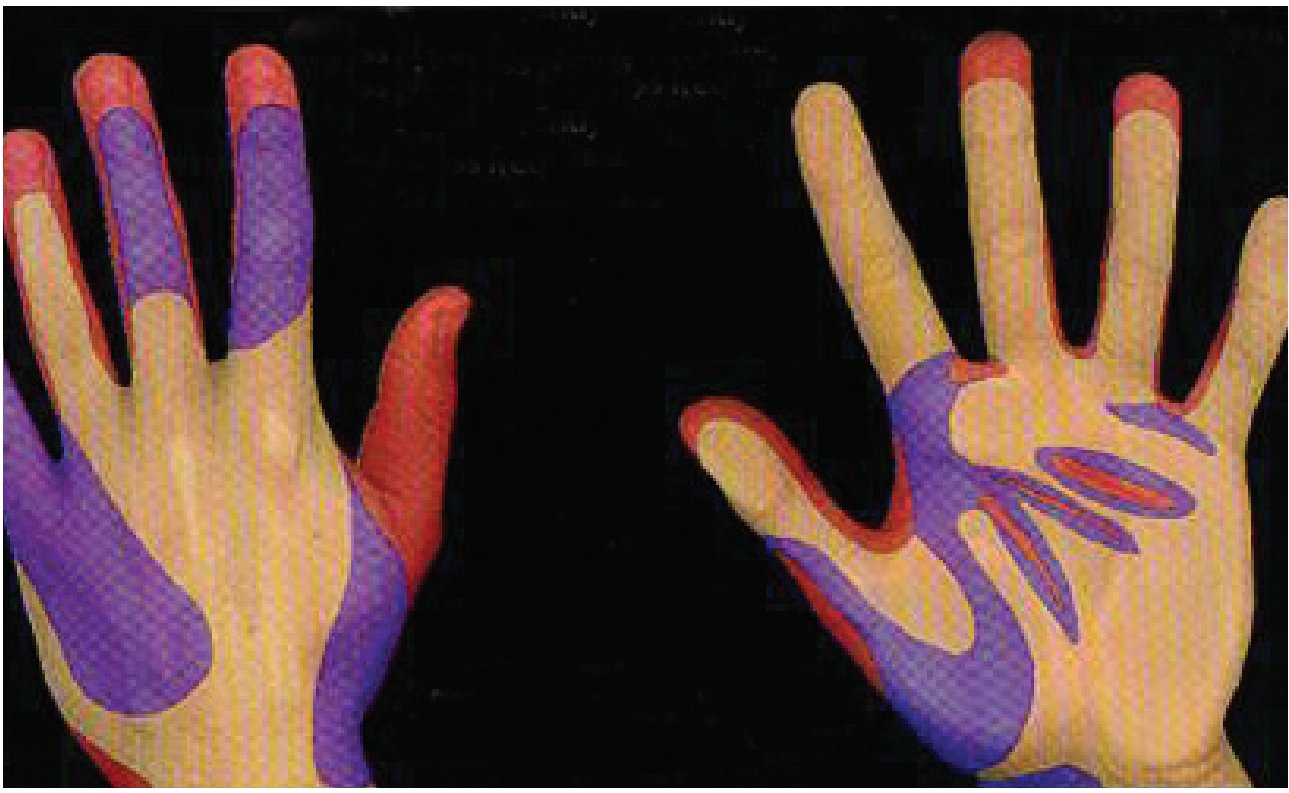
bakım servislerinde, özellikle 1000 g. altı erken doğan (prematüre) bebeklerin yattığı yenidoğan yoğun bakım birimlerinde neredeyse imkânsızdır.

Hastanede yatmak, yatış esnasında uygulanan işlemler veya cerrahi girişimler, hastane enfeksiyonu gelişmesi açısından risk oluşturmaktadır. Dünya verileri, hastane enfeksiyonları sıklığının yüzde 3 - 17 arasında olduğunu göstermektedir. Yoğun bakım birimleri, yanık üniteleri gibi birimlerde bu oranlar daha yüksek olup yüzde 20-40 gibi oranlarda görülmektedir. Son 20 yıl içinde yenidoğan yoğun bakım birimlerinde enfeksiyon oranları 100 yatış veya taburcu başına 3,2-30 arasında saptanmış olup merkezler arasında önemli farklar görülmektedir. Yenidoğanlarda cerrahi girişim varlığı hastane enfeksiyon oranını yükseltmekte olup, küçük çaplı bir çalışmada yüzde 58 gibi yüksek bir



İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi Eğitim Materyali





- El yıkamada çok sıklıkla ihmal edilen alanlar
- El yıkamada daha az sıklıkla ihmal edilen alanlar

oran bildirilmiştir. 1000 g altı yeni doğanlarda enfeksiyon oranları iki ayrı merkezde (Freiburg ve Montreal) 100 hastaneye kabulde 70,4 veya 1000 hasta gününde 22,8 iken, diğer merkezde aynı oranlar, sırasıyla 25,7 ve 9,9 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde de yeni doğan yoğun bakım enfeksiyonları ile ilgili yapılan çalışmalar fazla olmamakla birlikte yüksek olup zaman zaman salgınlar görülmektedir.

Hastane enfeksiyonları için, erken doğum (prematürel), ileri yaş, bağışıklık yetmezliği oluşturan ilaçlar veya hastalıklar, vücuda sokulan (invazif) alet kullanımı, cerrahi girişimler, şişmanlık, yanık, travma, olumsuz ameliyathane koşulları, hastanede onarım risk oluşturmaktadır. Yenidoğan birimlerinde 1000 g altındaki çocuklarda enfeksiyon oranları, 1000 g'dan yüksek doğan çocuklara göre anlamlı olarak yüksektir. Yeni doğanlarda eşlik eden bir doğumsal anomali ve/veya cerrahi girişim halinde enfeksiyon oranları daha da artmaktadır.

Hastane enfeksiyonları morbidite ve mortaliteyi artırır, hastanede yatış süresini uzatır, yaşam kalitesini bozar, masrafları artırır; iş gücü ve üretkenlik kaybına ve hukuki sorunlara neden olur. Gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyonları ile ilişkili ölümler ilk 10 ölüm nedeni içinde yer alır. Hastane enfeksiyonlarının neden olduğu ek mortalite yüzde 4-33 arasında olup en yüksek ölüm oranları hastane kökenli pnömoni ve

ağır sepsis/septik şokta görülmektedir. Hastane enfeksiyonları sadece ABD'de yılda 2 milyon fazla enfeksiyona, 90.000 ölüme (altı dakikada bir ölüm) ve yılda ek 6,7 milyar dolar (2002 fiyatları) harcamaya neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının maliyeti İngiltere'de 1.7 milyar dolar; yaklaşık dört milyon nüfusu olan Norveç'te ise 132 milyon dolar olarak hesaplanmıştır. Ülkemiz genelini yansıtan bir maliyet analizi yapılmamış olmakla birlikte hasta başına ek maliyetin yaklaşık 1500 dolar hesap edildiği ülkemizde beş yüz milyon-bir milyar dolar ek maliyet söz konusudur.

Gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyonlarıyla uzun yıllardır etkin şekilde mücadele edilmektedir. Hastane enfeksiyonları, korunma ve kontrol tedbirlerinin yeterli uygulandığı ülkelerde etkin çalışmalarla yüzde 33 kadar azaltılabilmektedir. Korunma ve kontrol önlemlerinin iyi uygulanmadığı ülkelerde ise hastane enfeksiyonları yüzde 50'den fazla azaltılabilmektedir. Son yıllarda özel eğitimli ekipler kurarak ve kontrol paketleri oluşturup yapılan özenli uygulamalar sonucu bazı hastane enfeksiyonlarının sıfırlanabildiği gösterilmiştir. Hastanelerde ve özellikle yoğun bakımda enfeksiyonlara zemin hazırlayan risk faktörleri ve yatan hasta özellikleri dikkate alındığında enfeksiyonları sıfıra indirmek hedefi bugün için çok uzaktır. Bununla birlikte iyi düzenlenmiş bir alt yapı, yeterli sayıda hemşire ve sağlık personeli sağlanması, sürveyans (hastanede gelişen enfeksiyonları takip edip, kayıt etmek ve elde edilen verilere göre kontrol politikası belirlemek), eğitim, el yıkama başta olmak üzere diğer korunma ve kontrol önlemlerine uyum, invazif uygulamaların elden geldiğince azaltılması, damar içi kateter ve diğer invazif aletlerin eğitimli ekip tarafından kontrol kuralına uygun takılması-bakım ve kontrolü, akılcı antibiyotik uygulanması vb önlemlere özenle uyum sağlanıp sürdürülebilir birimlerde sıfır enfeksiyon he-

defini toplamda olmasa bile belirli bazı enfeksiyonlarda (damar içi kateter enfeksiyonları ...) yakalamak mümkün görülmektedir.

Yaklaşık 50 yıldır gelişmiş ülkelerin gündeminde olan hastane enfeksiyonları, son 20-25 yıldır ülkemiz gündeminde olmakla birlikte, ancak 11 Ağustos 2005 tarih ve 25.903 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği" ile konu hak ettiği yasal desteğe kavuşmuştur. İlgili yönetmelik hükümlerine göre kamu hastaneleri ve özel hastaneler bir enfeksiyon kontrol komitesi kurup etkin şekilde çalıştırmak zorundadır. Yönetmeliğe göre her hastanede kurulması zorunlu hale getirilen hastane enfeksiyon kontrol komiteleri, uygun bir enfeksiyon kontrol programı oluşturmak, enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, sağlık personelinin eğitmek, sürveyans yapmak ve sürveyans verilerine göre enfeksiyon kontrol politikalarını belirlemek, antibiyotik ve dezenfektan kullanımı ile sterilizasyon uygulama politikalarına yardımcı olmak gibi temel görevleri yerine getirmekle yükümlü kılınmıştır. Doğrusu çağdaş bir hastane enfeksiyon kontrol yönetmeliğine ülke olarak sahip olduk ve yönetmeliğin gereği yerine getirilirse hastane enfeksiyon yönetiminde başarılı bir düzey yakalanacak ve yıllardır süren sorunların çözümü kolaylaşacaktır.

Sayıştay Başkanlığı'nca 2007 yılında beşi üniversite, 14'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan yerinde denetim çalışması ve 91 hastanede uygulanan anket çalışması sonuçlarına göre, hastane enfeksiyonlarıyla ilgili olarak bir yılın sorunun varlığına dikkat çekilmiştir. Ülke genelinde hastane enfeksiyonlarıyla ilgili stratejik bir mücadele planının olmaması; ülke genelinde maliyet analizi yapılmamış olması; hastanelerde enfeksiyon kontrol programlarının yokluğu



Bebek ölümleri nedeniyle hastane enfeksiyonları yeniden ülke gündemine oturdu. Konuya basının ilgisi, sorunun ciddiyetle ele alınmasına imkân vermekle birlikte, hiç ilgisiz ve yetkisiz kişilerin verdikleri bazı beyanların yazılı ya da görsel basında yer alması, başta hasta sahipleri olmak üzere halkta paniğe neden olmuştur.

veya yetersizliği; sürveyans uygulama, veri analizi ve geri bildirimde standartların belli olmaması; denetim ve koordinasyon eksikliği; eğitilmiş hastane enfeksiyon kontrol hemşiresi yetersizliği; alt komitelerde yetersizlik; klinik mikrobiyoloji hizmetlerinde yetersizlik; antibiyotik kontrol politikalarının yetersizliği; enfeksiyon kontrol talimatlarının yokluğu veya eksikliği; dezenfeksiyon ve sterilizasyon sorunları; hastane birimlerinde (ameliyathane vd) yapı sorunları; enfeksiyon kontrol komite kararlarına uygulamadaki zorluklar; sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakınlarının eğitiminde yetersizlikler ana sorunlar olarak belirlenmiştir.

Sayıştay çalışmasının yapıldığı dönemdeki sorunların bir kısmı Sağlık Bakanlığı'nın yönetmelik sonrası yaptığı çalışmalarla çözülmeye başlanmıştır. Örneğin ülke genelinde stratejik mücadele çalışmaları, Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Kurulu görevlendirilerek başlatılmış; 300'ü aşkın hemşire yeterli bir eğitim ve ciddi sınavla sertifikalandırılmış; enfeksiyon uzmanları bir haftalık yoğun bir kursa alınmaya başlanmış; hastanelerde enfeksiyon kontrol talimatları hazırlanmış ve ülke genelinde hastane enfeksiyon kontrol temel ilkeleri belirleme çalışması tamamlanmak üzeredir. Bununla birlikte daha yapacak çok iş olduğuna dikkat çekmek isteriz.

Ülkemizde hastane enfeksiyonlarıyla ilgili sorunların çözümünde gelişmiş ülkelere göre çok geciktiğimiz açıktır. Yönetmelikle sağlanan yasal destek; idari kadroların bilgilendirilmesi, kurumların denetlenmesi ve Sayıştay raporunda belirlenen olumsuzlukların çözülmesiyle beklenen olumlu etkileri sağlayabileceklerdir. Ayrıca hastane enfeksiyonları korunma ve kontrolü için uygun ve yeterli bütçe ayrılması zorunludur. Nitekim bugün



İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi Eğitim Meteryali

halen hastane enfeksiyon kontrolünde uygulanan işlemlerin çoğu için bütçe uygulama talimatında bir fiyatlandırma mevcut değildir.

Ülkemizde genel olarak bakıldığında hastane enfeksiyonlarıyla ilgili temel sorunların yenidoğan ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde gelişen enfeksiyonlar ile cerrahi sonrası gelişen enfeksiyonların tanı, takip ve tedavisinde yaşandığını görmekteyiz. Yoğun bakımlarda invazif araç ilişkili enfeksiyonların yüksekliği de öncelikli ciddi sorunlar arasındadır. Cerrahi birimler arasında Kadın-Doğum, Genel Cerrahi, Üroloji, Nöroşirürji, sorunların daha sık görüldüğü birimler olarak dikkat çekmektedir. Ayrıca yenidoğan ve erişkin yoğun bakım birimlerindeki izlem ve uygulamalar ve gelişen salgınlar da şikâyet konusu olabilmektedir.

Basın, son bebek ölümleri nedeniyle konuyu yine haklı olarak gündeme taşımıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen bilimsel heyet, ölümlerin yüzde 25 kadarının nedeninin enfeksiyon olduğunu, ölen çocukların kültürlerinde farklı mikroplar üretildiğini, olayın bir kümelenme olduğunu ve salgın olmadığını belirtmiş; görüş alınan diğer uzmanlar benzer görüşleri belirtmişlerdir. Bununla birlikte konu hakkında birikimi olmayanlar kamuoyunun yanlış bilgilенmesine neden olmuşlardır. Elzerinde kanıt olmadan değişik suçlamalar yapmış, bir kısmı olayı mamalara bağlarken, başkaları hastanedeki tamiratı sorumlu tutmuş ve halkın paniklemesine neden olunmuştur.

Hastane enfeksiyonlarıyla etkin mücadelede, sağlık kurumlarının "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği"ne uyumları araştırılmalı ve saptanan uyumsuzlukların giderilmesi sağlanmalı; hastanelerde alt yapı eksiklikleri giderilmeli (ameliyathanelerin uygun havalandırılması, yoğun bakımlarda yataklar arası uygun mesafenin korunması, yeterli sayıda izolasyon odası, yeni doğan birimlerinde bir bebeğe bir kuvöz sağlanması); eğitilmiş insan gücü eksikliği sorunu çözülmeli (fazla sayıda eksik olan yeni doğan yan dal uzmanları öncelikle yetiştirilmeli, üçüncü düzey yoğun bakımlarda iki

hasta yatağına bir hemşire tahsis edilmeli, riskli birimlerde yeterli sayıda eğitilmiş yardımcı sağlık personeli temin edilmeli; Bu birimlerdeki nitelikli hizmet, bugünkü temizlik personeli uygulamasıyla asla verilemez; performans ödemelerinde hastane enfeksiyon kontrol komitelerinin yaptığı işlerin niceliği yanında niteliği de dikkate alınmalıdır.

Bu arada basına da sorumluluk düşüyor. Sağlıkla ilgili haberler hazırlanırken mutlaka konunun uzmanlarının görüşlerine başvurulmalı, bilimsel temeli olmayan söylenti niteliğindeki beyanlar öne çıkarılmamalıdır.

Unutmayalım ki, hastane enfeksiyonları küresel bir sorun olup özelde ise önemli ulusal sorunlarımız arasında yer almaktadır. Hastane enfeksiyonlarının kontrolü, gelip geçici tedbirlerle değil, uygun alt yapı, yeterli sayıda hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli bulundurmakla sağlanabilir. Sağlık Bakanlığı, hastane enfeksiyonlarından korunma ve kontrol için sürekli ve etkin bir denetim sistemi geliştirmeli, yukarıda bahsedilen eksiklikleri tamamlamak için her kurum üzerine düşeni yapmalıdır.

Kaynaklar

1. Moore DL. Nosocomial Infections in Newborn Nurseries and Neonatal Intensive Care Units, Mayhall CG (eds) Hospital Epidemiology ve Infection Control , 3rd ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004:----
2. Öztürk R. Hastane Enfeksiyonları, Sorunlar, Yeni Hedefler Ve Hukuki Sorumluluk, Öztürk R, Saltoğlu N, Aygün G(eds). Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol, İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No 60, 2008:23-29.
3. Öztürk R. Yoğun Bakım Birimlerinde İnfeksiyon Kontrolü: "Sıfır İnfeksiyon Hedefi". Yoğun Bakım Dergisi 2007; 7:188-93.
4. TC. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu, Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele, 2007; (<http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2007/2007-2HastaneEnfeksiyon/2007-2HastaneEnfeksiyon.pdf>)
5. Yalçın AN. Hastane Enfeksiyonları Maliyet Analizi. Öztürk R, Saltoğlu N, Aygün G(eds). Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No 60, 2008:15-22.

Keneler hakkında bilgilerimizi güncelleyelim

Doç. Dr. Ayşen Gargılı



1988 İstanbul Üniversitesi Veteriner Fakültesi mezunu. 1995 yılında İ.Ü Sağlık Bilimleri Parazitoloji Anabilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. 1999 yılında İ.Ü. Veteriner Fakültesinde Veteriner Parazitoloji Doçenti oldu. 1999 yılında Japonya Gifu Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Departmanında moleküler yöntemlerin parazitolojide kullanılması konusunda eğitim aldı. 2000 yılında BM bursu ile ICGEB Yeni Delhi, Hindistan'da Malaria departmanında rekombinant protein eldesi konusunda post-doc çalışma yaptı. 2005 yılında LMU, Münih, Almanya'da etkenlerin kenelerde tanısı konusunda eğitim aldı. 2001-2007 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda görev yaptı. Çalışma alanları; parazitoloji, vektörler ve vektörlerle bulaşan hastalıklar, zoonozlar.

Keneler bir canlıya tutunarak kan emmek zorunda olan dış parazitlerdir. Genellikle konakçı seçiciliği göstermezler. Memeli hayvanlar, kanatlılar, insan, hatta sürüngenlerden kan emebilirler. Halk arasında, sakırğa, yavısı, kerni gibi isimlerle de bilinirler. Dünyada bilinen 800'den fazla kene türünün pek çoğuna ülkemizde rastlamamız mümkündür. Gelişmelerinde yumurta, larva, nimf ve erişkin dönemleri vardır. Cins ve türlere göre değişmekle birlikte büyüklükleri larva ve nimflerde birkaç mm'den doymuş erişkinlerde 1.5-2 cm'ye kadar olabilir.

Keneler genel olarak iki grupta incelenir; Ixodidae ailesinden olan sert keneler ve Argasidae ailesinden olan yumu-

şak keneler. Ixodidae ailesindekilerin sırt kısmında erkeklerin tüm sırtını, dişilerde ise bir yaka gibi sırtın ön kısmını kaplayan kitin bir tabaka vardır. Sert kene adını bu yapıdan alırlar. Dişiler kan emip doyunca normal büyüklüğünün 10 katı kadar genişleyebilir. Argasidaeelerde ise bu yapı yoktur ve vücutlarının tamamı yumuşak yapıdadır. Ixodidae ailesindeki cinsler hayvanlara merada saldırırlar ve gelişme dönemleri hayvanların üzerinde ya da mera ve çevresinde bulunur. Hayvan ve insanlara hastalık etkenlerini taşıyarak bulaştıran pek çok kene türü bu grupta bulunur. Borrelyoz, Kene ensefaliti, Kırım-Kongo kanamalı Ateşi, Monositik erlişyoz, Granulositik erlişyoz, Benekli Akdeniz Ateşi, Riketsiyozlar bu gruptaki keneler tarafından bulaştırılır. Argasidae ailesindekiler ise ahır ve meskenlerin duvarlarında, çatlak ve yarıklarda

bulunurlar. Bu gruptaki Ornithodoros cinsinden bazı keneler Tick-borne relapsing feveri bulaştırır.

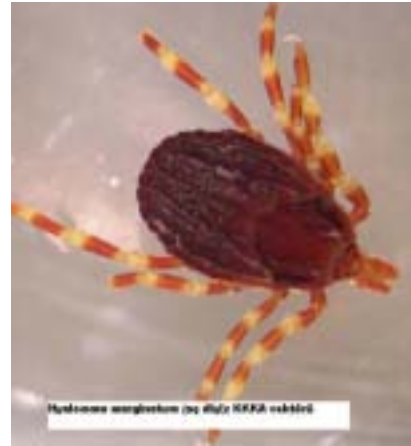
Keneler konaklarına tutunup ağız organellerini deri içine sokarlar ve burada sabitlenip doyana kadar aynı yerden kan emerler. Bu nedenle beslenme şekilleri diğer kan emen artropodlardan farklıdır. Argasidaeeler çok kısa sürelerde kan emip doyarlar, defalarca kan emerler, Ixodidae ailesindeki keneler ise her gelişme döneminde bir kez ve doyana kadar, birkaç gün ile birkaç hafta arasında kan emebilirler. Bu süre içinde bazı Ixodidae türleri gömlek değiştirip diğer gelişme dönemlerine geçmektedirler. Ixodidae türleri, çoğunlukla ilkbahar başı ve sonbahar sonu arasında aktiftir. Ancak bazı türler kış aylarında da aktivite gösterir. Ixodidaeeler cins ve türlere



Ixodes ricinus (doymuş dişi)



H. marginatum (erkek)



Hyalomma marginatum (dişi) KHK vakası

Keneler uçmaz, zıplamaz ve ağaçlardan atlamazlar. İnsanların üzerine bitki örtüsünden ya da topraktan tutunarak tırmanırlar. Kene sokması, sivrisinek sokması gibi kısa süreli değildir. Kenenin kan emmesi için uzun bir süreye ihtiyacı vardır...

göre 1, 2 ya da 3 konaktan beslenerek yaşam döngülerini tamamlarlar.

Kenelerle ilgili doğru ve yanlışlar:

Keneler kırmızı, mor ya da yeşil gibi çok renkli canlılar değildir (Bu renkleri taşıyan bir tür vardır ancak o da ülkemizde yayılış göstermez). Genellikle açık ya da koyu toprak rengindedirler. Kan emmemiş ya da yeni tutunmuş larvalar şeffaf görünebilir. Basında, KKKA ile ilgisi olmayan, hatta ülkemizde görülmeyen bazı kene türlerinin fotoğrafları yayınlanmaktadır. Bu durum, aslında keneyi tanıyan kırsal kesim insanların bile kafasını karıştırmakta ve kendi hayvanlarında bulunan, tanıdıkları kenenin tamamen zararsız olduğunu düşünmektedirler.

Keneler uçmaz, zıplamaz ve ağaçlardan atlamazlar. İnsanların üzerine bitki örtüsünden ya da topraktan tutunarak tırmanırlar.

Keneler doğal yaşam alanlarında, tarlalık ve tarım alanlarında, orman ve korularda, hatta kemirgen ya da kuşların girebildiği park ve bahçelerde bulunabilirler. Ancak gelişmelerinin çöplükler ya da insanların meskenleri ile bir ilgisi yoktur. İnsanların evlerine ancak bir konağın üzerinde taşınırlar. Evlerde karıncalar gibi koloni oluşturmazlar.

Kene sokması sivrisinek sokması gibi kısa süreli değildir. Kenenin kan emmesi için uzun bir süreye ihtiyacı vardır. Üzerimize tırmanan bir kene saatlerce vücutta dolaşarak kan emeceği uygun bir yer arayabilir. Ağız organellerini deriye sokup tutunması ve kan emmeye başlaması saatler süren bir zamanı alır.

Vücutta kene saptandığında; çıplak elle temastan kaçınarak (araya bir bariyer koyarak) en kısa sürede, deriye en yakın kısımdan tutmaya çalışarak çekip çıkarılmalıdır. Bir cimbriz bu konuda uygun yardımcı bir alet olabilir. Kene çıkarmak için bir sağlık kuruluşuna başvurmayı beklemek gerekli değildir. Kenenin üzerine herhangi bir madde dökerek beklem



mek gibi ampirik ve etkisi bilinmeyen yöntemler uygulanmamalıdır. Kene çıkarma sırasında ağız organelleri kopabilir ve deri içinde kalabilir, bu kısımlar kitin yapısındadır ve en fazla yabancı cisim etkisine yol açarlar. Kenenin geri kalan kısmı uzaklaştırıldığında hastalık bulaştırma riski de ortadan kaldırılmış olur, deride kalmış ağız organeli parçalarının bu bakımdan bir riski yoktur.

Ülkemizde 2002 yılından beri salgın halinde görülmeye devam eden KKKA hastalığının vektör keneleri (H.m.marginatum), ülkemizde varlığı çok daha önceden bilinen kenelerdir. Bu nedenle ülkemize sonradan getirilip atıldıkları gibi komple teorilerinin bir dayanağı yoktur. Ancak bu kenelerin KKKA virüsü ile enfekte bulunma oranları son yıllardaki çalışmalarla ortaya konmaktadır. Hastalığın ortaya çıkışı ve yayılışında ekolojik dengelerin bozulması, iklim ve çevre şartlarının değişmesi, konak hayvan popülasyonunun artması, kene sayısının artması gibi faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörler, KKKA salgınlarını gördüğü başka ülkelerde de etkili olmuştur.

KKKA hastalığının vektörü olan kenelerle mücadelede en uygun yöntemler kişisel korunma ve evcil hayvanların ilaçlanmasıdır. H.marginatum türü keneler doğal yaşam alanları ile sıkı ilişkisi olan kenelerdir. Yayılış gösterdikleri yerler ormanlık, koruluk alanlar, yaban domuzu ve kıy tavşanlarının, kirpi ve yerden beslenen kuşların bulunduğu bölgelerdir. Şehir içlerinde yaşaması ve yerleşmesi zordur. Bu nedenle şehir alanlarındaki park ve bahçelerin ilaç

lanmasının KKKA hastalığının yayılışına bir etkisi olamaz. Ancak, özellikle İstanbul olmak üzere, şehirlerdeki ormanlık alan ve parklarda farklı bir kene türü olan Ixodes ricinus yayılış göstermektedir. Bu kenenin yaşamında kuşlar ve kemirgenler önemli konaklardır ve bu konakların bulunduğu yerlerde rastlanabilirler. Piknik alanları ve bahçelerin sınırlı bölgelerde ilaçlanması bu kene ile mücadelede yardımcı olabilir. İlaçlamanın insanların kullandığı sınırlı bölgelerde yapılması ve doğal hayata müdahale edilmemesi gerekmektedir.

Hem şehirde hem de kırsal alanda yaşayanlar kenelere karşı mutlaka kişisel korunma önlemlerini almalıdır. Piknik, doğa yürüyüşü, avcılık, ormanda ya da tarlada çalışma sonrasında vücut kene varlığı yönünden her gün kontrol edilmelidir. Görülen keneler hemen uzaklaştırılmalıdır. Yüzde 30 ve üzeri oranlarda DEET içeren uzaklaştırıcı spreyler vücuda sıkılarak kullanılabilir. Bu etken maddeyi içeren ürünler 2-5 saat arasında koruma sağlamaktadır. İşleri nedeniyle sürekli açık alanda bulunmak ve çalışmak zorunda olan kişiler ise (Orman işçileri, askerler, tarım çalışanları vb.) kıyafetlerini yüzde 0.5 permethrin içeren insektisitlerle muamele ederek koruyuculuk sağlayabilirler. Bu insektisitler kıyafet tamamen ıslanana kadar uygulanır ve 24 saat kurutulduktan sonra giyilebilirler. Kıyafetler yıkansa bile birkaç hafta koruyuculukları devam eder. Yine de tüm bu uygulamaların yüzde 60-80 oranında koruyucu olduğu unutulmamalı ve vücutta kene kontrolü ihmal edilmemelidir.

Diş hekimliğinde hasta güvenliği

Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra, Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Eylül 2003'de Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Yüksek Lisansı ile Anadolu Üniversitesi, "Sağlık Kurumları İşletmeciliği" ön lisans programlarını bitirdi. Bir yandan diş hekimliği görevini AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesinde sürdürürken, İşletme Anabilim dalı, Yönetim Organizasyon Yüksek Lisansını tamamladı. Ardından, İşletme Doktora Programına başladı ve şu anda tezinin bir kısmını uygulamak üzere TÜBİTAK bursu ile 6 ay için İngiltere, York Üniversitesi, Health Management School'da bulunmaktadır.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla, sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır.

Diş hekimliğinde hasta güvenliği

Bilindiği gibi güvenli dental bakımın sağlanması, diş hekimleri tarafından

üstlenilir. Genel sağlık için riskleri minimize ederek hasta güvenliği kültürünün ortaya çıkmasını sağlamak, bu bakımın sağlanmasında gereklidir. Hasta güvenliği kültürünün kurulması ve yayılmasında, diş hekimlerinin kendi ve diğer meslektaşlarının tecrübelerinden yararlanılmasıyla da desteklenebilir. Son yıllarda yürütülen uluslararası bir takım çalışmalarda, sağlık sektöründe görülen medikal hataların sayısının azaltılması için, eyleme geçilmesi gerekliliği sıkça vurgulanmaktadır. Avrupa Konseyi, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlar, hasta güvenlik risklerini ve medikal hataları önlemeye yardım edecek önerileri ortaya çıkarmak ve geliştirmek gerekliliğine inanmaktadırlar. Avrupa Komisyonu, hasta güvenliğinin önemini Avrupa Birliği düzeyinde politik bir konu olarak ele almış

ve 2008'de hasta güvenliği hakkında bir yönerge hazırlamıştır. Bu yönerge ile temel olarak yapılmış uluslararası çalışmalardan yararlanılarak ve üye ülkelerin sağlık hizmetlerini geliştirecek tavsiye kararlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların çok ciddi artış gösterdiği göz önüne alınırsa, mesleği gereği; mukoza, kan ve kan ürünleri, kan ile kontamine vücut sıvıları ile teması olan, kan ile kontamine olmuş tıbbi alet-ekipmanları kullanmak zorunda kalan, bütün sağlık çalışanları gibi başta diş hekimleri ve yardımcı sağlık personelinin enfeksiyon etkenlerinden korunması için bir takım kurallara uyma zorunlulukları vardır. Enfeksiyon kontrolünün temel kuralları; ilgili çalışan kurumun enfeksiyon kontrol politikası, enfeksiyona maruz kalın-







diğında alınacak önlemler ve çalışma ortamındaki sterilizasyon/dezenfeksiyon prensipleridir.

Ağız ortamında, çok sayıda potansiyel enfektif mikroorganizma olduğu düşünülürse bu mikroorganizmaların, diş hekimliği çalışma ortamında; hastalar, hekim ve yardımcıları arasında, hatta teknisyenlere kolayca transfer olabileceği de bilinmelidir. Bu tür gruplar arası bulaşabilen enfeksiyonlar **“çapraz enfeksiyon”** olarak tanımlanır.

Diş hekimliği çalışma ortamında, kan kaynaklı mikroorganizmaların neden olduğu çapraz enfeksiyon olasılığı, her zaman düşünülmesi ve önlem alınması gereken bir durumdur. Çünkü diş hekimliğinde çapraz enfeksiyon, hasta güvenliğini ihlal eden temel konulardan biridir. Tedavi edilen hastalarda kullanılan dental aletlerin uygun olmayan temizliği veya etkin dezenfeksiyon/sterilizasyonların sağlanamaması takip edilen hastayı enfeksiyon açısından tehlikeye sokar. Bu yolla, hastalar arasında oluşan çapraz kontaminasyon sonucu enfeksiyon transferi de çapraz enfeksiyona neden olur. Çapraz enfeksiyon olasılığı, ortamda kan, salya ve kontamine aletlerin varlığı nedeniyle diş hekimi veya cerrahi asistanları ile hastaları arasında sıklıkla görülebilmektedir.

Hasta güvenliği açısından olası bir çapraz enfeksiyon sonrası, enfekte materyal ile temasın şekli, zamanı, nasıl olduğu yaralanma sonrası ilgili kişiye danışılıp danışılmadığı ve koruyucu olarak neler yapıldığı kaydedilmelidir. Bunun yanında kesici alet yaralanmalarında, deri su ve sabun ile yıkanmalı, mukozalar ise su ile temizlenmelidir. Antiseptik kullanılması ve yaranın sıkılmasının ek bir yararı olduğu konusunda kanıt olmamasına rağmen, antiseptik ajan kullanımının sakıncası da bulunmamaktadır. Yaranın dezenfektan ile temizlenmesi önerilmez.

Enfekte materyal ile temas sonucu alınacak kayıtlar:

1. Yaralanmanın tarihi ve zamanı,
2. Yaralanmanın nasıl ve hangi tür aletle meydana geldiği,
3. Yaralanmanın türü, oluşan yaranın derinliği, temas edilen enfekte materyalin türü ve miktarı gibi detaylar,
4. Yaralanmanın kaynağı olan kişinin HIV veya diğer kan orijinli patojenleri taşıyıp taşımadığı, eğer taşıyorsa hastalığın devresi,
5. Hastalığın ve tedavi girişimlerinin hikayesi,
6. Yaralanan kişi ile ilgili bilgiler (HBV aşısı, aşıya cevabı),
7. Yaralanma sonrası alınmış olan önlemler

Diş hekimliğinde ilk kapsamlı enfeksiyon kontrolü yönergesi, 1986 yılında CDC(Center for Disease Control and Prevention) tarafından yayınlanmıştır. Sonra 1993 ve 2003’de güncellenmiştir.

2003 CDC yılı yönergesi diş hekimliğinde hasta güvenliği için enfeksiyon kontrolünde şu temel maddeleri sıralamıştır:

- Diş hekimliği çalışanlarının eğitimi ve korunması,
- Kan orijinli patojenlerin geçişinin önlenmesi,
- El hijyeni,
- Kişisel koruyucu malzemeler,
- Eldiven kullanımı, Kontakt dermatit ve lateks alerjisi,
- Hastada kullanılan aletlerin sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu,
- Çalışma ortamında enfeksiyon kontrolü,
- Dental ünit su sistemleri, biyofilm ve bu sistemlerde kullanılan suyun niteliği,
- Özel durumlar (Mikromotor başlıkları, ağız cerrahisi işlemleri, radyograflar, dental laboratuvar...) içermektedir.

Etkin bir enfeksiyon kontrolü, tüm çalışanların sorumluluğu altında olmalıdır. Diş hekimliği ve klinik ve laboratuvar çalışanlarının kurallara uyması ve doğru

iletişimi ile gerçekleştirilebilir. Genel kural, diş laboratuvarlarına gidecek olan mumlu prova kayıtları, ölçü, ısıma kayıtları, protez gibi tüm materyallerin klinik dışına çıkmadan önce dezenfekte edilmesi- dir. İşlemi biten materyallerin de dezenfekte edilerek sağlıklı ambalaj içerisinde hekime gönderilmesi de diş teknisyeninin sorumluluğu olmalıdır. Literatürde, enfeksiyon kontrol kurallarına uyulmaması sonucunda diş laboratuvarı çalışanlarının Hepatit B ile enfekte olduğu bildirilmiştir. Klinisyenler, laboratuvar çalışanları ile etkin bir enfeksiyon kontrolü konusunda iletişim halinde olmalıdır.

Atık yönetimi, yetersiz sterilizasyon/dezenfeksiyon, yetersiz enfeksiyon kontrolü, diğer sağlık çalışanları yada hasta ile zayıf iletişim, uygulamaların genel güvenliği, hatalı ekipman gibi konuların yanısıra tanıya ve tedaviye ilişkin tüm prosedürlerin genelinde medikal hata riski ortaya çıkabilir. Sağlık hizmetlerinde sıfır riskin neredeyse mümkün olmadığı da unutulmamalıdır. Medikal hataların azaltılması ve güvenliğin geliştirilmesi, etkili olarak yapılacak önleyici faaliyetler ile sağlanabilir. Aynı zamanda önleyici faaliyetler ile medikal hataların azaltılması, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin de bir boyutudur.

Hasta güvenliğini, Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric dentistry-AAPD) bebekler, çocuklar, adölesanlar ve özel sağlık bakımına gereksinim duyan kişiler için, ağız sağlığı bakım kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul eder. AAPD, diş hekimlerinin hizmet verilme sürecinde onları, yaralanma ve zarar risklerini azaltmak için sağlık hizmetlerinin dağıtıldığı tüm çevreyi özenli bir şekilde dikkate almaları konusunda teşvik eder. Bu politika ile, sağlık kuruluşlarının akreditasyonu konusunda Joint Commission Accreditation Healthcare Organization (JCAHO) gibi ulusal komisyonlar tarafından yapılan tıbbi koşulların akreditasyonunda gerekli koşulların güvenlik boyutunu da kapsayacak şekilde düzenlenmelerini yada tavsiyelerini tekrarlamak amaçlanmaz. Ya da Occupational Safety & Health Administration (OSHA) gibi kuruluşların iş yeri güvenliğini sağlama politikası ile ilişkili değildir. Bu politika, hasta güvenliği ile ilişkili şimdiki medikal ve dental literatürün tekrar gözden geçirilmesine dayanır.

Tüm sağlık sistemleri, hasta sağlığı ve güvenliğini en ileri düzeyde sağlayacak şekilde dizayn edilmelidir. Dental girişimlerde, hastalıkların bulaşması gibi potansiyel tehlikelerden ve kişisel bilgilerin yanlış kullanımdan doğacak tehlikelere karşı hastaları korumayı sağlayan ulusal kanunlar (örneğin USA’da Health Insurance Portability and Accountability Act; HIPAA-Sağlık Sigortası

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların çok ciddi artış gösterdiği göz önüne alınırsa, mesleği gereği mukoza, kan ve kan ürünleri, kan ile kontamine vücut sıvıları ile teması olan, kan ile kontamine olmuş tıbbi alet-ekipmanları kullanmak zorunda kalan, bütün sağlık çalışanları gibi başta diş hekimleri ve yardımcı sağlık personelinin enfeksiyon etkenlerinden korunması için bir takım kurallara uyma zorunlulukları vardır.

Taşınabilirliği ve Mali Sorumluluk Yasası vardır) düzenlemeli ve hastaların bu düzenlemelere uyması sağlanmalıdır. Yine USA'da Eyalet ve Bölge kanunları potansiyel olarak kimyasal ve çevresel tehlikeleri (örneğin; radyasyon), fiziki koşulları (örneğin; yangın önleme sistemleri ve acil çıkışlar gibi..) düzenlenmesini destekler. Bununla eyalet içindeki diş hekimleri tarafından sunulan hizmetin yeterliliği konusundaki düzenlemeler amaçlanır.

Hataların düzenlenmesi üzerine odaklanılacak sağlık sistemlerinin dizaynı, hasta güvenliğini sağlamada oldukça önemlidir. Dental kliniklerde muhtemel bazı hata kaynakları, yanlış iletişim, hasta öykülerinin alınmasındaki yetersizlik (örneğin, kullandıkları ilaçlar ve tıbbi tedavi bilgileri), standardize edilmemiş kayıtlar, kısaltmalar ve tedavi süreçlerindeki yetersizliklerdir. Standardizasyon, tüm büro ve klinik çalışanlarının, uygulama sorumluluklarını etkili ve güvenli bir biçimde gerçekleştirmesine yardımcı olur. Yerleşik protokollerin her bir özelliğini tanımlayan "Politika ve Prosedürler El Kitabı" ise, işe yeni başlayanlar ve hasta bakımının kalite ve güvenliğine yönelik uygun bir yaklaşımı destekleyenler için değerli bir araç olarak katkı sağlar. Ayrıca bu protokollerden sapmaların tanımlanması ve örnek olay değerlendirmesi, muhtemel bakım/televizyon sürecindeki olumsuz etkilerin azaltılmasına yardım edebilir. Bunun yanı sıra klinik hataların azaltılması için, yan etkilerin dikkatli bir şekilde araştırılması ve gele-

cekte muhtemel hataların azaltılabilmesi ya da hiç oluşmaması için neden-sonuç analizi yapılması önemlidir.

Dental hizmetlerin verildiği kliniklerin çevre koşulları da hasta güvenliğini sağlamada önemli bir görev üstlenirler. Buna ilave olarak, kanunlar ve yerel yönetimlerce düzenlenen yapısal konular, diğer dizayn özellikleri hasta güvenliği dikkate alınarak hazırlanmalı ve periyodik olarak değerlendirilmelidir. Bekleme salonları, diş hekimliği koltukları, ekipmanların dizayn ve tefrişi, bakım ve onarım yetersizlikleri ve benzeri eksiklikler muhtemel kaza ve enfeksiyon kaynakları da olabilirler.

Sürekli olarak bilimsel bilgi ve teknoloji ilerlemekte, buna paralel olarak da profesyonel uzman ve uzmanlığı kabul edilmiş organizasyonlarının öneri ve katkılarıyla bakım biçimleri de gelişmektedir. Bazı tavsiyeler mantıksal teorik temelli, anlamlı delillere dayanmakta (Örneğin enfeksiyon kontrolü), diğer klinik uygulamalar ise değişmeden kalmaktadır (Restoratif diş hekimliğinde kullanılan materyaller gibi..). Sonuç olarak dental profesyoneller, güncel literatürü takip eden, en güncel pratik bilgi ve tecrübelerinin ve farkındalıklarının artmasını sağlamak üzere düzenlenmiş sürekli mesleki eğitim kurslarına katılan diş hekimleri olmak durumundadır. Bu durum özellikle hasta güvenliğinin benimsenmesi ve yerleşmesi açısından önemlidir. Özellikle CED (Council of European Dentists)'in Mayıs 2008'de hazırladığı "hasta güvenliği" konulu bir yazısındaki önerilerden, diş hekimlerinin klinikte kullandıkları çeşitli materyal ve enstrümanlarının hasta güvenliği ile uyumunun öneminin, farkında olunması konusunda diş hekimlerini teşvik etmesidir. Ayrıca CED, gelecek

te sağlık hizmetlerinde hasta güvenlik kültürünü güçlendirmek için uzmanlık ve uzmanlık eğitimi müfredatı içine konulmasını da istemektedir.

AAPD, hasta güvenliği için, yaşa göre ilaç ve tedavi seçiminin önemini vurgular. Bu ayrıca her hastanın bireysel olarak gereksinim duyduğu kaliteli dental bakım ve güvenli hizmetin sağlandığı, pozitif bir dental yaklaşımın güdüldüğü temel davranış rehberi olması açısından da önemlidir. Uygun diagnostik davranış, ileri davranış rehber tekniklerinin güvenli ve efektif uygulamaları(koruyucu stabilizasyon, sedasyon ve genel anestezi gibi...), bilgi ve tecrübeyi gerektirir ki bu da genellikle uzmanlık öncesi eğitim süresince öğrencilerin almış olduğu çekirdek müfredatın da ötesindedir.

Hasta güvenliği ve sağlığının korunmasını için AAPD, bazı tavsiye kararları almıştır. Bunlar:

1. Sürekli mesleki eğitim: Güncel düzenlemeler, teknolojiler ve uygulamaları iyi bilen lisanslı dental profesyoneller tarafından sağlanması.

2. Yasal düzenlemelere uyma: HIPAA gibi ulusal kanun yapan kuruluşların (Ülkemiz için belki Türk Dişhekimleri Birliği), hastaların kimlik bilgilerinin yanlış kullanmalarına karşı hastaları korumaya yönelik kanunlar oluşturması ve hekimlerin uyma zorunluluğu.

3. Enfeksiyon kontrolü: Dental hizmet veren kuruluşlarda, hastadan hastaya, hastadan çalışana ve çalışandan hastaya enfeksiyon bulaşmasını önlemek için, kontrol politika, prosedür ve uygulamalarının öneminin kabulü ve hayata geçirilmesi gerekmektedir.



Ağız ortamında, çok sayıda potansiyel enfektif mikroorganizma olduğu düşünülürse bu mikroorganizmaların, dış hekimliği çalışma ortamında; hastalar, hekim ve yardımcılar arasında, hatta teknisyenlere kolayca transfer olabileceği de bilinmelidir. Bu tür gruplar arası bulaşabilen enfeksiyonlar “çapraz enfeksiyon” olarak tanımlanır.

4. Hasta güvenliği ile ilgili fiziksel tesis ve donanımların rutin kontrolü: Ekipmanların bakımı ve rutin kontrolünü, yangın güvenlik protokolünün bakımı ve kontrolünü ve büro emniyetinin sağlanmasını kapsar.

5. Hasta onam formu: Sağlık bakım hizmeti sunumunda hasta ya da yakını tarafından etkili iletişim ve ilişki sağlanmasına katkıda bulunur. Hastanın da tedaviye aktif katılmasına, bazı istenmedik olaylar ve problemlerden kaçınılmasına yardım eder.

6. Tam/doğru hasta kimlik tespiti: Dental bakım, hizmet yada tedavi esnasında, en az iki kimlik belirleyici bilgi ile hastanın kayıtlarının tutulması (isim, doğum tarihi, baba adı...).

7. Tam doğru eksiksiz hasta dosyası: Bu dosya, diğer hekimlerce de (konuyu iyi bilen üçüncü şahıslar) yorumlanabilmelidir. Tüm kayıtlarda kısaltmaların, kısa adların, sembollerin standardizasyonu tavsiye edilir.

8. Hastanın tam/doğru kapsamlı medikal/dental öyküsü: Tıbbi tedavi süreci ve alerji durumu, hastanın her ziyaretinde hasta güvenliğinin sağlanması için sorgulanmalıdır. Sağlık hizmeti verenlerin sürekli iletişimi sağlaması medikal/dental olarak kapsamlı ve işbirliği içinde bakımın verilmesi hasta güvenliği için önemlidir.

9. Uygun personel politikası: Dental kliniklerde eğitimli personel istihdamının gözetilmesi.

10. Ülke sağlık otoritesi ve meslek odası tavsiye ve önerilerinin dikkate alınması. Özellikle sedasyon, genel anestezi ve sterilizasyon/dezenfeksiyon, enfeksiyon kontrolü, tıbbi atık vb. uygulamalarında rehberlerin hazırlanması ve bunların dikkate alınması.

11. Uygulamalardaki süreçlerin uyumluluğu ve standardizasyonu: Politika ve prosedürlerin sürekli gözden geçirilmesi ve revizyonu, muhtemel istenmedik ve beklenmedik olayların azaltılması ve çalışanların farkındalığının artmasına yardım edebilir. Dış hekimleri, hastaların hava yollarını korumak için (rubber dam uygulanması gibi) ve bakım verilmesi esnasında yaralanmaları minimize etmek için (koruyucu gözlük kullanımı) prosedürel protokollerin önemine inanmalıdır.

12. Nitroz Oksit'e maruz kalmayı minimize etmek. En düşük uygulama düzeyinin kullanımı ile dental çevrede nitroz oksit maruziyetinin minimize edilmesi gerekir. Bu, inhalasyon ajanlarının uygulanması ve hasta seçimi için klinik rehberlere uyumun yanı sıra rutin Nitroz Oksit kullanım/aktarım ekipmanlarının kontrolünü, denetimini ve bakımını kapsar.

13. Dental tanı ve tedavi prosedürleri için tüm sedasyon uygulama süreçleri, muhtemel yan etkilerin hepsi izlenebilirsin diye kaydedilmelidir. Sonrasında bu tip olaylar, hasta güvenliğinin geliştirilmesi, risklerin azaltılmasının değerlendirilmesi için araştırılabilir. Uygulamalarında anestezi kullanılan diş klinikleri, hastalara yönelik riski minimize etmek için gerekli önlemleri almalıdırlar. Sedasyon ya da genel anestezi uygulamasından önce hastanın sedasyon/genel anestezi için uygunluğuna yönelik dökümanlar da elde edilmelidir. Bu dökümanlar, hasta onam formu, aileyi bilgilendirme formu, anestezi öncesi diyet önlemleri, operasyon öncesi hastanın vital bulgularının değerlendirmesi, hastanın var olan kronik bir hastalığı için kullanılan herhangi bir ilacın en son alım saati gibi bilgileri içermelidir. Dış hekim yada anestezi uygulayan kişi, tedavi süresince hastanın hava yolu ve hasta güvenliği için gerekli diğer detayları hakkında bilgileri paylaşmak üzere tedavi sürecinde iletişim içinde olmalıdır.

14. Kalite ve güvenlik stratejilerinin geliştirilmesinin sürdürülmesi: Bunlar, hasta güvenliğinin sağlanması ve memnuniyetin artması, riskin, yan etkilerin ve hataların rutin olarak değerlendirilmesini içerir.

15. Minimal radyasyon maruziyeti: Mümkün olan en düşük düzeyde radyasyona maruziyetin sınırlandırılması için ekipmanların kontrol, bakımı ve hasta seçim

kriterlerinin uygulanması gerekir (Örneğin gebelikte radyasyona maruziyet...).

Tüm bu öneriler yanı sıra, CED'in düzenlemeleri de dikkate değer bulunmuştur:

1. Kimliğini belirtmeksizin ve gönüllü olarak medikal hataların, tam başarılı olamamış girişimlerin ve medikal uygulamalarla ilgili problemlerin raporlanması için ulusal sistemlerinin kurulmasına çalışılmalı (UK de benzerleri var; Adverse Events in the NHS),

2. Dış hekimleri ve diğer dental profesyoneller mesleki gelişmelerini devam ettirme sürecinde, hasta güvenliği ile ilişkili olarak gerekli yetenek ve bilgi konusunda son gelişmeleri takip etmek üzere eğitilmeli,

3. Aynı zamanda hasta bilgilerinin güvenli bir şekilde depolanmasını ve ulusal kanunlara göre gerektiği zaman ve gerektiği gibi sağlık profesyonellerinin bu bilgilerden yararlanmasının sağlanmasına çalışılmalı,

4. Ayrıca dış hekimlerinin açık olarak tecrübelerini paylaştığı ve birbirlerinden öğrenme ortamının sağlandığı oturma odalarının oluşturulması için çalışma gruplarının kurulması düşünülmeli (Örneğin; ülkemizde oldukça fazla üyesi bulunan "TDlist E fakülte yahoogrup" buna iyi bir örnektir),

5. Dış hekimlerinin hastaları ve diğer meslektaşları ile iletişim kurabilmeleri için gerekli bilim diline sahip olmalarının sağlanması.

Bu önerilere ilave olarak; Center for Disease Control and Prevention(CDC) de hasta ve personel yaralanmalarının önlenmek üzere her dental kliniğin bir program geliştirmesi ve bunun uygulanmasını vurgulanmaktadır. Yaralanmaların önlenmesi konusunda bilgilili ya da bu konuda eğitim almaya istekli bir personel (bir güvenlik koordinatörü) tayin edilmesi gerekliliğini ifade etmektedir. Bu program,

- Güvenlik konusunda farkındalığın artırılması,
- Güvenli olmayan iş düzenleme, uygulama ve cihazların tanımlanması,
- Daha güvenli dental aletlerin seçimi ve değerlendirilmesi,
- Personel eğitim ve öğretiminin organize edilmesi,
- Gerekli raporlama formlarının ve dökümantasyonunun yetkinleştirilmesi,

- Güvenli performansın izlenmesi ve denetlenmesi konularını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

İdeal olarak bu aktiviteler, personel ge-



ribildiriminin sağlanması ve kullanılabilmesi için yazılmış bir plan ve düzenek içinde tanımlanmalıdır. Bu geribildirimler, gerekli modifikasyonları yapmada ve planların etkili bir şekilde gözden geçirilmesinde güvenlik koordinatörüne yardım edecektir.

Sonuç olarak; sağlık hizmeti sunan kurumlar, teknolojinin yoğun olarak kullanılması, hizmet sürecinin fazla sayıda değişkeni içermesi, farklı nitelik ve nicelikte uzman işgören istihdam etmesi nedeniyle karmaşık yapılardır. Bu karmaşık örgüt yapısı, gerekli düzenlemeler yapılmadığı takdirde, telafisi mümkün olmayan hayati hataları, eksiklikleri ve bunlardan doğan güvensizliği beraberinde getirecektir/getirmektedir.

Aynı zamanda sağlık kurumları, yüksek riskli mekânlar olarak bilinmektedir. Bakıma ilişkin süreçler, kullanılan teknoloji, karmaşık insan faktörlerinin bileşimi, hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riskini olası kılmaktadır.

Çalışma ortamındaki mevcut tehlikeler sıklıkla hatalara yol açmakta, hasta güvenliğini ve tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle çalışma ortamının bu tehlike ve riskler açısından değerlendirilmesi, çalışanların sağlık ve güvenliğini olumsuz yönde etkileyen koşulların tanımlanması, gözlemlleme süreci ve çalışma ortamının analizi açısından önemlidir. Çalışma ortamını değerlendirmenin amaçları; yüksek riskli alanları, yüksek riskli materyaller ve süreçleri sistematik şekilde tanımlamaktır. Çalışma ortamını değer-

lendirmenin faydaları, mevcut veya olası tehlikeleri meydana çıkarma, çalışanların görmediği problemlere işaret etme ve var olan kontrollerin etkinliğini artırarak hasta güvenliğini geliştirmektir.

Kaynaklar

Sjelin R. Dental patient safety. *Dent Assist.* 2008 Mar-Apr;77(2):38-9.

Wakefield M. Patient safety and medical errors. Implications for rural health care. *J Leg Med.* 2002 Mar;23(1):43-56.

Strachan H. Patient safety. *Res Theory Nurs Pract.* 2003 Winter;17(4):273-5.

Reiling J, Neal K. Patient safety alert. Construction brings opportunity to boost patient safety. *Hosp Case Manag.* 2003 Jan;11(1):suppl 1-3.

Meaney M. Case management and patient safety. *Case Manager.* 2003 Jan-Feb;14(1):28-9.

Wholey D, Moscovice I, Hietpas T, Holtzman J. The environmental context of patient safety and medical errors. *J Rural Health.* 2004 Fall;20(4):304-13.

Brancato VC. Quality of care and patient safety. *Pa Nurse.* 2005;60(3):16.

Williams DB. The case manager's role in patient safety. *Lippincotts Case Manag.* 2001 Mar-Apr;6(2):47.

Knox GE. Risk management or safety first? *Qual Saf Health Care.* 2002 Jun;11(2):116.

Spencer KW. Nurses, patients, and community: partnerships in patient safety. *Plast Surg Nurs.* 2006 Jul-Sep;26(3):111-2.

Kaissi A. An organizational approach to understanding patient safety and medical errors. *Health Care Manag (Frederick).* 2006 Oct-Dec;25(4):292-305.

Liang BA, Riley W, Rutherford W, Hamman W. The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005: provisions and potential opportunities. *Am J Med Qual.* 2007 Jan-Feb;22(1):8-12.

Whitaker CE. Patient safety in healthcare: What case managers can do. *Lippincotts Case Manag.* 2006 Nov-Dec;11(6):334-7.

Anders J. The Patient Safety Committee. *Pa Nurse.* 2007 Jun;62(2):11.

Hyrkäs K, Parker S. Safety in health care today: more than just freedom from errors and accidents? *J Adv Nurs.* 2006 Nov;56(3):220-2.

Mandernach D. A better system for monitoring and preventing medical errors. *Minn Med.* 2004 Apr;87(4):40-2.

Ferguson SL. To err is human: strategies for ensuring patient safety and quality when caring for children. *J Pediatr Nurs.* 2001 Dec;16(6):438-40.

Pawlson LG, O'Kane ME. Malpractice prevention, patient safety, and quality of care: a critical linkage. *Am J Manag Care.* 2004 Apr;10(4):281-4.

Mendez-Eastman S. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations announces 2007 Patient Safety Goals. *Plast Surg Nurs.* 2006 Jul-Sep;26(3):154-5.

Sezgin B (2007) "Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi" Doktora tezi, İst Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dr. Behçet Uz

Dr. Hüseyin Demirel



1968 yılında Kars'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Bursa'da tamamladı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1991–2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 2004 yılında Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi'nde, Kamu Yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi aldı. Yüksek lisans tezini, Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri alanında verdi. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda çalıştı. 2006–2008 döneminde Bursa Tabip Odası seçimlerinde TTB Genel Kurul Delegeliğine seçildi. Çeşitli kitap ve dergilerde editörlük, yayın kurulu üyeliği ve yazarlık yaptı. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı görevini yaptı. Sağlık Bakanlığı'nın ilk stratejik planının hazırlanmasına katkı sağladı. Halen Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Cumhuriyetin ilk yıllarının önemli simalarından olan Dr. Behçet Uz, 1893 yılında Buldan'da doğdu. Müftü Salih Efendi'nin oğludur. Kardeşi Salihzade Mehmet Efendi 1915–22 yılları arasında Buldan Müftülüğü görevinde bulunmuştur. İlk ve Orta öğrenimini Buldan'da yapan Dr. Uz, liseyi İzmir'de tamamladı.

Tıp Fakültesi ikinci sınıfında babasını kaybeden Behçet Uz, Balkan Savaşı çıktığı için ara vermek zorunda kaldığı tıp eğitimini 18 Kasım 1918 tarihinde tamamlamıştır. 1919 yılında tıp fakültesinin çocuk hastalıkları kliniğinde Dr. Kadri Rasit Pasa'nın yanında müderris muavini olarak göreve başlamıştır. İhtisasını tamamladıktan sonra İzmir'e dönen Dr. Uz, İzmir Memleket Hastanesi Çocuk Hastalıkları Servisi Şefliğine atanmıştır.

Dr. Uz hekimliğinin yanı sıra yapmış olduğu sosyal faaliyetler neticesinde İzmir'de tanınan ve sevilen bir insan olarak ün yaptı. Bu

yıllarda kolejde, Fransız Hastanesi'nde, Çocuk Esirgeme Kurumu'nda Aydın Şimendifer Kumpanyası'nda hekimlik hizmetlerini sürdürdü.

1922 yılında 17 arkadaşıyla birlikte İzmir Verem Mücadele Cemiyeti'ni kurdu. Bu cemiyet Türkiye'de kurulan ikinci cemiyettir. Amacı Cumhuriyetin genç neslini o dönemlerde bir çiğ gibi büyüyen verem hastalığı belasından kurtarmak ve hastaların tedavisi ve BCG aşılarının ülkemizde yapılması için çalışma ve gayretlerde bulunmaktı. Bu dernekte yıllarca genel sekreter ve başkanlık görevlerini sürdürdü. 1946'da Sağlık Bakanı olduktan sonra Verem Mücadele Cemiyetleri'nin sayısını 50'ye çıkardı. Dr. Behçet Uz, veremle bu mücadelesini yaparken kendisinde derin iz bırakan dramatik bir gelişme de yaşamıştır:

“Cumhuriyetin ilk yıllarında İzmir'in şartları gayri sıhhiydi. Tifo, tifüs, dizanteri, kuduz, tetanoz hastalıklarının yanı sıra, insanlarımızı öldüren bir başka hastalık daha vardı: Verem... Bir gün canımdan çok sevdiğim kızım Mübeşşir'in de vereme yakalandığını öğrendim. Bu vaziyet çocuk hekimi bir babaya ne kadar ıstırap vericiydi. Bir taraf-

tan belediye reisliği ile halkıma karşı vecibelerimi yerine getiriyor, İzmir'i yeniden imar etmeye çalışıyordum. Bataklıkları, harpten kalma enkaz yığınlarını kurutmaya uğraşıyoruz. Günde 18 saat çalışmak zorundaydım. Nereye gitsem aklım hep kızım Mübeşşir'de. Sağ olsunlar, hekim arkadaşlar ilgileniyorlar. Ama çok üzülüyorum. Nihayet, büyük ihtimamlar sonucu evladım Mübeşşir'in verem hastalığını yendik. Fakat ağır geçen hastalık şartları evladımın kalbini de hasta etmişti. Kalp romatizması krizleri sık sık kızımı yokluyordu. Bana çok düşküncüydü. Beni hep yanımda istiyordu. Şehir ise şantiye gibiydi. Şantiye şefi gibi insanları hep yoklamak zorundaydım... Tatil yapmam, Mübeşşir'e temiz bir dağ havası tattırmam imkânsızdı. Böyle üzüntü ve çalışmayla geçen günlerden bir gün canım kızım Mübeşşir'im şiddetli bir kalp krizi neticesinde kaybettim. Köprü'deki evime geldim. Herkes ağlıyordu. Bir çocuk doktoru olduğum halde kızıma alakasız kalmışım. Kendimi suçlu hissediyordum. Mübeşşir'i yataкта cansız görünce çok müteessir oldum. Evden hızlıca çıktım. Şuursuzca koşarak yürüyordum. Eşrefpaşa'ya Değirmendağı'nın tepesine geldiğim fark



Dr. Behçet Uz, adını taşıyan hastaneyi dönemin Başbakanı Recep Peker'e gezdirirken...

ettim. Büyük çabalarla imar ettiğimiz İzmir tüm netliğiyle görünüyordu. Hıçkırarak ağlamaya başladım. Bas bas bağıryordum: 'Ey İzmir! Her şeyimi sana verdim. Öylesine verdim ki, biricik evladımı, Mübeşşir'im bile benden aldın. O'nu da sana verdim.' Suratımı tokatlıyormuşum. Çevreden geçenler mani olmuşlar, beni yatıştırmışlar. Aradan yıllar geçti. Daha sonra Allah bana iki erkek, iki kız evlat daha verdi. Mübeşşir aklıma geldikçe kendimi suçlu bulurum. Ondan esirgediğim sevgiyi ona veremediğim için hep hayıflanırım. İnsanlar işlerine önem vermeli ama ailelerini, özellikle çocuklarını ihmal etmemelidirler."

İzmir' de Tabip Odası Başkanlığı yaptı. 1930 yılında İzmir Belediye Meclisine giren Dr. Uz bir yıl sonra İzmir Belediye Başkanlığı'na seçildi. Öncelikle belediyeyi büyük bir borç batağından kurtardı. On yıl süren başkanlığı sırasında İzmir'e modern ve büyük bir şehir kimliğini kazandıracak atılımlar başlattı. Her semte çocuk bahçeleri ve pazaryerleri kurdu. İzmir'e parklar ve bulvarlar kazandırdı. Cumhuriyet düzenledi. Bu ı ve İtalyan heykeltıraş Pietro Cononica'ya yaptırtığı Atatürk Anıtı'nın açılışını 28 Temmuz 1932 tarihinde yaptı.

İzmir halkını bir çocuk hastanesinin gerekliliğine ikna ederek topladığı bağışlarla hastanenin temelini 23 Nisan 1938'de attı. Hastane, Dr. Uz'un Sağlık Bakanlığı döneminde 2 Nisan 1947 tarihinde Başbakan Recep Peker tarafından hizmete açıldı. Açıldığında 150 yataklı olan hastane, günümüzde 355 yatağıyla hizmete devam etmektedir. Açıldığı günden bu yana bölgenin tek çocuk hastalıkları hastanesidir.

Ülkemizin en büyük fuarı olan İzmir Enternasyonal Fuarı'nın kuruluşunda Dr. Uz'un büyük katkısı vardır. 1922 İzmir yangınında kül olan bölge üzerinde 1 Ocak 1936 yılında temeli atılan Kültürpark aynı yıl tamamlandı. Kökleri İzmir İktisat Kongresi'ne dayanan, önceleri 9 Eylül Mahalli Sergisi sonraları 9 Eylül Panayırı isimleri verilen fuar 9 Eylül 1936'dan itibaren İzmir Enternasyonal Fuarı adıyla Kültürpark'ta açıldı. İzmir Enternasyonal Fuarı günümüzde de ülkemiz ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır.

Dr. Behçet Uz parlamentonun 6. döneminin ara seçimlerinde Denizli ilinden milletvekili seçildi. Birinci Şükrü Saraçoğlu hükümetinde 9 Temmuz 1942 – 9 Mart 1943

tarihleri arasında Ticaret Bakanı olarak görev yaptı. 1946 yılında tekrar milletvekili seçilen Dr. Uz, Recep Peker ve Hasan Saka hükümetlerinde 7 Ağustos 1946–10 Haziran 1948 arasında yaklaşık iki yıl Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı oldu. Sağlık Bakanlığı döneminde Behçet Uz Planı olarak bilinen I. 10 Yıllık Milli Sağlık Planı'nı hazırlamıştır. Ancak hazırladığı planı kanunlaştıramadan bakanlıktan ayrıldı. Aynı yıllarda İstanbul parti başkanlığı ve 1950 seçimlerini düzenleyen komisyonun başkanlık görevlerini üstlenmiştir. 1953 yılında CHP'den istifa ederek Demokrat Parti'ye girmiştir.

1954 ve 1957 seçimlerinde İzmir milletvekili seçilen Dr. Uz Üçüncü Adnan Menderes Hükümeti'nde bir kez daha Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olmuştur (17 Mayıs 1954 – 9 Aralık 1955). Bu dönemde de, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın devamı niteliğinde Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler adlı planı hazırlamıştır. 1960 yılından sonra İzmir'de hayatını sürdüren Dr. Uz, 1986 yılında aramızdan ayrılmıştır.

Sağlık Bakanı olduktan sonra ekibiyle altı ay gece gündüz çalışarak planı hazırlayan Dr. Uz, amacını ulusal sağlık hizmetlerinden zengin ya da fakir, köylü ya da kentli herkesin en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak olarak belirtmektedir. Plan kanuni hale getirilerek tümüyle uygulanamamış da olsa içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir.

Bu plan 9. Milli Türk Tıp Kongresi'ne sunulmuştur. Planda ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu. Her bölgeye beş yüz yataklı tam teşekküllü bir hastane, iki yüz yataklı kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi ve akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri gibi sağlık kurumları açılması planlanıyordu.

Planda çeşitli kuruluşların elindeki hastaneleri bir elden idare etmek, illerdeki hastaneleri donatmak, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi

"Bir gün canımdan çok sevdiğim kızım Mübeşşir'in de vereme yakalandığını öğrendim. Köprü' deki evime geldim. Herkes ağlıyordu. Bir çocuk doktoru olduğum halde kızıma alakasız kalmıştım. Kendimi suçlu hissediyordum. Mübeşşir' i yatakta cansız görünce çok müteessir oldum..."

malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Koruyucu hekimlik hizmetlerinin yaklaşık kırk köylük gruplar için yapılacak 10 yataklı sağlık merkezlerinden verilmesi planlanmıştı. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebeleri ve köy sağlık memurları atanacaktı. Bu merkezlere ambulans verilirerek köylere ulaşım sağlanacaktı.

Kaynaklar:

Behçet Uz, *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, İdeal basım ve ciltte, Sağlık ve Sosyal Yardım bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946*

Behçet Uz, *Milli Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954*

TBMM Tutanak dergisi, *Dönem VIII, Cilt 3, 1947, Ankara, TBMM Basımevi.*

TBMM Tutanak Dergisi, *Dönem VIII, Cilt 8, 1948, Ankara, TBMM Basımevi.*

Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, *Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı Yayınları No: 422, Ankara, 1973*

Dirican Rahmi, "Dr. Behçet Uz (1893–1986) ve Ulusal Sağlık Planı" *Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2001, cilt 16, sayı 6, s.465.*

Fisek Nusret, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", *Toplum ve Hekim, Aralık 1991, sayı 48.*

Üstün Çağatay, "İzmir'in Sağlık ve belediye alanında ünlü bir şahsiyeti: Dr. Behçet Uz", *İzmir Sağlık Dergisi, Eylül-Ekim 2007, 4. Sayı, s.50–51*

Karatepe, Mustafa, *Buldanlı Sağlık Bakanı Behçet Uz, Buldan Sempozyumu, 23–24 Kasım 2006*



Başbakan Recep Peker, bugünkü adıyla İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin açılış kurdelasını keserken.

Hekim bestekâr ve mûsikîşinaslar: Dr. Cemil Özbal

Dr. Murat Sâlim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tanbur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. İcracı olarak katıldığı pek çok albümün yanısıra "Gençlik Hülyâları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

C

emil Özbal, 1908 yılında Gaziantep'te doğdu. Hakikcioğulları'ndan Ökkeş Efendi'nin oğludur. Annesi, savunma tarihinde adı ve hizmetleri iri harflerle yazılı Pa-

zarbaşı Nuri Bey'in kızkardeşi Ayşe Hanımdır.

Cemil Özbal, altı dershaneli Reşadiye İlkokulunu bitirdikten sonra 1924'de ortaokulu, 1931'de Robert Kolejini bitirerek aynı yıl İstanbul Tıp Fakültesi'ne girer. 1937'de diploma alır. Bundan sonra Genel Cerrahi asistanlığına başlar. 1940 yılında Genel Cerrahi uzmanı olur. Aynı yıl askere alınır. 1942'de ter-

his edilir, ama İkinci Dünya Savaşının büyümesiyle 1943'de yeniden askere alınır. Mardin Askerî Hastahanesi'nde genel cerrah olarak çalışır.

Cemil Özbal'ı 1946 yılında Gaziantep Amerikan Hastahanesi Operatörü olarak görüyoruz. Burada tam 31 yıl çalıştıktan sonra 1977'de emekli olmuştur.

Doktor Özbal, 1934'de İstanbul'daki Tıp öğrenimi sırasında İstanbullu Seher Hanımla evlenmiş, bu evlilikten Orhan ve Hâdi adlarında iki oğlu, Güler ve Sevim adlarında da iki kızı dünyaya gelmiştir. Prof. Dr. Hâdi Özbal Boğaziçi Üniversitesi Kimya Bölümü öğretim üyesidir. Prof. Dr. Orhan Özbal Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Genel

Cerrahi öğretim üyesidir. İç Hastalıkları uzmanı mûsikîşinas ve bestekâr Dr. Emin Kılıçkale Dr. Özbal'la bacanaktır.

O ilk müzik zevkini, komşusu Salih Arpacı'nın evinde çaldığı trompet ezgi-leriyle tatmaya başlar. İçinde derin bir müzik sevgisi eser ve nihayet bu olay onu sanatın kapısı önüne getirir. Daha çocuk yaşta iken satın aldığı bir orgla emeklemeye başlar. Altı ay kadar, Ermeni Kasbar Hoca'dan daha sonra yine Ermeni olan Viktorya adında bir hanımdan dersler alır.

Cemil Özbal, daha ilkokulda iken Org'u ve güzel sesiyle birçok müsamerelere katılır. Ortaokula geçtikten sonra da okulun müsamerelerinde görev alır.



Gaziantep Musiki Derneği mensupları birarada. (Dr. Cemil Özbal, sol başta)

Dr. Cemil Özbal, Türk Mûsikîsi'nin öğretilmesinde “Meşk” dediğimiz hocadan talebeye aktarım ile yetişmiş bir üstaddir. Kendisi de memleketine döndükten sonra Türk Müziği'ni meşk yoluyla öğretmiştir ve bin yıllık kültür mirasımızın Gaziantep'te kurmuş olduğu Mûsikî Cemiyeti vasıtasıyla yaşatılmasında ve yayılmasında önemli bir rol üstlenmiştir.

1924 yılında İstanbul'a giderken Org'unu birlikte götürmediğinden burada keman öğrenimine başlar. Kısa bir sürede bunu da başlar.

İstanbul'da önce Mevlî Ömer Dede adında bir hocadan saz eserleri, bu arada Zekâî Dede'nin oğlu Hafız Ahmed Efendi'nin öğrencilerinden Mehmet Ali Bey'den sözlü eserler meşk eder. Sonraları Mehmet Ali Bey aracılığı ile Zekâizâde Ahmed Efendi ile de tanışıp ondan da yararlanır. Takip eden yıllarda, Tanbûri Cemil Bey'in arkadaşlarından, Üdi Nevres Bey'in yetiştirmesi Refik Talât Bey'den de on ayrı fasıl, Ahmet Avni Konuk'tan klâsik eserler ve Mevlî Âyinleri meşk eder.

İstanbul'a geldikten sonra bir yandan Kemân çalmayı öğrenirken bir yandan da ileride bacanak olacakları hemşehrisi Dr. Emin Kılıçkale'den Türk Mûsikîsi nazariyatı bilgisini geliştirmiştir. Bu sebeple Cemil Özbal'ın mûsikî hocaları arasında Dr. Emin Kılıçkale'yi de saymak gerekir. Yine bu sayfada ilerleyen sayılarımızda bir başka mûsikîşinas ve bestekâr hekim olarak kendisinden bahsedeceğiz.

Dr. Cemil Özbal, öğrendiği kemandan başka tambura da gönül verir. Hocaları Ahmet Avni Bey ve Rauf Yekta Bey ondaki büyük yeteneği görerek Dr. Suphi Ezgi'den tambur öğrenmesi için teşvik ederler ve aracı olurlar. Ancak Suphi Ezgi'nin bu isteği ve arıcılığı kabulü kolay olmaz.

Dr. Suphi Ezgi, Sultan III. Selim dönemi üstadlarından Tanbûri İzak'ın sürüp gelen tavrının son temsilcisidir. Suphi Ezgi'nin tambur öğrencisi Cemil Özbal ise o tavrı bugüne ulaştıran idi. Suphi Ezgi 1949 tarihli Mûsikî Mecmuası'ndaki



Ayaktakiler: Sağ baştaki Dr. Cemil Özbal, soldan ikinci Dr. Emin Kılıçkale. Sol başta oturan Rauf Yekta Bey. Ortadaki: Zekâizade Hafız Ahmet Efendi

“Tambur Tavrı Hakkında Birkaç Söz” başlıklı yazısında şöyle diyor: “(...) Bu konuda bir yandan teselliye vesile olacak bir nokta var ki o da, anane ve geleneksel tambur tavrının bugün ben ve talebem Antep Amerikan Hastahanesi operatörü Dr. Cemil Bey'den başka mümessili kalmamıştır.”

Dr. Cemil Özbal, ikinci askerliğini bitirdiği günlerde, Gaziantep'e yerleştikten sonra Dr. Emin Kılıçkale'yle birlikte Halkevinde Türk Mûsikîsi dersleri vermeye başladı. Derslere ilgi büyüktü, her kesimden 60'ı aşkın katılan vardı. Halkevlerinin kapatılmasıyla çalışmalar Dr. Emin Kılıçkale ve Dr. Cemil Özbal'ın evlerinde devam etti.

1950 yılında Dr. Cemil Özbal'ın yönetiminde bir Koro oluştu. Gaziantep'in ilk Türk Mûsikîsi Korosu olan bu koro 1952 yılında ilk konserini verdi. Aynı yıl on beş kadar musikişinas arkadaşıyla “Gaziantep Türk Mûsikî Cemiyeti” adıyla bir dernek kurdu. Dr. Cemil Özbal yönetimindeki çalışmalar ve konserler bu dernek bünyesinde düzenli olarak devam etti.

Gaziantep'li yazar Cemil Cahit Güzelbey'in “Gaziantep'in Geçmiş Yıllardaki Müzik Yaşantısı” adlı araştırma kitabı için Dr. Cemil Özbal'la yaptığı sohbet sırasında şu bestelerinin varlığını açıklamıştır:

Acemaşîran İlâhî “Canımın cânânı geldi evimiz nûr ile doldu”

Hüzzam Sazsemâîsi Sûzidil Sazsemâîsi Hüseyinî Sazsemâîsi

Bunlardan Hüzzam Sazsemâîsi, hocalarımız ve yaşayan en önemli saz sanatkârlarımız olan Neyzen Niyazi Sa-

yın (81), Tanbûri Necdet Yaşar (78) ikilisi tarafından yıllarca konserlerinde üstün icralarıyla seslendirilmiş ve saz müziğimizin nâdide besteleri arasına girmiştir. Aynı eser, 2004 yılında yayımlanan “DEM” isimli solo albümü-müzde kulağımızda çocukluğumuzdan beri yer eden hekim bir büyüğümüzün bestesi olarak icra edilmiştir.

Dr. Cemil Özbal, hekimler için bir kutlama günü olan 1980 yılının “14 Mart Tıp Bayramı'nda” sevenlerinin gözyaşları arasında son nefesini verdi.

Dr. Cemil Özbal, Türk Mûsikîsi'nin öğretilmesinde “Meşk” dediğimiz hocadan talebeye aktarım ile yetişmiş bir üstaddir. Kendisi de memleketine döndükten sonra Türk Müziği'ni Meşk yoluyla öğretmiştir ve bin yıllık kültür mirasımızın Gaziantep'te kurmuş olduğu Mûsikî Cemiyeti vasıtasıyla yaşatılmasında ve yayılmasında önemli bir rol üstlenmiştir.

Yazımızı, sanatla uğraşan bir hekime “Tıp Fakültesi'nden ara sıra hekim de çıkar” esprisi yapıldığında; - hekimliğin de kendi başına bir sanat olduğunu düşünürsek- sanatın hekimlik mesleğini besleyen çok güçlü bir kaynak olduğunu ve sanatkâr bir doktorun da hastalarına o tavırla davranacağını akılda tutarak bitirelim.

Kaynaklar

Prof. Dr. Hâdi Özbal Arşivi.

Gaziantep Türk Mûsikîsi Derneği Konser Kitap,çığı 27 Mayıs 2005.

Gaziantep Türk Mûsikîsi Derneği 50. Yıl Özel Konseri Kitapçığı, 7 Şubat 2003.

Mûsikî Mecmuası, 1949 Ağustos, Sayı 18.

