

SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AGUSTOS
2009
12 TL
(KDV DAHİL)

YAZ

11

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



PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK TAM GÜN YASA TASARISI'NIN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

HÜSEYİN ÇELİK TAM GÜN YASA TASARISI VE SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ | **DR. ERİŞ BİLALOĞLU** "TAM GÜN": EKSİK KALMASIN, TAMAMLANSIN!

BÜLENT AKARCA CESUR, ÇAĞDAŞ, DEMOKRAT VE SOSYAL İÇERİKLİ BİR YASA: SAĞLIKTA TAM GÜN YASASI | **DR. METE TAN** "TAM SÜRE" VE DİĞER YASALARIN
HİÇBİRİ "AHLAK YASASI" DEĞİLDİR | **SİBEL GÜNEŞ** "TAM GÜN" KİMİN YASASI? | **ÖMER ÇAKKAL** MAZİDE KALAN BİR ŞARKI: BENİ TÜRK HEKİMLERİNE EMANET EDİNİ
EGEMEN CEVAHİR - R. ÖZGÜR ÇATAR SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA DEVLETİN DEĞİŞEN ROLÜ VE SAĞLIKTA EŞİTLİK İLKESİ | **MEHMET BULUT** GENEL

SAĞLIK SİGORTASINDA FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ NELERDİR | YUVARLAK MASA: ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN GELECEĞİ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN SAĞLIKTA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ | **SİRRİ SÜREYYA ÖNDER**: HEKİM HASTANIN KLİNİK BULGULARINA, HASTA SADECE HEKİMİN
GÖZÜNÜN İÇİNE BAKAR | **DOÇ. DR. FAİK ÇELİK** TIP EĞİTİMİNE FARKLI BİR BAKIŞ | **PROF. DR. OSMAN HAYRAN** SAĞLIK HİZMETLERİNDE KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER
VE HASTA GÜVENLİĞİ | **PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN** VAKIF MEDENİYETİNDE HASTA HAKLARI | **DR. ALİ KEMAL ÇAYLAN** HASTANEDE YANGIN OLUR MU?

DR. HALUK ŞENGÜN - DR. DENİZ KAPLAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜKEMMELE ULAŞMADA POPÜLER ARAÇLAR: YETKİNLİK MODELLEMELERİ

PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ KAFA KARIŞTIRAN HASTALIKLAR (2): DİYABET VE İNSÜLİN | **DOÇ. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ** ENİNE BOYUNA DOMUZ GRİBİ

DR. BİLAL TANRITANIR İBB EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ | **PROF. DR. AYL A TÜR** SİGARA VE SAĞLIK | **PROF. DR. HAYRETTİN KARA** HASTASINI KAYBEDEN
DOKTOR: NEDEN HER HEKİM PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ ALMALIDIR? | **PROF. DR. ABDULLAH SONSUZ** BİLİMSEL KONGRELERİN DÜNÜ, BUGÜNÜ; OLANLAR VE
OLMASI GEREKENLER | **PROF. DR. HAKAN HAKERİ** ORGAN VE DOKU NAKLİYLE İLGİLİ HUKUKSAL PROBLEMLER | **DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK** FDA'NIN

TARİHİNE YOLCULUK | **PROF. DR. NEVZAT TARHAN** PSİKİYATRİK TANI VE TEDAVİDE GELECEĞE YÖN VEREN TEKNOLOJİLER

DR. ORHAN DOĞAN - DR. KADİR DOĞRUEK KARİKATÜR



MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
YAYINLARI



Biz burada her gün
“sağlık” üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com



HAZİRAN - TEMMUZ - AĞUSTOS 2009
2009 YAZ SAYI 11
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

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

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. 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
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
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

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

“Tam Gün”den önce bir nefeslik ara

Bu yaza sağlık açısından oldukça yoğun bir gündemle girdik. Ama doğanın, yani ‘yazın hükmü’ bizim insani gündemimizden daha güçlü. İster istemez her şey, yazın sıcaklığı, denizin veya ormanların serin, huzur verici hayali karşısında biraz gevşiyor, erteleme rahatlığına kendini bırakıyor. Bir süre için de olsa didinmekten, üzerinde yoğun bir biçimde çalışmaktan yorulduğumuz ilgi alanımıza, konumuza ara vermek ya da her gün aynı biçimde yapılması gereken işlerimize ara vermek, rutinin dışına çıkıvermek arzusu galebe çalıyor. Hasta muayene edilmesi gereken, bir toplantının ortasında olunması gereken, bitirilmesi gereken bir işin başında olunması gereken yani kısaca zorunlulukların kuşattığı bir saatte, alakasız bir işle meşgul olmak, hiçbir şey yapmayıp sadece tembel tembel keyif çatmak; özellikle yazın verdiği haleti ruhiye ile ne kadar da çekici.

İçimizden yazla beraber yükselen tüm bu duygulara, ara verme anlamı taşıyan “tatil” sözcüğü tercüman oluyor. Tatilin kardeşi “dinlenme” ise bu duyguların ifade edilmesinin yanı sıra, bir yenilenme, yeniden güç toplama, sıradanlaşan ve bazen bu nedenle bizim tarafımızdan görü-

lemez hale gelen durumların yeniden görülebilir hale gelmesini sağlayacak bir yeniden değerlendirme olanağı yan anlamlarına sahip. Ara vermek, yani tatil tamamen bırakmak olmadığından hatta amaç daha kuvvetle devam etmek olduğundan, bu yan anlamlar kanımızca işin esasını gösteriyor. Bir geri çekilip, duruma yeniden bakmak, ne yaptığımızı, nereye gittiğimizi muhasebe etmek. Bu aslında bir amaca ulaşmak, doğru olandan sapmamak için olmazsa olmaz bir zorunluluktur insan için. Dergimizin hedeflerinden birini de böyle ifade edebiliriz; süre gidene, hep yapıla yapıla artık olağanlaşana biraz ara verip geriye çekilerek bir nefes alarak yeniden bakmak.

Bu günlerde gündemimizin en fazla tartışılan ve tartışılmaya da devam edecek olan “sıcak” maddesi Tam Gün Yasası bile meclise ve yaza uyup tatile çıktı. Biz de bu sayımızda, siz okuyucularımızı ağırlıklı olarak tartışma alanını Tam Gün Yasası’na ayırarak tatilin yanı sıra yukarıda saydığımız yan anlamlarıyla “dinlenme”ye uğurluyoruz. Konunun farklı tarafında bulunanları bir araya getirmeye çalışarak bir başlangıç yaptık. Bu konuyu tartışan yazılar arasında, biri böyle bir deneyimi bizzat yaşayan

olmak üzere iki eski sağlık bakanının yazıları da var. Ama devamı bir sonraki sayımızda yani yazdan sonra. Yine tüm dünya gündemini etkileyen domuz gribi ile ilgili bir uzman makalesi, organ nakli ile ilgili hukuksal sorunlara değinen, hasta haklarını geleneğimize atf yapan bir bakışla değerlendiren, diğer bir sıcak gündem olan sigara yasağı ve diğer ilginç bulacağınızı ve düşüncelerin ortaya çıkmasını tetikleyici olacağını umduğumuz zengin içerikli bir sayı ile karşınızdayız.

Tabi her zaman olduğu gibi sizleri, görüşlerinizi, düşüncelerinizi, önerilerinizi bu platformda dile getirmeye, Türkiye ile paylaşmaya çağırıyoruz. SD olarak, doğru olanı, ülkemiz için gerçekten işe yarayacak olanı, yaygın bir biçimde düşüncelerimizin ve vicdanlarımızın ışığı ile aydınlatamazsak bulamayacağımıza inanıyoruz. SD’nin bu 11. sayısını sizlere sunmanın kıvancı ile bizler de kısa bir yaz tatiline çıkıyoruz ancak SD’nin yolculuğu 12. sayıyla birlikte devam edecek. Bunun için editör arkadaşlarımız şimdiden çalışmaya başladılar bile. Dinlendirici, yenileyici, yeni gayretler ve bakışlar için fırsat ve zaman sağlayacak bir “tatil” dileği ile.

İçindekiler

8

TAM GÜN YASA TASARISI'NIN
DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ
PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK

10

TAM GÜN YASA TASARISI VE
SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ
HÜSEYİN ÇELİK

12

'TAM GÜN': EKSİK KALMASIN, TAMAMLANSIN!
DR. ERİŞ BİLALOĞLU

14

CESUR, ÇAĞDAŞ, DEMOKRAT VE SOSYAL İÇE-
RİKLİ BİR YASA: SAĞLIKTA TAM GÜN YASASI
BÜLENT AKARCALI

16

'TAM SÜRE' VE DİĞER YASALARIN HİÇBİRİ
'AHLAK YASASI' DEĞİLDİR
DR. METE TAN



20

'TAM GÜN' KİMİN YASASI?
SİBEL GÜNEŞ

22

MAZİDE KALAN BİR ŞARKI:
BENİ TÜRK HEKİMLERİNE EMANET EDİN!
ÖMER ÇAKKAL



26

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA DEVLE-
TİN DEĞİŞEN ROLÜ VE SAĞLIKTA EŞİTLİK İLKESİ
EGEMEN CEVAHİR - R. ÖZGÜR ÇATAR

30

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA FİNANSMANI
SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ NELERDİR?
MEHMET BULUT

34

YUVARLAK MASA: ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNİN GELECEĞİ
SD

36

SAĞLIKTA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN

40

SIRRI SÜREYYA ÖNDER: 'HEKİM HASTANIN
KLİNİK BULGULARINA, HASTA SADECE
HEKİMİN GÖZÜNÜN İÇİNE BAKAR'



48

TIP EĞİTİMİNE FARKLI BİR BAKIŞ
DOÇ. DR. FAİK ÇELİK

52

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KİŞİLER ARASI
İLİŞKİLER VE HASTA GÜVENLİĞİ
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

56

VAKIF MEDENİYETİNDE HASTA HAKLARI
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



62

HASTANEDE YANGIN OLUR MU?
DR. ALİ KEMAL ÇAYLAN

66

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜKEMMELE
ULAŞMADA POPÜLER ARAÇLAR:
YETKİNLİK MODELLEMELERİ
DR. HALUK ŞENGÜN - DR. DENİZ KAPLAN

70

KAFA KARIŞTIRAN HASTALIKLAR (2):
DİYABET VE İNSÜLİN
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

72

ENİNE BOYUNA DOMUZ GRİBİ
DOÇ. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ

78

İBB EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
DR. BİLAL TANRITANIR

80

SİGARA VE SAĞLIK
PROF. DR. AYL A TÜR

84

HASTASINI KAYBEDEN DOKTOR:
NEDEN HER HEKİM
PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ ALMALIDIR?
PROF. DR. HAYRETTİN KARA



86

BİLİMSEL KONGRELERİN DÜNÜ,
BUGÜNÜ; OLANLAR VE
OLMASI GEREKENLER
PROF. DR. ABDULLAH SONSUZ

90

ORGAN VE DOKU NAKLİYLE İLGİLİ
HUKUKSAL PROBLEMLER
PROF. DR. HAKAN HAKERİ



96

FDA'NIN TARİHİNE YOLCULUK
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

100

PSİKİYATRİK TANI VE TEDAVİDE GELECEĞE
YÖN VEREN TEKNOLOJİLER
PROF. DR. NEVZAT TARHAN

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN
DR. KADİR DOĞRUEK

İnsülin glarjin kanser riskini artırabilir

İnsülin glarjinle ilgili dört gözlemsel çalışmanın üçünde kanser riskinin arttığı bildirildi. Çalışmalar Avrupa Diyabet Çalışma Birliği'nin dergisi olan Diabetologia'nın 30 Haziran tarihli sayısında yayımlandı. İnsülinle tedavi edilen 127 bin hastanın verilerinin incelenmesiyle glarjin kullananlarda kanser riskinin benzer dozlarda insan insülini kullananlara göre anlamlı derecede arttığı saptandı. Glarjin insülin kullanan her 100 hastada bir fazladan kanser olgusu saptandı.

Almanya'da yapılan bu çalışmada, kanser riskinin dozla birlikte arttığı da saptandı. Günde 10 ünite glarjin kullananlarda risk yüzde 9, 50 ünite kullananlarda ise yüzde 31 artıyor. Bu sonuçlardan sonra İsveç, İskoçya ve İngiltere'de de veri tabanları incelendi. İsveç çalışmasında diğer insülinlerle karşılaştırıldığında glarjin kullananlarda meme kanseri riskinin iki kat arttığı saptandı. İskoç çalışmasında meme kanserinde anlamlı olmayan bir risk artışı izlenirken İngiltere çalışmasında glarjinle herhangi bir kanser türü arasında ilişki bulunamadı.

FDA, insülin glarjinle ilgili güvenlik verilerini incelemeye aldı ancak şimdilik bir düzenlemeye gitmedi. FDA tarafından insülin glarjin kullananların doktorlarına sormadan ilaçlarını kesmesi uyarısı yapıldı.



Limon suyu tükürük bezlerini radyasyondan koruyor

Tiroid kanseri nedeniyle radyoaktif iyot tedavisi alan hastalarda, verilen radyoaktif iyot tükürük bezlerinde tutulduğu için sıklıkla ağız kuruluğu şikâyeti gelişmektedir. Bunu önlemek için tükürük bezini uyarak radyoaktif iyodun atılımını hızlandırmak amacıyla hastalara sıklıkla limon suyu önerilir. Yıllar boyu nükleer tıp kliniklerinde hocadan asistana aktarılan bu uygulamanın klinik bir kanıtı yoktur.

Uygulamaya kanıt olması için yapılan ilk çalışma 2005'te yayımlandı ve herkesi şaşırttı. Çalışmada tükürük sekresyonunu artırılmasının radyasyona maruziyeti artırdığına işaret ediyordu. Bunun üzerine limon suyu, limonlu ve ekşi şekerlemeler gibi tükürük sekresyonunu artıran maddelerin I-131 tedavisinden sonra 24 saat süreyle alınması önerildi. Bu öneriyi bazı merkezler kabul ederken, önemli bir kısmı eski uygulamayla devam etti.

Dr. Van Nostrand ve arkadaşları, I-131 tedavisi öncesi tarama yapılan hastaların verilerini retrospektif olarak değerlendirdiler. Tedavi protokolünde oral radyoaktif iyottan 5 dakika sonra limon suyu veriliyor, takiben iki saat sonra görüntü alınıyordu (faz 1). Daha sonra işlem tekrarlanıyordu (faz 2).

29 hastanın verileri alınmış, altısı radyoaktif iyot tutulumu izlenmediği için çalışma dışı bırakılmış. Kalan 23 hastanın (ortalama yaş 49) her iki parotis bezi incelenmiş. 46 parotis bezinin 35'inde radyoaktivite saptanmış.

Araştırmacılar limon suyu öncesine göre radyoaktivitenin temizlenme yüzdesi, radyoaktivitenin en düşük düzeyine ulaşıncaya kadar geçen süre, faz bir ve faz ikide parotislerde tutulan radyasyon dozundaki değişim gibi parametreleri incelemişler.

Dr. Van Nostrand, limon suyunun parotislerde tutulan radyasyon miktarını yüzde 38-51 arasında azalttığını belirtiyor. Limon suyunun erken alınmasının daha avantajlı olduğu anlaşıyor.

Çalışma, uzun yıllardır devam ettirilen, zahmetsiz ve kolay uygulamanın gerçekten işe yaradığını ispatlaması açısından önem taşıyor.

Yeşil çay kadınlarda mide kanseri riskini azaltıyor

Gut dergisinde yayımlanan bir makalede yeşil çayın kadınlarda distal mide kanseri riskinde azalma ile ilişkili olduğu belirtildi. Meta-analizde 6 çalışmanın verileri analiz edilmiş.

Yeşil çaya ilişkin pek çok anti-kanser etki tanımlanmıştır. Ancak yeşil çayın kanserden koruyucu etkilerine dair epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Araştırmacılar toplam 219 bin 80 bireyin soru formlarıyla değerlendirildiği 6 çalışmayı incelemişler. 2 milyon 285 bin 968 hasta günlük takipte 3 bin 577 mide kanseri saptanmış. Erkeklerde ve günde bir fincandan az çay içenlerde mide kanseri riskinde belirgin bir azalma görülmemiş. Sigara içip içmemeye durumuna ya da mide kanserinin yerleşim yerine göre de bir farklılık saptanmamış.

Günde 5 fincan ya da daha fazla yeşil çay içen kadınlarda ise mide kanserinde belirgin azalma saptanmış. Mide kanserinde genel olarak yüzde 21, distal mide kanserinde ise yüzde 30 risk azalması belirlenmiş. Proksimal mide kanserinde ise ne erkekte ne de kadında yeşil çayın bir etkisi görülmemiş.

Mide bandı hem kilo verdiriyor hem de diyabeti düzeltiyor

Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği'nin yıllık toplantısında sunulan bir bildiriye göre, laparoskopik ayarlanabilir mide bantlama operasyonu tip 2 diyabetik hastalarda metabolik parametrelerde kalıcı iyileşmeye neden oluyor.

Araştırmacılar, 2002 -2004 arasında opere ettikleri 95 morbid obez tip 2 diyabetik hastanın cerrahi sonrası 5 yıllık izlemine ait verileri değerlendirmişler. Morbid obezite vücut kitle indeksinin (VKİ) 40 kg/m2 üzerinde olması ya da VKİ 35 kg/m2 üzerinde iken obeziteye bağlı bir hastalığın mevcudiyeti olarak tanımlanıyor. Opere edilen hastalarda cerrahi öncesi ortalama BMI 46.3 35 kg/m2, ortalama diyabet süresi 6.5 yıl, 5 yıllık izlemde VKİ 35 35 kg/m2'ye düşmüş. Ortalama kilo kaybı yüzde 48.3 olarak saptanmış.

Açlık kan glukozu ortalama 146 mg/dl'den 118.5 mg/dl'ye; HbA1c ise %7.5'den 5 yıl sonunda yüzde 6.58'e düşmüş. Diyabette 'iyileşme' ilaçasız HbA1c'nin yüzde 6'nın, açlık kan şekerlerinin 100 mg/dl altında olması şeklinde tanımlandığında 23 hastada 'iyileşme' izlenmiş. 41 hastada ise daha az ilaçla AKŞ'ler 100-125 arasında tutulabilmiş. Hastaların yüzde 80'inde diyabette iyileşme ya da önemli düzelme saptanmış.

Diyabetleri tamamen iyileşenler ile tam düzelmeyenler arasındaki tek farkın verdikleri kilo olduğunu belirten araştırmacılar, bantlama öncesi diyabet süresinin önemli olmadığını vurguluyorlar. Cerrahi öncesi hastaların yüzde 83'ü oral antidiyabetik ve yüzde 14.9'u insülin kullanıyordu. 5 yıl sonra ise hastaların yüzde 46.5'i oral antidiyabetik, yüzde 9.5'i insülin tedavisine devam ediyordu.

Gastrik bantlamanın olumlu etkilerinin 5 yıl sonra da devam ettiğinin görülmesi, diyabetin cerrahi tedavisine olan güveni artırabilir.



Kalp ritmi müzikle senkronize oluyor

Müziğin duyguları etkilediğini herkes bilir. Ancak yeni yapılan bir çalışmada, müziğin kalp ritmi üzerinde bilinç dışı değişikliklere neden olabildiği saptandı.

Circulation dergisinde yayımlanan makalede, araştırmacılar 24-26 yaş arası koro üyesi 12 müzisyen ile müzik eğitimi almamış 12 kişiye çeşitli müzikler dinletilmiş. Bu müzikler arasında Beethoven'ın dokuzuncu senfonisi, Puccini'nin ünlü opera aryası Nessun Dorma, Bach'dan daha entelektüel zevklere hitap eden bir parçası, Verdi'nin Nabucco ve La Traviata operalarından ritmik birer arya seçilmiş. Deneklerin gözleri kapatılmış, EKG cihazına bağlanmış ve kulaklı müzikler dinletilmiş. Ayrıca 2 dakikalık sessizlik de uygulanmış.

Bu müzikler, inişleri, çıkışları (kreşendo-dekreşendo) olmaları ve ritmik özellikleri kuvvetli olması nedeniyle seçilmiş. Tabi, araştırmacıların İtalyan olması, klasik İtalyan eserlerinin seçilmesinde önemli rol oynamış. Denekler müzik dinlerken EKG, kan basıncı, serebral kan akımı solunum ve ciltte vaso-konstriksiyon takip edilmiş.

Deneklere müziğin duygusalı, güzelliği ve özgünlüğü 5 puanlık bir sistem ile sorulmuş. Her parçada 'tüylerin diken diken olması' gibi güçlü duygular yaşayıp yaşamadıkları da sorulmuş.

Denekler hiçbir parçada güçlü duygular yaşamamış ama araştırmacılar her kreşendoda ciltte vazokonstriksiyon, kan basıncında ve kalp hızında artış gibi bilinç dışı refleks otomatik olarak değişimler saptamışlar.

Özellikle peş peşe giderek artan üç kreşendo içeren Nessun Dorma aryasında değişikliklerin en belirgin olduğu görülmüş. Müziğin yavaşladığı sıralarda kan basıncı düşerken ciltte de vazodilatasyon meydana gelmiş. Müzisyen denekler 'entelektüel' müziğe daha belirgin yanıt verirken diğer müziklerde fizyolojik cevaplar farklı bulunmamış.

Daha önce yapılan çalışmalarda müziğin stresi azaltmada, atletik performansı artırmada, nörolojik hastalığı olanlarda motor fonksiyonları iyileştirmede etkili olabildiği gösterilmişti.

Kemoterapi ilacı kırışıklıkları azaltıyor

Fluorourasil (FU) uzun yıllardır kullanılan sistemik bir kemoterapötiktir. Yaygın sistemik kullanımının yanı sıra pre-kanseröz bir lezyon olan aktinik keratoz tedavisinde lokal cilt uygulaması da mevcuttur. Aktinik keratoz nedeniyle topikal FU kullanan hastaların, ciltlerinin daha yumuşak, düzgün ve kırışksız olduğunu belirtmesi üzerine Michigan Üniversitesi Dermatoloji Kliniği'nde bir çalışma yapılmış.

Aktinik keratozu olan 21 hastaya, yüzde 5'lik FU cilt kremi günde iki defa iki hafta boyunca tüm yüzlerine sürmeleri istenmiş. Hastalar 6 hafta izlenmiş. Bu süre zarfında cilt fotoğrafları çekilmiş, deri biyopsisi alınmış ve cilt muayeneleri yapılmış.

Önceleri cilt kuru, kaşıntılı ve soyulmuş bir hal almış. Takip eden haftalarda ciltleri düzelmiş, kırışıklıklar yumuşamış ve daha düzgün bir hale gelmiş. 20 hasta 10. Haftada anketlerini doldurmuşlar. Bunların yüzde 40'ı ciltlerinin çok düzeldiğini, yüzde 35'i ise orta derecede düzeldiğini belirtmişler. Bir hastada şiddetli cilt irritasyonu gelişmiş ve ilk haftada kremin kesilmesi gerekmiş. Hastaların çoğu tedaviyi 'orta derecede' rahatsız edici bulmuş. Diğer yandan hastaların çoğu tedaviyi bir kez daha almak isterken, 17 hasta ilacın ücretini cebinden ödemeye hazır olduğunu söylemiş.

Votka Rusların yarısını öldürüyor

Rusya'da son yıllarda giderek artan alkol tüketiminin 15-64 yaş arası ölümlerin yaklaşık yarısına neden olduğu bildirildi. Lancet'te yayımlanan makalede, Rusya'nın üç endüstri şehrinde karaciğer, gırtlak kanserleri ile karaciğer ve pankreas hastalıklarından ölümlerin büyük kısmının aşırı alkol tüketimine bağlı olduğu belirtiliyor. Tüberküloz ve pnömoniden genç yaşta ölümlerin de bir kısmından alkolizme bağlı immün yetmezliğin sorumlu olması muhtemel görülüyor.

Çalışmada Rusya'da 15-54 yaş arası mortalitenin, Batı Avrupa'ya göre kadınlarda üç kat, erkeklerde beş kat daha yüksek olduğu saptanmış. Bu yaş grubunda erkeklerdeki ölümlerin dörtte üçü, kadınlarda ise hemen tümü alkolle bağlı nedenlerden meydana geliyor.

Diğer yandan Rusya'da her yıl 1.3 milyon kişi kardiyasküler hastalıklardan ölüyor. Kardiyovasküler nedenlerle ölümlerin üçte birinde alkol dışında bir etken saptanmıyor. Alkolle bağlı ölümler arasında intihar, cinayet, boğulma, yanık gibi olaylar da görülüyor.

Birleşmiş Milletler'in bir raporuna göre 142 milyon olan Rusya'nın mevcut nüfusu, kötü beslenme, alkolizm, şiddet olayları vs. nedeniyle 2025'te 131 milyona düşecek. Bilim adamları Rusya'da artık çok büyük bir toplumsal tehdit haline gelen ucuz votkanın önüne geçilmesi için tedbir alınması gerektiğini vurguluyor.



Sirke kilo verdirmeye yardımcı olabilir

Japonya'da yapılan bir araştırmada, salata ve yemeklerde kullanılan sirkenin, yağ dokusunu azaltan bazı genleri harekete geçirebileceği bildirildi.

Eski zamanlarda sirke neredeyse her derde deva kabul edilirdi. Modern tıp, yavaş yavaş sirkenin bazı yararlı etkilerini ispatlamaya başladı. Sirkenin içindeki asil kimyasalın asetik asit olduğu bilinmektedir. Asetik asit kan basıncının ve kan şekerinin kontrolünde etkili olabiliyor.

Japon araştırmacılar farelere nazogastrik tüple asetik asit ya da su verdiler ve yüksek yağlı diyetle beslediler. Sirke alan fareler, su verilenlere göre aynı miktarda yemelerine rağmen yüzde 10 daha az yağ dokusu kazandı. Araştırmacılar, asetik asidin yağ yıkımını hızlandıran bazı proteinlerin sentezini artırabileceğini ileri sürüyor.

Simvastatin, sirozlularda portal basıncı düşürüyor

Simvastatin, sirozlu hastalarda karaciğerde nitrik asit üretimini ve hepatik endotel fonksiyonlarını iyileştiren portal basıncı azaltıyor ve karaciğer perfüzyonunu artırıyor.

Gastroenterology dergisinin Mayıs sayısında yayımlanan araştırmada 59 hastaya bir ay süreyle 20-40 mg simvastatin ya da plasebo verilmiş. Portan hipertansiyon hepatik venöz basınç gradiyentinin 12 mmHg ya da üzerinde olması şeklinde tanımlanmış. Hastalar beta bloker kullanımına göre gruplara eşit dağıtılmış. 27 hastaya plasebo, 28 hastaya simvastatin verilmiş.

Simvastatin plaseboya göre hepatik venöz gradiyentte anlamlı düşüşe neden olmuş (-yüzde 8.3'e karşı - yüzde 1.6) Beta bloker kullananlarda düşüş daha belirgin bulunmuş (beta bloker kullananlarda - yüzde 11, kullanmayanlarda - yüzde 5.9). Simvastatin kullananlarda, hepatik perfüzyonun bir göstergesi olan indosiyanin yeşili klerensinde de iyileşme izlenmiş.

Tam Gün Yasa Tasarısı'nın düşündürdükleri

Prof. Dr. Selami Albayrak



Hekim Hakları Derneği Başkanı Prof. Selami Albayrak, 1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekimlik görevini yürüttü. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

Sağlık hizmeti bir hizmetler bileşenidir. İçinde tıp emeği, endüstri ve işletmecilik vardır.

Bir hastalığın tanı ve tedavi aşamalarında hep bu hizmetlere ihtiyaç duyulur. Sonuçta maliyetler birleştirildiğinde her

hastalığın 'tedavi maliyeti' ortaya çıkar. Bu maliyet, sağlığın finansmanı ile karşılanır. Ülkemizde sağlığın finansmanı büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sağlanır. SGK bu hizmetleri satın alırken hastalıkların 'tedavi maliyetini' bir bütün olarak görmek yerine, bu maliyet bileşenlerine ayrı ayrı ödemeler yapar. İlaç, laboratuvar-görüntüleme ve tıp emeği. Oysa ayrılan kaynak sabittir.

Tıp emeğinin bu bütün içindeki oranı her geçen yıl biraz daha küçültülmekte ve özellikle endüstrinin invazyonuna maruz kalmaktadır. Uygulanan sağlık politikaları ise bu invazyona çanak tutmaktadır. Günümüzde birinci ve ikinci basamak tedavi kurumlarında ve hatta üçüncü basamak tedavi kurumlarında bile poliklinik odaları birer reçete yazma



Tam Gün Yasası tıp emeğine vurulan en büyük darbedir. Hekimler tek tipleştirilmektedir. 'Sağlığın pazarlığı olmaz' sloganını ileri sürenler sağlık hizmeti sunumunu tam bir pazarlık haline getirmişlerdir... Kanaatimce, kısa ve orta vadede ciddi sancılara sebep olacak olan bu yasa, sağlığın insan kaynağı ve fiziki alt yapısı yeterli düzeye çıkarıldıktan sonra, yani uzun vadede, faydalı olabilecektir.

büroları gibi çalışmaktadır. Türkiye ortalamasında hasta başına 3-7 dakika ayrılmaktadır. Bu süre ne sağlıklı bir hastalık öyküsü almaya, ne de detaylı bir fizik muayene yapmaya yeterlidir. Hekimler, kapıda bekleyen hasta kuyruklarını ya tetkik isteyerek ya da reçete yazarak eritmeye mecbur edilmişlerdir. Sonuçta hasta doktora ve ilaca ulaşmış gibi gözükmemektedir. İstatistikler iyileşmektedir. Ama hastanın ulaştığı sağlık hizmeti ne yazık ki sağlıklı değildir.

Hasta ile hekim arasında transferi yapılan 'tanı/tedavi' sürecinde 'bilgi asimetrisi' vardır. Yani bir demir ticareti sürecinde demiri alan da satan da demir hakkında yeterli bilgiye sahiptir. Her iki taraf da neye ihtiyacı olduğunu çok iyi bilmektedir. Hâlbuki hasta – hekim görüşmesinde hekim hastasının nelere ihtiyacı olduğunu da belirleyen kişidir. Bir bakıma SGK karşısında hastanın vekilidir. Bu yüzden hasta haklarının en önemli savunucusu hekimlerdir. Hekim hakkı ile hasta hakkının birbirine girift hali bu ilişkinin kutsallığını getirmektedir.

Uygulanan sağlık politikaları endüstri ve işletmeciliğin karşısında tıp emeğini dumura uğratmış, bu da sağlıksız bir sağlığı getirmiştir.

Bu açılardan bakıldığında bugünlerde çıkarılmaya çalışılan Tam Gün Yasası tıp emeğine vurulan en büyük



yük darbedir. Hekimler tek tipleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın uygulamakta olduğu performans uygulamasında ve SGK SUT fiyatlarında tanı ve tedavi süreci içinde bir aylık uzman ile 30 yıllık uzman, pratisyen hekimle bir öğretim üyesi aynı kalıp ile görülmektedir. Performans tanımı sadece sayısal bir parametre olarak kalmakta, işin nitelik tanımı yok sayılmaktadır. 'Sağlığın pazarlığı olmaz' sloganını ileri sürenler sağlık hizmeti sunumunu tam bir pazarlık haline getirmişlerdir.

Önemli olan bu eleştirilerin iyi niyetle yapıldığının anlaşılmasıdır. Bu tip eleştirileri getiren insanları 'olayın

tarafı' şeklinde görenler ne yazık ki, bu eleştirilerden faydalanamamaktadır Kanaatimce, kısa ve orta vadede ciddi sancılara sebep olacak olan bu yasa, sağlığın insan kaynağı ve fiziki alt yapısı yeterli düzeye çıkarıldıktan sonra, yani uzun vadede, faydalı olabilecektir.

Tam Gün Yasa Tasarısı ve sağlık sistemine etkileri

Hüseyin Çelik



1965 Afyon doğumludur. 1987, İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi mezunu olup 'Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı' ve 'Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği' yüksek lisansları ile TODAİE 'Kamu Yönetimi' uzmanlığı programını tamamladı. DPT 8. ve 9. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda müfettiş olarak, 2000-2004'te Acıbadem Sağlık Grubu'nda yöneticilik yaptı. 2004-2006 arasında ÇSGB 'Sosyal Güvenlik Reform Projesi'nde Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak, 2007-2008'de Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörü olarak görev yaptı. 2008'de özel sektör dalında en iyi sağlık yöneticisi ödülü sahibi. Evli ve 2 kız babası olan Çelik, halen Acıbadem Adana Hastanesi Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Kamuoyunda Tam Gün Yasası olarak bilinen "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" TBMM'de Sağlık Komisyonu'nda kabul edilerek Genel Kurul aşamasında geçmiştir. Tasarının hekimler dışında yardımcı sağlık

personelini ve üniversitelerde tıp fakültesi dışında çalışan diğer tüm öğretim üyelerini kapsamasına rağmen, sadece hekimler tarafından tartışılması da sorunun temelinde yatan gerçek etmenlerin anlaşılması açısından önem arz etmektedir.

Tasarı ile getirilmek istenen ve uygulamada ortaya çıkacak olan sorunlara yer vererek aynı zamanda tasarının sağlık sistemimiz üzerinde olan yansı-

malarını değerlendirmeye çalışacağız.

1) Tasarı özel sağlık kurumlarında çalışmayı yasaklayan bir düzenlemedir

Tasarı, 'tam gün çalışma' olarak anılmasına rağmen, gerekçesinden de açık bir şekilde anlaşılacağı üzere, kamudaki görevine ek olarak özel sağlık kurumlarında ya da muayenehanede çalışmayı



yasaklayan bir düzenleme olarak ortaya çıkmaktadır. Özelde çalışma yasaklanmasına rağmen, kamuda birden fazla yerde çalışma hakkı getirilerek hekimin kamudaki çalışması karşılığında elde edeceği geliri maksimize edilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Nitekim askeri hastanelerde çalışan hekimler tam gün, yani haftada 40 saat çalışmasına rağmen, bu hekimlerimizin de mesleğini serbest icra etme hakkının ortadan kaldırılması, sorunun kısmi zamanlı çalışmadan ziyade, hekimlerin aynı anda özel ve kamuda çalışılmasından kaynaklandığını ortaya koymaktadır.

Bu durum, hekimlere, kamu ya da özelden yana tercihlerini belirleme zorunluluğu getirmektedir. Hekimlerin bu tercihinden en çok etkilenecek grup ise özel sağlık kurumları olacaktır. Bunun sonucunda kamunun hasta kaynağından part-time çalışan hekimler aracılığı ile yararlanan özel sağlık kurumu ve muayenehane uygulaması da gide-rek ortadan kalkacaktır.

Özelde çalışmayı yasaklamanın altında yatan temel sorun, hekimin ikinci iş yap-yor olması da değildir. Hekim kamudaki görevi yanında, hekimlik dışında bir gelir getirici faaliyette bulunmuş olsa idi, özelde çalışma sorunu bu kadar gün-demde olan bir sorun da olmayacaktı. Sorun kamudaki görev ve yetkilerinin özel sağlık kurumlarında kullanılmaya imkân veren bir yapının bulunmasıdır.

2) Part-time çalışma hakkı, hekimler dışındaki diğer meslek mensupları için de ortadan kalkmaktadır

2368 sayılı yasa sadece hekimleri de-ğil, mesleğini serbest olarak icra etme hakkına sahip olan sağlık ve yardımcı sağlık personelinin, üniversiteler açısın-dan da tıp fakültesi dışındaki diğer tüm fakültelerde çalışan öğretim elemanla-rını/öğretim üyelerini kapsayacak şekil-de düzenleme yapılmaktadır.

Hekim dışındaki meslek mensupların-da part-time çalışma uygulaması fazla yer bulmadığı için, yasanın sadece he-kimleri kapsadığı algısı oluşmuştur. Bu yönüyle bakıldığında, sorunun temelinde yatan sorunun kısmi zamanlı çalış-ma imkânının verilmesinden değil, he-kimlere olan talebin de önemli bir etken olduğu ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde hekim sayısının kısa bir dö-nemde talebi karşılayacak şekilde art-mayacağı ve aynı zamanda sağlık hiz-metlerine olan talebin devam edeceği dikkate alındığında, hekimlerin tümü-yle kamuda çalışmasının sadece kanun zoruyla sağlanmaya çalışmasının, zo-runlu hizmet yasasında olduğu gibi uzun erimli bir uygulama olmayacağı

konusunda endişeler yaratmaktadır.

3) Kanun bir uçtan diğer uca geçişi ifade etmektedir

Ülkemizde birçok sorunun çözümü, orta yolu bulmak yerine ya hep ya hiç mantığı ile bulunmaya çalışılmaktadır. Sorunun yukarıda ifade edilen temelinde yatan hekim arz-talep dengesizliği-ne yönelik gerekçeler çözülmeden ya-pılacak düzenlemeler, sağlık sektörünün diğer alanlarında sağlanan kazanımları riske edeceği endişesi ya-ratmaktadır. Tıp fakültesi dışındaki öğ-retim üyelerinde kısmi zamanlı çalışma durumunun yok denecek kadar az olma-sı, devlet hastanelerinde ise hekim dı-şındaki diş hekimi dahil diğer sağlık personelinin part-time çalışmaması da hekimler açısından sorunun halen de-vam ettiğini göstermektedir.

Ayrıca 2368 sayılı yasada yer alan mes-leğini serbest olarak icra etme hakkının devlet hastaneleri açısından hiçbir kriter olmaksızın her dilekçe veren kişiye onay vermek suretiyle uygulanmasına ra-ğ-men, son 5 yılda yapılan düzenlemelerle yüzde 80 seviyesine çıkması, sorunun çözümünde önemli bir aşama kaydedil-diğinin somut göstergesidir. Yasa gere-ği serbest mesleğini icra etme hakkının, yapılacak düzenleme ile bazı objektif kriterle bağlanması halinde, bu oranın yüzde 95'lerin üzerine çıkacağı kuşku götürmez bir gerçektir. Aynı durum üni-versiteler açısından da kısmi zamanlı çalışmaya geçiş için de uygulandığında kısa sürede tam zamanlı çalışma oranla-rın kabul edilebilir seviyeye çıkacağından hiç kimsenin şüphesi olmadığı dü-şünülmektedir.

Hal böyle iken, hekimler için uzun yıllar-ın verdiği bir hakkın tümüyle ortadan kaldırılmaya çalışılması, gerek meslek-lerini icra ederken yaratacağı hoşnut-suzluk, gerekse bir çıkış kapısı bulma konusunda yaratacağı ümitsizlik has-talara sunulacak sağlık hizmetinin nite-liğinin de etkileyecektir.

4) Mesai içinde ve sonrasında bir-den fazla yerde çalışma kamu içinde yaygınlaştırılmaktadır

Tasarıda hekimin hasta sağlığı ve gü-venliği açısından toplam çalışma süresi-ne sınır getirmemesi, tasarının gerekçe-si açısından bir çelişki oluşturmaktadır. Gerekçede saat 16'tan sonra mesleğine devam eden hekimlerin tıbbi tedavi açıs-ından risk oluşturduğu ifade edilirken, kendi kategorisi içinde birden fazla yer-de çalışma hakkının olması ve buna iliş-kin bir üst sınır getirmemesi, hasta gü-venliği açısından dikkatle izlenmesi gereken bir konudur. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'nın 5'nci madde-si hekimin birden fazla yerde çalışması

nı tabip odalarının iznine bağlamıştır. Söz konusu iznin verilmesi ise, iş hacmi, vazifenin tabipler arasında adil bir şekil-de dağılımı, hizmetin iyi yapılması ve benzeri sebeplere göre karar verileceği belirlenmiştir.

5) Hekimlerin çalışabileceği sağlık kurumlarının ayrışması, sektörde kulvarların tekrar ayrışması sonu-cunu doğuracaktır

Yasanın en temel etkisi, hekimler kadar özel sağlık kurum ve kuruluşları açısın-dan olacaktır. Bugüne kadar önemli bir kısmı kamu sağlık kurumlarının yap-a-madığı hizmetleri yaparak varlığını sür-düren özel sağlık kurumları açısından, varlıklarını ciddi bir şekilde sorgulama-larını zorunlu kılacaktır. Özellikle kamu-da var olan hastasının teşhis ve tedavisini kısmi zamanlı çalışan hekimler üzerinden özelde devam ederek, SGK ile anlaşılan özel hastaneler açısından bu durum, be-lirgin bir şekilde hasta azalması olarak ortaya çıkacaktır.

Kanunun hekimlerin çalışmasını; kamu kurumları, SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumları ve SGK ile anlaşması olma-yan sağlık kurumları olarak üçe ayırma-sı da sağlık hizmeti sunum yapısını te-melden etkileyecek ve hastaları ve kurumları derinden etkileyecektir. Özel sağlık kurumlarının büyük bir bölümü SGK ile anlaşmalı olarak yaşamını sür-dürecek, sınıflama ilkesi ile birlikte alı-nacak farkların yüzde 75'lere çıkarılma-sı nedeniyle çok az sayıda özel hastane SGK anlaşması dışında kalacaktır.

6) Sonuç

Kuşkusuz sağlık alanında geliştirilen politikalar, temelde halkın beklentileri-ne cevap vermek üzere dizayn edilme-li ve sonuçları da bu açıdan gözlen-me-lidir. Tam Gün Yasa Tasarısı açısından konuyu irdelediğimizde, kamuda sağlık hizmeti almayı tercih eden vatandaşla-rın kimi nedenlerle ödemiş olduğu prim/vergiler yanında yasal düzenle-meler dışında ek katkı vermeye zorlan-maları uzun yıllar toplumsal bir çelişki olarak yaşanmıştır. Sorunun çözümü için hekimin emeğinin karşılığını kamu içinde vermeye yönelik gerçekçi dü-zenlemeler sorunun çözümünde büyük bir iyileştirme sağlamıştır. Tam bu nok-tada adeta sorunu tümüyle yok etme yaklaşımı ile getirilen 'Tam Gün' düze-nlemesi oluşan basınç ile bir süre sonra tekrar başa dönme endişelerinin dile getirilmesine neden olmaktadır. Sağ-duyulu yaklaşım, kısmi zamanlı çalışma uygulamasının objektif kriterlere bağla-narak uygulanması ve bu şekilde arz fazlalığı olan bölgelerde hekimlerin uzun yıllara dayalı kazanımlarının ko-runması olduğu sonucunu doğurmak-tadır.

“Tam Gün”: Eksik kalmasın, tamamlansın!

Dr. Eriş Bilaloğlu



Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Eriş Bilaloğlu, 1962’de Ankara’da doğdu. 1985, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olup 1994 yılında yine aynı fakültede biyokimya uzmanlığını tamamladı. 1990’dan bu yana Türk Tabipleri Birliği içerisinde gerek gönüllü gerekse de yönetici olarak çalıştı. Sağlık politikaları, tıbbi teknoloji, malpraktis, hekimlik işlem adları/uygulamaları, hekim emeği Türk Tabipleri Birliği içerisinde sorumluluk aldığı başlıklardan bazıları. 2008’den bu yana Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Genel Sekreterliği görevini yürütüyor.

Eğer koşuşturmaca içerisinde dikkatimden kaçmadı ise henüz 1 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girecek sevk sistemi hakkında bir erteleme ya da iptal kararı yayımlanmadı. Hatırlanacağı gibi 1 Ocak 2009’da aile hekimliği sisteminin uygulandığı bütün

illerde sevk sistemine geçilecekti; geçilmedi, 1 Temmuz 2009’a ertelendi. Doğrusu Haziran ayının son günlerinde olmamıza rağmen ne olacağına dair ortada bir belirsizlik var (Bu yazı okura ulaştığında sorunun yanıtı çoktan belli olmuş olacak). Bildiğimiz kadarıyla sevk sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) yazınında aile hekimliğinin olmazsa olmazlarından

biri olarak tanımlanıyordu. Elbette yanlış yorumluyor da olabiliriz ancak SDP’de tanımlar/kavramların farklılaştığını görüyoruz. Mecburi hizmet, pilot (33 ile ulaşmış!) yasa, Kamu Hastane Birlikleri Pilot (!) Yasa Tasarısı’nın tanımlar bölümünde yer alan ikinci basamak, üçüncü basamak tanımlarına, TBMM Plan Bütçe Alt Komisyon görüşmeleri sırasında Sağlık Bakanlığı bü-



rokratlarının yaptığı özgün katkılar ilk anda sayılabileceklerden.

Kuşkusuz şairin dediği uyarıyı dikkate almakta yarar var: “(...) Terimleri yangın söndürme araçlarının güveniyle taşımak.” Terimleri tarih içerisinde aldığı anlamdan koparıp bir sürece “monte” ettiğinizde sırtatabiliyor, eğreti duruyor, son örnek olan ‘Tam Gün’de olduğu gibi. Sayın Sağlık Bakanı ‘Tam Gün’ kavramını “alıp” yangın söndürme cihazı güveniyle taşıyor. Deyim yerindeyse “muarızlarını söndürüyor” ve ortada yangın kalmıyor!

Bu nasıl sağlanıyor? Çünkü tam gün çalışma kavramı tarihsel gelişimi içerisinde hem çalışanlar/hekimler açısından hem de halk açısından insani, tatminkâr, kamusal bir çerçeveye karşılık geliyor. Sağlık hizmetinin ve o hizmeti verenlerin önemini kavrayan ve önceleyen bir yaklaşımı somutlaştırıyor, özlük haklarını ona göre karşılıklandırıyor. O tarihsel süreçte henüz vatandaşın müşteri mertebesine çıkmamış olması özel bir yer taşıyor.

Belki uzatmaya gerek yok, bugün gündemde olan Tam Gün Yasa Tasarısı tartışmasının anlaşılması için bir özlü sözle yöntem önerisinde bulunabilirim: “Hayat ileriye doğru yaşanır, geriye doğru anlaşılır.”

‘Tam Gün’ tartışmasında taraf olduğum tezi bu söz ışığında kavramak mümkün görünüyor. 2009 Haziran itibarıyla tartışılan ‘Tam Gün’ün ne olup olmadığını anlayabilmek için geriye doğru bakmak çok önemlidir. O birikimi yerli yerine oturtuktan sonra Sağlık Bakanlığı’nın ‘Tam Gün’ Yasa Tasarısı ile bize ne vaat ettiğini anlayabilir, bugünden ileriye doğru alacağımız tutumu sağlıklı olarak somutlandırabiliriz.

Başka bir sektörde ya da iş dalında çalışmaksızın, kişinin bütün mesaisini (enerjisini, ilgisini vb.) yapmakta olduğu işe ayırması olarak ifade edebileceğimiz tam süre çalışma, sağlık insan gücünün iyi yönetim ilkeleri açısından istihdam ve insan gücünden yararlanma politikalarının geliştirilmesi başlığında ele alınır. Kamu sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından istenen bir çalışma biçimi olarak sağlık sisteminin bağımsız düşünülemez. Kamucu bir sağlık sisteminde tam sürenin amacı hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesi, sağlık hizmetinin daha etkin olmasıyla piyasa dinamiklerine göre düzenlenen bir sistemde amaç hekim emeğinin ucuzlatılmasıdır.

Doğrusu işin can alıcı noktası da burasıdır. SDP’nin piyasacı bir sistem olup Dünya Bankası’nın reçetesi olarak uygulandığını tartışmak sanırsanız anlamsız-

dır. Sağlığın ticarileştirilmesi hedefinde bu “pazara” emek gücünü sunan hekimlerin emeklerinin de olabilecek en düşük miktarda karşılıklandırılmasının işin “doğası” olduğunu söylemenin de gereksiz olduğu gibi. Hekimlerin Cumhuriyet tarihinde hekimliğin itibarının son 6 yıldır uygulanan SDP sürecinde en fazla yıprandığı saptamasını yapmalarının bir tesadüf olmadığı gibi.

Soru şudur: Piyasacı bir sistem hekimlere/sağlık çalışanlarına nasıl bir ortam sunar?

Sağlıkçı emeği ve özel olarak da hekim emeği nitelikli bir iş gücüdür. Eğitimle kazanılan beceri, yaparak öğrenmeyle kazanılan beceri, teknik beceri ve fiziksel çaba kadar ruhsal çaba ve muhakeme, hastaya yönelik iatrojenik risk kaygısı sonucu karşı karşıya bulunduğu psikolojik stres, süreç (hiç de kısa olmayan) içerisinde kazanılan iş gücü verimliliğinin artması ihtiyaç duyulan ortama dair birkaç hatırlatma olarak sayılabilir.

Kuşkusuz piyasa, rekabet dinamiklerini öncelediği için bir biçimde emeğin maliyetini düşüren bir hedefe sahiptir. O nedenle “hekim sayısı Türkiye’de çok az, en az iki katına çıkarılmalı” diye vaaz edilir, o nedenle “hekimlere çok para veriliyor bu da maliyetleri artırıyor ve vatandaşa yansıyor” diye sorumlu belirlenir, tam gün adı altında uzun süre çalıştırma/esnek çalıştırma uygulamalarını içeren tasarılar önerilir. Doğal olarak da bu düzenlemenin adı artık ‘Tam Gün’ değil ‘hekim iş gücü piyasası düzenleme yasası’ olur.

Vurgulamakta yarar var: 6 yıldır uygulanan SDP zemininde bu tartışmayı yapıyoruz. Bir başka ifadeyle 1980-90’lardan bu yana sürdürülen hattın ortaya çıkardığı olumsuzlukları yaşıyoruz. Mevcut sağlık ortamımız 1980’lerden başlayarak iyileştirme yerine çok bilinçli bir şekilde kötüleştirilmiş, kamu sağlık kurumları çökertilmiş ve sağlık çalışanlarının çalışma ortamları bozulmuştur. Kısacası “benim memurum işini bilir” felsefesinin bugünkü sahipleriyle yoğrulduğu bir “bugünü” savunmak mümkün değildir. Umut verici olan bu durumun farkında olan, azımsanmayacak bir kuvvetin varlığıdır. Son olarak tıp fakültesi öğretim üyelerince başlatılan bir imza kampanyası örnek olarak verilebilir.

Yukarıda yöneltile soru tek başına bırakıldığında hiçbir anlam taşımaz. Eksik kalmamalı, tamamlanmalıdır. Piyasacı bir sistem halka nasıl bir sağlık ortamı sunar?

Her iki soru birlikte ele alındığında sağlık hakkının savunulması mümkün olur.

Mevcut sağlık ortamımız 1980’lerden başlayarak iyileştirme yerine çok bilinçli bir şekilde kötüleştirilmiş, kamu sağlık kurumları çökertilmiş ve sağlık çalışanlarının çalışma ortamları bozulmuştur. Kısacası “benim memurum işini bilir” felsefesinin bugünkü sahipleriyle yoğrulduğu bir “bugünü” savunmak mümkün değildir. Umut verici olan bu durumun farkında olan, azımsanmayacak bir kuvvetin varlığıdır. Son olarak tıp fakültesi öğretim üyelerince başlatılan bir imza kampanyası örnek olarak verilebilir.

Aksi takdirde hasta hakkı-hekim hakkı gibi ikilemlere sürükleniriz ki buradan çıkış olmadığı açıktır. Hekimlere sunulan ortam halka sunulacak hizmetin ölçütü olarak alınabilir. Yasa tasarısında yer alan zorunlu mesleki sorumluluk sigortası bakışa açıklık getirmektedir. Halkın sağlığını önceleyen bir yaklaşımın hangi nedene bağlı olursa olsun kişinin uğradığı zararın en kısa sürede tazminini hedeflemesi beklenir. Bunun da adı kamusal bir fondur. Piyasacı sistemlerde ise tasarıdaki yaklaşım hâkimdir. Hastalar ve sağlık ortamı açısından akıbeti ortada duran Amerikanvari önerilerin yararı olmadığı bilinmektedir.

Toparlamak gerekirse güvencesiz, uzun süre çalışma vaat eden bir düzenlemenin Türkiye sağlık ortamına bir katkısı beklenmemelidir. SDP gereği olarak her şeyin fiyatını bilen ama değerini bilmeyen piyasa ortamına içi boşaltılmış bir kavram olarak ‘Tam Gün’ de dâhil edilebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sevk sistemiyle eksiklerini ne kadar tamamlayabilecekse, bu halıyla ‘Tam Gün’le de olacak olan odur.

Cesur, çağdaş, demokrat ve sosyal içerikli bir yasa: Sağlıkta Tam Gün Yasası

Bülent Akarcalı



Eski Sağlık Bakanı Bülent Akarcalı, 1943 yılında İzmir’de doğdu. Lisans ve yüksek lisans eğitimini ODTÜ’de ve Brüksel Üniversitesi Ekonomi Bilimleri Fakültesi’nde tamamladı. Türkiye’ye dönüşünde dış ticaret ve müteahhlik hizmetleri ve sigortacılık yaptı. Eti Bisküvi, İMTAŞ Sigorta ve OYAK’ta üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Siyasi hayatında 17, 18, 19, 20 ve 21. Dönem’de ANAP İstanbul Milletvekiliği ile ANAP Genel Başkan Yardımcılığı, TBMM İnsan Hakları Komisyonu Kuruculuğu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Turizm Bakanlığı görevlerinde bulundu. 1988’de Sağlık Bakanlığı döneminde uçaklarda sigara içilmesinin yasaklanmasında büyük katkısı oldu. Türkiye Demokrasi Vakfı kuruculuğu ve başkanlığını, Bilgi Üniversitesi’nin kuruculuğunu ve yöneticiliğini yaptı. Adalet ve Kalkınma Partisi’nin 2009 mahalli seçimlerde Çankaya belediye başkan adayı oldu. Evli ve 2 çocuk babası olan Akarcalı, İngilizce ve Fransızca biliyor.

İnsanın kendi makalesine bir başkasının yazısıyla başlaması alışılmış değildir. Ama sağlıkta tam gün uygulaması hakkında yıllardır yazan ve hiç kimsenin ‘hükümetin adamıdır’ diyemeyeceği bir kişinin tespitleriyle başlamayı yiğidin hakkını yiğide vermek olarak görüyorum.

Ekonomist Bülent Top Bey’in bir süre önce Hürriyet Gazetesi’nde çıkan makalesi şöyleydi:

“Gazetelerde bazı sağlık örgütlerinin ‘Tam Gün Yasası’na karşı tam sayfa ilanı çıktı. Kamuoyunu yanıltmaya yönelik bu ilandaki savunular ve gerekçeler komik ve yalanlarla doluydu. Kamuoyunun yanıltılmasının en önemli unsurlarından birisi de köşe yazarlarını yanıltabilmektir.

‘Tam Gün Yasası’ toplumun ülkenin yararıdır, çıkarıdır. Bu yasaya karşı duran çıkar gruplarının sivil toplum örgütleri üzerinden halka yalan söylemesi ve bu örgütleri kullanması beni rahatsız ediyor.

Bazı köşe yazarlarının da bu yalana ortak olması üzücüdür. Oktay Ekşi’nin yazısını buna örnek olarak verebilirim.

Bozuk sağlık sistemine karşıymış gibi durarak o sistemden beslenen çok güçlü bir kesim var. Bu bozuk sağlık düzeni topluma karşı işliyor. Karşı oldukları şey kendi saltanatlarının bozulmasıdır.

Avrupa ülkelerinin hepsinde ve hatta Amerika’da kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane açması ya da başka bir özel kuruluşta çalışması kesin yasaaktır. Ülkemizde bu yasağın yaşama geçirilmemesi hasta hakları ihlalinin, sağlıkta sömürünün en önemli nedenlerinden birisini oluşturuyor. Aynı zamanda bu etik bir sorundur.

Doktorların öncelikle meslek içi hesaplaşması gerekmektedir. Kamuda çalışıp da başka geliri olmayan, sadece aldığı maaşla yaşayan pratisyen ve uzman doktorlarla, kuruma ek olarak özel muayenehanesinde veya kurumla aynı zamanda bir

başka özel kuruluşta çalışan doktorlar arasında da etik bir sorun vardır.

Sağlık ücretlidir. Toplumun bireyleri bu ücreti öncelikle verdikleri sigorta primleriyle doğrudan öder. Ayrıca verdikleri vergilerle de dolaylı olarak bu hizmetin bedelini öder. Sosyal güvencesi olmayanların da ücretsiz sağlık hizmeti alabilmesi, doğrudan ve dolaylı ödenen bedellerle gerçekleştirilir. Maliyet, kar-zarar hesapları sağlık sistemi için söz konusu olamaz. Devletin sağlık hizmeti kar amaçlı değil sosyal fayda amaçlıdır, ödenmiş bir sağlık hizmetinin bedelini bir kere daha ödemeye zorlamak, hastalar için en büyük hasta hakkı ihlalidir.

Senelerce prim veren insanların özel muayenehanelerde ve kuruluşlarda çare aramaları sosyal bir yarıdır. Avrupa ülkeleri içinde sadece ülkemizde uygulanan, devletten maaş aldığı halde özel muayenehane açabilen veya başka özel kuruluşta çalışabilen doktorların varlığı, hasta hakları ihlalinin en önemli nedenlerinden birisini oluşturuyor.



İddia ediyorum ki, Tam Gün Yasası 1960 sonrası kurulan askeri hükümetler başta olmak üzere 2003 yılına kadar her hükümetin gönlünde yattığı ve hayal ettiği bir yasadır. Bu yasanın temelini de, 1960'larda 'Sağlıkta Sosyalizasyon'u başlatan, bakanlığın eski ve saygın müsteşarlarından ve siyaseten gönlü CHP'de olmuş olan rahmetli Prof. Dr. Nusret Fişek atmıştır.

'Bıçak parası' diye adlandırdığımız uygulamanın yaşama olanağı bulduğu yer devlet kadrosunda çalışan doktorların özel muayenehaneleridir.

Bu konuda senelerce yazılar yazdım, çaba gösterdim. Hatta bazı görüşleri ilk savunan ve bazı eleştirileri ilk yapan kişi oldum. Çok da eleştiri aldım. Herkesin canı sağ olsun. Şimdi çabaların sonuca ulaşmasının rahatlığını yaşıyorum. Yurtdışında yazdığım tüm nedenlerle Tam Gün Yasası'nı destekliyorum."

Adaşımın bu yazdıklarına tamamen katıldıktan sonra şunları da eklemek isterim:

Turgut Özal'ın Başbakanlığı döneminde Anavatan Partisi Hükümetleri; iletişim, turizm, dışa açılma, oto yollar, hava alanları, ulaşım konularında dev adımlar attı. Recep Tayyip Erdoğan'ın Başbakanlığı döneminde AK Parti Hükümetleri, enflasyonu tek haneye indirmede, paradan altı sıfır atmada, AB ile müzakerelere başlamada, dış ticarete büyük hamleler gerçekleştirdi. Ama bana sorarsanız son 6 yılda en büyük başarıları sessiz ve sakin bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında imza atılmıştır.

SSK-Emekli Sandığı-Bağkur'un birleştirilirken tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı bünyesine alınması, sağlık hizmet güvencesinin başta gençler olmak üzere toplumun tüm kesimlerine genişletilmesi, sağlıkta kalitenin hizmette olduğu kadar kullanılan teçhizat-tıbbi sarf malzemesi ve ilaçta en gelişmiş ülke düzeyine çıkarılması Türkiye'nin yüz akı uygulamaları olmuştur.

Tam Gün Yasası'nın, tıbben-ilmen ve ahlaken neden doğru bir yasa olduğuna, geçenlerde Akdeniz Üniversitesi diploma töreninde isyanını dile getiren bir kızımız en güzel desteği "Profesör Hoca yüzü görmeden

mezun oluyoruz " diye özetleyebileceğim konuşmayla veriyordu.

Hocaların özel muayenede hasta tedavi etmekten öğrencilerle ilgilenmeye tabii ki vakitleri olmuyordu.

İddia ediyorum ki, Tam Gün Yasası 1960 sonrası kurulan askeri hükümetler başta olmak üzere 2003 yılına kadar her hükümetin gönlünde yattığı ve hayal ettiği bir yasadır. Bu yasanın temelini de, 1960'larda 'Sağlıkta Sosyalizasyon'u başlatan, bakanlığın eski ve saygın müsteşarlarından ve siyaseten gönlü CHP'de olmuş olan rahmetli Prof. Dr. Nusret Fişek atmıştır. Benzer durum da MHP'nin ilk Sağlık Bakanı Cengiz Gökçek için geçerlidir. Kendisi de böyle yasanın çıkması için uğraş vermişti.

Dolayısıyla bu yasanın Mecliste çoğunlukla değil tüm partilerin ittifakıyla çıkması gerekir.

Yasaya karşı çıkanlara şöyle düşünmelerini öneririm: Evinize hırsız girmiş, arabanız çalınmış karakola gidiyorsunuz. Şikâyetinizle şöyle bir ilgilendikten sonra baş komiser sizi odasına alıyor ve "Saat 16'dan sonra özel yazıhaneme gelin bu işi orada çözelim" deyip size özel kartvizitini veriyor. Sizde daha sonra baş komiserin yazıhanesine gidip hırsız yakalattıyorsunuz. İşiniz mahkemeye düştü ve dava uzuyor. Hâkim davanın çabuklaşması için tarafları özel yazıhanesinde kurduğu mahkemeye davet ediyor. Bu örnekleri çoğaltıp vali, kaymakam, defterdar gibi devlet memurlarına neden yaymayalım? Yayıdığımız takdirde böyle bir hizmet düzeyi kabul edilebilir mi; böyle çalışılan bir yere devlet denir mi?

Milletin vergileriyle bedava 7 yıl okuyup, sonra gene bedava uzmanlık yapıp sonra gene milletin parasıyla kurulmuş üniversitede iş bulup o üniversite sayesinde edindiği hastaları yani o vergileri veren vatandaşı kendi özel muayenesine çağırıp tedavi etmenin, kimi zaman da bu gelirleri dahi vergi beyanına katmamanın çok temel bir ahlaksızlık olduğunu anlamak ve buna karşı çıkmak çok mu zor?

Bu yasa ile eğitimin niceliği ve niteliği artacaktır, 'bıçak parası', 'profesör hakkı' gibi ahlak dışı talepler ile vergi kaçığı ortadan kalkacaktır. Bu yasadan, orta ve dar gelirli değil zaten yüksek gelire sahip olanlar nispi gelir kaybına sahip olacaktır, o kadar.

Yasanın en beğendiğim yönü de budur, arkalarını devletin gücüne dayayıp yıllardır kendilerine özel durum, konum ve imtiyaz yaratmış olanların elinden bu imtiyazların alınması. Darısı diğer imtiyazlı sınıfların başına!

'İki Recep' ve 'bir Cevdet' olarak adlandıracağım takım sağlıkta en cesur tavırları takındılar.



Sigara: Ülkemizi işgal etmiş düşman askeri!

Medyada ve duvarlarda her türlü reklâmın yasaklandığı 1996 yılına ve gizli promosyonu önleyen son yasa-yı kadar Türk gençliğini hedef kitle olarak alan ve Türk insanının sağlığı ve geleceği için en büyük tehlikeyi oluşturan 'ölüm taciri' sigara şirketlerine ve sigara içimine karşı her türlü mücadele, aklı başında her vatan-daşımızın başlıca görevidir.

Yasanın tam olarak yürürlüğe girmesi çok büyük bir adımdır ancak bu yasanın uygulanmasına her vatandaşın cesur ve kararlı biçimde katkıda bulunması gerekir. Sigara-yı, ülkemizi işgal etmiş düşman askeri olarak ve sigara içenleri de işgal kuvvetinin düşman olduğunu anlamayan ve yardıma muhtaç, ikna edilmesi gereken vatan-daşımız olarak görmek gerekir.

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan, Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve TMBB Sağlık Komisyonu Başkanı Cevdet Erdöl önce sigara içme yasasının en kapsamlı biçimde yasalasmasını sağladılar, arkasından da 'Tam Gün' Yasasını Meclise getirdiler.

Benim 'ölüm tacirleri' diye adlandırdığım Amerikan-İngiliz ve Japon sigara tekellerinin her türlü açık ve gizli baskılarına direndiler, bu tekellerin kışkırtmaya çalıştığı kahvehane, lokanta vs sahip ve işleticilerinin siyasi baskılarına ve oy kaybetme riskine aldırmadılar ve yasayı çıkardılar.

19 Temmuz'da bu 'cesur' yasa tam olarak yürürlüğe girecek. Kendilerine en içten duygularla teşekkür ediyorum.

Bir arkadaşım; "En ufak kazanma şansın olmadığını bildiğin halde Çankaya'da belediye başkan adaylığını hem kabul ettin, hem de üç ay gece-gündüz çalıştın, neden" diye sormuştu. "Adaylık da benim bu cesur insanların çalışmalarına ufak bir katkımdı" desem acaba yeter mi?

Şimdi bizlere düşen, en az onlar kadar cesur olup bu yasaları savunmaktır.

“Tam Süre” ve diğer yasaların hiçbirisi ‘ahlak yasası’ değildir

Dr. Mete Tan



Eski Sağlık Bakanı Dr. Mete Tan, 9. Dönem Afyonkarahisar milletvekili Dr. Avni Tan'ın oğludur. 1929'da Afyonkarahisar'da doğdu. Tıp fakültesini bitirdi. KBB uzman doktorluğu, Eskişehir, Kütahya, Tabip Odası Başkanlıkları, TCDD Hastanesi Başhekimliği, Afyonkarahisar Milletvekilliği, TBMM İdare Amirliği ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevlerinde bulundu. Dr. Tan, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Halk sağlığına yeteri derecede kıymet verilmeyen ülkelerde kalkınmanın olamayacağı da bir hakikattir. Bu nedenle bir toplumun öncelikle sağlıklı olma koşulunun bilincine varması sağlık hakkını tüm bireylerine eşit olarak tanıması ve sağlığa yapılan yatırımları çok görmemesi gereklidir. Memleketimizde bir yandan sosyalleştirme, bir yandan ‘Tam

Süre'nin yarım yamalak tatbik edilmesi, genel sağlık sigortasının çıkarılamayışı, bir yandan koruyucu hekimlik, bir yandan serbest hekimlik ismiyle aynı hizmeti ayrı sistemlerde yürütme eğilimlerinin yaratmış olduğu bir sistem kargaşası içinde maalesef halkımıza özlenen sağlık hizmeti sunulamamıştır.

Sağlık hizmetlerini yeterli ve dengeli bir düzeyde verebilmek için belli bir model benimsenerek bir sağlık politikası

oluşturmak gerekir. Bu da Türkiye'nin ‘Milli Sağlık Politikası’nı belirlemekle mümkündür.

Bana göre Türkiye'nin sağlık politikasının dört ana madde üzerinde yoğunlaştırılması gerekir.

- 1) Sosyalleştirme (Vücuttaki damar ağları gibidir).
- 2) ‘Tam Süre’ (Sosyalleştirme)







Şimdi hükümet 30 yıl sonra 'Tam Süre' çalışmayı tekrar gündemine aldı. Kısa bir süre içinde de çıkartmak niyetinde. Bu konuda geçmişteki deneyimler göz önüne alınmalıdır. Zira bu girişim sağlık hizmetlerinde yeni bir kaos yaratacak niteliktedir. 'Tam Süre' çalışmanın başarılı olabilmesi için iki koşul vardır: Birincisi sağlık hizmeti sorunlarını bir bütün olarak ele almak. İkincisi ise 'Tam Süre' uygulamasını destekleyici düzenlemeleri gerçekleştirmek.

lama sorununu çözecek olan sağlık personel kanunudur).

3) Genel Sağlık Sigortası (Sosyalizasyonun finansman kaynağını çözecek olan sistemdir).

4) Tek sistemde sağlık hizmeti (Bütün sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasıdır).

Biz bunlardan sadece günü konusu olan 'Tam Süre' üzerinde duracağız:

Esasen tam gün çalışma terimini kullanmak doğru değildir. Hiç bir sektörde tam gün çalışma diye bir çalışma biçimi olamaz. 'Tam Süre' çalışma, fazla çalışma demek değildir. 'Tam Süre' kavramının çalışma saatlerinin artırılmasıyla bir ilgisi yoktur.

Peki, 'Tam Süre' çalışma ne demektir? 'Tam Süre' çalışma, hekimlerin muayenehane açmadan, ek görev almadan, yeterli ücretlerini kamu kuruluşundan alarak belirlenen çalışma saatleri içinde tüm emeklerini kamusal hizmete vermeleri demektir.

Bu yasanın esas amacı halka tam gün sağlık hizmeti sağlamak, hekimin onurunu vermek ve bunu yapan sağlık personeline de kendine yakışır bir yaşam korumak ve refah düzeyini yükseltmektir. Böylece sağlık hizmetlerindeki insan gücü sorununa büyük ölçüde ferahlık getirilmiş olmaktadır. Aynı zamanda 'Tam Süre' hastanelerin işletilmesinin çok önemli bir unsurudur.

1978'de çıkarılan 'Tam Süre' kanunun ilkelerini şöylece sıralayabiliriz:

- 1) Hekimlerin bütün çalışmalarının kamu hizmeti içinde olması.
- 2) Yeni bir gelir kaynağı bulmak zorunda kalmadan bir çalışma sisteminin kurulması.
- 3) Hekimlerin az bulunduğu kırsal yörelerin cazip hale getirilmesi.
- 4) Muayenehanelerini kapatarak kendilerini kamu hizmetine adan hekimler içinde çalıştığı yerlere göre tazminat verilerek bu eksikliklerin giderilmesi.
- 5) Muhtelif müesseselerdeki sağlık personelinin ücret farklılığını ortadan kaldırması.
- 6) Hekime seçme hakkı tanınarak sağlık hizmeti verirken ya hastane ya da muayenehaneden birini seçmesidir. İşte bu düşünce ışığı altında halkımıza sağlık hizmetlerinin verilmesinde en önemli unsurlardan biri olan 'Tam Süre Kanunu'nun çıkarılması bir mecburiyet haline gelmiştir.

Bu maksatla Yüksek Planlama Kurulu'nun 4'üncü 5 yıllık planında (1975 senesi, 312'nci sayfa, 3. Madde) belirtildiği gibi 'Tam Süre Kanunu'nun çıkarılması hükümetlerce ele alınmıştır. Şöyle ki:

'Tam Süre'nin tarihi:

- 1) İlk 'Tam Süre', 1965 tarihinde 1976

sayılı 'askeri hekimlerin tam süre çalışmalarını öngören' bir kanunla çıkmıştır. Bu kanunla askeri hekimler muayenehanelerini kapatıp tazminat almışlardır.

2) 1965 yılında 641 sayılı kanunla çıkarılan 'Tam Süre Kanunu' ile hastane hekimlerinden isteyenler tam süreyi kabul edip tazminat ve döner sermayeden faydalanıyorlardı.

3) 1979 yılında ise 641 sayılı kanunda bazı değişiklikler yapılarak bu kanunun daha verimli hale gelmesi için, benim de içinde bulunduğum hükümet tarafından 1219 sayılı 'Tam Süre Kanunu' çıkarılmıştır. Bu kanuna göre sağlık personeli hizmet verirken ya hastaneyi veya muayenehaneyi terci etme mecburiyetinde tutulmuşlardır. Hâlbuki amaç olarak ideal olan bu kanun, 1980 askeri darbesinden sonra gelen hükümet tarafından ele alınıp aksayan yönlerini tespit edip yeni bir 'Tam Süre' kanunu çıkarılsaydı bugün 30 sene evveline dönerek arayış içinde olmazdık. Hele 'Tam Süre Kanunu' yerine getirilen hekimlere mecburi hizmet kanunu ise kargaşayı büsbütün arttırmıştır.

1978 yılı 'Tam Süre' uygulaması sonrası:

- Tüm yurttaki pratisyen hekim kadroları dolmuştur.
- 3 büyük kentte yüzde 10 uzman hekim ayrılmıştır.
- 3 büyük kent dışında yüzde 30 uzman hekim ayrılmıştır.

En çok kadın doğum, göz, çocuk dâhiliye uzmanları ayrıldı. Ayrılanların çoğu 25 yılını doldurmuş uzman hekimlerdir. 'Tam Süre' öncesi kamuda toplam 5 bin 264 hekim varken Tam Süre' sonrası 5 bin 815'e yükselmiştir. Yani serbest hekimlerden ve yeni mezunlardan kamuya geçiş artmıştır.

Bütün bunlara rağmen bizim de birçok hatamız olduğu gibi düşündüğümüz şeylerin birçoğunu muhtelif engeller yüzünden yapamadık. 'Tam Süre'nin iyileştirilmesi için yapmış olduğumuz birçok atılımlar bürokratik engellere takılmış ve hükümetimizin ömrü de yetmediği için muvaffak olunamamıştır. Dönemimizde yaptığımız 'Tam Gün Yasası' sağlık çalışanlarınca ve halkça büyük kabul görmüştür. Bu kanun; amacı, erişilmesi en güç ve en iyi amaçlanmış kanunlardan biridir. Araçlar kötü olabilir. O amaca ulaşmak için kullandığınız araçlar doğru olmayabilir. Eksiklikler, sivil toplum kuruluşlarına ve meslek örgütlerine danışılarak daha iyi olması için çalışılmıyды.

1978 yılı 'Tam Süre Yasası' önündeki engeller:

- a) Maliye Bakanlığı: En yüksek devlet me-

murunun maaşına göre, tazminatların hesap edilmesi gerekirken Maliye Bakanlığı ile en yüksek devlet memurunun maaşı hakkında anlaşmazlığa düşülmüştür.

b) Sayıştay: Tazminat ve maaşların ayrı ayrı vergilendirilmesi gerekirken Sayıştay birleşik vergilendirilmesini öngörmüştür.

c) Milli Savunma Bakanlığı: Askeri hekimlerim hekim olmayan yüksek rütbeli subaylardan daha fazla maaş almaları. GATA'nın o zamanki hekimleri 'Tam Süre' çalışmayı kabul etmişlerdir.

1) Ekonomik güvencenin hızlı enflasyon ile aşınması

2) Ödeneklerin emekliliğe yansımaması

3) Nöbet ve acil vaka çağrılarının iş yasa-sı hükümlerine göre değerlendirilmemesi

4) Mahrumiyet bölgeleri değerlendirilmesinde, yalnız coğrafi bölgelerin ele alınması

5) 'Tam Süre' çalışan hekimlere tüm ek görevlerin kapatılması

Görülüyor ki; her nedense sağlık hizmetlerinin nasıl olması düşünülürken sağlık hizmetlerine önem veriliyor çabasına karşın esas olan kırsal alana ve koruyucu hekimliğe gerekli önem verilmeyip belirli bir kesime yüksek düzeyde tedavi hizmeti götürme ön plana alınmıştır. Bunda bazı kesimlerin ve çok az sayıda da olsa bazı hekimlerin baskısının halka iyi bir hizmet götürme anlayışından daha üstün oluşunun büyük etkisi olsa gerektir.

Hekimlerin yurt içine dengesiz dağılımının nedenleri

1) Hekim adedinin yetersiz oluşu

2) Hasta bakımının hekimler tarafından satılan bir hizmet oluşudur. (Bu kural kaldıkça doğal olarak hekimler fazla kazanç sağlamak için uzmanlaşma ve kazancın fazla olduğu yerlerde toplanmak mecburiyetinde kalmışlardır.

Nasıl bir tam süre olmalıdır?

1) Tek sistemde adil ücret

2) Hekim çalışma şartlarının eşitliği, belirlenmesi ve düzeltilmesi

3) Sosyal ve mesleki güvenlik

a) Hekimin bilgisinin çağdaş seviyeye çıkarılması (Kurslar, seminerler ve rotasyonla yurt dışına gönderilmesi)

b) Hekimin ekonomi ve refah seviyesinin layık olduğu yere yükseltilmesi

c) Tayinlerin, terfilerin ve nakillerin yüksek hekimler kurulu tarafından yapılması

4) Bu verilen hakların yönetmenlikle değil, kanunla garanti altına alınması lazımdır.

Tam süre 30 yıl sonra yeniden gündemde

Şimdi hükümet 'Tam Süre' çalışmayı tekrar gündemine aldı. Kısa bir süre içinde de çıkartmak niyetinde. Bu konuda geçmişteki deneyimler göz önüne alınmalıdır. Zira bu girişim sağlık hizmetlerinde yeni bir kaos yaratacak niteliktedir. 'Tam Süre' çalışmanın başarılı olabilmesi için iki koşul vardır: Birincisi sağlık hizmeti sorunlarını bir bütün olarak ele almak. İkincisi ise 'Tam Süre' uygulamasını destekleyici düzenlemeleri gerçekleştirmek.

Konuya bu şekilde yaklaşılmazsa 'Tam Süre' çalışmanın akıbeti eskisinden farklı olmayacaktır.

Sağlık sektörünün sorunları bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansman sorunu çözülmelidir. Hükümet bu sorunu Genel Sağlık Sigortası'yla, kişilerden toplanan primlerle çözmeyi planlamaktadır. Hazırlıklarını 2 kez ertelemek zorunda kalmıştır. 2008'de tekrar gündeme geleceği söylenmektedir. En az 15 milyon yoksulumuzun olduğu ülkemizde prime dayalı bir sigorta sisteminin başarısız olacağı açıktır. Ülkemizde sağlıkta finansman sorunu vardır.

'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası' 48 yıldır varken yıllarca sağlık ocakları ihmal edildi. Şimdi de Aile Hekimliği uygulaması ile ilk basamak sağlık hizmetleri verilmeye çalışılıyor. Sağlık Bakanlığı 25 bin 'Aile Hekiminin çalıştığı Birinci Basamak Özel Muayenehanesi' açmaya koyulmuştur.

TTB Aile Hekimliği uygulamasına karşı çıkıyor, dinlenilmiyor... Hekimler Aile Hekimliği uygulamasına sıcak bakmıyor. İlk basamak sağlık hizmeti bir ekip hizmetinden, koruyucu hekimlik hizmetinden çıkartılıyor.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin verilmesinde örgütlenme sorunu vardır. Sayıları 54'ü bulan tıp fakültelerinin önemli bir kısmında eğitim yetersizliği, alt yapı yetersizliği yaşanmaktadır. Bu durum, sağlık meslek liselerinde daha da büyüktür. Ülkemizde tıpta ve yardımcı sağlık personeli eğitiminde sorunlar vardır.

Son söz

'Tam Süre' uygulaması ile birlikte muayenehaneler kalmayacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu muayenehaneleri anlaşma dışı bıraktığından zaten varlıkları zorlanıyordu. Şimdi imkânsızlaşacak.

'Tam Süre' uygulamasından en fazla

Ve hep birlikte göreceğiz; bu 'Tam Süre'

uygulamasının hayatı 1978

'Tam Süre'sinden daha kısa

olacaktır. Yeni çıkan kanun

taslağına göre hekimlerimiz

telafisi mümkün olmayan

zorluklarla karşı karşıya

kalacaklardır. Ve halkımız

da bundan nasibini

alacaktır. Unutulmamalıdır ki

'Tam Süre' ve diğer

yasaların hiç biri bir 'ahlak

yasası' değildir.

zarar görececek kesim küçük ve Orta ölçekli özel sağlık kuruluşları olacaktır. Bu kuruluşların tüm branşlarda 'Tam Süre' uzman hekim çalıştırması olanaksızdır. Bugüne kadar ana 4-5 branşlarda uzman hekim çalıştırıyor, diğer branşları part-time çalışmalarla idare ediyorlardı. Bu durum artık devam edemeyecek.

Kamu hastanelerinde sakıncasız hatalı oluşumlara sessiz kalınırken bu konular özellikle küçük ve orta ölçekli hastanelerde bir tehdit unsuru olarak önlerine çıkmaktadır.

Böylece ancak hastane zincirlerine sahip büyük sermaye guruplarının kurduğu özel hastaneler ayakta kalacaktır.

Ve hep birlikte göreceğiz; bu 'Tam Süre' uygulamasının hayatı 1978 'Tam Süre'sinden daha kısa olacaktır. Yeni çıkan kanun taslağına göre hekimlerimiz telafisi mümkün olmayan zorluklarla karşı karşıya kalacaklardır. Ve halkımız da bundan nasibini alacaktır. Unutulmamalıdır ki 'Tam Süre' ve diğer yasaların hiç biri bir 'ahlak yasası' değildir.

Kaynaklar

Dr. Erdal Atabek, *Tam Süre Çalışma ve Sonrası, Toplum ve Hekim TTB Yayınları Eylül 1978 S.9*

Dr. Şükrü Güner'in muhtelif yazılarından derlenenler.

Güngör Uras, *Milliyet* 28.06.2006

“Tam Gün” kimin yasası?

Sibel Güneş



İÜ Basın Yayın Yüksek Okulu Gazetecilik Bölümü mezunu. Yankı, Tomorrow ve Kadınca dergilerinde, Günaydın ve Yeni Yüzyıl Gazetelerinde görev yaptı. 6 yıl NTV’de hafta içi her gün yayınlanan Sağlık Raporu programını hazırlayıp sundu. 4 yıl süreyle Sağlıklı Beslenme programının editörlüğünü ve yapımcılığını yaptı. 1 yıl “Eğitim, Sağlık, Adalet, Üç Temel İhtiyaç” isimli programın editörlüğünü ve sunuculuğunu yürüttü. Sağlık Bakanlığı-NTV işbirliğiyle gerçekleştiren “Yarın İçin Sağlıklı Nesiller Kampanyası’nın koordinatörlüğünü yaptı. Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği’nin uzun süre başkanlığını yürüttü. Türkiye Gazeteciler Cemiyeti Genel Saymanı. Bugüne kadar 200’e yakın tıp kongresi ve toplantıda sağlık sektörü ve medya ilişkisi konusunda konferans verdi. Çok sayıda en iyi haber, araştırma ve sağlık programı ödülü bulunuyor. Sağlıkta Gündem Grubu Düzenleme Kurulu üyesi. NTV’de sağlık editörü olarak görevine devam ediyor.

Tam Gün Yasa Tasarısı’yla ilgili tartışmalar, gündeme geldiğinden bu yana geçmişini de bilerek izleyen bir haberci gözüyle, bakın nasıl görünüyor? Hükümet de, Türk Tabipleri Birliği de, öğretim üyelerinin çoğunluğu da ‘Tam Gün Çalışma’dan yana görünüyor. Ancak hükümetten farklı olarak sağlık meslek örgütleri ve öğretim üyelerinin “Tam Gün Çalışma’dan yanayız. Ama...” diye başlayan bir dizi talepleri var.

Konu, doktorları ve dolayısıyla hasta-

neye yolu düşecek herkesi yakından ilgilendiriyor. Hükümet “Doktorlar tam gün çalışırsa hizmetin kalitesi artacak, vatandaş profesörün yüzünü görmek için cebinden ayrıca para ödemeyecek, bıçak parası vermeyecek. Doktorun maaşı artacak. 10 bin ile 15 bin lira arasında maaş alacaklar” diyor.

Eğitim, tasarının neresinde?

Tabip odaları ve meslek kuruluşları ise bu tasarının “muayenehane kapattırma” amacı taşıyan “kölelik ve mobil profesör yasa tasarısı” olduğunu, “10-15 bin lira aylık ücretlerin hayal oldu-

ğunu, tasarıda eğitimin adının bile geçmediğini, performansla dayalı bir anlayışla uygulanacak tam gün çalışmanın bilimsel çalışmayı yok edeceğini” ileri sürüyor; performansla dayalı çalışmanın ‘Tam Gün Yasa Tasarısı’nın içinden çıkarılmasını, eğitimin desteklenmesini talep ediyorlar.

Hekimlerin çoğunluğu iş yükünün fazlalığından, verilecek ücretin kaynağının belirsizliğinden ve eğitimin kalitesinin düşeceğinden endişe ediyor.

Marmara Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Haydar Sur’un öncülüğünde





yapılan bir araştırma “Tam Gün Yasa Tasarısı’nı iyi biliyorum” diyen hekim oranının yüzde 20’yi aşmadığını gösteriyor. Hekimlerin yüzde 53’ü ise döner sermaye gelirlerinin tek amaç olacağına ve uzmanlık eğitimi kalitesinin düşeceğine inanıyor.

Vatandaş cephesinde işler daha da kaotik

Vatandaş bu gerilimli tartışmada savunacak, onun adına konuşacak güçlü sivil toplum örgütleri ne yazık ki görünmüyor. Bizim mikrofon uzattığımız vatandaşlar içinde doktorun tam gün hastanede olmasının yararlı olacağını düşünen de var, doktora yine ulaşamayacağını ileri süren de.

Ülkenin gerilimli gündemi içinde Tam Gün Yasa Tasarısı’nı tarafların kavgalarının gölgesinde önemini kaybetmeden kamuoyuna iletme sorumluluğumu yerine getirmek istiyorum. O zaman sorular birbiri ardınca sıralanıp duruyor gazetecilerin beyninde...

Bu yasa tasarısı ileri sürüldüğü gibi, “Paracı doktorlarla, parasız sağlık hizmetinden yana olan Sağlık Bakanı Recep Akdağ”ın kozlarını paylaştığı bir er meydanı mıdır? Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ın ifade ettiği gibi bu yasaya yalnızca üniversitede yarım gün çalışan ve muayenehanesinde çok para kazanan 1200 doktor mu karşıdır? Üniversitelerde çalışan diğer 12 bine yakın öğretim üyesi ne düşünmektedir? Bu ülkenin hizmet eden doktorlarını ve doktor kökenli Sağlık Bakanları’nı bu insanlar yetiştirmemiş midir? Var olan durumda doktor kelimesinin bu kadar çok “para”yla yan yana getirilmesi vatandaşın “doktora olan ihtiyacını ortadan kaldırır mı? “Doktorun sürekli para kavramıyla özdeşleştirilmesi”, “doktora duyulan güven duygusunun hasar alması” vatandaşın gözünde hükümete prim kazandırır mı? Ya da her gün yeni bir gerilim gündemiyle hayata başlayan insanların var olan kaygılarını tırmandırmaz mı?

Peki ya vatandaş tartışmanın neresinde?

‘Tam Gün Çalışma Yasası’nın sokaktaki insanın hayatına neler getirip götüreceği tarafların tartışmalarında şeffaf bir biçimde ne yazık ki yer bulamıyor. Yıllardır elinde bulundurduğu hakkı korumaya çalışan hekim grubuyla, sağlıkta dönüşüm programının en önemli ayaklarından birini mutlaka uygulamaya çalışan Sağlık Bakanlığı’nın gündeminde bu konunun daha önemli hale gelmesini bir haberci olarak bekliyorum.

Sorular hiç bitmiyor

Sorularımı bunlarla sınırlı sanıyorsanız

yanılıyorsunuz. Sorular hiç bitmiyor...

Performansa dayalı çalışma, üniversite hastanelerinde nasıl etkin bir biçimde uygulanabilecek?

Artık hekimler uzmanlık alanlarını performans priminin yüksek olduğu alanlara bakarak mı seçecek? Türkiye için çok gerekli ama performans primi düşük olan alanlardaki boşluklar nasıl doldurulacak?

Üniversiteler güçsüz döner sermaye yapılarıyla Sağlık Bakanlığı’nın hastaneleriyle nasıl yarışacak? Yarışmaları doğru mu? “Bakanlığın hastanelerindeki doktorlar çalışkan, üniversite hastanelerindeki doktorlar yan gelip yatıyor” iddiaları ne kadar gerçekçi? Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle üniversiteler üvey kardeş mi? İkisi de bu ülkenin hastaneleri değil mi?

Meslek örgütleri, dost sohbetlerinde herkesin şikâyetçi olduğu ama toplantılarda çok da dillendirilmeyen “üniversiteyi yalnız adres olarak kullanıp, bilim üretmeden, öğrenciyle tanışmadan da var olabilen akademisyen yaklaşımını” ortadan kaldırmak için neler öneriyor?

Eğitim hastaneleriyle üniversite hastanelerindeki yöneticilerin daha şimdiden başlayan “mesai saati içinde toplantı, seminer yapmayın, hasta bakın” mesajları Tam Gün Yasası uygulamaya girdiğinde hangi boyutlara ulaşacak? Bu yaklaşım ne kadar kontrol edilebilecek? Doktorlar hasta bakmak için yarışırken eğitim nasıl desteklenecek, eğitim ödüllendirilebilecek mi?

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, kamuyu ya da özel seçmek zorunda bırakılan hekimlerin emekliliğine yansıyacak ka-



Bu yasa tasarısı ileri sürüldüğü gibi, “Paracı doktorlarla, parasız sağlık hizmetinden yana olan Sağlık Bakanı Recep Akdağ”ın kozlarını paylaştığı bir er meydanı mıdır? “Doktorun sürekli para kavramıyla özdeşleştirilmesi”, “doktora duyulan güven duygusunun hasar alması” vatandaşın gözünde hükümete prim kazandırır mı?

lıcı bir ücret artışı sağlama konusunda Bakanlar Kurulu’ndan niye destek bulamıyor? Bakanlık bu desteği sağlamak için meslek örgütleriyle işbirliği yapmayı (şimdilik çok zor olsa da) düşünmez mi?

Bir sağlık habercisi olarak tüm bu sorularıma “bakanlık hep bunu yapar”, “meslek örgütleri hep böyle konuşur” kısır döngüsüne odaklanmış açıklamaların dışında kanıta dayalı yanıtlar bekliyorum. İlgilenenlere duyurulur.

Mazide kalan bir şarkı: Beni Türk hekimlerine emanet edin!

Ömer Çakkal



1982 yılında Çorum'da doğdu. 2004'te Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. Eğitimi sırasında yerel bir radyoda radyo programları, yerel bir gazetede muhabirlik yaptı. Fakültenin 3'üncü sınıfından itibaren Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında sinema, sonraki yıllarda gündem ve politika alanlarına yoğunlaştı. Yeni Şafak'ta film eleştirileri yayımlandı; Sonsuzkare Sinema Dergisi'nin editörlüğünü yürüttü. Eğitim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. Bağımsız haber portalı iyibilgi.com'da editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. Mayıs 2008'den beri SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ve sdplatform.com adlı portalın yayın koordinatörlüğünü yapmaktadır.

ABD'nin Cleveland kentinde 2 hafta önce başarılı bir by-pass ameliyatı geçiren Maliye Bakanı Kemal Unakıtan, Türkiye'ye döndü. Eşi Ahsen Unakıtan ile birlikte bir basın toplantısı düzenleyen Kemal Unakıtan'a tedavi için ülkemiz hastaneleri dururken ne-

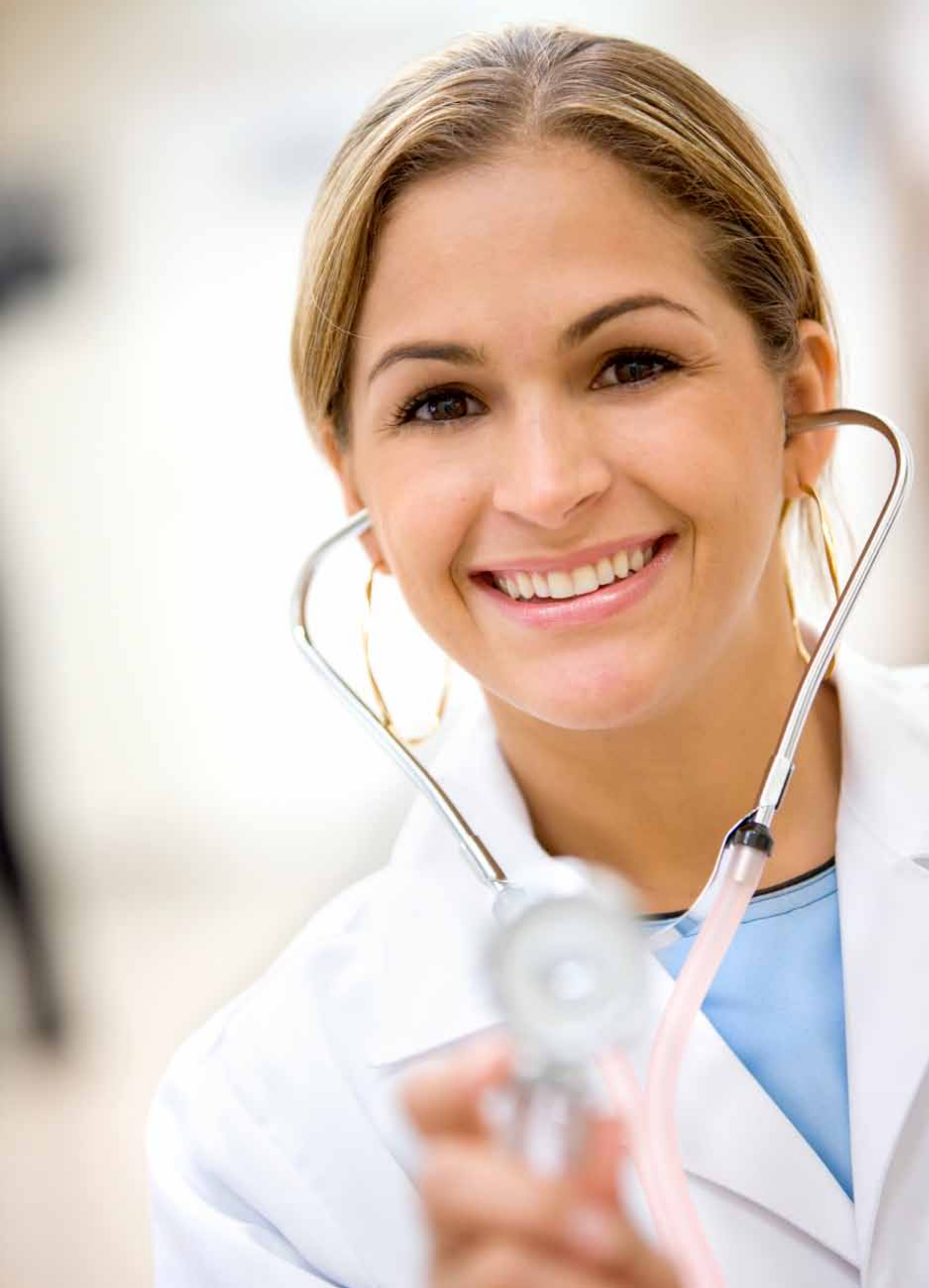
den yurtdışındaki bir hastaneyi tercih ettiği soruldu. Araya Ahsen Unakıtan girdi ve şunları söyledi: "Kemal Bey'in hastalığının tedavisinin nerede daha iyi olacağını Rabbime sordum. ABD'deki Cleveland diye içime bir his doğdu. Rabbime şükürler olsun..."

4 ve 5 Mart 2009 tarihli pek çok gazete ve internet portalında bu satırlarla anıl-

dı Unakıtan'ın ABD'ye yaptığı 'tedavi seyrüseferi'.

Eski Maliye Bakanı'nın kalp ameliyatı için yurtdışındaki bir kliniği seçmesinin medyada bu denli tartışılması, 'yurtdışında tedavi'nin gündemimize ilk kez girmesinden değil; son dönemde Türk hastanelerinin gösterdiği gelişime inat yurtdışını seçmesinden ileri





Eylül 2005'te 9.

Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel'i sağ yanına alarak hastanesinin kurdelesini kesen; "Bu hastanedeki teknoloji dünyada yok. Avrupa ve ABD'de yapılan her türlü tedaviyi burada yapıyoruz. Artık tedavi için yurt dışına gitmeye gerek yok" diyen Dalan, bu sözlerin 3.5 yıl ardından eşinin tedavisi gerekçesi ile yurtdışına gitti. TV'lere canlı yayınlarla bağlanan Dalan, "Önümüzdeki ay geleceğim" dedi. Aradan 6 ay geçti ama Dalan dönmedi.

geliyor. Yoksa ülkemizde bu konuda da bir 'gelenek' var. Unakıtan'dan önce Cemal Gürsel, Turgut Özal, Prof. Dr. Erdal İnönü ve Dengir Mir Mehmet Fırat'ın da aralarında olduğu pek çok önemli siyasetçi ve devlet büyüğü, tedavi olmak için yurtdışındaki hastaneleri tercih etti.

İşadamlarımızdan Vehbi Koç 1946'da bu kapıyı açtı, onu yarım asırdan fazla bir süre boyunca pek çok ünlü isim takip etti. Diyeceğimiz o ki; Atatürk'e ait olduğu ifade edilen ve bilhassa devlet hastanelerimizin başköşelerinde bir levhada asılı olan "Beni Türk hekimlerine emanet edin" sözünün ardından deyim derindeyse 'köprünün altından çok su aktı!

Beni yabancı bir hekime emanet edin!

Ata'nın ardından gelen pek çok devlet büyüğü kendilerini yabancı bir hekime emanet etmeyi tercih etti. Eski Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ı 'yurtdışında tedavi' kapısını ardına kadar açan kişi olarak anmakla sanıyorum hata etmiş sayılmayız. Denilebilir ki, Özal'ın Başbakanlığı döneminde Houston'a yaptığı ziyaretlerle başlayan süreç, zengin Türklerin tedavi için yurtdışına gitme akınına neden oldu. Uzun bir dönem politikacılar da, sosyete de tedavi için

yurtdışındaki hastanelere ve doktorlara gidip geldiler.

Öyle ki, iddialara göre Özal'ın ameliyat olduğu Houston'daki Methodist Hastanesi, Türkiye'den gelen hastalarla daha iyi iletişim kurabilmek için Türk doktorlar, hemşireler ve halkla ilişkiler görevlileri çalıştırmaya başladı.

'Beyaz Türkler' olarak anılan üst düzey gelire sahip bir kesim ve bazı üst düzey devlet erkânı, özel hastanelerin bugünkü kadar büyüyüp gelişmediği 90'lar boyunca hastalandıklarında soluğu ABD ve Avrupa'daki kliniklerde aldılar.

Koç, 1946'da Chicago'daki ünlü Mayo Clinic'e 'bir uğradı'

Koç Holding'in kurucusu Vehbi Koç, Cumhuriyet tarihimizde yurtdışında tedavi kapısını aralayan isimlerin başında geliyor. Koç, 1946 yılında ilk Amerika seyahati sırasında yoğun iş görüşmelerinin arasında Ford Hospital'e ve Chicago'daki ünlü Mayo Clinic'e de bir uğradı ve kontrolden geçti. (1)

Türkiye'nin 4. Cumhurbaşkanı Cemal Gürsel, 31 Ocak 1966 günü beyin kanaması geçirdi. Gürsel, iki gün sonra ABD Başkanı Lyndon B. Johnson'un özel uçağıyla ABD'ye götürüldü. Bir hafta sonra komaya giren Gürsel, takip eden haftalarda TBMM kararıyla görevinden alındı, bir kaç ay sonra da vefat etti. (2)

Özal'ın kalbi durdurularak 35 dakika makineye bağlandı

Eski Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın ABD'deki tedavi süreci, 'yurtdışında tedavi' noktasında en tipik örneklerden biri. Süreci, 50 yıllık gazetecilik macerasını 'Kupa Ası-Olaylar İçinde Olaylar' adlı kitabında anlatan Hürriyet'in New York Temsilcisi Doğan Uluç'un kaleminden okuyalım...

"Özal politikaya atılacağı zaman fazla kilolarından kurtulmak için 'Hastaneler Şehri' diye bilinen Houston'da bir süre kaldı. İktidara geçtiğinde ise Houston'daki Methodist Hastanesi'nde 1985'ten 1992'ye kadar, üçü başbakanlığında, biri cumhurbaşkanlığında dört ameliyat geçirdi. Özal'ın tüm ameliyatlarını izledim. Eşi Semra, özel doktoru Cengiz Aslan, basın sözcüsü Can Pulak ve ekibiyle katarakt ameliyatı için 1985 Ağustos ortasında Houston'a geldi... 1987 Şubatında gene Houston'dayız. Başbakan bu kez kalp ameliyatı geçirecek. Özal'ın ameliyattan sonra 5-6 hafta Houston'da kalması gerekiyor. Özal'a Methodist Hastanesi'nde koroner by-



pass ameliyatı yapıldı. Üç saat süren ameliyatta Özal'ın kalbi durdurularak 35 dakika makineye bağlandı." (3)

Dengir Mir Mehmet Fırat prostat ameliyatı için ABD'yi seçti

Adana Milletvekili ve dönemin AK Parti Genel Başkan Yardımcısı Dengir Mir Mehmet Fırat, 2003 yılında ABD'de M.D.A. Andy Anderson Kliniği'nde prostat ameliyatı için bıçak altına yattı. Ancak Fırat'ın rahatsızlığı yaklaşık bir yıl sonra, Eylül 2004'te nüksetti. İddialara göre, Fırat ikinci bir operasyon için ABD'deki kliniği aradı; ABD'li doktorlar ise Türkiye'deki bir doktorun, Doç. Dr. Derya Balbay'ın ismini verdi. Fırat'ın ikinci prostat ameliyatı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirildi. (4)

Ruhsatsız ilacı İnönü'nün üzerinde denediler!

Eski Başbakanlardan Prof. Dr. Erdal İnönü, 2006 yılında ABD'de lösemi tedavisi gördü. Ancak bir yıl sonra bu kez yüksek ateş şikâyetiyle önce Metropolitan Florence Nightingale Hastanesi'ne kaldırıldı, çok geçmeden bir kez daha ABD'nin yolunu tuttu. Houston'daki M.D. Anderson Kanseri Hastanesi'nde 3.5 ay süreyle tedavi gördü. ABD'li bilimadamları kan kanserine umut olabilecek bir tedavi üzerinde çalışıyorlardı. Doktorlar bu tedavi yönteminden İnönü'ye söz ettiler. O da ruhsat alınmamış ilaçların kendi üzerinde denenmesine razı oldu. İddialara göre tedavi başarılı olmuştu. İnönü Türkiye'ye döndü. Çok geçmeden bir kez daha Florence Nightingale Hastanesi'nde kontrol altına alındı. Hastalık tekrar nüksetmişti. İnönü 27 Ağustos'ta yeniden ABD'ye yollandı. Bu kez daha düşük dozda terapi uygulandı. Tedavi 2 ay sürdü. İnönü Houston'da son nefesini verdi. (5-6)

Hastane açıp, 'Artık tedavi için yurt dışına gitmeye gerek yok' dedi; kendisi gitti

Geçtiğimiz Ocak ayında, Ergenekon soruşturması kapsamında 10'uncu dalga operasyonunda, İstanbul Büyükşehir Belediyesi eski Başkanı ve eski milletvekili Bedrettin Dalan'ın bürosu, evi, mütevellî heyeti başkanı olduğu İstek Vakfı ve Yeditepe Üniversitesi'ne eş zamanlı baskınlar yapıldı. Ancak polis Dalan'a ulaşamadı. Çok geçmeden nerede olduğu anlaşıldı. Kurucusu olduğu üniversitenin bir hastanesi bile olan Dalan, eşinin tedavisi gerekçesi ile ABD'ye gitmişti. Eylül 2005'te 9. Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel'i sağ yanına alarak hastanesinin kurdelesini kesen; "Bu hastanedeki teknoloji başka hiçbir hastanede yok. Dünyada yok. Aksini ispat edene hastaneyi hediye ederim. Avrupa ve ABD'de yapılan her türlü tedaviyi burada yapıyoruz. Artık tedavi için yurt dışına gitmeye gerek yok" diyen Dalan, bu sözlerin 3.5 yıl ardından eşinin tedavisi için yurtdışına gitti. (7) Ev ve işyerlerine baskın yapıldığı gün TV'lere canlı yayınlarla bağlanan Bedrettin Dalan, küçük oğlunun gözüaltına alınmasına sitem etti ve "Önümüzdeki ay geleceğim, beni alın" dedi. Dalan 'önümüzdeki ay' olan Şubat'ta Türkiye'ye dönmedi. Hatta sonraki beş ay boyunca da dönmedi. Basına yansıyan haberlere göre, ABD'de tedavi gören eşi Aysel Dalan 4 ay önce Türkiye'ye döndü ve tedavisini Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde sürdürdü. 'Eşinin tedavisi için' ABD'ye giden Bedrettin Dalan ise bu satırların yazıldığı Temmuz başı itibarıyla halen ABD'de. (8)

'Ahsen Hanım'ın rüyası'

Unutulmaz diyalogları ile siyaset tarihimizin en renkli siyasetçilerinden biri olan Eski Maliye Bakanı Kemal Unakıtan, aynı zamanda Cumhuriyet tarihimizin 'en renkli yurtdışında tedavi' seyrüseferini gerçekleştiren isim! Geçtiğimiz Şubat ayında ABD'nin Cleveland kentinde by-pass ameliyatı olan Unakıtan'ın gidişi 'Türkiye'de by-pass yapılamıyor mu' tartışmalarına; dönüşü ise eşi 'Ahsen Hanım'ın rüyası'na dair bir hayli renkli haberlere konu oldu. Olan biteni herkes anımsıyor ama bu yazıyı da renklendirecekse tekrar etmekte ne zarar var: Dönüşünde Kemal Unakıtan'a tedavi için ülkemiz hastaneleri dururken neden yurtdışındaki bir hastaneyi tercih ettiği soruldu. Araya Ahsen Unakıtan girdi ve şunları söyledi: "Kemal Bey'in hastalığının tedavisinin nerede daha iyi olacağını Rabbime sordum. ABD'deki Cleveland diye içime bir his doğdu. Rabbime şükürler olsun..." (9)

Bilhassa devlet büyükleri daha hassas davranmalı

Yukarıda sıraladıklarımız, yaptığımız araştırmalarda karşımıza çıkan örnekler. Maksat hâsıl oldu ise örnekleri çoğaltmanın lüzumu yok. Aslında demek istediğimiz şu ki, Türkiye'nin tıp teknolojisi, hastaneleri ve yetişmiş insan kaynağı Avrupa ve ABD'den çok da geride değil. Bugün Türkiye'nin yüz akı hastaneleri, yüz akı hekimleri var. O kadar ki onlardan bir kısmı ABD'deki kariyer planlarını bir kenara bırakıp Türkiye'deki hastanelerde tam mesaili çalışmaya başladılar. Yurtdışından hastaları kabul eden doktorlar bununla da yetinmeyip hastalarının ayağına gidiyor ve uçağa atlayıp soluğu yabancı bir ülkedeki hastanenin ameliyathanesinde alıyor. Tiran Ticaret Başmüşaviri Serpil Kaçaroğlu'nun verdiği bilgileri göre Arnavutluk'un başkenti bu konuda belli başlı üslerden biri oldu bile. (10) Pek çok sanatçı, işadamları ve devlet büyüğü kendisini ya da ailesini tedavi için Türk hastanelerine emanet ediyor. Tunus gezisinde ağır gribe yakalanan dönemin Dışişleri Bakanı Abdullah Gül, 20 Mart 2006'da GATA'da iç kulak ameliyatı oldu. Sanatçı Ebru Gündeş'e, 1999 yılında Prof. Dr. Cengiz Kудay tarafından beyin ameliyatı yapıldı. Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın annesi Tenzile Erdoğan, sol el bileği ile omurgasındaki kırık nedeniyle Kasım 2007'de Medipol Hastanesi'nde ameliyat edildi. Hatta artık yabancı devlet başkanları bile tedavi için Türk hastanelerini tercih ediyor. KKTC Cumhurbaşkanı Mehmet Ali Talat, Florence Nightingale Hastanesi'nde 28 Şubat 2006'da by-pass ameliyatı oldu. Arnavut Başbakan Fatos Nano'ya 18 Ağustos 2003'de İstanbul'da Prof. Dr. Dursun Buğra tarafından safraya kesesi ameliyatı yapıldı. KKTC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sonay Adem'e Memorial Hastanesi'nde 27 Mart 2006'da yapılan anjiyo ile 4 yeni stent takıldı. (11)

Sağlık, ölüm ve hayatta kalmak kadar keskin uçları olan bir alan. Sağlık için başka yere gitmek elbette tercih konusudur. Ama aranan kalite ise bu Türkiye'de de var. Hele de bu ülkeyi yöneten koltuklarda oturanların bu noktalarda daha bir hassas olmalarını beklemek hakkımız. Bir kabine üyesinin 'Sağlıkta devrim yaptık' dediği bir ülkede, bir başka kabine üyesi by-pass gibi bugün artık küçük ölçekli illerimizin hastanelerinde bile başarı ile yapılan bir ameliyat için soluğu ABD'de alırsa 'devrim' sözleri havada kalır. Devlet büyükleri, 'Parası olan gidiyor, parası olmayan garip gureba ne olacak' lekesini üzerlerinde taşımamalı.

Türkiye'nin tıp teknolojisi, hastaneleri ve yetişmiş insan kaynağı ABD'den çok geride değil. Bugün Türkiye'nin yüz akı hastaneleri, yüz akı hekimleri var. Artık yabancı devlet başkanları bile tedavi için Türk hastanelerini tercih ediyor. Bir kabine üyesinin 'Sağlıkta devrim yaptık' dediği bir ülkede, bir başka kabine üyesi by-pass gibi bugün artık küçük illerimizdeki hastanelerde bile yapılabilen bir ameliyat için soluğu ABD'de alırsa 'devrim' sözleri havada kalır.

Kaynaklar

- 1) Vehbi Koç Vakfı resmi internet portalı, '95 Yıllık Başarı'
- 2) Vikipedi özgür ansiklopedi, Cemal Gürsel biyografisi
- 3) Uluç D., Kupa Ası: Olaylar İçinde Olaylar, Doğan Kitap, 2009
- 4) Zaman Gazetesi, 9 Eylül 2004 günü yayımlanan "AK Partili Fırat prostat ameliyatı oldu" başlıklı haber
- 5) Vatan Gazetesi, 1 Kasım 2007 günü yayımlanan "Siyaseti bu kez ağırlattı" başlıklı haber
- 6) Milliyet Gazetesi, 28 Ağustos 2007 günü yayımlanan "Erdal İnönü tedavi için ABD'ye uçtu" başlıklı haber
- 7) Sabah Gazetesi, 26 Ağustos 2005 günü yayımlanan "Yeditepe Üni. Hastanesi açıldı" başlıklı haber
- 8) Sabah Gazetesi, 21 Haziran 2006 günü yayımlanan "Hasta eşi geri döndü Dalan ABD'de kaldı" başlıklı haber
- 9) Vatan Gazetesi, 5 Mart 2009 günü yayımlanan "Rabbime sordum" başlıklı haber
- 10) Zaman Gazetesi, 4 Nisan 2009 günü yayımlanan "Türk doktorlar, hafta sonları Arnavutluk'a ameliyata gidiyor" başlıklı haber
- 11) Vatan Gazetesi, 5 Nisan 2006 tarihli haber

Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin değişen rolü ve sağlıkta eşitlik ilkesi

Egemen Cevahir



1978 Tunceli doğumlu olan Cevahir, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü mezunudur. 2004 yılında Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Yüksek Lisans Programını bitirdi. Cevahir aynı bölümde doktora programına devam etmektedir.

R. Özgür Çatar



1981 İstanbul doğumlu olan Çatar, Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü mezunudur. Aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programını bitiren Çatar, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Doktora Programı'na devam etmektedir.

Cumhuriyet tarihinde ilk defa 1982 Anayasası ile devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü getirilmiştir. Anayasa'daki bu değişiklik, "sosyal devlet" anlayışından uzaklaşılmasının sağlık alanındaki yansımaları ifade etmektedir. Bu değişiklik ile devletin sağlık alanındaki temel rolü hizmet sunumundan ziyade, düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmüştür. Bu doğrultuda 1982 yılında sağlık sektörü teşvik kapsamına alınmış ve özel sağlık sektörü hizmet sunumu anlamında gelişerek devam etmiştir.

Bu araştırmanın amacı, yeni liberal iktisat politikalarının 1980'den günümüze dek uygulanma sürecinde sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin değişen rolü ve sağlıkta eşitlik ilkesi arasındaki ilişkiyi, kamu ve özel sektörün yatırım harcamalarını ve bunun hizmet sunumu anlamında bölgelere dağılımını boyutlarıyla irdelemektir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin gelişimi

Sağlık Bakanlığı'nın devlet bütçesi içindeki payı 1923-2006 yılları arasında ortalama olarak yüzde 3,34 olarak gerçekleşmiştir. 1923-29 yılları arasında liberal iktisat politikaların izlendiği dönemde 2,2-2; 1930-39 devletçilik korumacı iktisat politikalarının uygulandığı dönemde 2-3; 1940-45 II. Dünya Savaşı yıllarında 3; 1946-60 yılları arasında korumacılığın terk edildiği, bir yandan devletçi iktisat politikalarının devam ettiği ve aynı zamanda özel girişimin desteklendiği dönemde 3,1-5,3; 1961-80 planlı ve ithal ikameci iktisat politikaların izlendiği ve sosyal devlet uygulamalarının yoğunlaştığı dönemde 3,1-4,2; 1980 sonrasında dışa açık, yeni liberal iktisat politikaların uygulandığı dönemde ise yüzde 2,3-4,7 aralığında seyretilmiştir. 2006 yılı için Sağlık Bakanlığı'nın devlet bütçesi içindeki payı yüzde 4,3 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH'ye oranı 1980-2006 yılları arasında yüzde 0,38-1,30 aralığında seyretilmiştir. Genel anlamda Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH'ye oranı artma eğilimi içindir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaşanan ekonomik krizlerden etkilendiğini belirgin bir şekilde kriz yılı (1994-2001) ve sonrasında düştüğü görülmektedir. 1993'te Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH'ye oranı yüzde 0,91 iken 1994'te yüzde 0,79'a; 1995'te yüzde 0,62'ye 1996'da ise yüzde 0,65'e düşmüştür. Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH'ye oranı 1994 ekonomik krizi öncesi seviyesine 2003 yılında ulaşmıştır. (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002; DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2006)

Kamu ve özel sektör sağlık yatırımlarının gelişimi

1981 yılında sağlık sektörü teşvik kapsamına alınmış, ilk teşvik 1982 yılında verilmiş ve günümüze dek sağlık sektörüne teşvikler verilmeye devam edilmiştir. Yeni liberal politikalar sonucunda kamu kesiminin sağlık sektöründen tedricen çekildiği ve özel kesimin sağlık sektörüne girişinin desteklendiği bu sürecin en önemli unsurunu teşvikler oluşturmaktadır. Özel kesim toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı

1980 yılında yüzde 0.2 iken verilen teşvikler sayesinde özel kesimin sağlık alanına ilgisi artmış ve bu oranın 2008 yılı için yüzde 5.8 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

Kamu kesiminde temel sağlık hizmetleri sunucucu olan Sağlık Bakanlığı'nın 1980 sonrası yatırım harcamalarının Bakanlık bütçesi içindeki payı 1987'de yüzde 18 iken, bu pay yıllar itibariyle düşerek 2003'de yüzde 9 seviyesine düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994:41; Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002:23). Yine bu süreçte, şimdi hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devrolan SSK'nın toplam gelirleri içinde sağlık yatırımlarına ayırdığı pay 1987 yılında yüzde 1.1 iken 2002 yılında bu pay yüzde 0.5 seviyesine gerilemiştir (SSK 1988 Faaliyet Raporu:65,147; SSK 2002 Faaliyet Raporu:68,159).

2003 yılında kamu kesiminin sağlık alanına yaptığı sabit sermaye yatırım miktarı 968 milyon YTL iken bu miktar 2006 yılı için 1.733 milyon YTL olarak gerçekleşmiştir. Aynı süreçte özel kesimin sağlık alanına yaptığı sabit sermaye yatırım miktarı ise 2003 yılında bin 592 milyon YTL iken 2006 yılında 3 kattan fazla bir artış göstererek 5 bin 310 milyon YTL olarak gerçekleşmiştir (DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2005; DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008)

Türkiye'de izlenen liberal politikalar sonucunda, özel kesime verilen teşviklerle birlikte sağlık alanında yapılan toplam sabit sermaye yatırımlarının oranı kamu aleyhine bozulmuş, özel kesimin yatırımlarının toplam içindeki payı artarak devam etmiştir. 1987 yılında sağlık alanına yapılan toplam sabit sermaye yatırımları içinde kamunun payı yüzde 62 iken, bu oran yıllar içinde eriyerek 2007 yılında yüzde 25 seviyesine düşmüştür.

1980 sonrası izlenen liberal politikalarla, kamu kesiminin sağlık alanına yaptığı yatırımların azalması ve aynı süreçte özel sağlık sektörüne verilen teşviklerle birlikte özel hastanelerin geliştiği görülmektedir. 1980'de toplam 75 özel hastane varken bu sayı 2006 itibariyle 305'e ulaşarak 26 senede yüzde 306 artış göstermiş, ülkedeki toplam hastane sayısının yüzde 26'sına ulaşmıştır. Aynı süreçte özel hastanelerin yatak sayısı ise 2 bin 162'den 13 bin 707'ye ulaşmıştır. 2006 yılı verileri itibariyle özel hastane sayısı toplam hastanelerin yüzde 26'sı iken özel hastane yatak sayısının toplam yatak sayısına oranı yüzde 7.5'tir (Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı 2001; Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006). Özel hastanelerin oranı yüzde 26 iken özel hastane yatak sayılarının toplam içindeki oranının yüzde 7.5 seviyesinde kalmasının sebebi, özel hastanelerin daha karlı olduğu için poliklinik hizmetlerine yönelmelerinden kaynaklanmaktadır.

Özel hastanelerin dağılımına bakıldığında, özel hastanelerin gelişmişlik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 5 ve Tablo 6). I. Bölgenin nüfusu toplam ülke nüfusunun yüzde 39.4'ünü oluştururken bu bölgedeki özel hastaneler toplam özel hastanelerin yüzde 60.3'ünü ve toplam özel hasta yatağı sayısının ise yüzde 70.1'ini oluşturmaktadır. II. Bölgenin nüfusu toplam ülke nüfusunun yüzde 21.6'sını oluştururken bu bölgedeki özel hastaneler toplam özel hastanelerin yüzde 23.3'ünü ve toplam özel hasta yatağı sayısının ise yüzde 17.9'unu oluşturmaktadır. İlk iki gelişmiş bölgenin toplam nüfus içindeki payı yüzde 61 iken bu ilk iki bölgedeki özel hastane sayısının toplam özel hastaneler içindeki payı yüzde 83.6'sını ve toplam özel hasta yataklarının ise yüzde 88'ini oluşturmaktadır. Bu tablodan özel hastanelerin nüfustan ziyade karlılık prensibi doğrultusunda ekonomik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaştığı anlaşılmaktadır.

rinde kullanılan BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve MRI (Manyetik Rönresans Emar) cihazlarının Sağlık Bakanlığı ve özel hastanelerdeki dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'nın ağırlıklı olarak nüfusa göre BT ve MRI cihazlarını bölgelere dağıttığı, özel hastanelerde ise nüfustan çok bölgelerin GSMH'dan aldıkları paya göre BT ve MRI cihazlarına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 7 ve Tablo 8).

Değerlendirme ve sonuç

1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu değişmiştir. *"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla Genel Sağlık Sigortası konabilir."* (Madde 56).

1982 Anayasası ile Cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü getirilmiştir. Anayasadaki bu değişiklik, "sosyal devlet" anlayışından uzaklaşılmasının sağlık alanındaki yansımaları ifade etmektedir. Bu değişiklikte devletin sağlık alanındaki temel rolü hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmüştür.

2006 yılı için Sağlık Bakanlığı'nın devlet bütçesi içindeki payı yüzde 4.3 olarak gerçekleşmiştir. Genel anlamda Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH'ye oranı artma eğilimi içinde 2006 yılı için yüzde 1.30 seviyesine ulaşmıştır.

Özel hastanelerin gelişimi ve dağılımı

Coğrafi bölgelere göre teşhis süreçle-

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı, 1923-2006

Yıl	Devlet Bütçesi*	Bakanlık Bütçesi	Bakanlık büt. Devlet büt. or. (%)
1923	137.333	3.038	2.2
1930	222.646	4.502	2.0
1940	268.476	8.185	3.0
1945	603.404	18.809	3.1
1950	1.487.208	60.615	4.1
1960	7.266.965	382.762	5.3
1970	28.860.265	888.080	3.1
1980	756.687.182	31.822.605	4.2
1985	5.412.082.049	137.462.333	2.5
1990	63.925.354.000	2.633.217.000	4.1
1995	1.335.978.053.000	49.417.951.000	3.7
2000	46.843.000.000.000	1.059.825.001.000	2.3
2005	153.928.793	5.462.975	3.5
2006	170.156.782	7.477.471	4.3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006

*1923-2000 yılları miktarları Bin TL, 2005-2006 yılları miktarları Milyar TL

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH İçindeki Payı, 1980-2006 (Milyar TL)

Yıl	GSMH	Sağlık Bak. Bütçesi	SB Bütçesinin GSMH'ya oranı %
1980	5.303	31	0.60
1985	35.350	137	0.39
1990	397.178	2.633	0.66
1995	7.854.887	48.741	0.62
2000	125.596.129	1.059.825	0.84
2005	487.202.362	5.462.975	1.12
2006	576.322.231	7.477.471	1.30

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2006

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008

Tablo 3: Özel Kesim Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Yatırımları Payının Gelişimi, 1980-200

Yıl	Sağlık Yatırımlarının Toplam Özel Kesim Sabit Sermaye Yatırımları İçindeki Payı (%)
1980	0.2
1985	0.5
1990	0.9
1995	1.2
2000	4.2
2005	5.0
2008	5.8

Kaynak: DPT, Sayılarla Türkiye Ekonomisi: Gelişmeler (1980-2001)

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2003

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2005

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008

Tablo 4: Sağlık alanındaki sabit sermaye yatırımlarının gelişimi, 1987-2008

Yıl	Kamu %	Özel Sektör %	Toplam %
1987	62	38	100
1990	57	43	100
1995	46	54	100
2000	35	65	100
2005	28	72	100
2006	25	75	100
2007 (1)	25	75	100
2008 (2)	23	77	100

Kaynak: Hazine Müsteşarlığı, Hazine İstatistik Yıllığı 1980-2002

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2003

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2005

DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008

(1) Gerçekleşme tahmini (2) Program

Tablo 5: DPT'nin illerin gelişmişlik derecelerine göre Türkiye'deki hastanelerin bölge sınıflandırılması ile kurumlarının yatak, nüfus ve 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı, 2006

Gelişmişlik Derecesine Göre Bölgeler	Toplam Kurum	Yatak	Sağlık Bakanlığı Kurum	Yatak	Üniversite Kurum	Yatak	Özel Kurum	Yatak	Diğer Kurum	Yatak	Nüfus	Nüfus %	10.000 nüfusa düşen yatak sayısı
I. Bölge	410	79239	173	50.394	26	15.261	184	9.604	27	3.980	28.756.000	39.4	27.6
II. Bölge	265	36954	175	28234	13	6056	71	2452	6	212	15.731.000	21.6	23.5
III. Bölge	169	26105	144	22721	8	2818	17	566	0	0	9.017.000	12.4	29.0
IV. Bölge	114	11284	105	10888	1	101	8	295	0	0	4.981.000	6.8	22.7
V. Bölge	113	18948	89	13466	7	4962	17	520	0	0	7.900.000	10.8	24.0
VI. Bölge	92	8237	83	7465	1	502	8	270	0	0	6.588.000	9.0	12.5
Toplam	1163	180767	769	133168	56	29700	305	13707	33	4192	72.974.000	100.0	24.8

Kaynak: DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008

I. Bölge illeri: Adana, Ankara, Bursa, Gaziantep, Mersin, İstanbul, İzmir, Kocaeli

II. Bölge illeri: Aydın, Balıkesir, Çanakkale, Denizli, Edirne, Kayseri, Tekirdağ, Konya, Manisa, Muğla, Sakarya, Antalya, Hatay, Zonguldak, Eskişehir, Yalova

III. Bölge illeri: Afyonkarahisar, Bilecik, Bolu, Burdur, Düzce, Giresun, Isparta, Kütahya, Ordu, Osmaniye, Rize, Samsun, Kırklareli, Trabzon, Uşak, Bartın, Karabük, Kırıkkale

IV. Bölge illeri: Amasya, Çankırı, Çorum, Kastamonu, Kırşehir, Nevşehir, Niğde, Sinop, Tokat, Yozgat, Aksaray, Karaman, Kilis

V. Bölge illeri: Artvin, Elazığ, Erzincan, Erzurum, K.Maraş, Malatya, Sivas, Şanlıurfa, Diyarbakır

VI. Bölge illeri: Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Hakkari, Kars, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Ardahan, Iğdır, Batman, Şırnak, Gümüşhane, Bayburt, Van

Özel kesim, toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı 1980 yılında yüzde 0.2 iken verilen teşvikler sayesinde özel kesimin sağlık alanına ilgisi artmış ve bu oranın 2008 yılı için yüzde 5.8 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

Türkiye’de izlenen liberal politikalar sonucunda, özel kesime verilen teşvikler ve Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki yatırım harcamaların düşme eğilimi ile birlikte, sağlık alanında yapılan toplam sabit sermaye yatırımlarının oranı kamu sağlık sektörü yatırımları aleyhine gelişmektedir.

1987 yılında sağlık alanına yapılan toplam sabit sermaye yatırımları içinde kamunun payı yüzde 62 iken bu oran yıllar içinde eriyerek 2007 yılında yüzde 25 seviyesine düşmüştür.

Devletin sağlık alanındaki temel rolü, hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kesimden yararlanma ilkesi ve bu doğrultuda özel sağlık sektörüne verilen teşviklerle birlikte özel hastanelerin geliştiği bu süreçte, özel hastanelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olan bölgelerde yoğunlaşması sonucunda, sağlık hizmetleri sunucularının nüfusa göre bölgelerde eşitsiz bir şekilde geliştiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin sağlanması için, özel sağlık sektörüne verilen teşviklerin ekonomik gelişmişlik düzeyi düşük bölgelere aktarılması ve sağlık sunucularının yoğunlaştığı bölgelerin teşvik kapsamından çıkarılması gerekmektedir.

* Bu makale Mayıs 2008’de kaleme alınmıştır.

Kaynaklar

- DPT, <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/bgr/eg/gsyih87.htm>
- DPT, *Sayılarla Türkiye Ekonomisi: Gelişmeler (1980-2001)*
- DPT, *Temel Ekonomik Göstergeler 2003*
- DPT, *Temel Ekonomik Göstergeler 2005*
- DPT, *Temel Ekonomik Göstergeler 2006*
- DPT, *Temel Ekonomik Göstergeler 2008*
- SB, *Sağlık İstatistikleri 2002*
- SB, *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri*
- SB, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*
- SB, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006*
- SB, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001*
- SSK, *1988 Faaliyet Raporu*
- SSK, *2002 Faaliyet Raporu*

Tablo 6: DPT’nin illerin gelişmişlik derecelerine göre Türkiye’deki Sağlık Bakanlığı ve özel kurum ve yatak oranlarının bölge sınıflandırılmasına göre dağılımı, 2006

Gelişmişlik Derecesine Göre Bölgeler	Toplam		Sağlık Bakanlığı		Özel		Nüfus %
	Kurum %	Yatak %	Kurum %	Yatak %	Kurum %	Yatak %	
I.Bölge	35.3	43.8	22.5	37.8	60.3	70.1	39.4
II. Bölge	22.8	20.4	22.8	21.2	23.3	17.9	21.6
III. Bölge	14.5	14.4	18.7	17.1	5.6	4.1	12.4
IV. Bölge	9.8	6.2	13.7	8.2	2.6	2.2	6.8
V. Bölge	9.7	10.5	11.6	10.1	5.6	3.8	10.8
VI. Bölge	7.9	4.6	10.8	5.6	2.6	2.0	9.0
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: DPT, *temel ekonomik göstergeler 2008*

Tablo 7: Coğrafi bölgelere göre BT sayılarının dağılımı

Bölge	Bölge Nüfusu (%)	GSMH (%)	BT Sayısı				1 milyon kişiye düşen BT sayısı
			Sağlık Bakanlığı	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	TOPLAM	
Marmara	26.77	37.23	49	222	36	307	15.71
Ege	13.03	16.70	43	8	9	60	6.31
İç Anadolu	16.87	15.83	40	15	24	79	6.41
Akdeniz	13.06	12.04	31	4	5	40	4.10
Karadeniz	11.33	9.17	29	5	7	41	5.08
G.D.Anadolu	9.17	5.53	11	3	0	14	2.09
D.Anadolu	9.77	3.50	19	1	5	25	3.78
TOPLAM	100.00	100.00	222	253	86	566	7.75

Kaynak: SB, *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri*
DPT, <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/bgr/eg/gsyih87.htm>

Tablo 8: Coğrafi bölgelere göre MRI sayılarının dağılımı

Bölge	Bölge Nüfusu (%)	GSMH (%)	MRI Sayısı				1 milyon kişiye düşen MRI sayısı
			Sağlık Bakanlığı	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	TOPLAM	
Marmara	26.77	37.23	16	66	9	91	4.65
Ege	13.03	16.70	11	18	6	35	3.68
İç Anadolu	16.87	15.83	11	30	14	55	4.46
Akdeniz	13.06	12.04	11	6	4	21	2.09
Karadeniz	11.33	9.17	8	11	3	22	2.66
G.D.Anadolu	9.17	5.53	3	9	1	13	1.94
D. Anadolu	9.77	3.50	5	8	4	17	2.38
TOPLAM	100.00	100.00	65	148	41	254	3.48

Kaynak: SB, *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri*
DPT, <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/bgr/eg/gsyih87.htm>

Genel sağlık sigortasında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri nelerdir?

Mehmet Bulut



Sosyal Güvenlik Kurumu Müfettişi Mehmet Bulut 1979 Ankara doğumludur. Lisans öğrenimini 2001 yılında Gazi Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü'nde tamamladı. Yüksek lisans öğrenimi 2004 yılında Gazi Üniversitesi SBE Maliye Bölümü'nde tamamladıktan sonra 2007 yılında yine Gazi Üniversitesi SBE Maliye Bölümü'nde doktora öğrenimine başlamıştır ve halen doktora öğrenimine devam etmektedir. 1996-2004 yılları arasında Maliye Bakanlığı'nda uzmanlık dahil değişik görevlerde bulunduğundan sonra 2005 yılından itibaren SSK'da Sigorta Müfettiş yardımcısı, 2008 yılından itibaren ise Sosyal Güvenlik Kurumu Müfettişi olarak görev yapmıştır. Halen Sosyal Güvenlik Kurumu'nda müfettiş olarak görevine devam etmekte olan Bulut'un iki kitabı ve çok sayıda makalesi yayımlanmıştır. Bulut, Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği'nde de yönetim kurulu üyesi olarak basın-yayın sekreterliği yapmaktadır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 Sayılı Kanun) ile ülkemiz hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık uygulamalarında yeni bir döneme girmiştir. Bu yeni dönemde karşımıza çı-

kan en önemli düzenlemelerin başında ise genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlaması gelmektedir. Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlayabileceğimiz genel sağlık sigortası uygulanmaya başlandığı günden bu yana

olumlu yönlerinin yanı sıra birçok eleştiriyi de beraberinde getirmiştir. Uygulamada en çok eleştiriye ve yoruma maruz kalan husus ise finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde ortaya çıkmıştır. Bu maa-lemizde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından genel sağlık sigortası uygulanması kapsamında finansmanı sağla-





Sağlık Uygulama Tebliği'nin oldukça dağınık bir yapı sergilemesinin yanı sıra uygulamada karşılığı bulunmayan veya kontrolü mümkün olmayan kuralları barındırması, sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sebeple finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde daha gerçekçi ve anlaşılır bir Sağlık Uygulama Tebliği'nin yanı sıra etkin bir Medula sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.

nan sağlık hizmetlerine ilişkin açıklamalarda bulunulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı nedir?

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmaları, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması, iş kazası ve meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı maddede bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve

rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 5510 sayılı Kanun'un 72'nci maddesine göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulları tarafından belirlenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup 900 gün genel sağlık sigortalısı prim gün sayısının olması

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak

üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi hâlinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

g) Yukarıdaki durumlar gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Ayrıca 5510 sayılı Kanun'un 60'ıncı maddesi birinci fıkrası hükümlerine göre genel sağlık sigortalısı olan kişilerin, tabi olduğu bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihte devam etmekte olan tedavileri nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar kurumca sağlanır. Devam etmekte olan tedavi, kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirildiği tarihte sağlık hizmeti sunucusundaki yatarak sağlanmakta olan tedavilerini ifade eder. Ancak kişilerin var olan kronik hastalıkları nedeniyle müteakip müracaatları devam etmekte olan tedavi olarak değerlendirilmemektedir.

Finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri nelerdir?

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, ilaç ve sarf malzemeleri belirlenirken genel bir çerçeve çizilmiştir. Bu kapsamda bazı sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmayacağı açıktır. Bu doğrultuda Sosyal Güvenlik Kurumu'nca finansmanı sağlanmayacak olan sağlık hizmetlerini şöyle sıralayabiliriz;

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,

b) Sağlık Bakanlığı'nca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri,

c) Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,

d) 5510 sayılı Kanun'un 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri kapsamına giren yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetleri.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesi usulü nasıldır?

Yukarıda saymış olduğumuz finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenmektedir. İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak yine Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenir.

Sağlanacak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin, türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları da Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenir.

Finansmanı sağlanan ilaçların ve tıbbi malzemelerin tespiti ve temin esasları nasıldır?

Sosyal Güvenlik Kurumu'nca finansmanı sağlanacak beşeri ürün/beşeri ilaçlar, SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı temsilcilerinden oluşturulan Ödeme Komisyonu eliyle tespit edilir. Ödeme Komisyonu oluşturulması, çalışma usul ve esasları Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenir.

Kurumca finansmanı sağlanan beşeri ürün/beşeri ilaçların listesi, kurumca çıkarılacak tebliğle duyurulur.

Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçların, kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi zorunludur. Ancak acil hâller nedeniyle genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reçete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hâlin kurum ünitelerince kabul

olunması kaydıyla kişilere ödenir.

Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisi için gerekli görülen ancak ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu hâlde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurt dışından teminine ilişkin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

SGK, finansmanı sağlanan ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerini ve bu malzemelerin temini, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri ile ödeme usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nca tıbbi cihaz bilgi bankasına kaydedilmesi zorunlu olduğu bildirilen tıbbi malzeme bedelleri, kayıt altına alınmaya kadar ödenmez. Tıbbi cihaz bilgi bankasına kayıt işlemlerine ilişkin usul ve esaslar kurumca çıkarılacak yönerge ile belirlenir. SGK, finansmanı sağlanan tıbbi malzemeleri kiralama, satın alma vb. usullerle de temin etmeye yetkilidir.

Sonuç

Sosyal güvenlik, sosyal politika uygulamaları ve kişilerin karşı karşıya kalmış oldukları sosyal riskler nedeniyle ortaya çıkan bir olgudur. Bireyler yaşamları boyunca gelir kayıplarına uğramalarına yol açabilecek sosyal risklerle sık sık karşılaşabilmekte hatta bazen de vücut ve ruh sağlığı için çok büyük harcamalar yapmaktadırlar.

Sosyal güvenlik, temelde tehlikenin zararlarına karşı yürütülen mücadeleye verilen addır. Kişiyi, uğradığı zararlar dolayısıyla maruz kaldığı muhtaçlıktan, ihtiyaçlarının esiri olmaktan kurtarma mücadelesidir. Sosyal güvenlik, kişileri mesleki, fizyolojik ve sosyoekonomik riskler dolayısıyla karşı karşıya kaldıkları tehlikelere ve zararlara karşı korumayı hedeflemektedir. Kişilerin karşılaştıkları sosyal riskler içerisinde en önemlisi ise belki de hastalıklardır. Bu sosyal riski bertaraf etmek amacıyla sosyal güvenlik sistemleri tarafından yürütülmeye çalışılan politikalar çoğu zaman finansman noktasında kilitlenmekte ve bazen de sosyal güvenlik sistemlerinin çöküşüne neden olmaktadır. Türk sosyal güvenlik sisteminde de sağlık harcamaları her zaman üst düzeylerde gerçekleşmiş olup bunun sosyal güvenlik açıklarının doğmasında önemli etkileri olmuştur. Nitekim sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık giderlerinin

GSMH'ye oranı yaklaşık yüzde 3,5'tur.

Sosyal güvenlik sisteminde önemli bir yeri olan sağlık harcamalarında yaşanan artış ve suistimallerin önüne geçmek için, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamını doğru ve sigortalıları mağdur etmeyecek şekilde belirlemek büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik reformu sonrasında yürürlüğe konan genel sağlık sigortası uygulamasında da, sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında bazı sınırlamalar getirilmiştir. Bu sınırlamalar getirilirken daha çok sağlık hizmetinin zorunluluğu ve miktar olarak makul olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Örneğin estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri ve diş tedavileri, vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında finansmanı sağlanmayacak hizmetler olarak sayılmıştır. Nitekim Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca bu tür tedavilerin finansmanının sağlanması için tıbbi endikasyonun olduğuna ilişkin sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi zorunlu tutulmuştur. Ayrıca bir hizmetin sağlık hizmeti olarak adlandırılmasında Sağlık Bakanlığı kriterlerinin kabul edileceği belirtilmiştir.

Her ne kadar finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde temel olarak 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri kıstas alınsa da, daha özelde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkartılmış olan Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri aktif bir rol üstlenmektedir. Öyle ki söz konusu tebliğde yüzlerce kısıtlama ve kural belirlenmiş olup bunlara göre bir sağlık hizmetinin kurum tarafından karşılanıp karşılanmayacağı belirlenmektedir. Sağlık Uygulama Tebliği'nin oldukça dağınık bir yapı sergilemesinin yanı sıra uygulamada karşılığı bulunmayan veya kontrolü mümkün olmayan kuraları barındırması, sorunları da beraberinde getirmektedir. Nitekim tebliğde yer alan birçok kısıtlama, sağlık hizmeti sunucuları tarafından kullanılan Medula sisteminde tanımlanmadığından kontrol ve denetimlerde problemlerle karşılaşmaktadır. Bu sebeple finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde daha gerçekçi ve anlaşılır bir Sağlık Uygulama Tebliği'nin yanı sıra etkin bir Medula sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.

Yuvarlak Masa: Üniversite hastanelerinin geleceği

SD

Üniversite hastaneleri son dönemde tartışmaların odağında. Performans, rotasyon, “Tam Gün” derken üniversite hastanelerindeki sistem son dönemde adeta yeniden inşa ediliyor. Hal böyle olunca ‘ne oluyor’u ve ‘ne olmalı’yı tartışmak da sorumluluk sahibi hekimlere ve tıp entelektüellerine düşüyor. Grup Üsküdar, bu sezonun final toplantısında ‘Üniversite Hastanelerinin Geleceği’ni masaya yatırdı.

İstanbul Üniversitesi’nin tarihi Beyazıt Kampüsü’nde Rektörlük Binası’ndaki Mavi Salon’da gerçekleştirilen toplantıya katılım yoğun oldu. Moderatörlüğünü Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın’ın yaptığı toplantının ev sahipliğini İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Zeynep Çiğdem Kayacan yaptı. Toplantıya İstanbul Üniversitesi’nden yoğun bir katılım oldu. Rektör Danışmanı ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Recep Öztürk, Rektör

Danışmanı Doç. Dr. Faik Çelik, Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanı Doç. Dr. Saffet Tüzgen, Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanı Prof. Dr. Oğuz Çetinkale, Stratejik Araştırma Merkezi Müdürü Prof. Dr. Şafak Karamehmetoğlu ve Döner Sermaye İşletme Müdür Vekili Doç. Dr. Sezai Vatandesever’in yanı sıra İstanbul Tıp Fakültesi’nden Hastane Başhekim Prof. Dr. Recep Güloğlu ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden Hastane Başhekim Yardımcıları Doç. Dr. Serdar Erturan ve Dr. Hızır Aslıyüksel toplantıda hazır bulundular.

Sağlık Bakanı Danışmanı ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Haydar Sur, Pendik Belediye Başkanı Dr. Salih Kenan Şahin, GSS uzmanı Hüseyin Çelik, Dr. S. Haluk Özşarı, Cem Köylüoğlu, Ahmet Selim Köroğlu, Prof. Dr. Ahmet Şahin, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi eski Başhekim Doç. Dr. Hasan Fevzi Batirel, Prof. Dr. Ömer Uzel, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Doç. Dr. Kemal

Memişoğlu, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Başhekim ve Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Prof. Canan Aykut Bingöl, Dr. Ömer Güzel, Dr. Kamil Ergun, Dr. Ethem Uca ve Dr. Cengiz Konuksal toplantıya katılan öteki isimlerden bazıları olarak dikkat çekti.

‘Tıp fakülteleri mülkiyet fikrinden sıyrılmalı’

Toplantının başında Dr. S. Haluk Özşarı söz aldı. Eldeki imkânlar, eğitim ve araştırma gibi konularda üniversite hastanelerinde dengenin sağlanması zorunlu olduğunu kaydeden Özşarı, şöyle devam etti: “Merkezden para aktarılmalı. Üniversite hastaneleri sigorta şirketleri ile ortak çalışmalıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile üniversitelere ek gelir sağlanabilir. Teknoloji ayağı önemli. Bütün kurumlarda bilgi yönetimi önemli hale geldi. Bugün tıp fakültelerin mülkiyet fikrinden sıyrılması gerekiyor. Üniversitenin ille kendi hastanesi olması gerekir mi? Başka hastanelerle işbirliği yapılabilir. Bunu da düşünebiliriz.”



‘Özel sigortacılar ciddi bir kaldıraç etkisi yaratabilirdi’

Özsarı'nın ardından söz alan Cem Köylüoğlu onun bıraktığı yerden devam etti. Vaktiyle yeterli ilgi gösterilebilseydi özel sigortaların ciddi bir kaldıraç etkisi yaratabileceğini savunan Köylüoğlu sözlerini şöyle sürdürdü: “Ancak bu hastanenin ilgisi ile ilgiliydi. Hastanelerimiz bu kaynaktan gelişmiş ülkeler kadar faydalanamıyor. Mecbur kalmadıkça sigortalılar üniversite hastanelerini tercih etmiyorlar. Tam Gün Yasası'nı bu anlamda da bazı çekincelerim olmakla birlikte doğru buluyorum. Üniversite hastaneleri, sayı olarak değil nitelik olarak daha güçlü hastalara odaklanmalı.”

‘Yönetici eksikimiz var, gemileri yakan hekimler lazım’

Mart seçimlerinde görev başına gelen Pendik'in çiçeği burnunda Belediye Başkanı Dr. Salih Kenan Şahin, konuya belediye açısından yaklaşmaya çalışacağını söyledi. Konuşmasının başında, “Varolan mali kaynağı en iyi biçimde nasıl yöneteceğiz” diye soran Şahin, şöyle dedi: Bugün artık kayıt dışılık azalıyor. Bakanlık, hizmet sunumunu da ciddi manada geliştirdi. Ama bence Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastanelerine göre daha ciddi mesafe kaydetti. İnsan gücü noktasında ciddi eksiklerimiz olduğunu düşünüyorum. Sağlık yöneticisi sıkıntısı var. Geçmişte bu işi doktorlar bir süre yürütüp tam piştiklerinde kendi mesleklerine döndüler. Gemileri yakan insanlara ihtiyaç var. Yine bir soru sormak istiyorum: Vakıf Üniversitesi hastaneleri varolan üniversite hastanelerini mi takip edecek, yoksa yeni bir yol mu açacaklar?”

‘Hastane mimarisi kanayan yaramız’

Prof. Dr. Haydar Sur, vakıf üniversitesine ait bir hastanede, o üniversitenin öğrencilerin staj yapamamalarına dikkat çekti. Sur, daha sonra hastane mimarisi noktasına eğildi. Bu konunun ülkemizin ‘kanayan yarası’ olduğunu kaydeden Sur, Anadolu’da bir üniversite hastanesine dair gözlemlerini anlattı: “Gittik baktık, kardiyovasküler cerrahinin acile uzaklığı tıbbi mahsur doğuracak mesafede. Dedik ‘Bu iş nasıl olacak’, traktöre benzeyen bir araca bindirip hastayı götüreceklerini söylediler. Tali koridorlar 8, ana koridor 2 metre genişlikte. Dedik ‘Niye’; ‘Yama yama üstüne olunca böyle oldu’ dediler. Boruların geçtiği odalarda tavanla taban arası 8 metre yükseklikte. Hasta odalarına girdim, elimi tavana uzattığımda tavana değdi. Daha önceki plansızlıkların ceremesini şuan ki yönetim çekiyor. Rektör bu sorunu nasıl aşacağını düşünüyor.”

‘Başhekimler ‘dekanın işlerini yapan adamlar’ konumunda’

Haydar Sur daha sonra üniversite hastanelerindeki öteki sorunlara değindi. Sur şöyle dedi: “Üniversite hastanesi yeni teknolojileri algılayan, seçen, sistemin geneline salınım yapan yerlerdir. Kavşaktaki organlardır. Bu görevlerini ne kadar yerine getiriyorlar, tartışılmalı. Üniversite hastanelerinde bir de yönetim sorunu var. Dekanlar ve başhekimler arasındaki görev tanımı net değil. Dekanlar, hastaneyi de yönetiyor. Başhekimler dekanın işlerini yapan adamlar konumunda. Hatta başhekim yardımcısının yetkilerinin başhekimin yetkilerinden daha fazla olduğu durumları gördük. Dolayısıyla ‘Arap saçı’na dönmüş bu ilişkiyi yeniden inşa etmemiz lazım.”

‘Bir mekân bir dekan’ anlayışını tartışmamız lazım’

Sur'un ardından Prof. Dr. Recep Öztürk söz aldı. Kendisinden önceki konuşmacıların sözleri nedeniyle ‘Üniversite hastaneleri iyi yönetilemiyor’ gibi bir algı oluştuğunu kaydeden Öztürk, şöyle dedi: “Bir uçak mühendisliği fakültesinde eğitim için uçak fabrikası gerekmesi ile tıp fakültesine hastane gerekmesine dair kıyaslamayı doğru bulmuyorum. Tıp doğrudan insana hizmet veren bir dal. Bu nedenle lisans ve lisans üstü dönemde pratik uygulamalar için uygun hastaneler eğitim için gerekli. Ayrıca hastane yönetimi için üniversitede mevcut işletme vb fakültelerden yararlanarak üniversite hastaneleri çağdaş yönetim için de rol model olabilir. Eskiden bir mühür bir müdür ile kurumlar kuruluyordu, şimdi de bir mekân bir dekan anlayışı ile üniversite hastanelerin kurulması söz konusu... Uzun yılların ihmali sonrası oluşan sorunlar nedeniyle, ‘Tıp fakültelerinde hastaneler iyi yönetilmiyor’ haksız yargısına varmamak lazım. Ülkede sağlık hizmeti ve eğitim standartları belirlenip uygun bir denetim yapılması durumunda kimin, neyi, ne kadar yönettiği daha iyi anlaşılır.”

‘Askeri hastaneler sivil hasta kabul etmek istiyor’

Prof. Dr. Sabahattin Aydın, askeri hastanelerin döner sermaye kurabilmek için taleplerde bulunduklarını bildirdi; “Çünkü mevcut kalemleri ile sistemin dönmeyeceği anlaşıldı. Sivil hasta kabul etme, atıl yataklarını onlara açma gibi bir gayret içindeler” dedi. Ülkemizde sağlığa insan odaklı ciddi değişimler yaşandığını kaydeden Aydın, “Eskiden koruyucu sağlık adı altında gerektiğinde annesinin kucığından bebeği ayıp bağırta bağırta aşı yapıyorduk. Bugün koruyucu hekimlik,



sağlık algısı gibi kavramları tartışıyoruz” dedi.

‘Marmara’nın yıllık bütçesi 150 milyon, Harvard’ın 4 milyar dolar’

Aydın'ın konuşmasının ardından toplantıya 10 dakika ara verildi. Aranın ardından ilk sözü Doç. Dr. Hasan Fevzi Batirel aldı. Konuşmasında üniversite hastanelerin mali yapılarına değinen Batirel, ABD'nin ünlü üniversitesi Harvard'ın tıp fakültesine bağlı 20 hastanesi olduğunu, bütçesinin 4 milyar dolar olduğunu kaydetti. Marmara'nın bütçesinin ise 150 milyon dolar olduğunu bildiren Batirel, tıp fakültesi hastanelerinde başhekim ile dekan arasında yetki sorunu olmadığını savundu. Bunun üzerine araya Sabahattin Aydın girdi ve “O sizin dönemize has bir durumdu. İşine karıştırmayan başhekimleri rektörler görevden alıyor. Sizi de aldılar ya” dedi. Aydın'ın bu çıkışı salonda kahkahalara neden oldu. Haluk Özsarı, “Bravo, çok iyi tespit” diyerek Aydın'ı tebrik etti.

‘Deve mi kuş mu sorusu doğru bir soru değil’

Toplantının son bölümlerinde Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi Prof. Canan Aykut Bingöl söz aldı. “Burada üniversite hastanelerine çok yüklenildi” diyen Aykut, “Üniversite hastaneleri olarak Avrupa ile yarışacak düzeye geldiğimizi düşünüyorum. Bilimsel kongreler artık Türkiye’de düzenleniyor. Bu göz ardı edilememeli” dedi.

Aykut'un bu sözleri üzerine bir kez daha araya Sabahattin Aydın girdi ve “Vakıf üniversiteleri hastaneleri kamu hastanesi midir, özel hastane midir” diye sordu. Aydın'ın bu sorusu da salonda tezahüratlara neden oldu. Prof. Aykut'un bu soruya cevabı “Bu soru yanlış bir soru, deve mi kuş mu sorusu doğru bir soru değil” dedi. Aykut şöyle devam etti: “Biz kendi kendini finanse eden bir kurumuz. Ama hem kamuya hizmet veriyoruz, hem de eğitim ve araştırma yapıyoruz. Sizin tanımlamanızda özel olarak sınıflandırılabilir. Ama bence bizi üçüncü bir sınıfta anmak daha doğru.”

Sağlıkta yerel yönetimlerin rolü

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. Şahin, geçtiğimiz Nisan ayından beri Pendik Belediye Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Toplum sağlığını ilgilendiren konularla, çevresel, toplumsal ve ekonomik faktörler yakından ilintilidir. Yani kişinin sağlığını korumak için örneğin muayene ve kontrol hizmetler vs. yanı sıra çevresel ortamın iyileştirilmesi, altyapının düzenlenmesi, çevre ve ses kirliliğinin azaltılması gibi unsurlar da göz önünde bulundurulmak zorundadır. Dolayısıyla sağlık denilince konuyu salt tek bir açıdan değil, çok yönlü olarak ele almamız gerekiyor. Bu noktada halkın sağlık durumunun iyileştirilmesi için

ulusal ve yerel manada atılması gereken birçok adım var. Ancak biz burada sadece yereli ilgilendiren kısmına değineceğiz.

Belediyelerin sağlık alanındaki sorumlulukları

Yerel yönetimlerin sağlık ile ilgili sorumluluklarına değinmeden önce kanunlarda belirtilmiş sağlık tanımına bir göz atalım. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesine göre "Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyet hallerinin bulunmamasından ibaret olma-

yıp fiziki, ruhi ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik halidir." Sağlık hizmetleri ise, "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir."

Bu noktada sağlık, sadece hasta olma durumu ile sınırlandırılmamış, fiziki, ruhi ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda da görüldüğü gibi sağlık konusu tek bir açıdan ele alınamayacak kadar geniş ve







Sağlık İşleri Müdürlüğü tarafından muayene ve sağlık kontrol işlerinin organize edilmesi, Temizlik İşleri Müdürlüğü tarafından çöplerin zamanında ve doğru şekilde toplanması, Veteriner İşleri Müdürlüğü tarafından böcek ve haşere ilaçlamaların düzenli yapılması, Zabıta Müdürlüğü tarafından halkın sağlığını yakından ilgilendiren restoran, kasap ve marketlerin denetimi gibi konularla yerel yönetimlerin sağlık alanında oynadığı rolü kısaca özetleyebiliriz.

diş etkilere de o kadar açık bir konudur. Sağlık hizmetleri tanımı ise yine kişinin hasta olduktan sonraki durumuna değil, hastalığa sebep olan faktörlerin engellenmesine odaklanmıştır. Yerel yönetimlerin sağlık alanındaki temel rolü de, işte bu faktörlerin engellenmesiyle ilişkili olan belediye hizmetlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkmaktadır.

Yasalar ne diyor?

3.7.2005 kabul tarihli 5393 sayılı kanun, 1580 sayılı Belediye Kanunu'nun yerini aldı. Bu kanunun 14. maddesi "belediyenin görev ve sorumlulukları" başlığını taşıyor. Buna göre belediyelerin sağlıkla ilgili temel görev alanları şunlardır:

"İmar, su ve kanalizasyon, ulaşım gibi

kentsel alt yapı; coğrafi ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, itfaiye, acil yardım, kurtarma ve ambulans; şehir içi trafik; defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor; sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır. Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50 bini geçen belediyeler, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açar. "Aynı maddenin b bendinde ise şöyle denmekte: "Okul öncesi eğitim kurumları açabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir."

Kanunun 15/3 maddesinde ise "Hizmetlerin yerine getirilmesinde öncelik sırası, belediyenin malî durumu ve hizmetin ivediliği dikkate alınarak belirlenir" deniyor. Yani bir belediyenin kaynaklarını hangi alana ayıracağı, yine o belediyenin kendine has mali durumu ve yapılacak hizmetin ivediliği göz önüne alınarak belirlenmektedir. Bu sayede sağlık gibi toplumun refahı açısından hayati önem arz eden bir konunun belediyeler tarafından etkin bir şekilde ele alınması mümkün olabilmektedir.

Belediyenin sağlık hizmetleri

5393 Sayılı Belediyeler Kanunu'nun 14 maddesi (1. fıkranın b bendi) yerel yönetimlerin sağlık tesisi kurma yetkisine vurgu yapmaktadır. Buna göre "belediyeler, mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla, sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir." Yasada belirtildiği çerçevede bugün birçok belediye, sağlık tesisleri kurarak vatandaşla muayene hizmeti vermektedir. Belediyelere ait poliklinik ve tıp merkezlerinde vatandaşlar ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinden faydalanabiliyor. Bu tesisler, yerel yönetimlerin, bireylerin hastalıklarının tedavisi sürecinde oynadığı rolün bir göstergesi. Ancak belediyenin görevleri hastalıkları iyileştirmekle bitmiyor, bunun yanı sıra hastalıkların oluşumunun en-

gellenmesi konusunda da çeşitli hizmetler veriliyor.

Halk sağlığını korumaya yönelik yerel yönetim hizmetlerinden biri koruyucu hekimlik kurumudur. Koruyucu hekimlik bireysel ya da toplum olarak hastalıkların ortaya çıkmasını ya da ağırlaşmasını engelleyici önlemler üzerinde çalışan hekimlik dalıdır. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hızıssihha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

Bu tür hizmetlerin yanı sıra belediyeler sağlıklı bir toplum için gerekli eğitim faaliyetlerini yürütmekle de yükümlüdür. Esrar ve uyuşturucu kullanımına karşı yürütülen kampanyalar, okullarda verilen eğitimler ve alınan diğer önlemler, yerel yönetimlerin halkın sağlığını ve refahını sağlamak için verdiği hizmetlerden bazılarıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına giren bir diğer başlık ise spor ve egzersiz imkânlarının oluşturulmasıdır.

Günümüzde toplumun büyük bir kısmının spora ayıracak vakti yok ya da imkânı bulunmamakta. Şehirleşmeyle birlikte ticaret alanlarının genişleyip şehrin büyük bölümüne yayılması sonucu, spor alanlarının kurulması belediyeler için daha önemli bir görev haline geldi. Artık belediyeler yeni spor alanları oluşturmak ve toplumu spor yapmaya teşvik etmek için daha fazla yatırım yapıyor. Toplum sağlığı açısından gayet gerekli olan bu hizmetler, yerel yönetimler tarafından da öncelikli olarak değerlendiriliyor.

Özellikle büyükşehir belediyeleri tarafından yerine getirilen acil yardım ve ambulans hizmetleri, rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı bakımevleri sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Öte yandan bazı belediyeler sosyal güvencesi olmayan kişilere yö-

nelik sağlık hizmetlerinin yanı sıra, evde bakım hizmetleri ve kadınlara yönelik sağlık taramaları da yürütmektedir. Tüm bu hizmetler bir bütün olarak ele alındığında belediyelerin hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinde yerel düzeyde kilit bir rol oynadığı görülmektedir.

Birimler arası eşgüdüm önemi

Son yapılan kamu yönetimi reformu ve uygulanan hükümet politikalarıyla birlikte sağlık alanındaki birçok problem çözülmüştür. SSK hastanelerinde görmeye alıştığımız ve ülkemiz sağlık sektörünün değişmez kaderi olarak zihnimize kazınan bitmeyen kuyruklar çoğumuz için eski ve kötü bir hatıradır. Artık vatandaşlar devlete ait hastanelerin yanı sıra birçok özel hastaneden de sağlık hizmeti alabiliyor.

Tüm bu gelişmeler yaşanırken öte yandan sağlık konusunda yerel yönetimlerin üzerindeki sorumluluk da artmaktadır. Günlük temizlik işlerinin yapılmasından altyapı çalışmalarının yürütülmesine kadar birçok hizmet, sağlık konusuyla uzaktan veya yakından ilişkilidir.

Bunu biraz daha açarsak şöyle ifade etmeye çalışalım. Belediyelerin bünyesinde bulunan Sağlık İşleri Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü, Temizlik İşleri Müdürlüğü, Veteriner İşleri Müdürlüğü ve Zabıta Müdürlüğü, çevre ve sağlık hizmetleriyle dolaylı veya direkt olarak ilgili birimlerdir. Her biri halkın sağlığıyla ilgili konularda denetimler, düzenlemeler ve kontroller yapmakla yükümlü bu müdürlükler, toplumun sağlık kalitesini belirleyen koşulların oluşmasını sağlamaktadır. Sağlık İşleri Müdürlüğü tarafından muayene ve sağlık kontrol işlerinin organize edilmesi, Temizlik İşleri Müdürlüğü tarafından çöplerin zamanında ve doğru şekilde toplanması, bunların sağlıklı ortamlarda depolanması ve geri dönüştürülmesi, Veteriner İşleri Müdürlüğü tarafından böcek ve haşere ilaçlamaların düzenli yapılması, kenelere karşı önlemlerin alınması, bulaşıcı hastalık yayan böceklerin imhası, Zabıta Müdürlüğü tarafından halkın sağlığını yakından ilgilendiren lokanta ve restoran gibi mekânların denetimi, kasap ve marketlerdeki gıdaların kontrolü gibi konularla yerel yönetimlerin sağlık alanında oynadığı rolü kısaca özetleyebiliriz. Belediyelerin sağlık hizmetini yerine getirebilmesi için birimler arasında sürekli eş güdüm olmalıdır. Yerel düzeyde alınan bu önlemler sonucu sağlanacak yüksek sağlık kalitesi, mutlu ve refah dolu bir toplum oluşturma yanısıra yerel ve ulusal ekonominin gelişmesine de büyük katkı sağlayacaktır.

Sağlık ve kalkınma

Bir toplumun sağlık durumu ile o ülkenin sürdürülebilir kalkınma programı arasında sıkı bir bağ bulunuyor. Sürdürülebilir kalkınmanın temelinde refah seviyesi yüksek bir toplum vardır. Toplumun doğa ile uyum içerisinde sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmesi, bir ülkenin en temel hedeflerinden biri konumundadır. Bu sebeple sürdürülebilir kalkınma dediğimiz zaman insan, sağlık, çevre ve kalkınma arasındaki yakın ilişkiye göz atmamız yeterli.

Sağlık sektöründeki sorunları aşamamış, sağlık hizmetlerini tam olarak yerine getiremeyen bir ülkede sürdürülebilir kalkınmanın mümkün olmayacağı, kalkınma olmadan da sağlığın muhafaza edilmesinin kolay olmadığını söyleyebiliriz. Bu noktada sağlık ile sürdürülebilir kalkınma arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalar, sağlık bozukluklarının yoksulluğu daha da kötüleştirdiğini ve sosyoekonomik çöküşe yol açtığını gösteriyor. Çevresel bozulma, kaynakların yanlış yönetilmesi ve sağlıksız tüketim modelleri ve yaşam tarzları sağlığı etkiliyor. Kalkınma politikalarının ve uygulamalarının sağlık üzerindeki bugünkü ve gelecekteki etkileri ile yeni ortaklıklar ve tedbirlerin de sağlık sektörü içinde ve dışında göz önünde bulundurulması gerekiyor.

Bu açıdan bakıldığında belediyelerin, sağlık konusundaki yetki ve görevleri gereği, ulusal çapta sürdürülebilir kalkınma sürecinde önemli bir aktör olduğu söylenebilir. Toplumun geneline yayılacak kaliteli ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmetleri aynı zamanda sonuçları açısından ekonomik kalkınma ve toplumsal refahı da beraberinde getirecektir. Burada yine iş yerel yönetimlere düşüyor. Ulusal kalkınmanın çıkışı noktası olarak önce belediyelerde sağlanacak kalkınmanın temelinde sağlık yatıyor. Sağlıklı bir toplum, sağlıklı ve üretken nesiller yetiştiriyor, bu da ülkenin kalkınmasındaki temel gücü oluşturuyor.

Yerel odaklı yönetim anlayışı

Sonuç olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında sadece belediye içindeki birimler arasındaki eşgüdüm değil, belediye ile diğer kurumlar arasındaki uyum da hayati önem taşımaktadır. Türkiye'deki tüm kurumların sağlıkla ilgili söylemleri ülke politikalarıyla tam örtüşür olmak zorunda. Ancak bugün Sağlık Bakanlığımızın, yerel yönetimlerin sağlık hizmetleriyle ilgili bir öngörüsü, çalışması veya vizyonu bulunmamaktadır. Belediyeler mevcut sağlık hizmetlerini el yordamı ile düzenlemekte ve yerine getirmektedir. Dünyadaki yerel yönetim birimleri

Bugün Sağlık

Bakanlığımızın, yerel yönetimlerin sağlık hizmetleriyle ilgili bir öngörüsü, çalışması veya vizyonu bulunmamaktadır. Belediyeler mevcut sağlık hizmetlerini el yordamı ile düzenlemekte ve yerine getirmektedir. Dünyadaki yerel yönetim birimlerinin sağlık alanındaki yetkilerine ve kurumlar arasındaki işbirliğine baktığımızda ise kurumlar arası iletişimin daha güçlü olduğunu görmekteyiz.

nin sağlık alanındaki yetkilerine ve kurumlar arasındaki işbirliğine baktığımızda ise kurumlar arası iletişimin daha güçlü olduğunu görmekteyiz. Koruyucu sağlık hizmetlerinden acil yardım hizmetlerine kadar sağlıkla ilgili tüm alanlar belediyelerin yetkisindedir. Belediyeler ayrıca acil yardım ekibi, kurtarma timi ve itfaiye teşkilatı ile de entegre halde çalışmaktadır. Bunun en iyi örneklerinden birini ABD'deki 11 Eylül saldırılarının hemen ardından, New York Belediye Başkanı Rudolph Giuliani'nin performansında gördük. Afet yönetimini tek bir elden koordineli olarak yürüten Giuliani, çalışmaların düzenli yürütülmesini sağlamış ve toplumda oluşabilecek aşırı paniğin de önüne geçebilmişti.

Türkiye'de acil yardım hizmetlerindeki organizasyon problemi, kurumlar arası koordinasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu sorunu çözmenin en temel yolu ise belediyelerin dinamik yapısından faydalanmaktır. Hızlı ve etkin müdahale için sadece acil yardım alanında değil, tüm sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin avantajlarından faydalanılabilir. Merkezi hükümetler tarafından verilen sağlık hizmetlerinin yerel birimler tarafından yerine getirilmesi aynı zamanda kaynak israfının önlenmesi ve işgücünün daha verimli kullanılması açısından da faydalı olacaktır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı bir araya gelerek yerel yönetimlerle aralarındaki koordinasyonu tekrar gözden geçirmelidir.

Sırrı Süreyya Önder: Hekim hastanın klinik bulgularına, hasta sadece hekimin gözünün içine bakar

Röportaj: Ömer Çakkal

Yalnız ülkemizde değil tüm dünyada politika belirleyicilerin, hele de yasa koyucuların sokağın sesine kulak vermesi, alınacak kararların daha insancıl, daha uygulanabilir olması adına hayati önem arz eder. Hele de sokak, derdini derli toplu, adil ve mantık sınırları içinde anlatabiliyorsa iletişim tam da orada başlar. SD11'in röportaj konuğu entelektüel yönü hayran bırakması yanında karşıdakinin kalbine hitap eden sohbeti ile dikkat çeken bir yönetmen: Sırrı Süreyya Önder.

Paragrafın başında sokağa vurgu yaptım zira ilerleyen bölümlerde konuşumuzun sokağın içinden bir ses olduğuna şahitlik edeceksiniz. Bazen uzaktan, örneğin TV'den bir sohbetine tanık olduğunuz birinin, daha ilk tanışmanızda boynuna sarılmak, kalpten bir kucaklamak istersiniz ya; kendisine de söyledim, Sırrı Süreyya Önder o insanlardan biri. 'Beynelminel' filminin senarist ve yönetmeni, 'O... Çocukları'nın senaristi Önder'in sağlık algımıza, sağlık sistemine, hastanelerimize dair ağır eleştirileri var. Ama hiçbir yıkıcı değil, tersine onarıcı. Ben konuşurken ağzından dökülen kelimeleri hayranlıkla dinledim; umarım siz de bu söyleşiyi okumaktan keyif alırsınız.





Kıdemli bir hasta refakatçisi olarak benim bir gözlemim var, hastanelerde genel bir soğukluk egemen. Bu, sağlık personelinin başlayıp hekime kadar uzanan bir zincir. Gereksiz, anlamsız bir öfke var. Bu, biraz da hekimlerin uzman olana kadar hayattan bezdirilmelerinden ileri geliyor. Özel hastaneler ise hastayı güler yüzle karşılamayı bir eğitime dönüştürmüş. Bu, o soğuk karşılamadan daha kötü.



Şimdi size sıralı bir şekilde bazı kısa sorular soracağım. Buradan bu ülkenin taşını, toprağını çok sevdiğini hissettiğim, aydın bir yurdum insanının; hasta, hastalık, hastane ve sağlık algısına bir seyrüsefer yapabilmeyi murat ediyorum. İmdi; hastane ile tanıştığınız günü hatırlıyor musunuz?

Çok kötü hatırlıyorum. 8 yaşındaydım. Babamı kaybetmiştik. Babam siroz olmuştu. Adıyaman'daki hastanede bu teşhis konulamadı. Bir böbrek rahatsızlığı gibi düşünülüp öyle bir tedavi uygulandı. Hastalık teşhis edilince bayağı bir geç kalınmıştı. Önce Antep'e, ardından Ankara'ya kaldırıldı. Orada ameliyattan çıkamadı.

Kronik ya da sürekli bir rahatsızlığınız var mı?

Kronik bronşitim var. Akciğerlerimden yana hiç rahat değilim. O da uzun yıllar süren hapisane yıllarından bir miras. Hücre havasızdı, nemliydi ve çok sigara içiliyordu.

Bununla ilgili tedavi görüyor musunuz?

Yok. İki kez enfarktüs geçirdim. Tabi ki bir hoyratlık değil benimkisi. Sağlığa ya da bedene gereken ihtimamı göstermemek, öyle bir adam sende durumu değil. Hani bir şiir vardır, "Bozma ey hasta ile hastalığın arasını / Belki hak ihsan eder çaresini" ben biraz öyle bakarım. Hastalıklar da bizim bir şekilde barışık yaşamak zorunda olduğu-

muz, eğer kıymetini bilirsek bizim için lütuf bile olabilecek bir şeydir.

Hastalık bir lütuf mu yani?

Tabi bu biraz da nasıl ölmek istediğinizle alakalı. Şu anda vahim bir anlayış var. Olay biraz sağlık faşizmine dönüştürüldü. İnsanlar artık sağlıklı yaşamaktan çok uzun yaşamının peşine düştü. İnsan, binlerce organizasyonun bir araya geldiği bir organizmadır. Elbette ki bunda zaman zaman uyumsuzluk ve arızalar olacaktır. Vücudumuzun hayat enerjisini veren sistem moralle beslenir. Moral dediğiniz şey, başta kendinizle, sonra tüm kâinatla asgari bir barışı tesis etmenizle duyumsayabileceğiniz bir şey. Moral bir hoşnut olma hali. Moral komik bir şey izleyip gülmek, patolojik bir neşe hali içinde olmak değildir. Bunu yaptığınızda hastalıkların yapacağı etkiler oldukça asgariye iniyor. Bir bu. İkincisi, hep rahmetle yâd ederim, Bediüzzaman'ın bir sözü var, "Ben bu kulunça çok şey borçluyum" diyor. "Niye" diye sorduklarında "Bana Allah'ı hiç unutturmadi" diyor. Belli ki epey azap çekmiş. Kulunç bende de var. Hastalıklar bize bu hayatın çok da baki olmadığını, bu organlarınızın sizin emrinizde at koşturamayacağını gösterir. O yüzden bu konulara biraz serin yaklaşırım, çok vesvese etmem. Varsa bir çaresi, evet ona uymaya gayret ederim. Buna uymaya da gayret edilmeli. Önleme daha çok inanırım. Bugün bize tedavi diye dayatılan şeyler bir sürü handicap barındırıyor. Birtakım sentetik

maddeler midenizi düzelteyim derken karaciğerinizi bozuyor. Onun için biraz böyle seyrine bırakmayı ve hastalığımla, sıkıntılarım da barış içinde yaşamayı tercih ediyorum. Hastalıklar bize hayatın sonsuz olmadığını, yapmamız gerekenler varsa elimizi çabuk tutmamız gerektiğini hatırlatan mesajlardır.

Hiç ameliyat geçirdiniz mi?

Sırrı Süreyya Önder

1962 yılında Adıyaman'da doğdu. 1978'de Adıyaman Lisesi'nde öğrenciyken Maraş Katliamı'nı protesto ettiği için hapse girdi. Çıktığında Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi'ni kazanarak başkente gitti. 12 Eylül'ü burada karşıladı. Darbe olduğu zaman tutuklama furcasında içeri girdi. Uzunca bir yargılama süreci yaşadı. Sonra 12 yıl hapse mahkûm edildi. Cezaevlerinde açlık grevleri ve infazlar arasında 7 yıl mahkûm edildi. 2006 yılında çektiği Beynelmilel filmi, Önder'i geniş kitlelere tanıttı. 2008'de gösterime giren 'O... Çocukları'nın senaryosunu yazan Önder'in NTV'nin 'Türkiye'nin Yönetmenleri' projesi için çektiği kısa filmi 'Taş Yok Mu Taş', kısa filmciliğin demirbaşları arasına adını yazdırdı.

5-6 yıl önce apandisit ameliyatı geçirdim. Eğreti Gelin filminin setindeydik. Apandisitimi patlamışım. Kalkıp İstanbul'a geldim. Cerrah arkadaşım-dı, daha beni kapıda görünce "Apan-disitini patlamışsın" dedi. Tedavisi de bir hayli uzun sürdü. Geç kaldığım üç gün içinde kendi kendini kangren etmiş. Enfeksiyon yayılmış.

Bunu bilmiyordum, sizin filme katkı-nız neydi ki?

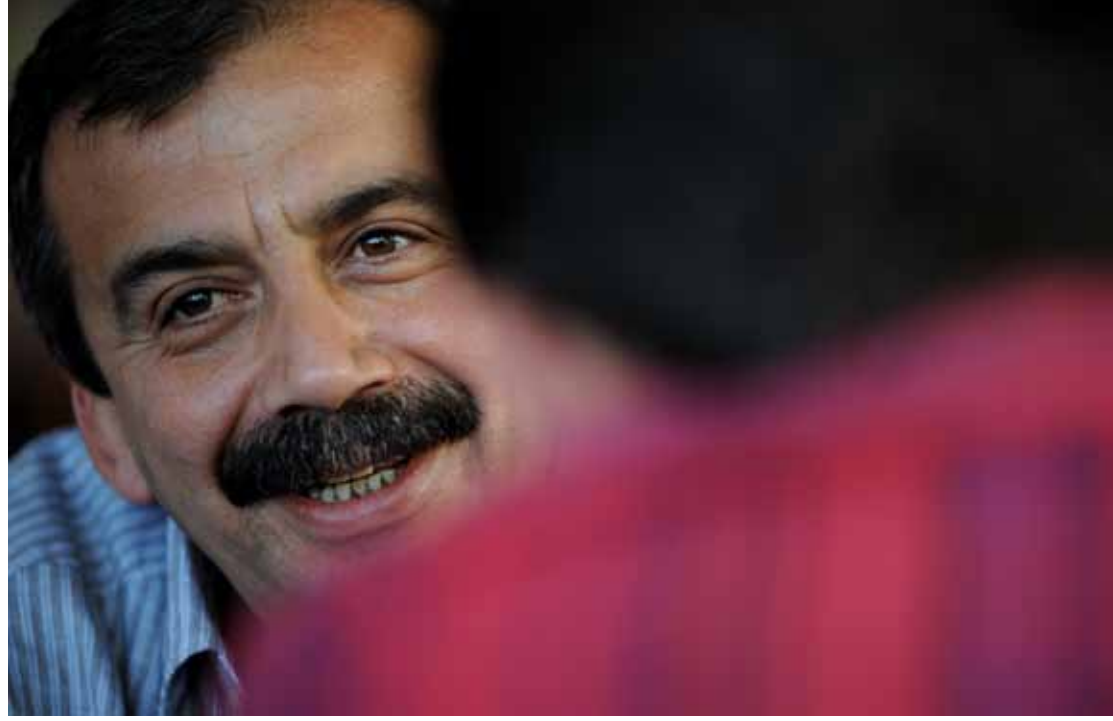
Yok, öyle bir katkı olmadı. Rahmetli Atıf Abi (Atıf Yılmaz) "Gel bir seti gör, sonra gidip kendi filmini çekersin" demişti.

Bir sürü vardır ya, unutamadığınız bir hastane yolculuğunu anlatır mısınız?

O ameliyatın öncesinde anestezi almadan önce doktora bir mısra okudum. "Dest-bûsî ârzûsıyla ger ölsem dostlar / Kûze eylen toprağum sunun anunla yâra su" diye Fuzuli'nin "Su Kasidesi"nden bir beyit okumuştum. Şimdi hastane kelimesinin ontolojik kısmından bir sakatlık var. Eskiden şifahaneydi. Şimdi hospital olarak falan hiçbir şey vermiyor. Hasta ve hastalıkla anılan bir isim yerine şifa ile anılan bir isim bana daha ferahlatıcı gelmiştir. Ama modern zamanlar bütün bu şeyleri aldı götürdü. Herkes bir yerinden bu moderniteye uyma telaşında. Halbuki ben mesela hiçbir hakkında fikrim olmayan üç tane hastane görsem, içinde şifa geçeni tercih ederim. Ama insanlar şimdi hospital uzantılı hastaneleri tercih ediyorlar. Bilenler bilir, küçük şehirlerden büyükşehirlere bir hasta turizmi vardır. Biz Adıyamanlıyız. Adıyaman'da bir akrabamız hastalandığı zaman orada bir çözüm bulunamıyorsa, "Bir de İstanbul'da doktora gösterelim" denir. Onun için bizim evimizde hastalık vesilesi ile memleketten gelen misafir eksik olmaz. Eksik olmasınlar, hekim arkadaşlarımızdan tanıdığımızı gideriz. Ya da tanıdığımız olmazsa, uzmanlığına güvendiğimiz yerlere gideriz. Kıdemli bir hasta refakatçisi olarak benim bir gözlemim var, hastanelerde genel bir soğukluk egemendir. Bu, sağlık personelinin başlayıp hekime kadar uzanan bir zincir. Gereksiz, anlamsız bir öfke var. Bu biraz da hekimlerin, uzman hekim olana kadar hayattan bezdirilmelerinden ileri geliyor.

Bu soğukluk özellerde de var mı?

Özel hastaneler hastayı güler yüzle karşılamayı bir eğitime dönüştürmüş. Bu daha kötü. Bunun böyle olması o soğuk karşılamadan daha kötü. Çünkü kalp ile gülmüyorsa bu belli oluyor. İşte gerek özellerde, gerek devlette hekim-



liği de aşan, insanlık namına bir ilgi, dikkat ya da özen gördüğünüz an, o hekime ya da personele kayıtsız şartsız teslim olduğunuz andır. Bence ne öyle hastayı müşteri, hastaneyi 5 yıldızlı otel gibi gören bir mantıkla ve zorlama bir ilgi ile ne de çok araya izolasyon duvarları örmek lazım. Hekim hastanın klinik bulgularına bakar, hasta sadece hekimin gözünün içine bakar. Birincisi bu. İkinci bir söylemek istediğim daha var. Hasta diyor ki, "Özele gidersek şimdi bunlar işi çoğaltır. O tahlil, bu tahlil..." Deontolojide denir ki, "Hastaya yardımcı olmak isterseniz elinizi çabuk tutun. Çünkü hastanın size verdiği bir kredi vardır, o kredi içinde hastalığıyla ilgili somut bir tablo ortaya konulmamışsa hasta başka yerlerden medet umar." Kıdemli hasta yakını olmamdan ve hekim arkadaşlarımdan edindiğim tecrübe odur ki, bugün bir bel fıtığı şikâyetiyle doktora gittiğinizde klasik bir röntgen pek çok şeyi görmeye yeterlidir. Ama öteki bir sürü görüntüleme yöntemleri sizden isteniyorsa bunun bir sıkıntısı var. Bu ülkenin kaynakları o kadar bol değil. Diğer görüntüleme yöntemleri çok pahalı ve tüm girdileri yurtdışından getirilen şeyler. Durum budur kabaca.

Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız? Dua mı edersiniz, hemen doktora mı gidirsiniz, yoksa evdeki bitkiler, meyve/sebzeye mi yönelirsiniz?

O hastalık hakkında bir fikrim varsa kendimce bir önlem almaya çalışırım. Bitki takviyesi de olabilir, ilaç da. Ama bir müddet de kendi haline bırakmayı tercih ederim. Çünkü biz vücudumuzu bu kadar ilaçların denetimine bıraktığımız zaman, bu organizma sıkıntılarla mücadele kabiliyetini kaybeder. İnsan bunun için eşref. Ben cezaevi yıllarımdan biliyorum, her biri adamı öldürecek bir sürü dert bizi öldürmedi. Demek ki insan doğasının başka bir diyalektiği var. Bu bir müddet bekleme hali sonuç vermezse güvendiğim hekime giderim, hastaneye değil!

Kadrolu TV zerzevatçılığı' ağır bir istismar

Klasik tıbbın dışında alternatif tedavilerle hiç tanıştınız mı? Ya 'kocakarı ilaçları'yla?

Bir yönüyle çok kıymetli buluyorum. Alternatif değil de, tamamlayıcı tıp, halk tıbbı diyelim. Bunların bir yönüyle gözden uzak tutulmaması gerektiğini düşünüyorum. Ancak geline nokta da ülkemizde klasik tıbbın geldiği boyuttan daha vahim noktaya geldi. Şimdi bu fetişleştiriliyor. Her kanalın kadrolu zerzevatçıları türedi. Zerzevatçı diyorum, özellikle böyle diyorum. Çünkü bir Latin atasözü var: "Zehiri miktar doğurur" denir. Tedavinin halkın eline bırakılmasının en büyük sıkıntısı, dozajlama sıkıntısıdır. Bitkiler kararınca uygulanmadığında azı faydasız, çoğu zehir etkisi gösterebilir. Bu o kadar vahim ki, İslami referans olan sebzeciler var, laik anlayışta sebzeciler var. Böyle bir kolaycılık başladı, bu tıba ihanettir. Psikiyatride telefonla teşhis konulup tedavi edenler var. "Şunu ye, bununla şunu karıştırıp tedavi ol" diyorlar. Bunun affedilmez bir istismar, ağır bir vebal olduğunu düşünüyorum. Çünkü insan bıçare ise söylediğiniz şeye dört elle sarılacaktır. Tamamlayıcı tıbbı onaylamakla birlikte böyle adamları dinlemek yerine, en kötü koşullardaki hastaneye gitmek daha evladır. Çünkü bunlar işin tüccarlığına başladılar. Nereye ticaret girerse fazilet oradan uzaklaşır.

Babanız dışında yakınlarınızı kaybettiniz mi?

Çok. Amcalarım, halalarım, cezaevi arkadaşlarım. Bunların içinde genç ölenler, açlık grevinde ölenler var.

Bu ölümleri nasıl karşıladınız; teslim mi oldunuz, isyan mı ettiniz, sükûnetle mi karşıladınız?

Genelde sükûnet daha baskındır. Ama



Sistem genel olarak cezaevindeki tüm mekanizmaları bir işkence argümanı kılmak konusunda planlanmıştı. Günde üç öğün yemek mi yiyeceksiniz, size verilen yemekteki yağı pişirmeden boca etmek, sizi fiziksel olarak öldürmenin de bir yoluydu. Revir meselesi de böyleydi. Oradaki işkenceye ortak olmaya gönüllü ve yer yer ortak olan, hastayı bir de kendisi döven tabipler gördük.

tabi ki hadise sıcakken tevekkül, itiraz hepsi birbirine karışır. Kim bunun aksini söylüyorsa onda bir arıza var demektir. Hayat bu anlamda onarıcı bir şey. 'Hafıza-ı beşer nisyan ile maluldür' denir, sakatlanmıştır denir aslında. Ama bence en büyük savunma mekanizmasıdır unutmak. Bize bahsedilen en büyük nimetlerden birisi. Herhalde her gün o acı ile yaşasanız akli meleke-leriniz kaçır gider.

Hiç psikolojik tedavi gördünüz mü?

Yok.

Yakınıınızda gören oldu mu?

Yok. Biz biraz geniş aileyiz. Onun için kendi dertlerimizi paylaşarak hafifletiyoruz. Zaten hafifletmek tedavinin en önemli aşaması. Bizde 7 yaşındaki çocuğun stresi ile 70 yaşındaki insanın sıkıntıları aynı kıymette ilgi görür. Herkes buna bir şekilde katkı sunmaya çalışır. Psikiyatrik sıkıntıların bu kadar çoğalması, modernitenin yarattığı bir şey. Yalnızlık kadar, hele de kalabalık içinde yalnız olmak, paylaşmamak kadar kötü bir şey yoktur. Zira insan insanın zehrini alır. Bu da bir Latin atasözü. Anlatınca derdinizin azaldığını fark edersiniz. Onun için elhamdülillah bizdeki sıkıntılar psikiyatrik tedavi boyutuna gelmiyor. Yoksa sıkıntıları görmezden geliyor değilim.

Psikoloji hastalarını sanki arafta, uykuda, dünya ile öte âlem arasındaki varlıklar olarak görür kimileri. Sizin bu noktada düşünceniz ne?

Bence deliliğin rütbeleri var. Dereceleri demeyelim. Bunlar belki vahim bir kanser hastalığından daha çok içimi yakar. Çünkü akıl en önemli sermaye. Bunun rayından çıkması ve kendine yetememesi hali çok sıkıntılı bir hal. Yer yer tıp da yetersiz kalıyor. Bugün şizofreni bilimi de aslında bu depresyonu baskılamaktan, ajitasyonu azaltmaktan ibaret. Onun için paylaşmanın, kucaklamanın, kucaklaşmanın birçok terapiden daha iyi geleceğini zannediyorum.

Hapiste hastasını döven hekimler gördüm

Önemli bir konu vardı ama önceki konuları ezmemesi için buraya sakladım onu. Siz 12 Eylül döneminde aylarca hapsedildiniz. Orada tedavi-nizle ilgilenen sağlık görevlileri var mıydı? Hastalandığınızda, yaralandığınızda nasıl bir tedavi uyguluyorlardı size?

Bu soruya teşekkür ediyorum. Sistem genel olarak cezaevindeki tüm mekanizmaları bir işkence argümanı kılmak konusunda planlanmıştı. Günde üç öğün yemek mi yiyeceksiniz, size verilen yemekteki yağı pişirmeden boca etmek, sizi fiziksel olarak öldürmenin de bir yoluydu. Revir meselesi de böyleydi. Burada iki yaklaşımı anacağız. Bir, görünür ve çok acil bir durumunuz yoksa doktora sıraya yazılıyorsunuz. Ve 5-6 ayda ancak size sıra geliyordu. Kana-malı, yaralı, iltihaplı bir durumunuz varsa, asker bayıldığınızı görüp ikna olmuştaysa hemen doktora gidebiliyordunuz. Hastanede tedavinizi gerektirecek bir durum söz konusu ise, 100 kişiden biri hastaneye sevk ediliyordu. Onu da artık birine 'imamın kayığı' görünmüşse gönderiyorlardı. Bir bu. Bununla bir daha lanetliyorum o günleri. İkincisi hekim meselesi. Hapisteki hekimler genellikle asteğmen hekimlerdir. Bunları "Mahkûma insan muamelesi yapmayın, bunlar şöyle hain, böyle zalim. Bunlara en yakın bir yakınlık gösterirseniz sizi de sorumlu tutarız" diye korkuturlar. Üç grup hekim vardı. Bir, gözünüze bile bakmayan, alelusul sizi dinleyip dahilen aspirin, haricen tentürdiyot uygulayan hekimler vardı. Bunların Allah yardımcıları olsun. Bunların yaşadıkları müddetçe hiçbir zaman iyi bir insan olma gibi bir şansları yok. İkincisi, böyle bir buyruk almaya gerek bile görmeden yeterince zulmü barındıran, oradaki işkenceye ortak olmaya gönüllü ve yer yer ortak olan, vücudumuzdaki dayak ya da işkenceden mütevellit şeyleri sadece kayda geçirmesini istediğimiz halde bir de kendisi döven tabipler gördük. Sonuza kadar Allah'ın bütün zulmü bunların üzerine olsun. Bir de üçüncü hekim grubu vardı ki, tüm o şartlara rağmen böyle davranmayan, fırsat varken şu mahkûma nasıl bir şifa verebilirim diyen hekimler tanıdım. Bütün selamımız, iyi dileklerimiz onlarla olsun. Hep iyilikle anarım, adını

bile bilmediğim Trakyalı bir diş hekimi vardı. Dişlerimden çok çekiyordum. 3-4 yıl diş macunu ve fırça verilmedi. Ağzım bir iltihap yuvası, enfekte olmuş. Diş hekimine yazıldım, gidebilmem 2 yıl kadar sürdü.

Tam olarak ne kadar mahkûmiyet yaşadınız?

7 yıla yakın sürdü. 2. yılın sonunda Trakyalı diş hekimine gidebildim. Yoğun enfeksiyondan ötürü ağzıma anestezi uygulayamadı. Bana dedi ki, "Sana şimdi antibiyotik yazıp göndersem senin geri gelmen 2 yıl sürer. Gel sen biraz tahammül et, ben bu kökleri alayım. Biraz ızdıraplı olacak ama bunları ağzında bırakmayalım" dedi. Ben de tamam dedim, o ki dişi çekti. O esnada şunu gördüm, benim canım ne kadar yandıysa, o hekimin canı da o operasyonu yaparken o kadar yandı. Aslında bu müşahede bir anestezi yerine geçti. Birinin canı sizinle aynı derecede yanıyorsa, hele de bu tedaviyi uygulayan hekimse ızdırabınız bir nebze azalır. Dolayısıyla buradan şunu çıkarabiliriz: Kimsenin kötü olmaya mazereti yok. Aynı baskı o hekimin üzerinde de vardı. Fakat bunlar insanlığı, hamiyeti elden bırakmadılar. Belki bunun için gadre uğradılar, belki o yıllar onlar için de biraz meşakkatli geçti ama böyle davrandılar.

Yaşadıklarınız, ülkemiz hapishanelerinde bugünkü mahkûm tedavisi, mahkûm-hekim ilişkisi hakkında bir fikir verebilir mi?

Bugün durum daha kötü. Bugün birincisi mahkûm sayısı o günkü ile kıyaslanamayacak kadar fazla. Artık hapishaneler adam almıyor. İnsanlar salkım saçak yatıyor. Hekim iradesini de aşan durumlar söz konusu. Bugün de hastaneye sevk meselesi bir hayli sorunlu bir mekanizma. Yani bu noktada yürek ferahlatacak bir noktada olmadığımızı söyleyebiliriz.

Gazetelerde yer işgal eden, piyasa yapan hekimlerden nefret ediyorum

Buradan itibaren izninizle toplumda ki sağlık ve tıp algısı üzerine konuşmak istiyorum sizinle. Şimdi 21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?

Üç meslek var ki tüccarlığı kaldırmıyor. Biri öğretmenlik, öteki hâkimlik, üçüncüsü doktorluk. Dikkat edersiniz bu üç meslek de Tanrının vasıfları ile bezelidir. Öğretmek, yargılamak, şifa dağıtmak, öldürmek, yaşatmak. Doktorsanız şifa dağıtırsınız, bu Allah'ın tekelinde olan bir şeydir, siz de buna bir yerinden ortak oluyorsunuz. Doktor olmanın

şerefi ile yetinmeyen biri doktorluk yapmamalı. Para herkes için lazım. Hepimiz bunun kahredici öneminin farkındayız. Ama parayı birinci sıraya koyarsanız şifa dağıtamazsınız. Tüccarlık buraya hiç yakışmayan bir şeydir. Bir kere insanlık olarak ömrün uzamaya çağını, ihtiyarlığın uzayacağını bilmemiz lazım.

Çok güzel...

Yani ömür uzamaz, uzayan ihtiyarlığımızdır. Bunun süresinden çok nasıl ikmal edildiği önemlidir. Ama kahretsin ki bu mesele de arz-talep denkleminde belirleniyor. Kimse büyük kanseri görmüyor, küçük semptomlarla uğraşıyor. Büyük kanser; insanın yok sayıldığı, merkeze konulmadığı bir kaostur. E sen bunu algılayıp tedavi etmek için serçe parmağını bile kimildatmayıp doktor kapısı aşındırırsan doktorlar da tüccarlaşırlar. Hepsi beni bağışlasın, kişisel bir şey de değil ama gazetelerde yer işgal eden, piyasa yapan, müşterileri toplayan bütün hekimlerden nefret ediyorum. İnsanı çok seven biriyim ama içimde bunlara karşı derin bir öfke ve kin var. Çok yakışsız ve alçakça geliyor bana. Çünkü insanı en zayıf yerinden avlıyorsun. Ticaret olarak baktığında bile bu caiz değil.

Siz hiç obez bir fukara gördünüz mü?

Konu güzel bir yere geldi. Sizce günümüzün doktorları hastalıkların tedavisine doğru noktadan bakabiliyorlar mı? Sağlık alanında "iyilik hali" derler ya hani, karşılına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayır edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

Şüphesiz ki böyle birçok hekim var. Böyle toptan bir mahkûm etme hali zalimce olur. Üstelik bunların sayısının diğerlerinden de çok olduğunu düşünüyorum. Sadece öbürlerinin sesi daha fazla çıkıyor. Yoksa adını sanını bile bilmediğimiz yerlerde, kendisinden geçip, ailesini ihmal edip kendini insanlara şifa dağıtmaya vakfetmiş bir sürü hekim var. Ama öbürlerinin sesi daha çok çıkar. Çünkü Kapitalizm böyle bir şeydir. Onun için piyasanın metal haline gelmeyen hiçbir şeyin ehemmiyeti yoktur. Şimdi 21. yüzyılın en büyük sorunu obezite diyorlar. Yahu siz hiç obez bir fukara gördünüz mü? Obezlere önerdikleri reçete ise yoksulun tahanı. Bak Kapitalizm insanın aklını alır. Önce sizi genleriyle oynanmış, bin bir katkı maddesi ile dolu etlerle, sebzelerle şişirir; sonra da fukara tahanı ile çözülecek şeyleri bir endüstri haline getirip zayıflatmaya çalışıyorlar. Fukara gider yağsız, kireç gibi peynir alır.

Şimdi 21. yüzyılın en büyük sorunu obezite diyorlar. Yahu siz hiç obez bir fukara gördünüz mü? Obezlere önerdikleri reçete ise yoksulun tahanı. Bak Kapitalizm böyle bir şeydir, insanın aklını alır. Önce sizi genleriyle oynanmış, bin bir katkı maddesi ile dolu etlerle, sebzelerle şişirir; sonra da fukara tahanı ile çözülecek şeyleri bir endüstri haline getirip zayıflatmaya çalışıyorlar. İnsanlar uyanmazsa 21. yüzyıl bunlarla oyalanılarak geçecek.

En ucuzu odur çünkü. Kapitalizm bu peynire light etiketi yapıştırıp daha pahalı satar. Her şeyin light olanını çıkarırlar. İnsanlar uyanmazsa 21. yüzyıl bunlarla oyalanılarak geçecek.

Bir önceki sorunun ayak izini takip edelim. Hani yurdum köylüsünün yıllar yılı memurun türlü rütbelisinin odasına girdiğinde kasketi ellerinin arasında, iki büküm durup, korkarak derdini anlatması vardır ya; doktor karşısında da sanki halen ürüyor muyuz biraz? Geçenlerde bir araştırmanın sonuçları yayımlandı; doktorlar dinledikleri hastanın sözünü 18 saniyede bir kesiyorlarmış.

Ülkemizde bir dönem aralarında doktorların da olduğu vasıflı memurların tümü kibirliydi. Ve bu kibir belki sistemin mazotlarından da biriydi. Sistem bir zamanlar yukarıda becerikli hain, aşağıda ise sisteme itaatkâr muti kul istiyordu. Vatandaş sayı ile anılırdı, bir değeri yoktu. Ama doktorlara has bir şey değildi bu. Şimdilerde artık kalmadı bu. Eskiden SSK hastaneleri çok kötü durumda idi. Hasta kuyrukları çekilmeyecek durumda idi. Bunların devlet hastaneleri ile birleştirilmesi ve durumlarının iyileştirilmesi bu siyasal iktidarın en fazla hayır duası alacakları şey. Şimdi çok sayıda genç doktor da var ki, onlarda bir kibir olduğunu söylemek zor. Üstelik artık farkla da olsa özel hastanelerden hizmet alınabiliyor ki, bu da akıllıca bir hasta dağılımı sağladı. Eskiye kıyılса yığılma azaldı.



Bir sürü yoksulun, emeklinin, dulun hayır duaları mevcut iktidarın üzerinde

Hükümetin sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz?

Açıkçası bu konuya çok derin bir vukfiyetim yok. O nedenle bu şerh- le, gözlemlerimden çıkarak iki aşamalı olarak bir şeyler söyleyebilirim. Birincisi, mevcut iktidarla uzak yakın en ufak bir aidiyetim olmamasına rağmen öncekilerle kıyaslanmayacak ölçüde yoksuldan yana tavır aldığını gönül ferahlığı ile söyleyebilirim. Bir sürü yoksulun, emeklinin, dulun hayır duaları onların üzerinde. Bu hakkı teslim etmemek çok ayıp olur. Öte yandan ben hasta ile hekim arasında bir para ilişkisi kurulmasını yeterince vahim görüyorum. Sağlık tüm yurttaşlar için eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir bir hak olmalı. Belki de devlet bu birkaç şey için, sağlık, eğitim için var.

Sizce dünya toplumu olarak sağlıkta neredeyiz?

Yaşam kalitesinin artırılması görünür bir vaka. Ama öte yandan sizin önlem aldığınız bir şeyi üretirken öte yandan yaşamın doğal döngüsü hep yeni sorunlar doğuruyor. Koruyucu hekimlikle çözülebilecek birçok noktada geri kaldığımızı düşünüyorum. Bizler biçim-

içerik ilişkisine hep sakat bakmışız. Bu toplumun büyük bir kısmı 5 vakit namaz kılar. Ama abdest aldıktan sonra ayağını kurulumaz. Yani zarf, mazrufun önüne geçer; amaç aracın önüne geçer. Abdestten murat edilen vücudun temizliğidir. Biz abdestin kendisini, şeklini daha çok önemseriz. Bu ülkede eğitim seferberliği başlatılır, bir müddet sonra okul açmak eğitimin önüne geçer. 300 okul daha açarsak meseleyi çözebileceğimizi düşünürüz. Sağlık meselesinde de böyledir. Hastane sayısının artması çözüm değil ki. Örneğin bu ülkede en çok ölüm nedenlerinden biri olan hepatiti sadece hijyene dikkat ederek azaltabilirsiniz. Beslenme alışkanlıklarımızı ve hareketi düzenlediğinizde kardiyolojik nedenlerle ölümleri ve hastalıkları epey geri düzeylere çekebilirsiniz. Topyekûn bakışlarımızı kontrol etmemiz lazım.

Sağlık üzerine düşünen beyinler arasında 'özel hastanelerin artmasıyla birlikte hastalığın adeta bir mal haline gelmesi' ile ilgili bir tartışma da var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Buna böyle bakan doktorların amacı nedir; kâr elde etmek. Buna böyle bakanlar şunu düşünmüyor: Böyle bakarken bir gün elinizde hasta kalmayacak. Spekülatif bir kazanç kapısı olduğunu gören bir sürü sinek buraya üşürür, bir müddet sonra size pastada pay kalmaz. Çünkü rekabet devreye girer. Biri "Sizden üç lira aşağıya tedavi ediyorum"

der, beriki ek bir hizmetle, promosyonla iş yapar. Onun için tedaviye böyle bakanlar açısından bu gidiş kısa süreli bir talan. Kazanılan hayrı olmayan para insanın etine bulaşır. İnsanlar da bir müddet sonra "Gittik şifa bulamadık, gittik soyulduk" der.

Madalyonun bir yüzündekileri söylediniz ama. Hastayken kendisini önce müşteri, sonra tüketici konumuna yükselten, hiçbir şeyden memnun olmayan, parayı bastırıp öne geçmeye, hak etmediği hizmeti talep etmeye çalışan bir talep var bir de.

Bu, az önceki mantığın tersinden izdüşümü. Hak edilen adil hizmet dağıtılsa böyle eğilim yeşermez ki. Yeşerse de çok sıra dışı bir oranda kalır bu. Ama öbür taraf meseleye tüccarca yaklaşınca bu tarafta da karşılığını yeşertir. Biri parayla iyi olacağını düşünme gafletindeyse ne diyelim, Allah yardımcısı olsun. Ama ikisinden birine şefkat göstereceksek, gene de ona göstereceğiz. Çünkü o hasta. Sosyalist sistemler tasfiye edildi ama tasfiye edilmeyen bir sistemden söz edeyim mi size?

Edin.

Bir kadın hamile kaldığında çocuğun ve ananın sağlığı açısından bazı kontrol ve aşılar var. Sovyetlerde, Ukrayna'da ve Kazakistan'da hamileyken iki periyodik kontrolü ıskalarsanız bunun cezası hapis. Bunun için verilen hizmet de ücretsiz. Diyelim ki doğumu yaptınız. Maddi durumunuz ne olursa olsun, doğumdan sonra bir süre her sabah bir kamyon evinizin önünde durur; kapınıza iki şiş süt bırakır. 7 yaşına kadar çocuğu rutin kontrollerine götürmezseniz gene hapis cezası var. Bizim ülkemizdeyse ruhsata bağlı olmayan tek şey çocuk yapmak! Şimdi bu ülkelerde bu küçücük harcamalarla, ileride yapılacak sağlık harcamaları sigorta edilir, önlenir. Düzenli aşıları yapılan, yeterince protein ve kalsiyum alan çocuklar ileride sağlıklı bireyler oluyorlar. Bu işe böyle bakmak lazım.

Türkiye her konuda derbeder bir ülke, Allah yardımcımız olsun!

Türkiye'nin sosyalist bir ülke olmadığı aşikâr. Sağlık üzerinden konuşacak olursak biz tam olarak kapitalist bir ülke miyiz, yoksa ikisi arasında gidip geliyor muyuz?

Yahu biz sadece sağlıkta değil, her konuda derbeder bir ülkeyiz. (Kahkahalar) Allah bizim yardımcımız olsun. Hiçbir şeyin bir sisteme oturtulmadığı, hiçbir şeyin bir izahla açıklanamadığı, perişan bir ülkemiz. Zenginimiz de öyle, fukaramız da.

Adıyaman'dan gelen yakınlarınızı özele mi, kamu hastanelerine mi götürüyorsunuz?

Fakülte hastanelerine. Çapa, Cerrahpaşa ve Marmara Üniversitesi hastanelerinde hekim arkadaşlarım var.

'Kıdemli bir hasta yakını' gözüyle baktığınızda, bugün bir özel hastanenin kapısından içeri girmekle devlet hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında, alacağınız hizmeti düşündüğünüzde ne gibi farklar var?

Birincisi fiziksel farklar var. Özel hastaneler, daha insani hizmet veriyor. Daha hijyenik, oturulacak yerlerin olduğu yerlere sahipler. Ama devlet hastanelerinin gayri insani hizmet vermesi, orada görev yapanların gayri insani olmalarından ileri gelmiyor. Bu olanaklar meselesi. Devlet ne yazık ki bu ülkede yıllar yılı silahlanmaya sağlıktan daha fazla para ayırmış. Ama şu da var, bir yerde bir hekim çıkıyor, orayı çiçeklendiriyor. Buradan, bir insanın gayretinin bile bir sürü sorunu çözmeye yeteceği sonucuna varıyoruz. Ama bizde 'mevzuat hazretleri' bir sürü iyi niyetli adamın ya da kadının önüne diken gibi dikilebiliyor. Yeri gelmişken devletin hastane anlayışına alternatif, biraz onun taklidi hastane anlayışı yerine kalp, göz gibi alanlarda branş hastanelerini daha doğru buluyorum.

İflah olmaz bir tiryakiyim ama sigara yasağına uyarım

Sigara yasağı, doktorlara tam gün mesaiyi öngören yasa tasarısı gibi konularla ilgili misiniz?

İflah olmaz bir sigara tiryakisiyim. Ama toplum sağlığını, bilhassa da yetişkin olmayanların sağlığını gözetken her türlü düzenlemeye, faşizanca dahi olsa itaat edilmesi taraftarıyım. Bu konuda hiçbir itirazın içinde olmam.

Bu röportajı 19 Temmuz'dan sonra yapmış olsaydık siz burada sigara içemeyecektiniz. 2-3 saat boyunca mola verip dışarı çıkmamız gerekcekti. Gerçekten uyabilir misiniz bu yasağa?

Uyarım. Öteki türlü çok riyakâr bir yaklaşım olur. Avrupa'ya gittiğimizde sigara yasağına uyuyoruz, niye kendi memleketimizde uymayalım? Bununla ilgili bir Nürnberg anımı anlatayım. Geçen yıl bir film festivaline gittim. Festival merkezinin hiçbir yerinde sigara içilmiyor. Kalınan otelde de lobide içilmiyor, az sayıda odada sigara içiliyor. Biz Türkler de elhamdülillah (!) fosur fosur sigara içtiğimiz için otel yönetimi bize oda ayarlamakta sıkıntıya düştü. (Kah-

kahalar) Mevsim de kış. 10-15 kişi dışarı çıkıp sigara içiyorduk. Dışarıda bile her yerde sigara içilmiyordu, belirli yerler ayarlanmıştı. Festivalde bir konuşma yapmıştım. Bütün eyalet yetkilileri de var. Dedim ki, "Bu sigara yasağı iyi. Kanseri de baya bir önler ama dışarı gir çık, gir çık, bizi zatürreden öldürecek." (Kahkahalar) Bu söyleşiyi 19 Temmuz'dan sonra yapsaydık ya açık havada yapacaktık ya da ben 10-15 dakikada bir izin isteyecektim. Hem bu yasağın cebimize de yarayacak, sigaraya verdiğimiz para yarı yarıya azalacak.

Ülkemizde insanlar hastalıklar ve sağlık sistemi konularında yeterince bilgi sahibi mi? Yani muayeneye giden hastada şöyle bir anlayış var: Önce Allah'a, sonra sana emanetim. Pek çok alanda bilgimiz yeterli değil ama sanki sağlık alanında özellikle bir bilgisizlik içindeyiz. Bu noktada neler söylersiniz?

Bunun nedenlerini ta ilkökul sıralarında aramak lazım. Ta oralarda verilmesi gereken, genel bir anatomi bilgisi eksikliğimiz var. Şurada 5 kişiyi sorsan böbreğinin, karaciğerinin yerini bilmez. Belki kalbi bilirler. Sadece yerini bilmek de değil, bunların ne işe yaradığını da bilmek lazım. Daha fazlasına gerek yok. Çünkü o zaman o uzmanlığı ötelemiş olursunuz, kendinize yanlış tedavileri uygularsınız. Benim fikrim, genel bir anatomi bilgisine ve sağlık kültürüne sahip olduktan sonra kendimizi doktora teslim etmekten yana.

Alzheimer örneğinde olduğu gibi eskiden yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilen kimi belirtiler bugün hastalık olarak görülüyor ve tedavi edilmeye çalışılıyor. Sağlık kavramının sınırlarının genişlemesi neredeyse herkesi hasta tanımına sokmaya başladı. Sizce bu arayışlar insanoğlu olarak ölümsüzlüğün peşinde olmamızdan mı kaynaklanıyor?

Çok eskilerden beri insanoğlu ölümsüzlüğün peşinde. Ben başka bir şeye dikkatinizi çekeyim. Eskiden biri ölünce "Eceliyle öldü" denirdi. Şimdi bu lafı hiç duyabiliyor musunuz?

Açabilir misiniz bunu? Yani "Kanserden, trafik kazasından öldü" derken "Tıp yaşatamadı mı demek" istiyoruz aslında? Biraz Azrail'i yok mu sayıyoruz?

Bence biraz rahat olmak gerekiyor. Bu telaş, bu vesvese işe yarayan bir şey değil. Organizmanın bir ömrü var. İster buna kader diyin, ister genetik kodları diyin insanın bir ortalaması var. Ve bu çoğunlukla soyla başlayan, çevreyle belirlenen, bir sürü bileşene bağlı bir

şey. Sizin tüm gayretiniz bunu yüzde 10 artırır, tüm hoyratlığınız da muhtemelen yüzde 10 geriye çeker. Yüzde on için bu kadar taşgalaya (telaş) gerek yok.

Röportajı sizin ya da sadece sinemanızın üzerine kursaydım tıbbi konuşamayacaktık. O yüzden birer soruyla gönül almaya çalışacağım mazur görün. Önce size dair: Yeni Şafak'tan Ali Murat Güven sizin için "Sinemamızda güler yüzlü solculuğun yükselen yıldızı" diye yazdı; Zaman'dan Nuriye Akman ise sizde başka türlü bir damar olduğunu, solcuların "acı dili"nin olmadığını söyledi. Muhafazakâr kesim için bir sosyalistten beklemedikleri, alışık olmadıkları ihlâslı bir dervişlik hali mi var sizde ne? (Kahkahalar)

Estağfurullah. Ya o çok iddialı olur. Ben elimden geldiğince samimiyeti ve gerçekliği gözetiyorum. Bu konuda insanın iddialı olmaması lazım. Şimdi ben o röportajlarda İslam'ı referans alan biri olmadığımı söylememe rağmen o insanlar beni kardeşleri gözüyle görüyorlarsa, demek ki meseleye burasından bakmak lazım. Zaten aslolan da budur.

Ve sinemanıza dair: 12 Eylül'ü oldukça zeki, ironik ve mizahi bir dille resmettiğiniz "Beynelmilel" ve NTV'nin "Türkiye'nin Yönetmenleri" projesi için çektiğiniz kısa filminiz "Taş Yok mu Taş", sinemayı seven herkesi heyecanlandırmaya yetti de arttı. Var mı yeni bir proje?

Üç tane senaryom var. Ben de krizle boğuşuyorum, bakalım. Hatta onlardan birinde sağlıkla ilgili bir diyalog var. Ölümü vesvese eden birine diğer karakter şöyle diyor; ki Mevlana da böyle bir söz söylemiştir: "Telaş etme, hastalandığın için değil, dünyaya geldiğin için öleceksin."

Harika!

Bakalım, krizden fırsat bulabilirsek bu üç filminden birini çekeceğim. Eskiden bir söz vardı 'Sihhatte olsunlar' denirdi, sonra gerçi 'Saatte olsunlar'a çevrildi. Herkese sıhhatli günler dilerim.

Tıp eğitimine farklı bir bakış

Doç. Dr. Faik Çelik



1977 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uzman oldu. 1990'da Genel Cerrahi Doçenti, 1992'de Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Klinik Şefi oldu. Ekim 2007'de emekli olan Çelik, Ekim 2008'e kadar Hisar Intercontinental Hospital'de Tıbbi Direktör olarak çalıştı. Çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış 90'dan fazla bilimsel çalışması olan Çelik, "Asistan Rehberi", "Tıbbi Makale ve Tez Yazım Kuralları", "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap" ve "Yüksek Ateşli Kitap" isimli kitapların yazarıdır. Sağlığın Sesi Gazetesi'nin Medikal Editörlüğünü yapan Çelik, "Tıp Hukuku" ve "Tıp-Sanat" haberleşme gruplarının kurucusu ve yöneticisidir. Tıp Hukuku Derneği Kurucular Kurulu Başkanı olan Çelik, 2000-2006 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu Üyeliği yapmıştır. Çelik, geçtiğimiz Ocak ayından beri İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanı olarak görev yapmaktadır.

Tıp eğitimi, mezuniyet öncesi eğitim (tıp fakültesinde verilen), mezuniyet sonrası eğitim (uzmanlık eğitimi olarak verilen) ve sürekli tıp eğitimi (mesleğin uygulandığı sürece alınan) olarak üçe ayırmak gerekir. Dikkat edilirse ilk iki eğitim verilmekte, yani belirli kurallar ve modellerle önceden belirlenerek eğitim alacak kişiye verilmekte, sonuncusu yani sürekli tıp eğitimi (STE) ise eğiticinin istenci doğrultusunda farklı formatlarda (kurs, kongre, internet kullanımı vb.) alınmaktadır.

Öncelikle şunu vurgulamak gerekir. Tıp eğitiminde bazı değişimlerin yapılması kaçınılmazdır. Ancak bu değişimlerin farklı ülkelerde, farklı yıllarda yapılan önerilerin kopyalanması veya gelişmiş ülkelerdeki modellerin bire bir

uygulanması şeklinde yapılması son derece yanlıştır. Bu değişimler ülkemizin sosyoekonomik yapısından öğrenci profiline, ilk ve orta dereceli okullardaki eğitim sisteminden mevcut öğrenci modellerine, ülkemize ait gelenek ve alışkanlıklardan mevcut sağlık altyapısına kadar çok farklı parametrelerin bir arada değerlendirilmesiyle ortaya konulmalıdır. Bu mümkündür ve kısa süreli ciddi bir çalışma ile yaratılır. Yeter ki bu konuda irade ortaya konulabilsin, taraflar aynı masa etrafında buluşabilsin.

İlk önce tıp fakültelerinde verilen mezuniyet öncesi eğitimi irdeleyelim. Klasik eğitim dışında kabaca entegre eğitim ve probleme dayalı eğitim modelleri vardır. Aynı bir model olarak karma eğitim modelinden de söz edebiliriz. Bu model adından da anlaşılacağı üzere temel modellerin karışımıyla

oluşturulmuştur. Bunların alt grupları olarak da topluma dayalı eğitim, aktif eğitim, öğrenci merkezli eğitim, yeterliliğe bağlı eğitim, kanıta dayalı eğitim vb veya bunların kombinasyonlarından oluşan eğitim modellerini sayabiliriz.

Bir kavram veya olgu, moda olmadan demode olmaz. Bugün klasik tıp eğitiminin demode olduğunu iddia edenler şurada yanılıyorlar: Klasik tıp eğitimi hiçbir zaman moda olmadı, başlangıçtan beri vardı, yıllardır uygulandı ve uygulanmaya geniş oranda devam edilmekte. Ancak dünyada tıp eğitiminin başta iletişim ve teknolojiye hızlı gelişimine paralel olarak değişen koşullara ve gereksinimlere uygun bir modelle geliştirilmesi gerekliliği 1980'lerin başlarında yüksek sesle dile getirildi. İlk kez Kanada'da McMaster Üniversitesi'nde tıp eğitiminde radikal reformlar olmuş ve kısa zamanda dün-





yanın çeşitli ülkelerinde ilgi uyandırmıştır. Son yıllarda arayışlar daha da artmış ve tıp eğitimi reformunu sadece müfredat değişikliği ile sınırlamadan eğitim stratejilerinde ve yöntemlerinde de çarpıcı değişiklikler yapılması önerileri gündeme gelmiş ve uygulanmaya başlamıştır.

Ülkemizde her yıl yaklaşık 5 bin 500 yeni öğrenci kaydeden sayıları 67'yi bulan tıp fakültelerinde halen 40 bine yakın öğrenci tıp eğitimi görürken ortalama 5 bin kişi de mezun olmaktadır. Bu yıl itibarıyla uzmanlık eğitimi gören asistan-araştırma görevlisi sayısı 20 bini aşmış durumdadır.

Ülkemizde 1933 reformu ile klasik tıp eğitimi tıp fakültelerinde başlamış, ilk kez 1963'de Hacettepe Tıp Fakültesi entegre tıp eğitimini, 2002 yılında da Dokuz Eylül Tıp Fakültesi probleme dayalı aktif tıp eğitim modelini uygulamaya başlamıştır.

TTB Mezuniyet Öncesi Eğitim Raporu'nda (2006) belirtilen sayılara göre, tıp fakültelerindeki eğitim modellerinin yüzde 42'si eğitici merkezli/sistem temelli (klasik), yüzde 34'ü karma eğitim/sistem temelli, yüzde 12'si eğitici merkezli/disiplin temelli (klasik), yüzde 10'u öğrenci merkezli/probleme dayalı ve yüzde 2'si karma eğitim/disipline dayalıdır.

1997 yılında yüzde 32 olan klasik eğitim 2004'te yüzde 37'e, 2006'da yüzde 52'ye yükselirken 1997'de yüzde 68 olan entegre model 2000 yılında yüzde 59'a, 2004 yılında ise yüzde 5'e düşmüştür. Keza 2000 yılında yüzde 13 olan karma eğitim 2006'da yüzde 36'ya çıkmıştır.

Klasik tıp eğitimi (mezuniyet öncesi) kısaca şöyle tanımlanabilir: Temel tıp bilimleri (anatomi, fizyoloji, biyokimya vs.) ile klinik tıp bilimleri (iç hastalıkları, cerrahi, nükleer tıp vs.) arasında ayırım belirgindir. Öğrenci ilk yıllarda temel tıp bilimi eğitimi alır, daha sonra klinik bilimler ve uygulamalı eğitim verilerek 6-7 yıl içinde eğitim tamamlanır. Flexner ilkeleri olarak adlandırılan raporun esas alındığı bir modeldir. Öğrencilere sayıca büyük gruplar halinde dersler veya laboratuvar çalışmaları şeklinde bilgiler verilir. Bilgiyi, eğitici olan öğretim üyeleri verir. Konu başlığı aynı da olsa içerik açısından her eğitimci kendi dersini kendisi belirler. Eğitici bu sistemde derslerini nasıl verecekleri konusunda özgürdürler. Burada eğitici öğrencilerin öğrendiklerinde de farklılıklar olacağı veya sık sık tekrarlar olacağı eleştirisi getirilmekteyse de bana göre eğitici arasında gizli bir rekabet yaratması, derslerine daha fazla öğrenci çekebilmek için eğiticiyi daha fazla

gayret sarfetmesi gerektiği gibi pozitif bir durum da vardır. Örneğin bizim kuşak, aynı dersi anlatan rahmetli hocalarımızdan anatomiye Prof. Dr. Sami Zan'ın anlattıklarını hâlâ unutmamışken bu bilim dalının duayeni Ord. Prof. Dr. Zeki Zeren'in anlattıklarını o gün için değerlendirmiş, o bilgiler hafızalarda yer almamıştır. Bu sistemde sakınca olarak kendi bilim dalına odaklanan öğretim üyesinin aşırı ve ayrıntılı bilgi ile öğrenciyi zorlamasını görmekteyiz. Örneğin çok gereksiz bakteri veya parazit isimlerinin ezberletilmesi gibi. Klinik eğitimlerinde anabilim dalına göre eğitim verilir; ortopedi, psikiyatri, anestezi gibi. Burada da aşırı uzmanlaşmanın getirdiği sakıncalar öğretim üyesine bağlı olarak vardır. Örneğin transplantasyonda uzman olan eğitici bu konuda öğrenciye gereksiz bilgi yüklemesi yapabilir. Bu durumda genel tıp nosyonu (genel dahiliye, genel cerrahi, genel pediatri vb) zayıf kalabilir ama bu sakınca sistemi yok saymak için gerekçe olamaz. Klasik tıp eğitiminin klinik boyutunda en ciddi eleştiri, eğitimin hastalıkları önleme, yani koruyucu hekimlik yerine tedavi edici yani hastane hekimliği üzerine kurulmuş olmasıdır ki haklı bir eleştiridir. Ancak bu eleştirinin çözümü müfredatta yapılacak değişikliklerle kesinlikle aşılar. Bu eğitim modeline temel eleştiriler 3 noktada toplanmaktadır.

Dr. Cem Terzi bunları şöyle özetlemektedir:

- 1) Bilgi yükü öğrencinin kapasitesinin üzerindedir.
- 2) Temel bilimler, klinik uygulamalarla ilişkilendirilmeden öğretilmektedir.
- 3) Sağlık hizmetine çok dar pencereden bakmaktadır.

Bu eleştirilerde haklılık payı olmakla birlikte şu anda en gerçekçi sistemin klasik tıp eğitimi olmadığı çıkarımı da yapılamaz.

Entegre-bütüncül eğitimde ise temel bilimler ve klinik bilimler arasında bütünlük sağlanması hedeflenir. Bu nedenle eğitim alanlar kliniklerde hastalarda eğitimin ilk yıllarında buluşur. Entegrasyonun sadece temel bilimler-klinik bilimler arasında değil, klinikteki diğer bilim dalları arasında da yapılması planlanır (yaygın entegrasyon). Müfredat vücut sistemlerini temel alan modüllerden oluşturulur. Örneğin solunum sistemi anatomisi, fizyolojisi, cerrahisi ve dahiliyesiyle birlikte öğretilir. Ders içeriğini öğretim üyeleri birlikte hazırlar ancak klasik eğitime göre öğretim üyesinin özgürlüğü daha kısıtlıdır. Yani daha az eğitici merkezlidir. Bu model ilk planda objektif görünmekle birlikte doğal olarak klinikler temel bilimlerin önüne geçmek-

te hatta temel tıp bilimleri klinik tıp bilimlerinin kuyruğuna ilştirilmiş bir tablo ortaya çıkarmaktadır. Uygulamalar öğrencinin bu kadar erken bir sürede hastalarla karşılaşmasının, temel tıp terimlerini bilmeden hastalıklara yönlendirilmesinin hiç doğru olmadığını göstermektedir. Kaldı ki eğitimin merkezileşmesi, beraberinde otoritenin artmasını hatta bilim dallarının özgürlüklerinin kısıtlanmasını da getirmektedir.

Probleme dayalı öğrenim ise nispeten daha yeni gündeme gelmiştir. Bu eğitim sisteminde temel hedef küçük gruplarda, öğrencilerin önceden hazırlanmış bir senaryo ile belirli bir konu veya problem üzerinde tartışmak, neyi öğrenip öğrenmemeleri gerektiğine karar vermek ve süreci birlikte sonlandırmaktır. Bu süreçte sadece tıbbi bilgi öğrenilmiyep kişiler arası iletişim kurulması ve özgüvenlerin artırılması da hedeflenmektedir. Ancak problemlerin veya senaryoların hazırlanması başlı başına bir sorundur; objektiflik, titizlik ve hatta gönüllülük gerektirir. Hazırlanan soruların sayıca yeterliliği ve duplikasyonları da sorun olabilmektedir. Bu metodun değerlendirmeleri de diğer modellerden farklıdır. Klinik ve temel bilginin yanı sıra iletişim ve becerilerin de değerlendirildiği özel sınav tipleri geliştirilmiştir. Örneğin OSCE (nesnel örgün klinik sınav olarak çevrilmiştir).

Aslında bakıldığında tıp eğitiminde hiçbir sistemin ideal olmadığı görülmektedir. Böyle olmazsa Mc Master, Newcastle, New Mexico, Sherbrooke, Connecticut, Johns Hopkins, Maastricht ve adını saymadığımız birçok model ortaya çıkmazdı.

Geçtiğimiz Mart ayında Prag'da yapılan Avrupa Üniversiteler Birliği toplantısında Avrupa Tıp Birliği'nin tıp eğitimi için önerdiği takvim şöyledir: Mezuniyet öncesi: 2- 3 yıl biyomedikal bilimler; mezuniyet sonrası (pre) klinik bilimler; mezuniyet sonrası (uzmanlaşma-klinik özelleşme): 3-6 yıl. Bütün bunların sonunda "doktor" unvanı verilmesi. Bu öneri bizde ve dünyadaki çoğu tıp fakültelerinde uygulanan klasik tıp eğitimi sistemine yakın. Sadece bizde mezuniyet eğitimi bitince "tıp doktoru" unvanı alınmakta.

Tıp müfredatına hangi model uygulanırsa uygulansın mutlaka tıp tarihi, tıp etiği ve deontolojisi, sağlık politikaları ve ekonomisi, tıp hukuku, tıp ve sanat, tıp ve felsefe, tıp ve edebiyat, tıbbi ve genel iletişim, tıbbi inovasyon ve tıbbi bilişim dersleri konulmalıdır. İnsan sevgisinin müfredatın kalbinde yer aldığı, endüstriyel ve oportünist tıptan uzak, pratik uygulamaların yoğun olduğu bir müfredat, bir sanat olan hekimliğin olmazsa olmazıdır.

Tıp müfredatı yenilenmelidir. 21'inci yüzyılda kronik hastalar artacak, bu yüzden tıp müfredatı değişmelidir. Ayrıca tıpta bilginin yarılanma süresinin ortalama 3.5 yıl olduğunu düşünürsek bu değişim ve güncelleme gerekliliği kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Eğitimde yeni teknolojilere ilişkin bilgiler vermek yetmez, birinci basamak sağlık hizmetini bilgili ve bilinçli bir şekilde uygulayacak kişilerin yetişmesine yönelik hedefleri de vermek gerekmektedir.

Müfredatın standartlaşması çok yararlı olacaktır, bunun için tıp fakülteleri 'Ulusal Çekirdek Eğitim Programı' oluşturulmalıdır. Bu programın temel hedefleri mezuniyet öncesi eğitim sonlandığında bir tıp fakültesi mezunu hastalıkların tanısını koyabilmeli, tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı, uzmana yönlendirmeli, acil müdahale yapabilmeli, hastalıklardan korunma yöntemlerini bilmelidir. 'Çekirdek Eğitim Programı' (ÇEP) multidisipliner hazırlanmalı, mevcut eğitim programlarıyla karşılaştırılarak analiz edilmelidir. Zorunlu ve seçmeli ders ve modülleri ile eğitim programı oluşturulmalı ve güncellenmelidir. Bunun yanı sıra tıp eğitimi mutlaka Türkçe yapılmalıdır ancak yabancı dil eğitimi ek olarak verilmelidir. Teorik bilgidен, beceri kazandırmaya yönelik pratik uygulamalara doğru değişkenlik sağlanmalıdır. Özellikle tıbbi etik değerler her sene ders olarak hem de zorunlu ders olarak okutulmalıdır.

5-19 Mart 2003 tarihlerinde Kopenhag'da yapılan "Daha İyi Sağlık Hizmeti İçin Tıp Eğitimi Küresel Standartları" isimli tıp eğitimi toplantısında konuşan o zamanki Dünya Tıp Öğrencileri Birliği (IFMSA) Başkanı olan Aachen Tıp Fakültesi öğrencisi Özgür Onur'un önerdiği SMART (akıllı) tıp eğitiminin ana başlıklarını Sustainable (sürekliliği olan), Measurable (ölçülebilir), Achievable (elde edilebilir), Relevant (ilişkilendirilebilir), Time bound (güncel) oluşturmaktadır ve bence akıllı bir öneridir.

Multi-Perspective Learning (MPL) yani çok yönlü öğrenme modeli denilen yöntem kullanılabilir. Örneğin bazı dersler değişik yerlerde, hizmet hastanesi, tıp müzesi, iletişim fakültesi vb...) yapılmalıdır. Keza "Life Long Learning (LLL) denilen hayat boyu öğrenme modeli de popüler olmuştur. Her tıp fakültesi birer STEM (sürekliliği olan) merkezleri kuralmalıdır. Bu STEM'ler o fakültenin kök hücresi olacaktır (stem cell). Tıp eğitiminin yaşam boyu sürdüğü gerçeği yani STE daha mezuniyet öncesi kafalara nakşedilmelidir. Bunun için internet olanağı en etkin şekilde kullanılmalıdır. Teletıp uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.

Ayrıca muhalif seslere kulak vermeliyiz. Örneğin Dr. Fusun Sayek 2. Tıp Eğitimi Toplantısı'nda (2007) konuşan Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) Başkanı Dr. Hans Karle, Bologna sürecini eleştirmiş, bu sürecin boşa harcanmış bir çaba olduğunu, eylem planları, ön sonuçları ya da devam eden sürecin neredeyse olmadığını belirtmiştir. Bologna eylem planları uygulanırken tıp eğitiminin kendine özgü özellikleri ve şu andaki durumun hesaba katılmadığını belirten Dr. Karle, Bologna Deklarasyonu'nun bağlayıcı olmasını ve bu sürece Sağlık Bakanları'nın katılımının olmasını, tıp fakültelerine ve tıp çalışanlarına danışılmasını büyük bir hata olarak nitelendirmiştir. Tıp eğitiminde Avrupa spesifikasyonlarının tıp fakültelerinde hızlı artışa, yetersiz kaynaklara, klinik uygulama eksikliklerine, kâr amaçlı okullara ve akreditasyon sürecindeki eksikliklere neden olduğunu ileri sürmüştür. Bu konuda Avrupa Tıp Eğitimi Birliği (AMEE) ile derin görüş ayrılıkları olduğu görülmektedir.

Yukarıda anlattıklarımız, bir noktada odaklanmaktadır: Tıp eğitiminin standartizasyonu ve akreditasyonu. Akreditasyonun amacı, tüm fakültelerde ülkemiz için belirlenen asgari standartların karşılanmasını garanti altına almak ve fakülteleri özgün koşullarını da göz önünde bulundurarak sürekli gelişime özendirilmektedir. Tıp eğitiminde akreditasyon için ön koşullardan en önemlisi ulusal standartların belirlenmesidir. Bu standartlar aynı zamanda fakültelerin eğitim programlarına yönelik gözden geçirme ve iyileştirme çalışmalarında bir kılavuz olarak işlev görecektir (UTEAK).

Sonuç olarak tıp eğitiminde modelden çok müfredat önemlidir, model eldeki malzemeye göre yapılandırılır. Yazının başında belirtildiği gibi eldeki veriler, başta insan gücü ve kalitesi olmak üzere bir dizi parametre ile değerlendirilmelidir. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ülkenin konumuna ve koşullarına göre yeniden planlanmalı, öncelik müfredat değişikliğine verilmeli, öğrenciye yoğun bilgi yerine temel bilgi ve kavramlar özellikle pratik uygulamalara ağırlık veren yöntemlerle aktarılmalıdır. Öğrencilerin klinikle tanışması erken olarak sağlanmalı ancak bu uygulama temel bilgiler almadan doğrudan yapılmamalıdır. Bu modeller temel olarak hizmete yönelik tıp eğitimi programları, araştırmaya yönelik tıp eğitimi programları ve eğitime odaklı tıp eğitimi programlarını birlikte ve dengeli olarak içermelidir. Daha sonra mezuniyet sonrası ve STE konuları mezuniyet öncesi yeni modelin sonuçlarına göre yeniden yapılandırılmalıdır.

Son söz: Tıp eğitiminde insanın odaklandığı, daha insancıl bir eğitim modeli uygulanması şarttır. Bunun için tıp-sanat-felsefe üçgeninin içi doldurulmalıdır.

Kaynaklar

Tıp Eğitimi (Cem Terzi). İletişim Yayınları, 2001, İstanbul

TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu 2006, TTB Yayınları, Ankara

<http://www.amee.org/index.asp?tm=59> (17.06.2009) <http://www.uteak.org/> (17.06.2009)

<http://www.wfme.org/> (17.06.2009)

Editör notu:

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'ne yayımlanmak üzere gönderilen yazılar bölüm editörleri tarafından incelenmektedir. Teknik veya başka bir nedenle içerikte yanlış anlamaya neden olacak hususlar yazara bildirilmekte, değiştirme yazarın izniyle yapılmaktadır. Aksi bir durumda, bu yazıda olduğu gibi okuyucuyla paylaşılmaktadır. Bunun dışında yazı içeriğine müdahale edilmemekte ve yayınlanan yazıların içerik sorumluluğu tamamen yazara ait olmaktadır.

Sayın Çelik'in yazısında "1997 yılında yüzde 32 olan klasik eğitim, 2004'te yüzde 37'e, 2006'da yüzde 52'ye yükselirken 1997'de yüzde 68 olan entegre model, 2000 yılında yüzde 59'a, 2004 yılında ise yüzde 5'e düşmüştür. Keza 2000 yılında yüzde 13 olan karma eğitim, 2006'da yüzde 36'ya çıkmıştır" demektedir. 2006 TTB raporunun yanlış anlaşılmasına uygun şekilde düzenlendiğini, danıştığımız konunun uzmanları da ifade etmiştir. Nitekim 2008 verilerine göre klasik eğitimin (eğitici merkezli-sistem temelli) 2008 itibarıyla yüzde 10 olduğu bilinmektedir.

Ayrıca, Ulusal Tıp Eğitim Akreditasyon Kurulu'nun (UTEAK) 'Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları'nda "Tıp fakülteleri eğitim programlarında dikey ve yatay entegrasyonu mutlaka sağlamalıdır" denmekte; "Tıp fakülteleri eğitim programları, öğrencilerin tıp fakültesinin erken dönemlerinde hasta ve toplumun sağlık sorunlarıyla karşılaşmasını sağlamalıdır" önerisine yer verilmektedir.

Kaynaklar

Doran F. Tıp eğitiminde son durum; <http://www.medimagazin.com.tr/mm-tip-egitiminde-son-durum-ky-51811.html> (05.07.2009)

http://www.uteak.org/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=5 (06.07.2009)

Terzi C. Tıp Eğitimi(Tıp Eğitimi Sistemleri ve Tıp Eğitimi Akreditasyonu Toplantısı, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cemi Demiroğlu Oditoryumu, 3 Temmuz 2009)

Sağlık hizmetlerinde kişiler arası ilişkiler ve hasta güvenliği

Prof. Dr. Osman Hayran



1954 yılında Afyon'da doğan Hayran, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitenin Toplum Hekimliği Enstitüsü'nde 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.

Hastaneler, hasta damgası vurulmuş kişilerin kapatıldığı mekânlardır. Buralarda tek tip kıyafet zorunluluğu vardır. Hastaların ne yiyecekleri, ne içecekleri, kaçta yatıp kaçta kalkacakları ve günlük hayatlarına ilişkin her türlü ayrıntı üniformalı bazı görevliler tarafından belirlenir. Bu görevliler günün belirli saatlerinde hastalara bazı kimyasal maddeler yuttururlar veya içirirler. Bazı hastaların da kollarına ya da bacaklarına iğneler sokarak, etkilerini ya da yan etkilerini her zaman

tam olarak açıklamadıkları bazı kimyasal maddeleri zerkederler. Üniformalılar bununla da yetinmez. Zaman zaman bir araya gelip tartışır ve günün birinde hastayı önce aç bırakır, sonra soyarlar ve hastanelerin genellikle bodrum katlarında yer alan özel işlem merkezlerine indirerek bayıltırlar, sonra da bir masanın üzerinde ekip halinde konuşa konuşa kesip vücutlarından çeşitli parçaları çıkarıp sonra dikerler. Tüm bu işlemler sırasında hasta ölebilir, sakat kalabilir ancak bu tür sonuçların ortaya çıkmasından üniformalı görevlilerin sorumlu tutulması genellikle söz konusu değildir."

Yıllar önce katıldığım bir toplantıda hastane için bu şekilde bir tanımlama yaptığımda bazı hastane sahip ve yöneticilerinden ciddi tepkiler almıştım. Bir hekim olarak aslında ben de biliyorum ki hastaneler sağlığı bozulmuş insanların derdine çare aramak üzere geldikleri, melek yüzlü sağlık personelinin saflık sembolü beyaz önlükleri ile hizmet verdikleri, sağlıklarını düzeltmek, yaşam kalitelerini arttırmak için büyük bir özveri ile geceli gündüzlü çalıştıkları yataklı tedavi kurumlarıdır. Bu mekânlarda görev yapan sağlık personelinin temel ilkesi "yararlı olamıyorsan bile zarar verme"dir ve mezun







İnsan bedeni ve ruhunun sırlarına hâkim olmak, yaşamla ölüm sınırında uygulayıcı ve karar verici olmak gibi yarı tanrısal özellikleri nedeniyle hekimlik mesleği mensuplarının egolarının gelişmişliğini normal karşılamak gerekirse de bunun kibirli davranışlara dönüşmemesi gerekir. Öte yandan ülkemizde kibir neredeyse hekim olmanın ön koşulu, olmazsa olmaz parçasıdır. Hekimler genel olarak diğer mesleklerin tümünü küçümsedikleri gibi, çoğu zaman birbirlerini de beğenmezler.

oldukları gün bu ilkeye bağlı kalacaklarına and içmişlerdir. Ancak hastanelerde yapılan işlere farklı bir açıdan, yukarıdaki tanımdaki şekilde bakmak da mümkündür. Hatta sık sık farklı bakış açıları geliştirerek sıradanlaştırmamanın neden olabileceği sakıncaları önlemekte büyük yarar vardır.

Sağlık sektörü ve hastaneler, yapılan işler itibarıyla özelliği olan alanlardır. Buralarda yapılacak herhangi bir hatanın bedeli insan hayatı olduğundan, sıfır hata ile çalışılması gerekir. "Hata", tanımı gereği insan kaynaklı bir durum olduğundan, insan davranışlarının ve ilişkilerinin sağlık sektöründe özel bir önemi vardır. Sağlık sektörünün ve sağlık mesleklerinin bazı özellikleri nedeniyle bu sektördeki insan ilişkileri diğer sektörlerden daha farklı özellikler taşır.

1- Sağlık sektörü insan ilişkilerinin çok yoğun olduğu bir sektördür.

Sağlık hizmeti sunan her organizasyonun girdisi de çıktısı da insandır. Fiziksel ya da ruhsal sorunu nedeniyle sağlık kuruluşuna gelen, kırılabilirliği ve beklentileri yüksek olan insanlarla iletişim ve ilişki kurmak özen gerektirir.

2- Sağlık hizmeti her aşamada bir ekip hizmetidir.

Hastanın kapıdan içeri girmesiyle başlayan hizmet sürecinin her aşaması farklı mesleklerden insanların iyi tanımlanmış görevler ve iyi kurulmuş ilişkiler ağı içerisinde çalışmasını gerektirir. Ekip üyelerinden herhangi birisinin yapacağı hatanın diğer üyeler tarafından telafisi mümkün olmadığı gibi, kişiler arası çatışmalar nedeniyle ortaya çıkabilecek herhangi bir sorun da doğrudan doğruya verilen hizmetin kalitesini, yani hastaların yaşam kalitesini etkileyecektir.

3- Sağlık mesleklerindeki çeşitlilik ve özerklik çok gelişmiştir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık sorunlarına yaklaşım, tanı, tedavi yöntemleri de gelişmekte; bir yandan var olan sağlık mesleklerine yenileri eklenirken bir yandan da mevcut meslekler kendi içerisinde farklı uzmanlık alanlarına bölünmektedir. Özellikle, hekimlik, eczacılık ve hemşirelik gibi eski mesleklerin özerkliği çok gelişmiş olup bu mesleklerin görev, yetki ve sorumluluk alanlarına yapılacak en küçük bir müdahalenin ciddi çatışmalara yol açması söz konusudur.

Sağlık sektörünün bu özellikleri nedeniyle sağlık hizmeti sunan kurumlarda kişiler arası ilişkilerin iyi düzenlenmiş olması ve iyi yönetilmesi önem taşır. Kişiler arası ilişkiler ve çatışma yönetimi için yöneticilerin alması gereken önlemlerin yanı sıra hatta onlardan daha önemli olarak bireysel tutum ve davranışların rolü vardır. Kalitesiz ve sorunlu ilişkiler, sadece üretilen hizmete zarar vermekle kalmaz, kişilerde neden olduğu stres, anksiyete, iş doyumsuzluğu, işe devamsızlık ve iş kaybı gibi psikososyal sonuçlara da yol açarlar. Araştırmalara göre, iş hayatının ilk yılında işinden atılan veya ayrılan kişilerin yüzde 80'inin ayrılma nedeni kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan sorunlardır. Ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerin önlenmesi için yönetsel önlemlerin

yanı sıra bireysel olarak sağlıklı tepkiler ve davranışlar geliştirmenin ve bu alanda yetkinlik kazanmanın bu nedenle önemi vardır. Üstelik kişiler arası ilişkiler konusunda yetkinlik kazanmış olmak sadece iş hayatı için değil, aile ilişkileri, arkadaşlık ilişkileri gibi günlük hayatımızın diğer alanları için de önemlidir.

ABD'de 2007 yılında 102 hastaneyi kapsayan bir araştırmaya katılan 4 bin 530 sağlık personelinin yüzde 77'si hastanelerindeki hekimlerde tersleyici tavırlara ve çalışma ahengini bozucu davranışlara tanık olduklarını belirtmişlerdir. Bu tür tavır ve davranışların hemşirelerde gözlenme oranı ise yüzde 65 bulunmuştur. Katılımcıların yüzde 71'ine göre bu tür davranışlar tıbbi hatalara, yüzde 27'sine göre ise hasta ölümlerine neden olabilmektedir. (1) Nitekim bu ve benzeri araştırma sonuçlarının ortaya koyduğu bulgulardan hareketle Uluslararası Birleşik Komisyon 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren hastane kredilendirme kriterleri arasına bu konuya yönelik iki yeni madde eklemiştir.

Karşısındakini azarlama-tersleme, sorunlarını veya telefonlarını yanıtsız bırakma, küçümseme, görevini yapmama şeklinde ortaya çıkan ve hoş olmayan, çalışma ahengini bozucu davranışlar, kaliteli sağlık hizmeti sunumu için önkoşul olan ekip çalışmasını olumsuz etkilemekte, hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Bu tür davranış sorunları bir meslek grubuna veya bir cinsiyete özgü olmayıp her meslekten erkek ya da kadında görülebilmektedir. Dünyanın hiçbir yerinde sağlık kuruluşlarında bu sorunların saptanması ve izlenmesine ilişkin herhangi bir kayıt sistemi bulunmadığı için, boyutları ne yazık ki tam olarak bilinmemektedir. Sorunları sapta(ya)mayan, izle(ye)meyen bir sistem ise zaman içerisinde kaçınılmaz olarak bu sorunları teşvik eden bir sistem haline gelmektedir. Bu tür sorunlar yaşayan bireyler bazen korkularından, bazen bir sonuç alamayacaklarını bildiklerinden, bazen de ispiyoncu durumuna düşmek istediklerinden sorunları ilgili yöneticilere iletememektedirler. Özellikle sağlık kuruluşlarına çok para kazandıran hekimlerin bu konuda nerdeyse dokunulmazlığı bulunmaktadır.

Çeşitli mesleklerden yüzlerce profesyonel arasında yapılan bir anket çalışmasında, insanların çalışma ortamında kendilerine nasıl davranılmasından hoşlanacaklarına ilişkin verdikleri üç yanıt sırasıyla; 1-Saygılı, 2-Adil, 3-Dürüst, şeklinde sıralanmıştır. (2) Ülkemizde sekiz özel hastaneye gelen yüzlerce kişi arasında yapılan bir anket çalışmasının sonuçlarına göre, hasta

ve hasta yakınlarının sağlık personelinde bulmak istedikleri en önemli özelliklerin “ilgi” ve “gülyüz” olduğu görülmüştür. Yani sağlık personelinin davranışları hem meslektaşları hem de hizmet ettikleri kişiler açısından önem taşımaktadır.

Sağlık sektöründe çalışanları ellerinde olmadan kontrolsüz veya kaba davranmaya iten ve yapılan işlerin doğasından kaynaklanan çok sayıda neden olduğu söylenebilir ve vardır. Örneğin, acil müdahale gerektiren vakalarda zamana karşı yarış, stres, yorgunluk, işyerindeki kaynakların sınırlı olması, mesleki hiyerarşi, hata yapmaktan korkma, vardiyalı çalışma, sürekli değişen personelle çalışma zorunluluğu ve benzeri pek çok etken, çalışanlarda ortaya çıkabilecek iletişim hataları ile davranış sorunlarını hoş görmek için gerekçe olarak gösterilebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yönetiminde, gerekçeler ve nedenler ne olursa olsun, hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hiçbir davranış sorununa izin vermemek gerekir. Pek çoğu yönetsel önlemlerle kontrol edilebilecek olan bu nedenlerin ortaya çıkışı engellenmeli, ortaya çıktığında da başarı ile yönetilmeleri sağlanmalıdır. Bu amaçla, yönetsel önlemlerin yanısıra çalışanların eğitilmesi ve kişisel gelişim becerilerinin artırılması da gerekebilir.

Kişiler arası ilişkilerin olabildiğince sorunsuz yürütülebilmesi ve sağlıklı olması için şu konular üzerinde durmak önemlidir:

Çalışanlar kurum kültürünü iyi tanımalıdır:

Bir kurum içerisindeki kuralları, gelenekleri, işleyişi, çalışan ve yönetici beklentilerini tanımak, alınan kararların ve yapılan operasyonların arka planını, amacını anlamak açısından önemlidir. Her çalışanın kendi kurum kültürünü iyi tanıması, beklentilerini ona göre ayarlaması kişiler arası ilişkiler açısından önem taşır.

Kültürel farklılıklara saygı duyulmalıdır:

Birlikte çalıştığımız insanların din, milliyet, etnik yapı, meslek, cinsiyet gibi özelliklerine saygı duymak gerekir. Farklılıkları, bize benzemeyen özellikleri çatışma unsuru olarak görmek yerine, yeni bir renk, yeni bir lezzet olarak görmek gerekir.

Kibirden uzak durulmalıdır:

“Kibir” çalışma hayatında kişiler arası ilişkileri etkileyen çok önemli bir etkenidir. Kibir, kişisel önemimiz ve büyüklüğümüz konusunda sahip olduğumuz abartılı bir düşüncedir. Hepimiz zaman

zaman bazı konularda en iyi, en büyük ve en önemli insanlar olduğumuza, hiç kimseden akıl almamıza gerek olmadığına inanma ihtiyacı duyarız. Bu çok doğal ve insani bir özelliktir. En iyi, en önemli şeyleri başarmaya çalışmakta hiçbir sakınca yoktur. Ancak ne kadar önemli bir insan olduğumuzu düşünmeye başladığımız anda ilişkilerimiz açısından tehlikeli olan “kibir” alanına girmişiz demektir ve bu düşünce şeklinin davranışlarımıza yansımına, diğer insanlarla ilişkilerimizi olumsuz etkilemesine izin vermememiz gerekir. Alınan eğitim ve mesleki özellikleri nedeniyle özellikle hekimlik, kibirli davranmaya çok yatkın bir meslektir. İnsan bedenini ve ruhunun sırlarına hâkim olmak, yaşamla ölüm sınırında uygulayıcı ve karar verici olmak gibi yarı tanrısal özellikleri nedeniyle hekimlik mesleği mensuplarının egolarının gelişmişliğini normal karşılamak gerekirse de bunun kibirli davranışlara dönüşmemesi gerekir. Etik kuralları en gelişmiş mesleklerden birisi olmasının temelinde de aslında bu özellikler bulunmaktadır. Öte yandan ülkemizde kibir neredeyse hekim olmanın ön koşulu, olmazsa olmaz parçasıdır. Hekimler genel olarak diğer mesleklerin tümünü küçümsedikleri gibi, çoğu zaman birbirlerini de beğenmezler.

Uzlaşma becerileri geliştirilmelidir:

Başka insanlarla uzlaşma becerilerine sahip olmak, en azından yönetim yükseklisansına sahip olmak kadar önemli bir konudur. Uzlaşma becerileri gelişmiş insanlar daha az kavgacı, daha yüksek moralli, daha üretken olurlar ve ekip çalışmasına daha yatkındırlar. Uzlaşma, sorunlarla yüzleşebilme, karşımızdaki ile olumlu ilişkiler kurabilme ve “kazan-kazan” anlayışına uyabilme özelliklerine dayanır. Bizim kültürümüzde mücadele, kavga yüceltilip uzlaşma ve işbirliği küçümsenmekle birlikte uzlaşma kültürünün çağdaş ve uygar olmanın önemli bir göstergesi olduğuna kuşku yoktur.

Zaman iyi yönetilmelidir:

Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı – acil servis hizmetleri, cerrahi girişimler, gibi- iyi zamanlama gerektiren veya zamanın etkin kullanımını gerektiren hizmetlerdir. Üstelik sağlık kuruluşlarına gelen kişilerin de zaman konusunda aceleciliği vardır. Zaman yetersizliği, zamana karşı yarış önemli bir stres kaynağıdır ve kişilerde gerilime neden olur. Bir kişinin zamanının iyi yönetilip yönetilememesi sadece kendisi için değil, birlikte çalıştığı diğer insanlar açısından da önemli olup, kişiler arası ilişkileri etkileyen, çatışmalara neden olan önemli bir etkidir. Öte yandan zaman, sahiplik anlamında diğer in-

Sağlık sektöründe çalışanlar arasındaki ilişkilerin geleneksel olarak otoriter ve hekim merkezli yapıdan uzaklaşarak daha demokratik ve insancıl bir yapıya kavuşması gerekir. Her şey bir yana çocuğumuzun, eşimizin hatta kendimizin de günün birinde hasta sıfatıyla bu ilişkiler ağının ortasına düşebileceğimizi ve kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan sorunların hedefi olabileceğimizi unutmamak gerekir.

sanlarla eşit olduğumuz belki de tek şeydir. Zaman biriktirelemeyen, depolanamayan, geri kazanımı olmayan bir şeydir. Her birimizin sabah uyandığında yaşanacak yeni bir 24 saati vardır. Bunu iyi yönetebilen, iyi değerlendirebilenler daha başarılı ve daha kazançlı olacaktır. Kişisel sürüşmelerle, çatışmalarla kaybedilecek olan zaman, sonuç ne olursa olsun, bizim zamanımızdır.

Daha özet bir deyişle, sağlık sektöründe çalışanlar arasındaki ilişkilerin geleneksel olarak varolan otoriter ve hekim merkezli yapıdan uzaklaşarak daha demokratik ve insancıl bir yapıya kavuşması gerekir. Bu gereklilik, sağlık hizmetlerinin etkinliği, verimliliği, çalışanların iş doyumu ve performansı kadar hastaların memnuniyeti ve güvenliği için de önemlidir. Herşey bir yana çocuğumuzun, eşimizin hatta kendimizin de günün birinde hasta sıfatıyla bu ilişkiler ağının ortasına düşebileceğimizi ve kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan sorunların hedefi olabileceğimizi unutmamak gerekir.

Kaynaklar

1) Rosentein AH, O'Daniel M. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety August 2008;34(8) pp.464-71.

2) Bolton R, Bolton DG. İş Hayatında İnsan Üslupları. Üniform Matbaacılık, İstanbul, 1997, s:112.

Vakıf medeniyetinde hasta hakları

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.

Bugünkü anlamda modern tıbbın gelişimi aslında Batı dünyasının aydınlanma çağı adını verdiği dönemle paralel olmuştur. Dolayısıyla bugün tıpta kullandığımız kavramlar da aydınlanma çağının aslında bir anlamda bugüne miras olarak bıraktığı kavramlarla çok paralellik arz ediyor (1,2). Mesela özgürlük, özerklik, demokrasi, insan hakları bu kavramlardan bazılarıdır. Bunlar, artık dünyada evrensel olarak kabul

edilen ve üzerinde birçok teoriler üretilen hatta bedeller ödenen kavramlar olmuştur. Bu kavramlar, arka planında insan hakları olan, hasta hakları dediğimiz bir anlayışı da içinde barındırmaktadır. Hasta, genel insan toplumunun belli özelliklerle ayrılmış bir kesimi/sınıfı ise arka plandaki ana güç ya da ana tema da insan hakları olmak zorundadır. Dolayısıyla bugün geliştirilmeye çalışılan ya da bugün yazılı metinlerle artık kuralları da konmaya başlanan hasta hakları mevzuatları temelde insan haklarına dayanır.

Aslında insanın temel haklarından biri, özgür olması, özerk olmasıdır. Ancak özerklik sonsuz değildir, sınırlıdır mutlaka. İnsanın genetik yapısıyla sınırlıdır, kabiliyetiyle sınırlıdır, eğitimiyle sınırlıdır, yaşadığı şartlarla sınırlıdır. İnsanın özerkliğini sınırlayan çok önemli bir husus, insanın sağlığının bozulmasıdır, hastalığıdır. Bu anlamda tıp, temel mantık olarak, aslında insanın özerkliğini tekrar iade etme aracı olarak düşünülebilir. O özerkliği sınırlayan hastalığı veya bir şekilde hastalığın etkilerini azaltmak ya da ortadan kal-





HEKİMBAŞI VE HASTASI
HEAD DOCTOR AND PATIENT



Hastanın rızasının alınması ve bilgilendirilmesi, hastanın özgürlüğünün var olduğunun belgesidir. Ancak burada önemli olan, bir yazılı belgeyi hastaya imzalatmak değildir; hastanın anladığı dilde anlamasının sağlanmasıdır. Buradaki ana fikir hastanın anlamasıdır. Özellikle yeni TCK yürürlüğe girdikten sonra, şu anda kendi pratiğimizde uyguladığımız, çoğu yerini hastanın okuyamadığı onlarca sayfalık bir yazıya imza attırmak şeklinde gelişen tavrımızın bu kabulü karşılamadığı bir gerçektir.

dırma aracı olarak görüldüğünde, özerklik açısından tıbbın çok önemli bir yeri olduğunu fark etmek zor değildir.

İnsanın özerk olabilmesi, sağlığına sahip olmasıyla bağlantılı olduğuna göre, sağlık hakkına bu açıdan bakabiliriz. Sağık hakkı, bütün herkesin, sağık hizmetlerinden yararlanma ve yeterli sağık düzeyi ile belli bir refah düzeyine ulaşma hakkı olarak algılanıyor. Burada refah düzeyinin sağık düzeyi ile birlikte ele alınması bir tesadüf değildir. Son zamanlarda özellikle uluslararası halk sağlığı alanında sağık ve refah

kelimesi bir arada kullanılmaya başlandı. Mesela Dünya Sağlık Örgütü'nün sağık sistemlerinin güçlendirilmesine ilişkin Talin Konferansı'nın ana başlığı "sağık ve refah" olmuştur. Refah toplumunun ön şartının sağık düzeyi yüksek bir toplum olma vurgusu, bu birlik-teliğin altında yatıyor.

Bugün modern sağık hizmeti alanında hasta hakları konusunda çok fazla metin ortaya çıkmış durumda ve bunlar arasında büyük oranda örtüşmeler mevcut. Fazlaca detaya girmeden sadece Sağlık Bakanlığı'nın hasta hakları web sayfasında var olan mevzuata göz gezdirdiğimizde, uluslararası alanda Lizbon Bildirgesi, Bali Bildirgesi, Amsterdam Bildirgesi ile oldukça detaylı ve bugün en çok rehber olarak kullanılan 'Hasta Hakları Avrupa Statüsü'nün varlığı dikkatimizi çekmektedir. Ulusal anlamda kendi ülkemizdeki mevzuat açısından bakarsınız Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Hasta Hakları Yönetmeliği ve bunun akabinde yayınlanan onlarca yönerge ve genelgelerimiz mevcut. Türk Ceza Kanunumuzda da hasta haklarını koruyan maddeler var. Aslında bu metinlerde yer alan ve bugünün modern tıbbi açısından baktığımızda hasta hakları diye çerçevesini çizdiğimiz anlayış, öyle çok da tarihin derinliklerine uzanmıyor. Batı dünyası açısından 20'nci yüzyılın ikinci yarısında gelişmiş bir anlayıştır bu. Yani bu çerçevedeki hasta hakları anlayışı Batı dünyası için son derece yenidir. Yine de hasta hakları, Amerika'nın şu anda birçok eyaletinin kanunlarında yer almış durumdadır.

Amsterdam Bildirgesi'nde hasta haklarıyla ilgili temel çerçeve bilgilendirme, hastanın rızasının alınması, mahremiyetinin, özel hayatının korunması, bakım ve tedavi hakkı, hastanın itiraz hakkı ve başvuru hakkı gibi temel başlıklar altında toplanıyor (3). Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi'nde 14 temel başlık altında hasta hakları tanımlanıyor (4).

Bunlar içinde koruyucu tedbirlerin alınması ve sağık hizmetlerinden yararlanma hakkı zaten evrensel kabul görmüş bir anlayış. Hastanın mutlaka bilgilendirilmesi ve gönüllü olarak rızasının alınması şartı bu haklar arasında yer alıyor. Hastanın herhangi bir basıkıyla değil, kendi rızasıyla önerilen tedaviyi kabul etmesi, sonuçlarına katlanması gerekiyor. Bir telkinle değil özgür olarak kendi seçimiyle bu kararı vermesi lazım. Yine bu sözleşmeye göre hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi lazım. Zamanın değerini göz ardı ederek insanların zamanını çalmaya karşı tedbir olarak hastaların vakitlerine saygı gösterilmesi lazım. Verilecek hizmet açısından hastanın hiçbir şekilde vaktinin israf edilmemesi, gereksiz bekletilmemesi lazım. Kalite standartlarından biri olan bu başlığı

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi (2002)

- 1- Koruyucu tedbirlerin alınması hakkı
- 2- Sağık hizmetlerinden yararlanma hakkı
- 3- Bilgi hakkı
- 4- Rıza (onay) hakkı
- 5- Özgür seçim hakkı
- 6- Mahremiyet hakkı
- 7- Hastaların vaktine saygı
- 8- Kalite standartları hakkı
- 9- Güvenlik
- 10- Yenilik hakkı
- 11- Gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı
- 12- Kişise tedavi hakkı
- 13- Şikayet hakkı
- 14- Tazminat hakkı



aslında uzun uzun tartışmak mümkündür. Belki de günlük yaşantımızda en fazla ihmal ettiğimiz zaman yönetimini, sorumluluk alanımızdaki insanların zamanını da hesaba katarak detaylı bir şekilde ele almamız lazım. Sağlık hizmetinin kalitesi de artık sorgulanmaktadır; sorgulanmak zorundadır. Hasta sadece kendisine verilen hizmeti değil, bu hizmetin kalitesini de sorgulama hakkına sahiptir. Hasta güvenliği ise başlı başına günümüzün konusudur artık. Özellikle hastaların bir şekilde zarar görmesi halinde bunun tazmin edilmesi yönünde de bir hakkının var olduğu kabul edilmiş durumdadır.

Hastanın rızasının alınması ve bilgilendirilmesi, hastanın özgürlüğünün var olduğunun belgesidir. Bu rızanın nasıl olacağı ile ilgili çok farklı tartışmalar var ama üzerinde uzlaşılan konu, böyle bir rıza içinde yeterli bilginin ne olacağıdır. Hastanın mutlaka tedavi göreceği hastalığıyla ilgili muhtemel riskleri ve bu risklerin sonunda ne olacağı ya da tedavinin faydalarının ne olacağı konusunda bilgilendirilmesi, doktorunun tavsiye ettiği tedavinin dışında başka tedaviler varsa, bunlar açısından da bilgilendirilmesi, eğer tedaviyi reddederse, bu tedavileri kabul etmezse başına ne geleceği, uygulanan tedavide başarının ne demek olduğu ve tedavinin başarı oranının ne olduğu, bu “yeterli kabul edilen bilgi” kapsamına ele alınmaktadır (5). Ancak bütün bunlarda önemli olan, bunları bir yazılı belge olarak hastaya imzalatmak değildir; hastanın anladığı dilde anlamasının sağlanmasıdır. Buradaki ana fikir hastanın anlamasıdır. Özellikle yeni Türk Ceza Yasası yürürlüğe girdikten sonra,

şu anda kendi pratiğimizde uyguladığımız, çoğu yerini hastanın okuyamadığı onlarca sayfalık bir yazıya imza attırmak şeklinde gelişen tavrımızın bu kabulü karşılamadığı bir gerçektir.

Bugünkü dünyamızda bir hususa dikkat çekip ana konuma geçmek istiyorum. O da hastaların ibadet hürriyeti ile ilgilidir. Uluslararası Birleşik Komisyon’un (Joint Commission International) hastane kalite kriterlerinin içinde, “bakım hizmetleri, hastanın kişisel değerleri ve inançlarına karşı dikkatli ve saygılıdır ve bu inançlarının icabını yerine getireceği ortamlara da kuruluşun sahip olması gerekir” şeklinde bir standardı vardır (6).

Şimdi yönümüzü kendi tarihimize dönerek bir gezinti yapalım. Biraz önce anlattığım ve vurguladığım Avrupa Sözleşmesi’ndeki temel hasta haklarına yönelik olarak vakıf medeniyetinden bulabildiğim bazı örnekleri sizinle paylaşmaya çalışacağım.

Kahire’de Kalavun Hastanesi’nin açılışında (1284) Sultan Mansur’un ifadesi; “*Buradan hükümdar, hizmetçi, asker, emir, büyük-küçük, kadın-erkek herkes eşit olarak faydalana-caktır.*” Görüyorsunuz hastanenin açılışında ifade edilen ana misyonu bu. Yine 1396 yılında Niğbolu Savaşı’nda esir düşen Shiltberger’in yayınladığı hatıralarında, Bursa’daki hastanelerde Hristiyan, Musevi, Müslüman, hiçbir dini ayırım yapılmadan hastaların tedavi gördüğüne ilişkin bilgiler var (7).

Tabii bunu söyleyince akla şu gelebilir: Bugüne kadar gelebilmiş olan cemaat vakıfları ve cemaat hastaneleri var, bunların özelliği nedir? Vakıf Gureba (Gurebay-ı Müslimin), Hastanesi, Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi, Balıklı Rum Hastanesi, Balat Musevi (Or-Ahaim) Hastanesi gibi cemaat ismiyle anılan hastanelerimiz mevcut. Bunlar da Osmanlı vakıflarıdır; Osmanlı döneminden beri gelen vakıfların hastaneleridir. Her cemaatin kendi mensuplarının haklarını koruma ve onlara hizmet etme hakkı olduğu ve onların kurduğu vakıflara devlet tarafından destek verildiği de bilinen bir vakıa. Dolayısıyla bu anlamda birçok vakıf eserinden herkesin faydalanabilmesine rağmen cemaatlerin kendi mensupları için kurduğu bu şekilde vakıflar da yok değil. Ama şunu iftiharla söyleyebilirim ki, bugün yaşayan bu vakıflarda dahi farklı dinden bütün insanlar hizmet almaya devam ediyor.

Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmasıyla ilgili örnekler tarihimizde çok fazla olduğundan bunun üzerinde fazla durmadan sadece birkaç örneğe dikkat çekmek yeterli olacaktır. Mesela, Hacı Paşa’nın “*Hekim, çağırın ister şehzade, ister alelade biri, ister fakir, ister zengin olsun, çağırılan yere gitmelidir*” dediğini, Mukbilzade Mümin’in “*Şol kimseler kim fakir ola onlardan dünyevi cihete tamah eylemeye. Uğraşıp hasta olanı ilacıyla iyileştirmek arında ola...*” dediğini, Abbas Vesim’in ise “*Kimsesiz ve acizlere, zayıf ve fakir olup mihnet ve zilletle kalanlara (hor görülenlere), bilhassa kadınlardan yaşlı, hasta ve itibarsız, dertli biçarelere mualecede (tedavide) ihmal buyu-*

(...) Bunun üzerinde biraz fazla durmamın nedeni, bugün içinde bulunduğumuz toplumda çağın akışının aksine kürek çeken insanların var oluşu hatta bu insanların önemli mevkilerde söz sahibi olabilmesindendir. Maalesef günümüzde bir savcımız, yönetmelik taslağında sağlık kuruluşlarında ibadethane olmalıdır anlamına gelen bir ifadeyi dava konusu edebiliyor, iddianameye yazabiliyor.

rulmaya...” şeklinde uyarı yaptığını kaynaklardan okuyoruz (8).

Hastanın rızasının alınmasıyla, yani Avrupa Sözleşmesi’nin 3 ve 4’üncü maddeleriyle ilgili konuyu biraz açmak isterim. Zira bu rıza alınması bir anlamda hasta haklarının alfabetesi sayılabilir. Bizim kendi tarihimizde de bu konuda çok güzel örnekler mevcuttur. Cerrahiyetü’l Haniye’de Şerefeddin Sabuncuoğlu’nun şu ifadeleri yer alıyor: *“Her hastanın yanına gittiğin zaman malumatını gösterme ve ihtar etmen gerek. Yani mutlaka bildiğini göstermen ve hastayla ilgili uyarılarını da yapman gerekir.”* (8). Mahkeme kayıtlarında hasta rızasıyla ilgili çok fazla örneklerimiz mevcuttur. Bunların içinde titizlikle seçilmiş “tıbbi hatır ile izin verdim”, “gönül rızamla, kendi isteğimle onay verdim” şeklinde ifadeler yer alıyor. Yukarıda ısrarla vurgulamıştım; herhangi bir telkin, baskı olmamalıdır; hasta kendi hür iradesiyle bu tedaviyi kabul etmelidir. Bunun hukuki ifadelerine şahit oluyoruz.

Bursa, Manisa ve Konya Şer’iyye Sicillerinde çok fazla örneğe rastlıyoruz. Ben üroloji uzmanı olduğum için kendi alanımda bir çalışma yapmıştım. Bu yüzden vereceğim örnekler bu alanla sınırlı olacak. Ancak farklı cerrahi vakalardan örnekler bulmak da mümkün. Örneklerden bir tanesini izninizle nakledeyim. Biraz önce söylediğim, yeterli bilgiyi ne kadar içinde taşıyor, bunu göstermesi açısından önemlidir diye düşünüyorum.

“Hamza bin Ali adındaki şahıs, oğlu Abdurrahman’ın mesanesinde taş olduğu ve bundan son derece rahatsızlık duyduğunu ifade ettiği, Hüseyin isimli sertifikalı cerraha götürerek oğlunu tedavi etmesi için kesi yaparak bildiği yöntemle ameliyat yapıp taşı çıkarmaya yetki verdiğini, eğer bu işlemten dolayı ölüm meydana gelirse şikâyet ve dava etmeyeceğini beyan ettiği talep üzerine kayda geçirildi. 13 Muharrem 983”.

Yine bu arşiv kayıtlarında, Mevlana Bedrettin’in Doktor Seyyid Abdülkadir’e, Dimitri Nikola’nın da Doktor Seydi Ali’ye mesane taşı tedavisi için onay verdiğini hukuk meclisi önünde belirttiğine ilişkin belgelere rastlanmaktadır (5,9).

İşte Manisa Şer’iyye sicillerinden bir başka örnek: *“Manisa Narcılar Mahallesi sakinlerinden Halil oğlu Osman Beşe, hukuk meclisinde, aynı bölgede bulunan, kitap sahibi cerrah Süleyman oğlu Numan’a onay verdiğini ilan ve itiraf etmiştir: “Kardeşim Mehmed’in mesanesinde 3 senedir taş oluşmuştur; idrar yollarından şiddetli ağrı çekmektedir. Üstat Numan bu mesane taşı hastalığı olanların tedavisinde beceriklidir; bundan dolayı kardeşim Mehmed’in mesanesini yarıp oluşan taşı çıkarması ve tedavi etmesi için yüz akça ücretle anlaştım. Ameliyat sonrasında cerahattan kardeşim zarar görür, ölürse, asla ve katiyetle kan diyeti için dava ve şikâyetim yoktur” dediği, tasdik edilerek var olan talepleri doğrultusunda kayda geçildi. 22 Cumade’l-ahire 1077”* (5,9).

Bir başka örnek de Konya Şer’iyye sicillerinden vereyim: *“Konya’nın Nehr-i Kefir Mahallesi sakinlerinden Mustafa oğlu Halil, yüksek hukuk meclisi önünde bilgi sahibi Kosda oğlu Alekşe isimli zimmi cerraha onay verdiğini kabul ederek sözle tekrarlamıştır: “Küçük oğlum Hüseyin’in mesanesindeki taş nedeniyle tedavisini üstlenmek üzere insanlar arasında taş çıkarmakta becerikli olarak bilinen Alekşe’ye adet olduğu şekilde on kuruş ücretle müracaat ettim. Hangi usulle mümkün ise taşı çıkarsın. Eğer ilahi lütufla iyileşme olursa ücretini ödeyeceğim. Eğer tedaviden dolayı bir şekilde ölümü söz konusu olursa oğlumun kan ve diyetine ilişkin Alekşe’yi dava ve şikâyet etmem söz konusu değildir; kimse tarafından bu işlemten dolayı doktor rencide edilmeyecektir” dediği tasdik edildi ve talep üzerine kayda geçirildi. 13 Ramazan 1087”* (5,9).

Bu mahkeme zabıtlarını dikkatle inceleyelim. Öncelikle, kişi hastalığının ne olduğunu öğrenmiş mi? Bu hastalığın nasıl tedavi edileceği anlatılmış mı?

Doktorun bu konuda yeterli bilgisi olduğunu biliyor mu? Tedavi edilirken yan etki olarak nelerin olabileceğinin farkına varmış mı? Hastanın bütün bunları anlamış ve öğrenmiş olduğunu biliyoruz. Çünkü bu bilgiler bir form üzerinde değil, hastanın beyanı içinde yer alıyor. Bugünkü uygulamamızdan farkını ısrarla vurgulamak istiyorum. Bunlar doktorun hastaya beyanı ya da imzalattığı bir form değil, hukuk meclisi huzurundaki hastanın beyanı. Dolayısıyla hasta kendi öğrendiklerini deklare ediyor, ilân ediyor ve sonunda da doktorun bahsettiği yan etkiler hatta ölüm bile olsa bu konudan şikâyetçi olmayacağını ifade ediyor ve kayda geçiriliyor. Görüyorsunuz, rıza için gerekli bilgilendirmenin hastanın bildiği, anladığı dilde olmasına vurgu yapmıştım. Bu örnekler hastaya bir evrak imzalatmak değil, hastaya öğretmek ve hastanın bunu gidip bir hukuk heyeti önünde “Ben bunları öğrendim ve bu durum böyledir, bunu rızamla kabul ediyorum” şeklinde beyanıdır. Dikkat ederseniz, aslında bugünkü modern tıbbımızda konu edinen 1980’lerden sonra dünya gündemine giren ve yeni Türk Ceza Yasası ile birlikte yani bundan 3-4 yıl önce ülke pratiğimize girmiş olan bir bilgilendirilmiş onamdan söz ediyoruz. Bilimsel araştırmalarda rıza alınması daha önce başlatılmış olsa da, klinik uygulamalardaki rıza beyanı daha çok yeni bir uygulamadır. Hâlbuki bunun Osmanlı tarihinde çok önemli bir yer tuttuğu görülüyor.

İbadet hürriyeti konusunda JCI akreditasyon kriterlerinden bahsetmiştim. Nur Banu Sultan Atik Valide Külliyesi’nin vakfiyesinde, “Hastanedeki bütün görevliler ile iyileşmeye yüz tutmuş, namaz kılabilen hastalar için mescit olarak belirlenen yerde mescit açılması ve buna kayyum tayin edilmesi” ile ilgili hükümler yer alıyor (10). İbadet deynince konunun sadece mescit ve camii olmadığını hepimiz biliyoruz. Darülaceze binası içinde Katolik cemaati için kilise ve Musevi cemaati için bir sinagog açıldığını bilirsiniz. Museviler için sinagog açılması hatta açılınca kadar bir oda tahsis edilip burada hahamlar tarafından ibadetin verilmesiyle ilgili belge arşivimizde hala duruyor (11). Bunun üzerinde biraz fazla durmamın nedeni, bugün içinde bulunduğumuz toplumda çağın akışının aksine kürek çeken insanların var oluşu hatta bu insanların önemli mevkilerde söz sahibi olabilmesindendir. Maalesef günümüzde bir savcımız, yönetmelik taslağında sağlık kuruluşlarında ibadethane olmalıdır anlamına gelen bir ifadeyi dava konusu edebiliyor, iddianameye yazabiliyor. Bu çağda böyle vahim olaylara şahit olmamız nedeniyle tarihimizdeki örnekleri ısrarla vermek istedim.

Avrupa Sözleşmesi'nin 9'uncu maddesinde yer alan hasta güvenliği konusunu vakıf penceresinden de ele alalım. Vakıf medeniyetimizin ana kaynağı olan İslam anlayışının temelinde bu konu gözümüze çarpmaktadır. Hadis-i şerifte "İnsanların en hayırlısı, insanlara faydası dokunandır" deniliyor. Dolayısıyla hiçbirimiz, hiçbir icraatımızda insana zarar verme gibi bir düşünce taşıma lüksüne sahip olmadığımız gibi ihmal, dikkatsizlik, bilgisizlik, yetersizlikle nedeniyle de bu hakkı ihlal etme hakkımızın olmadığını bilmek zorundayız. Tarihimize baktığımızda birçok tıbbi eserde bu konunun ısrarla ele alınmış olduğunu görüyoruz. Literatürümüzde doktorun öğrendiği bilgilerin dışarıda hiçbir şekilde deşifre edilmemesi, hasta bilgilerinin paylaşıl-maması ile ilgili çok sayıda örnek bulmak mümkündür.

İbn Şerif, "Hekim hastaya gittiğinde din, insaniyet, emniyet ve şefkate ait şartları yerine getirmeli ve gözünü, kulağını, elini ve dilini bütün münasebet-sizliklerden sakıncalıdır" diyor. Hacı Paşa, hekimin, hastanın gördüğü ayıbını sır olarak saklamasını ihtar ediyor. Mukbilzade Mümin'in uyarısı da farklı değil: "Mualece (tedavi) babında kim-selerin ayıbına şahit olsa, hafiflik edip gayri yerlerde rivayet eylemeye." Şu nasihat da Ahmed b. Bali'den: "Tedavi esnasında geçenleri saklamalı, haddini aşmamalı ve sonunda çekiştirip anlat-mamalı ve 'ben falan yaptım, filan ettim' diye başa kakmamalı ve hastayı ziyare-te gelen kimselerin yanında muayene yapmamalı, (hasta) yalnızken tenhada muayene etmeli; zira belki (hasta) has-talığını saklamak ister; kimsenin öğren-mesini istemez veya utanır" (8).

Dikkat ederseniz, Avrupa Sözleşmesi'nin son maddesi tazminat hakkından bahsediyordu. Mahremiyet vs gibi hususlar hep bilinen konular ama tazminat konusu fazla bilinmiyor olabilir. Onun için bunun da bir örneğini gösteren belgeyi nakletmek istiyorum. "Dolmabahçe Camii'nin tamiri sırasında minareden düşerek ölen ve bu durumun tamirat memuru Ali Faik Bey'in düzenlediği bir raporla tevsik edilmesi üzerine, ölen şahsın hanımı Zühre'ye ve oğlu Hüsrev'e söz konusu camii vakfı gelirinden ödenmek üzere kırkbeşer kuruş aylık bağlanmıştır... Zühre'nin doğacak çocuğuna da aylık bağlanacaktır". Yine, "Uşaklı minare ustası el Hac Mehmet adındaki şahıs, Selimiye Camii külahı kurşunlarının de-ğiştirilmesi sırasında minareden düş-müş ve ayakları kırılmıştır. Bu şahsa 29 Recep 1265 (1848) yılından geçerli ol-mak üzere Evkaf Nezareti'nce ayda yüz kuruş malul aylığı bağlanmıştır. İkamet yeri itibarıyla aylığın Kütahya

Kaymakamlığı vasıtasıyla ödenmesi kararlaştırılmıştır" ibaresine rastlıyoruz, bir başka Osmanlı arşiv belgesinde (12,13).

Osmanlı Devleti aslında bugünkü anlamda bir sosyal devlet değildi. Yani sosyal güvenlik sistemi devlet eliyle yürütülüyor, büyük oranda vakıflar eliyle, sivil toplum eliyle yürütülüyordu. Ancak ahiliği, loncaları, sandıkları bir arada düşündüğümüzde temeli sivil topluma dayanan ciddi bir sosyal gü-venlik ağının varlığından söz edebiliriz (14). Bu açıdan aslında vakıflar sade-ce tedavi esnasındaki güvenliklerin sağlanması değil, bir şekilde mağdur olmuş kişilerin tazminat haklarının da iadesi konusunda görev almış durumdadırlar. Bu da güzel bir örnektir diye düşünüyorum.

Son olarak ruh hastalıklarıyla ilgili hu-susa kısaca değinmek istiyorum. Bil-hassa savunmasız, şuuru yerinde ol-mayan ve akli yerinde olmayan bu insanlar, en fazla etkiye maruz bırakı-labilecek kişilerdir. Dolayısıyla hasta hakları dediğimizde ilk defa karşımıza bunlar çıkar. Ruh hastasının bilinci yerinde olmadığı için özerkliği de yoktur, iradesiyle herhangi bir karar verebilme şansı da. Hasta haklarıyla ilgili teoriler daha çok bu kavramların üzerinde ge-liştirilir. Modern tıp dünyamızda, ruh sağlığı alanında hasta hakları ile ilgili yayınlanmış metinler son derece yenidir ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nden 40 yıl sonrasına rastlar (1,2). Özellikle yakın Avrupa çağı, ruh hastalıkları açısından tam bir facia ve felaket dönemidir. Hastaların işkenceye uğradıkları, yakıldıkları dö-nemlerdir. Bu açıdan bakarak ruh has-talarının nasıl tedavi edildiği konusuna detaylı bir şekilde değinmek bu yazının kapsamını aşacaktır.

Ruh hastalarına yapılan muamele ko-nusunda onlarca örnek göstermek mümkündür. Sadece bir hususa değinerek yetineyim. Darüşşifa vakfiyeleri-ne bakıldığında, özellikle 18'inci yüzyıl öncesinde ruh hastalıkları için ayrı bir hastaneden söz edilmiyor. Darüşşifa-nın içinde ruh hastaları için de kurallar konduğu anlaşıyor (15). Yani hasta-nenin bir servisi, bir bölümü, birkaç ya-tağı ruh hastalarına ayrılıyor. Ancak özellikle Batılılaşmanın başladığı, Os-manlı tıbbının bir anlamda Batı tıp anla-yışı karşısında geri kaldığı, sanitasyon, sterilizasyon gibi işlerin yeni mimarı ya-pılara ihtiyaç göstermesiyle eski da-rüşşifaların ruh hastanelerine terk edil-diği bir dönem mevcut. Yani adeta ruh hastalıklarının tedavisinde bir kötüleş-me dönemimiz var, Batılılaşmayla bir-likte. Bugün şu anda psikiyatrinin, "toplum temelli psikiyatri" diye tekrar dönüş yaptığı ve ruh hastalarının;

1) Genel hastaneler içinde tedavi edilmesi

2) Mümkünse ayaktan tedavi edilip aile içinde, kendi toplumunda barındırılması yönünde bir temel anlayışı mevcut. Bu anlayış hayata geçirilmeye çalışılıyor. Aslında darüşşifaların esas orijinal hali-ne baktığımızda bu anlayışın ciddi ola-rak geçmişte var olduğunu görüyoruz.

Kaynaklar

1) Oğuz Y: Hastayım O Halde Hakkım.. <http://www.yaseminoguz.com/yayinlar/>

2) Oğuz NY. Tıp Eteğinde Temel ilkeler. Etik Bu-nun Neresin de! Ankara. 1997 5.27-34

3) 28-30 mart 1994, Amsterdam Bildirgesi. "Euro-pean Health Care Reforms: Citizens' Choice and Patients' Rights, WHO, 1996, ISBN 87-90395-03-4

4) Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Temel Doküman (Ana Sözleşmesi) Roma, Kasım 2002

5) Aydın S, Verit A: Informed consent in bladder stone treatment from the Ottoman archives. In Schultheiss D. (editor). De Historia Urologiae Eu-ropaeae. Vol 15. pp.27-35. History Office Europe-an <association of Urology, 2008

6) Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commis-sion International) Hastane İçin Akreditasyon Standartları, sf 29. 2003

7) Türkmen B: Vakıf Medeniyeti. Kastamonu Eği-tim Dergisi, Mart 2005 Cilt:13 No:1

8) Sarı N: Osmanlı hekimliğinde tıp ahlakı. Yılmaz C, Yılmaz N (editörler) Osmanlıda Sağlık, Cilt 1, sf 207-236, İstanbul 2006

9) C, Yılmaz N (editörler) Osmanlıda Sağlık, Bur-sa, Manisa Konya Şerife Sicilleri, Cilt 2, İstanbul 2006 15.

10) Yılmaz C, Yılmaz N: Osmanlı Hastane Yönet-melikleri, Vakfiyelerde Osmanlı Darüşşifaları. Os-manlıda Sağlık Cilt 1, sf 42-64, İstanbul 2006.(Külliye'nin orijinal vakfiyesi Arapça olup Vakıflar Genel Müdürlüğü Arşivi'ndedir. (kasa nr.121).

11) Nisan 1896, BOA. MKT.MHM 705/15-2, Gök-kubbe Altında Birlikte Yaşamak sf 97,101. Başba-kanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü, Osmanlı Arşivleri Daire Başkanlığı ANKARA, 2006

12) Gönencan Zahit, "Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemleri", Çimento İşveren, C. 15, S.1, sf. 37 Ocak 2001

13) Şen M: Osmanlı Devletinde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar Ve Vakıflar

14) Saymen Ferit Hakkı, "Türkiye'de Sosyal Sigor-taların Gelişme Hareketleri ve Yeni Temayülleri", HFM, C. XVIII, S. 3-4, sf. 1071-1072, İstanbul, 1953

15) Nil Sarı: Osmanlı Darüşşifalarına Tayin Edile-cek Görevlilerde Aranan Nitelikler. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları 1. İst., 1995. S.11-54

*4-6 Mayıs 2009 tarihindeki Vakıf Haftası münase-betiyle yapılan konuşmadan derlenmiştir.

Hastanede yangın olur mu?

Dr. Ali Kemal Çaylan



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olan Çaylan, 2001 yılında İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Aile Hekimliği Uzmanlığı'nı aldı. Boston Harvard Üniversitesi'nde Sağlık Hizmetleri Kalitesi Geliştirilmesi ve Değerlendirmesi, Virginia, Virginia Üniversitesi'nde Hastane Yönetimi, Dünya Bankası Enstitüsü'nde Sağlık Sektörü Reformu konularında eğitim almıştır. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Baş Hekim Yardımcısı olan Dr. Ali Kemal Çaylan, halen Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde Sağlık Yapıları Planlaması ve Sağlık Yapıları Tasarım Standartları konusundaki çalışmaları yürütmektedir.

Tedavi ve yardıma ihtiyaç duyduğumuz ya da bir afet sonucunda yaraların sarılması gerektiğinde hizmet vermesini beklediğimiz binanın/hastanenin ve hastane ekibinin benzer bir olumsuz olaya maruz kalması sebebiyle hizmet veremeyecek olması ne kadar acıdır.

Son günlerde bazı hastanelerde ve kamu binalarında meydana gelen yangınlar bizlere konuya daha yakından bakma ve inceleme fırsatı vermektedir.

“Toplumsal hizmetlerin verildiği yerler daima ayakta kalmalıdır” prensibinden hareket edildiğinde, tüm kamu binaları her türlü afet ve felaket durumlarına dayanıklı olmalıdır. Kamu binaları arasında ayrı bir yeri olan hastane binalarının durumu ise daha hassastır. İster deprem, sel gibi doğal nedenlerden, isterse de yangın gibi iç kaynaklardan gelişebilen başka bir olumsuz durum halinde, hastane hastalara hizmetine devam edebilme özelliğine sahip olmalıdır. Böyle bir anlayışla bakıldığında; hastanelerin kendi bünyesindeki elektrik, su ve gaz gibi donanımları ve

binaya olan sevkiyattan kaynaklanan aksaklıkların meydana gelmesi veya sekteye uğraması düşünülemez.

Sağlık Bakanlığı'nın yukarıda belirtilen anlayışlar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda benimsediği prensiplerle 2001 yılı sonrasında yapılan tüm binalarda tasarım ve inşaat aşamalarında uygulanmak üzere oluşturduğu ana prensipleri şunlardır:

Ülke genelinde etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasının sürdürülmesini sağlamak,







Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında;

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik,

Sağlık hizmet sunumunda yeterlilik-memnuniyet,

Sağlık hizmet sunumunda etkinliğini sağlamaktır.

Bu kavramlar ve uygulama çerçevesinde yapılan ve yapımı planlanan binalarda farklı özelliklerin bulunmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu konuya kısmen de olsa geçen ay SD Dergi'nin kardeş haber portalı sdplatform.com ile yaptığımız mülakatı cevap vermiştim. İsterseniz burada konuya biraz daha detaylı bir şekilde değinmek isterim. Böylece sade bir vatandaş olarak SB yönetimin neler planladığını ve görüş olarak neleri benimsediğini ve dünya ile nasıl paralellik gösterildiğini daha iyi anlatmış oluruz.

Hastanelerin yangın gibi istenmeyen durumlara karşı hazırlıklarını iki başlık altında toplayabiliriz:

- 1- Uygun mimari tasarım
- 2- Donanım planlaması

Uygun mimari tasarım

Hastanenin mimari tasarımı acil durumların düşünülüp senaryolarının hazırlanıp planlara dâhil edilmesi çok önemlidir. 'Acil Durumlar' ise meydana gelme olasılığı bulunmayan durumların meydana geldiklerinde zarara uğramamak veya zararı en aza indirmek ve hizmetin devamını sağlamak için alınan önlemleri içermektedir. Konumuzun yangınlar olması ve yerimizin de dar olması nedeniyle sadece yangın konusu-na ağırlık vereceğim.

Yukarıda da belirttiğim üzere hiç istenmeyen bir durum olan yangın, uygun şartlar oluştuğunda kaçınılmazdır. Günümüz teknolojisinde yangın;

- a) Yangının çıkmaması için her türlü tedbirin alınmış olmasını sağlamak,
- b) Çıkan yangının yayılımını durdurmak,
- c) Yangına hızla müdahale etmek,
- d) Yangın müdahaleleri devam ederken hizmete devam edilmesi düşüncesi çerçevesinde ele alınmaktadır.

a) Yangının çıkmaması için uygun mimari tasarım ve donanım tedbir-

lerinin alınmasının sağlanması:

Eğer bir binada yangın çıkmıyorsa, bu, yapılan planlamaların daha özensiz yapılabileceğini ve kullanılan malzemenin daha kalitesiz alınabileceğini göstermez. Tam tersine yapılan planlamanın ve kullanılan malzemenin tam yerinde olduğunu belirtir. Bu düşünce ile baktığımızda ne kadar az yangınla karşılaşıyorsak o kadar başarılıyız demektir. Doğru yaklaşım da budur. Bu düşünceden hareketle özellikle kullanılan elektrik kabloları yanmaz malzemeden olmalıdır. Yangın alarm sistemi, yangın büyüklüklerini ve yangın yerini gösteren özellikte olmalıdır. Her yıl hastanede gerçekçi senaryolarla tatbikat yapılmalıdır. Acil durumlarda görevli personelin izin ve diğer durumları bu planlamalara göre düzenlenmeli ve tatbikatlarda bu konuya önem verilmalıdır. Gerekli hallerde itfaiye ekipleri ile birlikte tatbikatlar yapılmalı, tatbikat kapsamına ulaşım yolları, sokak ve hastane önü gibi alanların da dâhil edilmesi sağlanmalıdır.

b) Çıkan yangının yayılımını durdurmak:

Diğer bir tasarım özelliği de binanın alanlara bölünmüş olması ve bu alanlar arasında yangına dayanıklı hava geçirmeyen kapıların olmasıdır. Bir alan da herhangi bir yangın çıktığında bu alandaki hastalar, personel ve değerli ekipmanlar ve dokümanlar hızla güvenli olan aynı kattaki başka bir alana taşınabilmelidir. Daha sonra yangının olduğu alandaki yanmayan ve hava geçirmeyen kapılar kapatılır. Yangının hava almayan bir ortama hapsedilmesi ve böylece hızla sönmesi hedeflenmektedir. Ayrıca havalandırma tertibatı da çok önemlidir. Hava tertibatı bölgesel kontrole sahip olmalıdır. Böylece yangının bulunduğu bölgenin havalandırması kapatılır ve baca görevi yapması engellenir. Yoğun bakım servislerinde yatan hastalar, diyaliz makinelerine bağlı olanlar ve diğer elektrikle çalışan cihazlardan yaralananlar mağdur olacaklardır. Bu tür hastaların başka hastanelere sevk de gerçekleşmeyecektir. Çünkü hastaneler yüzde 75-90 kapasite arasında çalışırlar ve kritik alanlarına ani gelen bu yükü kaldırmaları imkânsızdır.

Bu kısımda ise binanın içindeki donanımın taşınma durumuna elverişli bir düzeneği bulunması gerektiğinden bahsetmek istiyorum. Çünkü bu özelliklerde amaçlanan hizmetin devamlılığının sağlanmasıdır. "Taşınması muhtemel her şey mobil olmalıdır" prensibini uygulamalıyız. Ayrıca birlikte taşınması gereken malzemenin birlikte hareket etme kabiliyeti bulunmalıdır. Örneğin hastayı yatağı ile birlikte

taşıırken başka biri de yanında hastanın serumunu taşıyorsa, bu serum çıkmaya ve tedavinin aksamasına neden olabilecektir. Böyle bir durum kriz anında gereksiz olarak iş gücünü arttıracaktır. Hâlbuki hastanın serumunun yatağa bağlı serum askısında ve kırılmayacak bir şekilde en az sayıdaki personelle taşınması gerekmektedir. Şimdi bu durumu bir de yoğunbakımda olup çeşitli cihazlara bağlı ve tedavi için oksijen alan veya kısa aralıklarla nefes borusuna hastanın kendi salyası kaçmasını diye aspire edilmesi gereken ya da ameliyat esnasında veya daha çeşitli birçok durumdaki hastalar için düşünelim. Taşıma işinin bu açıdan bile çok zor olduğu görülmektedir.

Taşıma konusunda diğer bir önemli husus ise yollardır. Yollar hemen odanın içerisinden başlar. Boşaltılması planlanmış odanın boyutunun ve koridora açılma alanının tıbbi ekipmanın hasta yatağı ile birlikte hareket ettirilmesi uygun mudur? Uygun ise bu birliktelikle kapılardan rahat ve hızlı bir şekilde çıkılabilir mi? Koridorlar yeterli genişlikte mi? Ya koridorların dönüş kısımları? Bir hastaneyi başlangıçta tüm detayları planlamadığımız veya bazı gerekçeler ile ihmal ettiğimiz bu uygulamalar bir gün gelip bizleri üzüntüye ve geri dönüşü olmayan durumlara sokacaktır. Buradan hemen taşınmanın da dikey yani katlar arası değil yatay olması gerektiğini de vurgulamak istiyorum. Yangın veya bir tehlike anında asansörlerin çalışmayacağını ve asansörlere binilmeyeceğini hepimiz biliyoruz.

c) Yangına hızla müdahale etmek:

Amerika ve bazı Avrupa ülkelerinde binalar 'yangın tespit ve alarm tertibatı' ile donatılmaktadır. Bu sebeple bina girişinde yangının bulunduğu yeri gösteren bir yangın panosu bulunmaktadır. Ülkemizde ise yangın tespit panoları yaygın olarak kullanılmamaktadır. Sistem şöyle çalışmaktadır: İtfaiye ekipleri yangın alarmı aldıkları binaya ulaştıklarında doğrudan binanın girişinde bulunan bu yangın alarm tespit panolarına gitmektedirler. Bu panodan yangının hangi katta başladığını ve hangi kısımların etkilendiğini görmektedirler. Bu bilgi sonucunda hızla organize olarak bir müdahale planı hazırlar ve bu plan çerçevesinde hareket ederler. Bu çok önemli bir bilgidir. Yangının çıktığı yer bilindikten sonra orada başka insanların bulunup bulunmadığı, hangi tür malzemenin bulunduğu, önemli doküman bilgisinin varlığı veya değerli eşyanın mevcudiyeti gibi gerekli bilgilere anında ulaşılabilmekte ve kurtarma planları yapılıp işletilmektedir. Bu durum aynı zamanda müdahale için çok büyük hız ve hedef tespiti sağlamaktadır.

d) Tüm yangın müdahaleleri devam ederken hizmete devam etmek:

Sıklıkla ifade ettiğim gibi esas prensibimiz bu olmalıdır. Bu tür bir düşünce üzerinden kurulan senaryolara baktığımızda çok iyi sonuçlar alınabilmektedir. Bir senaryo örneğinden bahsetmek istiyorum: Bir ameliyathanede hasta ameliyat edilirken yangın çıkmıştır. Hasta, bağlı olduğu seyyar anestezi cihazları ve taşınabilir tıbbi gaz tüpleri ile birlikte yandaki ameliyathaneye taşınmıştır. Ameliyat koridorundaki ara kapılar kapatılmış ve yangının diğer bölümlere ulaşması engellenmiştir. İtfaiyeye haber verilmiş ve itfaiye de 10 dakika içinde gelip yangına müdahale etmiştir. Müdahale bittikten 15 dakika sonra ameliyat tamamlanmış ve hizmette bir aksama olmamıştır... Yapılan planlamalarda bu tür senaryolar hazırlanmalı ve işlerlikleri kontrol edilmelidir. Ancak o zaman gereksinim bütünsel olarak görülebilir ve hizmetin devamlılığı sağlanır.

Donanım plânlaması

En önemli bir plânlama da elektrik tertibatının plânlanmasıdır. Elektrik tertibatı yani kablolar, fişler ve sigortalar, taşıyacakları yükleri ve özellikleri binanın o günkü ihtiyacına göre plânlanmaktadır. Yıllar geçtikçe teknoloji değişmekte yeni aletlere gereksinim duyulmaktadır ya da binada hizmet kapasitesi artırılmakta bu sebeple de kullanılan elektrik yükü artmaktadır. Artan bu ihtiyacı karşılamak amacıyla mühendis marifeti ile elektrik donanımı tekrar gözden geçirilmeli ve eksiklikler tamamlanmalıdır. Aksi takdirde bir gün mutlaka elektrik kaynağından bir yangının çıkması olasıdır. Elektrik tertibatının en azından kritik alanlarda yanmaz malzemeden yapılmış olması, sigorta sisteminde sigortaların gücünün hesaplanırken sadece cihazın çekecekleri yükü ele almayıp aynı zamanda kablo yükleri de hesaba katılmalı ve uygun bir topraklamaya özen gösterilmelidir. Tüm tesisatın ise düzenli zaman dilimlerinde bakımları yapılması eskimiş tesisatın değiştirilmesi gerekmektedir.

Önemli hususlardan biri de elektrik kaynağı desteği sağlayan jeneratörlerdir. Günümüzde elektrikler kesildiğinde jeneratörler devreye girmekte ve hizmet devam etmektedir. Bu aslında çok tehlikeli bir durumdur. Başta kaliteli hizmet gibi görünmesine rağmen böyle bir sistemde elektrik tesisatı kritik donanım hattı olarak ayrıldığından herhangi bir aksaklıkta elektriklerin kesildiği veya kesilmesi gerektiği durumda jeneratörler ile aynı alana elektrik verilmesi kaçınılmazdır. Böyle bir durumda ise kesintinin manuel olarak yapılması gerekir. Hâlbuki sadece kritik

Bir senaryodan bahsetmek istiyorum: Bir ameliyathanede hasta ameliyat edilirken yangın çıkmıştır. Hasta, bağlı olduğu seyyar anestezi cihazları ve taşınabilir tıbbi gaz tüpleri ile birlikte yandaki ameliyathaneye taşınmıştır. Ameliyat koridorundaki ara kapılar kapatılmış ve yangının diğer bölümlere ulaşması engellenmiştir. İtfaiyeye haber verilmiş ve itfaiye de 10 dakika içinde gelip yangına müdahale etmiştir. Müdahale bittikten 15 dakika sonra ameliyat tamamlanmış ve hizmette bir aksama olmamıştır...

alanların jeneratöre bağlandığı durumlarda jeneratör desteği ayrı bir sistemle bu kısımları besleyeceğinden daha güvenli bir ortam oluşacaktır. Ya da bir alternatif olarak kritik alanların jeneratörleri ayrı olmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, yeni yapılan binaların mimari tasarımında (2001 yılı sonrası) ve tüm hastane binalarında yangın yönetmeliklerinin uygulanması ve denetimi konusunda çok titiz davranmaktadır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastaneler yangın yönetmeliklerine uymak zorundadır. Bu çerçevede hastaneler afet senaryoları geliştirerek bu senaryolar kapsamında yaygın tatbikatları yapmaktalar. Bu denetim ve kontrolleri yapmak, yerel yönetimlerin sorumluluğu altındadır. Bu sebeple yerel idareler zamanında önlemlerini almalı, gerekli kontrol ve uygulamalarını yaparak olası tehlikelerin önüne geçmelidir. Son olarak şunu belirtmek isterim ki; elbette bir krizi yönetmek çok önemlidir fakat esas olan krizin çıkmamasını sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinde mükemmeye ulaşmada popüler araçlar: Yetkinlik modelleri

Dr. Haluk Şengün



1990 yılında GATA Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 400 Yataklı Tahlile Hastanesi Baştabipliği, Hakkari Askeri Hastanesi Baştabipliği, GATA Haydarpaşa Asker Hastanesi Baştabip Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı'nda doktora eğitimine devam etmektedir.

Dr. Deniz Kaplan



2005 yılında GATA Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Halen TSK bünyesinde Askeri Tabip olarak çalışmaktadır.

Günümüzde sağlık yöneticilerinden beklenen, uzun vadede belirsizlikler içeren ekonomik parametreler ve sağlık politikalarının sunduğu kaygan zeminde, pazarın rekabet faktörünü de göz önüne ala-

rak, sağlık hizmetini mükemmeye taşımalarıdır. Emek yoğun yüksek teknoloji kullanan hastanelerde farkı yaratan, işletmenin stratejik hedefleri ve amaçları benimsenilip bunun doğrultusunda çalıştırılan, yetkin insan unsurudur. İnsanların yetkinliklerinden tam olarak faydalanmak ise sadece yetkinlik bazlı insan kaynakları sisteminin oluşturul-

ması ile sağlanır.

Yetkinlik kavramı, giderek artan bir ivmeyle gelişmiş ülkelerdeki hastanelerde insan kaynakları alanında kullanılmaya başlanmıştır. Bugün yetkinlik bazlı modeller özellikle seçme-yerleştirme, gelişim, performans yönetimi, kariyer planlama ve yedekleme





Organizasyonlar, yetkinlik modellemesi sürecinde kullanacakları yaklaşımı seçerken çalışmanın hedefi olan grubun yapısı, organizasyonun hedef gruba biçtiği mali değeri, kurum kültürünü ve özellikle kalifiye işleri yapanların beceri ve entelektüel düzeyleri gibi faktörleri dikkate alırlar.

yon arasındaki bağlantıyı sağlayan ortak bir dil oluşturmaktadır (3).

Yetkinliğe dayalı metodolojinin doğuşunun kökleri 40 yıl önce yayınlanan Harvard Davranış Psikologu David McClelland'ın "zekâ yerine yetkinliğin test edilmesi" isimli makalesine ve yönetim teorisyeni Richard Boyatzı'nın 1980'lerdeki araştırmalarına dayanır. Bu süreçte, işletmelerde mükemmel performansa ulaşmak için ihtiyaç duyulan davranışların belirlenmesinde ve bu yolla değişimin yönetilmesinde yetkinlik modelleri ağırlıklı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yetkinliklerin buna zamandır kullanımda olmasına karşın, ABD'de popülerliğinin ivme kazanması, kısmen de organizasyonların yüzleştiği artan değişim hızına tepki olarak, 90'lı yılların başına rastlar (6).

Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki çoğu organizasyonda insan kaynakları uygulamalarının önemli bir bölümünde Geleneksel İş Analizi'nin (Traditional Job Analysis) yerini Yetkinlik modellemesi (Competency Modelling) almıştır. Geleneksel iş tanımlarının giderek daha az kullanıldığı bu organizasyonlarda, yetkinlik modelleri çalışanlardan ne beklendiğini açıkça ortaya koyması yoluyla, geleneksel iş analizinde ortaya çıkan boşluğu doldurur (3).

Yetkinlikle ilişkili kavramları şu başlıklarda inceleyebiliriz (7):

1. Yetkinlik
2. Çekirdek Yetkinlikler
3. Yetkinlik Modeli
4. Yetkinlik Modellemesi

Yetkinlik

Kişinin üstün performans göstermesi-ne neden olan bilgi, beceri, davranış,

gibi insan kaynakları süreçleri aracılığıyla çalışanların işle bağlantısını sağlayan ve kurum kültürünü, çalışanların günlük davranışlarına aksettiren bütünsel bir çerçeve oluşturmaktadır (1).

Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta, yetkinliklerin kendi içinde amaç olmadığı ancak başka amaçlar için araç olduğudur. Tüm işletme çalışanları için mükemmel yetkinlik ifadeleri yazmak, kusursuz bir desene sahip olan modeller oluşturmak tek başına bir anlam ifade etmemektedir. O halde yetkinlikleri anlamlı ve değerli hale getiren, yetkinliklerin insan kaynakları sistemlerinin altyapısı olarak kullanılmasıdır (2).

İş analizleri İKY'nin temel yapı taşıdır. İş analizinin sağladığı bilgilerin sistematik hale getirilip düzenlenmesi ile organizasyonlarda yetki ve sorumluluk alanlarını tanımlayan iş tanımları oluşturulur. Tanımlanan işi yapacak kişide bulunması gereken nitelikleri belirleyen iş gerekleri; işlerin birbiriyle kıyaslanmasını sağlayan ve kendi aralarında önem sırasını belirleyen iş değerlemesi gibi temel iş analizinin ilk ürünleri, iş analizi bilgileriyle oluşturulur. Kısaca İK sistemlerinin alt yapısı iş analizinden elde edilen bilgilerle inşa edilir. İş analizi sürecinde titiz davranılmaz ve profesyonellikten uzaklaşırsa bütün insan kaynakları sistemleri sekteye uğrayabilir.

Geleneksel iş analiz metotları veri toplama, ayrıntı düzeyi, pozisyon niteliklerinin belirlenmesi ve araştırma süreçlerinin dokümantasyonu bakımından oldukça faydalı bir metotken, değişimin çok hızlı yaşandığı ve işin kendisinin sürekli evrim geçirdiği günümüzde ise bir o kadar kullanışsız olabilmektedir (3). İşletmeler rekabete dayalı küresel iş dünyasının sürekli değişen dinamiklerine ayak uydurmaya çabalarken refleks olarak daha yatay, daha çevik ve yenilikçi yapı ve organizasyonlar geliştirmişlerdir (4). Bu yüzden işletmelerin işgücü esnekliğine giderek daha fazla ihtiyaç duyduğu günümüzde, geleneksel iş analizlerinin insan kaynakları uzmanlarına ve diğer yöneticilere yeterince yardımcı olamadığı görüşü ileri sürülmektedir. İşverenler ve çalışanlar açısından esneklik çeşitli nedenlerle tercih edilmekte olup bu yeni çalışma düzeninde yetkinliklere dayalı iş analizlerinin kullanılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir (5).

Geleneksel iş analizleri ile karşılaştırıldığında yetkinliklere dayalı iş analizlerinin daha esnek, daha stratejik ve işletmelerin performans yönetimine daha uygun olduğu görülmektedir. Esneklik özelliği, yetkinliklere dayalı iş analizlerinin işin süreçler ve projeler bazında düzenlenmesine olanak sağlarken stratejik özelliği de işletme stratejilerine uygun iş davranışlarının örgütte benimsenip yerleşmesine neden olmaktadır. Ayrıca iş, iş gören ve organizas-



Gelişmiş ülkelerde hastaneler, odağında yetkinliklerin olduğu insan kaynakları süreçlerinin örgüt içinde yerleştirilmesine, tutundurulmasına ve işlevsel bir şekilde çalışmasına olanak sağlayarak mükemmelliğe giden yolda bir hayli yol alabilmişlerdir. Yetkinlik yoluyla bireysel davranışların hastane stratejileriyle ilişkilendirilmesi ve yeni bir öğrenme kültürü yaratılması, yetkinlik modellemelerini bir rekabet silahı haline getirmektedir.

yetenek, kişilik özellikleri, motifleri v.b.'den oluşur. Aslında bu tanım geleneksel iş gerekliliklerinin kapsamından (bilgi, beceri, yetenek) farklı görülmesi de, bazı yazarlar yetkinlikleri kişinin gözlemlenebilen ve ölçülebilen davranışları olarak tanımlarlar. Bir başka görüşe göre asıl farklılık tanımlarda değil, her iki yaklaşımın odaklandığı hususlardadır. Örneğin, geleneksel iş analizlerinde önemli olan çalışanın "ne" yap-

tığı olup odak noktası iştir. Yetkinliklere dayalı iş analizinde ise kişinin ne yaptığından çok nasıl yaptığı önemli olup, çalışanın kendisine odaklanılır. Kişi işinde başarılı olabilmek için ne tür yetkinliklere sahip olmalıdır sorusuna yetkinliklere dayalı iş analizlerinde yanıt aranır (8).

Çekirdek yetkinlikler

Temel yetkinlikler olarak da adlandırılan ve organizasyonun başarısıyla ilişkili olduğu varsayılan yetkinliklerdir. İşletmedeki herkesin sahip olması beklenen ve işletmelerin değerlerinden, vizyonundan, yani nereye ulaşmak istediklerinden yola çıkılarak belirlenen yetkinliklerdir. Bu yetkinlikler işletme değerleri olarak da kabul edilebilir. Takım çalışması, müşteri ve kalite odaklılık, esneklik, karar alma, yenilikçilik gibi yetkinliklerdir.

Yetkinlik modeli

Genel olarak işletmeler, yetkinliklerini çeşitli modeller etrafında şekillendirirler. Yetkinlik modelleri, çeşitli iş unsurlarına göre tanımlanmış, anlamayı ve değerlendirmeyi kolaylaştıracak şekilde çeşitli konulara göre organize edilmiş ve mükemmel performansı tarif eden davranış gruplarıdır. Kısaca yetkinlik modelleri, üstün performansla ilişkili yetkinliklerin derlenip gruplandırıldığı, çeşitli başlık ve düzeyler altında tanımlandığı ve yetkinlikleri kullanılabilir ve yönetilebilir hale getiren platformdur (2).

İlk yıllarda yetkinlik modelleri performans yönetimi ve kariyer gelişimi olmak üzere iki alana odaklanmıştı. Bu modellerin uygulaması için tipik olarak üst-düzey yöneticiler seçilmişti (9). Bu-

nunla beraber, özellikle son on yılda, işletmeler yetkinlik modellerini yeni şekillerde kullanmaya başlamışlardır. Birçok işletme yetkinlik modellerini geliştirerek iş süreçlerini yeniden şekillendirmiş ve işlerini yeniden yapılandırmıştır. Bazı işletmeler "bir model hepsine uyar" yaklaşımıyla bir yetkinlik modeli geliştirmişler ve genellikle liderler için kullanmışlar fakat bazen de bu modeli yönetimsel olmayan geniş yelpazedeki iş gruplarına bile uygulamışlardır. Diğer işletmeler farklı bir yönde ilerleyerek farklı işler için benzer yetkinlik modelleri geliştirerek kullanmışlardır (10).

Yetkinlik modellemesi

Hem bireysel hem de organizasyon düzeyinde yetkinliklerin ortaya çıkartılması ve ayrıntılı olarak açıklanmasına yönelik sistematik bir süreçtir.

Yetkinlik modellemesi yaklaşımları

Organizasyonlar, yetkinlik modellemesi sürecinde kullanacakları yaklaşımı seçerken çalışmanın hedefi olan grubun yapısı, organizasyonun hedef gruba biçtiği mali değeri, kurum kültürünü ve özellikle kalifiye işleri yapanların beceri ve entelektüel düzeyleri gibi faktörleri dikkate alırlar. Organizasyonlar kavramsal olarak yetkinlik modellerini, modellenen işlerin gerektirdiği karakteristikleri taşıyan çalışanları, kadrolamak amacıyla oluştururlar. Yetkinlik modelleri bir defa oluşturulduktan sonra güncelliklerini ebediyen korumazlar. Tam aksine, yetkinlik modelleri onları geliştiren organizasyonun dış çevresindeki ani değişikliklerle yeni zorluklara maruz kalması, organizasyonun ürün veya hizmetlerinin çeşidini değiştirmesi veya değişik ürün

yahut hizmetlere yönelik müşteri tercihlerini karşılamaya çalışması halinde, de-mode hale gelebilirler. Organizasyonun yetkinlik modellemesinde seçeceği yaklaşım, ortaya koyduğu çabanın doğruluk ve güvenilirliğinin sağlanması açısından önemlidir. Gelişmiş ülkelerde bu yönde kullanılan yetkinlik modelleri çeşitli olmakla birlikte geleneksel yetkinlik modelleri üç ana yaklaşım altında özetlenebilir (7).

Serbest Kopyalama Yaklaşımı (Borrowed Approach)

Serbest Kopyalama & Uyarlama Yaklaşımı (Borrowed & Tailored Approach)

Uyarlama Yaklaşımı (Tailored Approach)

Serbest Kopyalama Yaklaşımı: En kolay ve en ucuz yetkinlik modellemesi yaklaşımıdır. Kısaca, serbest kopyalama yapacak organizasyonun kendi kurum kültürü, müşteri portföyü ve pazar koşulları gibi özelliklerini göz önüne almaksızın, yetkinlik modellemesini birebir kopyalamasıdır. Herhangi bir ek metodolojinin uygulanmasını gerektirmez, bu sebeple hedef grubun kurum kültürü içindeki özgün yetkinliklerinin tanımlanmasına yönelik hiçbir çalışma da yapılmaz.

Serbest Kopyalama & Uyarlama Yaklaşımı: Serbest kopyalama yaklaşımının daha gelişmiş varyasyonu olup giriş seviyesinde metodoloji uygulanmasını gerektirir. Bu yetkinlik modellemesinin kopyalanan organizasyonun kurum kültürü dikkate alınarak değiştirilmesi "Uyarlama" kısmını oluşturur. Bu uyarlama nispeten basit ve düşük maliyetli olarak gerçekleştirilebilir.

Uyarlama Yaklaşımı: Organizasyonun özgün ihtiyaçlarına yönelik bir yetkinlik modelinin temelden yapılandırılmasını tanımlar. Modelleme yaklaşımları içinde en titiz araştırmayı gerektiren, maliyetli ve uzun zaman alan yaklaşımdır. Gelişmiş ülkelerdeki organizasyonlar, işe alma, işten çıkarma ve terfi gibi önemli karar alma süreçlerinde yetkinlik modellerini referans kabul edeceklerse, yasaların getirdiği sorumlulukları göz önüne alarak düzenlemelerini yapmalıdırlar.

Uyarlama Yaklaşımı başlığı altında birçok yaklaşımın vardır. süreç-odaklı, ürün-odaklı, trend-odaklı ve iş sorumluluğu-odaklı yaklaşımlar sıkça kullanılan ve güncelliklerini korumuş yöntemlerden birkaçıdır. Ayrıca kullanımdaki yaklaşımların her biri eleştiriye açıktır veya kısıtlamalar içerebilir. Çalışmaların gerçekleştirilmesi ve doğrulanması kimi büyük organizasyonlarda birkaç yıl alabilmektedir.

Yetkinlik bazlı insan kaynakları sistemleri kurulurken öncelikle işletme kültürü, stratejileri ve hedefleri doğrultusunda yetkinlik modeli geliştirilmektedir. Geliştirilen yetkinlik modeli, kurulacak sistemlerin temelini oluşturacaktır. Yetkinlik modellerinin oluşturulması nihai amaç değildir. Yetkinlik modellerinin oluşturulmasından sonra işletmenin bu modeli iş süreçlerinde uygulaması gerekir. Bu nedenle yetkinlik modelleri, insan kaynakları sistemlerinde kullanılacak standartları hazırlamak için bir araç olarak kullanılır. Altyapısını bu standartların oluşturacağı bütünleşik insan kaynakları sistemleri, etkili ve üretken bir işgücü için en önemli ön koşullardan birisidir.

Bu gün geleneksel iş analizi ile yetkinlik modellerinin arasındaki farklara yönelik varılmış profesyonel bir konsensüs bulunmamaktadır. Bir görüş, her yetkinlik modellemesinin özünde aynı zamanda bir iş analizi süreci olduğu kabul etmekteyken diğer bir görüş ise, yetkinlik modellerinin stratejik odaklı yeni yapıdaki iş analizlerinin başaramayacağı hiçbir şeyi sunmadığını kabul eder (11). Son dönemdeki yaklaşımlar ise yön değiştirmekte ve temelden farklı bu iki yönteme "biri ya da öbürü" yaklaşımını uzatmak yerine birbirlerini tamamlayacak farklı bir çerçevede ele alınması gerektiği savunulmaktadır (3).

Yetkinlik modellerinin, İKY süreçlerine uygulanmasındaki zorlukları nedeniyle, tüm yönleri ile oturmuş bir uygulama olduğu iddia edilemez. Günümüzde işletmelerin bir kısmı İKY uygulamalarının adını "Yetkinliklere Dayalı İKY" olarak değiştirirken, yukarıdaki bölümlerde açıklanan çalışmaları yapmadan, değinilen modelleri oluşturmadan sadece var olan İKY sistemlerinin adını bir gecede değiştirerek, sadece tabela değişiklikleri ile bu yeni uygulamaya geçmişlerdir. Bu sebebe yetkinliklere dayalı İKY yaklaşımından beklenen yararlı sonuçlara ulaşmak da mümkün olmamıştır (8).

Gelişmiş ülkelerde hastaneler, odağında yetkinliklerin olduğu insan kaynakları süreçlerinin örgüt içinde yerleştirilmesine, tutundurulmasına ve işlevsel bir şekilde çalışmasına olanak sağlayarak, mükemmelliğe giden yolda bir hayli yol alabilmişlerdir. Bu hastanelerde; yetkinliklerin mükemmel performansı ayırt eden davranışlar üzerine kurulması ve bireyin gelişimi ile performans başarısı için kesin, ölçülebilir, kolay anlaşılır ölçü ve göstergeler sunması değişen başarı ölçülerini getirmiş ve sürekli yükselen performans grafiği çizmelerine sebep olmuştur. Ayrıca yetkinlik yoluyla bireysel davranışların hastane stratejileriyle ilişkilendirilmesi

ve yeni bir öğrenme kültürü yaratılması, yetkinlik modellerini bir rekabet silahı haline getirmektedir (12). Birçok bilim adamının desteklediği görüşe göre, önümüzdeki yıllarda interaktif, süreklilik gösteren ve güncellenebilir yetkinlik modelleri, organizasyonların sık tercih ettikleri araçlar olacaktır (4).

Kaynaklar

1) Acar, N. (1999). *Sürekli Gelişme-Öğrenen Organizasyonlar ve Yetkinlikler*, İstanbul: Executive Excellence, Eylül (May Danışmanlık).

2) Sakıcı Z. (2003). *Yetkinlikler ve Yetkinlik Bazlı İnsan Kaynakları Sistemleri Türk Hava Yolları'nda Bir Uygulama*. M. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. O Uras).

3) Sanchez JI, Edward LL. (2009). *What is (or should be) the difference between competency modeling and traditional job analysis?*. *Human Resource Management Review*, 19: 53-63.

4) Sims RR. (2002). *Organizational Success Through Effective Human Resource Management*. *Quorum Books*, Westport, CT, USA, p.99-100.

5) Dessler G. (2005). *Human Resource Management*. 10th ed, Upper Saddle River, Prentice Hall Publishing, St. Paul, NJ, p. 140.

6) Garman AN. (2006). *Leadership competencies: An introduction*. *Journal of Healthcare Management*, 51(1):13-17.

7) Rothwell, W., & Lindholm, J. (1999). *Competency identification, modeling and assessment in the USA*. *International Journal of Training & Development*, 3(2), 90.

8) Uyargil C, Ataay İD, Adal Z, Acar AC, Özçelik AO, Sadullah Ö, Dündar G, Tüzüner L. (Ekim 2008). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 3. baskı, Beta, İstanbul.

9) Rankin N. (2005). *The DNA of performance: the twelfth competency benchmarking survey*. *Competency & Emotional Intelligence*, 13(1), p.2-24, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=18619211&site=ehost-live>.

10) Mansfield, R. (2000). *Practical Questions For Building Competency Models*, Ottawa: Competency Based Management For The Federal Public Service., http://www.tolead.com/_documents/Document64.pdf (Şubat 2009)

11) Barrett GV, Callahan CM. (April, 1997). *Competencies: The Madison Avenue approach to professional practice*. In R. C. Page (Ed.), *Competency models: What are they and do they work?* Practitioner Forum presented at the 12th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, St. Louis, Missouri.

12) Lucia AD, Lepsinger R. (1999). *The Art And Science Of Competency Models, (Pinpointing Critical Success Factors in Organizations)* San Francisco: Jossey Bass Pfeiffer.

Kafa karıştıran hastalıklar (2): Diyabet ve insülin

Prof. 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. Aralık 2008'de profesör oldu. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Diyabet toplum sağlığını yakından ilgilendiren hemen hemen tıbbın tüm dallarını ilgilendiren, komplikasyonlara yol açan bir hastalıktır. Aslında diyabet; böbrek, göz ve sinir gibi küçük damarları özellikle tahrip edebilen bir hastalıktır. Bu yüzden diyabeti bir damar hastalığı hatta kalp damar hastalığı olarak adlandırmak yanlış olmaz.

Şeker hastalığı (diyabet) pankreastan

salgılanan insülin hormonunun azlığı ya da etkisizliği sonucu oluşur. İnsülin hormonu önemli etkilerini 3 organda gösterir. Kas dokusunda kan şekerinin kas hücresine girişini, kullanımını ve depolanmasını artırır. Karaciğerde şeker yapımını engeller. Yağ dokusunda ise yağın parçalanmasını (lipoliz) baskılar. Sonuç olarak 3 ayrı organdaki bu etkiler ile kan şekeri düşer veya yükselmesi engellenir.

İnsülinin 1921 yılında keşfedilmesinin ardından sığır ve domuz insülini kulla-

nılmıştır. Domuz insülini insan insülininden bir aminoasit, sığır insülini ise üç aminoasit farklıdır. Günümüzde hayvan insülinlerinin kullanımı yerini sentetik insan insülinlerine bırakmıştır.

Günümüzde kullanılan insülin preparatları rekombinant DNA teknolojisiyle üretilmiştir. Çoğu hızlı, kısa, orta ve uzun etkili formundadır.

Hastanın yaşı, hayat tarzı, motivasyonu, genel sağlık durumu ve tedavinin amaçları belirlenerek hastaya en uygun tedavi



Gerektiğinde verilmesi gereken insülin tedavisi ertelendiğinde özellikle göz ve böbrekteki komplikasyonlara bir adım daha yaklaşılr. Komplikasyon olduğunda ise gerektiği kadar sıklıkta verilmeyen etkisiz bir insülin tedavisi komplikasyonları daha da ağırlaştırır. İnsülin tedavisi iyi bir metabolik yatırım, iyi bir glisemik kontrol sağlar.

rejimi belirlenmelidir. İnsülin verilirken belirli aralar ile kan şekeri ölçümleri şarttır.

Tip 2 DM'nin başlangıç tedavisinde genellikle insülin yoktur. Diyet, egzersiz, kilo verme ve ağızdan kullanılan şeker düşürücü ilaçlar başlangıçta kan şekerinin kontrolü için yeterli olacaktır. Eğer glisemik kontrol sağlanamazsa, insülin tedavisi verilmelidir. Diyabetin ilerleyici bir hastalık olması sebebiyle insülin kullanımı er ya da geç varılacak noktadır.

İnsülin ile ilgili hurafeler

- 1-İnsülin alışkanlık yapar, başlanınca bırakılmaz
- 2-İnsülin böbrekleri bozar
- 3-İnsülin ne kadar geç başlanırsa o kadar iyidir
- 4-Kullanılan insülin domuz insülinidir.

Neler karıştırıyor?

- 1) Günümüzde hayvan insülinlerinin kullanımı yerini sentetik insan insülinlerine bırakmıştır.
- 2) İnsülin tedavisi organları bozmaz

(böbrek vs). Gerektiği zaman kullanıl-maması veya ertelenmesi organları tahrip eder.

- 3) İnsülin, diyabetin son tedavisi değildir.
- 4) Göz veya böbreklerde diyabete özgü (spesifik) bir komplikasyon oluştuğunda hemen insüline geçilmelidir.
- 5) Tip 1 diyabetin tedavisi sadece insülin dir ve de günde 4-5 kez olmak üzere yoğunlaştırılmış bir tedavidir. Tip 2 diyabette ise insülin kullanılacak ise hastanın durumuna göre sırası ile günde 1-2-3-4-5 kez verilebilir.
- 6) Ağızdan kullanılan hap şeklinde insülin bulunmamaktadır. İnhal (ağızdan sprey şeklinde) insülinler ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.
- 7) İnsülin verildiğinde mutlaka 3 ana öğün+3 ara öğün şeklinde alınmalıdır.

Kısa süreli erken insülin tedavisinin önemi

Tip 2 diyabetli hastalarda insülin tedavisi ile ilgili olarak uygulanan genel yaklaşım, önce ağızdan hap kullanılması; yıllar sonra bu haptara cevapsızlık geliştiğinde ise insülin tedavisine geçilmesi şeklindedir (1). Yapılan son çalış-malarda Tip 2 diyabetin başlangıcında 2-3 hafta süre ile insülin tedavisi (günde 3 kez kısa etkili+gece orta/uzun etkili insülin) ile kan şekerinin normale getirilmesinin pankreas rezervindeki azalmayı engellediği gösterilmiştir (2-7).

Sonuç olarak Tip 2 diyabetik hastaya ne kadar erken insülin tedavisi başlanırsa hastalığın başlangıcında azalmaya başlamış olan pankreastaki insülin miktarının azalması durur ve bu şekilde pankreas rezervi korunur. Hatta ileride çıkabilecek olan diyabete özgü komplikasyonların sıklığı ve şiddeti de azalır. Fakat günümüz pratiğinde bu tedavi henüz uygulanmamakla beraber ümit vaat etmektedir.

Sonuç

Şeker hastalığının herhangi bir aşamasında insülin gerekebilir. Fakat verile-



bilecek en erken zamanda insülin tedavisi ile komplikasyon sıklığı ve şiddeti o oranda azalır. Hastalığın başlangıcında insülin gerekmesi dahi kısa süre ile verilen yoğunlaştırılmış insülin pankreasın rezervini koruyarak ilerisi için iyi bir metabolik yatırım sağlar.

Gerektiğinde verilmesi gereken insülin tedavisi ertelendiğinde ise özellikle göz ve böbrekteki komplikasyonlara bir adım daha yaklaşılr. Komplikasyon olduğunda ise gerektiği kadar sıklıkta verilmeyen etkisiz bir insülin tedavisi komplikasyonları daha da ağırlaştırır.

Son söz: İnsülin tedavisi iyi bir metabolik yatırım, iyi bir glisemik kontrol sağlar.

Kaynaklar

- 1) UK Prospective Diabetes Study: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-853.
- 2) Garvey WT, Olefsky JM, Griffin J, Hamman RF, Kolterman OG. 1985 The effect of insulin treatment on insulin secretion and insulin action in type II diabetes mellitus. *Diabetes* 34:222-234.
- 3) Glaser B, Leibovitz G, Nesher R, Hartling S, Binder C, Cerasi E 1988 Improved B-cell function after intensive insulin treatment in severe non-insulin-dependent diabetes. *Acta Endocrinol* 118:365-373
- 4) Yki-Jarvinen H, Esko N, Eero H, Tashkinen M-R 1988 Clinical benefits and mechanisms of a sustained response to intermittent insulin therapy in type 2 diabetic patients with secondary drug failure. *Am J Med* 84:285-192
- 5) Gormley MJ, Hadden DR, Woods DR, Sheridan B, Andrews WJ 1986 One month's insulin treatment of type 2 diabetes: the early and medium-term effects following insulin withdrawal. *Metabolism* 35:1029-1036.
- 6) Yalçın GS, Uçak S, Basat O, Kürklü A; Canbek EN, Eren N, Altuntaş Y. Yeni Tanı Konmuş Tip 2 Diabetes Mellitus Vakalarında Beta Hücre Rezervinin Değerlendirilmesi. *Diabet Bilimi* 2005;3:116-123.
- 7) Wajchenberg BL. B-Cell Failure in Diabetes and Preservation by Clinical Treatment. *Endocrine Reviews* 2007;28:187-218.

Tip 2 Diyabette insülin verme gerekçeleri

- Kan şekerini düşürücü haplar ile iyi metabolik kontrol sağlanamaması
- Aşırı kilo kaybı
- Kan şekeri yüksekliğinin belirtileri
- Akut Myokard İnfarktüsü
- Akut ateşli sistemik hastalıklar
- Diyabet komaları
- Büyük cerrahi operasyonlar
- Gebelik ve emzirme
- Böbrek veya karaciğer yetmezliği
- Hapların ağır yan etkileri yada alerjisi

Enine boyuna domuz gribi

Doç. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. 1989 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. Üç yıl süre ile SÜ. Tıp Fakültesi'nde Başhekim Yardımcılığı görevi yaptı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda kurucu öğretim üyesi olarak atandı. Aynı dönemde AKÜ Sağlık Yüksek Okulu ve hastanenin kan bankası kurucu müdürlüğünü yaptı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Haziran '08 - Mart '09 yıllarında görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini incelemiş ve moleküler viroloji referans laboratuvarında çalışmıştır. Halen AKU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ABD öğretim üyesidir.

Etken: Etken, eskiden beri domuzlar arasında görülen, bulaşıcılığı yüksek fakat öldürücü- lüğü düşük bir "İnfluenza A/H1N1 virüsü"dür. Ancak bu güne kadarki virüs sadece domuzlar- dan insanlara bulaşır ve insanlarda ciddi bir hastalık oluşturmazken virüs genetik bir değişim geçirmiş ve insandan insana da bulaşabilir hale gelmiştir. Saptanan insan vakalarının çoğun- da domuzlarla temas hikâyesi bulunmaması bu varsayımı destekle-

mektedir. Değişikliğe uğramış bu virüsün son hali ile daha önce ne domuz- larda ne de insanlarda karşılaşmıştır. Yeni bir reassortant (çeşitlenmiş/türe- miş) virüs olan son etken (influenza A/ California/04/2009 H1N1) HA genini; Amerika'da dolaşan swine (domuz) influenza virüsünden, NA ve M genini ise Avrupa ve Asya'da dolanan swine influenza virüsünden almıştır. İnsan- dan izole edilen influenza 2009 A H1N1'in genomik analizi bunun Kuzey Amerika, Avrupa ve Asya'da izole edi- len yaygın reassortant domuz gribi vi- rüsü ile yakın ilişkili olduğunu göster-

miştir (Şekil 1). Ayrıca, bu virüsün polimeraz kompleks, hemagglutinin, nükleer protein ve yapısal olmayan proteinleri ile Kuzey Amerika'da 1990'ların sonlarında izole edilen do- muz H1N2 grip virüsünün segmentleri- nin analizler sonucu yüksek benzerlik gösterdiği saptanmıştır. H1N2 ve di- ğer alttürler, Kuzey Amerika'da izole edilen üçlü-reassortant domuz H3N2 virüsü soyundandır.

Çalışmalar, domuz gribi virüsü H1N1'in ana kaynağının domuz popülasyonu olduğunu ve hayvanların yüzde



Domuzlarda grip hastalığı ilk olarak 1918-1919 influenza pandemisi esnasında saptanmış, insanda ilk domuz gribi virüsü 1974’de izole edilmiş, daha sonra 1918-19 pandemisinin de bir domuz gribi virüsü ile olduğu anlaşılmıştır. 1958-2005 yıllarında siviller arasında 37 domuz gribi vakası bildirilmiş; bunlardan altısı (yüzde 17) yaşamlarını yitirmiş, enfekte kişilerin yüzde 44’ünde domuzla temas öyküsü alınmıştır. Bu vakalar daha çok ABD, Çekoslovakya, Hollanda, Rusya, İsviçre ve Hong Kong’dan bildirilmiştir.



25’inde enfeksiyona karşı antikor olduğunu göstermiştir. Domuzlardan 4 tip influenza A alttürü izole edilmiştir: H1N1, H1N2, H3N2 ve H3N1.

Domuzlar, hem memeli (insan dahil) hem de kuş grip virüsleri ile enfekte olabilmektedir. Bu nedenle domuzlar, memeli ve kuş grip virüslerinin kalıtsal madde alışverişlerinin yapıldığı bir “gen karışım kabı” olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki son gelişmeler, domuzlarda yaygın olarak bulunan H1N1 ve H3N2 grip virüslerinden biri olan H1N1 tipine, insan ve kuşa özgü benzer tip influenza virüslerinden bazı genlerin geçtiğini ve daha önce varolmayan yeni bir H1N1 alt tipinin oluştuğunu göstermektedir.

Virüsün adındaki H ve N harfleri, virüsün yüzeyini kaplayan, hemaglutinin (HA) ve nöraminidaz (NA) isimli iki ana glikoproteinden gelmekte olup bu proteinler, virüsün bulaşacağı canlı türünü ve hastalık yapma gücünü belirleyen çok önemli işleve sahip moleküllerdir. Örneğin H3N2 tipi domuz virüslerinde bulunan HA ve NA protein genlerinin, insan influenza A virüsüne ait olduğu bilinmektedir. Böylece H1N1 ile H3N2 virüslerinin karışımından, insan solunum yolunu döşeyen hücreleri enfekte

edebilecek yetenekte, yeni domuz gribi virüslerinin oluşmasının yolu açılmıştır. İnfluenza A virüslerinin genetik maddesi tek iplikçikli RNA (ribonükleik asit) molekülüdür. Fakat bu virüslerde bu molekül sekiz parçaya bölünmüş halde bulunur. Virüsün yapısında yer alan protein moleküllerinin genetik bilgisini taşıyan sekiz temel gen ise, bu parçalar üzerinde yer almaktadır. Farklı türlerle ait H1N1 virüslerinde aynı genler bulunmasına rağmen, bu genler birbirlerinden küçük farklarla ayrılır. Virüslerde genleri taşıyan ve domino taşlarına benzetilebilecek bu RNA molekül parçaları, bir virüsten diğer bir türün virüsüne geçebilmektedir. Bunun sonucunda yeni gen karışımını taşıyan virüs, ana virüsten örneğin domuzla özgü klasik H1N1’den daha farklı özelliklere sahip bir virüs haline gelmektedir. Halen dünyayı tehdit etmeye devam eden virüs de bu şekilde oluşmuş bir virüstdür (İnsan İnfluenza 2009 A H1N1).

Domuz gribi nasıl ortaya çıktı?

Domuzlarda grip hastalığı ilk olarak 1918-1919 influenza pandemisi esnasında saptanmış, insanda ilk domuz gribi virüsü 1974’de izole edilmiş, daha sonra 1918-19 pandemisinin de bir domuz gribi virüsü ile olduğu anlaşılmış-

tır. 1958-2005 yıllarında siviller arasında 37 domuz gribi vakası bildirilmiş; bunlardan altısı (yüzde 17) yaşamlarını yitirmiş, enfekte kişilerin yüzde 44’ünde domuzla temas öyküsü alınmıştır. Bu vakalar daha çok ABD, Çekoslovakya, Hollanda, Rusya, İsviçre ve Hong Kong’dan bildirilmiştir. 1976’da New Jersey’de 13 asker arasında biri ölümle sonlanan domuz gribinin neden olduğu solunum yolu hastalığı gelişti. Bunlarda domuzla temas öyküsü yoktu. Olayın ardından yapılan epidemiyolojik çalışmada 230 kadar askerin virüsle enfekte olduğu saptanmıştır. 2005 Şubat ile 2009 Şubat tarihleri arasında ABD’de 11 büyük değişime (shift) uğramış üçlü “reassortant” domuz H1 influenza A sporadik olgusu saptanmıştır ki bunların dokuzundan domuzla temas öyküsü alınmıştır. 2 Mayıs 2009’da Kanada Alberta’da bir çiftlikte domuzlarda H1N1 influenza izole edilmiştir. Bulaşmanın Meksika’yı ziyaret etmiş bir çiftlik çalışanı aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmektedir.

Meksika hükümeti 18 Mart 2009’dan itibaren üç ayrı bölgede insanlarda domuz İnfluenza enfeksiyonları bildirmiştir. Vaka sayısı, insandan insana bulaşma nedeniyle çok hızlı artmış ve halen de artmaya devam etmektedir. Bildiri-

len ilk hastalarda ölüm oranı yaklaşık yüzde 5-10 iken son dönemlerde ölüm oranı yüzde 0,45'e kadar gerilemiştir (Ölüm oranları Arjantin'de yüzde 2,41, Meksika'da yüzde 1,15, ABD'de yüzde 0,50 ve Kanada'da yüzde 0,31). Laboratuvarlarda doğrulanmamış vakalar daha hafif seyirli olup sağlık kurumlarına başvurmayan kişilerin de varlığı düşünülecek olursa ölüm oranını daha aşağılarda bile düşünmek mümkün olabilir. Günümüzde 100'e yakın ülkeden vakalar bildirilmiştir.

Nasıl bulaşır?

Enfekte insan veya hayvanların sekresyonlarının veya bu sekresyonlara ait damlacıkların duyarlı insanların solunum yolları mukozası veya konjunktivalarına teması ile bulaşır. Bulaşma, sekresyon veya damlacıkların direk teması ile olabileceği gibi, bu sekresyon veya damlacıklar ile kirlenmiş ellerin yıkanmadan solunum yolları mukozalarına veya konjunktivalara sürülmesi ile de olabilmektedir.

Hasta bir kişinin öksürüğü ya da hapşırığından çıkan damlacıkların masa gibi bir yüzeye temas etmesinin ardından başka bir kişinin bu masaya elle dokunması, ardından ellerini yıkamadan gözlerine, ağzına veya burnuna dokunması sonucu hastalık kişiden kişiye geçebilir. Virüs, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre domuz eti yenmesi ile bulaşmamaktadır.

Neden önemlidir?

Güncel olan virüs, genetik bir değişim geçirmiş olup, insandan insana bulaşabilme yeteneği kazanmıştır ve daha önce ne domuzlarda ne de insanlarda tespit edilmemiş bir virüstür. A/H1N1'in edildiği yeni genetik özelliklerin, H5N1'de olduğu gibi ona da, virüs tedavisinde kullanılan eldeki mevcut bazı ilaçlara karşı direnç kazandırması çok yüksek olasılıktır. Bu durumda salgının engellenmesi aşamasında profilaksi ve ileri aşamada tedavi daha zor olacaktır.

Kuşkusuz bu olumsuz gelişme yeni üretim biçimleri ve belki de yaşam tarzımızın bir sonucu gibi durmakta. Doğal koşullarda bir araya gelmeleri mümkün olmayan on binlerce hayvan ve insanın bir arada bulunması, hastalık yapıcı mikroorganizmaların farklı çeşitlerinin karşılaşma olasılığı artırmış ve evrimleşmelerini hızlandırmış olabilir. Bilinen tüm influenza A virüs tiplerini üreten ve onların taşıyıcısı olan kanatlı hayvanların varlığıyla birlikte, sorun daha karmaşık hal alabilmektedir.

Grip, normalde küçük çocuk-bebek ve yaşlılar gibi uç yaşlardaki popülasyonu etkilemekteyken bu salgındaki vakala-

rın çoğunun sağlıklı erişkinler olması dikkat çekicidir. Vakaların hayvan kaynaklı influenza virüsü ile ortaya çıkması, farklı bölgelerden baş gösteren salgın karakteri arz etmesi ve alışılmadık yaş gruplarını etkilemesi nedeni ile konu oldukça önemlidir ve izlenmesi gerekir.

İnsandan insana bulaşma hızının yüksekliği ve kıtalar arası seyahat kolaylıkları nedeniyle hastalığın kısa sürede tüm dünya ülkelerinde görülmesi gerçekleşmiş olup bu kapsamda ülkemiz de ciddi risk altındadır.

Belirti ve bulgular

Normal grip vakalarıyla benzer belirti ve bulgular ortaya çıkar. Aniden yükselen ateş, halsizlik, iştahsızlık, kas eklem ağrıları, boğaz ağrısı ve kuru öksürük ile seyreder. Ancak bunların dışında aşırı kusma ve ishale de neden olabilir. Domuz gribinden ölümler çoğunlukla alt solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle gerçekleşmektedir.

Çocuklarda acil tıbbi yardım gerektiren durumlar şunlardır:

- Hızlı nefes alma ya da solunum güçlüğü
- Mavimsi cilt rengi
- Yeterince sıvı alamama
- Uyanamama ya da uyarılara cevap verememe
- Huzursuzluk
- Grip benzeri semptomlara ek olarak ateş ve şiddetli öksürük
- Döküntü

Yetişkinlerde acil tıbbi yardım gerektiren durumlar şunlardır:

- Solunum güçlüğü veya nefes darlığı
- Göğüs ya da karın içinde ağrı veya basınç hissi
- Ani baş dönmesi
- Konfüzyon
- Şiddetli bulantı ve kusma

Tanı

Belirti-bulguların görüldüğü hastalardan, hastalığın ilk 4-5 gününde alınan solunum salgılarında (boğaz, burun sürüntüleri veya trakeal aspirat gibi) virüsün gösterilmesi ile tanı konulabilir. Ancak vakanın kesin teyidi dünya çapında belirlenmiş olan referans laboratuvarlar tarafından yapılmalıdır. Ülkemizde Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji-Viroloji Laboratuvarı referans laboratuvarlardır. Şüpheli örnekler illerde sağlık müdürlükleri aracılığı ile usulüne uygun olarak bu merkezlerle gönderilmelidir.

Tedavisi nasıl yapılır?

Diğer grip virüslerinin tedavisinde kullanılan oseltamivir ve zanamivir adlı ilaçların bu virüse de etkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilaçlar ülkemizde de (oseltamivir) Tamiflu® ve (zanamivir) Relenza® ticari isimleriyle piyasada bulunmaktadır. Korumacı amaçlı olarak da bu ilaçlar doktor önerisi sonrası kullanılabilir.

Virüse etkili dezenfektanlar nelerdir?

Çamaşır suyu (yüzde 10'luk) ve alkol (yüzde 70'lik) etkilidir. Cansız yüzeyler için her ikisi de kullanılabilir. Eller için yüzde 70'lik alkol tercih edilmelidir.

Evre 6 nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kuş gribi tehdidi nedeniyle Evre-3'de tuttuğu pandemi alarm düzeyini bu virüs aracılığı ile önce Evre-4'e daha sonra 5 ve nihayet evre 6'ya çıkarmıştır.

DSÖ, 100'e yakın ülkeye yayılan ve 500'e yakın kişinin ölümüne neden olan domuz gribi için alarm seviyesini 6'ya çıkartarak, küresel salgın ilan etti ve "İkinci dalgaya hazır olun" uyarısı yaptı. Örgüt, 41 yıl aradan sonra ilk kez bir hastalığı konusunda 'küresel salgın' ilan etmiştir. DSÖ'nün bu kararında vakaların güney yarımkürede hızla artması ve son bir haftada Avustralya'da vaka sayısının dörde katlanması etkili oldu. Alarm seviyesinin yükseltilmesinin aşı imalatı çalışmalarına hız verebileceği, kimi hükümetlerin seyahat yasakları gibi önlemleri gündeme getirebileceği belirtilmiştir.

DSÖ'nün açıklamasında "Bu karar birçok ülkenin virüse karşı önlemlerini yeniden düşünmelerine yol açacak" ifadesi kullanılmıştır. DSÖ'ne göre 6'ncı aşama, hastalığın şiddetiyle bağlantılı değil. Daha çok coğrafi yayılmasıyla ilgili gibi durmaktadır.

Daha önce üç büyük grip salgını yaşanmıştı:

1918 İspanyol gribi: Modern zamanların en büyük grip salgınıdır. H1N1 virüsünün bir benzeri dünya nüfusunun yüzde 40'ını etkilemişti. 50 milyondan fazla insan ölmüştü.

1957 Asya gribi: İki milyon insan öldü. Yaban ördeklerinden kaynaklandı. Etken A/H2N2 idi. Sağlık yetkililerinin ilk salgın işaretlerini fazla önemsememesi nedeniyle kısa sürede yayıldı.

1968 Hong Kong gribi: H3N2 virüsünden kaynaklandı. Dünya çapında 1 milyon insanın ölümüne neden oldu. Gençleri çok fazla etkilemedi. Ölenlerin çoğu 65 yaşın üzerindeydi.

Dünya Sağlık Örgütü, risk değerlendirmesi ve önlemler konusunda; başta ABD ve Meksika olmak üzere, tüm dünya ülkelerindeki sağlık otoriteleri ile sürekli temas halindedir. Gerekli bölgele- re uzmanlar göndermekte; epidemiyoloji, laboratuvar tanı ve klinik yaklaşım konusunda yardımcı olmaktadır. Ayrıca "Global Alert and Response Network"teki Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı kurumlar üst düzey alarm durumunda olup üye ülkelerden talep geldiğinde yardıma hazır beklemektedirler.

Uluslararası hava limanlarının çoğunda yolcular gribal enfeksiyon belirtileri açısından kontrolden geçirilmekte olup şüpheli görülenlerde daha ileri tetkikler yapılmakta ve gerekli izolasyon önlemleri alınmaktadır.

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda hudut ve sahillerdeki giriş noktalarında benzer tedbirler alınmakta olup, virüse etkili olan ilaç stokları gözden geçirilmektedir.

Hastalıktan korunmada kişisel önlemler nelerdir?

Virüse karşı henüz etkin bir aşı piyasada yoktur ve aşının üretilip kitlelerin kullanımına sunulabilmesi için yoğun uğraşlar devam etmektedir. Son bilgilere göre aşı geliştirilmiş ve toplu üretime geçilmiştir. Mevcut olan mevsimsel grip aşılarının içeriğinde H1N1 suşu bulunsada dahi, domuz gribindeki H1N1 suşunun genetik ve antijenik yapılarındaki farklılıklar nedeniyle bu virüse karşı koruma sağlayamaz.

Merkezi ABD'de bulunan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), tedavide kullanılan oseltamivir ve zanamivir adlı antivirallerin korunmada da kullanılabileceğini bildirmiştir. Ancak bu ilaçların kontrolsüz olarak kullanımı; kısa sürede direnç gelişimine, ilaç yan etkilerine, gereksiz maliyete ve gerçek hastalık esnasında hayat kurtarabilecek ilaç stoklarının hızla tükenmesine neden olabileceğinden, belirli endikasyonlarda ve ancak doktor önerisi ile kullanılmaları gerekir.

Dolayısı ile mevcut koşullarda en etkili kişisel önlemler şunlardır:

Virüs içeren (veya içermesi muhtemel) sekresyon ve/veya damlacıklardan sakınmak: Bunun için özellikle hastalığın sık görüldüğü bölgelerde toplu yaşam alanlarında maske takmak en temel önlemdir.

El yıkamak: Enfeksiyonu taşıyan sekresyon ve damlacıklar cansız yüzeylere bulaştığı zaman buralara sürülen ellerin yıkanmadan sulunum yolları mukozalarına veya konjunktivalara sürülmesi ile

veya ellerin direk olarak kontamine olmaları sonrası aynı hareketin yapılması ile bulaşma olabileceğinden, ellerin sık sık yıkanması çok önemlidir. Özellikle şüpheli materyallere temastan ve toplu yaşam alanlarından çıktıktan sonra bol sabun ve su ile ellerin yıkanması şiddetle önerilmektedir.

Laboratuvar çalışanları ve diğer sağlık personeli, kesin vakalarla veya bunlara ait materyal ile temas durumunda gözlerini de korumalıdır. Laboratuvarlarda materyaller uygun biyogüvenlik önlemleri altında işleme tabi tutulmalıdır ve hastanenin diğer birimlerindeki işlemlerde risk durumuna göre; N95 maskeler, çift kat eldiven ve laboratuvara özel giysiler kullanılmalıdır.

Sağlık personeline korunmasız şüpheli temas durumunda, temas sonrası 7 gün boyunca oseltamivir veya zanamivir profilaksisi önerilebilir.

Kimler risk altında?

Verilere göre 65 yaş ve üzeri yetişkinlerin hastalığa yakalanma riskinin az olduğu bildirilmektedir. Bu şaşırtıcı bilgi üzerine çeşitli varsayımlar ortaya atılırken özellikle 30- 50 yaş arası kişilerin neden en yüksek risk grubuna dâhil oldukları ise halen açıklanamamaktadır.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Başkanı Margaret Chan'ın açıklaması ilginç: "Biliyoruz ki H1N1 virüsü özellikle gençleri etkileyerek hasta ediyor. Dünyanın çeşitli yerlerinden gelen vaka bilgilerinde hastaların ağırlık olarak 25 yaş altındaki kişilerden oluştuğu görülüyor. Bazı ülkelerdeki vakaların yüzde 2'sinde de hastalık ölümcül boyutta seyrederken salgın ihtimalini artırıyor. Hastalığın en ağır ve ölümcül sonuçlarının özellikle 30-50 yaş arası kişilerde görüldüğü tespit edildi. Bu durum, alışlagelmiş grip salgınlarında daha çok yaşlıların ölümüyle sonuçlanan vakalardan çok daha farklı bir tabloyla karşı karşıya olduğumuzu gösteriyor. Elbette hamile kadınlar hiç şüphe duyulmaksızın en riskli gruptalar. Tespit edilen bu yeni risk, özellikle genç nüfusu etkilemesi nedeniyle hastalığa daha da önem verilmesini gerektiriyor."

Biyolojik silah olabilir mi?

Bu tür iddialar benzer salgınlarda her zaman ortaya atılmaktadır fakat hepsi de sıkı bir ispata muhtaçtır. Virüsün küresel olarak yayılabilmesinde iki temel gerekçe olabilir: Birincisi tabii yollardan virüsün mutasyonudur; insanın direk müdahalesi olmadan, virüs değişiklik yaşayabilir. İkinci ve daha kaygı verici olanı ise dış müdahalede bulunularak virüsün karakterinin değiştirilmesidir. Bu da laboratuvar koşullarında oluştu-

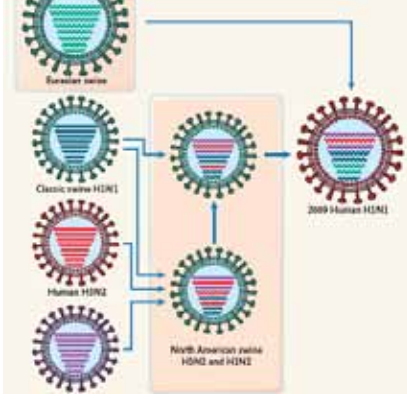
ABD Sağlık Hizmetleri Departmanı'nın, ilaç hizmetleri için 250 milyon doları ilaç şirketi Roche'a, Roche'un da kazancının yüzde 20'sini ABD Eski Savunma Bakanı Donald Rumsfeld'in ortağı olduğu Gilead şirketine aktardığı bildirilmekte. Dr. Leonard Horowitz'e göre İnfluenza A H1N1 virüsü ve kuş gribi salgınların arkasında Anglo-Amerikan "aşı hattı" var.

rulabilecek bir süreçtir. Olayın ekonomik ve sosyal boyutları da düşünüldüğünde böyle bir kuşku her zaman insanların zihnini kurcalamaktadır.

Nitekim bir Rus bilim adamı olan Dr. Markelov, "Domuz gribini, gizli çalışan laboratuvarlardan birinden sızıntı olarak görüyorum. Gizli laboratuvarlarda öldürücü domuz gribi üzerine çalışılıyor. Şimdi bu gizleniyor. Biyolojik silahlar sürekli olarak geliştiriliyor. Kuş gribinin de ilk kez Çin'de ortaya çıkmasının üzerinde düşünmek gerekiyor" ifadelelerini kullanmıştır. CIA'nın gizli denemelerinin yoğun olduğu Meksika'da gizli laboratuvarların olabileceğini kaydeden Rus uzman şu bilgileri de ilave ediyor: "Ben o bölgede doktor olarak bulundum. Ormanların derinliklerinde yüzlerce laboratuvar vardı. Şimdi onların bir kısmı otel olarak kullanılıyor. Böyle bir otelde de kaldım. Bölgede bulunan laboratuvarlara baktığınızda dışarıdan odundan bir baraka gibi görünüyor. Ancak içerisi son derece teknolojik donatılmış."

Vahşi hayvanlar ve diğer zararlılara karşı bu laboratuvarların son derece korunaklı olduğunu ifade eden Rus uzman, 4-5 metre yükseklikteki binaların ormana uyumlu olduğunu ve her birinde 40-50 kadar bilim adamının çalıştığını iddia etmektedir. Rus uzman, ekonomik krizin etkisini azaltmak için geliştirilen enformasyon savaşının da bir parçası olabileceğine dikkat çekerek, "Şimdi dünya iki konu konuşuyor; ekonomik kriz ve domuz gribi" tespitinde bulunmuştur.

Domuz gribinde sağlık sektörüyle ilgili soru işaretleri



Şekil 1: İnfluenza 2009 A H1N1'in gelişim evresi; İnfluenza A virusunda bulunan toplam sekiz parça gen bölgesi yukarıdan aşağıya şu proteinleri kodlar: Polimeraz PB2, polimeraz PB1, polimeraz PA, hemagglutinin (HA), nükleer protein, nöraminidaz (N), matriks proteinleri ve yapısal olmayan proteinler. İnsan İnfluenza 2009 A (H1N1) virüsünün bazı segmentleri 10 yıldan fazla zamandır domuz virüsü içinde bulunmaktadır. Nöraminidazı kodlayan gen bölgesi ise neredeyse 20 yıldır gözlenmemiş yeni bir yapıdır. Geçerli reassortment için karışım teknesinin bir domuz hücresi olması muhtemeldir fakat hala birçok bilinmeyen mevcuttur (Şekil; N Engl J Med 361;2 nejm.org July 9, 2009'dan).

Devletlerin sağlık politikaları ve ilaç şirketlerinin sağlıktan çok pazar paylarına önem verdiği bir dönemde ortaya çıkan domuz gribi, yine sağlık sektörüyle ilgili birçok soru işaretlerine neden olmuştur. Nisan sonundan beri dünyayı kasıp kavuran "İnfluenza A H1N1", yaygın ismiyle domuz gribi, hem korku hem de birçok soru işareti yaratmıştır. Her ne kadar dünya tarihi; veba, tifo gibi salgın hastalıklara alışkın olsa da son yıllarda bir anda ortaya çıkıp günlerce kendinden söz ettirip sonra unutilan deli dana, kuş gribi, SARS, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi gibi hastalıklardan sonra şimdi de domuz gribi... Her biri dünyada büyük yankı uyandıran salgın hastalıklar sonucu geliştirilen aşı ve ilaçlarla Batılı ilaç kartellerinin cebine fazladan milyon dolarlar giriyor. Panik havası içinde basında çıkan domuz gribi haberleri de ilaç şirketlerinin, bakteri önleyen tıbbi maske üreten şirketlerin ekmeğine yağ sürüyor. Hisseleri tavan yapıyor. Oseltamivir ve Zanamivir gibi hastalığı yavaşlattığına inanılan ilaçlar için ülkeler stok yarışına girdi. Hâlbuki kuş gribine karşı çıkan Oseltamivir, 2005'te Japonya'da çocuklara verildiğinde Village Voice'tan James Ridgeway şöyle yazmıştı: "(...) Geçen hafta Japon gazeteleri Oseltamivir verilen çocukların nasıl çıldırdıklarını ve pencereden atlayarak intihar ettiklerini yazdı." FDA (Amerikan İlaç ve Gıda İdaresi) çocuklar arasında 12 ölüm olduğunu kalp ve akciğer rahatsızlıkları ile psikiyatri bozuklukları bildirimi olduğunu açıklamıştı.

Bir yanda ekonomide dalgalanmalar sürerken, petrol fiyatları ve silah satışlarından elde edilen gelirler düşerken, ortaya çıkan bu salgın hastalıklar sayesinde ilaç şirketleri paralarına para katıyor. Örneğin, ABD Sağlık Hizmetleri Departmanı'nın, ilaç hizmetleri için 250 milyon doları ilaç şirketi Roche'a, Roche'un da kazancının yüzde 20'sini ABD Eski Savunma Bakanı Donald

Rumsfeld'in ortağı olduğu Gilead şirketine aktardığı bildirilmekte. Domuz gribi virüsü ortaya çıktığından beri maske üreticisi 3M ve Gilead, GlaxoSmithKline, Novavax gibi ilaç ve aşı üreticilerinin borsada puanları tavan yapıyor. Amerikalı ünlü bulaşıcı hastalıklar uzmanı Dr. Leonard Horowitz'e göre İnfluenza A H1N1 virüsü ve kuş gribi salgınların arkasında Anglo-Amerikan "aşı hattı" var. Horowitz buna kanıt olarak da İngiltere'de grip aşısı endüstrisinde öne çıkan bilim adamlarından Dr. James S. Robertson ile Amerikan Novavax şirketi arasındaki bağlantıyı göstermekte. Robertson'ın hem Amerikan Hükümetinin bio-savunması hem de Avrupa ilaç sanayisine etki eden Avrupa Tıp Ajansı (EMA) üzerinde ciddi bir ağırlığı olduğu bilinmekte. Horowitz, Novavax ilaç şirketinin araştırma yaparken melez bir virüs yarattığını domuz gribinin de bundan kaynaklandığını ileri sürüyor. Yine tezine kanıt olarak, şirketin ilaç stoku anlaşmalarının sona erdiği bir dönemde salgının ortaya çıkışını gösteriyor.

Başka bir iddia; önce ilaç sonra hastalık!

Son 30-40 yıldır dünyada kaynaklar sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi yerine hastalıklardan para kazanılması yönünde kullanılıyor. Aslında hem var olan sağlık sorunları konusunda kullanım alanını genişleterek, hem de neredeyse birtakım ilaçlar için bazı özel hastalık tabloları tanımlayarak bir pazar yaratıldığı bilinmekte. Artık neredeyse önce ilaç bulunuyor, sonra hastalığı çıkıyor. İnsan yaşamı ve umudu endüstrileşmiş bir ticaret konusu haline getirilmiş gibi görülmekte. Eldeki kaynağın o hastalığın tedavisi yönünde kullanılmadığını, ilacın fiyatlarını düşürmek yerine AIDS örneğinde olduğu gibi bazı ülkelerin tedaviden yoksun bırakıldığını, patent ve benzeri korumalarla daha ucuz yolla tedavilerin ortaya çıkışının engellendiğini biliyoruz. Burada siyasi iradelere de çok önemli roller düşüyor. Aslında söz konusu salgın hastalıklar olunca, meseleye daha kamuocu bir anlayışla yaklaşmak gerektiğini biliyoruz.

Ulusal aşı üretimi çok önemli

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden Prof Dr Osman Şadi Yenen'in Cumhuriyet Dergi'de yayımlanan bir söyleşisinde belirttiğine göre; 1976'da Amerika Fort Dix Askeri Üssü'nde domuz gribi görülüyor. 60-70 askerin kanında virüse ait antikorlar fark ediliyor. İlk defa o zaman İnfluenza A H1N1'den bir asker ölüyor ve yeni bir pandemiyle karşı karşıyayız korkusu doğuyor. Dönemin ABD Başkanı Ford, aşı üreticilerine bütün ulusu aşılayacak kadar üretim yaptırıyor. Domuz gribine karşı aşı üretime başlıyor.

8 ayda üretilip 40 milyon kadar ABD'li aşılanıyor. Ancak salgın olmuyor ve aşı olanlar arasında normalde değerlerden 10 kat fazla Guillan Barré Sendromu görülüyor ve aşılama planına son veriliyor. Aşı üretimine başlandığında Başkan Ford şöyle bir direktif yayımlamıştı: "ABD dâhilinde üretilen bu aşı, sınır dışına çıkartılamaz." Bu örnek günümüz için de önemli bazı ipuçları taşıyor. Aşığı geliştiren ülkeler öncelikle doğal olarak kendi yurttaşlarını düşünecekler, bu nedenle ulusal aşı üretimi çok önemli.

Ülkemizde bu sezon 10 milyon kişi İnfluenza A/H1N1 ile aşılanacak

Dünya Sağlık Örgütü ile Uzmanlar Stratejik Danışmanlık Grubu (The Strategic Advisory Group of Experts-SAGE), 7 Temmuz 2009'da Geneva'da yaptığı olağan dışı Domuz gribi aşı toplantısında, pandemiyi tüm yönleri ile değerlendirmiş ve bir takım kararlar almıştır. Ülke durumlarına göre aşılama stratejileri 3 grupta toplanmıştır;

- Ülkenin kritik altyapı ve sağlık bakım sistemleri bütünlüğünü korumak;
- Hastalığa yakalanma ve ölümleri azaltmak, toplumlar içinde pandemik virüsün yayılmasını azaltmak.

WHO- SAGE'nin Aşılama Önerileri ve toplantı sonuç bilgileri;

- Öncelik sırasına göre aşılanacak olanlar;
- Sağlık çalışanları,
- Gebeler,
- Kronik hastalığı olan 6 aydan büyük çocuklar,
- 15-49 yaş arası sağlıklı bireyler,
- Sağlıklı çocuklar,
- Diğer erişkinler(50-64 yaş arası) ve
- 65 yaş üzeri yaşlılar.

Gündemdeki aşı çok yeni bir teknoloji ile üretildiği için, dağıtım ve uygulanması sonrası bağışıklık ve güvenlik bilgilerinin paylaşılması, sonraki yıllara deneyim aktarımı açısından çok önemli.

Sağlık Bakanlığı, Eylül sonu-Ekim başında piyasaya çıkması beklenen pandemik domuz gribi (A/H1N1) aşısını, yaklaşık 10 milyon dolayında kişiye ücretsiz uygulamayı planlamıştır.

Yaz mevsiminin gelmesi aşı hazırlığı için bir şans

Etken daha çok kış aylarında varlığını sürdürebilmekte ve grip de bu mevsimde sıkça yaşanmaktadır. Dolayısıyla kuzey yarımkürede yaz aylarının başlamasıyla birlikte virüsün hız kesmesi beklenmektedir. Aslında tüm dünyada enfeksiyon bulaşma oranları

Domuz Gribi İnfluenza A (H1N1) salgını ile ilgili son durum:

Ülke	Vaka sayısı	Ölü sayısı
Arjantin	2485	60
Avustralya	5298	10
Bolivya	416	0
Brezilya	737	1
Kanada	7983	25
Şili	7376	14
Çin	2040	0
Kolombiya	118	2
Kosta Rika	277	3
Kıbrıs	109	0
Dominik C.	108	2
Ekvador	204	0
El Salvador	319	0
Fransa	310	0
Almanya	505	0
Yunanistan	151	0
Guatemala	286	2
Honduras	123	1
Hindistan	129	0
İran	1	0
Irak	12	0
İsrail	681	0
İtalya	146	0
Japonya	1790	0
Kore	202	0
Malezya	112	0
Meksika	10262	119
Hollanda	135	0
Yeni Zelanda	1059	3
Nikaragua	321	0
Panama	417	0
Paraguay	106	1
Peru	916	0
Filipinler	1709	1
Rusya	3	0
Suudi Arabistan	114	0
Singapur	1055	0
İspanya	776	1
İsveç	84	0
Suriye	1	0
Tayland	2076	7
Trinidad ve Tobago	65	0
Türkiye	40	0
İngiltere	7447	3
ABD	33902	170
Uruguay	195	4
* Toplam	94512	419

DSÖ, 6 Temmuz 2009, saat:07.00 itibariyle 112 ülke veya bölgede 429'u ölümlle sonuçlanan 94 bin 512 vaka bildirmiştir.

hala artmaya devam etmektedir. Bu süre aşının üretilmesi için zaman kazanma açısından iyi bir fırsat olacaktır. Bu dönemde virüs ortadan kaybolmayacak; muhtemelen güney yarımkürede varlığını sürdürmeye devam edecektir. Uygun mevsim geldiğinde ülkemizin de içinde yer aldığı kuzey yarımkürede aynı tehdit yine söz konusu olacaktır. Pandeminin kuzey yarım



Tüm dünyada referans laboratuvarlarca doğrulanmış domuz gribi olgu ve ölüm sayısı (19.07.2009).

küreyi sonbahar ve kışta etki altına almaması için yaz ayları aşı üretimi ve eğitimler açısından da iyi bir fırsattır.

Ve nihayet; Türkiye ne yapmalı?

Canlılarla çalışan herkesin mutasyon/evrim olgusunu ve nedenlerini çok iyi irdelemesi gerekmektedir. Mikroorganizmalar üzerine çalışan araştırmacılara ve sağlık kurumlarına daha fazla destek verilmesi, aşı çalışmaları ve üretiminin birincil önceliklerimiz arasına alınması sağlanmalıdır. Bulaşıcı hastalıklar konusunda deneyimli ve bilgili bir sağlık ordusuna sahibiz, ama kriz anında onların ilaç ve malzeme ihtiyaçlarının ne kadar karşılanacağı şüphelidir.

Virüs tedavisinde kullanılan modern ilaçların üretimine hâlâ geçilemediği için bu konuda tam bir dışa bağımlılık mevcut. Virüs tiplerinin moleküler tanımlanmalarını yapacak yetkin uzman/araştırmacılarımız var fakat gerekli projelendirme yapılmalı ve öncelikli olarak desteklenmelidir. Hızlı tanı merkezleri ülke genelinde belli yerlere yaygınlaştırılmalı ve referans laboratuvarlara örnekler olabildiğince hızla akmalıdır. Ayrıca öpüşme, tokalaşma alışkanlıklarımızı bir süreliğine terk etme ve sık el yıkama alışkanlığını kazandırmaya çalışmalıyız. Meksika gibi bir ülkede, kilise ibadeti ve futbol maçlarına dahi ara verildiğine göre, sorun aslında oldukça ciddi.

Bu tip salgınların çok önemsenmesi gerekiyor. Aksi takdirde tarihteki büyük yıkımlarla yüz yüze kalınması isten bile değil. İnsanlığın hastalık yapıcı organizmaların evrimiyle olan kavgası daha uzun yıllar devam edecekmiş gibi görünüyor. Her zaman olduğu gibi, bu acımasız süreçte tek güvencemiz, bilimin mum ışığı ve bilginin insanlık tarihi için paylaşılması.

Kaynaklar

Brown H. I., (2001). The pig as an intermediate

host for influenza A viruses between birds and humans. *International Congress Series*. 1219. s.173-178.

Donmez, S ve Emeç AS: Domuz gribinde şüpheli. *Cumhuriyetportal* (<http://cumhuriyet.com.tr/?im=yhs&hn=55738>) (erişim:9.07.2009)
Dr.T.V.Rao sunusu(<http://www.slideshare.net/doctorrao/swine-flu-outbreak>)

Ertan, Haluk. Domuz gribi: Durum kuş gribinden tehlikeli. *Cumhuriyet Bilim Teknik* 9 Mayıs 2009.

Gaydos, JC, Hodder, RA, Top, FH Jr, et al. Swine influenza A at Fort Dix, New Jersey (January-February 1976). I. Case finding and clinical study of cases. *J Infect Dis* 1977; 136 Suppl:S356. <http://www.gata.edu.tr/duyurular/domuzgribi.doc> http://www.utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=pulm_inf/18836

<http://www.cdc.gov/swinflurecomendations.htm> (Erişim: 30.06.2009)

<http://en.wordpress.com/tag/dr-james-s-robertson/>

http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html http://www.grip.saglik.gov.tr/UserFiles/File/Gunceldurum/g%C3%BCncellemehaziran_26.pdf(erişim:9.07.2009)

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/en/index.html Myers, KP, Olsen, CW, Gray, GC. Cases of swine influenza in humans: a review of the literature. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1084.

Trifonov, V, Khiabaniyan, H, Rabadan, R (2009). Geographic Dependence, Surveillance, and Origins of the 2009 Influenza A (H1N1) Virus. *N Engl J Med*, 361;2-5.

Vincent A. L. ve diğerleri. (2008). Swine Influenza Viruses: A North American Perspective. *Advances in Virus Research*. Vol. 72. s. 127-154.

Vincent A. L. ve diğerleri. (2009). Characterization of an influenza A virus isolated from pigs during an outbreak of respiratory disease in swine and people during a county fair in the United States. *Veterinary Microbiology*. doi:10.1016/j.vetmic.2009.01.003.

İBB Evde Sağlık Hizmetleri

Dr. Bilal Tanrıtanır



1980 yılında Van'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Dr. Tanrıtanır, İBB Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü'nde Evde Sağlık Hizmetleri, Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Hizmetleri, Ayakta Teşhis Tedavi Merkezleri ve Daire Tabibliklerinden Sorumlu Müdür Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Doğrudan insanı hedef alan bütün disiplinler gibi sağlık hizmeti olgusunun da gelişip ilerlemesi, bir bütün olarak uygarlığın gelişiminden bağımsız değildir. Bilimsel teknolojik gelişimlerden doğrudan ve ilk anda etkilenen disiplin olan sağlık olgusu aynı zamanda ekonomik süreçlerin hem belirleyeni hem de belirleneni niteliği taşımaktadır. Bu nitelikleriyle toplumsal

yaşam-kültür gibi üstyapılardan da etkilenmesi ve bu yapıları etkilemesi de kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetinde çağdaş bir olgu olarak planlaması yapılan "evde sağlık hizmetleri" kamu sağlık hizmetinin önemli bir parçası olarak gelişmekte ve ilerlemektedir. Hastayı kendi sosyal ortamıyla birlikte çevresi ve sosyo-ekonomik durumuyla bütünsel olarak değerlendirmek; koruyucu sağlık hizmetinin, halk sağlığı disiplininin ana

yaklaşımıdır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından planlanıp hayata geçirilen bir hizmet modeli olarak evde sağlık hizmetleri, uzun yıllardır gerek ekonomiye katkıları, gerekse hastanın kendi ortamında hizmet almasının sağlanmasıyla Avrupa ölçütlerinde hizmet sunumunu sürdürmektedir. Gerek koruyucu bakım hizmetleri olarak bir halk sağlığı modeli; gerekse ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmeti olanaklarının sağlanmasıyla gerçekleşen tedavi hizmetleri bu modelin ayaklarını daha da



Hizmet sunumu, hizmeti tamamlamaya yönelik personellerden oluşmuş ekipler tarafından ve gezici olarak yapılmaktadır. Şoförlü araçlar tarafından hasta evlerine, doktor ve hemşireden oluşan Değerlendirme Ekibi, Bakım Ekibi, Hasta Takip Ekibi, Bakım Destek Ekibi, fizyoterapist, psikolog ve temizlik personellerinin ulaşması sağlanmakta ve hizmetler hasta evlerinde verilmektedir.



zenginleştirmekte ve yıllardır kazandığı örgütsel-işlevsel deneyimi ile bir küresel model olarak önerilebilecek duruma gelmektedir.

“İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri” modeli; sosyal çalışma ve sosyal destek, hastane nakilleri, halkla ilişkiler, doktor muayenesi, hemşirelik bakımları (yara bakımı, üriner ve damar kateterleri uygulaması, infüzyon ve enjeksiyonlar, şeker ölçümü, vital bulgu takipleri vb.) fizik tedavi uygulamaları, psikolojik danışmanlık, ilaç, medikal malzeme ve beslenme ürünleri sağlanması, hastane sevkleri sayesinde uzman muayenelerinin gerçekleştirilmesi ve gerekli operasyonların yapılması ve bu hizmetlerin arasındaki işbirliği-koordinasyon üzerine kurulmuştur. Bu organizasyon modeli Avrupa’da uygulanan modellere göre hizmet sunumunun genişliğini tek merkezde toplamakta, kurumlar arasındaki bürokratik işleyişi ortadan kaldırarak hizmetin daha bütüncül ve kolay takip edilebilmesi niteliğini kazanmaktadır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından sunumu yapılan “Evde Sağlık Hizmeti”nin akış süreci tümüyle sosyal koşullar ve gereksinimler doğrultusunda şekillenmektedir. Bu akış şeması İstanbul’un 3 bölgesinde bulunan 3 çalışma ünitesi ve 1 denetim-koordinasyon hizmetlerinin yürütüldüğü merkez ünite kapsamında gerçekleştirilmekte olup hizmetin niteliğine göre ekipler biçimlenmektedir. Bu ekipler mesai saatleri içinde, önceden

planlanmış hizmetleri, “Evde Sağlık Hizmetleri”ne ihtiyaç duyan bireylerin evlerine kadar götürmektedir.

Hizmet akış süreci, halkla ilişkiler elemanlarının telefon ve internet yoluyla gelen başvuruları alıp dijital ortamda kayıtlara geçirmesiyle başlar. Bütün dijital işlemler “Evde Sağlık Hizmetleri” için geliştirilmiş özel “Evde Sağlık Programı” tarafından yapılmaktadır. Bu program hem büro çalışmalarında hem de saha hizmetini veren ekiplerin taşınabilir bilgisayarlarında bulunmakta ve hastaların bütün süreçleri anında kayıtlara geçirilebilmektedir.

Başvurusu alınan hastalar merkez birimde doktor kontrolü ile onaylanmakta ve yönlendirilmektedir. “Sosyal Çalışma Ekibi”, onay verilen hasta adreslerine giderek talepte bulunanın sosyal ve ekonomik koşullarını yerinde değerlendirmekte ve yine dijital ortamdan sosyal güvenlik bilgilerinin doğruluğu kontrol edilmektedir. “Sosyal Çalışma Ekibi” tarafından onay verilen hastalara, taleplerine neden olan hizmet sunumu başlamaktadır.

Bu hizmet sunumu, hizmeti tamamlamaya yönelik personellerden oluşmuş ekipler tarafından ve gezici olarak yapılmaktadır. Şoförlü araçlar tarafından hasta evlerine, doktor ve hemşireden oluşan Değerlendirme Ekibi, Bakım Ekibi, Hasta Takip Ekibi, Bakım Destek Ekibi, fizyoterapist, psikolog ve temizlik personellerinin ulaşması sağlanmakta ve hizmetler hasta evlerinde

verilmektedir. Gezici ekipler dışında ofis çalışmalarını yürüten personeller, bilgi işlem operatörleri, hastane sevklerinin koordine eden hastane birimi ve “Evde Sağlık Hizmetleri” sunumunu denetleyip koordine eden idari personeller hizmetin yürütülmesinde görev almaktadır.

Hizmet koşullarına uygun hastaların muayene, ilaç ve hastane tedavileri, cerrahi operasyonları, medikal malzeme sağlanması, beslenme ürünleri sağlanması, yara bakımlarının yapılması, serumlarının takılması, enjeksiyonlarının yapılması, üriner ve burundan beslenme sondalarının takılması, hastaneye nakillerinin sağlanması, ev ve kişisel temizliklerinin yapılması, hane onarımları, evde röntgenlerinin çekilmesi gibi hizmetler hastanın doğasının açılmasından taburculuğuna dek düzenli, koordineli bir biçimde sürdürülmektedir.

Bütün bu nitelikleriyle sağlık hizmetlerinin bir bütün olması gerekliliği İstanbul Büyükşehir Belediyesi “Evde Sağlık Hizmetleri”nde çağdaş bir model olarak hayata geçmektedir. “Evde Sağlık Hizmetleri” projesi her geçen gün hizmet verdiği kişi sayısını ve hizmet rakamlarını artırarak İstanbullulara çağdaş sağlık hizmeti vermeye devam etmektedir.

Sigara ve sağlık

Prof. Dr. Ayla Tür



Tıp eğitimi ve ihtisasını Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladıktan sonra Samsun 19 Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda kariyerine devam etti. Halen aynı bölümde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Sigara konusunda gönüllü çalışmalara katkıda bulunan Tür, "Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri", "Sigaranın Bilimsel Yüzü" isimli kitapların editörlüğünü yapmıştır.

Sigara içimi sağlıklı bir davranış değil, zararlı bir "bağımlılık davranışı"dır. Çok önemli bir "sağlık sorunu"dur. Günümüzün en büyük afetlerinden biri "Sigara Bağımlılığı"dır. Sigaranın yol açtığı ölümler; trafik, terör ve iş kazalarından oluşan ölümlerin toplamından beş kat daha fazladır!..

Bir yılda; terör 2-3 bin, trafik terörü 6-7 bin, sigara terörü ise 100 bin insanımızın hayatına mal olmaktadır! Sigara; yol açtığı ölümcül hastalıklar nedeniyle, insan sağlığını doğrudan etkilemekle kalmamakta; neden olduğu "fiziksel ve psikolojik bağımlılık", kişinin yaşam kalitesini de düşürmektedir. Üstelik sadece bağımlının sağlığı ve yaşam kalitesi değil, tüm yakın çevresi de benzer biçimde zarar görmektedir.

Günlük yaşamın çok geniş bir kesitini kapsayan iş hayatı da, sağlık ve verimlilik açısından sigaranın olumsuzlukları nedeniyle etkilenmektedir.

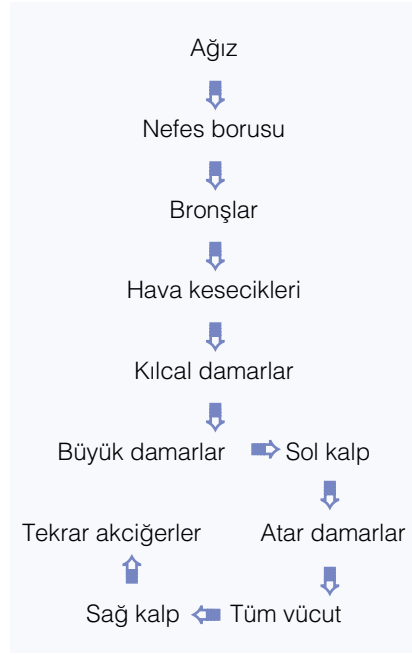
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her gün en az bir kere bir tütün ürününü içenleri "düzenli içici", her gün içmeyenleri ise "düzensiz içici" olarak tanımlar. Yine DSÖ verilerine göre çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 1 milyar





Sigara dumanı içindeki kimyasal maddelerin vücutta izlediği yol:

Sigara dumanı, ağız yoluyla girip akciğerlerden tüm vücuda kan yoluyla dağılır.



300 milyon kişi sigara içmektedir. Erkeklerin yüzde 47'si, kadınların ise yüzde 12'si sigara tiryakisidir. Türkiye'de ise erkeklerin yüzde 63'ü, kadınların yüzde 24'ü olmak üzere 28 milyon kişi sigara içmekte olup bu rakamlar genel dünya ortalamasının çok üzerindedir. Bu nedenle ülkemizde "sigara bağımlılığı mücadelesi" çok önemli ve büyük bir sosyal sorumluluk gerektirir.

Bu sorun, bir bütün olarak hem devlet, hem de sivil toplumun birlikte görev ve sorumluluğundadır. Tüm tarafların öncelikle var olan yasaları ve düzenlemeleri uygulaması gerekir. Tütün salgınına kontrol etmek için, "ulusal bir plan"a ve bunu uygulamak üzere "siyasal kararlılığa" gerek vardır.

Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, sağlık kurum ve kuruluşları, ulusal medya, diğer sorumlu kurum ve kuruluşlar, halkımızın "sigaranın zararları konusundaki bilincinin yükseltilmesi" için görevlerini yapmalıdırlar.

Sigara nedir?

Sigara, zehirli bir bitki olan tütünün, ince bir kâğıt içine sarılmış halidir.

Bu basitçe tarif edilen madde nasıl oluyor da "afet" haline, "terör" haline gelebiliyor?

Çünkü sigara dumanında vücudumuz için zararlı, "4 bin"den fazla madde bulunuyor! Bunların içinde en tehlikelileri nikotin, karbonmonoksit ve katrandır.

Sigara, zehirli bir bitki olan tütünün, ince bir kâğıt içine sarılmış halidir.



İnsanları yıpratıcı ve ölüme yaklaştıran bir "bağımlılık objesi" olan sigaranın, diğer bağımlılık yapan alkol ve uyuşturucu maddelerden farkı, olumsuz etkilerinin onlar kadar "çabuk ortaya çıkmayışı"dır. Yani sigarayı kullanmaya başlama zamanı ile hastalıkların ve ölümün ortaya çıkması arasında "uzun bir zaman aralığı" vardır. İşte bu "sinsi" davranışı nedeniyle diğerlerinden "daha da tehlikelidir!"



Nikotin: Bağımlılık yapar. (Tıpkı alkol, morfin, esrar, eroin gibi)

Karbonmonoksit: Kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltır.

Katran: Kanseri yapar.

Tütün dumanında bulunan diğer bazı zararlı maddeler:

Aseton (Boya sökücü), Bütan (Çakmak gazı), Amonyak (Temizlik maddesi), Arsenik (Fare zehiri), Siyanür (Öldürücü zehir), Naftalin (Zehir), Kadmiyum (Akü yapımında kullanılır), Metanol (Roket yapımında kullanılır), Radon (radyasyon), Toluen (tiner), vb...

İnsanları yıpratıcı ve ölüme yaklaştıran bir "bağımlılık objesi" olan sigaranın, diğer bağımlılık yapan alkol ve uyuşturucu maddelerden farkı, olumsuz etkilerinin onlar kadar "çabuk ortaya çıkmayı"dır. Yani sigarayı kullanmaya başlama zamanı ile hastalıkların ve ölümün ortaya çıkması arasında "uzun bir zaman aralığı" vardır. İşte bu "sinsi" davranışı nedeniyle diğerlerinden "daha da tehlikelidir!"

İnsanların sigara içmeyi sürdürmelerinin sebebi "nikotin bağımlılığı"dır.

Nikotin tıpkı alkol, amfetamin, kokain, eroin gibi, zihni ve ruh halini değiştiren bir maddedir.

Beynin haz yollarını etkileyerek "dopamin" salgılatır. Beyindeki hazla ilgili sinir hücreleri arasında sinyal alış verişini gerçekleştiren dopamin, insana "Hak edilmeyen bir haz" verir. Bu hazzı tekrar yaşamak için yine sigara içilir. Bir süre sonra da beynimiz nikotine "bağımlılık" kazanır.

Bağımlılık nedir?

Bir maddeye bağımlılığın dört niteliği vardır:

1. Madde kişiye bir haz duygusu verir.
2. Aynı hazzı almak için maddenin miktarı giderek arttırılır (tolerans gelişir).
3. Madde alınmadığında hoş olmayan durumlar yaşanır.

4. Bütün zararlarına karşın maddenin kullanılması sürdürülür.

Sigara da, bu niteliklerin hepsini taşıdığı için çok kuvvetli bir bağımlılık objesidir.

Sigaranın insan vücudunda etkilediği sistemler:

Sigara insan vücudundaki tüm sistemleri etkiler. Bunlar sıklık sırasına göre:

- 1- Solunum sistemi
- 2- Kalp ve damar sistemi
- 3- Bağışıklık sistemi
- 4- Hormonal sistem
- 5- Sindirim sistemi
- 6- Üreme ve boşaltım sistemi
- 7- Kulak-burun-boğaz
- 8- Sinir sistemi
- 9- Gebelik ve bebek
- 10- İnsan psikolojisi
- 11- Diğerleri

1) Solunum sistemi:

Gırtlak ve nefes borusunda enfeksiyon ve kanser, akciğerlerde bronşit, bronşial astım, anfizem ve kansere neden olur.

2) Kalp ve damar sistemi:



Kalbe ve tüm organların damarlarına olumsuz etkileri vardır. Kalpte koroner arter hastalığına, hipertansiyona, beyinde inmeye neden olur. Beyin, göz, böbrek, el-kol-bacak damarlarında daralma ve tıkanma (Burger hst.) yapar.

3) Bağışıklık sistemi:



Bağışıklık sistemini oluşturan lenf nodülleri, timus, dalak ve kemik iliğini deprese edici yönde etkileyerek; "genel vücut direncinin azalmasına" ne-

den olur.

4) Hormonal sistem:

Vücut için çok önemli hormonları salgılayan pankreas, ovaryum, prostat gibi salgı bezlerini olumsuz etkileyerek diyabet, pankreas kanseri, bayanda infertilite ve erken menapoz, erkekte empotans ve prostat kanseri yapar.

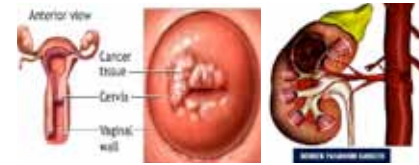
5) Sindirim sistemi:

Sindirim sisteminin tüm organlarını olumsuz etkileyerek; ağız - yutak - yemek borusu - mide - kolon ve karaciğer kanserlerine, mide asit salgısında artma, mide ülseri gibi hastalıklara neden olur.

6) Üreme ve boşaltım sistemi:

Üreme sisteminde kısırlık ve iktidarsızlığa, rahim ağzı ve rahim kanserine, boşaltım sisteminde mesane ve böbrek kanserine neden olur.

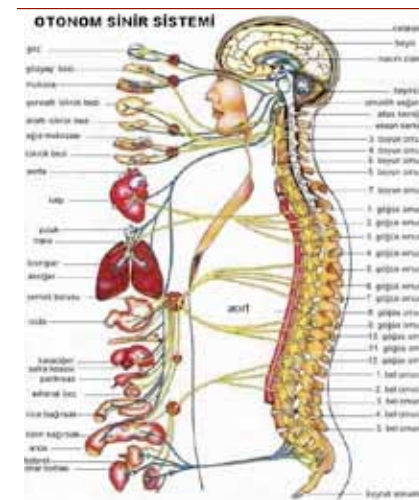
7) Kulak- burun- boğaz:



Tekrarlayan üst solunum yolu ve orta kulak enfeksiyonları, kanserleri, koku alma duyusunda azalma, parotis ve gırtlak kanseri yapar.

8) Sinir sistemi:

Çevresel sinir uçlarında hassasiyet ve baş ağrısı yapar. İntraserebellar hemoraji riskini iki kat, serebral infarkt (inme) riskini üç kat artırmaktadır. Vasküler demans oluşumunu kolaylaştırır. Parkinson hastalığının erken semptomlarını baskıladığı için tanı konulmasını geciktirir.



9) Gebe ve bebek:

Düşük, erken doğum, düşük ağırlıklı ve hastalıklara yatkın bebek doğumuna neden olur. Anne karnındaki bebeğe göbek bağından sigaradaki kanserojen maddeler geçer. Kanserojen maddeler, gelişim halindeki bebek hücrelerini erişkinden daha fazla etkiler. Bu nedenle; bir annenin "sigara içmesi" demek, "bebeğini kanser etmesi" demektir!



10) İnsan psikolojisi:

Sigaranın zararları konusunda bilinçli ve hassas olan kişilerde, bu zararlı maddeyi kullandığı için bağımlılık ve suçluluk duygusu, zorunlu bırakma durumunda ise çılgınca düşünceler oluşabilir.

11) Diğer etkileri:

Ciltte kırıma-sararma, deri kanseri, dişlerde sararma, erken yaşlanma gibi olumsuzluklara neden olur.



Sigara ve kanser:

Tüm kanserlerin;

Yüzde 30'unu akciğer kanseri oluşturur. Etkeni ise yüzde 99 sigaradır!

Yüzde 50'sini gırtlak, ağız içi, yemek borusu, pankreas, mesane, böbrek, rahim ağzı, meme, kan ve kolon kanserleri oluşturur. Bu kanserlerin ise etkeni yüzde 60 sigaradır!

Sigara, insanı kanserden koruyan "p53 geni"nin (buna "muhafız gen" ya da "gardiyan gen" de denir) yapısını bozarak kansere neden olur. Sigara tekrar tekrar içildikçe, süreklilik arttıkça kanser riski de artar!

Pasif içicilik:

Sigara içenlerin yanında bulunan pasif içiciler dışa savrulan zehirli dumanı solur ve kendileri içmedikleri halde zarar görürler.

Pasif içicilikte, etki altında kalınan duman, içe çekilenden bile daha zararlıdır!

"Başkasının sigara dumanı"; kalp krizlerini tetiklemekte, akciğer kanseri, genç bayanların meme kanseri ve tüm kanser çeşitleri riskini artırmaktadır. Özellikle çocuklarda ve bebeklerde ani ölümlerden, tüberküloz, pnömoni gibi ölümcül bulaşıcı hastalıklara, alerji ve astım gibi kronik hastalıklara kadar birçok ağır sağlık sorununa yol açmaktadır.



Üçüncü el dumanı:

Sigara dumanındaki gazlar ve partiküller, kişilerin saçına ya da giysilerine yapışır, yastıklara, perdelerle, halılara siner ve oda dumanından temizlense de etkisi uzun süre kalır. Küçük çocuklar yerde emekleyerek ya da oyun oynayarak ağır metal, kanserojen ve hatta radyoaktif malzeme kalıntılarını ellerine alır ve yutarlar. Bu kimyasallara "üçüncü el duman" adı verilmektedir.

Nargile:

Son yıllarda gençler arasında salgın bir moda haline gelen "nargile" gizli bir düşmandır.

Çünkü; Bir nargile içimi sonucu alınan nikotin miktarı "50 tane sigara" içilmesi ile alınan nikotin miktarına eşittir!..

Son sözler:

"Sigara içimi bir sağlık sorunudur."

"Sigara bağımlılığı günümüzün en büyük afetlerinden biridir."

"Sigara bağımlılığı önenebilir bir hastalıktır."

Kaynaklar

Alan Martin. *Assesing Tobacco Control Strategies in Turkey*. IDRC Archive. 2000. p: 130.

Bartecchi C et al. *Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated with City-wide Smoking Ordinance*. *Circulation*, 2006, 114: 1490-1496.

Bedard J. *Smoking: Athreelfold Addiction*. *Articles-base.com*, May, 2009. (Free Online Articles Directory).

Carl J Brandt. *Smoking - health risks*. Reviewed by Dr Gavin Petrie, consultant chest physician. Based on a text by Dr Carl J Brandt. Last updated 14.02.2005. (Copyright 1998-2009 NetDoctor.co.uk - All rights reserved NetDoctor.co.uk is a trademark).

Çakır Ş., Meydan D. *Sigara ve Kanser İlişkisi. Sigaranın Bilimsel Yüzü*. Tür A. (Ed). Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., İstanbul, 2004, Sayfa: 69-79.

Kern JA. *Thirdhand smoke another danger*. *Quit smoking Blog*. MayoClinic.com, March 24, 2009

Karacalar A. *Sigara ve Estetik Cerrahi. Sigaranın Bilimsel Yüzü*. Tür A (Ed). Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., İstanbul, 2004, Sayfa: 305-310.

Kenneth E. Warner. *The Role of Research in International Tobacco Control*. *Am J Public Health*. 2005, 95(6): 976-984.

Lam T.H et al. *Secondhand smoke and respiratory ill health in current smokers*. *Tobacco Control*. 2005, 14: 307-314.

Lounsbery MG., Bubak MF. *The impact of secondhand smoke on children: Respiratory and other medical concerns*. *SD Med*. 2009, Spec No: 13-6. Links.

Şeşen T. *Sigara ve Kulak-Burun-Boğaz. Sigaranın Bilimsel Yüzü*. Tür A. (Ed). Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., İstanbul, 2004, S:143-168.

Terry Martin. *Cigarette Smoking and Cancer. Questions and Answers*. Updated: November 16, 2008. *About.com Health's Disease and Condition content is reviewed by our Medical Review Board*. (About.com.)

Terry Martin. *Smoking-Related Heart Diseases. Coronary Heart Disease Statistics Updated: May 05 2009*. *About.com Health's Disease and Condition content is reviewed by Medical Review Board*.

Wendy S. Biggs. *Pregnant? Quitting Smoking Early Matters*. *Journal Watch Women's Health*. April, 2009: 1-11.

Hastasını kaybeden doktor: Neden her hekim psikoterapi eğitimi almalıdır?

Prof. Dr. Hayrettin Kara



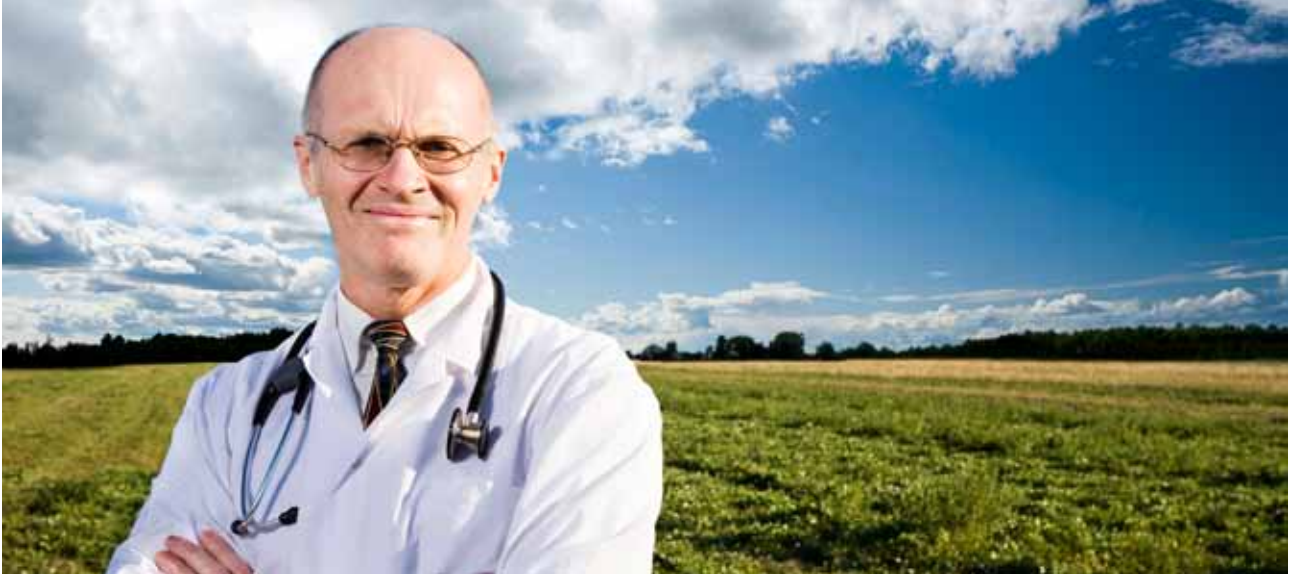
1963 yılında Antalya'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi ve ana bilim dalında başkanı olarak görev yaptı. Psikiyatrinin çeşitli alanları ve özellikle cinsel sorunlar hakkında ulusal ve uluslararası dergilerde çok sayıda çalışması yayımlandı. Şu anda bilimsel çalışmalarını cinsel işlevler ve rüyalar üzerinde yoğunlaştı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Birimi'nde Klinik Şefi olarak görev yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

Psikoterapinin, hekim yetiştiren her kurumun eğitim müfredatı içinde kuramsal ve uygulamalı zorunlu bir ders olması gerektiğini düşünüyorum. Bu düşüncenin, psikiyatrinin bile ağırlıklı olarak ilaç tedavilerine yöneldiği bir dönemde pek de gerçekçi görünmediğinin farkındayım. Ama tababet "güncel" odaklı bir gerçekçilikten daha çok Sokratesçi anlamda bir doğruluk ekseninde varlık kazanması gereken bir bilim ve sanattır. Bu yazıda hangi alanda çalışıyor olursa olsun her hekimin neden psikoterapi eğitimi alması gerektiği düşüncesini bir ölçüde temellendirmeye çalışacağım.

Tıbbın iki yüzü: Hastalar ve hastalıklar

Tıp bilim ve sanatının iki büyük ilkesi vardır. İlk ilke tüm hekimleri "Önce zararlı olma!" diye uyarır. "Hastalık yoktur, hasta vardır" şeklinde ifade bulan ikinci ilke ise hekimlere asıl muhataplarının hastalık değil hasta olduğunu hatırlatır. Güncel modern tıp ikinci ilkeyi neredeyse tümüyle tersyüz ederek "Hasta yoktur hastalık vardır" şekline dönüştürmüştür. Dolayısıyla modern tıp eğitimi içinde biçimlenen bir hekim zihni için "Hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesi sorunlu hale gelmiştir. Bu ilke üzerinden yapacağımız bir tartışma psikoterapinin gerekliliği üzerine bize bir düzeyde bir fikir verebilir diye düşünüyorum.

Öncelikle "Hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesini doğru okumamız gerekir. "Hastalık yoktur" ifadesi ilk elde hastalıkları önemsizleştiriyor gibi algılanabilir. Biliyoruz ki hastalıklar somut gerçekliklerdir ve tıp biliminin özü bu hastalıkların etyolojisi, patofizyolojisi ve tedavisi üzerine gözlem ve araştırmalara dayanır. Hastalıklar bu kadar somut gerçekliklerken nasıl oluyor da genel bir ilke hastalık yoktur diye başlayabiliyor? Böyle bir soru ancak yanlış bir okumayla cümleinin vurgusunun "yoktur"a yapıldığı düşünülerek sorulabilir. Zira burada asıl anlatılmak istenen hastalığın olmadığı değil ama "hastanın olduğu"dur. Modern tıpta tam da göz ardı edilen bu "hastanın varlığı" dır. "Hastanın unutulmuş



varlığını hekimlere hatırlatmak için modern tıbbın elindeki en uygun araç psikoterapilerdir. Her hekimin psikoterapi eğitimi alması gerektiğini ileri sürmemin temel dayanağı bu düşüncedir. Bu halyle bu düşüncenin bir kanaat düzeyinde görüldüğünün farkındayım. Bizim ihtiyacımız olan kanaat ya da zanlar değil, olabildiğince açık hale getirilmiş bilgidir. Seleflerinin hikmetini devralarak Sokrates'in sistematize hale getirdiği düşünce ediminin amacı da bu olabildiğince açık bilgi (episteme)'dir. O halde biz de düşüncemizi 'doxa'dan (sani) 'episteme' haline yükseltmek için iki sorunun cevabını araştırmalıyız.

Bu iki soru şunlardır:

1-Güncel modern tıpta hastanın varlığının unutulduğu iddiasının kanıtı ya da kanıtları nedir?

2- Hastanın varlığının unutulmasının tanı ve tedavi açısından olumsuz bir sonucu var mıdır?

Önce birinci soruya bakalım. Her hekimin psikoterapi eğitimi alması düşüncesinin temel dayanağı psikoterapilerin hastanın unutulmuş varlığını hatırlatmanın en etkin aracı olduğu düşüncesi idi. Peki modern tıp kuram ve uygulamalarında figür olarak gerçekten de hastalıklar mı vardır? Hastalıklardan mustarip kişiler fonda gerçekten de unutulmuşlar mıdır? Bu sorunun cevabı için kendi bilimsel disiplini olan modern psikiyatriye başvuracağım. Bilindiği gibi psikiyatri modern tıbbın insanın zihinsel ve davranışsal patolojileriyle ilgilenen bölümüdür. Dolayısıyla psikiyatrinin, doğası gereği zorunlu olarak hastalıktan çok hastaya yönelmesi gerekir. Ama içeriden baktığımızda durum hiç de böyle değildir. Şimdi psikiyatri bağlamında vereceğim bilgilerin modern tıbbın hastanın varlığını unutmaktan öte yadsıdığı bir kanıtı olabileceğini düşünüyorum. Güncel modern psikiyatri, insanların yaşadığı zihinsel, davranışsal, duygusal sorunlara hastalık bile demeyip onları "bozukluk" olarak adlandırmaktadır. Örneğin bir insanın yaşadığı ruhsal çöküntülüğü depresyon hastalığı olarak değil "depresif bozukluk-depressif disorder" olarak tanımlamaktır.

Bu, kişinin ya da hastanın ihmalinin uç bir göstergesidir. Zira hastalık tabirinin kendisi bile doğrudan hastayı çağırır. Bozukluk (disorder) tabiri ise kişiye değil bir mekanizmaya gönderme yapar. Modern tıbbın içinde hastaya en yakın olması gereken psikiyatrlar bile artık hastaları tedavi etmeye değil, bozuklukları üreten mekanizmaları düzeltmeye odaklanmaktadır.

Modern tıbbın bir kişi olarak hastanın varlığını ihmal eden bu tutumunun tababet sanatında çok önemli olan hasta-hekim

ilişkisini nasıl bir ilişkisizliğe dönüştürdüğünü görmemek mümkün değildir. Ama bu ilişkisizliğin bedelini yaşayan hastalardır. Ve bir hekim bu ilişkisizliğin ne anlama geldiğini ancak hasta olduğu zaman fark edebilmektedir.

İkinci sorumuz hastanın kişisel varlığını unutarak hastalığa odaklanmanın tanı ve tedavi açısından olumsuz olup olmadığıydı. Pekâla modern tıbbın hastanın bir kişi olarak varlığını görmezden geldiği ama bu görmezden gelmenin tedaviyi etkilemediği hatta tam tersi nesnel olma açısından gerekli bile olduğu düşünülebilir. Bu konunun doğru anlaşılması açısından öncelikle bedensel-fiziksel süreçlerle zihinsel süreçlerin birbirini düşündüğümüzden çok daha fazla etkilediğini bilmemiz gerekiyor. Beden ve zihin etkileşiminin tıbbi uygulamalar açısından ne anlama geldiğini ayrı bir yazıda tartışmak istiyorum. Ama burada özetle şunları söylemek isterim: Dünyanın her yerinde insanlar psikik sıkıntı, distressi bedenselleştirme-somatize etme eğilimindedirler. Yani zihinsel, duygusal sorunları bedensel şikâyetlere dönüştürme insan doğasının olağan bir özelliğidir. Bedensel yakınmaların en azından bir kısmının gerisinde psikososyal bir konteks içinde ortaya çıkan kişiye özgü zihinsel-duygusal süreçler vardır. Bu tür durumlarda bir hekim bedensel yakınmalara yani hastalığa odaklanarak sorunu doğru tanımlayamaz. Doğal olarak ilk aşamada yapılması gereken fiziksel muayene ve laboratuvar tetkikler ile bedensel yakınmaların gerisinde fiziksel bir hastalık olup olmadığını tespit etmektir. Bu tür durumlarda hekim tanı sürecinde bile hasta odaklı bir tutum sergilemek zorundadır. Tedavi sürecinde ise hekim tümüyle semptom odaklı değil hasta odaklı olmak zorundadır. Duygusal-zihinsel stresin bedenselleştirilmesi, somut fiziksel bir hastalığın olduğu durumlarda da ayrı bir tanı ve tedavi karmaşasına yol açmaktadır. Elbette psikik distressin bedenselleştirilmesi, sorunun önemli ama yalnızca bir yönüdür. Hastanın kişisel varlığını görmezden gelmenin tanı ve tedavi açısından ortaya çıkardığı sorun sadece somatizasyon bağlamında ele alınmaz. Yukarıda da kısaca değindiğimiz doğru bir hasta-hekim ilişkisinin kurulamaması sorunun daha önemli bir yönü gibi görünmektedir.

Tıbbi uygulamalar öylesine çeşitli ve öylesine geniş bir alana yayılmaktadır ki burada öne sürülen görüşlerin lehinde ve aleyhinde birçok örnek gösterilebilir. Aleyhte örneklerin daha çok cerahi alandan geleceğini öngörebiliriz. Lehte örneklerinse tıbbi sorunun oluşma ve ifade bulmasında psikososyal konteksin daha bir önem kazandığı alanlardan geleceğini söyleyebiliriz. Bu tür durumlarda tekil örneklerin genel düşünceler için ne düzeyde bir ka-



(...) Modern tıbbın bir kişi olarak hastanın varlığını ihmal eden bu tutumunun tababet sanatında çok önemli olan hasta-hekim ilişkisini nasıl bir ilişkisizliğe dönüştürdüğünü görmemek mümkün değildir. Ama bu ilişkisizliğin bedelini yaşayan hastalardır. Ve bir hekim bu ilişkisizliğin ne anlama geldiğini ancak hasta olduğu zaman fark edebilmektedir.

nıt değeri taşıdığını da iyi değerlendirmemiz gerekir. Bu konuda daha ayrıntılı bir tahlile izin vermesi açısından tıbbi uygulamalardaki çok çeşitliliği üç kategoriye ayırabiliriz:

- a) Tanı ve tedavide hastaya odaklanmanın görece önemsiz olduğu tıbbi durumlar,
- b) Tanı ve tedavide hastalık kadar hastaya da odaklanmanın gerektiği tıbbi durumlar,
- c) Tanı ve tedavide hastalıktan daha çok hastaya da odaklanmanın gerektiği tıbbi durumlar.

Buraya kadar ifade ettiğim düşünceleri bir dizge içinde toparlayacak olursam;

1-Güncel modern tıbbın hastanın varlığını ihmal eden hastalık odaklı bir yaklaşımı olduğunu,

2-Hastanın bir kişi olarak varlığının görmezden gelinmesinin tanı ve tedavi açısından bir soruna yol açtığını,

3-Bu sorunu aşmak için modern tıbbın elindeki en uygun aracın "psikoterapi" olduğunu söylemiş oldum.

Bu yazıda ilk iki yargımı bir ölçüde temellendirmeye çalıştım. Ama üçüncü yargım üzerine henüz açıcı bir şey söylemedim. Söz konusu sorunu aşmak için modern tıbbın elindeki en uygun aracın neden "psikoterapi" olduğunu düşündüğümü bir sonraki sayıda tartışmak istiyorum.

Bilimsel kongrelerin dünü, bugünü; olanlar ve olması gerekenler

Prof. Dr. Abdullah Sonsuz



1957'de Erzurum'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İskenderun'da tamamladı. 1981'de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlığını 1989 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Aynı yerde 1992'de doçent, 1998'de profesör oldu. Mesleki ilgi alanları viral hepatitler ve karaciğer yağlanmasıdır.

Yukarıdaki başlık, 4 yıl önce başka bir dergide yayınlanmış olan bir yazıma aittir (1). Okuyacağınız yazı geçen 4 yıla rağmen değişmeyen gerçeklerin, daha da büyüyen sorunların ve benim konuya bakışımında zaman içerisinde gelişen yeni düşüncelerimin bir defa daha sizlerle paylaşılması amacıyla hazırlanmıştır.

1989 yılı Haziran ayında iç hastalıkları ihtisasımı tamamlayıp kadrosuz (ücretsiz) olarak uzman doktor unvanı ile çalışmaya başladıktan 4 ay sonra sözlü tebliğ olarak kabul edilen bir çalışmamızı sunmak üzere birikimlerimden zorlukla ayırdığım para ile Samsun'da yapılan 8. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi'ne gitmiş ve o sırada Çarşamba ilçesinde çalışan değerli arkadaşım KBB uzmanı Dr. Ali Demir'in

evinde misafir olarak kalmak suretiyle bilimsel kongreler dünyasına ilk adımını atmıştım. 1992 yılında (artık kadrolu ve maaş alan bir uzmandım) Rodos'ta yapılan Delta Hepatit Kongresi benim uluslararası kongreler ile tanışmamı sağlamış ancak buraya poster olarak kabul edilen bir çalışmamızı sunmak üzere gitmek, o tarihteki aylığımdan daha fazla bir harcama yapmamı gerektirmişti. Bunun yarattığı maddi sıkın-





Dinleyicilerin birçoğu bu toplantılarda konuşma yapanların (yerli veya yabancı) bu görevleri karşılığında belirli bir ücret aldıklarından habersizdir. Özellikle pahalı veya sürekli ilaç kullanımının söz konusu olduğu sahalarda yoğunlaşan satellit sempozyum aktivitelerinin dinleyicilerin ilaç tercihlerine ne ölçüde yön verdiğini bilmiyorum ama bu konunun tartışılması gerektiğine inanıyorum.

tıyı sonraki birkaç ay boyunca daha yaşamış fakat bu toplantıya katılmış olmanın gururu ile hiç ama hiç önemsememişim.

Yukarıdaki satırları yazarken niyetim anılarımı anlatmak değil. Yapmaya çalıştığım, bugün bilimsel kongre deyince genç arkadaşlarımızın aklına gelenler ile geçmişte yaşananların birbirinden ne kadar farklı olduğunu gösterebilmek ve biraz sonra sunacağım düşüncelerimin nasıl geliştiğinin anlaşılmasını kolaylaştırmaya çalışmaktan ibarettir. Aslında başka bilim dallarındaki genç bir araştırmacı için kongreye katılmak, hâlâ benim yıllar öncesinde yaşadığıma benzer zorluklar içerisinde ve bizlerin bugün sahip olduğu olanakların çok uzağındadır. Bizler ise görmek istemesek bile artık kamuoyunda bile tartışılan bir kongre anlayışı içerisinde giderek daha da artan sayıda bilimsel kongre düzenlemeye devam ediyoruz. Bilimsel kongreler konusunda oluşmakta olan kamuoyu görüşünü öğrenmek için basında bu konularda çıkmış olan haberleri taramak yeterlidir, bunlardan alınmış örnekleri burada sunmayı gereksiz görüyorum.

Artık kongrelerin sayısını tahmin edebilmek bile güçleşmiş durumdadır. Zaman Gazetesi'nde yer alan 01.07.2007 tarihli bir yazıda Tabipler Birliği'nin verilerine göre 2004-2006 yılları arasında tıp dernekleri tarafından düzenlenen 2 bin 141 ulusal ve uluslararası toplantı gerçekleşmiş olduğu ifade edilmektedir. Aynı yazıda belirtildiği şekliyle Uluslararası Toplantı ve Kongreler



Birliği'nin (ICAA) raporuna göre dünyada en fazla kongre düzenlenen alan tıp sektörüdür ve tüm bilimsel kongrelerin yüzde 29,1'ini oluşturmaktadır.

Kongre turizminin ekonomik boyutu, konuyla ilgili olmayanların ilk anda düşüneneğinin çok daha üzerindedir. TÜRSAB Ar-Ge Departmanı'nın Kasım 2004 tarihli raporuna göre uluslararası turizm cirosunun yüzde 30'u kongre turizminden elde edilmektedir (2). Bu büyük ekonomik faaliyet içinde ülkemizin yeri, yapılan bunca bilimsel kongreye rağmen çok da ön sıralarda değildir. ICCA verileri esas alındığında 2004 yılında ülkemizin uluslararası kongre aktivitelerindeki yeri 55 uluslararası kongre ile 33. sıradır. Aynı verilere göre 2003 yılında yapılan 39 uluslararası toplantı ile 29. sırada bulunuyorduk (2,3). Görünen odur ki giderek artan bilimsel kongre sayımıza rağmen bunun uluslararası boyutundaki payımızda bir artış yaşanmamaktadır.

Tekrar kendi konumuza dönecek olursak 'tıp alanında neden fazla sayıda

kongre yapılmaktadır' sorusuna yanıt aramaya devam edebiliriz. Bu sorunun cevabı kongreleri kimlerin yaptığına bakmakla verilebilir. Kongreler en başta değişik tıp dallarında kurulmuş olan dernekler olmak üzere, çeşitli multidisipliner çalışma grupları (veya dernekleri), eğitim kurumları (tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri) ve bazen de doğrudan ilaç sanayi tarafından gerçekleştirilmektedir. Her şeyden önce ülkemizde bir dernek enflasyonu mevcuttur. Çoğu defa tamamen aynı sahada çalışan birden fazla derneğin varlığı hepimizin bildiği bir konudur. Bu derneklerin her biri kendi bilimsel kongresini düzenlemeyi tercih etmekte, böyle olduğunda da kongre sayıları giderek artmaktadır. Giderek artmaktadır diyorum çünkü zaman içerisinde hemen her grubun içinden bir başka grup daha çıkmakta ve o da kendi bilimsel dünyasını kendisi için kurma yolunu seçmektedir. Ben kendi çalışma saham için rahatlıkla söyleyebilirim ki kongre katılımcıları 2009 yılında, başlığı değişse bile içeriği neredeyse tamamen aynı olan bir bilimsel gündemi en az 4 defa dinlemiş olacaktır. Neyse ki dinleyi-

cilerin de buna karşı geliştirdiği bir çözüm var: Kongrelere katılıyorlar ama kongre konuşmalarını dinlemiyorlar!

Bilimsel kongrelerin programlarını incelediğimizde konuşmaları belli başlı kategoriler içerisinde sınıflandırabiliriz. Bunlar; davetli yabancı konuşmacılar tarafından sunulan konferans veya panel konuşmaları, ulusal konuşmacıların aynı nitelikteki sunumları, satelit sempozyumlar, sözlü bildiriler ve daha az olarak da çalıştay aktivitelerinin aktarımı olmaktadır. Dört yıl önceki yazımda da belirtmiş olduğum gibi kongre programlarındaki en önemli sorunlardan biri; doğrudan ilaç sanayi tarafından düzenlenen, konu başlıklarının, konuşmacı seçiminin hatta bir ölçüde konuşmacının kullandığı slaytların bile bu firmalarca belirlendiği satelit sempozyumların kongre programındaki ağırlığının artmakta olmasıdır. Dikkat çekmiş olması gereken başka bir husus, kongrelerdeki bu görevlerin genelde o kongreyi düzenleyenlere veya onlara yakın olduğu düşünülen kişilere verilmesidir. Dinleyicilerin birçoğu bu toplantılarda konuşma yapanların (yerli veya yabancı) bu görevleri karşılığında belirli bir ücret aldıklarından habersizdir. Özellikle pahalı veya sürekli ilaç kullanımının söz konusu olduğu sahalarda yoğunlaşan satelit sempozyum aktivitelerinin dinleyicilerin ilaç tercihlerine ne ölçüde yön verdiğini bilmiyorum ama bu konunun tartışılması gerektiğine inanıyorum. Bu güne kadar hiçbir satelit sempozyumda konuşmacı olarak görev almamış bir kişi olarak günümüzde yaşanan şekliyle bu yolu etik bulmadığımı açıkça ifade etmek isterim. Bir kongrede toplantı öncesinde, konuşmacı ile ilgili firmanın medical müdürlerini bilgisayar başında çalışırken görmek beni rahatsız ediyor. Kongrelerin en önemli zaman dilimleri bu toplantılara ayrılıyor ve çoğu zaman kongre programında olan öğle yemekleri de bu toplantılar ile ilişkilendirilerek veriliyor. Neticede en büyük dinleyici sayısı da bu toplantılarda ortaya çıkıyor. Bunda sakınca görmeyebilirsiniz ama firma bazlı toplantıların ağırlığı artık o denli artmıştır ki özellikle konu üzerindeki kişisel deneyimleri sınırlı hekimler için tanı ve tedavi rehberleri neredeyse tümüyle bu tip toplantılarda oluşturulmak istenmektedir (4).

Söz dinleyici sayısından açılmışken bu konuya da değinmek gerekiyor. Kongreyi yapanlar için önemli olan çoğu defa dinleyici sayısı değil, katılımcı sayısı oluyor. Katılımcı sayısı önemli oluyor çünkü bir bilimsel kongrenin bütün mali dengesi katılımcı sayısı üzerinden planlanıyor. Hepimiz için malum olan bir gerçek ama ben söyleyince kızanlar olacağını biliyorum, bazı toplantılarda binin üzerinde kayıt yapılmış olma-

sına rağmen salonlardaki dinleyici sayısının 50'yi bulmadığı oturumlar görüyoruz. Bir kongrede belki de en önemli sayılması gereken aktivite, uzun emekler verilerek yapılmış bilimsel çalışmaların dinleyicilere sunulması ve tartışılmasıdır. Bildirilere gösterilen ilgi ise giderek azalmaktadır.

Dr. Abdurrahman Kadayıfçı'nın "Bildirileri Kime Bildirelim" başlıklı yazısı bu sorunun boyutlarını ve çözüm önerilerini irdeleyen güzel bir değerlendirmedir ve konuya ilgi duyanlar tarafından mutlaka okunmalıdır (5).

Burada akla şu soru gelebilir: Bir insan zamanını, emeğini ve parasını harcayarak geldiği bir kongrede neden toplantıları dinlemez? Konu dağılımının geniş tutulduğu büyük kongrelerde bir katılımcının her konuya ilgi duyması mümkün değil dolayısıyla seçici davranabilir; diğer bir ihtimal ise aynı konuyu ve hatta konuşmacıyı çok kısa bir süre önce başka bir kongrede dinlemiş olmasıdır. Bunlar makul nedenlerdir ancak rahatsız edici olan gerçek, kongreleri tatil ve sosyal program olarak görmekte olan bir grubun giderek artmakta olmasıdır. Kongreyi düzenleyen dernek veya gruplar sponsor firmaları belirli sayıda katılımcıyı kongreye kaydettirmek konusunda teşvik etmekte ve bu durum yukarıda tanımlamaya çalıştığım nitelikteki katılımcıların sayısının artmasına neden olmaktadır. Daha açık bir anlatımla bilimsel kongrelere katılanların büyük kısmını emeklerini, zamanlarını ve paralarını harcamadan katılan kişiler oluşturmaktadır.

Ülkemizde bilimsel kongrelerin sorunları açık yüreklilikle tartışılacaksa bu tartışmanın başlığı dernekler ve kongreler olmak zorundadır. Günümüzde dernek gelirlerinin neredeyse tümü kongrelerden elde edilmektedir, bu gelirin görünen kaynağı ise ilaç sanayidir. Görünen ve gerçek aynı olsa sorun olmayabilirdi. Ancak Türkiye'de özellikle de süreklilik gerektiren veya yüksek maliyetli ilaç harcamalarının neredeyse tek kaynağı sosyal güvenlik kurumudur, dolayısı ile benim anlayışım içerisinde dernek-kongre ekseninden sağlanan gelir de, harcanan para da kamuya ait kaynaklardan elde edilmiş olan paradır. Burada ortaya çıkan maddi boyutun büyüklüğü artık ilaç sanayi için de sorun olmaya başlamıştır ve ne yazık ki sorunun bu boyuta gelmesinde onların da çok büyük katkıları olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu soruna çözüm bulunmak isteniyorsa konunun tüm taraflarının birlikte hareket etmesi ve belki de bazı yasal düzenlemelerin yapılması gerekli olacaktır. Konunun taraflarından kastettiklerimin içerisinde bu günkü yapısı ile dernekler bulunmamaktadır. Çözüm

Bir insan zamanını, emeğini ve parasını harcayarak geldiği bir kongrede neden toplantıları dinlemez? (...) Rahatsız edici olan gerçek, kongreleri tatil ve sosyal program olarak görmekte olan bir grubun giderek artmakta olmasıdır. (...) Daha açık bir anlatımla, bilimsel kongrelere katılanların büyük kısmını emeklerini, zamanlarını ve paralarını harcamadan katılan kişiler oluşturmaktadır.

için birlikte hareket etmesi gerekenler Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türk Tabipler Birliği ve ilaç sanayi temsilcileridir.

Karşı çıktığım ve eleştirdiğim hususun Türkiye'de bilimsel kongrelerin yapılması olmadığını bir kere daha vurgulamak isterim. Tam tersine bu konunun, özellikle de uluslararası boyutunun desteklenmesi ve ülkemizin buradan hak ettiği payı alması gerektiğini savunuyorum. Yapmaya çalıştığım, iyiye doğru gelişmediğini gözlediğim bu sürecin ülkemizin yararına bir doğrultuya sevk edilmesinin zorunluluğuna işaret etmektir. Artık bir şeyler yapılmasının zamanı geldiğine inanıyorum. Çözüm için de bazı düşüncelerim var, onları da ilerdeki bir zamanda başka bir yazıda ele almak istiyorum.

Kaynaklar

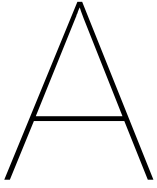
- 1) Sonsuz A: *Bilimsel Kongrelerin Dünü, Bu Gün, Olanlar ve Olması Gerekenler. Güncel Gastroenteroloji* 2005; 9(4): 11-15
- 2) TÜRSAB Ar-Ge Departmanı Raporu: *Uluslararası Kongre Turizmi ve Türkiye, Kasım 2004.*
- 3) Arslan K: *Türkiye'de Kongre Turizmini Geliştirme İmkânları. İstanbul Ticaret Odası Yayınları. 2008-4*
- 4) Pincus T, Yazici Y, Bergman MJ: *Hotel-Based Medicine. J Rheumatol. 2008;35(8):1487-8.*
- 5) Kadayıfçı A, Savaş C: *Bildirileri Kime Bildirelim. Güncel Gastroenteroloji* 2005; 12(2): 18-21.

Organ ve doku nakliyle ilgili hukuksal problemler

Prof. Dr. Hakan Hakeri



1966 doğumlu Hakeri 1987 yılında İstanbul Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. 1996'da Almanya'nın Köln Üniversitesi'nde doktorasını tamamladı. 1996-2005 arasında Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde görev yaptı. 2005'te Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ne atandı. 2007'de profesör oldu. Geçtiğimiz haftalarda 19 Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ne dekan olarak atandı. Değişik tarihlerde Almanya, Avusturya ve ABD'de konuk öğretim üyesi olarak araştırmalar yaptı. Tıp Hukuku Derneği kurucu başkanı olan Hakeri, evli ve iki çocuk babasıdır. Yayımlanmış 12 kitabı ve 46 makalesi vardır. Kitapların 2'si Almanya'da, makalelerin 6'sı Almanya'da, birer makale de İspanya ve İtalya'da yayımlanmıştır. Birçok ulusal ve uluslararası sempozyum ve kongrenin organizasyonunu yapmaktadır.



Almanya'nın Martin Luther Üniversitesi'nde (Halle-Wittenberg) 12-13 Haziran 2009 tarihlerinde VI. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu düzenlendi.

Sempozyumun konusu, organ ve doku naklinden kaynaklanan hukuksal problemler idi. Bu vesileyle, sempozyumdan edinilen bilgilerle konuyu tartışmakta yarar görüyorum. Bu kısa çalışmada ayrıca yeri geldikçe organ ve doku nakline ilişkin yeni kanun taslağı da ele alınacaktır:

A. Kavram ve hukuki dayanak

Organ veya doku nakli, bir bağışlayıcıdan (vericiden) bir alıcıya iyileştirme amacıyla doku veya organların nakledilmesidir.

Organ ve doku nakli bir tıbbi müdahaledir ve dolayısıyla tıbbi müdahalenin genel kurallarına tabidir. Ancak normalde tıbbi müdahalelerde bir hasta bulunurken canlı vericilerden yapılan nakil işleminde bir hastanın yanı sıra bir de sağlıklı bir kimse bulunmaktadır.

Bu durum, organ ve doku nakline ilişkin özel düzenlemeler yapılmasını gerekli kılmaktadır. Keza bir kimsenin kendisi için yararı olmadığından kendi organını veya dokusunu rızasıyla da olsa bir başkasına vermesi esasen kişilik haklarına aykırıdır. Organı veren kimse açısından endikasyon bulunmadığından; rıza, eylemi tek başına hukuken uygun kılmaz. O nedenle ki genel hükümlere göre canlılardan organ veya doku nakli mümkün olmadığından, bu konuya ilişkin özel bir düzenleme ile bu tür tıbbi müdahalelerin huku-







düzeni tarafından belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir.

Gerek Türk Hukuku'nda ve gerekse Alman Hukuku'nda ölüm zamanı yasal olarak belirlenmiş değildir. Önceleri ölüm, "Kişinin canlılığını sağlayan ve dolaşım, solunum ve sinir sistemleri fonksiyonlarından meydana gelen büyük hayat fonksiyonunun durması" şeklinde kabul edilmekte ve buna fizyolojik ölüm adı verilmekteydi. Bugün ise ODNK 11. maddesinde, "*Bu kanunun uygulaması ile ilgili olarak tıbbi ölüm hali, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulamak suretiyle*" belirleneceği hükme bağlanmıştır. Böylece bilimsel gelişmelerin önü kapanmamış olmaktadır. 2000 tarihli Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nde ise "beyin ölümü" kistasının benimsendiği anlaşılmaktadır. Yönetmeliğin Ek 1 maddesinde beyin ölümü şöyle tanımlanmıştır:

"Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır."

Yüksek Sağlık Şurası da 1969 yılında verdiği bir kararında beyin ölümü kistasını benimsemiştir: "*(Ölüm)... bugünkü telakkilerin en kuvvetlisi ve hakim durumunda olan beyin fonksiyonunun tamamıyla durması halinin tespiti şeklinde kabul olunmuştur*" (24.11.1969, 6293).

Görüldüğü üzere, bugün ölümün ne olduğundan ziyade, ölümün ne zaman gerçekleştiğini belirlemeye yönelik görüşler ortaya konmaktadır.

ODNK'a göre, ölüm hali biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır (md. 11). Alıcının müdavi hekimi ile organ ve doku alınması, saklanması, aşılanması ve naklini gerçekleştirecek olan hekimlerin, ölüm halini saptayacak olan hekimler kurulunda yer alması yasaktır (md. 12). 11. maddeye göre ölüm halini saptayan hekimler ölüm tarihini, saatini ve ölüm halinin nasıl saptandığını gösteren ve imzalarını taşıyan bir tutanak düzenleyip organ ve dokunun alındığı sağlık kurumuna vermek zorundadırlar. Bu tutanak ve ekleri, ilgili sağlık kurumunda on yıl süre ile saklanır (md. 13).

Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı beyin ölümünü tespit edecek hekim sayısını ikiye indirmektedir: "*Beyin ölümü hali, biri anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, diğeri nöroloji uzmanı veya yokluğunda beyin cerrahisi uzmanı olmak üzere iki hekimin, apne testi zorunlu olmak üzere, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve tetkik yöntemlerini*

ka uygun kılınması zorunluluğu vardır ve bu zorunluluk hukukumuzda Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun (kısaca Organ ve Doku Nakli Kanunu - ODNK) ile sağlanmıştır. Organ ve Doku Nakli Kanunumuz alanında eski kanunlardan biridir. Bir örnek vermek gerekirse, kanunumuzun 1979 yılında çıkarılmış olmasına karşın, Alman Kanunu 1997 tarihini taşımaktadır.

Gerek Organ ve Doku Nakli Kanunu ve gerekse Türk Ceza Kanunu insanlar arası organ veya doku naklini düzenlemektedir. Aynı insan üzerinde yapılan organ veya doku nakli serbesttir ve bu kanunların kapsama alanı içinde değildir. Keza hayvanlardan yapılan organ veya doku nakli de yasal bir düzenleme konusu olmadığından yasaklanmamıştır ve tıbbi müdahalelerin genel şartlarına tabidir. Organ ve doku nakli bütün yönleriyle 2004 yılına kadar sadece Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'da (ODNK) düzenlenmişti. Ancak 2004 yılında çıkarılan ve 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu'nda organ ve doku nakline ilişkin olarak üç hüküm getirilmiş bulunmaktadır. Dolayısıyla bugün için her iki kanunun ayrı ayrı göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

ODNK md. 2'de kanunun kapsamı düzenlenmiştir. Buna göre, "*Bu kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır. Oto-greftler, saç ve deri alınması, aşılanması ve nakli ile kan transfüzyonu bu kanun hükümlerine tabi olmayıp, yürürlükte bulunan sağlık yasaları, tüzükleri, yönetmelikleri ve*

tıbbi deontoloji kuralları çerçevesinde gerçekleştirilir."

Böylece maddede belirtilenlerin dışında, embriyoya veya cenine ait organ ve dokular da kanun kapsamı dışında bulunmaktadır.

B. Organ ve doku nakli çeşitleri

Organ ve doku naklini, ölümlerden ve canlılardan olmak üzere ikiye ayırabiliriz:

1. Ölümlerden organ nakli

Bu ihtimalde verici bir cesettir ve bu nedenle, canlılardan yapılan nakilden farklı olarak, bilimsel amaçlarla da organ nakli mümkündür. Keza, genel ahlâk ve adaba aykırı düşmemek şartıyla, ölü vericiden her türlü organ alınabilir.

Bugün için organ nakli daha çok tıbbi endikasyonun gerektirmesi dolayısıyla hastaları iyileştirmek amacıyla yönelik olarak ölü bağışlayıcılardan organ ve doku nakli şeklinde gerçekleşmektedir. Bu noktada ortaya iki problem çıkmaktadır: Ölüm zamanının belirlenmesi ve ölenin kendi geleceğini belirleme hakkına saygı gösterilmesi.

a) Ölüm halinin belirlenmesi

Ölüm anının, zamanının, halinin belirlenmesi esas itibarıyla tıp biliminin verilerine göre yapılacak bir işlemdir. Bununla birlikte, öğretilerde, tıp biliminin ölümün tanımına ilişkin yapacağı belirlemelerin hukuk bilimini doğrudan etkilemeyeceğini savunan yazarlar da vardır. Bu nedenle, bu kavramın özellikle organ nakli ile bağlantılı olarak hukuk



uygulamak suretiyle, klinik olarak verdikleri ve en az bir laboratuvar yöntemi ile kesinleştirdikleri tıbbi ölüm kararı ile saptanır” (md. 3/1). Alman Kanunu’nda da iki hekim öngörülmüş hatta buna bir istisna dahi getirilmiştir. Buna göre, geri dönüşü olmayan kalp ve dolaşım durmasının üzerinden üç saatten fazla bir süre geçmişse, tek hekim, ölüm halinin belirlenmesi için yeterli görülmektedir (Alman Nakil Kanunu md. 5/1).

Otopsi yapılmasını gerektiren ölümlerde, organ alınabilir mi? Öğretide suç için delil olacak organları almamak gerektiği ancak organ nakli ile korunan yarar, otopsi ile elde edilecek yarardan üstün olduğundan, savcının izni beklenmeden organ alınabileceği kabul edilmektedir. Kanımca da ölünün cesedi üzerinde otopsi yapılacak olduğunda öncelikle organ alımının gerçekleştirilmesi gerekir. Organ ve Doku Nakli Kanunu’nun 14/4. fıkrasının son cümlesine göre; adli otopsi, organ alınması işlemi tamamlandıktan sonra yapılır ve hekimler kurulunun raporu adli muayene ve otopsi tutanağına geçirilir ve evrakına eklenir.

b) Ölünün kendi geleceğini belirleme hakkına saygı gösterilmesi

Organ ve Doku Nakli Kanunu’nun 11 vd. maddelerine göre ölümlerden organ nakli yapılabilir. Buna göre bir kimse,

“Sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı vasiyetle belirtmemiş, bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınabilir.

Aksine bir vasiyet veya beyan yoksa kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir. Ölü, sağlığında kendisinden ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse organ ve doku alınamaz” (ODNK md. 14).

Görüldüğü gibi kanunumuz kişi sağlığında muvafakat vermiş olmasa dahi, organ nakline imkân tanımaktadır. Kanunumuz bu suretle, “rıza” sistemini benimsemiş bulunmaktadır. Ancak, olağanüstü durumlar ve ölünün dış görünüşüne zarar vermeyecek müdahaleler açısından itiraz modeline yakın bir düzenleme yapılmıştır. İtiraz modelinde ayrıca itiraz edilmediği müddetçe zimnen rızanın bulunduğu varsayılmaktadır. Nitekim kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular bakımından bu model benimsenmiştir (ODNK 14/2).

Kaza veya doğal afetler sonucu vücudunun uğradığı ağır harabiyet nedeniyle yaşamı sona ermiş olan bir kişinin yanında yukarıda sayılan kimseleri yoksa sağlam doku ve organları, tıbbi ölüm halinin alınacak organlara bağlı olmadığı 11’nci maddede belirlenen hekimler kurulunun raporuyla belgelemek kaydıyla, yaşamı organ ve doku nakline bağlı olan kişilere ve naklinde ivedilik ve tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılabilir. Bu hallerde, adli otopsi bu işlemler tamamlandıktan sonra yapılır ve hekimler kurulunun raporu adli muayene ve otopsi tutanağına geçirilir ve evrakına eklenir (ODNK md. 14/2). Ayrıca vücudunu ölümünden sonra inceleme ve araştırma faaliyetlerinde faydalanılmak üzere vasiyet edenlerle yataklı tedavi kurumlarında ölen veya bunların morglarına getirilen ve kimsenin sahip çıkmadığı ve adli kovuşturma ile ilgisi olmayan

Otopsi yapılmasını gerektiren ölümlerde, organ alınabilir mi? Öğretide suç için delil olacak organları almamak gerektiği ancak organ nakli ile korunan yarar, otopsi ile elde edilecek yarardan üstün olduğundan, savcının izni beklenmeden organ alınabileceği kabul edilmektedir. Organ ve Doku Nakli Kanunu’nun 14/4. fıkrasının son cümlesine göre; adli otopsi, organ alınması işlemi tamamlandıktan sonra yapılır.

cesetler aksine bir vasiyet olmadığı takdirde 6 aya kadar muhafaza edilmek ve bilimsel araştırma için kullanılmak üzere ilgili yüksek öğretim kurumlarına verilebilirler (ODNK md. 14/3).

Burada ortaya şöyle bir sorun çıkmaktadır: Varsayılan rıza kabul edilebilir mi? Kanaatimce, genel kurallardan ayrılmayı gerektiren bir husus yoktur. Örneğin, ölen kimsenin kendi çocuğuna organ nakli yapılacaksa, burada varsayılan rızadan kesinlikle yola çıkılabilir. Esasen kendi çocuğunun kendisi için organ nakline izin vermesine engel bir durum da bulunmamaktadır. Önemle belirtmek gerekir ki, canlılardan organ naklinde varsayılan rıza ke-

Ölümlerden organ nakli bakımından ortaya çıkan en önemli sorun, alınan organın hangi ölçütlere göre kimlere dağıtılacağıdır. Organ sayısının sınırlı, buna karşılık organ bekleyen hasta sayısının yüksek olması, hangi hastaların tercih edileceği sorununun hayati öneme sahip olmasını sonuçlamaktadır. Bu kadar önemli bir konu ise, kanunumuzda düzenlenmiş değildir.

sinlikle kabul edilmemektedir.

Sonuç olarak hukukumuzda organ nakline izin konusundaki sistem şöyle özetlenebilir: Bir kimsenin iradesine aykırı olarak organı ölümden sonra dahi alınamaz. Ancak bir kimsenin bir irade açıklaması olmaksızın organ-doku alınması mümkündür.

c) Organ ve doku dağıtımı

Ölümlerden organ nakli bakımından ortaya çıkan en önemli sorun, alınan organın hangi ölçütlere göre kimlere dağıtılacağıdır. Organ sayısının sınırlı, buna karşılık organ bekleyen hasta sayısının yüksek olması, hangi hastaların tercih edileceği sorununun hayati öneme sahip olmasını sonuçlamaktadır. Bu kadar önemli bir konu ise, kanunumuzda düzenlenmiş değildir. Kanunumuz bu konuya ilişkin genel prensipleri bile belirlemiş değildir. Düzenleme yönetmelik ve yönergeler ile yapılmış olup bu kadar hayati bir konunun yasal bir dayanağa sahip olmaması anayasaya aykırıdır. Temel haklara ilişkin bütün düzenlemeler kanunlarla yapılmalıdır. Buna karşılık Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı, kadavradan alınan organ, doku ve hücrelerin kamu yararına kullanılacağını, kişisel tasarruflara ve özel hukuk ilişkilerine konu edilemeyeceğini açıkça belirledikten sonra, Sağlık Bakanlığı'nın organ, doku ve hücrelerin nakil tedavisine ihtiyaç duyanlar tarafından, bilimsel gereklere uygun, şeffaf ve tarafsız biçimde kullanımının sağlanması, nakil sonuçlarının donörden alıcıya izlenmesi ve bu kanun kap-

samındaki diğer hizmetlerin verilebilmesi amacıyla 'Ulusal Koordinasyon Sistemi'nin kurulmasını açıkça öngörmektedir (md. 8/1). Ancak bu taslak da eksiktir. En azından dağıtımına ilişkin temel prensiplerin kanun ile belirlenmesi gerekmektedir.

Hâlihazırda Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, organ ve doku dağıtımının, 'Ulusal Koordinasyon Kurulu' tarafından hazırlanan ve bakan onayı ile yürürlüğe giren bir Organ ve Doku Dağıtım Yönergesi'ne göre yapılacağını öngörmektedir (md. 26). Söz konusu yönerge ise (Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi) 5. maddesinde genel ilkeleri açıklamaktadır: Buna göre, "Organ ve doku dağıtımı, bilimsel kurallara, tıbbi-etik anlayışa uygun ve adaletli bir şekilde gerçekleştirilir. Organ ve doku dağıtımında acil organ talepleri öncelikle değerlendirilir ve acil talepler için Ulusal Bekleme Listesi oluşturulur". Yönergenin 6. maddesinde ise kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek dağıtımına ilişkin bilimsel prensipler düzenlenmiştir.

Ölümlerden nakilde, şartlı bağış söz konusu olmamaktadır. Kişilerin yakınlarının organlarını belirli şartlar altında veya belirli kişilere yönelik olarak bağışlamaları mümkün değildir. Bu konuda dağıtım sistemine uyulması gerekmektedir. Buna karşılık canlılardan bağışta, dağıtım sistemi uygulanmamaktadır.

2. Canlılardan organ nakli

Öncelikle belirtmek gerekir ki, kanunumuz ölüden organ naklinin, canlıdan organ nakline nazaran öncelik taşıdığına ilişkin bir hüküm içermemektedir. Dolayısıyla ölüden organ naklinin mümkün olup olmadığı araştırılmaksızın doğrudan canlılardan organ nakli yapılabilmektedir. Buna karşılık Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı'nda "organ nakli dışında etkinliği, üstünlüğü ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılabilir başka bir tedavi yönteminin bulunmaması veya kısa süre içinde kadavradan uygun organ teminin mümkün olmaması halinde canlıdan nakil yapılabilir" (md. 4/1) hükmü ile "öncelik kuralı" getirilmektedir. Taslak kanunlaştığı takdirde öncelik ölüden nakil olacak, ancak bu mümkün olmadığı takdirde canlılardan organ nakli yapılabilecektir.

Canlılardan organ nakli, ölümlerden organ naklinden, alıcının belirli olması yönüyle ayrılmaktadır. Gerçekten de, ölümlerden organ nakli, mevzuatta belirlenmiş bulunan dağıtım kurallarına tabidir. Buna karşılık canlılardan organ naklinde, bağışlayan, doğrudan belirli bir kimseye yönelik olarak organını ba-

ğışlamaktadır. Dolayısıyla da, canlılardan organ nakli Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ile Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi'ne tabi değildir. Ölüden organ naklinde organın kime gideceği tamamen mevzuattaki kuralların bir sonucu olarak belirlenmektedir.

Canlılardan organ nakli, ölümlerden organ nakline nazaran nispeten daha az hukuksal problemin ortaya çıkmasına yol açabilecek özellik taşımaktadır.

ODNK, "on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınmasını yasaklamaktadır" (md. 5). Avrupa Konseyi Biyotıp Sözleşmesi ise istisnaen 20. maddede belirtilen şartlar dâhilinde buna olanak tanımaktadır. Ancak Türkiye Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'nin 36'ncı maddesi uyarınca, sözleşmenin 20'nci maddesinin, muvafakat verme yeteneği olmayan kimselerden kendisini yenileyen dokuların alınmasını mümkün kılan 2 numaralı bendinin, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunun 5'inci maddesiyle uyum halinde olmaması nedeniyle çekince koymuştur. Ancak çekince koymak yerine söz konusu hüküm çerçevesinde Türk mevzuatının düzeltilmesi gerekmektedir. Nitekim Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı'nda bu konuya imkân tanınmış bulunmaktadır. Buna göre,

"Yaş küçüklüğü, zihinsel engellilik, hastalık veya benzeri sebeplerle doku bağışına muvafakat etme yeteneğine sahip bulunmayan kişilerden kemik iliği gibi kendisini yenileyen dokuların nakli yapılabilir. Bunun için;

- a) Dokuları uyumlu olan, ergin ve ayırt etme gücüne sahip bir vericinin bulunmaması,
- b) Alıcının, vericinin kardeşi olması,
- c) Bağışın alıcı bakımından hayat kurtarıcı olma beklentisinin bulunması,
- d) Vericinin ayırt etme gücüne sahip olmak kaydıyla bu işleme karşı olmaması,
- e) Vericinin yasal temsilcisinin noter tarafından onaylanmış izninin olması, bu izin belgesinin nakli yapacak hekim ya da hekimler tarafından da onaylanmış olması zorunludur" (md. 4/3).

Organ ve doku alacak hekimler:

- a) Vericiye, uygun biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek;

Hukukumuzda da yasal hiçbir engel olmamasına rağmen Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi ile akrabalık şartı aranmıştır. Her ne kadar bu hükmün amacı organ ve doku ticaretinin önlenmesi ise de, zaten ülkemizde sınırlı olan organ nakli bu suretle daha da sınırlanmış olmaktadır. Bu hüküm mutlaka düzeltilmelidir. Örneğin, kişinin çok yakın arkadaşı, nişanlısı, yakın komşusu da kişiye herhangi bir ticari kaygı veya menfaat olmaksızın organını bağışlayabilir.

b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak;

c) Akli ve ruhi durumu itibarıyla kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek zorundadır (md. 7).

On sekiz yaşını doldurmuş ve mümayyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda, açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur (md. 6).

Vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığı araştırılmalı ve öğrendiği bir tutanakla tespit edilmelidir (md. 7/d).

Vericinin yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınması yasaktır (md. 8).

Organ ve doku alınması, aşılması ve naklinden önce verici ve alıcının yaşamı ve sağlığı için söz konusu olabile-

cek tehlikeleri azaltmak amacıyla gerekli tıbbi inceleme ve tahlillerin yapılması ve sonucunun bir olurluk raporu ile saptanması zorunludur (md.9).

Alman Organ Nakli Kanunu'nda, yenden oluşması mümkün olmayan organların ancak birinci ve ikinci derecede akrabalara, eşe, nişanlıya ve bağışlayan ile özel bir kişisel bağlılık içinde bulunan kimselere nakledilmesine müsaade edilmiştir. Böylece organ ticareti önlenmek istenmiştir. Ancak bu düzenleme Almanya'da organ nakli konusunda önemli bir engel oluşturduğu düşünülmektedir. Hukukumuzda da yasal hiçbir engel olmamasına rağmen Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi'nin 7/7. maddesinin, "canlıdan organ ve doku nakli, alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Bu kapsam dışında kalan organ ve doku verici adaylarının durumları, ilgili Organ ve Doku Nakli Merkezindeki Yerel Etik Kurullar tarafından değerlendirilir, uygun bulunması halinde nakil gerçekleştirilir" hükmü ile akrabalık şartı aranmıştır. Bu şartın bırakın bir yönetmeliği, bir yönerge ile getirilmiş olması tamamen hukuka aykırıdır. Kişilerin hayatını ve sağlığını doğrudan ilgilendiren böyle bir düzenlemenin yönerge ile yapılması mümkün değildir. Hemen belirtelim ki, bu kısıtlayıcı hüküm Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı'nda yasal bir dayanağa kavuşturulmaktadır: "Canlıdan organ nakli, alıcının dördüncü derece dâhil kan ve kayın hısımlarından yapılabilir" (md. 5/1). Her ne kadar bu hükmün amacı organ ve doku ticaretinin önlenmesi ise de, zaten ülkemizde sınırlı olan organ nakli bu suretle daha da sınırlanmış olmaktadır. Bu hüküm mutlaka düzeltilmelidir. Örneğin, kişinin çok yakın arkadaşı, nişanlısı, yakın komşusu da kişiye herhangi bir ticari kaygı veya menfaat olmaksızın organını bağışlayabilir. O nedenle, böyle bir hüküm ile kişinin sağlık ve hayat hakkına doğrudan olumsuz bir müdahalede bulunmamalı, en azından akrabalık dışındaki bağışların bir komisyon tarafından denetlenerek uygun bulunması şartı aranmalıdır. Nitekim taslak böyle bir karar komisyonu oluşturmaktadır (md. 5/2). Bununla beraber karar komisyonunun çapraz bağış konusunda da yetkili kılınması gerekmektedir. Çapraz bağış, akrabalarına organ bağışına hazır bulunan kişilerin, organ uyumsuzluğu nedeniyle bağış yapamaması; buna karşılık organ bekleyen akrabası olmayan bir başka kimseye organının uyması; bu kimsenin akrabalarının da organını veren bu kişinin organ bekleyen yakınına organ bağışlamasıdır. Burada organ ticareti söz konusu olmadığından, bu

olanak mutlaka sağlanmalıdır.

Kaynaklar

Akıncı, Şahin, *Türk Özel Hukukunda İnsan Kökenli Biyolojik Madde (Organ-Doku) Nakli Kavramı ve Bundan Doğan Hukuki Sonuçlar*, Ankara 1996.

Ayan, Mehmet, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, Ankara 1991.

Aydın, Murat, *Tıbbi Müdahale Olarak Organ ve Doku Nakli ve Ceza Sorumluluğu*, Ankara 2008.

Ayiter, Nuşin, "Organtransplantation als privatrechtliches Problem", *AÜHFD*, C. XXXII, 1975, s. 1-4, S. 173-184.

Bayraktar, Köksal, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*, İstanbul 1972.

Çakmut (Yenerer), Özlem, *Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi*, İstanbul 2002.

Erman, Barış, *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, Ankara 2003.

Eser, Albin/v.Lutterotti, Markus/Sporken, Paul (Yay.), *Lexikon Medizin Ethik Recht*, Freiburg i. Br., Basel, Wien 1989.

Laufs, Adolf/Uhlenbruck, Wilhelm, *Handbuch des Arztrechts*, 3. B., München 2002.

Lüttger, Hans, "Die Organtransplantation beim Menschen in Strafrechtlicher Sicht", *AÜHFD* 1978, S.1-4, S. 165-193.

Schönke/Schröder, *Strafgesetzbuch, Kommentar*, 26. B., München 2001.

Schreiber, Hans-Ludwig, "Rechtliche Aspekte der Organtransplantation", *Organtransplantation, Medizinische, Rechtliche und Ethische Aspekte*, Beckmann, Kirste, Schreiber (Hrsg.), Freiburg/München 2008, S. 64-92.

Soyaslan, Doğan, "Organ Nakilleri", *Sağlık Hukuku ve Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler*, İstanbul 2007, S. 123-139.

Taşkın, Ahmet, *Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu*, Ankara 1997.

Ulsenheimer, Klaus, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. B., Heidelberg 2003.

Ünver, Yener, "Avrupa Biyo-Hukuk Sözleşmesi'nin Türk Hukuku'na Etkileri", *KHUKA*, 2 (2005), 1. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, S. 182-198.

Zevkililer, Aydın, "Tedavi Amaçlı Müdahalelerle Kişilik Hakkına Saldırının Sonuçları", *DÜHFD*, 1983, s.1, Diyarbakır, S. 1-37.

FDA'nın tarihine yolculuk

Doç. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Doçentliğini tamamladığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde akademik kariyerini sürdürmektedir.

FDA (Food and Drug Administration - ilaç ve Gıda Dairesi) günümüzde yalnızca ABD'de değil, tüm dünyada ilaç sektörünün en büyük düzenleyicisidir. Verdiği kararlar, milyarlarca insanın sağlığını doğrudan ilgilendiriyor. FDA, ABD ekonomisinin yüzde 15-30'una yön veriyor. Küresel krizde ABD'yi ayakta tutan belki de en temel

sektör olan farmasötik endüstrinin yanı sıra gıda sanayinin de en büyük patronu olan bu kurum, verdiği ve vermediği kararlarla her zaman büyük tartışmaların odağında oldu. Bugünkü FDA'yı ortaya çıkaran süreç, tıbbın son yüzyılda hangi aşamalardan geçtiğini gözler önüne seriyor.

1898'den 1914'e kadar, Bayer ilaç firması, eroini, "bağımlılık yapmayan" (!)

bir ağrı kesici olarak satıyordu. 1891'den 1903'e kadar Coca Cola'nın içinde önemli miktarda kokain mevcuttu. 1800'lü yıllarda, Amerika'da önüne gelen herkes ilaç üretiyordu. 1849'da 600'ün üzerinde patentli ilaç vardı. Ancak bu ilaçların içinde ne olduğunu, ne kadar miktarda olduğunu, etkisinin ne olduğunu kimse bilmiyordu. Üreticiler ilaçların üzerine istedikleri şekilde her derde deva olduğu yazabiliyordu. Bir-







Üstte solda: Bayer'in bağımlılık yapmayan (!) ağrı kesicisi ve öksürük ilacı Heroin (eroïn).

Üstte: Talidomid 1998'den beri yeni endikasyonlarla tekrar kullanıma girdi. Kırklı yaşlarına gelmiş bir "talidomid bebeği" elinde talidomid kutusu ile poz verirken yüzünde acı bir ifade izleniyor.

1846-1848 yılları arasında Meksika savaşı sırasında ABD askerleri en çok kurşunla değil salgın hastalıklar ve kötü ilaçlar nedeniyle ölünce konunun ciddiyeti anlaşılmaya başlandı. Doktorlar ve eczacıların baskısıyla 1848'de ilaç ithal Yasası çıktı. Bu yasaya göre, ithal edilen ilaçlar saflık yönünden gümrüklerde test edilecekti.

çoğunda esrar, morfin, eroïn, kokain ya da alkol vardı. Bir kısmı, koca karı ilaçlarından türetilmişti. O yıllarda ilaç üretimine ait herhangi bir yasa ya da düzenleme yoktu ve isteyen istediğini yapıyordu.

Ortaçağ boyunca insanlar genellikle kendi yetiştirdikleriyle besleniyorlardı. Şehirlerin büyümesi ile birlikte, önemli bir insan nüfusu yiyeceğini satın almaya başladı. Böylece gıda üreten, satan şirketler ortaya çıkmaya başladı. Gıdaların uzun mesafeler taşınması gerektiğinde, bozulmayı önlemek amacıyla katkı maddeleri geliştirilmeye başlandı. Bu katkı maddeleri bazen bozuk gıdaların tadını ya da kokusunu maskelemek için ya da ağırlığını arttırmak için de kullanılıyordu. Laboratuvarı üretilen glukozu biraz sarı boya katılırsa, bir de içine ölü bir arı atılırsa bal olarak satılabiliyordu. Aynı glukoz şerbetine bi-

raz kırmızı boya ve birkaç tane çilek konulduğunda çilek reçeli oluyordu. Kolay para kazanma hırısı, büyük halk kitlelerinin sağlığını tehdit etmeye başlamıştı. O yıllarda tüketici hakkı diye bir kavram olmadığı ve kapitalizm en vahşi dönemini yaşadığı için mağdurların sesini duyurma imkânı da yoktu.

1846-1848 yılları arasında Meksika savaşı sırasında ABD askerleri en çok kurşunla değil salgın hastalıklar ve kötü ilaçlar nedeniyle ölünce konunun ciddiyeti anlaşılmaya başlandı. Doktorlar ve eczacıların baskısıyla 1848'de ilaç ithal Yasası çıktı. Bu yasaya göre, ithal edilen ilaçlar saflık yönünden gümrüklerde test edilecekti. Yasa, bu incelemenin nasıl yapılacağını tarif etmediği gibi, ABD'de üretilen ilaçlarla ilgili herhangi bir düzenleme de getir-miyordu. Neticede yasaı takip eden yıllarda pek bir değişiklik olmadı. Bu arada 1860'da Britanya'da gıdalara zehirli ya da tehlikeli katkı maddelerinin konulmasını yasaklayan ve tıbbi denetim getiren bir gıda yasası çıktı. Amerikan eyaletleri, 1874-1895 yılları arasında benzer kanunlar çıkardılar.

1883'de Amerikan Kimya Bürosu'nun başına Dr. Harvey W. Wiley getirildi. Wiley'in ilk işi, gıdalarda kullanılan katkı maddelerinin güvenilirliğini bir grup genç erkek üzerinde denemek oldu. Bu "zehir takımına" katkı maddelerinden artan miktarlarda yedirildi. Sağlıklı gönüllülerde gıda katkı maddelerinin karın ağrısı, hazımsızlık, barsak problemleri ve daha pek çok yan etkiye neden olması Wiley'i çok endişelendirdi. Sonraki yirmi yılda Wiley bir gıda ve ilaç yasası çıkması için uğraştı ama başarılı olamadı. 1902'de 14 çocuğun çiçek hastalığı aşısından ölmesi, Kongre'yi harekete geçirdi. Biyolojik Kontrol Yasası ile aşı üreticilerinin, üretim güvenliği ve saflığı yönünden denetlenmesi ve lisanslı çalışmaları öngörüldü. Diğer ilaçlar ve gıdaların kontrolüne karşı endüstrinin direnci devam ediyordu.

1906'da Upton Sinclair, The Jungle adlı bir roman yazdı. Romanda Litvan-yalı bir göçmen ve ailesinin, Chicago'nun mezbahalarında geçen dramı anlatılıyordu. Bu mezbahalarda hayvanların nasıl kesildiği, etlerin nasıl hazırlandığı oldukça ürkütücü bir şekilde anlatılıyordu. Roman toplumda büyük etki yarattı, kadın kulüplerinin ve başkan Theodore Roosevelt'in desteği ile 1906 yılında ilaç ve Gıda Yasası Kongre'de kabul edildi. Bu yasa FDA'nın kuruluşu olarak bilinir.

Gıda ve İlaç Yasası, iddialı düzenlemeler getiriyor ama uygulamaya ilişkin pek az hüküm içeriyordu. Örneğin "yan-bancıcı madde karıştırılmış" ya da "yan-lı ş etiket bilgisine sahip" gıda üretimi,

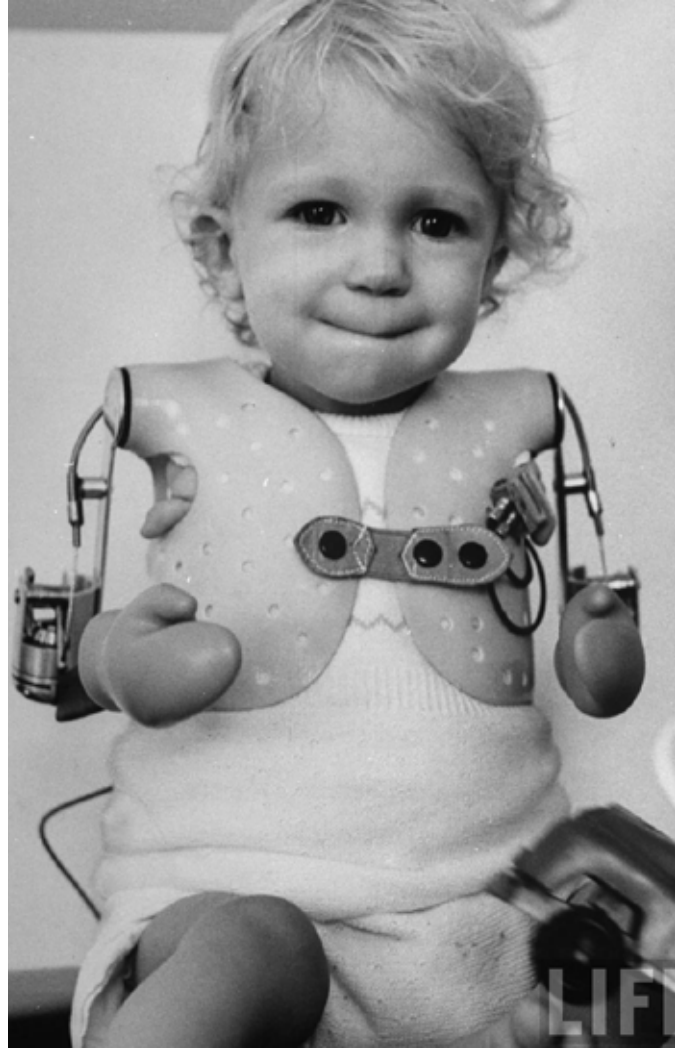
taşınması, satışı yasaklanmıştı. Ama patentli ilaçların içeriğinin belirtilmesi zorunlu değildi. Diğer ilaçlar ise, marihuana, alkol, esrar, kokain, morfin ve bazı zehirler gibi sayılı etken maddeleri etiketlerinde belirtmek zorundaydı. Bir ilacın içeriğinde bu listenin dışında bir zehirli madde varsa, etiketinde yazılması gerekmiyordu. İlaçların içeriğinin miktarlarının da belirtilmesi gerek-miyordu. Reklâmlara ilişkin hiçbir düzenleme yapılmamıştı. Gıdalar içinse birkaç kural daha vardı: İçeriğinde temel maddelerden birinin olmaması yasaktı. Ayrıca gıdanın, pis ve çürük olmaması gerekiyordu. Denetçilerin ise eli kolu bağlıydı. Kanuna aykırı bir üretimi saptadıklarında bunu durdur-maya yetkileri yoktu. Sadece mahkeme-meye bir yazı yazarak durumu bildiri-yorlardı. Bazen zararlı bir maddenin satışının durdurulması yıllar alıyordu.

Dahası, isteyen etikette içeriği belirttik-ten sonra her şeyi ilaç diye satabiliyor-du. 1912'de Dr. Johnson'un Kanser Tedavisi için Süt Kombinasyonu adlı ilacı, bu nedenle bir dava konusu ol-muş, mahkeme kanserde hiçbir etkisi olmayan bu ürünün satışını kanuna uy-gun bulmuştu. Bunun üzerine ilaçların gerçek olmayan tedavi bilgilerini taşıyan etiketlerle satışını yasaklayan yeni bir yasa çıkarıldı. Ancak yasada, mah-kemenin üretici firmanın tüketicileri al-datmayı amaçladığını ispatlaması ge-rektiği hükmü konduğundan işler daha da içinden çıkılmaz hale geldi.

1927'de Wiley'in başında bulunduğu Kimya Bürosu ikiye ayrılarak düzenle-yici işlevleri bulunan İlaç, Gıda ve İn-sektisit Dairesi ile araştırma amaçlı Kimya ve Toprak Bürosu kuruldu. 1930'da kuruluşun adından "İnsektisit" kelimesi kaldırılarak İlaç ve Gıda Daire-si olarak kısaltıldı. Kısa süre sonra FDA, 1906'da çıkarılan yasanın işlevsiz olduğunu ve tamamen yenilenmesi ge-rektiğini açıkladı. Senatoya sunulan yeni yasa tasarısı üzerinde 5 yıl süren uzun bir mücadele başladı.

Yasa önerisinin kabulü için yeni bir fela-ket gerekliydi. 1937'de Tennessee'deki bir ilaç şirketi, antibiyotik olarak kullanı-lan sulfanilamidi, özellikle çocuklar için daha kolay kullanılabilir olacak bir şurup haline getirmek istedi. Şirketin kimyacı-sı, sulfanilamid çözeltisi hazırlamak için dietilen glikol kullanınca büyük bir fela-kete yol açtı. Çoğu çocuk 107 kişi ilaç-tan zehirlenerek öldü.

İlaç şirketinin yaptığı tamamen yasaldı. Nihayetinde ilacın satışa sunulmadan önce hayvanlar ya da insanlar üzerinde denenmesi gibi bir zorunluluk yoktu. İla-cın etiketinde de yasaya aykırı bir durum yoktu. Gazetelerin olayın üzerine gitme-siyle birlikte yıllardır bekleyen İlaç, Gıda



Üstte: Talidomid bebekleri, ağır ekstremité defektleri ile doğdular.

ve Kozmetik Yasası 1938'de kabul edildi. Bugünkü FDA'nın temelini oluşturan bu yasayla, ilaç firmalarına ürünlerinin güvenliğini kanıtama zorunluluğu getirildi. FDA, 1940 yılında Tarım Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na geçti.

İkinci Dünya Savaşı sırasında penisilin bulundu, ardından başka antibiyotikler ve steroidler geldi. 1945'de FDA'ya bütün penisilinlerin etkinliğini ve güvenilirliğini test etme görevi verildi. Daha sonra bu görev tüm antibiyotikleri kapsayacak şekilde genişletildi ve bu düzenleme 1983'e kadar yürürlükte kaldı. 1950'lere gelindiğinde farmasötik endüstri büyük bir patlama yaşıyordu. 1938 yasasının giderek yetersiz hale geldiği anlaşıyordu. 1950'de çıkan bir yasayla, ilaçların etiketlerinde kullanım endikasyonlarının belirtilmesi zorunluluğu getirildi. Böylece işe yaramayan "ilaçların" önüne geçilmesi amaçlanıyordu. Ertesi yıl, reçetesiz satılamayacak ilaçları belirleyen bir düzenleme getirildi. 1950'li yıllarda gıda katkı maddeleri ile ilgili önemli düzenlemeler yapıldı. Gıdalarda kullanılan kimyasal maddelerin toksisitesinin nasıl test edileceğine ilişkin bir rehber yayımlandı, kanserojen etki gösteren katkı maddeleri yasaklandı, gıdalarda tarım ilacı kalıntıları için standartlar konuldu.

İlaç endüstrisi yeni düzenlemelerle şekillenmeye devam ederken 1960'da yeni bir felaket daha yaşandı. Chemie Grünenthal adlı bir Alman firması, gebe

kadınlarda bulantıyı azaltan Talidomid adlı bir ilaç geliştirdi. İlaç Avrupa'da satılmaya başlandıktan kısa süre sonra bir Amerikan firması tarafından ABD'ye getirilmek istendi. Eylül 1960'da FDA'ya onay için başvuran ilacı inceleyen Dr. Frances Oldham Kelsey, ilacın güvenlik verilerini yetersiz buldu. İthalatçı firma, Dr. Kelsey'e onay için baskı yaparken yaklaşık bir yıl sonra Avrupa'dan kol veya bacakları olmadan doğan çok sayıda bebek vakası bildirilmeye başlandı. Bu doğumsal anomalilerin talidomide bağlı olduğu anlaşıncaya kadar Avrupa'da yaklaşık 10 bin sakat bebek doğmuş, binlercesi de doğmadan ölmüştü. Amerika'da ise, FDA onayı almasına karşın, klinik araştırma amacıyla 20 bin civarında hastaya talidomid verilmiş ve 17 sakat doğum meydana gelmişti. Amerikalılar, büyük bir felaketin eşiğinden döndüklerini anlamışlardı. Dr. Kelsey kahraman olmuştu. Chemie Grünenthal, 1961'de ilacı Avrupa piyasasından çekti. Bu olay 1962'de güçlü bir yasanın çıkartılmasına neden oldu. Senatör Kefauver'in öncülük ettiği bu yasa ile ilaç firmalarına ürünlerini piyasaya sürmeden önce güvenlik ve etkinliğini FDA'ya kanıtama zorunluluğu getirdi.

Kaynaklar

Hawthorne F. *Inside the FDA*. John Wiley & Sons, New Jersey, US, 2005

www.fda.gov

* *Gelecek Sayıda: FDA - 1960'lardan günümüze*

1960'da yeni bir felaket daha yaşandı. Chemie Grünenthal adlı bir Alman firması, gebe kadınlarda bulantıyı azaltan Talidomid adlı bir ilaç geliştirdi. Eylül 1960'da FDA'ya onay için başvuran ilacı inceleyen Dr. Frances Oldham Kelsey, ilacın güvenlik verilerini yetersiz buldu. İthalatçı firma, Dr. Kelsey'e onay için baskı yaparken yaklaşık bir yıl sonra Avrupa'dan kol veya bacakları olmadan doğan çok sayıda bebek vakası bildirilmeye başlandı. Avrupa'da yaklaşık 10 bin sakat bebek doğmuş, binlercesi de doğmadan ölmüştü...

Psikiyatrik tanı ve tedavide geleceğe yön veren teknolojiler

Prof. Dr. Nevzat Tarhan



1952 yılında Amasya-Merzifon'da doğdu. 1969'da Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1975'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Erzincan ve Çorlu'da hastane hekimliği sonunda GATA Haydarpaşa'da yardımcı doçent (1988) ve doçent (1990) oldu. Albaylığa (1993) ve profesörlüğe (1996) yükseldi. 1996-1999 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde öğretim üyeliği ve Adli Tıp Kurumu'nda bilirkişilik yaptı. Askerlikten kendi isteğiyle emekli oldu. Halen Memory Center isimli Nöropsikiyatri Merkezi'nin yöneticiliğini, Türkiye'nin ilk nöropsikiyatri hastanesi olan NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nin Yönetim Kurulu Başkanlığını ve (İDER) İnsani Değerler ve Ruh Sağlığı Vakfı'nın Başkanlığını yapmaktadır. 31'i uluslararası olmak üzere 100'ün üzerinde yayını vardır. İngilizce ve Almanca bilmekte olan Tarhan, evli ve iki çocuk babasıdır. Yayınlanmış kitaplarından bazıları 'Stres ve Hastalıklar', 'Mutluluk Psikolojisi, Stresi Mutluluğa Dönüştürmek', 'Psikolojik Savaş, Gri Propaganda' ve 'Evlilik Psikolojisi'dir.

Beynimizde 100 milyarın üzerinde hücre var ve "yeni hücre üretilmiyor" sözü tarihe karıştı. 1998'de Nöroplastisite kanıtlandıktan sonra özellikle beyinde hipokampus ve amigdala bölgeleri sürekli yeni hücreler üretiyor. Hipokampusun sözel Amigdala'nın duygusal bellekle ilgili olması dikkat çekicidir. Büyüme faktörü olarak tanımlanan nörohormon bu etkide önemli rol oynuyor. O halde yeni hücre üretimini yani büyüme faktör üretimini etkileyen teknolojiler geliştirebilir.

İkincisi beynin nasıl çalıştığı ile ilgili yeni ve en kabul edilebilir görüşün 'Ağ Modeli' olduğu görüldü. Beynimiz biyolojik bir bilgisayar gibi kendi 'network'una yani kendi bilgi şebekesine sahip. Tıpkı bir şehrin yolları gibi... Çocuklukta beyin altyapısı iyi ve gelişmiş ise daha çok bilgi araçları hareket edebiliyor. Arızalı yolları bulup tedavi edebildiğimizde hastalıkları tedavi etmiş oluyoruz.

Radio dalgaları ile tedavi mümkün mü?

Şizofreni beynimizde gerçekliği test eden programın bozulması olabilir. Beynin ürettiği ve dışarıdan gelen psi-

kolojik bilgiler arasında seçiciliğin bozulduğu ve beyin bilgi otoyollarında yanlış ve zararlı bilgi araçlarının dolaştığı söylenebilir. Belki yakın gelecekte beynimizde bilgi akışını değiştiren RF (Radyo Frekansı) dalgaları kullanarak hastalıkları tedavi edebilmemiz mümkün olabilecektir.

Tuşlarla yönetilen canlılar

Günümüzde hayvan deneylerinde RF dalgaları ile zaman mekân kavramı, saldırganlık ve cinsel davranış değiştirilebildi. İnsan için daha alınacak çok mesafe var.





Beynin nasıl çalıştığı ile ilgili yeni ve en kabul edilebilir görüşün 'Ağ Modeli' olduğu görüldü. Beynimiz biyolojik bir bilgisayar gibi kendi 'network'una yani kendi bilgi şebekesine sahip. Tıpkı bir şehrin yolları gibi... Çocuklukta beyin altyapısı iyi ve gelişmiş ise daha çok bilgi araçları hareket edebiliyor. Arızalı yolları bulup tedavi edebildiğimizde hastalıkları tedavi etmiş oluyoruz.

Ancak beynimizin ürettiği dalgaların anlamlı dalgalar olduğu anlaşıldığına göre bu dalgalara yapılacak zararsız müdahaleler artık tedavi pratiğine girmeye başladı. Bu tanı tedavi teknikleri rutin olmasa dahi FDA tarafından onaylanmaya başlandı. En son 8 Ekim 2008'de TMU (TMS) Transkraniyal Manyetik Uyarım tedavisi ilaç tedavisine cevap vermemiş depresyon vakalarında onay aldı.

Bu yazımızda düşünce teknoloji başlığında adı geçen teknikleri sizlere özetlemeye çalıştım.

Psikiyatrik elektro fizyoloji

Kantitatif EEG ve Beyin Haritalaması olarak bilinen beyin elektriksel aktivitesini sayıp dağılımını geliştiren bir yazılımdır. Standart EEG kaydını analiz eder. Sağlı deriden alınan beyin elektriksel aktivite kaydının analiz edilerek farklı frekanstaki dalgaların beyin üzerindeki dağılımını gösteren ve bu şekilde beyin çalışması hakkında dolaylı bilgi sağlayan bir tekniktir. QEEG, tedavi sonrasında da yinelendiğinde, tedavi ile sağlanan olumlu değişimi gösterebilmektedir.

Biyomarker olarak kullanıldığında tedavi öncesi ve tedavi sonrasında elde edilen profillerden de anlaşılacağı gibi, tedavinin beyin kimyasındaki düzensizliği giderdiği biyoelektriksel aktivite kaydı ile gözlemlenebilmektedir. Birçok ruhsal rahatsızlık beyin hastalığı olduğuna göre beyin işlevini anlamak ve izlemek etkin bir tedavi için önem taşımaktadır. Depresyon tedavisinde

psikolojik veya sosyal boyutla birlikte biyolojik boyutun izlenmesi tedaviye dirençli durumlarda özellikle değerli ve önceliklidir. Erişkin, genç ve çocuklarda beyin işlevlerini ölçerek tedavi, psikiyatride özenlen ve hedeflenen bir amaçtır. Beyindeki biyolojik süreçlerin son ürünü olan biyoelektrik faaliyeti QEEG ile ölçmek mümkündür. Bu konuda çok sayıda geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Mevcut biyolojik göstergelerin içerisinde en kullanılabılır yöntemidir.

Depresyon ve panik bozukluk başta olmak üzere pek çok psikiyatrik hastalığın biyolojik boyutu bilimsel araştırmalar ile doğrulanmıştır. Beyinde bazı alanlarda biyokimyasal düzensizlikle bu hastalıklar arasındaki ilişki laboratuvar çalışmalarında gösterilmiştir. Ancak insan beyninin olağanüstü karmaşık yapısı ve "dokunulmazlığı" bu ilişkinin ayrıntılı biçimde çözümlenmesinin önünde güçlü bir engel oluşturmaktadır. İnsan beyni direkt olarak görülemediği, diğer organlarda olduğu gibi bir parçası alınıp incelenemediği için araştırmacılar beyin çalışması hakkında "dolaylı" olarak bilgi verebilecek tekniklerden yararlanmaktadırlar.

KET Uyarım Tedavisi nedir?

KET Uyarım (Kranial Elektroterapi Uyarımı), tedavisi elektro tıp kapsamında geliştirilmiş son tedavi yöntemlerinden biridir. KET Uyarım Tedavisi kulağa yerleştirilen elektrotlarla uygulanan özel üretilmiş mikro akımın hedef beyin bölgelerine uygulanmasını amaçlar. New York'da Columbia- Presbyteri-

an Medical Center direktörü Dr. Daniel Kirsh'in geliştirdiği bir programdır. Ağrı ve Stresle İlgili Hastalıklar Merkezi'nde çalışmalarını sürdüren Dr. Kirsh bu konu ile 1972'den beri ilgilenmektedir.

Elektriksel tıbbın kısa tarihçesine bakılırsa FDA (ABD İlaç, Gıda ve Tedavi Onay Kurumu) KET tanımını 1978'de kabul etti. Şu ana kadar 160 insan ve hayvan çalışmasında güvenilirlik ve etkinlik çalışmaları yapıldı (Safety and Effectiveness). 1970'lerde TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ismi ile yumuşak doku ağrıların da fizik tedavi tekniği olarak kullanılıyordu. Bu teknik dokuları tahriş edici (counter – irritant) özelliği nedeniyle yaygın olarak kullanılamıyordu ve kısa sürede ağrı geri geliyordu. Daha sonra mikro akım cihazları üretildi. Bu cihazlar dokulardaki ağrı mesajlarını değiştiriyorlardı.

Dr. D. Kirsch Kronik Ağrı ve Stres'te çalışmalarını tamamladı. KET Uyarım tedavisini anksiyete, depresyon ve uykusuzluk için, MET Uyarım (Microcurrent Electrical Therapy) tedavisini ise kronik ağrı için FDA'ya sundu ve onayını aldı. Artık doktor reçetesi ile kullanılabiliyor. Her iki sistemde de kullanılan akım özel bir akımdır. Bedenin doğal olarak ürettiği biyo-elektrik akımı aktive eden kombine bir dalga şeklidir.

MET Uyarım Tedavisi nedir?

Mikro Uyarım Tedavisi'nin ağrı için kullanılan formudur. "Microcurrent Electrobiological Treatment" ismi ile bilinir. Kalem şeklindeki elektrotlarla hekimin gerekli



gördüğü ağrılı bölgelere uygulanır.

Akımın özelliği KET uyarımın dalga formunun aynısıdır. Kronik ağrı tedavisi için FDA'da onaylanmıştır. Bedenin optimal elektromanyetik iç dengesini sinir hücre iletilerini değiştirerek normalize ettiği tahmin edilmektedir.

KET Uyarım Tedavisi esnasında akım beynin hipotalamus bölgesinde ilerler. Beyinde endorfin, serotonin, noradrenalin, dopamin gibi kimyasal ileticilerin arttığını, kortisol hormonunun azaldığını gösteren bulgular vardır. KET Uyarım Tedavisi'nin etkili olduğu; kişinin uyanıklığının ve dikkatinin artmış, aynı zamanda gevşemiş olmasını hissetmesi ile anlaşılır. Bu özellik alfa beyin dalgasının artışının karakteristik özelliğidir. Bazı kullanıcılar tedavi esnasında anksiyetelerinin azaldığını bazı kullanıcılar neşelerinin arttığını belirtirler. Bazı kullanıcılar iç yanması hissi ve/veya zihin açılması hissini belirtirler. 5-10 seansta sonuç alınmazsa tedavinin başarılı olmadığı düşünülür.

KET ve MET Uyarım cihazlarının özellikleri

Dokuz voltluk pille çalışan 15 - 20 cm büyüklüğünde taşınabilir bir cihazdır. İki bölümü vardır. Birinci bölüm, kulak memelerine bağlanarak beyne mikro akım gönderen kısımdır. Kaygı, depresyon ve uykusuzluk için hekim önerisi ile kullanılır. Bağımlılık, dikkat eksikliği, zihinsel (cognitive) disfonksiyon ve psikolojik kaynaklı ağrılarda tedavi protokoluna dahil edilebilir.

İkinci bölüm MET uyarım adı ile bağımsız olarak da üretilmiş olan bölümdür. Özel problarla ağrıyan bölgelere akım vermek için kullanılır. Kümülatif etkisi vardır. Kronik ağrılar için onaylanmıştır. Endorfin salınımını arttırdığı bilinmektedir.

Norman Sheady'in araştırmalarına göre uyarım sırasında, nöro kimyasal-

lardan serotonin kanda yüzde 15-40, beyin omurilik sıvısında ise yüzde 50-200 oranında artıyor. Ağrı kesici hormon olan beta endorfin kanda (Plasma) yüzde 98, beyin omurilik sıvısında ise yüzde 219 oranında artıyor.

Beyin dalga genliğini (P 300 amplitudu) ve uyku içciklerini arttırdığı, alfa dalga üretimini çoğalttığı bilinmektedir. Delta ve teta dalgalarını ise azalttığı görülmektedir.

Konu ile diğer bazı araştırmaları şöyle sıralayabiliriz:

Wisconsin Üniversitesi'nden Jarzemb-ski ve araştırma grubu hayvan deneylerinde akımın limbik sistem boyunca kanalize olduğunu saptadılar. Limbik sistemde bilindiği gibi psikofizyolojik temel beyin alanlarıdır.

Austin, Teksas Üniversitesi biyomedikal mühendislik bölümünden Ferdjal-lah, 1 amperlik akımın beyin talamik bölgesine ulaştığını gösterdi. Bu bulgular, 1 amperlik akımın nörotransmitter (kimyasal taşıyıcı) üretimini ve salınımını etkilemek için yeterli düzeyde olduğunun kanıtıdır.

Mikro akım tedavileri ağrı mesajlarından sorumlu beyin bölgelerini, nörotransmitter (kimyasal taşıyıcı) oluşumunun ve vücut işlevinde hormon üretimi ve kontrolünü denetleyen HPA (Hipotalamik - hipofiz eksen) uyarır.

FDA tarafından onaylanmış tedavilerdir. Makaleler hakemli dergilerde yayınlanmıştır. Kontrolsüz, kontrollü tek kör, plasebo kontrollü çift kör, yalancı cihaz kontrollü çalışmalarla ve açık klinik çalışmalarla bilimsel değeri kanıtlanmıştır. Mikro akım tedavilerinin ilaç tedavileri ile aynı anda kullanımında ilaç kullanımının üçte bir oranında azaldığına dair pek çok çalışma vardır.

Tennessee Medical Center

Üniversitesi'nde 5 farklı çalışma serisinde köpek denekler incelendi. Köpeklerin beyinlerindeki kimyasal dengeyi bozan, parkinson hastalığına benzeri belirtiler yapan ilaçlar kullanıldı. Hayvanların ilaçlar kesildikten sonra normal davranışlarına dönmeleri için 4-7 güne ihtiyaç duyuluyordu. Farklı olarak KET Uyarım Tedavisi uygulanan köpeklerde 3-7 saat içinde nörokimyasal dengenin belirgin olarak oluştuğu gözlemlendi.

Yazarlar bu çalışmalar sonunda, KET Uyarım Tedavisi'nin "Presinaptik membranda kimyasal ileticilerin sinaptik aralığa geçişini indüklediğini ve replasman nörotransmitter maddelerinin üretimini artırdığını" sonucuna ulaştılar. Daha sade bir ifade ile sinir hücre zarı geçirgenliğini artırdığı, hücre içi kimyasal depocukları çoğalttığı söylenebilir. Küçük elektriksel vuruların beyin sinir hücrelerini yenilediği ve onardığı artık biliniyor. Kognitif disfonksiyon (zihinsel yavaşlama), fibromiyalji, bağımlılık, dikkat eksikliği gibi alanlarda da yüz güldürücü bilimsel gelişmeler ve çalışma sonuçları gittikçe artmaktadır. EMG sonuçları da kas gerginliğinin anlaşılması yönünde olmuştur.

tTMU (rTMS) nasıl bir yöntemdir?

tTMU (Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Uyarım) tedavisi nedir?

Bir bobin vasıtası ile beyne manyetik uyarımlar verilir. Beynin duyguları, düşünceleri düzenleyen hücre gruplarının bozulan faaliyetini düzeltmeyi amaçlar, doğal elektriksel süreçleri harekete geçirir. Hücre zarının geçirgenliğine etki ederek sonuç verdiği tahmin edilmektedir. Yeni bir tedavi yöntemi olup ABD'de deneysel, Kanada'da rutin kullanılan bir uygulamadır. Türkiye'de halen hasta veya yakınlarının rızası alınarak kullanılabilir.

Yapılan uluslararası çalışmalar elektrosok (EKT) tedavisine yakın tedavi edici değeri olduğunu göstermektedir. Tedavi etkinliği bilimsel araştırmalarda plasebo'dan üstün bulunmaktadır. Uluslararası hakemli dergilerde bu bilgiler yayımlanmıştır.

FDA 8 Ekim 2008'de tek ilaç tedavisine dirençli durumlarda kullanımını onaylamıştır.

İlaç tedavisinin alternatifi değildir. Birlikte kullanılabilir. İlaç tedavisinin etkisini güçlendirdiğine dair bilgiler gittikçe artmaktadır.

Hastada nöbet oluşturmaması, hafızayı bozmaması, genel anestezi ve hasta neye yatma gerektirmemesi, bilinç kaybı yapmaması, gebelerde ve emzirenlerde kullanılabilmesi artılarıdır. Eksileri ise; tedavi etkinliği halen EKT düzeyine çıkmamıştır, nadir olgularda özellikle özgeçmişinde epilepsi (sara) hastalığı

Nöropsikiyatri tanı spektrumu içinde çok geniş bir yelpazede kullanılmaktadır. Yaygın kullanım alanları içinde; bellek bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, panik bozukluk, migren, kaygı bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı gibi rahatsızlıkların tedavilerini sayabiliriz.

olanlarda nöbeti tetiklediği bildirilmiştir. Gebelerde fetüse (cenin) 60 cm'den daha yakın tutulmamalıdır, kulak bölgesine uygulanmamalıdır, uygulanması gerekiyorsa tıkaç takılmalıdır. Başka bir sakınca ve yan etki bildirilmemiştir.

Nörolojide bazı tür felçlerde, parkinsonda, konuşma bozukluklarında kullanılmaktadır. Kalp pili olan hastalarda önerilmez, diğer kalp hastalarında bilinen sakıncası yoktur. Özel protokole uygun olarak uygulanmaktadır.

Nörobiyo geribildirim (Neurobiofeedback) tedavisi

Uzman Çocuk Ergen Psikologu Orhan Gümüşel, Nörobiyo geribildirimini şu şekilde anlatıyor: *Biofeedback, kişinin stresin bedensel belirtilerine yönelik farkındalığını artırarak bu belirtileri kontrol etmesine, bir anlamda da psikolojik olarak gevşeyip rahatlamayı öğrenmesine yardımcı bir tekniktir. Bu amaçla geliştirilmiş en etkin yöntemlerden biri olan "Neuro-biofeedback"te (sinir geribildirim), bilgisayar ortamında bedensel tepkilerin geribildiriminin yanında beyin dalgalarının gözlenmesi ve kişinin bunları geribildirim aracı olarak kullanması sağlanabilmektedir. Psikoterapi süreci içerisinde uygulanan bu teknikle kişilere stresi kontrol etme becerisi kazandırılmaktadır.*

Neuro-biofeedback çocuklarda da özellikle 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) tedavisinde, çocuğa dikkatini yoğunlaştırma ve sürdürme becerisi kazandırmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu teknik DEHB bozukluğu olan çocukların aceleci, sabırsız, dikkatsiz davranışlarının farkına va-

rip bunlar üzerinde kendi kendilerine denetim kurmalarını sağlamaktadır. Ayrıca kekemelik ve bazı tür konuşma bozukluklarında da yararlı bir uygulamadır.

Ergenlerde ise yetişkinlerde kullanılan her alanın yanı sıra özellikle sınav ve performans kaygı şikâyetleri ile klinik başvuruları alınan kişilerde yüksek oranda başarı sağladığı görülmüştür.

Beynin yaydığı dalgaları bilgisayar ortamında görmek ve dikkatini yoğunlaştırarak buna müdahale edebilmek (çocuklarda bu amaçla uçak uçuşma, yarış yaptıрма vb. gibi hedefler içeren programlar kullanılmaktadır), çocuğun kendisine güvenini artırmaktadır.

Bu teknik, bireylere stresli ortamda soğukkanlı kalabilme becerisini kazandırmada ilaçsız bir yöntem olarak önem taşır. Düşünceye teknolojik müdahale anlamına gelen bu uygulama, kişiye hedef yönelimi ve öğrenme stratejilerinin oluşturulmasında ve bunları uygulama süreci içinde süreklilik ve disiplini olma esaslarını sağlamada son derece olumlu etkisi olan bir iç disiplin yapılması sağlamaktadır.

Kuramsal ve görgül açıdan neurobiofeedback

Günümüz çağdaş psikoloji anlayışı içinde beyin ve davranış arasındaki nedensellik ilişkisini bir etki tepki mekanizması olarak açıklamak mümkün değildir. Gelişen bilgisayar teknolojisi ile yıllardır psikiyatri ve psikolojide en çok güçlükle yaşanan görsellik boyutu yeni anlamlar ve imkânlar kazanmış ve kazanmaktadır.

Bu sayede ortaya çıkan yeni teknolojiler psikiyatrik tedavide, tedavi ekibine kombine olabilmeye kolaylık sağlarken, süreç içinde öngörü ve objektif geribildirimler verebilmekte dolayısıyla tedavi süreci ve planlamasında aksiyonel materyal olarak kullanılabilir.

Neurobiofeedback'in kullanım amacı; bireyin bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği, beyindeki normal ve normal dışı bioelektiriksel tepkilerin bir araç yardımı ile monitörize edilmesi yoluyla bilinçli duruma getirilerek bireye bilişsel ve davranışsal fizyolojisini kontrol etme yeteneğini kazandırmaktır.

Neurobiofeedback eğitimi genel olarak üç aşama içerir:

- Biyolojik tepkinin uyumsuz olduğunun farkına varmak.
- Neurobiofeedback sinyallerinin yol göstericiliğinde biyolojik tepkiyi kontrol etmeyi öğrenmek.

- Geliştirdiği kontrol mekanizmasını günlük yaşam alanlarına transfer etmeyi öğrenmek.

Teknik olarak Neuro-Biofeedback temelde bir EEG sistemidir. QEEG'de belirlenen ve normalden farklı biyoelektrik aktivite gösteren bölge tespit edilir. Bu bölgeye elektrotlar takılır. Bir pod sistemi yardımıyla tespit edilen bölgedeki biyoelektrik aktivasyon monitörize edilir. Bilgisayar kontrollü biyoelektrik veri kayıtları otomatik olarak filtre edilir. Kaydedilen bu aktivite depolanır ve analiz edilir. Bunun sonucunda hem o seanstaki biyoelektrik aktiviteyi yansıtan hem de seanslar arasında karşılaştırma performans değerlendirilmesinde ve görsel geribildirim kuvvetlendiren grafikler elde edilir. Teknik kullanımına örnek vermek gerekirse; düşük alfa gücü olan bireye bu dalgaları yükseltmeyi öğretmek, delta ve teta gücü yüksek olan bireylerde gevşeme egzersizlerini de beraberinde kullanarak bu yükselmeyi düşürmeyi öğretmek gibi birçok opsiyonel kullanımla geri bildirim vermek ve bireyin rahatsızlığıyla ilgili baş etme mekanizmasını güçlendirmek amaçlanır.

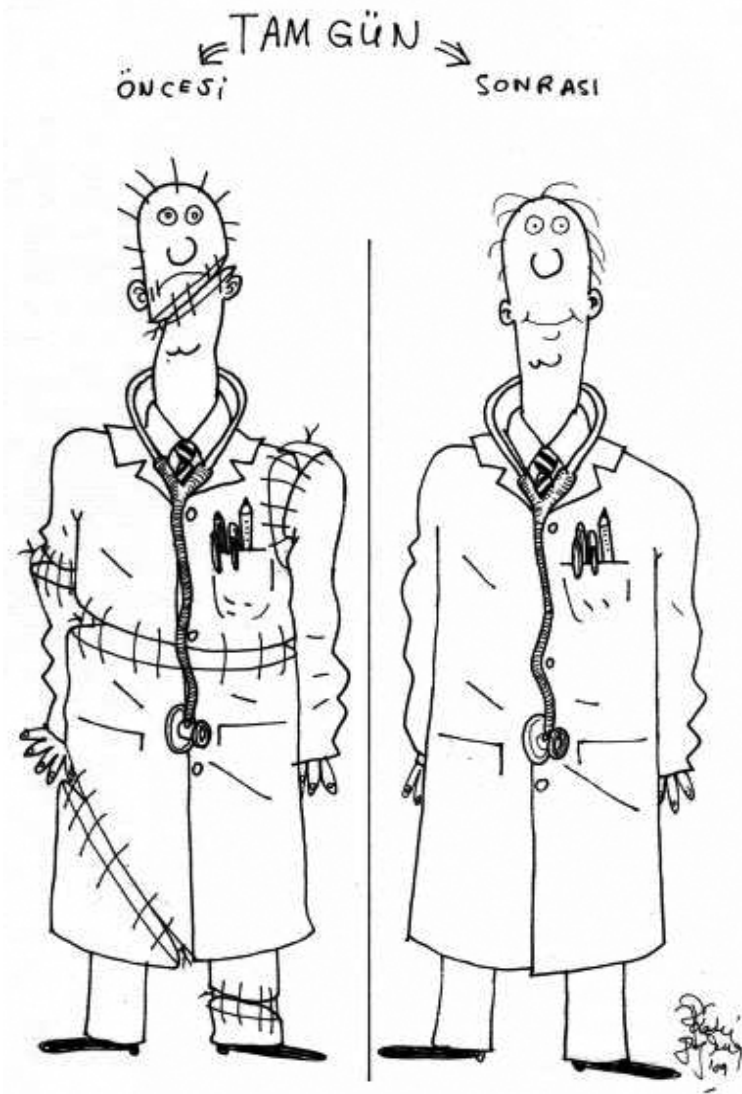
Kullanım alanları

Nöropsikiyatri tanı spektrumu içinde çok geniş bir yelpazede kullanılmaktadır. Yaygın kullanım alanları içinde; bellek bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, panik bozukluk, migren, kaygı bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı gibi rahatsızlıkların tedavilerini sayabiliriz.

Neurobiofeedback sisteminin kullanım alanları sadece psikiyatrik tedavi içinde psikoterapinin aksiyonel bir yardımcısı olmakla da sınırlı değildir. Günümüz hızlı ve stresörler açısından oldukça zengin olan günlük yaşantısı içinde yorulan beyni otojenik olarak rahatlatmakta kullanılan, stresörlerden kaçınmayı ve onlarla baş etme mekanizmalarını öğrenip kullanabilmeyi güçlendiren yani stres ve strese dayalı nedenlerle ortaya çıkabilecek ruhsal rahatsızlıklardan korunmaya ve baş etme mekanizmalarını güçlendirmeye yönelik kullanılabilirliği olan bir sistemdir. Ayrıca kişisel gelişim alanlarında; dikkat ve konsantrasyon yetisini güçlendirebilmede, belleğin verimli kullanımı ve görsel algı gelişimi ile ilgili bir çok boyut ile ilgili kullanılabilir.

Kaynaklar

www.genetikdanismanlik.com
www.mcatürk.com
www.psikiyatriqeeeg.com



Farklı pencerelerden...

Saınız kendini göstersin...

[HASTANE ORTAMINDA
İLERİ SA EKİM TEKNOLOJİSİ...
BİR GÜNDE.]



Özlem bitiyor..



Çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftlerin tanı ve özellikle tedavisinde son 10 yıl içinde baş döndürücü gelişmeler elde edilmiştir. Tüp bebek ve ilgili tekniklerde sağlanan gelişmeler ile daha önce ümitsiz olan çoğu çiftte günümüzde çocuk sahibi olma şansı doğmuştur. Tedavinin başarısını belirleyen en önemli unsur, doğru tanı ve en etkin tedavinin seçilerek hızlı bir şekilde uygulanmasıdır.