



TÜZEL KİŞİLİK MEDİZİNDE
SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
ADINA İMTİYAZ SAHİBİ
Fahrettin Koca

GENEL YAYIN YÖNETMENİ
????
???????

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Fahri Ovalı
fovali@yahoo.com

Uz. Dr. Lütfü Hanoğlu
lhanoglu@kure.com.tr

Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
naci.karacaoglan@medipol.com.tr

Dr. Mustafa Öztürk
drmustafa@hotmail.com

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
naci.karacaoglan@medipol.com.tr

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Hayrettin Kara
Prof. Dr. Haydar Sur.
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Doç. Dr. Yüksel Altuntaş
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Uz. Dr. Bülent Özalp
A. Selim Tuncer
Teoman Duralı
İlker Köse
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Mehmet Demir
Dr. Cengiz Şen

YÖNETİM ADRESİ
Mecidiye Mah. Lambacı Sk. No: 1/A
Ateşoğlu Ap. Koşuyolu - KADIKÖY
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

SD Dergi Medizinde Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin
katkılarıyla yayımlanmaktadır.
Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

E-POSTA
sd@medipol.com.tr

Merhaba

Sağlık, toplumsal gelişmişliğin en önemi göstergelerinden birisidir. Nihai hedefi “tam bir iyilik hali” olan sağlığın arka planında yoğun tartışmalara konu olan sistemler, politikalar, gittikçe artan mali harcamalar, baş döndürücü teknolojik gelişmeler yer almaktadır. Başka hiçbir hizmet sektöründe bu kadar yoğun ve kalifiye insan gücü istihdamı ve bu derece hassas göstergelerle insan gücü planlanması mevcut değildir.

Sağlık sektörü ilaç, tıbbi teknoloji, medikal malzeme, bilişim, ulaşım, otelcilik ve hatta turizmi içine alan çok geniş bir endüstridir. Sağlık toplum katılımının en fazla olduğu alanlardan biridir. Toplumdaki, eşitsizliğin, eğitimsizliğin, hak ihlalinin, mağduriyetin en bariz şekilde görünür olduğu alandır. Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin hiç birisi sağlıktan bağımsız değildir. Bu yüzden ekonomik olduğu kadar, politik güçle de yakın ilişki içindedir.

İlk bakışta sağlığı bireyin hayatını bütünü ile kapsayan bir süreç gibi algılamak mümkün görünse de, sağlığın kuşaktan kuşağa aktarılabilirliği gerçeği karşısında bu sınırlayıcı bakış açısının sadece bir yanılsama olduğunu kolayca fark ederiz. Geçmişten miras aldığımız her türlü fiziki ve sosyal çevrenin, her türlü alışkanlık ve kültürel yapıların bu günkü sağlık durumumuzla ne kadar ilişkili olduğundan söz etmeye bile gerek yok. Kuşaklar boyu aktararak gelen genetik yapımızın sağlıkla ilgili devraldığımız ne kadar önemli bir miras olduğunu, insanın gen haritasının çıkarılabildiği günümüzde daha iyi kavrayabiliyoruz.

Fizik çevremizle, sosyal çevremizle, genetik yapımızla, bedensel ve ruhsal iyi halimizi koruyacak bilgi birikimimizle geçmişten geleceğe bir sağlık köprüsü oluşturma sorumluluğunu taşıyoruz. Sağlıklı bir dünyanın geçmişten devralınması ne kadar önemli ise, aynı şekilde geleceğe bırakılması da o derece önemli ve gereklidir.

Elinizdeki dergi, sağlıkla ilgili bu sorumluluğun sancısını taşıyan aydınları bir düşünce platformunda buluşturarak bilgi, kültür ve anlayış paylaşımını sağlamak iddiasındadır. Sağlıklı bir düşünce ikliminde yeşeren sağlık bilincinin topluma kazandırılması ve miras olarak geleceğe bırakılması dileğiyle merhaba diyoruz.

EDİTÖR

TBMM gündemindeki Sağlık Hizmetleri Kanunu neler değiştiriyor?

Malpraktis sigortası zorunlu hale geliyor. Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki değişikliklerin ardından doktorların ağır ceza yaptırımlarla karşılaşması gündeme gelmişti. Yeni kanunla malpraktis sigortasının maaşlı çalışan hekimler için kurum tarafından, özel çalışan hekimlerin ise kendilerince yapılması zorunlu kılıyor. Kurumlar, malpraktis sigortası yaptırmak üzere, bu dalda ruhsatlandırılmış sigorta firmalarından bir ya da birkaçına ihale verebilecek. Sigorta bedelinin doktor maaşından kesilmesi yasaklanıyor; ancak sigorta bedelinin yarısının kurumda kalan döner sermayeden, diğer yarısının ise doktora ödenen döner sermaye gelirinden kesilmesi öngörülüyor. Malpraktis nedeniyle sigorta primleri yükselen doktorların, aradaki farkı karşılaması öngörülüyor. Kısmi statüde çalışanlarda, kurumun yaptığı sigorta özel bakılan hastaları kapsamayacak. Sigorta yaptırmayanlara, sigorta bedelinin 5 katı ceza kesilecek. Kurumlarda ise idare amiri şahsen sorumlu tutuluyor. Radyoloji personelinin çalışma saatleri, daha sonra çıkarılacak yönetmeliğe bağlanıyor. Yönetmeliğin ise önceden olduğu gibi çalışma saatini 5 saat ile kısıtlamak yerine alınan doz limitlerine göre Avrupa Birliği Konseyi'nin öneri-

leri doğrultusunda ayarlanacağı belirtiliyor. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1. maddesindeki "ve Türk bulunmak" ifadesi çıkarılıyor. Böylece uzun zamandır konuşulan, "yabancı doktor"lara kapı açılıyor. Aslında, bu "yabancı doktorlar" bize yabancı olmayacaklar. Kanunun birinci maddesinde "Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesi'nden diploma sahibi olmak" ve ikinci maddesinde bu diplomanın Sağlık Bakanlığına onaylanmış olması gibi şartlar korunuyor. Bu da, değişikliğin sadece Türk Tıp fakültelerinden mezun olmuş T.C. vatan-dışı olmayan hekimlere kapıyı açtığı anlamına geliyor. Askeri sağlık kurum ve kuruluşları dışındaki başhekimlerin ve il sağlık müdürlerinin serbest çalışması yasaklanıyor. Anestezi uzmanının bulunmadığı hallerde, anestezi teknisyenlerinin ilgili uzmanın gözetiminde ve direktifinde anestezi iş ve işlemlerini yapmalarına izin veriliyor. Kanun gerekçesinde pek çok hastanede anestezi uzmanı olmadığı için bu değişikliğin yapıldığı belirtilirken; kanunda "anestezi uzmanının bulunmadığı hastanede" yerine "hallerde" kelimelerinin kullanılması, kanunun uygulama alanını fazlaca genişletiyor; anestezi teknisyenlerinin adeta anestezi uzmanı gibi çalışmaları yolu açılıyor.



FDA yeni bir oral antidiyabetik ve kronik hepatit b tedavisi için yeni bir antiviral ilaca onay verdi.

Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) yeni bir oral antidiyabetik sınıfına ait Januvia adlı ilaca Tip 2 diyabet tedavisinde onay verdi. Sitagliptin fosfat etken maddeli ilaç, dipeptidil peptidaz IV (DPP-IV) enzimini bloke ederek etki gösteriyor. DPP-IV, barsaklarda Glukagon-like peptid-1'i (GLP-1) hızla parçalar. GLP-1, 30 aminoasitlik bir peptid olup glukagonla %50 benzerlik gösterir. Özellikle karbonhidratlı gıdalarla sonra salınımı artar. GLP-1 infüzyonunun diyabetik hastalarda kan şekerini düşürdüğü gösterilmiştir. GLP-1 karaciğerde hepatik glukoneogenezi azaltır. Etkisinin bir kısmını glukagon sekresyonunu azaltmak yoluyla gerçekleştirmektedir. Bunun yanında GLP-1'in barsakların sekresyon ve hareketini azaltıcı güçlü etkileri de bulunmaktadır. Bu nedenle barsaklardan emilimi azaltarak dolaylı olarak postprandial insülin sekresyonunu azaltır. GLP-1 DPP-IV tarafından barsaklarda hızla inaktive edilir. Sitagliptin, DPP-IV inhibisyonu ile GLP-1 düzeylerini yükseltir.

Januvia tip 2 diyabetik 2719 hasta üzerinde 12 hafta- 1 yıl sürelerle denendi. Januvia'nın monoterapi ya da metformin veya glitazonlarla yeterli kon-

trol sağlayamayan hastalarda kombine tedavide kan şekeri kontrolünü iyileştirdiği gösterilmiştir. Januvia Tip 2 diyabetik hastaların tedavisinde sulfonilüreler, biguanidler, alfa-glukozidaz inhibitörleri, glinidler ve glitazonlardan sonra yeni bir sınıf ilacın ilk temsilcisi olarak yeni tedavi olanakları ortaya çıkaracaktır. En sık görülen yan etkileri üst solunum yolu enfeksiyonu, boğaz ağrısı ve ishaldir. Januvia'yı Merck ilaç firması piyasaya sürdü.

FDA'nın onay verdiği diğer bir ilaç ise Kronik Hepatit B tedavisinde Tyzeka adıyla satılacak olan telbivudin. Telbivudin yeni bir antiviral ajandır. 1367 erişkin hastanın 1 yıl süreye izlendiği bir klinik çalışmada, viral yükün ve karaciğerdeki inflamasyonun azaltılmasında lamivudinle benzer etki gösterdiği saptanmıştır.

Tyzeka'nın yan etkilerinin hafif olduğu ve en sık görülenlerin CPK yüksekliği, üst solunum yolu enfeksiyonu, yorgunluk, baş ağrısı, karın ağrısı ve öksürük olduğu rapor edilmiştir. Bazı hastalarda Tyzeka kesildiğinde, diğer antivirallerde olduğu gibi Hepatit B'de ani ve ciddi kötüleşme saptanmıştır. Telbivudin kronik hepatit B tedavisinde onay alan altıncı antiviral ilaç oluyor. İlaç Novartis piyasa sürdü.



Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği yayımlandı.

Yeni yönetmeliğe göre eğitim ve araştırma hastanelerine baştabip atanabilmek için servis ya da laboratuvar şefi olmak ya da tıp alanında doçent veya profesör olma şartı konurken, diğer hastanelerde uzman tabip ya da işletme-iktisat gibi dallarda lisans, yüksek lisans veya doktora yapmış pratisyen tabip olma zorunluluğu getirildi. Bunun yanı sıra hastanelerdeki diğer idari personelin atanma kriter ve şartları da düzenlendi. Görevde yükselme ve unvan değişikliği eğitimleri ve sınavlarının nasıl yapılacağı da aynı yönetmelikle belirlendi. Yönetmelik 9.9.2006 tarihinde yürürlüğe girdi.

Polio dört ülkeye sıkıştı.

Dünya'nın polio eradikasyonundaki başarısı dört ülkeye bağlı hale geldiği bildirildi: Afganistan, Hindistan, Nijerya ve Pakistan. Yakın zamanda Polio salgınları görülen bazı ülkelerde yakın takip ile tekrar Polio'dan temizlendi. Ancak hastalığın endemik görüldüğü bu dört ülkede yetersiz aşılama devam eden bir sorun teşkil ediyor. Bu yıl dünyada Polio ile felç olan çocukların tümünde virüsün bu dört ülkeden birinden kaynaklanmış olduğu gösterildi. Polio'nun eradike edildiği ülkeler yeni bir atağı önlemek için bu ülkelere karşı tedbirler almayı planlıyor. Örneğin Suudi Arabistan bu yıl Hacca gelecek olanlarda Polio aşısı yaptırmayı şart koşulacak. WHO, bu ülkelerde çocukların aşılanma oranlarının çok yavaş arttığını, oysa etkili bir programla 12 ay içinde Polio'nun eradike edilebileceğini vurguluyor.



Dünya çocuklarını koruyamıyor

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri'nin Çocuklara Karşı Şiddet konulu araştırması Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda okundu. Çocuğa karşı şiddet: fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, ayrımcılık, ihmalkarlık ve kötü bakım başlıkları altında toplandı. Bu başlıklar içinde evde cinsel tacizden okula aşağılayıcı cezalandırmaya, yetiştirme yurtlarındaki acımasız muameleden polis dayığına, çete teröründen bebek cinayetlerine kadar her türlü kötü muamele bulunuyor. WHO'nun DSÖ'nün açıkladığı rakamlar ürkütücü: 2002 yılında 0-17 yaş arası 53000 çocuk cinayete kurban gitmiş. Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın rakamlarına göre 5,7 milyon çocuk zorla çalıştırılıyor. Bunlardan 1,8 milyonu fuhuş ve pornografi, 1,2 milyonu kaçakçılıkta kullanılıyor. Okulda son 1 ay içinde çeteler ya da akranları tarafından fiziksel ya da sözel şiddet gördüğünü belirten çocukların oranı %20-65 arasında değişiyor. Şiddet gören çocukların kısa dönemde gelişimi, sağlığı ve öğrenme yeteneği bozuluyor. Uzun dönemde ise çocuklukta şiddet görenlerin ilerleyen yaşlarda alkol ve ilaç bağımlılığı, sigara, fiziksel inaktivite, obezite gibi zararlı yaşam tarzları benimseme riskleri artıyor. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiseri Louise Arbour, 'Çocuğa karşı şiddet insan haklarının ihlalidir. Disiplin ya da kültür gibi gerekçeler hiçbir şekilde çocuğa şiddeti haklı gösteremez. Şiddetin 'makul' bir düzeyi de bulunmaz.' diyor.

İnternette satılan sahte ilaçlara karşı mücadele genişliyor.

<http://wemarket4u.net/glucobate/index.html> adresini tıklayan internet kullanıcıları, diyabeti tedavi eden 'glucobate' adlı bir ilacın reklamıyla karşılaşılıyorlar. Ürünü sipariş etmek üzere bağlantılara girdiğinizde ise gerçeği anlıyorsunuz: Bu site, diyabeti tedavi ettiğini iddia eden sahte ilaçlar satılan internet sitelerine karşı mücadelede hastaları bilgilendirme amacıyla kurulmuş. Amerikan Ticaret Komisyonu ve FDA tarafından yürütülen kampanyada ABD'de satış yapan 84 Amerikan ve 28 Kanada kaynaklı internet sitesine yanıltıcı reklamlarını durdurmaları için uyarı mektubunu gönderdi. Uyarı alan firmaların çoğu ilanlarını değiştirdi ya da sayfalarını kaldırdı. FDA son bir yıldır diyabet ve kanser gibi hastalıklarda tedavi ümidi veren gıda katkı maddeleri satan internet sitelerine karşı yoğun bir kampanya sürdürüyor. Daha önce bir firmanın merkezi basılarak ürünlerine el konmuştu. FDA'nın kurduğu 'Glucobate' sitesinin sloganı ise 'akıllı ol, şüpheci ol'.

Öte yandan WHO'nun başını çektiği 'Uluslararası Sahte Tıbbi Ürünlerle Mücadele Gücü' (IMPACT) örgütünün ilk toplantısı kasım ayı içinde Bonn'da yapıldı. Sahte ilaçlara

karşı alınacak tedbirlerin tartışıldığı toplantıda web sitelerinden ilaç satılmasına karşı tedbir alınması için uyarılarda bulunuldu. Latin Amerika, Güneydoğu Asya ve Afrika'nın güneyindeki ülkelerin bazı bölgelerinde ilaçların neredeyse %30'unun sahte olduğu tahmin ediliyor. Eski Sovyet Cumhuriyetlerinde ise bu oranın %10-20 arası olduğu düşünülüyor. Zengin ülkelerde bu oran %1'e kadar düşüyor. Ancak illegal internet sitelerinde satılan ilaçların yaklaşık %50'sinin sahte olduğu bildiriliyor. Sahte ilaçlar aktif içerik taşımayan ürünlerden, yüksek derecede toksik içerikli olanlara kadar farklılık gösteriyor.

Pek çok ülkede sahte ilaçlara karşı olan müeyyideler sahte çanta ya da saatlere karşı olanlardan farklı değil. IMPACT toplantısında sahte ilacın, 'insan güvenliğine karşı yapılan bir suç' olarak ceza kanunlarında tanımlanması çağrısı yapıldı. İnternette kanuni olarak ilaç satan siteler de mevcut. Bunlar doktor reçetesi zorunluluğu anyorlar, ilaçlarını yetkili dağıtıcılardan temin ediyorlar. Korsan ilaç satanlar ise reçetesiz olarak, sahte ya da onaylanmamış ilaçları pazarlıyor. Bu siteler uluslararası çalışıyor, belli bir adresleri de bulunmuyor.

AIDS pandemisi büyümeye devam ediyor

HIV enfeksiyon hızlarının azaldığı ya da stabil seyrettiği bilinen bazı ülkelerde enfeksiyonun tekrar hız kazandığına dair bulgular ortaya çıkıyor. UNAIDS/WHO 2006 AIDS Epidemic Update, bülteninde 2006'da 4,3 milyon yeni enfeksiyon vakası saptandığı, bunun 2,8 milyonunun (%65) Sahra'nın güneyindeki Afrika Ülkeleri'nde gerçekleştiği bildirildi. Doğu Avrupa ve Orta Asya'da da enfeksiyon oranlarında önemli artışlar görüldüğü, bazı ülkelerde artışın 2004'ten bu yana %50'ye ulaştığı saptandı. Bunun nedeni olarak HIV önleme programlarının sürdürülememesi ve yüksek riskli gruplara yeterince ulaşılabilmesi olarak değerlendiriliyor. Yeni vaka sayılarını azaltabilen ülke sayısı ise çok kısıtlı. Bunlardan uyuşturucu bağımlılarına özel koruyucu program yürüten Portekiz'de, 2005 yılında yeni vaka sayısı 2001'e göre %31 azalırken, Çin'de de bazı bölgelerde hayat kadınları ve uyuşturucu bağımlılarını hedefleyen çalışmalarla başarılı sonuçlar elde edilmeye başlanmış.



Kask kullanımı hayat kurtarıyor

Motosiklet ve bisiklet kazalarında kafa yaralanmalarının azaltılmasında kask kullanımının etkili olduğu bildirildi. DSÖ'nünWHO'nun alt ve orta gelir gruplu ülkelerde kask kullanımının yaygınlaştırılması için bir broşür yayınladı. WHO DSÖ ve Dünya Bankası daha önce de iki tekerlekli taşıt sürücülerinde yaralanma ve ölümleri azaltmak üzere kask kullanımını zorunlu hale getirilmesini önermişti. Pek çok ülkede kask kullanımını zorunlu hale getiren kanunlar çıkarıldı. Tayland'da 1992'de kask kullanımı zorunlu hale getirildiğinde trafik kazalarına bağlı ölümlerin %90'ını motosiklet kullananlar oluşturuyor, bu ölümlerin hemen hepsi de kafa travmasına bağlıydı. Yasa çıktıktan sonraki iki yıl içinde motosiklet kullananlar arasında kafa travmasında %40, ölümlerde %24 azalma kaydedildi. Trafik kazalarındaki ölüm ve yaralanmaların azaltılmasının sağlık harcamalarının da önemli tasarruf sağlayacağı belirtiliyor. WHO DSÖ yeni broşüründe ebeveyninin kullandığı motosiklette yolcu olarak taşınan küçüklerin nasıl korunacağına ve kask kullanımının özendirilmesi için gerekli ne düzenlemeler yapılabileceğine ilişkin bilgiler veriliyor.

Afrika'da bebek ölüm hızı her geçen gün düşüyor

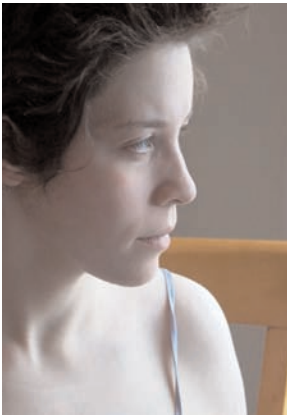
Dünya Sağlık Teşkilatı'nın son yayınladığı bir raporda Afrika'da sahranın güneyinde kalan bölgede çok yüksek olan bebek mortalite hızlarının son 10 yılda önemli ölçüde gerilediği bildirildi. Raporda incelenen 6 ülkede mortalitede on yılda ortalama %29 düşüş gözlenmiş. En az düşüş %20 ile Tanzanya'da, en yüksek düşüş ise %47 ile Eritre'de kaydedilmiş. Bu gelişmeyi sağlayan tedbirler ise genellikle basitler. Örneğin Tanzanya'da bölge hastanelerinde en sık görülen ölüm nedenlerine daha fazla yatırım yapılmış. Uganda'da bölge hastanelerinin performans sıralaması yapılmaya ve ilan edilmeye başlanmış. Eritre'de temel sağlık hizmetlerinin yoksul kesimlere de ulaşacak şekilde yaygınlaştırılması etkili olmuş. Malawi'de Devlet Başkanı, anne ve yenidoğan sağlığının iyileştirilmesi için kişisel gayret gösteriyormuş. Burkina Faso'da yoksul annelere acil sezeryan ücretsiz hale getirilmiş. Her yıl yaklaşık yarım mil-

yon Afrikalı bebek doğdukları gün ölüyor. En yüksek yenidoğan ölüm hızı binde 66 ile Liberya'da görülüyor. Japonya'da bu rakam binde 2'dir. Tüm Afrika'da her yıl 1,16 milyon yenidoğan ölüyor. Afrikalı kadınların çok az kısmı antenatal koruyucu hekimlik hizmetlerinden yararlanabiliyor. Örneğin kadınların ancak %1'i malarya için koruyucu tedavi alabiliyor. AIDS'li annelerin ise ancak %1'i, enfeksiyonun çocuğa geçmesini engelleyecek bir tedavi görebiliyor. Afrika'da en çok bebek ölümü görülen Sahra'nın güneyindeki ülkelerde her yıl ölen 800.000 bebeğin %90'ının düşük maliyetli basit önlemlerle kurtarılabileceği belirtiliyor. Tetanoz aşısı, doğumların ehliyetli kişilerce yapılması, yenidoğan enfeksiyonlarının hızlı tedavisi, annelere emzirme ve basit hijyen kuralları ile ilgili eğitim verilmesi, vaka başına 1,39 USD (toplam 1 milyar USD) gibi düşük bir maliyetle bu bebeklerin yaşamaları sağlanabilir.



Diyette yağ kısıtlaması meme kanserinin nüks riskini azaltıyor

Women's Intervention Nutrition Study (WINS) kapsamında izlenen meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda düşük yağlı beslenmenin nüks riskini azalttığı gözlemlendi. Daha önce Women's Health Initiative (WHI)'de düşük yağlı beslenmenin invazif meme kanseri insidansında hafif bir düşüşle ilişkili olduğu gözlemlenmişti. Erken evre meme kanseri nedeniyle tedavi edilen 2437 kadının 1994'ten 2001'e kadar izlendiği WINS çalışmasında, katılımcıların bir kısmına düşük yağlı diyet verilirken, diğerleri normal beslenmeye devam etti. Yağ kısıtlaması yapılan hastalar günlük yağ alım miktarını ortalama 57 gramdan 33 grama düşürürken, kontrol grubu yalnızca 5 gram kısıtlama yaptı. 5. yılın sonunda düşük yağlı beslenen kadınlar, diğerlerine göre yaklaşık 3 kg daha zayıf bulundu. 5. yılın sonunda düşük yağlı beslenen kadınlarda nüks ya da yeni meme kanseri oluşumu %9.8 iken, standart diyet alanlarda %12.4 bulundu. Relatif riskde genel olarak %24 azalma saptanırken, en olumlu sonuçlar, daha kötü prognozlu seyreden östrojen reseptörü negatif olgularda %44 risk azalması olarak ortaya çıktı.



Sünnet, HIV bulaşma riskini azaltıyor.

Amerikan Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü (NIAID), sünnetin, heteroseksüel ilişkide erkeğe HIV bulaşma riskini, belirgin derecede azalttığına ilişkin iki çalışmaya yayınladı. Kenya'nın Kisumu bölgesinde 2784 HIV-negatif erkeğin izlendiği çalışmada HIV bulaşma riski sünnet edilen erkeklerde %53 azalırken, Uganda'nın Rakai bölgesinde 4996 HIV-negatif erkekle yapılan başka bir çalışmada da riskin %48 azaldığı saptandı.

Çalışmaya alınan erkeklerin bir kısmı sünnet edilirken, hepsine AIDS'den korunma yolları ayrıntılı bir şekilde anlatıldı. Her iki çalışmada da denekler iki yıl boyunca izlendi. Bu süre zarfında ortaya çıkan toplam 69 HIV enfeksiyonunun 20'si sünnetlilerde, 49'u ise sünnetsizlerde görüldü ve aradaki fark anlamlı bulundu. Daha önce Fransa'nın desteğiyle Güney Afrika'da yapılan ve 3000 HIV-negatif erkeğin izlendiği bir çalışmada da bulaşma riskinin %60 azaldığı bildirilmişti. Afrika genelinde erkeklerde sünnet oranı %62'yi buluyor. Ancak bölgesel farklılıklar çok fazla; HIV'nin epidemisinin en yoğun yaşandığı Afrika'nın güneyinde, sünnetli erkek oranı %20'nin altında.

Raloksifen postmenopozal kadınlarda ölümcül inme riskini artırıyor

Raloksifen Use for Heart (RUTH) çalışmasında raloksifen (Evista, Eli Lilly) plasebo ile karşılaştırıldığında ölümcül inme riskinde hafif artışa neden olduğu anlaşıldı. Tüm inmelerin riskinde ise artış izlenmedi. Koroner arter hastalığı bulunan ya da yüksek risk taşıyan on binden fazla postmenopozal kadının 5 yıldan uzun süre izlendiği çalışmanın sonuçları Amerikan Kalp Birliği'nin 2006 Bilimsel Toplantıları'nda sunuldu. Ortalama yaşı 67,5 olduğu çalışmaya katılanlar plasebo ya da günde raloksifen 60 mg/gün aldılar. Ortalama 5.6 yıllık izlem sona erdikten sonra raloksifenin MI, akut koroner olaylara bağlı hastane yatışları ya da kardiyak nedenli ölümler açısından plasebo-dan farklı olmadığı saptandı. İnvazif meme kanseri riski %44 azalırken, vertebral kırık riskinde de belirgin düşme görüldü. Tüm sebeplere bağlı ölüm oranları değişmezken, ölümcül inme ve venöz tromboemboli riskinin arttığı izlendi. Raloksifen grubunda 249, plasebo grubunda 224 inme

saptanırken aradaki fark anlamlı değildi. Ancak ölümcül inme plasebo grubunda 39 hastada, raloksifen grubunda ise 59 hastada görüldü ve fark anlamlı bulundu (p=0.049). Ölüm daha çok iskemik inmelerden kaynaklandı. Tüm inmeler ve ölümcül inmeler için sigara kullanımından başka belirgin risk faktörü gözlemlenmedi.

Sonuçları daha önce Women's Estrogen for Stroke Trial (WEST)'de önceden inme geçirmiş kadınlara estradiol tedavisi verildiğinde de genel inme riski artmazken, fatal inme riskinde artış izlenmişti. Women's Health Initiative'de ise fatal inme riski değişmezken, genel inme riski artmış bulunmuştu. Östrojen, östrojen-progesteron kombinasyonu, tamoksifen'den sonra Raloksifen de inme riski taşıyan ilaçlar sınıfına girmiş oldu. Raloksifen, selektif östrojen reseptör modülatörü olarak osteoporozun önlenmesinde kullanım endikasyonu almış bulunuyor.



Obezite ile mücadele konulu DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı

Dr. Salih Mollahaliloğlu

Dr. Nazan Yardım

RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

5-17 Kasım 2006 İstanbul, Türkiye

Sağlık için diyet ve fiziksel aktivite

Her yıl dünyada en az 2.6 milyon kişi fazla kiloları sonucunda hayatını kaybetmektedir (1). Avrupa ülkelerinde yaklaşık 130 milyonu şişman (obes) olmak üzere 400 milyon yetişkin fazla kilodur (overweight) (2). Şişmanlık dünya genelinde epidemik oranlara ulaşmıştır. (3)

Ülkemizde şişmanlık prevalansı 1990'dan beri hızlı bir artış göstermektedir. 1990 yılı taramalarında şişman kişi sayısı erkekler-

de 1,5 milyon, kadınlarda 4 milyon dolayında sayılıyordu. Halen yaklaşık 2,63 milyon erkek ve 5,46 milyon kadının şişman olduğu tahmin edilmektedir. Bu da şişman sayısında 90'lı yıllar boyunca kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında artış ifade etmektedir (4).

DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından büyüyen bu küresel tehdide karşı üye ülkeler tarafından en üst düzeyde önlemlerin alınmasını hedefleyen "Bakanlar Konferansı" tertip edilmiştir. Konferansa Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ev sahipliği yapmıştır.

Konferans 15 Kasım 2006 Çarşamba gü-

nü İstanbul Conrad Otelde, Başbakanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan'ın da katılımı ile başlamıştır. Toplantıya 500 civarında katılım gerçekleşmiş olup, bunun yaklaşık 100 kadarı ülkemizdendir.

AB Komisyonu Sağlık ve Tüketicinin Korunmasından sorumlu AB Komisyon Üyesi Dr. Markos Kyprianou, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Direktörü Dr. Marc Danzon ve TC Sağlık Bakanı Profesör Dr. Recep Akdağ tarafından açılış konuşmaları yapılmıştır. Daha sonra Sayın Başbakan yaptıkları konuşmada toplantıya ülkemizin ev sahipliği yapmasından duyduğu memnuniyeti dile getirerek, müreffeh toplumlar başta olmak



üzere şişmanlığın çağımızın hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir. Toplantıda yapılacak çalışmalar neticesinde soruna ilişkin olumlu tespitlerin yapılması ve gerekli önlemlerin belirlenmesi temennisinde bulunmuşlardır.

Konferansta **Obezitenin yol açtığı sorunlar** başlığında; *DSÖ Avrupa Bölge Ofisinden Dr. Gudjon Magnusson tarafından Halk sağlığı sorunu* ve *Dünya Bankasından Dr. Meera Shekar tarafından Obeziteden kaynaklanan ekonomik sorunlar* başlıklı sunumlar yapılmıştır.

Öncelik odağı: çocuklar ile alt sosyo-ekonomik statüye sahip kişiler başlığında *Institut français pour la nutrition bilim konseyi ve Çocuk Obezitesi Avrupa Grubundan Dr. Marie-Laure Frelut, Çocuklarda fazla kilo ve obezite; DSÖ Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu Başkanı Profesör Sir Michael Marmot tarafından Eşitsizlikler ve obezite* başlıklı sunumlar yapılmıştır.

Ayrıca paralel olarak düzenlenen oturumlarda, **Ulus çapında politikalar ve sağlık sistemlerinin rolü ve alt-ulusal ve yerel düzeyde eylem** konuları el alınmıştır.

Konferansın ikinci gününde *Finlandiya Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanı Ms. Liisa Hyssala tarafından Farklı devlet sektörlerinin desteği ve rolü* başlıklı konuşma ve *Taslak Komisyon Başkanı Dr. Jens Kristian Gotrik tarafından Taslak Şart'ın kabulü* konusunda sunum yapılmıştır. Sunumu takiben katılımcılar tarafından Taslak Şart üzerine görüşler belirtilmiştir.

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Kuzey Avrupa Ülkeleri Bakanlar Konseyi ve Hükümet-dışı örgütlerin uluslararası ittifakından temsilciler tarafından **Uluslararası aktörlerin rolü** tartışılmıştır.

Yuvarlak masa Bakanlar tartışmasında **"obezite ile mücadele eylemini güçlendirmede zorluklar ve fırsatlar"** ele alınmıştır.

Taahhüdü eyleme dönüştürmek başlığında **İleriye doğru ve Eylem için bir Avrupa planı oluşturmak** başlıklı oturumlar gerçekleştirilmiştir. *DSÖ Avrupa Bölge Ofisinden Dr. Jill Farrington tarafından "Avrupa stratejisi tarafından bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin sunulan çerçeve", Mr. Roar Blom tarafından "Fiziksel aktivite perspektifi: DSÖ Avrupa Bölgesi'nde eylem çerçevesi" ve Dr. Francesco Branca tarfin-*

dan "Gıda ve beslenme politikası konulu ikinci Avrupa eylem planı için önerilen taslak" konulu sunumlar yapılmıştır.

Politika ve eylem araçları başlıklı paralel oturumda ise **Obezite** surveyansı ve veri tabanları (*Mr. Trudy Wijnhoven, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi*)- **Obezitenin maliyet hesaplaması**: basit bir araç (*Profesör Jaap Seidell, Amsterdam Açık Üniversitesi, Hollanda*) ve **Çocuklukta obezite ile mücadelede okul-bazında müdahaleler** (*Dr. Chizuru Nishida, DSÖ Merkezi*) ele alınmıştır.

Ayrıca çeşitli uydu çalışmalar yapılmıştır. 15 Kasım 2006 Çarşamba günü *DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından düzenlenen Avrupa'da fiziksel aktivite ve sağlık: eylem için kanıt*, **Gençler arasında sağlıklı yemek yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin sosyo-ekonomik belirleyicilerinin ele alınması**, **Kent ortamında fiziksel aktivite ve aktif yaşamın iyileştirilmesi**, **Yerel yönetimlerin rolü**, **Katı gerçekler ve Avrupa Tüketici Örgütü/Avrupa Halk Sağlığı İttifakı tarafından düzenlenen Gıda ve alkolsüz içeceklerin çocuklara pazarlanması** konulu oturumlar yapılmıştır. 16 Kasım 2006 Perşembe günü ise *Üye Ülkeler'in heyetleriyle işbirliği içinde DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Tarafından Sebze ve meyveler – Doğu Avrupa'dan edinilen deneyimler, Ulusal Beslenme Merkezi, Hollanda tarafından Dengenizi koruyun – Obeziteyi önlemek için sağlıklı gıdalar ve günlük egzersiz hakkında nasıl iletişim sağlanmalı ve Avrupa Komisyonu tarafından Obezite konulu AB araştırma projeleri* başlıklı oturumlar düzenlenmiştir.

17 Kasım 2006 Cuma günü *Avrupa Komisyonu tarafından düzenlenen Kamu-özel ortaklık forumu; Danimarka/Kuzey Ülkeleri Bakanlar Konseyi tarafından düzenlenen Daha iyi bir yaşam için Kuzey Ülkeleri modelleri – sağlık, diyet ve fiziksel aktivite konulu Kuzey Ülkeleri eylem planları ile ulusal eylem planları;Avrupa Konseyi tarafından düzenlenen Sağlıklı yemek yeme ve okul politikası, kanıtlar ve uygulamalar ve Fransa tarafından düzenlenen Gıda ve obezitenin kültürel boyutu* oturumlar gerçekleştirilmiştir..

Yapılan yoğun çalışma etkinliklerinin yanı sıra çeşitli sosyal etkinlikler de yapılmıştır. Konferansın ilk günü TC Sağlık Bakanlığı'nın ev sahipliğinde **Sait Halim Paşa Yalısında resepsiyon** verilmiştir. İkinci gün öğle yemeğinde TC Sağlık Bakanlığı organi-



DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm erişkinlerin yarısı ve çocukların beşte biri fazla kiloludur. Bunların üçte biri obez olup, obez kişi sayısı hızla artmaktadır. Fazla kilo ve obezite, beklenen yaşam süresini kısaltarak ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek bulaşıcı olmayan hastalıkların büyük bölümünü oluşturmaktadır

zasyonu ile Yıldız Sarayına **Sağlık için Yürüyüş** düzenlenmiş; aynı gün akşamı DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Direktörü'nün ev sahipliğinde Conrad Otelde **Resepsiyon** verilmiştir. Toplantının kapanışını takiben TC Sağlık Bakanlığı tarafından **Şehir turu** düzenlenmiştir.

Ayrıca Sağlık Bakanımız Sayın Recep Akdağ, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Başkanı Sayın Marc Danzon ve AB Komisyonu Sağlık ve Tüketicinin Korunmasından sorumlu AB Komisyon Üyesi Dr. Markos Kyprianou tarafından **En İyi Uygulama Ödülü** kazananlara yapılan ödül töreninde ödülleri verilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Profesör Recep AKDAĞ ve DSÖ Avrupa Bölgesi Direktörü Dr. Marc DANZON tarafından konferansın ikinci günü aşağıda yer alan **Obezite ile Mücadele konulu Avrupa Şartı** imzalanmıştır:

Obezite epidemisi tarafından sağlık, ekonomiler ve kalkınmaya karşı yöneltilen ve her geçen gün artan riski ele almak amacıyla Obezite ile Mücadele konulu DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı'na (İstanbul, Türkiye, 15-17 Kasım 2006) katılan biz Bakanlar ve delegeler, işbu belge ile, aşağıda yer alan Obezite ile Mücadele konulu Avrupa Şartı'nı, Sağlık ve Tüketicinin Korunmasından sorumlu Avrupa Komisyon Üyesi'nin (Komiseri) huzurunda, bir politika meselesi olarak kabul ediyoruz. Bu Şart'ın meydana getirilmesi sürecine farklı kamu



Obezite epidemisini kontrol altına almak mümkündür. Sorunun kökeni insanların yaşam tarzlarını etkileyen hızla değişen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere uzandığı için bu ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin birer norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültüre ilişkin hedefler ile paralel hale getirildiği ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu sağlıklı yaşam tarzına sahip toplumlar oluşturmaktır.

sektörlerinin, uluslararası örgütlerin, uzmanlar, sivil toplum ve özel sektörün diyalog ve iştişare yolu ile katılımı sağlanmıştır.

Bu Şart ile paralel şekilde, obezite ile mücadele konusundaki eylemlerimizi güçlendirmek ve bu meseleye hükümetlerimizin siyasi gündeminin üst sıralarında yer vermek konusundaki taahhüdümüzü beyan ediyoruz. Ayrıca, obezite ile mücadele konusunda tüm ortaklar ve paydaşlara daha güçlü eylemler gerçekleştirmeleri yönünde bir çağrıda bulunuyor ve bu hususta liderliğin DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından sağlanacağını kabul ediyoruz.

Bir an önce eyleme geçmek için yeterli kanıt mevcuttur; aynı zamanda, inovasyon araştırmaları, yerel durum ve şartlara yönelik düzenlemeler ve konunun belirli açılarından ele alınmasına ilişkin yeni araştırmalar politikaların etkinliğini artıracaktır.

Obezite, küresel bir halk sağlığı sorunudur; bizler, Avrupa eyleminin, bu hususta bir örnek teşkil edilmesinde rol oynayabileceğini ve böylelikle küresel boyuttaki çabaları da harekete geçirebileceğini ikrar ve tasdik ediyoruz.

Mücadele

Bizler kabul etmekteyiz ki:

Obezite epidemisi, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki en ciddi halk sağlığı mücadelelerinden biridir. Obezite prevalansı son yirmi yılda üç kat artmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm erişkinlerin yarısı ve çocukların beşte biri fazla kilodur. Bunların üçte biri obez olup, obez kişi sayısı hızla artmaktadır. Fazla kilo ve obezite, beklenen yaşam süresini kısaltarak ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek bulaşıcı olmayan hastalıkların büyük bölümünü oluşturmaktadır. Aşırı beden ağırlığı ile ilişkili ölümler her yıl Bölge'de meydana gelen bir milyondan fazla ölümün nedenini oluşturmaktadır.

Bu eğilim özellikle çocuklar ve adölesanlar açısından risk oluşturmaktadır. Bu nedenle salgın yetişkinler arasında da yayılmakta ve gelecek nesiller için artan bir sağlık yükü oluşturmaktadır. Çocukluk obezitesi prevalansındaki yıllık artış oranı sürekli olarak yükselmekte olup şu anda 1970 yılında kaydedilmiş orandan on kat daha fazladır.

Obezitenin ekonomik ve sosyal kalkınmayı da önemli ölçüde etkilemektedir. Erişkinlerde obezite ve fazla kiloluluk Avrupa Bölgesi'nde yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %6'sına esas teşkil etmekte, ayrıca, en az iki kat daha fazla dolaylı maliyete (yaşam, üretkenlik ve ilgili gelir kaybı nedeniyle) yol açmaktadır. Fazla kilo ve obezite en çok düşük sosyo-ekonomik grupları etkilemekte ve bu da sağlık ile diğer alanlardaki eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır.

Değişen sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel çevrenin bir sonucu olarak son on yıllarda epidemisi artmıştır. Fiziksel aktivitede azalma ve yetersiz miktarda sebze-meyve tüketimi ile birlikte yüksek-enerji ve düşük-besin değerli gıdaların ve içeceklerin tüketimindeki artış (toplam yağ, tuz ve şeker yanı sıra yüksek oranda doymuş içerenler) da dahil olmak üzere değişen beslenme şekilleri nüfusta enerji dengesizliğini tetiklemiştir. Mevcut verilere göre, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki çoğu ülkedeki erişkin nüfusun üçte ikisi sağlık kazanımlarını sağlamak ve sürdürmek için gereken düzeyde fiziksel aktivitede bulunmamakta ve meyve-sebze tüketimi önerilen miktara yalnızca bir kaç ülkede ulaşabilmektedir. Sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel ortamdaki bu tür değişimler olmaksızın genetik yatkınlık

obezite epidemisini tek başına açıklayamamaktadır.

Ulusal politikaları desteklemek için uluslararası eylem gereklidir. Obezite artık zengin toplumlarda görülen bir sendrom değildir; gelişmekte olan ve özellikle küreselleşme bağlamında geçiş ekonomisine sahip ülkelerde öne çıkmakta olan bir sorundur. Sektörler-arası eylem zorlu bir çaba anlamına gelmektedir ve şu ana dek hiçbir ülke epidemiyi kontrol altında tutmayı etkin şekilde başaramamıştır. Kilit önlemlerin bir çoğu hem içerik hem de etki itibarı ile sınır ötesi olduğundan dolayı obezite ile mücadele için uluslararası alanda koordine edilen güçlü bir eylem başlatmak fırsat olduğu kadar zorluk anlamına da gelmektedir.

Ne yapılabilir: hedefler, ilkeler ve eylem çerçevesi

Obezite epidemisi geri dönülemez değildir. Bu eğilimi tersine çevirmek ve epidemiyi kontrol altına almak mümkündür. Sorunun kökeni insanların yaşam tarzlarını etkileyen hızla değişen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere uzandığı için bu ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin birer norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültüre ilişkin hedefler ile paralel hale getirildiği ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu sağlıklı yaşam tarzına sahip toplumlar oluşturmaktır.

Epideminin dizginlenmesi ve mevcut eğilimin geriye çevrilmesi Bölge'deki eylemin nihai hedefidir. Gelecekteki 4-5 yıl içinde çoğu ülkede, özellikle çocuklar ve adölesanlarla ilgili görülebilir bir ilerleme kaydedilmeli ve en geç 2015 yılı itibarı ile mevcut eğilim geriye çevrilmiş olmalıdır.

DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki eylemlere aşırıya kaçmadan belirtilen ilkeler yön verilmelidir:

Farklı sektörler arasında seferberlik başlatılması ve sinerji yaratılması için üst-düzey siyasi irade ve liderlik ile birlikte hükümetin tam bağlılığı da gereklidir.

Obeziteye karşı eylem, daha geniş çaplı olarak sürdürülebilir gelişme bağlamında, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile sağlığı iyileştirmeye yönelik çalışmalarını ele alan genel stratejiler ile ilişkilendirilmelidir. Diyet ve fiziksel aktivitenin iyileştirilmesi, aşırı kilo ve obezitenin azaltılmasına yönelik yararlarının ötesinde, halk sağlığı üzerinde büyük

ve hızlı bir etki meydana getirecektir.

Bireylerin sorumlulukları ile hükümet ve toplumun sorumlulukları arasında bir denge kurulmalıdır. Obezite konusundaki sorumluluğu bireylerin yalnızca kendilerine yüklemek kabul edilebilir olmamalıdır.

Her ülke ya da bölgenin kendi kültürel bağlamı içinde bir eylem başlatmak ve sağlıklı diyet ile fiziksel aktiveden kaynaklanan memnuniyeti dile getirmek son derece önemlidir.

Her düzeyde (ulusal, alt-ulusal ve yerel) hükümet, sivil toplum, özel sektör, meslek ağları ve medya ile uluslararası örgütler gibi tüm paydaşlar arasında bir ortaklık meydana getirmek esastır.

Özellikle enerji-yoğun gıda ve içeceklerle yönelik pazar baskısının yönetmelikler açısından daha az kontrol altında olan ülkelere kaydırılmasını engellemek için Bölge'nin farklı bölümlerinde uygulanan politika örnekleri arasında eşgüdüm sağlanmalıdır. DSÖ, hükümetlerarası eşgüdümün sağlanmasında ve desteklenmesinde rol oynayabilir.

Çocuklar ve gençler gibi, deneyimsizlik ve sağlığın ticari faaliyetler açısından bir istismar odağına dönüştürülmemesi gerektiği

hassas ve etkiye açık gruplar ile özel olarak ilgilenilmelidir.

Sağlıklı seçimler yapmak konusunda daha fazla engel ve sınırla karşı karşıya kalan düşük sosyoekonomik düzey nüfus gruplarını desteklemek de yüksek önceliğe sahiptir. Bu nedenle, sağlıklı seçimlere erişim ve bu seçimlerin ekonomik yönden erişilebilirliği (ucuzluğu) kilit hedef olmalıdır.

Ticaret, ziraat, ulaşım ve şehir planlaması alanlarının yanı sıra ekonomi alanında geliştirilen politikaların da halk sağlığına yönelik hedefler üzerindeki etkisi öncelikli olarak düşünülmelidir.

Bu ilkeleri eyleme dönüştürmek için temel aktörler, politika araçları ve ortam arasında bağlantı kuran bir çerçeveye ihtiyaç vardır.

Tüm ilgili hükümet sektörleri ve kademele-ri rol oynamalıdır. Bu işbirliğini sağlamak amacıyla uygun kurumsal mekanizmaların işletilmesi gerekmektedir.

Sağlık bakanlıklarını, çok-sektörlü eylemi savunarak, teşvik ederek ve bu konuda rehberlik ederek öncü rol oynamalıdır. Sağlık sektörü çalışanları ve sağlık hizmeti kullanıcıları arasında sağlıklı seçimlerin kolaylaştırılması için örnek teşkil etmelidir. Yüksek risk grubunda yer alan ve halihazırda fazla

Obezite epidemisini kontrol altına almak mümkündür. Sorunun kökeni insanların yaşam tarzlarını etkileyen hızla değişen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere uzandığı için bu ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin birer norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültüre ilişkin hedefler ile paralel hale getirildiği ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu sağlıklı yaşam tarzına sahip toplumlar oluşturmaktır.

kilolu ya da obez olan insanlar söz konusu olduğunda, önleyici tedbirler oluşturmak ve bunların uygulamasını iyileştirmek; tanı, tarama ve tedavi hizmetleri sağlamak açısından sağlık sistemi oldukça önemli bir



Obezite epidemisini kontrol altına almak mümkündür. Sorunun kökeni insanların yaşam tarzlarını etkileyen hızla değişen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere uzandığı için bu ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin birer norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültüre ilişkin hedefler ile paralel hale getirildiği ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu sağlıklı yaşam tarzına sahip toplumlar oluşturmaktır.

role sahiptir.

Tarım, gıda, maliye, ticaret ve ekonomi, tüketici meseleleri, kalkınma, ulaştırma, şehir planlaması, eğitim ve araştırma, toplumsal refah, çalışma, spor, kültür ve turizm alanlarında faaliyet gösteren ilgili tüm bakanlık ve kurumlar sağlığı iyileştirici politikalar ve eylemler geliştirmede son derece önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca bu durum, kendi alanlarında da bu kurumlara yarar sağlayacaktır.

Yerel yönetimlerin, fiziksel aktivite, hareketli yaşam ve sağlıklı beslenmeye elverişli ortamlar ve bu bağlamda fırsatlar yaratmada çok büyük bir potansiyeli ve önemli rolü bulunmaktadır ve bu mercilere çalışmaları destek verilmelidir.

Sivil toplum politika yanıtını destekleyebilir. Kamuyu farkındalığını ve yenilikçi yaklaşımlara kaynak olarak eylem talebini artırmak açısından sivil toplumun aktif katılımı önemlidir. Hükümet-dışı kuruluşlar (Sivil Toplum Örgütleri), obezite ile mücadele stratejilerini destekleyebilir. İşveren, tüketici, aile, gençlik, spor demekleri ile diğerleri ve sendikalar bu konuda önemli rol üstlenebilir. Sağlık çalışanlarının örgütleri ise üyelerinin önleyici eylemlere tam anlamıyla katılımını sağlamalıdır.

Özel sektör, sağladığı çalışma ortamındaki



sağlıklı seçimlerin artırılması da dahil olmak üzere daha sağlıklı bir ortam oluşturulmasında önemli rol oynamalı ve sorumluluk üstlenmelidir. İlk üreticiden perakendeye kadar bütün bir gıda zincirinde faaliyet gösteren kuruluşlar bu kapsamda yer alır. Halk sağlığı politikası çerçevesinde tüketici eğitiminin de üstlenebileceği role ek olarak, üretim, pazarlama ve ürün bilgisi gibi alanlarda bu kuruluşlar kendi faaliyet alanlarındaki eylemlere odaklanmalıdır. Bununla birlikte, spor kulüpleri, hobi dernekleri ve inşaat şirketleri, reklamcılar, toplu taşımacılık, aktif turizm vb. sektörlerde düşen roller vardır. Özel sektör, daha sağlıklı tercihlere yatırıma yönelik ekonomik fırsatlara ışık tutarak her iki tarafın da kazançlı olacağı kazan-kazan çözümlerinde yer alabilir.

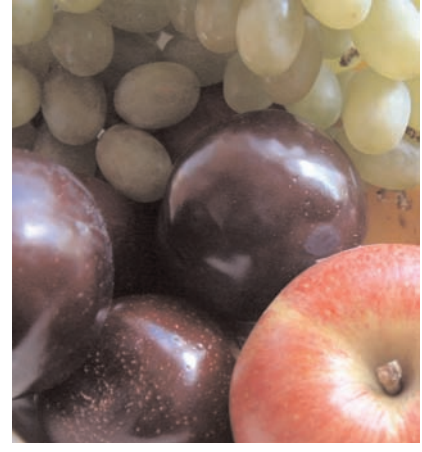
Medya büyük sorumluluğa sahiptir. Bilgi ve eğitim verilmesi, farkındalığın artırılması ve bu alandaki halk sağlığı politikalarının desteklenmesi konusunda medyanın büyük sorumluluğu bulunmaktadır.

Sektörler-arası işbirliği yalnızca ulusal değil, uluslararası düzeyde de gereklidir. DSÖ, uluslararası eylem için teşvik, koordinasyon ve liderlik sağlamalıdır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Dünya Bankası, Avrupa Konseyi, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası örgütler etkin ortaklıklar kurabilir ve böylelikle ulusal ve uluslararası düzeyde çok-sektörlü işbirliği sağlanabilir. Avrupa Birliği (AB) ise, AB Mevzuatı, halk sağlığı politikası ve programları ile Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Alanında Eylem Konulu Avrupa Platformu gibi araştırma ve faaliyetler ile bu

alandaki önemli rol oynayabilir.

Bu alanda rehberlik sağlamak ve sinerji oluşturmak için Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Alanında Küresel Strateji, Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı ile Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Avrupa Stratejisi gibi mevcut uluslararası taahhütlerden yararlanılabilir. Ayrıca, uluslararası eylemde uyum ve tutarlılık sağlanması ile kaynakların verimli şekilde kullanımının en üst düzeye çıkarılması amacıyla Avrupa için Çocukların Ortamı ve Sağlık Eylem Programı (CEHAPE), Pan-Avrupa Ulaşım, Sağlık ve Çevre Programı (THE PEP) ve Codex Alimentarius'tan kendi bağlamlarında yararlanılabilir.

Politika araçları, ilgili düzenleyici tedbirlere verilen önemle birlikte, mevzuattan kamu/özel sektör ortaklığına kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alır. Hükümet, mevzuat da dahil olmak üzere, düzenleyici eylemler aracılığı ile istikrar ve sürdürülebilirlik sağlamalıdır. Diğer önemli araçlar ise, yeniden politika oluşturulması, mali politikalar ile kamu yatırımı politikaları, sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi, farkındalığı artırma ve tüketiciyi bilgilendirmeye yönelik kampanyalar, kapasite oluşturulması, araştırma, planlama ve izlemedir. Halk sağlığı odaklı bir bakış açısı ve paylaşılan halk sağlığı hedefleri ile kamu/özel sektör ortaklıkları teşvik edilmelidir. Bir takım özel düzenleyici tedbirler arasında şunlar sayılabilir: çocuklara yönelik pazarlamaya ilişkin bir yasa oluşturulması gibi uluslararası düzeyde yaklaşımların geliştirilmesiyle, enerji-yoğun gıda ve içeceklerin, özellikle çocuklara yönelik ticari promosyonunun kapsamını ve etkisini belirgin şekilde azaltacak yönetmeliklerin kabulü ile bisiklet kullan-



mini ve yürümeyi teşvik edecek daha güvenli yolların inşa edilmesine ilişkin yönetmeliklerin kabulü.

Hem mikro hem makro düzeyde ve farklı ortamlarda eyleme geçilmelidir. Ev ve aileler, topluluklar, kreşler, okullar, işyerleri, ulaşım araçları, kent ortamı, iskan, sağlık ve sosyal hizmetler ile boş zamanı değerlendirmeye yönelik ortam, tesis ve imkanların önemi ayrıca büyüktür. Eylem, yerel, ulusal ve uluslararası düzeyi kapsamalıdır. Böylelikle, bireylerin, sunulan imkanları etkin şekilde kullanarak sorumluluk alması desteklenebilir ve teşvik edilebilir.

Eylem, daha sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite arasında optimal bir enerji dengesi kurulmasını amaçlamalıdır. Bilgilendirme ve eğitimin öneminin yanı sıra, sosyal, ekonomik ve fiziksel ortamı daha sağlıklı bir yaşam tarzına dönüştürmek için gereken müdahalelere odaklanılmalıdır.

Anahtar olarak temel önleyici bir eylem paketi teşvik edilmelidir: ülkeler, kendi ulusal durum ve şartlarına ve politika geliştirme düzeylerine bağlı olarak, bu paket içinde kendi önceliklerini saptayabilir. Bu temel eylem paketinde şunlar yer alır: özellikle çocuklara yönelik pazarlama baskısının azaltılması, emzirmenin yaygınlaştırılması, meyve ve sebze gibi daha sağlıklı gıdaların mevcudiyeti ile bunlara erişimin iyileştirilmesi, daha sağlıklı gıdaların tercih edilmesini iyileştiren ekonomik tedbirler, sosyal açıdan dezavantajlı grupları desteklemek de dahil ekonomik açıdan daha kolay erişilebilir fiziksel egzersiz imkanları, işlenmiş gıdalarda (mamul) yağ, serbest şeker (özellikle eklenen) ve tuzun azaltılması, gıdaların gerektiğinde etiketlenmesi, daha iyi kent tasarımları ve ulaşım politikaları ile bisiklet kullanımı ve yürümenin yaygınlaştırılması, insanların boş zamanlarını değerlendirmek için fiziksel aktiviteye özendirilmesi konusunda yerel ortamlarda fırsatlar yaratılması, daha sağlıklı gıdalar ile günlük fiziksel aktivite fırsatlarının yaratılması, okullarda beslenme ve fiziksel eğitim, insanların çalışma ortamında daha sağlıklı beslenmesi ve daha fazla fiziksel aktivite yapması için motive edilmesi, ulusal gıdalar-bazında beslenme rehberleri ile fiziksel aktivite rehberleri geliştirilmesi ve sağlık davranışlarında bireylerin kendilerine uygun değişiklikleri benimsemesi.

Ayrıca, halihazırda fazla kilolu ve bu nedenle de yüksek risk altında olan insanlar-

da obezitenin önlenmesi ve obezite hastalığının tedavi edilmesine de özen gösterilmelidir. Bu alanda gerçekleştirilebilecek eylemler şunlardır: birinci basamak hizmetlerinde fazla kilo ya da obezitenin zamanında belirlenmesi ve etkin şekilde yönetilmesi, sağlık çalışanlarına obezitenin önlenmesi konusunda eğitim verilmesi, tarama ve tedaviye yönelik klinik rehberlerin geliştirilmesi. Öte yandan, obez kişilerin toplum nezdinde deşifre edilmesi (damgalanması) ya da obez kişilerin sayısının abartılması da her yaşta kaçınılması gereken davranışlardır.

Politika oluştururken ve uygularken etkisi kanıtlanmış başarılı müdahalelerden yararlanılmalıdır. Bu bağlamda, daha sağlıklı gıdaların tüketimi ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite üzerindeki etkisi kanıtlanmış projeler yer almaktadır: okullarda öğrencilere meyve verilmesi, sağlıklı gıdaların daha makul şekilde ücretlendirilmesi, sosyo-ekonomik mahrumiyet bölgeleri ile işyerlerinde daha sağlıklı gıdalara erişim imkanının artırılması, öncelikli bisiklet güzergahları oluşturulması, çocukların okula yürüyerek gitmesinin özendirilmesi, sokak ve caddelerdeki aydınlatmanın iyileştirilmesi, merdiven kullanımının yaygınlaştırılması ve televizyon seyretmenin azaltılması. Ayrıca, okul programları ve aktif ulaşım gibi obeziteye karşı pek çok müdahalenin maliyet-etkinlik açısından son derece kazançlı olduğuna ilişkin de kanıtlar vardır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, karar alıcılara başarılı uygulamalar ve vaka çalışmaları konusunda örnek sağlayacaktır.

İlerleme ve İzleme

Bu Şart, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin tamamında obeziteye karşı eylemi güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Mevzuat ve eylem planları da dahil olmak üzere ulusal politikalar ile düzenleyici eylemleri teşvik edecek ve etkileyecektir. Beslenme ve fiziksel aktiviteyi kapsayan bir Avrupa eylem planı, bu Şart tarafından belirlenen ilkeleri ve sunulan çerçeveyi özel eylem paketleri ile izleme mekanizmalarına dönüştürecek.

Ulusal sağlık surveyans sistemlerine dahil etmek üzere uluslararası açıdan karşılaştırılabilir çekirdek göstergelerin oluşturulması için bir süreç meydana getirilmelidir. Daha sonra bu veriler, savunma, politika oluşturma ve izleme amaçları için kullanılabilir. Böylelikle, politika ve eylemlerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve gözden

Obezite epidemisini kontrol altına almak mümkündür. Sorunun kökeni insanların yaşam tarzlarını etkileyen hızla değişen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere uzandığı için bu ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin birer norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültüre ilişkin hedefler ile paralel hale getirildiği ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu sağlıklı yaşam tarzına sahip toplumlar oluşturmaktır.

geçirilmesi ile bulguların daha geniş kitlelere dağıtılması da mümkün olacaktır.

Azaltılan obezite ve buna bağlı hastalık yükü çıktıların görünür hale gelmesi zaman alacağı için ilerlemenin uzun vadede izlenmesi son derece önemlidir. DSÖ Avrupa düzeyinde, ilki 2010 yılı için olmak üzere, üç yıllık süre ile ilerleme raporları oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

Preventing Chronic Diseases a Vital investment, WHO 2005

Fact sheet EURO/13/05, The challenge of obesity in the WHO European Region WHO 2003 , Obesity and Overweight

Onat A., Keleş İ., Sansoy V. and et al., Rising Obesity Indices in 10-year Follow-up of Turkish Men and Women: Body Mass Index Independent Predictor of Coronary Events Among Men. Türk Kardiyol Dern Arş 2001 ; 29 :430-436

Dünya Sağlık Örgütü başkanlık yarışını Çin kazandı

Dr. Salih Taburcu

Dünya Sağlık Örgütü'nün yeni başkanı Dr. Margaret Chan

Birleşmiş Milletler'in en büyük kuruluşu olan ve toplum sağlığı konularında dünyanın gündemini belirleyen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geçtiğimiz mayıs ayında beyin kanaması sonucu beklenmedik bir ölümle örgüt başkanı Dr. John Wok Lee'yi kaybetmişti. Mayıs ayının ikinci haftasında gerçekleştirilen Dünya Sağlık Asamblesinin açılışına 45 dakika kala hastanede yatmakta olan Dr Lee'nin öldüğü haberi gelmiş ve bu üzücü ortamda bütün

üye ülke delegelerinin katılımıyla yapılan toplantılar sürdürülmüştü. Daha asamble bitmeden dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu olağanüstü toplanmış ve ortaya çıkan sorunu çözmek için yoğun tartışmalara sahne olmuştu. Neticede Başkanın gizli olarak bıraktığı bir mektupta yardımcı olarak atadığını belirttiği, yani bugüne kadar bilinmediği halde yardımcısı olduğu ileri sürülen Dr Anders Nordström vekaleten başkanlığı yürütmek üzere görevlendirildi. İcra Kurulu bu kararının ardından kasım ayına kadar örgütün başkanının seçilmesini kararlaştırdı.

Böylece, sağlık konusunda, ülkelerin baş-

ta halk sağlığı olmak üzere sağlık politikalarının desteklenmesi, yönlendirilmesi konularında en üst düzeyde ve Birleşmiş Milletlere üye olan bütün ülkelerin katılımı ile oluşan örgüte başkanlık yarışı başlamış oldu. Bu süreç içinde çeşitli ülkelerden 13 aday gösterildi. Kuveyt DSÖ üst düzey görevlilerinden Dr. Kazem Behbehani'yi, Çin DSÖ bulaşıcı hastalıklar sorumlusu Dr. Margaret Chan'ı, Meksika 6 yıldır Sağlık Bakanı olan Dr. Julio Frenk'i, İzlanda Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ve DSÖ eski İcra Kurulu başkanı David Gunnarson'u, Myanmar profesör Nay Htun'u, Suriye Lübnan'da Devlet, Kültür, Turizm ve Sağlık Bankıkanı yapmış olan Prof. Karam S. Ka-



ram'ı, Fransa eski Sağlık Bakanlarından ve Sınır Tanımaz Doktorlar Örgütü'nün de kurucularından olan Dr. Bernard Kouchner'i, Mozambik eski Sağlık Bakanı, Dışişleri Bakanı ve Başbakan olan Dr. Pascoal Manuel Mocumbi'yi, Japonya DSÖ Batı Pasifik Bölge Başkanı Dr. Shigeru Omi'yi, Ekvator eski Sağlık Bakanı ve yeni Devlet Başkanı Dr. Alfredo Palaco Gonzales'i, Finlandiya Prof. Pekka Puska'yı, İspanya Sağlık Bakanı Elena Salgado Mendez'i ve Türkiye 14 yıldır DSÖ'de üst düzey yönetici olarak çalışmakta olan Prof. Tomris Türmen'i aday gösterdi.

Son 4 aydır yoğun bir kampanya faaliyeti başlamış oldu. İcra Kurulu üyeleri ve bu kurulda temsilcisi bulunan ülkelerin sağlık bakanları ile dışişleri bakanları adaylar ile aday ülkelerin temsilcilikleri tarafından yoğun bir ziyaret ve tanıtım trafiğine maruz kaldı. Bazı adayların kendilerine tahsis edilen özel uçaklarla seyahat ettiği dikkatleri çekti. Bu kampanya döneminde Suriye ve Ekvator adaylarını geri çektiler.

Sonuçta 11 aday arasından seçimi yapmak üzere DSÖ İcra Kurulu 6 Kasım 2006 tarihinde toplanarak seçim turlarına başlamış oldu. İcra Kurulunda DSÖ Bölge Başkanlıklarını temsilen 34 üye bulunmaktadır. Ülkemizin dahil olduğu Avrupa Bölgesi 53 üye devletten oluşmaktadır ve İcra Kurulu'nda 8 sandalye ile temsil edilmektedir. Avrupa Bölgesini temsilen İcra Kurulu'nda bulunan üyelerden biri de Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Profesör Sabahattin Aydın'dır. Üyelerin üç yıllık süreler için görev yaptığı DSÖ İcra Kurulu, halen şu ülkelerden oluşuyor: Afganistan, Avustralya, Azerbaycan, Bahreyn, Bhutan, Bolıvia, Brezilya, Çin, Danimarka, Cibuti, El Salvador, Irak, Jamaica, Japonya, Kenya, Letonya, Lesoto, Liberya, Libya, Luxemburg, Madagaskar, Mali, Meksika, Namibya, Portekiz, Romanya, Ruanda, Singapur, Slovenya, Sri Lanka, Tonga, Tayland, Türkiye ve ABD.

DSÖ kuralları gereği seçimler gizli oyla yapılmaktadır. Önce 5 kişilik bir kısa liste oluşturulmakta sonra kısa listeye giren 5 kişi ile tek tek mülakat yapılarak içlerinden biri başkanlığa seçilmektedir. Kısa liste oluştururken üyeler beşer kişiye oy vermekte ve en az oy alanları eleterek sonuçta 5 kişiyi bırakmaktadır. Mülakattan sonra her üye bir aday için oy kullanmaktadır. Yani her turda en az oy alan adaylar elene-

rek sonuçta tek adayın kalması sağlanmaktadır.

İlk gün 5 tur oylama yapılmış ve önce Myanmar, ikinci turda İzlanda, üçüncü turda Fransa, dördüncü turda Mozambik ve beşinci turda da Türkiye'nin adayları elenmiştir. İkinci gün kısa listeye kalan Behbehani, Mendez, Frenk, Omi ve Chan ile her biri birer saat süren mülakatlar yapılmıştır. İcra Kurulu toplantısının üçüncü gününde tekrar oylamalar başlamıştır. Böylece altıncı tur oylamada Kuveyt, yedinci turda İspanya, sekizinci turda Japonya'nın adayları elenmiş ve dokuzuncu turda Çin Meksika'yı da eleterek adayını başkan seçtirmeyi başarmıştır.

Türkiye uluslararası sağlık camiasında oldukça iyi tanınan aday ile bu yarışmaya iddialı olarak başlamıştır. Aday gösterdiği Türmen'e destek amacıyla Başbakan Recep Tayyip Erdoğan ve Dışişleri Bakanı Abdullah Gül ile Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın çeşitli ülkelerdeki muhatapları nezdinde yoğun girişimlerde bulundukları bilinmektedir. Ancak bu girişimler beklediğimiz sonucun elde edilmesine yetmemiştir. Birleşmiş Milletlerin önemli kuruluşlarından biri olan Birleşmiş Milletler Kalkınma Örgütü'nün başına eski devlet bakanı Kemal Derviş'in getirilmesi ile sonuçlanan başarılı çabalar yapan Ankara, DSÖ başkanlığına aday gösterdiği Dr. Tomris Türmen'in seçilmesi için yoğun kulis çalışması yürütmesine rağmen istediğini elde edememiştir.

Tabii Kalkınma Örgütü başkanının doğru dan atamayla, DSÖ başkanının ise seçimle geldiğini de göz ardı etmemek gerekir.

Bu seçimin adil bir seçim mi olduğu, ülkeler arası ilişkilerin mi yoksa adayların doğrudan birikim ve yeteneklerinin mi belirleyici olduğu uluslararası çevrelerde tartışma konusu olmaktadır. Daha şimdiden yabancı yayın organlarında bazı ülkelerin adaylarını seçtirmek için altın Rolex saat dağıttığı, ülkelere hastane kurma sözü verdiği veya büyük miktarlarda nakit para desteği yaptığı dedikoduları yazılmaktadır. Bu iddiaların ne derece doğru olduğunu bilmek zor, ancak seçim esnasında Afrika bölgesi başta olmak üzere fakir ülkelerin aday ülkelerle yoğun kulis görüşmeleri yaptıkları bir gerçektir. Özellikle Afrika bölgesi oylarının tur atarken bir adaydan diğerine blok olarak kaydırılmasının gözlenmesi bu şüpheleri artırmaktadır.



DSÖ, Başkanı Dr. Lee'yi aniden kaybetmenin hüznü ve şaşkınlığını üzerinden atmış ve yeni başkanını seçmiştir. Kuş gribine karşı yürütülen mücadelede Türkiye ile yakın ilişki içinde olan Dr. Margaret Chan'ı başkan seçmiştir. Dünyanın toplum sağlığı gündemini belirleyecek olan DSÖ İcra Kurulu ve onaylayacak olan genel kurulun (Asamble) kararlarını hayata geçirmek, takip etmek ve üye ülkelerin bu kararlar doğrultusunda ilerlemesini teşvik etmekle sorumlu olan Chan beş yıl yürüteceği göreve seçilmiştir.

Sonuçta her ne olursa olsun DSÖ, Başkanı Dr. Lee'yi aniden kaybetmenin hüznü ve şaşkınlığını üzerinden atmış ve yeni başkanını seçmiştir. Kuş gribine karşı yürütülen mücadelede Türkiye ile yakın ilişki içinde olan Dr. Margaret Chan'ı başkan seçmiştir. Dünyanın toplum sağlığı gündemini belirleyecek olan DSÖ İcra Kurulu ve onaylayacak olan genel kurulun (Asamble) kararlarını hayata geçirmek, takip etmek ve üye ülkelerin bu kararlar doğrultusunda ilerlemesini teşvik etmekle sorumlu olan Chan beş yıl yürüteceği göreve seçilmiştir. Dr. Chan'ın ataması 9 Kasım 2006 tarihindeki olağanüstü Asamble'de onaylanmıştır. 4 Ocak 2007 de görevine başlayacaktır. Global toplum sağlığı çabalarının bir adım daha öteye taşınmasına vesile olmasını diliyorum.

Son kale; bilinç nedir? Nasıl fethedilebilir?

Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğinin kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Bunun yanı sıra; 1997'den bu yana Cerrahpaşa Tıp fakültesi Epilepsi Cerrahisi Grubunun Nöropsikoloji konsültanı, 2004'ten bu yana da Anadolu sağlık merkezi Davranış Nöroloji Konsültan hekimi olarak çalışmaktadır.

Bilinç, günümüzde bilimin, özellikle sinirbilimlerinin üstlendiği bir araştırma alanı gibi görünse de, insanın kendi aklını merak ettiği en eski zamanlardan beri çok çeşitli bakış açılarından ifade edilmeye çalışılmış, ağırlıklı olarak din ve felsefe alanında tartışılmış ve araştırılmıştır. Yine de o zamanlardan bu yana, bilincin mahiyeti ile ilişkili araştırmaların üç ana yaklaşım biçimi içinden kavranılmaya çalışıldığını düşünebiliriz; metafizik alanda; aşkın bir töz olarak, fiziksel gerçekliğin ötesinde öznel bir yaşantı, bir fenomen, ya da fenomenler diz-

gesi olarak; ve bu gün sinirbilimlerinin yaptığı gibi fiziksel dünyanın parçası olan bir obje olarak ve parçalarına ayrılmaya çalışılarak.

Ancak hangi disiplin ya da alanda değerlendirilirse değerlendirilsin, sorulan sorular örtük bir biçimde de olsa hala diğer alanlarla ilişkilerini korurlar. Örneğin, bugün bilincin yapısını araştıran sinirbilimcilerin soruları sadece bilincin mekanizmaları ile sınırlı değildir, bilincin mahiyeti, bilinç içerikleri, algıların "öznel" mahiyeti de bu alanın araştırmalarını sürükleyen, metafizik ve fenomenler alanına ait sorular olarak derinlerde varlıklarını sürdürmektedirler.

Bu alandaki zihinsel faaliyetin diğer önemli bir özelliği de, zaman içinde sanki farklı sorular ile uğraşılıyormuş gibi bir görünümlü oluşturmaktadır. Bu, özellikle zamanın paradigmalarına ve bilimde temel alınan güncel modellere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bilinç ile ilişkili bugünkü araştırmaların prototipi, beyin-davranış ilişkisi ile ruh-beden ikiliği kavramlarının araştırılmasıdır. Bilinç araştırmaları bize, özellikle son yıllarda bu büyük projenin belki de yapay zeka araştırmalarından sonraki en güncel görünümünü sunmaktadır.

Bilinç araştırmaları, halihazırdaki bilimsel anlayışımızı ve onun dayandığı metodolo-





jiyi zora sokmaktadır. Çünkü metodoloji, en temelinde bir indirgeme tekniğidir; bütünü parçalar, bileşenlerine ait bilgiyi çoğaltır, saptayabilirse parçaların birbirleriyle ilişkilerini kurmaya çalışır. Ama çalışma alanı olarak bir kez "bilinç" seçildiğinde, zaten elimizde eksik gedik de olsa bulunan parçaları değil, bütünlüğü, bütünsel tarzda kavramayı ve açıklamayı hedeflemekteyiz.

Konunun bu zorlayıcı doğası ve nörobilim alanında yeniden uyanan merak sonucu yeni gelişmelerin ortaya çıkması, zihin felsefecilerinin 20.yüzyılın ikinci yarısından itibaren bilinç araştırmalarıyla yoğun biçimde ilgilenmelerine sebep olmuştur. Sonuç olarak bilinç araştırmaları, zihin felsefecilerinin bulguların tartışılmasına, yeni araştırma alanlarına yönelinmesine katıldıkları ve önemli katkılar sağladıkları bir alan haline almıştır. Bu nedenle bilinç araştırmalarının, önce düşünsel-felsefi zeminini gözden geçirmek uygun olacaktır.

Nörobilim temel olarak, akıllı, basitçe beynin çalışmasının tüm sonuçları olarak görünür. Bu bakışla, bilinç temel olarak beynin bir fonksiyonudur ve prensip olarak bizim bilinçliliği meydana getiren nöral mekanizmaları bulabilmemiz gerekir.

Günümüzde felsefecilerin ve nörobilimcilerin büyük çoğunluğu, bilinci de içermek üzere tüm biyolojik fenomenleri maddenin bir organizasyonu olarak düşünürler. Bu "fizikalist" görüşdür. Ve dualizm karşısında bu görüş bilince, sinir hücreleri ve nöral ağlar terimleri içerisinde bir açıklama bulmaya çalışmaktadır.

Bilinçle ilgilenen felsefeciler için temel sorun, "bilinç, indirgemeci fiziksel terimlerle nasıl açıklanabilir" dir. Çünkü, "bilinç nasıl tanımlanmalıdır" sorusuna sinir bilimin yuvarındaki kısa tarihçesinde gösterdiğimiz yanıtı ve ilerleme yolu, bilincin temel olarak beynin bir fonksiyonu olduğu ve bu nedenle, beyinde bilinci oluşturan nöral mekanizmaların ortaya konması gerektiği biçimindedir. İşte bu soru ve yaklaşım çerçevesinde güncel "bilincin nöral substratları" araştırmaları ve tartışmaları yoğunlaşmaktadır.

Bazı felsefecilere ve sinirbilimcilere göre, bilinç için yararlı bir nöral teori geliştirebilmek için, öncelikle bilincin karakteristik özelliklerinin, kavramsal tanımlanmasının yapılmasına çalışılması gerekmektedir. Bu gö-

rüşe aykırı düşünen Crick gibi araştırmacılar varsa da, genel yaklaşım bu tarzda-
dır. Crick, kavramlaştırma ve tanımlama çalışmalarını henüz erken bulmaktadır. Ona göre, öncelikle basit bilinç ile ilgili içerikler üzerinde araştırmalar belirli bir yoğunlukla sürdürülmelidir, önceden muhtemelen yanlış ve gelişmeye zarar verici tanımlarla uğraşmak faydasız – zararlıdır. Ancak burada bile bilince ait bir subsegmentin (görsel farkındalık- bilinç) Crick tarafından aslında kabul edildiğini ve teorize edildiğini izliyoruz.

Ancak bu bakış beyni nasıl araştıracağımızı söylemez. Üretken nöral teoriler ortaya koyabilmek için bilincin karakteristik özelliklerini tanımlamamız gerekir. Bilinç genel olarak bir farkındalık durumu olarak görülür. J.Searle ve T. Nagel gibi zihin felsefecileri, bilincin üç dominant görünümünü tanımlamışlardır; öznel (subjectivity), birlik (unity) ve yönelmişlik (intentionality).

Öznel: Dünyaya ilişkin duyuşal deneyimler kişiye özeldir. Herkesin kendi deneyimi kendisine diğer insanlarınkinden daha fazla gerçek görünür. Kendi fikirlerimiz, duygu durumumuz ve algılarımız... Diğer insanların düşüncelerini ve duygularını yalnızca kendimizinkileri referans alarak anlayabiliriz. Bu nedenle bilincimiz tümüyle özeldir.

Birlik: Tüm bilinçli deneyimlerimiz, birlik içinde ortaya çıkar. Değişik modalitedeki duylara ait izlenimleri tek bir bilinçli deneyim biçiminde algılarız. Bu durum zaman içinde de bir süreklilik gösterir.

Yönelmişlik: Deneyimlerimiz, bir anlık fiziksel duylara basit tepkilerin ötesinde anlamlıdır. Bir mana ifade ederler.

Bu özelliklerden bilim için yaklaşılması en güç olanı, özneliktir. Bizim için öznel bir algı olan bir şeyi beyinde bir takım nöronların deşarjlarıyla açıklamak son derece zor görünmektedir. Thomas Nagel (bir yarasa olmak) adlı klasik yazısında, bilincin 1. tekil şahsa özel (first person) ve diğer doğal fenomenlere benzemeyen, tümüyle subjektif karakterde bir şey olduğunu söyler. Nagel bunun için, öncelikle öznel algının elemanter komponentlerini keşfetmemiz gerektiğini, bunun bilimsel analiz için başka bir örneği bulunmayan bir problem olduğunu vurgular. Böylesi bir yaklaşımın, tüm bilimsel düşüncü değiştiirecek, biyolojide devrim niteliğinde

Günümüzde felsefecilerin ve nörobilimcilerin büyük çoğunluğu, bilinci de içermek üzere tüm biyolojik fenomenleri maddenin bir organizasyonu olarak düşünürler. Bu "fizikalist" görüşdür. Ve dualizm karşısında bu görüş bilince, sinir hücreleri ve nöral ağlar terimleri içerisinde bir açıklama bulmaya çalışmaktadır.

bir tarz gerektirdiğini ileri sürer. Bu savı bir adım ileri götüren Colin McGinn ise, insan aklının bilincin doğasını kavrama yeteneğinin olmadığını söyler, tıpkı maymunların parçacık fizikini anlayamayacakları gibi.

Buna karşın, bazı felsefeciler ve pek çok nörobilimci, bilincin bir ilizyon olduğunu düşünmektedirler. Bu bakış "radikal fonksiyonalizm" olarak adlandırılır. Nasıl ki yürüme bacaklar tarafından yapılırsa, bilinç ve akıl da beyin tarafından yapılır. Patricia Churchland bunu; bir teldeki elektrik akımı, elektronların hareketinin bir sonucu değil, elektronların hareketinin kendisidir biçiminde tanımlar. Bu da, "eliminatif materyalizm" dir.

Kör görüş hakkındaki bulgular, bazı felsefeciler tarafından ziyadesiyle ciddiye alındı. Bu yolla teorik olarak insanın tüm davranış ve fonksiyonlarına sahip, ancak bunlar hakkında deneyim taşımayan, yani bilinçsiz olan bir varoluşun olabileceği düşünüldü. (Zombi) Bu, felsefe literatüründe epifenomenalizm denilen yaklaşıma da bir yol oluşturmaktadır. Buna göre bilinç, sadece nedensel bir üretilmişliktir. T. H. Huxley'in tanımı ile lokomotif çalışmasını buhar makinesindeki buhara borçludur.

Üçüncü bir düşünceye sahip olan septiclere göre ise, bilinç terimi bir şey ifade etmeyen anlamsız bir sözcüktür. Bilimsel ve felsefi sözlükten çıkarılmalıdır.

Yapay zeka çalışmaları kognitif nörobilimi büyük ölçüde etkilemiş olsa da John Searle aklın düşünen bir makineye indirgenemeyeceğini söyler. Beyin-bilinç / hard-

Yapay zeka çalışmaları kognitif nörobilimi büyük ölçüde etkilemiş olsa da John Searle aklın düşünen bir makineye indirgenemeyeceğini söyler. Beyin-bilinç / hardware-software eğretilmesini; software'in bir kurallar bütünü olduğunu, yani sentaktik yapıda olduğunu oysa aklın değerler, duygular, ve anlam ile çalıştığı, yani semantik bir organizasyona sahip olduğunu, ne kadar karmaşık olursa olsun sentaktik bir yapının hiçbir zaman anlam yani semantik için yeterli hale gelemeyeceğini savunur.

ware-software eğretilmesini; software'in bir kurallar bütünü olduğunu, yani sentaktik yapıda olduğunu oysa aklın değerler, duygular, ve anlam ile çalıştığı, yani

semantik bir organizasyona sahip olduğunu, ne kadar karmaşık olursa olsun sentaktik bir yapının hiçbir zaman anlam yani semantik için yeterli hale gelemeyeceğini savunur.

Probleme daha olumlu yaklaşma eğiliminde olan bir başka grup zihin felsefecisi ise ontolojik bir ortak payda da birleşmektedir. Bu, materyalist-naturalist bir paydadır. Bu grup içindeki bazı felsefeciler, özel bir metodolojik strateji ortaya koymaktadırlar. Hastaların fenomenolojik bildirimlerinden, kognitif/davranışsal olayların psikolojik incelenmesinden, nörofizyolojik ve nöro-anatomik bulgulardan gelen bilgilerin yeniden değerlendirilmesine dayanan bir metodoloji. Churchland bu yöneme yeniden değerlendirme stratejisi (co-evolutionary strategy) ismini vermektedir. Dennet, Flanagan gibi yazarlar bu yaklaşımın, bilincin anlaşılması çalışmalarına bir denge getireceğini düşünmektedirler.

Tüm bu zaman içine yayılmış, felsefi zemin oluşturma çabaları içinde, bu gün için nörobilimcilerin bilinç araştırmalarındaki temel tavırlarını, Crick ve Koch'un önerdiği yöntem sembolize edebilir gibi görünüyor. Bu genel olarak, monist-materyalist indirgemeci bir yaklaşım olarak

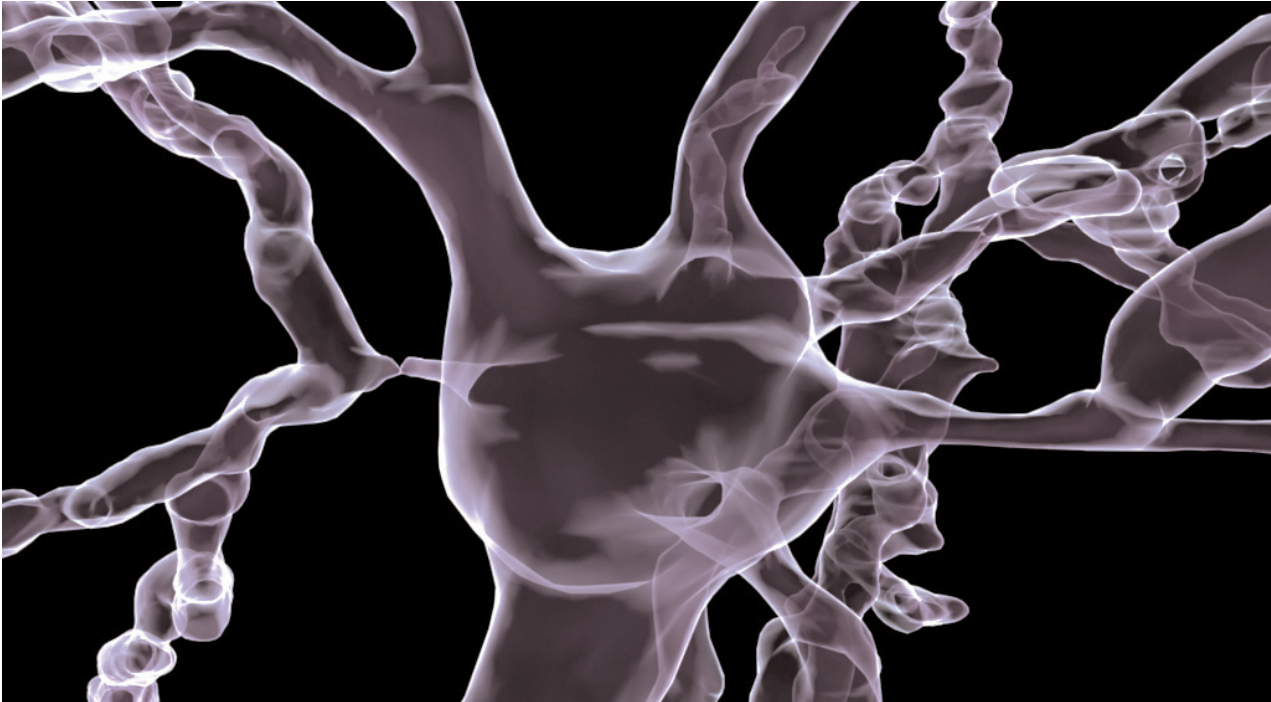
tanımlanabilir. Bu yaklaşım tarzına karşı oluşacak itirazlara yazarın kendi ön yanıtları şöyle;

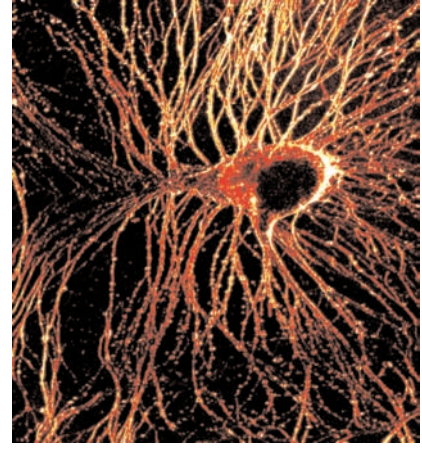
"İndirgemeci" yaklaşımın kompleks bir yapının anlaşılmasında işe yaramayacağı görüşü şöyledir: İndirgemecilik, değişmez bir düşünce dizisinin, onu oluşturan alt parçaların işleyişi ile ilgili yine değişmez bir kuramlar bütünü ile anlaşılmaya çalışılması değildir. Bu kavramsal yaklaşımların zaman içinde azar azar değiştiği, aslında dinamik bir süreçtir.

Bütün, tek tek parçalarının işleyişi, artı bu parçalarının etkileşimleri konusundaki prensiplerdir ve indirgemeci bir yaklaşım bunu çözebilir.

"Kategorik yanlışlık": yani dış dünya ile bilincimizin (ya da beynimizin) işleyişi birbirinden yapı – doğa gereği farklı şeylerdir. "Dış dünyanın canlı bir görüntüsü içimizde vardır ve bu nöron davranışının bir başka biçimde ifadesidir" terimi zor kabul edilebilir bir şeydir.

Yazar burada çekirdek sorunun "zihinsel nitelikler" sorunu (Qualia sorunu) gibi çok tartışmalı bir alan olduğu, burada ki temel problemin benim gördüğüm kırmızı kavramının başka birine tam olarak aktara-





mayacağım gerçeği olduğunu ifade ediyor. Kısacası, bir şeyin özelliklerini kusursuzca belirleyemediğimiz durumlarda bunu indirgemeci bir yaklaşımla açıklamak da zordur. Yazar bu durumun, tersten gidilerek beyindeki kırmızılığın bireysel olarak ne anlama geldiğinin araştırılması ile değil, kırmızılığa karşı gelen nöron yapılanmasının tanımlanması ile aşılabileceğini önermektedir.

Bu alanda (yani zihinsel niteliklerin incelenmesinde), yazar açısından işe yarayabilecek bir yaklaşım, beyin hasarının incelenmesi ile kesin fenomenolojiler tanımlama olabilir gibi görünse de, aslında yazarın umduğunun tersine güç olan, bu fenomenolojik aynılığın altında, çapraz afaziler ve diğer atipik lokalizasyon örneklerinde olduğu gibi üniform ve hiç değişmeyen nöral yapıların saptanmasının ne kadar olası olduğu sorundur. Tabii diğer bir yaklaşım, lokalizasyon ne kadar atipik olsa da altta yatan nöral organizasyonun ve kurallarının bir biçimli olma olasılığı olabilir.

"Özgür irade sorunu": Bu da aslında çözümlenmiş bir sorun değildir. (felsefi platformda da) doğal olarak indirgemeci yapıya sahip bir sistemde (yani işleyiş kuraları ve bir anki durumu bilinen, bir tür newtonien bir sistemde) aslında "özgür irade" den bahsetmek manasız olacaktır. Yazar burada da önce bilincin mantığını çözersek aslında iradenin sadece özgürmüş gibi görüldüğünün anlaşılabileceğini düşünüyor.

Burada Penrose'nin "belirleyici ancak hesaplanamaz sistemler" olabileceği savı önemli olabilir. Ancak bu türden başka alanlardaki kavramların, (quantum fiziği gibi) moda biçimde bilinç araştırmalarına aktarılmaya çalışılması, Sacks'ın da şüphe ile belirttiği gibi, pek yararlı olamayabilir. Sacks'a göre bilinç gibi sinir sisteminin özel ve kompleks bir tarzda işleyişinin ürünü olan bir şey hakkında, bu alanla ilgili temel ve ayrıntılı bilgilere sahip olmak-sızın, quantum gibi alakasız bir kavramla yaklaşmak verimsiz ve de gereksiz kavramsal bir sıçramaya yol açabilecek bir yaklaşım halini alabilir.

Crick, kitabının da adı olan, "şaşırtan varsayım"ı her yanıyla nöronların etkinliğinden

den davranışın doğması olarak tanımlıyor. Yazarın bakışı, içimizde tüm bunları izleyen bir "ben" bulunmadığı yolunda. Yani beyinde bir bozukluk olduğunda bunun farkına varamazsınız. Çünkü bu bozukluğu simgeleyen, bir ateşleyen nöronlar grubu yoktur. Buradan anlaşıyor ki, yazar biraz da tersinden giderek bilinç denilen şeyin bir epifenomen gibi bir şey (o bunun beyinde tümüyle durumu izleyen bir homonculus düşünmek anlamı taşıdığını düşünüyor) olamayacağını, tüm bunların bir nöron grubu, bir nöronlar sisteminin aktivasyonu sonucu ortaya çıkan bire bir ilişkili bir durum olduğunu düşünüyor. Yani, temel varsayım: bir davranış ya da aktivite eşittir bir nöral ateşlenme ve nöral bağlanmalar.

Chalmers, burada bir itiraza sahiptir. Bilinci kavramak için tek başına nörobiyolojinin verilerinin yeterli olmadığını söyler. Bilinç araştırmaları içinde iki tür bilgi birikimi bulunduğundan bahseder. Birinci ve üçüncü şahıs verileri. Üçüncü şahıs verileri: beyinin işleyişi ve davranış hakkında, onu bir obje, araştırmanın nesnesi olarak alır ve toplanan bilgiler, nörobiyolojinin elde ettiği verileri ifade etmektedir. Birinci şahıs verileri ise: kişinin kendisinin bizzat yaşadığı bilinçlilik deneyimine ilişkin bilgilerdir. Örneğin, Qualialar hakkında.

Chalmers'a göre, iyi gelişmiş bir üçüncü şahıs verisi birikimimiz ve araştırma araçlarımız var. (EEG, görüntüleme yöntemleri, tek hücre kayıtları vb.) Birinci şahıs verileri için mevcut kaynaklar ise; 19 .yy iç gözlemci psikolojinin verileri, 20. yy. Husserlian fenomenolojinin verileri, ve kadim doğulu mistik geleneklere ait bilinç durumu kayıtlarıdır.

Sorun, bu iki alana ait verilerin birbirlerini basitçe açıklayabilir olmamalarından kaynaklanmaktadır. Aralarında epistemolojik bir boşluk mevcuttur. Bu boşluğu aşmak için yeni bir metodoloji gereklidir.

Kaynaklar

Schwartz JH. Consciousness and the neurobiology of the twenty-first century. In Principles of neural science. (eds) Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. McGraw-Hill Companies USA 2000 (sf.1317 – 1319) Kandel ER. From nerve cells to cognition: The internal cellular representation required for percept-

"İndirgemeci" yaklaşımın kompleks bir yapının anlaşılmasında işe yaramayacağı görüşü şöyledir: İndirgemecilik, değişmez bir düşünce dizisinin, onu oluşturan alt parçaların işleyişi ile ilgili yine değişmez bir kuramlar bütünü ile anlaşılmaya çalışılması değildir. Bu kavramsal yaklaşımların zaman içinde azar azar değiştiği, aslında dinamik bir süreçtir.

on and action. In Principles of neural science. (eds) Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. McGraw-Hill Companies USA 2000 (sf.381 – 403)

Farber IB, Churchland PS. Consciousness and the neuroscience: philosophical and theoretical issues. In The cognitive neurosciences (ed) Gazzaniga MS. Bradford book 1996 (sf.1295 – 1306)

Cric F. Şaşırtan varsayım. TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları. 1997 Ankara Güzelde G, Flanagan O, Hardcastle VG. The nature and function of consciousness: Lessons from blindsight. In The new cognitive neurosciences (ed) Gazzaniga MS. Bradford book USA 2000 (sf.1277 – 1284) Searle J. Akıllar, beyinler ve bilim. Say Yayınları 1996 Penrose R. Us nerede? Krallın yeni usı. TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları. 1999

Sacks O. The nature of consciousness. Parabola; fall 1997 Chalmers DJ. First – person methods in the science of consciousness. 2001

Dünya yolculuğu: Hayat üzerine düşünceler

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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

Hayat nedir? Nerede başlar, nerede biter? Gerçekten başlar mı veya gerçekten biter mi? Niye yaşıyoruz? İnsan hayatını, diğer hayatlardan ayıran özellikler var mıdır? Ve de en önemlisi; bu sorular kim(ler)i ilgilendirir?

Hayat ve hayatının başlangıcı konusu, tıp, felsefe, din, sosyal bilimler ve etğin en önemli konularından birisidir. Aslında bu tartışma, insanlık tarihi kadar eskidir ancak son yıllarda üreme tıbbında meydana gelen hızlı teknolojik gelişmeler sonrasında yeniden önem kazanmıştır. Çoğu kez, bilimin bu konuda son kararı vermesi, görüşler ve inanışlar arasında bir karara varması beklense de, bilim adamları da konu üzerinde farklı düşüncelere sahiptir. Gerçekçi bir karara varabilmek için öncelikle bilinmesi gereken birçok konu vardır ve bilimle din dolayısıyla bilim adamları ile din adamları sıklıkla karşı karşıya gelmektedirler.

İnsan hayatının "ne" olduğu sorusunu yanıtlamak çok kolay değildir. Bazı yazarlar, yüzeysel bir düşünce ile, onu hiçbir zaman görmediğimiz için "hayat" diye bir şeyin olmadığını ileri sürerler. "Yaşamak" fiili çok genel bir eylemi gösterdiği için, her bir canlının aslında farklı bir hayatı vardır. Diğer yandan hiçbir hayat, tamamen yeniden, yoktan var olmaz. Hayat, bir nesilden diğer bir nesile aktarılan bir "şey"dır. Zaten yer yüzünde yaklaşık 3,5 milyar yıldan beri hayat vardır ve her bir embryo aslında bir öncekinin devamıdır, fakat genomları farklıdır.

Yaşayan varlıkların en önemli özellikleri, üreme yetenekleridir. Vücuda alınan de-

şik kimyasal maddeler, birçok değişik aşamadan geçtikten sonra, kendi kendini kontrol edebilen, üreyebilen bir sistem haline dönüşür. Yani yaşayan bir varlık, aldığı maddeleri dönüştürerek başka bir yaşayan varlık meydana getirir. Ancak bu sırada, bazı özellikler de kuşaktan kuşağa aktarılır. Öldüğü zaman da, başlangıçta "doğa" dan almış olduğu bu farklı kimyasal maddeleri tekrar "doğa"ya iade eder. Peki o zaman, kuşaktan kuşağa aktarılan bu "canlılık" özellikleri nelerdir?

İnsanoğlunun önemli özelliklerinden birisi de, kişisel farklılıklar, değişiklikler ve benzerlikler gösterebilmesidir. İnsanlarda, hayatın göstergesi olan bu gibi özelliklere ilave olarak, bir de "can" veya "ruh" vardır ki, bunun da bilimsel olarak ne olduğu veya ne anlama geldiği açıklanamamıştır. Ölen kişi için "can verdi", "can çıktı" veya "ruhunu teslim etti" dediğimiz zaman, hem hayatını kaybettiğini, hem de canının veya ruhunun bedenden ayrıldığını ima etmiş oluruz. O zaman acaba hayat ile can veya ruh denen şeyler aynı şeyler midir, yoksa farklı mıdır? Schumacher, bu durumu açıklamaya çalışırken, insan hayatını a+b+c+d'nin birleşimi olarak tanımlıyor. Eğer bu birleşimden d'yi çıkaracak olursanız, geriye "hayvani hayat" kalır. Eğer a+b+c toplamından c'yi çıkaracak olursanız geriye "bitkisel hayat" kalır. Eğer a+b toplamından b'yi çıkaracak olursanız, o zaman da geriye "cansız" madde kalır. Bu "şey"lerin ne olduğunu tanımlamak güçtür. Tanımı olmadığı içindir ki, "şey" demek en doğru tanımdır. Burada önemli olan nokta, bu "şey"leri çıkararak bir önceki hayat düzenine "inmek" mümkünken, önceki hayat düzenine bu "şey"leri ekleyerek bir üst düzeye "çıkma" müm-

kün değildir. Görüldüğü gibi Schumacher, hayat ve can'ı aynı düzenin farklı tezahürleri olarak görmek eğilimindedir.

Modern tıp ve biyoetik, insan varlığının uç noktalarında (doğum ve ölüm) hayata saygı gösterilmesini öğütler. Hatta, ölümden sonra bile insan bedenine saygı gösterilmelidir. Ölümünden yıllar sonra bile, bir insanın mezarı başına gidip ona saygı göstermek, onun hayattayken yaptıklarına saygı göstermek midir, yoksa o insan bir şekilde hala daha bizi duymakta mıdır? Burada, pozitif bilimden uzaklaşıp, metafizik bir alana girdiğimiz farkındayız ancak yukarıda da belirtildiği gibi, hayatın ne kadar fizik ve ne kadar metafizik olduğu sorunsalı henüz tam olarak yanıtlanabilmiş değildir. Diğer yandan, felsefe, teknoloji, psikoloji, sosyoloji, hukuk ve siyaset bilimleri de hayatın başlangıcını değişik şekillerde tarif etmeye kalkışır. Bir embryo, genetikçi için genetik materyel içeren bir madde anlamından öte bir anlam taşımazken, hayatın başlangıcını araştıran bir antropolog veya sosyolog için dini alanı da içine alan farklı bir perspektif oluşturur. Bu alanın korunması işini ise hukuk ve etik üstlenir. Peki, hukuk ve etğin koruyacağı bu alan nerede başlamakta ve nerede bitmektedir? Dolayısıyla konuya tek bir açıdan bakmamak ve farklı disiplinleri bir araya getirmek gerekmektedir.

Biyolojik açıdan bakılacak olursa hayat, karmaşık bir sistem görüntüsü sunmaktadır. Hayatın başlangıcı dendiği zaman ise, hangi hayattan bahsettiğimizi netleştirmemiz gerekir. Bu hayat, bir hücrenin, bir organizmanın, bir toplumun veya bir türün hayatı olabilir. İnsan hücreleri ve insan türü, ilk insandan itibaren yeryüzünde mevcuttur. Bu

açidan bakıldığında, insan hayatı, bireysel bile olsa aslında yeniden başlamamakta, veya hiç sonlanmamakta ve daha önce mevcut bir hayatın devamı şeklinde devam etmektedir. Bu anlamda hayatın sonlanması demek, yer yüzünde insan neslinin sonlanması anlamına gelecektir.

Bireysel organizma hayatının ise, bir başlangıcı veya sonundan bahsedilebilir. Ancak burada da her zaman keskin bir çizgi çekmek mümkün değildir ve her iki uçta da alacakaranlık bölgeler bulunabilmektedir. O zaman bireysel insan hayatı acaba ne zaman başlamaktadır?

Bireysel insan hayatının ne zaman başladığını saptayabilmek, embriyogenezin tam olarak anlaşılması ile mümkündür.

Oosit ile spermatosit birleştikten sonra oluşan zigot, fallop tüplerinde ilerlerken bir yandan da mitozu uğrar ve blastomerleri oluşturur. Zigotun oluşmasından 1-3 gün sonra, önce 2, sonra 4 hücre oluşur. Blastomerler, farklılaşmamış hücre toplulukları olmalarına rağmen, bölünmeler ilerledikçe önce 2 tabaka oluşur ve 5. günde dış tabaka ile uterus duvarına yapışırlar ve birkaç gün sonra da implantasyon tamamlanmış olur. Bu ilk 5-6 günlük dönemde, preimplantasyon genetik tanı mümkündür. Bu hücreler, embriyoyu oluşturacak spesifik farklılaşmayı henüz tamamlamadıkları için, pre-embryo olarak adlandırılırlarken, 16. günden sonra ise embryo adını alırlar. Embryo dönemi, organogenezin tamamlandığı 8. hafta sonuna kadar devam eder.

Pre-embryo, fertilizasyonun bitmesinden, tek bir ilkel çizgiye kadar geçen sürede var olan oluşumdur. İmplantasyon gerçekleşmeye kadar, pre-embryo birçok farklı oluşuma bölünme kapasitesine sahiptir ancak tam bir embryo oluşturabilecek genetik bilgiye sahip değildir. Anne kaynaklı mitokondrial genetik materyeli olmadığı gibi, anne ve baba kaynaklı messenger RNA veya proteinlere de sahip değildir. Pre-embryonik dönemde, biyolojik bir bireyin meydana geleceği kesin olmadığı için, bu dönemde bir insanın tüm haklarına sahip olması beklenmemelidir. Diğer bir deyişle, pre-embryo'ya saygı gösterilmesi gerekmeyle birlikte, bir insanın sahip olması gereken kişilik özelliklerine ve ahlaki değerlere sahip değildir. Saygı kavramı çerçevesinde, pre-embryolar üzerinde araştırma yapılmasının doğru olmadığı öne sürülmektedir.

İmdi, kişilik özelliklerinin ne olduğunun da açıklığı kavuşturulması gerekir. Sözlük anlamı olarak kişilik, hem doğuştan gelen, hem de daha sonra toplum içinde kazanılmış yönleri bulunan ve bireyi diğer insanlardan ayıran özelliklerin bütünü olarak tanımlanır. O zaman, her biri bir değerinden ve diğer insanlardan ayırd edilebildiği için, fetusların da aynı kişilikleri olduğu sonucu-

na varılabilir. Bu anlamda fetus, doğmadan önce bile, biyolojik açıdan bir bireydir. Yenidoğan bebek ise, daha önce anne rahminde bulunmaktayken, anne rahminin dışına çıkan ve hayatını bir başka mekanda devam ettiren aynı birey olarak tanımlanabilir. Mekan değişikliğini biraz erken yapanlara ise prematüre adı verilir. Beyin fonksiyonlarının gelişip, kişinin çevresinin farkına varması ise farklı bir özelliktir. Anomali bir fetus veya bebek, yapısı veya fonksiyonları tam olmasa bile yine de bir insan bireyidir. Bu gerçek, Down sendromlu bir bebek için de, anensefali bir bebek için de değişmez.

Konuyu biraz daha açacak olursak; hayatın sonlanması, beyin aktivitesinin sonlanması olarak kabul edilir. "Beyin ölümü" gerçekleşmiş kişinin, tekrar eski fonksiyonlarına dönemeyeceği varsayılır ve hatta, organ transplantasyonu için beyin ölümünün gerçekleşmiş olması yeterli sayılır. O zaman acaba hayat, beyin aktivitesinin başlaması ile mi başlamaktadır? Buradan bakıldığında, hayatın başlangıcını saptamak, ancak teknoloji ile mümkün gözükmektedir. Yakın zamanlara kadar, fetusun viabilite sınırının 1000 gram veya 28 gebelik haftası olduğu varsayıldı. Teknolojide meydana gelen gelişmeler ile viabilite sınırı 500 gram ve 22 haftaya kadar inmiştir. Daha küçük ve daha erken doğan fetuslar, "doğum" olarak kabul edilmez, "düşük" olarak kabul edilirler. Ancak, elektronik ve ultrasonografik teknolojide meydana gelen ilerlemeler ile, çok daha erken dönemlerde, beyin aktivitesi ve kalp aktiviteleri tespit edilebilmektedir. Dahası, ileri teknoloji desteği ile, anne karnındaki ortama yakın bir ortam sağlanarak bu fetuslar dış ortamda da (yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde) yaşatılabilmektedir. Dolayısıyla, hayat, doğum ve viabilite sınırlarını çizen, etik ve moral değerler değil, teknolojik gelişmeler olmaktadır. Diğer bir deyişle, teknoloji geliştikçe, hayat daha erken başlamaktadır!

Diğer yandan, bazı bilim adamları ve düşünürler, kişiliğin, doğumdan çok önce, yurmanın fertilizasyonu ile başladığını öne sürerler. Bu görüşe göre, bireysel insan hayatı, tek hücreli zigotun oluşmasıyla başlar, çünkü bu zigotun genetik özellikleri ve biricik olması, normal bir gelişme sırasında değişmez. Zigot, zaman geçtikçe embriyo, fetus, çocuk ve erişkin haline dönüşebilme kapasitesine sahip olduğundan, tam bir insan bireyidir. Bu açıdan, zigot ile fetus veya çocuk arasında hiçbir fark yoktur. Zigot, ontolojik olarak aynı bir kişiliğe sahiptir ve herkesten aynı genetik yapısı dolayısıyla entresek olarak tam bir birey oluşturmak üzere yönlendirilmiştir. Bu yüzden, bireysel insan hayatının başlangıç noktası olarak zigot kabul edilebilir.

Bu görüşe karşı olan görüşler de vardır. Bu görüşlere göre, embriyo oluşmadan önce-



ki hücre topluluğu, birbiriyle yalnızca temas halinde bulunan, organize olmamış bir hücre yumağından başka bir şey değildir ve 14. günde embriyo oluşmadan da fetusun oluşacağı garanti değildir. Aslında, döllenmiş yumurta hücresindeki DNA, vücuttaki diğer tüm hücreler içinde de vardır. Tek tek bu canlı hücrelerin yaşama hakkından söz edilmez iken, bir bütün olarak kişinin yaşama hakkından söz edilmesinin nedeni nedir? Dahası, her gün elimizi ve yüzümüzü yıkarken kaybettiğimiz binlerce hücrenin yaşama hakkından hiç söz ediyor muyuz? Peki o zaman, pre-embriyo dönemindeki bu hücreler üzerinde araştırma yapma özgürlüğüne sahip miyiz? Kök hücre çalışmalarının temelini oluşturan bu hücreler üzerinde istediğimiz manipülasyonu yapabilir miyiz? Yoksa bunlar da "saygı gösterilmesi" gereken hücreler midir? Etik ve ahlaki değerlerimiz bu konuda içimizi ne kadar rahatlattırmaktadır?

Diğer yandan, pre-embriyo, ikiz ve daha fazla çoğul fetus halinde de gelişebileceği için, bu dönemde tek bir kişilik olarak ele alınması doğru değildir. Hatta embriyonun insan türüne ait olabilmesi için uterusu implant olması gerekir ve ancak bu evreden sonra bir kişilik kazanabilir. Döllenmeden sonraki bu 3 haftalık dönemde zigot ve ürünleri sıvı fazda bulunurlar ve fiziki bir birey veya kişi olarak kabul edilmeleri olanaksızdır. Dahası, döllenmeden sonra gelişen varlık bir tümör veya mol hidatiform olabilir ve bunlar da insan bireyi olarak kabul edilmezler. Dolayısıyla, döllenme ürününden meydana gelen bütün canlı hücreler, gelişmekte olan bir insan bireyini işaret etmeyebilir.

Hayat hakkında en çok söz söyleyen disiplinlerden birisi de dindir. "İnsan neden dünyaya gelir?" sorusu, felsefeciler, din adamları ve değişik bilim adamları tarafından yanıtlanmaya çalışılmıştır. Çağdaş bilim, olayların nedenini açıklamaktan ziyade, nasıl meydana geldiğini açıklamaya çalışır. Burada bilimle din çatışmasından ziyade, her ikisinin de kendi alanları içinde çalışmalarına ve kendi doğrularını bulmalarına izin verilmesi gerekir. Sonuçta hepsi de, aynı insanlığın tek bir kültürünün değişik yönlerini temsil etmektedir.

Görüldüğü üzere, şairin, "Bir ben var bende, benden içeri" dediği gibi, sorular içinde sorular, hayatlar içinde hayatlar, canlar içinde canlar var. O zaman, en başta sordüğümüz o can alıcı soruyu tekrar soralım: Hayat nedir? Nerde başlar ve nerde biter? Ve niye yaşıyoruz? Biri bana anlatsın!

Göstergeleri doğru okumak [1]

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi ve ana bilim dalı başkanı olarak görev yaptı. Halen Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği Şefi olarak görev yapmaktadır. Psikiyatrinin çeşitli alanları ve özellikle cinsel sorunlar hakkında yerli ve uluslararası çok sayıda çalışması yayınlanmıştır. Şu anda bilimsel çalışmalarını cinsel işlevler ve rüyalar üzerinde yoğunlaştırmıştır. Halen Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2.Psikiyatri Birimi'nde Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

Halusinasyon her zaman bir hastalık işareti midir?

Ya da halusinasyon ne zaman gerçekten halusinasyondur?

Gösterge, işaret, belirti, semptom.... Onlarla yol bulur, onlarla yol alınız. Ama bir başlarına, yalın halleriyle pek bir şey ifade etmez bu kavramlar. Ancak uygun bir bağlam içine yerleştirildiklerinde bir anlam kazanırlar. İlişkilendirilmiş zihni şemalardan, bir paradigmadan mahrum olduklarında neyi gösterip işaret ettikleri, neyi belirttikleri açık değildir. Bir gösterge bir işaret ancak bir bağlam içinde kelimenin tam

anlamıyla bir gösterge, bir işaret olur. Paradigmatik bağlam değiştiğinde aynı işaretin işaretlediği şey (fenomen) de değişir.

Tababet en genel anlamıyla tıbbi işaretleri, göstergeleri bir bağlam içine yerleştirerek anlamlandırma bilim ve sanattır. Bu bilim ve sanatın icracılarının yani hekimlerin teşhis aşamasında öncelikle iki konuda ustalaşmış olması beklenir; birincisi tıbbi işaretleri algılayıp tespit etmek, ikincisi de bu işaretleri en uygun bağlam içine yerleştirerek yorumlamak. Bu yazıda temel olarak birbiriyle alakalı iki sorunu göstergelerin, işaretlerin bizzat ne olduklarını ve bir işaret olarak halusinasyonu nasıl anlayabileceğimizi tartışmak istiyorum.

Aslında biraz dikkatli bakarsak günlük hayatımızın algıları işaret ve göstergelere dönüştürme, bunları da bir bağlam içinde yorumlama üzerine kurulu olduğunu görebiliriz. Algının işaretlere nasıl dönüştürüldüğü ise çok derin felsefik ve bilimsel bir sorundur. Beyinde neler olup bitiyor da basit duyumlardan, onlardan kategorik olarak tüümüyle farklı gibi görünen insana özgü karmaşık his ve düşüncelere geçiliyor. Ya da olup biten şeyler yalnızca beyin de mi vuku buluyor? Sorunun bu yönlerine değinmeyeceğim. Bu yazıda dikkat çekmek istediğim algılarımızın işaretlere dönüştürülmesinin büyük oranda kültürel olarak belirlendiği.

Konuyu biraz olsun vuzuha kavuşturabilir umuduyla F. Crick'in 'Şaşırtan Varsayım'



kitabından küçük bir alıntı yapmak istiyorum. DNA'nın kaşifi olan yazar bu kitabında görme algısından yola çıkarak insan bilincini anlamaya çalışırken şöyle diyor; "Bu bölümün girişine –gözümle gördüğüme inanırım- deyişini koydum. Gündelik konuşmada bu, bir şeyi gördüğünüzde onun gerçekten orada olduğuna inanabileceğiniz anlamına gelir. Ben bu üstü örtülü deyişin oldukça değişik bir yorumunu vurgulayacağım: Gördüğünüz şey gerçekte orada olan değil, beyninizin orada olduğuna inandığıdır. Çoğu kişinin gördüklerinin dünyanın simgesel bir yorumu olduğuna inanması zor –her şey o kadar 'gerçek' görünüyor ki."

Gördüğümüze inandığımızı söylediğimizde, algılamamızın nesnel, birincil ve etken bir zihinsel yeti olduğunu dair inancımızı dile getiririz. Oysa Crick gördüklerimizin dünyanın simgesel bir yorumu olduğu kanaatinde. İşte bu simgesel yorumun kültürel olarak belirlendiğini söylüyorum. Eğer bu söylenenler doğruysa, algılama zannettiğimiz şekilde nesnel ve bağımsız bir zihinsel yeti olmaktan ziyade, kültürel olarak belirlenmiş (buna koşullanmış da diyebiliriz) zihinsel kalıpların edilgen bir işlevidir. Zihnimizin kültür içinde nasıl biçimlendiği ise ayrı bir sorun. Bu söylenenlerden sonra yolumuza şu kabüllerle devam edebiliriz, basit algı ve duyuları zihinsel düşünce kalıpları ve kategoriler içine yerleştirerek işaret ve göstergelere dönüştürürüz. Bu düşünce kalıpları ve kategoriler kişisel icatlarımız değil ortak aklın kültürel ürünleridir. Eğitim ve öğrenim dediğimiz şey de özünde bu kalıpların bir nesilden diğerine aktarılmasıdır.

Farklı kültürlerin farklı zihinsel kalıp ve kategorileri olduğunu hepimiz biliriz. Bunun anlamı şudur: benzer duyular farklı kültürlerde farklı işaretlere dönüştürülürler. Bunun bir adım ötesinde şunu da söyleyebiliriz, benzer gibi görünseler de işaret ve göstergeler farklı kültürlerde farklı biçimde yorumlanacak ve anlamlandırılacaklardır. Artık sanırım beyinlerimizi kafataslarımızın içinde değil de kültürlerimizin içinde olduğunu tasavvur edebiliriz. Kendi kültürel kalıplarıyla düşünmeye koşullanmış birisi için bir başka kültürün yorumlamaları anlamsız, tuhaf ya da saçma gelebilecektir. Ama ne olursa olsun bütün kültürler zihinsel kalıp ve kategorileri temelde aynı amacı gözeterek üretirler; gösterge ve işaretleri bir neden-sonuç ilişkisi içine yerleştirmek.

Modern bilimin ürettiği kültür, göstergeleri

neden-sonuç ilişkisi içine yerleştirme konusunda oldukça başarılı görünmektedir. (Belki de başarılı olduğuna bir biçimde bizi ikna etmiştir). Bu başarının en belirgin olduğu alanlardan birisi de tıptır. Bedende moleküler düzeyden sistemlere kadar olup bitenler konusunda yığınla bilgi var elimizde. Bedensel işaretlerin farklı düzeylerdeki nedenleri üzerine bu yığılmış bilgiye dayanarak çok şey söyleyebiliriz. Ama konu psikolojik ya da davranışsal alana geldiğinde iş oldukça karmaşıklaşmaktadır. Psikolojik işaretler, göstergeler bedensel olanlar gibi nesnel ve ölçülebilir değildir. Ayrıca psikolojik işaretler tabiatları gereği nedensellik ilişkisine kolayca yerleştirilemezler.

Artık bir işaret gösterge olarak halusinasyonu tartışmaya geçebiliriz. Ama önce halusinasyonla ilgili bazı genel bilgileri aktarmak istiyorum. Halusinasyonun tıbbi/psikiyatrik tanımı: "gerçek dışsal bir uyarının varolmamasına rağmen algılamamızın olması"dır. Kısacası öznel bir var sanma durumu. Tıp genel anlamda halusinasyona, beyin işlevlerini etkileyen patolojik bir durumun göstergesi olarak bakar. Halusinasyon, psikiyatride şizofreni ve şizofreni benzeri psikotik fenomenlerin ana işaretlerinden biridir. Sinir sistemini etkileyen psikoaktif maddelerin kullanımları ve yoksunlukları esnasında ortaya çıkabilir. Demans, Parkinson, beyin tümörü, epilepsi gibi nörolojik hastalıkların bir işareti, semptomu olabilir. Katarakt, optik sinir hasarları gibi gözle ilgili hastalıkların bir göstergesi olarak da ortaya çıkabilir. Liste uzatılabilir ama sonuçta daha önce söylediğim gibi tıbbi/psikiyatrik bakış halusinasyonun bir hastalık işareti olduğudur.

Oysa son zamanlarda yapılan çalışmalar herhangi tıbbi/psikiyatrik hastalığı olmayan normal (?) kişilerde de halusinatuar deneyimlerin azımsanmayacak bir yaygınlıkta (%15-%30) olduğunu göstermektedir. Ama insanlar bu tür yaşantılarından bir başkasına, özellikle doktorlara ve özellikle de psikiyatrik bilimlere bahsetmek istemezler. Bu kaçınmanın temel nedeni tahmin edebileceğimiz gibi damgalanma korkusudur.

Halusinasyonun tıbbi/psikiyatrik bir belirti, bir işaret bir semptom olduğu durumları düşünelim. Peki nasıl bir işaret nasıl bir semptomdur halusinasyon? Ağrı, ateş ya da bir şişlik gibi mi? Bu soruyu çoğumuz kolayca 'elbette hayır' diye cevaplarız. Zira



halusinasyon olağan tecrübelerimizin dışındadır (ya da olağan bir tecrübe olmadığı konusunda kültürel olarak koşullanmışızdır). Şişliği hepimiz bir mutakabat içinde gözleriz. Sıcaklık artışını da hem algılar hem de ölçebiliriz. Halusinasyon bu belirti ve işaretlerden en fazla ağrıya benzer. Bir başkasının ağrısını da ne deneyimleyebilir ne ölçebilir ne de gözlemleyebiliriz. Ama ağrının nasıl bir şey olduğunu hepimiz çok iyi biliriz. Dolayısıyla halusinasyon ağrıdan da olağan bir tecrübe olmaması noktasında ayrılır. Burada kritik nokta algısal bir tecrübenin olağan olup olmadığına neye göre, hangi ölçütlerle göre karar verdiğimizizdir. Bu noktada ister istemez her zaman karmaşa içeren 'normallik' sorununun alanına gireriz. Nihai olarak normallik kültürel bir normdur. Bir algının olağan olup olmadığına ilişkin de zihnimizde öğrenilmiş kültürel kalıplar vardır.

Bu yazı boyunca kültürden bahsederken sanırım, kişileri ya da alt grupları aynı biçimde etkileyen sınırları keskin, esnek olmayan bir yapı tasavvuru ortaya çıktı. Kültürden kastım böyle bir şey değil ama bu yazıda bu konuyu da tartışmam mümkün değil. Yalnızca, farklı kültürlerin bir işaret olarak halusinasyonları farklı bağlamlara yerleştirmeleri gibi, aynı kültür içinde yer alan alt kültürlerin de halusinasyonları farklı biçimde anlamlandırabileceğini söylemek isterim. Bu açıdan medikal modelin uygulayıcısı olan hekimleri bir alt kültürün mensupları olarak görüyor ve bir gösterge olarak halusinasyonları yeterince doğru okuyamadıklarını düşünüyorum.

Yayın hayatına yenice başlayan bu dergi uzun ömürlü olur ve bu konu derginin muhteva ve formatına uygun düşerse sonraki sayı ve sayılarda halusinasyonu tartışmaya devam etmek istiyorum. Özellikle, halusinasyonu doğal algıya yaklaştıran edebiyat ve sanatı da işin içine çekerek. Sanırım farklı yönleri işaret edebilen göstergeleri, tıbbin nasıl bir semptomu indirgediğini tartışmak ilginç olur.

Birlikte çalışmaktan "birlikte çalışabilirlik" sağlanır mı?

İlker Köse



1977 yılı Nevşehir doğumlu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliğinden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003 yılında tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında, kullanıcı arayüz tasarımı, yazılım metodolojileri ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu, son olarak Bilgi İşlem Şefliği yaptı. 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı başlıca projeler, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

Sadece ülkemizde değil, şu sıralar pek çok ülkede, eğitim, sağlık ve adalet konularındaki iyileştirmeler, hükümetlerin en önemli vaatleri ve hedefleri arasında yer alıyor. Bunu başarmak ve modern dünyada rekabetçi bir aktör olmak için de elbette, bilişim ve haberleşme teknolojilerini verimli şekilde kullanmaya çalışıyorlar. Özellikle sağlık alanında neler yapıyor diye etrafımıza baktığımızda, başta Kanada, Avustralya, Malezya gibi gelişmiş pek çok ülkenin ve daha yakınımızda bulunan Avrupa Birliği ülkelerinin, bölgesel ve ulusal pek çok başarılı proje gerçekleştirdiklerini görüyoruz. Tabii, başarılı gelişmelerin yanı sıra, felaket ve yıkımla sonuçlanan projeler de yok değil; ancak bunları, önde gitmenin ve keşfetmenin göze alınabilir bedeli olarak değerlendirmek yerinde olur.

Biz de ülke olarak, genelde tüm e-sağlık çalışmalarını, özelde de Avrupa Birliği ülkelerindeki gelişmeleri yakından takip ediyor, hatta şimdiden Avrupa Birliği ile entegrasyon için hazırlık anlamında, Avrupa ülkelerinin yürüttükleri çalışma grupları ve konferanslara katılarak eşgüdümü sağlamaya gayret ediyoruz. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın kayda değer gayretleri olduğu görülüyor. Öyle ki, Avrupa Birliği ülkelerinin e-Sağlık alanında bu yılki ana teması "Birlikte Çalışabilirlik" (Interoperability), Sağlık Bakanlığı'nın 3-5 Kasım 2006 tarihleri arasında İzmir'de düzenlediği

I. Ulusal Sağlık Bilişimi Kongresi'nin de ana konusu olarak seçildi. Kongre'de, yerli ve yabancı pek çok uzman, Türkiye'de ve dünyada halen devam etmekte olan e-Sağlık çalışmaları hakkında bilgi verdi. Verilen bilgiler ışığında, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kapsamında gelinecek nokta gerçekten ümit vericiydi. Katılımın ve ilginin oldukça yüksek olması da, sektörün bu tür organizasyonlara oldukça aç olduğunu gösteriyordu.

Diğer taraftan, yine "birlikte çalışabilirlik" ana konusu ile bir başka kongre, Tıp Bilişimi Derneği'nin organizasyonunda 16-19 Kasım 2006 tarihlerinde Antalya'da gerçekleşti. Burada da, çok sayıda çalıştay, bildiri ve paneller, birlikte çalışabilirlik konusunda ortak akıl oluşturmaya çalışıldı.

Aynı ana temanın her iki kongrede de işlenmesi ve yakın tarihlerde gerçekleşmiş olmalarına rağmen her ikisinin de yoğun ilgi görmesi oldukça sevindiricidir.

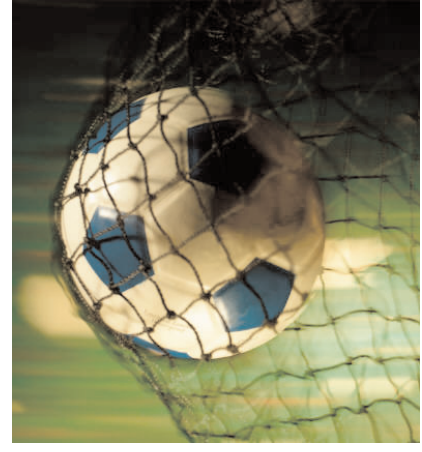
Ancak, her iki kongreye de ana konu olan "birlikte çalışabilirlik" kavramı, daha çok e-Sağlık sistemlerinin sintaktik ve semantik olarak anlaşılabilirliği anlamında kullanılıyor olsa da, bu anlamı uygulamaya geçirebilmek için, sektördeki tüm aktörlerin önce kendi aralarında "birlikte çalışabilirliği" hayata geçirebilmelidirler diye düşünüyorum. Bu nedenle, iki ayrı organizasyona da ilham kaynağı olan bu kavram, bendenizde uzun za-

mandır gözlemlediğim bir konuya dikkat çekme arzusu oluşturdu.

Devletin tüm sektörlerde temel belirleyici olduğu günümüz Türkiye'sinde sağlık bilişimi konusunda güncel bir tartışma (kafa karışıklığı da denebilir) söz konusu ve sanıyorum bu, belki istemeden ve planlanmadan bu yılki organizasyonlarda da kendisini gösterdi. Bu karmaşa, basitçe "Türkiye'de e-Sağlık'ın nasıl yapılması gerektiği ve bu konuda ilk adımları kimin atması gerektiği" hakkındadır" diyebiliriz. Aslında konunun ilk kısmı nispeten kolay. Çünkü dünyada bu alanda yapılmış başarılı/başarısız projeler, bize ne yapacağımız ve ne yapmayacağımız konusunda yeteri kadar fikir veriyor. O yüzden e-Sağlık ile ilgili hemen herkesin bu konuda söyleyecek birkaç sözü vardır. Geriye, yapılması gerekenler hakkında kimin yol/yön gösterici olacağı konusu kalıyor. İşte tartışma da tam burada başlıyor. Aslında buradaki kafa karışıklığı bir an evvel çözümlense, büyük atımlar yapmamız ve daha rekabetçi bir ülke olmamız için hiçbir engel yok diyebiliriz. O halde bu kafa karışıklığına odaklanıp çözüm önerileri üretmeye çalışalım.

Karmaşanın tarafları

Sağlık sektöründeki tüm aktörler bu mesele- nin bir tarafı konumunda aslında; ama başlıcaları, devlet, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör. Şimdi elimizdeki malzemeye bakalım ve bir değerlendirme yapalım.



Devlet, adından olsa gerek, alışılmış "devlet-çi" tavrını devam ettirme eğiliminde ve sorunlara amatör ruhla, adım adım ve basit mantıklarla çözüm üretmek yerine, kontrolcü, masanın baş köşesinde oturan, yaptığından ve dediğinden kolay dönemeyen, biraz da hantal bir görünüm arz ediyor. Vizyon, irade ve gayret tam not olsa da, diyalog, yuvarlak masa anlayışı ve hep ileriye bakma konularında biraz daha gayret gerekli.

Diğer taraftan sivil toplum kuruluşları, devlet gibi yasama/yürütme güçleri olmasa da, sahip oldukları potansiyeli, vizyon üretme ve alternatifler oluşturmak için yeterince kullanmamakta, hatta kimi zaman malesef hükümetlerin devlet adına yaptıkları başarılı çalışmaları, ideolojik farklılıklara kurban edebilmekteler. Aslında buralar, çözüm üretmek için en güzel buluşma noktalarıdır. Herkesin hiçbir kaygı ve endişeye düşmeden, doğru bildiğini ortaya koyabileceği belkide yegâne yerler sivil toplum kuruluşlarıdır.

Özel sektöre gelince. Onlar, özellikle en büyük müşterileri kamu kurumları olan firmalar, aslında sektör içinde olmaları ve kamudan kaynaklandığını düşündükleri reel sorunlarla doğrudan yüzleşmeleri nedeniyle en kolay kendilerinin çözebilecekleri sorunları, sadece "dile getirip", "gerekli mercilere (kamu kurumlarına) iletip", gereğinin yapılmasını bekliyorlar. Halbuki, birkaç firma bir araya gelip, mevzuat çerçevesine de sadık kalarak bu sorunlara sektörel ortak akıl çerçevesinde çözüm üretseler ve en azından sektör için "de facto" standartlar belirleyerek, "bundan sonra, daha iyisini bulana kadar biz bu standartlarla devam edeceğiz" diyebilseler, "kamu"dan çözmesini bekledikleri sorunları çok daha kolay ortadan kaldırılabileceklerdir. Nitekim, dünyadaki pek çok standart, özel sektörün kaynak ayırması ve bu şekilde işbirliği ile geliştirilmeye başlanmıştır. Ancak, sektörel standartlar, beraberinde daha şeffaf ve zorlayıcı bir rekabeti getirdiğinden, şimdi herkes (en azından sektörün büyük temsilcileri) kendi tasındaki çorba ile yetinip, elimdekenden olurum korkusu ile ziyafetten mahrum kalmayı yeğliyorlar.

Bu arada zaman ilerliyor. Herkes kendince "gereğini yaptığını" ve "çözüm için adım attığını" düşünüyor; ama aslında sadece karanlıkta birbirimize göz kırıyoruz. Ortada hiçbir taraf mutlak suçlu/kabahatli veya kötü niyetli olmadığından, garip bir "görevini yerine getimsizlik" havası herkesin yüzünden okunuyor. Bununla birlikte herkes kendi tamını gö-

rüp diğerinin yarımı ile meşgul oluyor. Bir süre sonra, diğerinin kusuru, kendi faziletimiz sayılmaya başlanıyor ve sonunda, aslı esas çok basit olan bir mesele kişisel ve kurumsal kaptırlara kurban ediliyor. Peki, olan kime oluyor? Olan takıma oluyor, çünkü ha bire gol yiyoruz, geride kalıyoruz, mağlup oluyoruz.

Çözüm takım oyunu

Bu arada yazının başından beri, onun bunun eksikliği ile ve yapılan yanlışlıkların tespiti ile uğraştık. Kimi zaman tespitlerimiz biraz acı (belki de kimilerine göre yanlış) olsa da, niyetimiz yargılamak değil, belki hepimizin öz değerlendirmemizi daha iyi yapabilmemize vesile olmak. Aksi halde, bizler de her karmaşanın vazgeçilmez pasif aktörleri olan "çözüm üretmeden dışarıdan gazel okuyanlar" sınıfına girmiş oluruz ki, bu en son isteyeceğimiz şeydir.

O halde, Türkiye'de dünyadaki başarılı örnekleriyle rekabet edecek, insanımızın yüzünü güldürecek bir e-Sağlık çalışması için, acizane bir "birlikte çalışma" modeli önermeliyiz.

Dediğimiz gibi, karmaşanın ilk kısmı, yani neler yapılması gerektiği, nasıl, hangi sırayla ve hangi standartlara göre yapılacağı konusunda üç aşağı beş yukarı bir mutabakat vardır. Geriye, bunları, birbirimizi beklemeden, ama belki bir organizasyon içerisinde seri ve paralel nizamda yerine getirmeye başlamak kalıyor. Elimizdeki imkanları doğru kullanım yeter.

Bu arada, yapılan işlerin tekrar yapılmaması, çözülen bir sorunun yeniden çözülmemesi için de ortak akıl ve eşgüdüm sağlayacak mekanizmaları güçlendirmek lazım. Bütün bunlar için, herkese iş ve görev düşüyor.

Çözüm iyi bir takım oyunu... Kimi zaman kendisi de oyuna katılsa da, Devlet, esas itibarıyla takımın teknik direktörü konumunda olmalıdır. Sahaya sadece idmanlarda çıkmalı, oyunda yer almamalıdır. O yüzden devlet, yakın-orta-uzun vadeli hedefleri ile ilgili daha paylaşımcı, teknik ve taktik açıdan daha çok yön gösterici ve sektörün sorunlarını daha yakından dinleyici olabilir.

Sivil toplum kuruluşları, sahip oldukları platformları, sektöre ilgili en önemli buluşma noktası haline getirecek sinerjiyi oluşturmaya çalışmalı, e-Sağlık alanında dünyada olup bitenleri ve standartları yaygın hale getirmek için daha çok gayret etmelidir. Hatta öyle ki,

Özel sektör ise, doğrudan sahada top koşturan, terleyen oyuncular. Bu oyuncular, elbette teknik taktik bilgiyi hocalarından beklerler; ama pası da onun atmasını beklerlerse oyun kilitlenir. Sektör, birbiri ile rakip olduğunu düşünerek kendi kalesine gol atmaktan vazgeçer, sadece daha iyi bir oyuncu olmak için birbiri ile rekabet etmeye çalışırsa, oyunun ve oyuncuların kalitesi artacaktır.

taktik kararların alınmasında önemli bir rol oynayabilmelidir. Bugün dünyada bırakın sadece e-Sağlık alanını, hemen her alanda sivil toplum kuruluşlarının sektörlerle dair tuttukları nabız, karar vericiler için en önemli göstergelerden biri haline gelmiştir.

Özel sektör ise, doğrudan sahada top koşturan, terleyen oyuncular. Bu oyuncular, elbette teknik taktik bilgiyi hocalarından beklerler; ama pası da onun atmasını beklerlerse oyun kilitlenir. Sektör, birbiri ile rakip olduğunu düşünerek kendi kalesine gol atmaktan vazgeçer, sadece daha iyi bir oyuncu olmak için birbiri ile rekabet etmeye çalışırsa, oyunun ve oyuncuların kalitesi artacaktır.

Sonuçta, sektördeki bütün aktörlere lazım olan "takım ruhu"dur. Takım ruhu ile oynanan oyunda, herkes kendine düşen görevi en iyi şekilde idrak eder ve yerine getirir. Başkasının bir eksikliği olursa bunu derhal telafi etmeye, kaybedildikten sonra yeniden kazanmaya çalışır. Bütün bunları yaparken hiçbir zaman oyun disiplininin uzaklaşmaz ve ferdi oyuna kaçmaz. Başarılarından dolayı kendisi alkışlansa da takımının formasını öper, başarıyı arkadaşları ile kutlar.

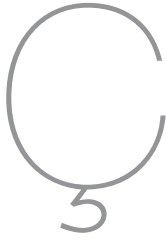
İşte e-Sağlık'ta başarının ve galibiyetin formülü budur. Önümüzdeki yıllarda, "birlikte çalışabilirlik" konusunda tüm aktörlerle daha çok birlikte çalışabilmek temenisıyla...

Küreselleşme ve sağlık ilişkileri

Prof. Dr. Osman Hayran



Afyon'da 1954 yılında doğan Osman Hayran, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitenin Toplum Hekimliği Enstitüsünde Halk Sağlığı ihtisası yaptı. İhtisas sonrası zorunlu hizmetini Kocaeli ilinde Sağlık Müdürlüğünde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nün Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları proje ofisinin direktörlüğünü yaptıktan sonra Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren Prof.Dr.Osman Hayran halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.



Ok farklı açılardan ele alınmakla birlikte, kavram olarak küreselleşme, bilginin, malların, sermayenin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır tanımaksızın dolaşması, yayılması anlamına gelmektedir (Daulaire,1999).

Başka bir tanıma göre küreselleşme, zaman, mekan ve düşünce açısından var olan sınırların kalkması ile günlük hayatın her alanında insan ilişki ve etkileşimlerinin yoğunlaşması sürecidir (Lee, 2003).

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde ortaya çıkan bu kavram, Sovyetler Birliği'nin dağılması, Uzakdoğu ekonomilerinin akıl almaz gelişmeleri ve Avrupa'nın bütünleşme sürecine denk düşmektedir. Bu süreçler sonucu uluslararası ticaret ve ekonomik olaylar şekil değiştirmeye, gene aynı dönemde, bilgi teknolojilerinde ve iletişimde ortaya çıkan hızlı gelişmeler insanlar ve ülkeler arası sınırları zorlamaya başlamıştır. Yani bir yandan sermaye, mallar ve insanlar sınır tanımaksızın dolaşmaya başlarken diğer yandan da bilgiler, düşünceler, değerler arasındaki sınırlar kalkmaya başlamıştır.

Küreselleşme kavramının çıkış noktası her ne kadar "tek bir dünya ekonomisi" ise de sonuçları itibarıyla üç farklı boyutunun göz önünde tutulması gerekmektedir (Lee, 2000):

Mekan kavramımız değişmektedir:

Hızlı ulaşım araçlarının gelişimi ile mesafe kavramı ortadan kalkmış, insan hareketliliği artmıştır. 1950 yılında yılda 2 milyon olan uluslararası yolcu sayısı günümüzde 1.4 milyara çıkmıştır. Artık "memleketinden uzaklaşmak", "gurbete gitmek" gibi kavramlar önemini yitirmiş, yabancı bir ülkeye seyahat etmek pek çok insan için sıradan bir iş haline gelmiştir.



Zaman kavramımız değişmektedir:

Hızla gelişen iletişim teknolojileri sayesinde postadan mektup bekleme dönemi kapanmış, e-posta sayesinde dünyanın dört bir yanı ile dakikalar içerisinde haberleşmek, uydu alıcıları ve internet ile her tarafı izleyebilmek olanaklı hale gelmiştir. Olayları izlemek için günlük gazeteleri beklemek yerine, cep telefonundan anlık haberlere ulaşmak, olup biten her şeyi anında öğrenmek mümkün hale gelmiş, iletişim teknolojileri hayatın akışını hızlandırmışlardır.

Kültürümüz, değerlerimiz, yaşam ve düşünce biçimimiz değişmektedir:

İnsan ilişkilerinin yoğunlaşması sonucu dünyanın herhangi bir yerinde üretilen bir ürünü başka bir yerinde bulabilmek mümkün olduğu gibi herhangi bir yerdeki kültürü, ortaya çıkan yeni düşünceleri, değerleri tanımak ve bunlardan etkilenmek de daha kolay hale gelmiştir.

Böyle bir olgunun sağlık üzerine etkilerinin olması kaçınılmazdır. Hatta, biraz daha geriye giderek, sağlık alanında küreselleşmenin tarihini Amerika kıtasının keşfine dayandıran görüşlere göre, Amerika kıtası yerlileri kızamıkçık, kızamık, sarı humma gibi hastalıklar ve ateşli silahlar, şiddet kullanımı gibi olaylar ile bu keşiften sonra tanışmış, küreselleşmenin sonuçları ilk kez o dönemde ortaya çıkmaya başlamıştır.

Küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkilerini farklı açılardan ele almak gerekir:

• Ekonomide küreselleşme ve eşitsizlikler

Son yıllarda Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) önerilerine uygun olarak, özellikle gelişmekte olan ülke ekonomilerinde izlenen liberalleşme politikaları sonucunda, uluslararası ticaret konusundaki engeller azalmış, sermayenin sınırlar ötesi hareketliliği hız kazanmıştır. Sadece 1990-1999 yılları arasında uluslararası ticaret hacmi her yıl ortalama %8.6 oranında büyümüştür (Woodward, Drager ve diğ., 2001). Daha ziyade şirket satın almalar, özelleştirmeler ve emek yoğun iş kollarının ihracı şeklinde gelişen bu büyümenin, gerek ülkeler arasındaki, gerekse ülkelerin kendi içindeki gelir dağılımına olumlu katkı yapması beklenmişse de bunun gerçekleştiğini söylemek mümkün değildir. Bazı istisnalar dışında, tersine son yirmi yılda ekonomide liberalleşme programı uygulayan ülkelerden özellikle eski Sov-

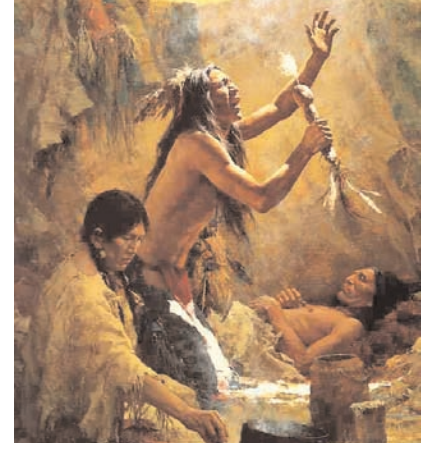
yet Cumhuriyetleri, Latin Amerika ülkeleri, Güney ve Güney-doğu Asya ülkelerinin çoğunda gelir dağılımı bozulmuş ve toplum içerisindeki ekonomik eşitsizlikler artmıştır (Taylor, 2000; Cornia, 2001).

Neoliberal ekonomi politikalarının temelinde yatan mantığa göre ekonomideki sorunların, enflasyonun, verimsizliğin başlıca nedeni devletin aşırı müdahaleciliğidir ve verimlilik ile büyümenin gerçekleşmesi için ekonomide pazar mekanizmasının "görünmez eli" hakim kılınmalıdır (Smith, 1999). Bu mantık, özelleştirme, devletin küçülmesi, yabancı sermayenin öneminin artması sonucunu doğurmaktadır. Nitekim gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de son yıllarda yoğun bir özelleştirme, devletin küçültülmesi ve yabancı sermayeyi davet çabaları sürmektedir.

Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azalması, koruyucu hizmetlerin sahihsiz kalmasına, özel sektöre bırakılan tedavi edici hizmetlerin bedelinin artması sonucuna yol açmakta, bundan da en çok toplumun yoksul kesimleri zarar görmektedir. Üstelik ekonomideki küreselleşme nedeniyle işsizliğin, dolayısıyla yoksulluğun artması da söz konusudur. Zaten her türlü sağlık sorunu açısından risk altında olan yoksullar, ülkedeki zenginlerin uluslararası kalitede hizmete ulaşması uğruna daha da sağlıksız olma riski ile karşı karşıyadır. Öte yandan çok uluslu ilaç şirketleri ile tüm ülkelerde egemen olan batı tıbbi uygulamalar, sağlığın popüler ve folklorik sektörünü ortadan kaldırmakta, yerine yeni bir seçenek de sunmamaktadır.

Küreselleşme ile zengin-yoksul arasındaki fark hızla açılmakta uçuruma dönüşmektedir. Dünya nüfusunun en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'ye olan oranı 1827 yılında 3 iken, 1960 yılında 30, 1990 yılında 60, 1997 yılında 76 kata çıkmıştır ve bu şekilde giderse 2020 yılında 120 kata çıkacaktır (Bezruchka, 2000). Bu dengesizlik zengin ve yoksul ülkeler arasında olduğu gibi aynı ülkenin zengin ve yoksul kesimleri arasında da söz konusudur.

Yoksulluk ile sağlık arasındaki ilişki çok iyi bilinen bir ilişkidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) 2004 yılı Dünya Sağlık Raporuna göre Sahra-altı Afrika ülkelerindeki 5 yaş altı ölüm hızları sanayileşmiş ülkelerdekine göre 1960 yılında 6.7 katı iken, 1990 yılında 18 katına, 2002 yılında ise 24.9 kata çıkmıştır. Gene Afrika'daki ana



Sağlık alanında küreselleşmenin tarihini Amerika kıtasının keşfine dayandıran görüşlere göre, Amerika kıtası yerlileri kızamıkçık, kızamık, sarı humma gibi hastalıklar ve ateşli silahlar, şiddet kullanımı gibi olaylar ile bu keşiften sonra tanışmış, küreselleşmenin sonuçları ilk kez o dönemde ortaya çıkmaya başlamıştır.

ölümleri Avrupa'nın 16 katıdır. Afrika'da 15-59 yaş grubundaki ölümler bile Avrupa'dakinin 4.5 katıdır (WHO, 2004). Kıtalar arasındaki bu eşitsizlik bir ülkenin içindeki farklı gelir grupları için de söz konusudur. Örneğin, ölüm oranlarının çok yüksek olduğu Afrika ülkelerinde de, düşük olduğu Latin Amerika ülkelerinde de, yoksullar zenginlerden daha yüksek oranda ölmektedir (WHO, 2000:5).

Son yıllarda bireysel risk faktörlerinden bağımsız olarak en zengin kesim ile en yoksul kesim arasındaki ekonomik farkın önemli bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanılıp kullanılamayacağı tartışılmaktadır. Gelir dağılımındaki dengesizliklerin sağlık düzeyine olumsuz etkileri olduğu görüşü, pek çok örnek ile desteklenen ve yaygın kabul gören görüş olmasına rağmen (Berzchuska, 2002), bu görüşü bilimsel açıdan yeterli bulmayan, gelir düzeyinden çok eğitim düzeyinin etkili olduğunu savunan görüşler de vardır (Mackenbach, 2002).

• Bulaşıcı hastalıkların yayılımı: Güneyden Kuzeye, Doğudan Batıya yayılan tehlike

Son yirmi beş yılda, daha önce kontrol altına alındığı sanılan ve genellikle yoksul kesimlerin hastalığı oldukları için sürekli ihmal edilen Tüberküloz, Sıtma, Kolerla başta olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalıkta aşırı bir artış söz konusudur. Bunların yanı sıra aynı dönemde, daha önce bilinmeyen AIDS, Ebola, Hepatit C, SARS gibi salgınlar yapan ve geniş insan kitlelerini tehdit eden yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmıştır. Üs-



Tıp teknolojisinde ve bilgidaki tüm bu küresel gelişmeler birlikte ele alındığında, bir yandan bilgiye ve teknolojiye ulaşmak kolaylaşırken bir yandan da bilgi ve sağlık teknolojisinin hiçbir dönemde olmadığı kadar tekelleşmekte olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Ve tüm bu değişimler bilginin ve teknolojinin kullanımı konusunda yeni düzenlemeleri zorunlu kılmaktadır.

telik yeniden hortlayan Tüberküloz ve Sıtma etkenleri ilaçlara karşı dirençli etkenlerdir. Artan insan trafiği ve hızlı ulaşım ile bunların sınır tanımadan yayılması söz konusudur. Örneğin, insanlık tarihinde grip salgınları hiç son yıllardaki kadar önemli hale gelmemiştir. Etkenin ilk izole edildiği yer ile anılan bu salgınlar (Şanghay, Hong-Kong, Sidney, gibi) Asya'nın bir köşesinde ortaya çıktıktan kısa süre sonra dünyanın geri kalan kısmına yayılabilmektedir.

Yakın dönemde önce uzak doğudaki katınatlı hayvanlarda öldürücü salgınlar yapan ve insana da geçen "kuş gribi" kısa sürede göçmen kuşların yolu üzerindeki tüm ülkelere yayılmış ve insanlar arasında yayılma olasılığı tartışılmaya başlanmıştır. Alınan önlemlerle hastalık her yerde kısa sürede kontrol altına alınmış ve insanlar arasında olası bir pandemi şimdilik önlenmiştir. Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında gelişen küresel ilişkilerin rolü fazla olmakla birlikte, yine aynı nedenle kontrol altına alınmaları çok daha olanaklı hale gelmiştir. Dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan yeni bir hastalık kısa sürede saptanarak, gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojileri ile tüm ülkelere duyurulabilmekte, edinilen bilgi ve deneyimler aynı yolla hızlı bir biçimde paylaşılabilmektedir.

Son yıllarda bazı bulaşıcı hastalıklardan ölümler ile bu hastalıkların topluma getirdiği yükteki artış Tablo 1'de görüldüğü gibi

dir. Tabloda yer alan yüzdelerdeki artışlar küçük gibi görünse de "n"ler dikkate alındığında artışın hayli önemli olduğu ortaya çıkacaktır.

Tablo :1 Çeşitli bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranları ve bu hastalıkların topluma getirdiği yük (WHO, 2004; WHO, 1999)

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış: Kuzeyden Güneye, Batıdan Doğuya yayılan tehlike

Küreselleşme ile birlikte yaygınlaşan batılı yaşam şekli, beslenme biçimi, alkol-sigara ve uyuşturucu kullanımı, beslenme ve endokrin sistemi bozukluklarına, depresyon başta olmak üzere bazı nöropsikiyatrik hastalıklara, diyabete ve siddete bağlı yaralanma ve ölümlerde artışa neden olmaktadır.

Örneğin, küresel endüstri için tipik bir örnek olan tütün endüstrisinin yıllık cirosu 400 milyar ABD doları olup, tüm ülkeleri ekonomik açıdan etkileyecek güçte ve denetimi çok uluslu birkaç şirketin elindedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada en az bir milyar kişi sigara içmektedir ve bunların da en az yarısı bu alışkanlığı yüzünden ölecektir. Halen yılda 3.5 milyon ölümden sorumlu tutulan sigaranın 2030 yılında 10 milyon ölüme neden olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 1998).

Otuz yedi ülkeyi kapsayan bir araştırmanın sonuçlarına göre sigaranın bu ülkelerde neden olduğu ölümler, uluslararası terörizmin neden olduğu ölümlerin 5700 katıdır. Başka bir hesaba göre, sigara, bu ülkelerde her 14 saatte bir 11 Eylül'deki ikiz kuleler saldırısının sonuçlarına benzer katliama neden olmaktadır (Thomson ve Wilson, 2005).

Sigara karşıtı kampanyalara ve yasal düzenlemelere rağmen bu küresel salgın sürmekte, hedef gruplara ulaşmak için çeşitli küresel sportif faaliyetleri reklam aracı olarak kullanılmaktadır. Üstelik bu salgının yayıldığı yerler az gelişmiş ülkeler ile toplumların yoksul kesimleridir.

Atıştırmacı (fast-food) şeklindeki yeme biçiminin yaygınlaşması, yağdan ve şekerden zengin, bol katkı maddeli yiyecek maddeleri tüketiminin artması ve insanların evlerinde yüzlerce TV kanalı karşısında hareketsiz bir hayata alışması sonucunda, başta kalp-damar hastalıkları ve diyabet açısından önemli bir risk faktörü olan obezite hızla artmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar halen gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %60, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise %30'undan sorumlu olup, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlı bir artış söz konusudur (Lee, 2001). Bulaşıcı olmayan bazı hastalıklardan ölümler ile hastalıkların topluma getirdiği yükteki artışa ilişkin 1998, 2002 yıllarına ilişkin bazı istatistikler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo: 2 Çeşitli bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranları ve bu hastalıkların topluma getirdiği yük (WHO, 2004;WHO, 1999)

• Çevrenin kirlenmesi

Ekonomik küreselleşmenin en önemli sonuçlarından birisi tüketicinin artmasıdır. Tüketicinin teşvik edilmesi ile birlikte doğal kaynaklar hızla azalmakta, atıkların saklanması ve yok edilmesi önemli bir sorun haline gelmektedir.

İnsanlar son 30 yılda doğal hayatın %33'ünü tahrip etmişlerdir. Bu süre içerisinde tatlı sulardaki canlı türlerinde %50, tuzlu sulardaki canlı türlerinde %35, ormanlık alanlardaki canlı türlerinde %12 kayıp oluşmuştur (World Wildlife Fund, 2000). Klorlu fluoro karbonların denetimsiz kullanımı nedeniyle ozon tabakası incelmıştır. Buna bağlı olarak özellikle kentsel kesimlerde akciğer enfeksiyonlarının, cilt kanserleri ve kataraktın artması söz konusudur.

Atmosfere yayılan gazlar ve kirlilik nedeniyle önümüzdeki yüzyılda küresel sıcaklıkta 1-3 derecelik artış beklenmektedir (McMichael, 1995). Bunun sonucunda iklimin değişmesi, başta sıtma olmak üzere bazı tropikal hastalıkların daha geniş coğrafi alanlara yayılması söz konusu olacaktır.

Artan turistik faaliyetler pek çok bulaşıcı hastalığın ülkeler, hatta kıtalar arası yayılımını kolaylaştırmaktadır.

Nehirlere ve su havzalarına kontrolsüzce atılan toksik maddeler nedeniyle temiz su kaynaklarının azalıyor olması bulaşıcı hastalıkları tehdit haline getiren bir başka küresel çevre sağlığı sorunudur.

Öte yandan, küreselleşme ile birlikte çevreci akımlar da yaygınlaşmıştır. Çevrenin korunması ve gelecek kuşaklara devredilecek olan bir emanet olarak algılanması görüşleri kitle iletişim araçları sayesinde tüm dünyada taraftar bulmaktadır. Her ül-

kede yandaşı olan küresel çevreci örgütler sayesinde çevrenin tahribine karşı toplumsal duyarlılık artmıştır. Bugün için sanayileşmiş ülkelerde, daha fazla kazanç için çevrecilerin onaylamadığı işleri yapmak hayli güç hale gelmiştir.

- **Besin ve su güvenliği**

Bir yandan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, diğer yandan uluslararası ticaretin serbestleşmesi ve yaygınlaşmasına bağlı olarak besin çeşitliliği ve her türlü besine ulaşılabilme olanağı artmıştır. Artık mevsim ne olursa olsun her türlü sebze ve meyveyi pazarda her an bulmak mümkündür. Dünyanın herhangi bir yerinde üretilen besin maddelerini en taze haliyle dev supermarketlerde bulmak kolaylaşmıştır. Serbest ticaret ve besin endüstrisinin küreselleşmesi bir yandan besin çeşitliliğini artırırken bir yandan da ülkelerin birbirine bağımlılığını pekiştirmekte, kendi kendine yetebilme yeteneğini geri plana itmektedir.

Daha az araziden daha fazla tarım ürünü elde etmek, elde edilen ürünü bozulmadan, en iyi koşullarda tüketiciye ulaştırmak, ihtiyaç fazlası ürünü işleyerek değerlendirmek, uygun koşullarda saklamak amacıyla geliştirilen ve toplum beslenmesi açısından yararlı olan yeni yöntemler, yeni besin güvenliği sorunlarına neden olmaktadır. Besinlere eklenen hormonlar, bozulmalarını önleyici, kıvamlarını artırıcı, koku ve renk verici çeşitli kimyasal maddeler, genetik yapısı ile oynanmış besinler, etkili bir denetim olmadığı takdirde insan sağlığını ciddi biçimde tehdit eder hale gelmiştir. Öte yandan dünyanın gelişmiş bölgelerindeki insanlar bu tür besin güvenliği sorunlarını tartışırken, Sahra Altı Afrika gibi dünyanın adeta unutulmuş olan başka yerlerindeki insanların da açlıktan ölüyor olması küreselleşmenin en önemli gelişmelerinden biridir.

İnsan hayatı ve sağlığı için vazgeçilmez temel madde olan suyun yeterliliği ve güvenliği giderek daha fazla tartışılan konulardan biridir. Neoliberal ekonomik politikalar suyun özelleşmesini, rekabet sayesinde daha ucuz ve daha kaliteli suya ulaşma imkanlarının artacağını öngörmekle birlikte, su güvenliği konusunun serbest piyasa koşullarına terk edilemeyecek kadar hayati önem taşıdığı da vurgulanmaktadır (Glick, 2002). Öte yandan, küresel ilişkilerin ve ticaretin artması, "suların sanal ticareti" kavramını ortaya çıkarmıştır. Bir besin maddesinin tüketime hazır hale getirilene ka-

dar değişik aşamalarda neden olduğu su tüketimi, şeklinde özetlenebilecek olan bu kavram giderek önem kazanmaktadır. Ülkeler arasındaki tarım ve hayvancılık alanında yapılan ticaretin kapsadığı "sanal su ticareti"nin boyutunun yılda 1400 milyar metreküpün üzerinde olduğu ifade edilmektedir (Hoekstra, 2004). Hızlı nüfus artışı, çevre sorunlarının fazlalığı dikkate alındığında suyun yakın bir gelecekte önemli bir stratejik madde haline geleceği sanılmaktadır.

- **İlaç endüstrisinin küreselleşmesi**

Neredeyse tamamen gelişmiş ülkelerin tekelinde olan ilaç endüstrisi araştırma-geliştirme faaliyetleri için büyük yatırımlar yapıldığı bir endüstridir. Bunun doğal sonucu olarak yeni geliştirilen ilaçlar konusunda patent hakkının sıkı denetimi gündeme gelmektedir. Uluslararası patent haklarını koruyan yasalara göre yeni geliştirilen bir ilacın üretim hakkı 20 yıl süre ile patent sahibine ait olmakta ve bu süre boyunca tekel konumuna gelmesine olanak tanımaktadır. Bu durum, ekonomilerinin ve yerli ilaç endüstrilerinin güçsüzlüğü nedeniyle zaten araştırma-geliştirme çalışması yapamayan yoksul ülkelerin ilaç konusunda zenginlere daha çok bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır.

İlaç endüstrisindeki gelişmeler ve küreselleşme gelişmiş ülke insanlarına daha etkin ve daha güvenilir yeni ilaçları sunarken, yoksul ülke insanların yetersiz kaynakları nedeniyle temel ilaçlardan mahrum kalması söz konusudur. Örneğin, sıtma nedeniyle her 30 saniyede, bir Afrikalı çocuk ölmekte iken, bu hastalıkla mücadele için kullanılan temel ilaç (chloroquine) 1934 yılında geliştirilmiş bir ilaç olup o günden beri bu alanda önemli bir gelişme sağlanmamıştır. 1975 ile 1997 yılları arasında piyasaya çıkan 1223 adet yeni ilacın sadece 13'ü yaygın olan tropikal hastalıkların tedavisi içindir ve ilaç endüstrisinin yaptığı toplam harcamaların sadece %8'i nüfusun %75'inin yaşadığı gelişmekte olan ülke insanlarını tehdit eden sağlık sorunlarına yöneliktir (Ancian, 2003). Nitekim daha şimdiden, temel ilaçların sağlanması konusunda uluslararası gönüllü kuruluşlar ile bazı ilaç firmaları tarafından yoksul ülkelere düzenli yardımlar yapılmaktadır. Ancak bunun sonsuza kadar süreceğini söylemek de pek gerçekçi değildir.



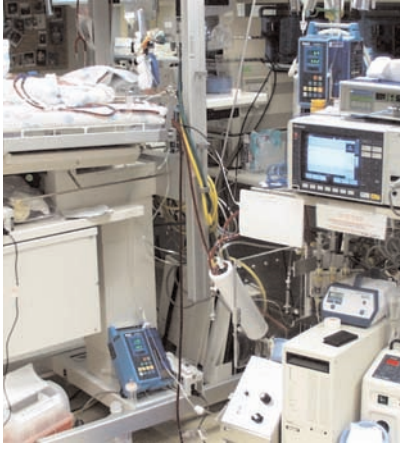
Küreselleşme ile birlikte yaygınlaşan batılı yaşam şekli, beslenme biçimi, alkol-sigara ve uyuşturucu kullanımı, beslenme ve endokrin sistemi bozukluklarına, depresyon başta olmak üzere bazı nöropsikiyatrik hastalıklara, diyabete ve şiddete bağlı yaralanma ve ölümlerde artışa neden olmaktadır.

- **Silahlı çatışmalar, şiddet**

Küreselleşmenin en belirgin sonuçlarından birisi "ulus devlet" kavramının ortadan kalkıyor olmasıdır. Bu durum yerel etnik gruplar arasında milliyetçilik hareketlerinin artışı ile paralel gitmektedir. Başka bir deyişle bir yandan coğrafi ve politik sınırlar ortadan kalkarken, bir yandan da yerel etnik grupların kimlik arayışı ve bağımsızlık talepleri gündeme gelmektedir. Bunun doğal sonucu olarak son yıllarda Balkanlar, Kafkaslar ve Ortadoğu başta olmak üzere çok sayıda silahlı çatışma yaşanmıştır ve yaşanmaktadır.

Diğer yandan "terör" ve terörle mücadele şekli değiştirmektedir. Özellikle New York'taki ikiz kuleler saldırısından sonra Afganistan ve Irak'a yapılan müdahaleler ve çeşitli ülkelere ortaya çıkan bombalama eylemleri adeta yeni bir savaş türünü başlatmıştır. Yeni savaşın teröristleri, başta bilgi ve iletişim teknolojileri olmak üzere, küreselleşmenin araçlarından sonuna kadar yararlanmakta, hangi ülkeye ait olduğu bile belli olmayan yeni küresel terör örgütleri dünyanın her yerinde terör estirilebileceğinin örneklerini sergilemektedir. Buna tepki gösteren ya da bunu fırsat bilen emperyalist devletler ise, güç alanlarını genişletmek için başka ülkeleri işgal edebilmekte, her türlü insan hak ve özgürlüklerini bir çırpıda askıya alabilmektedir.

Halen milyonlarca insan savaş ve silahlı çatışmalar nedeniyle göçmen konumundadır. Bunların sağlık sorunları yerleşik insanlara kıyasla çok daha büyük boyutlar-



Halk sağılığı alanında uluslararası düzenlemeler yapılırken artık Dünya Bankası, IMF ve Dünya Ticaret Örgütü'nün, Dünya Sağlık Örgütü'nden daha belirleyici olduğu dikkati çekmektedir (Fidler, 2002).

da olup, bu gidişle artmaya da devam edecektir.

• Tıp teknolojisinde ve tıp bilgilerinde gelişmeler

Bilgi teknolojilerinin, internetin tıpta kullanımının artması ile birlikte, gerek profesyonellerin, gerekse sıradan insanların sağılıkla ilgili yeni bilgilere ve hizmetlere ulaşması kolaylaşmıştır. Bu durumun olumlu ve olumsuz bir dizi sonuca yol açması söz konusudur. Teletıp ve robotik tıp uygulamaları gibi gelişmeler ile gelişmemiş bir bölgeye en gelişmiş bilgi ve uygulamaları ulaştırmak olanaklı hale gelmiş, uzaktan eğitim ve konsültasyon giderek daha yoğun bir şekilde kullanılmaya başlamıştır.

İnternet sayesinde kendi kendine bakım, evde bakım uygulamalarının artması söz konusudur. Ancak, gene internet sayesinde, şarlatanlık kabul edilen tıp dışı uygulamaların yaygınlaşması, yasadışı denetimsiz ilaç satışlarının artması da mümkün hale gelmektedir.

Batı tıbbi uygulamalarının yaygınlaşması zaman içerisinde geleneksel uygulamaları ortadan kaldırarak toplumların sağılık kültürünü önemli ölçüde değiştirmektedir. Olumlu gibi görünen bu sonuç, özellikle az gelişmiş bölge ve toplumlarda geleneksel uygulamaların yerine, ulaşılabilir ve etkin bir sağılık hizmetinin konulmaması halinde, yoksulların hastalık karşısındaki çaresizliklerini bir kat daha arttıracaktır.

Genetik teknolojilerdeki hızlı gelişmeler sayesinde insanlık lehine çok önemli bazı yararlar sağlanmış gibi görünse de, elde edilen bu küresel gelişmeden gelişmiş ülkeler ile toplumların zengin kesimlerinin daha fazla yararlandığı ve eşitsizliklerin artmakta

olduğu ortadadır. Bazı hastalıklara ilişkin olarak elde edilen genetik bilgilerin patentinin alınması ve çok uluslu şirketlerin denetimine geçmesi bunun tipik bir göstergesidir.

Tıp teknolojisinde ve bilgideki tüm bu küresel gelişmeler birlikte ele alındığında, bir yandan bilgiye ve teknolojiye ulaşmak kolaylaşırken bir yandan da bilgi ve sağılık teknolojisinin hiçbir dönemde olmadığı kadar tekelleşmekte olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Ve tüm bu değişimler bilginin ve teknolojinin kullanımı konusunda yeni düzenlemeleri zorunlu kılmaktadır.

• Sağlık politikalarının ve hizmetlerinin küreselleşmesi

Neoliberal politikalara paralel olarak devletin sağılık hizmetleri sunumundaki rolü giderek azalmakta, hizmet sunumu ve finansmanından ziyade düzenleyici rolü ön plana çıkmaktadır. Sağılık alanında kamu-özel sektör işbirliği hızla gelişmekte, pek çok sağılık hizmeti tamamen özel sektöre ve piyasa dinamiklerine bırakılmaktadır. Halk sağılığı alanında uluslararası düzenlemeler yapılırken artık Dünya Bankası, IMF ve Dünya Ticaret Örgütü'nün, Dünya Sağlık Örgütü'nden daha belirleyici olduğu dikkati çekmektedir (Fidler, 2002). Gelişmiş ülkelerde demografik yapının değişerek yaşlı nüfusun artması, hasta beklentilerinin değişmesi, yeni tıp teknolojilerinin kullanıma girmesi gibi nedenlerle sağılık sektörü sürekli büyümekte ve sağılık harcamaları hızla artmaktadır. İnsan hareketliliğinin artması ile birlikte, bireylere sağlanan sağılık güvencesi ve sunulacak sağılık hizmetinin dünyanın her yerinde geçerli olması gündeme gelmektedir. Hizmetlerde verimlilik, kalite ve rekabeti hedef alan yeni tür sağılık hizmetlerinde, devletin yerini özel sektör kuruluşları ile sigorta şirketlerinin aldığı görülmektedir.

Ne var ki tüm bu gelişmelerin ve yeni sağılık politikalarının toplumların sağılığı üzerinde her zaman olumlu etki yaptığını söylemek mümkün değildir. Tüm dünyada doğumda yaşam beklentisinin ortalama olarak artıyor olması, eskiden tedavi edilemeyen hastalıkların tedavi edilebilir hale gelmesi tabii ki olumlu gelişmelerdir. Ancak, dünya nüfusunun büyük bir kısmı hala açlıkla ve yetersiz beslenme sorunlarıyla boğuşmakta, temel sağılık hizmetleri ile önlenilecek bulaşıcı hastalıklardan dolayı pisi pisine ölmektedir. Gelişmiş ülkelerde bi-

le sağılık piyasasında yavaş yavaş devletin yerini alan özel kuruluşlar ve sigorta şirketleri, insanların ihtiyaçlarına göre değil, ödedikleri primlere ve harcadıkları paraya göre hizmet verdiğinden sağılık alanında eşitsizlikler hızla artmaktadır.

• Toplumsal ve kültürel değişimler

Uluslararası sermaye ve küresel yatırımlar ucuz işgücü aramaktadır. Bu nedenle de, gelişmiş ülkeler, özellikle yoğun emek gerektiren üretim işleri için az gelişmiş ülkelere tercih etmektedirler. Buralara yapılan yatırımlar kırdan kente göçü hızlandırmakta, mega-kentler ortaya çıkmaktadır. Genellikle altyapı hizmetlerinin yetersiz olduğu mega-kentlerde fiziksel çevrenin kirliliğinden kaynaklanan her türlü sağılık riskinin yanı sıra, kültürel kirlenme de söz konusu olmaktadır. Köyden kente gelen kişi geleneksel aile yapısını ve toplumsal değerlerini terketmekte, ancak bu değerlerin yerine yenilerini kısa sürede koymadığından yozlaşma ve yalnızlıkla baş başa kalmaktadır.

Ülkemizdeki büyük kentlerin varoşlarında ortaya çıkan arabesk kültür ile tinerci gençler sorunu bu değişimin tipik örnekleridir. Bu yozlaşma, gençlerin çocuk denecek yaşta uyuşturucu ve madde bağımlılığına, seks ticaretine yönelmesine neden olmaktadır. Tüm bunların doğal sonucu olarak da, bir yandan olumsuz konut ve beslenme koşullarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıklar, bir yandan da alkol-madde bağımlılığı, ruhsal sorunlar ve cinsel temasla bulaşan hastalıklarda artış olması kaçınılmazdır ve öyle olmaktadır.

Küreselleşmenin, toplumlar içindeki bu etkilerinin yanı sıra toplumlar ve kültürler arası etkileri de söz konusudur. Savaşlar ve ekonomik nedenlerle kendi ülkesi dışında "göçmen" olarak yaşamak zorunda olan çok sayıda insana ek olarak, her gün yüz binlerce insan ülke sınırlarını geçerek seyahat etmektedir. Ağırlıklı olarak turizm, eğitim, ticaret ve kültürel amaçlı olan bu hareketlilik, bir yandan bulaşıcı hastalıkların yayılımını kolaylaştırırken bir yandan da kültürel alış veriş, sosyal etkileşimi ve toplumsal değişimi hızlandırmaktadır. Hareketlilikten uzak olan, evinde oturanların bile sayısız TV kanalı ile kültürel açıdan oturdukları yerde kanalize edilmeleri olanaklı hale gelmiştir.



Gelişmiş ülkelerde bile sağlık piyasasında yavaş yavaş devletin yerini alan özel kuruluşlar ve sigorta şirketleri, insanların ihtiyaçlarına göre değil, ödedikleri primlere ve harcadıkları paraya göre hizmet verdiğinden sağlık alanında eşitsizlikler hızla artmaktadır.



Sonuç olarak;

Küreselleşme, sağlık alanında yeni riskler ve fırsatlar getirmektedir. Toplumsal hayatın her alanına olan olumsuz etkileri nedeniyle küreselleşme karşıtı gruplar olduğu gibi, olumlu ve kaçınılmaz sonuçları nedeniyle küreselleşmenin savunucusu kesimler de bulunmaktadır.

Küreselleşme karşıtlarına göre bu kavram, modası geçmiş olan sömürgecilik ve emperyalist kavramların yerine kullanılan bir kavramdır ve en kısa tanımı ile "dünyanın koka kolanizasyonu"dur (Loeb, 1997). Küreselleşme sayesinde sanayileşmiş ülkeler ve uluslararası sermaye bir yandan yeni sömürü düzenini kurarken bir yandan da mal ve insan hareketleri ile, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere, toksik atıklar, her türlü çevresel risklerin (küresel ısınma, ozon tabakasının delinmesi gibi), tütün ve uyuşturucu kullanımı gibi sağlıklı olumsuz yönde etkileyen zararlı etkenlerin sınırlar ötesi yayılımına hız kazandırmakta, sağlık alanında eşitsizliklerin artmasına ve keskinleşmesine neden olmaktadır. Daha önceleri az gelişmiş güney ve doğu ülkelerinin öncelikli sorunları sayılan bulaşıcı hastalıklar artık kuzey ve batı için de tehdit oluşturmakta, kronik hastalıklar ve çevre sorunları ise tam tersine bir yayılım izlemektedir.

Küreselleşmeyi savunanlara göre, bu olgu kaçınılmazdır ve Margaret Thatcher'in deyişi ile "başka alternatif yok"tur. Özellikle serbest piyasa kavramının ortaya çıkışı ve uluslararası ticaretin liberalleşmesi ekonomide hızlı değişimlere yol açmıştır. Dünya Ticaret Örgütü'nün verilerine göre 1950 ile 1997 yılları arasında uluslararası ticaret 14 kat artmıştır (WTO, 2003). Üstelik, sadece mal ve ürünlerin değil, hizmetlerin ticareti de yaygınlaşmıştır. Malların, serma-

yenin ve hizmetlerin sınır tanımadan hızlı dolaşımı, bundan yararlanmak isteyen toplumlara yeni olanaklar sunmaktadır. Bilgi teknolojilerindeki akıl almaz gelişmeler sonucu, bilgi alışverişi, teknoloji transferi, rekabet gibi nedenlerle sağlık alanında olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Günümüzde bilgi, tarihin hiçbir döneminde olmadığı kadar kolay ulaşılır ve paylaşılır hale gelmiştir. Uluslararası baskı ve dağıtım yapan kitap evleri, uzaktan eğitim veren kurumlar, sanal üniversiteler, elektronik kütüphaneler, internetteki arama motorları, cep telefonları sayesinde eğitim ve bilgi hızla küreselleşmektedir. Önemli olan bu değişimleri zamanında fark edip, sağlayabileceği avantajlardan yeterince yararlanabilmektir.

Önlem alınmadığı takdirde, devletin sağlık hizmetlerinden elini çekmeye başlaması ile, pek çok ülkede sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda zaten sıkıntısı olan yoksul kesimlerin, özelleştirilen sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması, işsizlik ve yoksulluğun artışına paralel olarak yaşam koşullarının bozulması ve tüm bunların sonucu olarak çeşitli sağlık sorunlarının artış olması kaçınılmazdır.

Öte yandan, sahneden çekilmekte olan devletin yerini, hızla gelişen gönüllü kuruluşlarının, sivil toplum örgütlerinin almaya başlaması ve örneğin, çevre konusunda duyarlı sivil toplum örgütlerinin çıkışları sayesinde çevresel risklerin daha kontrol edilebilir hale gelmiş olması ya da AIDS eylemcisi grupların baskısı ile ilaç fiyatlarında indirimin sağlanmış olması, umut verici gelişmelerdir.

İnsanlar arası eşitsizliklerin her zaman çatışma ve savaşlar ile sonuçlandığı, her ol-

gunun kendi karşıtını doğurması nedeniyle küreselleşmenin de zaman içerisinde kendi karşıtını doğuracağı ve küreselleşme ne kadar "kaçınılmaz" ise, tüm diğer gelişim ile değişimlerin de o derece "kaçınılmaz" olduğu ortadadır.

Kaynaklar

Ancian J. (2003) *Globalization and health: Fighting against all illnesses, even injustice. Medecins du Monde, Paris.*

Bezruchka S. (2000) *Is globalization dangerous to our health? West J Med, 172:332-4.*

Bezruchka S. (2002) *Hierarchy and health are related. BMJ, 324:978*

Cornia GA. (2001) *Globalization and health: results and options. Bulletin of the World Health Organization, 79:834-841.*

Daulaire N.(1999) *Globalization and health. Development, 42(4): 22-24.*

Fidler D. (2002) *Global health governance: overview of the role of international law in protecting and promoting global public health. London, Centre on Global Change and Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

Gleick PH. (2002) *The world's water 2002 - 2003: the biennial report on freshwater resources. Washington, D.C., Island Press.*

Hoekstra AY. (2004) *Globalisation of water. Presented at Aqua: European citizenship through water. Collegno, Italy, June 9.*

Lee K. (2003) *Globalization and health: an introduction. Palgrave MacMillan: London.*

Lee K. (2000) *Globalization and health policy: a review of the literature and proposed research and policy agenda In: Health Development in the New Global Economy PAHO: Washington.*

Lee K. (2001) *An Overview of Global Health and En-*

vironmental Risks. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/health2/global>.

Loeb K. (1997) Globalization. <http://www.mirror.org/kurt.loeb/globalization.html>.

Mackenbach JP. (2002) Income inequality and population health. *BMJ* 2002; 324: 1-2

McMichael AJ. (1999) Globalization and Health: The Environment. Background paper for WHO Geneva Workshop on Globalization and Health.

Smith D. (1999) What Does Globalization Mean for Health.

<http://maiflora.org/forum/12030>.

Taylor L. (2000) External liberalisation, economic performance and distribution in Latin America and elsewhere. Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 2000 (UNU/WIDER Working Paper No.215).

Thomson G, Wilson N. (2005) Policy lessons from comparing mortality from two global forces: international terrorism and tobacco. *Globalization and Health*, 1:18 doi:10.1186/1744-8603-1-18.

Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. (2001) Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79:875-881.

World Health Organization. (2004) *The World Health Report-2004*, Geneva.

World Health Organization. (2000) *The World Health Report-2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.

World Health Organization. (1999) *The World Health Report-1999: Making a Difference*. Geneva.

World Health Organization. (1998) *Tobacco Free Initiative: Rationale, Update and Progress*, Tobacco Free Initiative, Geneva.

World Wildlife Fund. (2000) *The Living Planet Index*.

World Trade Organization. (2003) *The World Trade Organization in brief*. Geneva.

1 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı



İnsanlar arası eşitsizliklerin her zaman çatışma ve savaşlar ile sonuçlandığı, her olgunun kendi karşıtını doğurması nedeniyle küreselleşmenin de zaman içerisinde kendi karşıtını doğuracağı ve küreselleşme ne kadar "kaçınılmaz" ise, tüm diğer gelişim ile değişimlerin de o derece "kaçınılmaz" olduğu ortadadır.

Tablo 1

Hastalık	Mortalite (Toplam içinde %)		DALY* (Toplam içinde %)	
	1998 (n=53 929 999)	2002 (n=57 029 000)	1998 (n=1 382 564 000)	2002 (n=1 490 126 000)
Tüberküloz	2.8	2.7	2.0	2.3
HIV/AIDS	4.2	4.9	5.1	5.7
Sıtma	2.1	2.2	2.8	3.1
Solunum yolu enfeksiyonları	6.5	6.9	6.2	6.3

* Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Hayat Yılları)

Tablo 2

Hastalık	Mortalite (Toplam içinde %)		DALY* (Toplam içinde %)	
	1998 (n=53 929 999)	2002 (n=57 029 000)	1998 (n=1 382 564 000)	2002 (n=1 490 126 000)
Diabetes mellitus	1.1	1.7	0.8	1.1
Beslenme/endokrin bozukluklar	0.3	0.4	0.4	0.5
Nöropsikiyatrik bozukluklar	1.3	1.9	11.5	13.0
Tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar	58.8	58.8	43.1	46.8

* Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Hayat Yılları)

Kurumsal vizyon ve misyon oluşturma

Osman Alkan



Anadolu Üniversitesi AÖF İşletme Fakültesini bitirdikten sonra Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı ve yine MÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı'nda yüksek lisans yaptı. 1997-2000 yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanı olarak görev yaptı. 1998-2001 arasında Türkiye Üniversiteler Arası Spor Federasyonu yönetim kurulu üyeliğinde bulundu. 2000 yılından bu yana Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde enstitü sekreteri olarak görev yapmaktadır.

Şefik Köprülü



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1980 yılında Kadıköy Anadolu Lisesinden, 1986 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalındaki uzmanlık eğitimini tamamladı. 2003 – 2005 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliğinde master (MBA) yaptı. Halen aynı bölümde doktora ve AÜ İşletme Fakültesi'nde işletme eğitimi devam etmektedir. Yurtiçi ve yurtdışı dergilerde çeşitli konularda 40'in üzerinde makalesi bulunmaktadır. 1994 yılından itibaren katıldığı, hekim ve farklı kademelerde yönetici olarak görev aldığı Universal Hospitals Group bünyesinde çalışmaktadır. GSM: 0532 267 72 26 e-mail: askoprulu@yahoo.com

Her yeni dönem yeni kavramları ve yeni üretim araçlarını gündeme getirmektedir. Tarım toplumunda üretim ve tüketim birlikte yapılırken kas gücü; sanayi toplumunda üretim ve tüketim birbirinden ayrılıp fabrikasyon üretime geçildiğinde buhar gücü; yirminci yüzyılın son çeyreği ile birlikte değişen müşteri taleplerine uygun olarak kişiye özel üretime geçildiğinde ise "Küreselleşme" kavramı döneme damgasını vurmuştur. Küreselleşme kavramının hemen her sektörde yoğun olarak kullanılmasına karşın, sınırları kesin çizgilerle belirlenmiş ve herkesin uzlaştığı bir tanımı mevcut değildir. Her sektör kendi faaliyet alanına uygun olan tanıma vurgu yapmaktadır.¹

Genellikle küreselleşmeden, üretim ve emek süreçlerinden çok sermaye ve finans hareketleri ile ulaşım ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerin dikkate alındığı yeni bir süreç olarak bahsedilmektedir.²

Bu makalede, küreselleşmenin tüm boyutlarının ele alındığı Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu'nun, küreselleşmenin sadece ekonomik boyutunun olmadığı; siyasi, kültürel, çevresel, sosyal ve hukuki boyutlarının da olduğunu vurgulayan tanımı dikkate alınmıştır.

Küreselleşme olgusunun hayatın her alanındaki etkisi, günümüz işletmelerinin daha önce olmadığı kadar hızlı bir değişim sürecine girmelerine neden olmuştur. Örneğin, bir zamanlar asırlar süren her türlü

–teknolojik, ekonomik vs.– köklü değişim sürecinin tamamlanması artık nerede ise birkaç yıl veya ay almaktadır.³ Değişimdeki bu hızlilik, yakın zamana kadar işletmelerde bir fırsat veya tehdit algılaması oluşturmadığı gibi, rekabet ortamında da dikkate alınacak bir olgu değildir. Bugün için ise işletmelerin, değişen müşteri profiline uygun olarak meydana gelen talep değişikliklerini karşılayabilecek ve buna bağlı olarak değişen rekabet koşullarını da sürdürebilir rekabet avantajına dönüştürecek ve değişimin getirdiği belirsizlikleri yönetebilecek bir bakış açısına sahip olmalarını gerektirmektedir.

Bu nedenle küreselleşme ile birlikte meydana gelen hızlı değişimlere işletmelerin



kayıtsız kalması mümkün değildir. Küreselleşme sürecinin hızlanmasıyla, işletmenin faaliyet alanları, rekabet şekilleri, örgütsel yapıları ve yönetim anlayışları değişmeye başlamıştır. Artık sadece ulusal veya bölgesel çevrede gösterilen faaliyetlerin etkisiyle rekabet etmekten, küresel bir pazarda ve küresel rakiplerle rekabet zorunluluğu doğmaktadır.⁴

Dolayısıyla küreselleşme; yeni teknolojiler, yeni yönetim anlayışları, yeni ve yaratıcı fikirlerin bir arada olduğu bir değişim sürecidir. Bu süreç, teknolojinin ve buna paralel iletişim yöntemlerinin gelişmesi ve bilginin kolayca paylaşımıyla çok hızlı olmaktadır ve günümüzde bu hızlık hayatımızın rutin bir parçası haline gelmektedir.

Bu değişim sürecinin etkileri toplum ve toplumu meydana getiren bireylerin de en önemli sorunlarından biri olan sağlık ve sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından da kendini göstermektedir. Ayrıca sağlık kurumlarının da hiç beklenmedik ve önceden tahmin edilemeyen ve görülmeyen fırsat ve tehditlerin bir arada yaşandığı bu sürece hazırlıklı olmaları gerekmektedir.

Değişim ve küreselleşmenin, sağlık alanındaki en önemli etkilerini:

1-Teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık alanındaki gelişmeler ve buna bağlı birçok hastalıkların tedavisinin mümkün hale gelmesi,

2- Sağlık personelinde ve sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalarda görülen talep değişiklikleri,

3- Ulusal ve uluslararası belgelerle güvence altına alınan hasta hakları olarak özetleyebiliriz.

Sağlık kurumlarının bu sorunların üstesinden gelebilmeleri için; teknolojik gelişmeleri yakından takip etmeleri yanında, işletmelerini çağın gerektirdiği değişime uygun dönüşümleri de yapabilmeleri gerekir. Bazı işletmeler kısmi önlemlerle bu dönüşümü başardıklarını düşünmektedirler. Oysa bu düzenlemeler kapsamlı ve radikal çözümler olmadığından işletmeleri geleceğe taşıyamadığı gibi mevcut durumlarını da tehlikeye düşürmektedir.

Diğer bir deyişle, değişen dünya şartları, artık hiçbir şeyin eskisi gibi olmadığını ve olmayacağını göstermektedir. Bu değişime, yönetimlerin ayak uydurabilmeleri ve yo-

ğun rekabet koşullarında rekabet üstünlüğünü ele geçirmeleri ve bunun sonucunda var olabilmeleri için eski yönetim anlayışındaki yöntem ve ilkeleri tamamen terk etmelidirler.

Bunun için sağlık kurumlarının yönetim anlayışlarını ve görev tanımlarını yeniden düzenlemeleri gerekmektedir. Ayrıca yöneticinin ve birlikte çalıştığı kadrolarında değişen ve gelişen hastalardaki talep değişiklikleri ve buna bağlı olarak değişen rekabet koşullarını sürdürülebilir rekabet avantajı haline dönüştürecek, küreselleşme ve değişimin mantığını anlayan ve bunların oluşturduğu belirsizlikleri yönetebilecek bir bakış açısına sahip kişilerden oluşması gerekmektedir. Günümüz dünyasının bu yeni düzenine alışılması ve buna göre hareket edilmesi, kurumların gelecekte de var olmasının bir ön şartıdır.

Rekabet gücüne sahip olmanın en önemli anahtarlarından biri de insan kaynaklarını düğün değil, yarının koşullarına göre yönlendirmektir. Bu nedenle, geleceğe dönük bir yaklaşımı esas alan, çalışanların gelişimini sürekli destekleyen bir kültür yaratma anlayışı giderek artan oranda önem kazanmaktadır.⁵ Kurumların, geleceğin fotoğrafında bulunabilmesi için güçlü vizyon ve misyon yaratan, onu çalışanları ile paylaşan ve uygulayan, sorunun çözümünü bir üst makamda aramayan, sorunla karşılaşan kişiye yetki ve sorumluluğunun da verildiği bir modeli yaratma ihtiyaçları vardır.⁶

Diğer bir deyişle, işletmenin kendisini fiziki ve psikolojik olarak bütün alanlarda yeniden düzenlemesi gerekir.⁷ Bunun için;⁸

a-Kurumların, hızla değişen dünya koşullarında kısa, orta ve uzun dönemlerde hangi yöne gittiğini görebilmesi,

b- Bununla ilgili, geleceğe yönelik öngöründe bulunması, diğer bir deyişle vizyon-misyon belirlemesi,

c-Belirlenen vizyona göre yeni gelişme stratejilerini belirleyerek kurumunu yapılan-dırması gerekir.

Bir işletmenin başarısının altında yatan önemli faktörler arasında vizyon ve misyon belirlenmesi yer almaktadır.⁹ Vizyon tüm çalışanların paylaştığı, işletmenin geleceğine ait bir resimdir. Vizyon bilinçli bir felsefeye temel oluşturma, kurum için bir seçim, bir yaşam biçimi kurma anlamlarını da içe-

rir. Bu açıdan bakıldığında, vizyon bireysel bir fantezi değil, geleceğin nasıl olabileceğine ve istenilen durumların ideal olarak hangi yollarla yapılabileceğine ilişkin inançları bir araya getiren zihni bir tasarımdır.¹⁰

Vizyonun yapısı iki ana eksen üzerine oturur; çekirdek ideoloji ve öngörülen gelecek. Çekirdek ideolojide, temel değerler ve temel hedefler yer almaktadır. Bunlar işletmeye sağlam bir zemin sunmakta, ilke ve kurallardan oluşan sistematigi kurgulamakta, en önemlisi de işletmenin varlık nedeninin açıklanmasına yardımcı olmaktadır. Öngörülen gelecekte ise, 10-30 yıllık sürede gerçekleşebilecek bir hedef ve bu hedefin çok renkli, albenili ve detaylı resmi vardır. Ortaya konulan bu resim işletmenin birimlerinde ekip ruhu içinde bütünleşmesini kolaylaştırmaktadır.¹¹

İyi bir vizyon geleceği doğru okuyan, gereksinimleri doğru saptayan, çalışanlar tarafından anlaşılan ve paylaşılan özellikte olmalıdır. Zaten bir vizyonun anlaşılması veya paylaşılmaması, onun yokluğuna eşdeğer bir durum ortaya çıkarır.

Bir vizyon yaratma ya da anlamlı, önemli ve paylaşılabılır bir vizyona sahip olma günümüz rekabetçi koşullarında stratejik bir öneme sahiptir.¹² İşletmeler ancak çalışanları ile birlikte anlamlı ve uygulanabilir vizyonlar yaratarak gelişebilirler. Bu şekilde yaratılan vizyon işletme ve çalışanlar açısından bir anlam taşır.

Peter Senge insanların başkalarının hedefleri için koşmadığını, sadece kendi inandıkları ya da gelecekte ulaşmak istedikleri hedefler için içten çalışacaklarını, bunun içinde paylaşılan bir vizyonun katılımı ile oluşturulması ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu anlayışın iki yararı vardır. Birincisi, çalışanların işlerini düşünmesini ve birbirleriyle diyaloga girmelerini sağlamak (bireysel iletişim boyutu), ikincisi ise oluşturulacak vizyonun gelişim sürecine katılımı "anlaşılr ve paylaşılr" bir hale gelmesini kolaylaştırmaktır (kurumsallaşma boyutu)¹³. Onun için beraber oluşturulan vizyonun çalışanlara devamlı iletilmesi ve onların bu vizyonu paylaşması, belirlenen hedefe doğru ilerlemede tek bir vücut olarak hareket etmelerini sağlar.

Vizyon işletmeye ilişkin hayal edilen tasarımlar olmakla birlikte, işletmeye fırsatlar yaratan ve işletmenin rekabet üstünlüğü sağ-

lamasında bir avantaj sağlayan, paylaşılan vizyonla çalışanların kişisel yeteneklerinin ön plana çıkmasını ve başarı için gerekli olan risk üstlenebilme yeteneğini geliştiren bir kavramdır. Bu gerekçelerle kurumların çalışanlarını etkileyebilecek ve onları harekete geçiren, büyük değişim ve dönüşümleri yapabilen, insanı merkeze alan, olumlu değer yargılarına önem veren, coşkulu vizyonlara gereksinim vardır.¹⁴

Bu anlayış işletmeyi geleceğe hazırlarken aynı zamanda kurumun eski alışkanlıklarından da kurtulmasını sağlamaktadır. Bir işletmede ortak hedef ve beklentileri yansıtabilecek bir vizyonu oluşturabilmek için şu soruların cevaplarının verilebilmesi gerekir,¹⁵

a- Nereye doğru gidiyoruz? (Yön)

b- Bu hedefe varmak için hangi yolu seçeceğiz? (Açıklık)

c- Nasıl bir yapı kullanacağız? (Düzen)

d- Bu plan neden önemli? (Gerekçe)

e- Hedefe varmanın getireceği ödüller neler? (Yarar)

Bu soruların cevaplarını veren vizyonun aşağıdaki tabloda kısaca özetlenmeye çalışılan formatta olması önerilmektedir¹⁶

Çalışanları ile oluşturulan bu koalisyonla birlikte belirlenecek ve paylaşılacak bir vizyon yaratılması ve bu vizyonun uygulamaya geçilmesini sağlamak, dönüşümün gerçekleştirilmesindeki en önemli noktadır. Çünkü, kabul edilmiş bir vizyon, kurumun gelecekteki fotoğrafta yerini alması için çalışanların harekete geçmesini sağlar.

Vizyon dokunulmaz ve tartışılmaz bir kav-

ram değildir. Devamlı değişimin yaşandığı dünyamızda işletmeler arasında değişen rekabet koşulları ve çalışanlarının amaçlarındaki farklılaşma vizyonları geçersiz kılabılır. Vizyonun gelişen ve değişen dünya şartlarına göre tekrar gözden geçirilip güncellenmesi sağlamalıdır. Çünkü tartışılmalı ve değişimin şartları göz önüne alınarak güncellenmeyen bir vizyon, dünya gerçeklerine ters düşmesiyle kurumu da olumsuz yönde etkileyecektir.

Eğer işletmelerin geleceği doğru öngörmeyerek şekillendirdikleri bir vizyonları varsa, vizyon belirlenmesi, kurumsal değişim ve dönüşüm dış çevrenin etkisi ve baskısıyla yapıyorlarsa ya da tüm çalışanların katılımı, özümsemesi sağlanmıyorsa bu durum işletmeyi başarısızlığa sürükler. Varılan nokta işletmelerin temel amacı olan "Gelecekte Var Olma" olgusuna terstir.

Vizyon işletmenin geleceğe ait fotoğrafı iken, misyon, işletmenin varlık nedeniyle ilgili bildirimidir¹⁷. Her işletme yazılı olsun veya olmasın, bir felsefe veya misyona sahiptir. İşletmenin her türlü faaliyetinde, çalışanların davranışlarını şekillendiren bu felsefe ve misyon, işletme sahip ve yöneticilerinin inançları ve değerlerine göre oluşur. Özellikle misyon, herhangi bir örgütün en önemli var oluş nedenidir ve onun stratejik amaçlarını nasıl gerçekleştirileceğini belirleyen çerçeveyi oluşturur.¹⁸ Diğer bir deyişle misyon, bir kuruluşu benzeri diğerlerinden ayıran kalıcı bir amaç ifadesidir. Kuruluşun faaliyet alanını ürün (hizmet) ve pazar anlamında belirler.

Bir kişi veya topluluğun üstlendiği özel görev, işletme yönetimi açısından bakıldığında ise misyon, işletme çalışanlarına bir yön-

vermesi ve anlam kazandırması amacıyla belirlenmiş ve işletmeyi rakiplerden ayırt etmeye yarayacak uzun dönemli bir görev ve ortak bir değer şeklinde tanımlanabilir.¹⁹

Misyon üç ana temel üzerine oturtulur; varılması istenen sonuç - hedef (Aim), yapılması gereken etkinlik - davranış (Actions) ve etkilenen müşteri - izleyiciler (Audience) (3 A Kuramı)²⁰. Misyon çalışanların işletmenin amaçlarına uygun hareket etmelerini sağlayan ve onları motive eden bir unsurdur. İşletme ile ilgili kararlar alırken misyondan yararlanır. Çalışanlar ile belirlenen hedeflere ulaşabilmek için yapılan bütün eylemlerin güvenilirliğini, inanılabilirliğini ve tutarlılığını belirleyen misyondur.

Misyon, işletme içerisinde hangi konumda olursa olsun bütün çalışanların paylaştığı ortak bir değerdir. Çalışanların kişisel misyonları birbirinden farklı olabilir. Burada önemli olan bu farklı misyonları hem ortak hem de kurumsal nitelik taşıyacak bir misyon etrafında birleştirecek tanımlamanın yapılmasıdır.²¹

Misyonun işletmenin değişen koşullarına göre yeniden tanımlandığı vizyon ve stratejileri ile uyumlu olması gerekmektedir. Eğer bu uyumluluk olmaz ise kurumun varlık nedeni anlamını yitirmiş olacaktır.

Anlamını yitiren veya değişen çevreye göre yeniden tanımlanmamış misyon, kurumun hedeflerine ulaşmada ve rakipleri ile gireceği rekabette başarısızlığa uğramasına neden olacaktır. Bunun için değişimin hız kazandığı günümüzde, misyonun da vizyon ve stratejilerde olduğu gibi düzenli olarak gözden geçirilmesi ve günün şartlarına göre düzenlenmesi gerekmektedir.²²

Vizyon Nasıl Olmalı?	
ZORLU	Daima erişim sınırlarında ancak zor
AÇIK	Çelişkili yorumlara meydan vermeyecek nitelikte
HATIRLANABİLİR	En fazla 20-25 kelime olması ideal
KATILIMCI	Yetkilendiren ve müktedir kılan bir ifade
DEĞERLERE BAĞIMLI	Kurumsal değerler ile güçlü başlar olmalı
GÖRSEL	Görsel sunabilmeli ya da resmedebilmeli
HAREKETE GEÇİRİCİ	Herkesten ses getirebilmeli
YOL GÖSTERİCİ	Kurumla ilgili herkes etkinliklerini ölçebilmeli
TÜKETİCİ GEREKSİNİMLERİYLE İLİŞKİLİ	Vizyonun gerçek etkinliği davranış ve başarıya ilişkindir.

Bir işletmede ortak hedef ve beklentileri yansıtabilecek bir misyonu oluşturabilmek için şu maddelerin göz önünde tutulması gerekir.²³

a- Misyon uzun dönemli bir amaçtır.

b- Paylaşılan ortak değer ve inançlardır.

c- Misyon işletmeye özgüdür ve özeldir.

d- Misyon işletmenin içine değil dışına yöneliktir.

e- İşletme misyonu nicelikle ilgili değil, nitelikle ilgili bir değerdir.

f- Misyon hiçbir zaman ortadan kalkmaz ve ulaşılabilir.

Literatürde ortak karar verilmiş bir misyon yazım formatı olmamakla birlikte vizyonla misyonun uyumlu olma gerçeğinden hareketle daha vizyon için tanımladığımız yazım formatını misyon içinde kullanmak önerilebilir.

Son yıllarda yönetim alanında yapılan çalışmalarda etkin bir vizyon ve misyona sahip olan işletmelerin, vizyon ve misyonları açık ve belirli olmayan işletmelere göre daha başarılı oldukları konusunda görüş birliği mevcuttur. Özellikle 1990'lı yılların başından itibaren işletmelerin yazılı vizyon ve misyon bildirelerinin oluşturulduğu ve giderek yaygınlaştığı görülmektedir.²⁴

Ülkemizde de gündemi ve teknolojiyi izlemekte öncü görevini üstlenmiş, dünyadaki gelişmelere açık, küreselleşme kavramını benimsemiş pek çok özel sağlık kurumu vizyon ve misyonlarını yukarıda anlatmış olduğumuz gerçekler ışığında yazılı hale getirmiş olup çeşitli şekillerde çalışanları ve hizmet sunduğu kişilerle paylaşmaktadır.

Ancak yapılan taramada²⁵ bu vizyonların ve misyonların bir bölümünün içerik olarak birbirine karıştığı, genelde kabul gören yazım formatına uymayarak çok kısa ya da çok uzun olduğu, "çalışanlarını işletme hedefleri doğrultusunda motive etme ve sağlık kurumunu hizmet sunduğu kişilere tanıtmak" amacına istendiği ölçüde hizmet etmeyebileceği görülmüştür.

Günümüz modern hastane yönetimlerinin kamuya ve çalışanlarına ilan ettikleri vizyon ve misyonlarını yukarıda derlediğimiz bilgiler ışığında anlam ve şekil olarak kurumsal kimliklerine uygun ve daha anlaşılır, hatırlanabilir hale getirmelerini önermekteyiz.

Kaynaklar

Akkaya Yüksel , "Küreselleşme" Versus Sendikalaştırma ve Yoksullaştırma", Çalışma ve Toplum Birleşik Metal-İş Ekonomi ve Hukuk Dergisi, Sayı 3, 2004.

Clayton Susan, Strateji Geliştirme, Takımınızın Yeteneklerini Geliştirme Dizisi 4, Çev.:Onur Yıldırım, Hayat Yayınları 45, Hayat Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri ve Tic.Ltd.Şti., İstanbul, 1999.

Çetin Canan, Yeniden Yapılandırma-Girişimcilik-Küçük ve Ortaboy İşletmeler ve Bunların Özendirilmesi, Der Yayınları, İstanbul, 1996.

Dauphinais G.William, Means Grady ve Price Colin, CEO'ların Bilgeliği, Çev.:Uğur Alpakay, Gürol Koca, Güliden Şen, Erdal Topparmak, Sistem Yayıncılık:331, İstanbul , 2002.

Diğer Ömer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 2.B., Timaş Basım Tic. A.Ş.

Diğer Ömer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası,5.Baskı, Yayın no: 659, İşl.Ekon. Dz.: 66, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul: 1998.

Der.: Gibson Rowan, Geleceği Yeniden Düşünmek, Çev.Sinem GÜL.,Sabah Kitapları: 46 Çağdaş Buluşlar Dizisi 15,Sabah Kitapçılık, İstanbul,1997.

Hazır Köksal, "Değişim Yönetimi Etkinliğinde Vizyon Belirginliğinin Önemi?", Kara Harp Okulu Bilim Dergisi, 2003-1.

Nuran Kömürcü, Vizyon ve Misyon, Kal-Der Notları, 2003. Sollmann Ullrich ve Heinze Roderich, Vizyon Yönetimi, Evrim 32 Yönetim Dizisi:1, İstanbul: 1995.

Tagraf Hasan, "Küreselleşme Süreci ve Çokuluslu İşletmelerin Küreselleşme Sürecine Etkisi", C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, 2002

Tekin Akdemir ve Serkan Benk, Küreselleşme ve Ekonomik Değişim, Çimento İşveren Dergisi, Sayı:1, Cilt:18, Ocak 2004.

Tokat Bülent, Kara Hakan, "Yeniden Yapılanma (Restructuring) Stratejileri", Dumlupınar Üniv., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sayı:3, Kasım 1999.

Polater Sinan,"Vizyon Tanımlamak ve Paylaşmak", (Çevrimiçi: www.polater.com.tr/devamp.php?sub_page=1&page=bilgi_agaci&new_page=09 , 22.07.2004).

Aktan Can , "Vizyon ve Misyon Bildirilerinin Oluşturulması", (Çevrimiçi: www.canaktan.org/yonetim/stratejikyone-tim/vizyon.htm , 27.7.2004).

Özgener Şevki, "Öğrenen Organizasyon Anlayışının Gerçek Yönetim Uygulamalarına Yansıtılması", (Çevrimiçi: HYPERLINK "http://www.stratejiyonetim.net/ogerene-norgut/"öğrenen", 27.08.2004).

Dipnotlar

1 Tekin Akdemir ve Serkan Benk, Küreselleşme ve Ekonomik Değişim, Çimento İşveren Dergisi, Sayı:1, Cilt:18, Ocak 2004,s.1.

2Yüksel Akkaya, "Küreselleşme" Versus Sendikalaştırma ve Yoksullaştırma, Çalışma ve Toplum Birleşik Metal-İş Ekonomi ve Hukuk Dergisi,Sayı 3, 2004, S.99

3 G.William Dauphinais, Grady Means ve Colin Price, CEO'ların Bilgeliği, Çev.:Uğur Alpakay, Gürol Koca, Güliden Şen, Erdal Topparmak, Sistem Yayıncılık:331, İstanbul , 2002, s.1

4 Hasan Tagraf, "Küreselleşme Süreci ve Çokuluslu İşletmelerin Küreselleşme Sürecine Etkisi", C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, 2002

5 Şevki Özgener, "Öğrenen Organizasyon Anlayışının Gerçek Yönetim Uygulamalarına Yansıtılması", (Çevrimiçi: HYPERLINK "http://www.stratejiyonetim.net/ogerene-norgut/"öğrenen", 27.08.2004).

6 Der.: Rowan Gibson, Geleceği Yeniden Düşünmek, Çev.Sinem GÜL.,Sabah Kitapları: 46 Çağdaş Buluşlar Dizisi 15,Sabah Kitapçılık, İstanbul,1997,s.85.86.

7 Canan Çetin, Yeniden Yapılandırma-Girişimcilik-Küçük ve Ortaboy İşletmeler ve Bunların Özendirilmesi, Der Yayınları, İstanbul, 1996, s.3.

8 Bülent Tokat, Hakan Kara, "Yeniden Yapılanma (Restructuring) Stratejileri", Dumlupınar Üniv., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sayı:3, Kasım 1999, s.7.

9 Can Aktan, "Vizyon ve Misyon Bildirilerinin Oluşturulması", (Çevrimiçi: www.canaktan.org/yonetim/stratejikyonetim/vizyon.htm , 27.7.2004).

10 Ömer Diğer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası,5.Baskı, Yayın no: 659, İşl.Ekon. Dz.: 66, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul: 1998, s.5-6.

11 Köksal Hazır, "Değişim Yönetimi Etkinliğinde Vizyon Belirginliğinin Önemi?", Kara Harp Okulu Bilim Dergisi, 2003-1, s.76.

12Ullrich Sollmann ve Roderich Heinze,Vizyon Yönetimi, Evrim 32 Yönetim Dizisi:1, İstanbul: 1995, s.14.

13 Sinan Polater,"Vizyon Tanımlamak ve Paylaşmak", (Çevrimiçi: www.polater.com.tr/devamp.php?sub_page=1&page=bilgi_agaci&new_page=09 , 22.07.2004).

14 Ullrich Sollmann ve Roderich Heinze, a.g.e., s.15.

15 Nuran Kömürcü, Profesör,Vizyon ve Misyon, Kal-Der Notları,2003.

16Nuran Kömürcü, Kal-Der Notları.

17 Nuran Kömürcü,Kal-Der Notları.

18 Ömer Diğer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 2.B., Timaş Basım Tic. A.Ş., s.51.

19 Ömer Diğer, a.g.e., s.10.

20 Nuran Kömürcü,kal-der notları.

21 Ömer Diğer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası,5.Baskı, Yayın no: 659, İşl.Ekon. Dz.: 66, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul: 1998, s.142.

22 Susan Clayton, Strateji Geliştirme, Takımınızın Yeteneklerini Geliştirme Dizisi 4, Çev.:Onur Yıldırım, Hayat Yayınları 45, Hayat Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri ve Tic.Ltd.Şti., İstanbul, 1999, s.177-178.

23 Ömer Diğer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 2.B., Timaş Basım Tic. A.Ş., s.63-64.

24 Can Aktan, a.g.m.

25 İstanbul'daki 50 yatak üstü 19 Özel hastanenin 22.12.2005 tarihinde İnternet Ortamında yayınladıkları Vizyon ve Misyonları.

Genel sağlık sigortası ne getiriyor?

Prof.Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına 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 görevi 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 yılında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.



asal altyapı

Anayasamızın 56. maddesinde sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabileceğinden söz edilmektedir. Bilindiği üzere, genel sağlık sigortası Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri arasında yer aldığı gibi Sosyal Güvenlik Reformu bileşenleri arasında da yer almıştır.

Altmışlı yıllardan beri şarkısı söylenegelen Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanu-

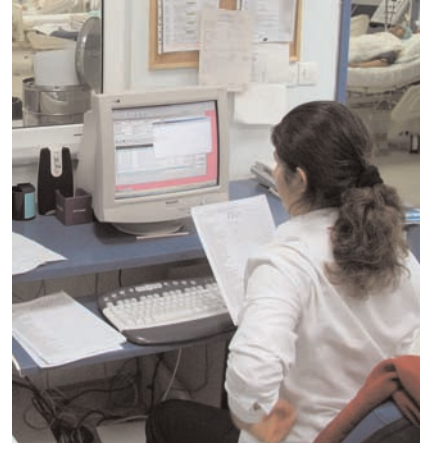
nu'nun Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabulü ve Cumhurbaşkanınca onaylanmasını takiben 16.6.2006 tarihinde 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış ve böylece teorik anlamda kurulmuştur. Kanunun yürürlük tarihi 1.Ocak 2007'dir. Bu tarihten sonra ülkemizde sağlık hizmetinin sunumu adına ne değişeceğini hep birlikte göreceğiz.

Genel sağlık sigortasına hazırlanma süreci

Genel sağlık sigortası, kavramsal olarak en yalın haliyle güvenlik şemsiyesi kapsamının toplumun bütününe içine alacak şekilde genişletilmesi olarak anlaşılabilir. Kanu-

nun hazırlık aşamasında, sağlık sistemimizde kararlı adımların art arda atıldığına şahit olduk. Bu süreçte kapsayıcılık açısından genel sağlık sigortasının hedeflerine ulaşacak derecede değişiklikler zaten yapılmıştır. Sosyal sigorta kapsamında bulunan vatandaşlarımıza getirilen erişim kolaylıkları, Yeşil Kart sahiplerinin tam bir sağlık sigortacılığına dönüştürülmesi gibi bir dizi uygulama, kapsayıcılık anlamında genel sağlık sigortasının ülkemizde kanunundan önce var olmasını sağlamıştır. Hatta bir bakıma genel sağlık sigortasının sağlık harcamasını artırıcı bütün uygulamaları bu süreçte gerçekleştirilmiştir.





Sosyal güvenlik reformu ile başlıca sosyal sigortalar yeniden yapılandırılmakta, bütün sosyal güvenlik kurumları birleştirilerek genel sağlık sigortası tesis edilmekte, sosyal yardımlar ve primsiz ödemeler kurumsal bir yapıya kavuşturulmakta ve bütün bu sorumlulukları üstlenecek yeni kurumsal yapı oluşturulmaktadır.

5510 sayılı Kanun'da neler var?

Öncelikle 5510 sayılı Kanun'un neler getirdiğine bir göz atalım. Kanun, bütün nüfusun kapsanmasının yanında hak ve yükümlülüklerdeki eşitsizliğin ve finansmandaki eşitsizliğin giderilmesini hedeflemektedir, günlük kurumsal yapıya son vererek izleme ve değerlendirme yapabilecek, bilgiye dayalı politika üretebilecek, kamuya ait sağlık hizmeti satın alma gücünün tek elde toplandığı güçlü bir yapı tasarlanmaktadır.

Sosyal güvenlik kapsamı açısından bakarsak, doğumdan itibaren tüm vatandaşlar, Türkiye'de 1 yıldan fazla ikamet eden yabancılar ile vatansız ve sığınmacılar güvenlik şemsiyesi altına alınmaktadır. Kendi kanunlarındaki haklara istinaden er ve erbaşılar ile tutuklu ve hükümlüler kapsam dışı bırakılmıştır.

Sağlık yardımları bakımından, geçmişte farklı sosyal güvenlik kurumlarının karşıladığı hizmetlerin gerisine düşmemeye özen gösterilmiş, hatta bazı kurumların kapsamı genişlemiştir. Türkiye'de tedavinin yapılmadığı durumlarda herkese yurtdışında tedavi imkanı sağlanmış, bütün vatandaşlar eşit haklara sahip olmuştur. Önceki sosyal güvenlik anlayışımızdan farklı olarak, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Pirim borcu gibi sigortalılık sorgulamasına bakılmaksızın, hiçbir şarta bağlı olmadan verilecek hizmetler ayrıca tanımlanmıştır. 18 yaş ve altındakilere, acil vakalara, tıbbi bakıma muhtaç kişilere, bulaşıcı hastalığı olanlara, doğum, iş kazası ve meslek hastalığı ile afet ve savaşta ve grev ve lokavt durumunda verilecek sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Aile hekimi muayeneleri, iş kazası ve meslek hastalığı, kronik hastalıklar, kişisel koruyucu sağlık hizmetleri, kontrol muayenesi ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinin kullanımı dışında farklı oranlarda ve sınırlı katkı payları tanımlanmıştır. Bu katkı paylarının ne kadar gerçekçi olduğunu zaman gösterecektir. Katkı payının caydırıcı etkisini elde edebilmek

açısından çok geçmeden bu oranlarda değişikliğe gidilmesinin kaçınılmaz olacağına inanıyorum. Ancak şu aşmada, geçiş döneminde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmamak adına cömert davranılması gerçekçilikten uzak değildir.

Ayrıca 2. basamak sağlık kurumuna sevsiz başvuru halinde bedelin sadece %70'inin ödeneceği yer almaktadır. Sevk zincirini zorlamak için konduğu anlaşılan bu hükmün benzeri 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. maddesinde de yer almaktadır. 1987 tarihli bu kanundaki ifade "acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar," şeklinde yer almış ve farkın ne olacağını bildirmeksizin Bakanlık yetkili kılınmıştır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 14. maddesi, sağlık ocağı tarafından sevk edildikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenlerin hizmeti paralı alacağını belirtmektedir. Görüldüğü gibi 224 Sayılı Kanunun kabul tarihi olan 1961 yılından beri sevk zinciri tanımlanmaktadır. Ancak, bu zince uymadan hastaneye doğrudan gidenlerin masrafin tamamını veya bir kısmını karşılayacağı kanunlarımızda yer almasına rağmen bu güne kadar uygulanamamış bir husustur. Genel Sağlık Sigortası Kanunu aynı anlayışı koruyarak masrafin %30'unun doğrudan hastaneye giden hasta tarafından karşılanmasını istemektedir.

Bunun uygulanabilmesinin ne derece mümkün olacağını zaman gösterecektir. Ancak Türkiye'deki doktor sayısı, dağılımı ve pratisyen uzman hekim dengesinin sevk zincirinin uygulanmasına fırsat vermediği açıktır. Sevk zincirinin uygulanabilmesi, birinci basamakta görevli pratisyen hekimleri altından kalkamayacakları bir yükü yüz yüze getirecek, sevk memuru olmaya zorlayacak ve son yıllarda artmaya başlayan hasta memnuniyetini kötüleştirecektir. Yıllardır sağlık politikamızda söz sahibi olanların ısrarla üzerinde durduğu bu uygulamanın bugüne kadar uygulanamamış olmasının altında bu gerçek yatmaktadır. Kabul edilebilirlik adına sevk zinciri konusunda iyi analiz yapılmalı, bu hedeften sapmadan kararlı adımlarla teşvikler oluşturularak tedricen sevk zincirini hayata geçi-

Sosyal güvenlik reformu ile başlıca sosyal sigortalar yeniden yapılandırılmakta, bütün sosyal güvenlik kurumları birleştirilerek genel sağlık sigortası tesis edilmekte, sosyal yardımlar ve primsiz ödemeler kurumsal bir yapıya kavuşturulmakta ve bütün bu sorumlulukları üstlenecek yeni kurumsal yapı oluşturulmaktadır

recek politikalar geliştirmeliyiz. Bu politikaların öncelikleri arasında hastalar için birinci basamağı cazip hale getirecek teşvikler olduğu kadar, doktorlar için de birinci basamağı hastane ortamına tercih edilir cazip bir alan haline getirmek olmalıdır.

Konumuz olan 5510 Sayılı Kanun temelde sağlık hizmeti satın alma üzerine kuruludur. Şimdiye kadar olduğundan farklı bir anlayışla sözleşmeli ve sözleşmesiz kurumları tanımlamakta ve bunlar için farklı ödeme modelleri kabul etmektedir. Sözleşmeli hizmet sunucularında otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için sınırlı bir fark ücret talep edilebilecektir. Bu ücret ve belirlenen katkı payı dışındaki masraflar sigorta kurumu tarafından karşılanacaktır. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin %70'i fatura karşılığı ödeneceği de hükme bağlanmıştır. Eğer hasta sözleşmesiz hizmet sunucusuna sevk zincirine uymaksızın doğrudan giderse ödenecek miktar %50 olacaktır. Bu hükümler hasta için bir avantaj gibi görünmekle birlikte, pratik uygulamasının nasıl olacağı, bu kurumların dışına taşan tanı ve tedavi işlemleri ile yazılan reçete bedellerinin ne olacağı henüz belli değildir. Hazırlanacak yönetmelikle bu hususlar açığa kavuşturulmalı, ya da en azından yasal değişiklikle bu durum sadeleştirilmelidir.

Genel sağlık sigortasının getirdiği en

Genel sağlık sigortasının getirdiği en önemli yenilik, doğrudan hizmet sunumunu üstlenmeksiniz, hizmetin özel veya kamu kuruluşlarından sözleşmelere dayalı olarak satın alınmasıdır. Finansman açısından ise sağlığa ayrılacak fonun bütçe ile garanti ediliyor olması, gelir düzeyine göre prim alınması, ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanması dikkat çekmektedir.

önemli yenilik, doğrudan hizmet sunumunu üstlenmeksiniz, hizmetin özel veya kamu kuruluşlarından sözleşmelere dayalı olarak satın alınmasıdır. Finansman açısından ise sağlığa ayrılacak fonun bütçe ile garanti ediliyor olması, gelir düzeyine göre prim alınması, ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanması dikkat çekmektedir. Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra, koruyucu sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamında önem kazanması, maliyet kontrolünün yapılabilmesi, farklı ödeme yöntemlerinin uygulanabilir olması, ortak veri tabanı sayesinde hiz-

met sunucu ve kişi bazında kontrol mekanizmalarının kurulması beklentiler arasında olacaktır. Bunların başarılması Sosyal Güvenlik Kurumu'nun uygun yapılması ile yakın ilişkilidir.

Genel sağlık sigortasında Sağlık Bakanlığı'nın yeri

Öncelikle kanun maddeleri içine sıkıştırılmış Sağlık Bakanlığı'nın, genel sağlık sigortasının uygulanmasında sınırlı bir yetkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kritik konularda karar sürecinde yer almakla birlikte, bu yer alış sınırlı bir etki oluşturacaktır. Bir çok konuda Sağlık Bakanlığı'nın görüşüne başvurulması öngörülmekle birlikte, Kurum'un vizyon veya çıkarları ile uyuşması halinde bu görüşlerin fazlaca bir anlamı olmayacağı açıktır.

63. maddede Kurum'a, finansmanı sağlayacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetki verirken, Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü almayı öngörmektedir. 70. madde sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılmasının Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenmesini öngörmüş, geçici 12. madde ise geçiş döneminde bunu erteleme hakkı tanımıştır. 95. madde, sağlık raporlarının usul ve esaslarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı ile Kurum'un birlikte çıkaracağı yönetmelik-

ten söz etmektedir.

Ayrıca 58. maddede Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna hekim görevlendirecek kurumlar arasında Sağlık Bakanlığı da sayılmaktadır. 73. madde sözleşmesiz sağlık kuruluşlarının muhatap alınabilmesi için Sağlık Bakanlığınca ruhsat veya izin alınmış olması şartını getirmektedir. Aynı şartı ne yazık ki, sözleşmeli sağlık hizmet sunucusu için getirmemektedir. Ancak maddenin bütünü incelendiğinde, sözleşmeli hizmet sunucunun doğal olarak Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmiş bir sunucu olması gerektiği anlaşılabılır.

Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşünü gerektiren, yani Bakanlığın görüşünün doğrudan icraata yansıtacağı alanlar, Kurum tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri ile ilgili maddenin (madde 64) uygulanmasına ilişkin usul ve esasları belirleyen yönetmeliğin hazırlanması, yurtdışı tedavi ile ilgili olarak (madde 66) ve acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğuna, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceğine ilişkin hususlardır (madde 71). Dikkat edileceği gibi bunlar çok sınırlı konular ve hatta acil hizmetleri gibi tartışmalı hususlardır.

Bunlardan başka 63. madde, sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi amacıyla bir komisyon teşkilini öngörmektedir. Bu komisyon, Maliye Bakan-



İlgi, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Kurum'u temsilen toplam beş üyeden oluşmaktadır. Görüldüğü gibi sağlık hizmeti satın alınması ve sistemin yönlendirilmesinde ana rol oynayacak bir komisyondan söz edilmektedir. Bu komisyonda Sağlık Bakanlığı'nın yer alması da önemli bir husustur. Ancak beş üyenin sadece biri toplumun sağlığından sorumlu, diğerlerinin ise finansın sürdürülebilirliğinden sorumlu olduğuna dikkatinizi çekmek isterim.

Kurum, aldığı kararlarla toplumda en ücra köşeye kadar her ferdi çok yakından ilgilendirecektir. Etkili, verimli hakkaniyete dayalı bir sağlık hizmetinin sunulması sorumluluğu taşıırken, mali sürdürülebilirliği de gözetmek zorundadır. Kurum'un icraatlarında bu iki tarafın denge çatışması her zaman görülecektir. Bu çatışmanın zaman zaman sürdürülebilirlik adına vatandaş aleyhine olması kaçınılmazdır. Böyle durumlarda halkla, politikacı ile ve bütün kamuoyu ile Kurum karşı karşıya gelecektir. Toplumun sağlığından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nın Kurum'un kararlarında aktif rol alması, zaman zaman karar alma sürecini zorlaştırma ihtimali taşımakla birlikte toplumsal kabul edilebilirlik ve kamuoyunun uygulamaları benimsemesi açısından çok önemlidir. Böyle bir durum Kurum'un elini güçlendirecektir.

Beklentiler ve tartışmalar

Genel sağlık sigortası, pirime dayalı bir polişe dayatmamaktadır. Bu yönüyle alışageldiğimiz özel sağlık sigortacılığından ayrı olarak sosyal sağlık sigortacılığını tanımlamaktadır. Gelire oranlı pirim ödemesi tarif etmekte, düşük gelir gruplarının primlerinin genel bütçeden karşılanmasını öngörmektedir. Bütün bu primlerden oluşan mali havuzun miktarı ile sınırlı bir tedavi hizmeti de tarif etmemektedir. Kanunun ilgili maddelerine bakıldığında herkesin ihtiyaç duyduğu kadar sağlık hizmeti alması ön görülmektedir. Arada mutlaka bir finanssal açık olacaktır. Bu açığın kapatılması ise genel bütçeye bırakılmaktadır. Aslında bu kanunla birlikte sosyal güvenlik açığının kapatılması anlayışı yerine, sosyal güvenlik bütçesinin toplanan primler ve genel bütçe desteğinden oluştuğu anlayışı getirilmektedir. Bu görüşümüzü destekleyen ifadeler kanunda net olarak

yer almamakla birlikte, sağlık hizmet sunumunda ciddi bir sınır veya teminat paketi belirtilmemiş olması, bu sınırın üzerinde hizmet verecek tamamlayıcı sağlık sigortasının tanımlanmamış olması sözünü ettiğimiz sonucu zorunlu kılmaktadır. Kısacası 5510 sayılı kanunla getirilen genel sağlık sigortası sosyal güvenliğin gelirine odaklı bir yapı değil, havuza toplanan ve genel bütçeden subvanse edilen gelirin tek elden ve akılcı kullanımına dayalı bir yapı öngörmektedir.

Aslında bu açıdan bakıldığında bu kanunla oluşturulan sağlık sigortası, genel sağlık sigortası kavramının içini kendi algı düzeylerine göre "olumlu" veya "olumsuz" dolduranların hiçbirinin beklentilerini karşılayan bir yapı oluşturmayacaktır. Genel sağlık sigortası diğer bir bakış açısıyla, herkese temel ve sınırlı bir sağlık hizmetinin layık görüldüğü, bunun üzerindeki hizmetlerin, kişilerin ekonomik düzey ve davranışlarına bağlı olarak doğrudan veya özel sigortalar eliyle karşılanacağı bir yapıyı ifade etmektedir. Böylece ödeyenler hakkını alacak, devlete katkıda bulunmayanlar (!) sadece minimal destekle yetinecektir. Yine bir diğer bakış açısı, genel sağlık sigortasını, ödenen pirim kadar sağlık hizmetinin sunulduğu, bu yüzden pirime dayalı sağlık hizmeti talebinin kamçılandığı bir yapı olarak görmektedir. Aslında bu bakış açılarını, kavramın içinin farklı görüş sahiplerince doldurulmasına göre daha da çeşitlendirebiliriz.

Genel sağlık sigortası ile ilgili tartışmalarda da, ne yazık ki her zaman olduğu gibi, tartışma, ortaya konan icraatla değil, kendi inançlarımız ve kabullerimizle sınırlı kalıyor. Korkarım ki 5510 Sayılı Kanun, bu farklı inanç sahiplerinin hiçbirini tam olarak tatmin edici bir ortam oluşturmayacaktır. Çünkü ortada ne sınırları çizilmiş bir teminat paketi, ne pirimle paralel bir sağlık hizmeti, ne de bütçe hizmet ilişkisini formüle eden bir yapı mevcuttur. Yani aslında geçmiş tecrübelerimizden çok fazla bir değişiklik yapılmamaktadır. Sadece devlet sağlık güvencesi verdiği nüfusu artırmakta, sosyal güvenlik kurumlarının doğrudan sağlık hizmeti vererek sistemi deforme etmesini önlemekte, sosyal güvenlikteki parçalı yapıyı tek elde toplayarak harcamaların kontrol mekanizmalarını ele geçirmiş olmaktadır.



Öncelikle kanun maddeleri içine sıkıştırılmış Sağlık Bakanlığı'nın, genel sağlık sigortasının uygulanmasında sınırlı bir yetkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kritik konularda karar sürecinde yer almakla birlikte, bu yer alış sınırlı bir etki oluşturmaktadır. Bir çok konuda Sağlık Bakanlığı'nın görüşüne başvurulması öngörülmekle birlikte, Kurum'un vizyon veya çıkarları ile uyuşmaması halinde bu görüşlerin fazlaca bir anlamı olmayacağı açıktır.

Ortaya çıkan tekel hizmet satın alıcı ile çoğul bir hizmet sunum cephesi arasındaki ilişkinin nasıl kurulacağını şimdiden kestirebilmek kolay değildir. Bu ilişki iyi yönetilebilirse, sağlık hizmet sunumu daha da yaygınlaşabilir. İyi yönetilemezse, sözleşmeli hizmet sunucular azalırken, kayıt dışı ve cepten ödemeye dayalı bir sağlık hizmet sunum sektörünün hızla gelişmesine şahit olabiliriz. Yani yukarıda sözünü ettiğim sigortacılığın tartışma konusu yapılan temel dinamikleri değil, tekel yönetimin tavrıdır geleceğimizi belirleyecek olan.

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortacılığı ilişkisi

Dr. S. Haluk Özsan



1984 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu olup, Hacettepe Üniversitesi'nde, "Sağlık Yönetimi" alanında Yüksek Lisans ve Doktora yapmıştır. 1984-1999 yıllarında, Sağlık Bakanlığı'nda; İl Sağlık Müdürü, Dünya Sağlık Projelerinde Genel Koordinatör, Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye Sağlık Reformları sürecinde; değişik kûmetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT Kalkınma Planları Sağlık İhtisas Komisyonu'nda ve Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nda Sağlık konulu Rapor'da görev almıştır. 2000 yılından bu yana, özel sektörde çeşitli şirketler ve sivil toplum kuruluşlarında Sağlık Yönetim Danışmanı ve Yönetim Kurulu Üyesi olarak çalışmış ve Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Danışmanı sıfatıyla TÜSIAD Sağlık Raporu Yazarlarından biri olarak görev yapmıştır.

Giriş ve tarihçe
Osmanlı Devleti döneminde, o günlerin meslek örgütleri olan Ahi birlikleri ve loncalarda esnaf ve sanatkarlar için hastalık riskine karşı bazı tedbirlerin alınmasıyla başlayan "Sandık" uygulamaları, "Tedavün Sandığı", "Askeri Tekaüt Sandığı", "Sivil Memurlar Tekaüt Sandığı", "Seyfi Sefain Tekaüt Sandığı", "Tersane-i

Amireye Mensup İşçiler Tekaüt Sandığı" gibi- sağlık sigortacılığının ilk adımları olarak hatırlanması gereken ana başlıklardır.

Cumhuriyet Dönemi'nde; 1921 yılındaki "Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Mena-fii Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun" ve "Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile; işverenlerin, hastalanan veya kazaya uğrayan işçileri bedelsiz tedavi ettirmesi ve

bunu sağlamak için maden ocağı yakınında hastane açması ve hekim bulundurmasının zorunlu tutulması sağlanmıştır. 1923 yılında "Amele Birliği İhtiyat ve Tedavün Sandıkları Talimatnamesi" ile de ihtiyat ve tedavün sandıklarının "Amele Birliği" adı altında birleştirilmesi gerçekleştirilerek; zorunluluk ilkesine dayallığı ve Birliğin finansmanının işçi ve işverenden düzenli olarak alınan primlere dayanması gibi özellikleri nedeniyle, Türkiye Cumhuriyeti Hükümet-



lerinin sosyal sağlık sigortacılığındaki ilk uygulamaları başlatılmıştır.

1930 yılındaki 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, "sürekli en az 50 işçi çalıştıran işverenlerin bir veya birden çok doktora işçilerinin sağlık durumunu baktırması, bütük ve kaza ihtimali olan işlerde ise doktorun devamlı olarak işyerinde ve civarında bulunması mecburiyetine" yer vererek; tümüyle bir sağlık sigortası yardımı olmasa da, bir sağlık güvencesi uygulaması örneğidir.

1945 yılında bugünkü adıyla SSK kurulmuş, aynı yıl 4472 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu çıkarılmıştır. 1950 yılında 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır. 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile, çalıştırdığı işçi sayısına bakılmaksızın bütün işyerlerinde çalışan işçiler hastalık sigortası kapsamına alınmıştır. Sigortalıların eş ve çocukları ile bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler, 1969 yılından başlayarak, aşamalı bir biçimde hastalık sigortası kapsamına alınmıştır.

Öte yandan, 08.06.1949 tarihli 5434 sayılı Kanun ile kurulan Emekli Sandığı, 1973 yılında kadar, kapsamındaki aktif ve pasif sigortalılara herhangi bir sağlık yardımı vermemiş, bu yardımlar kişilerin çalıştıkları ya da emekli oldukları kurumlar tarafından karşılanmıştır. 1973 yılından itibaren ise, kişiler emekli olduğunda, kendileri ve bakmakla yükümlü olduklarının sağlık giderle-

ri, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, Emekli Sandığı tarafından ödenir hale gelmiştir.

1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulan ve 1972 yılında uygulamaya geçen, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, sağlık yardımlarını 1989 yıl başına kadar, kademeli bir şekilde tüm ülkeye yaygınlaştırmıştır.

1992 yılında çıkarılan, 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşlarına, yatarak tedavi gerektirecek durumlardaki harcamaları, genel bütçeden sağlanan sağlık yardımları karşılanmaya başlanmıştır. 2005 yılında yapılan değişiklikle yatarak tedavilere ek olarak ayakta tedaviler de Yeşil Kart kapsamında verilen sağlık hizmetleri içine alınmıştır.

Mayıs ve Haziran 2006 itibarıyla, "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası" ve "5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu" yasaları TBMM'de kabul edilmiş ve Genel Sağlık Sigortası'nın farklı verilen tüm bu sağlık hizmetlerini sosyal sağlık sigortacılığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nca vermesi hedeflenmiştir.

Ülkemiz özel sağlık sigortacılığı sürecinde kronolojik olarak, sıralanan şu ana başlıklar öne çıkmaktadır:

Yaklaşık on yıl önce ülkemizde yapılan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu" konulu bir panelde, Dünya Bankası Kıdemli Sağlık Ekonomisti Mr.Alex Preker, dünya deneyimlerinden derleyerek oluşturduğu tebliğinde, "İyi Bir Reformu Engellemenin 10 Akıllı Yolu" olarak "Uluslararası Tecrübe"yi sıralamıştı. Acaba, Mr.Alex Preker'ın, dünya deneyimi olarak on yıl önce aktardığı ülkeler arasına "İyi Bir Reformu Engellemenin 10 Akıllı Yolu" nu uygulamayı başarmış(!) bir ülke olarak mı, yoksa tersini kanıtlamış bir ülke olarak mı ekleneceğiz?

1982 yılına kadar kaza tazminatına ek olarak verilen ve bu tarihten sonra büyük ölçüde hayat sigortaları altında satılmaya başlanan sağlık sigortaları, 1990 yılından itibaren ayrı bir branş olarak oluşturulmuş,

1987 yılına kadar Ticaret Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan özel sigortacılık sektö-

ÜLKE	Sağlık harcamalarındaki özel sağlık sigortası oranı (%)	Özel Sağlık Sigortasına sahip kişi (%)	Özel sağlık sigortası türü
Almanya	12.6	9.1 / 9.1	Yedek / Yerine koruyucu Ek Tamamlayıcı
Avustralya	7.3	44.9 / 40.3	Çifte / Tamamlayıcı
Avusturya	7.2	0.1 / 31.8	Yedek / Yerine Koruyucu Ek
Belçika	-	57.5	Yedek / Yerine koruyucu Tamamlayıcı
ABD	35.1	71.9	Yedek / Yerine koruyucu Ek Tamamlayıcı
Fransa	12.7	92	Ek, Tamamlayıcı
Yunanistan	-	10	Ek, Tamamlayıcı
İrlanda	7.6	43.8	Çifte, Ek
İtalya	0.9	15.6 (1999)	Çifte, Ek, Tamamlayıcı
Japonya	0.3	<1	-
Hollanda	15.2	28 64 (Tahmini)	Yedek Ek
İngiltere	3.3 (1996)	10	Çifte, Ek
İsviçre	10,5	80	Ek
Türkiye	37,1	<2	Ek



Bu yasaya göre, hizmet sunucu kurumlarla iki ayrı çalışma biçimi olacaktır; Sözleşme imzalayanlar ve imzalamayanlar. "Sözleşme imzalamak", Genel Sağlık Sigortası'nın kendi belirlediği ve her türlü sağlık hizmet sunucusu için geçerli olan fiyatlarla hizmeti satınalacağı anlamına gelmektedir. "Sözleşme imzalamamak" ise, Genel Sağlık Sigortasının fiyatları ile değil kendi cari fiyatları ile hizmet satmaktır.

rünün, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlanmış, 1994 yılında sağlık sigortacılığında; sigortalı, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruma provizyon veren şirketler olan aracı kurumlar (TPA: Third Party Administration) hizmet vermeye başlamış,

2004 yılında Genel Sağlık Sigortası çalışanları ile eş zamanlı olarak Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel İhtisas Komisyonu'nu kurulmuş,

2005 yılında hastalık branşının adı değişerek sağlık olmuş,

2006 yılında ise, seyahat sağlık ve hekim mesuliyet sigortalarının genel şartları yayınlanmış ve içinde bir yıldan kısa süreli, seyahat sağlık, tamamlayıcı sağlık ve uzun süreli sağlık sigortalarının da olduğu Özel Sağlık Sigortacılığı yasa tasarı taslağı hazırlamıştır.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı; 1990'lı yıllarda 12 milyon ABD Doları prim üretimi ile yaygınlaşmaya başlamış, 2000 yılına kadar büyüyen bir kapasite ile devam etmiş, 2000/2001 ekonomik krizlerinden etkilenerek küçülmüş ancak 2002 yılından itibaren tekrar artışa geçerek, 2005 yılı sonunda 596 milyon ABD Doları olan

prim üretimine ulaşmıştır. Sigortalı sayısı, 2000-2005 yılları arasında % 41'lik artışla 974.251'e ulaşmıştır. 2005 yılı sağlık sigortası priminin, % 70'i ilk 5, % 43'ü ilk 2 şirket tarafından üretilmiştir.

Dünya örnekleri

Dünya genelinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, tek başına uygulanmayan, ama hizmet türlerine göre karma bir modelle kullanılan; vergi bazlı, prim bazlı sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı olmak üzere üç ayrı sağlık finansman sistemi bulunmaktadır.

Sigortacılık, genel anlamda, risk faktörlerinin muhtemel zararlarına karşı kişileri korumak için, önceden prim ödenmesi yoluyla risklerin devredildiği bir sistemdir ve sağlık alanında, sosyal sağlık sigortacılığı ile özel sağlık sigortacılığı olmak üzere iki ana başlık altında incelenir. Sosyal sağlık sigortacılığında; isteğe bağlı olmayan, yani zorunlu olarak, finansman ve riskin, yüksek ve düşük gelirli, sağlıklı ve hastalar, bekar ve aile sahipleri gibi gruplar arasında paylaşıldığı bir dayanışmadır. Danimarka, Romanya, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere ağırlıklı vergi bazlı finansman sistemi ile sağlık hizmetlerini yürütürken; Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Slovakya ve Slovenya ağırlıklı prim bazlı sistemi kullanmaktadır. Belçika, Yunanistan ve İsviçre her iki sistemden de yararlanmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı, ödeme gücü olan bireylere dayanır, ancak Devlet, prim ödeme gücüne sahip olmayanlara sosyal yardım organizasyonları ile hizmet sunar. Örneğin, özel sağlık sigortacılığının uygulandığı ABD'de; 65 yaş üstü ve özürli-ler için Medicare, fakirler için de Medicaid bu hizmetleri sunmaktadır.

Association Internationale De La Mutualite (AIM), Avrupa Birliği ülkelerinde özel sağlık sigortası özelliklerini araştırdığı anket sonuçları ile; gönüllü özel sağlık sigortacılığının zorunlu sağlık sigortası sisteminin yerine geçmesinin yanı sıra, kapsam dışı hizmetleri ya da tamamıyla Devlet tarafından kapsanmayan hizmetleri de yerine getirerek tamamlayıcı bir nitelik kazandığını, hızlı erişim ve artan tüketici seçimi için de ayrı bir kapsam sağladığını ifade etmektedir. Ayrıca, Almanya, Hollanda ve İspanya gibi Avrupa Birliği ülkelerinde, zorunlu sağlık sigortasının yerini alan (ikameci) gönüllü sağlık sigortacılığı da bulunmaktadır ve burada gelir ve iş statüsü kriterlerine göre, zo-

runlu ulusal sağlık sigortasının yerine geçen bir özel sağlık sigortacılığı uygulanmaktadır. Tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortacılığı, Belçika ve Danimarka'da sadece ilaçları, Fransa ve İrlanda'da ayakta tedaviyi, Lüksembourg'da hastane katkı payını ve İspanya'da ise sadece katkı payını kapsar. Avrupa Birliği ülkelerinde uygulanan diğer bir model ise, destekleyici gönüllü sağlık sigortası diye adlandırılan, Türkiye'deki "çifte kapsam" uygulaması gibi, bir özel sağlık sigortacılığı modelidir. Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere gibi ülkelerde uygulanan bu sistem, tüketici seçimini artırmak ve farklı sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlayarak, genel olarak daha iyi koşullarda konaklama ve uzun bekleme listelerinin olduğu alanlarda tedaviyi daha hızlı temin etme amaçlıdır ve yüksek gelir düzeyi ile iş statüsüne sahip kesimlere yöneliktir.

Nitelik ve nicelik dağılımı ile, OECD ülkelerinin bazılarında sağlık sigortalarının dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Bu ülkelerde de, ülkemizdeki hem SSK'lı hem de özel sağlık sigortalı örnekleri gibi, çifte sigorta yapılarının; yerine koyucu, ek, tamamlayıcı şekilde olduğu görülmektedir.

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortacılığı ilişkisi

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası" Kanunu'nun özel sağlık sigortacılığını ilgilendiren maddeleri; 63-64-66-70-72-73-93 ve 97. maddelerdir;

Bu yasa 63. maddesinde, "Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi" adıyla, sigortacılık terminolojisi ile, aslında Genel Sağlık Sigortası'nın teminat paketi tanımlanmaktadır. Yasada Teminat paketi; "Genel Sağlık Sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri" olarak belirtilmektedir.

Bu yasanın teminat paketinde kapsanmayan sağlık hizmetleri ise 64. maddede sıralanmaktadır, bunlar; estetik amaçlı yapılan

her türlü sağlık hizmeti ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir.

Yasa 66.maddesi ile "Yurt dışı tedavi" kapsamındaki hizmetleri, 70.maddesi ile "Hizmet basamakları ve sevk zinciri"ni, 72.maddesi ile "Sağlık hizmetlerinin Ödenecek Bedellerinin Belirlenmesi" adıyla, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nu tanımlamaktadır.

Özel sağlık sigortacılığını en fazla ilgilendiren maddelerden biri, 73. maddedir. Bu maddede, "Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi" adıyla sözleşmeli/sözleşmesiz sağlık hizmet sunucu ayrımı ile sevk/sevksiz başvurulara ödeme biçimi anlatılmaktadır.

Bu yasaya göre, hizmet sunucu kurumlarla iki ayrı çalışma biçimi olacaktır; Sözleşme imzalayanlar ve imzalamayanlar. "Sözleşme imzalamamak", Genel Sağlık Sigortası'nın kendi belirlediği ve her türlü sağlık hizmet sunucusu için geçerli olan fiyatlarla hizmeti satınacağı anlamına gelmektedir. "Sözleşme imzalamamak" ise, Genel Sağlık Sigortası'nın fiyatları ile değil kendi cari fiyatları ile hizmet satmaktır. Yani; Genel Sağlık Sigortası, sözleşme imzaladığı hizmet sunuculara, otelcilik ve öğretim üyesine tedavi olmayı tercih etmek hariç fiyat farkı vermeyecek, verebileceği fiyat farkı da en fazla 2 kat olacaktır. Sözleşmesiz hizmet sunuculara gidiş durumunda iki ayrı süreç işleyecektir; ilk süreçte, kişi veya hasta Sağlık Bakanlığınca birinci basamak olarak belirlenecek kurumlardan sevk alıp, ondan sonra örneğin hastanelere giderse sözleşmeliler için belirlenen fiyatın yüzde yetmişini, Genel Sağlık Sigortası ödeyecektir. İkinci süreçte ise, bu sevk olmadan doğrudan sözleşmesiz olan hastanelere gidilirse, Genel Sağlık Sigortası hizmet fiyatının yarısı ödenecektir. Genel Sağlık Sigortası, sözleşmesiz kurumlara gidilmesi durumunda doğacak farklarla, sözleşmeli kurumlardan hizmet alınsa bile ortaya çıkabilecek otelcilik/öğretim üyesi farklarını; sigortalıları olan kişilere doğrudan ödeyecektir.

Yasanın 93. maddesi ile, "Devir, temlik ve kurum alacaklarında zamanaşımı" adıyla, hizmet sunucuların kurum nezdinde doğan alacaklarını devir temlik edemeyeceği belirtilmektedir. Dolayısıyla, kişi yani sigortalı, Genel Sağlık Sigortası'ndan alacağını "Temlik Edebilir" hale gelmektedir. Bu da,

eğer kişinin özel sağlık sigortası varsa, sigorta şirketine bu alacağını devretmesi anlamına gelir, yani kişinin Devlet'in verdiği sağlık hizmeti üzerine dilerse, sigorta primini önceden ödemek yoluyla seçtiği herhangi bir tür "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ürününü alabiliyor olması demektir.

Son olarak Yasa'nın 97. maddesinde, "Zamanaşımı, hakkın düşmesi ve avans" adıyla, hizmet sunucuların, tahakkuk eden alacaklarını fatura tesliminden itibaren en geç yetmişbeş gün içinde ödeneceği, gecikilirse tahakkuk eden tutarın %75'i ilâ %90'ını için mahsuplaşılacağı anlatılmaktadır.

Sigorta şirketleri, öncelikle Genel Sağlık Sigortası fiyatlarını bilmek isteyeceklerdir. Eğer, Genel Sağlık Sigortası fiyatları bugün olduğu gibi, Bütçe Uygulama Talimatı fiyatları olacaksa, bunları kabul edenler de, kabul etmeyip kendi cari fiyatları üzerinden hizmet satmaya yani hastadan fark almaya devam edecekler de, olacaktır. Doğaldır ki, özel sağlık sigortası şirketleri de "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ürünlerini hazırlarken, bu fiyatı kabul edenlerle etmeyenler için farklılıklar oluşturacaklardır. Aslında, özel sağlık sigortası şirketleri, Yasa'nın 63. maddesinde tanımlanan Genel Sağlık Sigortası'nın teminat paketi dışında kalan hizmetler ile 64. maddesinde, "Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri" adıyla, kapsam dışı olan hizmetlere ve 66. maddesinde, "Yurtdışı tedavi" kapsamındaki hizmetlere talip olabileceklerdir.

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 5510 sayılı Yasa'da, *henüz netleşmese de*, Çok kabaca bakıldığında tamamlayıcı anlamda **özel sağlık sigortası yapılabilecek sağlık hizmetleri**:

Oda ücreti/Öğretim Üyesi farkı,

Travma ve onkolojik tedavi dışı protezler,

Genel Sağlık Sigortası'nın vereceği protezden daha yüksek standartta protez,

18-45 yaş arası diş protezleri,

Diğer yaşlarda Genel Sağlık Sigortası'nın vereceği standardın üzeri protezler,

Aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç-gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikte tıbbi sarf,

Estetik amaçlı her türlü sağlık hizmeti ve ortodontik tedavi,

Geri ödeme listesinde yer almayan ilaçlar,



Yasada Teminat paketi; "Genel Sağlık Sigortalısının ve bakımakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri" olarak belirtilmektedir.

Sözleşmeli/Sözleşmesiz Sağlık Kurumu ve Sevki/Sevksiz Başvuru

şeklinde sıralanabilir. Yani, sigorta şirketleri, bu ürünlerini geliştirirken; 93. maddede üstü kapalı olarak söylenen, "Sigortalı Temlik Edebilir" hükmünden yola çıkarak, poliçe eklerine her bir işlem için koyacakları **ibraname** ve sanki **muafiyetli poliçe** gibi "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" yaptırılabilir olmasını göz önünde tutacaklardır.

Tüm bu yasa düzeyindeki düzenlemelere ek olarak, 107. maddede, bir yıl içinde öngörülen yönetmeliklerle uygulama detaylarının belirleneceği ifade edilmektedir. Aralık ayına girdiğimiz bu günlerde, bu bir yıllık yönetmelik hazırlama süresinin ne kadarının kullanılacağı belli değildir. Hatta, Mayıs ve Haziran aylarında çıkan bu iki yasanın genel kurul oluşturulmasına yönelik zorunluluğu, öngörülen uygulama başlangıç tarihinden, yani 1 Ocak 2007'den, sadece 5 hafta önce gerçekleşebilmiştir. Teminat paketinden nasıl, hangi fiyatla ve ne kadar yararlandırılacağına uygulanmasına günler kala olan bu belirsizliklerin ve ayrıca uygulama döneminde madde 97'deki geri ödeme koşullarına ne kadar sadık kalınacağına yönelik netliğin sağlanması son derece önemlidir.

5510 sayılı Yasa, Sayın Cumhurbaşkanı

Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı sonrası, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu 20 Aralık 2006 Çarşamba günü yaptığı toplantı ile 5502 sayılı Yasa'da tanımlı ilgili tarafların da görüşünü alarak, Hükümet, 22 Aralık 2006 Cuma günü, 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğünü 6 ay erteledi. Yani, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe girecek.

ve 118 Milletvekili imzasıyla çeşitli maddelerinin iptali istemiyle, Anayasa Mahkemesi'ne götürüldü. Sonuçta, yasanın yürürlük tarihine 2 hafta kala, Anayasa Mahkemesi, 15 Aralık 2006 Cuma günü açıklanan Anayasa Mahkemesi kararı ile yasanın 16 maddesi, 7 geçici maddesi ve 38 fıkrası iptal edildi. Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı sonrası, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu 20 Aralık 2006 Çarşamba günü yaptığı toplantı ile 5502 sayılı Yasa'da tanımlı ilgili tarafların da görüşünü alarak, Hükümet, 22 Aralık 2006 Cuma

günü, 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğünü 6 ay erteledi. Yani, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe girecek. Şimdi ne olacak? Ama öncelikle şu sorunun cevabını vermeliyiz. Ülkemizin genelde sosyal güvenlik alanında ama onunla birlikte özelde sağlık reformuna ihtiyacı var mı? Bu sorunun cevabı bu ülkede yaşayanların büyük bir çoğunluğunun hatta tamamının içtenlikle evet dediği bir cevap. O zaman hangi yöntemle ve nasıl bir sosyal güvenlik ve sağlık reformu yapmalıyız ki, hem bu ihtiyacımıza cevap versin, hem de sürdürülebilir olsun.

Bundan sonra yapılması gereken; Anayasa Mahkememizin bu Kararı'nı da dikkate alarak, sağlık hizmetlerinde bütünsel reform yapma fırsatı yeniden değerlendirilmeli, bu güne kadar yapılan hazırlıklar artık tamamlanarak, bu altı aylık sürede gerekli revizyonlar yapılmalıdır. Bu bağlamda; Anayasa Mahkememizin, kamu çalışanları için genel felsefe olarak ortaya koyduğu itirazlara ek olarak, Genel Sağlık Sigortası'nda yeniden düzenlenmesini istediği iki konu bulunmaktadır. Bunlardan biri, katkı paylarının düzenlenme yetkisini Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan Bakanlar Kurulu'na vermek, diğeri 18-45 yaş grubu kamu çalışanlarının dış protezlerini ödemektir. Dolayısıyla, bir yandan sağlık hizmetlerinin sunum, yönetim ve denetimine ilişkin

eksik kalan düzenlemeler tamamlanmalı, diğer yandan iptal edilen hükümlerin yeniden düzenlemesi tamamlanmalıdır.

Sosyal alanlarda reform yapmak; ne sadece ülkemizin ihtiyacıdır, ne de bir defada, bugünden yarına yapılacak kadar kolaydır. 1880'li yıllardan bu yana sağlık sigortacılığını uygulayan Almanya 2007-2011 yıllarını içeren bir reform programı uygulanmaktadır, Fransa ise hizmet sunumu ile ilgili reformunu dört yıla yayılmış bir şekilde başlatmıştır. Ayrıca, sosyal alandaki reformlarda; hizmeti finanse edenlerin, sunanların ve kullananların "tümüyle uzlaşması"nı beklemek ileri derecede bir iyimserlik olarak tanımlanır.

Doğaldır ki, "Genel Sağlık Sigortası" Yasası'nda olan ve/veya olmayan hükümler konusunda farklı görüşlerimiz olacaktır. Anayasa Mahkemesinin iptal edip/yürütmesini durdurduğu maddeler ile bu Yasa'da eksik ve hatta yanlış bulunan konularda, bu süreci bir tehdit değil tam tersine fırsat olarak değerlendirerek tamamlamalıyız. Önceliğimiz, TÜM VATANDAŞLARIMIZI DAHA İYİ BİR SAĞLIK DÜZEYİNE ULAŞTIRMAK OLARAK, sistemin sürdürülebilirliği ve öngörülme maliyetlerle karşılaşma riskini en aza indirmeye odaklanmalı, sistemde kamu yararını en üst düzeye çıkarmanın yollarını bulmalıyız. Onun içindir ki, "KAMU ÖZEL AYRIMI YAPMADAN KAMU YARARI'NI SAĞLAYABİLMEK İÇİN;



FİNANSMAN-SUNUM-BİLGİ-DENEYİM-OPERASYON VE DENETİM'DE PAYLAŞIMA AÇIK OLMALIYIZ. Özel sektörün kendi örnek büyüklükleri içinde bu güne kadar yapmaya çalıştıklarının, "Genel Sağlık Sigortası" içine bilgi ve deneyim olarak aktarılması ve bu bağlamda; Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, kayıt-bildirim, provizyon, network yönetimi, ödeme sistemleri gibi akla gelen ilk uygulamalarda sinerji doğurmaliyiz.

Şunu hiç akıldan çıkarmamak gerekir: Ülkemiz kaynakları, sağlık alanında, öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla ve her şeyden önemlisi kamu yararına yönetilmelidir. Yıllar geçtikçe; hizmete olan talebin artacağını ve hatta değişeceğini, buna karşın hizmetin maliyetinin yükseleceğini düşünerek, bu arz ve talep arasında; ülkemiz kaynaklarını en verimli kullanabilecek bir modeli uygulamamız gerektiğinden hareketle, bu güne kadar yapılan ve aşağıda ana başlıkları sıralanan doğrulara sahip çıkmalıyız;

Kurumsal Hafızadan Yararlanma, Bilgisi Deneyimi Olanlar, Sivil Toplum Kuruluşları, Kamuoyu İle Paylaşım, Ödeme Gücü Olmayan (Yeşil Kartlı) Ayaktan Tedavisi ve İlaç Alımı, Devlet Memurları Ve Emekli Sandığı Mensuplarının Kamu/Özel Sağlık Kurumundan Hizmet Alımının Sağlanması, SSK ve Devlet Hastanelerinin Ortak Kullanımı, Sağlık Hizmetlerinde KDV İndirimi, Sağlık Harcamalarında Kontrol Sistemine Başlama.

Bu doğrulara sahip çıkarken, aynı zamanda kamu ve özel sektörden birinin eksikliğini diğerinin artışı ile birlikte değerlendirerek, ülke adına ortak bir fayda yani sinerji oluşturulmalıdır. Bu sebeple aşağıda sıralanan konularda da duyarlı olmamız gerekir:

Sağlık Hizmeti Sunumu ve Yönetiminde Eşzamanlı Değişim Yani Bütünlük, Rasyonel Temel Teminat Paketi Gerçekçi Maliyet Hesabı, Ödeme Sistemlerinde Standardizasyon, Veri Toplama, Kayıt, Denetimde Bilgi İşlem Altyapısı Kullanma, Kamu Özel Sektör Arası Haksız Rekabeti Önleme, Genel Sağlık Sigortası İkincil Mevzuat Hazırlığında Kalıcı İşbirliği.

Böylelikle, sürdürülebilir, öngörülmeyen maliyetlerle karşılaşma riskini minimize edecek bir biçimde denetlenebilir, kaliteden ödün vermeyen bir Genel Sağlık Sigortası modelini kurulabilir ve işletir oluruz.

Sonuç

"...Bitirirken; yaklaşık on yıl önce ülkemizde yapılan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu" konulu bir panelde, Dünya Bankası Kıdemli Sağlık Ekonomisti Mr.Alex Preker, dünya deneyimlerinden derleyerek oluşturduğu tebliğinde, "İyi Bir Reformu Engellenmenin 10 Akıllı Yolu" olarak "Uluslararası Tecrübe"yi şöyle sıralıyor; ÖNÜMÜZDEKİ SEÇİME KADAR ERTELEME, SENDİKACILARIN HOŞLANMAYA CAĞINI SÖYLEME, FİKİR BİRLİĞİ SAĞLANANA KADAR BEKLEME, YÜRÜMEYECEKİMİŞ GİBİ DAVRANMA, REFORM YAPANLARA SALDIRMA, TARTIŞMAK ÜZERE KOMİSYONLARA SUNMA, PAHALIYA MAL OLACAĞINI SÖYLEME, DESTEKLİYORMUŞ GİBİ DAVRANMA, PILOT ÇALIŞMA BAŞLATMA, DUYARSIZ KALMA.

Mr. Preker'ın tebliğinde ortaya koyduğu bu başlıkları, "Yapılmaması Gerekenler" olarak düzenlemek, belki de, ülkemizin üç dekadı aşan Genel Sağlık Sigortası beklentisini daha da doğru ortaya koyabilmektedir..."

Aslında bu sonuç paragrafı bu makaleye ait değil. Zira, yukarıya çıkardığım alıntı, TİSK'in İşveren adlı Dergisi'nde Mart 2005'de yayınlanan bir başka makalem-den alınmıştır. Bu makale yazılalı birbuçuk yıldan fazla oldu. Makale yazıldığında, ülkemizde neredeyse 40 yıldır konuşulan, yani neredeyse "Devlet Politikası" olmuş diyebileceğimiz, "Genel Sağlık Sigortası" Yasası TBMM'ne sunulmuştu.

Sonuç olarak, acaba, Mr.Alex Preker'ın, dünya deneyimi olarak on yıl önce aktardığı ülkeler arasına "İyi Bir Reformu Engellenmenin 10 Akıllı Yolu" nu uygulamayı başarmış(!) bir ülke olarak mı yoksa tersini kanıtlamış bir ülke olarak mı ekleneceğiz? Bakalım, hep birlikte yaşayarak, öğreneceğiz. Yoksa, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu'nun 20 Aralık 2006 günü yapılan toplantısında bir meslek örgütü temsilcimizin söylediği gibi "19 Hükümet eskiten (!)" bu sürece bir yenisi mi eklenecek?

Kaynaklar

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete,

AIM (2001), "Response to The Questionnaire on Private Health Insurance in The European Union", Association Internationale De La Mutualite,

Çelik, Hüseyin (2002), "Türkiye'de Sosyal Sağlık Sigortasında Norm Birliği", TODAİE Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Yayınlanmamış Master Tezi, Ankara,



Danimarka, Romanya, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere ağırlıklı vergi bazlı finansman sistemi ile sağlık hizmetlerini yürütürken; Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Slovakya ve Slovenya ağırlıklı prim bazlı sistemi kullanmaktadırlar.

Çotur, Oya Aliz (2004), "Avrupa Birliğine Üye Ülkelerde ve Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı", Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, Temmuz,

European Observatory on Health Systems and Policies Series (2004), "Social Health Insurance Systems in Western Europe", ISBN 0 335 21363 4, New York,

Özsarı, Salih Haluk (2003), "Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Yönetimi Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,

Özsarı, S. H. (2005), "Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası Süreci", İşveren Dergisi Mart

2005 Sayısı, TİSK Yayını, Ankara,

Özsarı, Salih Haluk (2006), Genel Sağlık Sigortası ve Uygulamaya Yönelik Sorunlar Sunumu, OHSAD "GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET SEMPOZYUMU", 9 Ekim 2006, İstanbul.

Preker A. (1996), Hazine Dergisi, Ağustos 1996, ISSN 1300-7831, s:181.

The OECD Health Project (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries", ISBN 92-64-01563-9,

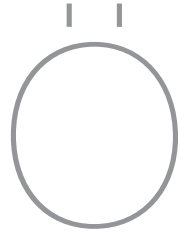
Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (2006), "Sağlık Sigortası Teknik Analizi", İstanbul,

Sağlık sisteminde bakanlığın misyonu ve vekilharçlık *

Dr. Julio Frenk Mora



Meksika Ulusal Üniversitesinden 1979 yılında mezun Tıp Doktorudur. 1980 yılında Michigan Üniversitesinde Toplum Sağlığı konusunda yüksek lisans, 1981 yılında sanat ve sosyoloji konusunda yüksek lisans yapmış ve Sağlık Hizmeti Organizasyonu ve Sosyolojisi alanında doktora unvanı kazanmıştır. 1998 de Dünya Sağlık Örgütü'nde Politika İçin Kanıt ve Bilgi Bölümü yöneticiliğine atanmıştır. 2000 yılından beri Meksika Sağlık Bakanlığı görevini yürütmektedir. 2006 Eylül ayında Dünya Sağlık Örgütü Başkanlığına aday oldu.



Öncelikle, Türkiye'de sağlık alanında atılan radikal adımlardan çok etkilendiğimi belirtmek istiyorum. Bence, sağlık sistemlerini ve hizmetleri nüfus grupları değil, işlevler ekseninde yapılandırma yaklaşımı ve bu yapıda sağlık bakanlıklarının rolü öncelikli hususlardan birisidir. Türkiye ve Meksika gibi ülkelerin sağlık sistemini nüfus gruplarına göre belirlemek gibi çok eski bir geleneği vardır. Genel kural ise ilkelere ve işlevlere göre bakmak olmalıdır, bence kesinlikle en doğru yol budur. Ancak, burada önerilen bu yeni yapıya nasıl geçileceği, daha açıkça söylersek geçiş sorunu

karşımıza çıkar. Bence en önemlisi, en temel hedefi akıldan hiç çıkarmamaktır: Sağlık bakanlığının genel misyonu nedir? Bu soru başlangıç noktası olmalıdır.

Meksika'daki tecrübelerimizden bahsetmek istiyorum. Meksika'da anayasamızda "sağlık koruma hakkı" vardır; sağlığın korunması için kullandığımız bir kavramdır bu. Sağlık koruma hakkı, sınırlı bir kapsamı ve daha dar bir bakış açısı olan toplum sağlığını koruma kavramına göre daha geniş bir anlayıştır. Bu korumanın bence üç ana boyutu vardır: Birincisi insanları, nüfusu sağlık risklerine karşı korumaktır ki, bu her devletin birincil görevi olmalıdır. Devletin görevi vatandaşlarını her tür tehlikeye karşı korumaktır; bizim alanımıza sağlıkla il-

gili olan tehlike girer. İkincisi ihtimam ve daha fazlasını arama / elde etme sürecindeki sağlık hizmetlerini kullananların hakkını korumaktır. Ve korumanın üçüncü boyutu, her zaman göz ardı edilen mali korumadır, yani insanları kötü sağlığın ekonomik sonuçlarına karşı korumadır.

Anayasada vatandaşların sağlıklarının korunması hakkının yer aldığı bizim gibi ülkelerde, misyonun bu üç bileşeni veya boyutu düşünüldüğünde, bu kavramı işlevsel hale getirmek zorunluluk olmaktadır. Bence, bu boyutlar bu işlevselleştirmenin üç ana esasıdır. Bu yüzden ki burası ayrılma noktasıdır. Eğer sağlık sisteminde vekilharçlık rolü üstlenecekse, bu sorunların idarecisi konumuzla ve vekilharçlık rolü-



nüzün gereği olarak en azından bu üç boyutta sağlık bakanlığının misyonunu yerine getirdiğinizden emin olmalısınız.

Öncelikle ilk boyutu, yani nüfusu sağlık risklerine karşı koruma konusunu ele alalım. Sağlıkla etkileşim içinde olan ve toplumu ilgilendiren ortak malların çoğu (kriminalolojik surveyansla ilgili bütün mallar) çeşitli risk faktörlerinin kontrolü, çevresel risk faktörleri, işle ilgili, meslek gereği maruz kalanlar, düşük kaliteli ilaçların varlığı vb etkenler koruma gerektiren risk alanlarını oluşturur. İnsanları bu sağlık risklerine karşı koruma konusunda bütün olarak düzenleyici faaliyetler bulunmaktadır.

İkinci boyut, bakanlığın aktif olarak üstlendiği hastaların savunulması, haklarının korunmasıdır. Örneğin mahremiyet hakkı, bir kişinin sağlık statüsü hakkındaki bilgilerinin gizli tutulması hakkı – ki böylece o kişi sağlık statüsüne bağlı olarak bir ayrımcılığa maruz kalmaz –, karar verme sürecine katılma hakkı, kişinin itibarına uygun olarak güvenli ve etkin bakımı alması hakkı gibi haklardır bunlar. Ve üçüncüsü, mali korumadır; bir hastalığa sahip olduğunuzda fakirleşmeme hakkıdır.

Meksika'da sağlık bakanlığını yeniden organize etme yöntemimiz şöyledir; bizim bu üç boyutu kapsayan yarı otonomluğumuz vardır. Bu yarı otonomluğu biraz açmak istiyorum. Yarı otonom sistemimizde üç komisyonumuz var. Bir komisyon, sağlık risklerine karşı koruma ile ilgilenir; bu riskler çoğunlukla klasik kamu sağlığı ile ilgili olanları kapsıyor. İkincisi bir tür ombudsmanlık görevi yapmaktadır. Tedavilerinden bekledikleri sonucu alamayan hastaların şikayetlerini ilettikleri ve bu sorunların adli sürece girmeden çözüm buldukları bir ombudsmandır. Bu komisyon hizmet sağlayıcılara bazı yaptırımlar uygulayabilir. Üçüncüsü ise tam olarak bakanlığın dışında olmadan bakanlığın bir kolu gibi yapılanmış sağlık hizmeti işidir. Bu, bizim vekilharçlık işlevini gerçekleştirme şeklimizdir. Sağlık hizmeti işlevi, özellikle de icra işlevi, yaklaşık 20 yıldır eyaletlere verilmiş desantralize bir görevdir. Türkiye'nin aksine Meksika bildiğiniz gibi federal bir cumhuriyettir. Ülkemiz 32 bağımsız eyaletten oluşuyor, bu yüzden de yapılanma sürecimiz 20 yıla uzamıştır.

Hastanelerin ve kliniklerin yönetimini, bağışıklama ve erken teşhis kampanyaları gibi toplum sağlığı uygulamalarının çoğunun sorumluluklarını eyaletlere, ulusal hükümetin altındaki ikinci düzeydeki eyalet hükü-

metlerine devrettik. Bizim tecrübeyle edindiğimiz sonuç, devretme konusunda fazla ileri gitmiş olduğumuzdur. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalınabiliyor. Ve eğer Meksika örneğinin bir tecrübesi varsa, o da tam merkeziyetçilik gibi çok fazla desantralizasyonun da iyi olmadığıdır. Eğer desantralizasyon çizgisinde çok ileri giderseniz, sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz.

Özellikle, başlangıçta Meksika'da gördüğüm ülkenin büyük bölgesel farklılıklarının olmasıydı ve bu durum Türkiye için de geçerli. Sizin doğu ve batı arasında sahip olduğunuz eşitsizliğe biz Meksika'da kuzey ve güney arasında sahibiz. Meksika ve Türkiye birbirine çok benziyor, çünkü her ikisinin de yarısı dünyanın en zengin kısımlarına bakarken, diğer yarısı dünyanın fakir kısımlarına bakıyor, yani bir yarısı çok gelişmiş diğer yarısı ise gelişmemiş dünyaya bakıyor. Bu durum iki ülke için de aynı.

Başlangıç noktasında bölgeler arasındaki eşitsizliğin aşırı olması, hizmetin desantralizasyonu çok hakkaniyetsiz sonuçlara ve varolan adaletsizliğin derinleşmesine neden olabilir. Bu nedenle, vekilharçlık kuralının, bölgeler arasında hizmet ve kaynakları eşitleme konusunda proaktif olması gerektiğini düşünüyorum. Kural ve standartlar koymaktan -ki hizmet sunucuları ve tedarikçileri akredite etme, norm ve standart koyma vekilharçlığın önemli unsurlarıdır- ayrı olarak hizmet sunumu işlevine gelindiğinde bile, başlangıçtaki adaletsizliği gidermeye yönelik olarak kaynakları dengeli bir şekilde dağıtma hedeflenmelidir. Ülkenin iyi durumda olan bölgelerine göre mevcut olan farklılıkların ortadan kaldırılması amacına yönelik genel bir stratejik planlama sürecinin olması zorunludur.

Sistemin alt parçaları için genel sorumluluğun kesinlikle iyi işlemesi halinde bakanlığın değişik icra birimlerinin devredilmesinin doğru olduğunu düşünüyorum. Vekilharçlığın özü, hastanelerin işlemesini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasını güvence altına almaktır. Bunların çok iyi çalışmasını temin etmek gerekir. Sahip olduğumuz araçlar, atın dizginlerini elde tutmaya yarar. Ben bundan, yani kontrollü metaforadan daha fazla hoşlanırım. Çünkü, bildiğiniz gibi sağlık sisteminin kontrolü zordur. Eğer her biri farklı yönlere giden 32 farklı atınız varsa, sanırım bizim başımıza gelen kaçınılmazdır. Bizim tecrü-



Bizim tecrübeyle edindiğimiz sonuç, devretme konusunda fazla ileri gitmiş olduğumuzdur. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalınabiliyor. Ve eğer Meksika örneğinin bir tecrübesi varsa, o da tam merkeziyetçilik gibi çok fazla desantralizasyonun da iyi olmadığıdır. Eğer desantralizasyon çizgisinde çok ileri giderseniz, sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz.

bemizde 20 yıllık desantralizasyondan sonra, biz sadece atların koşmasına izin vermedik, aynı zamanda dizginlerin ucunu da kopardık. Dizginleri kontrol altında tutmanız gerekmektedir. Bu dizginler bütüncül olarak politikanın yönlendirilmesini sağlamak ve bunu bir stratejik plana dönüştürmektir.

Örneğin, önceden desantralize yapımız dolayısıyla eyaletler kurumlar inşa edebiliyorlardı, bu da sonuçta kullanılmayan, doğru yerde bulunmayan, daha çok politik baskılar veya ekonomik çıkarılara bağlı olarak yapılan inanılmaz miktarda çok tesisin inşa edilmesine neden oluyordu. Şu anda ihtiyacın belgelenmesi olarak adlandırdığımız, eyaletlerin taleplerini yaptığı, fakat aşmaları gereken merkezi bir süreç uygulanmaktadır. Böylece, desantralize otorite tarafından bir tesisin inşasına karar verilmeden önce, bunların bir master sağlık planının parçası olması gerekmektedir. Bu sağlık planları 32 sağlık otoritesinin ve federal otoritenin uzlaşması ile yapılmaktadır. Bu dizginlere hakim olmak otoriter bir yaptırım değildir; fikir birliğine dayalı bir süreçtir. Bu tür stratejik planlama çok önemlidir. Aynı stratejik planlamaya teknoloji, teknoloji ihtiyacını belirleme, yüksek teknolojik ürünlerin satın alınması için de ihtiyaç vardır. Aynı şey insan kaynakları stratejik planlaması için de geçerlidir; ne tür uzmanın hangi za-

Sistemin alt parçaları için genel sorumluluğun kesinlikle iyi işle-mesi halinde Bakanlığın deği-şik icra birimlerinin devredilme-sinin doğru olduğunu düşünüyorum. Vekilharçlığın özü, has-tanelerin işlemlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasını güvence altına al-maktır.

man dilimi için görevlendirileceęi belirlen-melidir. Bu nedenle, stratejik planlama esas bileşendir.

İkinci olarak, vekilharçlığın en güçlü aracı olarak gördüğüm şey, "karşılaştırmalı performans değerlendirmesi" ve karşılaştırmalı değerlendirmeyi kamuoyu ile paylaşmak-tır. Böylece, Meksika'da daha önce hiç yapılmamış bir şeye başladık, çünkü çok fazla direnç vardı ve bütün eyaletlerin sağlık otoriteleri ile uzlaşma sağlanmalıydı. Yaklaşık 40 tane ortak gösterge yine tüm eyaletler düzeyindeki sağlık sekreterliklerinin fikir birliği ile belirlenmiştir. Şu anda 32 eyaletin sıralamalarını her yıl yayınlamaktayız ve bu yayın, kamuoyuna açıklanmakta-

dır. Bu suretteki performans değerlendirmesinin inanılmaz derecede güçlü bir araç olduğunu düşünüyorum, çünkü hiç kimse eyaletini bu listenin alt sıralarında görmek istememektedir.

Son olarak, vekilharçlığın çok önemli hususiyetlerinden birinin eyaletlerle teknik işbirliği olduğunu söylemek istiyorum. Merkezi bakanlık, uzmanlıkların çekirdeği olarak bir rol taşır ve eyaletlerin ihtiyaçları durumunda bu potansiyel değerlendirilir. Son bir yorum olarak vekilharçlığa odaklanmanın sürdürülmesi ve daha sonra hizmet sunumunun çoğunlukla yerel hükümet veya sivil toplum kuruluşu gibi kenar birimlere devredilmesi, sağlık hizmet sunucuları ve finansörlerini de kapsayan ortak bir karar verme veya politika yapma organının elde tutulmasına vurgu yapmak isterim.

Eyaletleri desantralizasyona göre düzenlemeye başladığımızda, Ulusal Sağlık Konseyi olarak adlandırdığımız, Federal Sağlık Bakanlığı başkanlığında 32 eyaletin sağlık sekreterlerinin bir araya geldiği bir organ oluşturduk. Yılda dört defa toplanarak, her üç ayda bir, bir buçuk günlük yoğun oturumlar gerçekleştiriyoruz. Çok yoğun geçiyor ve ulusal politikamızı burada oluşturuyoruz. Bu nedenle, ben hep, 32 tane eyalet sistemi değil, tek bir ulusal sağlık sistemimiz olduğunu söylüyorum. Katkısı olanları

ve özellikle hizmet sunanları dahil eden bir mekanizmaya sahip tek bir ulusal sistem, tek bir ulusal politikamız var. Çünkü hizmet sunumu herkesi kucaklayan bir işlevidir.

Sonuçta vekilharçlık işlevi ile tüm finansman ve kaynak geliştirilmesi işlevleri bir toplumun ihtiyacı olan hizmetleri alabilmesi içindir. En nihai amaç sağlığı geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek için en öncelikli işlev, hizmet sunumu işlevidir. Finansman işlevi, kaynak yaratma işlevi ve vekilharçlık işlevi hep birlikte bireysel sağlıkta bir bireye veya toplum sağlığında bir topluma güvenli, etkili, yüksek kalitede ve bir ihtiyacı karşılayacak şekilde sağlık hizmeti sunulmasını garantilemek için vardır. Bu yüzden vekilharçlığı ne için yaptığımız konusundaki vurguyu kaybetmemeliyiz. Hizmet sunumunda görev alan her kimse, politika oluşturma mekanizmasının çok önemli bir parçası olmak zorundadır. Bizim örneğimizde elde ettiğimiz sonuç, hizmet sunumunda doğrudan eyalet hükümetleri sorumlu oldukları için, bu tür kolektif bir mekanizmaya sahip olmaktır.

Son yorumum; Sağlık Bakanlığının tam olarak rolü vekilharçlıktır, fakat bu onun en merkezi işlevi değildir. Vekilharçlık, Dünya Sağlık Örgütü çerçevesinde, bir meta-fonksiyon olarak tanımlanmıştır; işlevlerin işlevidir. Böylece, vekilharçlık, finansman





ile ilgili bir işlevdir; nasıl finanse edildiği, finansman kurallarının ne olduğu ile ilgilidir. İkinci olarak vekilharçlık insan kaynağı geliştirme, insanların nasıl eğitildiği, araştırma politikasının nasıl olduğu ve bunun gibi hususlarla da ilgilidir. Tabii ki hizmet sunumundan da bağımsız değildir. Sağlık hizmet sunumu söz konusu olduğunda, oyunun kurallarının ne olduğu, hastaların haklarını nasıl korunacağı, hizmet sunuculara nasıl teşvikler uygulanacağı ve bunun gibi hususlarla ilgilidir.

Vekilharçlık aslında, işlevlerle ilgili işlevin bir meta-işlevidir. Bu noktada özellikle finansman işlevi ile ilgili olarak çok önemli olan bir nokta, finansmanın dizginlerini de elimizde bulundurmanızdır. Finansmanın kontrolü olmadan vekilharçlık, bildiğiniz gibi, en fazla ahlaki ikna veya vaaz olur. Eğer para ve teşvik araçlarına sahip değilseniz, vekilharçlık etkili olamaz; bizim örneğimizde finans mekanizmalarına işlevsel ve idari anlamda bir dereceye kadar otonomi vermemizin nedeni budur. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı hala Finansman Program Kuruluna başkanlık etmektedir. Bakanlık fonu günü birlik yürütmez. Bakanlık kurula başkanlık eder ve bunu kesinlikle gerekli buluyoruz.

Bu konudaki en ilginç örnek Kolombiya'dır. Türkiye'deki durumu çok iyi bilmiyorum; bu nedenle de sadece Latin Amerika ülkelerinden bahsediyorum. Pek çok ülkede olduğu gibi, hem Kolombiya hem de Meksika sadece sağlık değil, hastalık ve

yaşlılık nedeniyle emeklilik, işle ilgili riskler gibi diğer alanları da finanse eden bir sosyal sigortaya sahiptir. Sadece sağlık fonu olmaması nedeniyle, Sağlık Bakanlığının etki alanının dışında olma eğilimindedir.

Kolombiya'nın yaptığı bence çok zekice bir karardı, sosyal güvenlik kurumunda iki kurul oluşturdular. Kurullardan biri sağlık sigortası ile ilgilidir ve Sağlık Bakanlığı tarafından idare edilir. Diğer hususlarla, hastalarla, işle ilgili risklerle ilgili diğer kurul, Çalışma Bakanlığı tarafından idare edilir. Fakat, Meksika'da olduğu gibi Kolombiya'da da sosyal sigortanın % 60'ı sağlık bakımına, % 40'ı hastalara ve diğer ihtiyaçlara gitmektedir; bu nedenle tavrı mantıklı gelmektedir. Paranın vekilharçlık rolünden tam olarak ayrılması ancak bu şekilde mümkün olmuştur.

Yine Türkiye ile pek ilgili olmayabilecek bir deneyimi, uluslararası bir deneyimi paylaşmak isterim. Sadece bizim ülkelerimizde değil, Avrupa ülkelerinde, diğer yüksek oranda endüstrileşmiş ülkelerde bile her zaman, finansman işlevi ile ilgili vekilharçlığın pozisyonun ne olduğu sorun olmuştur. Eğer vekilharçlık işlevi aynı zamanda finansman hakkındaki kontrolü kapsamıyorsa, o zaman bu çok güç bir görev haline gelir. Çünkü hizmet sunucular arasında davranış değişikliğine yol açabilen teşvikleri ve ücret mekanizmalarını finanse eden önemli bir enstrümanı kaybedersiniz.

Bunlar, Meksika Sağlık Bakanı olma onurunu aldığımdan bu yana edindiğim birkaç düşüncedir. Türkiye'deki Sağlık Dönüşüm

Planından gerçekten çok etkilendim. Ben- ce, doğru bir vizyonla tam olarak doğru bir yoldasınız ve kesinlikle doğru yönde ilerlemektesiniz. Anlattıklarım, elde ettiğimiz bazı tecrübelerle ilgili birkaç yorumum; bunlardan Türkiye ile ilgili çıkarımlar yapabilirsiniz.

* Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması Çalıştayında Julio Frenk'in yaptığı konuşmadır. 31 Mart 2006, İSTANBUL

**Vekilharçlık: stewardship, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "kürek çekmek değil, dümen tutmak" olarak tanımlanan bir yönetim kavramı

Kalite sistemi kurma sürecinde kritik noktalar

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Şarkışla ve Ayaş'ta üç yıl süreyle pratisyen hekim olarak çalıştı. 1998'de MÜTF'nde Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini tamamladı. Uzmanlık tezini "kalite" konusunda hazırladı. Uzunca bir süre kalite yönetimi danışmanlığı ve belgelendirme firmalarında çalıştıktan sonra MÜ Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak göreve başladı.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi ve bu komiteye bağlı Politika ve Metot Çalışma Grubu üyesi olarak bu konuda yapılan çalışmalara katkı sağlamıştır.

Bir çok kuruluşa kalite yönetimi danışmanlık ve eğitim hizmeti vermiştir. Kamusal ve özel çeşitli sağlık kuruluşlarının belgelendirme denetimlerine denetçi veya uzman olarak katılmıştır.

Kalite sistemi kurmak, daha doğrusu kalite belgesi almak, günümüzde diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de adeta bir moda haline almıştır. Kalite belgesi almak çoğu kuruluştaki sistem kurmak ve kurumsallaştırmaktan çok reklam ve prestij aracı olarak görülmektedir. Oysa, sistem kurmak kolay bir iş değildir ve aday kuruluş bunu başarabilmek için ciddi ve yoğun bir çalışmayı göze almalıdır.

Kalite sistemi kurma kararını takiben aşağıdaki ana aşamalar kısmen birbiri içine geç-

miş olarak yaşanır:

- Sistem tasarımı
- Temel eğitimler
- Doküman geliştirme
- Uygulama
- Kuruluş içi tetkik
- Doküman revizyonu
- Öndenetim (isteğe bağlı)
- Belgelendirme denetimi

Bu süreçte çoğu kez yanlışlıkların ve hayal kırıklıklarının yaşandığı kritik bazı noktalar vardır. Kalite yöneticisi atanması.

Kalite yöneticisinin seçilmesi çoğu zaman doğru yolda yanlış yapılan ilk iş olmaktadır. Bu seçim işleminde dikkat edilmesi gere-

ken bazı noktalar ve kalite yöneticisinde olması gereken birtakım vasıflar vardır:

Kalite yöneticisi teknokrat olmalıdır.

Kalite yöneticisinin olabildiğince tecrübeli, en azından bu tür teknik projeleri uygulayabilecek yeterlikte olması önemlidir.

Kalite yöneticisi bürokrat olmalıdır.

Kalite yöneticisi kayıt ve dokümantasyondan hoşlanmasa da, en azından nefret de etmemelidir.

Kalite yöneticisi diplomat olmalıdır.

İnsanları ikna edebilmeli; kırmadan, gücendirmeden iş yaptırabilmelidir.



Kalite yöneticisi gerektiğinde "asker" olmalıdır.

Bazen ikna yolu çalışmayabilir; gerek üstlere gerekse astılara karşı tavır koyabilmek gerekir.

Kalite işi "on parmakta onbirinci marifet" olmalıdır.

Çoğu kuruluşta yeni projelerin yüklendiği, fedakar, gayretli, çalışkan ve sorun çıkarmayan bir veya bazen birkaç kişi bulunmaktadır. Kalite projesi böyle kişilere -maliyeti düşük tutmak da gözetilerek- verilebilmektedir. Bu tür bir görevlendirme projesinin başarılı olma şansını azaltacaktır.

Kalite yöneticisinin aslı işi "kalite" olmalıdır.

Küçük ölçekli kuruluşlarda bir kişiye birden çok birimin sorumluluğu yüklenebilir. Kalite yöneticisine de başka görevler verilebilir; ancak, kalite işi "birinci", diğer görevler "ikinci" iş olmalıdır.

Kalite yöneticisi "sektörden" olmalıdır.

Kalite yöneticisinin sağlıkla ilgili alanlardan birinde öğrenim görmüş olması çok önemlidir; sektörde iş deneyimi de tercih sebebi olmalıdır.

Kalite yöneticisi "genç" olmalıdır.

"Genç" kelimesi ile kastedilen dinamik, gayretli, öğrenmeye istekli ve üretken olmaktır. Yaşı ilerlemiş bazı insanlar bu vasıfları taşıyabilmekte iken; yaşı genç bazıları da bu vasıflardan azade olabilmektedir. Yaşı genç olan ve aynı zamanda bu vasıfları da haiz olan kişiler bu görev için daha uygun olacaktır.

Kalite yöneticisi kalıcı olmalıdır.

Kalite projelerinin en önemli başarısızlık sebeplerinden birisi, proje tamamlanmadan kalite yöneticisinin değiştirilmesidir. Yönetim, kalite yöneticisinin en azından belgelendirme sonrasına kadar görevde kalması için tedbir almalıdır.

Danışmanlık hizmeti alınması kuruluş içinde kalite sistemi kurma konusunda tecrübeli kişi(ler) varsa, dışarıdan danışmanlık hizmeti satın alınmayabilir. Ancak, tecrübe olmamasına rağmen danışmanlık hizmeti almayanlar olabildiği gibi, bunun tam tersi de görülebilmektedir. Yani, içeride tecrübeli çalışanlar olduğu halde danışmanlık alınmaktadır. Danışman kullanmanın çeşitli faydalarından söz edilebilir:

Profesyonel, önyargısız değerlendirme,

Personelin iş yükünü artırmama,

Standartların anlaşılmasını kolaylaştırma,

Farklı tecrübelerin aktarılması,

Deneme-yanılmaları azaltma,

Zamanı iyi değerlendirme,

Etkillilik.

Elbette ki, bu faydalar herhangi bir danışmandan değil, işi iyi bilen tecrübeli danışmandan sağlanabilir. Ancak, "iyi" danışman bulmak -hele de sağlık sektörü için- o kadar kolay değildir.

Danışmanlık sektörü tam bir başıboşluk içindedir. Danışman olabilmek için herhangi bir kalifikasyon şartı yoktur. İsteyen herkes kendini danışman olarak ilan edebilmekte; şirket kurarak veya şirket kurmadan ikinci iş olarak veya asli iş olarak kayıt dışı danışmanlık yapılabilmektedir. Bu şartlarda kurlsız bir rekabet kaçınılmaz olmaktadır. Aynı iş için verilen teklif bedelleri arasında uçurum boyutunda farklılıklar görülebilmektedir.

Bu durumda doğru kişi veya kuruluşu bulmak kolay olmayacaktır. Bu süreç birçok tuzaklarla doludur:

Akademik kariyer: Akademik unvan sahibi olmak danışmanlık işinin iyi yapılacağını garanti etmez. İş bilen aynı zamanda akademik unvana da sahipse, bu bir avantaj oluşturabilir.

Fiyat: Teklif bedelinin çok düşük veya yüksek olması da yanıltıcı olabilmektedir. Birincisi yetkinliği, ikincisi ise fiyat cazibesini düşündürebilir. (Akademik kariyer ve fiyat birlikte daha yanıltıcı olabilir.)

Referanslar: Referansların çoğu zaman etik dışı kullanıldığına şahit olunmaktadır. Aynı referansları farklı firmaların veya kişilerin referans listelerinde görmek mümkündür.

Danışmanın eski pozisyonu: Danışman geçmişte üst düzey yöneticilik veya yönetim danışmanlığı yapmış olabilir; bu da etkileyici şekilde takdim edilebilir. Önemli olan sağlık kuruluşunda kalite yöneticisi veya kalite danışmanı olarak sistem kurma sürecinde yer alıp almadığıdır.

Danışmanlık kuruluşunun büyüklüğü: Bazen belirli semtlerde (Levent, Ataşehir, Çankaya vb) adres gösteren, güçlü ve büyük görünen firmalar etkileyici olabilmektedir.

Bunların bir kısmı verdiği hizmetler arasında kalite danışmanlığını da saymakla birlikte, bu konuda uzmanlaşmış ve güçlü değildir.



Kalite belgesi almak çoğu kuruluşta sistem kurmak ve kurumlaşmaktan çok reklam ve prestij aracı olarak görülmektedir. Oysa, sistem kurmak kolay bir iş değildir ve aday kuruluş bunu başarabilmek için ciddi ve yoğun bir çalışmayı göze almalıdır.

Çalışma tarzına göre danışmanları iki gruba ayırmak mümkündür:

1. Her işi bizzat yapmaya çalışan, 2. rehberlik eden, gözden geçiren, öneren, düzelten. Tercih ikinciden yana kullanılmalıdır. Birinci grup danışmanlar gerek orta gerekse üst düzey yöneticiler için daha çekici olabilmektedir. İş yükünün önemli bir kısmını omuzlaması bazen danışmanın en önemli vasfını ve tercih edilme sebebinin oluşturabilir. Ancak, bu tip danışmanlar -kasıtlı ya da kasıtsız olarak- müşterilerini daima kendilerine muhtaç durumda tutarlar.

Danışman seçiminde dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

Danışmanlık şirketi sizi etkilemiş olabilir, ama önemli olan size hizmet verecek olan danışmandır. Danışmanı mutlaka sürecin başında tanımak gerekir.

Personeli işe alma sürecinde olduğu gibi; danışmanın eğitim, bilgi ve deneyim durumunu titizlikle gözden geçirmek gerekir.

Referanslar gözden geçirilmelidir. Danışman adayının daha önce yaptığı işlerin söz konusu işe benzer olup olmadığı araştırılmalıdır.

Daha önce yaptığı birkaç iş karşılaştırılmalı; hepsinin birörnek veya herbirinin kuruluşu özel olup olmadığı tetkik edilmelidir.

Daha önce hizmet verdiği kuruluşlar ziyaret edilip yapılan iş değerlendirilebilir. En azından ilgili kişilerden telefonla bilgi alınabilir.

Değerlendirme yaparken, sonuca (belgeye) bakılmamalıdır. Kuruluşta ne tür iyileşmeler olduğuna odaklanılmalıdır.

Danışmanın anlamlı ve doğru gelmeyen

Danışman olabilmek için herhangi bir kalifikasyon şartı yoktur. İsteyen herkes kendini danışman olarak ilan edebilmektedir; şirket kurarak veya şirket kurmadan ikinci iş olarak veya asli iş olarak kayıt dışı danışmanlık yapılabilmektedir.

açıklamalarına / önerilerine karşı çıkmak gerekir. "Standart böyle diyor" denilen hususlar irdelenmelidir.

Danışmanın "yakında" olması da önemlidir. Danışmanın adresi olabildiğince yakın mesafede olmalıdır. Kalite sistemi kurma süreci uzun, yorucu, çileli bir süreçtir ve danışmanın sık ve/veya uzun süreli gelmesi gerekebilmektedir.

Danışmanın sözlerine dikkat etmekle dahi hata ihtimalini bir derece azaltmak mümkün olabilir:

Kendini uzman olarak sunanlara,

Sonuçların ne kadar iyi olacağı ve bu sonuçlara hangi sürelerde erişilebileceğine dair sözler verenlere, e, Kendisini kuruluşunuzla özdeşleştirenlere,

Belgeyi alana kadar para istemeyenlere, şüpheyle yaklaşılmalıdır.

Diğer önemli noktalar şu şekilde sıralabilir:

Organizasyon yapısının değiştirilmesi. Kalite sistemi kurma kararı alan işletmelerin büyük çoğunluğunda reorganizasyon çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ne var ki, bu çalışma büyük boyutlu olduğunda çok zaman alabilmekte ve birçok çalışanı tedirgin edebilmektedir. İstisnalar olabilmekle birlikte, genel olarak büyük çaplı reorganizasyon çalışmalarına girilmemekte yarar vardır.

Maliyet tahmini. Bu da sıklıkla yanlış yapılmaktadır. Bazı maliyet unsurları başlangıçta gözardı edilebilmektedir. Kalite yöneticisinin maaşından yeniden belgelendirme denetimine kadar, tıbbi cihaz kalibrasyonu da dahil olmak üzere, çok sayıda maliyet kalemi vardır. Tahminin gerçekçi olmadığı fark edilmesi bazen projenin yarıda bırakılmasına sebep olabilmektedir.

Zamanlama. Sistem kurma süreci çoğu danışmanın önerdiği ve çoğu yöneticinin de arzu ettiğinden daha uzun zaman gerektirmektedir. Süreyi belirleyen en önemli faktörler, alınan danışmanlık desteğinin yoğunluğu ve yönetimin projeyi sahiplenme ve izleme hususundaki hassasiyetidir.

Diğer projelerle entegrasyon. Bazı kuruluş-

lar kalite sistemi kurmada (ISO 9000, ISO 14000, OHSAS vb) birden çok standardı esas almaktadır. Bu durumda standartların entegrasyonu büyük önem taşır. Bunun dışında, yeni inşaat, yazılım, yeni birimlerin ihdası, tanıtım ve halkla ilişkiler gibi çeşitli projeler ile kalite projesinin entegrasyonunda da güçlükler yaşanabilmektedir. Bu da en azından sürecin uzamasına sebep olabilmektedir.

Doktorların katılımını sağlamak çok önemlidir ve önemli olduğu kadar da zordur. Tıbbi hizmetin temel unsuru olan doktorların katılımını sağlamak diğer meslek gruplarının katılımını da büyük ölçüde etkilemektedir. Genel katılım için sürecin başında bazı anahtar kişilerin çalışmalara destek vermesinin sağlanması etkili bir yol olabilir.

İyi uygulama örneği olan birkaç sağlık kuruluşunu ziyaret etmek çok yararlı olacaktır.

Sektör dışından örneklerden, özellikle de fabrikalardan öğrenilecek çok şeyler vardır. İyi örneklerden birkaçını incelemek de ufuk açıcı olacaktır

Kalite yönetim sistemi ile yazılım ilişkisini iyi kavramak gerekir. Öyle ki, ekibinde bilişim uzmanı olmayan bir danışmandan uzak durmak isabetli olacaktır.

Danışmandan periyodik (genellikle aylık)





raporlama istenmelidir ve bu raporlar kalite yöneticisinin raporlarıyla karşılaştırılmalıdır.

Kalite danışmanı ile kurulan ilişki mali müşavirle veya mesela iş yaptırılan inşaat ustasıyla kurulan ilişkiden daha zayıf olmalıdır.

Hazırlık sürecini ISO 9000 için 1 yıl, akreditasyon içinse 2 yıl olarak planlamak uygun olacaktır.

Danışmanlık hizmeti almada taşradaki sağlık kuruluşlarının işi daha da zordur. Bu tür kuruluşlar için büyük şehirlerden, daha seyrek gelen ama nispeten uzun süre kalan (örneğin, ayda bir kez gelip birkaç gün kalan), İnternet üzerinden destek verebilen bir danışman bulmak tavsiye edilebilir.

Ayrıntılı sözleşme imzalanmalı; özellikle danışmanın yükümlülükleri net olarak ifade edilmelidir.

Sözleşmeye sadık kalınmalıdır. Danışman iyi çalışsa da, özellikle ödemede sorunlar yaşanabilmektedir.

Ödeme planını danışmanın fiili çalışma süresine endekslemek eşit taksitli plandan daha etkili olabilir. Yani, saat ücretini belirleyip, her ziyarette danışmanın geliş gidiş saatlerini karşılıklı onayla kaydederek, fiili çalışma süresinin ücretini aylık olarak ödemek iş verimini artırıcı bir etki yapabilir.

Danışmanın tetkike kuruluşun personeliymiş gibi katılmasına izin verilmemelidir. Tetkik sırasında danışmanın desteğine bazen hayati önem atfedilebilmektedir. Ancak, bu, gerek çalışanların katılım ve sahiplenmesini zayıflatabilmesi, gerekse tetkikçilerde kalite sisteminin yeterince oturmadığı düşüncesini doğurabilmesi bakımından yarar yerine zarar verici olabilmektedir.

Akreditasyon kuruluşu olarak seçenekler günümüzde çok sınırlı sayıdadır. ISO standartları içinse çok sayıda belgelendirme kuruluşu arasında seçim yapmak zor olabilmektedir. Seçimde aşağıdaki kriterler esas alınmalıdır:

Sektörde ve dünyada tanınmışlık,

Ülkede/bölgede temsilcisinin olması ve yerli tetkikçilerinin bulunması (maliyet ve iletişim açısından avantajlı),

Denetim programının esnekliği,

Üç yıllık hizmetin bedeli,

Uygun akreditasyon.

Bazı belgelendirme kuruluşları ulusal akreditasyon kurumlarından akredite olmaksızın belge vermektedir. Herhangi bir veya birkaç ulusal akreditasyon kurumundan akredite belgelendirme kuruluşlarını seçmek daha isabetli olacaktır.

İş yükünün önemli bir kısmını omuzlaması bazen danışmanın en önemli vasfını ve tercih edilme sebebini oluşturabilir. Ancak, bu tip danışmanlar -kastlı ya da kasıtsız olarak- müşterilerini daima kendilerine muhtaç durumda tutarlar.

Yukarıda sayılan her bir noktanın pek çok ayrıntısı bulunmaktadır. Bu ayrıntılara olabildiğince vakıf olmak başarı şansını artıracaktır.

Bu süreçte yanlışlık yapmamak için varsa kuruluş içinden, yoksa kuruluş dışından bilgi ve deneyim devşirilmesinde yarar olacaktır.

Gen tedavisinin dün, bugün ve yarın...

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Öztürk



1973 yılında Karabük'de doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997 yılında mezun oldu. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 2001 yılında iç hastalıkları uzmanı oldu. 2002 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 2006 yılında Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları uzmanlığını İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladı.

National Institute of Health'den Dr. Michael Blaese ve Dr. French Anderson 1990 yılında ilk gen tedavisini iki hasta üzerinde denediler. Hastalardan biri dört yaşındaki Ashanthi DeSilva, diğeri ise dokuz yaşında adı açıklanmayan "hasta 2" idi. Her iki hastada ağır kombine immün yetmezlik hastalığı (SCID) taşıyordu.

SCID T ve B lenfosit fonksiyonlarının eksikliği ile karakterizedir. Bazı hastalarda NK hücre fonksiyonlarında da bozukluk vardır. Lenfositler mitojen ve antijenlere karşı proliferatif cevap göstermedikleri gibi serum antikor düzeyleri de çok düşüktür. SCID, çok çeşitli genetik bozuklardan kaynaklanabilir. 1970'lerde SCID'a neden olan ilk bozukluk adenozin deaminaz (ADA) eksikliği olarak gösterilmiştir. ADA eksikliği, lenfositler için apoptotik etki gösteren 2'-deoksiadenozin ve 2'-O-metiladenozinin birikimine yol açar. SCID hastalarının %15'inde ADA eksikliği söz konusudur. Hastaların doğumdan sonra ilk aylardan itibaren tekrarlayan enfeksiyonlarla karşılaşır ve çoğu ilk 2 yıl içinde ölür. Tedavideki yeniliklerle yaşam süresi uzamıştır. Gen tedavisi uygulanan her iki hastada da ADA eksikliği vardı.

ADA geni 20. kromozomun uzun kolunda lokalizedir. Hastalığın nedeni resesif bir mutasyon olduğundan, klinik bulguların ortaya

çıkması için her iki gen kopyasının da bozuk olması gerekir.

Günümüzde ADA eksikliğinin tedavisi kemik iliği nakli ya da ADA enziminin PEG-ADA formunda replase edilmesidir. Saf ADA enziminin plazma yarı ömrü 30 dakika iken, polietilen glikol (PEG) molekülüne bağlandığında yarı ömrü 2-3 güne uzamaktadır. Gen tedavisi denenen iki hastaya kemik iliği nakli için uygun verici bulunamamıştı. Hastalar PEG-ADA tedavisi almaktaydılar. Bu tedavi ekstrasellüler ortamda ADA konsantrasyonlarını yükselterek hastaların klinik bulgularında iyileşme sağlamakla birlikte T ve B lenfositlerin iç yapılarında ADA eksikliği devam ettiğinden immün sistem normal fonksiyonlarına ulaşamaz.

Her iki hasta da, tedaviye başlarken hastalıklarının tamamen iyileşmesi ümidini taşıyordu. DeSilva tedaviden önemli ölçüde fayda görürken, hasta 2 de beklediği kadar bir etki gözlenmedi. Böylece gen tedavisinde umutlu bir başlangıç yapılmış oldu.

Gen tedavisinde amaç, normal genin hedef hücrede istenilen düzeyde eksprese edilmesini sağlamaktır. Bu amaçla virüsler kullanılmaktadır. Virüslerin patojenik özelliklerini sağlayan genler çıkarıldıktan sonra istenen gen segmenti konmakta ve hedef hücreler bu genlerle enfekte edildiğinde, virüsün taşıdığı genin insan DNA'sına kalıcı olarak entegrasyonu sağlanmaktadır.

Enfekte edilen hücrelerin bölünmesi sonrasında ortaya çıkan yeni hücrelerde de genin ekspresyonu devam etmektedir.

Gen transferi için DNA virüsü olan adenovirüsler, adeno-benzeri virüsler ile RNA virüsleri olan retrovirüsler ve lentivirüsler kullanılmaktadır. Lentivirüsler retroviridae ailesine mensub olmasına rağmen, bölünmeyen hücreleri de enfekte ettikleri için ayrı bir grup olarak değerlendirilmektedir.

Gen tedavi stratejileri

ex vivo yaklaşım: Doğru genin aktarılması hedeflenen hücre gruplarının ayrıştırılması, laboratuvar ortamında virüsle transfeke edildikten sonra hastaya geri verilmesi prensibine dayanır. Bu yaklaşım, periferik kandaki lenfositler gibi kolay ayrıştırılabilir hücre gruplarında ya da transfeke edilen hücrelerin ürettiği faktörlerin normalin küçük bir yüzdesine eriştiğinde klinik bulguların düzeltilebildiği (ADA eksikliği, faktör 8 eksikliği gibi) durumlarda etkilidir. Virüsün sınırlı sayıda hücreyle karşılaşması nedeniyle yan etki riski daha düşüktür.

in vivo yaklaşım: Genin doğrudan hedef organa veya organı besleyen artere enjeksiyonu ile gerçekleştirilir. Virüsün hedef hücreye olan özgünlüğünün artırılması suretiyle sistemik diğer organların etkilenmesinin önlenmesi çalışmaları sürmektedir.

Genetik bozukluk, hücre içi bir bozukluğa

yol açıyorsa hedef hücrelerin transfekte edilmesi gerekir. Hastalık, dolaşıma salınan bir faktörün eksikliğine bağlı ise, hangi hücrenin transfekte edildiğinin önemi yoktur.

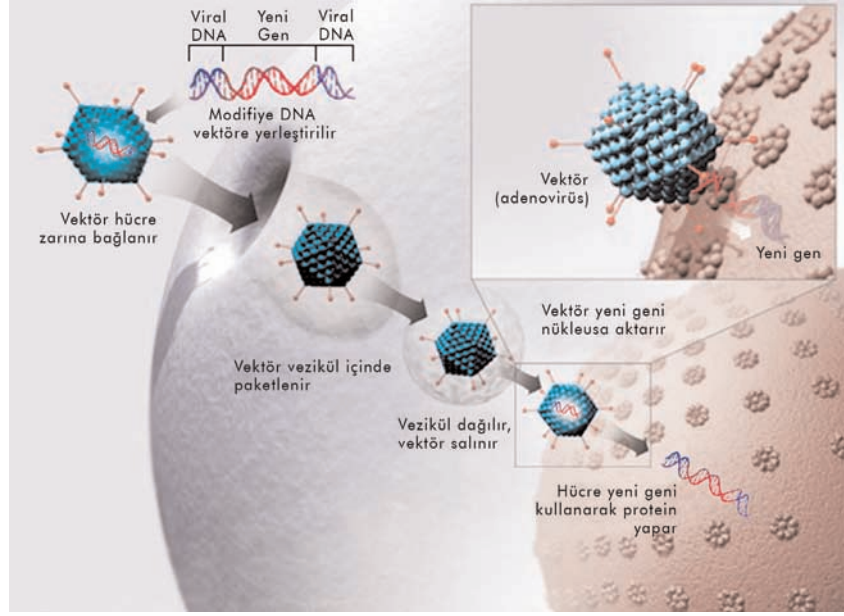
Adenoviral vektörler

Adenovirüs vektörleri in vivo olarak kullanılan ilk virüslerdir. Çift iplikçikli DNA virüsleri olan adenovirüslerin yüzeyindeki penton bazlarının modifiye edilmesi ile hücre özgülüğünün değiştirilmesi ve gen transferinin etkinliğinin artırılması başarılabiliyor. Adenovirüs vektörlerle yapılan gen transferinin en önemli zorluğu ekspresyonun geçici olmasıdır. Virüs çok antijenik olduğu için, enfekte edilen hücrelerin immün sistem tarafından hedef alınması sonucu gen ekspresyonu en fazla birkaç hafta sürmektedir. Kistik fibrozda yapılan denemelerde alınan olumlu klinik yanıtlar genelde kısa süreli olmuştur. Lizozomal depo hastalıklarında yapılan denemelerde klinik olarak yeterli cevaplar alınmaktadır. Bu hastalıklarda lizozomlarda yıllar içinde depolanan materyalin kısa süreli gen ekspresyonu ile temizlenilmesi başarılabilmektedir.

Adenovirüslere karşı immün cevap bazen çok ciddi olabilmektedir. Ornitin transkarbamilaz eksikliği olan 18 yaşındaki Jesse Gelsinger adlı bir hastanın yüksek doz intraportal adenoviral gen transferi yapıldıktan 4 gün sonra çoklu organ yetmezliği sonucu ölmesi gen tedavisi çalışmalarına ağır darbe vurmuştur. Bu olay adenovirüse karşı gelişen aşırı immün yanıtla bağlantılıdır. Gelsinger'in ölümünden sonra FDA tüm gen tedavisi protokollerini geçici bir süre durdurmuş ve ancak daha sıkı denetlemeler koyarak devamına izin vermiştir. Aynı şekilde hemofili A tedavisi için yürütülen bir çalışmada adenoviral vektöre bağlı geçici trombositopeni ve karaciğer fonksiyon bozukluğu görülmesi üzerine çalışma durdurulmuştur. Edinilen tecrübeler, intravenöz değil de doğrudan hedef organa yapılan enjeksiyonlarda doz, 10^{12} partiküle kadar yükseltilebileceğini göstermiştir.

Adeno benzeri virüs vektörleri

Adeno benzeri virüs (AAV) basit bir protein kapsülü bulunan tek zincirli bir DNA virüsüdür. AAV vektörlerinin avantajı, transfer edilen genin, yenilenme hızı yüksek olmayan karaciğer, beyin, kalp, plevra ve retina gibi doku organlarda da eksprese olmasıdır. AAV vektörün değişik serotipleri üretilmiştir. AAV8 karaciğer için trofizm gösterirken, AAV5 akciğer epitelinde daha etkili-



Adenoviral vektörle gen naklinin aşamaları

dir. AAV genomunda virüse ait eksprese edilen gen olmadığı için hastanın immünitesi önemli sorun çıkarmaz ancak viral kapside karşı antikor gelişebilir. AAV vektörünün en önemli zorluğu, 4.9 kb'lik düşük gen taşıma kapasitesidir.

AAV vektörü ile yapılan cDNA gen transferi ile yapılan hayvan deneylerinde Hemofili A, B, mukopolisakkaridoz, 1, mukopolisakkaridoz IIIb, Nieman-Pick A ve tip II glikojen depo hastalığında kalıcı iyileşmeler sağlanmıştır. En ilginç başarılarından biri, körlüğe neden olan Leber kojenital amaurozisin köpek modelinde retina epiteline yapılan gen transferi ile görme sağlanmasıdır.

AAV vektörünün herediter hastalıkların tedavisinde insanda ilk denendiği durum, kistik fibrozlu hastalarda kistik fibroz transmembran iletim düzenleyici (CFTR) cDNA'sının solunum yolu epiteline transferidir. Solunum yolu epiteli, nasal, sinüs ve havayolu epiteline gen transveri çalışmaları başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bunun nedeni olarak kullanılan AAV'nin epiteli etkin şekilde enfekte edememesi ve gen taşıma kapasitesi düşük olduğundan kısa ve zayıf promoterlerin kullanıma zorunluluğu olarak bildirilmiştir.

AAV vektörü ile yapılan çalışmalar önemli bir gerçeği ortaya çıkardı: İnsanlar büyük fareler değildir, bir protein eksikliğinin giderilmesi için gen transferi gerçekten zor bir iştir. Hemofili B tedavisi için faktör 9 taşıyan AAV serotip 2 vektörü hepatic arterden verildiğinde F9 düzeyinde küçük ve geçici bir yükselme izlenmiştir. Viral doz artırıldıça hastalarda immün aktivasyon, geçici hepatit ve sonuçta F9 düzeylerinde düşme izlenmiştir.

AAV vektörü ile daha büyük gen segmentlerinin transferi için denenen diğer bir yöntem ise DNA'nın iki parça halinde iki ayrı vektörle hedefe gönderilmesidir. Gönderilen genler peşpeşe yerleşerek tek bir gen ürünü eksprese edebileceği gibi; iki ayrı

gen ürünün ayrı mRNA'ları sentezlemesi ve bunların daha sonra doğru oryantasyonda hibridize olmasıdır.

Retrovirüsler

Moloney murin lösemi retrovirus (MMLV) gen transferi kullanılan ilk retrovirüsdür. MMLV vektörleri çeşitli modifikasyonlardan sonra 'retrovirüs vektör' başlığı altında toplanmıştır. Son yıllarda retrovirüslere değişik kılıflar entegre edilerek hedef hücreye bağlanma özellikleri değiştirilmektedir.

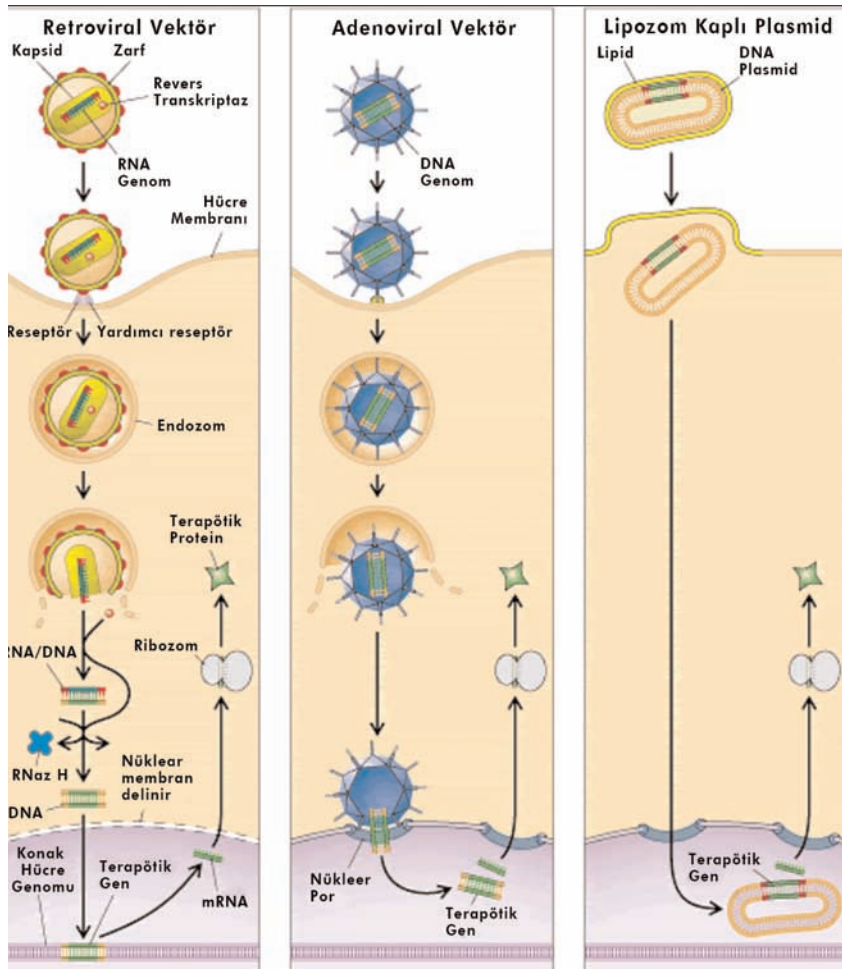
Retrovirüsler kompleman aktivasyonuna duyarlı olduğundan tedavi stratejileri genelde ex-vivo uygulamalara dayanmaktadır. Ailesel hiperkolesterolemili bir hastadan alınan hepatositlere lipoprotein reseptör geni aktarılmış ve bu hepatositler hastaya geri verilmiştir. Aktarılan hücre sayısı sınırlı olduğu için klinik bulgularda düzelmeye belirgin olmamıştır.

Ex-vivo çalışmaların başarısızlığının en önemli nedenlerinden biri, sağlam gen aktarılan hücrelerin çoğalma ve hastalıklı gene sahip hücrelere göre hayatta kalma yönünde belirli bir avantajı olmamasıdır. ADA eksikliğine bağlı SCID tedavisinde ise genetik tedavinin başarılı olması için birkaç neden mevcuttur. Birincisi sağlam gen aktarılan T hücrelerinde apoptoz oranı azalmaktadır. İkincisi ise normalin %5'i kadar bir ADA aktivitesinin sağlanması hastalığın tedavisi için yeterlidir. Herediter bir hastalığın tedavisi için yapılan ilk klinik deneyde matür T hücreleri ex vivo olarak retrovirüsle enfekte edilmiştir. Takip eden klinik çalışmalarda da çeşitli kaynaklardan elde edilen hematopoietik kök hücreler ve daha gelişmiş retrovirüsler kullanılmıştır. Bu hastaların çoğunda ADA replasman tedavisi sürdürülmüş olmasına karşın, tedaviden 10 yıl geçtikten sonra bile gen nakli yapılan hücrelerin sağ kaldığı ve bu süre içinde önemli bir yan etki gözlenmediği bildirilmiştir. ADA replasmanı kullanamayan 2 çocukla yapılan daha yeni bir çalışmada,

Adenovirüslere karşı immün cevap bazen çok ciddi olabilir. Ornitin transkarbamilaz eksikliği olan 18 yaşındaki Jesse Gelsinger adlı bir hastanın yüksek doz intraportal adenoviral gen transferi yapıldıktan 4 gün sonra çoklu organ yetmezliği sonucu ölmesi gen tedavisi çalışmalarına ağır darbe vurmuştur.

gen nakli yapılan kök hücrelerinin sağ kalım şansını artırmak için başlangıçta myeloablantif dozlarda olmayan bir immunosupresyon yapılmıştır. Bu hastalarda lenfosit sayımlarının arttığı, immünitinin düzeldiği, toksik metabolitlerin azaldığı ve nakledilen kök hücrelerinin uzun süre hayatta kaldığı gösterilmiştir.

Retrovirüs tedavisinin en büyük avantajı gen naklinin hedef hücre genomuna katılarak hücrede kalıcı olmasıdır. Ancak bu özelliğin önemli bir dezavantajı vardır: Genin hasta genomuna katılırken mutasyona yol açması ve buna bağlı neoplazi gelişimi. X-linked SCID tedvisi için Fransa'da yapılan bir klinik çalışmada, γ c-sitokin reseptör cDNA taşıyan retrovirüslerle ex-vivo enfekte edilen hematopoietik kök hücrelerinin nakliyle çocukların immün yetmezliği düzeltilmiş ve sürekli korunaklı ortamda yaşamaktan kurtulmuşlardır. Ancak bu çalışmaya katılan üç hastada T lenfositlerde kontrolsüz çoğalma sonucu bir tür lösemi gelişmiş, çocuklardan biri ölmüştür. Bunun üzerine Ocak 2003 de FDA bütün retroviral gen tedavisi çalışmalarını durdurmuştur. Lösemi gelişme nedeni olarak vektörün LMO2 adı verilen ve lösemiler başta olmak üzere kanser indüksiyonu yaptığı bilinen bir genin yakınına girmesi gösterilmiştir. Kullanılan retrovirüs, transfekte ettiği 100 bin hücrede bir LMO2 geni yakınına girme riski taşımaktaydı. Bu deneyde her hasta yaklaşık 1 milyon transfekte edilmiş hücre aldığından, bir ya da daha fazla hücrede LMO2 geninin aktivasyonunun gerçekleşmesi oldukça yüksek bir olasılıktı. Virüslerden bazıları genomun rastgele bir yerine girerken, bir tür lösemi virüsü bu retrovirüs (MuLV), daha yüksek bir seçicilikle LMO2 gen bölgesine bağla-



Retroviral, adenoviral vektörle veya plasmidler gen transferinin prensipleri. Retrovirüste, hedef geni taşıyan tek iplikçikli viral RNA'dan revers transkriptaz enzimi ile çift iplikçikli DNA parçası hücre DNA'sına katılmaktadır. Adenovirüslerin DNA'sı doğrudan hücre DNA yapısına girer. Lipid kaplanarak hücreye girmesi sağlanan plasmidler ise kromozomal DNA yapısına girmeden kısa süreli gen ekspresyonu sağlamaktadır.

nyor olabilir. Bu durumda lösemi indüklenme riski 1/100.000 hücrenin çok daha fazla olabilir. Viral genlerin insan genomuna girişini sağlayan, integras adı verilen enzimlerdir. Bu enzimlerin daha spesifik olanlarının geliştirilerek, viral genlerin, insan genomunda belirlenecek 'güvenli' kısımlara entegre edilmesine yönelik yoğun çalışmalar yapılmaktadır.

Lentivirüsler HIV1 virüsünden elde edilen vektörlerdir. Retrovirüs olmalarına karşın, MMLV'den üretilen vektörlere karşı, bölünmeyen hücreleri de enfekte edebilme gibi bir avantajı vardır. HIV1 virüsünün replikasyonunu önlemek için bir kısım genler çıkarılmıştır. Başka virüslerin kılıf proteinleri alınarak hedef hücreye bağlanma özellikleri artırılmıştır. Retrovirüslerde olduğu gibi retrovirüslerde de mutagenез riski bulunmaktadır.

Lentivirüs vektörleri, metakromatik lökodistrofi ve mukopolisakkaridoz tip VI-I gibi hastalık modellerinde fare santral si-

nir sistemine gen nakli için kullanılmıştır. Fare talessemi modelinde beta-globulin geninin hematopoietik kök hücrelerin ex vivo transfeksiyonu ile aneminin düzelmesi sağlanmıştır. Lentivirüsler herhangi bir herediter hastalığın tedavisinde klinik çalışmada kullanılmamıştır ancak HIV1 enfeksiyonunun tedavisinde ex-vivo bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Lentivirüs vektörüyle HIV tedavisi

VIRxSYS firmasının ürettiği VRX496 lentivirüs vektörü, eksprese olduğunda viral RNA'yı parçalayan bir inhibitör RNA (RNA-i) dizini taşıyor. Diğer retrovirüsler gibi VRX496 vektörünün RNA'sından sentezlenen cDNA genoma integre olmaktadır. Hücre HIV ile enfekte olduğunda VRX496'nın yakınına entegre olmakta ve viral DNA eksprese oldukça, RNA-i taşıyan VRX496 da eksprese olmaktadır. Böylece hücre enfekte olsa bile virüsün çoğalması engellenmekte ve hücreye bir çeşit bağışıklık getirmektedir. Klinik çalış-

mada ex-vivo strateji ile T hücreleri enfekte edilerek geri varılmaktadır. Transfekte edilen T hücrelerinin diğer hücrelere göre sağ kalım avantajı bulunduğu için zaman içinde VRX496 taşıyan T lenfositlerin sayımı yükselmektedir. Vekötürün, antiviral ilaçlara dirençli HIV+ hastalardaki faz 1 çalışması 2005'de başladı. Hastaların CD4 hücre sayımlarında düşmenin durduğu ve bir çoğunda artış izlendiği belirtiliyor. Erken dönem sonuçların umut verici olması ve önemli bir güvenlik sorunu yaşanmaması üzerine faz 2 çalışmalarına başlandı. Bu çalışmaların üçüncü kolu olacak: Birinci kolda ilaç tedavisinin başarısız olduğu hastalar seçilecek. Bu kolda ilk aşamada 24 hasta çalışmaya alındı ve bunlara 4 ya da 8 doz tedavi uygulanmaya başlandı. Daha sonra çalışmaya alınacak 15 hastada ise bölünmüş küçük dozlar yerine tek ve yüksek bir doz uygulanacak. İkinci kolda ise antiviral tedaviyle virüs yükü kontrol altında olan hastalar seçilecek, VRX496 tedavisine geçilip antiviral tedavilerin kesilmesi denenecek. Üçüncü kolda ise viral yükü az olduğu için antiviral tedaviye henüz başlanmamış ya da ilacın toksisitesi nedeniyle antiviral tedavi kullanamayan 20 hasta bulunacak.

Çıplak Plasmid ile gen transferi

Plasmid, bakterilerde paraziter bir yaşam siklüsü olan, kromozomal DNA'dan bağımsız olarak otonom çoğalabilen çift iplikçikli halkasal DNA'lardır. Tabiatla plasmidler antibiyotik rezistansı gibi genlerin bakteriler arasında aktarımını sağlar. Plasmidler belli bir geni taşıyan vektörlere dönüştürebilmektedir. Çıplak plasmidlerin ökaryotik hücreleri transfekte etme kapasiteleri sınırlıdır. Plasmidlerin lipozomlar içinde paketlenerek verilmesi ya da ex-vivo yaklaşımda yüksek voltta elektrik uygulanarak (elektroporasyon) hedef hücrelerin zarlarında porlar oluşturulması suretiyle plasmidlerin hücreye girişi artırılabilir. Plasmid tedavisi her zaman geçici gen ekspresyonu sağlamaktadır. 3-6 ay sonrasında transfekte edilen genler elimine edilmektedir. Plasmidle gen tedavisinin en önemli çalışması, Euroinject One grubunun yürüttüğü, başka bir revaskülarizasyon şansı olmayan 80 hastaya plasebo ya da Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü (VEGF) taşıyan plasmid enjeksiyonu çalışmasıdır. 2005 de yayınlanan sonuçlarda intramyokardial enjeksiyonla VEGF gen transferi yapılan hastalarda duvar hareketlerinde ve angina pectorisde iyileşme saptanırken myokardın stres perfüzyon testlerinde anlamlı

iyileşme saptanmadı. VEGF plasmidi ile gen transferinin, myokardial enjeksiyona ait zorluklar dışında yan etkisi saptanmadı.

Diabetik periferik arter hastalığına bağlı ağır bacak iskemisinde yapılan bir faz-2 çalışmada, 54 hasta intramusküler plasmid VEGF ya da plasebo enjekte edilmiş. VEGF geni alan (27) veya almayan (27) hastalarda amputasyon 3'e karşı 7, hemodinamik iyileşme 7'ye karşı 1, cilt ülserlerinde iyileşme 7'ye karşı 0, ağrıda azalma 5'e karşı 2 hastada izlendi. Genel skorlamada VEGF alan 27 hastanın 14'ünde, almayan 27 hastanın ise ancak 3'ünde iyileşme izlendi. Hasta sayısı sınırlı olmasına karşın VEGF plasmid tedavisi umut verici ve güvenli bir tedavi olarak görülmektedir.

Önce Mısırlar Sonra İnsanlar mı?

Gıda teknolojisinde gen teknolojileri uzun zamandır yaygın olarak kullanılıyor. Genetik manüple edilen mısırlar hep aynı boy, şekil ve lezzette olabiliyor. Genetik modifiye salatalıklarılar torna tezgahından çıkmış kadar düzgün olabiliyor. Domateslere paratizer hastalıklara karşı koruyucu genler konabiliyor. Peki aynı müdahaleci ve yapay mükemmiyetçi yaklaşım, insan nesline de uygulanabilir mi?

Genetik çalışmalarının ortaya koyduğu önemli gerçekler var: Birincisi insana gen transferi ne mısıra ne de fareye gen aktarmı kadar kolay değil. İnsan genomunun daha iyi tanınması ve gen transferi yapılabilir olacak güvenli bölgelerin saptanması gerekiyor. Ayrıca spesifik olarak bu bölgelere gen transferi yapabilecek vektörler geliştirilmelidir. Vektörlerin hedef hücre seçiciliklerinin de artırılması gerekiyor. Transfekte edilen hücrelerin immün sistemden korunması ve yaşam sürelerinin uzatılması kalıcı bir gen transferi için zorunlu görünmektedir.

Gen transferi ile ilgili bütün bu zorluklar aşıldığında, karşımıza çok daha büyük etik sorunlar ortaya çıkacak: İnsan doğası ne ölçüde manüple edilebilir, ya da edilmelidir? Hastalık ve normal ayrımı nasıl yapılacaktır? Örneğin yaşlanmayla ilgili genlerin müdahale edilmesiyle insan ömrünün uzatılması bir tedavi şekli sayılabilir mi? Zeka ile ilişkili genlerin tanımlanmasından sonra çocuklarının daha zeki olmasını isteyen anne babaların çocuklarına gen nakli yap-tırması nasıl engellenecektir? Kas metabolizmasını değiştiren genlerin nakliyle, kas fonksiyonlarının geliştirilmesi ve kas

yorgunluğunun azaltılması ne tür bir doping sayılacaktır? Köpekler kadar iyi koku alan, yarasalar gibi ultrasonik sesleri duya-bilen ya da kartal kadar keskin gören insanlar 'üretmek' mümkün olduğunda, insanın yapabildiklerinin sınırını görme hevesinin önünde kim durabilecek? Sahi, han-gimiz görülmeyeni görmek, duyulmayı duymak, daha güçlü, ve dayanıklı olup uzun ve sağlıklı bir ömür sürmek istemez?

Kaynaklar

Anthony Meager , (Editor). *Gene Therapy Technologies, Applications and Regulations*. John Wiley & Sons Ltd, England, 1999.

Conclusions and Recommendations of the NIH Recombinant DNA Advisory Committee Gene Transfer Safety Symposium: Current Perspectives on Gene Transfer for X-SCID March 15, 2005

Curtis A. Machida. *Viral Vectors for Gene Therapy Methods and Protocols* Humana Pres, New Jersey, 2003.

Jens Kastrup et al. *Direct Intramyocardial Plasmid Vascular Endothelial Growth Factor-A165 Gene Therapy in Patients With Stable Severe Angina Pectoris A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study: The Euroinject One Trial* J Am Col Cardiology 45(982-88), 2005.

Joseph Panno, *Gene Therapy: Treating Disease by Repairing Genes* Facts On File, Inc. New York, 2005.

Mariann Gyongyosi, et al. *NOGA-Guided Analysis of Regional Myocardial Perfusion Abnormalities Treated With Intramyocardial Injections of Plasmid Encoding Vascular Endothelial Growth Factor A-165 in Patients With Chronic Myocardial Ischemia Subanalysis of the EUROINJECT-ONE Multicenter Double-Blind Randomized Study* Circulation, 112;157-165, 2005

Timothy P. O'Connor and Ronald G. Crystal. *Genetic medicines: treatment strategies for hereditary disorders* Nature Reviews Genetics, 7(261-76), 2006

Kök hücre, kökten çözüm (mü?)

Doç. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu, ilk ve orta öğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında Londra King's College'da fizyoloji doktorası yaptı. Halen Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışıyor. Akademik uzmanlık ve ilgi alanı sinirbilim ve sinir rejenerasyonu olup aynı zamanda Sleep and Hypnosis ve Eastern Journal of Medicine dergilerinin yardımcı editörlüğü görevlerini yürütüyor. Evli ve üç çocuk babası.

Kanserden omurilik hasarına kadar, tedavisi ya da onarılması imkansız ya da pek çok hastalık için, kök hücre araştırmalarının vaat eder gözüktüğü çareler dünya ile birlikte ülkemizin gündeminde de yer tutmaya devam etmektedir. Kök hücre araştırmalarıyla ilgili bilimsel raporlar profesyonel gözle incelendiğinde kamuoyuna hakim kılınmaya çalışılan iyimserliğin aşırılığı gözden kaçmamaktadır. Bu aşırılık ise bu tedavileri ha-

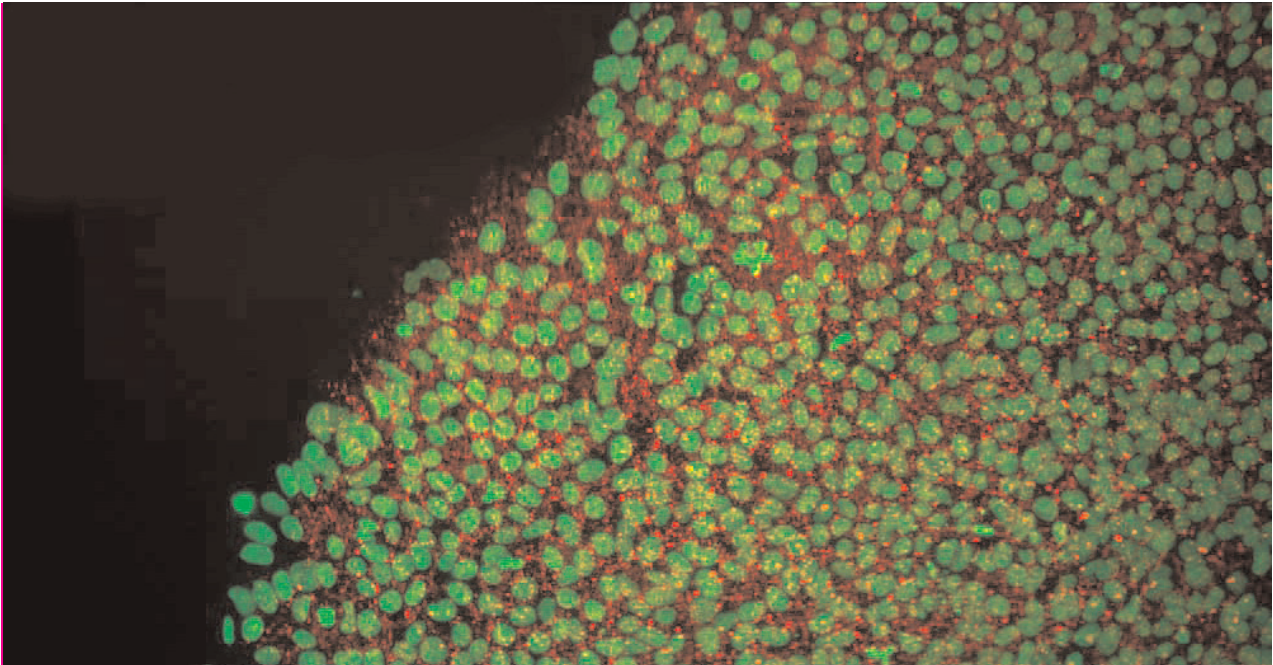
retle savunuların başka motivasyonları olabileceğini düşündürmektedir.

Kök hücre bilimi nerede?

Kök hücreler, iki temel özelliğe sahiptir: 1. Sürekli çoğalabilir ve böylece kullanılabilir bir havuz oluştururlar, 2. Doğru sinyali aldıklarında çeşitli hücre tiplerine dönüşebilirler. Erken dönem (döllenen sonrakı 5-7 gün içinde) embriyo, fetal dokular, kor-don kan ve matriksi, plasenta, kemik iliği ve neredeyse vücuttaki tüm dokular kök hücre kaynağı olarak kullanılabilir. Em-

briyonik ve fetal hücre dışındakiler yetişkin kök hücresi olarak nitelendirilmektedir. Kök hücreler başkalaşabilme yeteneklerine göre tek hücre tipine dönüşebilen unipotent, birden çok hücre tipine dönüşebilen multipotent, vücuttaki pek çok dokuyu oluşturabilecek pluripotent ve tam bir embriyo oluşturabilecek totipotent özellikte olabilirler.

İnsan embriyonik ve fetal kök hücrelerinin ilk kez 1998 yılında kültürleri yapılabilmıştır. Pluripotent karakterleri ve teorik olarak





bir dokuyu tümünden oluşturabilme potansiyelleri bu hücreleri çok cazip hale getirmektedir. Ancak şimdiye dek bu hücrelerin kullanımı ile ilgili bilimsel olarak rapor edilen başarılar deney hayvanları ile sınırlı kalmıştır. Bunların içinde sıçanlarda akut omurilik travması, sıçan ve maymunlarda Parkinson modeli, sıçanlarda kalp kası onarımı gibi çalışmalar yer almaktadır. Her ne kadar ilk denemelerde tip I diyabetin tedavisi için pankreas adacık hücre üretiminin hücre kültüründe başarılı olduğu rapor edilmiş olsa da, daha sonra bunun yöntemle ilgili bir artefakt olduğu anlaşılmıştır. Tüm bu başarılarla rağmen henüz embriyonik kök hücrelerinin ekildiği bölgeye tam ve fizyolojik olarak entegre olduğuna dair bir bildirim yapılmamıştır.

Yakın zamana kadar geleneksel olarak kabul edilen görüş vücutta çok az sayıda kök hücre kaynağı bulunduğu, bunların izolasyon ve kültürünün çok zor olduğunu ve başkalaşma yeteneklerinin çok sınırlı olduğunu öngörmekteydi. Ancak son yıllarda bu konuda yapılan yayınların patlaması bu inancı değiştirdi. Öyle ki kemik iliği hücrelerinin sadece kan hücreleri değil, karaciğer, akciğer, sindirim kanalı, deri, kalp ve kas hücrelerine dahi başkalaşabilecekleri gösterildi. Kemik iliğinin yanı sıra kan, iç kulak, kord kanı, burun mukozası ve plasenta gibi erişimi ve eldesi nisbeten kolay dokular yetişkin kök hücre kaynakları arasına

girdi. Ayrıca bu hücreler izole edilip kültür ortamına aktarıldıklarında da uzun süre yaşayabilmekte, dahası çoğalırken başkalaşma yeteneklerini koruyabilmektedirler.

Yetişkin kök hücreleri ile elde edilen başarılar embriyonik hücrelerdeki gibi hayvan deneyleri ile sınırlı değil. Portekiz'de omurilik hasarlı hastalarda kök hücre ile tedaviye yönelik klinik çalışma devam etmektedir. Otolog olarak verilen kök hücrelerinin Parkinson hastalığının semptomlarını azalttığı rapor edilmiştir. Benzer bir başarı, beş hastaya, sahip oldukları kök hücreleri uyarıcı faktörler verilerek elde edilmiştir. Karaciğer, kemik iliği ve pankreas gibi pek çok farklı kaynaktan alınan hücrelerden insülin salgılayan hücreler üretilenmiştir.

ABD'de dalaktan elde edilen hücrelerle hastalığın tamamen ortadan kaldırılabilirdiği gösterilmiş ve tip I diyabette klinik çalışmalar başlatılmıştır. Kemik iliği hücrelerinin nakli çeşitli kan hastalıklarında ve kanserlerde eskiden beri uygulanmaktadır. Ancak kapsamı son yıllarda oldukça genişlemiş, multipl skleroz ve Crohn hastalığı gibi otoimmün hastalıklarda, kemik onarımında ve kalp kası yenilenmesinde klinik başarılar rapor edilmiştir. Bu ümit veren sonuçlara rağmen yetişkin kök hücrelerinin nasıl işlev gördüğüne dair kesin açıklamalar yapılamamaktadır. Bazı durumlarda bu hücrelerin ekildikleri bölgedeki hücre karakterini kazanabildiği ve gerekli bağlantıları ya-

pabildiği, bazı durumlarda ise ekim bölgesinde mevcut diğer hücreleri yenilenmeye teşvik ettikleri bilinenler arasındadır.

Zorluk ve tehlikeler

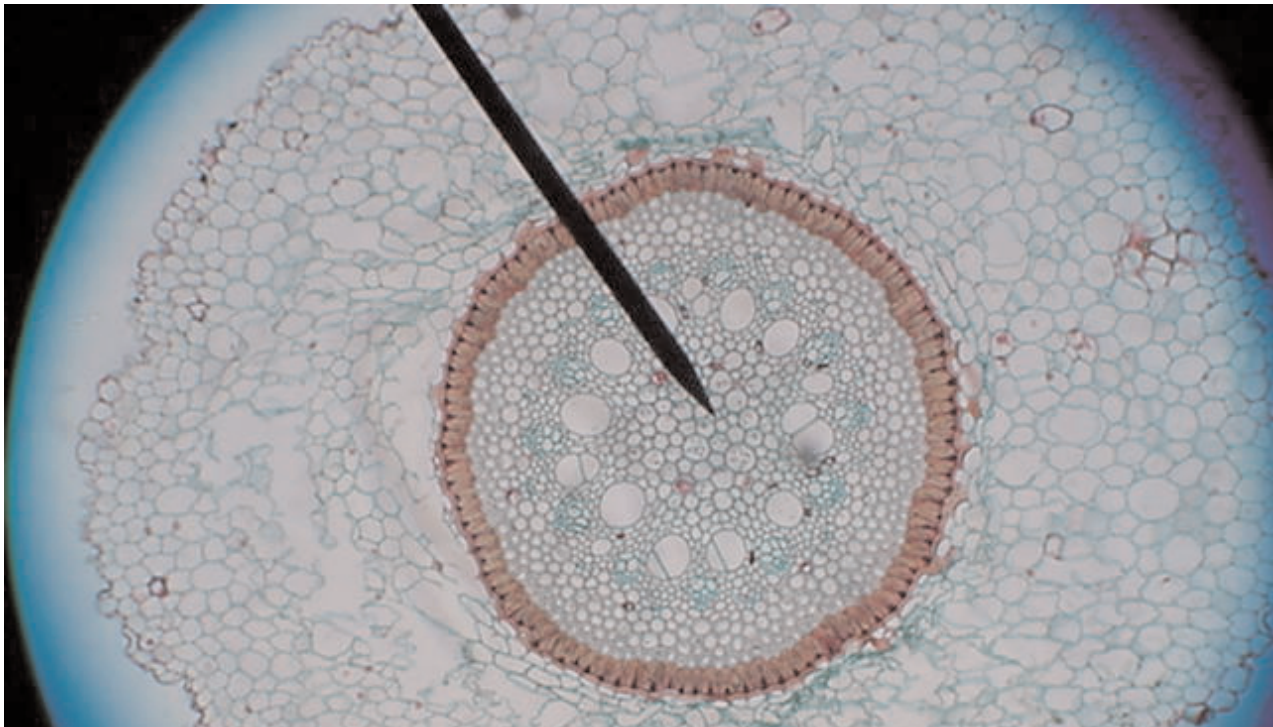
Kök hücre naklinin kabul edilebilir bir tedavi olarak kullanılabilmesinin önünde aşılması gereken bazı önemli engeller bulunmaktadır. Bunların çoğunluğu embriyonik hücre kullanımı ile ilişkilidir.

Etik sorun: Ne kadar erken safha olursa olsun bir embriyo ya da fetusun parçalanıp hücre kaynağı olarak kullanılması ahlaki bir sorun oluşturmaktadır.

İstenmeyen hücre tiplerine dönüşüm ve bunların kontrolsüz çoğalması: Pluripotent yapıdaki embriyonik hücreleri sadece istenen hücre tipine başkalaşmaya ikna edecek geçerli bir yöntem henüz mevcut değildir.

Tümör oluşumu: Hayvan deneylerinde önemli bir sorun olarak sıkça ortaya çıkmaktadır. Embriyonik kök hücreleri arasında genetik bozulma oranı oldukça yüksektir. Ekimi yapılan kök hücreleri arasında en hızlı çoğalanlar genellikle bu genetik yapısı bozuk olanlardır ve tümör oluşturma potansiyelleri çok yüksektir.

İmmün reaksiyon, doku reddi: Her ne kadar beyin gibi korunaklı bölgelere yapılan kök hücre ekimleri için çok büyük bir engel teşkil etmese de nakledilen yabancı hücrelere ve oluşturdıkları dokulara karşı



immün reaksiyon gelişmesi çok ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bunu aşmak için bağışıklık sisteminin baskılanması ya da hücreler üzerinde ekim öncesi moleküler manipülasyonlar yapılması denenmektedir ancak bu yöntemlerin taşıdığı tehlikeler de yıldıncı niteliktedir. Hastaların kendi vücut hücrelerinden embriyonik kök hücre klonlanması tüm bunlara çözüm olarak görül-mektedirken, bu konuda bilimsel araştırmaların lideri konumunda bulunan ve bu özel-likte 11 ayrı embriyonik kök hücre serisi ürettiğini ilan eden Koreli bilim adamı Prof. Woo Suk Hwang'un sahtekar olduğunun anlaşılması kısa vadede kesin çözüm ümit-lerini yok etmiştir.

Tedavi için yeterli sayıda hücre elde edil-mesi: Gerek embriyonik ve gerekse yetiş-kin kök hücrelerin izolasyonu sonunda el-de edilen hücre miktarı tedavi için yeterli olmaktan uzaktır. Bunların kültür ortamın-da uzun süre tutulması ve çoğalmalarının beklenmesi gerekmektedir. Bu ve benzeri nedenlerle bir tedaviye yetecek kadar hücre elde edilmesi çok zahmetli ve külfet-li bir süreçtir.

Beklenmeyen etkiler: Ekilen hücrelerin çevre dokuya fizyolojik olarak tam enteg-rasyonu, mevcut şartlarda kontrol edilebi-len bir olay değildir. Bunun sonucunda da-ha önce hiç kestirilemeyecek işlevsel so-nuçlar ortaya çıkabilir. Örneğin, kök hücre ile kalp kası tamiri sonrası aritmiye, omuri-lik tamiri ardından ise patolojik ağrılara rastlanabilmektedir.

Aşırı iyimserlik kampanyası

Her ne kadar her şeyiyle tanımlanmış bir kök hücre tedavisinden bahsetmek için henüz çok erken olsa da dünya ve ülke kamuoyunda hakim kılınmak istenen bu konudaki aşırı iyimser havanın çok karlı ye-ni bir sektörün ayak sesleri olduğu söyle-nebilir. Özellikle ABD'de büyük firmalar arasında sürmekte olan embriyonik kök hücre izolasyonu konusundaki lisans alma yarışı oldukça dikkat çekmektedir. Embri-yonik kök hücre izolasyon tekniğini ilk ola-rak Wisconsin-Madison Üniversitesi'nden James Thomson geliştirmiştir. Şu an tekni-ğin patent hakları aynı üniversitenin Wis-consin Mezunları Araştırma Vakfı'na aittir. Vakıf bu güne kadar ona yakın firmaya, milyon dolarlara varan ücretlerle lisans satışı gerçekleştirmiştir. Ancak daha ileri araştırmaların önünü tıkayan ve potansiyel te-davileri geciktiren bu patentin iptali ve tek-

nğin kamuya mal olması için akademik çevreler ve bazı sivil toplum kuruluşları ya-sal girişimler ve kampanyalarla çaba sarf etmektedirler.

Öte yandan daha konvansiyonel yöntem-lerle çoktan ticarete başlamış olan firmalar da söz konusudur. Örneğin ülkemize de pazarlama yapan Cells4health adlı Hollan-da firması hastalardan aldığı kemik iliği ör-neklerinden izole ettikleri kök hücreleriyle kalp kası, damar, omurilik ve beyin dokusu tamiri yapılabileceğini savunmaktadır. Bu izolasyonu Almanya ve İngiltere'deki bazı laboratuvarlara yaptıran firma, ülkemizde çok cesur ve hevesli (!) kimi hekimlerin kök hücre tedavi denemeleri için hücre te-min etmiştir. Firmanın Türkiye pazarını ne derece önemseydiği internet sayfalarının birkaç dil seçeneğinden birisinin Türkçe olmasıyla daha iyi anlaşılmaktadır.

Bu denli ham bir tedavi yönteminin bu de-rece kabul görmesinin altında yatan önemli bir sebep batı kamuoyunu yönlen-dirmek için kasıtlı olarak yapılan abartılı po-püler yayınlardır. Özellikle ABD'de, bütçe-den araştırma için daha fazla pay almak isteyen çeşitli bilimsel kuruluşların bu yön-temlere sık sık başvurduğu bilinmektedir. Nitekim bilim-kurgu filmlerin bile bu amaca hizmet eden rollerinin olduğu kabul edil-mektedir. Amerikan başkanı George W. Bush kök hücre çalışmalarının kolaylaştırıl-ması ve bunlara daha fazla kaynak ayrıl-ması taraftarı değildir. Bununla ilgili olarak senatonun onayladığı kolaylaştırıcı bir ya-sayı veto eden Bush'un bu konudaki gö-rüşlerini dini mülâhazalarının şekillendirdiği bilinmektedir. Böyle olunca, yönetime bas-kı oluşturmak amacıyla Amerikan kamuo-yu dozu gittikçe artan bir "kök hücre teda-visi" propagandasına maruz kalmaktadır. Avrupa'da da bazı farklılıklarla birlikte ben-zer tartışmalar sürmektedir. Bu tür kam-panyaların etkileri küresel boyutta hissedil-mektedir.

Ülkemizde bu konudaki yasal mevzuat Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı iki genelge-den ibarettir. Bunlardan birincisi Eylül 2005 tarihli ve bu konuda bir düzenleme getirilinceye kadar embriyonik kök hücre araştırmalarının durdurulmasını öngörmek-tedir. Mayıs 2006 tarihinde yayınlanan ikinci-si genelge ise bakanlık bünyesinde bir "Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Ku-rulu" kurulduğunu haber vermekte ve em-briyonik olmayan kök hücre çalışmaları

Bu denli ham bir tedavi yönte-minin bu derece kabul görme-sinin altında yatan önemli bir sebep batı kamuoyunu yönlen-dirmek için kasıtlı olarak yapı-lan abartılı popüler yayınlardır. Özellikle ABD'de, bütçeden araştırma için daha fazla pay al-mak isteyen çeşitli bilimsel ku-ruluşların bu yöntemlere sık sık başvurduğu bilinmektedir.

İçin bir kılavuz içermektedir. Genelge, kök hücrelerle klinik deneme yapmak isteyen merkezlerin bu kuruldan izin almalarını ön-görmektedir.

Aşırı iyimserlik havasının elbette bir başka nedeni başarılı olduğu duyurulan tedavi denemeleridir. Başka hiçbir tedavi şansı olmayan bazı hastalar için kulaktan dolma haberler bile kayda değer bir umut olabili-mektedir. Ancak meslek erbabı bu başarı hikayelerini uygun ve saygın bilimsel ortam ve yayınlarda görmek isteyecektir. Bu ko-nudaki beklenmedik başarıların plasebo etkisinden öteye bir şey olmadığını tahmin etmek zor olmasa gerekir. Örneğin Anka-ra'da kök hücre tedavisi alan N.S adlı pa-raplejik hastanın, hücre naklinden bir gün sonra ayaklarında karıncalanma hissettiği, ikinci gün ayaklarını birkaç santim oynata-bildiği iddia edilmiştir. Böyle bir iddiayı ka-muoyuna duyuran, ya da duyurulmasına izin veren hekimlerin, sinir rejenerasyonu-nun en iyi şartlarda günde en fazla 1 mm olabileceğini, böyle bir hastada hiç vakit kaybetmeden başlayacak bir rejenerasyo-nun omurilikten ayaklara kadar bir kaç yıl-dan daha kısa bir sürede gerçekleşeme-yeceğini ve bu olmadan bahsedilen iyileş-me belirtilerinin gözlenemeyeceğini bilme-meleri mümkün olmasa gerekir.

Ülkemizde tıp eğitimine genel bir bakış

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpinar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesini bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı (1986-1991). Doçentlik unvanını 1994'de aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishalleri ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarıdır.

İnsanın doğal haklarından biri sağlıklı bir yaşam sürdürebilme, doğumdan itibaren başlayan sağlıklı beslenme ve diğer sağlık kurallarına uyma, hastalıklardan korunma ve hastalanınca zamanında ve uygun tedavi imkanına kavuşmakla mümkündür.

Günümüzde doğal yaşamın giderek bozulmasının doğurduğu emniyetli su/gıda ve çevre sorunlarına ilave olarak zor ve yoğun yaşam koşullarının tetiklediği sorunlar insan sağlığını tehdit etmektedir. Böylesi bir ortamda kişinin sağlığını sürdürmesi bireysel ve toplumsal eğitime, sağlıklı beslenme ve barınma koşullarına, sağlık örgü-

tünce sunulacak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine bağlıdır.

Sağlık kurumlarında hizmet sunan sağlıkla ilişkili çalışanların nicelik ve nitelik sorunları günümüzde de devam etmektedir. Değişik düzeydeki sağlık kurumlarında hizmet veren hekim, diş hekim, eczacı, hemşire, tıbbi teknisyen vb. sağlık hizmetiyle ilişkili elemanların hemen hepsinin temel ve sürekli eğitimindeki sorunlar sağlık hizmet sunumunda yaşanan yetersizliklerin ana nedenidir. Doğal olarak kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumu sağlık hizmetinde görev alan diğer sağlık mensupları gibi hekimlerin de kaliteli eğitim alarak yetişmesine bağlıdır.

Tıp eğitimi günümüz koşullarında kaliteli ve özverili insan gücüne ihtiyaç duyan, pahalı, emek yoğun, zor bir eğitim dalıdır. Bu eğitimi verecek ve alacak kitlenin düzeyi yanında, çok pahalı yapılanma ve teknolojik donanım gerekmektedir. Ayrıca tıp eğitimi değişim ve yenilenmenin en hızlı olduğu bilim alanlarından biridir. Günümüzde sağlık hizmet sunumunda odak noktasında olan hekimin eğitiminde ne yazık ki çok fazla sorun bulunmaktadır. Ülkemizde konuyla ilgili kurumların ortaklaşa üretmeleri gereken çözüm politikaları belirlenemediği için sorunlar giderek birikmektedir. Gelişen teknolojinin sağlığı daha karmaşık ve





İnsan ilişkileri, soru sorma, fikir tartışması yapabilme, iş üretebilme, takım oyununa girebilme gibi fikir ve bilim adamlığının tarlası olacak liseler bugün beklenen bu düzeyden ne yazık ki çok uzaktır.

pahalı hale getirmesiyle de sorunlar katlanarak artmaktadır. Acil çözüm bekleyen tıp eğitimindeki sorunlar yumağıyla ilgili her kurumun bir an önce yüzleşerek çözümü üretmeleri gerekmektedir.

Bu yazıda ülkemizde tıp eğitiminde öncelikli sorunlara değinip bunların çözümü için önerilerimizi, 1) tıp eğitimi öncesi, 2) tıp fakültesi dönemi, 3) mezuniyet sonrası, ana başlıkları dikkate alarak sunacağız.

I-Tıp eğitimi öncesi sorunlar ve çözümler

1- Lise eğitimindeki sorunlar ülkemizde uzun yıllardır gündemdedir. Büyük bir sorun olan ÖSS nedeniyle kerhen liseye devam eden öğrenciler vakitlerinin önemli bölümünü dershanelerde test çözerek harcamaktadır. Sonuçta insan ilişkileri, soru sorma, fikir tartışması yapabilme, iş üretebilme, takım oyununa girebilme gibi fikir ve bilim adamlığının tarlası olacak liseler bugün beklenen bu düzeyden ne yazık ki çok uzaktır. Lise eğitimindeki mevcut sorunlar nedeniyle tıp fakültesine giren öğrencilerin hepsi bir biyolojik bilim olan tıp

alanında eğitim görecektir. İlgili sorunları çözebilmiş belirli bazı okullardan mezun olanlar temel tıp bilimleri dönemine kolayca uyum sağlayabilirken, diğerleri ciddi uyum zorlukları yaşamaktadır. Önemli oranda bir öğrenci kitlesi tıp fakültesini bitirdiğinde bile temel biyolojik bilgileri özümsememiş olabilmektedir. Liseden tevarüs ettiği ezberci davranış tıp fakültesinde de devam etmektedir. Halile lise döneminde gerekli temel eğitimi almamış bir öğrenci hemen herkese aynı şekilde yoğun bilgi verilen tıp fakültesinde ilk yıllarda bir bocalama devresi geçirmektedir. Bu devrede pek çok öğrenci de ancak severek yapılabilecek tıp eğitimine karşı isteksizlik oluşmakta ve bu yılgınlık durumu bazılarında hekimlik yaşamı boyunca devam etmektedir.

Bu sorunun çözümü ÖSS'nin mevcut şekliyle devam etmesi halinde kolay değildir. Umarız yeni toplanan Milli Eğitim Şurası konuyla ilgili sadra şifa çözümler üretir. Herkesçe söylenip hayata geçirilemeyen ortaöğretim döneminde akılcı, ciddi bir yönelim sağlama yoluyla, gerekli ve yeterli biyolojik bilim düzeyine tıp eğitimi yapmak isteyen öğrenciler ulaşabilir. Biyolojik bilimlerde temel bilgi yanında, temel uygulamaları da öğrenen öğrencinin tıp eğitimine severek uyum sağlaması, bugünkü duruma göre daha mümkün olacaktır. Bununla birlikte, tıp eğitiminde her zaman yardımcı olan Latince ve İngilizcenin lise döneminde yeterli düzeyde öğrenilmesi, öğrenciye fakültede büyük yarar sağlayacaktır.

2-Tıp eğitiminin cazibesi, hekimliğin konunun her açıdan aşınması sonucu giderek kaybolmakta ve hekimlik toplumda itibar kaybetmeye devam etmektedir. "Marifetin iltifata tabii olduğu" bilinen bir gerçektir. Hekimlik mesleğinin uzun ve yorucu bir süreç gerektirmesi, mezuniyet sonrası sorunlar ve artık geçim zorluğu yaşanması tıp eğitimi tercihinde bulunmayı zorlaştırmaktadır. Gerçi yaşanan ekonomik krizler ve tıp dışı alanlarda büyük bir kitlenin işsiz kalması yeniden tıp eğitimine dönüşü başlatmıştır. Bununla birlikte giderek artan sorunlar bir an önce çözülmezse tıbbın yetenekli ve çalışkan gençler tarafından tercih edilmemesi tehlikesi artacaktır.

3-Tıp mesleğinin insan ilişkileri iyi, sevgi ve saygıyı şiar edinen, insanlara hizmet etmekten zevk alan kişiler tarafından tercih edilmesi teşvik edilmeli ve bunun alt yapısı hazırlanmalıdır. Hekimlik mesleğini ideal olarak görenlerin sayısının artması kaliteyi olumlu etkileyecektir.

II-Tıp fakültesi dönemi

1. Fiziki alt yapı, laboratuvarlar, tam donanımlı kütüphaneler, araç-gereç, yardımcı sağlık elemanı, uzman, öğretim görevlisi, öğretim üyesi açısından tıp fakülteleri arasında ciddi farklılıklar söz konusudur. Bugün için, tıp fakültesi açmanın ya da açılan fakülteleri bütün bölüm ve birimleri ile devam ettirmenin standartları yoktur. Bu konuda bir denetim mekanizması ne yazık ki işlememektedir. Fakültelerin alt yapısı, öğretim üyesi ve diğer olanakları ve eğitim sis-



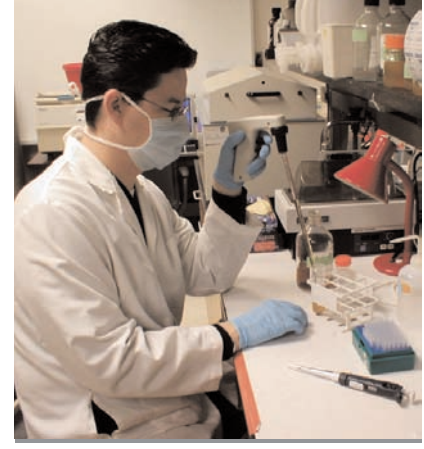
temi dikkate alınmadan öğrenci alınmaktadır. Uzun dönemdir hükümet yetkilileri ülkemizde hekim ihtiyacı olduğunu belirterek tıp öğrencisi sayısının artmasını istemektedir. Ülkemizde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı (fakültelere göre kısmi farklılıklara rağmen: 1/3-4) Avrupa'da değişik ülkelere göre olumlu bir seviyede görülmekle birlikte ülkemizde yarım gün çalışma, uzman ve diğer alt kadrodaki eksiklikler bu olumlu dengeyi bozmaktadır.

Haliyle çözüm, ilgili standartların belirlenip uygulamaya sokulması ve denetlenmesidir. Hekimin eğitiminde kaliteden asla taviz verilemez. Kalitesiz eğitimin kağıt üzerinde yeterli hekim varlığından başka sağlayacağı ne olabilir? Tıp fakültelerinde ciddi bir denetim ve planlama sonrası öğretim üyesi dengesinde tersine dönen pramitsel yapıyı düzeltici yönde adımlar atılması koşuluyla öğrenci sayısı artırılabilir. Gereksiz sürüşmeler yerine tarafların katılacağı toplantılarla eğitimde kaliteyi sağlayıcı tedbirler mutlaka sağlanarak hekim ihtiyacını artırma konusundaki talep karşılanmalıdır.

2. Tıp fakültelerimizde ağırlıklı olarak halen ezberci bir eğitim sistemi hakim durumdadır. Öğrencinin aktif katılımını esas alan ve öğrencinin kendi kendine öğrenmesini hedefleyip öğrenciye özgüven kazandıran bir eğitim sistemi kabul edilmektedir ancak genelde uygulanmamaktadır. Ülkemizde son yıllarda tüm üniversiteleri kapsayan çekirdek bir müfredat uygulanmakla birlikte öğrenciye gereksiz bilgi yüklenmesi halen devam eden bir sorundur. Öğrencinin mutlaka bilip ve gereğinde uygulaması gereken bilginin verilmesi noktasında sorunlar devam etmektedir.

Tıp fakültelerimizde eğitim sistemleri konusunda son yıllarda ciddi çalışmalar yapmakla birlikte, henüz bu işin ülke olarak daha başındayız. Günümüzde klasik, entegre ve aktif eğitim gibi üç temel eğitim sisteminin olumlu ve olumsuz yanları irdelenerek dünya ve ülke tecrübeleri ışığında her fakülte eğitim sisteminde gerekli düzeltmeleri bir an önce yapmalıdır. Haliyle yeterli sayı ve kalitede öğretim üyesinden yoksun olan tıp fakülteleri için öğretim sisteminin uygun olması fazla bir şey değiştirmeyecektir. Ancak klasik sistem uygulanan fakültelerde en azından anabilim dalları yıllık ders programlarını ortak bir kurul kurarak hazırlamalıdır. Öğrenciler hiç olmazsa aynı dönemde benzer konuları öğrenmelidir. Örneğin sindirim sistemi anatomisi, histoloji ve embriyolojisi, patolojisi ve infeksiyonları ilişkili anabilim dalları tarafından aynı günler içinde verilmelidir.

Yeterli sayı ve kalitede öğretim üyesinin sağlanması yanında gerekli alt yapıyı da öğrenci ve öğretim üyesinin hizmetine fakülte yönetimleri sunmalıdır. Aktif, tam gün çalışan öğretim üyesi sayısı en azından 1/5 olmalıdır. ÖSYM 2005-2006 istatistiklerine göre, Tıp Fakültelerinde Profesör başına 8,87 öğrenci, Doçent başına 18,4 öğrenci, Yardımcı Doçent başına 14,35 öğrenci, toplam Öğretim Üyesi başına 4,22 öğrenci, diğer Öğretim Elemanları başına 3,15 öğrenci ve toplam Öğretim Elemanları başına 1,8 öğrenci düşmektedir. Bu Avrupa ülkelerine göre iyi bir oran gibi görünmektedir. Bununla birlikte ülkemiz tıp fakültelerinde yarım gün çalışma, yardımcı eğitmen ve gerekli personel sayısındaki eksiklik, tam gün çalışan öğretim üyelerinin



Fiziki alt yapı, laboratuvarlar, tam donanımlı kütüphaneler, araç-gereç, yardımcı sağlık elemanı, uzman, öğretim görevlisi, öğretim üyesi açısından tıp fakülteleri arasında ciddi farklılıklar söz konusudur. Bugün için, tıp fakültesi açmanın ya da açılan fakülteleri bütün bölüm ve birimleriyle devam ettirmenin standartları yoktur.

de hasta hizmetine ayırdıkları zamanı (bazen zamanların tümü) düşünürsek öğrenci başına düşen aktif öğretim üyesi sayısında olumlu gibi görülen oranın yanıltıcı olabileceği kavranır.

Fakülteler arası bilgi ve tecrübe alışverişi bu konudaki gecikmeyi telafi edebilecektir. Artık günümüzde yüzü aşkın öğrenciye amfilerde ders verilmesine tıp fakültelerinde son verilmelidir. Her öğrenciyle birebir ilgilenilerek, kişiye özel eğitimin uygulamaya girdiği günümüz dünyasında eğitim, çok daha küçük öğrenci topluluklarına, görsel ve işitsel imkanlar kullanılarak ve karşılıklı etkileşim sağlanarak yapılmalıdır. Tıp eğitiminde sadece teorik değil, beceri de çok mühim olduğundan pratik uygulamalara her öğrenci zorunlu olarak belirlen-

Tablo.1) Mezuniyet öncesi hekimlerin ulaması gereken asgari düzey

1. Birinci basamakta bireye ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmek.
2. Toplumda sık görülen hastalıkların tanısını koyabilmek, tedavi (ayakta), korunma yollarını bilmek ve veri toplayıp değerlendirme yeteneği kazanmak.
3. Ekip çalışması yeteneği kazanmak, çok disiplinli ve çok sektörlü çalışma yapabilmek.
4. Toplumda iletişim kurma ve toplum katılımını sağlayabilme yeteneği kazanmak.
5. Ülkenin genel sağlık sorunlarını bilmek ve bunlara çözüm aramak.
6. Sürekli tıp eğitiminin, bilgiye ulaşabilmenin yollarını bilmek ve uygulamak.
7. Uzmanlık eğitimi ve araştırma için gerekli ön bilgi ve becerilere sahip olmak.

Sağlık kurumlarında hizmet sunan sağlıkla ilişkili çalışanların nicelik ve nitelik sorunları günümüzde de devam etmektedir. Değişik düzeydeki sağlık kurumlarında hizmet veren hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, tıbbi teknisyen vb sağlık hizmetiyle ilişkili elemanların hemen hepsinin temel ve sürekli eğitimindeki sorunlar sağlık hizmet sunumunda yaşanan yetersizliklerin ana nedenidir.

miş uygulamaları mutlaka yaparak katılmalıdır. Her tıp öğrencisi sorunu kavrayıp çözmeyi, bilgiye ulaşma yollarını tıp fakültesi döneminde öğrenmelidir. Temel tıp, klinik tıp ve koruyucu hekimlik alanında nicel ve nitel yönden yeterli uygulama yapılması zorunlu olmalı, bu imkanı sağlayamayan tıp fakülteleri gerekirse başka fakültelerin imkanlarından yararlanmalıdır. Günümüzde TUS sınavına yoğun hazırlık dönemi haline dönüşen intörnlik eğitimi gerekirse artırılıp, sıkı bir denetim altında fakülte dışı eğitim hastanelerinde ve saha sağlık ocaklarında pratik ağırlıklı eğitim şeklinde yapılmalıdır. Özellikle klinik eğitim dersanede değil, mutlaka hasta veya en azından maket başında yapılmalı, öğrenciler klinik becerilerini uygulayarak kazanmalıdır. Staj döneminde öğrenciler yeterli sayıda hasta görmeli, stajlar "koridor stajı" olma durumundan kurtarılmalıdır. Pratik uygulamalar bizzat öğretim üyesi, en azından eğitim tecrübesi olan uzmanlar tarafından yapılmalı, henüz eğitim ve öğretim dönemindeki uzmanlık öğrencilerine pratik uygulama işi bırakılmamalıdır.

Müfredat içeriği çağın koşullarına uygun hale getirilmeli, kanıta dayalı tıp, tıp hukuku, tıp ekonomisi, çevre sağlığı, biyomedikal, biyoteknoloji gibi dersler müfredata eklenmeli, içinde yaşanan toplumun sağlık sorunlarının öğrenilmesine öncelik verilmelidir.

Öğrenciye bilgi yüklenmesi yerine öğrenme yöntemleri ve bilgiye ulaşma yolları öğretilmelidir. Öğretim üyelerinin ders verebilmesi için erişkin eğitimi "andragoji" konusunda yeterlilik alması sağlanmalıdır. Haliyle pek çok görev beklenen öğretim üyesinin geçim zorlukları çeken, ikinci iş peşin-

de koşan bir durumdan kurtarılması öncelikle temin edilmelidir.

Ayrıca ülkemizde uygulamaya girecek aile hekimliği uygulaması için yeterli teorik ve pratik bir eğitim seviyesine günümüzdeki haliyle pratisyenlerin eriştiğini kabul etmek zordur. Tıp fakültesindeki eğitim sisteminde bu konuda gerekli düzeltmeler yapılmalı, uygulamalar artırılmalı, bilgi yanında beceriyi de ölçen sınav sistemi öncelikle her tıp fakültesinde uygulamaya sokulmalıdır.

3. Tıp fakültelerinde eğitim, araştırma ve hizmet üçgenindeki denge iyi ayarlanmalıdır. Hasta hizmeti ve araştırma bahane edilerek öğrenci eğitimi hiçbir nedenle aksatılamaz. Öğrenci teorik ve pratik eğitimleri mutlaka öğretim üyeleri tarafından verilmelidir.

4. Sınavlar sadece teorik bilgi birikimini ölçmektedir. Kazanılan becerileri ölçebilen gerekli ağırlıkta bir pratik sınav yapılarmaktadır. Sözlü sınavlar için asgari standartlar belirlenmiş değildir. Fakülteler de aynı anabilim dalında bile sözlü sınavlar için bir standart genelde yoktur. Ayrıca hekimin sosyal değerleri hakkında bilgi verecek bir değerlendirme hemen hiç yapılmamaktadır; bilindiği gibi hekimlik iyi bir tıp bilgisi ve becerisi ile birlikte kişinin insan sevgisi, alçak gönüllülük, moralde tutarlılık, soğukkanlılık gibi insani özellikleri de taşımaya gerektiren bir meslektir. Konuyla ilgili olarak tıp eğitiminde ölçme ve değerlendirmenin ülke için geçerli olacak asgari standartları belirleyip uygulanmalıdır.

Mezuniyet öncesi hekimlerin ulaşması gereken asgari düzey Tablo 1'de özetlenmiştir.

III-Tıp fakültesi dönemi sonrası

Pratisyen hekimlikle ilgili sorunlar devam etmektedir. Ülkemizde tıp fakültesinden her mezun olan hekimlik yapma yetkisine kavuşmaktadır. Bilindiği gibi sadece 6 yıl tıp fakültesi sonrası bir daha denetlenmemek üzere hekimlik yapma hakkı gelişmiş ülkelerin hemen hiçbirinde yoktur. Çok açık yüreklilikle ifade edersek ülkemiz tıp fakültelerinden mezun olanların önemli bir oranı özellikle asgari uygulamalı klinik pratik açısından eksiktir. Ulusal çapta bir yeterlilik sınavı veya sertifikasyon sistemi henüz gündemde değildir. Eğitimde sorunlar olsa da, ülkenin yetişmiş beyin gücü olan pratisyen hekimlere sistem gereken önemi verip motive etmemektedir. Ülkenin böylesine yüksek sayıda, yetişmiş insan gücünü heba etmeye, atıl durumda tutmaya hakkı

yoktur. Pratisyen hekimler, başta koruyucu hekimlik, epidemiyolojik çalışmalar, saha çalışmaları, çevre sağlığı çalışmaları, kronik hasta bakımı gibi konularda gerekli teorik ve uygulamalı kurslardan sonra bu alanlarda sorun çözücü çok başarılı hizmetler verebilirler. Aile hekimliği uygulamasına dahil olacak pratisyen hekimler için Üniversite ve Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle sürekli eğitim kursları düzenlenmelidir.

Uzmanlık eğitimi

Ülkemizde halen uzmanlaşma konusunda yoğun bir talep vardır. Bu iki noktadan olumsuzluk yaratmaktadır. Tıp öğrenimi boyunca öğrenci temel hekimlik birikimini kazanmak yerine tüm gücünü TUS sınavı için harcamaktadır ve ne yazık ki fakültelerde verilen eğitim de genellikle bu yöne odaklanmaktadır. Son yıllarda ülke geneline yayılan TUS dersaneleri tıp eğitiminin yeniden gözden geçirilmesi için uyarıcı olmalıdır.

Pratisyenlikte olduğu gibi uzmanlık dönemi de ciddi sorunlarla doludur. Tıpta uzmanlık eğitimi tüzüğü çağın ihtiyaçlarına cevap vermekten uzak duruma düştüğünden hazırlanan yeni tüzüğün yürütülmesini sağlayacak temel maddeler Danıştay tarafından iptal edilmiş ve tekrar yeniden hazırlanmış tüzük üç yıldır yürürlüğe henüz girememiştir. Yeni tüzük tasarı taslağında AB ye uyum önemsenmekle beraber, tıp fakültesi eğitimi döneminde sorunlar olan ülkemizde, uzmanlıkta temel olan dahili ve cerrahi alanlarda zorunlu temel eğitime ("common trunk") ne yazık ki yer verilmemiştir.

Uzmanlığa girişte esas olan TUS sınavı fırsat eşitliğini sağlama noktasında önemli bir sorunu çözmüş olmakla birlikte sadece bilgiyi ölçmekte, beceriyi mevcut haliyle değerlendirememektedir. Pratik eğitimde yoğun sorunlar olan ülkemizde her hangi bir uzmanlık alanını kazanan hekim pek ala propedötik düzeyinde uygulamalı bir bilgiye bile sahip olmayabilir. Bu sorun, TUS öncesi yapılacak merkezi sınavlarla beceri de ölçülerek çözülebilir; böylece uzmanlığa sadece bilgiyi ölçen bir sınavla başlanmamış olur. Bununla birlikte TUS gerekli rehabilitasyonlar yapılarak devam ettirilmelidir. TUS için hazırlanan "soru bankası" tüm fakültelerin katkısıyla hazırlanmalıdır.

Uzmanlık verecek kurumlar için gerekli standartlar oluşturulmalı, sürekli denetlenen bir sistem (her meslek için eğitim kadrosu, kliniğin veya laboratuvarın alt yapısı)

kurulmalıdır; standart düzeye erişemeyen veya standardın altına düşen kurumların/birimlerin uzmanlık eğitim verme yetkisi gerekli şartlar sağlanana kadar durdurulmalıdır.

Eğitim araştırma hastanelerinde tek şefle veya üniversite hastanelerinde bir doçent veya yardımcı doçentle ihtisas alabilme dönemi bir an önce sona erdirilmelidir. Bu durum özellikle genel dahiliye ve genel pediatri alanında ivedi olarak sağlanmalıdır. Uzmanlık eğitiminde zorunlu müfredatın uygulandığının belgesine (asistan karnesi) uzmanlık öğrencisi sahip olmalıdır. İster üniversite, isterse eğitim hastanelerinde eksik kalan eğitim(ler) uygun başka bir hastanede bitirilmelidir. Uzmanlık öğrencisi dönemi kliniğin iş yükünü yükleme değil, uygulamaları planlanmış eğitimin bir parçası olmalıdır. Üniversite ve eğitim hastanelerinde hasta hizmeti, eğitim ve araştırma hizmetleri dengesi iyi kurulmalıdır. Hasta hizmeti gibi, eğitim ve araştırma faaliyetleri nesnel ölçütler kullanılarak performans kapsamına alınmalıdır. İdeal olarak uzmanlık öğrencisi göreve başladığında kendine çalışma takvimi sunulabilmeli, 1-2 yıl sonra neye hazırlanacağını bilmelidir.

Uzmanlık eğitiminde, eğitimi veren kurum (üniversiteler ve eğitim hastaneleri), Türk Tabipler Birliği, Uzmanlık Dernekleri ve Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon içinde çalışması ve gereken değişikliklerin çok kısa sürede yapılabilmesi sağlanmalıdır.

Uzmanlık eğitim döneminde, çağın koşullarına göre belirlenmiş belirsiz sayıda bir pratik uygulama zorunluluğu sağlanmalıdır; kurumlarında zorunlu uygulamaları yapamayanlar eksikliklerini rotasyonla başka bir kurumda tamamlamalıdır.

Mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitiminde uzmanlık dernekleri ve tabip odaları önemli çalışmalar yapmaktadır. Bununla birlikte mesleğini uygulayan bütün hekimler için mezuniyet sonrasında sürekli eğitimin belli bir kredi ve/veya sınav sistemiyle sağlanması günümüzün gerekleri arasındadır.

Bunun için a-sürekli tıp eğitimi dergileri, b-düzenli güncellenen tanı ve tedavi rehberleri, c-eğitici toplantı ve kurslar, d-internet üzerinden eğitim (tele tıp vd) kullanılabilir.

Tıp eğitimi veren kurumlar için nesnel denetleme ölçütleri geliştirilmeli, belirlenmiş bir düzeyin altına kalan birim ve kurumların

lisans ve/veya lisansüstü dönemde eğitim verme yetkisi ilgili kurumlarca değerlendirilmeli ve çalışıp üretenle, çalışmayanın aynı muameleyi görmesi artık bitmelidir.

Ayrıca altı çözülecek diğer önemli bir nokta, gerek tıp fakültesi dönemi gerekse uzmanlık döneminde ülke sorunlarının çözümünü esas alan, üretime yönelik bir eğitim politikası oluşturulmaktır. Ülkemiz bir tıbbi malzeme, kit ve cihaz ithal "cenneti" olmaktan kurtarılmalıdır. Ülkeye giren tıbbi malzeme, kit ve cihazlar için sıkı bir denetim getirilmelidir. Ayrıca ülkede kit, aşı, cihaz üretimi teşvik edilmelidir. İlgili kurumların öncülüğünde sanayi ile işbirliği yapılarak ülkemizde üretim başlatılmalı, var olanlar geliştirilip artırılmalıdır.

Sonuç olarak, tıp eğitimi sunan kurumlar ülkenin sorunlarının çözümünü esas alan hekim yetiştirmeyi hedef almalıdır. Öğretim üyesi sayısı yönünden tıp fakültelerinde tersine dönen piramitsel yapı düzeltilmelidir. Hekimlik eğitiminin öğrencilik, pratisyenlik, uzmanlık ve mezuniyet sonrası eğitiminde günümüz ihtiyaçlarını karşılayacak bir planlama yapıp uygulamaya konulmalıdır. Her düzeyde eğitim veren kurumlar nesnel ölçütlere göre denetlenmeli, eksiklikler giderilmelidir. Her düzeyde tıp eğitimi ülkenin sağlık politikaları ile çok yakın ilişki gösterdiğinden, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Yüksek Öğretim Kurumu tıp eğitimindeki pek çok sorunun çözümü için elele vererek yakın ilişki içinde çalışmalıdır.

Kaynaklar:

1. Barzansky B, Etzel SI. Educational programs in US medical schools, 2003-2004. JAMA. 2004 ;292:1025-31.
2. Başkan S. "Bitmeyen Senfoni" Hekim sayıları ve tıp fakülteleri. Yeni Türkiye 2000; 39: 334-41.
3. Doğramacı İ. İnsan Sağlığının Kaynağı ve Eğitim. Yeni Türkiye 2000; 39: 325-30.
4. Dolmans DH, Gijssels WH, Schmidt HG, van der Meer SB. Problem effectiveness in a course using problem-based learning. Acad Med. 1993 ;68:207-13.
5. Ergüder Ü. Sabah Gazetesi, Pazar Sohbeti (13.06.2005).
6. -Sağlıklı bir gelecek: Sağlık reformu yolunda uygulanabilir çözüm önerileri: TÜSIAD, Yayın No. TÜSIAD-T/2004-09/380.
7. <http://www.osym.gov.tr/BelgeGoster.aspx?> (ulaşım tarihi:?)
8. Öztürk R. Tıp eğitimi: sorunlar ve çözüm önerileri, Sağlıkta Nabız Dergisi, 2005;4:14-19.
9. Özvanş ŞB, Demirel Ö. Öğrenen Merkezli Tıp Eğitimi,



Öğrenciye bilgi yüklenmesi yerine öğrenme yöntemleri ve bilgiye ulaşma yolları öğretilmelidir. Öğretim üyelerinin ders verebilmesi için erişkin eğitimi "andragoji" konusunda yeterlilik alması sağlanmalıdır. Haliyle pek çok görev beklenen öğretim üyesinin geçim zorlukları çeken, ikinci iş peşinde koşan bir durumdan kurtarılması öncelikle temin edilmelidir.

Türk Tabipler Birliği Yayını, 2002.

10. Small PA Jr, Stevens CB, Duerson MC. Issues in medical education: basic problems and potential solutions. Acad Med. 1993 ;68(10 Suppl):S89-98.
11. Stillman PL, Hanshaw JB. Education of medical students: present innovations, future issues. Mayo Clin Proc 1989 ;64:1175-9.
12. Sur H. Eğitim hastanelerinde kimsenin üzerine varamadığı bir konu: klinik şeflikleri. "Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim" kitabında, Avrasya Global Yayınları, 2006:55-8.
13. Terzi C. Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi, İletişim Yayınları, İstanbul, 2001.
14. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2000
15. Türk Tabipleri Birliği Tıp Eğitimi Kurultayı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2005
16. Türkiye'de Tıp Eğitimi, Cilt 1,2,3; TBMM Araştırma Komisyonu, 1991.
17. Williams WT. Current issues in community based medical education. N C Med J. 1989 ;50:677-9.

Diyabet yönetiminde temel unsurlar ve güçlükler

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1961'de İstanbul'da doğdu. 1985'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İğdir'da 2 yıllık mecburi hizmet sonrası 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995 yılında da Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent ünvanını aldı. 1997-1999 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te aynı hastanenin Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Halen Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

Günümüzde, kronik hastalıkların kontrolünde hastalık yönetimi ile ilgili kavramlar sağlık alanında daha önemli ve daha güçlü bir olay olarak ön plana çıkmaktadır. 22 milyon kronik hastanın olduğu ülkemiz için yeni bir kavram olan kronik hastalık yönetimi sağlık politikası belirleyicileri açısından mutlaka üzerinde durulması gereken bir konudur. Hastalık yönetimi kavramı çok sayıda değişkenin yönetilmesi olduğundan, odaklandığı durumlar açısından çeşitli anlamlandırmalar ile tarif edilebilir.

Toplum sağlığı odaklı tarif: Hastalık yönetimi, kronik hastalığı olan topluluklara sağlık bakımı sunabilmek için oluşturulmuş bütün ve kapsamlı yönetsel bir metottur. Hasta bakımıyla ilgili optimal işlemleri belirleyen ve bu işlemler sonucunda ortaya çıkan ekonomik, insani ve klinik gelişmelerin ölçümünü yapan bir yöntem olarak da ifade edilebilir (1).

Hasta odaklı tarif: Hastalık yönetimi, hastaya yaklaşımın kapsamlı bir şekilde ele alındığı ve esas olarak hastalığının doğal seyrinin ve hastalığa yönelik maksimum verim ve performansla sonuçlanacak tedavinin bütüncül tasarımı olarak da ifade edilebilir.

Hastalık yönetiminin amaçları hastanın iyilik halinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması, hastalığın oluşumunun önlenmesi veya komplikasyonlarının şiddetinin önlenmesi, gerekli kaynaklardan ve servislerden uygun biçimde direkt olarak yararlanılması ve ortaya çıkan sonuçların düzenli bir şekilde değerlendirmesinin yapılmasıdır (1).

Maliyet etkinliği odaklı tarif: Hastalık yönetimi, bakım konusunda sabit harcamalarla maksimum kalitenin elde edildiği bir yoldur. Bu sebeple hastalık yönetimi yaygın olarak sağlık harcamalarının çok büyük oranlarda yapıldığı hastalar için düşünülmektedir.



Kronik hastalık yönetimi olarak diyabetin yeri ve önemi

Tüm dünyada obezitenin hızlı artışının da bir sonucu olarak diyabet, ölüm nedenleri içinde beşinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de beş milyon kadar diyabetlinin olduğu sanılmaktadır. Diyabet bakımı ve tedavisindeki büyük ilerlemelere rağmen diyabetin önlenmesiyle ilgili yeterince etkili olunamamaktadır.

WHO verilerine göre 2005 yılında tüm dünyadaki 58 milyon ölümden 35 milyonu kronik hastalıklardan olup bunun da 1.125 milyonu diyabetten olmuştur. Diyabetli olup da kayıtlara kalp ve böbrek hastalıkları nedeni ile ölüm olarak geçenleri de kattığımızda 2.9 milyonu bulan diyabete bağlı ölüm söz konusudur. Bu ölümlerin %80' i de düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde olmuştur (2). Günümüzde diyabet, gelişen dünyanın her yerinde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Tüm dünyadaki 250 milyon diyabetik hastadan bir milyondan fazlası diyabete bağlı amputasyondan, 500 bin kadarı böbrek yetmezliği, 300 binden fazlası da diyabetik körlük nedeni ile etkilenmektedir. Diyabete bağlı doğrudan hasta bakım gideri 150 milyar doları geçmektedir.

Diyabet, gelişmiş ülkelerin çoğunda dördüncü ana ölüm nedenidir. Tedavilere ve uluslararası kılavuzların varlığına rağmen, hastaların kan glukoz düzeylerinin çoğu zaman çok yüksek kaldığı bir gerçektir. HbA1c ile ölçülen düzenli bir kontrolün olmaması, uzun dönemde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Eldeki veriler, Almanya ve İngiltere'deki diyabet hastalarının neredeyse %80 kadarında HbA1c düzeylerinin ≥ 7 . 0 olduğunu göstermektedir ve HbA1c'deki her %1'lik artışın diyabete bağlı mortalite riskinde %25'lik bir artışa yol açtığını tahmin etmektedir.

Diyabet sağlık bakımındaki en kompleks ve en önemli kronik hastalıklardan birisidir. Diyabetin sağlık bakım sistemi üzerindeki etkisi ile ilgili gelişmeler ve bu hastalığın toplum üzerindeki etkisi hastalık yönetiminde diyabetin uygun bir hedef olduğunu göstermektedir. DCCT sonuçlarına göre kan şekeri seviyesinin mümkün olabildiği kadar normal seviyelerde tutulmasının diyabetle ilgili göz, böbrek ve sinir sistemi komplikasyonlarının başlama ve ilerlemesinde önemli derecede yavaşlama sağladığı ortaya konmuştur. DCCT göstermiştir

ki uzun süreli düşük kan şekeri seviyesinin daha önceki dönemlerde diyabetleri kötü kontrol altına alınmamış hastalarda bile pozitif etkileri vardır (3). Sıkı bir kan şekeri kontrolü glisemik olaylara bağlı hastaneye yatış sayısını azaltmaktadır. Sürekli kan şekeri kontrolüne ulaşmak ve bunu uzun süre devam ettirmek hem hastalar için hem de sağlık çalışanları için oldukça mücadeleli bir olaydır. Hastalık yönetimi sağlık bakım takımının anahtar üyeleri ile hastaları, aktif ve kapsamlı servisleri entegre eden bir metot önermektedir. Bunun sonucu olarak diyabet bakımındaki kalite ve maliyet etkinliğinde gelişme amaçlanmaktadır. Sağlık bakım sisteminde verilen önemli mücadeleler sonucunda klinisyenlerin diyabetin yönetiminde daha başarılı olmaları sağlanmış ve bu da hastalık yönetiminin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Diyabet yönetiminde güçlükler

Diyabet yönetimindeki güçlükleri 4 ana başlık altında inceleyebiliriz. 1- Sağlık personeli açısından güçlükler 2- Hastalar açısından güçlükler 3- Kurumsal sağlık sunucuları açısından güçlükler ve 4- Finansman ve maliyet güçlükleri

I- Sağlık personeli açısından:

1- Doktorlar açısından standardize bir bakım sisteminin eksikliği.

2- Hemen ve çabuk ulaşılabilir tarama, tedavi, önleme ve farmakolojik tedavi rehberlerinin ve klinisyenler için pratik hayatta gerekli olan protokollerin eksik olması.

3- Profesyonel sağlık çalışanları için tasarlanmış eğitim ve gelişim programlarının ve kaynaklarının eksik olması

4- Hastane yatışları ve genellikle önlenemez glisemik olaylara bağlı (diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarıyla ilgili) acil servis başvurularını içeren kaynak ve servislerden yetersiz faydalanılması.

5- Klinisyenlere yardımcı olabilecek yüksek riskli hastaları tanımlayan ve bu hastalar için kapsamlı bir önleyici tedavi sunmak için gereken eğitim programlarını içeren ve servislerin uygun kullanımlarını koordine eden sistemlerin eksik olması.

6- Etkili bir sağlık bakımının verilmesinde çok etkili yöntemler olan, performans kaynaklarının ve sonuç ölçümlerinin, bilgi toplamı ve analizinin, trend analizinin, hasta tanımlama ve risk sınıflamasının, hasta görüntülemeleri-



Tüm dünyada obezitenin hızlı artışının da bir sonucu olarak diyabet, ölüm nedenleri içinde beşinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de ise beş milyon kadar diyabetlinin olduğu sanılmaktadır. Diyabet bakımı ve tedavisindeki büyük ilerlemelere rağmen diyabetin önlenmesiyle ilgili yeterince etkili olunamamaktadır.

nin rapor ve geri bildirim mekanizmalarının ihtiva edildiği sistemlerin eksik olması

7- Kapsamlı bir hasta eğitimi ve hayat boyu hastaların kendi bakımlarını yapabilmelerini destekleyen sistem ve kaynakların eksikliği.

8- Hastalara primer bakım sağlayan doktorları, hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan birçok katılımcının önceliklerini ve verdikleri bakım hizmetlerini koordine eden ve bu sağlık takımının daha konsantre, daha odaklanmış ve entegre bir şekilde çalışmasını sağlayan sistem ve kaynakların eksikliği (1).

II- Hastalar açısından:

Diyabet yönetiminde hastalar için temel hedeflerden birisi de hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini sağlamaktır. Fakat bunu engelleyen bazı zorlukların tanımlanarak giderilmesi gerekmektedir. Bunlar;

1- Bireysel güçlükler: Kişisel eğitim düzeyinin düşüklüğü, hastalık eğitiminin alınmaması ve bu eğitime kayıtsızlık yanında hastalığı kabullenmeme, önemsememe, hastalığını saklama gibi hastanın hastalığını algılamasındaki sorunların önemi de giderek artmaktadır. Hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini olanaklı kılmak için bu tür güçlüklerin aşılması gerekmektedir.

2- Psikolojik güçlükler: Diyabetik hastaların toplumsal hayata adaptasyonunu zorlaştıracak ve de diyabetle birlikte yaşamı zorlaştıracak psikolojik faktörlerin bir bütün



Diyabetin sağlık bakım sistemi üzerindeki etkisi ile ilgili gelişmeler ve bu hastalığın toplum üzerindeki etkisi hastalık yönetiminde diyabetin uygun bir hedef olduğunu göstermektedir. DCCT sonuçlarına göre kan şekeri seviyesinin mümkün olabildiği kadar normal seviyelerde tutulmasının diyabetle ilgili göz, böbrek ve sinir sistemi komplikasyonlarının başlama ve ilerlemesinde önemli derecede yavaşlama sağladığı ortaya konmuştur.

olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. (Toplumsal mitler, feodal yapı, vs)

3- Sosyokültürel güçlükler: Çeşitli sosyo-ekonomik ve sosyokültürel etkiler önemli birer faktörlerdir. Bunların arasında dini faktörler yadsınamaz bir gerçek durum oluşturlar. Örneğin Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniği'nde rast gele incelediğimiz 171 diyabetik vakanın 90'ı tam gün olarak Ramazan ayı orucunu tuttuğunu ifade etmiştir (%53 vaka). Oruç tutan 90 diyabetik hastanın 63'ünün insülin kullanıyor olması ne kadar ciddi boyutta zorlukla karşı karşıya kaldığını gösteren önemli bir durumdur.

III- Kurumsal sağlık sunucuları açısından:

Ulusal kamu sağlığı politikaları ve güçlendirilmiş sağlık bakım sistemlerine gerek vardır. Kamu kaynaklarının nasıl kullanılacağı konusu ve diyabetin komplikasyonlarından korunmak için gereken sistemleri ve araçları kamu adına devletin üst üstlenici olarak planlaması ve sağlaması gerekir. Evde sağlık hizmetlerini kronik hastalar için yakın zamanda İstanbul Büyükşehir Belediyesi devreye sokmuştur. Fakat bu çabalar planlı ve organize değildir. İyi bir kurumsal organizasyon, uygulama için uygun işgücü kaynaklarını ve teknolojik elverişliliği ve ihtiyaçları belirlemeyi kapsar.

IV- Finansman ve maliyet açısından:

Fayda /maliyet oranı en yüksek bakım ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesi sağlık sigortaları için vazgeçilemez bir unsurdur.

Gelişmiş ülkelerde hastalık yönetimi ile ilgili yetkililer kalite gelişimi ve maliyet etkinliğinin artırılabilmesi için çok geniş programları içeren birçok önerilerde bulunmaktadırlar. Bu önerilen programların dayandıkları temeller, hastalık yönetimi ile uğraşanlar için öngörülen motivasyon modellerinde değişiklikleri içermektedir. Bu programlar bağımsız hastalık yönetimi sağlayıcıları, farmakolojik ve bakım şirketleri, özel danışmanlar, hasta eğitim servis şirketleri, evde hasta bakımı şirketleri, ileri teknoloji bilgi yönetimi ve yazılım şirketleri tarafından geliştirilip pazarlanmıştır. Bu da giderek artan oranda rekabet ortamı oluşmasına sebep olmuştur. Bu şirketlerin çoğu güçlerini klinik organizasyon ve işletme şir-

ketleriyle birleştirerek ürünlerin, yeteneklerin, stratejilerin daha verimli şekilde kombine edilmesini sağlamışlardır. Fakat ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık sigortacılığının gelişmediği bir durumda bu sistemlerin uygulaması oldukça zordur. Ülkemiz 2007 yılında genel sağlık sigortasına geçeceğinden kısmen hastalık yönetiminde bu tür zorluklar ileride tam olarak kendini gösterecektir.

Diyabet yönetiminde hedefler

Hastalık yönetiminin amacı hastalık bakımı veren kişilere ve hastalara gerekli işlem ve araçları sağlayarak hastayı sorumlu ve daha güçlü bir sağlık ekibinin parçası haline getirmektir.

Hastalık yönetim programının hedefleri klinik standart ve beklentileri, hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini, hastanın hayat kalitesini, gerekli araç ve gereçlerin ortaya konulmasını içermelidir. Bir diyabet sağlık yönetim programı, tanımlanmış olan bütün hasta popülasyonunun ihtiyaçlarını içeren ve bu hastalığın komplikasyonları açısından yüksek riskli oldukları saptanmış hastalara yönelik spesifik aktiviteleri hedefleyen şekilde dizayn edilmelidir. Bu şekilde 6 hedefi sıralayabiliriz:

1. Hedef (tedavi rehberleri): İlk hedef, verilen bakımı standardize etmek, kaliteli bakım kriterlerini entegre edebilecek rehberler sunmak, böylece klinisyen ve hastaların beklenen standartlara ulaşmalarını sağlamaktır.

Hastalardan oluşan bir popülasyon içeri-

sinde başarılı bir HbA1c düşüşü sağlanması yapılan yeniliklerin ortaya çıkardığı gelişmeleri ölçülebilir hale getiren bir göstergedir. Hasta bakımında ortaya konan performans için diyabet takip kriterlerinin belirlenerek uygulanmasıdır. Bu şekilde yıllık ayak muayenesi yapılan, yılda iki kere kan basıncı ölçülen, yıllık kapsamlı bir göz muayenesi yapılan, yılda bir veya iki kez defa lipid profili bakılan, yıllık idrarda proteinüri ve mikroalbuminüri taraması yapılan hastaların yüzdesi performans için iyi bir bakım kriterleridir.

2. Hedef (sağlıklı kaynak kullanımı): Kaynaklardan faydalanımın bir göstergesi ve diyabetle ilgili hastalık yönetiminin iyi olduğunun kanıtı olan hastaneye ve acil servise yapılan yatışların sayısında azalma, hipoglisemi ve hiperglisemik olaylardan dolayı hastaneye yatış süresinin kısalması, daha az oranda kardiyovasküler, alt ekstremitte komplikasyonları oluşmasıdır.

3. Hedef (hasta eğitim programları): Hastaların kendi başlarına hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri için gereken davranış ve yetenekleri edinmelerini sağlayan eğitim programlarının ve davranış şekilleri ile ilgili desteklerin verilmesidir.

Bu konudaki gelişmelerin ölçümü, kendi başına günlük kan glikoz seviyesini ölçebilen günlük ayak kontrolü yapabilen hipoglisemi durumlarında ne yapılması gerektiğini bilen hastalığı ile ilgili düzenli bir programı olan hastaların sayısı ile gerçekleştirilebilir.

4. Hedef (kişisel hastalık yönetiminin öğretilmesi): Hastaların kendi hastalıklarının yönetimini yapmayı öğrenme aşamasında ve kronik bir hastalıkla yaşamayı deneyimlemeleri sırasında, onlara gerekli eğitim ve psikososyal desteğin verilerek yaşam kalitelerini artırmak için katkıda bulunmaktır.

Başvuru kılavuzları bireysel müdahaleleri içerecek şekilde düzenlenmeli ve hasta takipleri sertifikalı diyabet eğitimcileri tarafından yapılmalıdır.

5. hedef (değerlendirme): Hasta uyum oranlarını ölçülmesine yönelik işlem, araç-gereçlerin, dokümanların, analizlerin, tedaviye alınan cevapların, hastaların son durumlarının, yeni gelişmelerin, yapılan bu eğitim programlarının verimliliğini gösteren değerlendirmelerin yapılmasıdır. Bu değerlendirmelere risk klasifikasyonunun yapılması klinik, ekonomik ve yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlar ve anahtar göstergeler de dahildir.

6. Hedef (sağlık personeli ve hasta memnuniyeti): Sağlık bakım hizmeti verenlerin ve hastaların önceliklerini entegre eden özelliklerin saptanarak ve sürekli bir destek, geri-bildirim sağlanarak klinik açıdan memnuniyetin geliştirilmesidir.

Diyabet için hastalık yönetim programının oluşturulması

Başarılı bir hastalık yönetim programı oluşturulabilmesi ve geliştirilebilmesi için birçok unsura ihtiyaç vardır. Verimli bir diyabet sağlık yönetim programının verilebilmesi için gereken esas maddeler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- 1- İşbirliği içinde olan bir sağlık takımının oluşturulması
- 2- Değerlendirmeleri içeren bir programın geliştirilmesi
- 3- Risk yönetim programlarının ortaya konulması
- 4- Doktor eğitim program ve işlemleri
- 5- Klinik rehberlerin ortaya konulması
- 6- Profesyonel çalışanlar ve ofis görevlileri için eğitim ve destek programlarının sunulması
- 7- Hastanın kendi başına hastalığı ile mücadele edebilmesi için gereken araç ve programlar
- 8- Bilgi yönetimi ve teknolojik destek
- 9- Kaynak kullanım metodunu oluşturmak

İşbirliği takımının oluşturulması diyabet sağlık yönetimi tesisinde anahtar bir unsurdur. Hasta bakımıyla ilgilenen takımların bütünleşmesini ilerletir ve destekler. Hastalık yönetimi kavramı parçalanmayı önleyen ve hastanın ihtiyaçlarını en üst düzeyde destekleyen bir bakımı oluşturan multidisipliner bir yöntem dayandır. Çalışma takımının görevi hastanın ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayacak çekirdek hastalık yönetimi programları hazırlamak ve bu programları geliştirme, hayata geçirme ve değerlendirme süreçleri konularında yol göstermektir. Çalışma takımı, işbirliği süreci içinde başarılı bir diyabet hastalık yönetimi programı için gerekli olan tüm basamakların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinden sorumludur.

Sonuç

Tip 2 Diyabetin bugün için geleneksel tıbbi yaklaşımlar ile önlenmesi mümkün gö-



Hastalık yönetimi kavramı parçalanmayı önleyen ve hastanın ihtiyaçlarını en üst düzeyde destekleyen bir bakımı oluşturan multidisipliner bir yöntem dayandır. Çalışma takımının görevi hastanın ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayacak çekirdek hastalık yönetimi programları hazırlamak ve bu programları geliştirme, hayata geçirme ve değerlendirme süreçleri konularında yol göstermektir.

zükmemektedir. Diyabet pratik hayatta ve bütçe olarak çok büyük değişkenlik gösteren, okul ve çalışma günü kaybına neden olan, yönetimi sırasında önemli zorluklarla karşılaşılacak bir hastalıktır. Belirli amaç ve müdahalelere odaklanmış bir sağlık yönetim programı ile bu hastalığın seyri olumlu yönde değiştirilebilir. Bu yüzden özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik ve sosyokültürel iyileştirmeleri de içeren büyük ve köklü değişikliklere gerek vardır.

Kaynaklar

1-Rosenzweig JL. Diabetes and the healthcare system: Economic and social costs Joslin's Diabetes Mellitus.Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. Fourteenth edition. Lippincott Williams&Wilkins. 2005;46:777.

2-WHO chronic disease report 2005.

3- Diabetes control and complications Trial research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J med 1994;329: 977-986.

Bir Osmanlı münevverinin tıp ve hekimlere yönelik değerlendirmeleri

Bilal Kemikli



Sivas'ta doğdu. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. 1998 yılında "Doktor" unvanını aldı. 2002 yılında doçent oldu. AÜ, YYÜ ve SDÜ'de görev yaptı. Halen UÜ İlahiyat Fakültesi'nde akademik çalışmalarını sürdüren Kemikli'nin, Sun'ullâh-ı Gaybî: Hayâtı-Eserleri-Şiirleri (Akçağ Yay., Ankara, 2000), Sun'ullâh-ı Gaybî Divânı: İnceleme Metin (M. E. B. Yay., İstanbul, 2000), Oğlanlar Şeyhi İbrahim-Müfid ü Muhtasar (Kitabevi Yay., İstanbul, 2003), Şâir Şeyhülislâm Arif Hikmet Beyefendi: Hayâtı-Eserleri-Şiirleri (M. E. B. Yay., Ankara, 2003) ve Dost İliinden Gelen Ses, Tasavvuf Edebiyatı Araştırmaları (Kitabevi Yay., İstanbul, 2004) isimli kitapları ile Türk Tasavvuf Edebiyatı ve Türk-İslâm Medeniyeti alanında yayınlanmış çeşitli makaleleri ve tebliğleri bulunmaktadır.

Merhum Prof. Dr. Ali Haydar Bayat'ın aziz hatırasına....

Dîvân şâiri, insânı doğru-
dan doğruya etkileyen
sağlık sorununa karşı il-
gisiz kalmamıştır. Bun-
da onun, hayatının belir-
li bir döneminde hastalı-
ğı bizzat tecrübe etmesi
ve sağlıklı ilgili yaşadığı bu tecrübeden ya-
ralanmasının etkisi olabilir. Her ne kadar
bu şiir, şâirin *beninden* çok öte mutlak bir
sübjektif evrene sahip olsa da içinde yaşa-
nılan hâl sanat eserinde kendisine yer bu-
lacaktır. Burada divan şairinin sağlık konu-
sunu şiirinde nasıl ele aldığı meselesi tartı-
şılmayacaktır². Ancak bu şiir geleneği içe-
risinden önemli bir yere sahip olan Nâ-
bî'nin tıp ilmine ve hekime yüklediği anlam
kısaca değerlendirilecektir.

Divan şiiri geleneği içerisinde başlı başına
bir ekol olan hikemî tarzın en önemli tem-
silcisi Nâbî (1642-1712), ünlü mesnevîsi
*Hayriyye*³'de tıp ilmine ve hekimlere ilişkin
bazı değerlendirmeler yapmaktadır. oğlu
Ebu'l-Hayr Mehmet Çelebi'ye bireysel de-
neyimleri ve gözlemleriyle ulaştığı hayata
ilişkin tecrübî bilgileri öğretmeyi ve ahlâkî il-
kelere ilişkin öğütler vermeyi amaçlamak-
tadır. Bu eserinde şâir, oğlunun "*var ile yo-
kun aracı*" (NH 294) ve "*Allah'ın sofrası*"
(NH 295) olan ilmi öğrenmesini tenbih
ederken ilimlere ilişkin bir kısım değeren-
dirmeler de yapmaktadır. Bu değeren-
dirmelerinde, ilmî bir çevreden gelen ve ken-

disi de ilmî açıdan donanımlı olan şâir, oğ-
luna ve onun nezdinde yaşadığı dönem-
deki genç kuşağa, ilme ilişkin bir bakış açı-
sı sunarak çeşitli vesilelerle dinî ve aklî ilim-
lere dâir kısa bilgiler vererek hangi ilmin
daha mühim olduğu hususunda rehberlik
etmektedir⁴. Bununla birlikte otuz beş bö-
lümünden meydana gelen eserinde, öğrenil-
mesi tavsiye edilen ilimlerden sadece ta-
bâbet "*Mebhas-ı Lâzime-i Hikmet ü Tıp*"
konu başlığı ile başlı başına bir fasılda ele
almaktadır. Bu durum onun tabâbeti
önemsemesinin yanında, eserin yazıldığı
dönem ve toplumda tıp ilmine yüklenen
değeri ortaya koymak bakımından da
önemlidir.

Burada öncelikle tıp bilimine yüklenen an-
lamı tahlil etmek gerekir. Nâbî'nin nazarın-
da tıp, sadece sağlığı koruyan (hıfzu's-sıh-
ha) ve hastalıkları tedavi eden bir bilim de-
ğildir. Tıp her şeyden önce hikmet kavra-
mıyla birlikte anılmaktadır. Hikmet, etimolo-
jik olarak, kötülüğün engellenmesi ve iyili-
ğin elde edilmesi anlamlarına gelir. Se-
mantik düzlemde pek çok tanımı olmakla
birlikte en çok üzerinde durulan tanımıyla
hikmet, sözde (teori) ve davranışta (pratik)
tam ve eksiksiz isabettir⁵. Teorisi ve pratiği
ile eksiksiz bir ilim olmak durumunda olan
tıp ilmi ile hikmet arasında bir ilişki kurul-
muştur. Bu genel kabul dolayısıyladır ki, şi-
irlerde daha çok *tabîb* şeklinde kullanılan
doktor kelimesi yerinde günümüzde bile

hakîm demektedir. Günümüzde galatı
meşhûr olarak hekim şeklinde kullanılı-
makta olan hakîm, kelime olarak işleri ge-
reği gibi sağlam ve kusursuz yapan anla-
mina gelmektedir. Bu bakımdan insan
sağlığını korumayı iş edinen doktorun, ön-
celikle hakîm olması gerekir. Mamafih şâir
konu başlığını *Mebhas-ı Lâzime-i Hikmet
ü Tıp (Tıp ve Hikmet'in Gerekliliği Bahsi)*
şeklinde vererek tıp kavramıyla hikmet ara-
sındaki aynılığa veya yakınlığa işaret et-
mektedir.

Şaire göre öğrenilmesi mutlak zorunlu
(farz) iki ilim vardır; biri din ilimleri, ötekisi
tıptır. Din ilimlerinin öğrenilmesinin farziyeti
hususunda her hangi bir tartışma bulun-
mamaktadır. Ancak bedenler (ilm-i eb-
dân)⁶ olarak nitelendirdiği tıp biliminin öğ-
renilmesinin zorunluluğu, dinî emir ve tek-
liflerin yerine getirilmesi için gerekli olan
sağlıklı beden ve ruh halinin tahakkukuna
matuftur. Diğer bir ifade ile tıp ilmi iki temel
görevi dolayısıyla öğrenilmesi zorunludur:
Bu görevlerin ilki bu ilmin insan sağlığını
korumayı ve hasta bedenleri tedavi ede-
rek sağlığına kavuşturmayı amaçlamasıdır;
ikincisi ise, muhterem bir varlık olan insanı
bedenî ve ruhî yapısı itibarıyla inceleyerek
anlamlandırmasıdır. Bu bakımdan insanı
konu edinen tıp, "akvâ-yı mühimmât-ı fû-
nûn", yani ilimlerin en önemlisidir (NH
1549). Bu zorunlu bilgiyi tahsil eden kim-
selere *hakîm* denilir. Hakîmin bulunmadığı





bir beldede yaşamak, şairimize göre, caiz değildir (NH 1550). Burada ısrarla yaşamak, insanın kendi nefisini telef etmekten öte bir anlam taşımaz (NH 1551).

Tıp ilminin öğrenilmesine dinî literatürün en kuvvetli kavramlarından biri olan farz kavramıyla açıklık getiren şair, bu ilmin kaynağını da ontolojik olarak kutsalla ilişkilendirmektedir. Bu husus kendisi de bir hekim olan şair Nidâî ()'de hem varlığı itibariyle (ontolojik) hem de bizzat bir vahiy gibi sağlığı ilişkin temel öğretilerin bizatihi Tanrı tarafından va'zedildiği şeklinde açıkça ifadelendirilmektedir (). Demek ki geleneksel tıbbî öğreti, hem temel umdeleri hem de tedavi usul ve erkânı itibariyle kutsalla ilişkilidir. Mamafih Nâbî, Tanrı'nın şifaya sebep olan ilaç için gerekli maddî ve bitkisel hammaddeyi yarattığını (natûra medikatrix) ifade ederek (NH 1552), Tanrı lütfu olan bu maddeleri değerlendirerek insanlara şifa sunan tabîbî *hâzık* (usta) olarak nitelendirir (NH 1553). Günümüz ifadesiyle uzman doktor yerinde kullanılan tabîb-i hâzık, her şeyden önce yaptığı işle kutsal isimlerden olan eş-Şâfi'nin tecellisine mazhâr olmuş kişidir.

Tabîb-i hâzık, sadece yaptığı işe ilişkin eğitim alan hakîm değildir. O tababetin yanında pek çok ilimden ve sanattan da nasip lenmek durumundadır (NH 1554). Peki hâzık olmak için gerekli olan ilimler ve sanatlar hangileridir? Nâbî bu soruyu cevaplandırırken, aynı zamanda hâzık hakîmin temel özelliklerini de ortaya koymaktadır. Ona göre hâzık doktorun öğrenmesi gereken ilimler şunlardır: hikmet (felsefe-tasavvuf), hey'et (astronomi), nahv (gramer), sarf (dilbilim) ve Arapça. Bunları bilmenin yanında, kendi alanıyla alakalı olarak hem işinin teorisini bilmeli ve hem de pratiği güçlü olmalıdır. Bilhassa sinir sistemine ilişkin yetkin bir bilgiye sahip olması gerekir. Disiplinler arası teorik bilgilenmenin yanında kuvvetli bir pratiğe sahip olan hakîm, sadece bu özellikleri ile hâzık olarak nitelendirilemez. Bunların dışında nabız muayenesiyle hastalığı anlaya bilecek bir melekeye sahip olması, bütün ilaçların ve köklerine bir farmakolog hassasiyeti ile müdrîk olmalı, insan vü-

cûdunun fizyolojisine ve anatomisine vâkîf olmalı ve böylece tedavi uygulamalıdır.

Evvelâ hikmet ü hey'et lâzım
Nahv ü sarf u 'Arabîyyet lâzım
Hem mücerrih ola hem ehl-i kitâb
Ola dânâ-yı havâss-ı a'sâb
Nabzdan eyleye teşhîs-i 'araz
Ola sebbâbesi câsûs-ı maraz
Tab'-ı eczâ-yı 'akâkiri bile
Kişver-i cismde tedbîri bile
 (NH 1555-1558)

Tıp ilmi, öğrenilmesi farz olan bir ilimdir. Ancak bu ilim, diğer ilimlerle takviye edilip tecrübe ile takviye edildiğinde gerçek anlamda tahsil edilmiş olacaktır. Hâzık doktorun iki temel özelliği şudur; tedbirilik ve araştırmacılık. Nitekim tıp ilmi statik bir ilim değil, gelişeci ve yeniliklere açık bir ilimdir. Bu yüzdendir ki, aynı hastalığa sahip her hasta için verilen istatistiki temelleri olan bir çeşit tedavi şekli olsa bile, hâzık hekim her hastasını yeni bir vak'a ile karşı karşıyaymış gibi tetkik ve tahlil ederek ona göre tedavi uygulamak durumundadır. Bunun içindir ki o, bilgisizlikle yeni hastalıklara davetiye çıkartmamak için ilaç vererek tedavi ederken çok daha dikkatli olur (NH 1559). Bununla birlikte kânuna⁷ uygun tedavi uygulamalarında bulunmalı, hastayı denek olarak kullanmamalıdır. Böyle yarsa, yani hastaya usulsüz tedavi uygulayıp henüz ilmen olgunlaşmamış kendi tedavi tecrübelerini hastanın üzerinde kullanması halinde, cehaletin kan saçan neşteri olmuş ve kutsal bir lütf olan insan yaşamını kedere boğmuş olur. İşte bu yaklaşım, geleneksel tababetin, günümüzde modern tıp konteksi içerisinde tartışıla gelen tıbbî etik sorununa önemli bir cevap niteliğindedir.

İde kânun ile tedbîr-i devâ
İtmeye tecribeye halkı fidâ
İtmeye nişter-i cehli hun-rîz
Olmaya râh-zen-i 'ömr-i 'azîz
 (NH 1561-1562)

Nâbî hâzık olarak nitelendirdiği iyi tabibi anlatırken, kendisini geliştiremeyen ve bilinenleri tekrardan öteye geçemeyen *müte-tabbîbî* de tavsif eder. Bu üslup onun, geleneksel form içerisinde tanımın kuvvetlendirilmesine (hadd-ı tâm) imkân sağlayan "*her şey zıddıyla kâimdir*" ilkesinden yararlandığını gösterir. Esasen kötü olanı tavsif, iyinin daha belirgin bir şekilde ortaya çık-

masını sağlayacaktır. Nitekim şairin müte-tabbîb kavramıyla tavsif ettiği işinin ehli olmayan doktor tipide toplum içerisinde görülen bir gerçektir. Mütetabbîb, aslında tabibliğe bihakkın vâkîf olmamakla birlikte tecrübesiz ve yeterli eğitim almamış hakimliğe hevesli kişidir (NH 1564). Bu kişi kendisin doktor sanmaktadır; ancak, hakîkatte ise, amansız bir hasta ve bir gariptir (NH 1565-1566). Bunlar tıpla ilgili bir şey bilmektedirler; ama o bir şeydir. Şairin ifadesiyle, tıp ilmine dair bir harf öğrenmiş olmakla birlikte kendisini Platon seviyesinde otoriter görmektedir.

Bir niçe harf-i tababet kapmış

Kendüyi nakd-ı Felâtun yapmış (NH 1567)

Nâbî'nin hiciv ve tehzîl oklarını yönelttiği mütetabbîb bir zihniyetin bariz bir göstergesidir. Bu zihniyet, "ben oldum" zihniyetidir. Nitekim şair bu gibi kişilerin narsist yönlerin vurgu yaparak, bunların Sokrat'ı nazarı dikkate almadıklarına ve Hipokratın da ancak kendilerine çırak olabileceğini düşündüklerini ileri sürmektedir (NH 1568). Baştan aşağıya cehalet timsali olmakla birlikte, bilgece tavırlar takınarak ve tababete ait kavramları yalan yanlış kullanarak sosyete arz-ı endâm ederler (NH 1569-1573). Bu türden insanların yegane amacı akçe kazanmak ve şöhrete ulaşmaktır; hakimlik bu amacın tahakkuku için sadece bir vasıtanın ibaretidir (NH 1575). Fikr-i sâbit olduğu için işi ehlienden öğrenerek kendisini geliştiremez. Bu yüzden de hastalara şifa vesilesi olacağı yerde, yanlış tedavi yöntemleri dolayısıyla onları öldürür (NH 1576-1586).

Nâbî, dönemindeki hekimlerin ekserisinin mütetabbîb olduğunu ileri sürmektedir⁸. Bu eleştirel nitelendirmeleri, şairin yaşadığı dönemdeki tıbbın teorik ve pratik yönleri ve gündemdeki sorunları konteksinde mütalaa edilmesi mümkündür. Konuya bu açıdan bakıldığında, ilmiyedeki çözülmeye paralel olarak, tababette de ehil olmayan kimselerin iş başında olduklarına dikkatlerimizi çekmektedir. Şu halde XVII, yüzyıl tıbbının en temel sorunu tıbbî eğitimidir. Nitekim geleneksel tıbbın temel kaynaklarından olan klasik tıbbî birikimden yararlanılmadığı (NH 1567-8), tıp dilinin mühim derecede değişikliğe uğradığını (NH 1569-70) ve bütün bunlara bağlı olarak da hakim zihniyetinde para ve şöhret lehinde bir



Nâbî'nin nazarında tıp, sadece sağlığı koruyan (hıfzu's-sıhha) ve hastalıkları tedavi eden bir bilim değildir. Tıp her şeyden önce hikmet kavramıyla birlikte anılmaktadır. Hikmet, etimolojik olarak, kötülüğün engellenmesi ve iyiliğin elde edilmesi anlamlarına gelir. Semantik düzlemde pek çok tanımı olmakla birlikte en çok üzerinde durulan tanımıyla hikmet, sözde (teori) ve davranışta (pratik) tam ve eksiksiz isabettir.

çözülmenin olduğuna işaret etmektedir (NH 1575). Bu dönemdeki zihniyet çözülmesini doktor hasta ilişkileri ekseninde tahlil eden şair, oğluna mümkün olduğu kadar bu mütetabbiblerden kaçınmasını ve bedenini onlar için deneme tahtası yapmamasını salık verir (NH 1588). Eğer mutlaka bir hekime gitmesi gerekirse, onların içerisinde en ehveni şer olanına müracaat etmesini önermektedir. Ama öncelikle tıbbı nebevîden de yararlanarak sağlığını koruyucu tedbirler geliştirmesini, mümkün olduğu kadar perhiz yapmayı, nisan ayında kan aldırmasını ve sıcak şerbet içmesini tavsiye eder (NH 1589-1599). Şaire göre esas olan sağlığın korunmasıdır; onu yitirdikten sonra geri kazanmak güçtür. Bölümü Tanrı'nın oğluna esenlik lütfetmesi niyâzı ile tamamlayan şair, dönemi içerisinde tıbbın sosyo-kültürel durumuna ve tababetin değişen paradigmasına ilişkin önemli bir malzeme sunmaktadır⁹.

Nihayet, tıp ilminin önemine atıfta bulunarak, bu ilimde derinleşerek tabîb-i hâzık olmanın ehemmiyetine değinen şair, döneminde bu sıfatı haiz bir hekim bulunmadığına da işaret eder. Bu sebepten oğlu Ebu'l-Hayr Mehmet Çelebi'ye bilhassa sağlığını korumaya özen göstermesini tavsiye eder. Sonra da çocuğu için şu duayı yapar: Hak, sana sağlıklı uzun bir ömür versin ve seni doktorlara muhtaç etmesin!

Hak seni itmeye muhtâc-ı hakîm

Tûh- 'ömr ile vire tab'-ı selîm (NH 1600)

* Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi.

1 Hikmet kelimesinin farklı anlamları için ayrıntılı olarak bkz: İlhan Kutluer, M. Sait Özervarlı, Ferhat Koca, Mustafa Kara, "Hikmet", *DİA*, XVII, İstanbul, 1998, 503-519,

2 Esasen bu makale, daha evvel yayınlanan "Divan Şiirinde Sağlık", *Osmanlılarda Sağlık- I* (Ed. Dr. Coşkun Yılmaz-Dr. Necdet Yılmaz, İstanbul, 2006, 299-319) adlı makaleden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Osmanlı şairinin tababete yaklaşımına dair geniş okuma yapmak isteyenler söz konusu makaleye ve oradaki referanslara müracaat edebilirler.

3 Bu çalışmada Mahmut Kaplan'ın hazırladığı *Hayriyye-i Nâbî (İnceleme-metin)* (Ankara, 1995) isimli eser incelemeye esas alınmıştır; NH, eserin kodu verilen rakam ise beyit numarasını işaret etmektedir.

4 Şâir, "*Matlab-ı Dâniş-i Envâ-ı Ulûm*" başlığında ilim ve ilim çeşitlerine ilişkin değerlendirmeler yapmaktadır. Bu bölüm döneminin ilim anlayışını vermesi bakımından da önemlidir. bkz. NH 284-326.

5 Hikmet kelimesinin farklı anlamları için ayrıntılı olarak bkz: İlhan Kutluer, M. Sait Özervarlı, Ferhat Koca, Mustafa Kara, "Hikmet", *DİA*, XVII, İstanbul, 1998, 503-519,

6 Esasen bedenlerin ilmi (ilm-i ebdân), günümüzde tıp biliminin içerisinde mütalaa edilen anatomidir. Şair de bu kelimeyi özelde anatomi, genelde tıp için kullanmaktadır.

7 Buradaki kanun hukûkî ilkeler olarak okunabildiği gibi, İbni Sina'nın kitabı *Kânûn*

olarak da mütalaa edilebilir. Her halükarda doktor, kanunlara uygun tedavi vermenin yanında, o dönemin temel tıp kaynağı olan *Kânûn*'daki ilkeleri gözardı etmemelidir.

8 Bu konuda farklı bir okuma için bkz: Selim Kadioğlu, "Nâbî'nin Hayriyyesinin Mebhas-ı Lâzime-i Hikmet ü Tıp Bölümü: Şair Gözüyle 17. Yüzyıl Osmanlı Tıbbına Eleştirel Bir Bakış", *Osmanlı Dünyasında Bilim ve Eğitim Milletlerarası Kongresi*, (İstanbul 12-15 Nisan 1999), Tebliğler, TTK-IRCI-CA-TUBİTAK, İstanbul, 1999, 417-435.

9 Kadioğlu, agm, 434.

Bir hekim bestekar: Dr. Suphi Zühüdü Ezgi

Dr. Murat Salim Tokaç



1969'da Kırıkkale'de doğdu. 1992'de Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr.Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve neye başlatıldı. 11 yaşındayken Selçuk İpahoğlu'ndan kısa bir süre tanbur dersleri aldı. Ud sanatkânı, bestekâr Cinuçen Tanrıkorur'dan Türk Müziği ile ilgili her konuda feyz aldı. 1991 yılında Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korusu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı. 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 1998'de Samsun ilinde KASİAD (Karadeniz Sanayici ve İşadamları Derneği) öncülüğünde yapılan değerlendirmede yılın "Müzik Adamı" seçildi ve ödül aldı. Hâlen Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korusu'nda Koro Şefi olarak görevini sürdürmektedir.

Tıp fakültesinden her şey çıkar, ara sıra da doktor yetişir" denir. Bir doktor olarak söylemem gerekirse bu söz önemli ölçüde doğrudur. En azından musiki hayatımıza hekimlerin, şimdi "doktor" diyoruz, katkısını dikkate aldığımızda bu sözün hiç de yabana atılır bir yönü olmadığını görüyoruz. Türk musiki tarihinde önemli yeri olan bestekar hekimlerimizden birisi de Dr. Suphi Zühüdü Ezgi'dir.

Doktor Suphi Zühüdü Ezgi, 1869 yılında Üsküdar'ın Açıktürbe semtinde bulunan dedesinin evinde doğdu. Posta-Telgraf Nezareti Muhasebe Kalemi Mümeyyizlerinden İsmail Zühüdü Bey ile Mevlevilik tarikatına mensup İmrahor imamı Kâmil Efendi'nin kızı Emine Hanım'ın oğludur.

Tıbbiye-i şahane yolunda

Beş yaşında ilkokula başladı. Orta öğrenimini tamamladıktan sonra tıp fakültesine, o zamanki adı ile "Tıbbiye-i Şâhâne"ye girdi. Buradan 1892 yılında tabip yüzbaşı olarak mezun oldu. O tarihlerde bir Osmanlı İmparatorluğu vilâyeti olan Libya'nın Bingazi şehrine tabur tabibi olarak tayin edildi.Yirmi bir yıl burada görev yaptıktan sonra,10 Ekim 1911 tarihinde İtalyanların istilasından sonra İstanbul'a döndü. Albaylığa terfi ederek Beykoz Servi-

burnu Hastanesi'nde baştabipliğe getirildi.Uzun yıllar burada çalıştı.

Kurtuluş Savaşı başladıktan sonra Anadolu'ya geçti ve Ankara'ya giderek "Merkez Hastanesi" baştabibi oldu. Savaşın bitiminden sonra bazı nedenlerden dolayı istifa ederek bu görevinden ayrıldı. H. Sadeddin Arel'in İzmir'de bulunduğu 1923 yıllarında onun daveti üzerine İzmir "Hilâli Ahmer" (Kızılay) doktorluğuna tayin oldu ve aynı yıl içinde kendi isteği ile elli dört yaşında emekliye ayrıldı.Bundan sonra İstanbul'a yerleşerek kendisini tamamen mûsikî çalışmalarına verdi. Muhiiddin Üstündağ'ın İstanbul valisi bulunduğu sıralarda (1932), Belediye Konservatuarı "Tasnif Heyeti"'ne girdi. Burada Raûf Yek-tâ Bey, Ali Rifat Çağatay, Ahmed Irsoy, Mesud Cemil ile uzun yıllar çalıştı. Bu çalışmalar konservatuar için en verimli yıllar olmuştur. Sağlığının bozulması, özellikle gözlerinin iyi görmemesi gibi nedenlerle 1947 yılında bu görevinden de ayrıldı. Bu tarihten sonra Beykoz'daki evinde inzivaya çekilmiş, sadece öğrencileri ile görüşmüştür.

Eşi Semiha Hanım daha önce öldüğü için yalnız yaşamaktaydı. Nihayet bir gece evine giren hırsızın saldırısına uğradı; bir hayli hırpalanmış olarak komşuları tarafından hastaneye kaldırıldı. Yapılan bütün müdahalelere rağmen 12 Nisan 1962'de öldü.

Şişli Camii'nde kılınan cenaze namazından sonra Zincirlikuyu Mezarlığı'nda, arkadaşı H. Sadeddin Arel'in mezarının yakınına defnedildi. İki erkek bir kız çocuğu vardı. Kızı yirmi bir yaşında veremden ölmüş, bu ölüm Ezgi'yi çok etkilemişti. Fransızca, Arapça, Farsça bilirdi. Ufak tefek bir yapıda olan Ezgi, ağarmış olan sakalina kına koyduğu için, Beykoz'da "Kınlı Doktor" adı ile tanınırdı.

Mûsikî öğrenimi

Daha beş yaşında ilkokul öğrencisi iken sesinin güzelliği dikkatleri çekmiş, "İlahci-başı" olmuştur. Babası İsmail Zühüdü Bey iyi bir hanende olduğu kadar keman ve kânun da çalardı. Evlerinde haftada bir gün mûsikî toplantıları yapılır, bu toplantılara Medenî Aziz Efendi, Kanunî Hacı Arif Bey, Vefalı Kemanî Tahsin gibi çağının ünlü sanatkârları katılırdı. Böylece Türk Mûsikî'si'ni yakından tanıma fırsatını bulan Ezgi,on bir yaşında iken Tahsin Bey'den Keman ve usûl dersleri almaya, bir yıl sonra kemanı ile bu fasillara katılmaya başlamıştı. Kanunî Hacı Arif Bey'den batı notası öğrenerek pek çok saz ve söz eserleri meşk etti. O zamanki okulların çoğu yatılı olduğundan, izinli olduğu günler Lâleli'de oturan Medenî Aziz Efendi'nin evine gider ve ders alırdı. Böylece bu sağlam kaynaktan otuz beş kadar fasıl elde etti.O dönemin en ünlü mûsikîşinaslarından yararlanmanın yollarını ara-

arak hemen hemen hepsinden faydalandı.

Bahariye Mevlevihânesi şeyhi Hüseyin Fahreddin Dede'den Ney, nazariyat, repertuar, nadide eserler öğrendi. Raûf Yektâ Bey'den "İşaretli Hamparsum" notasını öğrendikten sonra bu notanın "Dilsiz Hamparsum Notası" denen işaretsiz şeklini çözdü.

Zekâî Dede'den ders alması 1886 yıllarına rastlar. Onun öğrencileri arasına girmesi Üsküdarlı Ahmed Efendi'nin aracılığı ile oldu; ilk eser olarak Acem-Aşîran makamındaki Beste'yi geçti. Daha sonra Şah Sultan Tekke'sinin mahfelinde şeyhin oğlu Burhannedin Efendi, damadı Avni Bey, Ortakçılar Ahmed Efendi, Kemeçeci Dr. Arif Ata, Hâfiz Aziz Efendi ile birlikte uzun süre ders almaya devam etti. Sonraları bu derslere Ahmed Avni Konuk, Kanunî Hacı Arif Bey, hanende Kaşyank Hüsameddin Bey ile Raûf Yektâ Bey de katılmıştır. On yedi yaşında iken başlayan bu derslerle Zekâî Dede'den otuz beş fasıl öğrendi. Klâsik Tanbur icrasının o zamanki ustası Kozyatağı

Rifai tekkesi şeyhi Neyzen ve Tanburî Abdülhalim Efendi idi. Zekâî Dede'nin tavsiye ve aracılığı ile büyük ustanın öğrencileri arasına girdi. Sürekli bir şekilde şeyhin evine giderek tanbur ve sînekemanı çalmasını öğrendi. Bu dersler üç buçuk yıl sürmüştür.

Müzikoloji çalışmaları:

Suphi Ezgi, sayılı müzikologlarımızdan biridir. Raûf yekta Bey'in başlatmış olduğu bilimsel araştırmalara, 1913 yılında H. Sadeddin Arel ile birlikte katıldı. Bu konuya eğilmesi Arel'i tanıdıktan sonra olmuştur. Böylece eski "Edvâr" kitapları ve yazma eserler teker teker incelenerek elden geçirildi. Bu çalışmalara Ordinaryüs Prof. Salih Murad Uzdilek'in katılması ile, musikimizin ses fiziği (Akustik) bölümü de bir düzene sokulmuş oldu. İlgili bölümlerde de değindiğimiz gibi, musikimiz için çok önemli bir yere sahip olan "AREL-EZGİ-UZDİLEK" sistemi doğmuş oldu.

Klâsik eserlerimizi Medenî Aziz Efendi ile Zekâî Dede gibi iki güvenilir kaynaktan öğrenen Suphi Ezgi, bu gibi eserlerin notaya alınmasında en büyük etkenlerden biri oldu. Bunun için çalışmalarında ikinci aşama olarak Sadeddin Arel ile birlikte, çeşitli kaynaklardan toplanmış olan pek çok saz ve söz eserinde restorasyon çalışmalarına başladı. Asılları saklanan bin-

lerce eser gözden geçirildi ve aslına ırca edilmiş oldu. Ayrıca o sıralarda hayatta bulunan eski ustalar, tanınmış hanendeler, zâkirbaşları, âyinhanlar aranarak bunların hafızalarındaki eserler notaya alındı. Bu suretle toplanan büyük nota koleksiyonu, Arel'in ölümüne kadar onun kütüphanesinde saklandı; daha sonra Ezgi'ye geri verildi. Bunların arasında gerçek bir sabır mahsulü olan "NÂT-ı MEVLÂNÂ " ile Nâyî Osman Dede'nin "MİRACİYE"si sayılabilir. Besteli Mevlid'in bestesini kaydetmeğe çalışmışsa da tamamlayamamıştır. Ezgi'nin bir özelliği de eski büyük bestekârlarımızın üslûbunu şaşmaz bir şekilde tayin edebilmesi idi.

İcrakârlığı ve mûsikî hocalığı

Ney, Tanbur, Keman ve Sinekemanı çalan Ezgi, özellikle klâsik Tanbur icrasının son ustalarındandı. Bu tekniği Mesud Cemil'e de öğretmiştir. Asil bir üslûbla ve ölçülü bir sesle okuyan bir hanende olduğunu öğrencileri ve kendisini tanıyanlar belirtiyor. Bununla birlikte Ezgi'yi bir icrakâr olarak değil bir müzikolog olarak düşünmek ve değerlendirmek daha doğrudur. Uzun bir hayat çizgisi içinde tıpkı Arel gibi gerek bizzat yetiştirdiği

öğrencilerine, gerekse yaptığı yayınlar ve ünlü nazariyat kitabı ile bu sanata gönül verip öğrenmek isteyenlere hocalık etmiştir. Bugün o ayarda olmayan nazariyat kitapları, makaleler, verilen dersler hep bu kaynaktan beslenmektedir.

Eserleri :

- 1- Amelî ve Nazaî Türk Mûsikîsi: Uzun yıllarını vererek elde ettiği sonuçları Arel'in tavsiyesi ile yazmağa başladı. Eserin ilk cildi 1933 yılında kitap haline geldi. Aralıklı tarihlerde tamamlanan bu muazzam eser beş ciltten ibarettir. Bugüne kadar yeni basımı yapılmamıştır. Nazariyat ve eser muhtevası bakımından değerli bir koleksiyondur. Yine bu eserde eski mûsikîşinaslarımız hakkında kısa biyografik bilgiler verilmiştir.
- 2- Tanbur Metodu
- 3- Türk Mûsikîsi klâsikleri Temcid, Na't, Salât, Durak ve ilahiler kitabı.
- 4- Tanburî Mustafa Çavuş'un otuz altı eseri.
- 5- Tanburî Ali Efendi, Hacı Arif Bey ve Şevki Bey'in eserleri.
- 6- Solfej kitabı.
- 7- Bir ömür boyunca bestelediği yedi yüz eserinin ancak yüz altmış beşinin yayınlanmasını uygun bulmuştur. Eserlerinin tamamı Türkiyat



Ezgi'yi bir icrakâr olarak değil bir müzikolog olarak düşünmek ve değerlendirmek daha doğrudur. Uzun bir hayat çizgisi içinde tıpkı Arel gibi gerek bizzat yetiştirdiği öğrencilerine, gerekse yaptığı yayınlar ve ünlü nazariyat kitabı ile bu sanata gönül verip öğrenmek isteyenlere hocalık etmiştir. Bugün o ayarda olmayan nazariyat kitapları, makaleler, verilen dersler hep bu kaynaktan beslenmektedir.

Enstitüsü'ne devredilmiştir. Bu eserlerin başlıcaları: 13 Peşrev, 2 Durak, 43 Saz Semaisi, 10 Oyun Havası, 13 Beste, 4 Ağır Semai, 9 Yürük Semai, 3 Marş, 67 Şarkı, 1 Operetten (Lâle Devri) ibarettir. Operetinin ilk temsili Şehzadebaşı'ndaki Ferah tiyatrosunda yapılmıştır.

Musikimize özellikle müzikoloji alanında yapmış olduğu hizmetlerden dolayı bu değerli insanı saygıyla ve rahmetle anıyoruz.

Tıp uygulamalarında etik iletişim ve hasta hakları

Prof. Dr. Nil San



14 Nisan 1983'ten bu yana İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji Ana Bilim Dalı başkanı olarak görev yapmaktadır. 1985 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji Ana Bilim Dalı'nda Tıp Tarihi Müzesi kurdu. 1988'de de International British Association of Paediatric Surgeons'un 35.Uluslararası toplantısında International Society History of Paediatric Surgery Madalyası ile ödüllendirildi. 1999-2003 yıllarında Uluslararası Tıp Tarihi Kurumu Türkiye Delegesi; 1999- 2003 yıllarında Uluslararası Tıp Tarihi Kurumu Başkan Yardımcısı; 2000-2005 Nisan arasında Türk Tıp Tarihi Kurumu Başkanı; 2000 yılından bu yana Uluslararası İslam Tıp Tarihi Kurumu kurucu üyesi ve Başkan Yardımcısı. Türkiye'de ilk defa düzenlenen 38.Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Başkanı. 1983'ten bu yana "Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları" adlı süreli yayının editörü. Prof. Dr. Nil San evli ve 2 çocuk annesidir.

Uygulamada etiği, "bir- den çok eylem/hareket seçeneği arasında en doğrusunu belirleme çabasıdır" diye özetleyebiliriz. Etiğe uygun davranmak bir an durup düşünmeyi, içinde bulunulan durumu tartıp biçmeyi gerektirir. "En doğrusu bu mudur, en iyisini yaptım mı? Böyle yaparsam adil davranmış olur muyum, adil mi davrandım?" gibi sorularla kendisini sorgulayanlar etik düşünüyor demektir.

Bir hekim, yaptıklarını ve yapacaklarını düşünüp değerlendirmeye hiç vakti olmadıy-

sa, ya da böyle düşünme alışkanlığı yoksa, buna hemen başlamalıdır, çünkü iyi bir hekim olabilmek için bu şarttır. Hekim, hastası ile ilgili olarak bir ahlak sorunu ile karşı karşıya geldiğinde, aşağıdaki soruların yanıtlarını arama alışkanlığı edinmelidir:

Etik sorunun ne olduğunu doğru saptayabildim mi?

Tıbbi, teknik ve diğer olguları ahlak değerlerinden ve diğer değerlerden ayırt edebildim mi?

Ahlak sorununun çözümü için aldığım karar doğru mudur? Yaptığımı ve sonuçlarını savunabilir miyim?

Kime/kimlere karşı ahlak yükümlülüğü taşıdığımı biliyor muyum?

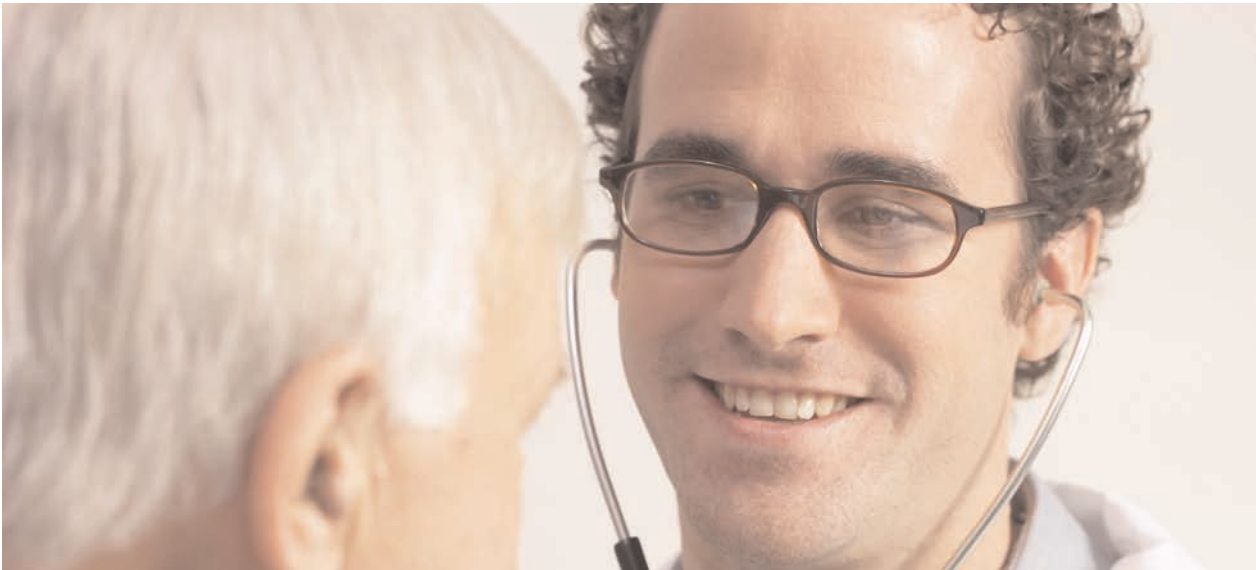
Etik sorunun çözümünde kimin/kimlerin karar vermesinin doğru olduğunu belirleyebildim mi?

Kararlaştırılan çözümün risk / külfet (maliyet, emek vb) / yarar oranını hesapladım mı? Beklenen sonuç yapılanlara değecek mi?

Hasta ile karşılıklı hak ve sorumluluklarımızı; ahlak ilke ve kurallarını gözettim mi?

Hastanın hakları

Hasta, hastalığı konusunda bilgisiz ve ken-





di kendini iyileştirme becerisinden yoksun olduğundan doktora muhtaç durumdadır. Doktora ihtiyacı olduğundandır ki hasta doktorun ilgisini hak eder. Bu nedenle doktorun hastaya gelebilecek zararı önleme, olan zararı giderme, hastanın sağlığına yararı artırma ve tercihlerine saygı gösterme sorumluluğu vardır. Tüm sağlık çalışanları, hastaya zarar vermeme, yarar sağlama, hasta özerkliğine saygı, adalet, sır ve mahremiyet gibi ahlak ilkelerini göz önünde bulundurarak hareket etmelidir.

Tıp bilgi ve becerisine sahip olan doktorun, hastanın karşısında güçlü durumda olduğundan, hastanın haklarını yerine getirme ve koruma ödevi de vardır. Hasta haklarının korunması sadece bir etik sorun değil, hastanın başarıyla tedavi edilebilmesi için gereklidir. Bu nedenledir ki, hekim merkezli tıp uygulamasından hasta merkezli tıp uygulamasına geçmek kaçınılmazdır. Doktor, hastayı yargılamadan onunla açık ve anlaşılır iletişim kuralmalıdır. Hasta haklarının amacı, hastanın en üstün yararının korunmasını sağlamak için, hastanın çaresizliği ve bilgisizliği karşısında yetkili ve güçlü durumda olan hekimi hastasına yapılacaklar konusunda tek başına karar verici olmaktan çıkarmaktır. Hastaya hizmet eden herkes bu amacı taşımalıdır. Hasta haklarının en büyük savunucuları da başta doktorlar olmak üzere, sağlık çalışanlarıdır ve de öyle olmalıdır. Hastaya hizmet veren herkesin davranışları hasta haklarını korur şekilde olmalıdır. Böyle bir tutum, hastaların ve yakınlarının sağlık çalışanlarına ve yaptıklarına duydukları güveni de artırır.

Unutulmamalıdır ki, hastaların da uyması gereken kurallar ve ödevleri vardır.

Ancak bu yazıda sadece bazı kamu hastanelerinin Hasta Hakları Birimlerine yapılan hasta şikâyetlerinden örneklerle beslediğim hasta haklarını ele alıyorum. Kendilerine ya da yakınlarına hizmet verenlerden şikâyetçi olan bu kişiler haklarının çiğnendiğine inanmaktadır. Şikâyetçi olmak haklı olmak anlamına gelmez. Ancak bu yazıda iki taraftan hangisinin haklı olduğu tartışmasına girmeden, hasta haklarının söz ve davranışlarla nasıl çiğnenebileceğini bize gösteren uç örnekler ile konuyu pekiştirmeyi amaç edindim. Okuyanlar görecektir ki sorunların temelinde, birbirini "karşı takımdanmış" gibi algılayan sağlık çalışanı ile hasta arasındaki etiğe uymayan iletişim so-

runu yatmaktadır. Bilmeliyiz ki, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları birbirleriyle sıkı işbirliği ve anlayış içinde aynı amaç için gayret eden tek bir takımın üyeleridir. Her iki tarafın da amacı sağlığı kavuşmasıdır ve hekimhasta işbirliği bunun için şarttır.

Diğer kamu hastanelerinde olduğu gibi, üniversite hastanelerinde de yoğun iş yükü, sağlık çalışanlarının görev ve yetki dağıtımında eşitsizlik, çalışma koşullarında düzensizlik, ortamda huzursuzluk olabilmektedir. Kamu sağlık kuruluşları, fiziki alt yapı eksiklikleri, personel yetersizliği, para kaynağı sorunları, bürokrasi çilesi, mevzuat engelleri, özlük haklarının yetersizliği gibi pek çok sorun ile de karşı karşıyadır. Ne var ki bunlar devletin sağlık siyasetine, olanaklara, yasa düzenlemelerine, idarelerin tutumlarına bağlıdır. Ancak etik iletişimsizlik, çözümü sadece ve sadece sağlık çalışanının elinde olan bir sorundur ve çözümü imkansız değildir. Böylece sağlık çalışanları ile hastaların ve yakınlarının çatışması önlenebilir, ya da çözümü kolaylaşır; aynı zamanda sağlık çalışanlarının ve kurumun onuru da korunmuş olur.

Kurumun doktoru hastasını seçebilir mi?

Bir sağlık kurumuna kabul edilen hastanın, tıbbi gerekçeler dışında, ayırım görmeden tıbbi hizmet alma hakkı vardır. Eğer bir ayırım yapılıyorsa, bunun nedeni hastaya ve yakınına açıklanmalıdır. Örneğin, acil tıbbi durumu nedeniyle bir hastaya öncelik tanınmış olabilir. Hastalar, hizmet alma süresi ve yeterince zaman ayırma gibi hususlarda eşit muamele görmek ister. Kadınerekek, tanıdıktanımдық, dindardinsiz, sorunlusorunsuz gibi ayrımlara tabi tutarak hasta kişilerin muayenesini ve tedavisini geciktirmek, engellemek doğru değildir.

Olgu I.

Hastanın şikâyeti: *"Tam teşekküllü bir hastaneye başvurdum. Gece 0.2'de muayene oldum ve doğum servisine yatırıldım. Sabah doktor muayene ederken, 'Neden bu hastaneye geldin, başka hastane mi yok? Sizin gibi sorunlu hastalarla ilgilenmem' dedi. İlk gebeliğimdi. Bu durumda hastaneden ayrılmak zorunda kaldım."*

Olgu II.

Hastanın şikâyeti: *"Bana ne zaman bakılacak? diye hizmetliye sordum. Hizmetli: 'Herkes'e tek tek hesap vermek zorunda*

Bir hekim, yaptıklarını ve yapacaklarını düşünüp değerlendirmeye hiç vakti olmadıysa, ya da böyle düşünme alışkanlığı yoksa, buna hemen başlamalıdır, çünkü iyi bir hekim olabilmek için bu şarttır.

değilim' dedi. Zaman zaman dışarıda sıra bekleyen hasta ve yakınlarını 'yan odaya' diye seslenerek belli doktorlara gönderiyordu. Bir anlam veremeyip sorduğumda, hizmetli: 'Ne o, beğenemedin mi? Bu odada asistan doktor var. Ben bile çocuğumu hastalandığında asistana gönderiyorum' dedi."

Doktorum kim?

Kendisinin, ya da çok sevdiği yakınının canını ve sırlarını daha önce tanımadığı bir doktora güvenerek emanet eden hasta ve hasta yakınlarının bu doktorun adını, uzmanlık alanını, tecrübeli olup olmadığını, yetkilerini öğrenmek istemeleri doğaldır. Hastanın, kendisine hizmet eden bütün görevlilerin kimlik ve unvanını bilme hakkı vardır. Her hangi bir ortamda yeni tanışmaların birbirlerine isimlerini, mesleklerini söylemeleri doğaldır. Ama, hastaların hayatlarını teslim edecekleri kişileri tanıması şarttır. Sağlık ekibinde yer alan doktorlardan hangisinin hangi hastanın bakımından sorumlu olduğunu hem görevliler, hem de hasta ve ailesi açıkça bilmelidir. Hastanın sorumluluğu bir başka doktora nakledileceği zaman, bunu hasta, ailesi ve hastaya hizmet eden, ya da edecek olan diğer sağlık görevlileri de öğrenmelidir. Yapılan bu değişiklik hastanın tıbbi kayıtlarında açıkça belgelenmelidir. Olgu I:

Hasta yakınının şikâyeti: *"Dayımın tansiyonunu ölçmeyip, kendiniz ölçün diyen doktordan ismini rica ettim, söylemedi. Tartışma üzerine top sakallı, beyaz önlüklü bir bey (doktormuş) geldi; başladı bağırma, '80 hasta var, hangi birine bakalım. Arkadaşım tansiyona kendiniz bakın demişse, doğrudur,' dedi."*

Doktorun ismini sordum, 'bildiğin yere şikâ-



Hasta haklarının amacı, hastanın en üstün yararının korunmasını sağlamak için, hastanın çaresizliği ve bilgisizliği karşısında yetkili ve güçlü durumda olan hekimi hastasına yapılacaklar konusunda tek başına karar verici olmaktan çıkarmaktır.

kâyet et,' dedi. Ben de daha ağzımı açmadım. Hastanede yapılması gereken tansiyon ölçmenin iki gün neden yapılmadığını amcama anlatamadım... Ertesi gün ben hasta yakınlarına ismi sorarken doktor koridorda yanımdan geçerken, 'Daha şikâyet etmedin mi?' dedi. Ben de, 'Şikâyet etmezsem şerefsizim,' dedim. Doktor da söylediklerimi tekrarladı."

Eğer bir sağlık çalışanı bir hastanın onu amirine şikâyet etmesinden rahatsız oluyorsa, o sağlık çalışanı hastaya karşı sorumluluk duygusu taşıyor demektir.

Olgu II:

Hastanın şikâyeti: *"Sekreter, adını almak istediğimde, böyle bir mecburiyeti olmadığını söyleyerek, defalarca istememe rağmen, adını vermedi."*

Hasta ile ilişkisi olan tüm görevliler adını ve görevini hastaya bildirmelidir.

Hasta hizmet aldığı tüm çalışanlar hakkında bilgi edinebilmelidir.

Hasta doktorunu değiştirebilir mi?

Hastaların çoğu belirli kamu sağlık kuruluşlarından hizmet almak mecburiyetindedir. Bu koşullar altında hastanın doktorunu ve sağlık kurumunu seçme hakkı, durumunu bir başka hekime danışma hakkı, hiç olmazsa kullanılabilirliği ölçüde, engellenmemelidir. Hastanın bir başka doktora danışma isteği doğal karşılanmalıdır. Hasta, hastalığının ve tedavisinin her aşamasında başka bir doktorun görüşünü alma hakkına sahiptir. Hasta, ilk gittiği doktora devam etmek zorunda olmadığı gibi, bir başka doktora danışıp, ilk doktora geri dönmesi de anlayışla karşılanmalıdır. Önemli olan

hastanın iyiliğidir.

Olgu I:

Hastanın şikâyeti: *"Gittğim doktor röntgene baktı, bir hafta sonra alçının çıkacağını söyledi. İkinci bir doktora bunun nedenini sordum. İkinci doktor bana 'Sana ben bakmadım, kim söylediye ona göster,' dedi."*

Olgu II:

İki yıl önce bel fıtığı ameliyatı olan hasta bel ağrısı şikâyetiyle hastaneye baş vurur. Hasta, muayeneyi yapan doktordan bir epikriz raporu ister.

Doktor, sert bir şekilde, *'Ameliyatı nerede olduysan oraya git'* der.

Hasta sorar: *"Hasta, doktor ve hastane seçimini kendi yapmakta özgür mü?"*

Hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı kesintisizdir. Hasta istediği ve tıbben de gerekli olduğu sürece ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alabilmeli, bilgilendirilme yapılmalıdır. Bir başka doktora veya kuruma nakli öngörüldüğünde de tedavi ve bilgilendirme sürdürülmelidir. Hiçbir hastanın tedavisi, bakımı ve bilgilendirilmesi yarıda bırakılamaz.

Hastanın kendisine ait tıbbi belgelere sahip olma hakkı

Hasta, tıbbi kayıtlarını inceleme, bunların örneğini elde etme ve tıbbi durumunu kaydeden yazılı bilgi alma hakkına sahiptir. Hastanın, hastalığıyla ilgili olarak o güne kadar elde edilmiş olan bilgileri, takip ve tedavi planını özet olarak doktorundan alma hakkının tıbbi nedenleri de vardır; çünkü başvuracağı bir sonraki sağlık kurumuna ve doktora bu bilgilerin iletilmesi gerekir. Fakat hasta hiçbir gerekçe göstermeden de dosyasının özet bilgilerini isteme hakkına sahiptir; çünkü bu bilgilerin ve belgelerin asıl sahibi hastanın kendisidir.

Olgu I:

Beyin cerrahisi hastaya bel fıtığı teşhisi koymuştur. Hastayı bir fizik tedavi uzmanına yollar. Doktor: *"Fizik tedavi gerekli, ameliyat istemez"* der.

Hasta: *"Bu dediklerinizi kâğıda döker misiniz?"* diye sorar.

Doktor, sinirli bir ses tonuyla: *"Ben yazmam. Doktoruna anlat. Onu tatmin edemezsen, ben tatmin ederim."*

Bu tutumu şikâyet eden hasta: *"Doktor böylece odasından çıkmamı sağladı,"* demektedir.

Hastanın istediği bir tedavinin tıbben gerekip gerekmediğini ve maliyetini değerlendirdikten sonra doktor hastayı sevk etmelidir. Unutulmamalıdır ki, doktor hastasını sevk ettiği doktora bilgi vermekle yükümlüdür, çünkü hastanın tıbbi tedavi ve kontrolünün devamlı olmasını bekleme hakkı da vardır. Eğer doktor sevk uygun görmediyse, bunu hasta ve yakınlarına nedenleriyle açıklamalıdır.

Hastanın sağlık kurumuyla tanışması

Hasta çoğu kere nereye gideceğini ve ne yapacağını bilmez durumdadır. Nerede muayene olacağı, tetkikleri ve işlemleri nerede yaptıracağı gibi konularda hastalar yönlendirilmelidir, çünkü verilen hizmetten nasıl yararlanacağını öğrenme hakkına sahiptir.

Sağlık kurumları hizmet ve imkânlarının sınırlarını hasta ve sahiplerine açıkça ve zamanında bildirmelidir. Yetersiz sağlık çalışanı, noksan, ya da bozuk araç gereçlerden ileri gelen zararlar kusurlu tıp uygulamasıdır. Bilgilenmeyen hasta, tedavinin gereğince yapılacağı beklentisiyle aldatılmış ve zarar görmüş olur. Hastanın, tercihlerini etkileyecek hastane siyasetleri; kurumda kalacağı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler hakkında bilgilendirme hakkı vardır. Hasta, araştırma ve eğitim çalışmalarına katılmama hakkına sahiptir ve istemedi diye tedavisi yarıda kesilemez. Hasta üzerinde araştırma rutin olarak uygulanamaz. Üniversite hastanelerinde tıp öğrencileri ve göreve yeni başlayan asistanlar ancak yetkili bir uzman doktorun gözetiminde ve denetimi altında hastaya girişimde bulunabilir.

Olgu I:

Çok yönlü tartışmaya neden olan ve değişik şekillerde basına yansıyan bir olayı, bu olayı yaşayan doktordan aktarmak isterim: *"10 yaşında bir çocuk bisikletten düşüp kolunu kırmış. Ailesi çocuğu hastanenin acil kapısına getirmişti. On aylık ortopedi asistanıydım ve refakat asistanı olarak cerrahi rotasyonu yapıyordum. Hastayı muayene ettikten sonra gördüğüm ve belirlediğim açık kırığın tedavisi için reçeteye antibiyotik, alçı, tetanos ve kangren serumları ile citanest, bulunamazsa yerine, parantez içinde, aritmal yazdım (içinde lidokain bu-*

lunan aritmalin yan etki riski citaneste göre daha çoktur). Brakial pleksusu uyuşturacak ve kolu alçıya alarak sabitleştirecektik. Ortopedi asistanları aksiller blokaj ile lokal anestezi yapardı ve bunun için anestezi asistanı çağrılmazdı. Refakat asistanı olarak aritmali yapmaya başladım. Bu sırada, biri dört yıllık, diğeri iki buçuk yıllık iki kıdemli ortopedi asistanı yanımda bulunuyor, işlemi tarif ediyor ve beni yönlendiriyordu. İlacın etkilemesini yirmi dakika süresince beklerken hastaları karşılamak için kapıya gittim. Kıdemli asistan geldi, 'çocuğa serum takalım, yoğun bakıma haber verelim' dedi. Hastada uykuya eğilim vardı. Yoğun bakım acilin hemen yanındaydı, haber verdik. Beş aylık bir anestezi asistanı geldi. Hastanın vital bulgusu vardı. Beş dakika sonra hasta konvülsiyon geçirdi. Ortopedi asistanı, 'entübe edelim' dedi; anestezi asistanı, 'gerek yok' diye yanıtladı ve bir ilaç verdi, ama hasta hipoksiye girdi; entübasyonu denedi, ama yapamadı. Ancak yirmi dakika sonra anestezi servis şefi geldi. Anestezi şefi entübe etti, ama arrest gelişti. On beş dakika suni solunum yapıldı. Beş dakika süresince hastanın ışığa refleksi vardı; sonra dilate oldu. Hasta yoğun bakıma alındı ve açıldı; ancak, dört gün sonra kaybedildi.

Konvülsiyon geçirenler için entübasyon ve oksijen gerekmektedir. Bu vakada kullanılan ilaç yanlış değildi, dozajı fazla değildi; lokal anestezi uygulanmış ve ilaç damara verilmemişti; yoğun bakım donanımı tamamdı. Buradaki sorun, acil servisinde uzman asistanların bulunmamasıydı. Hasta başındaki ortopedi asistanları ve ilk gelen anestezi asistanı henüz öğrenme safhasındaydı, yani yeterince bilgi ve deneyimleri yoktu. Acilde deneyimli doktor bulunmuyordu."

Hastanın merak ettikleri

Hastanın, sorduğu soruların yanıtlanması bekleme hakkına karşılık hekimin de hastasına yardımcı olma ödevi vardır. Hastasının sorularını dinleyen bir hekim hastasının beklentilerine uygun cevaplar verebilecektir ve hastayı memnun edecektir. Böylece hastanın hastalığına uyumu da daha kolay sağlanmış olur. Hasta, kendisine uygulanan tetkiklerin sonuçlarını; kendisine sunulan tıbbi işlemde başka seçeneklerinin olup olmadığını çok merak eder; dolayısıyla kendisine neyin niçin yapılacağını bilmeli, muayene ve tetkiklerden elde edilen bulguların sonuçlarını anlamalıdır. Verilen tedavinin şekli, süresi, olası bedeli, risk ve

komplikasyonları hastaya açıklanmalıdır. Hastanın, tanı ve tedavi seçeneklerini, bunların olası iyi ve kötü sonuçlarını ve olabileceği sıklığını öğrenme ve sağlık durumuyla ilgili en yeni tıbbi bilgileri alma hakkı vardır.

Hasta, anlayacağı bir dil ile, sosyal ve kültür özellikleri ve tepkileri göz önüne alınarak aydınlatılmalıdır. Eğer hasta, neyi, niçin, nasıl ve ne sürede yapması gerektiğini bilmezse tedavisi aksar, çünkü doğru uygulama yapamaz. Bu bakımdan hekim aynı zamanda bir eğitici'dir. Tedaviyi doğru ve tam uygulaması için hasta teşvik edilmelidir, çünkü sadece bilgi hastanın tedaviye güvenmesi için yetmez. Hastanın bilgi edinme hakkı ile tedavi olma ümidini, özgüvenini yitirmemesi arasında bir denge sağlanmalıdır. Büyük olasılıkla hastalığının seyrine ve tedavisine kötü etki yapacağı düşünüldüğünde ancak hasta bilgilendirilmeyebilir.

Sorunları hasta ile doktorun birlikte çözmesi ancak bilgilerin paylaşımıyla mümkündür. Unutmayalım ki, hastanın iyiliği doktorun başansı demektir.

Aşağıda verilen yaşanmış hasta şikâyetlerinin benzerleri etiğe uygun bir iletişimle büyük olasılıkla engellenecektir.

Olgu I.

Hasta şikâyeti: "Doktora sordum: Ben sizden ne zaman malumat alabilirim?"

Doktor bana açıklama yapmadı. 'Eğer bana tatmin edici bilgi vermezseniz Başhekim Beyle görüşmek zorunda kalırım,' dedim.

Doktor, 'Görüşün, sizinle fazla ilgilenmem, sırada 1012 insan var,' diye cevap verdi."

Olgu II.

Hasta şikâyeti: "Doktora sordum: Annem mide kanaması geçirdi, ilaçlarını kullanmasının midesine zararı dokunur mu?"

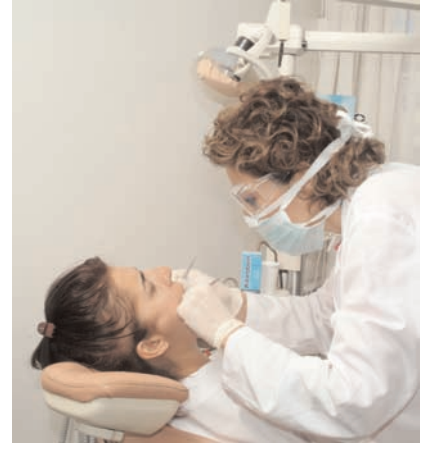
Doktor, 'Mide kanaması geçirirse dahiliyeci getiririz,' dedi."

Olgu III.

Hasta şikâyeti: "Doktora sordum: İlaçlarım tamam mı?"

Doktor, 'İlaçların yazılıp yazılmadığını eczaneden öğrenebilirsiniz,' diye cevap verdi."

Hastayla ilgisi olan tüm çalışanlar hastanın sorularını bilgileri dahilinde cevaplamak, onu bilgilendirmek ve yönlendirmek durumundadır. Hasta bilmiyor diye yargılana-



Tıp bilgi ve becerisine sahip olan doktorun, hastanın karşısında güçlü durumda olduğundan, hastanın haklarını yerine getirme ve koruma ödevi de vardır. Hasta haklarının korunması sadece bir etik sorun değil, hastanın başarıyla tedavi edilebilmesi için gereklidir.

maz ve kötü muamele edilemez:

Olgu IV.

Hasta: "Tahlil sonuçlarını ne zaman alacağım?"

Görevli: "Geri zekâlı mısın? Üç gün sonra alacağın yazıyor..."

Hasta: "Bana bu şekilde bağırıramazsın, benim paramla burada çalışıyorsun..."

Görevli: "Senin de, paranın da ..."

Hastanın, tıbbi girişimden önce önerilen işlemi kabul edip etmediğine dair karar verme, tıbbi girişimi kabul ya da reddetme hakkı vardır. Sağlık durumunun geleceği öncelikle hastanın kendisini ilgilendirir. Hekim için değerli olmayan bir sağlık durumu hasta için çok değerli olabilir:

Olgu V.

Emekli hasta ameliyat öncesinde doktora sorar:

"Ameliyat türü nedir? Bana zarar verir mi?"

Doktor: "Hayır, hiçbir zararı yoktur. En iyi yöntem budur."

Ameliyat sonrasında hasta şikâyetçidir:

"Penisimden meni gelmiyor."

Doktor: "Yaşlısın, çocuk mu yapacaksın? Bu tür ameliyatlardan sonra boşalma olayı sona erer, yapılacak hiçbir şey yok?"

Hasta: "Bana sormadan nasıl yapılıyor? Bana ağırlığımca para verseler kabul eder miydim? Veya, siz eder miydiniz??"

Yukardaki şikâyeti yapan hasta aldatıldığını düşünmektedir. Ameliyat sonrası yaşlı



Kamu sağlık kuruluşları, fiziki alt yapı eksiklikleri, personel yetersizliği, para kaynağı sorunları, bürokrasi çilesi, mevzuat engelleri, özlük haklarının yetersizliği gibi pek çok sorun ile de karşı karşıyadır.

hastanın işlev kaybı doktorun gözünde değersiz olsa da hasta için büyük önem taşımaktadır. Doktorun alanında uzman olması, onun hasta için en doğru kararı vereceği anlamını taşımaz. Hastanın neye değer verdiğini anlamak için olası riskleri ve komplikasyonları hastaya bildirmek gerekir. Hayatı ve bedeni hastaya aittir; hasta tıbbi kararların dışında bırakılamaz. Acıyı çekecek olan, sakat kalma ya da ölme tehlikesini yüklenen, parasını veren, işinden ve ailesinden uzak kalacak durumda bulunan hastanın kendisidir.

Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması herkesin yararına. Bilgilendirilmeden yapılan bir girişimden hastanın memnun kalmaması durumunda doktor hem ona zarar vermiş, hem de hukuka aykırı davranarak kendisine zarar vermiş olur. Koşullar çerçevesinde hasta ve/veya yakınından alınan bilgilendirilmiş bir onam, daha sonra olabilecek olumsuz bir gelişmede hasta ve/veya yakınlarının doktora karşı tepkili tutum ve kızgın davranış göstermelerini büyük olasılıkla engelleyecektir. Eğer hekim tetkik ve tedavi sırasında olabilecek olumsuzlukları hastasına bildirmez ise, hasta ve yakınları ortaya çıkan olumsuzlukları hekimin kusuru olarak yorumlayacak; hekimin yeterince dikkatli davranmadığını, ihmalde bulunduğunu, beceriksiz olduğunu düşünecektir. Hekimin zarar gören hastası için duyduğu üzüntüye bir de hata yapmakla suçlanmanın verdiği kaygı eklenecektir.

Özenle tedavi – hasta merkezli tıp uygulaması

Hastayı umursamayan, sorunlarına kayıtsız kalan, çaresizliği ile baş başa bırakan sağlık çalışanları engellenmeli; nitelikli bakım

güvenceye alınmalı; yetersiz bakım ve tedaviye karşı önlemler getirilmelidir. Bu amaçla sürekli hizmet içi eğitim verilmeli ve sağlık çalışanlarının eğitime katılımı sağlanmalı; izlenmesi gereken hasta merkezli tutuma yönelik kılavuzlar hazırlanmalı; uygulamalar denetlenmeli; hastaya özen göstermemenin yaptırımı olmalıdır. Aslında en büyük yaptırım hastasına ilgisiz kalan bir doktora gelişebilecek olan başarısızlık duygusudur. Çünkü, hekimin ilgisizliği sonucunda hasta zarar görebilir, ya da hasta öngörülen tedaviye uymayabilir ve tedavi başarısız olabilir. Böyle bir durumda hekim hastasını bir de sorumsuz davranmakla suçlarsa aralarındaki ilişki gerginleşecektir.

Aşağıda, özen gösterilmediğini ileri süren hastaların şikâyetlerinden örnekler veriyoruz:

Olgu I.

Muayeneye giden hasta, doktoru anlatıyor:

"Mantomun üzerinden elindeki ses dinleme cihazını sırtıma değdirdi.

Bir şeyin yok, git sıra numarası al gel' dedi. On dakika sonra döndüğümde, 'mesaistinin bittiğini' söyledi. Fakat, daha mesai saati bitmemişti"

Olgu II.

Yatan hasta: *"Gözüm kararıyor, başım dönüyor, tansiyonumu ölçer misin?"*

Doktor: *"Buraya kadar yürüdüğüne göre bir şeyin yok."*

Hasta yakını asistanı arar, odasının kapısını çalar. Doktor çıkar. Ona da söyler.

Doktor: *"Kendiniz ölçün, ben kaç saatte çalışıyorum biliyor musunuz ?" diye hasta yakınına azarlar.*

Hasta yakını: *"Bana ne."*

Doktor: *"Senin hastandan da bana ne."*

Hasta yakını: *"Siz böyle davranırsanız biri delilik eder, sizi şikâyet eder."*

Doktor: *"Bildığın yere şikâyet et."*

Olgu III.

Muayene edilmeyen hastanın şikâyeti:

"Acil birimine nöroloji servisinden bir doktor benim için konsültasyona çağırıldı. Doktor, hiç muayene etmeden, 'Sen tomografi çektiyeceksin. Ben tomografiye bakacağım,' dedi."

Olgu IV.

Hastanın şikâyeti: *"Saat 15:30'da randevu ile diş polikliniğine geldim. Üstten muayene yaptılar, dişimin çekimine karar verdiler. (röntgen çekilmemiş)*

Diş hekimi, 'Bu saatte gelinir mi, mesai bitti. Bu saatte hasta olur mu...? diye bağırdı. İğne yaptı, ama uyuşmasını beklemeden dişi büyük bir hırsla ve söylenerek çekmeye çalıştı, çekerken dişimi kırdı... Tekrar ağrı kesici iğne yaptı... Diş uyuşmadan çekiç darbeleriyle dişi kökten çıkarmaya çalışıyordu. Her tarafım kan revan içinde kaldı. Bu arada, 'sen durmuyorsun? diye beni suçluyordu. İşini sevmeyen, bağırıp çağıran, bizi aşağılayan doktorları devlet hastanelerinde çalıştırmayın."

Hastanın acı çekmesine aldirmamak bir takım sorunlara yol açar. Nasıl ki sağlık çalışanları bir yakınlarının ağrı çekmesini istemezse, hastaya da özenle davranmalıdır. Eğer önlenebiliyorsa, hastanın ağrısı giderilmelidir. Sağlık çalışanı, tıbbi bilgi ve becerisini dikkatlice uygulamalı, beklenen yararı sağlamak için tedbirli davranmalıdır. Mesai, ancak hastaya başlanan müdahale gereğince tamamlandığında biter.

Olgu V.

Hasta yakını: *"Hastanenin acil bölümü olmasına rağmen asistan bir doktor vardı. Biz önce babamın sar'a geçirdiğini, birkaç dakika sonra beyinde tümör olduğunu, ardından da beyin kanaması geçirebileceğini söyledi.*

Babamın sadece yüksek tansiyon hastası olduğunu anlattık. Doktor, sar'a, ya da tümör başlangıcı olabileceğini söyledi. Babamın tansiyonu çok yüksek dedik, ama doktor ısrar etti..." Ve hasta kaybedilir...

Bilgi eksikliğinde ya da tanı koymadan hastayı, ya da hasta sahibini yanıltır nitelikte açıklamalarda bulunmak onları bilgilendirmek anlamına gelmez, tersine zarar verir. En değerli bilgiler öncelikle hastadan ve hasta sahibinden alınır. Hekim hastasını iyi dinlemeli ve tam bir fiziki muayene yapılmalıdır. Hekimin edindiği bilgilerin önem sırası tanı ve tedavi açısından hastadan hastaya değişecektir. Bu bakımdan, hekimhasta arasında oluşturulan doğru bir iletişim hem tıbbi hatayı en aza indirecek, hem de memnun kalan hastanın hastalığıyla daha kolay başa çıkmasına yardımcı olacaktır.



Hastane kimin için? Hastanede ne yapılır?

Hastane hastalar içindir; misafir ağırlama ya da sohbet mekânı değildir. Hastanın soru sorma ve hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi alma hakkını kullanabilmesi için ona zaman tanınmalıdır. Hekim hastanın tedavi planını onun içinde bulunduğu koşullara göre ayarlamalıdır ki tedavisi gerçekleşebilsin. Bunun içindir ki, hastanın tedavisinin kısa ve uzun vadeli maddi yükünün ne olacağını ve ödeme şeklini bilme hakkı vardır. Sağlık çalışanı değil dar imkânlı hastalara kızmak, onlara elinden geldiğince yol gösterici olmalıdır.

Olgu I.

Hasta: "Acile gönderildim. Burada, kapısı yar aralık bir odaya yönlendirildim. İçeride bir grup sigara ve çay içiyordu. Doktor Bey, diye seslendim ve talebimi ilettim. Çok kaba ve sert bir ifadeyle, 'Git, poliklinikte bekle' diye bir yanıt aldım."

Olgu II.

Hasta: "Sandalyedeki misafiri ile sohbet etmekte olan doktor sinirli bir şekilde: 'Yan tarafta ayakta duramazsın, karşımda dur' dedi. Şikâyetimi söyledikten sonra, tetkik için gelirim mûsait olmadığını belirttim. Doktor, yanındaki misafirine sinirli bir şekilde, 'Hastaların gelir durumunu kendisine beyan etmesine çok sinirlendiğini' ifade etti.

Doktor, muayene etmedi. Hiç sormadan ve bilgi vermeden reçete yazdı. En azından tablet mi şurup mu istediğim sorulabilirdi."

Bazen sağlık çalışanı işini yapıyor görünür, ama aslında bunu şeklen yapıyordur, yani işini yapmıyordur. Doktorluğun başlıca amacı hastaya yararlı olmaktır.

"Nasıl" davrandığımızın önemi

Hastanın, saygın/onurlu ve nazik hizmet alma hakkı vardır. Hastalara hizmet eden herkes bu kurala uymalıdır. Hastalar ve yakınları horlanmamalıdır. Bile bile hastaların bir kısmına (paralı, unvan sahibi vd) kibar, güler yüzlü davranıp, diğerlerine (yoksul, evraklı vb) kaba ve sert davranmak hasta ayırmacılığı anlamına gelir. Davranışlarınızda örnek alacağınız üstlerinizi ve yaptıklarını "seçerek" örnek alın. Bir kişinin tanınmış bir öğretimin üyesi olması onun her yaptığına doğru olduğu anlamına gelmez.

Hasta olan fazla ilgi ve şefkat bekleyebilir; çünkü, yaşam kalitesi düşmüştür. Bu nedendir ki, çoğu kere, hastanın kaygıları

ve korkuları da hastalığına eşlik eder. Hastaya hizmet edenler ilgisiz, kaba, sinirli, su-ratsız olmamalıdır, çünkü bu tür davranışlar hastanın sağlığına olumsuz tesir eder. Hasta ile sağlık çalışanı arasında karşılıklı saygı oluşturmak aslında her iki taraf için şarttır. Sağlık çalışanlarının bazen yakındıkları *tükenmişlik sendromunu* aşabilmenin yolu da budur. Güler yüzlü, alçak gönüllü, nazik ve şefkatli davranmak bir alışkanlık haline geldiğinde sağlık çalışanı da kendini daha iyi hissedecek ve bu da yorgunluk duygusunu azaltacaktır. Hastaya hizmet eden herkes bilmelidir ki "hastaya hizmet" onların temel görevidir. Görevi, hastaya ve hasta sahibine bir lütüf yapmışçasına yerine getirmek doğru değildir. Sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarıyla doğru iletişimde bulunmaları, sağlık çalışanlarına olduğu kadar sağlık kurumlarına olan saygıyı da artıracaktır.

Olgu I.

Pansuman için bekleyen hastaya sekreter, sert ve kaba şekilde seslenir:

Sekreter: "Ne bekliyorsun orada?"

Hasta: "Niye bu şekilde sert davranıyorsun?"

Sekreter, ezici sertlikte: "Ben sert davranmıyorum."

Hasta: "Sert davranmaya hakkın yok, hizmetini düzgün yap."

Sekreter: "Defol buradan"

Bu hasta, şikâyetinde aşağıdaki iki kuralı önerir:

"1. Hiçbir kimse hizmet gördüğü yerden bir kişiyi kovamaz,

2. Böyle davranış bozukluğu gösteren kişilerin, hasta ile devamlı ilişkide olması nedeniyle, çalıştırılmaması gerekir."

Olgu II.

Hasta: "Poliklinikte beklemem için çok kaba ve sert davranan doktor hanıma sordum, 'Bu davranışı hak edecek ne yaptım?' Doktor, 'Çık, git buradan' dedi.

Ben de, 'Bana, poliklinikte bekler misiniz? bana, sen değil, siz dersiniz gideceğim' diye cevap verdim."

Olgu III.

Hastanın hemşiresinin olumsuz tutumunu şikâyet etmesi:

Hasta ile sağlık çalışanı arasında karşılıklı saygı oluşturmak aslında her iki taraf için şarttır. Sağlık çalışanlarının bazen yakındıkları *tükenmişlik sendromunu* aşabilmenin yolu da budur.

Hasta: "Kadın doğum hemşiresinin suratlı bir şekilde bana ilk söylediği,

'Arkada başka hasta var mı?' oldu. 'Yoktur,' dedim. Hemşire, 'Hep öyle söylüyorlar. Sonra şey gibi ürüyorlar. Bundan sonra onları ürolojiye bazı yerlere göndereceğim,' dedi.

O anda kapı tıkladı, bir başka hasta geldi. Hemşire, el kol hareketi yaparak, 'Bak işte, ben demedim mi, ürüyorlar...' diye yüksündü."

Hemşirenin görevi hastaya hizmet etmektir. Hasta külfet olarak algılanmamalı ve yargılanmamalıdır. Hastanın, saygıyla ve incelikle muamele görme hakkı vardır.

Olgu IV.

Hasta yakınının şikâyeti:

"Annemin raporunda yanlış yere imza atan doktora, eskisinin üstünü çizip, doğru yeri tekrar imzalayabileceğini söyledim. Doktor, 'bunu yapmayacağım' dedi.

Ben de, 'Bu hata benim değil' dedim. Doktor kabul etmeyince, 'Sizin de anneniz, babanız var, sizin de başınıza gelebilir' dedim. Doktorun cevabı, 'Oh, o zaman çok iyi yapmışım,' oldu."

Sağlık çalışanlarının başlıca amacı hastaya hizmet olmalı; değil hastayı zora koymak, işlemlerine yardımcı olmalıdır.

Doktor ile hasta iradesinin çatışması

Değerlerimiz önceliklerimizdir. Sağlık çalışanları hastanın tercihini ve isteklerini ifade etmede kullandığı sözcükleri tanınmalıdır. Hastanın söyledikleri dinlendiğinde çok kere ne istediği anlaşılır. "İstiyorum ya da istemiyorum" gibi açık ifadelerin yanı sıra, hastanın kullandığı "tercih ediyorum / tercih etmiyorum, mecburum / mecbur değilim, gerekiyor / gerekmiyor, uygundur / uy-



Gerektiği halde gözlem altına alınmayan; tedavisi geciktirilen; tedavisi yetersiz kalan; özen gösterilmeyen; bilgilendirilmeyen; tercihlerine saygı gösterilmeyen hasta ihmal edilmiştir.

gun değildir,doğru / yanlış, iyi / kötü vb. gibi sözcükler yol göstericidir. Sağlık çalışanı, işime karışıyor, uzmanlık alanıma giriyor diye bencilce davranıp, hastanın iradesini görmezlikten gelemmez. Tıbben bir sakıncası yoksa, ya da tıbben gerekmeyen bir istek değilse, hastanın isteği uygulanabilir. Hastanın isteğinin yerine getirilmesi söz konusu olmadığında da, saygılı bir şekilde nedeni açıklanmalıdır. Hasta istediğinin neden yapılmadığı konusunda bilgilendirilmezse, sağlık çalışanı ile hasta arasında çatışmanın doğması kaçınılmazdır. Unutulmamalıdır ki hastanın, genel kabul gören, bilime dayalı bilgi ve araçlarla tedavi olma ve nitelikli ve yeter düzeyde hizmet alma isteğini belirtme hakkı olduğu gibi, bu hakkı gözetmek de sağlık çalışanının ödevidir. Hastanın isteğini

yerine getirmeyen doktor bunun nedenini de hastaya açıklamalıdır. Hekimliğin "buyuran hekim" odaklı olmaktan çıkarılıp "hasta merkezli" hekimliğe yönelmesiyle tıbbi yaraların da arttığı görülecektir.

Olgu I.

Hasta: "Ben kanser hastasıyım. Kanı alan hemşire hanıma: 'Her zaman kan verdiğim damardan kan almanızı rica ediyorum' dedim. Hemşire, 'Bana işimi sen mi öğreteceksin? Şekline bak da konuş' diye beni azarladi."

Olgu II.

Hasta: "Doktora, 'Varis çorabı istiyorum' dedim.

Doktor, 'SSK bu kadar zengin değil, vermez' diye cevap verdi."

Olgu III.

Hasta yakını: "Doktora sordum, Annemin kulağında işitme kaybı var. Sağ kulak %73 duymuyor. Size rica etsem, cihaz verilir mi?Doktor, 'Benim de kulağım duymuyor. Her duymayana cihaz mı verelim. ... Göt,' dedi."

Olgu IV.

Hasta: "Diş hekimine dolgu yaptırmaya gittim. Tedavi sırasında canımın acıdığını söyleyerek, iğne yapılmasını istedim. Doktor,

'Ben iğne yapmadan çalışırım' dedi. Israr edince, 'İnin koltuktan' diyerek beni dışarı çıkartmak istedi. Bunun üzerine, çıkmış olan protez dişimin yapıştırılmasını istediğimde, kaba bir şekilde protezimin yapıştırma işlemini yaptı."

Olgu V.

Hasta: "Doktor Bey şiddetli bel ve boyun ağrılarım var, dedim.

Doktor elle ya da cihazla muayene yapmadan ilaç yazdı.

Doktor Bey neden muayene yapmadınız ve bana ilaç kullanıyorsunuz? diye sordum.

Doktor, 'Ben öyle öngördüm' dedi. Beni gözünüzle muayene ederek nasıl tanı koydunuz? diye sordum. Doktor cevap vermedi."

Olgu VI.

Hasta: "Bekleyeli çok olmuştu. Sıram geldi mi? diye sordum. Odaya daldım diye kızan doktor, 'Neden beni tahrik ediyorsunuz, siz bana hesap soramazsınız,' dedi. Sadece sıramı sormak için girdiğimi söyleyince, doktor,'Zaten bedava muayene oluyorsunuz. Her şeyiniz benim elimde, istersem... Seni muayene etmiyorum, yan tarafa git' diye azarladi."





Hastanın mahremiyetine ve sırrına saygı gösterilmelidir

Hastanın, sırrına ve mahremiyetine saygı gösterilmesini bekleme hakkı vardır. Aslında hastasağlık çalışanı ilişkisi mahremdir. Hasta, rahatsızlığının tanısı ve tedavisi için doktoruna şahsi bilgilerini verir. Kamuya ait sağlık kurumlarında yaşanan hasta yığılımı ve bilgisayar kayıtları hastanın mahremiyetinin ve sır hakkının çiğnenmesine yeterince zemin hazırlamaktadır. Hiç olmazsa her bir sağlık çalışanı hasta sırrının ve mahremiyetinin korunması için özen göstermeli, buna gayret etmelidir.

Öncelikli olan hastaya tanı konması ve tedavi edilmesidir. Sağlık çalışanı bir ahlak değeri çatışmasına girerek hastanın tedavisine engel olmamalıdır. Sağlık çalışanının hastaların ahlak değerlerini yargılama hakkı yoktur. Tersine, sağlık çalışanları değer çatışmalarında hastanın yanında yer almamalıdır.

Olgu I.

Bayan EKG teknisyenini tercih eden hastanın şikâyeti:

Hasta: "EKG teknisyeni bana ve yaşlı anıme hakaret ederek, 'Bayan tercih hakkımız bulunmadığını' söyleyerek bize EKG çekmedi."

Olgu II.

Doğum haneye sevk edilen hastanın şikâyeti:

Hasta: "Oradaki doktor gittiğimde uyuyordu. Kalktı ve bana, 'Soyun hanımefendi, neyin var?' diye bağırmaya başladı. Ben de hasta kâğıtlarıma bakmasını rica ettim. Tekrar bana, 'Soyun bayan' diye bağırıldı. Ben de dışandaki hemşire hanımın yardım etmesini rica ettim; fakat doktor hiç orali olmadı. Benim bulunduğum odadan çıktı, geri geldiğinde üzerimi zar zor çıkarmıştı. 'Hanımefendi öyle aval aval bakmayın, çürkin şu sandalyeye diyorum,' dedi. Bana gösterdiği sandalye ve her yer kan içindeydi. Ben yine de zorlukla sandalyeye çıktım. 'Aç aç diyorum sana' diye bağırıyordu. Ben de çamaşırlarımı yine zorlukla çıkardım. 'Hala beni uğraştırıyorsun, zaten sabahın köründe gelmişsin, beni uğraştırıyorsun? dedi; ve ...Ben de o sandalyeden kalktım; içeriye, çıkış yapılan bölüme aldılar.

Doktor, bana, kendi isteğimle muayeneyi kabul etmediğime dair imza attırmaya çalıştı. Bunu kabul etmeyince, beni dahiliye bölümüne sevk yapmayacağını söyledi, tehditkar bir tavırla. Daha sonra, oradaki bayan muayeneyi kabul etmiyor diye kaşe bastırdı. Muayene etmek isteyen doktor erkekti."

Hastanın, muayeneyi, ya da tedaviyi reddetmesi durumunda, uygun bir başka doktora, ya da başka bir sağlık kurumuna sevkini isteme hakkı vardır. Ama, hastanın tedaviyi reddetme hakkı, onu tehdit ederek, zorla, baskı ile kullanılamaz.

Hasta, anlayacağı bir dil ile, sosyal ve kültür özellikleri ve tepkileri göz önüne alınarak aydınlatılmalıdır. Eğer hasta, neyi, niçin, nasıl ve ne sürede yapması gerektiğini bilmezse tedavi aksar, çünkü doğru uygulama yapamaz.

Sağlık çalışanı "ilerde ihmal ile suçlanma korkusu olmadan" hastasına yardım etmelidir

Gerektiği halde gözlem altına alınmayan; tedavisi geciktirilen; tedavisi yetersiz kalan; özen gösterilmeyen; bilgilendirilmeyen; tercihlerine saygı gösterilmeyen hasta ihmal edilmiştir. Sağlık çalışanı yaptıklarının doğruluğunu aşağıdaki sorulara vereceği cevaplarla aramalıdır:

Hastama zarar vermemek için elimden geleni yaptım mı?

Hastam için sağlayabileceğim en büyük yararı temin edebildim mi?

Kendime ve yakınıma böyle mi davranırdım?

Sigarayı bir “kelime” bıraktırdı...

Ardan Zentürk



1955 yılında Üsküdar/İstanbul'da doğdu. İlk öğrenimini Marmara Koleji, orta öğrenimini Eskişehir Maarif Koleji'nde tamamladı, MÜ Siyasal Bilimler Fakültesi Dış Politika bölümünden mezun oldu. İÜ Siyaset Bilimi Kürsüsü'nde bir yıl master programını sürdürdü. Mesleğinin ilerleyen yıllarında Oxford Üniversitesi Orta Asya Çalışmaları Enstitüsü, Georgetown Üniversitesi Stratejik Araştırmalar Enstitüsü, Drake Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde kısa süreli eğitim programlarına katıldı. Gazeteciliğe 1977 yılında Hürriyet Gazetesi'nde başladı. Tercüman, Güneş, Sabah gibi büyük gazetelerde iç haberler editörlüğü ve temsilcilik görevlerinde bulundu. Star, Kanal D, Kanal 6 ve Flash TV'de Genel Yayın Müdürlüğü yaptı. Halen Star Gazetesi'nde yazarlığını sürdürüyor.

A

slında, sigara denilen bağımlılığın bir gün, ben onu bırakmasam, onun beni bırakacağı- nı biliyordum... Beynimde “bitirme” işlemi- ne başlayalı da hayli

olmuştu... Ama, bir tesadüf, bir doktor dostumun “öylesine” bir tavırla söylediği bir sözcük, bütün herşeyin finalini getirdi... KOAH benim, bu gezegende en çok korktuğum birkaç kavramdan biriydi...

Hüseyin Mutlu

İtiraf ediyorum...

STAR TV'de 2004 yılında ekrana gelen A/Z DOSYALAR programı çerçevesinde o haber paketinin hazırlanmasına başlan- gıçta hiç de sıcak bakmamıştım.

Fakat, haber ekibim, her ne kadar, her bi- ri en az benim kadar sigara tiryakisi de ol- sa, KOAH denilen ve esas anlamıyla sig- ara tiryakilerini vuran ciğer hastalığının TV'de çok iyi anlatılması gerektiğini savu- nuyordu...

Habercilikte, kendime ait gelenekler geliştirmiş bir meslek adamıyım. Bu gelenek- lerimden biri de, haber verirken, ekran ba- şındaki “masum” seyirciyi rahatsız etme- mek, aksine, en zor ve tartışmalı konuları bile, **nazık bir ifadeyle** aktarmak vardır...

KOAH ile ilgili olarak gelen görüntüler,

özellikle sigara içen biri olarak beni çok rahatsız etmişti...

Haydi, bir tanımlama yapayım:

Görüntüler bana göre korkunçtu...

Ama haberciliğin sosyal sorumluluğu, bu hastalığın, özellikle de sigara içmenin ne tür büyük bir risk olduğunun geniş kitlele- re aktarılması gerektiğini işaret ediyordu...

Ekip, konu üzerinde çok iyi çalışmıştı...

Uzman kadrolardan görüşler alınmış, KO- AH hastalarıyla röportajlar gerçekleştiril- miş, sigara içen bir insanın ciğerlerinin ne hale geldiği, söz konusu hastalığın insa- nın yaşam kalitesini nasıl yitirdiğine ilişkin görüntüler de mükemmel bir şekilde sağ- lanmıştı...

A/Z DOSYALAR'da, yaklaşık 20 dakikalık bir haber paketi olarak yayınladık...

Daha program bittiği anda, ki, o sırada sa- atler 24'ü geçiyordu, sigara tiryakisi ne kadar arkadaşım varsa telefonlara sarıl- mış beni arıyordu...

Hepsi, lafa önce, **bu bize yapılır mı Ar- dan, hepimizin moralini yerle bir ettin**, di- ye başlıyor ama hemen arkasından, **yok kardeşim, bu sigara işi buraya kadar ya- rından itibaren ne yapıp ne edip bunu bırakmaya çalışacağım** diye sürdürüyor- lardı...

Hayatımda ilk kez, kendi hazırlayıp ya-

yınladığım bir haberden ben de bu ölçü- de derinden etkilenmiştim...

Haber Koordinatörüm **Murat Karadu- man** ve oğlum **Özgür Zentürk**'e söz ko- nusu haber paketi henüz montaj halin- deyken, **ben bu sigarayı bırakacağım** demiştim...

Görüntüler bir kez beynimin arkalarında bir yerlerde kendilerine bir yer bulmuştu ve KOAH kelimesi, benim, bu gezegen- de en çok korktuğum kavramlardan biri haline gelmişti...

2005 yılı başından itibaren kilo vermeye başladığımda tabii ki eşim çok sevindi... Benim düşüncem ise, **herkes, sigarayı bırakanların 8 ile 16 kilo arasında aldığı- nı söylüyor, bari ben önceden hazırlıklı olayım, hiç olmazsa verdiğim kilolan al- mış olurum** yönündeydi... Bu düşüncemi çevremle paylaşmam, buna karşılık, günlük sigara tüketimimi de neredeyse iki paket düzeyine tımandırmam gide- rek sohbet masalarının bir numaralı alay konusu haline gelmeye başlamıştı...

Özellikle yaz aylarında üstün bir kararlı- lıkla kilo vermem, buna karşın sigarayı bırakma cephesinde yaşanan hezimet dikkat çekiciydi...

Sanki, 50'nci yaşımın yazını, doğa kanunla- rıyla bilek güreşine çevirmiş gibi yaşıyor- dum... Geç saatlere kadar eğlence mekanla- rı, haliyle içki ve sigaranın yüksek kullanımı...



Zaten, bütün her şey, bu inatlaşmanın devamında yaşanacaktı...

Takvimlerin 4 Kasım 2005'i gösterdiği gün, nedense kendimi pek iyi hissetmiyordum... Tansiyon sorunum yoktu... Ama sanki ensemde ve göğsümde büyük bir ağırlıkla uyanmış gibiydim...

Sevgili genç dostum **Dr. Nurettin Heybeli**, bu ülkenin en önde gelen ortopedi uzmanlarından... Ne zaman başım sıkışsa ararım, o da beni, söylediğim arazıma göre bir uzman arkadaşına yönlendirir... Telefonda yaşadıklarımı anlattığımda, bu kez, **ağabey hemen buraya, benim hastaneye geliyorsun, buradaki dahiliyeci arkadaşlar ile sana bakıyoruz, yalnız, arabayı kendin kullanma, yemek yeme, elektroni çekeceğiz, tahliller yapacağız** diyordu...

Hayli huylanmıştım...

Nitekim, hastaneye gittiğimde genç doktorlardan kurulu bir kadronun beni beklediğini gördüm. Elektrom o an için iyi çıkmıştı, tahlillerim için kan alındı, bu arada ciğer röntgenim de ihmal edilmedi...

Zaten, ne olduysa, çekilen o ciğer röntgeni ile oldu...

Nurettin Heybeli'nin dahiliye uzmanı meslektaş **Hüseyin Mutlu**, ciğerimin son durumunu gösteren röntgeni eline aldı, ışığa taktı, şöyle bir baktı ve son derece olağan hatta sıradan bir görüş belirtiyormuş gibi bir ifade ile, **"Evet, bu sigara böyle bir şey işte, ve bu yaşta mutlaka bırakılması gerekiyor, bakın KOAH başlangıcı gibi durumla karşı karşıyayız,"** deyiverdi...

İlerleyen zamanlarda, **"Dr. Nurettin, Ardan ağabey, senin böyle bir fobin olduğunu bilmiyordum, bir anda bembeyaz olduğunu görünce ikimiz de telaşlandık,"** diyecekti...

Benim için filmin koptuğu andı o an...

Elindeki ciğerimin röntgeni olan beyaz gömlekli, ciddi görünümlü bir şahsın bir gün bu tür bir laf etmesinden korkarak geçirmiştim son bir yılı...

Hastaneden çıktım, şoförüm **Ziya Bayındır** beni merakla bekliyordu...

Kalbimde önemli bir şey bulmadılar, tansiyon sorunum yok ama şu an itibarıyla sigarayı bıraktım dedim...

Ziya, bana göstermek istemese de, nasıl bir tiryaki olduğumu çok iyi bildiği için bıyık altından gülümsemesini bir süre kordu...

Ama, o dahil, benim sigarayı bırakmaya çağımı düşünenler, çok yanıldılar... O günden bu yana, bir tane bile içmedim ve Allah bana ne kadar ömür verdiyse, ömrümün sonuna kadar içmeye de hiç niyetim yok...

Dahası da var... Sıkı durun... **Sigarayla Saşanlar Derneği**'nin de hayli etkili bir üyesiyim artık...

Ben, yaşamda, her şeyin bir sebepsonuç ilişkisi olduğuna inanırım...

Sigarayı bırakmamı sağlayan bu gelişmeden birkaç ay sonra, takvimlerin 8 Şubat 2006'yı gösterdiği gün, yine bir başka genç uzman doktor dostum **Dr. Barış Ökçün**'e

Zaten, ne olduysa, çekilen o ciğer röntgeni ile oldu...

Nurettin Heybeli'nin dahiliye uzmanı meslektaş **Hüseyin Mutlu**, ciğerimin son durumunu gösteren röntgeni eline aldı, ışığa taktı, şöyle bir baktı ve son derece olağan hatta sıradan bir görüş belirtiyormuş gibi bir ifade ile, **"Evet, bu sigara böyle bir şey işte, ve bu yaşta mutlaka bırakılması gerekiyor, bakın KOAH başlangıcı gibi durumla karşı karşıyayız,"** deyiverdi...

Levent'teki bir bankadan çıkışta yaşadığım göğüs ağrısını tarif ediyor ve kendimi bir anda bir hastanenin acil servisinde buluyordum...

Kalp damarlarımdan biri yüzde 95 oranında daralmıştı ve stend kaçınılmazdı...

Dr. Barış Ökçün başta tüm kardiyologların söylediği tek bir söz vardı: **Ardan bey, tam zamanında sigarayı bırakmışsınız. Zaten bu müdahaleden sonra bırakmak zorunda kalacaksınız, ama, biz, prensip olarak, sigarayı bırakmayan kalpdamar hastalarını çok sert eleştiriyoruz, diyorlardı...**

Şimdi...

Sigarayı bırakmış...

Antikolestrol diyetine azami dikkat gösteren...

İçki olarak haftada sadece bir kez o da 2 kadeh kırmızı şarap içen...

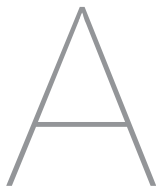
Eşim, **Canan Zentürk**'ün benden, **yahu yarattığın bu lezzetli diyet yemeklerini ya bir kitap haline getir yada bırak seni televizyona çıkartayım** teklifini alacağı kadar mükemmel yürüttüğü bir mutfak disiplini ile yaşayan bir insanım...

Tabii, **Dr. Hüseyin Mutlu**'yu hep, hayırla yad ediyorum...

Eğer o, bir anda o kelimeyi, KOAH kelimesini söylememiş olsaydı, belki bugünleri daha zor yaşıyor olacaktım...

Çağdaş tıbbın öncüsü: Tevfik Sağlam

SD Dergi



sıl adı Ali Tevfik Sağlam olan Dr. Tevfik Sağlam 1882 yılında İstanbul'da doğdu. Sultanhahmette bulunan Nakilbent İlkokulu'nu bitirdikten sonra 1891'de

Soğukçeşme Askeri Rüştiyesi'ne girdi. 61 yıllık fiili hekimlik hayatına ilk adımını 1895 yılında Kuleli Askeri Tıp Okuluna girerek attı. Daha sonra 1898'de Mektebi Tıbbiyei Şahane'ye kayıt yaptırdı. Buradan 1903 yılında Tabip Yüzbaşı rütbesi ile mezun olan Tevfik Sağlam bir yıl boyunca Gülhane'de iç hastalıkları kliniğinde çalıştı.

Balkan Savaşı sırasında Selanik'te Sıhhiye Bölüğü, Hadımköy Sıhhiye Bölüğü ve Yassıvıran Bölge Hastanesi'nde çalışırken tifüs se yakanarak İstanbul'a geri döndü.

Bundan çok kısa bir süre sonra patlak veren I. Dünya Savaşı'nda görev alabilmek için fakülte'deki görevinden istifa ederek, Askeri Tıp Okuluna geçti. 1915'de III. Ordu Sağlık Dairesi Başkanı olarak atandığı Kafkas Cephesi, I. Dünya Savaşı'nın olduğu kadar Tevfik Sağlam'ın da kaderinde dönüm noktasıdır. Tifüs ve Kolera'ya karşı burada elde ettiği başarılar savaşın sonucuna etki etmese de onun adının Türk Tıp Tarihine yazılmasına neden oldu. Öyle ki ilkel koşullarda arkadaşları ile aşı hazırlama

girişimleri dünya tıp literatürüne girmiş bir başarı olarak kabul görmektedir.

Engin bilgisi, azimli çalışmaları, teşkilatçılığı ve disipliniyle bu iki salgının yayılmasını önleyen Dr. Tevfik Sağlam, yakın bir arkadaşı tarafından "bulduğu aşıyla insanlara zarar verdiği" gerekçesi ile Divanı Harbe ihbar edildi ancak yargılanarak beraat etti. Bu tarz yanlış anlaşılmalara ve ağır eleştirilerle meslek hayatı boyunca karşılaşacaktı çünkü diğer insanlara göre ileriye çok daha iyi görebilen geniş bir ufka sahipti.

Tevfik Sağlam yalnız doktor kimliği ile öne çıkmaz, o aynı zamanda çok iyi bir eğitimci'dir de. III. Orduda görev aldığı sırada hekimlere yönelik kurslar, konferanslar düzenleyen Sağlam, her koşulda eğitimin sürekliliği ve gerekliliğinden yana olduğunu göstermiştir. Bu yıllara ait anılarını "III. Orduda Sıhhi Hizmet" adlı bir kitapta toplayarak daha sonra yayınladı.

Savaşın yenilgi ile sonuçlanmasından sonra İstanbul'a dönerek tıp fakültesinde çalışmaya başlayan Sağlam, çok geçmeden Kurtuluş Savaşı'nın başlamasıyla tekrar Anadolu yollarına düştü. 3 Ocak 1921'de İnebolu yoluyla Ankara'ya giden Sağlam burada Milli Savunma Bakanı Ordular Sıhhiye Dairesi Başkanlığı'nda çalıştı. Ancak üstleri ile anlaşmazlığa düştüğü için bu görevden ayrıldı. Harp sonuna kadar Ankara'da bugünkü Ankara Tıp Fakültesi'nin çekirdeği olan Cebeci Hastanesi'nde çalıştı.

1923 yılında Gülhane Hastanesi Başhekimliğine atandı ve oradan da 1927'de yeniden Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Dairesi Başkanlığı'na atandı. Ve bu görevde iken general rütbesine yükseldi. Aynı yıl emekliliğini isteyen Tevfik Sağlam böylece ordudan ayrıldı.

1927'de ordudan ayrıldıktan sonra tekrar İstanbul'a dönen Sağlam, İstanbul Verem Savaş Derneği'ni geliştirmek üzere çalışmalara başladı. Tevfik İsmail, Nusret Karasu, Neşati Üster gibi arkadaşlarının da yardımıyla Bakanlık yurt çapında sistemli bir Verem Savaş Programı başlatmaya ikna etti. O aynı zamanda uluslararası Verem Savaş Örgütü'nün yöneticilerindendi ve bir dönem bu örgütü'nün başkanlığında da bulundu. Türkiye'de verem savaşı konusunda elde edilen her başarının temelinde Tevfik Sağlam vardır denilebilir.

1931 yılında Gureba Hastanesi'ne geçen Sağlam, 1933 üniversite reformunun ardından İÜ Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi ve dekan olarak görev yaptı. Bir süre sonra Milli Eğitim Bakanlığı ile ters düşerek bu görevinden de ayrıldı. 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi dahiliye kliniğine



geçerek meslek hayatına bir süre burada devam etti.

Ancak yine İÜ Tıp Fakültesi'ne dönmesi uzun sürmedi, Profesörler Kurulu'nun daveti ile III. Dahiliye Kliniğinin Başkanlığına atandı ve emekli oluncaya kadar bu fakültede çalıştı.

Tevfik Sağlam'ın hatırlanması gereken görevlerinden biri de 1929 yıllarında kurulan İstanbul Tabip Odası'nın ilk başkanı olmasıdır. Tevfik Sağlam yönetiminde veya eğitimdeki açıkları herkesten önce görmüş ve bu yüzden de pek çok ilklere imza atmış bir bilimadamı, yönetici ve eğitmendir. Hemşirelik mesleğine verdiği önem Sağlam'ı 1926 yılında Kızılay Hemşire Okulu'nun kurucularından biri yaptı. Yine Florence Nightingale Yüksek Hemşire Okulu'nun da kurucularından olan Sağlam, Türkiye'de "ziyaretçi hemşire" uygulamalarını da ilk kez başlatan isimdir.

Bugün çağdaş hekimlik felsefesini benimseyen her hekim, sağlıklı bir toplum yaratmak için halkı eğitmenin en önemli önlem olduğunu bilir ancak bunun öncülüğünü 40, 50 yıl önce yapmak için geleneklerden sıynlacak kadar güçlü ve ileri görüşlü olmak gerekirdi.*

81 yıllık hayatına İstanbul Tabip Odası Başkanlığı, Hekimler Dostluk ve Yardımlaşma Cemiyeti'nin kuruculuğu, İstanbul Verem Savaş Derneği kuruculuğu, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Yüksek Sağlık Şurası Üyeliği, Milli Savunma Bakanlığı Ordular Sıhhiye Dairesi Başkanlığı, Gülhane Hastanesi

Başhekimliği, Haydarpaşa Numune Hastanesi Cebeci Hastanesi ve İzmir Hastanesi hekimlikleri görevlerini sıdıran Dr. Tevfik Sağlam'ı, öğrencisi Prof. Dr. Nusret Fişek şu sözlerle anlatıyor:

"55 yılı aşan tıp öğrenciliği ve hekimlik yaşamımda hocalarımız arasında meslek ahlakında, tıp biliminde ve uygulamalarındaki üstün başarılarıyla seçkinleşen bir çok büyük adam tanıdım. Bunların arasında Prof.Dr.Tevfik Salim Sağlam'ın özel bir yeri vardır. O sadece iyi bir hekim, iyi bir hoca değil, hekimliğin çağdaş felsefesini, toplumsal yaklaşımını benimseyen, uygulayan bir önderdi. Prof.Dr.Tevfik Salim Sağlam Üçüncü İç Hastalıkları Kliniği Direktörü idi. Biz klinik sınıflarına geçtiğimizde, kürsüsü kapatılmış ve fakülteden ayrılmıştı. Ben kendisini ilk kez 1958 yılında Sağlık Bakanlığı'nda yapılan bir Verem Savaş Danışma toplantısında tanıdım. Şimdi tartışılan konuyu hatırlamıyorum. Ben Paşaya karşı olan görüşümü oldukça sert bir biçimde açıkladım. Tartışmalar sürerken, Paşa tekrar söz aldı. Sözüne "Arkadaşım Nusret haklı" diye başladı. Toplantıda Prof.Dr.Nusret Karasu'da vardı. Önce ondan bahsettiğini sandım. Sonra anladım ki, benden söz ediyor. Tevfik Sağlam benden 32 yaş büyük idi ve büyük saygı duyulan bir kişiliği vardı. Kendine kıyasla çok genç ve deneyimsiz bir hekime karşı tutumu beni çok etkilemişti. O tarihten sonra ölümüne kadar 5 yıl onunla sık sık beraber olduk. Kimi zaman görüşlerimiz çelişti, ama her zaman, bu ülkenin insanlarına daha sağlıklı bir yaşam sunma amacına ulaşmak için kendisi-

81 yaşında 25 yaşındaki bir genç kadar ilerici ve bugünkü çağdaş gelişmelerin savunucusu olan Tevfik Sağlam, her zaman toplum sağlığını öncelikleri arasına almış, yılmadan çalışmış, düşüncelerin arkasında durmuş ender yetişen değerlerden biri olarak hafızalarımızdaki yerini almıştır.

ne hizmet ettim, o da bana yardım etti."

81 yaşında 25 yaşındaki bir genç kadar ilerici ve bugünkü çağdaş gelişmelerin savunucusu olan Tevfik Sağlam, her zaman toplum sağlığını öncelikleri arasına almış, yılmadan çalışmış, düşüncelerin arkasında durmuş ender yetişen değerlerden biri olarak hafızalarımızdaki yerini almıştır.

Kaynaklar

* Prof. Dr. Nusret Fişek, Toplum ve Hekim, Sayı 47, Ekim 1991

Analitik ve kritik düşünce üzerine

Prof.Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965 yılında Kahramanmaraş'ta doğdum. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 1994 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümünde Yrd. Doç., 1996 yılında Doç., 2002 yılında Profesör oldum. 2001-2002 arasında Chicago'da Rush University Medical Center'da Sleep Disorders Service'de visiting professor olarak çalıştım. 2002 Ağustosundan bu yana Van'da görevimi sürdürmekteyim. Uyku, rüya ve hipnoz konularında çalışmaktayım.

Düşüncenin insan varoluşunun en önemli boyutlarından birisi olduğu gerçeğini yadsıyamayız. Yalın haliyle düşünce nedir? Tefekkür etmek, bir sonuca varmak amacıyla incelemek, karşılaştırmak ve aradaki ilgilerden yararlanarak düşünce üretmek, zihni yetiler oluşturmak, muhakeme etmek, aklından geçirmek, göz önüne getirmek, zihniyle arayıp bulmak, akıl etmek, ne olabileceğini önceden kestirmek, tasarlamak ve bunlara benzer diğer ifadeler ya

da kavramlar... Bu ifadelerin ya da kavramların tümü düşünmeyi tanımlayabilir ancak soyut bir kavram olduğundanyine de tatmin edici bir izah bulabildiğimizi söylemek zordur.

Düşünce ya da düşünmek doğuştan beri var olan bir yetenek midir? Duyum ve izlenimlerden ayrı olarak aklın bağımsız ve kendine özgü durumu, karşılaştırmalar yapma, ayırma, birleştirme, bağlantıları ve biçimleri kavrama yetisidir. Akıl, sahiplerine doğuştan bağışlanmış zihinsel faaliyetidir. İnsan zihninin yüksek işlevlerindendir.

Düşünme bir eylem ise düşünce bu eylemin bir sonucudur. Düşünce ve düşünmenin birçok çeşidinden söz edebiliriz: İstem dışı düşünme, istemli düşünme, istenmeyen düşünce, isteyerek düşünme, bilimsel düşünme, mantıklı düşünme, mantık dışı düşünce, kuşkucu ya da paranoid düşünce, somut düşünce, majik düşünce, otistik düşünce, kalıplaşmış düşünce, hezeyan, vb düşüncenin patolojik olan ve olmayan örnekleri arasında sayılabilir.

Muhakeme, irade, önsezi, sezgi, öngörü, yine kültürümüzde var olan feraset, basi-





ret, akıl, zihin, fehim gibi kavramlar da düşünme eylemi ve düşünceyle yakın ilişkisi olan kavramlardır. Tahayyül etme, hayal etme, zihinsel kurgulama, zihinsel tasarım, zihinde canlandırma da ilişkili kavramlardır. Daha da ötesi, gözlerimiz açıkken farkında olmadan aklımızdan geçen olay ve nesneler ya da bunların değişik düzeydeki tasarımları; bilgisayar başındayken zihnimizde canlanan olaylar; pencereden dışarı bakarken aklımızdan geçenler ya da beklenmedik bir şekilde orayaburaya giden düşüncelerimiz düşünme ve düşüncenin farklı şekillerini oluşturur. Gözlerimiz kapalıken istemese bile aklımıza gelenler ya da aklımızdan geçenler... Bunlar uyanırken gördüğümüz düşler' şeklinde yorumlanabilir. Son olarak, uyumuzda zihnimizden geçenler; yani rüyalarımız... Rüyalarda da bilinç var ve rüyalarda da düşünüyoruz. Rüyalar, birden fazla düşünce zincirinin birbiri ardınca sıralanması mı acaba? Rüyalarındaki düşüncelerimiz bizim kontrolümüzde mi?

Düşünce süreci bir sorun ile karşılaşma, sorunun sınırlarını belirleme ve netleştirme, muhtemel bir çözüm bulma, çözümü mantıksal olarak uygulama ve sonuçları elde etme gibi aşamalardan oluşur.

Derinlemesine düşünme ise düşüncenin bir adım daha gelişmişidir. Önyargılardan uzak olma, açık fikirli olma ve şüpheli olma aşamalarını içerir.

Analitik ve kritik düşünce ise derinlemesi-

ne düşünceden de ileri bir adımdır. Düşünceyi tanımlamanın güçlüğü analitik ve kritik düşünme için de geçerlidir. Bu zorluğa rağmen şu tanımlama yol gösterici olabilir: analitik ve kritik düşünme; yaratılıştan bağışlanmış zihinsel yeteneklerle aktif bir biçimde; gözlem, tecrübe, tefekkür, nedensel sonuç ilişkisi kurma işlevleri ve/veya iletişim yoluyla toplanmış ya da edinilmiş bilgilerin entelektüelbilimsel seviyede ve belli bir disiplin içinde tanımlanması, değerlendirilmesi, kavramsallaştırılması, analiz edilmesi, karşılaştırılması, sentezlenmesi, yorumlanması ve uygulamaya geçilme aşamasına gelmesi sürecidir. Analitik ve kritik düşünme bir beceridir; bununla birlikte aynı zamanda bir tutumdur.

Analitik ve kritik düşünme bireyin karar verirken akla uygun ve derinlemesine düşün(ebil)me sürecidir. Zihnin bilişsel sorgulama etkinliği, derinlemesine düşünme ve yeniden yapılandırma gibi bilişsel pratikleri içerdiği göz önünde tutulursa analitik ve kritik düşünme anlamlandırma ve problem çözme gibi iki temel yeteneği gerektirir. Günümüzde yetişmiş meslek erbabı insanların, münevverlerin, mütehassısların, eğitimcilerin, tüccar ve sanayicilerin neticede akıllı eren her iyi niyet sahibinin dünya gidişatını yönlendirmeye çalışan sistem ve organizasyonları daha iyi tanıyıp politikalarını ve neticelerini hesap edebilmeleri için de kritikanalitik düşünmeyi öğrenmeleri kaçınılmazdır.

Bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında önümüzde iki seçenek vardır: Birincisi, ne

Düşünce süreci bir sorun ile karşılaşma, sorunun sınırlarını belirleme ve netleştirme, muhtemel bir çözüm bulma, çözümü mantıksal olarak uygulama ve sonuçları elde etme gibi aşamalardan oluşur.

olursa olsun kabul etmek ve ikincisi de kişisel kararımıza ulaşmak için biraz çaba sarf ederek sorular sormak. Analitik ve kritik düşünme ikinci seçeneği hedefler. Buradan bakıldığında analitik ve kritik düşünme doğru soruları sorabilmek demektir. Doğru sorular sormanın faydası nedir? Kritik sorular bir dürtü sağlar ve kritik düşünce için yol gösterir. Daha iyi seçenekler, kararlar ve yargılar için bizi teşvik eder. Bir makaleyi okurken, bir konferansın kalitesini sorgularken, bir tartışmayı şekillendirirken, bir vatandaş olarak oy verirken, alışveriş yaparken doğru sorular sorabilmeli ve kritik ve analitik düşünabilmelidir.

Analitik ve kritik düşünme bir bilişsel aktivitedir. Zihnin kullanımını gerektirir. Dikkat, kategorizasyon, seçme ve muhakeme etme işlevlerinin eşgüdüm içinde kullanılmasına bağlıdır. Bu tarafından bakıldığında analitik ve kritik düşünme psikoloji ve psikiyatrinin yakın ilgi alanı içinde yer almalıdır.

Analitik ve kritik düşünmeyi öğreten kitaplar alalım ve anlayarak okuyup, günlük hayatımızda tatbik edelim.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon, Performans Yönetimi Kongresi yapıldı

SD Dergi

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon, Performans Yönetimi Kongresi 15-19 Kasım 2006'da Antalya'da yapıldı. Kongre Kamu Araştırmaları Vakfı (KAV) ve Sağlık Kalite Derneği (SAĞ-KAL) tarafından düzenlendi.

Son yıllarda sağlıkta kalite çalışmalarını genelde ve kendi kurumlarında özendiren Sağlık Bakanlığı, kongreye her açıdan büyük destek verdi. Sağlık Bakanlığı'ndan iki müsteşar yardımcısı kongrede oturum başkanı olarak görev yaptı.

Kongreye Joint Commision Accreditation (JCI)'nin Avrupa genel müdürü de katıldı ve "sağlık hizmetlerinde akreditasyon" adlı kongre açılış konferansını sundu. Kongrenin diğer konferansları sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve sağlıkta kalite konusundaydı.

Kongredeki panel konuları sağlıkta kalite uygulamaları, sağlık kurumlarında akreditasyon, sağlıkta performans yönetimi, finansman ve kalite ilişkisi idi.

Paralel olarak yapılan oturum konuları; sağlık hizmetlerinde bilgi yönetimi ve bilgi teknolojileri, sağlık hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde risk yönetimi, acil sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği, sağlık hizmetleri tıbbi uygulama hataları ve hukuki

sonuçları, hasta hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, sağlık hizmetlerinde ARGE ve verimlilik, sağlık hizmetlerinde enfeksiyon kontrolü ve önleme, laboratuvar hizmetlerinde kalite idi.

Kongre süresince her gün akreditasyon almış olan üç kuruluş kendi kalite çalışma deneyimlerini sundu.

Kongre sunu özetleri ve konuşmacıların kısa özgeçmişleri program –özet kitapçığında yer aldı. Kongreye yaklaşık 650 kişi katıldı ve katılımcılar çoğunluk itibarıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerine mensuptu ve hemen her bölgeden/ilden katılım vardı.

Oturumlar büyük ilgiyle izlendi ve hemen her oturum sonrası pek çok soru soruldu, katkılar kondu.

Kongre uluslararası nitelikte olarak ilan edilmesine rağmen konuşmacılar dışında başka ülkelerden katılımcı yoktu.

Yorum

Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda kalite ve akreditasyon konusundaki çalışmaları özendirici, desteklemesi sevindirici bir gelişmedir. Bilindiği gibi akreditasyon üst düzeyde standartları gerektirir ve dünyada genel olarak gönüllülük esası üzerinde yürütülür.

Bununla birlikte ülkemizde kamu ve özel hastanelerinin önemli bir oranda asgari standart düzeyi olan ruhsatlandırma gerekleri konusunda ciddi eksiklikleri olduğu bir gerçek-

tir. Sadece ameliyathaneler ve yoğun bakımlarda fiziki yapı açısından var olan eksiklikler konunun örneklerinden biridir. Kalitenin vazgeçilmez yapı taşı olan hastane enfeksiyon kontrolünde ülkemizde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Laboratuvarlar genel olarak iç ve dış kalite kontrollerini yapmamakta ve düzenli şekilde denetlenmemektedir. Kongrede bir oturumda verilen şu örnek sorunu açıkça ortaya koymaktadır. Ülkemizde eğitim hastaneleri en yüksek standartlarda akredite olmuş olsaydı bile bir günde yanlış verilen laboratuvar sonucuna bağlı beş hasta önemli zarar görecekti. Bırakalım en yüksek standartlardaki akreditasyon düzeyini, ruhsat seviyesinde bile çalışmaları denetlenemeyen, iç ve dış kalite kontrolü yapılmayan mevcut laboratuvar sonuçları her gün kaç hastaya zarar vermektedir?

Olayın bir de klinikler yönü vardır ki oradaki durumun ne olduğunu şu anda tam bilmiyoruz. Ama giderek artan ceza ve hukuk davalarının %2530 kadarının sağlık mensubu veya kurum aleyhinde sonuçlanması ruhsat düzeyinde acil çalışma, eğitim ve denetim çalışmalarına büyük bir ağırlık verilmesini düşündürmektedir.

Sonuç olarak kalite çalışmalarını destekleme ve özendirmeye devam edilmekle birlikte ruhsat gerekliliklerine uyumun denetlenmesi acil bir zorunluluktur.

Sağlık Bakanlığı "Özel Hastaneler Yönetmeliği"nde değişiklik yapılarak yayımlandı.

27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği beşinci değişikliği yapılarak yayımlandı(21.10.2006/26326 sayılı Resmi Gazete). Daha önce 13.04.2003/25078 14.01.2004 / 2534603.03.2004/2539128/5/2004/25475 değişiklikleri yapılmıştı. Son çalışmalarla hemen her maddede az çok değişiklik yapıldı. Amaç maddesinde (madde 1) özel hastanelerin "sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine" ibaresi eklendi.

Tanımlar (madde 4) kısmına ruhsatname, faaliyet izin belgesi, kadrolu uzman tabip/kadrolu tabip, hastane yatak sayısı, hasta yatak sayısı bentleri (il) eklendi.

Genel hastaneler (madde 6) tanımında değişiklik yapılarak yatak sayısı ve zorunlu uzmanlık alanlarını temel alarak yapılmış olan A1A3 sınıflaması metinden çıkarıldı ve madde 7A ile sınıflandırma kriterleri ve puanlandırma esaslarının bakanlıkça belirleneceği eklendi. Yoğun bakım ve gözlem yatakları hariç en az on hasta yatağı bulunan ve en az dört uzmanlık dalında kadrolu uzman bulundurma, radyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulundurma zorunluluğu, hizmet satın alabilme seçeneğini de kapsayacak duruma getirildi.

Özel dal hastaneleri kapsayan (madde 7) kısmen değiştirilerek burada da A1A3 sınıflamasında genel hastanelerdeki benzer değişiklik yapıldı ve gerekli laboratuvar hizmetlerini satın alabilme hakkı tanındı.

Yer seçimi (madde 8), ön izin madde (9) ve bina durumu (madde 10) konularında değişiklikler yapıldı. Bütünlük arz eden bir alan içinde olması koşuluyla "laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, acil hizmetleri, ameliyathaneler, yoğun bakım ve sterilizasyon üniteleri ile benzeri diğer tıbbî hizmetler ortak hizmet verecek şekilde planlanabilir" şeklinde değişiklik yapıldı.

Özel hastaneler teknik komisyonu (madde 11) değiştirildi. Teknik komisyona "Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığından bir mimar (11/d)" girme koşulu eklendi.

Madde 13 j ve l bentleri yürürlükten kaldırıldı.

Sağlık müdürlüğünden bakanlığa gönderme amacıyla eksiklikleri bildirme süresi 7 gün, eksik olmayan başvuruların en fazla 15 gün içinde bakanlığa gönderilmesi değişikliği yapıldı (madde 14).

Ruhsatlandırma (madde 15) konusunda değişiklikler yapıldı. Dosyası uygun bulunan hastanenin komisyonca yerinde incelenmesi, eksikliği olmayanlara 30 gün içinde gerekli izin verilmesi değişiklikleri yapıldı. Eksikliklerin tamamlanması, itirazların süresi içinde cevaplanması değişiklikleri yapıldı.

Mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı konu-

sunda kısmi değişiklik yapıldı.

Madde 19, diğer personel ile ilgili olarak kadrolu personelin çalışma saatleri dışında muayenehane veya başka bir özel hastanede çalışma izni getirildi.

Madde 20'de, hasta kabul edilen her uzmanlık dalı için en az bir yatak ayrılması, merkezi oksijen ve vakum tesisatı zorunluluğu getirildi.

Madde 21'de hemşirelik istasyonunda ilaç hazırlama alanı, ve her hasta odasına bağlantılı bir çağrı sistemi kurulması şeklinde değişiklik yapıldı.

Madde 22'de hasta başına ayrılan alanlar için değişiklikler yapıldı.

Madde 23, poliklinik odalarında değişiklikler yapıldı ve poliklinik odalarında hekimin diploma, uzmanlık belgesi ve personel çalışma belgesinin asılması zorunlu hale getirildi.

Madde 24, ameliyathane ile ilgili değişikliklerde ameliyathanelerin sterilizasyon şartlarını taşıması gerektiği ve hijyenik klima ibaresine HEPA filtreli olma zorunluluğu getirildi.

Madde 25, yoğun bakım birimleri ile ilgili değişiklikler yapıldı. Yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin birbiriyle irtibatlı olmaması gerekir hükmü eklendi.

Madde 25 A'da gözlem ünitesi (ilgili dal uzmanının kısa süreli olarak hastayı gözlem altına alarak takip edebileceği, yatak başına en az altı metre kare alanı olan) kısmı eklendi.

Madde 26, Acil ünitesi ile kısmi değişiklikler yapıldı.

Madde 28, zorunlu laboratuvarların kurulması veya "bu hizmeti bakanlıkça ruhsatlandırılmış ve 24 saat hizmet veren, aynı belediye sınırları içindeki laboratuvarlardan veya faaliyet izin belgesinde laboratuvar bulunan ve 24 saat hizmet verebilecek aynı belediye sınırları içindeki diğer hastanelerden satın alır" şeklinde değiştirildi. Biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji, patoloji ve radyoloji laboratuvarları ile ilgili ayrı hükümler getirildi.

İç hizmet yönergesi ile madde 42 ayrıntılı bir hale getirilip, bütün hizmet alanlarındaki çalışma esaslarının mesul müdür tarafından yazılı hale getirilmesi zorunlu hale getirildi.

Madde 46, 46A ve 47 yürürlükten kaldırıldı.

Kayıtların bilgisayar ortamında tutulması (madde 50) özellikle yedekleme ve güvenlik konusunda daha ayrıntılı olacak şekilde değiştirildi.

Bilgilendirme ve tanıtımla ilgili madde 60'da kısmi değişiklik yapıldı.

Denetim, faaliyet durdurma, ruhsatın geri alınması maddelerinde (6163) değişiklikler yapıldı. Temel değişiklik hizmet alanlarının ruhsat yerine faaliyet izin belgesi ile düzenlemesi konusunda

yapıldı. Personel çalışma belgesi olmayanların özel hastanede çalıştırılma yasağı getirildi.

Eskiden ruhsat alanların, uymak zorunda olmadıkları veya belli bir süre içinde uyum sağlayacakları ek maddeler yönetmeliğe eklendi (ek madde 13).

Özel hastaneler denetim formunda eksiklikler ve uygulanacak müeyyideler konusunda değişiklikler yapıldı. Hastane enfeksiyon kontrolü ile objektif değerlendirme kriterleri getirildi.

Yorum

Bürokrasiyi azaltan, hastane açma işlemlerinde müracaatların cevaplanması kuralının getirilmesi, bazı konularda valiliklere yetki verilmesi, denetim formlarının genişletilip güncellenmesi ilk başta göze çarpan olumlu gelişmelerdir.

Yönetmelikle hastanelerin enfeksiyon kontrol çalışmaları için denetim formunda nesnel ölçütler belirlenmiştir. Bununla birlikte hastanelerin sınıflandırılması Bakanlıkça yapılacaktır; bunun çok iyi analiz edilerek nesnel ölçütlere göre yapılması önemlidir.

Anestezi uzmanları için parttime ibaresi kullanılırken, diğerleri için kullanılmıyor ve tanımla kısmında kadrolu tabip dışında parttime/kısmi zamanlı çalışan tabip ifadesi bulunmuyor. Giderek işlevsiz hale gelen muayenehaneler yerine özel hastaneleri tercih eden kamuda çalışan hekimin durumu denetleme formundaki izin alma sorusu dışında net ifade edilmemiş durumdadır.

Özel hastanede kadrolu çalışan kişi muayenehane ve özelde kısmi zamanlı "parttime" çalışabiliyor. Özel muayenesi olan bir cerrahın farklı hastanelerde yaptığı ameliyatlardan hangi kategoriye girdiği belli değildir.

Konsültasyon hizmeti satın almaya değinilmiyor; halbuki tüm laboratuvar hizmetlerinin satın alınabilmesi yenilik olarak getirilmiş durumdadır.

Negatif basınçlı oda zorunluluğu düzenleme girişimine rağmen yeniden enfeksiyoncunun çalışması ile irtibatlandırılmıştır. Halbuki negatif basınçlı oda tüberküloz, suçiçeği, kızamık, SARS için gereklidir. Bu hastalara enfeksiyoncular dışında çocuk hastalıkları, göğüs hastalıkları ve diğer uzmanlar bakabilmektedir. Konuyla ilgili getirilen 100 yataklı hastane olma olumlu bir adımdır.

Sonuç olarak bazı önemli yenilikler getiren özel hastaneler yönetmeliği, bazı konularda ivedi olarak değişikliklere ihtiyaç duymaktadır. İdeal olarak sadece özel hastaneleri değil, tüm kamu kurumlarını da kapsayan bir sağlık kurumları yönetmeliğinin çıkarılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi: sorunlar ve çözüm önerileri

Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpınar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesini bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı (1986-1991). Doçentlik unvanını 1994'de aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishalleri ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.

Sağlık hizmetleri, tüm dünyada gelişen teknolojinin sunduğu imkanlar, standartların yükselmesi, artan refahtan herkesin yararlanmak istemesi nedenleriyle giderek daha pahalı hale gelmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmeti her üç düzeyde çok büyük bir ağırlıkla Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Tıp fakültesi hastaneleri üçüncü basamak hizmetler sunmaktadır. Son yıllarda özel sağlık sektörü de giderek gelişmektedir. Sağlık hizmetlerinin çok yetersiz kalan denetlenmesi ise Sağlık Bakan-

lığınca yapılmaktadır. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı mevcut haliyle politika belirleyen, hizmet sunan ve denetleyen durumundadır.

Denetlenmenin yeterli yapılmadığı ülkemizde sağlık hizmetlerinde tek elden belirlenen sağlık hizmetleri fiyatları kaliteli hizmet sunan kurumlarca yeterli görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde alternatif bir ücretlendirme sunan Türk Tabipler Birliği'nin önerisi ise devletin ilgili kurumları tarafından benimsenmemektedir.

Bu koşullar altında klinik ve laboratuvar hizmetlerinin önemli bir kısmının belirlenmiş fiyatlarla yapılamaması hasta katkı paylarını gündeme getirmektedir. Bu durum sigorta kapsamında

prim ödeyip hizmet bekleyen vatandaşlara hizmet almada kısıtlama veya fark ödeme gibi olumsuz seçeneklerle yansımaktadır.

Ulusal geliri 3-4 bin dolar olan bir ülke olarak 5-6 kat daha yüksek ulusal gelire sahip ülkelerdeki hizmetin aynısını almaya çalışan vatandaş karşısında halka bu gerçek açıklanmakta, vatandaşın hizmette kalite beklentisi ile ri ülke düzeyinde olmaktadır.

Doğrusu bu milli gelirle ABD veya gelişmiş AB ülkelerinde alınan sağlık hizmetini alabilmek imkan dahilinde değildir. Kaldı ki, ilgili ülkelerde de sağlık hizmetleri alanında ciddi sorunlar mevcuttur. Devletin her şeyle finanse ettiği kurumlar için bile uygun ol-



mayan fiyatlandırma politikalarıyla hizmetlerin verilmesi istenmektedir. Bu durumda hizmet kalitesini doğrudan ilgilendiren ücretlendirme politikaları gerçeklerin çok altında kalınca sübvansede edilmeyen hizmet sunan kurumlar zorunlu olarak fark alma yoluna yönelmektedir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamakta hasta yükü iyi analiz edilerek, konuyla ilgili gerekli rehberler hazırlanarak, ülke çapında bunlarla ilgili eğitimler yapılarak yapılması gereken "paket fiyat sistemi" doğrusu aceleyle uygulamaya sokulmaya çalışılmış, ama bu girişim bilindiği gibi Danıştay tarafından durdurulmuştur.

Ülkemizde sağlık hizmetlendirme ve ücretlendirme politikalarında nesnel ölçütlere göre karar verildiği konusundaki tartışmalar uzun yıllardır devam etmektedir. Hekim ve diğer sağlık personeli için uygulanan ücret politikaları bu yazının konusu değildir. Doğrusu bu konudaki ücret yetersizliğini kabul eden Sağlık Bakanlığı'nın "performans" adı altında ücretlere katkıda bulunması yeterli izahı sunmaktadır. Performansa dayalı sistemin olumlu yanlarını takdir etmekle birlikte, uzmanlık alanları arasında adil olmayan sonuçlar doğurduğu bir gerçektir. Özellikle dahili uzmanlık alanlarının mağdur olduğu görülmektedir. Performans sistemi mevcut haliyle gelirler ve giderler dikkate alınmadan belirlendiği için çok yakın gelecekte ciddi ödeme sorunlarıyla karşılaşılacağını düşünmekteyim.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi nasıl belirlenmektedir? Ülkede hemen herkesi dolaylı olarak ilgilendiren bir konuda kararlar nasıl alınmaktadır? Asgari ücret tespit komisyonuna benzer bir çalışmayı hak eden sağlık ücretlerini belirleme işi, uzun yıllardır sorunlu bir alan olarak durmaktadır.

Ücretlendirmelerdeki yanlışlıklar, eksiklikler sunulan hizmeti doğrudan etkilemekte; yetersiz ücretlendirme konuyla ilgili hizmet sunumunu aksatmaktadır. Ruhsatlandırma düzeyinde bile yetersiz olan denetim nedeniyle işini doğru yapmaya çalışan kurumlar mevcut ücretlendirme politikaları nedeniyle mağdur olmaktadır.

Bu yazıda konuyu bütün örnekleriyle ele almak mümkün değildir, ama birkaç temel noktaya temas edeceğiz. Son yıllarda giderek azalmakla birlikte sağlık hizmetleri sunumunda ücretlendirme listelerinde

yanlış örnekler çokça bulunurdu.

Örneğin virolojik tetkikler başlığı altında hemen hiç uygulama olmayan toksoplazma sukroz gradyent testinin bulunması; tüberkülin deri testinin ve PPD testinin başka başlıklar altında farklı fiyatlandırılması, moleküler testlerin fiyatlarının standardize edilmemesi sonucu farklı birimlerin fiyat uygunluğu nedeniyle farklı başlık altında sunulanlardan yararlanarak yapılması. Konuyla ilgili bir örnek de, moleküler mikrobiyolojik inceleme ücretlerinin bir kısmı uzun bir süre genetik testler başlığı altında sunulanlara göre tahsil edilmiştir.

Klinik ve laboratuvar hizmetlerinin fiyatını belirlemede ölçütlerin ne olduğu, hangi kurumlara veya bilim adamlarına danışıldığı tarafımızca bilinmemektedir. Performans sistemi için aynı itirazlar geniş bir hekim kitlesi tarafından seslendirilmektedir.

Fiyat belirlemesi bazen de devletin zararına olacak şekilde yapılabilmektedir. Bilindiği gibi belli bir dönem hemogram için devlet gereksiz ödeme yapmıştır.

Konuyla ilgili olarak aynı sonucu veren testlerde devlet makro-ELISA sonuçlarına mikro-ELISA'ya göre iki-üç kat fazla fiyat vermiş; haliyle bazı kurumlar makro-ELISA sistemine geçmiştir. Ülkemiz, bu ve bunun gibi örneklerde olduğu gibi gereksiz yere ihtiyacın çok üzerinde cihaz alımı sonucu zarara uğratılmıştır. Ödemeler dengesi negatif olan bir ülkenin yurttaşları olarak bir sentin bile ülkede kalmasını sağlamak zorundayız.

Ücretlendirmede sadece iş tarif edilmesi gerekirken, doğrudan veya dolaylı şekilde firmaya atıfta bulunan ücretlendirmeler yıllardan beri devam etmektedir. Halbuki, hangi hallerde antibiyotik direnci için Mik yapılaşının kuralları belirlenmeli ve mevcut yöntemler ortalaması dikkate alınarak fiyat belirlenmelidir. Devlet işin, testin fiyatını belirlemeli, doğrudan firma çağrıştıran isimlerle fiyatlandırma yapılmamalıdır.

Toplum ve hastane enfeksiyonlarının çok önemli ve antibiyotik direncinin yüksek olduğu ülkemizde kültür, antibiyogram için ön görülen 1,5-3 YTL arası ücretlerin nasıl belirlendiğini izah etmek mümkün değildir. Gaita kültürü için 3 YTL takdir edilmiş olduğunu söylersek ne demek istediğimiz anlaşılabilir olur.

Örnekleri uzmanlık alanım enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyolojiden verdim.



Doğrusu bu milli gelirle ABD veya gelişmiş AB ülkelerinde alınan sağlık hizmetini alabilmek imkan dahilinde değildir. Kaldı ki, ilgili ülkelerde de sağlık hizmetleri alanında ciddi sorunlar mevcuttur. Devletin her şeyle finanse ettiği kurumlar için bile uygun olmayan fiyatlandırma politikalarıyla hizmetlerin verilmesi istenmektedir.

Bununla birlikte resmi sağlık kurumları fiyat listesi irdelendiğinde benzer sorunların değişik alanları ilgilendirdiği görülecektir.

Sorunun çözümü için öneriler:

"Sağlık hizmetlerini belirleme/tespit komisyonu" kurulmalıdır. İlgili komisyonda Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Genel Sağlık Sigortası Kurumu, Özel Sağlık Kurumlarından konuyla ilgili bilgi ve birikime sahip temsilciler yer almalıdır.

Ücretlendirmenin nesnel temelleri belirlenmelidir. Ücretlendirmede girdiler (kit, kira, personel vb) dikkate alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı, devletçe finanse edilen kurumlardan hizmet satın alırsa haliyle daha düşük bir ücret ödeyebilir.

İlaç alanında sağlandığı gibi, en ucuz üç AB ülkesi ortalaması sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi için bir dayanak oluşturabilir.

Gereksiz harcamaların önüne geçmek için belli işlem ve testlerin kullanım endikasyonları belirlenmelidir. Örneğin HbsAg kemilüminesans ne zaman kullanılmalı, hangi hallerde Mik bakılmalı, BT, MR hangi hastalıklarda ne zaman, ne sıklıkta istenebilir gibi.

Sonuç olarak, sağlıkta tasarruf, hizmetlerin ücretlerini düşük tutmakla değil, uygun rehberler eşliğinde hekimlerin gerek tanı gerekse tedavide daha akılcı davranmalarını sağlamak ve denetlemekle sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi konusunda konunun taraflarınca oluşturulan bir komisyon acilen kurulmalı ve fiyat belirleme nesnel ölçütlere göre yapılmalıdır.

Mehmet Altan ile sağlık üzerine...

SD dergi

Mehmet Altan kim dir? Mehmet Altan 1953 Ankara doğumlu. İlk, orta ve yüksek öğrenimini İstanbul'da yaptı. 1979'da doktora yapmak için Pa-

ris'e gitti. Paris I. PantheonSorbonne Üniversitesi'nde Türkiye IMF ilişkilerini inceleyen çalışmasıyla 1980 yılında uzman, Türkiye'nin ABD ve SSCB ilişkilerini inceleyen teziyle de iktisat doktoru oldu. Doktora eğitimi sırasında çeşitli gazetelerde yazdı. Cumhuriyet Gazetesi'nin Paris muhabirliğini yaptı. 1984'te Türkiye'ye döndü. 1985'te Paris'ten yazdığı denemeleri Atlı Karınca adlı kitapta topladı. Akademi Kitabevi Deneme Ödülü'nü alan bu kitaptan sonra, tezinden esinlenerek yazdığı Süperler ve Türkiye adlı bilimsel çalışması yayınlandı. Altan'ın Marx'tan Sevgilerle, Darbelerin Ekonomisi, Matadorun Ölümü, Kapitalizm Bu köye Uğramadı, Amerikan Rapsodisi, Ertelenmiş Hayatları Geri Verin, Hiçbir Şey Değişmiyorsa, Esir Çocuklar Cehennemi, II. Cumhuriyet Demokrasi ve Özgürlükler, Kıbrıs Diye Bir Ada, Bir Gece-lik Aşklar Nereye Gider adlı kitapları da var. Altan halen İstanbul Üniversitesi İktisat Politikaları Anabilim Dalı Profesörü ve Star Gazetesi başyazarı.

"Bugün ise hız her şeyin önüne geçti. Tüm insanlar anı anında tüketiyorlar.

Gençlerin zaman anlayışı ile benimki arasında fark var. Bu çağda zaman anlayışı, trenle giderken dışarı bakmak gibi... Hayatı pencereden dışarıyı ne kadar derin ve detaylı görüyorsan o kadar görüyorsun. Akışkan, renkli ama derin değil."

Değişen zamanı böyle tanımlayan Mehmet Altan ile yazdan kalma güneşli bir İstanbul sabahı Fenerbahçe'de buluştuk ve değişen sağlık anlayışını, politikalarını, teknolojiyi ve tabii doktorları konuştuk.

SD Doktorlarla aranız nasıldır?

Ben doktorlara çok saygı duyarım. Hiçbirimizin yaptığı iş doktorlarınkı kadar kutsal değil. Bizde insanların birikimlerini ödüllendirmek gibi bir gelenek olmadığı için avukatlar ve doktorlar 24 saat bedava danışma mekanizması olarak görülürler. Bunu da özel hayat açısından taşınması zor bir yük olarak algıladım.

SD Herkesin çocukluğundan kalma bir doktor fobisi vardır sizde de var mı?

Ben doktor fobisi hiç yaşamadım. Tam tersi olanaklar dahilinde yani, zaman, algılama, zihniyet, davranış gibi hastalık hastası olmadan sürekli bir doktor koruması altında bulunmamı sağlayacak bir sistem içinde olmak isterim.

SD Sağlığınıza dikkat ediyor musunuz? Hastalanmaktan korkar mısınız?

Sağlığıma çok dikkat ettiğim söylenemez. Ortalama standart bir korunma anlayışım var. Sıkıntım olursa tabii ki doktora giderim. Ama daha uygar, daha kaliteli, daha uzun süreli yaşamaya yönelik ön tedbirler konusunda tam bir Türküm.

SD Aslına bakarsanız biz doktorlar da, hastalara önerdiğimiz hiçbir şeyi kendi sağlığımız için uygulamayız.

Doğrudur ama siz yine de sınırlarınızı biliyorsunuz, insan metabolizmasını tanıyorsunuz ve nerede durmanız gerektiğini ayarlayabilirsiniz. Bizim öyle bir şansımız yok.

SD Sağlık denince insanlar sanki biraz abartmaya başladılar. Onu yemeyin, bunu yemeyin, şu kadar kalori alın, bu kadar koşun gibi... Buna rağmen insan ömrü eskisi kadar uzun değil. Bizde çok kullanılır eski toprak diye... Tüm gelişmelere rağmen insanlar artık 100'lü yaşlarını göremiyor bu bir gelişki mi sizce?

Eski topraklar söylemi doğru. Ama eski topraklar bunları yapmıyor değil. Allah rahmet eylesin babaannem öldüğü zaman ben, bu arada babaannem yüz yaşına yakın yaşadı kafamda eski toprak eski toprak nedir tam olarak anlamıyordum. Babaannemin ölümünün ardından yeniden eskiye dönüp yad ettiğimde gördüm ki eski toprak şu demek: Doğal bir ortamda şekillenmek. Metabolizmanı ve genlerini doğal bir ortamdan almak. Yani hormonsuz



meyve, sebze yemek; , oksijenli bir ortamda bulunmak; , stresin bol olmadığı bir yaşam ritminde yaşlanmış olmak. Eski toprak dedikleri bu. Ve doğru bir laf. Ama bizim şimdi böyle bir imkanımız yok. Besinlerden tutun da günlük hayat temposuna kadar bütün her şey değişmiş, dönüşmüş. Sosyolojik bir lafın günlük tercümesi olarak alıyorum ben bunu. Bunun için elbette bugün eskilere nazaran bizim sağlığımız konusunda pımpirikli davranmamız abartı değil; çelişki de değil.

SD Eskiden yaşamın ve yaşlanmanın doğal bir parçası olarak kabul edilen pek çok belirti bugün hastalık olarak görülüyor ve tedavi edilmeye çalışılıyor mesela Alzheimer gibi, sağlık kavramının sınırlarının genişlemesi neredeyse herkesi hasta tanıma sokmaya başladı. İnsanlar doğal yaşlanmalı mı bunlar hastalık olarak görülmeli mi?

Kaliteli bir yaşam aynı zamanda hayatı uzatmaktır, uygarlığın olumlu yönlerinden biridir bu, yani uygarlığın insan sağlığına etki eden olumsuz yönleri var ama bir taraftan bu faydaları da var. Bu kaliteli uzun bir yaşam tedbirleri bunun olumlu yüzü. Mesela tanıdığım bir aile var babası kendisine çok dikkat ediyor. Oğlu dikkat etmiyor. Biri hayata karşı, kendi sağlığına karşı çok titiz diğeryse tam tersi, o titizliğin tamamen abartılı bir muhalifi. İkisi de kalp krizi geçir-

di, birisi 75'inde birisi 55'inde... yani insanları hastalığa rağmen yaşatma refleksini, tersi düşünölemeyecek doğal bir çaba olarak görüyorum ben. Yaşlılığın sağlık açısından olumsuz getirileri engellenebiliyorsa bu güzel bir gelişme. Bunlar hastalandı ve ihtiyarladı artık gitsinler demek doğru değil. Ama dediğim gibi ön tedbir çok önemli, yani bu hastalıklar bilinebiliyor ve önlemleri de alınabilir.

SDEskiden insanlar daha sağlıklı yaşıyorlardı, her şeyden önce aktif çalışıyorlardı toprakta, fiziki güç harcıyorlardı, bu da onları sağlıklı kılıyordu.

Tabii Doğadan doğadan koptukça risk artıyor. Şimdi insanlar günlerini masa başında, televizyon karşısında geçiriyor, kol gücünün yerini beyin gücü aldı.

SDDoktorlar arasında çok değişik hobisi olanlar var. Müzikle, sanatla uğraşanlar. Ama siyasi arenaya baktığımızda, örneğin başbakan olan bir siyasetçi doktor yok. Sizce neden olabilir?

İyi bir doktorun siyasetle uğraşmaya ihtiyacı yok da ondan. Genellikle bir ikisi haric iyi olanları tenzih ederim, ama yeteneksiz olanlar siyasetle uğraşırlar. Siyasette olmaya özenirler. Faruk Sükan vardı mesela i-çişleri Bbakanlığı yaptı. İyi bir doktor muydu acaba. ? Meclisi bastı, zehir hafiyelik yaptı.

Kapitalizmin insan sağlığıyla ilgili bölümündeki tutumunu çok insani bulmak kolay değil. İnsanın yaşam meselesinin, parasının olup olmamasına bağlanması kabul edilebilir, içe sindirilebilir, algılanılabilir bir iş değil. Gönül, sistemin, bütün insanların sağlık sorunlarını çözebilecek bir anlayışla hareket etmesini istiyor. Bir taraftan o sektörün insan hayatına ait çözüm üreten dinamiğini bozmayacağız ama bir taraftan da insan hayatını parayla irtibatlamayacağız. Böyle bir şeye ihtiyaç var. Ama nasıl yapılır. Sağlık ekonomisi çok zordur.

SDUzun yıllardır İstanbul Üniversitesi'nde öğretim üyeliği yapıyorsunuz. Rektörlük makamını yıllardır elinde tutan tıp kökenli akademisyenlerle aranız nasıldı? İÜ Rektörü hekim değil de başka bir meslekten olsaydı farklı olur muydu?

Türkiye'de üniversite kavramı ve öğretim üyeliği kavramı devlet memurluğu kavramından farklı değil. Yani Orman Bakanlığına bağlı bir işletme şefliğiyle üniversite arasında fark kalmadı. Çalışanları arasında da algılama yahut zihniyet, davranış yönünden bir fark kalmadı. Gerçek bir bilim adamı evrensel düzeyde kendi işini yapan birisidir ve özgürlüklerden yanadır, medeni cesareten yanadır. Bir şekilde biz hem akademisyenleri hem öğretmenleri memur yaptık. Devletin memurları haline geldiler.

Onun için tıp dışı tıp içi fark etmiyor ama tıp daha sistemin içinde bir parçadır. O kadar büyük bir rant var ki, o rantın peşinde koşarken sistemle ilgili en ufak bir eleştiri yapılmaz. Norm meselesi mevcut sistemin rant payından en büyük parçayı alabilmektedir. Hiçbirinden Avrupa standartlarında bir lise talebesi düzeyinde sistem, rejim eleştirisi duymazsın. İşinin yoğunluğu dışında da sistemin içindeki konumunu güçlendirmekle ilgilidir. Tabii bunun istisnaları var. Hepsini söyleyemiyorum ama esas etkin

Gençliğime oranla hastanelerin çok daha modernleştiğini görüyorum. Yani hastanın sisteme başvurusundan kabulüne kadar, ortamdan, imkanlardan yana ciddi bir gelişme var. "dün gece uyuyamadım" dediğin vakit, bunu bir cümle olarak algılamayacak, sosyolojik olan sığıltıktan ve duyarsızlıktan farklı bir eğitimin gerektiğini düşünüyorum.



olanlarından hiçbir şekilde böyle bir şey duymazsın.

SDMehmet Bey, liberal ekonomi ile ilgilenen bir insansınız. Liberal ekonominin de gördüğüm kadarıyla en zayıf olduğu konu sağlık yönetimi. Sağlık yönetiminde liberal ekonomi ne kadar rol almalıdır. Amerika örneği var Avrupa örneği var, siz ne düşünüyorsunuz bu konuda?

Çok zor bir konu. Konu sağlık ve piyasaya bırakılmayacak kadar da hassas.... Çünkü piyasa bir verimliliği oluşturuyor. O kaynakların iyi kullanılması, nitelikli olanların ödüllendirilmesi bir dinamizmin sağlanması açısından önemli. Ama sosyalizmle liberalizmin arasındaki fark sosyalizm insanları eşit var sayar, liberalizm ise eşit var saymaz ama şanslarının eşit olmasını sağlar.

O şanssı iyi kullananlar ile kullanamayanlar arasında bir fark oluşur. İnsanın var oluşunu oluşturan sağlık meselesini böyle bir piyasa algısına bırakmak çok kabul edilir bir şey değil. Onun için de gelişmiş ülkeler sosyal sistemlerini çok geliştirmişlerdir, Avrupa özellikle. Ama şimdi yeni bir çağ aşamasındayız ve bu yeni çağda işçi işçi sınıfına artık eskisi kadar ihtiyaç yok. Onun için sistem daha vahşileşiyor. Kriz dönemlerinde bu vahşilik artar. Kriz aşıldığı vakit bunu giderecek insani bir araniş girilir. Şu anda bu yaklaşımın sertliği, katılığı ve daha vahşiliği aslında sanayi devriminden, sanayi sonrası devrim geçişi aşamasında olmamızdan ve işçi sınıfına ihtiyaç azalmasından.... buna ne yapılabilir. ? Mesela çok gayri insani davranışlar var. Teknolojiyi üreten ülkeler çok sayılı. Bunlar nerdeyse

tekel halinde ve inanılmaz fiyatlarla ilaçları satıyorlar. Fakir bir adam kanser hastası olduğu zaman ne olacak. Neden ilaçlar paralı olsun diye de bakılabilir. Kapitalizmin insan sağlığıyla ilgili bölümündeki tutumunu çok insani bulmak kolay değil.

SDTabii burada çok hassas kesimler var, kronik hastalıkları olanlar. Örneğin özel sigortacılara göre sigortacılığın en verimsiz alanı özel sağlık sigortacılığı ki onlar da birçok kronik hastalıkları polise kapsamına almadıkları halde, hemen hemen karsız çalışıyorlar. Bu işte karlılıktan ziyade yürütülebilirlik yeterli görünüyor.

Bu konuyu, çağın değişimiyle bağlantılı tartışmak lazım. Sosyal devlet 1945'te uygulanmaya başlandı. 29 krizi ortaya çıktığı vakit talepte öyle bir eşitsizlik vardı ki sanayileşme sonrasında malları talep edecek bir para söz konusu değildi. Yani patronların kazandıkları ile işçilerin kazançları arasındaki adaletsizlik öyle bir noktaya geldi ki, üretilen malları çalışanlar alamaz hale geldi. Sistem çöktü. 29 krizinin özü budur. Bu krizi ortadan kaldırmak, sistemi yürütmek kapitalizmi işlete bilmek için talebin artırılması gerekiyordu. Sosyal devlet öyle çıktı ortaya. Ama 75'ten sonra kapitalizm nitelik değiştiriyor. ; kol gücünden beyin gücüne geçiyoruz. ; işçi sınıfına gerek kalmıyor. onun Onun için bu kriz dönemlerinde kapitalizm kendini yeniden dizayn ederken sosyal devlet haklarını da yok sayıyor. Buna bir bakmak lazım. Bu tartışılan zor bir konu. Ama insanın yaşam meselesinin, parasının olup olmamasına bağlanması kabul edilebilir, içe sindirilebilir, algılanabilir bir iş değil. Gönül, sistemin, bütün insanların sağlık sorunlarını çözebilecek

bir anlayışla hareket etmesini istiyor.

SDGünümüzde bilimin ilerlemesi ile önceden tedavi edilemeyen pek çok hastalık tedavi edilebilir hale geldi. Ancak bu tedaviler çoğunlukla çok yüksek maliyetleri de beraberinde getiriyor. Örneğin tek bir hemofili hastasının bir yıllık tedavi maliyeti yüz bin doları bulabiliyor. Devlet ya da sigorta kurumları, bir insanı yaşatmanın azami maliyetini belirleyebilir mi?

Yani soru bile gaddar. İnsan birim olarak, para olarak, makro yönetimler bunu yapıyorlar ama çünkü bir gelir gider hesabı işine girince insanı da insan olarak değil birim olarak görme zorunluluğu ve mecburiyeti ortaya çıkıyor ama bana çok uygun konu değil.

SD Zaten tartışılması gereken de şu olmalı: ilaç sektöründeki tekelleşme fiyatların yükselmesine neden oluyor, maliyetlerin bu kadar yüksek olması normal mi?

Kamunun piyasa dışı vasıflarından biri insan sağlığıyla ilgili ucuzlatıcı bir rol oynaması, teknolojiyi geliştirmesi; , yahut koordine edip bunu denetim altında tutması gerekir. Burada da bir şey var, yani bir taraftan da muazzam bir ilerleme var. Piyasa olmasa acaba böyle ilerler mi? teknolojsi Teknolojsi ilerler mi? B bu hemen tık diye cevap verilebilecek bir şey değil. O o rekabet muazzam bir maliyette fakir olanın sırtına çöküyor yahut sosyal güvencesi olmayanın sırtına çöküyor ama bir taraftan da sürekli ortalama ömrün uzadığını, hastalıkların tedavi edilebilir hale geldiğini, yaşam kalitesinin arttığını görüyoruz. Bunlar arasındaki denge önemli. Bir taraftan o sektörün insan hayatına ait çözüm üreten dina-

miğini bozmayacağız ama bir taraftan da insan hayatını parayla irtibatlamayacağız. Böyle bir şeye ihtiyaç var. Ama nasıl yapılır. Sağlık ekonomisi çok zordur. Eğitimin finansmanı gibidir. Çünkü bunun ne kadarı özel ne kadarı kamu belli değildir. Eğitim de öyledir. Yani özele bıraktığınız vakit bunun dengeleri ne olacak. Eğitimin finansmanı da aynı. Yani çok tartışmalı, kendi içinde de zor bir konudur çok.

SDEğitim daha planlanabilir bir alan tabii.. Sağlık sistemi çok daha komplike v. Ve insan sağlığı söz konusu., M maliyetetkinlik analizleri acımasız bulunabiliyor...

Konu insan sağlığı olunca bu çok doğal. Eğer ünite olarak bakmıyorsan insana, insan olarak bakıyorsan, hümanizma açısından bakıyorsan bunun ekonomik olarak sorgulanması kolay bir iş değil. Ama tabii sistemin çok acımasız bir para kazanma bu teknolojiyi tekelleştirme Örneğin Avrupa'dan tüm teknolojiyi çektiği söyleniyor, Amerikan ilaç firmalarının ve Aamerika'ya yığıldığı söyleniyor.

SD Fransa'nın önemli bir atağı oldu. Bazı Amerikan şirketlerini devletin de desteği ile satın alarak dev ilaç şirketleri ortaya çıkardılar.

Yani insan sağlığı ve piyasa ilişkileri zor ilişkiler. Ama bunun söylediğim gibi formülünü bulmak lazım, yani hem teknolojinin dinamizmini kesmeyecek bir itici fonksiyon, hem de insanoğlunun yaşamını sosyal statüsünden bağımsız olumlu bir şekilde değerlendirecek bir şekilde mekanizma. İkisi nasıl olur tam bilemiyorum.

SD İlaç sektörümüzde yabancı şirketlerin ağırlığı giderek artıyor. Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde patent hakkı düzenlemelerinden sonra yerli ilaç firmalarının yabancılarla rekabeti giderek daha zorlaşıyor. Öte yandan yerli ilaç sanayimiz araştırma geliştirmeye yeterli yatırımı da yapmıyor.

Tabii benim söylemeye çalıştığım korsanlık yapalım anlamına değil. Yani sen adamın patentini para ödmeden al, buradan muazzam bir servet yap, bunu araştırma ve geliştirmeye yönelme, ondan sonra AB, kardeşim siz bizden patent çalışırsunuz dediğinde de sinirlen. Bu kabul edilebilir bir şey değil. Söylediğim o değil tabii ki. Yani soygunculuk, korsanlık değil.

SDTürkiye'de Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde sağlık alanında birtakım gelişmeler yaşanmakta. Siz de bu gelişmeleri fark et-

tiniz mi, gözlemleriniz neler?

Ben kamu hastanelerine de gidiyorum özel hastanelere de gidiyorum. Gençliği-me oranla hastanelerin çok daha modernleştiğini görüyorum. Yani hastanın sisteme başvurusundan kabulüne kadar, ortamdaki imkanlardan yana ciddi bir gelişme var. Ama personel kalitesi açısından aynı şeyi söyleyebilir miyiz orada zorlanıyorum. Yani bizim hastaneyle ilgili hizmet sisteminde bir modernleşme ve teknolojik olarak yenilenme görüyorum ama tıp eğitiminizin ve tıp eğitiminin sonuçlarının da aynı şekilde olumlu bir biçimde dönüştüğü konusunda endişelerim var, yani eski ve yeni doktor ayrımı yapıyorum maalesef .

Ben dün gece uyuyamadım dediğim vakit, bunu karşıdaki nasıl algılar. ? Bu bir cümle midir. ? Bir insanın 8 saatini kötü geçirdiğini ifade eden bir zamanı kapsayan bir anlatım mıdır. ? Yoksa bir insanın uykusunu kaçırarak daha derin sorunları olduğunu mu söyler. ? Hayatımızın arttığı vakit derinlik derinliği azalıyor, algılama azalıyor. Onun için de, sosyolojik olarak da doktorluk olarak gibi çok insanın var olma, yaşar kalma güdüsünü cevaplayacak bir meslek dalının aynı zamanda kendi içinde de duygusallığının derin olması lazım. Mesela hastayım dediğin vakit, geçmiş olsun denir, ya da arkadan biri geliyorsa kapı kapatılmaz tutulur. En azından insani ve şekli nezaket kurallarının bile arandığı bir ortamda ki duruş da beni ilgilendiriyor. Oradan da bir sıkıntı var; : duyarsızlık. Duyarsızlık ve doktorluk doktorluğun bir arada olması çok zor. Ama bir zaman sonra duyarsızlaşıyor galiba; ona da hak veriyorum zaman zaman, ama dün gece uyuyamadım dediğin vakit bunu bir cümle olarak algılamayacak, sosyolojik olan sığıltan ve duyarsızlıktan farklı bir eğitimin de gerektiğini düşünüyorum. Yani doktorlara edebiyat da öğretilmeli hümanizmanın sürekli canlı tutulacağı bir boyut da verilmeli.

SD Doktorlar da biraz da Tanrı'ya öykünme var. Yani insanların hayatının biraz da onların bilgisine, yeteneklerine bağlı olması da etkili olabilir mi bu davranışlarda?

Bunun gizli bir zevki var tabii. Hastanın hayatıyla ilgili karar verici olması bir yana, hastanın doktorun ne diyeceğine konsantre olması, ona karşı dikkati, başka hiç bir yerde yok. B bunun tadını çıkarmak isteyenler de olabilir tabii.

insanları hastalığa rağmen yaşatma refleksini, tersi düşünülemeyecek doğal bir çaba olarak görüyorum . İnsanın var oluşunu oluşturan sağlık meselesini böyle bir piyasa algısına bırakmak çok kabul edilir bir şey değil.

SD Bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde, hastanın da belli bir düzeyde sağlık kültürünün olması gerekmez mi, doğru iletişimi kurabilmek için?

Bu doğru aslında. Tıpla ilgili meselelerin aslında eğitimin de bir parçası haline getirilmesi lazım. O kültürün oluşturulması lazım. Karaciğer ne işe yarıyor, apandisit ne işe yarıyor, ortakulak nedir, falan bunun zoraki bir ders olarak değil de insan bünyesini tanımak, dengeli beslenmek doğayla uyumunu sağlamak, gibi.. Ama bunu da kesin kes söylemek çok zor. Tıp da bütün bilimlere gibi hayat değişikçe değişen bir şey, bunun mutlak bir doğrusu yok ama şu var ki, sahiden ömür ortalaması uzuyor daha etkili olabiliyor.

Mesela 50 ile 60 yılları içinde beyin hastalıkları olanların ön lobunu kesiyorlar. Sonra da biz yanlış yapmışız diyorlar ama o on yıl boyunca insanlar gidiyor. insanoğlu ne kadar gelişmişse bilim de o kadar gelişmiş. B bu nihai ve mutlak bir doğru değil ki, onun için bunun bir asgarisi karşılıklı cehaleti ortadan kaldıracak minimum bir bilgiye ihtiyaç var. Aynı şey hukuk için de geçerli. Hangi sorunda hangi mahkemeye başvurulur. ? Bunu ortalama bir Türk vatandaşı, onu bırak ortalamanın üstündeki de, bilmez. Ama Fransa'da bütün adliyelerde ceza sistematikinde başvurulacak mahkemeleri irtibatlayan basit şeyler vardır. Komşuyla kavga edersen ne olur, adam yaralarsan ne olur, gibi. Onun için asgari temel bilgilerin yaygınlaştırılması gerekir. Tabii ki ilkokul 4'ten terk bir ülkeyiz onun getirdiği muazzam bir sıkıntı da var.

Sağlık Bakanı Prof. Akdağ: "Sağlıkta adalet ve kalkınma dönemi başladı."

SD Dergi

Bir yılı daha ardımızda bırakırken tüm yenilikleri, tartışmaları, farklılıkları ile sağlıkta bir dönem daha geri de kaldı. Bu bir yılda yapılan icraatları Sağlık Bakanı Prof.

Dr. Recep Akdağ'a sorduk. Bakan Akdağ, Mecliste bütçe görüşmelerinin yoğunlaştığı şu günlerde bizi kırmadı, bir yılın muhasebisini de ortaya çıkaracak sorularımızı cevapladı.

Sağlıkta yaptıklarınızı bir cümle ile özetlemeniz gerekse ne derdiniz?

Sağlıkta adalet ve kalkınma dönemi başladı.

Sağlıkta dönüşüm programını yürütürken önceliğiniz nedir?

Hükümet olarak her alanda olduğu gibi, sağlık politikamızın merkezine de "insan"ı koyduk. Her ne yaparsak yapalım **"önce insan"** diyerek yola çıkıyor ve insanımız adına önemli hizmetler gerçekleştiriyoruz. Bu maksatla "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı geliştirdik ve icrasına başladık.

Aile Hekimliği uygulaması ne durumda?

Düzce, Eskişehir, Bolu ve Edirne illerimizde aile hekimliği uygulamasına başladık.

2006 yılı sonuna kadar yedi, 2007 yılı içinde on ilimizde daha aile hekimliğine geçiyoruz. Avru-

pa'nın on yıllar önce uygulamasına başladığı bu sistem muhaliflere tartışıla dursun, halkımız bize kendi illerinde ne zaman bu uygulamayı başlatacağımızı soruyor. Vatandaşımız farkı görüyor: En bariz fark hekimimizin ailenizden birisi olmasıdır.

Aile hekimleri vatandaşımızın sağlık kayıtlarını tutacak, takip ve kontrollerinizi yapacak; sağlık risklerinizi belirleyerek birinci basamak koruyucu hizmetlerinin, tanı ve tedavi hizmetlerini verecekler.

Aile hekimliği sistemimizin temel felsefesi, bireyin sağlık hizmetini kendi seçtiği ve güvendiği hekimden almasıdır. Bu sistemde hekimlerin kazancı, kayıtlı kişi sayı-





sı ile bağlantılı olduğu için vatandaş memnuniyeti büyük önem taşımaktadır. Birey, hekimini seçme ve değiştirme konusunda serbest olacaktır. Etkili ve kabul edilebilir bir sevk zinciri kurabilmenin önemli bir şartı da budur. Sevk zinciri tek yönlü bir yol değildir. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekime, sevk ettiği hastanın hastanelerde aldığı hizmetin geri bildirimi, tıbbi kayıt sistemimizi güçlendirecektir.

Aile Hekimliği uygulamasını bütün yurda yaygınlaştırmak istediğinizi biliyoruz. Bu arada Sağlık Ocaklarını bilerek ihmal ettiğiniz söyleniyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi öngörüyor. Aile hekimliğini de bunun için getiriyoruz. Bu arada, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek için sahip olduğumuz imkanları da seferber ediyoruz.

Sağlık ocaklarının alt yapısını ve insan kaynaklarını güçlendirerek hastanelere sevk oranını azalttık.

Sağlık ocaklarında "Her hekime bir muayene odası" prensibiyle, atıl kapasiteyi harekete geçirdik; doktor odası sayısını %120 artırdık. Göreve geldiğimizde sağlık ocaklarında çalışan hekimlerimizin sadece %45'inin muayene odası vardı. Bu oranı %95'e yükselttik.

Son dört yılda sağlık ocaklarında muayene olan kişi sayısı %75 arttı. Aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı ise %20 azaldı. Bir hastaya ayrılan muayene süresi artmış oldu.

Mevcut kapasiteyi rasyonel kullanarak hem verimliliği artırdık, hem de kaliteyi.

Kırsal bölgelerde sağlık hizmetini en ücra köşelere ulaştırmak amacıyla, gezici sağlık hizmeti uygulamasını geliştiriyoruz. Belirli merkezlerde istihdam ettiğimiz sağlık personeli, öncelikle hamileler, bebekler ve sürekli hastalığı olan vatandaşlarımızı takip etmek üzere önceden duyurulmuş tarihlerde periyodik köy ziyaretleri yapıyor.

Koruyucu hekimlik, örneğin aşılama ihmal ediliyor mu?

Geleceğimizin teminatı çocuklarımızı teminat altına almak için aşılamaya ayrılan bütçe 2002 yılında 14 milyon YTL idi, bugün 156 milyon YTL. Ayrılan ödenek 2002 yılında 1999 yılına göre reel olarak yalnızca %12 artmışken, 2006 yılında 2002 yılına göre bu oran reel olarak %385 arttı.

Hamdolsun harcadığımızın karşılığını da alıyoruz. Kızamıklı vaka sayısı 1993 yılında 34 bin, 1996'da 27 bin, 1998'de 27 bin, 2001'de 30 bin iken 2006 yılı 11 aylık vaka sayısı sadece 34'tür.

Göreve geldiğimizde aşılama oranı yurt genelinde %78 idi. Şırnak, Hakkari, Diyarbakır illerimizde bu oran %50'nin bile altına inmişti. Bugün %93 oranını yakaladık. Geçmişte aşılama oranları en düşük olan illerimizde bile %80'in üstüne çıktık. (Mesela Diyarbakır'da %85, Şırnak'ta %87, Hakkari'de %90). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 yılı raporuna göre Avrupa Bölgesi aşılama oranı %94'tür.

2007 yılı için tüm imkânlarımızı seferber ederek %95 gibi oldukça yüksek ve iddialı bir oranı hedefliyoruz.

Aşılama takviminde yaptığımız yeniliklerle, gelişmiş ülkelerde uygulanan kızamık-çık, kabakulak ve menenjit aşılarını programımıza dahil ettik.

Şu SSPE konusuna da değinseniz.

Kamuoyunu meşgul eden SSPE vakaları, öncelikle geçmiş yıllarda kızamık hastalığının çok görülmesinin bir sonucudur. Bu da söz konusu yıllarda kızamık aşısı oranlarının düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Mesela, SSPE vakalarının çok görüldüğü Şanlıurfa ilimizde 2000 yılında kızamık aşılama oranı %48'dir. Bu oranı, 2005 yılında Şanlıurfa'da %93'e çıkardık.

Ülkemizde geçtiğimiz on yıllarda kızamık birkaç yılda bir salgın yapma özelliğindeydi.

Göreve geldiğimizde ise kızamıklı vaka sayısı yurt genelinde 7.804 idi. Dediğim gibi, 2006 yılı 11 aylık bildirilen vaka sayısı ise sadece 34'tür.

Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 18 milyon 217 bin çocuğumuzu aşıladık. Avrupa'nın en büyük aşı kampanyasını gerçekleştirdik ve cumhuriyet tarihimizin en yüksek oranlarına ulaştık. Üç yıl içinde kızamık aşılama oranını yurt genelinde %96'ya yükselttik. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 yılı raporuna göre Avrupa Bölgesi kızamık aşılama oranı %91'dir.

Koruyucu hekimlik uygulamaları diyor-duk?

Bebeklerimizin sağlığını ve zekâ gelişimi-



ni olumsuz etkileyen kansızlığı önlemek için, 2004 yılı mayıs ayından itibaren bebeklerimize ücretsiz demir damlası dağıtmaya başladık. Her yıl 1 milyon bebeğimiz bu imkandan faydalıyor. Biliyorsunuz bu kampanyamıza "Demir Gibi Türkiye" diyoruz.

"Ayrıca bebeklere ve gebelere ücretsiz iki D vitamini Kaynağı sunuyoruz: güneş ve Sağlık Bakanlığı" 2005 yılı mayıs ayından itibaren bebeklerimizin kemik sağlığı için bir yaşına kadar ücretsiz D vitamini vermeye başladık. Her yıl 1 milyon bebeğimiz bu imkandan faydalıyor. 2007 yılı içinde gebelerimize de D vitamini dağıtmaya başlıyoruz.

Daha dün kadar vatandaşımız sağlık kuruluşlarının kapısından çevrilirken bugün, toplumun en yoksul %6'lık kesimine, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla aylık 17 YTL nakit para yardımı yapıyoruz. Doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde gebelere ayrıca 55 YTL yardımda bulunuyoruz. 2004 yılı mart ayından bugüne kadar 1 milyon vatandaşımızı bu teşvikten yararlandırdık.

Bebek beslenmesinde anne sütü kullanımının teşvik edilmesi, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesine yönelik olarak "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı"nı sürdürüyoruz. 2006 yılında doğumların %91'i Bebek Dostu Hastanelerde gerçekleşti.

Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı" çerçevesinde verem hastalığı ile ilgili kayıtları titizlikle tutmaya başladık. SSK'lı hastaların kayıtlarımıza girmesi, kaçakların engellenmesi ve yaptığımız personel eğitimlerinin sonucu, düzenli takip edilen kayıtlı hasta sayısında artış oldu.

Dünya Sağlık Örgütü, bulaşıcı hastalıklar içerisinde sıtma hastalığını AIDS ve tüberkülozdan sonra önem sırasına göre üçüncü sıraya koymaktadır. Yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2002 yılında 10 binlerde olan sıtma vaka sayısını, bugün binin altına düşürdük. Hedefimiz, büyük ölçüde kontrol altına aldığımız sıtma hastalığını önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmaktır.

Ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan dizanteri ve tifoyu, belediyelerimizle yakın iş birliği yaparak kontrol altına alma-

ya başladık. Yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2002 yılına göre dizanteri ve tifo vaka sayısı %80 azaldı. Hedefimiz, kontrol altına aldığımız dizanteri ve tifo hastalığını halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmaktır. Kısacası Halkımız "Sudan" Hastalıklardan Kurtuluyor.

Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin döneminizde azaldığı söyleniyor. Bütün bu anlattıklarınızla bu söylenti gelişmiyor mu?

Maalesef bu ifadeler ya aşırı bilgisizlikten söyleniyor ya da bu alanda yaptıklarımızı ötebilmek için bilinçli bir dezenformasyon yöntemi olarak kullanılıyor.

Bakınız, koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe, 2002 yılında 1999 yılına göre reel olarak %4,6 azalmıştır. Halbuki bu yıl, yani 2006 yılında koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 2002 yılına göre reel olarak %50,4 oranında artmıştır.

112 hizmetlerine erişim gerçekten kolaylaştı mı?

112 Acil hizmetlerinde 2002 yılında 481 olan istasyon sayımızı 1.175'eyükselttik. Artık 112 acil, hızı gibi her yerde.

Bu hizmetten faydalanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken 2006 yılında 900 bine ulaştı. Kırsalda da 112 hizmetlerini geliştirdik. 2002 yılında kırsalın %20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanırken bu oranı %95'e çıkardık. 2007 yılında %100'e ulaşacağız.

Ayrıca, Afetler İçin Gönüllü Sağlık Ekipleri oluşturduk. *İki yılda 2.284 sağlık personelinin oluştuğu Avrupa'nın en büyük medikal kurtarma ekibini kurduk.*

Bu sağlık ekibi ülkemizde ve yurtdışında çok değerli müdahaleleri başarıyla gerçekleştirdi.

Bu ekipler, Pakistan ve İran depremlerinde, Endonezya deprem ve tsunami faciasında ülke olarak iftihar ettiğimiz düzeyde görevler ifa etti.

Kamuoyunda çok konuşulan performans dayalı ek ödeme sistemine kısaca değinirseniz.

Performansa dayalı ek ödeme vatandaşın hizmet edenin ödüllendirildiği sistemin adıdır.

Görevi devraldığımızda uzman hekimlerimizin sadece %11'i yani 2.200'ü tam zamanlı çalışıyordu."Performansa Dayalı Ek Ödeme" uygulamamız sonucunda bu-

Geleceğimizin teminatı çocuklarımızı teminat altına almak için aşılama ayrılan ödeneği on kat artırdık.

gün %57'si yani 13.700 uzman hekimimiz kamuda tam zamanlı çalışmaktadır.

Bu sistem hekimi hasta uğurlamadan, hasta ağırlamaya teşvik ediyor. Bu uygulama ile bekleme süreleri, bir üst kuruma sevk oranları büyük ölçüde azaldı. Vatandaşımızın devletinin hastanesinden hizmet alabilmek için başka adreslere başvurma zarureti büyük ölçüde ortadan kalktı. Hastanelerimizde yetersiz alt yapılarını geliştirmek ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için adeta seferberlik başlamış oldu.

Yapılan işe karşılık ek ödeme anlamına gelen performansa göre ek ödemeyi, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak uygulamaktayız. Hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuştur. Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması; malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması performansa dayalı ödeme sistemini büyük ölçüde sübvansede etmektedir.

Hastanelerimizin %20'sinde otomasyon var iken, bugün bu oran %99'dur.

Bekleme süreleri önemli ölçüde azaldı. Bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi. Sağlık işletmelerinin gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale geldi. Halk arasında "bıçak parası" diye bilinen haksız uygulama ile mücadeleimiz kolaylaştı.

2002 yılına göre 2006 yılında devlet hastanelerinde muayene olan kişi sayısı %75 arttı. Aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı ise %25 azaldı. Bir hastaya ayrılan muayene süresi artmış oldu.

Uygulamalarınızdan vatandaşın memnuniyetini gördüğünüzde ne yapıyorsunuz? Tek cümle ile ifade edebilir misiniz?

Şimdi her şey hakkınız diyorum.

22.12.2006

Uluslararası umudun filmi: Lorenzo'nun Yağı

Umut yoksa hayatın bir değeri de yoktur. Bilimde ve teknolojide bugün geline nokta insanoğlunun akilini kullanma, merak etme, hayal etme yetilerinin ama her şeyden çok bitmeyen umudunun sonucudur. Gerçek umut hikayeleri çoğu zaman film sektörüne ilham kaynağı olurken bu sektör aracılığıyla dünyadaki diğer insanların da umut kaynağı haline gelmiştir.

"Lorenzo'nun Yağı" adlı filmin de böyle karışık bir hikayesi var. Başrollerini Susan Sarandon ve Nick Nolte'nin paylaştığı ve Susan Sarandon'a Oscar ödülünü kazandıran film yaşanmış bir hikayeden yola çıkmaktadır.

Bugün 27 yaşında olan Lorenzo 7 yaşında çok hareketli bir çocukken sık sık düşmeye, sağa sola çarpmaya, dengeyi sağlamakta zorlanmaya başladı. Hemen hastaneye götürülen Lorenzo'ya doktorlar (ADL) Adrenoleucodys-

trophy teşhisini koydular. Bu hastalık X-kromozomundaki bir genetik hatadan kaynaklanıyordu. İşitme, duyma ve denge kaybıyla başlayan belirtiler, nöbetlerle, felçle ve demansla devam ederek hastanın ölümüyle sonuçlanıyordu.

Doktorlar Lorenzo'ya iki yıl ömür biçtiler. Bu haberle sarsılan baba Augusto Odone doktorlardan oğlunun tıbbi raporlarını istedi. Hiçbir tıp eğitimi almamıştı ancak oğlunu bu hastalığa kurban vermemeye kararlıydı. Gecelerini kütüphanede bulduğu tüm kayıtları okuyarak geçiriyor, bulduğu en ufak ip ucunu dünyanın çeşitli yerlerindeki uzmanlarla paylaşıyor, fikir alış veriş yapıyordu.

Sonunda Augusto Odone, oğlunun beynindeki tahribata kandaki uzun zincirli yağ asitlerinin yol açtığını ve bu asitlerin kandaki seviyesini normale indiren bir yağın varlığını keşfetti. Yağ Lorenzo'nun hastalığını iyileştirmeyi de dur-

durdu. Bu olay son derece etkileyici idi. Lorenzo'nun anne ve babası tıp uzmanlarının başaramadıklarını başarmış gibi görünüyordu.

Augusto, araştırmasının sonuçlarını uzmanlarla paylaşmak için bir konferans düzenledi. Konferansın sonunda Lorenzo'nun anne ve babasının yaptığı araştırmanın ve elde ettikleri sonuçların hiç de yabana atılır cinsten olmadığı görüldü. ADL üzerinde çalışan bir doktor Dr. Hugo Moser, "Lorenzo'nun yağı yağ asitlerini en etkili şekilde azaltan tıbbi ilaç. Eğer buna gereken önemi vermezsek aptallık etmiş oluruz," açıklamasını yaptı.

Augusto Odone araştırmalarını yayınladı ve Moser bu hastalığa yakalanmış tüm hastalarını bu yağı kullanarak tedavi etmeye başladı.

Odonelerin başarısının tıp çevrelerinde yankı uyandırdığı sıralarda İngiltere'de yaşayan Stafford ailesinin de 7 yaşındaki oğulları Barry'ye aynı teşhis konmuştu. Mucizevi yağın keşfini öğrenen aile hemen Amerika'ya uçtu. Tedavisine başlanan Barry'nin kısa bir süre sonra kanındaki tehlikeli yağ asidi seviyesi normale döndü.

Ancak Stafford ailesini gelecekte bekleyen başka tehlikeler de vardı. Barry'nin iki yaşındaki kardeşi Glenn'in de bu hastalığa yakalanma riski yüksekti. Çünkü ADL genetik bir bozukluktan ve Glenn'in %50 şansı vardı. Daha çok küçük olduğu için hastalığın belirtilerini gösteremezdi ancak yapılan bir kan testi ile korkulan öğrenildi; Glenn de hastalıklı gen vardı. Ancak hastalığı tetikleyip tetiklemeyeceği belli değildi. Gerçekten ADL hakkında çok kesin bilgiler yoktu. Aynı geni taşıyan kız çocukları ve bazı erkek çocuklar hastalanmazken bazıları hastalana-

biliyordu. Glenn'in neler yaşayacağını önceden kestirilmesi çok zordu. Tüm bu ihtimaller nedeniyle Moser Glenn'de de yağ tedavisine başladı.

"Lorenzo'nun Yağı" adlı film bu sıralarda çekildi ve filmin sonunda mucizevi bir tedavi gösteriliyordu ancak gerçekte böyle bir mucize yoktu; Lorenzo hala yaşıyordu ama daha iyiye gitmiyordu, bu yağla tedaviye alınan diğer çocuklar teker ölüyorlardı, Barry'nin durumu da gittikçe kötüleşiyordu. Bu yüzden Stafford ailesi filmin verdiği yanlış mesajdan rahatsız olmuşlardı. Barry tedaviye başladıktan 7 yıl sonra öldü.

Bir süre sonra dünya çapında doktorlar çocukları bu yağ ile tedavi etmekten vazgeçtiler. Biri hariç, Dr. Moser pes etmedi. Geni bozuk ancak hastalığa yakalanmayan çocuklar üzerinde araştırmalar yapmaya başladı. Ona göre bu yağ sadece geni bozuk ama ADL hastası olmayanları koruyor olabiliyordu tıpkı Glenn gibi. 10 yıl sonrasında elde edilen sonuçlar herkesi şaşırttı; hastalıklı gene sahip 120 çocuktan 83'ü ADL'ye yakalanmamıştı. Dr. Moser'e göre yağ hastalık riskini %50 azaltıyordu.

Dr. Hugo Moser ve ekibinin bu keşfi son derece önemli çünkü birtakım testlerle ADL riski taşıyan çocukları saptamak ve böylece Lorenzo'nun yağı ile onları trajik sondan kurtarmak mümkün. Bunun en güzel örneği bugün 20'li yaşlarını yaşayan Glenn. Glenn Dr. Moser'e ve Tabii ki Augusto Odone'ye minnettar. Augusto Odone ise bugün hala Lorenzo'yu yakalandığı felçten kurtarmanın çarelerini araştırıyor.

"Lorenzo'nun Yağı" filmi ise gerçeklerden farklı sonuçlansa da başka çaresiz insanlara umut vermeye devam ediyor.



