



EYLÜL-EKİM-KASIM 2009
SONBAHAR SAYI 12
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

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

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

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

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hekimlik sanatı

Antik Yunan ve Roma mitolojisinde yoksul ve çaresizlerin yardımına koşan ve olağanüstü güce sahip olan yarı tanrı doktor Asklepios, sağlık tanrısı Apollo'nun oğludur. Bugün tıbbın sembolü olarak kullanılan uzun bir sopaya sarılı yılan figürü Asklepios'a aittir. Hristiyan inancında Hz. İsa'nın şifa gücü malumunuzdur. Musevi inancında gerçek şifacı olan Allah, "insan doktorlara" Allah'ın yardımcıları, yeryüzündeki temsilcileri olarak insanları iyileştirecek ilahi yetki vermiştir. İslam inancında ise Lokman Hekim kendisine hikmet verilen kişidir. Hikmet, yani doğru bilgi, inanç ve düşünce gibi zihni birikimin mümkün olan en mükemmel şekilde hayata geçirilmesi. Yani İslam'a göre doktor, "hekimdir", bilge kişidir.

Aslında tüm inanç sistemlerinde hekimin ululanması, hekimliğin salt bilgi ile icra edilen bir zanaat olmadığı ortak kabulüne dayanmaktadır. İnsanlığın hekimlerden yararlanımının sadece bilimsel bilgi ve metodolojinin "teknik olarak" uygulanmasından ibaret olmadığına hep farkına varılmıştır. Tıpkı bir ressamın yaptığı her bir tablonun bire bir aynısı olmadığı gibi, bir bestekârın bestelediği her şarkının birbirinin aynısı olmadığı gibi hastalar ve tedavileri de birbirinin aynısı değildir. Hekim her bir hastasını adeta yeni bir tablo gibi işlemek, değerlendirmek ve ortaya koymak zorundadır. "Tıbbiyeden her türlü sanatkâr çıktığı, ara sıra da doktor çıktığı" meseli biraz ironik olmakla beraber, hekimlerin sanatkâr yönüne de işaret etmektedir.

Ülkemizde hekimliği düzenleyen temel kanun olan ve her anıldığında insanların yüzünde hafif bir gülümseme beliren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına

Dair Kanun'un "adı" da hekimliğin sanat yönüne vurgu yapmaktadır. Özellikle "adı" demedeki kastımız, adında yazılı olan ruhun, kanunun muhtevasına o denli yansımamış olmasındandır. Zira bu kanuna göre doktorluk evrensel değil milli bir meslektir, mecburi hizmet mahkûmudur, kamu görevi ile birlikte serbest görev göremez ve ticaret yapamaz. Yani zanaatı sanat yapan kimi özgürlüklerden mahrumdur.

Hâlbuki sanatçının en büyük özelliklerinden biri özgür olmasıdır. Sanat sezgiye, yaratıcılığa muhtaçtır. Diğer bir deyişle sanatkârın; sanatını icra ederken herhangi bir kısıtlamaya tabi olmaksızın kendi yeteneğini sezgileriyle beslemesi, yaratıcılığını üst düzeyde gösterebilmesi gerekir. Sanatın sürekli gelişebilmesi ancak bu şekilde mümkündür. Toplumlari etkileyen, iz bırakan ve nesiller boyu anılan sanatçıların biraz "uçuk", biraz "marjinal" olmaları, aslında bu özgürlüklerini doyasıya kullanmalarının bir sonucudur.

Bugün geldiğimiz noktada, hekimlik her ne kadar üniversite öğrencileri tarafından giderek daha fazla tercih edilen bir "meslek" haline gelse de, hekimlik sanatının dar kalıplara sokulmakta olduğunu, sanatçı özgürlüğünün sistem adına zorunlu kısıtlamalara tabi tutulduğunu ve bu sanatın toplumsal saygınlığının gittikçe azalmakta olduğunu müşahade ediyoruz.

Hekimlerin "tam gün" çalışması yönündeki tartışmalar da bu konuya bir vehâmet katıyor. Özellikle yapılmakta olan mevzuat düzenlemelerini tam da anlamadan tam gün ça-

alışma adına hekim mesaiye hapsedme anlayışı kabul edilir gibi değil. Hekime "sabah 8'den akşam 5'e kadar çalış, maaşını al, senden başka bir şey istemem" demek; İttri'ye veya Beethoven'a "besteleri yalnızca gündüz mesai saatleri içinde yap, başka zamanda yaparsan dinlemem" demek gibi bir şey. Acaba Picasso da resimlerini hep mesai saatinde mi yapmıştı?

Hekimi, insanların şifa bulması için zihin fırçasını damıtık bilgi boyasına daldırıp ruh katarak tuvale aktaran bir ressam olmaktan çıkarıp, tıp kitaplarında yazılanları harfiyen yerine getirmeye çalışan ve mesaiye sıkıştırılmış onlarca hasta baktıktan sonra yorgun düşüp hayatının hazzını bile tatmaya mecali kalmayan "olağan ötesi bir teknisyen" haline getirmek sizce ne kadar doğrudur?

İtiraf edelim ki, sistem disiplin gerektirir. Güçlü ve kapsayıcı sistemler, standartlar, kurallar ve dengeler üzerine kuruludur. Ancak özgürlüklerin giderek genişletildiği, açılımların arka arkaya geldiği bir ortamda, sistem adına hekimlerin sanatlarını sanatkârca icra etmelerine engel olmak, gerçekten bahsedilen ve arzu edilen toplumsal faydayı sağlayacak mı? Yoksa "Ben Tarikatı" üyelerine yenilerini mi kazandıracak? İlerleyen sayfalarımızdaki bu kavramı aydınlatan yazımız maksadımızı daha iyi anlatacaktır. Hekimlerin, yüzyıllardır "yetenekli" oldukları için "rahat yüzü görmediklerini" bu satırlarda öğreniyoruz.

Hikmet yüklü hekimlik sanatının gerçek değerine yükseldiği, yeni nice sanatkâr hekimlerin özgürce sanat icra ettiği günlerde buluşmak dileğiyle...

Sepsis için yeni bir marker

Yüksek ateşli hastalarda heparin bağlayıcı proteinin (HBP) plazma düzeylerinin hipotansiyon, vasküler kolaps ve septik şok için çok güçlü bir marker olduğu bildirildi. İsveçli araştırmacıların makalesi, Clinical Infectious Disease dergisinde yayımlandı.

Araştırmacılar erken sepsiste dolaşım bozukluğunun bir belirteci olarak HBP düzeylerini, halen kullanılan beş marker ile (prokalsitonin, interlökin-6, C-reaktif protein ve beyaz küre sayımı) karşılaştırmışlar. Sonuçlar, HBP'nin diğerlerinden daha güçlü bir marker olduğunu göstermiş.

Azurocidin ya da CAP37 adlarıyla da anılan HBP, özellikle nötrofillerden salınıyor. HBP damarlardan sızıntıya neden olabiliyor. Hayvanlarda HBP salınımının engellenmesi dokularda ödemi ve organ yetmezliğini düzeltiyor.

Yayımlanan çalışmada ateşi 38 derecenin üzerinde 233 hasta takip edilmiş. Kan örnekleri başlangıçta alınmış. Hastaların takibinde, 26'sında septik şokla birlikte ağır sepsis, 44'ünde septik şok olmadan ağır sepsis, 100'ünde sepsis, 43'ünde sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS) olmaksızın enfeksiyon, 20'sinde ise enfeksiyon olmaksızın SIRS saptanmış.

Plazma HBP'nin 15 ng/ml ve üzerindeki değerleri, ağır sepsis (septik şokla birlikte ya da değil), diğer parametrelerin hepsinden daha iyi bir belirteç olarak saptanmış. Bu değer sınır kabul edildiğinde duyarlılık % 87,1, özgünlük % 95,1, pozitif prediktif değeri % 88,4 ve negatif prediktif değeri % 94,5 bulunmuş.

Makale yazarları, HBP'nin sepsiste tanısal bir araç olarak kullanımı için patent başvurusu yapmışlar.

Toksoplazma enfeksiyonu şizofreni riskini artırıyor

Toplulun yaklaşık % 30'unun geçirdiği toksoplazma gondii enfeksiyonu, şizofreni ile ilişkili olabilir. Kedi dışkıyla bulaşan bir parazit olan toksoplazma, çoğunlukla asemptomatik geçiriliyor. Enfeksiyon en önemli komplikasyonları gebelerde düşük ve fetal malformasyonlara şeklinde görülüyor.

Parazit, kemirgenlerin beyine ulaştığında onları daha korkusuz hale getiriyor. Bu korkusuzluk, kemirgenlerin daha riskli davranışlar göstermesine ve muhtemelen kediler tarafından yenmelerine neden oluyor. Parazitin yaşam döngüsünü tamamlaması için kedilere geçmesi gerekiyor. İnsanların beyininde de toksoplazma kistleri görülebiliyor.

2007'de 42 çalışmanın meta-analizini yapan psikiyatrist Fuller Torrey, şizofreni hastalarında toksoplazma antikor sıklığının, normal insanlara göre neredeyse üç kat arttığını saptadı. Torrey, şizofreni ilaçlarının antikor düzeylerini düşürdüğünü de gösterdi. Bu ilaçların in vitro ortamda parazite karşı etkileri saptandı. Araştırmalar, toksoplazmanın beyinde dopamin düzeyini artırarak etki ettiğini gösteriyor. Beyinde dopamin aktivitesinin artmasının şizofreni ve riskli davranışlar ile ilişkili olduğu uzun zamandır biliniyor.

Leeds Üniversitesi'nden genetik bilimci Glenn McConkey ve ekibinin yaptığı çalışma, toksoplazma-dopamin ilişkisi üzerine yeni bir ışık tuttu. McConkey, normalde sadece sinir sistemi olan hayvanlarda bulunan ve dopamin sentezinde rol alan bir enzimi kodlayan iki geni, sinir sistemi olmayan toksoplazma parazitinde saptadı. Parazit, dopamin üreterek yerleştiği konağın davranışlarını modifiye ediyor olabilir. Şizofreni hastalarında toksoplazmayı eridecek ilaçlar üzerinde çalışmalar sürüyor.

Kaynak: New Scientist - 17 Ekim 2009

Diabetik ayak ülserlerine karşı atorvastatin

Atorvastatin, statin grubu bir lipid düşürücü ilaç. Journal of Diabetes'in Eylül sayısında yayımlanan bir makalede, yüksek doz atorvastatin tedavisinin diabetik hastalarda ayak ülseri insidansını ve tekrarlamasını azalttığı bildirildi.

Norveç'ten Dr Johansen ve arkadaşları, 13 hasta üzerinde düşük ve yüksek doz atorvastatinin diabetik ayak ülserlerinin iyileşmesi ve tekrarlaması üzerine etkilerini araştırmışlar. Hastaların ortalama diabet süresi 18 yılmiş. Hastaların ayak ülserleri en fazla dört aydır açılmış. Hastaların 6'sına (6 ülser) 10 mg, 7'sine (9 ülser) ise günde 80 mg atorvastatin verilmiş. Bütün hastalara standart yara bakımı ve antibiyotik tedavileri yapılmış.

Düşük doz grubunda, 6 ülserin tamamı ortalama 49 günde iyileşmiş. Yüksek doz grubunda ise 9 ülserden 6'sı, ortalama 89 günde iyileşmiş. Düşük doz grubunda iyileştikten sonra 2 ülser 60 ve 86 gün sonra tekrarlarlarken, başlangıçtan ortalama 108 gün sonra 6 yeni ülser ortaya çıkmış. Yüksek doz grubunda ise ülserler tekrarlamazken, başlangıçtan 91 gün sonra bir yeni ülser saptanmış. Aradaki fark anlamlı bulunmuş (p=0,048). Lipid parametrelerindeki değişiklikler iki grupta da benzerken, yüksek doz grubunda c-reaktif protein düzeyinde belirgin düşüş izlenmiş.



Koroner anjiyografi öncesi bikarbonat kullanımı kontrast nefropatisini azaltıyor

Japon araştırmacılar, hafif renal yetmezlikli hastalarda, koroner anjiyografi öncesi tek doz IV bikarbonat uygulaması kontrast ajana bağlı nefropatiyi (CIN) azaltabildiğini bildirdiler.

Şimdiye kadar yapılan beş randomize çalışmada da hidrasyon ve bikarbonat uygulamasının kontrast nefropatisini önlemede etkili olduğu bildirilmişken, iki çalışmada aksi sonuçlar ortaya çıkmıştı. Dr. Akira Tamura ve arkadaşları American Journal of Cardiology'nin Ekim sayısında yayımladıkları çalışmada, serum kreatinin düzeyi 1,1 ile 2,0 arasında olan 1144 hastaya koroner anjiyografi sırasında hidrasyonun yanı sıra bir gruba kontrast ajan verilmeden hemen önce 20 mEq sodyum bikarbonat IV puşe ederlerken, diğer gruba sadece hidrasyon yapmışlar. Bikarbonat grubunda kontrast nefropati %1,4 oranında gelişirken, standart hidrasyon yapılanlarda %12,5 oranında görülmüş. Diğer yandan ilk yedi günde dializ ihtiyacı, pulmoner ödem ve ölüm gibi komplikasyonlar arasında fark saptanmamış.



Glukokortikoidler atrial aritmi riskini artırıyor

Yeni tanı konan atrial fibrilasyon ve atrial flutter nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda sistemik prednizon ve deksametazon kullanımının iki kat daha fazla olduğu bildirildi. Archives of Internal Medicine'da yayımlanan bir çalışmada, Danimarka ulusal hasta veritabanı verileri kullanılarak yapılan çalışmada, 7 yıllık bir süre içerisinde hastaneye yatırılan yeni AF ya da atrial flutterlu 20 bin 221 hasta ile yaş ve cins olarak benzer 202 bin 130 kontrol subjesi değerlendirilmiş. Atrial aritmi hastalarının % 6,4'ü yeni, % 11,7'si ise uzun süredir glukokortikoid kullandığı bildirilmiş. Kontrol bireylerinde ise bu rakamlar % 2,6 ve % 9,9 olarak saptanmış.

Glukokortikoid dozu ile atrial aritmi riskinde paralellik saptanmış. Hiç steroid kullanmayanlara göre, yüksek doz prednizon kullananlarda risk 4.03 kat artarken, düşük doz kullananlarda riskin 1,78 kat arttığı saptanmış.

Glukokortikoid kullananlar daha sık hastaneye başvurduğu için daha sık atrial aritmi tanısı aldıkları akla gelebilir. Ancak araştırmacılar, hasta grubu ve kontroller arasında yatıştan önceki bir yıllık sürede hastaneye başvuru sayısının farklı olmadığını belirtiyorlar.

H1N1 aşısı ile mevsimsel grip aşısı birlikte yapılabilir

Domuz gribi (H1N1) ile mevsimsel grip aşısının aynı anda iki ayrı kola yapılmasının birbirlerinin etkinliğini bozmadığı bildirildi. Amerikan Ulusal Alerji ve Enfeksiyöz Hastalıklar Enstitüsü tarafından yürütülen bir klinik çalışmanın ilk verileri açıklandı. Sonuçlara göre, iki aşı birbirinin etkisini bozmadığı gibi yan etki riskinin de artmadığı anlaşılıyor. CDC, daha önce iki aşının bir arada ya da aralıklı olarak yapılabilceğini bildirmişti. Araştırmanın sonuçları, CDC önerilerinin geçerli olduğunu gösteriyor.

Bir doz yerine peş peşe iki doz aşı uygulamasının etkinliği karşılaştırıldığında, iki doz etkinliğinin tek dozdan yüksek olmadığı saptanmış. Aşının koruyuculuğu ilk dozdan 8-10 sonra başlıyor.

Diğer yandan Meksika'dan bildirilen küçük bir çalışmada, trivalan (üç suşu karşı) mevsimsel grip aşısının H1N1'e karşı da koruma sağlayabileceği bildirildi. Trivalan aşı, H1N1 riskini % 73 azaltabiliyor.

Medimmune adlı bir ilaç şirketi, enjeksiyona alternatif olarak, zayıflatılmış canlı H1N1 ve mevsimsel grip virüsleri içeren nasal sprey şeklinde aşılar üretiyor. WHO, bu canlı aşının gebe olmayan 2-24 yaş grubu bireylere ve 25-49 yaş arası olup da 6 aylıktan küçük bebekle birlikte yaşayanlara ya da sağlık personeline yapılmasını öneriyor. İmmün yetmezlikli insanlarda canlı aşının kullanılması önerilmiyor.



Herpes zoster atağı inme riskini % 30 artırıyor

Yeni bir epidemiyolojik çalışmada herpes zoster enfeksiyonu atağından sonra iskemik ya da hemorajik inme riskinin % 30 yükseldiği saptandı. Atak gözü tutarsa risk 4 kat artıyor.

Stroke dergisinin Kasım sayısında yayımlanacak makede Tayvan'dan Dr. Kang ve arkadaşları, 1997-2001 arasında zona tedavisi almış 7 bin 760 hasta ile 23 bin 280 kontrol bireyinin verilerini incelemişler. Hastaların ve kontrollerin tedaviyi takiben bir yıl içinde geçirdikleri inme olayları karşılaştırılmış.

1 yıllık takipte zona geçirenlerde 133 (% 1.71), kontrol grubunda ise 306 (% 1.31) inme ortaya çıkmış. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş. Göz tutulumlu vakalarda riskin 4 kat arttığı saptanmış.

Araştırmacılar, virüsün damar duvarında çoğalabildiği ve vaskülopatiye yol açabildiğini belirterek, ortaya çıkan inflamasyonun damar lümeninde daralma ile iskemik komplikasyonlara; damar duvarında zayıflama ile de kanamalara yol açabileceğini söylüyorlar. Göz tutulumunda virüsün serebral damarları doğrudan invaze edebileceği düşünülüyor.

Homosistinin düşürülmesi kardiovasküler olayları azaltmıyor

Yeni yayımlanan bir meta-analizde, B vitamini desteği ile homosistin düzeyinin düşürülmesinin kardiovasküler hastalıklardan primer ya da sekonder korunmada etkili olmadığı gösterildi. Cochrane Database of Systematic Reviews'de Ekim ayında yayımlanan analizde, toplam 24 bin 210 hastanın bir yıl ya da daha uzun süre takip edildiği 8 ayrı çalışmanın verileri incelenmiş. Homosistin düzeyinin B vitamini ile düşürülmesinin, ne ölümcül ya da iyileşen MI riskinde, ne inmede, ne de herhangi bir nedene bağlı ölümden anlamlı bir değişiklik yapmadığı saptanmış. Araştırmacılar, çalışmalara alınan hastaların risk düzeyleri ya da yaşam tarzları çok farklı olsa da sonuçların tüm gruplarda çok benzer olduğunu belirtiyor.

Bu meta-analizde yer almayan, nihai sonuçları henüz açıklanmamış olan SEARCH çalışmasının ilk sonuçlarında da folik asit ya da B12 replasmanının vasküler olayları önlemede etkisi olmadığı izleniyor. Bu çalışmada MI geçirmiş 12 bin hasta izlenmiş. Fransa'da devam eden 3 bin hastanın izlendiği SU.FOL.OM3 çalışması ve Avustralya'da devam eden 4 bin hastalık VITATOPS çalışmasının sonuçları açıklandığında konu hakkında nihai bir karara varmak mümkün olabilir.



Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve toplum ruh sağlığı merkezleri

Dr. Gazi Alataş



1966'da Elazığ'da doğdu. 1990 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında uzmanlık eğitimine başladığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 2001 yılında uzman ve başasistan oldu. 2005 yılından beri aynı hastanede Başhekim Yardımcısı ve yanı sıra Nisan ayından beri Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Danışmanı olarak görev yapmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde (2006) yer alan "Toplum temelli psikiyatri (community based psychiatry) modeline geçmeliyiz" ifadesi, aslında sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde son 20-30 yıldır geçilmiş bir sistemin adıdır (1).

Modelin gerek tercüme adı, gerekse orijinali yanlış akıl yürütmelere oldukça müsait olduğundan bu kavramı açıklamak için Avrupa ve ülkemizdeki psikiyatri tarihine kısa bir göz atmanın yerinde olacağı kanısındayım.

Ortaçağ Avrupasında akıl hastalarının birçoğu ya içlerine şeytan girmiş, kötülüğün etkisinde kişiler olarak kabul edil-

miş ya da büyücülükle suçlanıp Engizisyon Mahkemeleri tarafından yakılmıştır. Akıl hastası veya zekâ özür-lü olduğu kabul edilenlerden bazıları ise belli miktarda yiyecek-içecek yüklenen ve dümeni olmayan yelkenli Narrenschiff denilen "deli gemilerine" bindirilip denize gönderilmiştir. Gemi bir şekilde batmayıp başka bir limana yanaştığında şehirde toplanan yiyecek-





Tarihi sürece bakacak olursak, Avrupa'nın hastalarını önceleri öldürerek veya gemilere bindirerek toplumdan uzaklaştırdığını daha sonra yerleşim alanlarının dışında çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastanelerde topladıklarını, en sonunda da bu hastaneleri kapatarak hastaları toplumun içinde yaşatmaya başladığını görürüz. Bizdeki süreçte ise hastalar hep halkın arasında, onların bir parçası olarak yaşamıştır. Devlet, bimarhanelerde bu hastaları tedavi etmeye, aş evlerinde beslemeye çalışmış; halk da cami ve medreselerde bu hastaları hep gözetmiştir.

içecek gemiye yüklenip tekrar denize salınmıştır. Psikiyatri tarihinin ilk hastanelerinden olan ve kötü koşullarıyla ünlü İngiltere'deki Bethlem Hastanesi 1300'lü yıllarda hastaların kapatıldığı bir yer olmuştur. Rönesans'la başlayan cadı avıyla on binlerce akıl hastası öldürüldükten sonra 17. yüzyılda akıl hastaları; düşkünler, fahişeler, yaşlılar ve kronik hastalarla aynı ortama konmaya başlamıştır. 18. yüzyılda tedavi edilemeyen hastalar olarak kabul edilen akıl hastaları, akıl hastanelerine yatırılmaya başlanmış ve akıl hastaneleri, hastaların zincirlendiği ve ölüme terk edildiği yerler haline gelmiştir. 19. yüzyılda ise Pinel'in, Bicêtre Hastanesi'nde zincirlerle zapt edilen hastaları zincirlerinden kurtarıp tedavi etmeye çalışması, akıl hastaları ve akıl hastanelerine yeni bir bakış açısı getirmiştir. Ona göre insanca yaşama hakkına sahip olan bu insanlar tedavi edilebilirdi ve ölüme terk edilmemeliydi (2).

Aynı dönemde bizdeki tarihe baktığımızda maalesef Edirne'deki Beyazıt Şifahanesi dışında fazlaca bir kayda rastlamamaktayız. Ancak 800'lü 900'lü yıllarda Bağdat ve Kahire'deki

hastanelerde akıl hastalarının tedavi edilmeye çalışıldığı bildirilmektedir. İslam kültüründe tarihi kayıtların çok yaygın olmasına rağmen bu konuda gene de fazlaca kayıt olmamasının sebebi ne olabilir? Avrupa akıl hastalığını "erken gelen ölüm" olarak algılamış ve cadı diyerek, büyücü diyerek, kötü diyerek bir şekilde dışlamış, toplumdan arındırmaya çalışmıştır. Oysa gerek Osmanlı gerekse ondan önceki İslam devletlerinde "akıl hastalarının bakımından toplumun sorumlu olduğu görüşünü benimseyen İslamiyet'in etkisiyle" bu insanlar hep toplumun içinde yaşamış ve toplumun bir parçası olmuşlardır. Belki de bu sebepten ötürü konuyla ilgili fazla kayıt bulunmamaktadır. Dinen "yaptıklarından sorumsuz ve günahsız" olmaları bu insanlara bazen de ermişlik, velilik atfedilmesine ve kutsallaştırılmalarına sebep olmuştur. Bu yaklaşım sonucu her köyün sevilen, korunan, kollanan birazda korkulan "delisi" halkın içinde onlarla birlikte yaşamıştır. Bazen alay edilse ya da taşlansa bile bu hastaların toplum içinde hep bir yeri olmuştur. Özellikle Osmanlı döneminde açılan çok sayıda bimarhane, şifaha-

ne ve aş evi ile bu hastalar devletin de bakımı altında olmuşlardır. Edirne'deki şifahanede akıl hastalarına uygulanan tedavi yaklaşımı şu anda bile psikiyatride en gelişmiş ülkelerle yarışacak niteliktedir.

19. yüzyılda Avrupa'daki süreç hastalara sahip çıkma adına çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastaneler yapmak yönünde ilerlemiş ve nüfusu bizim kadar olan İngiltere ve Almanya'nın psikiyatri yatak sayıları 150'şer bini bulmuştur. 1500-2000 yataklı bu hastaneler kısa sürede depo hastane hüviyetini kazanmış ve bakım ve tedavi hizmetlerinde yoğun insan hakları ihlalleri yaşanmıştır.

Aynı dönemde bizde ise artan nüfus, şehirleşme ve devletin fakirleşmesi sonucu hastaların durumu Avrupa'dakilere göre çok daha kötü olmuştur. Modern tıbbi Avrupa'dan öğrenme seferberliğinde E. Kraepelin'in öğrencisi olan Dr. Mazhar Osman Uzman ülkeye döndüğünde Bakırköy'e taşımadan önce ziyaret ettiği Toptaşı Bimarhanesi'ni şöyle anlat-

2006 yılında Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın öncülüğünde yurtdışından bir ekiple ruh sağlığı politikası yazılmış ve bu metinde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiştir. Yayımlanma aşamasında olan "Ruh Sağlığı Eylem Planı"nda da belirtildiği üzere, ülkemizdeki "ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme" kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sayın Recep Akdağ tarafından Nisan 2009 alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır.

miştir: "Hasta olarak 300 kadar canlı cenaze tesellüm ettim. Ne karyoları, ne yatakları, ne yorganları vardı. Çırılçıplak, uyuz ve bitli, açlıktan kımıldamaya mecali kalmamış, kendi pisliklerinin içinde istirahat eden biçare hastaları o halde gördüğümüz vakit, arkadaşlarımızla beraber gözyaşlarımızı güç zapt edebiliştik".

20. yüzyıl başlarında Avrupa'da hastalar büyük hastanelere kapatılmışken 1960'larda başlayan anti psikiyatri akımının etkisiyle sistemde değişikliğe gidilmeye başlanmıştır. 150 bin olan yatak sayıları bakım yatakları dâhil 50 bin seviyesine indirilmiş ve hastalar hastanelere kapatılmak yerine toplum içinde tedavi edilmeye çalışılmıştır. Hastayı yaşadığı ortamda yakın takibe alan bu sistemde; hastaya toplum içinde yaşamasını kolaylaştıracak uyum eğitimleri verilmekte, her alanda hasta desteklenmeye çalışılmaktadır. Hastanın günlük zamanını geçirebileceği mekânlar oluşturarak topluma adaptasyonu sağlanmaya çalışılıp iş uğraş eğitimleri ve spor ve sosyal aktiviteler

düzenlenmekte, üretime katılabilecekleri zanaatlar öğretilmekte ve kamu tarafından sübvansé edilen korumalı işyerleri sayesinde kendilerini daha iyi hissetmeleri amaçlanmaktadır. Tedavi uyumları her an takip edildiğinden hastaların akut alevlenmeleri çok az olmakta, bu da, toplumun bu kişilere olumsuz bakmalarını engellemektedir. Son 20-30 yıl içinde tüm Batı Avrupa'da geçilen bu sistem sayesinde artık psikiyatrik hastalar toplumun kabul edilen bir parçası olmuşlardır. Avrupa Birliği sürecinde sağlık müktesebatı "toplum temelli psikiyatri modelini" uygulanması gereken sistem olarak istediğinden bu model tüm Avrupa'ya hızla yayılmıştır. Sağlıkta birçok düzeltme faaliyeti yapan aday ülkeleri psikiyatri alanında yapmaları gereken bu değişim en çok zorlayan alan olmuş ve sağlık müktesebatının kapatılmasının anahatarı olmuştur.

Ülkemizde ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin açılmasından sonra biri Anadolu'nun batısı Manisa'ya diğeri doğusu Elazığ'a olmak üzere iki depo hastane daha açılmıştır. Daha sonra da biri kuzeyde Samsun'a diğeri güneyde Adana'ya yeni hastaneler açılmıştır. Son yıllarda da her biri yüzer yataklı iki hastane; biri Trabzon'da diğeri de Bolu'da açılarak sisteme eklenmiştir. Üniversite hastanelerindeki sınırlı yatak sayısı ve diğer devlet hastanelerindeki çok az sayıdaki yataklarla birlikte halen toplam psikiyatri yatağımız 7500 civarındadır.

Tarihi süreci özetleyecek olursak; Avrupa'nın hastalarını önceleri öldürerek veya gemilere bindirerek toplumdan uzaklaştırdığını daha sonra yerleşim alanlarının dışında çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastanelerde topladıklarını, en sonunda da bu hastaneleri kapatarak veya küçülterek hastaları toplumun içinde yaşatmaya başladığını görürüz. Bizdeki süreçte ise hastalar hep halkın arasında, onların bir parçası olarak yaşamıştır. Devlet, bimarhanelerde bu hastaları tedavi etmeye, aş evlerinde beslemeye çalışmış; halk da cami ve medreselerde bu hastaları hep gözetmiştir. Devletin fakirleşmesi ve modernleşme başlaması sonucu sistem bozulunca şehirlerin kenarında büyük depo hastane süreci Avrupa'dan 100 yıl sonra başlamış ve halen devam etmektedir. Çekirdek aile yapısına geçiş, hastalarla sadece kendi ailelerinin ilgilenmesini ve çok ağır olan bu yükün aileleri ezmesini doğurmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm sürecinde diğer branşlarda hastalar açısından kaydedilen gelişmelere rağmen psikiyatri maalesef yeterince gelişmemiştir.

2006 yılında Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın öncülüğünde yurtdışından bir ekiple ruh sağlığı politikası yazılmış ve bu metinde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiştir (1). Bu dönemde Sayın Bakan'ın bizzat verdiği destekle ruh sağlığı hastanelerinin ekonomik durumları düzeltilmiş ve son 3 yıl içinde hastaneler bağlamında çok önemli mesafe kat edilmiştir. Bu süreçte bakan müşaviri olarak atanan Dr. Medaim Yanık'ın kişisel çabaları ve Sayın Bakan'ın şahsi desteği hızla yol alınmasının en önemli sebebi olmuştur. Yayımlanma aşamasında olan "Ruh Sağlığı Eylem Planı"nda da belirtildiği üzere ülkemizdeki "ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme" kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sayın Recep Akdağ tarafından Nisan 2009 alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır.

Peki, TRSM'ler ülkemize ne getirecektir? Halen yürüyen sistemde hastalar bir şekilde hastaneye gelmekte ve poliklinikte doktor tarafından görülüp ilacı yazıldıktan sonra yaşadığı yere gönderilmektedir. Yatarak tedavi gereken akut hastalar hastaneye yatırılmakta ve iyileştikten sonra kontrole çağrılmaktadır. Burada gözden kaçırılması gereken nokta bu hastaların gerçeği değerlendirme yetilerinde bozulma olduğu için hastalıklarını kabul etmemekte ve kontrole gelmeleri ya yakınlarının zorlamasıyla ya da bir sonraki akut atak neticesinde yaşanan problemler sonucu olmaktadır. Aynı zamanda yatak ve psikiyatrist yetersizliği de bu hastalara verilen tedavi hizmetini çok sınırlamaktadır. Sonuçta hastalar toplum içinde ama hep problemliler olarak yaşamakta ve günümüz yaşantı şeklinde hem ailelerine hem yaşadıkları topluma yük oluşturmaktadırlar. Bu da hastalar hakkında kötü ön yargıların güçlenmesi ve hastaların damgalanmaları ile sonuçlanmakta ve sorunu daha zor hale getirmektedir.

Ülkemizde her 200-500 bin nüfusa bir tane açılması planlanan TRSM'lerin, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psiko-eğitim, iş-ugraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan merkezler olması planlanmaktadır.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar ile ilgili sorunu sadece tedavi boyutuyla düşünmemek gerekir. Bu sorun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutu olan bir sorundur. Konuyu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alıp yukarıda sıralanan boyutlarını açarsak:

Sosyal boyut

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle kendilerine ve başta aileleri olmak üzere çevrelerine fiziksel olarak zarar verme potansiyeli taşıyabilirler.

Hastalık nedeniyle çoğu kez bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu durum, ailenin yaşadığı ekonomik ve sosyal yükü daha da ağırlaştırır.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar, aileleri ve toplumla ilişkilerde güçlükler yaşamaktadırlar.

Ailelerin ihmali ve istismarı ile karşılaşılabilir.

Ev ve hastane dışında zamanını değerlendirebileceği koşullardan yoksun olmaları nedeniyle sosyal izolasyonları kalıcı hale gelmektedir.

Toplumsal önyargı ve dışlamalara maruz kalmaktadırlar. Bundan sadece hasta değil aile de zarar görmektedir.

Aileler karşı karşıya kaldıkları bu ağır sorunla nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadıklarından ve maruz kaldıkları sonuçlar sebebiyle çaresizlik hissetmektedirler.

Ekonomik boyut

Hastalar ailelerine bağımlı yaşamaktadırlar.

Hastalığın çeşitli dönemlerinde bakıma ihtiyaç duyulduğundan aileden en az bir kişinin çalışma veriminin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olmaktadır.

Eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaktadırlar.

Meslek sahibi olmuş hastalar gerek hastalığın birincil etkileri gerekse iletişiminde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle verimli çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar.

Yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmektedirler.

Düzenli takip ve tedavileri yapılamadığı zaman alevlenme sıklığı ve şiddeti

artmakta ve hastaneye yatış sıklığı ve süresi uzamaktadır. Bu sebeple zaten çoğunlukla ekonomik değer üretemeyen hastanın ülke ekonomisine maliyeti artmaktadır.

Hasta çoğu kez düzenli takip ve tedavi olanağına ulaşamadığından alevlenme belirtileri ağır olmakta, tedaviye ulaşması ancak kolluk kuvvetlerinin müdahalesi ve çoğunlukla yaşadığı yerden uzakta başka bir şehre nakli ile mümkün olmakta bu durumda hem sosyal hem de ekonomik maliyetleri artırmaktadır.

Hukuki boyut

Çoğu mümeyyiz olmayan hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilmekte ve hasta ve/veya ikinci kişilerin hak ihlali söz konusu olabilmektedir.

Yukarıda zikredilen nedenlerle hastanın askere alınması, silah ruhsatı, sürücü belgesi verilmesi gibi hasta ve toplum açısından risk oluşturabilecek işlemler yapılabilmektedir.

Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar.

Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirimini yapılamamaktadır.

Tıbbi boyut

Hastalık, yaşam boyu sürmekle birlikte çoğu kez iyi planlanmış ve sürdürülebilen bir medikal tedaviye iyi yanıt verir. Hastalığın sık alevlenmesinde ve hastaneye yatış gerektirmesinde medikal tedavinin sürdürülememesi önemli rol oynar. Hastaların tedavisi ve tedaviye uyumu/uyumsuzluğu periyodik olarak takip edilirse alevlenme sıklığı, şiddeti ve/veya hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir.

Hastalığın alevlenme döneminden önce ortaya çıkan bazı uyarıcı işaretler vardır. Bu işaretler erken tanınıp müdahale edilirse hastalık alevlenmeyebilir. Uyarıcı işaretler hastaya ve/veya yakınlarına öğretilir veya sağlık personeli tarafından tespit edilebilirse erken medikal müdahale yapılabilir ve alevlenme önlenir.

Hastalığın prognozunda ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynar. Aile has-

talıkla ilgili bilgilendirilirse hastaya karşı ve hastalık ve tedaviye ilişkin tutumu iyileştirilebilir ve bu da prognozu olumlu etkiler.

Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve bunun sonucunda hastalık belirtileri yüzünden sosyal izolasyona maruz kalmış olan hasta tamamen soyutlanabilir ve kendi bakımına ilişkin en temel rutinleri bile yapamaz hale gelebilir. Yukarıda sıralanan müdahalelerle alevlenme sıklığı azaltılacağından hastaların yıkımı önlenir veya geciktirilebilir.

Psikiyatride yalnız ağır ruhsal hastalığı olan hastalar için değil bütün hastalık grupları için "iyileştiren ilişki" kavramı vardır. Bizzat hastayla kurulan ilişkinin kendisinin iyileştiren, belirtileri sınırlandıran bir etkisi bulunmaktadır. Ailelerinin bile sağlıklı bir ilişki kur(a)madığı hastalarının periyodik ziyareti, onunla ilgilenilmesi ve yardım çabaları hastalığın hem doğasını, hem de prognozunu olumlu etkileyecektir.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zekâ ve beceri sorunu olmayan hastalardır. Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler. Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi sağlanabilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkması ile pek çok yarar elde edilebilir (sosyal işlevsellikte artış, üretime katkı ve özgüvende artış, maddi koşullarının iyileşmesi vb.).

Tüm bu boyutlarıyla bir halk sağlığı sorunu olarak düşünüldüğünde sadece hastanın rahatsızlandığında hastaneye geldiği ve sonrasında tek başına bırakıldığı hastane temelli sistemin değiştirilmesi gerektiği çok açıktır. Bu çok boyutlu halk sorununu daha sistematik, kalıcı ve çağdaş şekilde çözebilmek için toplum temelli psikiyatri modeline geçmeliyiz ve tanımlanmış bölgesinden sorumlu Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açmalıyız.

Kaynaklar

1) Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006.

2) Foucault M. (1961) Deliliğin Tarihi (Çev. M. A. Kılıçbay). İmge Kitabevi, Ankara, 1992

Ebelik mesleğini nasıl yok ediyoruz?

Yrd. Doç Dr. Saadet Yazıcı



1985 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 1985-1986 arasında Gazi Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği dalında 1988 yılında yüksek lisans, 1994 yılında doktora programını tamamladı. 1998-2001 yılları arasında Trabzon Sağlık Yüksekokulu'nda Ebelik Bölüm Başkanlığı yaptı. 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu'na öğretim üyesi olarak atandı. Müdür yardımcılığı, yönetim kurulu üyeliği görevleri yaptığı ebelik bölümünün 2007 yılından beri bölüm başkanlığını yürütüyor. Yazıcı, evli ve iki çocuk annesidir.

Deneyimlerim, gözlemlerim ve en önemli veriler doğrultusunda, "Ebeliği nasıl yok ediyoruz, özünden nasıl uzaklaştırıyoruz" gibi soruların şu başlıklar altında tartışılması gerektiğini düşünüyorum:

- Ebelik bölümlerinin öğretim programlarının hemşirelere yakın hale getirilmiş olması.
- Eğitimcilerin tamamına yakınının hemşirelerden oluşması.
- Avrupa ülkeleriyle bütünleşmede var olan kıstasları tamamlamadaki zorluklar.
- Öğrenci sayısının fazla/ öğretim elemanı sayısının az olması.
- Ebelerin ana çocuk sağlığı hizmetlerinde istihdam edilmemesi.

- Doğumların daha çok hastanede, sezaryenle yapılması ve ebelerin normal doğuma katılmaması (Evde doğumların azalması).
- Ebelerin hastanelerde hemşire gibi çalıştırılması.
- Meslek bilincinin ve mesleki örgütlenmenin yetersiz olması, ebelik yasa-sının çok eski, görev yetki ve sorumluluk hala yapılmamış olması.
- Vekil ebe- hemşire ve aile hekimliği uygulamaları.

Daha pek çok şey sıralanabilir ancak ilk bakışta en önemlilerinin bunlar olduğunu söylemek yanlış olmaz. Ebelik dünyanın en eski mesleklerinden biridir. Türkiye'de yaklaşık 43 bin ebe görev yapmaktadır. Bu ebelerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Ebelerin ülkemizde

özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli katkıları olmuştur. Ebeler bunu, kimsenin gide-medığı en uç noktalardaki sağlık evleri ve sağlık ocaklarında tek başına kadın ve çocuklara verdiği hizmetlerle yapmıştır. Ancak son yıllarda yapılan yanlış uygulamalar, ebelik mesleğini hastanelere yöneltmiş ve asıl olması gereken ana-çocuk sağlığı hizmetlerinden uzaklaştırmıştır. Oysa ebenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir rolü vardır. Ülkemizde ebeler bu alanda yeterince iyi değerlendirilmemektedir. Bunun nedenini ve ebeliğin sorunlarını girişte verdiğimiz başlıkları tartışarak bulmaya çalışalım.

Ebelik bölümlerinin öğretim programlarının hemşirelere yakın hale getirilmiş olması:





“Ülke gerçekleri” ebelerin hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde, dâhiliye, cerrahi, psikiyatri servislerinde çalışması mıdır? Buralarda çalışacak ebeleri yetiştirmek için ders programlarında bu derslerin saatlerinin artırılmasıyla işe başlanırsa sorun çözülür mü? Eğer sorunu bu yolla çözmeye kalkışırsak, ebelere hemşirelik programına yakın bir program uygulamış olmaz mıyız? Evet, tam da bunu yapmış oluruz ve yetiştirdiğimiz kişiler ne ebe ne de hemşire, ikisinin arasında bir şey olur.

ÖSS rehberinde (2008) yer alan sağlık yüksek okullarının 37'sinde ebelik bölümü bulunmaktadır. Bu okulların öğretim planları incelendiğinde çok farklı programların olduğu, çoğu okulda öğretim planlarının hemşirelik öğrencilerine yakın olduğu da bir gerçektir. Avrupa ülkeleri ölçüleri doğrultusunda ebelik eğitiminin verilmesi amacıyla bu alanda çalışan öğretim elamanları tarafından toplantılar yapılmış, ebelik çekirdek programı oluşturulmuş ve uygulanması konusunda kararlar alınmıştır. Bu sonuç raporları YÖK aracılığı ile tüm sağlık yüksek okullarına ulaştırılmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan uyarılar ve beklentiler, Avrupa ülkelerinde verilen eğitimden ve uygulamalardan farklı yol izlenmesine neden olmuştur. Her şeyden önce ebe tanımı konusunda farklılık vardır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ebe; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımlanır.

Sağlık Bakanlığı'na göre yapılan ebe tanımında yeni doğan yerine 0-6 yaş

grubu çocuk izlemi, menopoz ve adölesan dönemine de yer verilmektedir. Ancak ebelerden daha da fazlası beklenmekte, hangi sağlık personeli yoksa onun yerini doldurması istenmektedir. Bunlar istenirken de “ülke gerçekleri” gerekçe gösterilmektedir. Peki, “ülke gerçekleri” nedir? “Ülke gerçekleri” ebelerin hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde, dâhiliye, cerrahi, psikiyatri servislerinde çalışması mıdır? Buralarda çalışacak ebeleri yetiştirmek için ders programlarında bu derslerin saatlerinin artırılmasıyla işe başlanırsa sorun çözülür mü? Eğer sorunu bu yolla çözmeye kalkışırsak, ebelere hemşirelik programına yakın bir program uygulamış olmaz mıyız? Evet, tam da bunu yapmış oluruz ve yetiştirdiğimiz kişiler ne ebe ne de hemşire, ikisinin arasında bir şey olur.

Eğitimcilerin tamamına yakınının hemşirelerden oluşması:

Ebelik bölümü öğretim elamanlarının çoğunluğunun hemşire kökenli olmasının, lisans düzeyindeki gelişimini ve eksiklerini tamamlamamış ebelik bölümleri için yadırganacak bir durum olmadığını söyleyebiliriz. Hemşire akademisyenlerin isteği de ebelerin ebeler tarafından eğitilmeleri doğrultusundadır. Ancak hemşirelik öğrencileri ile aynı yerlerde aynı öğretim elamanlarıyla klinik uygulama yapılması ve birlikte değerlendirilmesi mesleki bakış açılarının oluşumuna sekte vurmaktadır. Bu dönüşümün hızlandırılmasında lisans mezunu ebelere bu bakış açısının kazandırılması ve kendi akademisyenlerini oluşturma konusunda daha fazla çaba harcamaları ve istekli olmaları gerekmektedir. Bu eksikliğin nedeninin aslında isteksizlik olmadığını, akademik ilerleme ölçülerini yerine getirme konusunda diğer meslek mensuplarıyla yarışta alt yapı yetersizliği nedeniyle geri kaldıklarını biliyoruz. Ebeliği tercih eden öğrencilerin Anadolu Lisesi ya da kolej mezunu olmadığını söylemeye gerek olmadığını düşünüyorum. Bu da yetersiz İngilizce ve akademik olarak geri kalma anlamına geliyor. Bu konuda yapılabilecekler konusunda ilk aklıma gelen, yüksek lisansa başlayan öğrencilere hazırlık sınıfı konularak ya da yurt dışı olanağı sağlayarak İngilizce problemlerinin çözülmesine yardımcı olmak olabilir.

Öğrenci / öğretim elamanı sayısı nedeni ile Avrupa ülkeleriyle entegrasyonda var olan kriterleri tamamlamada zorluklar:

2 Şubat 2008 Cumartesi, 26775 Sayı ile Resmi Gazete'de ebeliğin Avrupa Birliği üyesi ülkelerinde tanınabilmesi için, yükseköğretim programlarının eğitim müfredatlarının ve eğitim sonunda kazanılması gereken bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesine ilişkin

esaslar yayınlanmıştır. Ebelik eğitimde bir öğrencinin;

a) En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması,

b) En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması,

c) En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşılamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.),

ç) Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.),

d) Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.),

e) Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması,

f) En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil),

g) Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması,

h) Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması,

ı) Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması (Bu, teorik eğitim ve klinik uygulamayı içermelidir.) gerekmektedir.

Yukarıda yer alan maddelerin hepsini tamamlamadan öğrenciler mezun olmayacaktır. Bunlar ebelik bölümünden mezun olma koşullarıdır. Ancak ebelik okullarının birçoğunda özellikle doğum sayılarının tamamlanması konusunda sorunlar yaşanabilmektedir. Bunun nedenleri arasında öğrenci sayısının fazla, öğretim elamanı sayısının az olması, uygulama alanlarının yetersiz ya da uygun klinik alanının seçilmemesi yer almaktadır. Bunun için öğrenciler birçok okulun programda olmamasına rağmen yaz dönemlerinde doğumların fazla olduğu hastanelerde gönüllü çalışarak bu kriterleri tamamlamak için çok fazla çaba göstermektedirler. Ancak bu kadar emeğin boşa gitmesi ve öğrencilerin mezuniyet sonrası bu bilgileri kullanamaması, bu ülkenin acı bir gerçeğidir.

Bunun ana-çocuk ölümlerinin hala yüksek olmasında da önemli payı olduğunu düşünüyorum.

Ebelerin ana çocuk sağlığı hizmetlerinde istihdam edilmemesi:

Ana ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında ebelerin katkısının büyük olduğunu biliyoruz. Geçmişte bu alanda verdikleri hizmetlerle bunu kanıtladılar. Bu gün de ebeler üreme sağlığının merkezinde yer alacak şekilde eğitilmektedirler. Üreme sağlığı konusunda oluşturulacak politikalarda ebelik hizmetlerinden daha da fazla yararlanılması ve ebelerin olması gerektiği yerlerde istihdam edilmesi konusu önemsenmelidir. Sağlık yüksekokullarından mezun olan ebelere kadro verilmediği için kendi alanlarının dışında çalışmak zorunda kalmamalıdır. Son yıllarda yapılan sağlık ocaklarına ya da doğum hastanelerine yapılan atamalarla bu durum düzeltilmeye çalışılmaktadır. Bu uygulama yaygınlaştığında sonuçların hizmet alan ve veren açısından olumlu etkileri görülecektir.

Doğumların daha çok hastanede, sezaryenle yapılması ve ebelerin normal doğuma katılmaması (Evde doğumların azalması):

Ebe, kısaca normal doğumları yaptıran sağlık personeli olarak tanımlanır. Ancak ülkemizde kadın doğum hekimlerinin ebeliğin görevlerini üstlenmiş olmaları, kadınların doğumlarını hastanede ve sezaryenle yapmak istemeleri, ebelerin mesleklerini yapamamalarına neden olmaktadır. Bu durum ebeliği; pasif, bağımlı, karar vermekten uzak bir meslek yapmıştır. Ebeler mesleklerini yapabilmeleri için, normal doğumların önemi konusunda anneleri eğitmeli ve normal doğumların önemi üzerinde durmalıdır. Ebelerin hastanelerde yaptırdıkları doğumlar kendi performanslarına yazılmalı ve bunun da bir karşılığı olmalıdır.

Ebelerin hastanelerde hemşire gibi çalıştırılması:

Aslında bu durum daha önce saydığımız nedenlerin hepsinin bir sonucudur. Ebelerin kendi başlarına karar vermek yerine diğer sağlık personeli ile uyum içinde olması, kendi alanından uzaklaşması ve hemşire gibi çalışması sonucunu doğurmuştur. Hâlbuki ebeliği hemşirelerden ayıran en önemli özelliğin normal doğuma karar verip yaptırmaya bilgi ve becerisidir. Eğitimleri de buna göre planlanmıştır. Ebelerin hastanelerde hemşire gibi çalıştırılması/çalışması biraz da iş bulma kaygısı ile ebelerin tercih ettikleri bir sonuç gibi görünmektedir. Bunun en önemli nedeni kadro yetersizliği ve atama yapılmaması olabilir.

Meslek bilincinin ve mesleki örgüt-

lenmenin yetersiz olması; ebelik yasa-sasının çok eski olması; görev, yetki ve sorumlulukların net bir şekilde belirlenmemiş olması:

Ebelerin eğitiminde yer alan öğretim elamanlarının çoğunlukla hemşire kökenli olduğunu söylemiştik. Bu öğretim elamanları ebelik ve hemşirelik bölümlerinin derslerini paralel olarak götürmek durumundadır. Bu durumun özellikle klinik uygulamalarda ebelerin meslek bilincinin gelişiminin olumsuz etkilenmesinde en önemli etmen olduğunu düşünüyorum. Çünkü öğrencilere klinik uygulamada diğer sağlık çalışanları tarafından genellikle “öğrenci hemşire” şeklinde hitap edilmesi, “öğrenci ebe” ifadesinin çok az kullanılması söz konusudur.

Diğer bir sorun ebelik lisans öğrencilerinin kullanabilecekleri Türkçe kaynağın çok yetersiz oluşu ve öğrencilerin tıp ya da hemşirelik kitaplarını okuyarak ebelik konularını öğrenmek durumunda kalmalarıdır. Bu olumsuz deneyimler ebelik bilincinin oluşumunu engelliyor. Ebelik mezunlarının kendilerine hemşire denilmesine çoğu zaman ses çıkarmıyor olmasının altında da aynı neden olabilir.

1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa-ya tabi olan ebeliğe dair yeni yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) 1954 yılında kurulmuştur. Aynı yıl ülkemizde de Türk Ebeler Derneği kurulmuş olup merkezi İstanbul'dadır. Henüz şubesi bulunmayan derneğe; sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu tüm ebeler ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında lisansüstü eğitim görmüş hemşireler üye olabilmektedir. Çok eski bir dernek olmasına rağmen üye sayısının çok az olması (tüm ülke çapında 1700 üye) ebelik mesleğinin ileriye taşınması ve mesleki kararların alınması konusunda güçsüzlük olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Sağlık yüksek okulları”nın kurulması 2 Kasım 1996 tarih ve 22805 sayılı ile Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu doğrultuda 1997 – 1998 eğitim ve öğretim yılında bu okulların bünyesinde “ebelik lisans eğitimi” başlanmıştır.

Her yıl 5 Mayıs “Dünya Ebeler Günü” olarak kutlanmaktadır. Ülkemizde daha önceki yıllarda 21-28 Nisan, Ebelik Haftası olarak kutlanmıştır. Ancak son yıllarda tüm dünyanın kabul ettiği 5 Mayıs Ebeler Günü olarak kutlanmaktadır.

Ebelerin görev yetki ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi konusunda da çalışmalar tamamlanarak uygulanmalıdır.

Bugün “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile halkın sağlık hizmetine en yakın

ulaşabildiği sağlık ocakları ve sağlık evlerini kapatarak yerine Aile Hekimliği Modeli getirilmek istemektedir. Ebe ve hemşirenin adının “aile sağlığı elemanı” olarak değiştirildiği, görevlerinin çok açık olmadığı ve koruyucu sağlık hizmetleri anlayışının göz ardı edildiği bu uygulama, ebeleri de ucuz işgücü olarak görmekte, ebelik mesleği yok edilmek istenmektedir.

Vekil ebe/hemşire ve aile hekimliği uygulamaları:

05.07.2005 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’yla, köy sağlık evleri ve sağlık ocakları ile belde sağlık ocaklarında vekil ebe/hemşire istihdamı yapılmaktadır. Bu, ilk bakışta kendi alanlarında çalışma olanağı verilmiş olması bakımından iyi bir uygulama olarak görülebilir. Ancak vekil ebe olarak çalıştırılan ebelerin ücretlerinin düşürülmesi, özlük haklarının ise kadrolu çalışanlara göre yok denecek boyutta olması, ebeliğe hak ettiği değerin verilmediğini göstermektedir.

Bugün “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile halkın sağlık hizmetine en yakın ulaşabildiği sağlık ocakları ve sağlık evlerini kapatarak yerine Aile Hekimliği Modeli getirilmek istemektedir. Ebe ve hemşirenin adının “aile sağlığı elemanı” olarak değiştirildiği, görevlerinin çok açık olmadığı ve koruyucu sağlık hizmetleri anlayışının göz ardı edildiği bu uygulama, ebeleri de ucuz işgücü olarak görmekte, ebelik mesleği yok edilmek istenmektedir.

Sonuç olarak, ebeler; zorlu eğitimleri sırasında aldıkları bilgi ve becerilerini ana-çocuk sağlığı alanında kullanmaları konusunda desteklemelidir. Bu durum, onların daha güçlü olarak yollarına devam etmelerini sağlayacaktır.

Sağlık hizmet sunucularına ödeme modelleri ve sorunlar

Doç. Dr. Naci Karacaoğlu



1961 yılında Yozgat'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı oldu. 1992-98 yılları arasında On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak görev yaptı. 1997 yılında doçent olan Karacaoğlu, 1999-2003 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi plastik cerrahi kliniğinde görev yaptı. Aralık 2003'te Özel Medipol Hastanesi estetik ve plastik cerrahi kliniğinde çalışmaya başladı. Halen aynı hastanede başhekimlik görevini de yürüten Karacaoğlu'nın, ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış pek çok makalesi bulunmaktadır. Dr. Karacaoğlu, evli iki çocuk babasıdır.

Sağlık sektörü, ülke ekonomisinden sağladığı kıt kaynakları etkili bir biçimde kullanmak, verimli ve ekonomik sağlık hizmeti üretmek zorunda olan bir sektördür. Sağlık hizmeti sunucularına verdikleri sağlık hizmeti karşılığında yapılacak ödemelerde her ülkenin kendi sağlık sistemine uygun ödeme şekli veya şekilleri bir arada kullanılmaktadır. Sağlık hizmetini kurum ve kuruluşlar verebildiği gibi bi-

reysel olarak da hekimler ve diğer sağlık personelleri vermektedir (1, 2).

Sağlık hizmeti sunanlara temel olarak iki şekilde ödeme yapılır. Doğrudan ve dolaylı ödeme. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler ödemeyi kamu veya özel sektördeki hizmet sunucusuna doğrudan yapar. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet "üçüncü şa-

hıs" olarak hizmet sunan kişi, kurum veya kuruluşlara ödeme yapar (2, 3, 4).

Ödeme ileriye dönük veya geriye dönük olarak yapılabilir. İleriye dönük ödemede sağlık hizmetinin sunum bedeli bu hizmetin sunulmasından önce ödenmektedir. Bu ödeme şeklinin finansal riski düşük olup sağlık hizmeti sunumunda verimliliği artırıcı etkisi vardır. Geriye dönük ödeme yönteminde sağlık hizmetinin sunum bedeli hizmetin sunulmasından sonra ödenmektedir. Bu yöntemde finansal risk yüksek







olup verimliliği kısıtlayıcı yönü vardır.

A- Bireysel sağlık hizmeti sunanlara yapılan ödeme yöntemleri

Bireysel sağlık hizmeti sunucuları herhangi bir hastane veya sağlık kuruluşunda ücret karşılığında sağlık hizmeti sunanlar ile kendi adına ve kendi hesabına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşur. Hekimler diş hekimler, eczacılar hemşire ve sağlık memurları örnek verilebilir. Bireysel sağlık sunucularına mükemmel olabilecek bir ödeme modeli yoktur. Fakat uygun olabilecek bir model şu özellikleri taşımalıdır (1, 2).

- a) Hekimlerin işlerinden tatmin olmalarını sağlamalı,
- b) Hasta tatminini sağlamalı,
- c) Etkili ve verimli tıbbi bakım verilmesini sağlamalı,
- d) Hekimlerin ihtiyaç duyulan bilim dallarında ve coğrafik bölgelerde çalışmasını teşvik etmeli,
- e) Hizmet sunumu sistemine uygun olmalı,
- f) Parasal teşviklerle maliyet kontrolü arasındaki dengeyi korumalı,
- g) Hekimlerin klinik özgürlüğünü kısıtlamamalı,
- h) Hem hekimlerin hem de işverenin karşılıklı pazarlık gücünü azaltmamalıdır.

Bireysel sağlık sunucularının ücretlendirilmesinde başlıca 6 ana yöntem kullanılmaktadır (3, 4, 5, 6, 7).

- 1- Maaş
- 2- Kişi başına ödeme
- 3- Hizmet başına ödeme
- 4- Vaka başına ödeme
- 5- Prim ödeme
- 6- Karma ödeme

1- Maaş:

Maaş esasıyla tam veya yarım gün çalışan sağlık sunucuları belli bir süre için sabit bir ücret alır. Bu süre genellikle bir aydır. Hekime ürettiği hizmetin nicel veya nitel büyüklüğü ile orantılı olma-

yan bir ödeme yapılır. Maaş yönteminde ödemenin tutarı hasta miktarına veya muayene miktarına bağlı değildir. Bu nedenle hekimler kendilerini daha nitelikli, kaliteli ve daha fazla hizmet üretmek amacıyla verimli ve daha etkili çalışmak zorunda hissetmezler. Finansman modeli olarak kamu kaynaklarını benimseyen sağlık hizmeti sistemlerinde hizmeti doğrudan sunan kurumlar genellikle maaşla ödeme yoluyla hekimleri ücretlendirmektedirler. Maaş şeklindeki ödemede hekimlerin motivasyonları düşük olmaktadır.

a) Avantajları:

Hizmeti sunanın hiçbir hastayı çevirmesi söz konusu değildir.

Hizmet kalitesi kolayca takip edilebilir

Koruyucu hizmetlere daha fazla önem verilmektedir

Ekip çalışması hakimdir..

Yönetilmesi daha kolaydır ve daha düşük yönetim maliyeti vardır.

Hizmet sunumunda aşırı hizmet talebi yaratılmamaktadır.

Geleceğe dönük bütçelemeye kolaylık sağlamaktadır.

Hastaların hizmete ulaşma şansı yüksektir.

Hizmet sunucusunun aşırı süre çalışmasına engel olduğu için iş güvenliği açısından olumlu bir özellik taşır.

b) Dezavantajları

Uzun bekleme zamanı ve kuyrukların olması.

Kolaylıkla verim azalması ve gerekenden daha az hizmet üretilmesi.

Ücretler çok değişmediğinden özendirici olmaması.

Hekimlerin maddi sebeplerden dolayı motivasyonlarının bozuk olması.

Hekimlerin zamanlarını iyi kullanmamaları.

Hizmette sürekliliğin olmaması.

Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (genellikle bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için finans kuruluşundan blok olarak bir ödeme almaktadır. Sıklıkla aylık sabit bir ücret alır.

Hizmet sunucularının hasta memnuniyeti ve bakım kalitesine yönelik özel bir çaba göstermemeleri ve hastaya daha az nazik davranılması.

2- Kişi başına ödeme

Hizmet sunucusuna coğrafi bir bölgede kayıtlı kişilerin tamamına veya kendisine kayıtlı belirli bir nüfusa belirli bir zaman diliminde tanımlanmış sağlık hizmetlerini sunması karşılığında kayıtlı kişi başına ödeme yapılmasını içermektedir. Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (genellikle bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için finans kuruluşundan blok olarak bir ödeme almaktadır. Sıklıkla aylık sabit bir ücret alır. Kişi başı ödeme yöntemi faturaya dayanmadığından uygulaması kolay bir yöntemdir. Sağlık harcamalarının tahmini ve maliyet kontrolü açısından avantaj sağlamaktadır.

Kişi başına ödeme modeline eklenecek ve verilen bazı hizmetlerin karşılığı olarak belirlenecek maddi teşviklerle hekimlerin gelirlerini artırmaları sağlanırken, aynı zamanda öncelikli olarak verilmesi gereken hizmetlerin

üretimi de sağlanabilir. Ayrıca yine bu model ile hekimin çalışma ortamını ve mesleki bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmesi, mahrumiyet bölgelerinde daha istekli çalışması da mümkün kılınabilir.

a) Avantajları (8)

Hizmetin sürekli olması.

Aşırı hizmet üretimine yol açmaması.

Pahalı bakım yerine koruyucu bakıma öncelik verilmesi

Klinik değerlendirme ve karar verme özgürlüğünün daha az kısıtlanması.

Belli oranda ekip çalışması.

Hizmet sunum maliyetinin aşağı çekilmesine yönelik özendiriciliğin olması

Hastaya daha nazik davranılması.

Hekimlerin coğrafik olarak daha dengeli dağılması.

Hekimlerin daha yüksek morale sahip olması.

Muayene sürelerinin uygun uzunlukta olması.

Yönetiminin basit olması.

Hizmet maliyetlerinin önceden daha kolay tahmin edilebilmesi.

b) Dezavantajı

Uzun bekleme süresi ve kuyrukların olması.

Hizmet sunucularının bakım maliyeti daha düşük hastaları listeye almak istemeleri

Hastalara gerekenden daha az hizmet sunulması.

Maliyetleri düşürmek için hastalara sunulan hizmetlerde kısıtlama yapılması

Diğer hizmet basamaklarına sevklerin aşırı olması.

Hekimin daha fazla zaman harcaması gereken hastalara (özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olanlar) daha az zaman ayrılması ya da böyle hastaların listeye alınmaması.

Hekimin yaşlanmasıyla daha az kazanmaya başlaması.

Hekim uygulamalarının takibinin zor olması.

Hekimin, listesindeki kişilerin rapor ve

sevk gibi gereksiz isteklerine karşı savunmasız olması.

3- Hizmet başına ödeme

Hekim kendisine başvuran kişiye verdiği her türlü teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerin her biri için ücret alır. Hizmet sunucusuna hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin türüne ve sayısına bağlı olarak ödeme yapılmaktadır. Bu özel muayenehane hekimliği veya özel sektörde çalışan bireysel sağlık hizmeti sunucularına ödemede kullanılan yöntemdir. Maaş ve kişi başına ödemeye göre, hastaya daha saygılı davranmayı gerektiren bu modelin hekim ve hasta tarafından suistimal edilmesi çok kolay olduğundan özellikle sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunda yüksek maliyetler söz konusu olabilir.

a) Avantajları

Hastanın doktoru seçme ve değiştirme özgürlüğü vardır.

Hekimlerin moralinin yüksek olması.

Hastaya daha nazik davranılması.

Hizmet sunucuları sağlık hizmetinin kalitesi ve üretimini artırmak için yeterli özendiriciliğe sahip olması

Diğer basamaklara aşırı sevklenmesi.

Hizmet sunucularının kendilerine talep yaratma çabası içinde olmaları

Hekim uygulamalarının kolayca takip edilebilmesi.

b) Dezavantajları

Hekimlerin coğrafi dağılımının dengeli olmaması ve sosyal adaletsizliğe yol açması.

Koruyucu hizmetlere daha az önem verilmesi.

Hizmetin sürekliliğinin olmaması.

Daha az ekip çalışması.

Gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının aşırı düzeylere ulaşması.

Daha pahalı uygulamaların tercih edilmesi.

Yönetim maliyetlerinin yüksek olması.

Önceden tahmin edilemeyen maliyetler.

4- Vaka başına ödeme

Maliyet kontrolünün maaş ve hizmet başı ödemede zayıf olmasına rağmen kişi başı ödemede maliyet kontrolü çok daha iyidir. Hizmet başı ve vaka başı ödeme

yönteminde verilen sağlık hizmetinin kalitesi çok iyi iken diğerlerinde zayıftır.

Sağlık hizmetini sunanların tatmini hizmet başı ödeme yönteminde çok iyi, kişi başı ve vaka başı ödeme yöntemlerinde iyidir.

Diğerlerinde ise hekim tatmini zayıftır.

Önceden belirlenen ve taraflarca uzlaşılan protokollere dayalı olarak yapılır. Ödemeler hizmetin kapsamından ziyade vakanın tanısına göre yapılır. Hekim hastasına koyduğu teşhise göre para alır. Bu, yapılan her türlü müdahalenin tümü için sabit bir ücrettir ve teşhis farklılaştıkça ücret de değişir. Hizmet sunucusunun maliyeti azaltmaya yönelik eğilimi hastanın istenen bakımı almasını engelleyebilir. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesi düşebilir. Diğer taraftan maliyet azaltmak için tedavi maliyeti düşük vakalara yönelebilir.

5- Pirim ödeme:

Önceden belirlenen bazı sağlık politikası hedeflerine ulaşılması halinde sağlık hizmeti sunana yapılan bir ödeme biçimidir. Hem bireysel hem de kurumsal kullanım alanı bulunan bu yöntem daha çok bireysel sağlık hizmeti sunucuları için kullanılmaktadır. Bu yöntemde ilaç gibi belli girdilerin tüketim miktarını kısıtlaması söz konusudur.

a) Avantajları

Bazı sağlık hizmeti üretim girdilerinin miktarının ve hizmet maliyetlerinin azaltılması

Bazı sağlık politikalarının yaygınlaştırılmasında etkili kullanım alanı bulması

b) Dezavantajları

Etkili bir denetim uygulanmadığı zaman kötü kullanıma ve haksız kazanç-

Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiçbiri mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği, verimliliği ve hasta tatmini göz önünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır.

lara yol açabilmektedir. Bu nedenle yönetsel maliyeti yüksektir.

6- Karma ödeme:

Yukarıda bahsedilen ödeme yöntemlerinin dezavantajlarını azaltmak ve etkinliklerini artırmak için ödeme yöntemlerinin karma uygulanmasıdır. Kişi başı ödeme ile birlikte maaş, maaşla birlikte hizmet başı ödeme, kişi başı ödemeyle birlikte hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme ile birlikte vaka başı ödeme şeklinde olabilir.

Bu yöntemleri birbirleriyle karşılaştırsak; maliyet kontrolünün maaş ve hizmet başı ödemede zayıf olmasına rağmen kişi başı ödemede maliyet kontrolü çok daha iyidir. Hizmet başı ve vaka başı ödeme yönteminde verilen sağlık hizmetinin kalitesi çok iyi iken diğerlerinde zayıftır. Sağlık hizmetini sunanların tatmini hizmet başı ödeme yönteminde çok iyi, kişi başı ve vaka başı ödeme yöntemlerinde iyidir. Diğerlerinde ise hekim tatmini zayıftır. Buna karşın hizmeti alanların tatmin oranı kişi başı ödeme yönteminde çok iyi, vaka başı ve hizmet başı ödeme yönteminde iyi, diğerlerinde ise zayıftır. Modellerin yönetimi hizmet başı ödemede ve vaka başı ödemede çok zordur. Buna karşın kişi başı ödemede ve maaş ödemesinde ise kolaydır.

Maaş şeklindeki ödeme yönteminde bireysel sağlık sunucuların motivasyonlarının düşük olması, hizmet başına ödemede ise maliyet kısıtlamasındaki

problemler, kişi başına ödemede gerekenden daha az hizmet üretilmesi ve sevk etme eğiliminin fazla olması modellerin önemli birer dezavantajı olarak göze çarpmaktadır.

Kişi başına ve hizmet başına ödemelerde daha kaliteli bir hizmet sunumu için her hangi bir mali ödüllendirme bulunmamaktadır. Diğer taraftan yaşı ilerlemiş hekimler, gelirlerini artırmak amacıyla gençlere göre fazladan çalışma performansını gösteremeyecekleri için daha az kazanma eğiliminde olacaktırlar (6).

Kayıt, izleme ve denetim, geri bildirim gibi idari işlerin daha yoğun olmasından dolayı idari maliyetler hizmet başına ödemede diğerlerine göre daha yüksektir (9). Hizmet sunumundan topluma karşı sorumlu olan ve verilen hizmetleri denetleyici konumundaki kurum ve kuruluşlara (örneğin sağlık bakanlıkları) göre maaşlı ve kişi başına ücretlendirmelerde hekimler gereken düzeylerin altında hizmet vermektedirler (6). Hekimlerin hizmet başına ödeme modellerinde, kişi başına ödemeye göre hastalarını daha az sıklıkla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettikleri bulunmuştur(9).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda hangi sistem kabul edilirse edilsin sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerde bazı noktaların gözden kaçırılmaması gerekir. Öncelikle ödeme modelinin finansman sistemi üzerine aşırı bir maliyet yüklememesi gerekir.

Ödeme modeli bir taraftan hizmet sunucunun klinik özerkliğine saygı gösterirken diğer taraftan da sunulan hizmetin standartlara uygunluğu konusunda ödemeyi yapan kişi ve kuruluşa karşı sorumluluğunu da ihmal etmemelidir. Son olarak da gereksiz hizmet talebi ve sunumunu engellemelidir.

B- Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına, hastanelere ödeme yöntemleri

Hastaneler başta olmak üzere sağlık merkezleri, sağlık ocakları, tıbbi görüntüleme merkezleri, laboratuvarlar, poliklinikler, tıp merkezleri ve dispanserler gibi sunuculara yapılan ödemeleri içerir.

Bütçe tahsisi: Hazine veya hükümet tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Bütçe tahsisi hizmeti sunan kuruma global olarak tahsis edilebildiği gibi harcama kalemlerine özgü bütçe şeklinde de yapılmaktadır. Harcama kalemi bütçeler hangi hizmet için ayrılırsa ancak o hizmete harcanabildiğinden hükümetler tarafından tahsisi ve denetimi daha kolay olması nede-

niyle tercih edilmektedir. Diğer taraftan hem sağlık sunucusu hem de ödeyici için düşük finansal risk taşımaktadır.

1- Sabit Bütçe

Kamu sağlık işletmelerine yapılan bir ödeme biçimidir. Hükümetler tarafından veya hazine tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Bütçe tahsisi hizmeti sunan kuruma global olarak tahsis edildiği gibi harcama kalemine özgü bütçe tahsisi şeklinde de yapılmaktadır. Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilir. Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarda riske girer. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde ek bütçe yapma olanağı tanınır. Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadır.

a) Avantajları

Sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamu fonlarıyla finanse edildiği ülkelerde sağlık hizmetinin coğrafi ve sosyoekonomik yapıya uygun olarak dağıtılması.

Harcama kalemlerine dayalı bütçede gerçeğe uygun hazırlandıklarında maliyet azalması sağlarlar.

b) Dezavantajları

Eğer bütçe tahsisi gerçek verilere dayalı yapılmazsa gereksiz tahsislerle maliyet artışlarına yol açmaktadır.

Yetersiz bütçe tahsisinde ise hizmet kalitesinde düşüşe yol açmaktadır.

Sağlık hizmet sunucusuna kalitesini artırma konusunda yeterli teşviki sağlamaz.

2- Hizmet başı ödeme

Özel hastanelere hak edişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Spesifik hizmetler, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinin bedellerinin ödenmesinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Hastalara yapılan her hizmet için ayrı ödeme yapılmaktadır. Bu sağlık sunucuları açısından yüksek ödeyiciler açısından düşük finansal riskler taşımaktadır. Bu yöntem bireysel ödeme yöntemleri arasında olan hizmet başına ödeme yöntemindeki avantaj ve dezavantajları

taşımaktadır. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılır.

Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilir. Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucular tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir. Gereksiz tıbbi müdahaleler yapmak, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler istemek ve gereksiz ilaç reçete etmek buna örneklerdir. Bu ödeme yönteminde hizmet sunucuları ödemeyi yapanlara göre daha güçlü durumdadırlar.

3- Gün başına ödeme

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksektir ve daha sonra giderek azalır. Yalnızca hastanelerde verilen hizmetlerin finansmanına yönelik bir ödeme şeklidir. Diğer taraftan evde sunulan hemşirelik hizmetlerin de ödeme yöntemi olarak kullanılmaktadır.

a) Avantajları

Ödemeler sabit günlük ödemeler şeklinde uygulanıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahip değildir. Maliyet yöntemi göreceli olarak ucuzdur.

b) Dezavantajları

Ödemeler günlük değişken ödemeler şeklinde yapılıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahip değildir. Hastanın gereğinden fazla hastanede tutulma riski vardır.

4- Vaka başına veya teşhise göre ödeme:

Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için farklı ödeme yapılır. Bu yöntemde hizmet sunucusuna sunucu kuruma önceden belirlenmiş koşul ve tutarlara dayalı olarak vaka başına ödeme ya-

pılmaktadır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu model ilk önce ABD'de başlatılmıştır ve yaklaşık 470 teşhis grubu geliştirilmiştir (DRG - Diagnosis Related Groups) (6, 7, 9). Uygulamada kolaylık sağlamak üzere paket fiyat uygulamalarına ilişkin tedavi yöntemleri standart hale getirilerek ödemeler hasta günü üzerinden yapılmaktadır. Bu yöntem hem sağlık sunan kuruma hem de ödeyiciye eşit ve orta düzeyde finansal risk getirmektedir. Bireysel ödeme yönteminde olan vaka başına ödeme yönteminin benzeri avantaj ve dezavantajlarını taşır.

Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır. Fakat erken taburcu olaylarını hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir. Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır.

5- Kişi başına ödeme

Ödemeyi yapan üçüncü tarafla hasta arasında yapılan anlaşmaya göre, belli sayıda kişinin belli bir süre için hastanedeki hizmetleri kullansın veya kullanmasın, hastanede olabilecek tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere kişi başına belli bir ödeme yapılır. Sağlıklı kişilerin hastaneyi daha az kullandığı göz önünde tutulursa hastanenin kar edeceği açıktır. Ancak kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar hastane hizmetlerini daha uzun süreli ve daha sık olarak kullanacağı için hastanenin maliyetleri artacaktır. Bu nedenle ödemeler ya her birey için aynı miktar üzerinden veya yaş, cinsiyet, yaşadığı bölge, mesleği gibi parametreler göz önünde tutularak farklı miktarlar üzerinden hesaplanır. Bu yöntemde bireysel ödeme yöntemlerinden kişi başına ödeme yönteminin avantaj ve dezavantajlarını taşımaktadır.

Bu ödeme yöntemlerini birbirleriyle karşılaştırsak; maliyet kontrolü bütçe ve kişi başına ödemede çok iyi iken fatura bedeli ödemesinde maliyet kontrolü zayıftır. Buna karşın hizmet kalitesi çok iyidir. Vaka başı ve gün başına ödemede ise maliyet kontrolü fena değildir. Gün başı ödemesinde hizmet kalitesi düşük olabilirken diğer ödeme seçeneklerinde ise hizmet kalitesi kabul edilebilir seviyededir. Hizmet ve ödemelerin kontrolü fatura bedelinde ve fatura başı ödeme yönteminde güç olmasına karşın diğer ödeme yöntem-

lerinde daha kolaydır. Her ne kadar bazı modellerin diğerlerine göre açık avantajları olsa da belli bir modelin daha verimli olduğunu söylemek oldukça güçtür. Her bir ülke veya sağlık sistemi kendi yerel şartlarını göz önünde tutarak en uygun modeli seçmelidir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yapılan doğrudan veya dolaylı ödeme şekilleri, hizmetten yararlanan kişilerin talep düzeylerini etkileyebilmektedir.

Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiçbir mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakaniyet, bir kısmının hasta ve/veya hizmet sunucu tarafından kötüye kullanımı gibi dezavantajları vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği, verimliliği ve hasta tatmini göz önünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Abel-Smith B. *Value For Money*. Heinemann Educational Books Ltd. London. 1976.
- 2) Uz M H. *A Comparative Evaluation of the Payment System for Family Practitioners in the Turkish Health Care Reform*, Health Policy Report. London, 1994.
- 3) Normand C, Weber A. *Social Health Insurance. A Guidebook For Planning*. WHO/ILO. 1994.
- 4) OECD. *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries*. Health Policy Studies No:2. Paris, 1992.
- 5) Glaser W A. *Paying the doctor: Systems of remuneration and their effects*, 1970.
- 6) Uz M H. *Hekimlerin Ücretlendirilme Modelleri: Karşılaştırmalar ve Avrupa'daki Uygulamalar*. Doktor. 3(1): 56-58. 1995.
- 7) Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health insurance in developing countries : The social security approach*. ILO, Geneva, 1990.
- 8) UZ, H., (1998), *Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmeti sunanlara ödeme modelleri, Sağlık hizmetleri el kitabı* (Edit; O. Hayran ve H. Sur), Yüce yayım, Çevik matbaası, İstanbul
- 9) Shimmura K. *Effects of different remuneration methods on general medical practice: A comparison of capitation and fee-for-service payment*. International Journal of Health Planning and Management. Vol 3, 245-258, 1988.

“Tam Gün Tasarısı”na ilişkin görüş ve değerlendirmeler

Prof. Dr. Ahmet Cevat Acar



1960 yılında Kastamonu-Taşköprü’de doğdu. AÜ İşletme Fakültesi’ni bitirdi. Yüksek lisansını İÜ. İşletme Fakültesi Personel Yönetimi ve Endüstri İlişkileri, doktorasını İÜ. SBE (İşletme Fakültesi) İşletme ve Personel Yönetim-Organizasyon bölümlerinde tamamladı. Aynı fakültede 1998’de doçent, 2007’de profesör oldu. Halen, İÜ. İşletme Fakültesi İnsan Kaynakları Yönetimi Anabilim Dalı’nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yaklaşık bir yıldır gündemde olan ve başlangıçta “sağlık personeli için” düşünülen ancak zaman içinde “tüm üniversite öğretim elemanlarının da tam gün çalışmasını öngörür” hale gelen ve en son TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu’nda görüşülen (Esas No: (1/715) Karar No:14 - Tarih: 26/6/2009) “**Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bazı kanun-**

larda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı” ile;

- Üniversite **ve sağlık personeli**” için kısmî süreli (part-time) çalışma kaldırılmakta ve anılan işgören grupları için “**tam gün (full-time)**” çalışma zorunluluğu getirilmektedir (Md.1 ve Md. 3).
- Sağlık personeli (tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar)nın **(1) kamu, (2) SGK ile anlaşmalı özel kurumlar ve Vakıf Üniversiteleri, (3) SGK ile sözleşmesi**

bulunmayan özel kuruluşlar ve vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası (muayenehane vb.) şeklinde üç gruba ayrılan “sağlık kurum kuruluşlarının” sadece bir grubunda çalışmaları öngörülmektedir (Md.7).

- Üniversitelerin **döner sermaye** işletmeleriyle ilgili kesinti ve katkı oranları yeniden düzenlenmektedir.
- Diğer kamu sağlık personeli ve TSK bünyesinde görev yapan sağlık personelinin “**ek ödeme**”, “**tazminat**” oranları





Hekimlerin kısmi süreli istihdamının, bazı durumlarda oldukça ciddi sorunlara ve buna bağlı şikâyetlere yol açtığı, yaygın olarak paylaşılan bir görüştür. Böylesi bir sorunun görmezden gelinemeyeceği ve çözümlenmesi gerektiği de muhakkaktır. Ancak bunun en uygun yolunun tasarıda öngörüldüğü gibi “kısmî süreli çalışmayı tamamen ortadan kaldırarak tüm üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışma” kapsamına almak olduğunu söylemek de imkânsız görünmektedir.

ve nöbet ücretleri düzenlenmektedir.

• “Tıbbî kötü uygulama sigortası” getirilmekte, “iyonlaştırıcı radyasyonla çalışanlar”ın çalışma süreleri yeniden düzenlenmektedir (artırılmaktadır.)

• Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve üniversite sağlık birimlerinin karşılıklı olarak işbirliği anlayışı içinde kullanılması, normal çalışma süresinin 40 saate indirilmesi, TSK birimlerinde diğer sağlık personelinin görevlendirilmesi, kısmî statüde çalışanların bir yıl içinde tam süreye geçmeleri ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır.

Söz konusu tasarının ana gerekçesini, “hekimler ve hekim akademisyenlerin kısmî süreli istihdamı” ve “hasta ile hekim arasında parasal ilişki” ile ilgili yaşanan sorunların teşkil ettiği; diğer akademisyenlerin “tam gün kapsamına” alınmasının ise, yeterli inceleme ve katkılar yapılmaksızın, esasen “eşit(siz)lik” ve buna dayalı “yargısal iptal” olasılığına dayandığı anlaşılmaktadır.

Öncelikle belirtmek gerekir ki, hekimlerin kısmi süreli istihdamının, bazı durumlarda oldukça ciddi sorunlara ve buna bağlı şikâyetlere yol açtığı, yaygın olarak paylaşılan bir görüştür. Böy-

lesi bir sorunun görmezden gelinemeyeceği ve çözümlenmesi gerektiği de muhakkaktır. Ancak bunun en uygun yolunun tasarıda öngörüldüğü gibi “kısmî süreli çalışmayı tamamen ortadan kaldırarak tüm üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışma” kapsamına almak olduğunu söylemek de imkânsız görünmektedir. Tasarı, sadece devlet hastaneleri ve üniversitele- rindeki hekimler ve akademisyenleri değil özel kesimde faaliyet gösterecek sağlık personelinin de “esnek olmayan bir çalışma sistemi”ne mahkûm edecek düzenlemeler içermesi bakımından da oldukça radikal değişiklikler öngörmektedir. Çalışma hayatında esnekliğin yaygınlaştığı; kamu kesiminde ciddi personel, ücret, istihdam sorunlarının (kadro-personel yetersizliği, ücret yetersizliği ve dengesizlikleri, bazı yerlerdeki mekân ve tesis yetersizlikleri vb.) varlığını sürdürdüğü bir ortamda böyle bir tam gün çalışma zorunluluğu getirilmesi uygun değildir.

Tam Gün Yasa Tasarısı ile getirilen değişiklikler

Yukarıda öz olarak belirtilen değişikliklerin, maddeler itibarıyla ele alınması, tasarının neler öngördüğünü daha iyi görmek açısından uygun olacaktır. Temmuz

2009 tarihi itibarıyla tasarıda öngörülen değişiklikler ve bunlara ilişkin değerlendirmeler, aşağıda verilmiştir.

Madde 1. Bu madde ile 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Etenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5'inci maddesinin üçüncü, dördüncü ve yedinci fıkralarında “tam gün çalışmayı ve döner sermaye gelirlerinden (tam gün esasına göre çalışması öngörülen) personele yapılacak ek ödeme tutarlarında değişikliği” (ek ödeme matrahının en çok % 800 ve 700'üne kadar ek ödeme yapılmasını) öngören düzenlemeler getirilmiştir. Madde ile sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması hâlinde, ilgilinin ve kurumlarının muvafakatiyle, üniversiteler ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personelinin “... haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için..” (bir anlamda “kısmî zamanlı” olarak) görevlendirilmesi ve bunlara yaptıkları iş karşılığı döner sermayeden ödeme yapılması öngörülmektedir.

Ek ödeme oranlarının yeniden düzenlenmesi olumludur ancak “görevlendirmelerin kamu kurum ve kuruluşlarıyla

Kanun tasarısı, olumlu bazı değişiklikler yanında, ciddi eksiklikler ve sakıncalar içermektedir. Tasarı bu haliyle, dünya ve ülkemiz gerçekleri ve ihtiyaçları açısından uygun ve kısa vade dışında uygulanabilir görünmemektedir... Mevcut durumda yapılması gereken; dünyadaki ve Türkiye'deki genel eğilimler ile söz konusu kuruluş, iş ve işgörenlere ilişkin gerçekler ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak; tüm üniversite ve sağlık personeli için tam gün çalışma zorunluluğundan vazgeçilmesi, kısmî süreli ve diğer esnek çalışma seçeneklerine imkân verilmesidir.

sınırlandırılması" tekrar değerlendirilmesinde yarar olan bir düzenlemedir.

Madde 2- Madde ile 209 sayılı Kanuna bir madde eklenerek "Sağlık Bakanlığı ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı kadro ve pozisyonlarına (döner sermaye dahil) atanan ve 5'inci madde (altıncı fıkra kapsamında ek ödeme alanlar hariç) gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan klinik şef ve şef yardımcılarının en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 410'u, uzman tabip, Tıp-ta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerine % 335'i ve pratisyen tabip ve dış tabiplerine ise % 180'i oranında her ay herhangi bir katkıya bağlı olmaksızın döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapıl(ması) öngörülmüştür.

Sözü edilen ek ödemelerin, ilgili birimde döner sermaye olmaması halinde



"hangi döner sermayeden/kaynaktan yapılacağı" hususu, açıklamaya muhtaç görünmektedir.

Madde 3- Madde ile 2547 sayılı Kanunun 36'ncı maddesi yeniden düzenlenerek yükseköğrenim kurumlarında kısmî statüde çalışmaya son verilmekte ve tüm öğretim elemanları için tam gün çalışma getirilmektedir. Bu amaçla, 2547 sayılı Kanun ile diğer kanunlarda belirlenen görevler ve telif hakları hariç olmak üzere, bu personelin yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başkaca herhangi bir iş yapmaları, ek görev almaları, serbest meslek icra etmeleri yasaklanmıştır. Diğer taraftan, öğretim elemanının görevi ile bağlantılı olarak verdiği hizmetin karşılığında telif ücreti adıyla bir bedel tahsil etmesi hâlinde (döner sermaye ile ilgili) 58'inci madde hükümlerinin uygulanması öngörülmüştür.

Üniversitelerde kısmî statüde çalışmanın tamamen kaldırılarak tüm öğretim elemanları için "tam gün çalışma" öngörülmesi, hem dünyadaki genel trende, hem de söz konusu işler ve işgörenlerin niteliklerine uymayan bir düzenleme olduğundan; gerekli, isabetli ve orta ve uzun dönemde uygulanabilir bir değişiklik değildir.

(1) Bu düzenleme, kısmî süreli ve diğer esnek çalışma biçimlerinin git-tikçe artması şeklinde ortaya çıkan dünyadaki genel trende aykırıdır: Bu trendin bir sonucu olarak 2003 tarihli 4857 sayılı İş Kanunu'nda bile oldukça önemli bir yer verilen kısmî süreli ve (çağrı üzerine çalışma, ödünç iş ilişkisi, denkleştirme süresi vb.) diğer esnek çalışma biçimlerinin üniversite ve sağlık personeli için yasaklanması anlaşılır ve açıklanabilir bir düzenleme değildir. ^{1*}

(2) Düzenleme; işletme ve insan kaynakları yönetimi ve organizasyon alanındaki bilimsel birikim ve gerçeklere de aykırıdır: Bu konudaki deneyim ve bilgilere göre, bir işin ve o işte çalışacak işgörenin eğitim ve nitelik düzeyi arttığı ölçüde, hem işgörenler hem de işverenler açısından, esnek (ve bunun bir türü olarak kısmî süreli) çalışma sistemlerine olan ihtiyaç da artmaktadır. İşgücü arzedenler bakımından tüm mesaisini tek bir kuruluşa ayırmak pek cazip ve tatmin edici olmayabilmekte; işverenler açısından da söz konusu işgörenlerin tam süreli olarak çalıştırılması, bazen gereksiz ve maliyetli olabilmektedir. Nitelikli işgücünün rekabet imkânı yüksek olduğundan, bu kişilerin kurum bağlılığını zorlayıcı/yasaklayıcı tedbirlerle sağlamak, genellikle pek mümkün değildir. Bunun yerine, nitelikli personelin bağlılık, tatmin ve motivasyonunun özendirici düzenleme ve uygulamalarla sağlamak, daha uygun ve tavsiye edilen bir yoldur. Tasarı, bu gibi bilimsel gerçekleri gözardı ederek, özellikle kamu sağlık kuruluşları ve üniversitelerinin oldukça nitelikli personelinin (gerekçede belirtilenin aksine) elden kaçmasına yol açabilecektir. **Ayrıca son yıllarda açılan çok sayıda üniversitede zaten varolan yetişmiş personel açığı, böylece daha da büyüyecektir.**

(3) Tam gün düzenlemesi, hazırlanış ve gündeme getiriliş usulü bakımından da ciddi eksikliklerle maluldür. Bilindiği gibi, tam gün çalışma, başlangıçta Sağlık Bakanlığı tarafından esasen "kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için" tasarlanmış ve yakın zamanlara kadar da bu çerçevede sunulmuştur. Tam gün çalışmanın tüm üniversite öğretim elemanlarına teşmil edilmesi, oldukça geç olarak ve üzerinde pek düşünülmeden, gerekli görüş ve katkılar alınmadan tasarıya ekle-

nen bir düzenleme görünümündedir. Nitekim genel hatta ilgili kamuoyunda ki hâkim algılama ve tasarının gerekçesi de bu yargıyı destekler niteliktedir. Üniversite camiasının tamamına ilişkin bir düzenlemenin; sağlıkla ilgili birimler esas/odak alınarak ve kapsama sonradan dâhil edilen tarafların durumu ve görüşü dikkate alınmadan (büyük oranda Sağlık Bakanlığı tarafından) tasarlanmış olması, başlı başına bir usul (ve doğal olarak esas ve meşruiyet) sorunu ortaya çıkarmaktadır.

(4)Tasarıda, tıp ve sağlık bilimleri dışındaki üniversite birimleri ve personelinin durumları ve görüşleri yerince dikkate alınmamıştır.

Çoğunluğu oluşturan ve tıp vb. dallardan farklı özellikler taşıyan (ve genelde tam gün dışı çalışma biçimlerine daha fazla muhtaç bulunan) diğer üniversite birimleri ve personeli için, çalışma koşulları ve döner sermaye-ek ödeme olanaklarının tam gün çalışma zorunluluğunun getireceği zorluk ve maliyetleri kompanse etmekten oldukça uzak olduğu gözardı edilmiştir. Özellikle yeni kurulan ve gelişmekte olan üniversiteler açısından tam gün çalışma zorunluluğu; öğretim elemanı açığının sürmesine/büyümesine yol açacak, nitelikli elemanların cezbedilmesini/onların bilgi ve becerilerinden yararlanmayı güçleştirecek, üniversite personelinde nitelik düzeyinin düşmesine yol açacak etkiler gösterecektir.

Yukarıda belirtilen nedenler yanında “toplumsal-ekonomik hayatın diğer alanlarında amaçlanan “esnekleşme” strateji ve politikalarına da uymayan” değişiklik tasarısının tekrar gözden geçirilmesi ve kısmî süreli ve diğer “esnek çalışma” biçimlerinin korunması yoluna gidilmesi, isabetli bir tercih olacaktır. **Tasarının “genel gerekçesi”nde belirtildiği gibi, “kanunî zorunluluk olmamasına rağmen, sağlıkta dönüşüm programının başlangıçta %10 seviyesinde olan tam süreli çalışan sağlık personelinin oranını %80'lere çıkardığı”** gerçeği karşısında, tam süreli çalışmayı, kısmi süreli çalışmayı yasaklayarak değil özendirici tedbirlerle artırmak, daha demokratik, akılcı ve uygulanabilir bir çözüm olacaktır.

Madde 4- Madde ile, 2547 sayılı kanunun 38'inci maddesinde değişiklik yapılarak öğretim elemanlarının diğer kamu kurum ve kuruluşlarında ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilmesi düzenlenmektedir. Tasarıda mevcut hükümde yer alan görevlendirilecek kurumları sayma yöntemi terk edilerek, “..diğer kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında..” şeklinde genel bir ibare

ile yetinilmektedir. Ayrıca,“...ücretleri kamu kaynaklarından ödenen öğretim elemanlarının vakıf ve derneklerde görevlendirilmesi uygulaması kaldırılmakta” ve “... dernek ve vakıfların yönetim ve denetim organlarında görev” yapma için ayrıca bir görevlendirme gerektirmeyeceği belirtilmektedir.

38. maddenin mevcut ve tasarıda öngörülen şekli, bazı belirsizlik ve yetersizlikler içermektedir: Öncelikle, görevlendirme yapılabilecekler kuruluşlarla ilgili ibareye “ **ve bunların iştiraklerinde”** ibaresinin eklenmesi, uygulama ve ihtiyaçlar açısından daha uygun olacaktır. İkinci olarak, düzenleme “görevlendirmelerin zımnî olarak ta olsa “tam süreli” olacağı varsayımına dayanmakta ve buna bağlı olarak görevlendirilenlerin “döner sermayeden yararlanamayacakları” öngörülmektedir. Oysa ki, bu madde kapsamındaki çoğu görevlendirmeler, anılan kuruluşların “yönetim, denetim ve danışma kurulları, proje ekipleri, danışmanlık pozisyonları” gibi tam gün çalışma gerektirmeyen organları için söz konusu olmakta ve öğretim elemanının aslı görevleriyle birlikte yürütülebilmektedir. Bu yüzden, **tam süreli olmayan ve döner sermaye geliri/katkısına engel olmayan görevlendirmelerde; özellikle bu tür gelirlerin elde edilmesine doğrudan katkısı olan ilgili-lerin döner sermaye gelirinden tamamen yoksun bırakılması doğru değildir. Bu tür tam süreli olmayan geçici görevlendirmelerde –varsaelde edilen gelirlerin hakedilen döner sermaye gelirinden mahsubu ile yetinilmesi daha isabetli olacaktır.**

Madde 5- Üniversitelerde kısmî çalışma sistemine son verildiğinden, 2547 sayılı kanunun 58'inci maddesi bu sisteme göre yeniden düzenlenmekte; tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda uygulanan sisteme paralel hâle getirilmekte ve farklı yükseköğretim kurumlarına ait döner sermaye işletmeleri için farklı kesinti oranları getirilmektedir. Yine düzenleme ile gerekçede “serbest çalışmanın kamu kurumu içine taşınmış hâli” ve “mahzurlu” bir uygulama olarak nitelenen “..üniversite hastanelerindeki öğretim üyelerinin özel muayene uygulaması”na son verilmektedir.

Bu çerçevede 209 sayılı kanundaki düzenlemeye paralel şekilde, öğretim elemanlarına mesai dışında çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak kanunî oranların yüzde 50'sini, diğer personele yüzde 20'sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılması öngörülmüştür.

Tüm üniversite birimlerinde “tek tip” döner sermaye uygulamasının kaldı-

rılarak üç gruba ayrılan farklı birimler için farklı kesinti oranlarının (% 35, % 25 ve % 15) getirilmesi, oldukça gecikmiş ve olumlu bir değişiklik-tir. Ancak, tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık araştırma ve uygulama merkezleri'nde “gelir getiren görevlerde çalışan” ve “gelire katkısı olmayan” öğretim üyesi ve araştırma görevlilerinin “ek ödeme” oranları arasındaki (öğretim üyeleri için % 800 ve 600; araştırma görevlileri için % 500 ve 300 şeklindeki) **fark; katkısı olanlar açısından pek motive edici görünmemektedir.** Gelir getirici görevde çalışanın 100 TL aldığı bir durumda katkısı olmayana 75 TL vermek, adil ve (özellikle katkısı olanlar açısından) özendirici değildir. Aradaki farkın, gelir getirici faaliyetlere katkıyı özendirecek (ve tembelliği özendirmeyecek) kadar çok olması uygun olacaktır.

Sağlık kuruluşları ve tıp vb. fakülteler için belirlenen ek ödemeler için verilen oranlar, üst sınır (tavan) olarak öngörülmüş ancak fiili oranların hangi organca ve nasıl belirleneceği ile ilgili bir düzenleme getirilmemiştir. Elde edilecek döner sermaye gelirlerinin; söz konusu tavan oranlardan ödeme yapmaya imkân vermemesi ihtimali de göz önüne alınarak, bu gibi durumlarda uygulanacak oranların hangi organlarca ve nasıl belirleneceğiyle ilgili düzenleme yapılmasında yarar vardır. Özellikle sağlık bilimleri dışındaki alanlarda “yönetici payları”; bazı bölgelerdeki sağlık kurum ve kuruluşlarında ise “ek ödemeler” için öngörülen tavan oranlara ulaşılması, oldukça düşük bir olasılıktır. Bu ve benzeri durumlar, tasarıda % 35-25-15 şeklinde belirlenen ve yönetim organlarınca “% 50 oranında artırılabilceği” belirtilen kesinti oranlarının zaman içinde artırılmasına; böylece “döner sermayeden elde edilecek ek ödemelerin “katkı sağlayanlar için”, tekrar mevcut haldeki cazip olmayan düzeylere inmesine yol açabilecektir.

Bu konuda, ilgili maddeye “**döner sermaye bakiyesinin öngörülen tavan oranlarda(n) ödemeye yetecek düzeyde olmaması durumunda, ödeme oranları, mevcut bakiyenin tavan ödemeye imkan verecek bakiyeye oranına göre ayarlanır**” (anlamında) bir ibarenin eklenmesi uygun olacaktır.

“**Özel muayene**” ve buna bağlı olarak “**öğretim üyesi farkı**”nın kaldırılması, “hasta ile hekim arasında parasal ilişkiyi kaldırma” açısından ilk bakışta olumlu görünmekle birlikte bazı sakıncaları da içermektedir. Bu düzenleme, sağlık hizmeti sunanlar arasındaki varolan “**yetkinlik (bilgi, beceri, deneyim..)** farkının” fiyat ve ücretlere yansıtılması anlamına gelmektedir. Döner

sermaye gelirine doğrudan katkı sağlayanlar ile sağlamayanların döner sermaye gelirleri arasındaki farkın az olduğu da dikkate alındığında bu düzenleme, “kıdemli” öğretim üyeleri’nin performansını artırıcı bir etki göstermeyen ve *sağlık hizmeti “işyükü”nün alt düzeylerdeki sağlık personeline kaymasına yol açan* bir düzenleme olarak ortaya çıkabilecektir.

Düzenleme ile “..öğretim elemanlarının mesai dışında çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak kanunî oranların yüzde 50’sini, diğer personele yüzde 20’sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılması”nın öngörülmesi ise olumlu bir düzenlemedir.

Madde 6- Madde ile 2547 sayılı kanuna eklenen geçici 57’nci madde ile üniversitelerde kısmî statüde çalışma kaldırıldığından hâlen kısmî statüde çalışmakta olan öğretim üyelerinden kanunun yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde talepte bulunanların devamlı statüye geçirilmesi, bu süre içerisinde talepte bulunmayanların ise istifa etmiş sayılması öngörülmektedir.

Üniversitelerde kısmî statüde çalışmanın kaldırılması ve tüm öğretim elemanlarının “tam gün çalışma” ya da üniversite’den ayrılma/ayrılmış sayılma durumunda bırakılması, yukarıda belirtildiği üzere; gerekli, isabetli ve orta ve uzun dönemde uygulanabilir bir değişiklik değildir. Tasarının ilk halinde altı (6) ay olarak belirlenen sürenin bir (1) yıla çıkarılmış olmasının fazlaca bir anlam ve etkisi olmayacaktır.

Madde 7- Bu madde ile “Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar”ın “kamu-özel” ve “SGK ile anlaşması olan ve olmayanlar”ı eklenmiş oluşturulan “Üç grup kuruluş veya işyerinden yalnızca tek bir gruptaki “...sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebil(ecekleri)” öngörülmektedir. Söz konusu grupta;

a) Kamu kurum ve kuruluşları,

b) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları; Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri,

c) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları; Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri; serbest meslek icrası.” şeklinde.

Meslek erbabının her bir grupta yer alan “..birden fazla sağlık kurum ve ku-

ruluşunda çalışabil(eceği)” hükmü getirilmektedir. Taslağın ilk şeklinde yer almayan ve sonradan komisyonda eklendiği anlaşılan ilave düzenleme ile “..Sosyal Güvenlik Kurumu’nca branş bazında sözleşme yapılan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri yalnızca sözleşme yaptıkları branşlarda (b) bendi kapsamında kabul edileceği”; “Mesleğini serbest olarak icra edenler(in), hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan talep edilmemek kaydıyla, (b) bendi kapsamında sayılan sağlık kuruluşlarında da hastalarının teşhis ve tedavisini yapabil(eceği); “Sözleşmeli statüde olanlar da dahil olmak üzere mahallî idareler ile kurum tabipliklerinde çalışan ve döner sermaye ek ödemesi almayan tabipler(in) işyeri hekimliği yapabil(eceği); “Döner sermayeli sağlık kuruluşları(nın) ise kurumsal olarak işyeri hekimliği hizmeti verebil(eceği)” yönünde hükümler konulmuştur.

Madde, özellikle “kamu kurum ve kuruluşları” dışındaki gruplarda çalışanlar için, tasarının “üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışması” şeklinde ifade edilen ana amacıyla çelişen düzenlemeler içermektedir. Bu düzenleme ile, özel kuruluşlar ve vakıf üniversiteleri için “hem kısmî süreli çalışma” hem de “SGK’ndan (ücreti) talep edilmemek kaydıyla” (elbette fark ücreti hastadan alınarak) serbest hekimlerin hastalarını tedavi imkanı getirilmekte, buna karşılık bu olanak, devlet üniversite ve sağlık kuruluşlarına ve personele tanınmamaktadır. Bu, kamu kurum ve kuruluşları ile buralarda çalışanlar aleyhine rekabeti bozucu bir düzenlemedir. Orta ve uzun vadede bunun, kamu üniversite ve hastaneleri açısından finansal (ve insan kaynakları ile ilgili) sıkıntılara yol açması, böylece “tam gün” ve “ek ödeme” düzenlemelerinden beklenen yararın, bu kurumlar ve personeli açısından tam olarak gerçekleşmemesi, buna bağlı olarak kamu kesiminin personel kaybına uğraması kuvvetle muhtemeldir.

Madde 8- Madde ile tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara, tıbbî kötü (yanlış) uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararları karşılamak üzere meslekî malî sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu getirilmektedir.

Zorunlu meslekî malî sorumluluk sigortasının, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri tarafından, özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hizmetler için ilgili kurum ve kuruluşça yaptırılması ve “çalışanlar ile istihdam edenlerin prim yükünü ve dolayısıyla riski paylaşmalarını teminen primlerin yarısının çalışanlar tarafından ödenmesi öngörülmüştür.

Bu madde ile getirilen “zorunlu meslekî malî sorumluluk sigortası”, esasen olumlu bir düzenlemedir. Ancak prim ve teminat tutarlarına ilişkin ana esasların belirlenmemiş ve Sağlık Bakanlığı’nın görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı’na bırakılmış olması, uygulamada karışıklıklara yol açabilecektir.

Madde 9- Madde ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 99’uncu maddesinin birinci fıkrasına yapılan bir ilave ile “...iyonlaştırıcı radyasyona maruz olarak çalışan personelin çalışma süresi 37,5 saat olarak” belirlenmektedir. Bununla birlikte, “... maruz kalan radyasyon dozunun takip edilece(ği)” ve “doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler(in) yönetmelikle belirlenece(ceği)” hükmü getirilmektedir.

Bu düzenleme ile getirilen 37,5 saatlik süre, 40 saat olan olağan süreye oldukça yakın bir süredir. Ayrıca, yönetmeliğe bırakılan “doz limitlerinin aşılmaması için alınacak tedbirler ile aşılmaması durumunda kullanılacak izinler”, iyi düzenlenip takip edilmediğinde suistimale açık hususlardır. Bu arada, iş sağlığı ve güvenliği konusunda, 4857 sayılı yasa kapsamında çalışan personel için eşdeğer düzenlemelerin varlığı da temin ve takip edilmelidir.

Madde 10- Madde ile nöbet ücretleri artırılarak yeniden düzenlenmektedir. Mevcut hükümde sadece 25’ten fazla yatağı bulunan yataklı tedavi kurumları ile sınırlı olarak ödenen nöbet ücretinin, mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan tüm yataklı sağlık kuruluşları ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerine ve sağlık personeli dışındaki diğer personele teşmil edilmesi amaçlanmaktadır.

Düzenleme ile nöbet ücreti ödenebilmesi için nöbet süresinin kesintisiz 8 saat sürmesi hükmü 6 saate indirilmekte, aylık 80 saatlik üst sınır 130 saate çıkarılmaktadır. İcap nöbetinde ödenen normal nöbet ücretinin yüzde 30’u oranı ise yüzde 40’a çıkartılmaktadır.

Bu düzenleme de olumlu **ancak konuyu sadece sağlık kuruluşları personeli açısından ele almak bakımından eksiktir.** Öncelikle, “nöbet” yanında “fazla mesai”ler de, bu düzenlemeye dâhil edilmelidir. Nöbet/fazla mesai ücretini hak edebilmek için öngörülen 6 saatlik sürenin (4857 sayılı yasada “çağrı üzerine çalışma” için belirlenen süreye benzer şekilde) daha aşağıya, örneğin 4 (dört) saate çekilmesi, uzun vadede daha uygun ve uygulanabilir bir düzenleme olabilir.

Tasarıda nöbet ve mesai dışı çalışmanın, sadece sağlık kuruluşları ve personeli ile döner sermaye işletmeleri açısından ele alınması, tüm üniversite öğretim elemanlarının mesai ve gelirlerinin (ücretlerinin) düzenlendiği bir tasarıda ciddi bir eksiklik tir. Sağlık birimleri dışındaki üniversite birimlerinde, ikinci öğretim vb. faaliyetler çerçevesinde öğretim elemanları ve diğer personelin normal mesai dışında “fazla mesai” yapması, yaygın bir uygulamadır. Buna karşılık, **özellikle öğretim elemanları dışındaki üniversite personelinin** “bütçe ve döner sermaye gelirlerine” ciddi katkılar sağlayan bu fazla çalışmalarının karşılığını alamadığı ve mağdur olduğu da bir gerçektir. Hal böyleyken, konunun sadece sağlık kuruluşları personelinin “nöbet ücretleri” açısından düzenlenmekle yetinilmesi açık bir adaletsizliktir.

Bu nedenle bu ve ilgili diğer maddelerde, **sağlık dışındaki üniversite personelinin sağlıkçıların nöbet ve mesai dışı çalışmasına benzeyen “fazla mesai”lerinin de –döner sermaye kârına bağlı olmaksızın- tatmin edici biçimde ücretlendirilmesi**’ni sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekir.

Madde 11- *Madde ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin, Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilmesi amaçlanmıştır. Birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esasların (Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak) yönetmelikle belirlenmesi öngörülmüştür.*

Bu, kamu kaynaklarının etkin kullanımı açısından olumlu bir düzenlemedir. Ancak (devlet üniversitelerini işaret ettiği açık olan) “üniversiteler” ibaresinin “vakıf üniversiteleri”ni de kapsayıp kapsamadığı hususu açık değildir.

Madde 12- *926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanunu’nun ek 17’nci maddesine eklenen fıkra ile Türk Silâhlı Kuvvetleri kadrolarında bulunan öğretim üyesi tabip, uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlara sağlık hizmetleri tazminatı ödenmesi öngörülmüştür.*

Madde 13- *Madde ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı’na bağlı eğitim hastaneleri ile askeri tıp fakültesinde ve Türk Silâhlı Kuvvetleri’ne bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında öğretim üyesi, tabip ve sağlık personeline*

ihtiyaç duyulması hâlinde, Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı’nın talebi üzerine Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından öncelikli olarak görevlendirme yapılması öngörülmüştür. Ayrıca bu kuruluşlarda iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel hakkında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 99’uncu maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan çalışma süresine ilişkin hükümlerin uygulanması düzenlenmiştir.

Madde 14- Madde ile 2368 sayılı kanunun yürürlükten kaldırılması suretiyle kısmî zamanlı çalışma sisteminden vazgeçilmekte, haftalık 45 saat (normal) çalışma süresinin diğer kamu görevlilerinde olduğu gibi 40 saat olması amaçlanmaktadır. *Ayrıca, 5510 sayılı Kanunun 73’üncü maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan öğretim üyeleri tarafından sunulan hizmetler için ilave ücret alınmasına cevaz veren hüküm ile kısmî zamanlı çalışma ile ilgili olarak 2659 ve 2955 sayılı Kanunlardaki hükümler ve 2547 sayılı Kanunun, sağlık tesislerinin işletilmesi ve yönetiminin, üniversitelerde kurulmuş olan vakıflara verilebileceğine ilişkin ek 22’nci maddesi yürürlükten kaldırılmaktadır.*

Son üç madde, tasarıda öngörülen değişikliklere bağlı olarak; TSK sağlık personelinin tazminatları, diğer sağlık personelinin TSK’da görevlendirilmesi, haftalık normal çalışma süresinin yeniden düzenlenmesi vb. ile ilişkin düzenlemeleri içermektedir.

Sonuç

“Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı”; döner sermaye, ek ödeme, tazminatlar, meslekî sorumluluk sigortası, nöbet ücretleri gibi konular açısından olumlu ancak geliştirilmesi gereken bazı değişiklikler içermektedir. Ancak tasarısı; özellikle tüm **üniversite ve sağlık personeli için “tam gün çalışma” zorunluluğu getirmesi; sağlık dışındaki üniversite kuruluşları ve personelinin durumunun yeterince dikkate alınmaması bakımından ciddi eksiklikler ve sakıncalar içermektedir.** Tasarı bu haliyle, dünya ve ülkemiz gerçekleri ve ihtiyaçları açısından uygun ve kısa vade dışında uygulanabilir görünmemektedir.

Mevcut durumda yapılması gereken, dünyadaki ve Türkiye’deki genel eğilimler ile söz konusu kuruluş, iş ve işgörenlere ilişkin gerçekler/ihtiyaçlar göz önüne alınarak tüm üniversite ve sağlık personeli için **tam gün çalışma zorunluluğundan vazgeçilmesi,**

kısmî süreli ve diğer esnek çalışma seçeneklerine imkân verilmesidir. Üniversite ve sağlık kuruluşlarının özelliklerine uygun çalışma seçenekleri içinde **tam gün çalışmanın** (“gerekçe”de belirtilen Sağlık Bakanlığı deneyiminin gösterdiği gibi) **“döner sermaye” vb.’nde yapılacak özendirici düzenlemelerle yaygınlaştırılması, kısmî süreli ve diğer diğer çalışma biçimleriyle ilgili sorunların da öncelikle teşvikli düzenlemeler ve etkin dene-timle minimize edilmesi,** daha uygun ve uygulanabilir bir çözüm olacaktır.

* Örneğin; ABD’de Eğitim Bakanlığı’nın 2007 verilerine göre, tüm öğretim elemanları içinde tam süreli çalışanların oranı % 51,3; part-time çalışanların oranı ise % 48,7’dir. Devlet üniversitelerinin 4 yıllık bölümlerinde çalışan toplam 518 bin 221 öğretim elemanının % 68,4’ü 2 yıllık yüksekokullarda, % 31,4’ü tam süreli okullarda, diğerleri ise kısmî süreli statüde istihdam edilmektedir. (http://nces.ed.gov/programs/digest/d08/tables/dt08_245.asp?referrer=report/)

Yine ABD’de yapılan bir araştırmaya göre, sağlık alanındaki öğretim elemanları içinde kısmî süreli çalışanların oranı, erkekler için % 18, kadınlar için % 20’dir. (<http://www.aamc.org/members/wim/statistics/stats04/interpsummary.pdf>)

ABD’de erkek çalışanların % 8’i; kadınlarınsa % 21’i kısmî süreli çalışmaktadır. Tıp okullarında kısmî süreli çalışanların oranı, temel bilimlerde % 6 ve klinik bilimlerde % 15’tir. Diğer fakülte ve yüksekokullarda ise bu oran daha yüksektir. (% 36) (http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/08000/Institutional_Policies_of_U_S_Medical_Schools.20.aspx)

Diğer ülkelerde de oranlar farklı olsa da benzer durumlar söz konusudur. Türkiye’de sınırlı sayıdaki tıp fakültesi hariç kısmî statüde çalışan öğretim elemanlarının sayısının pek fazla olmaması (YÖK yetkililerinin beyanına göre tüm üniversitelerde 1300 kusun civarında), kamu sağlık kuruluşlarında kısmî süreli çalışanların oranının ciddi oranda azalmış olması (yaklaşık 7 bin kişi), “kısmî süreli çalışmanın bu denli büyüülecek bir sorun” olmadığının göstergesi olarak yorumlanabilir.

“Tam Gün”ü “tam” anlamak

Dr. Sebahattin Işık

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde görüşülmekte olan Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı eğer bir değişiklik olmazsa yakında kanunlaşacak gibi görünüyor. Aslında adından da anlaşılacağı gibi bu tasarı, radyasyona maruz kalanların çalışma saatleri, döner sermaye katkı payları, zorunlu meslek si-

gortası, üniversiteden başka kurumlarda görevlendirmeler, vakıf ve üniversite hüllelerinin engellenmesi gibi birçok hususu kapsıyor. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde bile bu tasarı “Tam Gün Kanun Tasarısı” olarak anılıyor. Tasarının zahirine göre “üniversite ve sağlık personeli” için kısmî süreli (part-time) çalışma kaldırılmakta ve “tam gün (full-time)” çalışma zorunluluğu getirilmektedir; yaygın anlayış bu. Kanunun detaylarına biraz dikkatlice bakarsanız durumun biraz farklı olduğu şüphesini edinebilirsiniz. Sağlık

personeline tam gün adı altında, tam tersi olarak, kısmi süreli çalışma getiriliyor gibi geliyor bana.

Yine dıştan bakışta bu tasarının, sadece devlet hastaneleri ve üniversitelerindeki hekimler ve akademisyenleri değil özel kesimde faaliyet gösterecek sağlık personeli de tam güne mahkûm edecek düzenlemeler getirdiği ileri sürülüyor ama ben öyle düşünmüyorum. Tasarıda 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'na müdahale yapılarak kısmi statü ile çalışma tarzı-







Tasarının 5. maddesi birçok sorun içeriyor. Eğer tasarı bu haliyle kanunlaşırsa, üniversitelerimiz tıp fakültelerine klinisyen olan dekan, hastanelerine klinisyen olan başhekim bulmakta zorlanacaklardır. Zira döner sermaye yoluyla sağlanan özlük hakları açısından bu yöneticiler, muadili öğretim üyelerine göre daha dezavantajlı duruma düşürülmekte, adeta cezalandırılmaktadır.

nin ortadan kaldırıldığı doğru. Ancak aynı kanunda bu istihdam modeline benzer istihdam oluşturacak başka maddeler yok değil. İptal edilmek istenen kısmi statülü çalışma, üniversite kadrosuna yerleşip özel sektörde başka işler yapma fırsatını veriyor. Hâlbuki aynı kanun, özel sektörde kadro edinip üniversitede kısmi zamanlı (part time) çalışılmasına imkân veren ve bugüne kadar hiç uygulanmayan hükümler de içeriyor. İlgilisinin 31. maddeyi dikkatli okumasını öneririm. Tasarı kanunlaşırsa belki bu uygulanmayan maddelerin hayata geçmesinin önü açılabilir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu bir yandan memurları kutsayarak dokunulmaz insanlar haline getirirken, diğer yandan toplumun bu kutsal varlıklarının

başkaca bir işe bulaşmalarını hoş karşılamayan bir anlayışa sahiptir. Öyle ya, kutsal varlıkların memurluk dışı kutsal olmayan işlerle kirlenme (!) ihtimali olabilir. Bu kanunun 87. maddesine göre memurlara, kural olarak, kamu kurum ve kuruluşlarında ikinci görev verilemez. Memurun başka bir görev yapması istisnai tanıma muhtaçtır. Hemen ardından gelen madde buna açıklık getirmektedir. Muhtemelen kıtlığına binaen, bu kanuna tabi kurumlarda çalışan tabip ve eczacılara hizmet olanakları elverişli bulunmak ve atamaya yetkili amir tarafından uygun görülme kaydıyla ikinci görev verilebilir; bu da genellikle yönetim görevi olmaktadır. Yine bu kanuna göre bir memura birden çok ücretli vekâlet görevi veya ikinci görev verilemez. Memurlar kural olarak Türk Ticaret Kanunu'na göre tüccar veya esnaf sayılmalarını gerektirecek bir faaliyette bulunamaz, ticaret ve sanayi müesseselerinde görev alamazlar.

Dr. Mete Tan'la birlikte anılan "Tam Gün" kanununu yürürlükten kaldırarak sağlık personelinin çalışma şartlarını genel teamüllerin aksine bir anlayışla düzenleyen. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'da sağlık personelinin çalışma süresi eşitliğe ve İLO sözleşmelerine aykırı olarak, haftalık 45 saat olarak belirtilmiş ve ayrıca haftalık 40 saat (yani tam gün) çalışmak kaydıyla kamu görevinin yanında serbest çalışabilmesinin önü açılmıştır. Burada önü açılan "part time" çalışma değil, "dual çalışma" düzenidir. Yani doktor bu yolla ikinci mesai yapmak durumunda kalmaktadır. Burada 657 sayılı kanuna felsefe olarak aykırı olan bu uygulamanın, doktor emeğinin verimli kullanılması amacından çok, özlük haklarının yetersizliğinden dolayı "mecburi çalışma ihtiyacı" olarak ortaya çıktığına dikkat çekmek isterim. Yoksa yanılıyor muyum? Kervan yola koyulunca bu "mec-

buriyet" zincirinin nerede başlayıp nerede biteceği bilinmez oluyor, o başka.

Mevcut durumda Sosyal Güvenlik Kurumu müdahalelerini bir yana bırakırsak, özel hastanede çalışan bir doktorun ayrıca muayenehane açmasına engel bulunmamaktadır. Ancak ne hikmetse (!) kurumsal kimlik kazanmış özel hastaneler doktorlarının ayrıca muayene işletmesine izin vermiyorlar. Bunun arkasında yatan dinamik, yukarıda sözünü ettiğim mecburi çalışma ihtiyacının burada olmaması mı acaba?

Hekimin ayrıca ek çalışma yapmasının birçok nedeni olabilir. Ama bunun nedeni asla özlük haklarının yetersizliği olmamalıdır.

Memur anlayışımıza aykırı bir şekilde hekimlere kamu görevi ile birlikte serbest meslek icra etme fırsat ve imtiyazı verilirken, neden birden fazla muayene açmasına izin verilmiyor, bu da ayrıca merak konusu. Hekim günün belirli saatlerinde veya haftanın belirli günlerinde ayrı semtlerde veya yerleşim merkezlerinde yahut yılın belirli dönemlerinde farklı şehir veya beldelerde hizmet sunabilse ne olur sanki? Daha fazla insan hekimin hizmetinden yararlanmış olmaz mı? Özel hastane sahibinin hekimine ayrıca muayenehane açmasına izin vermemesinin altındaki neden, muayene sahibi doktorun ikinci bir muayenehane açmasına yasak getirmenin ardındaki etkenle benzer olabilir mi? Ya da tanımlamakta güçlük çektiğimiz bu neden, tam gün konusunda dayatmacı kamu otoritelerinin kafalarının ardındaki ile de mi örtüşüyor? Hani kamu ve özel yatırımcı arasında ayırım yapılmaması gerektiği savunulur ya. Sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişiyle ilgili düzenlemelerde kamu kesimi ile özel kesim arasında gereksiz farklılıklardan söz etmiyor muyuz? Arka plandaki temel anlayış zaten benzeşiyor gibi.

Anlaşılan kamu ve özel otoritelerde zaten var olan bu ortak anlayışlara kanunlarla meşruluk kazandırılmak isteniyor. Bir de, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda öngörül- düğü gibi, “sağlık kurum ve kuruluşları- nın yurt dışında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunması, bu kuruluşların Sağlık Bakanlığı’nca planlanması, koordine edilmesi, mali yönden desteklenmesi ve geliştirilmesi” hükmü mevzuat hap- sinden çıkarılıp pratiğe geçirilse fena olmaz. Ancak bu husus üzerinde biraz durmak lazım. Sağlık Bakanlığı sorum- luluğuna sahip çıkarak bu kuralı uygularsa muayenehanelerin de nerede açılıp nerede açılmayacağına, hekimin muayenehanede kaç saat çalışacağı- na vs. de mi müdahale eder yoksa? Yani muayenehanelere de tam gün ça- lışma şartı getirme riski olabilir.

Konumuza dönüp “Tam Gün” tasarısı- na bakarsak, tasarının sadece devlet hastaneleri ve devlet üniversitelerinde- ki hekimler ve akademisyenleri değil özel kesimde faaliyet gösterecek sağ- lık personelinin de “esnek olmayan bir çalışma sistemi”ne mahkûm edecek düzenlemeler içerdiği mesajını alırız. Kamuoyundaki yaygın kanaat de böy- le. Bana sorarsanız, bu tasarı sağlık personelinin çalışmalarını kısıtlayıcı bir hüküm taşımamaktadır. Ancak bu rolü- nü, bir imtiyaz kanunu olan 2368 sayılı kanun’un tamamının ve 2547 sayılı ka- nunun “küçük” bir fıkrasının yürürlük- ten kaldırılması yoluyla yerine getiriyor.

Bu tasarı radikal değişikliği, sağlık per- sonelinin çalışmasını düzenleme yolu- la değil, çalışabileceği “ortamları” dü- zenleyerek yapıyor. Tasarının 7. maddesi sağlık personelinin çalışabile- ceği koridorlar tanımlıyor. Bu koridorlar dikkatlice incelendiğinde, çıkar çatış- malarından uzak olabilecek alanlarla sınırlı tutulduğunu fark etmek zor değil. Çıkar çatışmalarına konu olabilecek alanlar farklı koridorlara yerleştirilerek aradaki geçişler engellenmiş. Böyle bir düzenleme ileride yüksek yargı organ- larınca nasıl yorumlanır, kalıcı ve genel kabul görececek bir düzenleme olabilir mi, bilemem. Ancak niyeti doğru oku- yabiliyorsam ve gelişmeler bu doğrul- tuda olursa, doktorlarımız daha güvenli koridorlarda çalışmaktan dolayı daha az suçlanabilecek, haklarındaki şaibe ve iftirallardan daha fazla korunabi- leceklerdir. Tabii, bazı arkadaşlarımız “ben istediğim kadar kazanamadıktan sonra güvende olmayı neyleyeyim?” di- yebilir. Bu da onların hakkı.

Tasarının 1. ve 5. maddeleri birlikte de- ğerlendirildiğinde, üniversite ve devlet hastaneleri ayrımı yapılmaksızın, sağlık personelinin kadrolarını kendi kurumla- rında korumak kaydıyla diğer kamu hastanelerinde “part time” çalışabilme-

sine kapı açıldığı görülüyor. Yani aslin- da bu bir “full-time” çalışma getiren kanun değil, devlet memuru olan sağlık personeline “part-time” çalışma hakkı veren bir kanun. Özel sağlık kuruluşla- rında “part-time” çalışmanın önünü açan düzenleme daha önce Sağlık Ba- kanlığı tarafından ilgili yönetmelik de ği- şikliği ile yapılmıştı. Böylece sağlık sek- töründe “part time çalışma” aslında ilk defa yasal ama kontrollü bir zemine oturmuş oluyor. Burada dikkat edilmesi gereken husus, yukarıda sözünü etti- ğim güvenli koridorlardan taviz verilme- den, yani doktoru çıkar çatışması olabi- lecek alanlara sokmadan böyle bir uygulama getirilmiş oluyor.

Burada bir uyarı yapmama izin verin. Tasarının 5. maddesi birçok sorun içe- riyor. Eğer tasarı bu haliyle kanunlaşır- sa, üniversitelerimiz tıp fakültelerine klinisyen olan dekan, hastanelerine kli- nisyen olan başhekim bulmakta zorla- nacaklardır. Zira döner sermaye yolu- la sağlanan özlük hakları açısından bu yöneticiler, muadili öğretim üyelerine göre daha dezavantajlı duruma düşü- rülmekte, adeta cezalandırılmaktadır.

Yine tasarının 7. maddesi ile getirilmek istenen iki husus, temel olarak tasarı- nın tamamındaki felsefeyle uyumlu gö- rünmüyor. Birincisi branş bazında söz- leşmeli kurumlar sisteme sözleşme alanları ile dahil edilecektir. İkincisi ise muayenehane hekimi hastasını Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli bir hastaneye getirip, giderlerini hastanın karşılaması kaydıyla, tetkik ve tedavi yapabilecektir.

Branş bazında sözleşmeli kurumlar sis- teme tasarıda tanımlandığı şekilde ek- lenirse bu madde uygulanamaz hale gelir. Zira hasta sadece kaportacıya veya motorcuya götürülmüş araba gibi değerlendirilemez. Konsültasyon, komplikasyon, ameliyat öncesi farklı sistemlerin incelenmesi gibi bir yığın problem karşımıza çıkacaktır. Ayrıca anlaşmalı branşta Sosyal Güvenlik Kurumu’na kayıtlı olan ve olmayan dok- tor birlikte çalışacak hangi işlemi hangi- sinin yaptığı fiiliyatta ayrı, kayıтта (çık- ar durumuna göre) ayrı olacaktır. Zaten birçok meslektaşımızın bu konuda ye- terince tecrübeli olduğunu biliyoruz.

Muayenehaneden getirilip Sosyal Gü- venlik Kurumu’na fatura edilmeksizin ücretini ödeyerek sözleşmeli hastane- lerden hizmet alan hasta, yargıya baş- vurup muhtemelen hakkını geri talep edecektir. Yani sigortalı kişi sigorta ile sözleşmeli hastanede sigortasız hizmet almak zorunda bırakılıyor olacak ve bu ileride hukuki sorun haline gelecektir.

Tasarı hatalı hekim uygulamalarına karşı zorunlu meslek sigortasına ilişkin

Tasarıda emek harcayan hukukçularımızın bu hususun önemini maalesef yeterince kavrayamadıklarını düşünüyorum. Hekimlerin kötü uygulamaları için hükmedilen tazminat miktarları akıl almaz derecede yüksek oluyor. Doktorların “meşru gelirlerle” bu tazminatları ödemesi mümkün değil. Maddi tazminat tamam da, manevi tazminata bir sınır getirilmezse, ileride meşru kazançla hayatını idame ettiren fakat elini sıcak sudan soğuk suya sokmayan doktor tipi oluşturmamız kaçınılmazdır. Ya da her zaman olduğu gibi doktorlarımız “bir yolunu” bulacaktır.

hükümler de içeriyor. Şükür ki artık devletimiz doktorunu, dolayısıyla dok- torun hizmetini ve sonuçta hastayı gü- vence altına alma ihtiyacı duyduğunu böylece göstermiş oluyor. Ancak tasa- rıda emek harcayan hukukçularımızın bu hususun önemini maalesef yeterin- ce kavrayamadıklarını düşünüyorum. Hekimlerin kötü uygulamaları için hük- medilen tazminat miktarları akıl almaz derecede yüksek oluyor. Doktorların “meşru gelirlerle” bu tazminatları öde- mesi mümkün değil. Zorunlu meslek sigortası bu ortamda gittikçe teminat tutarını ve dolayısı ile pirim tutarını artır- mak mecburiyetinde kalacak. Sonuçta bunlar sağlık harcamalarının bir şekil- de artması (kamu, cepten, kayıt dışı) ile sonuçlanacak. Maddi tazminat ta- mam da, manevi tazminata bir sınır ge- tirilmezse, ileride meşru kazançla ha- yatını idame ettiren fakat elini sıcak sudan soğuk suya sokmayan doktor tipi oluşturmamız kaçınılmazdır. Ya da her zaman olduğu gibi doktorlarımız “bir yolunu” bulacaktır.

Sağlık personelinin tam gün çalışmasına ilişkin kanun taslağı

Prof. Dr. H. Fehim Üçışık



1943 yılında İstanbul'da doğdu. 1964'te İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdi. 1982 yılında doktor, 1983'de yardımcı doçent, 1986'da doçent ve 1992'de profesör oldu. Marmara Üniversitesi'nde İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim dalında çalıştığı dönemde Rektör Yardımcılığı, Hukuk Fakültesi Dekanlığı, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Müdürlüğü yaptı, 2001 yılında emekli oldu. 1992-1993 ve 2003-2005 yıllarında Sağlık Projesi Koordinatörlüğü'nde kısmi statülü danışman olarak görev yaptı. Halen Doğuş Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanlığı görevini yürütüyor.

Sağlık personelinin tam gün çalışmasını sağlamak üzere hazırlanan kanun taslağı, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda, 209 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'da, 2547

sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda, 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu'nda, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da ve 4857 sayılı İş Kanunu'nda değişiklikler yapılmasını ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un yürürlükten kaldırılmasını öngörmektedir.

2368 sayılı kanunun yürürlükten kaldırılmasıyla sağlık personelinin çalışma süreleri diğer devlet memurları gibi 40 saat olmaktadır. 1219 sayılı kanun (m.12) değiştirilerek muayenehane açan bir hekimin başka bir sağlık kuruluşunda mesleğini icra etmesi yasaklanmaktadır.

Devlet Memurları Kanunu'nda yapılacak değişikliklerle, mesleklerini artık serbest olarak icra edemeyecek olan





Fikrimizce hekimlerin birden fazla muayenehane açmalarına imkân tanınmalı, böylece bir hekim günün belirli saatlerinde veya haftanın belirli günlerinde ayrı semtlerde veya yerleşim merkezlerinde yahut yılın belirli dönemlerinde farklı şehir veya beldelerde hizmet sunabilmelidir.

Aşağıda bu taslak, gerekçesiyle birlikte değiştirilmek istenen başlıca düzenlemeler ve mevcut uygulamayla karşılaştırılmaya ve değerlendirilmeye çalışılacaktır.

I. Taslağın gerekçesi

Taslağın genel gerekçesinde, 31.12.1980 tarih ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'la belirli sağlık personeline, "Tam Gün Yasası" olarak da bilinen 2162 sayılı kanunda öngörülen mali hakların ortadan kaldırılması nedeniyle mağduriyete yol açılmaması için hem kamuda hem de özel olarak çalışma imkânı tanındığı, 2003 yılından itibaren tüm sağlık personeline döner sermayeden yeterli düzeyde performans dayalı ek ödeme yapıldığı, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında tam gün çalışan hekimlerin oranı 2003 yılında % 11 iken bu uygulamaya geçilmesiyle % 62 olduğu, kamuda çalışan hekimlerin tüm mesailerini kendi kurumlarına hasretmemesinin kamu hizmetlerini layıkıyla sunulmasını engellediği, toplumda serbest çalışan muayenehanelere hasta yönlendirildiği söylentilerinin yaygınlaştığı, bunun da kamu hastanelerine olan güvene ve hekimlerin saygınlığına gölge düşürür hale geldiği, bu tür istenmeyen olayların bu taslağın kanunlaşmasıyla tamamen ortadan kalkacağı belirtilmektedir.

II. Değiştirilmesi öngörülen başlıca düzenlemeler

a) Çalışma hak ve sürelerine ilişkin düzenlemeler:

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre, bir tabibin, ikametgâhı müstesna olmak üzere, müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi memnurdur (m.12/III).

uzman tabipler, tabipler, diş hekimleri, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda uzmanlık belgesi alan veya doktora yapmış olanlar ile eczacılar ve biyologların ek göstergeleri yükseltilmekte, ek hükümle (m.99) iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi ve araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin, radyasyon dozu limitleri içinde, haftada 40 saat çalıştırılabilmesi kabul edilmektedir.

Yükseköğretim Kanunu'nda, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu'nda ve Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu'nda da aynı amaçlar doğrultu-

sunda değişiklikler yapılmaktadır.

Hekimler artık hem kamuda hem de özel sektörde çalışamayacaklarından işyeri hekimi bulmakta zorluk olmaması için İş Kanunu'na (m.81) hüküm eklenerek işyeri hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarından da alınmasına imkân tanınmaktadır.

209 sayılı kanunda değişiklik yapılarak Devlet Memurları Kanunu'na (m.4/B) göre çalıştırılan sözleşmeli personele de döner sermayeden ek ödeme yapılması öngörülmektedir.

Döner sermaye gelirlerinden ek ödemelerin, aynı katkıyı sağlayan kişilere muayenehanede çalışıp çalışmamaya göre farklı miktarlarda olması bizce isabetsizdir. Şu da var ki muayenehanesi olanlar eşit katkıyı diğerlerinden daha kısa olarak belirlenmiş çalışma süresinde sağlamaktadırlar. Taslağın yalnızca tam gün çalışmayı öngörmesiyle bu eşitsizlik de giderilmiş olacaktır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir. Bu süre, cumartesi ve pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir. Ancak özel kanunlarla yahut bu kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit edilebilir (m.99).

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na göre, üniversitede devamlı statüde görev yapan profesör ve doçentler bütün mesailerini üniversite ile ilgili çalışmalara hasrederler. Bunlar, kural olarak, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başkaca herhangi bir iş görmezler, ek görev alamazlar, serbest meslek icra edemezler. Öğretim üyelerinin üniversite yönetim kurulunca iş birliğine karar verilen kamu kuruluşlarında, kamu yararına hizmet amacını güden kuruluşların işletmelerinde veya diğer özel kuruluşlardaki çalışmaları üniversitede sürdürülmüş sayılır. Bu kurumlardan alınan her türlü ücretler, döner sermayeden pay alan profesör ve doçentin bağlı bulunduğu birimin döner sermayesine gelir kaydedilir. Üniversitede kısmi statüde görev yapan profesör ve doçentler haftada en az yirmi saat üniversitede bulunmak, eğitim - öğretim, uygulama ve araştırmaları bölüm başkanının gösterdiği yerde ve onun denetimi altında yapmakla yükümlüdürler. Bunlar, üniversite ödeneği, idarî görev ödeneği, geliştirme ödeneği ve döner sermaye gelirlerinden pay veya ücret alamazlar. Devamlı statüde görev yapan emsali

profesör ve doçentlerin yararlandığı makam, temsil veya görev tazminatlarından 1/2 oranında yararlanırlar. Yardımcı doçentler üniversite ve bağlı birimlerinde sadece devamlı statüde çalıştırılırlar (m.36).

2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu'na göre, öğretim elemanlarının haftalık çalışma süresi 40 saattir. Öğretim elemanları, mesailerini kurumlarındaki çalışmalara hasrederler. Yetkili olan öğretim elemanları, gerektiğinde hasta muayenesi ve tedavisi de yaparlar. Ancak profesör ve doçentler çalışma saatleri dışında meslek ve sanatlarını serbest olarak icra edebilirler (m.32/1).

2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'a göre, yürürlükten kaldırılmış olan 2162 sayılı kanun kapsamına giren personele hak edilen aylık, yakacak yardımı, iş riski, iş gücü, teminindeki güçlük zammı ve mahrumiyet yeri ödeneği ödenir (m.1/1). Kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanunî çalışma süresi 45 saat, mesai saatleri dışında serbest olarak çalışma hakkından yararlananlar için ise 40 saattir. Ancak bu personelden iyonlaştırıcı radyasyon ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel, Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri içinde çalıştırılabilir (m.2). Özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar, kanunda belirtilen görevlerde bulunanlar dışında, bu kanunda (m.1) öngörülen tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. Bunlara iş gücü, iş riski ve teminindeki güçlük zamları veya bu mahiyetteki zamlar ödenmez (m.4).

b) Ek ödeme konusundaki başlıca düzenlemeler:

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre uzman tabip, tabip, diş hekimi, eczacı, biyolog, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda uzmanlık belgesi alanlar veya bu dallarda uzmanlık unvanını doktora aşaması ile kazanmış bulunanlar için derecelerine göre şu ek göstergeler uygulanmaktadır:

Derece	Gösterge
1	3600
2	3000
3	2200
4	1600
5	1300
6	1150
7	950
8	850

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'a göre, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 4924 sayılı kanun ve 181 sayılı kanun hükmünde kararname (Ek m.3) uyarınca istihdam edilen sözleşmeli personele, mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. Personele bir ayda yapılacak bu ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının, pratisyen tabip ve diş tabiplerinden serbest çalışanlar için yüzde 250'sini, serbest çalışmayanlar için yüzde 500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabiplerinden serbest çalışanlar için yüzde 350'sini, serbest çalışmayanlar için yüzde 700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılar için yüzde 800'ünü, hastane müdürü ile eczacılar için yüzde 250'sini ve başhemsireler için yüzde 200'ünü, diğer personel için ise yüzde 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödeme toplamı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, ilgili birimin cari yıldaki döner sermaye gelirinin yüzde 50'sini, birinci basamak sağlık kuruluşlarında ise, ilgili birimin cari yıldaki döner sermaye gelirinin yüzde 65'ini aşamaz (m.5/III, IV, V).

Yükseköğretim Kanunu'na göre, her eğitim-öğretim, araştırma veya uygulama birimi veya bölümü ile ilgili öğretim elemanlarının katkısıyla toplanan döner sermaye gayrisafi hâsılatının en az yüzde 35'i o kuruluş veya birimin araç, gereç, araştırma ve diğer ihtiyaçlarına ayrılır. Kalan kısmı ise üniversite yönetim kurulunun belirleyeceği oranlar çer-

çevesinde, bağlı bulunduğu üniversitenin bilimsel araştırma projeleri ile döner sermaye gelirinin elde edildiği fakülte, enstitü, yüksekokul, konservatuar ile uygulama ve araştırma merkezlerinde görevli öğretim elemanları ve aynı birimlerde görevli Devlet Memurları Kanunu'na tâbi personel ile aynı kanuna (m.4/B) göre sözleşmeli olarak çalışan personel arasında katkıları da dikkate alınmak suretiyle paylaşılır. Öğretim elemanlarına döner sermayeden bir ayda ayrılacak payın tutarı, bunların bir ayda alacakları aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının yüzde 200'ünü, diğer öğretim elemanları ile 657 sayılı kanuna tâbi personel için ise yüzde 100'ünü geçemez. Bu oran, tıp ve diş hekimliği fakülteleri uygulama ve araştırma merkezlerinde (hastaneler dahil) görev yapan 657 sayılı kanuna tâbi personelden başhemsire için yüzde 200, diğerleri için yüzde 150, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil serviste çalışan sağlık personeli için yüzde 200 olarak uygulanabilir (m.58/a, IV).

III. Değerlendirme

Bizce, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un belirli sağlık çalışanlarına ilişkin özel hükümleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun çalışmaya ilişkin düzenlemesiyle bağdaşmamaktadır. 657 sayılı kanun, çalışma esas ve süreleriyle ilgili olarak yalnızca kurumların ve hizmetlerin özellikleri dolayısıyla farklı düzenleme yapılabilmesini öngörmektedir. Oysa 2368 sayılı kanun, hem kamuda hem de özel olarak çalışma imkânını, taslağın gerekçesinde belirtildiği üzere, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dolayısıyla değil, "Tam Gün Yasası" diye de bilinen 2162 sayılı kanunda öngörülen mali hakların ortadan kaldırılması nedeniyle mağduriyete yol açılmaması için tanımıştır.

657 sayılı kanuna göre, memurlara, kural olarak, kamu kurum ve kuruluşlarında ikinci görev verilemez (m.87/I). Bu kanuna tabi kurumlarda çalışan devlet memurlarına esas görevlerinin yanında, mesleki bilgisi ile ilgili olarak, hizmet olanakları elverişli bulunmak ve atamaya yetkili amir tarafından uygun görülme şartıyla kamu kurum ve kuruluşlarının tabiplikleri, diş tabiplikleri, eczacılıkları ile Adli Tıp Kurumu uzmanlıkları ikinci görev olarak verilebilir. Asıl görevlerinin yanında, tabiplere, sağlık müdürlüğü, sağlık müdür yardımcılığı, sağlık grup başkanlığı, baştabiplik ve baştabip yardımcılığı, diş

hekimlerine, meslekleri ile ilgili baştabiplik, dişhekimliği ve eczacılara, baştabip yardımcılığı ikinci görev olarak yaptırılabilir (m.88). Bir memurun üstünde birden çok ücretli vekâlet görevi veya ikinci görev bulunamaz (m.90). Memurlar kural olarak Türk Ticaret Kanunu'na göre tacir veya esnaf sayılmalarını gerektirecek bir faaliyette bulunamaz, ticaret ve sanayi müesseselerinde görev alamaz, ticari mümessil veya ticari vekil veya kolektif şirketlerde ortak veya komandit şirkette komandite ortak olamazlar. Eşleri, reşit olmayan veya mahcur olan çocukları, yasaklanan faaliyetlerde bulunan memurlar bu durumu 15 gün içinde bağlı oldukları kuruma bildirmekle yükümlüdürler (m.28). Ticaret yapanlara veya devlet memurlarına yasaklanan diğer kazanç getirici faaliyetlerde bulunanlara kademe ilerlemesinin durdurulması cezası verilir (m.125/D,g).

2368 sayılı kanundaki özel düzenleme Anayasanın dinlenme hakkıyla ilgili hükmüne (m.50/III) de aykırıdır. Fikrimizce, sağlık hizmetleri, kendi isteğiyle ikinci bir işte çalışması nedeniyle de olsa, dinlenme hakkını kullanmamış kişiler tarafından sunulmamalı ve sunulmamalıdır.

Fikrimizce, kamu görevlisi sağlık meslek mensuplarının çalışma şartları ve özlük hakları, yürürlükteki mevzuat çerçevesinde değerlendirildiğinde dahi bulundukları yörelerdeki özel sağlık kuruluşunda çalışanlarla uyumlu hale getirilmeli, böylece, günlük mesai dışında çalışmalarına imkan tanınan sağlık meslek mensupları tam gün çalışmanın ardından sırf özlük haklarının yetersizliği dolayısıyla ek çalışma yapmak durumunda kalmamalıdır.

657 sayılı kanun memurların haftalık çalışma süresini 40 saat olarak öngörmüş iken 2368 sayılı kanunun kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin kanuni çalışma süresini kural olarak 45 saat şeklinde belirlemesi, bizce, tutarsız ve eşitliğe aykırıdır. Taslakta bu gereksiz farklılığın giderilmesini uygun bulmaktayız.

Fikrimizce hekimlerin birden fazla muayenehane açmalarına imkan tanınmalı, böylece bir hekim günün belirli saatlerinde veya haftanın belirli günlerinde ayrı semtlerde veya yerleşim merkezlerinde yahut yılın belirli dönemlerinde farklı şehir veya beldelerde hizmet sunabilmelidir. Bir hekimin birden fazla muayenehane açması, sunulan sağlık hizmeti açısından herhangi bir sakınca olmadıkça, bu hizmetten daha çok kişinin kolaylıkla yararlanmasına imkan sağladığından, bizce, Anayasada öngörülen, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırma ilkesinin (m.56)

ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen, sağlık hizmetlerinin kolayca ulaşabilecek şekilde düzenlenmesi (m.5/c) esasının bir uygulaması niteliğindedir.

Bize göre, sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişiyle ilgili düzenlemelerde kamu kesimi ile özel kesim arasında gereksiz farklılıklar olması, bu kuruluşların hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanan kişiler açısından eşitsizliğe yol açmaktadır. Oysa Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda belirtildiği üzere, sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt dışında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunması esastır ve bunun için anılan kanun, bu kuruluşların Sağlık Bakanlığı'nca planlanmasını, koordine edilmesini, mali yönden desteklenmesini ve geliştirilmesini öngörmektedir (m.3/a). Anılan kanunda kamu ve özel ayırımı yapılmaksızın öngörülen, sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesinin sağlanması esası (m.3/d) da kamuya özgü hususlar dışında düzenleme farklılığı olmasını gerektirmektedir.

Tasarıda öngörüldüğü gibi, muayenehane açan bir hekimin özel kesim sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmasının yasaklanması bizce belirtilen ilke ve esasların gereğidir.

Bize göre, sağlık çalışanlarına döner sermaye gelirlerinden, öğretmenlere ek ders ücretinin maaş karşılığı verdikleri veya vermeleri gereken belirli ders sayısının aşılması halinde ödemesi gibi, maaş karşılığı hizmetin ötesindeki katkılar için ek ödeme yapılabilir. Bu ek ödeme, kesinlikle maaş yetersizliğini telafi niteliğinde olmamalıdır. Sağlık personelinin hangi hizmetlerinin veya hizmetlerinin hangi kısmının maaş karşılığı olduğu açıkça belirtilmelidir. Aylık ve döner sermaye gelirleri, diğer ödemelerle birlikte, ancak aslında olması gereken maaş miktarı kadar ise bu gelirlerin emeklilikte esas alınıp alınmaması tartışılmalıdır.

Döner sermaye gelirlerinden ek ödemelerin, aynı katkısı sağlayan kişilere muayenehanede çalışıp çalışmamaya göre farklı miktarlarda olması bizce isabetsizdir. Şu da var ki muayenehanesi olanlar eşit katkısı diğerlerinden daha kısa olarak belirlenmiş çalışma süresinde sağlamaktadırlar. Taslağın yalnızca tam gün çalışmayı öngörmesiyle bu eşitsizlik de giderilmiş olacaktır.

OMÜ Rektörü Prof Dr. Hüseyin Akan: Artık köklü bir üniversite reformu yapmanın zamanı geldi de geçiyor

SD

Prof. Dr. Hüseyin Akan, 5 Ağustos 2008 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) rektörlüğüne atandı. O tarihte 21 üniversitemize rektör atamaları yapıldı. Uzun yıllardır biriken sorunları çözmek; ülke sorunlarına çözüm üreten bilimsel araştırmaları artırmak; ülkemizin küresel rekabet gücünü artırmak üzere AR-GE çalışmalarına destek vermek; üniversiteleri kaynak tüketen değil, kaynak üreten bir duruma yükseltmek; ülkemizin dünya ile entegrasyonunu geliştirmek; daha fazla sayıda

kişinin üniversite öğrenimine imkân vermek vd. pek çok sorunun çözümü bekleniyor rektörlerden.

Biz de SD olarak rektörlerimizle üniversitelerin bugününü ve yarını konuşacağız. Bu amaçla OMÜ Rektörü Prof. Dr. Hüseyin Akan ile bir söyleşi gerçekleştirdik.

Sayın rektörüm; öncelikle üniversiteniz öğretim üyeleri tarafından gösterilen teveccühten sonra bu makama atanmış olmanızdan dolayı SD adına sizleri kutlarız. Dergimiz yeni görev alan rektörlerle üniversite sorunlarını ve önerilen çözüm önerile-

rini konuşarak konunun ülke gündemine taşınmasını amaçlıyor. İlk olarak “üniversite” kavramı ile başlamak istiyorum. Kavram olarak üniversitenin dün, bugün ve yarına bakarsak neler söylemek istersiniz? Üniversite günümüzde ve gelecekte ülkemiz adına hangi misyon ve vizyona sahip olmalıdır?

Üniversiteler, bilimin en üst düzeyde üretildiği kurumlar olmalıdır. Etimolojik ve tarihsel perspektiften baktığımızda evrensellik ve özerklik en önemli özellikler olarak göze çarpar. Bu kurumlar tarihte bilimin bağımsız bir şekilde üretildiği en önemli mekânlar olmuştur. Meslek





sahibi bireyler yetiştirmek, en önemli görevi olarak görünmekle birlikte, üniversitelerin araştırmacı, düşünebilen ve kendi başına öğrenebilen bireylerin yetişmesi ve eğitilmiş bir toplumun oluşmasındaki işlevleri giderek daha öne çıkmaktadır. Üniversitemiz öncelikle bölgemiz ve ülkemiz için vizyon ve misyonunu belirlemelidir. Bu bağlamda, misyonumuz uygulanabilir araştırma geliştirmede önde gelen bir kurum olmak ve istihdam edilebilir mezunlar yetiştirmek olmalıdır. Ayrıca, bölgesel odak olmasını da misyonuna yansıtmalıdır. Geleceğimizde ise, özellikle komşu ve Karadeniz ülkelerince tanınan, seçilen bir üniversite olmayı hedefliyoruz.

Rektörlük öncesi çalışmalarınızda bugün için üniversiteniz ve genelde Türkiye üniversiteleri için hangi sorunları ilk beş içine koyuyorsunuz?

Verimsizlik, performansa dayalı ücretlendirme olmaması, eğitimde programların ve ders içeriklerinin yeterince güncel ve kullanılır olmaması, araştırmaların uygulama ve üretime yönelik yapılmaması ile mali yetersizlik üniversitelerimiz için en önemli sorunlar olarak sayılabilir. Bu sorunların palazlanması veya çözülmesinde en önemli unsur ise öğretim elemanlarının heyecanı ve motivasyonudur.

Üniversite, özerklik ve özgürlük kavramlarını birlikte değerlendirmenizi istersek neler söylemek istersiniz?

Üniversiteler bilim üretme, tartışma ve yaymada özgür olmalıdır. Akademisyenler bilgiyi üretmede ve yaymada herhangi bir yazılı veya sosyal baskı altında kalmamalıdır. Bir bilginin veya bilimsel savın yanlışlığı yine bilimsel yöntemlerle ortaya konmalıdır. Özerklik ise, her türlü kurumsal yapılanma ve işleyişin mevzuatını, üniversitelerin kendilerinin hazırlamasıdır. Eleman alma, yük-

seltme ve ödüllendirmede kendi nesnel ölçütlerini belirlemeleridir.

Üniversitenin amaçları arasında yer alan öğrenmeyi öğretmek, özgün bilim üretimi, insan kaynağı yetiştirme noktasında bir denge sağlamak amacıyla neler yapılmalı?

Bunlar bir arada olması gereken etkinliklerdir. Her üniversitenin, bulunduğu bölge, tarihi ve ülke/bölgenin güncel ihtiyaçları bunların ağırlıklarını tayin etmektedir. Her üniversite bu işlevlerin birisinde daha öne çıkmaktadır ve çıkmalıdır. Mamafih, ben, üniversitelerin öncelikle insan kaynağı yani meslek sahibi bireyler ve araştırmacılar yetiştirmesi ve bu süreçte öğrenme becerisini de kazandırması gerektiğini düşünüyorum.

YÖK tarafından hazırlanan Türkiye'nin Yüksek öğretim stratejisi 2007 yılında Cumhurbaşkanlığı makamına sunuldu. Stratejik plan hakkında bir değerlendirme yapabilir misiniz? Sizce stratejik planda başka hangi konular ele alınmalıydı?

YÖK tarafından 2007 yılında hazırlanan stratejik planda, ülkemizin önümüzdeki dönemde insan kaynağı ihtiyacı dikkate alınmamış. Ulaştırması öngörülen değerler, gerçekçi bir ihtiyaç planlamasına göre belirlenmemiş.

2547 Sayılı Yüksek Öğretim Yasası uzun yıllardır ülke gündeminde. AB ülkelerinin çoğu konuyla ilgili yasalarını güncellemeyi başarmışken AB adayı bir ülke olarak biz henüz bir güncelleştirme yapamadık. Yeni bir yüksek öğretim kanununun olmazsa olmazları neler olmalı? Dal (sağlık bilimleri vd.) üniversiteleri, üniversitelerde birimsel özerklik (anabilim dallarının kendi bütçelerine sahip olması vd.), rektör ve dekanların göre-

Üniversiteler bağış almaları konusunda rahat bırakılmalıdır. Öte yandan, özellikle, yabancı öğrenci (lisans, yüksek lisans, doktora) harçlarında üniversiteler serbest olmalıdırlar. Bir diğer husus da, bu kurumların şirket kurabilmelerine imkân sağlanmasıdır. Böylelikle, üniversiteler kurdukları şirket vasıtasıyla hizmet ve mal üreterek gelirlerini artırabilirler.

ve gelme şekli (seçim, mütevellî heyeti ataması vd.) vd konularda yeni yasa neleri içermeli?

Artık köklü bir üniversite reformu yapmak ve bunu sağlayacak yasal değişiklikleri hayata geçirmenin zamanı geldi de geçmiştir bile. Devletin kamu üniversitelerine verdiği bütçenin öğrenci vasıtasıyla aktarılma yöntemi uygulanmalıdır. Bugün bir tıp fakültesi öğrencisi devlete 20-25 bin TL'ye mal olmaktadır. Meslek yüksek okulu öğrencisi için de yaklaşık 1500-2000 TL aktarılmaktadır. Dolayısıyla üniversiteye aktarılacak kamu bütçesi miktarı belli kurallar içinde, öğrencilere (kredi ve burs şeklinde) veya öğrenci sayısı ile bağıntılı olarak üniversiteye verilebilir. Üniversite yönetimi, öğrenci dolayısıyla elde ettiği para yanında projeler vesilesiyle kazandığı para ve diğer gelirlerle kendi bütçesini özgürce ve ister istemez performans temelli ve hesaplıca yapar. Böylece, yeteri kadar üretmeyen ve ihtiyaç duyulmayan hiçbir elemana ödenecek paraya bütçede yer verme imkânı kalmaz. Bunun için üniversitelerde, kurum maddi/manevi kazandığında yöneticilerin de kazanaçağı, aksi durumda yöneticilerin de kayba uğrayacağı bir yönetim biçimi oluşturulmalıdır. Yöneticiler performansı düşük, katkı sağlamayan elemanları istihdam etme zorunluluğu altında olmamalıdırlar. Bu yönetim biçimi, etkin, yetkili ve sorumlu bir mütevellî heyeti yöntemiyle sağlanabilir.

Üniversiteler, yönetim, yapılanma, odaklanma ve yoğunlaşma alan ve işlevleri bakımından çeşitlenmelidir. Üni-



versiteler sağlık, teknik, sosyal/sanat ve meslek üniversiteleri olarak sınıflanabilir. Özellikle meslek üniversiteleri küçük iller için uygun olacaktır. Sağlık üniversiteleri ise bölgesel merkez niteliğindeki iller için uygun olacaktır. Üniversitelerin araştırmacı ve eğitim odaklı olarak belirlenmesi önerilmektedir. Ben bu belirlenmenin üniversiteler değil, fakülteler ve yüksek okullar ölçeğinde olmasının daha doğru olacağını düşünüyorum. Örneğin temel bilimlerin yer aldığı fen ve edebiyat fakültelerinde daha çok araştırmacı ve uzman yetiştirilmelidir.

Ülkemizde üniversite öğretimi çağında büyük bir genç nüfus var. Yeni üniversitelere olan ihtiyaç çok açık. Mevcut üniversitelerin kontenjanlarını artırmasının, ihtiyaç açısından gerekli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte madalyonun diğer yüzünde kalite sorunu var. Yeni üniversiteler ve kontenjan artırılması ile eğitim/öğretim kalitesi arasındaki denge için sizce neler yapılmalıdır?

Yeni üniversiteler, özellikle küçük illerdeki, o ilin ihtiyacına cevap verecek şekilde, meslek eğitimi üniversiteleri olarak temayüz etmelidirler. Ayrıca, uzaktan eğitim imkânı bu üniversitelerdeki eğitici eksikliğine bir çare olarak düşünülmelidir. Kontenjanların belirlenmesinde, açıkta öğrenci bırakma kaygısından çok, stratejik plan çerçevesinde ihtiyaç ve istihdam edilebilirlik dikkate alınmalıdır. Örne-

ğin, meslek yüksek okulları programları ve kontenjanları ülkenin/o bölgenin ve gelecek dönemlerin ihtiyacına göre belirlenmelidir. Temel bilimlerde ise, kontenjanlar mezunların hemen hepsinin yüksek lisans ve/veya doktora yapmaları ve uzman, araştırmacı veya akademisyen olmaları esasına dayanmalıdır. Yakın gelecekte, 10 yıl gibi bir sürede, demografik yapımızın gidişatı yaşanmaya doğru olduğundan, lise mezun sayısı artmayacaktır. Kontenjanlar ise, toplam ihtiyacın üstünde olacaktır. O zaman iki öngörüye göre davranmamız gerekmektedir. Birincisi, bazı üniversitelerin bazı bölümleri boş kalacaktır. Öğrenciler daha iyi üniversite, daha iyi bölümler için yarışacaklardır. Diğeri ise, dolduramaya çağımız kontenjanlar için, şimdiden, yurt dışından öğrenci çekme, sürekli (tazeleme) eğitim, hayat boyu eğitim gibi imkânlar için çalışmaya başlamamız gerekliliğidir.

Ülkemizde fen ve sosyal bilimler alanındaki araştırmalar konusunda görüşlerinizi almak istiyoruz. Araştırma sayısındaki artış sitasyonla paralel gitmiyor. Ayrıca mevcut araştırmalar, ülke sorunlarını çöme ve kaynak yaratma noktasında olumlu yönleri genelde sahip değil. Kaliteli araştırmaların sayısını artırmak, araştırmaların önündeki engelleri kaldırmak, sorun çözen ve kaynak üreten araştırmaların sayısının artması için neler yapılabilir?

“Tam gün çalışma uygulaması kökten karşı olunacak bir durum değildir. Ancak özellikle tıp fakülteleri hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin ücretlerin maliyetlerin altında kalması ve hastanelerin neredeyse tüm personel ve makine-teçhizatının döner sermaye gelirlerinden karşılanması tam günü uygulanır olmaktan çıkaracaktır. Bu koşullarda, bir iyileştirme yapılmadan uygulanırsa, tıp fakültesi hastanelerinde birkaç idealist öğretim üyesi dışında mutsuz ve kayıtdışına meyyal kişiler kalacaktır diye düşünüyorum.”

Araştırmalarda önceleri makale isteniyordu. Sonra uluslararası makale zorlaması geldi. Şimdi nitelikli dergilerde ve/veya yüksek atıf almış makaleler arzulanır oldu. Son yıllarda ise araştırmalardan uygulanabilir sonuçlar, patent, yenilik, teknoloji geliştirme gibi çıktılardan elde edilmeye başlandı. Bunun çözümü, araştırmacı sayısı, araştırmacının sabit ücret ve proje destekleriyle desteklenmesi, ciddi araştırma merkezlerinin kurulması gibi birçok kurumun, çeşitli alanlarda bütünsel görevler yüklenerek yürüyecek bir süreçtir. Sevinilecek olan, çok kişinin ve çok kurumun bunu en önde gelen kaygı edinmeleri ve üzerinde düşünmeleridir. Bir ülke için fen bilimlerinden belki de, daha önemli olan sosyal bilimlerin alanında ise, son yıllardaki destek çabalarını hariç tutarsak, üzücü bir ihmalkârlık ve zayıflık var. Sosyal bilimlerin yer aldığı edebiyat fakültelerinin, “Fen ve Edebiyat Fakülteleri” içinde sili bırakılması bu sonuçta önemli bir etkidir.

Üniversitede araştırma kadrosuna atanacakların seçimi konusunda önerileriniz nelerdir? Merkezi sinava

bakış açınız nedir?

Araştırma görevlisi kadrolarına atamada mülakat olmamalı; merkezi sınav (ALES) ve mezuniyet notu birlikte değerlendirilerek seçim yapılmalıdır.

Akademik kariyerin her basamağını aynı üniversitede almak fikrine bakış açınız nedir (Uzmanlık veya doktorasını aldığı üniversiteye kariyere kalmak)?

Doğru bir uygulama değil. Özellikle doktora yaptığı yerde doktoranın peşi sıra hemen öğretim üyesi olarak atanmanın pek çok sakıncaları var. En önemlisi ise, lisans, lisansüstü eğitim, akademik kariyerleri art arda aynı üniversitede iktisap etmiş bir akademisyenin, başka üniversite ve merkezlerde araştırma ve eğitim çalışmaları yapma konusunda ürkek davranacak olmasıdır.

Üniversitelerimizde akademik unvanların verilmesi ölçütleri konusunda görüşleriniz nelerdir?

Üniversitelerdeki profesör, doçent gibi unvanlar kadro bağımlı olmalı ve sayıları ihtiyaç düzeyinde sınırlandırılmalıdır. Bu unvanlar o pozisyon dışında kullanılmamalıdır. Bu sistemde, istediğiniz ölçütleri kullanın, istediğiniz kadar duyarlı davranın, ihtiyaç ve liyakatten çok başka ölçütler etkili olacaktır. Örneğin bir anabilim dalında 5 profesör 1 doçent olsa, o bir doçent 5 yılını doldurduğunda profesörlük kadrosunu hak ettiğini söyleyecek ve siz de kadrosunu vermek zorunda kalacaksınız. Çünkü o kişiye kadroyu vermezseniz bugüne kadar süregelen uygulamanın dışına çıkmış ve ayrımcılık yapmış olacaksınız.

Üniversitede eğitim ve öğretimin ve hizmetlerin akreditasyonu için görüşlerinizi alabilir miyiz?

Akreditasyon için önce pilot çalışmalar yapılmalıdır. Tüm üniversitede eğitim ve öğretimin ve hizmetlerin akreditasyonuna yönelik yenileme ve iyileştirme çalışmaları yapılmalı ve akreditasyona hazır hale getirilmelidir. Ancak akredite olmak süreli olup yüksek maliyet gerektirmektedir. Bu nedenle gereklilik ve zorunluluk maliyetle birlikte değerlendirilmelidir.

Üniversitede finansman konusu konusunda görüşleriniz nelerdir? Devlet bütçesi desteği, öğrenci ödentileri ve döner sermaye ve teknopark gelirleri dışında başka gelir kaynakları geliştirilebilir mi? Devlet bütçesinden destek almanın kriterlerini belirlemede üniversiteler arasında farklılık olmalı mı? Almanya örneğinde olduğu gibi belli ölçütlere

göre seçilen bazı üniversitelere daha büyük destek sağlama fikrine nasıl bakıyorsunuz?

Üniversiteler bağış almaları konusunda rahat bırakılmalıdır. Öte yandan, özellikle, yabancı öğrenci (lisans, yüksek lisans, doktora) harçlarında üniversiteler serbest olmalıdırlar. Bir diğer husus da, bu kurumların şirket kurabilmelerine imkân sağlanmasıdır. Böylelikle, üniversiteler kurdukları şirket vasıtasıyla hizmet ve mal üreterek gelirlerini arttırabilirler.

Üniversiteniz önemli bir ticaret ve sanayi şehrinde bulunuyor. Bugüne kadar sanayi ile işbirliğiniz nasıldı? Üniversite-sanayi işbirliğinin gelişmesi ile neler yapmayı düşünüyorsunuz?

Üniversitemizin sanayi ile işbirliği bugüne kadar istenen düzeyde olmamıştır. Bunda zayıflık her iki tarafta da mevcut. Biz üniversite olarak üstümüze düşeni yapmaya başladık. Halen mevcut olan Teknoloji Geliştirme Merkezi odaklı, sanayici ve öğretim üyelerine yönelik farkındalık yaratmak için eğitim çalışmaları planladık ve uyguluyoruz. İki tarafın katıldığı ortak akıl toplantıları gerçekleştiriyoruz. Öte yandan sanayinin bilgiye/uzmana kolay ulaşmasını sağlamak için her alanda koordinatörler belirledik. Bu arada, Teknopark kurulması için kampus içinde arsa tahsisi yaptık. Göreve geldikten sonraki 2-3 ay içersinde başladığımız Teknopark kurma sürecinin sonuna geldik. 2009 yılının Ağustos ayı içinde Teknopark kuruluşu yasalaşmış olacak.

Öğretim üyeliğinin ülkemizdeki bugünkü konumunu nasıl değerlendiriyorsunuz? Mevcut ücretlendirme politikası öğretim üyeliğine özendirme noktasındaki olumsuz etki yaptığını biliyoruz; öğretim üyelerinin gelirleri nasıl artırılabilir?

Öğretim üyeliği, bilginin en değerli zenginlik olduğu çağımızda toplumsal statü bakımından en üst düzeyde olması gereken bir meslektir. Geliri de buna göre olmalıdır. Üniversitelere önümüzdeki 10 yılda ciddi teşvikler uygulanmalıdır. Ücretlendirme, diğer mesleklerle kıyaslanmadan imrenilen bir düzeyde olmalıdır. Bu ücretlendirmede, o daldaki ve bölgedeki ihtiyaç, eğitime katkısı, bilimsel çalışmaları, öğrenci sayıları gibi parametreler, çıktıları da ölçülerek dikkate alınmalıdır. Öğretim üyelerinin dönerden pay almaları anlamlı ve teşvik edici hale getirilmelidir. Ya da üniversitelerin şirket kurmalarına izin verilip gelir sağlama olanağı verilmelidir.

Gündemde olan “Tam Gün” konusu

na bakışınız nedir? Sadece hekim kökenli öğretim üyeleri mevcut tasarıya göre tam gün çalışacakken hukuk, iktisat, mühendislik alanlarında kısmi statünün devam etmesi konusunda görüşlerinizi öğrenebilir miyiz?

Tam Gün Yasa Tasarısı tüm alanlardaki öğretim üyelerine uygulanacak şekilde hazırlanmıştır. Ayrımcılık yoktur. Tam gün çalışma uygulaması kökten karşı olunacak bir durum değildir. Ancak, özellikle tıp fakülteleri hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin ücretlerin maliyetlerin altında kalması ve hastanelerin neredeyse tüm personel ve makine-teçhizatının döner sermaye gelirlerinden karşılanması tam günü uygulanır olmaktan çıkaracaktır. Bu koşullarda, bir iyileştirme yapılmadan uygulanırsa, tıp fakültesi hastanelerinde birkaç idealist öğretim üyesi dışında mutsuz ve kayıt dışına meyyal kişiler kalacaktır diye düşünüyorum.

“Tıp fakültesi eğitim düzeyi, tıp öğrencileri kontenjanı, tıp dışı sağlık mesleklerinin durumu, üniversite hastanesinin sistemdeki yeri ve Türk sağlık sistemine üniversitenin katkısını nasıl değerlendiriyorsunuz?”

Sorularınız çok kapsamlı. Bir söyleşide bunları derli toplu cevaplamak zor. Yine de değineyim. Tıp fakültelerinin, hatta aynı fakültenin farklı anabilim dallarının eğitim düzeylerinden bahsetmek daha doğru olur diye düşünüyorum. Eğitim düzeyi tabii ki, öncelikle uygulanan sistemle bağıntılı. Ancak eğitim verilen bölümün teknik alt yapı ve hocalarının bilgi, deneyim ve eğitime heves düzeyleri çok daha belirleyicidir. Alınacak önlemler arasında, öğretim üyelerini eğitim ve bilimsel çalışmalar dışında odaklanmalarını asgariye indirecek koşulları oluşturmak birinci derecede önemlidir. Nasıl yapılır? Gelirlerini arttırarak, ciddi ve uygulanır performansla bağlı ücretlendirmeyi gerçekleştirerek vb önlemler. Öte yandan öğretim üyesi sıkıntısı çeken fakültelere akışı sağlayacak mekanizmalar hayata geçirilmelidir. Kontenjanların rastgele artırılmasını sağlıklı bulmuyorum. Üniversite hastaneleri döner sermayeyle yaşamak zorunda bırakıldılar. Hatta hizmet ücretlerinin neredeyse maliyeti karşılayamaz hale gelmesi, üniversite hastanelerini 3. düzeyde hizmet sunan eğitim ve araştırma hastanesi olma vasıflarını aşındırmış, onları devlet hastaneleriyle rekabet etmek ve poliklinik hizmetlerini öncelemek zorunda bırakmıştır. Üniversite hastanesinin bir radyolojik tetkiki ve bir ameliyatı devlet hastanelerin göre çok daha ayrıntılı ve dolayısıyla daha maliyetli olmaktadır.

Sorularımızı cevapladığınız için SD olarak teşekkürlerimizi arz ediyoruz.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında maliyet etkililik analizi

Sinan Özyavaş



1980 yılında İstanbul'da doğdu. Lisans eğitimini 2002 yılında Dumlupınar Üniversitesi İktisat Fakültesi'nde, yüksek lisans eğitimini 2006'da Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABD'de tamamladı. Sağlık sektöründe pazarlama ve halkla ilişkiler bölümlerinde çalıştı. Özyavaş halen Özel Acibadem Kozyatağı Hastanesi Hasta İlişkileri bölümünde yönetici olarak görev yapıyor.

Ümit Aksoy



1975 yılında Almaya'da doğdu. Orta öğrenimini Artvin'in Arhavi İlçesinde tamamladı. Selçuk Üniversitesi İnşaat Programı Bölümü'nde ön lisans, OMÜ Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü'nde lisans eğitimini tamamladı. 2007 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABD'de yüksek lisans programını tamamladı. Bir dönem Ali Raif İlaç Sanayi AŞ'de tıbbi satış uzmanı olarak çalıştı. Halen Vodafone Telekomünikasyon AŞ. Doğu Karadeniz Bölge Satış Müdürlüğü'nde saha satış yöneticisi olarak görev yapıyor.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan kaynaklar her ülkede sınırlı olduğundan devletin hangi sağlık hizmetlerine mali destek sağlayacağına dair seçimler her zaman yapılmalıdır. Kaynak tahsisi kararları belirli bir sağlık programı ile başka bir sağlık programına verilen mali destek arasında seçim yapmak anlamına gelmektedir. Örneğin bir hastane kurmaya karar vermek, mevcut bir hastaneye gidecek olan finansman, personel ve malzemenin bu mevcut

hastaneye gitmesinden vazgeçmek anlamına gelmektedir. Hangi müdahalelerin maliyetlerine 'değer' olduklarını anlayabilmek için sağlık planlayıcıları maliyet etkililik analizi metodolojisini kullanmaktadır. Sağlık etkileri müdahaleler arasındaki ortak birimlerle ölçüldükleri için maliyet-etkililik oranları da karşılaştırılabilmektedir.

Maliyet etkililik analizi

Maliyet etkililik analizi (MEA), kısıtlı kaynakların en etkili kullanımını tespit eden bir yöntemdir. Maliyet-etkililik analizinde müdahalelerin sağlık etkilerinin tah-

mini, bu müdahalelerin ekonomik maliyetine bölünmektedir. Bir maliyet başına en yüksek etkiye sahip olan müdahaleler, en fazla maliyet etkili müdahaleler olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım sayesinde sağlık müdahaleleri maliyet-etkililik oranlarına göre sıralanabilmekte ve en maliyet-etkili programlar hükümet tarafından mali destek sağlanacak sağlık öncelikleri olarak seçilmektedir.

Maliyet etkililik çalışması, sağlık politikaları için kaynak dağılımı konusunda ortak bir dille tartışmaya olanak sağlamaktadır. Maliyet-etkililiğin yanlış





Dünya Bankası'nın 1993 yılı Dünya Kalkınma Raporu'nda, hükümetlere, temel sağlık hizmetleri sunumunda farklı sağlık hizmetlerini tek paket içerisinde toplayarak sunmaları önerilmektedir. Günümüzde, hükümetler vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmada genellikle farklı yöntemlere başvurabilirler ve başvurumaktadırlar.

yorumlanmasına -veya maliyet etkililik konusunda hiçbir bilginin bulunmamasına- dayalı kararlar, sağlığı geliştirmeye yönelik ancak ekonomik açıdan maliyetli, gereksiz politikalar ve kaçırılan fırsatlarla sonuçlanabilmektedir. Maliyet etkililik, politika belirlerken diğer ölçütlerin yerine geçmemekte fakat farklı politikaların göreceli değerlerini ağırlıklandırmaya yönelik ek bilgi sağlamaktadır.

Maliyet etkililik analizi, tek bir oranda etkilere sahip bir politikanın maliyetini göstermektedir: Maliyet-etkililik oranı = (bir politikayı yerine getirmenin net maliyeti) / (yeni politika ile elde edilen sağlıktaki gelişim). Bu nedenle, maliyet etkililik yalnızca bir müdahalenin maliyetini değil, bunun yanı sıra kendi maliyetine bölünen o müdahalenin sonucunu da göstermektedir. Maliyet etkililik analizinde, yukarıda belirtilen formül ile elde edilen oran kullanılmaktadır. Bu formülasyon, maliyet etkililik hesaplaması yapmış birçok araştırmacı tarafından kullanılmıştır. Son zamanlarda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) maliyet-etkililiği hesaplamanın yeni bir yaklaşımını yayımlamış ancak sağlık müdahalelerinin maliyet etkililiğini belirleyen genel formül, müdahale maliyetinin sağlık çıktısına (vakadaki sağlıklı yaşam yılındaki değişim) bölünmesi olarak aynı şekilde kalmıştır.

Yasa koyucular, kamu yetkilileri ve kurum yöneticileri için maliyet etkililik sağlık politikaları konusunda kararlar alınırken göz önünde bulundurulacak bir noktadır. En maliyet-etkili seçenek ol-

mamasına rağmen, belirli bir politikanın kabul edilmesine yönelik başka zorlayıcı nedenler de söz konusu olabilir. Örneğin politika belirleyiciler sigortalanmamış veya yüksek düzeyde bir kronik hastalığın var olduğu nüfusları hedef almak isteyebilirler. Bazen en maliyet-etkili politika uygulamada politik ve sosyal açıdan kabul edilebilir hatta uygulanabilir olmayabilir.

Her hangi bir durumda, politika yapıları en azından bir müdahalenin maliyet etkililiğine ilişkin her tür uygun seçeneği göz önünde bulundurmalıdır. Sağlık müdahalelerinin maliyet etkililikleri hesaplanırken hem maliyetlerin hesaplanması, hem de sağlık etkisinin ölçülmesinde ortak bir para biriminin kullanılması gerekmektedir. Örneğin tek bir sağlıklı yaşam yılı elde etmek için, her bir müdahalenin ne kadar maliyete sahip olduğu farklı müdahaleler arasında karşılaştırmalar yapılarak bulunmaktadır. Çıktılar erken mortaliteye bağlı kaybedilen yaşam yılları ile sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yıllarını bir araya getiren bir ölçüm olan Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) cinsinden hesaplanmaktadır.

Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY), Sağlıklı Yıl Eş Değeri (HYE) veya Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (QALY) her biri, sağlık durumunun şiddetinin ağırlıklandırılması ile ölçülen müdahalelerin, erken mortaliteye bağlı kaybedilen yaşam yılları ve ölümcül olmayan bir sağlık durumu ile geçen yaşam yılları üzerindeki etkisini kapsayan

zamana dayalı standart ölçümlerdir. DSÖ, kendi maliyet etkililik analizlerinde DALY kullanmaktadır.

Dünya Bankası'nın 1993 yılı Dünya Kalkınma Raporu'nda, hükümetlere, temel sağlık hizmetleri sunumunda, farklı sağlık hizmetlerini tek paket içerisinde toplayarak sunmaları önerilmektedir. Günümüzde, hükümetler vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmada genellikle farklı yöntemlere başvurabilirler ve başvurumaktadırlar. Hükümetler bir müdahale ile bir diğeri arasındaki olası ilişkileri göz önünde bulundurmaksızın, her hangi bir sağlık hizmeti listesinin ödenmesi veya teminatı konusunda karar birliğine varabilir. Veya hiçbir hedef belirlememeyi de seçerek ve bir dizi girdinin sağlanması veya ödenmesi konusunda karar birliğine varabilirler. Daha sonra sağlık profesyonelleri hangi hizmetlerin gerçek anlamda sunulduğuna karar verirler; bunlar uygun olduklarını düşündükleri hizmetlerin gerçek talep ile mi, yoksa önceden belirlenmiş düzenlemelerle mi sunulduğunu belirlerler. Ortak olarak sunulması gereken hizmetler bütünün temel noktası, temel sağlık hizmeti paketinin toplam maliyetini, sağlık hizmetinin alt yapısını oluşturan hekim ve hastane gibi sağlık girdilerinin ortak kullanımından faydalanarak en düşük seviyeye indirgemektir.

Basit bir sağlık hizmeti paketinin üç temel ayırt edici özelliği vardır:

- Sınırlı Kapsam: Bir paket içerisinde günümüz tıp teknolojisinde mümkün hale

Maliyet etkililik analizi (MEA), kısıtlı kaynakların en etkili kullanımını tespit eden bir yöntemdir. Maliyet-etkililik analizinde müdahalelerin sağlık etkilerinin tahmini, bu müdahalelerin ekonomik maliyetine bölünmektedir. Bir maliyet başına en yüksek etkiye sahip olan müdahaleler, en fazla maliyet etkili müdahaleler olarak değerlendirilmektedir.

getirilmiş tüm sağlık müdahalelerinin sınırlı bir alt kümesi yer almaktadır. Bir başka deyişle bir sağlık hizmeti paketi her şeyi kapsamaz ve kapsamayacaktır.

- Öncelikleri belirlenmiş içerik: Paket içerisine dâhil edilecek olan müdahaleler rasgele değil; aksine belirli teknik ve/veya sosyal amaçları elde etmek için bir öncelik sürecinden geçirilerek seçilirler. Bu süreçte politika belirleyiciler, sağlık çalışanları veya toplum bir bütün olarak kullanılabilir.

- İçerikteki sinerji: Sağlık hizmet paketi basit bir müdahaleler paketinden çok daha fazlasına karşılık gelmektedir. Prensip olarak, paket içindeki girdilerin birbirlerini tamamlayabildikleri bir şekilde oluşturulması gerekmektedir, böylece ortaya çıkan bütün, parçalarının tek tek toplamından daha büyük olacaktır. Uygulamada, paket sunulacak olan sağlık hizmetlerinin yalnızca bire bir numaralandırılması anlamına gelmemektedir.

Paket oluşturma'nın en büyük avantajı, müdahale konularının tümünün maliyet-etkililik açısından gözden geçirilmesine olanak tanımasıdır. Örneğin bir sağlık ocağında yalnız idrar testlerini incelemede kullanılan mikroskop gibi belirli bir müdahale aracı, pahalı (ve muhtemelen de maliyet-etkili değil) olabilir. Bununla beraber, eğer mikroskop tüberküloz teşhisi için tükürük testi gibi farklı tıbbi müdahaleler için de kullanılıyorsa, mikroskobun maliyeti paylaşılmış olacaktır. Temel hizmet paketlerinde, müdahalelere ait maliyetler birbirleri ile yakın ilişkili bir şekilde kümeleştirilmiş veya biri temin edildiğinde bir diğeri de az bir maliyet ile veya hiçbir maliyete ihtiyaç duyulmaksızın temin edilmesi anlayışına bağlı olarak ilişki-

lendirilmiştir. Paket oluşturma aynı zamanda müdahaleler bir arada 'kümeleştirildikleri' zaman müdahalelerin daha bütün bir maliyet-etkililik yapısını özetlemektedir. Örneğin genişletilmiş bağışıklık programına dahil edilen mineral/vitamin dağıtımı, programın maliyetinde az bir fark yaratır ve dağıtım konusunda geçerli bir yöntem oluşturur; böylece programların ortak maliyeti bireysel olarak tutacakları maliyete kıyasla düşmektedir. Kümeleştirme ya da gruplandırma, bir müdahale bir başka müdahalenin oluşumu ile önemli ölçüde ilerleme kaydettiği zaman, müdahalelerde artan bir etkililiğin oluşması sağlanmış olur.

Maliyet analizi metodolojisi

Birinci adımda, yüz yüze görüşme tekniği ile sırasıyla, kurumun çalışma saatleri, personel sayısı, personelin çalışma saatleri ve görev yerleri, personelin ücretleri ve ek ödenekleri, poliklinik kayıtları, verilen hizmetlerin çeşitleri, taşıtların kullanımı, ilaç kullanımı, stoklar, demirbaşlar, elektrik giderleri, su giderleri, yakacak giderleri, laboratuvar faaliyetleri ve ulaşım faaliyetleri hakkında kayıt tutulup tutulmadığı ve bu belgelerin varlığı araştırılabilir.

İkinci adımda, veri toplayan kişi kurumdaki gözlemi sonrası formda yer alan tabloları doldurmak için sağlık kurumunun kullanım alanlarının ölçümü, demirbaşların tespiti ve kullanılabilir durumda olup olmadığı hakkında bilgi toplayabilir.

Üçüncü adımda ise, birinci bölümde incelenmek üzere istenen kayıtlardan, kayıt tarama yöntemi ile poliklinik sayıları, ilaç giderleri, demirbaş miktarları, elektrik giderleri, su giderleri, yakacak giderleri, laboratuvar faaliyetleri ve ulaşım giderlerine ilişkin veri toplanabilir. Böylelikle form tamamlandıktan sonra temel ve yardımcı hizmet gider merkezlerini, direkt ilk madde ve malzeme giderlerini, direkt personel giderlerini ve genel üretim giderlerini tahmin etmek için kullanılacak verilere ulaşılabilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilgili veri kaynaklarına ait bilgiler:

Sağlık ocakları; tiplerine, faaliyetleri ve büyüklüklerine göre farklılık gösterebilir. Dolayısıyla da sağlık ocaklarının veri kaynaklarında da farklılıklar gözlenmesi söz konusudur. Ayrıca sağlık ocaklarında dernek ve vakıf kanalıyla harcamalar mevcut ise bunlara ilişkin kayıtlara da başvurulmuş ve maliyetlere dâhil edilebilir. Aşağıda birinci basamak sağlık kurumlarında kullanılan veri kaynaklarına örnekler verilmiştir.

Sağlık ocaklarındaki veri kaynakları:

- Demirbaş eşya defteri

- Süreli tüketim gereçleri defteri
- Tüketim gereçleri defteri
- Evrak zimmet defteri
- Posta zimmet defteri
- Esnaf muayene defteri
- Parasız ilaç, kayıt ve harcama defteri
- Gıda ve su örnekleri defteri
- Pansuman ve enjeksiyon defteri
- Laboratuvar defteri
- Teftiş defteri
- Sağlık müdürleri denetleme defteri
- Ayniyat tesellüm makbuzu
- Adli protokol defteri
- Aile planlaması poliklinik defteri
- Protokol defteri

Sağlık grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerindeki veri kaynakları:

- Demirbaş eşya defteri
- Demirbaş eşya icmal defteri
- Müstehlik eşya icmal defteri
- Ayniyat günlük defteri
- Miatlı müstehlik defteri
- Ayniyat tesellüm makbuzu
- İstek belgesi
- Çıkış belgesi

Maliyet merkezlerinin tanımlanması:

Birinci basamak sağlık kurumlarındaki gider yerleri esas hizmet, genel yönetim ve yardımcı hizmet gider yerleri olmak üzere üç grupta ele alınabilir. Bu gider yerlerine ilişkin örnekler şöyledir:

Esas üretim (hizmet) gider yerleri :

- Ana sağlığı hizmetleri
- Çocuk sağlığı hizmetleri
- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri
- Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele
- Kronik hastalıklar ile mücadele
- Bağışıklama hizmetleri
- Okul sağlığı hizmetleri
- Yaşlı sağlığı hizmetleri
- Toplum beslenmesi hizmetleri
- Ruh sağlığı hizmetleri
- Kötü alışkanlıklarla mücadele hizmetleri
- İçme ve kullanma sularının denetimi hizmetleri
- Gıda maddelerinin denetimi hizmetleri
- Gayri sıhhi müesseselerin denetimi hizmetleri
- Esnaf denetimi hizmetleri
- Atıkların denetimi hizmetleri
- Poliklinik hizmetleri
- Erken tanı ve tedavi hizmetleri
- Laboratuvar hizmetleri
- İlk yardım ve acil bakım hizmetleri
- Hasta sevgi
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- Rehabilitasyon hizmetleri

Genel yönetim gider yerleri:

- Yönetim
- Arşiv
- Tıbbi sekreterlik

- Sorumlu hekim

Yardımcı üretim (hizmet) gider yerleri :

- Ulaştırma
- Depo, ambar

Tıbbi atık transferi

Burada dikkat edilmesi gereken husus, bazı hizmetlerin diğer hizmetlerin içinde de yer alarak maliyet hesaplamasında birden fazla kez tekrarlanmamasıdır. Örneğin, bağışıklama hizmetleri kapsamında okul sağlığı hizmetlerinde aşılardan çocuklara yer verilmemesi gibi.

Maliyet kalemlerinin belirlenmesi

Birinci basamak sağlık kurumlarının maliyet kalemleri hastanelerin maliyet kalemlerinden farklılık göstermemektedir. Ancak sağlık kurumunun büyüklüğüne ve türüne göre bazı maliyet kalemlerine ilişkin harcamaların bulunmaması söz konusu olabilir. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki maliyet kalemleri şöyledir:

İlk (dolaysız) madde ve malzeme giderleri: Mal ve hizmet üretmek için harcanan, mamulün bünyesi içine giren, ne kadar harcandığı doğrudan hesaplanabilen giderlerdir.

a. Tıbbi sarf malzeme giderleri

b. İlaç giderleri

Direkt (dolaysız) personel giderleri: Üretim ve gerekli hizmetleri yerine getirmek amacıyla çalıştırılan personel için tahakkuk ettirilen giderleridir.

Genel üretim giderleri: Dolaysız madde ve malzeme ile dolaysız işçilik dışında kalan her türlü giderlerdir.

- Endirekt personel giderleri
- Elektrik giderleri
- Su giderleri
- Yakacak giderleri
- Genel sarf malzemesi giderleri
- Haberleşme giderleri
- Demirbaş amortisman giderleri
- Bina amortisman giderleri

Birinci basamak sağlık kurumlarının hizmetleri hastaneler ile karşılaştırıldığında çok sınırlı kalmakta aynı zamanda yatarak tedavi hizmetleri, ameliyat hizmetleri ve ileri teknoloji gerektiren ileri tetkik hizmetleri verilmemektedir. Bu nedenle sağlık ocaklarına ilişkin maliyet hesaplamalarında bu hizmetlere ilişkin giderler dikkate alınmamaktadır.

Maliyetlerin hizmet merkezlerine dağıtımı ve kullanılan veri kaynakları

Birinci dağıtım da denilen bu dağıtımda, gider kalemlerinde oluşan maliyetler esas, genel yönetim ve yardımcı maliyet merkezlerine dağıtılır. Gider kalemlerine ilişkin verilerin toplanması, veri kaynakları ve dağıtıma ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

Tıbbi sarf malzeme giderleri: Bu giderleri oluşturan tıbbi malzemeler tek tek belirlenmeli, gerekli olduğu takdirde fiili sayım yöntemi de kullanılarak tüketilen tıbbi sarf malzemesi miktarları tespit edilmelidir. Ayrıca sağlık kurumunda bulunan ayniyat tesellüm makbuzlarındaki kayıtlar da incelenerek bu malzemelerin maliyetleri hesaplanmalıdır.

İlaç giderleri: Sağlık Müdürlüğü'nce sağlanan acil ve hayat kurtarıcı ilaçlar ile salgın ve sosyal hastalıkların ilaçları hastalara parasız olarak verilir. Sağlık kurumlarında bulunması gereken bu tür ilaçlar Sağlık Bakanlığı'na belirlenir ve sağlanır.

Direkt personel giderleri: Sağlık kurumunda fiili olarak görev yapan tüm personelin çalışma saatleri ve hangi hizmet birimlerinde görev yaptığı dikkate alınarak personel giderleri hesaplanmalıdır. Veriler toplanırken sağlık grup başkanlıklarındaki personel maaş bordroları kullanılması yoluna gitmek uygun olacaktır. Burada personelin kadrosundan çok bizzat görev yapıyor olması ve nerede görev yaptığı önemlidir. Kadrosu olan ancak o sağlık ocağında çalışmayan personel giderleri dikkate alınmamalıdır.

Endirekt personel giderleri:

- Geçici görev yolluğu
- Sürekli görev yolluğu
- Giyecek giderleri
- Tedavi giderleri

Elektrik giderleri: Sağlık kurumundan ve grup başkanlığındaki ayniyat memurlarının muhafaza ettikleri faturalardan faydalanmak veri güvenliği için yeterli olacaktır.

Su giderleri: Sağlık kurumundan ve grup başkanlığındaki ayniyat memurlarının muhafaza ettikleri faturalardan faydalanmak veri güvenliği için yeterli olacaktır.

Yakacak giderleri: Sağlık kurumundan ve grup başkanlığındaki ayniyat memurlarının muhafaza ettikleri faturalardan faydalanmak veri güvenliği için yeterli olacaktır.

Genel sarf malzemesi giderleri: Genel sarf malzemesi olarak kullanılan malzeme çeşitleri ve kullanılan miktarlar sağlık kurumundaki tesellüm makbuzları ve esas ambar defteri kayıtlarına göre belirlenmelidir. Bu kayıtlardan her

gider merkezinin kullandığı malzeme maliyetleri belirlenmiş ve ilgili gider merkezine yüklenmesi uygun olacaktır.

Demirbaş amortismanı giderleri: Demirbaş listeleri oluşturulurken demirbaş eşya defterinden yararlanılmıştır. Aşağıtılacak yıllar arasında alımı yapılan ve halen kullanılmakta olan demirbaşların alış fiyatları, alınış yılları ve kullanıldıkları gider merkezleri belirlenerek demirbaş listeleri oluşturulmalıdır. Yıllara göre fiyat değişikliklerinin etkisini gidermek ve maliyetleri araştırmanın yapıldığı yılın fiyatları ile belirlemek için Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) Toptan Eşya Fiyat Endeksi ile geliştirilen düzeltme katsayıları kullanılmalıdır.

Bina amortismanı giderleri: Bina amortisman giderleri hesaplanırken Bayındırlık Bakanlığı'nın yayınladığı sağlık ocağı, dispanser ve sağlık merkezlerine ait bina maliyet tarifesi göstergesi kullanılabilir. Bina alanı ile bu birim maliyet çarpılarak bina maliyeti hesaplanır ve daha sonra binanın ekonomik ömrü 50 yıl kabul edilerek yüzde 2 eşit oranlı amortisman ayrılarak bina amortisman giderleri belirlenebilir.

Maliyet etkililik analizinin yönetim birimlerine sağlayacağı faydalar

Maliyet verilerinin toplanması ve analizi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tümü hakkında önemli ölçüde yararlı bilgi sağlayabilir. Bu veriler, programların sürdürülebilmesi için gerekli olabilecek fonların miktarını göstermenin yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda personel ve malzemeye ek olarak ulaşım kaynakları ile diğer girdilerin kullanımındaki verimliliği değerlendirmeye yardımcı olabilir. Bu sonuçlar tüm programlara veya bu programların belirli bazı öğelerine ve hizmet sunan belirli merkez ve diğer birimlerin birbiriyle karşılaştırılmasına uygulanabilir.

Maliyet verileri, bir program veya belirli bir sunum birimi tarafından kapsanan hedef kitle gibi program performansı hakkında var olan veya kolayca elde edilebilir bilgi ile ilişkilendirilebildiğinde, girdi/çıktı anlamında yararlı verimlilik değerlendirilmeleri yapılabilir.

Kaynaklar

Creese A., Parker D., *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi, Dünya Sağlık Teşkilatı, Cenevre, 1994*

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı, *Maliyet Etkililik Final Raporu, Ankara, Aralık 2004*

Yıldırım S., *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi, Ankara, Temmuz 1994*

Meşrubatlara kalori vergisi koyalım!

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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

Günümüzde, “gazlı içecekler” veya “meşrubat” olarak bilinen, kola, gazoz, meyve suyu vb. gibi şekerli içeceklerin obezite, diyabet ve kalp hastalıkları ile ilişkili oldukları iyi bilinmektedir. Bu içeceklere katılan şekerler arasında sükroz (sofra şeker), yüksek oranda fruktoz içeren mısır şurubu veya meyve suyu konsantreleri sayılabilir ki, hepsinin de metabolik etkileri

aynıdır. Fruktozun birim tatlılığı daha fazla olduğu ve maliyeti daha düşük olduğu için, sanayi tarafından özellikle tercih edilmektedir (sofra şeker olan sükrozun tatlılığı 100 birim kabul edilirse, fruktoz 173, glikoz ise 74 birimdir). Bu içecekler özellikle çocuklar ve gençler arasında bol miktarda tüketilmekte olup, televizyon seyredirken, ders çalışırken, fast food lokantalarında, klasik lokantalarda ve evlerde kullanılmakta, kullanımları özel günlerde daha da artmaktadır. Ülkemizde, şişman çocuklar arasında yapılan bir araştırma-

da, bu çocukların yarısının günde 300 ml'den fazla meşrubat tükettiği bulunmuştur. Tüketimdeki bu artış global bir sorun olup örneğin Meksika'da 1999 ve 2006 yılları arasında 2 kat, ABD de ise 1977 ve 2002 yılları arasında yine 2 kat artmıştır.

Ülkemizde ise yılda kişi başına ortalama 30 litre, yani yaklaşık 2 milyar litre meşrubat tüketilmektedir. Avrupa ülkelerindeki tüketim ise ortalama 100 litre civarındadır. 1 bardak şekerli içekte ortalama 6 tatlı kaşığına eşdeğer şeker





Ülkemizde yılda kişi başına ortalama 30 litre meşrubat tüketilmektedir. Avrupa ülkelerindeki tüketim ise ortalama 100 litre civarındadır. 1 bardak şekerli içecekte ortalama 6 tatlı kaşığına eşdeğer şeker ve 80 kalori bulunmaktadır. Bu kadar kalorinin yakılabilmesi için 40 dakika basketbol oynamak veya koşmak gerekmektedir. Ortaokul öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada günde tüketilen her bir kutu şekerli içeceğin şişmanlık riskini % 60 artırdığı gösterilmiştir.

ve 80 kalori bulunmaktadır. Bu kadar kalorinin yakılabilmesi için 40 dakika basketbol oynamak veya koşmak gerekmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, çocuklar bu içeceklerden günde ortalama 172 kalori, erişkinler ise 175 kalori almaktadırlar. Tüketilen şekerli içecekler ile vücut tartısı arasında doğrusal bir ilişki olduğu bilinmektedir. Örneğin ortaokul öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada günde tüketilen her bir kutu şekerli içeceğin şişmanlık riskini % 60 artırdığı gösterilmiştir. Şekerli içeceklerin gerek kısa dönemde, gerekse uzun dönemde obeziteye ve kilo artışına yol açtığına dair gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılmış kontrollü çalışmalarda, bu içecekleri içenlerle içmeyenler arasındaki farklar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hemşireler arasında yapılan bir başka çalışmada, günde bir kutu şekerli içecek tüketenler ile ayda bir kutu tüketenler karşılaştırılmış ve günde bir kutu ve daha fazla içenler arasında, tip 2 diyabet riskinin 2 kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, bu gruptaki koroner kalp hastalığı riski de % 23 artmıştır. Eğer tüketim günde 2 kutudan daha fazla ise, kalp hastalığı riski % 35 artmaktadır. Bu artış, artmış vücut ağırlığından bağımsızdır. Bu artışa paralel olarak özellikle çocuklarda süt tüketiminin azalması, başka metabolik so-



runlara ve kemik sorunlarına neden olmaktadır.

Yüksek miktarda şeker alımının hangi mekanizmalarla sağlık sorunlarına yol açtığı hakkında farklı mekanizmalar ileeri sürülebilir. Şeker gibi rafine karbonhidratların fazla tüketilmesi, trigliserid düzeylerinde artışa, yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin (HDL) azalmasına ve kan basıncının artmasına yol açar. Bu içeceklerin glisemik indeksleri yüksek olduğu için, insülin direncini artırarak ve pankreastaki adacık hücreleri üzerine doğrudan etki göstererek de diyabet riskini artırır. Şekerli içeceklerin tartı alımına yol açmasının bir diğer nedeni, sıvı haldeki şekerin doyurucu özelliğinin az olmasıdır. Dolayısıyla bu içecekler alındıktan sonraki öğünde enerji alımının düzenlenmesi yeterli değildir ve sanki bu içecekler hiç alınmamış gibi enerji alınmasına devam edilmektedir. Böylece vücuda alınan fazla enerji, yağa dönüşmektedir. Bu etki, katı gıdalar ile alınan enerjide bu kadar belirgin değildir.

Davranışsal eğilimler de şekerli içeceklerin tartı aldırmasına neden olmaktadır. Katı gıdalar genellikle acıkma hissi ortaya çıktığı zaman tüketilmesine karşılık, şekerli içecekler açlık olmadan da, örneğin susuzluk nedeniyle veya sosyal nedenler ile de içilebilmektedir. Bu içecekler uzun süre tüketildiği zaman, kişilerin tat tercihlerini de değiştirmektedir. Özellikle çocuklar, bu içecekleri uzun süre tükettikleri zaman, sebze, meyve gibi gıdaları “tatsız” bul-

makta ve daha az tüketmektedirler.

Dikkat edilirse, en çok reklamı yapılan ürünler arasında bu içecekler önemli bir yer tutmaktadır. Çoğu kişi, şekerli içeceklerin neden olabileceği kısa ve uzun dönemdeki sağlık sorunlarını bilmediği ve “bilgilendirilmediği” için, bu ürünleri tüketmeye devam etmektedir. Bu reklamlardaki hedef kitlede çocukların önemli bir yer tuttuğu gözden kaçmamaktadır. Çocukların ilgisini çeken çizgi film kahramanları, oyuncaklar, futbol takımı ilişkileri vb. ile çocukların bu ürünlere karşı olan ilgisi ve tüketimi artırmaktadır. Zira çocuklar, anlık zevklerini tatmin etmeye daha fazla önem verirler ve uzun vadeli düşünemezler. Sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olan toplum kesimlerinde bu ürünlerin tüketimi ise hem maddi sorunlara yol açmakta hem de beslenme bozukluğunu körüklemektedir.

Bu ürünlerle ilgili maliyetler düşünüldüğünde ise, yalnızca alınan ürünün maliyetini göz önüne almak yetersizdir. Bunların yol açtığı tıbbi sorunların maliyeti de dikkate alındığında, özellikle uzun dönemde gerek kişiler için, gerekse sosyal güvenlik kurumları için ciddi maliyet unsurları ortaya çıkmaktadır. Örneğin ABD’deki sağlık harcamalarının % 9,1’i aşırı kilo ve obezite ile ilişkili sorunlara harcanmaktadır. Ülkemizde de yakın zamanlarda obezite ile mücadele programı başlatılmıştır ve bu konudaki maliyetlerin artacağı öngörülmektedir. Ancak koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak, şekerli

içecekler hakkında nasıl bir politika güdüleceği belli değildir.

Şekerli içecekler, fiyat elastikiyeti oldukça yüksek olan ürünlerdir. Bu ürünler temel tüketim maddesi olmadığı için, fiyatlarında meydana gelebilecek artışlar, kişilerin satın alma davranışlarını doğrudan etkileyebilecektir. Bu nedenle, şekerli içeceklerin tüketiminin azaltılmasına yönelik olarak alınabilecek önlemlerden birisi, vergilerin artırılmasıdır. Böylece, sağlık harcamalarının azaltılması ve alınacak vergiler ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunulması düşünülebilir. Ülkemizde bu tip içeceklerden % 8 KDV alınmaktadır. Nihai satış fiyatı ise yaklaşık 0,25 TL/litre civarındadır. Mevcut tüm vergilere ilave olarak, içine şeker eklenmiş olan içeceklerin her 100 mililitresi için ilave olarak % 3 "kalori vergisi" alınması düşünülebilir. Bunun için de alt sınır, her 100 mililitrede 3 gram şeker bulunması olarak belirlenebilir. Böyle bir durumda, örneğin 500 ml'lik bir içeceğin fiyatı % 15 civarında artacaktır. Bu içeceklerin fiyat elastikiyeti – 0.8 ile 1.0 arasında değişmektedir. Diğer bir deyişle, fiyatta meydana gelecek her % 10'luk artışa karşılık, tüketim % 8 ile % 10 düşecektir. Bu durumda kişiler, ya bu içeceklerden tamamen vazgeçecek, ya da diyet ürünlere veya suya yönelecektir. Böylece, kişilerin şekerli içeceklerden aldığı kalorilerin de % 10 oranında azalması beklenir. Günde 2 kutu bu içeceklerden içmekte olan bir kişi, eğer daha düşük şeker içeren bir içeceğe geçerse, günde yaklaşık 174 kalori daha az alacaktır. Daha fazla içecek tüketenlerde bu azalma daha fazla olacağı gibi, vergi oranının artırılması da bu azalmayı artıracaktır.

Böyle bir vergiye alternatif olarak, eklenen şekerin gramı başına bir vergi düşünülebilir. Ancak bu verginin hesaplanması çok kolay olmayabilir. Bu ürünlerdeki KDV oranının artırılması da çok uygun olmayabilir, çünkü bu durumda düşük fiyatlı ürünlere veya daha büyük kaplı ürünlere (birim fiyatı daha düşük) bir yönelme olabilir ve dolayısıyla istenen kalori azaltımı tam gerçekleşmeyebilir. Ancak yine de bu ürünlerin temel gıda ürünleri kategorisinden tamamen çıkartılması gerekir. Verginin üretici firmalardan veya toptancılardan alınması daha kestirme bir yol olarak görülebilir. Çünkü bu durumda vergiler zaten tüketicilere doğrudan yansıtılacak ve tüketiciler de neden daha fazla ödemek zorunda olduklarını bileceklerdir. Tütün ürünlerinin vergilendirilmesindeki deneyimler de bu yöndedir. Vergilerin enflasyondan etkilenmemesi ve zaman içinde anlamsız hale gelmemesi için de gerekli düzenlemelerin yapılması yerinde olacaktır.

Türkiye'de yılda 2 milyar litre şekerli içecek tüketildiği göz önüne alınırsa, ilk yıl için buradan elde edilecek verginin yaklaşık 150 milyon TL olacağı hesaplanabilir.

Kalori vergisinin toplumsal yansımaları da önemli olacaktır. Örneğin, bu ürünleri tüketmekte olan düşük gelir düzeyine sahip kişiler, doğal olarak üründen uzaklaşacak ve su gibi diğer içecek maddelerine yönelecektir. Bu yönelmenin sonucu olarak, hem doğrudan para tasarrufu sağlamış olacaklar, hem de ilgili sağlık sorunları gelişmeyeceği için, uzun dönemdeki sağlık harcamaları düşmüş olacaktır. Eğer vergiden elde edilen kazanç, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için kullanılır ise, özellikle bu kesimin kazancı daha da artacaktır.

Kalori vergisinin obezite ile mücadelede ne kadar başarılı olacağını zaman gösterecektir. Ancak bu mücadele tek yönlü değildir ve daha birçok önlemin de birlikte alınması gerekir. Nasıl ki emniyet kemeri uygulaması, trafik kazalarından ölümleri tamamen azaltmamış olmasına rağmen hala devam ediyorsa ve etmesi de gerekiyorsa, bu verginin de obezite ile mücadelede önemli bir sacayağı olacağı, ama her şey olmadığı düşünülmelidir. Şeker üretimi içindeki mısır şurubu kotasının azaltılması da düşünülebilecek bir durumdur ancak ülkemize nazaran çok daha düşük kotası olan Batı ülkelerinde bile sorunun devam etmesi, bu uygulamasının etkili olmadığını göstermektedir. (Ülkemizdeki mısır şurubu kotası % 15, ABD'de yaklaşık % 2, Almanya'da %0.9'dur)

Bu uygulamaya karşı çıkacakların başında, meşrubat sanayisinin geleceğini tahmin etmek zor değildir. Aslında Türkiye'deki tüketim Batı ülkelerine kıyasla zaten az olduğu için, meşrubat sanayisi, önümüzdeki yıllarda pazar payını yıllık yaklaşık % 25 artırmayı planlamaktadır. Aslında bu durum bile, verginin önemini ortaya koymakta ve etkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer reaksiyonlar, sigara ve tütün ürünlerine konan yasaklar sırasında da görülmüştür. Ancak bu konuda eğer yeterli toplumsal destek ve bilim adamı desteği sağlanırsa, istenen sonuç daha kolay elde edilebilir. Vergi artışının toplumun sağlık durumunu iyileştirmek için yapıldığı ve elde edilen gelirin çocuk beslenmesi ve obezite ile savaş için kullanılacağı anlatılırsa, destek daha kolay ve fazla sağlanacaktır.

Devletin temel amaçlarından biri, toplumun ve kişilerin sağlığını korumak ve bunu da mümkün olan en ucuz şekilde gerçekleştirmektir. Kısıtlı kaynaklarımızı verimli kullanmak elzemdir. Sağlık

Devletin temel amaçlarından biri, toplumun ve kişilerin sağlığını korumak ve bunu da mümkün olan en ucuz şekilde gerçekleştirmektir. Yeni bir vergi uygulamasının ne gibi sonuçlar doğuracağını tam olarak öngörmek kolay değildir ancak şimdiye kadar elde edilen bilgiler, şekerli içeceklerle konan vergilerin, tüketimi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Geleceğimiz için denemeye değer mi?

hizmetleri maliyetinin artması ve diyet bozukluğuna bağlı sağlık sorunlarının yaygınlaşması, acil çözüm bekleyen sorunlar arasına girmiştir. Yeni bir vergi uygulamasının ne gibi sonuçlar doğuracağını tam olarak öngörmek kolay değildir ancak şimdiye kadar elde edilen bilgiler, şekerli içeceklerle konan vergilerin tüketimi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Geleceğimiz için denemeye değer mi?

Kaynaklar

Malik VS; Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 274-88

Vartanian LR, Schwartz MB; Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2007; 97: 667-75

Jacobson MF, Brownell KD. Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health. *Am J Public Health* 2000; 90: 854-7

Brownell KD, Farley T, Willett WC et al. The public health and economic benefits of taxing sugar sweetened beverages. *N Engl J Med* 2009 (in press)

Ebbeling CB, Feldman HA, Osganian SK et al. Effects of decreasing sugar sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study. *Pediatrics* 2006; 117: 673-80

Mourao DM, Bressan J, Campbell WW et al. Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults. *Int J Obs* 2007; 31: 1688-95

<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/125235.asp>

Grip pandemisi ve Türkiye

Yrd. Doç. Dr. Turan Buzgan



1963 yılında Bingöl'de doğdu. İlkokulu Bingöl Atatürk İlkokulu'nda, ortaokul ve liseyi Kastamonu-İnebolu'nda bitirdi. 1986 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak doktor oldu. Ankara-Polatlı ve Bingöl'de görev yaptı. 1998 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Daha sonra Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yaptı. 2003 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı'na atandı. Bir süre sonra Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü oldu. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı'nda Müsteşar Yardımcısı oldu. Halen bu göreve devam ediyor.

Pandemi, dünya çapında etkili olan ve insanlığın tamamını etkisi altına alan kıtalararası salgın anlamına gelen bir kavramdır. Grip, dünyada pandemi yaratan önemli hastalıklardan biridir. Bugüne kadar kayıt altına alınan pandemilerin seyrine bakıldığında yaklaşık olarak her 30 yılda bir grip pandemisinin ortaya çıktığı görülmektedir. Bugüne kadar görülen pandemilerden en ağır sonuçları olanı, 1918 yılında ortaya çıkan ve İspanyol

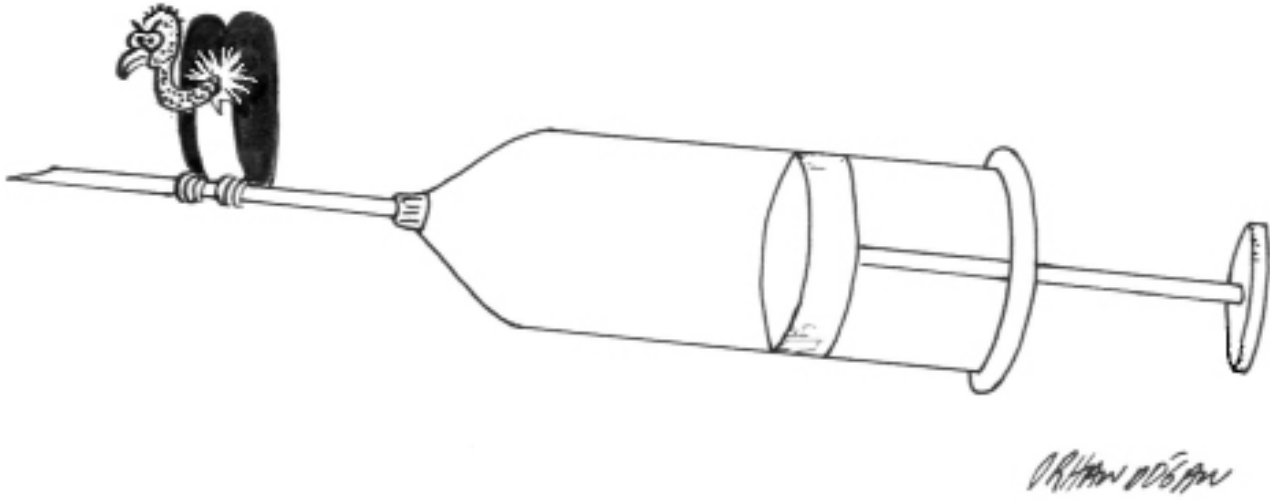
Gribi olarak adlandırılan pandemidir. Dünya nüfusunun yaklaşık 1 milyar olduğu bir dönemde, resmi rakamlara göre 50 milyon kişinin hayatına mal olan bir pandemi olmuştur.

20. yüzyıldaki influenza pandemilerinin bize gösterdiği gibi global ulaşımın ve şehirleşmenin artmasıyla birlikte yeni influenza virüsünün yol açacağı bir salgın hızla dünyayı etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Dünyanın her yerinin birbiriyle yakın iletişimi ve birbirine bağımlı olması nedeniyle insan kaybının

yanı sıra, epidemilerde çok büyük sosyal ve ekonomik sonuçların olması beklenir. Örneğin 2003 yılında SARS, etkilenen ülkelerin dışında da hastalanan ve ölen hasta sayısı ile orantısız şekilde çok büyük ekonomik kayıplara ve sosyal yıkımlara neden olmuştur. Ancak öte yandan yeni gelişmeler ve bilgi paylaşımının artmasıyla birlikte, pandeminin etkilerini oldukça azaltacak müdahaleler yapma olanakları da ortaya çıkmıştır. Dünya, bu olanakların da yardımıyla ilk defa bir pandemiye hazırlanarak girmektedir.







2009 pandemisi ile birlikte elde edilen ilk veriler, orta şiddette bir pandemi ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Bu durum, mevcut pandemi planımızın çeşitli revizyonlardan geçmesini zorunlu kılmaktadır. Çeşitli alanlarda akademisyenlerden oluşan “Pandemi İzleme Bilim Kurulu” ve daha dinamik çalışmalar için sık bir araya gelen “Pandemi Yürütme Kurulu” da yoğun bir çalışma içerisinde. Tüm devlet kurumları pandemi hazırlığı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından yönlendirilen bir işbirliği sürecine dahil olmuşlardır.

Ülkemiz de bu hazırlıklılık sürecini en verimli şekilde yürütmüştür. 2005 yılında hazırlanan “Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı” Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu plan, olası pandemi senaryolarını ortaya koymuş, kurumların bu koşullara hazırlığı için yapması gerekenlerin çerçevesini çizmiştir. Bu kapsamda tüm illerimizde “İl Pandemi Planları” oluşturulmuş, buna bağlı olarak tüm hastaneler için “Eylem Planları” hazırlanmıştır. İl planlarının geçerliliği, çeşitli senaryoların

denendiği bir masa başı tatbikatla gösterilmiş, revizyon gereken konular belirlenmiş ve düzeltilmiştir. Tüm bu hazırlıklar çerçevesinde gerekecek ilaç ve malzeme stokları da belirlenerek çeşitli alımlarla stratejik ilaç ve koruyucu malzeme stokları oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen “Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi” kapsamında ülkemizin gelecek pandemi ile mücadelede çok ihtiyaç duyacağı yetişmiş saha epidemiyoloğu ve mikrobiyolog yetiştirilmesi süreci başlamış ve söz konusu eğitimler kurumsallaşma aşamasına gelmiştir.

Yoğun şekilde yürütülmekte olan pandemi hazırlığı çalışmaları sırasında Meksika’da ortaya çıkan ve başta Kuzey Amerika ülkeleri olmak üzere tüm dünyaya yayılan influenza A/ H1N1 salgını, yapılan çalışmaların ne kadar gerekli ve yerinde olduğunu bir defa daha göstermiştir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2 Ekim 2009 tarihli 68. durum raporunda dünyada vaka sayısının 340 binin üzerinde, ölüm sayısının ise en az 4 bin 100 olduğu bildirilmiştir. Halen Güney Yarımküre’de devam eden vakalar düşme eğilimine girmiş, bazı ülkelerde bazal düzeylere kadar gerilemiştir. Kuzey Yarımküre’de ise giderek artan vakalarla influenza aktivitesi artma eğilimindedir.

Ülkemizde ise 8 Ekim 2009 tarihine kadar 472 vaka tespit edilmiştir. Bu vakalardan 157’si yerli vakadır. Hastalığa bağlı ölüm tespit edilmiştir. Ülkemizdeki vakaların çok büyük kısmı İstanbul, Muğla, Antalya, Ankara ve Bursa illerinde görülmüştür. Tespit edilen vakaların tedavisi, izolasyon önlemleri, Dünya Sağlık Örgütü önerileri doğrultusunda yapılmaktadır. Ülkemizde vakaların genel seyri, diğer kuzey yarımküre ülkeleriyle benzer şekilde seyretilmektedir.

2009 pandemisi ile birlikte elde edilen ilk veriler, orta şiddette bir domuz gribi pandemisi ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Bu durum, mevcut pandemi planımızın çeşitli revizyonlardan geçmesini zorunlu kılmaktadır. Bu revizyon için özel çalışmalar yapıldığı gibi, pandemi sürecinin yürütülmesine katkıda bulunan ve çeşitli alanlarda akademisyenlerden oluşan “Pandemi İzleme Bilim Kurulu” ve daha dinamik çalışmalar için sık bir araya gelen “Pandemi Yürütme Kurulu” da yoğun bir çalışma içerisinde. Bütün bu çalışmalarda çeşitli kurumlarla yürütülen işbirliği de değerli katkılar sağlamaktadır. Tüm devlet kurumları pandemi hazırlığı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından yönlendirilen bir işbirliği sürecine dahil olmuşlardır. Bu çalışmalar yapılan toplantılar ve kurumlar arası direkt görüşmelerle yürütülmektedir.

Ülkemizde 2004 yılından beri influenza benzer hastalık için, toplam nüfusları ülke nüfusunun yarısını oluşturan 14 ilimizi kapsayan sentinel sürveyans yürütülmektedir. Bu kapsamda toplam nüfusları 3 milyon 314 bin 141 olan 150 sağlık ocağı ve yaklaşık 50 gönüllü uzman hekimin katılımıyla influenza benzeri hastalık sayısı ve örnek toplanmaktadır. Örnekler Dünya Sağlık Örgütü’nce Ulusal İnfluenza Merkezi olarak tanınan ve desteklenen Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Viroloji Laboratuvarı ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji Laboratuvarı’nda Real Time RT-PCR ile çalışılmaktadır. Elde edilen epidemiyolojik ve virolojik veriler, internet tabanlı bir sistemle DSÖ Avrupa Bölgesi ile haftalık olarak paylaşılmaktadır. Normal şartlarda 40. haftada başlayarak ertesi yılın 20. haftasına kadar devam eden sürveyans bu yıl pandemi-nin ilanı nedeniyle ara verilmeden uygulanmaya devam etmektedir.

Pandemiye yönelik sürveyans kapsamında, ilgili genelge doğrultusunda kabul edilen vaka tanımı ile alınan örnekler Ulusal İnfluenza Merkezlerinde

incelenmektedir. Tespit edilen vakaların tedavisine başlanmakta, vaka ve temaslıları için gerekli izolasyon önlemleri ilgili İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

Pandemi ilanı öncesinde ülkemizde ayrıca tüm illeri kapsayan günlük influenza benzeri hastalık sürveyansına başlanmıştır. Daha kapsamlı takip sağlayacak bu sistemin geliştirilmesine devam edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerine uygun şekilde mevsimsel sürveyansa ağır akut solunum yolu hastalıkları sürveyansının eklenmesi için çalışmalar devam etmektedir.

Pandemiye müdahalede en etkin aracın aşı olacağı ortadadır. Pandemi H1N1 aşısı, pandemi başlangıcında tahmin edildiği gibi Ekim ayı içinde kullanıma sunulacaktır. Aşı uygulaması için bilimsel kurullar tarafından belirlenen ve Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere tüm uluslararası kuruluşlarca da teyit edilen bir risk grubu sınıflandırması yapılmıştır. Satın alınacak tüm aşıların zaman içinde teslimi söz konusu olduğundan aşılamaya çalışmalarının da belirli gruplara öncelik vererek yürütülmesi zorunludur. Bu süreçte pandeminin toplum üzerinde yaratacağı etkileri en aza indirme ve zorunlu hizmetlerin devamını sağlama da önemli bir belirleyici olmaktadır. Belirlenen risk grupları şöyledir:

Gebeler

Sağlık personeli
6-18 ay çocuklar
19-35 ay çocuklar
İtfaiye, ulaşım, elektrik, doğalgaz hizmetlerinde çalışanlar

Diyabet, kronik akciğer hastalığı, bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlar gibi kronik hastalık nedeniyle risk taşıyan 3-18 yaş grubu kişiler

Diyabet, kronik akciğer hastalığı, bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlar gibi kronik hastalık nedeniyle risk taşıyan 19-64 yaş grubu kişiler

Kolluk kuvvetleri (Emniyet, Jandarma)

Silahlı Kuvvetler mensupları

65 yaş üstü kronik hastalığı olanlar

Okul öncesi eğitim, ilköğretim ve orta-öğretim öğrencileri

Üniversite öğrencileri

Tüm bu gruplar dışında kalan 6 ay ile 24 yaş arası tüm vatandaşlarımızın da

aşılamaya programına alınmasına karar verilmiştir.

Tüm program dahilinde ülkemizde 38 milyon üzerinde vatandaşımız pandemik H1N1 aşısına ulaşmış olacaktır. Toplam 43 milyon doz aşı uygulanacaktır.

Pandemi aşısı ile ilgili en güncel ihtiyaç, hacı adaylarının Ekim ayı içinde seyahatlerinin başlaması ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yaş, sağlık ve meslek durumu gözetilmeksizin hacı adayı ya da görevli olarak Suudi Arabistan'a gidecek olanlara öncelikle H1N1 aşısının uygulanmasına çalışılacaktır. Suudi Arabistan yetkilileri bu yıl için hacı adaylarına mevsimsel influenza aşısını yaptırmalarını da şart koşturmaktadır. Bu nedenle her yıl yapılan hacı aşılamaları çalışmalarına bu aşı da eklenmiştir.

Belki aşı kadar önemli bir başka etkin araç iletişim olacaktır. Toplumun gelişmelerle ilgili zamanında ve doğru bilgi sahibi olması, yapılan çalışmaları anlaması ve katılması, pandeminin etkilerinin azaltılması için büyük önem taşımaktadır. Bakanlığımız bu güne kadar sürekli ve düzenli biçimde toplumu bilgilendirmek için çalışmalar yürütmüştür ve bunda büyük ölçüde başarılı olduğunu söylemek mümkündür. Bilinmezlerin çokluğu ve karar verme sürecinde hızlı olma zorunluluğu toplumun bilgilendirilmesinde dinamik yöntemlerin benimsenmesini zorunlu kılmaktadır. Başlarda el yıkama, öksürük ve hapşırıyla ilgili hijyen kuralları üzerine yoğunlaşan iletişim araçları, sonraki dönemlerde farklı pandemi aşamalarına göre yerini yeni ve güncel mesajlar içeren iletişim materyallerine bırakılacaktır.

İletişimin bir boyutu da öğrencilerin bilgilendirilmesidir. Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği ile 2009-2010 öğretim yılı başlangıcından itibaren pandemik grip konusunda öğretmen ve öğrencilere yönelik olarak çeşitli eğitim faaliyetleri planlanmıştır.

Eğitimlerde okul öncesi, ilköğretim ve lise öğrencilerine için ayrı ayrı olmak üzere hazırlanan standart eğitim kitleri kullanılacaktır. Söz konusu eğitim araçları, iletişim ve eğitim uzmanları tarafından değerlendirilmektedir ve mesajların öğrencilere en uygun yol ve yöntemlerle ulaştırılması sağlanacaktır. Eğitim içeriği ayrıca bilimsel uygunluk bakımından ilgili akademisyenlerce de değerlendirilmektedir.

Ailelere ulaşmakta en etkin yollardan birinin öğrenciler olmasından dolayı, eğitimlerin yanı sıra öğrencilerin ailelerine ulaştırılacakları bir sayfalık broşürler de dağıtılarak çok geniş bir halk kitlesinin bilgilendirilmesi planlanmaktadır.

Dünya ile birlikte ülkemiz de ilk defa bir pandemiye "hazırlıklı" olarak girmektedir. Günümüz dünyasının pandemik virüslere sağladığı kolaylıkların aşılması, yine en yeni bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımıyla dengelenmektedir. Dünya, halk sağlığı alanında yeni bir deneyim yaşamaktadır. Şeffaf, doğru ve destek bulan yönetim ile sürecin en az sıkıntıyla atlatılması, hepimizin önünde temel hedef olarak durmaktadır.

Belirtilen eğitim faaliyetlerinin Kasım ayı başına kadar tamamlanması hedeflenmektedir. Tüm bu faaliyetlere ek olarak okullarda alınacak önlemlerle ilgili olarak Milli Eğitim yetkililerine ve okul yöneticilerine yönelik rehberler hazırlanmaktadır.

Tüm bu çalışmalar, gerekli durumlarda insanların kalabalık ortamlarda bir araya geldiği organizasyon ve aktivitelerin iptali gibi sosyal izolasyon önlemlerini ve okulların kapatılması gibi önlemleri de içerecek şekilde genişleyebilir. Tüm bu olası önlemler için de kapsamlı planlamalar yapılmaktadır.

Çeşitli topluluklara yönelik eğitim programları da toplumun uyumuna ve pandemi etkilerinin en aza indirilmesi için gereklidir. Bu amaçla silahlı kuvvetler gibi organize toplulukların eğitimi için de çalışmalar yürütülmektedir.

Dünya ile birlikte ülkemiz de ilk defa bir pandemiye "hazırlıklı" olarak girmektedir. Günümüz dünyasının pandemik virüslere sağladığı kolaylıkların aşılması, yine en yeni bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımıyla dengelenmektedir. Dünya, halk sağlığı alanında yeni bir deneyim yaşamaktadır. Şeffaf, doğru ve destek bulan yönetim ile sürecin en az sıkıntıyla atlatılması, hepimizin önünde temel hedef olarak durmaktadır.

Anesteziye hekim hataları

Prof. Dr. Hüseyin Öz



1953'te Bursa-İnegöl'de doğdu. 1966'da İnegöl Şükrü Naili Paşa İlkokulu'nu bitirdi. Arifiye İlköğretmen Okulu'nda başlayan orta öğrenimini, 1972'de Ankara Yüksek Öğretmen Okulu Hazırlık Lisesi'nde tamamladı. 1978'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1982'de Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Öz, yanı sıra 2003 tarihinden beri Adli Tıp Kurumu Sağlık Hizmetleri kadrosunda 2. görevli olarak çalışıyor. Öz evli bir çocuk babasıdır.

Dr. Ayşegül Ertan



1968 yılında Ankara'da doğdu. 1991'de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996'da İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Bölümü'nde uzmanlık eğitimi, 2007'de Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Bölümü'nde doktorasını tamamladı. Eyüp Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak, özel bir şirkette İkiyordim Bölüm Sorumlusu olarak çalıştı. 2002 yılından beri Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nda görev yapıyor.

Günümüzde anestezi, yüz yıllık birikiminin sonucunda hem ameliyathanelerde hem de ameliyathane dışında geniş bir yelpazede hizmet vermektedir. Tıp bilimindeki teknolojik ve farmakolojik gelişmeler de, tanıs ve girişimsel yaklaşım için anestezi ihtiyacını her geçen gün artırmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi çekimleri, girişimsel nöroradyoloji uygulamaları, gastrointestinal sistem endoskopisi, bronkoskopi, taş kırma işlemleri, arteriyografi, koroner anjiyografi, radyoterapi ve elektrokonvülfiz tedavi bunlara örnektir. Son yıl-

larda anestezi alanındaki ilerleme, ameliyat öncesi başlayan ve yoğun bakımda devam eden süreçte hasta da ortaya çıkan cerrahi dışı her türlü sorunla baş edebilen “perioperatif tıp”, dolayısıyla “perioperatif uzman” tartışmalarını gündeme getirmiştir. Bu nedenle anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığı; cerrahi, invaziv ve noninvaziv tıbbi girişimlerin ağrı ve stresten korunarak gerçekleştirilmesini sağlayan, ağrı, yoğun bakım, acil tıp ile temel ve ileri yaşam desteğinin uygulandığı bir bilim dalıdır. Anestezi alanındaki ilerlemelere rağmen, çok geniş bir alanda uygulanması, bu bilim dalına bağlı istenmeyen sonuçlarla da daha geniş bir yelpazede karşılaşılmasına neden olmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası ve komplikasyon

İstenmeyen sonuç, yani ortaya çıkan zarar; **komplikasyon** olabileceği gibi **tıbbi uygulama hatası** sonucunda da gelişebilir. Her tıbbi uygulamanın, derecesi farklı olmakla birlikte, riskleri bulunmaktadır. Anestezi uygulamaları sırasında enjeksiyon bölgesinde hafif bir reaksiyondan ölüme kadar giden, istenmeyen veya beklenmedik sonuçlar gelişmektedir. Standartlara uygun hazırlanma ve zamanında, gerekli tıbbi müdahalelere rağmen gelişen istenmeyen durum, **izin verilen risk** yani **komplikasyon** olarak değerlendirilmektedir. **Tıbbi uygulama hatası** ise Dünya Tıbbi Birliği tarafından “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapma-





Avustralya'da perioperatif ölümlerle ilgili yapılan çalışmada en sık görülen hata ameliyat veya anesteziye yetersiz hazırlıktır (1,2). İkinci en sık hata ise yanlış ajan veya anestezi tekniği seçimi, üçüncü en sık hata da kriz esnasında yetersiz müdahaledir. Gannon, anesteziye bağlı ölüm nedenleri olarak, yetersiz preoperatif değerlendirme, ekip içinde iletişim noksanlığı, yanlış entübasyon, ilaç yan etkileri ve ekipman sorunlarını göstermektedir

ması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmaktadır. Bir işin belirlenen şekilde yapılması "standart" olarak tarif edilirken, tıbbi uygulama hatası, "hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama" olarak da tanımlanabilir. Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, standarttan sapma anlamına gelmektedir.

Günümüzde tıbbi uygulama hata iddiası

ile açılan davalarda artış, yeni Türk Ceza Kanunu'nda ceza oranlarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi, kimi zaman ise yüksek tazminat ile sonuçlanan davalar hekimlerin bu konudaki duyarlılığını artırmıştır.

Tıbbi uygulamalara bağlı ortaya çıkan sonuçların hasta, hasta yakınları ve hekimleri içine alan sosyal boyutu yanında ekonomik boyutu da bulunmaktadır. Arzu edilen, istenmeyen sonuçlarla hiç karşılaşmamaktır. Ancak günümüzde standartlar içinde davranılmasına ve tıp alanında ki teknolojik gelişmelere rağmen anesteziye bağlı istenmeyen sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Perioperatif mortalite ve morbiditeden kimler sorumlu?

Anestezinin diğer klinik dallardan en önemli farkı, hastaya tek başına değil, anestezi ve cerrahın eş zamanlı müdahale etmesidir. Bu nedenle, anestezi uygulamasına bağlı istenmeyen sonuçlarda anestezi yanında, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin tek başlarına ve/veya birlikte olan etkilerinin de irdelenmesini gerekir.

Anestezi uygulamalarındaki mortalite ve morbiditeden, anestezi ve cerrahının hangi oranda sorumlu olduğu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar görülmektedir. Bunun nedeni retrospektif çalışmaların değişik ülkelerde, değişik koşullar ve tekniklerle, farklı eğitim almış anesteziistlerce gerçekleştirilmiş olmasındandır. Perioperatif ölümler konusunda bazı ülkelerde yasaların yaptırımında yürütülmüş kapsamlı çalışmalar vardır. Avustralya'da yürütülen bir dizi çalışma en ayrıntılı olanlarındandır. Avustralya'da tamamen bilimsel amaçla kurulan mortalite-leri araştırma komisyonu 1960-1985 ve 1984-1990 tarihleri arasındaki 2 bin 516 perioperatif ölümü, olay tarihinden hemen sonra araştırmıştır (1,2). Bu ol-

guların yüzde 8.9'u yeterli bilgiye rağmen veya yetersiz bilgi nedeniyle sınıflandırılmamıştır. Kalan yüzde 27.2'si anesteziye belirli bir oranda atfedilebilecek ölümler, yüzde 31.6'sı cerrahiye atfedilebilecek ölümler, yüzde 52.96'sı kaçınılmaz ve önlenemez ölümler olarak belirlenmiştir. Coetzee ve arkadaşları (3), perioperatif mortaliteyi on binde 11.9, anesteziyle ilişkisi olabilecekleri on binde 3.4, anestezi-nin katkıda bulunduğu olguları on binde 2.3 ve tamamen anesteziye bağlı ölümleri on binde 1.1 olarak belirlemiştir. Buck ve arkadaşları (4), perioperatif ölümlerle ilgili yaptıkları çalışmada, hastaya ait faktörlerin 1/870 oranında, cerrahiye ait faktörlerin bin 860 oranında ve anesteziye ait faktörlerin 1/185 bin 56 oranında ölümden sorumlu olduğunu bildirmişlerdir. Harrison (5) ise, 1956-1987 yılları arasında 75 bin olguda yaptığı çalışmada, anesteziye bağlı mortaliteyi on binde 19 olarak bulmuştur. Türkiye'de Eke ve arkadaşlarının (6) Adli Tıp Kurumu'nda, 1985-1994 yıllarında, 72 perioperatif ölümü araştırdıkları çalışmalarında, anesteziye bağlı ölümleri yüzde 47.2, altta yatan primer hastalığa bağlı olanları yüzde 18, yapılan ameliyatla ilişkilendirilenleri yüzde 12.5 ve nedeni tespit edilemeyenleri de yüzde 22.2 olarak hesaplamışlardır.

Perioperatif dönemde ortaya çıkan istenmeyen sonuçların sınıflandırılması

Perioperatif dönemin dinamiklerini cerrahi, anestezi ve hastaya ait faktörler oluşturduğundan istenmeyen sonuçlar da; cerrahi, hasta, anesteziye ait faktörlere, ortaya çıkış zamanına, sistemlere, sonucun önenebilir olup olmamasına, insan hatasına veya kullanılan araç gereç arızasına bağlı olarak çeşitli şekilde sınıflandırılabilir. İstenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamalar dönemlerine göre üç grupta sınıflandırılabilir:

Tablo: Perioperatif istenmeyen olaylarda hata nedenlerine göre dağılım

Hata nedenleri	Olgu Sayısı	Yüzde (%)
1. Preoperatif hazırlığın yapılmaması, eksik yapılması: Hiçbir ön hazırlık yapılmaması, eksik yapılması ve/veya hastada mevcut patolojinin stabil hale getirilmeden hastaya anestezi uygulanması	17	42.5
2. Havayolu güvenliği ile ilgili hatalar: Preoperatif dönemde zor entübasyonun atlanması, özefagus entübasyonu, zor entübasyona yönelik gerekli hazırlığın yapılmaması, zamanında trakeostomi açılmaması, entübasyon gerekirken maske ile anestezi uygulanması, pozisyon verirken entübasyon tüpünün kayması ve fark edilmemesi	8	20
3. Uygun koşulların sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanması	6	15
4. Anestezi cihaz ve bağlantı hataları: Oksijen tüpü yerine karbondioksit tüpü bağlanması, yine oksijen tüpü yerine azotprotoksit tüpü bağlanması ve cihaz kontrolü yapılmamasına bağlı hastayı havalandıramama	3	7.5
5. İlaç ve serum kullanımında hata: Ağrı kesici yerine trakyum, pentotal yerine norkuron ve izolyat S yerine % 50 dekstroz kullanılması	3	7.5
6. Hasta takibinde ekipman eksikliği: EKG monitörizasyonu olmaması	2	5
7. Sistemin işleyişi ile ilgili hata: Orta şiddette dikkati sürdürme güçlüğü olan (epilepsi hastası) anestezi uzmanının görevine devam ettirilmesi	1	2.5
Toplam	40	100

1. Preoperatif dönemde (anestezi indüksiyonuna kadar geçen süre) istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamalar:

- Yetersiz preoperatif anestezi muayenesi,
- Uygun olmayan premedikasyon,
- Oksijen gazının kesilmesi,
- Oksijen silindirlere boş olması ve zamanında fark edilmemesi,
- Gazların hatalı dolumu(oksijen yerine karbondioksit gibi) ve zamanında fark edilmemesi,
- Ameliyathane odasında gaz boru sistemlerinin çıkış yerlerinde hatalı renk kodlarının kullanılması, uygun olmayan bağlantı yapılması,
- Ameliyathane odasında gaz boru sistemlerinden çıkan gaz taşıyıcı hortumların anestezi cihazında hatalı yerlere bağlanması,
- Ameliyathanelerde acil olarak bulunması gereken oksijen kaynağının bulunmaması veya boş olması ya da oksijen dışı bir gaz içermesi,
- Laringoskopun düzgün çalışmaması, yaşa uygun bleydin bulunmaması,
- Acil havayolu güvenliği için gerekli ekipmanların bulunmaması veya olmanın çalışmaması,
- Merkezi sistem alarmı ile ilgili hataların bulunması,
- Anestezi uygulaması öncesi rutin kontrolünün yapılmayarak cihazın düzgün çalıştığının teyit edilmemesi.

2. Ameliyat esnasında istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan eksik uygulamalar:

a) Anesteziye ait faktörler:

- Yanlış entübasyonu fark etmeme,
- Endotrakeal tüp içinde yabancı cisim, tüpün kıvrılmasının fark edilmemesi, entübasyon tüpünün yerinden kayması veya hatalı sabitlenmesi,
- Venöz yol açılırken hata ile arter girişi,
- Hatalı ilaç, kan, serum, anestezi ajan kullanımı,
- Sıvı ve kan ihtiyacının karşılanmaması,
- Devre parçalarının ayrılması veya uygun olmayan bağlantılar sonucu gaz kaçakları,
- Cihaz alarmlarının hatalı olması, alarmların yanlışlıkla kapatılması,
- Solunum devrelerinde yabancı cisim, kıvrılma, üzerine bası nedeni ile tıkanma,
- Monitörizasyon sistem hataları,
- Aspiratör çekim gücü azlığı veya aspiratörün çalışmaması,
- Damar yolunun çıkması,
- Hastayla ilgili pozisyon, manüplasyon hataları (sinir basısı, gözleri korumama, aşırı boyun hareketi, masadan düşürme)
- Cerrah ve işlem ile uyum içinde olmama,

b) Cerrahiye ait faktörler:

- Kanama,

- Yanlış ameliyat,
- Anesteziyi yanlış ve eksik bilgilendirme,
- Koter yanığı,
- Kontrast madde, kemik çimentosu gibi sistemik problem oluşturan malzeme kullanımı,
- Hava embolisi,
- Turnike süresi aşımı (iskemi), vs.

c) Hastaya ait faktörler:

- Malign hipertermi,
- Bronkospazm,
- Anaflaktik reaksiyon,
- Dirençli aritmi, vagotoni,
- Bilinmeyen anatomik varyasyon,
- Dekompanse kalp yetersizliği, vs.

d) Anestezi, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin ortak etkisi.

3. Ameliyat bitimi ve uyandırma sonrası istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamalar:

- Derlenme döneminde gözlem eksikliği,
- Kanama ve hipovolemik şokun zamanında fark edilmemesi,
- Entübasyona bağlı trakea, özefagus yaralanması ve gelişen komplikasyonlar,
- Hatalı ilaç, serum kullanımı,
- Emboli.

Perioperatif dönemde ortaya çıkan istenmeyen sonuçta anestezinin yeri ve sorumluluğu

Perioperatif ölümlerle ilgili yapılan retrospektif çalışmalar, ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunun kişide daha önceden bulunan hastalığa ve cerrahi girişimin kendisine bağlı olduğunu göstermektedir. Paris'te bir üniversite hastanesinde anesteziye bağlı tıbbi uygulama hata nedeni ile 1994'den 1997 yılına dek olan şikâyet sonuçları değerlendirildiğinde, 789 şikâyetin cerrahi ile 41 şikâyetin ise doğrudan anestezi ile ilgili olduğu saptanmıştır (7).

Anestezi hatalarının araştırıldığı çalışmalarda hata nedenlerinin başında preoperatif hazırlığın yetersizliği gelmektedir. Avustralya'da perioperatif ölümlerle ilgili yapılan çalışmada en sık görülen hata ameliyat veya anesteziye yetersiz hazırlıktır (1,2). İkinci en sık hata ise yanlış ajan veya anestezi tekniği seçimi, üçüncü en sık hata da kriz esnasında yetersiz müdahaledir. Gannon, anesteziye bağlı ölüm nedenleri olarak, yetersiz preoperatif değerlendirme, ekip içinde iletişim noksanlığı, yanlış entübasyon, ilaç yan etkileri ve ekipman sorunlarını göstermektedir (8). Bu çalışmalar, istenmeyen sonuçların en büyük nedeninin, önlenebilir insan hatalarının olduğunu göstermektedir. Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında da, önlenebilir anestezi kazalarının büyük çoğunluğunu insan

Enjektör karıştırılması yüzde 60, etiketin okunmaması yüzde 53, ampulün yanlış tanınması yüzde 39, ilacın yanlış stoklanması yüzde 18, yanlış doz uygulanmasına bağlı ortaya çıkan hata yüzde 10 oranında görülürken, en sık karıştırılan ilaçların non-depolarizan kas gevşeticiler olduğu belirtilmiştir.

hatalarının (yüzde 82) oluşturduğu saptanmıştır (9). Bunlar arasında ventilasyon-solunum sistemi (yüzde 19.5), anestezi makinesi (yüzde 19) ve ilaç kullanımına (yüzde 19) bağlı hatalar benzer oranda görülürken, bu hataları havayolu sağlanması (yüzde 12), intravenöz damar yolu (yüzde 7), monitörizasyon (yüzde 4.5) ve sıvı düzenlenmesi (yüzde 4) ile ilgili hatalar izlenmektedir. Yine bu çalışmada önlenebilir anestezi kazalarının yüzde 14'ünün anestezi ekipmanının bozuk olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Bunlar da sıklık sırasına göre; monitör (yüzde 24), solunum sistemi (yüzde 20), havayolu komponentleri (yüzde 18), laringoskop (yüzde 12) ve anestezi makinesine (yüzde 12) ait nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Beverley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, anestezi uzmanlarının büyük çoğunluğunun en az bir kez ilaç karıştırma hatası yaptığı ve bunların yüzde 98'inin minör sonuçlar yarattığı saptanmıştır (10). Kalıcı hasar ve ölümle sonuçlanan durumların ise önlenebilir olduğu görülmüştür. Enjektör karıştırılması yüzde 60, etiketin okunmaması yüzde 53, ampulün yanlış tanınması yüzde 39, ilacın yanlış stoklanması yüzde 18, yanlış doz uygulanmasına bağlı ortaya çıkan hata yüzde 10 oranında görülürken, en sık karıştırılan ilaçların non-depolarizan kas gevşeticiler olduğu belirtilmiştir. Anestezi uzmanlarının yüzde 97.9'u çoğunlukla ampul etiketlerini okumalarına rağmen etiket renklerinin çok önemli bir gösterge olduğunu belirtmişlerdir. Orser ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, anesteziye bağlı mortalitesi en yüksek ilaç karıştırma hatası olarak atropin (veya glikopirolat) yerine adrenalin (epinefrin) kullanılması durumu gösterilmiştir (11).

Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde hasta güvenliği için sistemik yaklaşımın yerleştiği bir kültürün yaratılması ve hataların bildirilmesi, nedenlerinin araştırılması temel prensiplerdendir. Eğitim programları güncellenmeli, kontrol listeleri ve simülatörlü eğitim uygulamaları yaygınlaştırılmalı, risk yönetimi ve alınması gereken önlemler konusunda uygulayıcılara geri bildirim verilmelidir.

Türkiye’de anestezi hataları

Ülkemizde anestezi hekim hataları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde bunların Adli Tıp Kurumu verileri üzerinde yapıldığı görülmektedir. Adli Tıp Kurumu, Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı’nın resmi bilirkişilik kurumdur. Mahkemelerden gönderilen tıbbi uygulama hata iddiası bulunan dosyalar burada değerlendirilmekte olup, adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşler bildirilmektedir. Adli Tıp Kurumu Türkiye’de tıbbi uygulama hatalarının genel profilini yansıtabilecek geniş veri tabanına sahiptir. Türkiye’de anestezi uygulama hatalarının değerlendirildiği geniş kapsamlı Eke ve Ertan’a ait iki çalışma bulunmakta olup, her ikisinde de Adli Tıp Kurumu verileri analiz edilmiştir.

Ertan’ın “Adli Tıp Kurumu’nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önenebilirliği” adlı tez çalışmasında 1996-2005 yıllarına ait bilirkişilik görüşü verilen 123 karar incelenmiştir (12). Bu çalışmada anestezi uygulamalarında hangi alanda hata yapıldığı 1. tabloda sıralanmıştır. Preoperatif hazırlığın yapılmaması, eksik yapılması ana neden olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmada preoperatif hazırlığın yapılmaması veya eksik yapılması (yüzde 42.5) en sık hata verilme nedenidir. Hava yolu güvenliği ile ilgili hatalar (yüz-

de 20) ikinci sırada gelmektedir. Zor entübasyon durumlarında zamanında acil trakeostomi açılmaması kriz yönetiminde eksikliği göstermektedir. Üçüncü en sık hata nedeni, uygun koşulların sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanmasıdır (yüzde 15). Radyoloji ünitelerinde manyetik rezonans görüntüleme için özel üretilen anestezi cihazının (veya ventilatör) ve monitörün olması, çekim odasının uygun olmaması, hastanın takibinin özensiz yapılması nedeni ile yapılan işlemlerin hatalı bulunduğu görülmektedir. Muayenehanelerdeki uygulamalar ise, anestezi uzmanı olmadan ve uygun koşullar sağlanmadan gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ilaç ve serum kullanımında hata yüzde 7.5 oranındadır. Bir olguda serviste hemşire tarafından yanlışlıkla ağrı kesici yerine atrakuryum besilat (Tracrium, GSK) yapılmıştır. Bu ilaç nöromüsküler kavşakta iletimi bloke ederek çizgili kasları gevşetir ve paralizisi oluşturur. Bu nedenle ameliyathane ve yoğun bakım dışında ve uzman olmayan kişilerce kullanımları yaşamı tehdit eden sonuçlara neden olur. Yine bir başka olguda anestezi uzmanı olmadan kadın doğum uzmanı, küretaj girişimi için sedasyon amaçlı tiyopental sodyum (Pentotal, Abbott) yapılmasını istemiştir. Ancak hatalı olarak nöromüsküler bloker olan vekuronyum bromid (Norcuron, Organon) yapılmış ve zamanında da doğru müdahale edilemediği için hastada hipoksik ensefalopati tablosu gelişmiştir. Diğer bir olguda ise, anestezi teknisyeninden İzolayt S istendiği ve anestezi uzmanının serum kontrolünü yapmadan İzolayt S yerine getirilen yüzde 50 dekstrozu takması hata nedenidir. Anestezi cihaz ve bağlantı hataları yüzde 7.5 oranında görülmektedir. Bu hatalar; oksijen tüpü yerine karbondioksit tüpü bağlanması, yine oksijen tüpü yerine azotprotoksit tüpü bağlanması ve cihaz kontrolü yapılmasına bağlı ventilasyonun sağlanmamasıdır. Hataların yüzde 5’i EKG monitörizasyonunun olmaması ve ortaya çıkan ritim bozukluğunun zamanında tanınmamasına bağlıdır. Yetersiz monitörizasyonun ölüm nedenleri arasındaki yeri ise gün geçtikçe azalmaktadır.

Anestezi uygulamasında 1970 yılları sonlarından bu yana yeni monitörizasyon gereçlerinin ve yeni anestezi ilaçlarının devreye girmesi ile mortalite ve katastrofik morbiditede belirgin azalma görülmektedir. Sistemin işleyişi ile ilgili hata (yüzde 2.5) nedeni, orta şiddette dikkati sürdürme güçlüğü olan (epilepsi hastası) anestezi uzmanının görevine devam ettirilmesidir. Hiçbir organik ve ruhsal rahatsızlık olmayan durumlarda bile anestezinin çalışma koşulları kişileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıkmasında anesteziye ait faktörlerin yanında anesteziyi uygulama-

yan kişiye ait özellikler de önemlidir. Yapılan çalışmalar uykusuzluk, kronik yorgunluğun psikomotor beceri, bellek, karar verme, dikkat ve öğrenmeyi azaltıcı etkileri olduğunu göstermektedir. “Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi” adlı Sarıcaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, 12 saatlik gece ve gündüz vardiyaları halinde çalışan asistanların bilişsel işlevlerinin vardiya çıkışlarında kısmen bozulduğu, özellikle gece vardiyası sonrası bu işlevlerin daha çok etkilendiği görülmüştür (13). Anestezi doktorları çoğunlukla şiddetli, kronik uyku kaybı ve uyku düzeninde bozulmaya sebep olan uzun vardiyalarla çalışmaktadırlar. Vardiyalarda hem iş yükü hem de uyku ihtiyacının etkisi ile dikkat azalması, yargılamada bozukluk ve karar vermede gecikmeler olabilmektedir. Ancak bu çalışmada anestezi uygulayan kişilerin çalışma koşulları, nöbet sistemleri, hasta yoğunluğu bilinmemesi nedeni ile bu konuda nitelikli bir yorum yapmak ve fikir yürütmek mümkün olmamıştır. Gerek ortaya çıkan hata nedenleri, gerekse çalışma koşullarının ağır ve stresli olmasının olumsuz etkileri, anestezi risk yönetimine özellikle dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Eke ve arkadaşlarının çalışması, preoperatif hazırlığın önemine işaret etmektedir (6). Bu çalışmada, olguların yüzde 42’sinin anestezi uzmanı tarafından ziyaret edilmediği, genel anestezi uygulanacak olgularda da yetersiz laboratuvar tetkikleri yaptırıldığı saptanmıştır.

Ertan’ın tez çalışmasında, anestezi uzmanı sorumluluğundaki uygulamaların 1/3’ü, operatör sorumluluğunda anestezi teknisyeni ile yapılan uygulamalarının yarısından fazlası, anestezi dışı diğer branş hekimlerin uygulamalarının ise neredeyse tamamı hatalı olarak değerlendirilmiştir (12). Bilindiği gibi ülkemizde bir anestezi uzmanının kaç ameliyathaneden sorumlu olduğu yolunda net yazılı bir bilgi yoktur. Ancak ülkemizdeki uygulamalarda birçok hastanede anestezi uzmanı birden fazla ve hatta çok sayıda ameliyathaneden sorumludur. Bu ise uygulamalarda oldukça büyük aksamalara yol açmaktadır. Ayrıca anestezi teknisyenlerinin anestezi uzmanı bulunmayan yerlerde yalnız çalışmak zorunda kalmaları, ameliyatyapan hekimlere yüklenen tıbbi ve hukuki sorumlulukları artırmaktadır. Zaten riskli bir branşı olan cerraha, hem cerrahi hem de anestezi uygulamasının sorumluluklarını yüklemek, riskin daha da büyümesine neden olmaktadır.

Ülkemizde yaşanan anestezi hatasını gösteren bir olgu sunumunda ise, yeni tayin edilen anestezi teknisyeni tarafın-

dan anestezi öncesi rutin olarak yapılması gereken cihaz kontrolü yapılmamış, olay sırasında cihaz iyi tanınmadığı için devre kapalı hale getirilememiş ve bu durum anestezi cihazının bozulması olarak yorumlanmıştır (14). Ayrıca zamanında basit tedbirlerle hastanın ventilasyonunun sağlanamaması ve oksijen verilmesinde gecikme hatalar zincirini oluşturmuştur. Burada görülen hata nedeni, insan kaynaklı ve önlenemez bir hatadır. Yurt dışında yapılan bir çalışma, istenmeyen sonuçların meydana gelmesinde anestezi cihazının hatalı kullanılması'nın ilk üç hata nedeni arasında olduğunu belirtmektedir (15). Gaz dağıtım ekipmanlarının hatalı kullanımı, ekipman bozukluğundan üç kat daha fazla görülmektedir (16).

Anestezi açısından dikkat edilmesi gereken diğer bir durum ise peroperatuar dönemde sıvı ve elektrolit takibidir. Anestezi uzmanları peroperatuar dönemde, özellikle çocuk hastaları hiponatremi açısından dikkatle takip etmelidir. Bir olgu sunumunda, iki olguda ameliyat sırasında hipotonik sıvı kullanılmış ve ameliyat sonrası hiponatremi gelişmiştir (17). Buradaki ilk olguda, peroperatuar dönemde kısa sürede fazla miktarda verilen hipotonik sıvı akut hiponatremi gelişmesine neden olmuştur. İkinci olguda ise, ameliyat sırasında verilen hipotonik sıvı sonrası gelişen hiponatreminin kısa sürede düzeltilmesi santral herniasyona yol açması nedeni ile anestezi uygulamaları hatalı olarak değerlendirilmiştir.

Anestezi tek başına nadiren ölüme yol açmasına karşın, perioperatif dönemin dinamikleri arasında yer aldığından dava konusu ölüm olgularında cerrahi uygulamalarla beraber anesteziğin yeri sorgulanmaktadır. Spinal cerrahi girişimlerinde damar yaralanması oluşmasında cerrah primer olarak sorumlu olmakla birlikte, anestezi uzmanı tarafından bu olgulara erken dönemde tanı konulup konulamayacağını belirleyebilmek için hastanın anesteziye hazırlanması ve uygulanan anestezi yöntemi yanında, perioperatif dönemde yapılan takip ve tedavinin etkinliğinin araştırılması çok önemlidir. "Spinal Cerrahi Girişimlere Bağlı Ortaya Çıkan Damar Yaralanmasında Anestezi'nin Rolü" adlı çalışmada sunulan olgulardan ikisinde anestezi ve cerrahi uygulamada tıbbi uygulama hatasının olup olmadığı sorulanmış ve değerlendirme sonucunda bir olguda iki farklı bilirkişilik kararı bulunmakla birlikte uygulamalarda anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatasından bahsedilmemiştir (18).

Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda yargılama sonuçları bilinmemekle birlikte, elde edilen verilere göre

hekimlere yüklenmek istenen suçlamaların kaba bir yaklaşım ile 2/3'ünün tıbbi dayanaktan yoksun olduğu söylenebilir. Lynch ve arkadaşları tarafından bu oran yüzde 46 olarak bildirilmektedir (19). Asılsız iddialar sonucunda açılan davaların düşmesi hakimlerin aklanmasını sağlamaktadır. Ancak soruşturma ve/veya kovuşturma aşamasında alınan ifadeler, mahkemelere gidiş gibi yargı sürecinde yaşanan stres; hata yapmaktan korkma, inisiyatif kullanmada yetersizlik gibi hekimlik uygulamalarında sıkıntılara yol açmaktadır.

Güvenli anestezi uygulaması için alınması gereken önlemler

Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde hasta güvenliği için sistemik yaklaşımın yerleştiği bir kültürün yaratılması ve hataların bildirilmesi, nedenlerinin araştırılması, bunların önlenilmesi için stratejilerin geliştirilmesinin açıklıkla tartışılabilirdiği bir ortamın yaratılması temel prensiplerdendir. Bu nedenle anestezi eğitimi ve pratiğinde standart bir uygulama olmalıdır. Eğitim programları güncellenmeli, kontrol listeleri ve simülatörlü eğitim uygulamaları yaygınlaştırılmalı, risk yönetimi ve alınması gereken önlemler konusunda uygulayıcılara geri bildirim verilmelidir. Ülkemizde Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) tarafından anestezi uygulamalarında esas alınacak sınırlar, temel standartlar, çalışma yöntemlerini belirleyen, gerekse acil durumlarda kritik uygulamalar için geliştirilen kılavuzlar bulunmaktadır. Tıbbi uygulamada standartları ve risk alanlarını belirleyen bu tip kılavuzlar geliştirilerek ülke çapında yaygınlaştırılmalı ve ulusal kullanım zorunluluğu getirilmelidir. Ayrıca ülke koşullarında anestezi uzman sayısı yeterli olmaması nedeni ile yerleşmiş bir durum olan anestezi uzmanı olmadan anestezi uygulanması engellenmeli, bu konuda gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı ve anestezi uzmanının da tek bir hastadan sorumlu olmasını sağlayacak adımlar atılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Duman A, Ögün C. Ö, Şahin M, Ökseli S. Perioperatif Mortalite. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2001;21:311-318.
- 2) Warden JC, Horan BF. Deaths attributed to anaesthesia in New South Wales, 1984-1990. Anaesth Intensive Care 1996;24:66-73.
- 3) Coetzee A. Peri-operative mortality in the anaesthetic service at Tygerberg Hospital. S Afr Med J 1992;82:176-178.
- 4) Buck N, Devlin HB, Lunn JN. Confidential enquiry into perioperative deaths, Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, The King's Fund Publishing House, 1987.
- 5) Harrison GG. Death due to anaesthesia at Groote Schuur Hospital, Cape Town-1956-1987. Part

I. Incidence. S Afr Med J 1990;77:412-415.

6) Eke M, Demirel CB, Karaca S, Soysal Z, Köse Y. Anestezi ile ilgili ölümlerin Adli Tıp Kurumu raporlarına göre değerlendirilmesi. Anestezi Dergisi 1998;6:175-179.

7) Lienhart A., Chigot JP.: Claims related to anaesthesia at the University Hospitals of Paris. Ann Fr Anesth Reanim 1996;15:215-219

8) Gannon K.: Mortality associated with anaesthesia. A case review study. Anaesthesia 1991; 46:962-926.

9) Cooper JB, Newbower RS, Long CD., McPeck B.: Preventable anaesthesia mishaps; A study of human factors. Anesthesiology 1978;49:399-406.

10) Beverley A., Robert JB., Doreen A.: Medication errors in anaesthetic practice: a survey of 687 practitioners. Canadian Journal of Anaesthesia 2001;48:139-146.

11) Orser BA., Oxorn DC.: An anaesthetic drug error: minimizing the risk. Can J Anaesth 1994;41:120-124.

12) Ertan A. Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları Ve Önlenilebilirliği. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Doç. Dr. N. Yayıcı).

13) Sarıcaoğlu F, Akıncı S.B, Gözdoğan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:106-112.

14) Ertan A, Öz H, Gürpınar S. Anestezi Uygulaması Sırasında Ortaya Çıkan Önlenilebilir Bir Ölüm Olgusu. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007; 4:41-44

15) Green R. The psychology of human error. Eur J Anaesthesiol. 1999;16:148-155.

16) Robert A. Caplan. Liability Arising From Anaesthesia Gas Delivery Equipment. ASA Newsletter 1998;62.

17) Ertan A, Öz H, Altınok A, Sürer Ç, Sarıca S. Anestezi Sırasında ve Sonrasında Yanlış Tedaviye Bağlı Gelişen Hiponatremi Olguları. GKD Anest Yoğ Bak Derg 2008;14:132-136.

18) Ertan A, Öz H, Birgen N, Hancı M, Turan N. Spinal Cerrahi Girişimlere Bağlı Ortaya Çıkan Damar Yaralanmalarında Anestezi Uzmanının Rolü. Adli Tıp Dergisi, 2006;20:24-29.

19) Lynch C, Coker A, Dua J.A. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing of potential benefit of alternative dispute resolution. British Journal of Obstetric and Gynaecology 1996;103:1236-1242.

Tıbbi hataları azaltan yaklaşımlar

Dt. Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Eylül 2003'de Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji yüksek lisansı ile Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programlarını bitirdi. Bir yandan diş hekimliği görevini AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesinde sürdürürken bir yandan da İşletme Anabilim Dalı'nda yönetim organizasyon yüksek lisansını tamamladı. Ardından işletme doktora programına başladı ve geçtiğimiz aylarda TÜBİTAK bursu ile 9.5 ay süreyle İngiltere York Üniversitesi Healthcare Management School'da bulundu. "Hasta Güvenliği sağlamada bilgi yönetiminin yeri" konulu tezi ile doktorasını tamamlayan Selma Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Polikliniği'nde görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin giderek büyümesinin ve karmaşık hale gelmesinin yanında, kurumların artan kaliteli hizmet verme çabaları, hastaların artan beklentileri, sağlık harcamalarının artışı, yükselen maliyetler, sağlık kurumlarının işleyişinde ortaya çıkan bazı aksamalar; devlet ve toplumsal grupları harekete geçirerek sağlığın bilimsel yönetim ilkelerine göre yönetilmesi yönünde baskılara yol açmıştır. Ayrıca hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlikler, insan sağlığını etkileyen tıbbi hataların ortaya çıkması, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusuna ilgiyi artırmıştır. Hasta güvenliği, tıbbi hatalar kavramı ile sıkı ilişkili ve onunla bütünleşmiş bir kavramdır. Eğer hasta güvenliğinde hatalar, yeterli bir şekilde tıbbi hatalardan korunmazlarsa zayıf ya da düşük hasta güvenliğinden bahsedilir.

Tıbbi hatalar

Sağlık hizmeti veren kurumlar, hizmet sunumu esnasında birtakım hata tiplerine neden olur. Bunlardan bazıları alınan tedbirler ile önlenabilirken, bazıları sağlık hizmetlerinin doğasında var olan hata potansiyelinden kaynaklandığı için tamamen önlenmesi söz konusu değildir. İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Agency-NPSA), hastalar için önlenemez istenmeyen olayları, tıbbi hatalarla eşit saymaktadır. Vincent (2006) hataları, yapan kişi tarafından istenmeden yapılan, sistem içinden, dışından ve kurallar tarafından da istenmeyen ve kabul edilebilir sınırların dışına çıkmış görevlerin ya da sistemin neden olduğu bazı kusurlar olarak tanımlamaktadır. Institute of Medicine (IOM) ise tıbbi hataları "Tamamlanması planlanan bir eylemin başarısızlığı ya da bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın uygulanması ya da kullanılması" şeklinde özetlemiştir. IOM tarafından yapılan

bu tanımda hataların ya yanlış bir eylemde bulunulma (eylem hatası) ya da eylemin yapılışındaki ihmal (ihmal hatası) nedeniyle görüldüğü vurgulanmaktadır. Ayrıca tıbbi hata kavramı, "Hastaya verilen sağlık hizmetinin herhangi bir döneminde verilen hizmet biçimi ile ilintili olarak ortaya çıkan hasar" olarak tanımlandığı da görülmektedir. Bu tanımda ise hataların hizmet biçiminden kaynaklandığına vurgu yapılmaktadır. Ayrıca "Tıbbi müdahale sırasında hastaların yaralanmasına yol açan, insan, teknoloji ya da bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilen kaza ve hatalar" şeklindeki bir diğer tanımda teknoloji, insan gibi unsurların oluşturduğu sistemler bütünü tıbbi hatalara neden olduğu vurgulanmaktadır.

Tıbbi hata sınıflandırmaları

Vincent (2006) bu hataları, bir tıbbi işlemin planlamasında ya da uygulamasındaki başarısızlık, kontrol sürecinde, bilgi



edinme aşamasındaki eksiklikler ve iletişim problemleri nedeniyle ortaya çıkan hatalar olarak sınıflandırılır. Örneğin tedavi planlama hataları, planlamanın geç ya da erken yapılmasından kaynaklandığı gibi bilgi eksikliğinden de ortaya çıkar. Bu eksiklik hekimin mesleki bilgi yetersizliği, iletişim kusuru nedeniyle hastadan yeterli ve doğru bilgi alamaması ya da sağlık sisteminden hatalı, eksik bilginin gelmesi nedeniyle görülebilir. Harvard Tıp Uygulama çalışmaları ise hata tiplerini şöyle sınıflandırmaktadır: Birçok çalışmada tarafından referans verilen bu sınıflandırma; tanı, tedavi, önleyici ve diğer hatalar olmak üzere hataları dört kategoride ele alır. Hatalar tanıdan, koruyucu hekimliğe ve tedaviye kadar bakım süreçlerinin tüm aşamalarında görülebilmektedir. Bir çalışmaya göre ise hatalar daha çok tanı koymada, yanlış ilaç verilmesinde gözlenmektedir. Örneğin hatalı ilaç uygulamaları sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece risklidir. İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilir. İlaç hataları bu süreçlerin herhangi birinde karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca hatalar, hastanede yatan hastalarda görülebildiği gibi ayaktan tedavi gören hastalarda görülebilmektedir.

Hindle ve arkadaşları (2005) hataları, önlenilebilen ve önlenemeyen şeklinde ikiye ayırır. Önlenilebilir hata, optimal koşullar altında sağlık hizmeti verilmesiyle elde edilebilecek bir sonuçtur. Sağlık hizmetleri sunumunda hataların ortaya çıkması gayet doğaldır. Ancak bu hataların minimalizasyonu mümkündür. Bu pratikte en iyi uygulamayı verme çabası fikri ile denktir. Süreçlerin standartlaşması, belirlenen politika ve ilkelerin uygulanması ile ortaya çıkma ihtimali olan hataların azaltılmasını sağlayacak bilinen en temel uygulamalardır. Ancak Hindle ve arkadaşlarına göre, daha iyi hizmet, en uygun ve elverişli araçlar içinde verilebilir. Buda sağlık kuruluşlarındaki her aracın tıbbi hatalara sebebiyet verme ihtimali gözden geçirilerek tasarlanmasını gerektirir.

Organizasyonel yaklaşımlar

Nieva ve Sorra'ya (2003, 18) göre güvenlik kültürüne önem veren organizasyonlar bir hata meydana geldiğinde, hataya neden olan iş süreçlerinde ne tür problemler olduğunu belirlemeye çalışan, çalışanlarının hataların nasıl üstesinden gelinebileceğine dair düşüncelerini paylaştığı bir ortamın ve hataları ele almak için öncelikle onların raporlanması gerektiğine inanmış çalışanların bulunduğu bir organizasyon olması gerektiğini ifade eder. Ayrıca çalışanların olaya karşı tutum ve davranışları da son derece önemlidir. Hasta güvenliği merkezli organizasyonel iklimi

min yaratılması ya da böyle bir çalışma atmosferinin oluşturulması, tıbbi hataları azaltmada oldukça etkilidir.

Hastalıkların tedavi aşamasında, yoğun biçimde tıbbi cihazların kullanımı söz konusudur. Bilindiği gibi hastalıkların tanısı, çeşitli laboratuvar testleri ve görüntüleme bulgularının birlikte değerlendirilmesi ile gerçekleşmektedir. Tıbbi tanı ve tedavinin başarısı, cihazlarının doğru ve güvenilir sonucu en kısa zamanda verebilmesine bağlıdır. Hastaların tanı ve tedavi sonuçlarında hatalara neden olabilecek yaygın cihaz problemlerinden biri, doğru sonuçlar vermesini engelleyen cihazların periyodik bakım ve ölçümlemesinin düzenli olarak yapılmamasıdır. Diğer yaygın nedende cihazları kullanan personelin, kullanım için gerekli profesyonel eğitimi almamasıdır.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konularında ilgili yönetim ekibine verilecek eğitimlerle, olayların öncelikli alanlarının belirlenmesi, izleme, performans ölçümleri ve sistemin iyileştirilmesine yönelik bilgi ve beceriler, olayların türleri, raporlamanın nasıl yapılacağı ve kurumsal iletişimin sağlanması ve geliştirilmesi de tıbbi hataların minimalizasyonu açısından dikkate alınması gereken önemli konulardır. Örneğin hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitimlerin verilmesinin yanı sıra hasta taşıma tekniklerine yönelik yardımcı sağlık personel eğitimi, tıbbi hataların azaltılmasında katkıda bulunacak önemli düzenlemelerdir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar, tanıyı koyacak ve tedaviyi uygulayacak sağlık personelinin ve diğer yardımcı sağlık personelinin, sürekli devam eden mesleki eğitimin yanı sıra, beyin fırtınası ekipleri gibi takımlar içine dahil olmasının yanında hizmet içi eğitim programları, sertifikalandırma programları, uyum eğitimleri, araştırma geliştirme programlarına (panel, kurs, seminer gibi) katılımıyla sürdürülen eğitimlerin hataların azaltılmasına katkısı da oldukça önemlidir.

Mevcut ya da ileride kullanılacak teknolojilerin güvenlik açısından değerlendirilerek kullanılması, dikkate alınması gereken diğer bir konudur. Ayrıca elektronik medikal kayıt sistemi, bilgisayarlı istem (order) giriş sistemi, Radyofrekans Tanımlama Teknolojisi (Radiofrequency identification-RFID) kullanımı ile hastanede uzaktan e-reçeteleme, hastane ekipman takibi yapmak mümkün olabilmektedir. Bu teknolojilerin kullanımı, güvenli ve kolay reçeteleme, sağlık kurumlarında gelişebilecek hataları azaltma fırsatı vermenin yanı sıra sağlık profesyonellerine farklı iletişim imkânları sunarak yeni yöntemlerin uygulanmasına da

imkân verir. Eş zamanlı olarak hastane içinde bilgi alışverişini sağlayan ve tıp bilimi içinde uygulamaya giren kablosuz teknolojisi, hasta güvenliğini destekleyen diğer yeni teknolojilerdir. Hasta takibini kolaylaştıran bu teknolojiler, sağlık profesyonellerine hastada meydana gelen önemli (hayati) değişimlerin hemen bildirimle hızlı müdahale etme fırsatı vermektedir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar içinde mevcut olan hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesi, ortaya çıkan sorunların nedenlerinin tam ve açık olarak tanımlama, tanımlanan olayların organizasyon boyunca paylaşılmasını sağlayarak hatalardan öğrenmeyi gerçekleştirme, olay raporlamalarını zorunlu kılar. Ayrıca organizasyonlarda riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesi, hasta güvenliğinin gelişmesi için olay raporlama sistemlerinin kurulması oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, hastanelerde verilen hizmetin özelliği ve çeşitliliği nedeni ile hastaların gelecekte de farklı tıbbi hatalara maruz kalması söz konusu olabilecektir. Ancak tıbbi hatalar nedeniyle hastaya verilen zararlar, ilave harcamalar, ekonomik kayıplar ve kaynakların etkin kullanılmaması gibi sonuçları dikkate alındığında; problemlerin önlenmesi, yönetilmesi ve daha iyi stratejilerin uygulanması için etik, insani ve ekonomik zorunluluk olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

Coulter, A. & Ellins, J., (2006). *Improving Patient Safety. QQUIP (Quest For Quality And Improved Performance) Patient-Focused Interventions A Review Of The Evidence. (143-179). London: The Health Foundation.*

Hindle, H., Braithwait, J., Iedem, R., (2005). *Patient Safety Research: A Review Of The Technical Literature. Sydney: University of New South Wales., (21.5.2008)*

[http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/\\$file/cec_patient_safety_30111.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/$file/cec_patient_safety_30111.pdf).

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M.S., (Ed.). (2000) *To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. (7.2.2008).*

Lee, C.Y.F., (2006). *Improving Patient Safety Through A Total Quality Culture. Yüksek Lisans Tezi, University Of Bradford, Bradford, UK*

Nieva, V. F., Sorra, J., (2003). *"Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations" Qual. Saf. Health Care.12. 17-23.*

Vincent, C. (2006). *Patient Safety. (1). London: Elsevier.*

Walshe, K. & Boaden, R. (2006). *Patient Safety Research Into Practice.(1). Berkshire: Open University Press.*

Dr. Haluk Şengün: Müzik bence bir nevi yüksek matematiktir

Röportaj: Ömer Çakkal

Doktorluk, tarihin tüm çağlarında olduğu gibi bugün de emek yoğun bir meslek. Bunun da etkisiyle, hayatlarında doktorluğu seçmiş insanların bazen adanmışlık seviyesinde olmak üzere mesleklerine bağlandıklarına, sosyal hayattan çekildiklerine şahidiz. Gelgelelim gece gündüz hastalarıyla ilgilenip tıbbın eğitim boyutunu da kulak arkası etmezken bir koltuklarının altında sanatı taşıyan hekimler de var. SD'nin önceki sayılarında röportaj yaptığımız Alâeddin Yavaşca Hoca onların başında gelen bir fener adeta. Yavaşca Hoca'nın yolunu kendine yol bilen genç hekimlerden biri de Dr. Haluk Şengün. Udi, güftekar ama bilhassa bestekâr. Yüzlerce güftesinden 100'ünü bugüne

dek besteleyen Şengün, eski bir askeri hekim. Geçen yıl yarbay rütbesiyle askerlikten emekli olan Şengün SD 12'nin röportaj konuğu.

Dr. Haluk Şengün yarbaylıktan emekli bir askeri hekim. Bir koltuğunun altında müzisyen kimliğini taşıyor, halen sivil hayatında aktif hekimlik yapıyor, yanı sıra akademik çalışma hayatını sürdürüyor. Tüm bu çalışmalar röportaj rotamızı size çevirdi. İsterseniz önce başa saralım? Nerede başladı hikâyeniz?

Samsun'da başladı. 1965 yılında Samsun'da şuan röportaj yaptığımız konağa benzeyen 13 odalı bir konakta başladı. Dedem Samsun'un ünlü tüccarlarından biriydi. Babam Batı kültürü ile yetişmişti. Dedem ona gerekli gele-

neksel kültürü veremediklerini düşünüp ilk torununu yani beni bilhassa da bu nedenle yanına aldı. Babaannem ud çalardı. Düzenli fasılların yapıldığı, devamlı musikinin olduğu bir ev düşünün. Samsun'a turneye çıkan radyo sanatçılarının uğrak yeri dedemin eviydi. Onları büyük bir ihtimamla misafir ederdi. Türkçeden önce Osmanlıca'yı ve aruz vezni öğrendim. Yedi, sekiz yaşlarındayken Mehmet Akif Ersoy'un Safahatını Osmanlıcasından okuyan bir çocuk düşünün. Böyle yüklediler. Belki de biraz bilinçsizce ve ağır yüklediler. Fakat İbni Sina demiştir ki, "Ne öğrendiysem 17 yaşıma kadar öğrendim." Geçmişte bu sözü biraz abartılı bulurdum ama bu yaşta artık inanıyorum. İnsanlar küçük yaşta eğitilmeli. Samsun'da ilk ve orta tahlimden sonra liseye giderken eşza-



manlı olarak belediye konservatuarını bitirdim. Ardından devlet konservatuarını kazandım. Bu arada 14 yaşında beste yapmaya başlamıştım. O zamanlarda yaptığım şarkılar da bayağı sevilip söyleniyordu.

Anlattıklarınızdan kafamda, rahmetli Yücel Çakmaklı Ağabey'in çektiği filmde Ahmet Özhan'ın canlandığı Hacı Arif Bey gibi bir portre canlandı. Nasıl oldu da böyle naif bir müzisyen genç, askerlik hayatını tercih edip kamuflajların içine girdi?

Anlatayım. Dedemi ortaokul yıllarında kaybettik. Onun vasiyeti asker olmamdı. Bir de ben daha lise yıllarında Samsun'da konservatuara devam ederken ekmeğin müzikten kazanılmaması gerektiğini fark ettim. Müzik bir hobi olarak devam etmeliydi ki bu konuda taviz verilmesin. Zaten o zaman ikilemde idim. Bir yanım doktor olmak istiyordu. Önümüzde Alâeddin Yavaşça, Nevzat Atlığ, Selahattin İçli gibi çınarlar vardı, ben de bir yandan doktorluk yaparken öte yandan musikiye devam edeyim dedim. Bir yandan Ankara'da gece bölümünde konservatuar okurken Hacettepe'de İngilizce Tıp eğitimine başladım. Tıp eğitimi devam ederken Ankara'da GATA açıldı ve ben oraya geçiş yaptım. GATA'dan 1990'da mezun olup askeri hekim olarak görev başladım.

"Evlilik, bestekârları her zaman kurak arazilere sürükler"

Nerelere gittiniz, hangi kışlalarda görev yaptınız?

İlk olarak Samsun'da göreve başladım. Ardından Merzifon, Sivas, Zara, Divriği'de dağlarda epey görev yaptım. Sivas Olayları'nın yaşandığı dönemdi ve biz dağlarda terörist kovalıyorduk. Oradan Hakkâri'ye geçtim, Hakkâri Askeri Hastanesi'nde Baştabiplik yaptım. Sonra İstanbul'a geldim, Haydarpaşa GATA'da Baştabip Yardımcılığı yaptım. En sonunda geçen yıl Sağlık Şube Müdürlüğü'nden yarbay olarak emekli oldum.

Şu anda ne yapıyorsunuz?

Özel bir hastanede akşamları nöbetçi acil hekimi olarak görev yapıyorum. Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde doktora eğitimim sürüyor. Şu an doktora tezim üzerinde yoğunlaştım.

Bir yanınız emekli yarbay, asker; bir yanınız müzisyen; bir yanınız ise dok-

tor. Bu farklı kimlikler birbiri ile çatışıyorlar mı, birbirini bütünlüyorlar mı?

Biraz hezarfen gibiyim evet. Bu kimliklerin bazen çatıştıkları oluyor. Askerlik ve sanatçılık pek yakın şeyler gibi görünmez değil mi? Ama aslına bakarsanız ortak noktaları da var, tümü yüksek disiplin gerektiren şeyler.

Tüm bu yoğunluklar arasında evlendiniz mi, bir yuva kurabildiniz mi?

Kuramadım. Bu tempo onu kabul edemedi. Sanatçıların hayatları pek normal değildir, benimkisi de pek öyle olmadı. Evlilik bestekârları her zaman kurak arazilere sürükler. Sanatçı hep yeni ufuklara açılmalıdır ki bereketli olsun. (Kahkahalar)

Korunun avlusunda buluştuğumuzda "Demek Son Mohikan'la söyleşi yapmaya geldin" diye karşıladınız beni. Nedir bu "Son Mohikan" meselesi?

Sanat, tarih, edebiyat ama bilhassa müzik algımızla ilgili söyledim bunu. Yarattığımız medeniyet en büyük eserlerini musiki dalında vermiştir. Farabi'den saymaya başlarsak günümüze kadar ışıkları ulaşan dev deniz fenerleri bu engin deryayı aydınlatmıştır. Benden özetin özetini söylememi isterseniz eğer Abdülkadir Meragi'nin Segâh Kâr'ı, İtri'nin Neva Kâr'ı ve Dede Efendi'nin Ferahfeza Ayini ve Peşrev'i. Musikimiz bu üç eser etrafında gelişmesini sürdürmüştür. Bu dahiler yüzyıllar boyu etkilerini sürdürmüşler ve Türk Müziği'nin şekillenip üslubunu bulmasını sağlamışlardır. Günümüze ulaşan Türk Müziği geleneğini bilen ve sahiplenen çok fazla kişi kalmadık. Tamam, "Son Mohikan" değilsem de "Son Mohikan"lardan biriyim ben. (Kahkahalar)

Nedir sizin sanat, tarih ve edebiyat algınız? Nereden geldik, nereye gidiyoruz?

O kadar genel bir soru ki bu nereden başlayıp ne söylenmeli bilmem ki. Ama bir gerçek var ki müzik yozlaştırıldı, modernlik kisvesi altında müzik ucubeleştirildi. Arkamızda muazzam bir birikim var ama günümüz insanı, hele de gençlik bunun farkında değil. Dolayısıyla bizim konuşabileceğimiz, bir yerde oturabileceğimiz insan sayısı da o kadar az ki! Zaten benim konuşabildiklerim de hep benden yaşça büyük bir kuşak. Hazine yine yerinde duruyor ama maalesef beyinsel me-

rak hiç yok gençlerde. Bu yüzden kapımızı çalan da yok, bir şeyler öğrenenim diye. Bu bağlamda Prof. Dr. İlber Ortaylı Hoca'yı anmak istiyorum.

İlber Hoca ile tanışıklığınız nereden öte geliyor?

Yukarıda söylediğim gibi anlayacak adam sayısı az olduğu için birbirimizi bulduk herhalde. O da "Zaman Kaybolmaz" kitabında bizden bahsettiği bölümde "Bundan sonra oturup kalkacağımız adamları seçeriz" diyor. Onunla bir anımı paylaşmak istiyorum. Bir gün hocanın Üsküdar'daki evindeyiz. Hoca gazetesinin kitap ekinde yeni bir kitabın çıktığını gördü. Yanlış hatırlayabilirim ama Macar Türkolog Titze ile ilgili bir kitapı sanırım. Heyecanla kitabı almak için harekete geçti. Saat gece yarısını geçmiş, 1'i gösteriyordu. Bütün karşı çıkımlarıma rağmen gecenin o saatinde Beyoğlu'ndaki tek açık kitapçıdan kitabı alıp geldik. Sabaha kadar gözünü kırpmadan o kitabı okudu. Bu nasıl bir beyinsel şehvet uyandıran bir merak-tır, yorumu size bırakıyorum.

"Türk Müziği'nin radyolarda yasaklanması; bu dönemi Arap filmlerinin müzikleriyle, arabesklerle doldurdu"

Dilerseniz burada bir parantez açalım ve müzik algısına dair söylediklerinizin tarih ile bağdaşımını yapmaya çalışalım. Farabi'den, İtri'den ve Dede Efendi'den beslenip gelen medeniyet halkasının bugünün insanıyla buluşamaması sürecinde tarih nerede duruyor?

Hani sebep arıyorsanız eğer, Cumhuriyet'in ilk yıllarında Türk Müziği'nin ikinci plânda kalmasının bunda etkisi vardır. O dönemde Türk Müziği'ne modernlik getirmek için Batı formları ile buluşturulmak istendi. İyi niyetli bir çabaydı ama o elbise bu bedene olmadı. Türk Müziği'nin radyolarda yasaklanması, bu dönemi Arap filmlerinin müzikleriyle, arabesklerle doldurdu. Yanlış politikaların tabi ki etkisi var ama tek neden bu değil. O zaman da büyük bestekârlar vardı. Sonra dünya değişti, teknoloji hayatımızın merkezine yerleşti. Şimdi ben düşünüyorum da, Şevki Bey bugün yaşasaydı ne yapardı...

Şevki Bey kim?

Şevki Bey 18. yüzyılın ikinci yarısında İstanbul'da yaşamış, 31 yaşında ölmüş bir Türk bestekârı. Öldüğünde kaç tane bestesi olduğunu tahmin edin: Bin tane!



Dr. Şengün'ün ressam arkadaşının, "Yürümüş Her Kervan" şarkısından ilham alarak yaptığı yağlıboya tablo

Geçen gün Üsküdar'da bir arkadaşla buluşacaktık. İkinci vaktiydi. Mihrimah Sultan Camii ve karşısındaki Gülnuş Emetullah Valide Sultan Câmii'nin müezzinlerinin karşılıklı okudukları ezandan etkilenererek asırlık çınarın gölgesine çöktüm. Neler yaşadım neler bir bilseniz! Metruk bir kütüphanenin tozlu raflarında dolaştım, "Kenz'ül Elhan"ı buldum...

Bu kadar besteyi on senede yapmış, iki yüzü uşşak makamında ve hiç biri bir diğerine benzemez, sanat değeri çok yüksek. Bu makamdaki bütün melodileri kullandığı için uzun süre uşşak kapısı kapandı derler. Türk müziğinin Schubert'i. Çağdaşı da onun kadar velut. Aynı yaşta 6 yıl arayla ölmüşler. Şimdi önümüzde böyle dehalar var. Bir Dede Efendi'nin müzik dehası ve sanatta yaptığı zirve Beethoven'la aynı çizgidedir.

Bir sanatçı hangi ruh hali içinde beste yapar? Ne zaman daha üretken olur?

Sanatçı duyguları sürekli piklerde yaşar, çok sever, çok üzülür, çok kızar. Yani onun için ortalama seyir söz konusu değildir. Zaten eserlerini de bu duygu pikleri arasındaki fark -ki ben buna delta duygu diyorum- olmadan veremez. Biraz işletme tabanlı bir

açıklama yapıyorum galiba. Zaten müzik bir nevi yüksek matematiktir ben- ce. Beni sorarsanız hayalle gerçek arasında daha ziyade hayal dünyasına yakınım. O dünyada kendi iç zenginliğimi doyasya yaşarım, teferruatlarla raks ederim, zaman adeta esirim olur. Onun için genç arkadaşlara tavsiyem, bol bol okusunlar, hayal dünyalarını zengin tutsunlar. Çünkü yaratıcılığımızın en büyük kaynağı ileride bunlar oluyor. Sıkılıp bunaldıklarında oraya sığınıp soluklanabilecekler.

İstedığınızde hayal dünyasına dalıyorsunuz, şiir ve bestelerinizi de bu yolla mı yapıyorsunuz?

Şartlar oluşunca, ruh halim uygun olunca kolayca hayal dünyasının perdelelerini aralarım. Bir örnek anlata- yım: Geçen gün Üsküdar'da bir arkadaşla buluşacaktık. İkinci vaktiydi. Mihrimah Sultan Camii ile karşısındaki Gülnuş Emetullah Valide Sultan Câmii'nin müezzinlerinin karşılıklı okudukları ezandan etkilenererek asırlık çınarın gölgesine çöktüm. Neler yaşadım neler bir bilseniz! Metruk bir kütüphanenin tozlu raflarında dolaştım, "Kenz'ül Elhan"ı buldum. Nağmelerin hazinesini yani. Büyük Meragi'nin birçok eserini kayıt ettiği ve bu güne kadar asla bulunamayan kitabını. Gerçekmiş kadar sevindim o anda...

Sadece hayale dalmakla bir beste oluşmaz tabii. Eserlerinizi yaratırken hayal dünyanızdan beslenirsiniz ama bu yaratıcı hayal gücü ile aynı şey değildir. Sanatçı bir tür mucittir ben- ce, üstün bir gözlem yeteneğine sahiptir. Sürekli gözlemler ve kaydeder. Bir an gelir ki kimsenin fark edemediği bir ayrıntıdan ilham dediğimiz sezgisel iç yankılanmalar oluşur. Bu da yaratıcı hayal gücünü harekete geçiren kimyasal tepkimeleri başlatır. İşte bu evreyi ben coşkusal rahatsızlık dönemi diye adlandırıyorum. Bu dönemde adeta doğum sancıları çekilir. Kendi içine çekilir sanatçı, belki de en verimli anlarında yalnızlığı tercih etmesi onu anlaşılmasız kılan yegâne şeydir. Bir şey yaratacaktır ve yarattığı şeyle yüksek bir doyumun peşindedir. Bu dönemde telaşlı, huzursuz, sinirlidir. Eseriniz istediğiniz gibi olursa onun vereceği mutluluğu kelimelerle ifade etmek gerçekten güçtür. Aslında sanatın hedefi belki de bu hazzır.

Sanat toplum için mi yoksa sanatın kendisi için mi tartışmaları yeni bir boyut kazanıyor. Sanat kişinin kendi hazzı için öyle mi!

Sanatçı sürekli tetikte olmalı yaratmak

için. Yoksa elinden kayar gider her şey. Nasıl bir örnek verebilirim size diye düşünüyorum da... Bir kuru dalın nelere kadir olduğunu anlatsam buraya uygun düşecek galiba. Geçen bahar mevsiminde hastanedeki makam odamda dallarını adeta bir dost eli gibi pencereye uzatmış iğde ağacının dallarının kuruduğunu fark ettim. O anda çok üzülmuştum. O esnada çalan telefondaki sesin ayrılık kahvesi içmeye daveti üzerine bir anda kale- mimden kâğıda şu mısralar döküldü:

*Yürümüş her kervan bildiği yolda
Ne ilk oldun, ne son bilemezsin ki
Her bülbul öter mi konduğu dalda
Ağlatan gülmezmiş gülemezsin ki
Bahar mevsiminde kurursa dallar
Zamansız açınca çıkmazmış fallar
Belki de bu yüzden kapandı yollar
İstesene de bana gelemezsin ki
Bir hevesti sevgim, candan bakmıştım
Başak tarlasına ateş yakmıştım
En kötüsü bu ya iz bırakmıştım
Gönüm defterimden silemezsin ki*

"Yürümüş Her Kervan"ı böyle yazdım işte. Ardından nikriz ezgiler de beraberinde geldi. Ayrıntıdan ilham almak böyle bir şey işte. Hayatın içinden gelen, yaşadıklarınla ilgili şeyleri farketmek ve kendine has bir dille ifade etmek. Devamı var, kuru dal fırtınalar yaratmaya devam etti. Bir gün sonra bestekâr Gündoğdu Duran Hocamız geldi, bir sağlık problemi için. Masada duran sözleri gördü, bestelemek istedi. "Hocam o bestelendi" dedim ama dinletemedim. Biraz değişikliklerle kürdilihicazkâr makamında bir kere daha bestelendi. Aynı gün bir ressam arkadaşım çıkıp geldi. Dedi, "Ben bu şarkıyı resmedeceğim". Yaptı da. Resmin ortasına ana motif olarak bir semazeni oturtmuştu. Beste onun ruhsal dünyasında öyle yankılanmış ve resmine de böyle yansımıştı demek ki. Bir kuru dalın nelere vesile olduğunu gördünüz mü?

Bir şarkının resmedilişi gelenekte olan bir şey mi?

Hayır, orijinal bir şey. Benim bildiğim kadarıyla örneği yok. 100 civarındaki bestemin 10 kadarı resmedildi.

Kaç beste yaptınız, kimin güftelerini bestelediniz?

Yüzlerce güfte yazdım. Bunlardan 100 kadarını besteledim. Bestelerde başkasının sözlerinin anlamını ifade etmeyi kendinize görev saydığınızda müzik o diyarı terk eder ve adeta müzik sözün astarı durumuna döner. Bu yüzden çoğunlukla kendi güftelerimi bes-

telemeyi tercih ettim. Bunların çoğunu aruz veznine uygun olarak yaptım. Son zamanlarda saz eserleri, taksimler üzerinde çalışıyorum. Bu eserlerde daha özgür sıçramalar yapabiliyorum. Ama artık sayısının bir önemi yok. İtri'nin segâh makamındaki Kurban Bayramı Tekbiri'ni bilirsiniz. Bu kısacık beste yarattığı etkiyle eşsiz bir sanat abidesidir. Hani derler ya, bu abdestle bir ömür boyu namaz kılınır diye. Onun gibi bir şey işte. Ben de yaptığım iki satırlık bir besteyle adımı tarihe yazdırabilsem benim için yeterli.

Bir sanatçının yaşadığı ağır duygular, ağır çatışmalar en unutulmaz sanat eserlerine de ilham kaynağı oluyor. Askeri hekimlik yaşamınızda büyük acılara tanık oldunuz mu?

Nasıl olmam! Hakkâri Askeri Hastanesi'nde Baştabip olarak görev yapıyorum. Şehitler, gaziler hep oraya geliyor. Bir askercik geliyor, bacağı kopmuş ya da hastanede kesilmiş. Fakat o, ayağı var zannediyor. Tıpta buna fantom ağrısı diyoruz. Siz bunu ona anlatacaksınız. Benim gibi biri için dünyanın en zor şeyi. Sonra örtüyü kaldırıp bakıyor ki bacağı yok. Ardından ailesine haber verecekseniz, onlarla karşılaştıkları ilk dakikalar. Bunlar öyle kolay anlatılabilecek, kaldırılabilir duyular değil.

“Hastane yönetimine talip olan doktor gemileri yakmalı”

Sanırım sağlık kurumları yönetimi alanında doktora yapıyorsunuz. Bu alanda ülkemizdeki genel fotoğrafa dair neler söylersiniz?

Sağlık kurumları yöneticiliği son yıllarda ülkemizde çok popüler oldu. Yaklaşık 27 üniversitenin bu alanda açtığı programlar var. Bu sevindirici. Öte yandan bir plansızlık söz konusu, çok fazla öğrenci alınıyor. Bu programların içi çoğu kez boş kalıyor, alanda yeterince öğretim üyesi yok. Eğitim programları denetlenmiyor. Klasik işletme programları sağlık yönetimi diye sunuluyor. Bu yüzden eğitim kalitesi düşüyor. Merkezi yasal düzenlemeler ve makro planlamaya ihtiyaç var. Ayrıca eğitim akredite edilmeli.

Hastaneleri ille de işletme eğitimi almış sağlık yönetimi mezunları mı yönetmeli? Neden başhekimler değil de onlar?

Sağlık hizmetleri kendine has özellikleri olan emek- teknolojik yoğun bir sektör. Bu işletmeler; teknoloji, işlet-

me ve bilişim alanındaki baş döndürücü gelişmelerden sonra ayakta kalamak için mecburen yönetim ve işletme altyapısı olan profesyonel yönetime geçecektir. Eski düzen yavaş yavaş değişecek. Bu önlenemez bir şey. Ülkemizde hastane yönetiminde hâlâ klinisyenler hâkim. Özel sektörde bile henüz profesyonel yönetim felsefi emekleme döneminde. Batılı ülkelerde, sağlıkta profesyonel yönetime geçiş döneminde bu eğitimi almış hekimler başrolde olmuştur. Zira doktorlar kendi içinden profesyonelleşenleri önce kabul etmiştir. Bizde buna inandığımız için bu yola girdik. Geçiş döneminde yükü sırtlanmayı ve zorluklarla mücadeleyi göze aldık. Eğer biri doktor kökenliyse ve hastane yönetiminde uzmanlaştıysa gemileri yakmalı ve doktorluğu bırakmalıdır. Zira ikisi bir arada gitmez.

Her işletme eğitimi alan sağlık kurumları yöneticisi olabilir mi?

Hayır, olmamalı da zaten! Bakın şöyle izah edeyim: Hastaneler çok karmaşık

ilişkilerin döndüğü matris organizasyonlar. Hastanelerden daha karışık ilişkilerin ancak uzay üslerinde gözlemlenebileceğini bilimsel kaynaklar yazıyor. Kaotik, genelde kötü anılarını geçirildiği, iç müşteriye de dış müşteriye de memnun etmenin çok zor olduğu hastaneler için serbest piyasa kurallarının çoğu da geçersizdir. Hassas ve çok zor bir alan yani. Buraları yönetmeye soyunanların birçok özelliği olmalı. İletişim yeteneği kuvvetli, empati kurabilen, insanları seven, krizleri yönetebilen, sorunları analiz edip akabinde çözüm yolları üretebilen, uluslararası gelişmeleri takip edebilenler öncelikle bu işe girişmeli. Kendini kanıtlamış, başarılı, profesyonel yöneticiler sayesinde meslektaşları daha kolay gerçekleştirebilecek ve böylelikle sektör kendisini ileri götürebilecek iyileştirmeleri de yapabilecektir.



Tıbbın önlenemez yükselişi

Prof. Dr. Faik Çelik



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

Günümüzden 38 yıl önceydi, 180 bin genç sınavlara girerek yüksek öğretim için yarışıyorlardık, o zaman her 1000 kişiden 5'i tıp eğitimine girebiliyordu. Günümüzde bu rakam 4'ün altındadır. Puanım oldukça yüksekti, her yeri seçme şansım vardı. Çocukluktan beri hayalim mühendis olmaktı. Evdeki saatleri hatta o zamanlar oldukça kıymetli

olan transistörlü radyoları, kollu pikacları merak eder, onları açar içlerine bakar, hatta sökerdim. ODTÜ'nün sınavları ayrı yapıyordu ve makine mühendisliğini kazanmıştım. Hayalimi gerçekleştirmenin zamanıydı ama ben tıbbi seçtim. Neydi beni cezbeden, çocukluk düşlerimden ayıran bu seçimi yapmamdaki neden?

70'li yıllara dönelim. Tıp fakülteleri en yüksek puanla öğrenci alıyordu; tıbbiyeli olmak bir prestij, bir ayrıcalıktı. Tıp fakülteleri dereceye girmiş öğren-

cilerin ilk tercihiydi. Hekimlik toplumda saygın bir yere sahipti, ekonomik olarak orta direkten çok iyi durumdaydı. O dönemlerde tek tük bulunan üniversiteye hazırlık dershanelerinde tıp fakültesini kazanan öğrencilerinin sayısı başarılarının en büyük göstergesiydi. Bir de bunlara o dönemde tıp fakültesinde okuyan ablamın kadavra salonunda çekilmiş resimlerini, evde ütülenen beyaz gömleğini de eklersem sanırım seçimimdeki radikal değişiklik açığa kavuşuyor. Sıkıntılı yıllardı 70'li yıllar ama güzeldi. Çünkü



hekimliğin “gümüş” döneminin sonlarıydı, “altın” dönemi bizim kuşak zaten hiç görmedi.

70’li yıllarda fakülteyi bitiren bir hekim için iş hazırды, genç mezun doktor mesleğe hemen atılacak biriydi. Özel sektör yok denecek kadar azdı ancak kamuda iş bulmak gibi bir sorun da yoktu. Ülke nüfusu 1970’de 35.6 milyon, hekim sayısı 15 bin 200 idi. Bu tabloya bir de o zamanlar çıkarılan ve bugünlerde tekrar gündemde olan “tam gün” yasaının getirdiği ekonomik kazanımları eklemeliyiz. Dönemin Sağlık Bakanı Mete Tan’a yönelik “Sa-yesinde evlendim, araba sahibi oldum” sözleri hekimler arasında çok sık duyuluyordu. Aynı yıllarda dünya tıbbında devrim niteliğindeki gelişmeler, örneğin Güney Afrika’da C. Bernard’ın ilk kalp naklini gerçekleştirmesi, duodenum ülseri ameliyatını tarihten silen bazı asit düşürücü ilaçların ortaya çıkışı, antibiyotiklerdeki müthiş gelişmeler tıbbın önünün açık ve heyecan verici bir alan olduğunu da tescil ediyordu.

Bu ortamlardan 80’li yıllara gelindi. Türkiye’de her şeyi, sistemleri, değerleri, alışkanlıkları, belki de güzel ve iyi olan birçok şeyi altüst eden 12 Eylül askeri darbesini yaşadık. Tüm kurumlar, akademik çevreler, beyinler bu antidemokratik oldu-bittiden nasibini aldı; tabi tıp ve hekimlik de... Evren’li ve ardından Özal’lı yıllar başlamıştı. Kenan Evren ve MGK’nın ilk icraatlarından biri doktorlara “mecburi hizmet” çıkarmak oldu. Ülke nüfusu 47 milyon, hekim sayısı 22 bindi. 1982’de bir gece ansızın bir kuşak hekimin hayatı ve mesleki geleceği altüst oldu. Fakülteden mezun olduğu gün veya uzmanlık sınavına girdiği gün, mecburi hizmet yasaının çıkarılmasından bir gün sonraya denk gelenler, 2 şer yıl “zorunlu hizmete” yakalandı. Ortaya çıkan bu haksızlığa tepki göstermek söz konusu bile olamazdı. Kim cesaret edip konuyu Anayasa Mahkemesi’ne götürebilirdi ki? Devir baskı ve hukuksuzluk devriydi. Hafızalarımızı yoklayalım isterseniz: “Mecburi hizmete giden doktor orada durmuyorsa onu ağaca bağlayın” diye buyuruyordu Evren. Hızını alamıyor, “Yeni mezun olmuş bir doktor, benim yarbayımdan fazla alıyor, olur mu hiç ?” diye meydanlara çıkıyor; konuşmasını bir hadis veya ayet ile bitirip kendini toplum gözünde meşru kılmaya çalışıyordu.

Özal’ın prenseslerinden Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı İmren Aykut ise ateşe körükle gidiyor “Bu doktorlara milyon versen milyar isteriz derler” diye konuşabiliyordu. Hekimler de bu enformasyon kirliliğinden na-

siplendiler. Hekimlik hem toplumsal saygınlığını yitiriyor hem de ekonomik güç kaybı gün geçtikçe artıyordu.

Bütün bunların üzerine fakülteyi bitirince 2 yıl, uzmanlık sonrası 2 yıl, yandal uzmanlık sonrası 2 yıl olmak üzere zorunlu hizmet yıllarını koyduğumuzda, bir hekim pratisyen olmak için 8 yıl, uzman olmak için en az 12 yılını vermek durumundaydı. Erkeklerin 2 yıl askerliğini de eklersek bir hekimin neredeyse 40 yaşına kadar hayatına ipotek konulmuş oluyordu. Bu adil olmayan tablonun sonuçları 90’lı yıllarda kendini gösterdi...

90’lı yılların başında tıp fakülteleri ve hekimlik hızla irtifa kaydetmeye başladı; giriş puanları düştü, tıp fakülteleri tercih sıralamalarında hızla orta sıralara düştü. Yerlerini teknoloji ve fen ağırlıklı fakülteler ve meslekler aldı. Gerçi bu duruma, o dönemde yaşanan iletişim, internet, bilgisayar gibi alanlardaki baş döndürücü gelişmelerin de etkili olduğunu da belirtmeliyiz. O yıllarda bilgisayar ve makine mühendisliklerinin üst sıralarda yer alması tesadüfi değildir. Bu dönemde plansız ve hızla açılan çok sayıda tıp fakültesi de olumsuzluk kaynağı olmuştur. Gençlerimiz, zorluğu ve uzunluğu nedeniyle tıp öğrenimine tahammül edememekteydiler. Bu yıllar tıp fakültelerinin nitelik kaybına uğradığı yıllar olarak hatırlanıyor. Bir başka deyişle 80’li ve 90’lı iki dekat yıl, tıp fakültelerinin ve hekimliğin erozyon yıllarıdır...

2000’li yıllara gelindiğinde rüzgârın yönünün yeniden değiştiğini görüyoruz. Neden acaba? Tıp ve hekimlik toplum nezdinde tekrar saygınlık mı kazandı? Buna verilecek net yanıt “hayır”dır. Bu değişimin gerçek nedeni ekonomiktir. Küreselleşme, ülke veya ülkeler arasındaki finansal krizler, ardı ardına yıkılan dev şirketler, kapanan fabrikalar, yoğun işsizlik, özellikle beyaz yakalıları ve teknik meslekler arasında işsizliğin yaygınlaşması, rüzgârın yön değiştirmesine neden olan faktörlerdir. Bu arada değişmeyen ise insan sağlığının önemi ve ona olan gereksinimiydi. Keza içinde bulunduğumuz bu yıllarda hekim sayısında artış sağlamayı hedefleyen politikalar, mecburi hizmetin artık kanıksanması hatta istihdam için olanak kabul edilmesi ama en önemli olarak da kamu kesiminde iş güvencesinin olması önemli etkenlerdir. Ailelerin çocuklarını doktor olarak görme isteği de gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca gittikçe büyüyen özel sektörde iş sahalarının açılması ve buralardaki hekimlerin göreceli olarak daha iyi imkânlara sahip olması rüzgârın yönünü değiştiren faktörler olarak dikati çekmektedir.

2000’li yıllara gelindiğinde rüzgârın yönünün yeniden değiştiğini görüyoruz.

Neden acaba? Tıp ve hekimlik toplum nezdinde tekrar saygınlık mı kazandı?

Buna verilecek net yanıt

“hayır”dır. Bu değişimin gerçek nedeni ekonomiktir.

Küreselleşme, ülke veya ülkeler arasındaki finansal krizler, ardı ardına yıkılan dev şirketler, kapanan fabrikalar, yoğun işsizlik, özellikle beyaz yakalıları ve teknik meslekler arasında işsizliğin yaygınlaşması, rüzgârın yön değiştirmesine neden olan faktörlerdir.

Nitekim bu yıl dereceye giren öğrencilerin önemli bir kısmı tıp fakültelerini seçmişlerdir. 2009 ÖSS sınavına 1 milyon 324 bin 197 kişinin girdiğini de hatırlatalım. 2009 ÖSS sınavında sayısal-1 puan türü birincisi Gülşen Yücel, Türkiye’nin sağlık problemleri ve hekimlik mesleğiyle ilgili sıkıntılarına ilişkin soruya, “Bu bölümü tercih ettiğimde ‘Doktorluğun cazibesi eskidendi. Artık doktorluk kıymetli değil.’ dediler. Ben bunları bilerek geldim ve mutluyum.” cevabını vermiştir. Konuyla ilgili olarak ile sayısal-2 puan türü birincisi Çağatay Ermiş ise, “Benim ailemde doktor çok, hepsi bir araya geldiğinde sağlık alanındaki sıkıntıları açıkça görebiliyorum ancak tıp artık rağbet görmüyor demek yanlış olur, tıp tüm dünyada yükselen bir değer” demiştir.

Bugün nüfusu 71.5 milyon, hekim sayısı 110 bin olan ülkemizde, idealizmden kaynaklı olmasa da, yaşanan ekonomik krizler ve tıp dışı alanlarda büyük bir kitlenin işsiz kalması, tıp eğitimine dönüşü başlatmıştır. Özetle, tıp fakülteleri ve tıbbın önlenemez yükselişi devam etmektedir.

Mekanikleşen tababet, ruhun ızdırabını artırıyor Neden her hekim psikoterapi eğitimi almalıdır? (II)

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Psikiyatri Uzmanlık eğitimi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Halen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

I
İlk yazıda vurgulamaya çalıştığım temel düşünceleri bir kez daha hatırlayalım: Hekimlik bilim ve sanatının iki ana ilkesinden biri olan "Hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesi modern tıp uygulamalarında değerini kaybetmiştir. Bu durum, estetik ve etik bir sorun olmaktan öte tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Hastayı ihmal ederek yalnızca hastalığa odaklanan bir tutumla tam bir iyileşme gerçekleşmez. Çünkü iyileşen hastalıklar değildir, hastalardır. Bu sorunun çözümünde kullanılacak modern tıbbın elindeki en uygun araç psikoterapilerdir. Bu ya-

zıda da söz konusu sorunun aşılmasında psikoterapilerin neden ve nasıl etkili olabileceğini ele almaya çalışacağım.

Sorunu yukarıdaki biçimde ortaya koyduğumda doğal olarak her okuyucu psikoterapinin ne olduğunu soracak ve benden teknik bir tanım isteyecektir. Hemen belirtelim ki üzerinde uzlaşılmış teknik bir psikoterapi tanımı vermek mümkün değildir. Çünkü farklı psikoloji kuramlarının farklı psikoterapi yaklaşımları, farklı yöntemleri vardır. Davranışçı, bilişsel, dinamik, varoluşçu ekollerin her biri psikolojik sorunları kendilerine özgü biçimde formüle eder

ve dolayısıyla kendilerine özgü tedavi yöntemleri önerirler. Eğer standardize edilmiş ve üzerinde uzlaşılmış bir psikoterapi yöntemi yoksa psikoterapi eğitimi nasıl olacak? Her hekimin eğitimini alması gerektiğini söylediğimiz psikoterapi hangisi? Bu önemli soruların cevabını bir ölçüde vermeye çalışacağım.

Her ne kadar farklı kuramların farklı yöntemleri olsa da bütün psikoterapilerin dayandığı ana bir gövde vardır. O ana gövde ilişkidir. Terapist -hasta ya da hekim- hasta arasındaki ilişki. Bütün psikoterapiler iyileştirici gücünü büyük ölçüde bu ilişkiden alır. O halde hekim-







Psikoterapi, tedavi süreçlerini etkileyen hasta-hekim ilişkisinin doğasını kavramak ve bu kavrayışa uygun davranmaktır. Kuram ve uygulamalarında ne kadar farklılaşırsa farklılaşsın bütün psikoterapi yaklaşımlarının dayandığı ana gövdenin “ilişki” olduğunu söylemiştim. Dolayısıyla her hekimin alması gereken psikoterapi eğitimi bu ilişkinin doğasını açık ve sistematize etmeye ve uygulamada beceri geliştirmeye yönelik olmalıdır.

hasta arasındaki ilişkinin doğasını anlayabilirsek hem psikoterapileri daha iyi anlamış, hem de psikoterapi eğitimin gerekliliğini ve bu eğitimin nasıl verilmesi gerektiğini daha açık kavramış oluruz. Tam bu noktada teröpatik ilişkinin önemini öne çıkaran bir psikoterapi tanımı vereceğim. Deneyimli bir terapist olan E. Wallece psikoterapiyi “İnsanların sözlü ve sözsüz etkileşimlerinde doğal bir potansiyel olarak bulunan iyileştirici gücü açık ve sistematize kılmak” olarak tanımlar. Yalınlığına karşın oldukça kapsayıcı olan bu tanım iki temel kabule dayanır:

1. İnsanlar arası ilişki kendi içinde iyileştirici bir güç barındırır.
2. Bu güç açık ve sistematize kılınabilir.

Karşılaştıklarım içinde en iyisi olsa da bu tanımın ilk bölümünde küçük bir düzeltmeye ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. İnsanlar arası ilişki, doğası itibarıyla “iyileştirici bir güç” değil sadece “güç” barındırır. Bu güç iyileştirici olabileceği kadar kötüleştirici de olabilir. Psikoterapi, kötüleştirici de olabilecek bu gücü iyileştirici olarak kullanabilme bilimi ve sanatıdır. Her hekim bu tanımdaki birinci kabulün doğru olup olmadığını düşünmek zorundadır. Eğer insanlar arası ilişki doğasında bir güç barındırıyorsa her hekim hastalarıyla ilişkide bu gücün nasıl açığa çıktığının farkında olmalıdır. Ancak farkında olduğumuz durumları kontrol edebilir ve yönlendirebiliriz. Modern tıbbın göz ardı ettiği özünde bir güç barındıran bu ilişkidir. Hastalığa odaklanıp hasta-

nın ihmal edilmesi bu ilişkinin öneminin farkında olmamaya ilgilidir. Dolayısıyla genel olarak hekimlere verilmesi gereken psikoterapi eğitimi, içinde bir güç barındıran bu ilişkinin farkındalığına yönelik olmalıdır. Biraz önce verdiğimiz tanımdaki ikinci unsur olan ilişkinin gücünü açık ve sistematize hale getirme işi ise başta psikiyatristler olmak üzere psikoterapi ile ilgilenen profesyonellerin ödevidir.

Şimdiye kadar ifade ettiğimiz düşünceler belki de birçok hekim arkadaşımıza ilk elde biraz romantikçe gelmiş olabilir. Ama alanı ne olursa olsun kendi uygulamalarında hastalarıyla ilişkiye biraz odaklanan her hekim ilişkinin tedavi süreçlerini ne kadar etkilediğini görebilir. Bu konuda ciddi bilimsel araştırmalara ihtiyacımız var. Doğru yöntemle yapılan araştırmalar eminim ki bize ilişkinin diğer tarafında yani hastalar tarafında neler olup bittiği konusunda şaşırtıcı bilgiler verecektir.

Bu aşamada konuyu hastaların yaşadıkları üzerinden tartışmaya devam etmek istiyorum. Benzerini bulmakta hiç güçlük çekmeyeceğimiz binlerce hasta-hekim ilişkisi sorununa dair iki örnek vermek istiyorum. Her iki hastanın da kendi yazdıklarını küçük imla düzeltmeleriyle aynen aktarıyorum. Özel bir hastanenin psikiyatri bölümüne müracaat eden 21 yaşında bir erkek hasta yaşadığı ilişki sorununu şöyle anlatıyor:

“Hastaneye geldiğimde randevuma 15

dakika vardı. İşlemlerimi hallettim. Randevu saatim geldiğinde doktorun odasına girdim. Konuşmaya başladık. Dinlenilmediğim kanısına vardım. Doktor direkt bana bakmadan bilgisayara odaklanarak onunla ilgileniyordu. Bu da benim canımı sıktı. Sanki kendi kendime konuşuyormuşum gibi hissettim. Verdiği cevaplar peki-tamamdan başka bir şey değildi. Ben de içimden kendi kendime ‘Ulan hem para veriyorum hem de kadın beni dinlemiyor’ dedim. Konuşma bitince elime reçeteyi uzattı. İnsan olarak ya da hasta olarak bana ‘Sorunun şu’ demedi. Çıkarken sorduğumda ‘Tipik duygudurum bozukluğu’ dedi.”

Elbette bu anlatı söz konusu görüşmenin gerçekçi bir tasviri olmayabilir. Muhtemelen hekim hastanın algıladığından daha fazla işini ciddiye alıyordu ama hastanın bu algısı açıkça tedaviye uyumu bozacak nitelikte. SD’nin bir önceki sayısında Ömer Çakkal’ın sinema yönetmeni Sırrı Süreyya Önder’le yaptığı güzel bir röportaj vardı. O röportajı okuyanlar başlığa taşınan o etkileyici tespiti sanırım hatırlıyorlardır: “Hekim hastanın klinik bulgularına, hasta sadece hekimin gözünün içine bakar.” Sadece psikiyatri hastaları değil, bütün hastalar, bir insan olarak, özellikle ıstırap çeken bir insan olarak doktorları tarafından önemsenmek isterler. Bu önemsenme daha önce de söylediğim gibi estetik ve etik bir konu olmaktan öte tedavi ile de ilgilidir. Bunun farkında olan iyi hocalar öğrencilerine sıklıkla şöyle öğüt verirler: “Siz hastanıza kendinizi reçete

olarak sunmadıkça yazdığınız reçetenin hasta nezdinde pek bir kıymeti olmayacaktır". Örnekteki genç hasta da kendisi yerine bilgisayarla ilgilendiğini söylediği doktorunun yazdığı ilaçların kendisine iyi gelmediğini söylüyordu.

Vereceğim ikinci örnek, hekimlerin sadece hastalarıyla değil hasta yakınlarıyla da iletişim becerilerinin ne denli önemli olabileceğini göstermesi açısından önemli. 49 yaşındaki bir kadın hasta, somatik şikâyetlerini ve depresif ruh halini 9 ay önce yaşadığı üzücü olaylara bağlıyordu. Bu süreci kendi ifadeleriyle şöyle anlatıyor:

"Yaklaşık 9 ay önce bir akşam 21 yaşındaki oğlum karının ağrıdığını ve ishal olduğunu söyledi. Sabaha kadar takip ettim ve sabah olunca özel bir hastaneye götürdüm. Apandisit teşhisi kondu ve acil ameliyat gerektiği söylendi. Gayet sakinim ve olaya mantıklı yaklaşıyordum. Eşimi arayıp durumu açıkladım. Oğlum ameliyat oldu fakat bir hafta geçmesine ve antibiyotik kullanmasına rağmen ishali geçmedi. Doktoru gastroenterolojiye yönlendirdi. Oradaki doktor kolonoskopi çektirmem gerektiğini söyledi ve bir hafta sonraya gün verdi. Çok ciddi bir şeyler olduğunu düşündüm. Bir hafta bekleyemezdim hemen başka bir özel hastaneden randevu alıp kolonoskopi yaptırdık. Doktor şiddetli kolit olduğunu söyledi. Hastalığı hakkında bilgi almak istedim. Doktor bana işin en korkutucu taraflarını anlatmaya başladı. Ömür boyu ilaç kullanması gerektiğini, aksi takdirde kanser olmasının diğer insanlardan daha kolay olduğunu söyledi. Doktora göre bu durum gayet normaldi, bana o kadar rahat anlatıyordu ki. Benim o günden sonra dünyam değişti, yemeden içmeden kesildim. Doktorun verdiği bilgiler beni tatmin etmiyordu. Soru sorarak hastalığı tanımaya çalışıyordum. Annemi kolon kanserinden, babamı akciğer kanserinden kaybetmiştim. Acım tazeydi, korkularım hayal edilemeyecek kadar büyüktü. Ufacık bir rahatsızlıkta çok tedbirli davranıp tüm tetkikleri ailem ve kendim için yaptırıyordum. İkinci kez doktora gittiğimizde benim telaşlı ve tedirgin halim doktoru kızdırdı. Bana karşı "Sen iyi bir dayacağı hak ediyorsun. Eşinin yerinde olsam seni evire çevire döverdim" diye hitap etti. Sebebi, ona soru sormamış. Kendisine rahatsız olduğumu, bazı korkularımın olduğunu anlatmaya çalıştım, beni anlamaya çalışmasını istedim, rica ettim. Daha sonraki gidişlerimde ben artık soru sormadım. Bir seferinde de aynı doktor raporları oğlumun önüne atarak, 'Bunları dosyala, getir' diye sınırlı bir şekilde söylendi. Ben çok şaşırdım. Bunca yıl eğitim alıp da insanlara bu şekilde nasıl davranabiliyorlar. Benim bildiğim kadarıyla her

branşta 6 yıl eğitim alıyorlar. Bir hastaya ve hasta yakınına nasıl davranacağını bilmeyen bence uzmanlığı hak etmemiştir. Bir de bu doktor ünlü bir özel hastanenin doktoruysa. Sadece hastalıkları tanımak ve tedavi yetmez. Raporları o şekilde önüne atması oğlumu da sinirlendirdi ve bir daha o doktora gitmek istemedi. Bunun üzerine eşimin arkadaşı başka bir doktora gittik. O daha olumlu yaklaştı. Oğlumun hastalığının ülseratif kolit olduğunu söyledi. Benim de iyi görünmediğimi tedavi olmam gerektiğini bu aşırı kaygılı halimle oğluma zarar verebileceğimi söyledi..."

Ülseratif kolitli bir oğul ve kaygılı, depresif bir anne. Annenin kaygılarının yatışıp depresyonun iyileşmesiyle eşzamanlı oğlun da bağırsak semptomlarının şiddeti azalıyor. Bir ilişkiyi iyi düşünmek gerek. Tababetin ikinci büyük ilkesinin "Hastalık yoktur, hasta vardır" olduğunu söylemiştik. Belki buna aynı güçte ve aynı yaygınlıkta olmasa da bir üçüncü ilkeyi ekleyebiliriz: "Hasta yoktur, hasta ve ailesi vardır."

Sırrı Süreyya Önder'in dediği gibi hastalar doğrudan doktorlarının gözünün içine bakarlarsa. Bu kadarla kalsa iyi, sadece hastalar değil hasta yakınları da doktorların gözünün içine bakar.

Psikoterapi, tedavi süreçlerini etkileyen hasta-hekim ilişkisinin doğasını kavramak ve bu kavrayışa uygun davranmaktır. Kuram ve uygulamalarında ne kadar farklılaşırsa farklılaşsın bütün psikoterapi yaklaşımlarının dayandığı ana gövdenin "ilişki" olduğunu söylemiştim. Dolayısıyla her hekimin alması gereken psikoterapi eğitimi bu ilişkinin doğasını açık ve sistematize etmeye ve uygulamada beceri geliştirmeye yönelik olmalıdır.

Son olarak herhangi bir kuramdan bağımsız, her etkili psikoterapide bulunması gereken ortak öğelerin sadece birkaç tanesine kısaca değineceğim. Bunları hasta-hekim ilişkisinin tedaviyi etkin kılan, güçlendiren öğeleri olarak da düşünebiliriz. Bunlardan ilki "orada olma"dır. Birinci örnekte hekimin orada olmadığını ya da en azından hastanın böyle algıladığını söyleyebiliriz. Orada olma, basitçe hekimin hastasını ilgiyle, duyarlılıkla dinlemesidir. Bu da hekimin hastasını "araştırılması gereken bir semptomlar yığını değil de acı çeken bir insan" olarak görmesiyle mümkündür. Bununla beraber hekim de doğal olarak insan olmanın zaafalarını taşır. Zaman zaman zihni hastasından kendi kişisel kaygılarına, kişisel sorunlarına kayabilir. Zaman zaman bedensel ya da ruhsal açıdan keyifsiz olabilir. Dolayısıyla hekimin orada olma düzeyi her zaman aynı değildir. Bununla birlikte iyi bir hekim hastasıyla ilişkide kendi kişisel durumunu olabildiğince paranteze alarak orada

olmayı etkin bir düzeyde tutar.

Diğer bir öge "empati"dır. Empati bir kişiyi içinde bulunduğu zihinsel durum içinde kavrayabilmektir. Hekimin empatik olması hastasının duygularını, algılarını, düşünce sistemini doğru okuyabilmesidir. İkinci örnekte hekimin hastasına ve hasta yakınına karşı empatiden yoksun davrandığını görüyoruz. Empatik olmayan bu tutumun tedaviyi nasıl doğrudan etkilediği çok açık.

Bir diğer psikoterapotik öge "niteleme"dır. Niteleme hastanın yaşadığı bedensel ya da zihinsel sorunları tanımlama, onlara bir ad vermedir. Özellikle psikiş nedenlere bağlı bedensel yakınması olan hastalarda bu ilke çok önemlidir. Örneğin panik bozukluğu olan bir hastanın yaşadığı çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi gibi belirtilerin anksiyetenin fizyolojik uzantıları olduğunu tıbbi bir dille anlatma birçok hastayı şaşırtıcı ölçüde rahatlatılabilir.

Yukarıda yalnızca üç tanesinden kısaca bahsettiğim terapötik öğelerin sayısı çok fazla artırılabilir. Bu öğeler yalnızca psikiyatride değil tıbbın bütün dallarında hasta-hekim ilişkileri açısından önemlidir. Elbette psikiyatrik hastaların tedavilerinde kullanılan daha sofistike psikoterapi yöntemleri vardır. Benim bu yazıda her hekimin eğitimini almasının gerekli olduğunu söylerken kastettiğim psikoterapi bu sofistike yöntemler değildir. Kastettiğim kuramı ne olursa olsun her psikoterapi yönteminde ortak olarak bulunan iyileştirici öğelerin doğru anlaşılmasıdır.

Anlatmaya çalıştığım düzeydeki psikoterapi eğitime tıp fakültesinde başlanmalıdır. Uzmanlık dallarının kendilerine özgü doğaları da hesaba katılarak psikoterapi her uzmanlık eğitiminin de bir ölçüde parçası olmalıdır. Tıp fakültelerinden başlayarak psikoterapi eğitiminin yaygınlaştırılması ve güçlendirilmesi tıbbın her alanında tedavi etkinliğine katkı sağlayacaktır.

Metin boyunca estetik ve etik vurgulardan kaçınmışım. Son cümlelerim ise öyle olmayacak: Giderek mekanikleşen tababet, bedeninin acısını dindirmeye çalışırken ruhun kaygı ve ızdırabını artırmaktadır. Modern bireyin zaten önemli bir sorun olan içsel yalnızlığı tıbbi süreçlerde daha da artmaktadır. Modern birey için hekimin gözüne bakmakla bir monitöre bakmak arasındaki fark giderek belirsizleşmektedir. Psikoterapilerin tıp eğitiminde önemsenmesi, tedavi etkinliğini artırması yanında tababetin insanileşmesine de katkı sağlayacaktır.

Ben tarikatı

Prof. Dr. Kemal Sayar



1966 yılında Ordu'da doğdu. İlkokulu Zonguldak'da, liseyi Eskişehir'de tamamladı. 1989'da Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlığını Marmara Üniversitesi'nde tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Kanada McGill Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak bulundu. En son Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde ergen ve genç kliniğini kurdu ve dört yıl boyunca klinik şefliğini yürüttü. Yurtdışında pek çok ülkede çeşitli eğitimlere katıldı, eğitimler verdi. Birçok kitabı olan Sayar, ulusal ve uluslararası dergilerde editörlük ve yayın kurulu üyelikleri yapmaktadır. Sayar, evli ve iki çocuk babasıdır.

Günümüz Türkiye'sinde gazetecilerden oyunculara, politikacılardan işadamlarına kadar pek çok insan "ben tarikatı"nın müridi. Bu insanlar kendilerine tapınmayı, var olma sebebi haline getirmiş durumdadır. Onlara kalırsa hayatın asıl amacı, ne pahasına olursa olsun başarmaktır. Başarabilenler, hak ettikleri için başarmıştır. Başaramayanlar ise zaten yeteneksiz ve hak etmemiş insanlardır. "Ben tarikatı"nın müridanı, kendisini her dem yeniden pazarlama hevesindedir. Gazetelerin magazin sayfaları, bu itibarsız şöhretlerin şişmiş egolarıyla doludur.

Modern dünyada başarının her şeyi meşrulaştıran bir işlevi var. Kişi eğer başarı merdivenlerini tırmanmışsa, oraya hangi yöntemleri kullanarak ulaştığı sorgulanmıyor. Başarının, bireye kendisini diğer insanlardan üstün görme hakkı verdiği kabul ediliyor. Benlikleri kutsamanın en önemli vasıtalarından biri başarı. Ama neyi başarmak? İyi bir bilim adamı olmanın, hayırseverliğin veya dürüst bir yurttaş olarak kalmanın günümüz Türkiye toplumunda şöhret, para ve iktidara tahvil edilebilir bir tarafı yok. Başarı, günümüz Türkiye'sinde şöhret, para ve iktidarın kapılarını açabildiği sürece anlamlı.

Başarının güncel tanımlanma biçimiyle

ilgili olarak şöyle bir sorun var: İnsanlar topluma, kültüre, insanlığa sunabildikleriyle değil, kendilerine sunabildikleriyle başarılı sayılıyor. O yüzden ünlü ekran yüzlerini, cemiyet sayfası gediklilerini, bir sosyal sorunun çözümünde öncülük ederken göremiyoruz. Onlara para ve itibar olarak geri dönmüyorsa neden değerli vakitlerini heba etsinler, değil mi?

Günümüzde benliğin kendisi, tek başına bir değer sağlayıcı haline geldi. 'Benim için iyi olan iyidir' diyoruz. Bir dünya görüşüne, bir dine, bir anlam çerçevesine atıf yapmamıza gerek yok. Kişisel çıkarlarımıza hizmet ediyorsa, ahlâkın genel kurallarından bağımsız olarak, o şey iyi sayılıyor. Benliğin üs-



İnsanın “kendisini tavaf eden hacı” olduğu bir zamanda, ilişkiler de kısa ömürlü ve yüzeysel. Coğrafi hareketlilik mekâna sadakati ortadan kaldırıyor. İnsan ilişkilerinde diğerkâmlık ve sadakat mumla aranıyor. Güven aşınıyor. Sadece kendi benliklerini referans alan insanlar, bir diğerine şüpheyile bakıyor. “Beni kullanmak istiyor olmasın? Beni sömürerek kendisine menfaat sağlayacak olmasın?” tarzı şüpheler, dostluk ve dayanışmanın altını oyuyor.



tünde bir ahlâkî otorite yoksa bireyin teslim olacağı bir ahlâk kodu yürürlükte değilse, o zaman kişinin toplumsal faydayı değil de kişisel faydayı yeğlemesi meşruiyet kazanıyor. Dostoyevski'nin bilinen cümlesiyle söylesek, 'Tanrı yoksa her şey mubahtır'. Doğru ve yanlış, iyi ve kötü hakkında eğer nesnel ölçütler ortaya konulamıyorsa, o zaman herkes kendi benliğini kendisine rehber edinecektir. Ahlâk artık kişisel bir sorun ve bireysel bir karardır.

İnsanın “kendisini tavaf eden hacı” olduğu bir zamanda, ilişkiler de kısa ömürlü ve yüzeysel. Coğrafi hareketlilik mekâna sadakati ortadan kaldırıyor. İnsan ilişkilerinde diğerkâmlık ve sadakat mumla aranıyor. Güven aşınıyor. Sadece kendi benliklerini referans alan insanlar, bir diğerine şüpheyile bakıyor. “Beni kullanmak istiyor olmasın? Beni sömürerek kendisine menfaat sağlayacak olmasın?” tarzı şüpheler, dostluk ve dayanışmanın altını oyuyor. Hiçbiri-miz karşımızdaki insanın aklını okuyamayız. Ama toplumsal hayat asgarî bir güven duygusuna gereksinir, diğer insanların iddia ettikleri ve gördükleri kişi olduklarına inanmamızı gerektirir. Sağlıklı bireyler olmak için başkalarına ve dünyaya karşı temel bir güven duygusu geliştirebilmemiz icap eder. Malesef günümüzün ruh iklimi fazlasıyla karamsar, duygusuz ve şüpheli. Hayatın sunduğu yegâne armağanın “dünyevî zevkler” olduğunu düşünen

“ben tarikatı” üyeleri, yabancılaşmanın öncü kuvveti olarak, “anlam krizi”ni tirmandırıyor. Altmışlı yılların dünyayı değiştirebileceğine inanan iyimser insanların yerini, iki binli yıllarda şüpheli, ümitsiz, bitkin ve karamsar bir kuşak almış durumda. Kendi hayatını efsaneleştirerek, kendi benliğine tapınarak anlam buhranına çare arayan bir kuşak karşındayız. Hayat “ben”le başlıyor ve “ben”le nihayet buluyor. Güven, inanç ve imanın bittiği bir noktada İslamcısından solcusuna, Atatürkçüsünden sağcısına dek “dava delisi” insanlar kayıplara karışıyor ve insanlar bir üst kimlik olarak “ben tarikatı”nda buluyor. Geçmişin kesin inançlıları, bugün para, şöhret ve iktidar olarak geriye dönecek bir başarının izini sürüyor. Katı olan her şey buharlaşıyor.

Bir “bencilik çağı”nda yaşıyoruz. Doğruluk ve meşruiyeti; kabul görmüş ahlâk kaideleri değil ihtiyaçlarımızın şiddeti belirliyor. “Bir şeyi ben çok istiyorsam o olmalıdır ve doğrudur” diyoruz. “Benlik kültü”nü kutsayan ve başarıyı sadece maddi ifadeler içinde anlamlandıran bir ticari ahlâk, insanı önceleyen bir ahlâkla kıyaslandığında daha az sevgi üretiyor. İnsanlar arasında dayanışmayı çoğaltmak, beklenebileceği gibi, kapitalizmin yapması gerekenler arasında anılmıyor. Narsisizm, “modern zamanların Protestan etiği” olarak küresel yaygınlık kazanıyor. Elektronik medya yüzeysel imgelere

yaslanıyor, öz ve derinlik yok sayılıyor.

“Ben tarikatı”nın temel özelliklerinden biri, eşduyum yeteneği gösteremiyor oluşu yani karşısındaki insanın duygularını anlamakta ve yorumlamakta gösterdiği yoksunluk. Yalnızca kendisi için yaşayan, diğer insanlara sadece kendisini yüceltsin ve övsünler diye değer veren ve istediğini aldıktan sonra bir kâğıt mendil gibi onları bir kenara atan, cinselliği aşksız ve nezaketsiz, insani ilişkileri sığ, sevebilmekten âciz bir kişilik. Böylece mahremiyet yerini laubaliliğe, aşk yerini duygusuz cinselliğe bırakıyor. Narsisistik klon bütün dünyaya yayılırken biz de hakkın gücüne değil gücün hakkına inanmaya başlıyoruz.

Ruhları ele geçiren bir istila karşısında-yız ve elimizde savaşmak için kadim insanlık değerlerinden başka bir silah yok. Toza karşı toz, kibre karşı tevazu, sığılğa karşı derinlik, bencilliğe karşı diğerkâmlık, hasede karşı dayanışma, hıza karşı yavaşlık, yalnızlığa karşı yârenlik, som akla karşı gönül. Bir toplumda gönlün şarkılarını söyleyenler varsa narsisizm hastalığı burçları aşip orada otağ kuramaz. “Tarab benim, ben tarabım” diyor büyük şair, iş mutribin sesini duyacak kulak olmakta!

Sifte Allah, sonra sen...

Doç. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak hekim oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne, eğitim hastanesine dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Halen aynı görevini sürdürüyor. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici'nin çeşitli bilimsel dergilerde yayımlanmış 40 civarında makalesi bulunuyor. Bilici evli ve 2 çocuk babasıdır.

İnsanlar arasındaki karşılıklı iyi niyete dayalı ilişkilerde "mistik" bir taraf olduğuna inanmışımdır. Bu mistik yön sayesinde ilişkinin neticesinde karşılıklı huzur duygusunun oluştuğunu düşünürüm. Bahsettiğim türdeki insan ilişkisine en iyi örnek hasta-hekim ilişkileridir. Bu ilişkideki mistik yanın diğer insan ilişkilerinden nispeten daha kuvvetli olduğunu düşünüyorum. Hasta-hekim ilişkileri içinde bana göre mistik yönün en yoğun yaşandığı ilişki psikiyatr-hasta ilişkisidir. Bu çıkarsamadan tüm insan ilişkilerinde en yoğun mistik yaşantının psikiyatr-hasta ilişkisinde yaşandığını iddiaya kalkışmadığımı vurgulamama gerek yok sanırım. Zira anne-bebek, şeyh-mürit, aşık-maşuk gibi pek çok ilişkide mistik boyut psikiyatr-hasta ilişkisinden çok daha yoğun yaşanmaktadır. Lakin konuyu dağıtmamak için bu yazıda genelde hasta-hekim ilişkisindeki mistik yönü tartışacağım.

Sanırım hastayı; dara düşen, yardım iste-

yen ve bir an evvel iyileşmeyi düşleyen bir insan olarak tasvir edebiliriz. Dolayısıyla hastanın genellikle içinde bulunduğu kötü durumdan sıyrılmak için her türlü fedakarlıkta bulunmaya hazır olduğunu söyleyebiliriz. Bu yönüyle hasta "himmete fazlasıyla muhtaç" bir konumdur.

Hekim ise veren, şifa dağıtan ve sıkıntıyı gideren bir statüde bulunduğu için sahip olduğu özellikleri hem iase teminine hem de birine yardımcı olmanın getirdiği huzuru pekiştirmeye tahvil etmektedir. Bu yönüyle hekim mütevazı bir "omnipotent" (her şeye gücü yeten) konumundadır.

Bir tarafta himmete fazlasıyla muhtaç, diğer tarafta da omnipotent biri olunca aradaki ilişki ister istemez mistik bir karakter kazanıyor. Teşbihte hata olmazsa bu yönü ile hasta-hekim ilişkisi "tanrı-kul" ilişkisine benzetilebilir. Bilindiği gibi Tanrı en büyük omnipotenttir (Kâdir-i Mutlak), kul ise en büyük muhtaç. Kul, Tanrıdan bir şey murat eder-

ken kalbinde ümit, merak ve arzuyla harmanlanmış duygular belirir. Bu duygu eğer istediği gerçekleşirse tarifi mümkün olmayan bir tazim duygusuna dönüşür. Çünkü Tanrı kulun istediğini karşılıksız olarak ona bahşetmiştir. Burada tazim duygusunun oluşmasıyla "karşılıksız verme" arasındaki irtibata hassaten dikkatinizi çekmek istiyorum. Zira birazdan tartışacağımız gibi araya "karşılıklık" ilkesi girince bu mistik boyutun hızla buharlaştığını göreceğiz. Bilindiği gibi kulun ibadet etmesi ya da etmemesi hiçbir zaman Tanrının omnipotansında bir değişikliğe yol açmaz. Dolayısıyla ibadet sadece kulun kendisini daha iyi hissetmesine ve Tanrıdan bir şey istemeye yüzü olmasına hizmet eder. Zaten Tanrının hiçbir şeye ihtiyacı olmaksızın (müstağni) kuluna vermesi Tanrı kul ilişkisindeki mistisizmin kaynağını teşkil eder.

Girizgahı bu kadar uzun tutmamın sebebi var: Eğer hasta-hekim ilişkisinde



de yukarda bahsettiğim “karşılıklık” ilkesi ne kadar çok ihmal edilirse arada yaşanan mistik bağın yoğunluğu o kadar kuvvetli olacaktır. Yani demem o ki sağlık politikaları mümkün olduğu kadar bu karşılıklık durumunu paranteze almaya matuf olmalıdır. “Tam Gün Yasası” ile karşılıklık ilkesinin önüne geçilmesinin hedeflenmesi, aslında hastayla hekim arasında sönme noktasında gelen mistik bağı yeniden tutuşturabilir.

Yoğun sancılar çeken ve bu yüzden geceleri uyuyamayan bir adam, içinde bulunduğu sıkıntılı durumdan kurtulmak için kendini can havli ile bir hekimin yanına attığında, daha tedavi başlamadan bazı yakınmaların düzeldiğini hissedilebilir. Hekimin hastaya karşı müşfik yaklaşımı ve hastayla ilgilenmesi neticesinde hastanın derdi daha tedavi tam manasıyla başlamadan büyük oranda düzelmeye başlar. Muayene nihayete erip hekimin kalemi eline alması ve reçeteyi yazması ile düzelme süreci en ivmeli hale gelir. Hasta büyük bir dikkatle hekimin yüzüne, kalem tutan eline bakar ve kalemin reçete kâğıdı üzerindeki hareketinden çıkan çiziktirme sesleri ile mest olur. Aslında bu noktada iş bitmiştir, yazılan ilaçlar tedavide sadece rötuş mahiyetindedir. Hastayı daha ilaç kullanmadan iyileştirmeye başlayan güç işte aradaki bu mistik ilişkidir.

Fakat işler her zaman bu kadar iyi seyretmez. Zira taraflar arasında mistik bir rabitanın söz konusu olduğu ilişkiler tabiatları gereği kötüye kullanma potansiyellerini de bünyelerinde taşır. Bu nedenle hasta-hekim ilişkisi de kötüye kullanılma riski taşımaktadır. Bu risk sadece hekimin hastayı kullanması şeklinde olmaz; çoğu zaman karşılıklıdır. Eğer hekim, hastanın içine düştüğü sıkıntılı durumdan faydalanma saikiyle hak ettiğinden fazlasını hastasından koparmaya kalkarsa aradaki mistik bağ kötüye kullanılmış olur. Bu saikle söylenmiş ve hekimler arasında dolaşan en ‘veciz’ söz “hasta yatağında becerilir” şeklindedir. İyi niyetli düşünüldüğünde bu sözden kastedilen muradın hasta için yapılması gereken tüm tetkik ve tedavi planının hasta klinikte yatarken tamamlanması olduğu söylenebilir. Lakin birçok hekim hastadan beklentilerin taburculuk sonrasına ertelenmesi durumunda karşılanmayacağı acı tecrübesiyle bu vecize arasında sıkı bir bağlantı olduğunu düşünür. Zira deyim yerindeyse kuş kafesten uçup gitmiştir. “Hikmet” fukarası doktorlar ki ben onlara hekim diyemiyorum, hastanın müşkül durumunu kolaylıkla ranta tahvil edebilmektedirler. Her gün medyada hekim tarafından sömürülmüş, lüzumsuz ameliyat edilmiş, hor görülmüş, kakılmış hastaların afişe edilmesi hikmetsizlikle ya-

kından ilişkilidir. Hikmetsiz doktor hastayı sadece yolunacak bir “müşteri” olarak görme eğilimindedir. Bu tür doktorlar her an hastanın kendilerini aldatıp gideceklerini düşünürler.

Hastanın içinde bulunduğu müşkül durumdan faydalanma saiki, hasta-hekim ilişkisindeki mistik boyut yerine somut kazanç beklentisinin ikame edilmesinden güç bulur. Hekimin şifa dağıtma arzusu geçim derdiyle gölgelendiğinde, zaten somut kazanca teşne olan insan ruhu sapıtma temayülü göstermektedir. Kapitalist politikalar hastayı müşteri konumuna, hekim de bilgi ve becerisini satan tüccara tahvil etmekle aradaki mistik ilişkinin köküne kibrit suyu sıkılmaktadır. Bu saatten sonra kapitalist politikaların iğdiş ettiği hasta-hekim ilişkisindeki mistik boyutun tek kurtarıcısı hekim namerde muhtaç etmeyecek geçim garantisidir. Bu vesileyle “Tam Gün Yasası”nın işlerliğini sağlayacak yegâne şartın namerde muhtaç olmayacak geçim garantisi olduğunu hatırlatalım.

Hekimin mistik ilişkiyi kötüye kullanma ihtimali olduğu gibi hastanın da bu ilişkiyi suistimal etme riski vardır. Bu suistimal, ilişkinin “ambivalan” özelliğinden kaynaklanır. Hasta hekim gözünde aşırı yücelterek onu neredeyse bir tanrı konumuna getirmekle aslında suistimal süreci başlatmış olur. Hasta her vesile ile hekimin omnipotan arzusunu tahrik ederek bu yüceleştirme sürecini pekiştirir. Eğer hekim tedavi süreciyle hastasını sağlığına kavuşturmaya vesile olursa hasta hekim zirveye yerleştirir. Herkese onu tavsiye eder; ne kadar büyük bir hekim olduğunu önüne gele-ne anlatır durur. Lakin işler ters giderse, tedavi amacına ulaşmazsa, yahut bir komplikasyon gelişirse işte o zaman hekimin yandığının resmidir. Zirveye yerleştirilen hekim birden yerlere indirilir ve herkese o hekimin ne kadar kötü biri olduğu anlatılır durulur.

Gerek hastanın, gerekse hekimin kurdukları ilişkinin tuzaklarına düşmemesinin bir yolu var. Bilinçli hasta, ilişkinin mistik yönünün kötüye kullanılma riskini hesaba katarak çoğu kez hekimin karşısına geldiğinde ona “sifte Allah, sonra sen” der. Bu söz ya da daha doğru deyimle bu “kelâm-ı kibar”, bünyesinde taşıdığı iki hususiyet nedeniyle hekim meşru sınırlarda kalmaya zorlar. Bu hususiyetlerden ilki, hekimin kendini aşırı beğenmesini ve şifa denen sonucun kendisinden kaynaklanmadığını yani “şafi” olmadığını hatırlamasına yarar. Hasta “sifte Allah” derken lisan-ı hal ile hekime, “Senden büyük ve önce Şafi Allah var, sakın kendini onun yerine koyma, haddini bil, sen yapman gerekeni yap ve neticeyi O’na havale et.” demektir. Hasta hekime “sonra sen” derken

Hekimin şifa dağıtma arzusu
geçim derdiyle
gölgelendiğinde, zaten
somut kazanca teşne olan
insan ruhu sapıtma
temayülü göstermektedir.
Kapitalist politikalar hastayı
müşteri konumuna, hekim
de bilgi ve becerisini satan
tüccara tahvil etmekle
aradaki mistik ilişkinin
köküne kibrit suyu
sıkılmaktadır. Bu saatten
sonra hasta-hekim
ilişkisindeki mistik boyutun
tek kurtarıcısı, hekim
namerde muhtaç etmeyecek
geçim garantisidir. Bu
vesileyle “Tam Gün
Yasası”nın işlerliğini
sağlayacak yegâne şartın
namerde muhtaç olmayacak
geçim garantisi olduğunu
hatırlatalım.

ise, “Evet her şeyin başı Allah ama ben Allah’ın benim için ne murat ettiğini yani iyileşmemin mi yoksa hasta kalmamın mı benim için daha hayırlı olacağını bilemem. O nedenle aciz bir kul olarak yapmam gerekeni yani tedavi arayışını gerçekleştiriyorum. Sen de benim bu girişime katkı sağla.” demektedir. Hikmet sahibi hekim mesleğinin gereğini eksiksiz yapmanın ötesinde, haddini bilip işini bitirdikten sonra hastaya “Allah şifanı versin” der. Böylece hekim de lisan-ı hâliyle “Nasıl sen elinden geleni yapıp bana geldiyse ben de elimden geleni senin için yaptım ve neticeyi Allah’a havale ettim.” der.

İki yanı keskin bir bıçak olan hasta-hekim ilişkisi iyi yönde gelişirse hastanın hekime minnet duygusu ömür boyu sürer; aynı şekilde hasta hekimden zulüm görürse hastanın üzüntüsü öylesine fazla olur ki hasta her anında hekime hiçbir şey yapamazsa buğzedip durur. Hikmet sahibi bir hekime bilinçli bir hasta ne kadar çok yakışıyor...

Doğu'da hekimlik

Prof. Dr. Özkan Ünal



1966'da Sivas'ın Zara İlçesi'nde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini burada tamamladı. 1989 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991-95 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde radyoloji ihtisası yaptı. 2 yıl Gaziantep'te özel bir MR merkezinde çalıştı. 1997 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. Halen aynı anabilim dalında bölüm başkanı ve profesör olarak görevine devam etmektedir. Uluslararası dergilerde 50'nin üzerinde yayını mevcut olan Ünal, evli ve 2 çocuk babasıdır.

enüz Atatürk Üniversitesi'nde asistanken o zaman Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olan Prof. Dr. Dursun Odabaş'ın bir MR çekimi sırasında Van'a gelmemi teklif etmesi bana hiç de cazip gelmemiştir. Çok uzak bir diyarda, olmayacak bir istek gibiydi. Yaklaşık 2 yıl sonra Gaziantep'te uzman olarak çalışırken bir kongre dolayısıyla yine hocamla karşılaşmam ve aynı teklifi tekrar etmesi ile kararımı verdim. Serbest çalışmanın sonu yok gibiydi, geleceği meçhuldü. Mesleğimi geliştirebileceğim bir ortamda daha mutlu olacağımı düşündüm.

12 yılı aşkın bir süredir Van ilindeyim. Geldiğimde bu kadar yıl kalacağımı tahmin etmiyordum. 4 yıl Erzurum, 2 yıl Gaziantep, toplam 18 yıllık meslek yaşamım Doğu bölgesinde geçti. Bu süre

zarfında yaşadığım coğrafya ile ilgili hiç pişmanlık duymadım. Hatta kendim ve çocuklarım için bu şehirlerde kalmamın birçok faydalarını gördüm, hala da görmekteyim. İkili ilişkilerdeki derinlik ve içtenlik, bölgeden ayrılıp Batı'ya giden hemen her hekimden dinlediğimiz hislerin başında gelmektedir.

Doğu'ya ciddi önyargı var

Bölge dışından uçakla havaalanına gelen bir öğretim üyesi üniversite kampüsüne gelmeden önce rektörlüğü aramış ve kampüse gelmek için yolun güvenliğini sormuştu. Bize fıkra gibi gelen bu durum birçok insanın kafasında kalmış olan ciddi önyargılardan biri. 4 yıllık Van-Muş-Bitlis-Ağrı-Hakkâri Tabip Odası başkanlığım döneminde hekimleri ziyaret için bölgenin birçok ilçe ve köylerine gitme imkânı buldum. Örneğin en uzak ve sınır bölgesi olan Hakkâri'nin Şemdinli ilçesine hatta

daha ötesinde Nehri denilen küçük bir yerleşim yerine kadar. Bu kadar güzel yerleri herkes görebilse diye düşündüm. Ülkemizin bir çok yeri gibi bu bölgede de Şemdinli, Hizan, Ahlat, Gevaş, Çatak, Bahcesaray, Tillo gibi görülmesi gereken çok güzel yerleşim birimlerimiz var. Bir dönem buralar büyük ilim adamları yetiştiren merkez konumunda olmuşlar. Nehri'de, Tağ Köyü'nde yıkılmış medrese kalıntıları bölgenin belki de niçin bu hale geldiğini en iyi anlatan resimlerden biri. Halkımızın kardeşçe yaşadığı, barış ortamının sağlandığı, yine büyük ilim adamlarının yetişeceği bir ortamın yeniden hazırlanması için her kesimin gayret etmesi gerekiyor.

Yangını söndürmek

Özel aracım ile ilk kez Van'a gelirken Bitlis Deresi'nden önceki bir ormanlık alanda çıkan küçük bir yangın görmüştüm. Yolda gördüğüm bir görevli durumu



haber verdiğimde aldığım “Boş ver yan-sın” sözleri beni hem şaşırtmış hem de üzmüştü. Aslında sağlık çalışanları baş-ta olmak üzere birçok insan, bu yangın-ların yaralarını sarmaya çalışıyor bölge-de. Terörün, çatışmaların mağdur ettiği kesimlerin acılarını dindirmeğe gayret ediyorlar. Yangın, için için devam edi-yor. Herkes karınca kadar su taşısa orta-da yangından eser kalmaz. Bu bağlam-da sağlık personeli, tüm kesimlerin yaralarını saran, bölgenin en önemli ba-rış temsilcileri gibi. Vücutta oksijen taşı-yan kan ne ise, bölgenin geleceği için hekimler de o nispette değerli.

Hastanelerin fiziki değişimleri

Bölgenin sağlık hizmetinde hastaneler çok önemli. Ancak son 5-6 yıla kadar fiziki şartlar çok kötüydü. Ancak Ağrı, Hakkâri, Yüksekova, Bitlis, Güroymak, Çaldıran, Gevaş gibi il ve ilçelerinde yeni ve oldukça devasa sayılabilecek devlet hastanelerinin hizmete girmesi, sağlıkta hizmetin kalitesini, hekimlerin de daha rahat ortamlarda hizmet et-melerini sağladı. Her hekime bir polikli-nik odası verilmesiyle devlet hastane-sinden çarşı merkezine kadar uzanan kuyruklar son buldu. Patnos gibi birkaç ilçe hariç, fiziki şartlar oldukça düzeldi.

Mecburi hizmet

Bölgede hekim sayısının inanılmaz dü-zeyde düştüğü mecburi hizmet önce-sinde hekimlerin baktıkları günlük hasta sayıları, bölgede çalışan hekimlerin mecburi hizmet uygulaması konusunda genellikle olumlu yaklaşmasını sağladı. Yıllardır adil bir nakil ve atama sisteminin kurulmadığı ülkemizde, bölge için mecburi hizmet maalesef kaçınılmaz ol-maktadır. Sosyoekonomik dengesizlik devam ettiği müddetçe de daha iyi bir sistemin geleceği görünmüyor. Mecburi hizmetteki tüm çarpıklıklara rağmen, bölgenin hekim ihtiyacı açısından geldi-ği durum, oldukça üst düzey bir sağlık hizmetini beraberinde getirdi. Bununla birlikte bölgeye gelen hekimlerin çalış-ma arzuları da istenilen düzeylerde tutu-labilse, hizmetin kalitesi de farklı olurdu. Bu hususta bölgede çalışanlar ile tatil bölgelerinde çalışanlar arasında keşke özlük haklarında ciddi düzeylerde pozi-tif bir farklılık yaratılabilseydi.

Hâlbuki daha basit yöntemlerle daha kalıcı hizmet üretilmesi mümkündü. Örneğin Van'da çalışmak isteyen birçok asistanımız uzman olduktan sonra bölgede çalışabilme imkânı bulamıyor. Kadro o an için doluyorsa illa ki başka bir şehre gönderiliyor. Kadrolara bakıl-maksızın bölge illerine istek varsa istih-dam fazlalığı sağlanabilmeli. Böylelikle Batı'ya gitmek isteyen hekimler de daha rahat olarak hizmetini tamamladıktan sonra gidebilirler. Bir sistem ya-

piyorsunuz, sonra aynı sistem sizin eli-nizi kolunuzu bağlıyor. Bir Doğu ilinde çalışmak isteyen hekimin önünü tıkıyor, sonra da çalışmak istemeyen birini aynı ile tayin ediyorsunuz. Bazen sağ-lık sistemimiz, bilgisayarlarla yönetilen bir bilim-kurguyu andırıyor.

Şarkta çalışan doktora ciddi bir ücret farkı uygulaması, bölgede çalışanlara pratikte uygulanan cezalandırıcı bir nakil sistemi yerine ödüllendirici bir sistem kurulmadı. Hekimlerin bölge-de çalışmalarını askerlik süreleri olarak saydırmaları sağlanabilseydi ciddi bir kazanım olabilecekti. Ama olmadı.

Ötelenen üniversite hastaneleri

Van, Diyarbakır ve Erzurum tıp fakülteleri adeta bölgenin can damarları. Ancak son yıllarda ötelenen tıp fakülteleri ciddi kan kaybına uğradılar. Mecburi hizmet, serbest piyasanın artan canlılığı üniversi-tenin akademik kadrolarını tıkadı. Akade-mik çalışmalara yatkın çoğu hekim bu üniversitelerde kalmak istemesine rağ-men mecburi hizmete gidiyor; biraz da serbest çalışma derken burası Muş'tur, yolu yokuştur, giden gelmiyor... Özellikle pediatri ve dahiliye bölümlerine üst ihti-sas ile ilgili getirilen mecburi hizmet, bu klinikleri tahmin edilemeyecek düzeyde zora soktu. Örneğin 15 yıllık üniversite hastanesi olan Van Araştırma Hastanesi'nde kemoterapi yapacak on-kolog kalmadı. Eğer fedakâr birkaç öğre-tim üyesi de olmasa birçok kliniğin kapı-sına çoktan kilit vurulmuştu. Bölge üniversite hastaneleri için özendirici, ko-laylaştırıcı bir yönetmelik gerek. “Yardımcı doçent olarak Doğu illerine atanan he-kimler mecburi hizmetini bu hastanelerde tamamlar” diye bir yönetmelik çıkarmak çok mu zor? Böyle bir yönetmeliği de TTB mahkemeye taşıyabilir ama bölge üniversiteleri için çıkış yolu bu.

Denetlenen özel hastaneler bölge için bir çıkış yolu

Devletin gönüllü getiremediği birçok hekimi özel hastaneler bölgeye getire-biliyor. İyi bir denetimin şart olduğunu söylemeye bile gerek yok. Denetlen-meyen özeller hem hastalar, hem de kamu açısından kara delikler gibi. An-cak denetlemek demek komünist bir mantıkla her özel hastaneye düşmanca bir bakış açısı sağlamak değil elbette. Ama bu hastanelerin bölge sağlık hiz-meti için önemli işlevler üstlenebilece-ğini kabul etmek lazım. Tüm sağlık hiz-metini taşıma suyla döndürmeye kalkmak demek olan mecburi hizmetle yapmak, uzun vadeli olmaktan uzak bir anlayış. Özellikle dürüst sağlık işletme-cilerinin önünü açmak, bölgede mec-buri hizmetin bile kaldırılabilceği bir sağlık ortamını sağlayabilir.

Van'da çalışmak isteyen birçok asistanımız uzman olduktan sonra bölgede çalışabilme imkânı bulamıyor. Kadrolara bakılmaksızın bölge illerine istek varsa istihdam fazlalığı sağlanabilmeli. Bir sistem yapıyorsunuz, sonra aynı sistem sizin elinizi kolunuzu bağlıyor. Bir Doğu ilinde çalışmak isteyen hekimin önünü tıkıyor, sonra da çalışmak istemeyen birini aynı ile tayin ediyorsunuz. Bazen sağlık sistemimiz, bilgisayarlarla yönetilen bir bilim-kurguyu andırıyor.

Başhekim atamaları

Bölgenin sağlıkta iyi bir noktaya gelme-si için kaliteli, becerikli yöneticiler ge-rekli. Zaten “akıllı” kimsenin yönetici ol-mak istemediği şu ortamda; risk alacak, fedakâr yönetici bulmak çok zor. Günü-müzde dürüst hiç kimse sağlıkta yöne-tici olmak istemiyor. İşletme konusunda ciddi bir eğitim almamış olan yönetici hekimler, ihale işlerinde en ufak bir aksaklıkta, yanlışlıkta kendilerini savcı önünde hatta kodeste bulmaktalar. En son Malatya Üniversite Hastanesi'nde de olduğu gibi günlerce gözaltında kal-maktadırlar. “Profesyonel iyiciler” ge-nellikle “bir yolunu” bulurken, ihale pro-sedürünü yeterince bilemeyen ama bir lokma haram mal yemeyecek insanla-rın izzetleri bir anda beş paralık edil-mektedir. Bir de bu işe politikanın etki-sinin girmesi demek, işleri tümünden çıkmaza sokabilmektedir. Siyasilerin başhekim atamaları üzerinden güç ara-yışları mutlaka son bulmalı. Liyakat, dü-rüstlük ve hekimlerin teveccühleri ön planda tutulmalı. Başhekimlikler bölge-ye hizmet için siyasi bir makam olma-ktan kurtarılmalı. Aslında sağlık müdürlü-ğü ile koordineli Valilik inisiyatifinin bu atamalarda genellikle doğru sonuçlar verdiği gözlemleniyor. Önemli olan, bölge illerimize liyakatlı sağlık müdürü ve kamu yöneticileri atamaları. Doğru-sunu söylemek gerekirse Van başta ol-mak üzere son atamalarla, gelecekle ilgili umutlarımız biraz daha artmıştır.

Hastanelerde gerilim/çatışma/şiddet ve çözüm yolları

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Müdürü olup yanı sıra SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde çalışmaktadır. Bir yandan da Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sağlık sosyolojisi alanında doktora çalışmasını yürüten Demir'in sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimler alanındaki çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı bulunmaktadır. Demir, evli ve iki çocuk babasıdır.

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Bir süre pratisyen hekim olarak çalıştı. Daha sonra çeşitli tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve hastane başhekimliği görevlerinde bulundu. Kütahya Tabip Odası'nda yöneticilik yaptı; özel sağlık merkezi kuruculuğu ve yönetiminde çeşitli görevlerde bulundu. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü olan Demir, performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve Genel Sağlık Sigortası konularında Sağlık Bakanı'na danışmanlık yapmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak yer alan Demir'in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur. Demir, evli ve bir çocuk babasıdır.

Gün geçmiyor ki yazılı ve görsel medyada hastanelerde yaşanan şiddet veya çatışma (fiziki veya sözlü) haberlerine rastlamayalım. Bu durum sadece ülkemize özgü değildir; kısa bir internet araştırmasıyla bile dünyanın birçok yerinde aynı sahnelerin yaşandığını görmek şaşırtıcı olmayacaktır.

Bugün için hastanelerdeki şiddet veya hasta, hasta yakınları, sağlık personeli tartışmalarının sıklıkla gündemde yer almasındaki en büyük etken, hiç kuşkusuz medyadaki gelişmelere paralel olmaktadır. Ayrıca internet ve diğer iletişim olanakları da yaşanan olayların görsel

olarak paylaşılması sonucunu doğurmaktadır. En son bir ilimizin hastanesinde yaşanan arbede cep telefonuna kaydedilerek oradan da internete aktararak binlerce kişi ile paylaşılmış ve daha sonra da ulusal basında yer almıştı.

Sağlık altyapı hizmetlerini yaygın olarak sunan ülke vatandaşlarından hayatında en az bir kez hastaneye başvurmamış



kimse bulunmadığını söyleyebiliriz. Öyle ki modern toplumlarda insanlar hayata gözlerini hastanede açtıkları gibi hastanede kapayabilmektedirler. Modern sağlık kuruluşlarının hayatımızdaki yerini göstermesi açısından hastane başvuruları önemli bir kaynak olabilmektedir. Örneğin, Türkiye’de son altı, yedi yılda sağlık alanında yaşanan değişimlerle birlikte (hizmet erişiminde kolaylık, vb.) sağlık hizmetinden yararlanan kişi sayısında belirgin bir artış yaşanmıştır. 2002 yılında kamu, özel ve üniversite hastanelerine toplam başvuru yaklaşık 124 milyon, 2006 yılında 217 milyon ve 2008 yılında ise bu rakam yaklaşık olarak 274 milyon kişiyi bulmuştur.

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında yaşanan şiddet ve çatışma gibi durumları bu bağlam içinde değerlendirmek, çalışmamız açısından önem kazanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta ve sağlık personeli arasında yaşanan gerilimli durumların tümünü çatışma başlığı altında tanımlayacağız. Zira sosyal ilişkinin doğasına mündemiç çatışma olgusunu salt şiddet davranışıyla ilişkilendirmek sathi olacaktır. Sadece şiddet boyutuyla algılamak olayın tüm boyutlarıyla anlaşılmasını engelleyecek ve şiddete mağdur olan ve şiddeti uygulayan kişiler gibi bir ikileme karşı karşıya kalma durumu vuku bulacaktır.

Bu çalışmada, hastanelerde yaşanan gerilimli durumu anlamak üzere olaya taraf kimselerin içinde bulunduğu sosyal dünyayı da anlamak üzere nitel araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır. Nitel araştırma tekniği olarak derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir şekilde hasta veya yakınlarıyla çatışma durumu yaşamış sağlık personeli ve hastanede gerilimli durumlara taraf olmuş hasta ve hasta yakınlarıyla görüşülmüştür.

Çalışmada hastanelerde vatandaş ve sağlık personeli çatışması olgusunu taraflı ideolojilerden bağımsız bir çatışma teorisi ile irdelemeye çalıştık. Belirtilmesi gereken en önemli husus, hiç kuşkusuz çatışmanın her zaman için yıkıcı olmadığıdır. Çatışmanın işlevsel olabileceği de unutulmamalıdır (Coser, 1956).

Sağlık hizmetleri sunumu ve çatışma

Sağlık alanında çatışmaları ve şiddeti artıran temel faktör, hizmet veren ve alan kişilerin tutumları olarak belirlenebilir. Sağlık alanında şiddeti azaltan temel faktör ise, kaliteli ve kolay ulaşılan bir sağlık sistemidir. Hastanın hizmete ulaşamaması, uzun bekleme kuyrukları, dar alanda çok sayıda insanın olması, hastaya ayrılan sürenin kısa olması, hastane içindeki dolaşma ve bürokrasinin fazla olması vb. faktörler çatışmayı artırır.



Sağlık örgütlenmesinde, günümüz modern toplumlarında tedavi hizmeti hastanelerde sunulmaktadır. Hastanelerin başlıca işlevi hastanın tedavi ve bakımını üstlenmiş geniş ölçekli organizasyonlar olmalarıdır. Koruyucu sağlık hizmeti ise yaygın örgütlenme düzeyinde küçük ölçekli sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Hastaya en doğru zamanda ve en uygun tedaviyi vermekle mükellef modern hastaneler tıbbi tedavi ve bakımın verildiği emek yoğun kuruluşlardır. Bunun sonucunda istihdam edilen personel nitelik olarak farklılaşmakta ve nicelik olarak artmaktadır (Turner, 1990:158-159). Modern tıpta ise sağlık hizmeti, “tedavi” ve “bakım” sürecinden oluşmaktadır. Hasta için “bakım” da en az “tedavi” kadar önemlidir. Hastanelerin hizmet üretim sürecindeki işbölümünde, hekim tedavi uzmanı, hemşire ise bakım uzmanı olarak görülmektedir (Suryamani, 1989:1). Bu sürecin en önemli parçası ise hiç kuşkusuz faaliyetin öznesi konumundaki hasta/kişi yani insandır.

Çalışmada çatışmanın tarafını oluşturması münasebetiyle genel itibarıyla “sağlık personeli” kavramı kullanılmıştır. Dolayısıyla çatışma olgusu meslek grupları bazında ele alınmamıştır. Bazı durumlarda ayrıntılı olarak mesleğe ilişkin bilgilere de yer verilecektir.

Dünyada ve ülkemizde sağlık alanında hızlı değişimler olmaktadır. Yaşanan bu hızlı değişimler hemen her yerde sosyal bilimcilerin de ilgisini çekmiştir. Sosyal bilimcilerin sağlık alanında yaptıkları çalışmalarda, özellikle de nitel çalışmalarda odaklandıkları üç temel alan bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları organizasyonun kendisine, bazıları hizmet sunum sürecinde doktor-hasta ilişkisine, diğer çalışmalar ise bu alanda hizmet veren meslek grupları arasındaki

Sağlık personeli A:

“Yaşadığım en önemli sorunlar, insanların acil serviste kendi hastalarından başka hasta yokmuş gibi düşünüp en acil müdahale edilmesi gereken hastanın kendi hastaları olduğunu sanmalarından kaynaklanan problemlerdir. Bunlara bir de tıbbi malzeme, teçhizat eksikliği ve yetkili makamların konuyla ilgili yüzeysel ve politik bakış açıları eklendiğinde sorun daha da vahim bir hal alıyor.”

ilişkiye odaklanmaktadır (Conrad, 2001:291). Bu çalışmada doktor-hasta ve yakınlarının ilişkisinin tedavi sürecini değil bu süreçte yaşanan çatışmaları gerilimli durumları irdeledik.

Çatışma, sadece karmaşık örgütlerin var olmasıyla başlamayıp insanlık tarihi boyunca süregelmıştır. İnsan hayatının hemen her alanında (çalışma, oyun, vb.) yaşanmaktadır. Weber’e göre (akt. Craib, 1997:121) sosyal çatışma, bir kişi veya grubun diğerlerinin karşı çıkmasına rağmen amaçlarına ulaşması girişimidir. Yukarıda belirtildiği gibi çatışma, savaş veya düzenli bir yarışmayı

da içerecek şekilde her alanda görülebilir. Çatışma her zaman vardır ve onu yok sayma çabası boşunadır: Çatışma mutlaka başka bir biçimde kendini gösterecektir (Bartos ve Wehr, 2002).

İnsanlık tarihi boyunca çatışma sürecine ilişkin edinilen bilgi gerek gündelik hayatta gerekse diğer alanlarda da kullanılmaktadır. Hayatın her alanına yayılan çatışma ile baş etme, çatışmanın olası olumsuz sonuçlarını en aza indirme becerisi ise bir nesilden diğerine kültürel olarak aktarılmaktadır (Bartos ve Wehr, 2002: 1-2).

Çatışma üzerine çok çeşitli görüşler bulunmasına karşın teorilerin ortak noktaları toplum içerisindeki grupların farklı çıkarılara sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu anlamda çeşitli düzenlemelerden, belirli gruplar daha çok faydalanacaktır. Dolayısıyla, farklı çıkarların varlığı çatışmanın sürekliliği için potansiyel oluşturmaktadır.

Öte yandan çatışmanın kendisi yanında onu ortaya çıkaran kaynaklar da önem arz etmektedir. Çalışmamızda da önemli bir yeri olduğundan, çatışmaların kaynaklarını temel olarak sınıflamak gerekirse, Wehr (2006)'e göre normal şartlar altında çatışma bir veya birkaç nedenle ortaya çıkabilir. Çatışma kaynakları şunlardır:

Olgusal temelli: Yaşanan anlaşmazlıkların çoğunun yaklaşım farklılığından kaynaklandığını ifade eder.

Değer-Rol temelli: Aradaki etkileşimi belirleyen temel kuralın ne olacağı konusundaki anlaşmazlıktan kaynaklanır.

Çıkar temelli: Kıt kaynaklardan (para, güç, prestij) kimin nasıl ve ne şekilde yararlanacağı noktasında yaşanan anlaşmazlıklar kaynaklanır.

Gerçekçi olmayan: Çıkar, değer ve ilgi temelli anlaşmazlıkların dışında kalan ve daha çok tarafların iletişimde kullandıkları dil ve mekândan kaynaklanan anlaşmazlıklardır.

Birçok durumda, çatışma yukarıdaki nedenlerle gerçekleşmektedir. Birkaçı veya hepsinin etkili olması da mümkün iken, çoğunlukla, bunlardan birisi daha belirleyici olmaktadır.

Çatışmanın analizinde yukarıda yer verilen hususlar önemli olmakla birlikte çatışma haritasının ortaya çıkarılması ise yanıt aranacak sorularla ortaya çıkarılmaktadır. Bu çerçevede,

Çatışmayı tetikleyici olaylar nelerdir?

Taraflar bu konuda ne düşünmektedir?

Çatışma süresince taraflar ne tür stratejiler geliştirmektedir?

Sağlık personeli veya hasta/hasta yakınları çatışma durumunda nasıl davranmaktadır?

Bu davranışlar taraflarca nasıl algılanmaktadır?

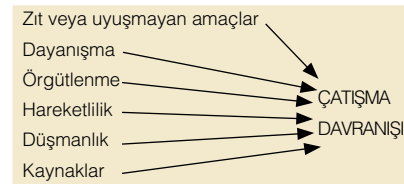
Her iki tarafın yaşanan çatışma hakkındaki düşünceleri nelerdir?

Yukarıda yer verilen ve diğer benzeri sorular bu konudaki çatışma haritalamasını yapmamızı sağlayacaktır.

Hastaneye veya herhangi bir sağlık kuruluşuna tedavi olmak amacıyla başvuruda bulunan kişinin (hastanın) ve onu tedavi etmek amacıyla orada istihdam edilen görevlinin ya da gönüllünün amacının ortak olduğu saptamasının herkes tarafından kabul göreceğini belirtmek yanlış olmayacaktır. Ancak nasıl oluyor da sağlık personelinin tedavi etmek amacıyla üzerinde tasarrufta bulunduğu bedenin sahibi kişi veya yakınları ile çatışma durumu yaşanmaktadır? Çatışma olgusunun her sosyal ilişkinin doğasında olduğu ön kabulü bu durumu açıklar ama herkesin anlayacağı şekilde belirtecek olursak; sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasındaki çatışmanın nedenini açıklamak her zaman kolay olmayabilmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada söz konusu olgu tarafların bakış açısını dikkate alarak analiz edilmeye çalışılmıştır.

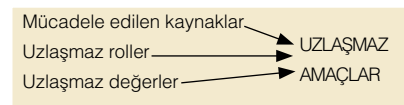
Çalışmada son yıllarda çatışma olgusunu anlamak ve açıklamak üzere Bartos ve Wehr (2002) tarafından geliştirilmiş teorik model kullanılmıştır.

Bu modelde çatışma davranışı ve nedenleri aşağıdaki gibidir;



Şekil 1. Çatışma davranışının nedenleri (Bartos ve Wehr, 2002: 10).

Bu çalışmada ise, hastanelerde yaşanan gerilimli durumların "zıt veya uyumsuz amaçlar" çerçevesi içinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ulaşmaz amaçlar diyebileceğimiz durumun nedenleri de aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 2. Ulaşmaz amaçların nedenleri (Bartos ve Wehr, 2002: 30).

Çatışmanın çeşitli sebepleri olabilir. Kuşkusuz, sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasında ulaşmaz amaçların çatışmaya yol açmasına tüm faktörler yol açmamaktadır. Bu çerçevede, uğruna mücadele edilen kaynaklar, ulaşmaz roller ve ulaşmaz değerler kavramlarını açmamızda yarar vardır.

Mücadele edilen kaynaklar: Bu kavram ile taraflardan birinin sahip olduğu veya her ikisinin de elde etmek istediği bazı sınırlı kaynaklar anlaşılmaktadır. İnsanlar hayatı boyunca birçok alanda çok farklı şeyler için mücadele etmektedir. Tarihsel süreç içinde daha belirgin olması itibarıyla toprak (arazi), para ve siyasal hedefler (iktidar) için mücadele her zaman söz konusu olmuştur. Bu mücadeleler farklı formlarda olmasına karşın hiç hız kaybetmeden günümüzde de devam etmektedir (Bartos ve Wehr, 2002). Bu kaynaklar, para güç ve saygınlıktır. Çalışma kapsamında güç ve saygınlık kavramı kullanılacaktır. Bu kavramı kıt kaynaklar olarak da tanımlamak mümkündür. Bu çerçevede sağlık personelinin kendisini de kıt kaynak şeklinde ele almamız mümkün olabilecektir. İnsan kaynağının kısıtlı olması da gerilim yaşanmasına neden olmaktadır.

a) Güç: Sosyal bilimlerde üzerinde en fazla durulan konuların başında güç (power) gelmektedir. Güç, her ne pahasına olursa olsun, elde etmek için aktörlerin sıklıkla tercih ettiği-edeceği tutumların nihai hedefi olan güç olgusu muhalefetine rağmen bir başkasına istediğini yaptırma anlamına gelir. Bir başkasına ne yapması gerektiği ve karşı tarafın öneri getirdiğinde bile susmasını isteme hakkı veya olanağı demektir. Taraflar arasındaki etkileşimi monologa çevirir (Bartos ve Wehr, 2002). Eşitsiz güç dağılımı esasına dayanan bu durum, olası çatışmaların temelini oluşturur. Burada sağlık personeli ve hasta-hasta yakınları arasında eşitsiz bir güç dağılımının olduğu ön kabulü söz konusudur. Zira kendisinden hizmet almak için başvuruda bulunduğu kurum görevlilerinin talimatlarını yerine getirmekle mükellef kişi hasta-hasta yakınlarıdır. Hasta için çalışıyor olma veya ona hizmet verme eyleminin bizzat kendisinin güç uygulama olarak görülmesindeki yaklaşıma esas anlayış ilişkilerin paternalistik karakter taşıması olduğu düşünülebilir.

b) Saygınlık: Yarışılan kaynaklar içinde üçüncü sırada yer alan saygınlık kavramı diğer ikisiyle (zenginlik ve güç) sarmalanmıştır ve diğer ikisi gibi sınırlıdır. Çünkü her durumda bir sıralamaya tabi tutulmaya yol açacaktır. Herkes daha fazla saygı görmek ister ama çok az kişiye veya gruba bu imkân verilmiştir. İtibar sahibi olma, güçlü olma ile yakından ilgilidir. Çünkü güçlü olan sıklıkla daha fazla saygı gösterilen kişi olmaktadır (Bartos ve Wehr, 2002).

Bu kavramların yanı sıra, makalenin konusunu oluşturan gerilimli durumları anlaşılır kılmak için “değerlerin uyuşmaması” kavramını da kullanacağız.

Değerlerin uyuşmaması: Her birey diğerlerinden farklıdır, çünkü zaman içinde kendisine has olan değerler bütününe sahip olur. Aynı durum gruplar için de geçerlidir. Bireysel düzlemde, farklı özelliklere sahip olmak, ayrı şeylerden hoşlanmak bile değer uyuşmazlığına yol açabilmektedir. (Bartos ve Wehr, 2002: 41-42).

Değerler geniş ve soyut olup neyin doğru veya saygı değer olduğu konusunda standartların paylaşımından doğar. Grup üyelerince benimsenip daha sonrakilere de aktarılır (Gelles ve Levine, 1995).

Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının tarafları olduğu gerilimli çatışma durumları değerler açısından ele alınmadıkça eksik kalmış olacaktır. Zira farklı kültürel çevreye mensup kişilerin ortak amaç doğrultusunda bir araya gelmesi mevzu bahis olduğundan bu faktörün önemli olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu tarafların çatışma durumları süreç, nedenler ve sonuçlar açısından ortaya konmaya çalışılmıştır. Her iki tarafın bakış açısına da yer verilmiştir. Bu amaçla, sağlık personeli ve hasta/hasta yakınları ile farklı tarihlerde mülakatlar yapılmıştır.

Aşağıda sırasıyla sağlık personeli vatandaşların yaşanan gerilimli durumlarda ne yaşadıkları ve bu durumlar hakkında ne düşündüklerine yer verilecektir.

Mülakatlar: Mülakatlar çatışma veya gerilimli durumların tarafları olan sağlık personeli ile hasta-hasta yakınlarıyla yapıldı. Görüşmelerde hasta-hasta yakınları içinde hasta yakınlarına ulaşılabildi.

Mülakatlar ve açık uçlu sorular vasıtasıyla sağlık personelinin hizmet sürecinde sorun olarak gördükleri ve vatandaş ile yaşadıkları sorunları belirtmeleri istendi. Her sağlık çalışanının olguya ilişkin farklı görüşleri aşağıda yer almaktadır.

Sağlık personeli A: “Yaşadığım en önemli sorunlar, insanların acil serviste kendi hastalarından başka hasta yokmuş gibi düşünüp en acil müdahale edilmesi gereken hastanın kendi hastaları olduğunu sanmalarından kaynaklanan problemlerle ülkemizde henüz gelişmemiş olan -acil hasta- kavramının neden olduğu sorunlardır. Tabi bunlara bir de tıbbi malzeme, teçhizat eksikliği ve yetkili makamların konuyla ilgili yüzeysel ve politik bakış açıları eklendiğinde sorun daha da vahim bir hal alıyor...”

En çok rahatsız olduğum konu ise idarecilerin tavırlarıdır. Çünkü diğer sorunlar toplumun eğitim ve sosyokültürel yapısının yeterli düzeyde gelişmemesinin sonucunda ortaya çıkmakta olup gerek hastalar ve gerekse de hasta yakınlarının hiç bir art niyeti ve öngörüsü olmadan ortaya çıkan problemlerdir... Sorunların çözümü konusunda koordineli, sağlam temele dayanan, hem çalışanların hem de hastaların optimum faydalanabileceği gerçekçi çözümler yerine geçici, çözüme uzak ve genellikle de sağlık çalışanlarının aleyhine yorumlanabilecek çözümler üretilmektedir.

Yaşadığımız sorunlarda muhababımız genellikle hasta yakınları olup en fazla karşılaştığımız durumlar hastanın aciliyetinin sağlık personeli ile hasta yakınları tarafından farklı olarak algılanması sonucunda ortaya çıkan ve bazen şiddete kadar uzayabilen tartışmalardır. Özellikle radyo, TV ve yazılı basında çıkan sansasyonel bir takım haberlerin sonrasında...

Bu tip sorunları çözmenin en kolay yolu; ikili ilişkilerde empati yaparak davranmak, karşıımızdaki insanların hasta ve yakınları olduğunu bilerek sakin ve ses yükseltmeden, sorunu anlayışlı bir şekilde konuşarak çözmeye çalışmaktır. Ancak bazı durumlarda bunun mümkün olamayacağını hissedince güvenlik görevlilerinden yardım talebinde bulunmak gerekebilir. Bu durumlarda dahi sakin tavırımızı kaybetmemeye çalışmalıyız. Kendimizden eminsek ve yeteri kadar bilgi ve tecrübemiz varsa problemleri çözmek de kolay olacaktır... Kendim yaşamamakla beraber çalışma arkadaşım olan bir doktora fiili saldırıda bulunuldu ve nazal kemiği kırıldı. Yargıya intikal eden olayda tanık olarak mahkemeye çıktım. İlgili şahıs suçlu bulundu ama aldığı ceza tecil edildi...

Sorunların çözümü konusunda temel olay, halkın acil servisler ve acil durumlara ilgili olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesidir. Tabii bu konuda özeleştirimizi yapmalı, bizler de eğitim ve beceri eksikliklerimizi ivedilikle tamamlayarak en azından bu açılardan donanımlı olmalıyız...

Sağlık personeli B: “Hastalarla yaşadığımız sorunlar genellikle kurumun teknik ve donanım açısından altyapı yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan sorunlar ile iletişim hatalarından dolayı yaşanan sorunlardır. Hastanede, yardımcı personelin nicelik ve nitelik açısından yetersiz olması, hizmeti sunan personelin psikososyal açıdan yıpranmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu şartlar altında verilen hizmetin hasta ve yakınlarını tam anlamıyla mutlu etmesi mümkün değildir. Bir de hizmet talep edenlerin, sorunların kaynağı olarak çalışanları görmesi, işleri daha da

Hasta yakını A: “Eşim rahatsızdı, acil serviste bir hemşireden yardım isteyip doktorumuzun gelip gelmeyeceğini sorduk. O da, “İster bekleyin, ister çıkın. Sizinle uğraşacak durumda değilim. Doktor beyin ne zaman geleceğini sormanıza gerek yok.” dedi. Kıymet vermeyerek, aşağılayarak, bıkmışlar gibi davranmaları beni çok rahatsız etti. Hem doktoru, hem de hemşireyi şikâyet ettim. Başhekim beni haklı buldu, araştırma başlatacağını söyledi. Bir daha dönmediler bana.”

zorlaştırmaktadır. Tam bu noktada tüm çalışanların çok sabırlı olmaları, sorunların çözümü için büyük önem taşımaktadır. İletişim hatalarından kaynaklanan sorunlar ise, hasta ve yakınlarının uygun olmayan taleplerinin ve uygun görülen taleplerinin karşılanmaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin ilaç yazdırma, rapor, tetkik ve öncelik talepleri ile siyasi veya yetkin kişilere yakınlığı nedeniyle sağlık çalışanlarından özel ilgi beklentileri gibi... Ayrıca haklı olarak talep ettiklerinin karşılanmaması nedeniyle... Hastaya yeterli zaman ayırlamaması, hastalığıyla ilgili yeterli bilgi verilmemesi, altyapı yetersizliği nedeniyle hastanın istediği hizmeti alamaması gibi...

Sorunların kaynağı olarak önyargılar egemen olduğundan, saldırganlık dürtüleri hâkim olmaktadır... Sorunların çoğu iletişim hatalarından kaynaklandığına göre, etkin iletişim kurmayı denememiz gerekir. Saygınlık bekliyorsak saygın davranmalıyız.”

Sağlık personeli C: “Yaptığımız işi detaylı düşünmeksizin anlayışsız ve tehditkâr bir yaklaşımla bizi sorgulamaları sorun oluşturuyor. Hasta için yapılan fedakârlıkları, ekip çalışmasını göz ardı etmeleri, yapılan iyi şeyleri görmemeleri ve takdir etmemeleri üzücü oluyor. Karşılıklı diyalog, iyi niyet, iyileştiri-

ci faaliyetlerin her iki taraf için de uygulanmaya çalışılması, en önemlisi de çalışanların ve halkın eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekiyor.”

Sağlık personeli D: “Saygısızlıktan hakarete hatta fiili saldırıya varan davranışlarla karşılaşmak büyük sorun. Genellikle yüksek sesle hatta bağırma-ya kadar ulaşan tartışmalar yaşıyoruz. Bu karışdakinin durumuna göre değişiyor. Eğer bağırıyorsa ben de bağırıyorum. Hakaret ediyorsa ben de hakaret ediyorum. Bu davranış modeli tecrübeler sonucu gelişti. Sorunlar genellikle araya diğer mesai arkadaşlarının girmesiyle yatıştırıldı.

Sağlık personeli olarak bizim ülke gerçeklerini kabul ederek daha hoşgörülü olmamız gerek. Bazen empati yaparak olayı değerlendirmekte yarar var. Sağlık personeline stresle başa çıkmanın yolları hakkında seminerler verilebilir. Daha iyi maddi imkânlar sağlanarak mesleki motivasyonları artırılabilir. Ben 20 yıllık hekimin hep cezalandırma ile ilgili olaylara şahit oldum ancak ödüllendirme yapılarak, bireysel tatminler yaratılarak örnek teşkil edilebilir.

Sağlıkla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin insanların sağlık personeline karşı olumsuz ve önyargılı hale getirdiği gerçeği karşısında devletin bunu önlemede daha etkin hale gelmesi gerekmektedir. Ancak ben bugüne kadar bu yönde bir caba görmedim hatta doktoru azarlayan, hemşireyi tokatlayan başhekimleri gördüm.”

Yukarıda sağlık personelinin gerilimli durumlar ve kendileri açısından konuya yaklaşımına yer verdik.

Hasta ve hasta yakınlarına hastanelerde tedavi olmaya gittiklerinde daha çok hangi sorunlarla karşılaştıkları ve çözüm için neler yaptıkları veya neler yapılması gerektiği konusunda görüşlerini belirtmeleri istendi.

Hasta yakını A: “Eski SSK hastanesine gittim. Eşim rahatsızdı, o yüzden acil servise gitmiştim. Acil serviste kayıt yaptırdım. Acil bölümlere geçtik, doktorumuzu bekledik. O anda, sıramızın gelmesini bekledik. Gelen bir hemşireden yardım istedik, ne yapacağımızı ve doktorumuzun gelip gelmeyeceğini sorduk. O da bize, “İster bekleyin, ister dışarı çıkın.” dedi. Bize değer vermediler. Benim de moralim bozuldu, kızdım. Kızarak, tersleyerek, aşağılayarak konuştu bizimle. Ben açıklama bekledim, “Hastamızı ne yapalım?” diye soruyorum. Hastam duracak pozisyonda değildi. “İster bekleyin, ister çıkın. Sizinle uğraşacak durumda değilim. Doktor beyin ne zaman geleceğini sormanıza gerek yok.” dedi. Ben

de “Bu bizim hakkımız, bunları öğrenmek zorundayız.” dedim. “Çok konuşmayın!” dedi. Bağırıldı, çağırdı. Ben de ona kızdım, “Girişte hasta hakları diye yazıyor. Bize böyle yapamazsın. Seni şikâyet edeceğim.” dedim. “Size burada eşimin rahatsız olduğunu söylüyorum ve müdahale edilmesini istiyorum.” dedim. Şikâyet bulundum; hem doktoru, hem de hemşireyi şikâyet ettim. Ardından doktor beye söyledim, ertesi gün başhekime söyledim. Doktora söylediğimde ilgilenmediğini söyledi ama ilgilenmedi. Hastamı muayene ettiler ama en sonuncu kişi olarak muayene ettiler. Doktorlar ve hemşireler kızıp gelmediler. Ama o doktor ve hemşireyi orada olduğum süre içinde bir daha görmedim. Fiziki bir müdahale yaşanmadı, sadece sözlü tartışmalar yaşadık. Başhekime çıktığımda ona durumu anlattım, olay yeri ve saatini söyledim. Beni haklı buldu, araştırma başlatacağını söyledi. Bir daha dönmediler bana.

Bu sürede beni en çok rahatsız eden şey, doktor ve hemşirenin davranışları oldu. Kıymet vermeyerek, aşağılayarak davranmaları bize karşı bıkılmışlar gibi davranmaları beni çok rahatsız etti. Ama başka zaman gittiğimde iyi davranan kişileri görmek öncekileri unutturuyor.”

Hasta Yakını B: “Teyzem rahatsızlandı. Acil servise götürdük, orada sedye ile taşıdık. Odaya geçtik, sedyeden indirdiğimizde oradaki doktor bize sert bir şekilde dışarı çıkmamızı söyledi. Bizi dinlemeden, dışarı göndermeye çalıştı. Gereksiz tepki gösterdi. Bence büyüklük kompleksi olan biriydi. Yoksa niye öyle yapsın! Tartıştık, bizi güvenlik görevlileri dışarı atmaya çalıştı. Çok rahatsız edici davranışlar olarak görüyorum böyle şeyleri. Kimseye bir şiddet uygulamadığımız halde bize böyle muamelede bulundular. Hastamızı tedavi ettiler ama onlara nasıl güvenelim? Kimse bize herhangi bir bilgi vermiyor, yaptıkları şeyin ne olduğunu söylemiyor. Biz hastamız şifa bulsun diye oralara giderken başka dertlerle uğraşıyoruz.”

Hasta Yakını C: “Rahatsızlanan küçük kızımı hastaneye götürdüm. Kızım anesinin ilaçlarını içmişti. Acil servise götürdüm. Herhangi bir yönlendirme veya danışma yoktu. İlk gördüğüm sağlık personeline ne yapılması gerektiğini sordum. Beni gözlem odasına doğru yönlendirdiler. Doktorun orada olduğunu söylediler. Muayene edecek doktor diğer doktorlarla birlikte (yaklaşık 6 kişi) gözlem hastalarını kontrol ediyorlardı. Gözlem odasına girmemize izin vermediklerinden dolayı görevlilerden doktora haber vermesini istedik. Doktor birkaç dakika sonra geldi. Kızımın ilaç içtiğinden bu yana yaklaşık 40 dakika geçmişti. Doktora durumu anlattık. O da bize beklememizi söyledi.

Bize karşı çok kayıtsız davranışları olmasına rağmen kendisini dinledik. Daha sonra “ne kadar beklememiz gerektiğini” sorduk. “İşi bittiğinde bakacağını” söyledi. “İşinin ne zaman biteceğini” sorduk. “Ne zaman biterse, o zaman biter” diye yanıtladı. Biz de “112 Hızır Acil doktorlarının vakit geçirmeden müdahale edilmesi lazım dediği bir hastayı neden beklettiğini” sorduk. Bizi dinlemedi ve gitti. Orada kalakaldık. Saygı nerede, hasta hakları nedir, bunların hiçbirine riayet etmedi. Bizim orada bulunma sebebimiz hastamız. Yoksa orada niye bulunalım. Büyük ihtimalle asistan doktorlardan biriydi. İçinde bulunduğumuz durum hiç de iyi değildi. Hastamıza müdahale sürecini hızlandırmak için nöbetçi sorumlu doktora ulaştık ama o da profesyonel yönetici olmadığı için meslektasını koruma güdüsüyle davrandı. Hasta yakını olarak neredeyse bizi suçlayacak şekilde konuştu. Oysaki biz kimsenin cezalandırılmasını istememiştik. Sadece hastamızın tedavi edilmesini istiyorduk. Daha fazla bekletmeden en yakındaki bir başka hastaneye gittik. Anında müdahale (mide yıkaması, vb) yapıldı ve hastamız birkaç saat bekletildikten sonra taburcu edildi.

O doktoru hasta hakları birimine şikâyet ettim. Bir ay sonra hasta yakını olarak bizlerin haklı olduğunu bildiren ve doktorun uyarıldığını içeren resmi bir yazı ulaştırıldı. Hasta hakları uygulamasının işlerliğine inancımı artırdı. Doktor da bizim insanımız ama hastaların sorunlarına kendisinininkiymiş gibi dertlenmeli. Defi bela kabilinden yaklaşmamalı. Sorunlarımızı dinlemeli, empati yapmalı.”

Yukarıda sağlık personeli ve hasta-hasta yakınlarının yaşanan gerilimli durumlar üzerine yaşadıkları olaylardan yola çıkarak ifade ettikleri görüşlerine yer verildi. Çatışmaların doğası hakkında farklı görüşler belirtilmiş olsa da çatışmaların ortak noktalara sahip olduğu düşünülmektedir. Çatışmaların varlığı reddedilmemeli, bilakis olgunun enine-boyuna analiz edilip çatışmayı azaltıcı önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bu çerçevede şiddet içermeyen, yukarıdaki çerçeve içinde yer alan gerilimli durumların “olgusal temelli, değer-rol temelli ve gerçekçi olmayan” çatışma kategorilerine dahil olduğu müşahade edilmektedir.

Olgusal temelli, çünkü hastalar tedavi olmak maksadıyla başvurdukları kurum üyeleri tarafından sahiplenmek ve işlerinin kolaylaştırılmasını istiyorlar.

Değer-rol temelli, çünkü hasta ve sağlık çalışanlarının birbirine hitap tarzı açık bir güç ilişkisine işaret ettiğini düşünüyorlar. Güçlü olan tarafın sağlık çalışanı olduğu ve dolayısıyla hastanın görece olarak ikincil pozisyonda yer al-

masından kaynaklanmaktadır. İletişim kaynaklı problemlerin ortaya çıkması bu nedenledir.

Çıkar temelli, çünkü hastalar sağlık personelinin kendisine karşı saygılı olmayan şekilde davrandığını düşünmektedir.

Gerçekçi olmayan: Gerek hasta-hasta yakınlarının ve gerekse sağlık çalışanlarının stresli bir durumda olması ve bulunulan mekânda çok sayıda benzer sıkıntıları çeken kişilerin varlığı her iki grup üzerinde baskı kaynağı oluşturmaktadır.

Bunun yanı sıra, hasta ve yakınlarının çatışmalarda kurumsal mekanizmaları kullanma veya işlerinin görülmesi durumunda bu çatışmayı sürdürme eğiliminde olmadıkları gözlenmiştir. Sağlık personelinin de çatışmaları sona erdirecek yaklaşımlara olumlu baktığı tespit edilmiştir.

Çatışma haritalamasında her iki tarafın çatışma durumları benzer özellikler taşıdığı için aynı grafikte yer vereceğiz. Grafikte yer verilen uzlaşmaz amaç bizi çatışma davranışının oluşturu su durumunda olmaktadır.



Şekil 3: Çatışma durumunun ortaya çıkması

Sonuç ve öneriler

Hastanelerde yaşanan gerilimli durumlar ve şiddet olaylarının sonlanması mümkün gözükmemektedir. Ancak çatışmanın seyri ve görünümü noktasında bir şeyler yapılabilmesi mümkündür. Çatışmalarda, tırmandırma tutumu sergileyip durumu içinden çıkılmaz hale getirmek mümkün olabildiği gibi (savaşlar buna örnektir) üçüncü taraf müdahalesine açık olup sonlandırmak da mümkündür. Hastanelerde veya sağlık kuruluşlarında çatışmayı tırmandırmanın mümkün olmadığı düşünülürse üçüncü taraf müdahalelerini veya yaklaşımını kurumsallaştırmak bir çıkış yolu olabilir.

Hastanelerde çatışmayı/gerilimli durumları azaltmak üzere karar vericiler için uygulama imkânı bulunan bir takım öneriler sunacak olursa;

Çatışmanın sosyal ilişkilerde münde miç olduğu yani doğasında olduğu veya kaçınılmaz olduğu ön kabulü; çatışmanın yönetilebilmesi, azaltılması veya biçiminin değiştirilmesi imkânını veya olasılığını dışlamamaktadır.

Resmi kayıtlara bakıldığında hastanelerde yaşanan gerilimli durumların, çatışmalardan kaynaklı şikâyetlerin son yıllarda arttığı görülmektedir. Öte yandan, artırılan şikâyet mekanizmaları ile sağlık personelinin daha incinebilir duruma getirildiği görüşleri de dile getirilmektedir. Bu görüş birçok sağlık personeline de dile getirilmektedir. Ancak bu artışın sebebini "sağlık personelinin vatandaş karşısında güçsüz kılındığı" kestirme değerlendirmesine katılmak mümkün değildir. Sağlık personeli ve vatandaş ilişkisinde yaşanan çatışmaların çözüme ulaştırılması kurumsallaştırılmıştır. Çözümü fiili şiddet veya başka yollarda aramanın yerine şikâyet etme kültürü yerleşik hale getirilmiş olup süreç gayri şahsileştirilmiştir. Ancak asimetrik güç ilişkisi içinde hasta ve yakınları için artırılan şikâyet/hak arama mekanizmalarının sağlık çalışanları aleyhine yeni bir asimetri üretilip üretilmediği konusu ayrıca tartışılmalı bir durum sergilemektedir. Şikâyet mekanizmalarında filtreleme anlayışının yerleşik hale getirilmesi gerekmektedir. "Filtreleme" kavramından kastımız ise, hizmet üretimi esnasında yaşanan gerilimli duruma sebep olan yanlış uygulama geri dönülebilir aşamadayken başka aktörlerin araya girmesiyle çatışmanın sonlandırılması girişimidir.

Poliklinik bekleme alanları ve acil servis koridorlarında serbest denetim metodu olarak 24 saat esaslı kamera görüntülemesi yapılmalıdır. Kamera ile görüntüleme yapıldığı bilgisinin herkesçe görülecek bir yerde asılı bulunması, kuşkusuz özenli davranışları teşvik edecektir. Kamera yerleştirilmesi hasta ve insan haklarına aykırı olmayacak şekilde düzenlenmelidir.

Fiziksel çatışma yaşanması ihtimaline karşı yeterli sayıda güvenlik görevlisi istihdamı sağlanmalıdır. Poliklinik ve acil servislerin büyüklüğüne bağlı olarak görevli sayısı belirlenmelidir.

Hastanelerin daha çok acil servisleri ve polikliniklerinde rutin gözlem yapmak ve yaşanan durumlara gerektiğinde hakem olmak için psikolog-sosyolog-sosyal çalışmacılar görevlendirilmelidir. Bu görevliler bir tür arabulucu-müzakereci olarak hizmet vermeleri halinde sistemde rahatlama sağlayacakları düşünülmektedir. Zira (geri dönüşü mümkün olmayan uygulamalar hariç tutulmak kaydıyla) vatandaşın sağlık personelinin salt cezalandırmak niyetiyle şikâyet etmediğini düşünmekteyiz. Şikâyet etme kültürünün sözlü boyutunun kültürümüzdeki ağırlığı da dikkate alındığında bu uygulamanın önemi anlaşılabilecektir. Vatandaşın karşılaştığı sorununun çözümü şikâyetin gerekçesini ortadan kaldıracıdır. Bu durum vatandaş resmi mercilere baş-

vurmaktan alıkoymayı değil bilakis sağlık kurumunun kendisine yabancılaşmasını engelleyici bir işleve sahip olacaktır. Sosyal ve sağlık hizmetlerinin insani yönü bürokratik şikâyet mekanizmaları içinde kaybolup gitmeyecektir.

Sağlık personelinin eğitim programına kişilerarası ilişkiler ve iletişim dersi konulmalıdır. Halen çalışanların ise, hizmet içi eğitimlerle hasta ve yakınları ile iletişim konusunda eğitime alınması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları ile doğrudan iletişimde bulunan hiçbir meslek grubu bu eğitimlerden muaf tutulmamalıdır. Çünkü bu yönlü bir eğitim, hiçbir sağlık personelinin örgün eğitim içeriğinde yer almamaktadır. Bakanlık veya ilgili kuruluş, bu programları bünyesinde başlatmalıdır. Güvenlik ve diğer yardımcı hizmetlerle (temizlik vb.) görevli personeller de verdikleri hizmete uygun eğitime alınmalıdır.

En önemlisi de sağlık personelinin yoğun iş yükünden kaynaklandığı düşünülen "buyurgan iletişim tarzı"ndan olabildiğince kaçınmasıdır. Uyuşmaz değerleri ortaya çıkaran bir diğer etkenin bu olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Barnes, E., (1961), *People in Hospital*, New York: Macmillan&Co Ltd.

Bartos, O. J. , Wehr, P. (2002) *Using Conflict Theory*, Cambridge University Press.

Coser, Lewis(1956), *The Functions of Social Conflict*, London: Routledgeand Kegan.

Conrad, P. (2001) , *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspective*, New York: Worth Publishers.

Craib, L. (1997) , *Classical Social Theory*, New York: Oxford University Pres.

Gelles, J. , R. , Levine, A. , (1995) , *Sociology: An Introduction*, New York: McGraw-Hill.

Haralambos, M. , M. Holborn, (1995) , *Sociology (Themes and Perspectives)*, London, Collins Educational.

Kasapoğlu A. (2008), *Sosyal Hayat ve Çatışma: Farklı Alan Panoramları*, Ankara: Phoneix yayınevi.

Mechanic, D. , (edit.) (1983) , *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*, New York: The Free Pres.

Sakallı, N. , (2001) , *Sosyal Etkiler: Kim kimi nasıl etkiler*, Ankara: İmge Kitabevi.

Sennett, R. , (2005) , *Otorite (çev. Kamil Durand)* , İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Suryamani, E. , (1989) , *The Organization and the Semi-Professional: A Sociological Study of Nurses*, New Delhi: Jainsons Publications.

Turner, S. , B. (1990) , *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publications.

Wehr, P. , (2006) , *Conflict Assesment Guide*, <http://spot.colorado.edu/%7Ewehr/40GD1.HTM>.

Sağlık-NET “net”leşmeyi bekliyor

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde Bilgisayar Mühendisliği bölümünde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'a bağlı bir şirket olan Promed'de çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

Hafızalarımızı tazeleyelim. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında “Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi” adlı projeler serisine, 2004 yılındaki Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ile başladı. Bakanlığın geliştirdiği AHBS, 2007 yılından itibaren standartlarını özel sektöre de açtı ve bir rekabet ortamı sağladı. AHBS halen sektörün %70'ini elinde tutsa da, özel

sektörün payı da hızla artıyor ve oluşan rekabet, kalitenin artması için ümit veriyor. Sağlık Bakanlığı, sağlık verilerinin AHBS ile sadece sahadan standart bir şekilde veri toplanması değil, bu verilerin bilgiye dönüşmesi ve yönetime katkı sağlaması için de önemli adımlar attı. Örneğin, tüm aile hekimlerinin performans hesaplaması, AHBS (veya kullandıkları herhangi bir bilgi sistemi ile) Bakanlığa gönderdikleri veriler esas alınarak hesaplanıyor. Yıllardır hekimlerin hazırlamak için önemli bir zaman harcadıkları aylık Temel Sağlık İstatistikleri Modülü

(TSİM) formları, artık otomatik olarak oluşturuluyor... Sonuç olarak diyebiliriz ki, AHBS hem taşrada hem de Bakanlıkta müşterilerini bulmuştur, mayası tutmuştur ve bir şekilde ayakta kalacaktır.

Sağlık Bakanlığı, hem AHBS ile elde ettiği başarıyı ikinci basamak sağlık kurumlarına taşımak, hem de bir nevi AHBS ile çıraklığını yaşadığı “sağlık bilişimi” alanında ustalığını konuşturmak için 2006 yılında Sağlık-Net projesine ‘start’ verdi. Daha önceki yazılarımızda belirttiğimiz gibi, başına “e” konulan en







Sağlık-NET'in şu an bulunduğu dönem, doğum-sonrası dönem gibidir. Hastalıklara çok açık, kendi ayakları üzerinde duramayan, sürekli ilgi ve bakıma muhtaç... Ticaretteki "alıcısı olmayan mal haraptır" kaidesi, burada da geçerlidir ve eğer Sağlık-NET Bakanlıkta ve sahada alıcılarını bulmadan bir süre daha bu seyirde devam ederse, korkarım harap olacaktır.

çük kalmaya devam ediyoruz.

AB ülke temsilcileri bizim başardıklarımıza hayret ederken, acaba bir de Sağlık-NET'in bunca ilerlemesinden sonra son zamanlarda hız kaybettiğinden bahsetsek sanıyorum hayretleri şaşkınlığa dönecektir. Nitekim Sağlık-NET'te yaygınlaşma için atılan ilk adımlardan sonra Bakanlığın vites büyütmediğini hatta biraz rölantide ilerlediğini söylersek hata etmiş olmayız. Aslında 2009 yılı içerisinde hedeflenen şey, hem USVS gibi standartların genişletilmesi, hem de hastane entegrasyonu konusunda hem nicelik, hem de nitelik açısından artışın sağlanması için çalışmaların başlatılmasıydı. Hepsinden önemlisi, 2008 yılı boyunca yapılan sektör çalıştaylarında, en kısa zamanda AHBS ile Sağlık-NET'in entegre edileceği ve birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının da kendi aralarında veri alış-verişi yapacağı ilan edilmişti. Ancak maalesef bunların hiçbirini gerçekleştiremedi. Aslında bu tespitleri yaparak Bakanlığın başarılı bilişim projeleri serisine negatif bir etki yapmak istemiyorum (Bunu yapmam tutarlı da olmaz, zira çoğunda bendenizin de emeği geçmiştir); zira kamunun kendi kaynaklarıyla kısa zamanda bu kadar başarı elde edebilmiş olması bile tek başına övgüye değerdir. Ancak bilişim projeleri zaten "başarısızlık oranı" oldukça yüksek olan projelerdir. Bilişim projelerinin tabiatını bilen birisi olarak seslendirmek istediğim şey şudur ki; bunca ilerleme ve başarının zayı olmaması için Sağlık-NET konusunda son derece hassas olmalıyız. Unutmamalıyız ki, bilişim projeleri bir cihaz alıp

meşhur ifadelerden biri e-devlettir. e-Sağlık ise e-Devlet'ten ayrı bir kavram sayılacak kadar kapsamlı bir yapıya sahiptir. Hükümetler sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve sağlık hizmetlerini daha verimli yönetebilmek amacıyla çok maliyetli e-sağlık projelerine imza atmaktadır. Ancak gelin görün ki, Türkiye'de sık haber olan ve hükümetin önemli icraatlarından sayılan, fakat hâlâ basit sorguların yapılabildiği bir portaldan ibaret olan e-devlet kapısının yanında Sağlık-NET'in esamesi okunmuyor!

Bilişim alanındaki projelerin beklentileri karşılaması açısından başarısızlık oranının yüksek olduğu malumdur. Ancak Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık-NET'le gerçekten kayda değer bir ilerleme sağlamıştır. Sağlık-NET'in, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) gibi standartlarla ilgili sunduğu altyapı, **halen Türkiye kamu ve hatta özel sektöründe ilk ve tek olma özelliğini korumaktadır.** Hastanelerin, daha önce SGK'nın Medula projesinde olduğu gibi bir oldu-bittiye getirilmeden, standartların oldukça iyi bir şekilde ve yeterince önceden ilan edilmesi, şüphesiz Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin (HBYS) de Sağlık-NET'le entegrasyonunu kolaylaştırmıştır. 2009 başında hastanelerden veri toplama

başlayan Sağlık-NET'in Haziran 2009 itibarıyla binden fazla hastaneden veri toplayabildiğini biliyoruz. Üstelik sadece devlet hastaneleri değil, üniversite ve özel hastaneler de Sağlık-NET'le entegre oldu. Bu hızlı yaygınlaşmada Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılı boyunca yaptığı dokümantasyonun ve saha eğitimlerinin büyük etkisi olduğunu düşünüyoruz.

Sağlık-NET ülkemizde henüz hak ettiği ilgiyi göremese de uluslararası camiada ses getirmeye başladı. Sağlık-NET'in mimarisi ve kullandığı mesajlaşma standartları ile ilgili yapılan akademik çalışmalar uluslararası pek çok kongrede sunuldu (1, 2, 3, 4). Uluslararası e-sağlık etkinliklerinde Türkiye'deki gelişmelerden bahsettiğimizde AB ülke temsilcilerinin tepkileri "Söylediklerinizin yarısı bile doğruysa inanılması zor" şeklinde olmuştur. Tabi Türkiye'de federal olmayan devlet yapısı, devletçi yaklaşımın sektörlere yön verme gücü ve bilişim yatırımlarına geç ama temiz başlamış olmak gibi pek çok avantajımız var. Ancak yine de bunlar küçümsenemeyecek işler. "Fazla mütevazı olma, yoksa inanırlar" diye bir söz vardır. Biz de bazen yaptıklarımızı o kadar basit görüyoruz ki önce kendimizi sonra da başkalarını bu işlerin basitliği konusunda ikna ediyoruz ve motivasyonumuzu yitirip kü-



kullanmaya benzemez; sürekli sahip-
lenme, ilgi ve bakım ister. Üstelik bu
ilgi, göstermelik ve düzensiz de olma-
malı, projenin her aşamasına göre yo-
ğunluğu ayarlanmalıdır. Sağlık-NET'in
şu an bulunduğu dönem, doğum-
sonrası dönem gibidir. Hastalıklara
çok açık, kendi ayakları üzerinde dura-
mayan, sürekli ilgi ve bakıma muh-
taç... Üstelik bu dönemdeki genel gi-
dişat, Sağlık-NET'in bundan sonraki
hayatını da yakından ilgilendirecektir.
**Sağlık-NET henüz AHBS'nin başar-
dığı gibi henüz kendi müşterisini bu-
lamamıştır. Ticaretteki "alıcısı olma-
yan mal haraptır" kaidesi, burada da
geçerlidir ve eğer Sağlık-NET Ba-
kanlıkta ve sahada alıcılarını bulma-
dan bir süre daha bu seyrinde devam
ederse, korkarım harap olacaktır.** Bu
nedenle bu konuya özel bir vurgu yap-
ma ihtiyacı hissediyorum.

SD'deki yazılarımda, sağlık bilişimi kül-
türü ve projeleri hakkında doğru ve
yanlışları tespit etmeye ve eldeki bilim-
sel ve tecrübî bilgiler ışığında çözüm
önerileri sunmaya gayret ettim. Hem
AHBS'de hem de Sağlık-NET'te önemli
derecede emeği geçen birisi olarak,
Sağlık-NET'in içinde bulunduğu dura-
ğanlığa dair birkaç çözüm yolu sunma-
yı bir vefa borcu olarak görüyorum.
Çok kıymetli Bakanlık yöneticilerine
şunları ifade etmek istiyorum:

Sağlık kurumlarımız, 2003 öncesinde
devlet hastaneleri için Bakanlık tarafın-
dan ortak bir Hastane Bilgi Yönetim
Sistemi (HBYS) geliştirme projesi ne-
deniyle uzunca bir zaman bilişimle ta-
nışamadı. Bu proje başarılı olsaydı,
belki çok iyi bir noktada olabilirdik. An-
cak bu proje bir şekilde rafa kaldırıldı
ve devlet hastanelerinin bilişimle tanış-
ması en az 5 yıl gecikti. Bugün devlet
hastanelerinde HBYS kullanım oranı %
100'dür. Aile hekimliğine geçen illeri-
mizde de AHBS (veya muadili) kulla-
nım oranı % 100'dür. **Bugünden son-
ra Türkiye sağlık sektörünün
"bilişimsiz" bir geleceği söz konusu
değildir, elde edilen kazanımlardan
geri dönüş düşünülemez.** Ancak şu
sıralar bir duraklama döneminin oldu-
ğu da ortadadır. Bununla birlikte ülke-
mizde hükümetlerin eski tabirle seçim
sathı mahalline girdikten sonra işlerin
yavaşladığı da bir gerçektir. O halde
her ne yapılacaksa fazla zaman kalma-
mıştır. Öyleyse mevcut şartlarda bu
kısa dönemi yeni bir sıçrama yapmak
için kullanmak mümkün müdür? Evet,
kesinlikle mümkündür! Yeter ki inana-
lim ve doğru parçaları bir araya getire-
lim. Önerdiğim yol haritasını kısaca
açıklayayım: Kağıt bildirim sisteminin
kullanıldığı birinci basamak sağlık ku-
rumlarında AHBS önemli bir kırılma
noktasıydı ve bu başarıldı. Sonrası
kendiliğinden geldi. Sağlık-NET'in ka-

bul görmesi de bu şekilde olacaktır.
Üstelik bunu sağlamak için çok da uy-
gun bir zemin var, Global Bütçeleme!
Global Bütçeleme, Sağlık Bakanlığı'nın
parayı nereye ve nasıl dağıtacağına
ölçülebilir kriterlere göre karar verme-
sini gerektiriyor ki bu pek de kolay ol-
mayacak. Her nasıl olursa olsun, Ba-
kanlık bu konuda bilişim çözümlerine
sarılacak. Sağlık-NET'in hastanelerden
topladığı verilerse yeterince kapsamlı,
üstelik üretildiği yerden toplanan ham
veriler. Şöyle bir mukayese yapalım:
İçeriği eski SSK mantığı ile hazırlanmış
MEDULA'da toplam yaklaşık 10 kadar
bildirim kabul ettiğini*, Bakanlığın öde-
me değil de "elektronik sağlık kaydı"
perspektifinden bakarak geliştirdiği
Sağlık-NET'te ise 41 bildirim bulundu-
ğunu söylersek, kapsam hakkında bir
fikir vermiş oluruz sanırım. Dolayısıyla
Bakanlığın elinde Sağlık-NET'i yöneti-
min ve iş süreçlerinin bir parçası haline
getirmek için önemli bir argümanı var.

Çözüm yolu bununla da bitmiyor.
Türkiye'de aile hekimliğinin kabul gör-
mesinden sonra, aile hekimliği sistemi-
nin bel kemiği olan Toplum Sağlığı Mer-
kezlerinin (TSM) önemi konusunda
farkındalık arttı. Yerel sağlık yönetimi,
bilişimi yönetimlerinin merkezine oturt-
mak için sabırsızlıkla bekliyorlar. Bakan-
lığın, AHBS ile Sağlık-NET'i entegre
ederken, TSM'ler için de bir çözüm ge-
liştirip devreye almayı planladığını an-
cak bunun da beklemede kaldığını bili-
yoruz. Çünkü Sağlık-NET'in esas
gayesi, MEDULA gibi sahadan bütçele-
me amaçlı veri toplamak değil, birinci
basamakla 2. ve 3. basamağı birbiriyle
entegre etmektir. AHBS, TSM-Bs ve
Sağlık-NET'in birlikte oluşturacağı siner-
ji, Türkiye'yi AB ülkeleri arasında erişil-
mesi zor bir yere taşıyacaktır. Bu üçlüye,
2010 yılında pilotu yapılacak olan Mer-
kezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)
de (rüştünü ispat ettikten sonra) eklenir-
se eşi olmayan bir sağlık bilişimi altyapı-
sına sahip olduk demektir! Böyle bir
yapı, sadece sağlık idarecilerinin elinin
altında vazgeçilmez bir yönetim aracı
olmayacak, sokaktaki vatandaşın da işi-
ni kolaylaştıracak, beğenisini kazana-
caktır. Bugün bile vatandaş "Neden
hastanedeki muayene bilgilerim
e-postama mail olarak gönderilmiyor?"
demeye başladı. Çok değil, bundan 2-3
yıl sonra bu gibi beklentiler toplumda
önemli bir kamuoyu oluşturacaktır. Yani
bu alana yatırım yapmak için yeterli si-
yasi neden de mevcut.

Sonuç olarak Sağlık-NET, hem yöneti-
cilerin kafasında 'net'leşmeyi, hem de
ülke çapında yaygınlaşan bir 'net'work
olmayı bekliyor. Bu işi başladığımız
gibi bitirelim, arkasını getirelim.

* Bu bildirimler, hak sahipliği ve sözleşme doğrula-
ma, reçete, tetkik ve sevk bildirim, ödeme sorgu-

Bugünden sonra Türkiye
sağlık sektörünün
"bilişimsiz" bir geleceği söz
konusu değildir. Ancak şu
sıralar bir duraklama
döneminin olduğu da
ortada. Ülkemizde
hükümetlerin eski tabirle
seçim sathı mahalline
girdikten sonra işlerin
yavaşladığı da bir gerçektir.
Öyleyse mevcut şartlarda
bu kısa dönemi yeni bir
sıçrama yapmak için
kullanmak mümkün müdür?
Evet, kesinlikle mümkündür!

su, ödeme durum kontrol, fatura bilgisi kayıt, rapor
bilgisi konularından ibarettir.

Kaynaklar

1) İlker Köse, Nihat Akpınar, Murat Gürel, Yakup
Arslan, Hakan Özer, Nihat Yurt, Yıldırım Kabak,
Prof. Dr. Asuman Doğaç, "Turkey's National He-
alth Information System (NHIS)" e-Challenges
2008, Stockholm, Sweden

2) Sağlık-NET Project in Turkey and HL7 v3 Imp-
lementation, K. Turhan, B. Kurt, and E. Uzun, Pro-
ceedings Of World Academy Of Science, Engine-
ering And Technology Volume 34 October 2008

3) Understandable Logical Design Specifications
for HL7 CDA Interoperability, Tim Benson, Ayşe-
gül Avcı, Fatih Boy, Şeref Arıkan, Alp Timurhan
Çevik, MedInfo World Congree, 2007, London,
England

4) Yıldırım Kabak, Prof. Dr. Asuman Doğaç, İlker
Köse, Nihat Akpınar, Murat Gürel, Yakup Arslan,
Hakan Özer, Dr. Nihat Yurt, Ahmet Özçam, "The
Use of HL7 CDA in the National Health Informati-
on System (NHIS) of Turkey", IHIC 2008, Greece

İlaç sanayi ve etik: İlaç firmalarından doktorlara kongrelere katılım desteği

Prof. Dr. Nil Sarı



1951 yılında İstanbul'da doğdu. İlkokulu New York'da, ortaokul ve liseyi Üsküdar Amerikan Kız Lisesi'nde bitirdi. 1973 yılında İstanbul Üniversitesi Deneysel Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. Uzmanlığını İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda tamamladı. Aynı yerde doçent ve profesör oldu. Halen aynı bölümün bölüm başkanlığını yürüten Dr. Sarı, evli ve iki çocuk annesidir.

ekimlik mesleği ile ilaç sanayinin amaçlarının kesişmesi

Doktorun ilk ödevi insanları hastalıktan korumaya, hastalığa yol açacak sebepleri önlemeye, hastalanmışsa da iyi etmeye çalışmaktır. İlaç firması ile doktorun amacının ilk bakışta aynı olduğu, yani hastanın yararı için

birlikte çalışıldığı varsayılrsa da, amaçları aynı değildir. İlaç sanayi mensuplarının amacı piyasaya sürdükleri ilaçların satılmasıdır, çünkü sanayici yatırımını korumak ve artırmak zorundadır. Ne kadar çok hasta ve hastalık varsa, o kadar çok kazanç sağlanıyor demektir. Durum böyle ifade edildiğinde birçoğumuz bu fikirden rahatsız oluruz. Çok sayıda hastaya çok sayıda hazır ilaç tabii ki gereklidir. Mevcut

ilaçlar yan tesiri azaltılmış yeni ürünlerle yer değiştirmeli, çaresiz hastalıkların tedavisi için yeni ilaçlar keşfedilmelidir. O halde aksaklık nerededir? Aksaklık, şirket menfaati hastanın ve toplum menfaatinin önüne geçtiğinde ve haksız kazanç sağlanmaya çalışıldığında ortaya çıkar.

Kutsal hekimlik mesleğinin serbest piyasa koşulları içinde zaman zaman ti-



cari yönünün ağır bastığı kaygısı her yerde konuşulur oldu. Bir kısım ilaç firmalarının bir kısım tıp mensuplarıyla haksız/gereksiz alış verişlerde bulunması hekimlik mesleğinin ticaretle iç içe olduğu görünümünü pekiştiren durumlardan biri. Sağlık hizmetleriyle ilgili büyük bir piyasanın oluşmasında ilaç pazarlama faaliyetlerinin önemli bir payı olduğu tartışılıyor. Bir takım ilaç firmalarının her çeşit pazarlama yöntemine başvurabilmesi, bir kısım ilaç sanayicisinin ilacı herhangi bir tüketim maddesi olarak değerlendirdiğini düşündürüyor.



Küçük büyük hemen hemen bütün sağlık toplantıları, süreli yayınlar, dergiler, ilaç firmalarından az ya da çok maddi destek alıyor. İlaç firmaları çeşitli şekillerde doktorlara ikramlarda bulunuyor; küçük-büyük hediyeler, ilaç numuneleri, araştırma ödemeleri, ilacı tanıtan konuşmacılara sağlanan destekler, bedava yemekler ve konferans seyahatleri sağlanıyor. Saydıklarımızın her biri az ya da çok etik açıdan kaygılar uyandırıyor. Otel, yemek, uçak ve gösteri biletlerinin ödendiği bedava seyahat niteliğindeki kongrelere katılım desteği ise sağlık mensuplarının en çok sevilen, diğer yandan en çok eleştirilen ve en çok etik kaygı yaratan pazarlama yöntemlerinden biri.

İlaç firmalarının masraf gösterilen tanıtım ve pazarlama giderleri ilaç fiyatlarına bindirildiğinden ilaçların maliyeti yükselmektedir. Yeni ilaç bulmak için yapılan yatırımın üç mislinin pazarlamaya gittiği bildirilmekte. İlaç fiyatları arttıkça maliyeti hastaya yüklenmekte, hastanın hakkı yenmekte, bir kısım şahıslar ve kurumlar pahalı ilaçlara ulaşmamaktadır.

İlaç firmalarının doktorları kazanma yarışı

İlaç sanayi rekabete dayalı büyük bir iş dünyasıdır. İlaç firmalarının başarısı her bir ilacın pazarlanarak satışına dayanır. Her bir ilacın araştırılması ve geliştirilmesi milyonlarca dolara mal olur. İlacın keşfi, bulunması ve geliştirilmesi uzun yıllar alır. Kullanımı onaylanmadan önce ilacın çeşitli testlerden ve klinik deneylerden geçirilmesi şart koşulur. Bu yatırımın karşılanması bakımından piyasaya çıkarılan ilacın satışının sağlanması çok önemlidir. Araştırma yaparak masrafa giren ve formülün sahibi olan şirketin satışa çıkardığı ilacın fiyatı yüksek olur. Bir ilacın ana formülünün patent hakkına sahip olan şirketin dışında başka bir şirket aynı formülü üretebilmek için ana formülün patent hakkını ödeyerek satın alır ya da formül patent yasası olmayan bir ülkede üretilir ve daha ucuza eş değerde ilaç piyasaya sürülür. Aynı formülün eş değeri olan

ilaç için patent hakkı ödenmediğinden ilaç ucuza gelir. Ayrıca, eş değer ilaçların ilk ürün kadar çok testi tamamlaması beklenmez, sadece mevcut ürüne biyolojik eşitliğin kanıtlanması gerekir. Eş değer ilaçların yarışı daha kolaydır. Eş değeri çıkan ilaç ucuzlar. Dolayısıyla, formülün sahibi ilaç firmaları patentleri korunduğu süre içinde yatırımlarının olabildiğince en fazlasını geri almak isterler. Sonra yine yeni bir formül aranır ve sanayici yeni formülden nemalanır.

İlaç firmalarının satış temsilcileri de ilaçların satışında kilit görevi olan doktorların ilacın yararları ve yan etkileri hususunda bilgilendirilmesini sağlamak ve doktorun hastalarına ilaç reçete ederken doğru bilgiyi ve seçimleri yapmasına yardımcı olmakla sorumludur. Tüm tıbbi satış temsilcilerinin yeterince eğitimi ve bilime dayalı bilgisi olmalıdır ki ürünle ilgili tam bir bilgilendirme sağlanabilsin. Pazarlama sırasında ilaç temsilcilerinin doğal olarak doktorlara doğru bilgiler sundukları kabul edilir. Ancak temsilcilerin çoğu tanıttığı yeni ürünün etkisini mevcut eşdeğerdekilerinden üstün göstermek durumundadır, çünkü tanıttığı ilacın eşdeğerde olanlara kıyasla bir ya da birkaç üstünlüğü vurgulanmaz ise, tercih edilme gerekçesi olmayacaktır. Doğru olan ise, ilacın etki gücü mübalağa edilmeden, nasıl tesir ettiğinin ve olası yan etkilerinin anlatılabilmesidir. Fakat mevcut formülün benzeri yeni ilaç daha az yan etkili ya da daha geniş etkili gibi tanıtımlarla piyasaya sürülür ki tercih edilsin. Ancak çoğunlukla yeni ile eski ilaçlar arasında biyolojik etki bakımından pek de bir fark olmadığını, reçete edilmesi istenen birtakım yeni ilaçların mevcut ilaç formüllerinden pek az ya da hiç tedavi üstünlüğü olmadığını ileri sürerler de vardır. Ne var ki, firmaların ayakta kalabilmesi için yeni ilacın satışa sağlanması, bunun için de olabildiğince çok sayıda doktora ulaşılmalıdır. Yoğun mesaisi içinde çok hasta gören doktorlara ilacın tanıtılıp pazarlanması çerçevesinde destek sağlanması da söz konusudur. İlacın satışını artırmak için doktorun ilgisini çekecek etkili tanıtım yollarına başvurulur.

İlaç firmalarının masraf gösterilen tanıtım ve pazarlama giderleri ilaç fiyatlarına bindirildiğinden ilaçların maliyeti yükselmektedir. Yeni ilaç bulmak için yapılan yatırımın üç mislinin pazarlamaya gittiği bildirilmekte. İlaç fiyatları arttıkça maliyeti hastaya yüklenmekte, hastanın hakkı yenmekte, bir kısım şahıslar ve kurumlar pahalı ilaçlara ulaşmamaktadır.

Uzun yıllardır ilaç firmalarının doktorlara desteği kanıksanmış ve olağan kabul edilip tüm dünyada sağlık kültürünün bir parçası olagelmıştır. Doktor adayları, henüz tıp fakültesinde öğreniyken firmaların verdiği kalem-defter gibi ufak tefek hediyelerle emek vermeden almaya alışır. Sonra bütün bunlar hoş gider, herhangi bir yanlışlık olmadığı kanısı iyice yerleşir. Desteklenmeye alışanlar; hediyeleri, bedava kongre seyahatlerini hep bekler. Önce karşılıksız verilen küçük hediyeler ile hak etmeden almak normal bir davranış olarak sağlık çalışanlarına benimsenirken, zaman içinde bu uygulama, karşılığı alınan büyük hediyelere dönüşebilmektedir. Bir öğretim üyesi, ilaç firmasına ait tükenmezi vermek istediği bir tıp öğrencisinin, "Bugün kalem alan, yarın o firmanın ilacını yazar hocam, alamam" şeklinde kendisini uyardığını bana anlattı. Bu, gerçeği yansıtır; çünkü ilaç temsilcileri verdikleri kalemin ancak üstünde yazılı olan ilacı

yazacağı uyarısını şakayla karışık doktorlara iletirler.

Firma desteğinin doktorun tutum ve davranışlarına etkisi

Hediyelerin ve çeşitli desteklerin çoğu kez her iki tarafta olumlu tutum, yani memnuniyet yarattığının hepimiz farkındayız. Alan da, veren de memnun ise, neden tüm dünyada bu gibi ilaç pazarlama yöntemlerine karşı eleştiriler hızla artıyor? İlaç firmalarıyla doktorlar arasındaki bu alışverişin sonuçları artık sağlık mensuplarının da eleştiriliyor. Çünkü tıp okurken başlayan karşılıksız alma ilişkisi tıp mesleği uygulanırken karşılıklı alıp vermeye dönüşebiliyor.

Birçok doktor, ilaç sanayinin giderek artan desteğinin, hediyelerin, bedava seyahatlerin ilaç reçete etme yönünde davranışlarına etki etmediğini savunsa da, ilaç firmalarının hediyelerle, maddi katkılarla doktorun ilaç reçete etme alışkanlığını etkilediğine dair araştırmalar ve yayınlar yapılmakta. İlaç firmalarının desteklerinden etkilenmek kolay olmamalı, çünkü ilaç temsilcisiyle iletişimin sonucunda ve ilaç numuneleri elde olduğunda doktor söz konusu yeni ilacı tanımış olur, dolayısıyla kendisine tanıtılan yeni ilacı tercih ederek reçete etmesi kolaylaşır. Bazı doktorun ilaç tercihinin gerekli görüldüğü ilaçtan yana değil, kendisini destekleyen firmanın ilacından yana kullanabildiği, dolayısıyla firma çıkarını hasta yararının önüne çekebildiği konusu tartışılmakta. Doktor, bir hastasını tedavide hangi tıbbi aracı kullanacağını ya da kullanmayacağını ve kullanacaksa ne miktarda ve sürede kullanacağını tıbbi bilgi ve tecrübesi doğrultusunda karar verir ve de vermelidir. Bir doktor hastasının en büyük yararına göre ilacı reçete etmek yerine kendisini destekleyen firmanın ilacını tercih ederse, doktor ile ilaç firması arasında bir menfaat ilişkisi oluşmuş demektir. Doktorun “kendi adına” bir ilaç firması ile bu gibi özel bir işbirliğine girmesi, ilaç satışlarından ilaç firmasının yararlanması amacına hizmet etmesi hiçbir şekilde onaylanamaz. Bir kısım eczanelerin ve ecza depolarının da anlaşmalı oldukları firmanın ilacını vermek amacıyla, artık üretilmiyor gerekçesiyle reçetede ilacı vermeyip reçetenin değiştirilmesi için hastayı doktora geri yollayabildiği iddia edilmektedir. Bu gibi iddiaların gerçek olup olmadığını ortaya çıkarmak zor değildir. İstenirse, bir doktorun bir ilacı sürekli yazıp yazmadığı ya da bir eczacının bir firmayla anlaşıp anlaşmadığı araştırılarak tespit edilebilir. Ne var ki, doktor doğru bildiği ilacı yazdığında da, kurumlar eş değer ilaçlardan fiyatı en düşük olanı ödeme eğilimindedir. Dolayısıyla, sorun yalnızca doktorların

tutum ve davranışlarıyla sınırlı değildir.

Firmaların doktorlara kongreye katılım desteği

Ürünlerinin pazara girmesi ve tutunması için ilaç firmalarının çok sayıda temsilcisi iş başındadır. Rekabetin artışıyla birlikte temsilcilerin hekimlerle yüz yüze konuşma süresi ise giderek daralmıştır. Temsilcilerin, kendilerine ayırdığı zaman için hediye vererek doktorları ödüllendirme ve doktorlarla daha fazla zaman geçirme arayışının yarışı hızla sürmektedir. Destekledikleri doktorlarla iletişimlerini toplantılarda da yürüten firma temsilcileri uygun buldukları her ortamda ilaç tanıtımlarına devam ederler. Hızlı ve yoğun mesai esnasında doktorların ayırabildiği birkaç dakika yerine, kongrelerde görüşebilme imkânı yaratılır. Doktorlara bilgi ve deneyimlerini artıracak olan yurt içi ve dışı kongrelere katılım desteği sunmak en rağbette olan bir destek yöntemidir.

Hediyeler ve yemekler olmazsa, yalnız ilaç temsilcileriyle görüşmelerin değil, eğitim faaliyetlerine katılımın da sayıca düşeceği; ilaç sanayi desteklemezse, konferanslara, kongrelere katılımın azalacağı görüşünde olanlar var. Fakat günümüz internet çağında “Kongrelere gidilmezse yeni bilgilere ulaşılmaz” iddiası geçerliliğini yitirdi. Her an en yeni bilgilere ulaşılabiliriz. Artık kalabalık ulusal ve uluslararası kongreler bilgi alışverişinden çok birer sosyal faaliyete dönüştü. Konularının uzmanı kişilerin küçük gruplar halinde toplanıp tartışmaları, uygulamalarını göstermeleri çok daha yararlı olur. İşsiz, fakir, asgari ücretle çalışan ya da sigortasız milyonlarca insanımızın olduğu Türkiye’imizde doktorların bilgi edindirilmesi gerekçesiyle en pahalı otellerde ağırlanması ve gereksiz lüks masraflarla eğlendirilmesi doğru değildir. Unutmamalıyız ki, her bir gereksiz masraf ilaç bedellerine bir o kadar yansıtılacaktır.

Etik bakımdan ise, seyahat ve toplantı desteğinin sadece geliri düşük olan uzmanlık öğrencilerine verilmesi onaylanmaktadır. Fakat ilaç firmalarının kongre desteğinden en çok hangi kesim yararlanıyor diye sormalıyız. Bu konuda yapılan her hangi bir araştırma sonucuna sahip değilim ancak yıllardır gözlediğim bir durum var: Firmalar kongreye katılım desteğini çoğu kere kendi kongre giderlerini ödeyebilecek olan, tanınmış, bol hastası bulunan uzman doktorlara ve dernek başkanı, anabilim dalı başkanı, klinik şefi, doçent ve profesör gibi ilaç satışına katkısı olabilecek doktorlara verir. Maddi desteğe ihtiyacı olan uzmanlık öğrencilerinin ve araştırma görevlilerinin

kongre katılım desteği almaları enderdir, ola ki hocası, ya da şefi istesin... Firmalar geri ödemesi olmayanlara destek vermeye pek yanaşmaz. Örneğin tıp fakültelerinin temel bilimler mensubu öğretim üyeleri ve araştırmacıları reçete yazmadıklarından ilaç firmaları onlara destek vermekten kaçınır.

“Hiçbir masraf yapmadan kongrelere katılanlar çalıştıkları kuruma ve ülkemize bilim adına ne gibi katkılarda bulunuyor” sorusunu da irdelemeliyiz. Kongre boyunca görevinden izinli sayılan ve giderleri tamamen firma tarafından karşılanan katılımcıların çoğu gittiği kongreden faydalanma gereği duymayacak, yararlanmamış olmayı bir kayıp saymayacaktır. Her ne kadar genelleme yapmak doğru değilse de, benim bulunduğum toplantılara katılanların çoğu gezer ve çarşılarında alışveriş yapar. Zaten ilaç şirketinin beklentisi de aslında ilacının reçete edilmesidir. Fakat bir doktorun bir ilaç firmasınca tüm seyahat giderlerinin ödendiği bir kongreye katılmayı kabul etmesi, o firmanın ilacını reçetesine eklemesi anlamına gelir mi? Doğrudan böyle bir anlam çıkarılamaz. Ancak firma temsilcisinin tanıtım konuşmasından sonra olduğu gibi, seyahat desteği veren firmanın ilacını yazmada da artış olduğunu ileri süren yayınlar var. İlgiden ve masrafsız seyahatten memnun kalan doktorlar kendilerini acaba bir borç altına girmiş gibi hisseder mi? Bir takım ilaç firmaları doktorların ihtiyaçlarını karşılayarak onları istismar edebilir.

İlaç firmalarının pazaryeri olan sağlık kurumları ve çalışanlarıyla etik ilişkiler kurma ödevi vardır. İlaç sanayinin mensupları topluma karşı ve içinde faaliyetinde bulundukları topluluklara karşı sorumlu davranma, itimada layık olarak hareket etme gereğini gönülden kabul etmelidirler. İlaç firmaları herkesin sağlığına ve emniyetine itina etme sorumluluğunu taşır. Ancak ilaç firmalarının ayrıca koruması gereken büyük yatırımlarının olması dolayısıyla, etik ölçülerini sağlamada bir takım sorunlarla karşılaşılabilir. Bunun farkında olan firmalar, doktora ürünlerini sunarken ve ürünün tutunmasını sağlamaya çalışırken, etiğe uygun davranıldığının vurgulanması gereğini duyarlar. Böylece, ilaç firmaları da etik kurullar ve rehberler oluştururlar. Örneğin, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, Sağlık Bakanlığı’nın Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkındaki Yönetmeliğini dikkate alarak 2008 yılında *Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sağlık Mesleği Mensuplarına Tanıtım İlkelerini* hazırladı. Avrupa İlaç Endüstrileri Federasyonu ve Birlikleri ilaç sanayini topluma ve faaliyette bulunduğu camiaya karşı hep birlikte sorumlu davranmaya çağırırdı. Ancak birtakım ilaç fir-

malarının bazı doktorlarla ilişkisindeki ticari boyutun neden olduğu kaygı sürmektedir. Devletler ve tıp cemiyetleri ilaç sanayinin etiğe aykırı birtakım pazarlama ve satış yolları izlediği iddialarına karşı önlemler arayıp bulmaya devam ediyor.

Çözüm önerileri

İlaç firmalarının promosyonları tartışılıyor ama nedenleri ve çözümleri üzerinde düzenli ve yeterli araştırmalar yapılmıyor. Çünkü ilaç şirketlerinin evrakı gizli sayılır, onlara yeterince ulaşılamaz. Yine de birtakım cemiyetler ve birlikler tavsiyeler ve çözümler ileri sürüyor. Bu çözümleri üç grupta toplayabiliriz:

Firmalarla doktorların promosyon ilişkisi sürdürülsün ama firma destekleri sınırlandırılmalı, verilenler de etiğe uygun düzenlensin ve bu ilişki denetlensin diyenler var. Etiğe uygun tanıtıma yol göstermek için çeşitli meslek birlikleri, uzmanlık dernekleri ve ilaç sanayi, pazarlama yöntemlerini ve doktorlarla ilaç firmaları arasındaki ilişkiyi yönlendiren rehberler hazırlayıp yayımladılar. İlerisi için yol gösterici olması için rehberlerin tıp eğitimi programlarına alınması, tıp öğrencilerine ve asistanlara ulaştırılması için çalışmalar yapılmakta. Özellikle doktorun davranışını yönlendirici olduğu düşünülen firma faaliyetlerinin, hediyelerin ve teşviklerin pahalı olmaması ön görülmekte. Örneğin, Türkiye’de Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği doktora verilecek hediyein değerini 200 lira ile sınırlar. Amerikan Tıp Birliği doktorlara verilen hediyelerin hastaya yararı olmasını ve değerinin 100 doları geçmemesini tavsiye eder. Amerikan İlaç Araştırmaları ve Üreticileri Derneği yeni tüzüğünde, firma adı yazılı kalem, defter, bardak, anahtarlık gibi hediyelerin dağıtımını yasakladı. Bu bağlamda, firmalarca yüksek miktarda ödeme yapılan doktorların teşhiri de gündemde. 1993’ten bu yana Amerika’da birtakım eyaletlerde hekimlere yapılan ödemelerin açıklanmasını zorunlu kılan yasalar çıktı. Doktorların, araştırmacıların ilaç firmalarıyla olan para ilişkilerini açıklamak, herkese duyurmak ne gibi sonuçlar doğuruyor henüz yeterince bilinmiyor.

“Doğrudan doktora” hediye vermenin (ne kadar küçük veya büyük olursa olsun) ve ödeme yapmanın kaldırılmasını öngörenler var. Bunu, hediyeleşmenin davranışı etkilediği ve çıkar çatışması yaratan ilişkiler geliştirebildiği kaygısına dayandırıyorlar. Almak tek taraflı olamaz, bir şekilde bedeli ödenmek zorunda kalınır. Yararlanılan kişiye/kuruma bir bedel ödenmezse, bu da destek vereni kullanmak anlamına gelir. Dolayısıyla doktorların ilaç sanayi ile bu tür

ilişkileri her iki durumda da yani karşılığ verilse de, verilmese de sonuç bakımından etiğe uygun bir çözüme ulaşamayacaktır. Dolayısıyla, ilaç temsilcisi ile doktor arasında samimiyet olmamalı, ilaç firması hiçbir şeyi doktora doğrudan vermemeli, doktorla firma arasındaki doğrudan ilişkiler kaldırılmalı görüşü giderek daha çok benimsenmektedir. Bizim geleneğimizde, yardımlaşma ahlakımıza göre, “veren el alan eli, alan el de veren eli tanımaz”. Böylece yardım alan kendini borçlu hissetmez. Alan ile veren el birbirini tanımamasın şeklindeki yaklaşımda, örneğin firma desteği uzmanlık öğrencisi doktorun da şahsına doğrudan verilmeyecektir. İlaç firmasının desteğini ilgili sağlık kurumları aracılığıyla gerçekleştirmeleri; firmaların desteklerini kâr amacı gütmeyen sağlık kurumlarına (hastaneye, tıp fakültesine, tabip odasına, uzmanlık derneğine vd.) vermeleri savunulmakta. Katkıların tarafsız bir kuruluşun havuzunda toplanması da ileri sürülen çözümlerden biri. Bu gibi çözümlerin gerçekleştirilmesi için bir yöntemlik çıkarılması; bağışın ne için, ne kadar ve hangi kuruma-derneğe verildiğinin açıklanması da öngörülmekte. İlaç tanıtımı doğrudan firma temsilcilerince yapılmasını dendiğinde de diğer birtakım çözümler önerilir. Örneğin, ilaç tanıtımı ve bilgilendirme faaliyetleri firma mensubu olmayan bağımsız kişilerce yürütülsün; tanıtım broşürleri posta ile gönderilsin ya da kurum aracılığıyla dağıtılsın; Sağlık Bakanlığı yeni çıkan ilaçları tanıtan bir bülten yayınlasın diye çeşitli öneriler getirilmekte.

İlaç firmalarından hiçbir hediye kabul etmeyeceklerine dair söz veren doktorlar var. Bu şekilde düşünen doktorlar, ilaç firmaları tarafından karşılanan yemekler, seyahatler kaldırılmalı, hediyelere izin verilmesin, “Bedava Yemeğe Hayır” demektedir. Zaten hediyeleri ve destekleri az ve çok şeklinde denetlemek çok güçtür. Dünyadan bir örnek verirsek İspanya’da Halk Sağlığını Koruma Dernekleri Federasyonu, “Hayır, Teşekkür Ederiz” adında bir birlik planı yaptı.

Son olarak unutmamalıyız ki, doktorların ilaç firmalarına bağımlı kılınması birçok kez kamu sağlık kurumlarındaki eksikliklerin karşılanmasıyla başlar. Ödeneği olmayan, donanımı eksik birtakım sağlık kuruluşlarının yetkilileri sağlık çalışanlarının ilaç firmalarıyla samimi ilişkilerinde sakınca görmeyebilmektedir. İlaç firmaları sarf malzemesinden bilgisayara, stetoskop gibi herkese yarayacak araçlara kadar çeşitli bağışlarla sağlık kuruluşlarına destek vermektedir. Aslında temel ihtiyaçları sağlık kurumunun kendisi gidermeli, çalışanlarını firmaların doğrudan yardımına mecbur bırakmamalıdır.

Sonuç: Firmaların doktorlara kongreye katılım desteği doğru mudur?

Bir kısım ilaç firmasının seçkin bir takım doktorlara sağladığı kongre seyahat desteğini yararlılık ilkesi çerçevesinde yeniden ele alalım. Söz konusu ilaç firmaları kongre giderlerini karşıladıkları doktorların toplantılarda bildiri sunmasını, sunumunu yayına dönüştürmesini şart koşmaz, hatta dinleyici olarak toplantıyı doğru dürüst izleyip izlemediğine bakmaz. Kongreye katılım desteği hediye ibarettir. Çoğu kez ilaç firmasını ilgilendiren başlıca konu ilacının reçete edilmesidir. Kongreye katılanlardan bilim adına bir beklenti yoktur. O halde sunumları izlemenin, tartışmalara katılmanın gereği de olmayabilecektir.

Üniversitelerin araştırma fonları ve TUBİTAK gibi araştırma merkezlerinin yurt içi ve dışı kongrelere katılım destekleriyle firmalarınkini karşılaştırsak, onlar da katılımcının tüm giderlerini karşılar. Ayrıca da araştırmacının istediği kitapları, bilgisayarı ve araştırmada kullanılan tüm araç gereçleri de verirler. Ancak araştırmacının bunları faturalandırması ve çalışmasının sonuçlarını sunması, sonra da yayımlaması gerekir. Üniversitelerin ve araştırma kurumlarının destekleri doktoru araştırmaya, tıbbı katkıda bulunmaya yöneltirken birtakım ilaç firmaları doktoru ilacını reçete etmeye yönlendirir. Böylesine bir desteğin doktora, hastaya, mesleğe, ülkeye ve insanlığa yararı olur mu? Bu türden katkılar ülkemizin temel ilaç araştırmalarını ve yerli firmaların gelişmesini de engeller. Piyasaya yeni çıkan ruhsatlı ithal ilacı hastaya vermekten öteye gidemeyen ilaç araştırmalarından çok, temel tıp bilimleri alanında buluşlara kapı açacak çalışmalar desteklenmelidir. İlaç firmalarının verdiği destekler tıbbın ve eczacılığın ilerlemesine katkıda bulunmalı, sağlık alanındaki uygulamalara bir değer sağlamalıdır. İlaç firmaları ülkemizde tıbbın ilerlemesine, doktorlarımızın dünya tıbbına katkıda bulunmasına yol açacak şekilde destek versinler isteriz. Günümüzdeki şekliyle kongre masrafları çok yüksek meblağlara ulaştığından, firmaların bu gibi seyahat niteliğindeki destekleri kaldırılarak, ilaç maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunulması sağlanmalıdır.

Bu büyük sorunun çözülebilmesi için yaptırımı olan yönetmelikler hazırlanıp yürürlüğe konmalıdır. Hangi çözüm doğrultusunda hareket edilirse edilsin, ilacın tanıtım maliyetinin ilacın satış fiyatına yansıtılmasını önleyen bir yönetmelik çıkarılmadıkça sorunun kesin olarak çözülmesi güçtür.

“Hayatın tıplaştırılması” ve doğum öncesi bakım hizmetleri

Prof. Dr. Osman Hayran



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

Bedenimiz ve aklımızla ilgili her türlü rahatsız edici deneyime, hatta “normal” dışı her türlü algılamaya tıbbi açıklamalar getirilmeye çalışılmasını özetleyen bir kavram olan “Hayatın tıplaştırılması”, tıp biliminin günlük hayatlarımıza her geçen gün daha fazla girmesini, son derece sıradan, insani bazı hallerimizin bile zaman içerisinde semptomlara, klinik tablolara ve tedavi gerektiren hastalıklara dönüştürülmesini anlatmak amacıyla kullanılan bir kavramdır (Foucault, 1975; Illich, 1976; Sontag, 1978; Conrad ve Schneider, 1992).

Özellikle bilim ve teknolojinin hızla gelişmesi, yeni bilgilerin gelişmiş iletişim araçları ile hızla yayılması, hayatın tıplaştırılmasını da hızlandırmakta, günlük hayatımızın sorumluluğu ve denetimi her geçen gün daha büyük oranda tıp biliminin ve uzmanlarının eline geçmektedir. Bu sorumluluk ve denetim devri bazen işimize geldiği için kendi istek ve rızamızla, bazen da medyanın ve içinde bulunduğumuz çevrelerin etkisi ile elimizde olmaksızın gerçekleşmektedir. Bedenimiz ve aklımızla ilgili her türlü rahatsız edici durumun uzmanların sorumluluk ve denetim alanında görülmesi bir yandan bireyler olarak bizleri rahatlatırken bir yandan

da bu işten çıkar sağlayan meslek gruplarının oluşmasına, iş alanlarının doğmasına neden olmaktadır.

Hayatın tıplaştırılmasından çıkarılan bazı meslek gruplarını, ilaç üreticileri ve satıcıları, tıbbi araç-gereç ve malzeme üreticileri ile satıcıları, hastane ve laboratuvar sahipleri ile çalışanları, doktorlar ve her türlü sağlık personeli, sağlık sigorta kuruluşları çalışanları, öğretim üyeleri, vb. şeklinde sıralamak mümkündür. Bu meslek gruplarının herhangi biri ya da birkaçının çıkar sağlamak amacıyla kasıtlı olarak “tıplaştırma” işlemine destek verdikleri, katkı sağladıkları şeklinde bir komplo teorisinden söz etmek elbette ki





Sağlık personeli ve tıp bilimi, gebe kadında ortaya çıkan ve aslında normal olan bazı değişimleri açıklamaya çalışırken bazen abartılı, bazen de yetersiz tanımlamalar yaparak; normal değişimlerin semptomlara dönüşmesine, gebeliğin her aşamada izlenmesi gereken normal dışı bir durum hatta bir hastalık olarak algılanmasına, doğumun ise hastane koşullarında, sağlık personelinin müdahalesini gerektiren cerrahi bir işlem olarak ele alınmasına neden olmaktadır.

doğru değildir. Ancak bilimsel araştırmalardan elde edilen bazı bulguların süzgeçten geçmeksizin hızla bilgiye dönüşmesi ve yeni bilginin yeni kazanç ve çıkar alanları oluşturması, yeni çıkar gruplarının da eldeki bilgiyi savunmaya devam etmesi şeklindeki bir döngünün gerçekliği de inkâr edilemeyecek şekilde ortadadır. Hatta bu döngünün sürmesinde, aslında yeni bilgiden hiçbir çıkarı olmayan ancak sorgulama, araştırma yapma ve bilgi üretme yeteneği de olmadığı için körü körüne savunuculuk yapan bazı akademik unvanlı profesyonellerin de önemli payı vardır.

Tıp bilimi ve sağlıkla ilgili mesleklerin insanlık tarihi kadar eski olan geçmişleri; büyük buluşlar, özverili çalışmalar ve meslek ahlakı konusunda eşsiz örneklerle doludur. İnsan bedeni ile ruhunun bilimsel sırlarının keşfi, bu yolda yapılan araştırma ve çalışmalar, uygulamalarda etik kuralların ortaya çıkışı, bilgilerin hiçbir karşılık beklemeksizin paylaşılması, diğer disiplinlere örnek oluşturacak nitelikte ve saygı ile anılması gereken çabalar. Ancak aynı çabaların kaçınılmaz bir diğer sonucu da günlük hayatlarımızın, isteyerek ya da istemeyerek, her geçen gün daha büyük oranda tıp biliminin denetimi altına girmesidir. Örneğin bugün, üniversite mezunu, orta sınıf, kentli, herhangi bir dünya vatandaşı için beden kitle in-

deksinin 30'un üzerinde olması, yani şişmanlık, tıbbi açıdan bir tür bozukluk ve düzeltilmesi gereken bir durum olup kişinin kendisini nasıl hissettiğinin neredeyse hiç önemi bulunmamaktadır. Yenilen yiyeceklerin neredeyse tamamı protein, yağ, karbonhidrat, vitamin, antioksidan, gibi çeşitli bilimsel tanımlamalarla eşdeğer anlamlar ifade etmektedir ve tüketilmeleri için artık lezzetlerinden çok bu tanımlamalar önemli rol oynamaktadır. Yumurta, sucuk-salam, tereyağı, kırmızı et gibi yiyecekler birer kolesterol deposu, tuz-şeker-un üçlüsü üç beyaz zehir olarak "zararlılar" safındaki yerlerini almışlardır. Marketlerde organik gıdalar, hormonsuz sebze-meyveler ayrı reyonlarda ve daha yüksek fiyatlarla satılmaktadır. İnsanlar artık sadece hasta oldukları zaman ilaç kullanmakla yetinmemekte, sağlıklı iken sağlıklarını korumak amacı ile ilaç kullanmakta ve bu amaçla üretilen bitkisel ilaçlar her geçen gün daha çok insan tarafından tüketilmektedir. Beslenme alışkanlıklarımız, bedensel özelliklerimiz, duygularımız, diğer insanlarla ilişkilerimiz hızla tıplaşmaktadır. İlk kez 1936 yılında kullanılan "stres" sözcüğü ile yakın zamanda ortaya çıkan "pozitif -negatif enerji" kavramları günlük hayatımızın vazgeçilmezleri arasına girmiş, günlük ilişkilerimizin niteliği tıbbi terimlerle ölçülür hale gelmiştir.

Gönüllülük temelinde gerçekleştiği ve sağlığını açısından yararlı olduğu sürece hayatın tıplaştırılmasına karşı çıkmaya gerek olmadığı düşünülebilir. Ancak tıplaştırma süreci her zaman bu şekilde işlememekte, tıp biliminin bilgileri, -Nazi Almanyası'nda üstün ırk oluşturma çabaları veya eski Sovyet sisteminde rejim muhaliflerinin psikiyatrik tanı konularak izole edilmeleri gibi- bazen politik amaçlarla, bazen de her gün piyasaya yenisi çıkan sayısız diyet ürünleri ve bitkisel ilaçlar gibi ticari amaçlarla kullanılabilmektedir.

Hayatın tıplaştırılması sürecini ve sonuçlarını göstermesi açısından tipik bir örnek olarak gebelik ve doğum öncesi bakım hizmetlerini ele almak pek çok açıdan öğreticidir. Gebelik öncesi bakım kavramı 20. yüzyılın başına kadar ABD'de yayımlanmış hiçbir tıbbi kitap ya da metinde yer almaz ve uygulanmaz iken (Speert, 1980), 1994 yılına gelindiğinde gebe kadınların % 96'sının düzenli olarak gebelik öncesi tıbbi bakım hizmeti aldığı (US Department of Health and Human Services, 1996) görülmektedir. Bu durum ilk bakışta kadınlar ile doğacak olan çocukları adına çok yararlı bir gelişme gibi görünse de, bu ülkedeki anne ve bebek ölümlerinin düşmesinde gebelik öncesi bakım hizmetlerinin sanıldığı gibi önemli bir rol oynamadığı anlaşılmaktadır (Barker, 1998).

Gebelik aslında normal ve doğal bir durum olup hastalık şeklinde ele alınması doğru değildir. Ancak gebelikteki bazı fiziksel ve ruhsal değişimler nedeniyle gebe kadınların sağlık durumlarının gebe olmayan kadınlara göre farklılık gösterdiği de bir gerçektir. Önemli olan bu farklılıkların ne kadarının doğal ve normal bulgu, ne kadarının patolojik bulgu olarak değerlendirildiğidir. Örneğin gebe olmayan kadının belirli aralıklarla adet görmesi normal iken, gebe kadının adet görmesi anormal bir durumdur. Gebe bir kadının gebeliği boyunca düzenli olarak kilo alması normal ve beklenen bir durum iken hiç kilo almaması veya aşırı kilo alması patolojik bir durumdur. Gebe olmayan bir kadında bulantı ve kusma hastalık belirtisi iken gebe bir kadında normal bir bulgu olabilmektedir. Başka bir deyişle gebe kadınların bedenleri ve ruhsal durumları, gebe olmayan kadınlardan farklı olacağı için, "normal" belirtili ve bulguları da farklıdır. Tıplaştırma işlemi de tam bu noktada başlamaktadır. Sağlık personeli ve tıp bilimi, gebe kadında ortaya çıkan ve aslında normal olan bazı değişimleri açıklamaya çalışırken bazen abartılı bazen de yetersiz tanımlamalar yaparak; normal değişimlerin semptomlara dönüşmesine, gebeliğin her aşamada izlenmesi gereken normal dışı bir durum hatta bir hastalık olarak algılanmasına, doğumun ise hastane koşullarında, sağlık personelinin müdahalesini gerektiren cerrahi bir işlem olarak ele alınmasına neden olmaktadır.

Gebelerle ilgili olarak yapılan pek çok sayıdaki araştırmanın ortak sonuçlarına göre gebe kadınların gebelik ile ilgili en önemli merak ve endişeleri kendi sağlıkları ile ilgili değil, fetüsün yani doğacak olan çocuklarının sağlığı ile ilgilidir. Dolayısıyla normal seyreden bir gebelik sırasında sağlık kontrolüne gitmelerinin başlıca amacı fetüsün durumu hakkında bilgi edinmektir. Bu amaçla kullanılan en yaygın ve popüler yöntem ise ultrasonografidir. Gebelik sırasında düzenli aralıklarla yapılan ultrasonografinin fetüste sorunları saptama konusundaki duyarlılık ve seçiciliğinin tartışmalı olmasına ve perinatal mortaliteyi azalttığına ilişkin hiçbir bilimsel delil olmamasına rağmen sonografinin doğum öncesi bakım sırasında kullanılması her geçen gün daha çok yaygınlaşmaktadır (Bricker and Neilson, 2000). Bu yaygınlığın bir nedeni gebe kadınların istekleri, diğer nedeni ise sağlık personelinin önerileridir. Kadınların bu konudaki istekleri fetüse ilişkin merakları nedeniyle anlaşılabilir iken, sağlık personelinin artan önerilerinin bilimsel gerekçe ve mantığını anlamak mümkün değildir. Benzer şekilde, her geçen yıl daha çok yaygınlaşan bir başka uygulama da sezar-

yenle doğumdur. Dünya Sağlık Örgütü uzmanlar kurulunun belirlediği bir ölçüte göre hastane doğumlarında beklenen sezaryen oranı en fazla yüzde 15 olması gerekirken, bu oran pek çok ülkede yüzde 30-35'lere ulaşmaktadır (World Health Organization, 1985; Flamm, 2000; Tranquilli ve Giannubilo, 2004; Black ve diğerleri, 2005; Sufang ve diğerleri, 2007). Bu artışın pek çok durumda hiçbir tıbbi veya bilimsel endikasyona bağlı olmadığı, sırf kadının isteği ya da sağlık personelinin kararı sonucu olabildiği dikkati çekmektedir. Başka bir deyişle zaman içerisinde gebelik, izlenmesi gereken bir sağlık sorununa, doğum ise cerrahi müdahale gerektiren bir olaya dönüşmektedir.

Avrupa Birliği fonlarından yararlanılarak ülkemizin 3 farklı bölgesinde, Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda yürütülen bir çalışmada, gebeliği sırasında sağlık hizmeti almayan ya da hizmeti yarıda bırakan kadınların sağlık arama davranışları kalitatif yöntemlerle soruşturulduğunda ilginç sonuçlar elde edilmiştir (Conseil Sante, EDUSER, SOFRECO, 2007). Tüm bölgelerdeki kadınların ortak görüşüne göre sağlık kuruluşları tarafından doğum öncesi bakım hizmeti olarak sunulan başlıca hizmetler, ultrasonografi ve tetanos aşısıdır. Bazı kadınlar daha önceki gebeliklerinde gittikleri sağlık ocağında hiç muayene edilmediklerini, sağlık personeli tarafından kendilerine ya sadece tetanos aşısı yapıldığını veya kan yapıcı ilaçlar verildiğini ya da ultrason için hastaneye gitmeleri önerildiğini belirtmişlerdir. Gebelikleri ile ilgili gerekli ilgiyi ve doyurucu bilgiyi alamadıklarını belirten kadınlarda bu tıbbi yaklaşımlara karşı önyargılar gelişmiştir.

Ultrason için genellikle hastaneye veya doktor muayenehanesine gidilmesi gerektiği, bunun sonucunda da doğumun genellikle hastanede ve sezaryen ile yaptırıldığı düşüncesi yaygındır. Yani kadınların çoğunluğuna göre ultrasonografi, sezaryen için adeta ilk adımı oluşturmaktadır ve her ikisi de arzu edilen uygulamalar değildir. Tetanos aşısı için de farklı bölgelerde farklı önyargılar bulunmaktadır. Van ilinin kırsalında görüşülen kadınlardan bir kısmı sağlık ocaklarında yapılan tetanos aşısının kısırlığa yol açtığını düşünürken, Afyon ve Adana illerinde bu görüşe hiç rastlanmamıştır. Ancak buralarda da tetanos aşısının gebelik sırasında fetüsün hızla büyümesine neden olduğu ve doğumun sezaryenle olması sonucuna yol açtığı düşüncesi vardır. Benzer bir inanç Adana'da görüşülen bazı kadınlar tarafından kan yapıcı ilaçlar için dile getirilmiştir. Bunlara göre, gebelik sırasında doktor tarafından önerilen vitamin ve kan yapıcı ilaçlar fetüste büyümeye neden olmakta, büyüyen fetüsün doğumu da sezaryen gerektirmektedir. Tüm kadınların ortak görüşüne göre se-

zaryenle doğum, tercih edilen bir doğum şekli değildir ve sağlıkları açısından sakıncalıdır. Tüm bu sonuçlar, doğum öncesi bakım amacıyla yapılan tıbbi uygulamaların, özellikle kırsal kesimde yaşayan öğrenim düzeyi düşük gebe kadınların sağlık kuruluşlarından ve sağlık personelinin uzaklaşmasına neden olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin tıplaştırılması, tıbbi hizmetler sunulurken yeterli insan ilişkilerinin kurulmaması, kadınları bu hizmetlerden soğutmaktadır. Söz konusu tıbbi uygulamaların ne ölçüde gerekli veya yararlı olduğu ayrı bir tartışma konusu olmakla birlikte, kadınların kendilerine bazı tıbbi uygulamaların "nesnesi" olarak davranılmasına sıcak bakmadıkları anlaşılmaktadır.

Hayatı tıplaştırmanın her zaman yararı olmasa bile ne zararının olduğu sorusu üzerinde bir miktar durmak gerekir. Gebelik ve doğumun tıplaştırılması örneğinde de görülebileceği gibi tıplaştırma en azından verilen hizmetlerin insani boyutunun geri plana itilmesine, tıbbi bilgi ve teknolojilerin gereğinden fazla yüceltilmesine, tıbbi uygulamaların yaşam kalitesini artırma amacından uzaklaşmasına, bazı insanların sağlık hizmetlerine karşı olumsuz önyargılar geliştirmesine neden olmaktadır. Gereksiz yapılan bazı tıbbi uygulamaların neden olabileceği komplikasyonlar, ekonomik kayıplar için bir başka boyutunu oluşturmaktadır. Diğer bilimler gibi tıp biliminin de insan hayatını kolaylaştırma amacını taşıdığını bilen her insanın, günlük hayatın tıplaştırılması karşısında bilinçli davranmasına ve günlük hayatımızın denetiminin elimizden çıkması karşısında tepki göstermesine her geçen gün daha fazla ihtiyacımız var.

Kaynaklar

- Barker KK. (1998) *A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy*. Soc. Sci Med. 47(8), 1067-1076.
- Black C, Kaye JA, Jick H. (2005) *Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database*. Obstet Gynecol 106:151-5.
- Bricker L, Neilson JP. (2000) *Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation)*. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001451.
- Conrad P, Schneider JW. (1992) *Devianca and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press, Philadelphia, PA.
- Conseil Sante, EDUSER, SOFRECO. (2007) *Health seeking behavior study*. Ministry of Health General Directorate of Mother-Child Health and Family Planning and the Delegation of the European Commission to Turkey, Ankara.
- Flamm BL. (2000) *Cesarean section: a worldwide epidemic?* Birth 27:139- .

Hayatı tıplaştırmanın her zaman yararı olmasa bile ne zararının olduğu sorusu üzerinde bir miktar durmak gerekir. "Tıplaştırma" en azından verilen hizmetlerin insani boyutunun geri plana itilmesine, tıbbi bilgi ve teknolojilerin gereğinden fazla yüceltilmesine neden olmaktadır. Diğer bilimler gibi tıp biliminin de insan hayatını kolaylaştırma amacını taşıdığını bilen her insanın, günlük hayatın tıplaştırılması karşısında bilinçli davranmasına ve günlük hayatımızın denetiminin elimizden çıkması karşısında tepki göstermesine her geçen gün daha fazla ihtiyacımız var.

Foucault, M. (1975) *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Vintage Books, New York.

Illich I. (1976) *Medical nemesis: The expropriation of health*. Bentam Books, New York.

Sontag S. (1978) *Illness and metaphor*. Farrar, Straus and Giroux, New York.

Speert H. (1980) *Obstetrics and gynecology in America: A history*. The College of Obstetricians and Gynecologists, Chicago.

Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. (2007) *Delivery settings and caesarean section rates in China*. Bull World Health Organ, 85(10):755-762.

Tranquilli AL, Giannubilo SR. (2004) *Cesarean delivery on maternal request in Italy*. Int J Gynaecol Obstet 84:169-70.

US Department of Health and Human Services. (1996) *Vital and health statistics: Prenatal care in the United States, 1980-94. Series 21, Data on Natality, Marriage and Divorce, No.54*.

World Health Organization. (1985) *Appropriate technology for birth*. Lancet, 2:436-7.

Tababette gelenekten kopuş ve Şanizade Ataullah

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



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

*"Ben bu dehr-i denide şadman olmam
'Ata Hasmdır erbab-ı isti'dada çün bu asyab"*

Saliba'ya göre, o zamana kadar Avrupa ile bilim alanında baş başa giden İslam dünyası, yeni bir dinamik döngünün 16. yüzyılın sonu - 17.yüzyılın başına doğru başlaması ve Avrupa biliminin atılım yapması ile geri kaldı. Bu durumun temel nedeni olarak klasik literatürün gösterdiği Gazali'nin felsefi/bilimsel gelişmeyi frenleyici etkisi veya Moğolların istilası sonucu kültürün taşıyıcı un-

surlarının tahribi teorilerine Saliba pek yüz vermez. Ona göre asıl sebep, 16. yüzyıl ve sonrasında değişen dış dünya koşullarıdır. Buradaki başlatıcı hamle "Yeni Dünya"nın keşfidir. 16 ve 17. yüzyıllarda Avrupa'daki bilimsel gelişmeler genelde "Yeni Dünya"nın keşfi ile başlatılan dinamik zenginlik döngüsünün ürünüdür. Zenginlik bilimsel üretimi, bilim de daha fazla zenginliği getirmiştir. İslam bilimi, üretim yöntemleri ile sermaye dürtülü bir döngü başlatamamıştır. Fazlıoğlu, bu noktada bir adım daha ileri giderek Batı Avrupa'da

vuku bulan "yepyeni şey"in tarih boyunca tüm medeniyetlerde nispeten ayrı duran techne ile logos'un bir araya getirilerek "teknoloji"yi tarih sahnesine çıkarılması olduğunu söyler.

Oysa bu döneme yani 16. yüzyıla kadar İslam dünyasında, özellikle Osmanlı'da çok yoğun bir bilimsel faaliyet vardır ve bilgi aktarımının yönü Batı'ya doğrudur. İslam biliminin kadim kaynaklardan toparlayıp bir araya getirdiği, ayrıca Saliba'ya göre gözlemler hatalarını düzenlediği tıbbi yaklaşım,



uzun yüzyıllar boyunca İbni Sina'nın "Kanun"u ile cisimlenmiş olarak Batı'da tıbbın öğrenilmesinde ve pratik uygulamalarda kullanılmıştır. Üstelik tababetteki bu düzey, medreselerdeki sistemli ve standart eğitim yolu ile organize bir yapı halindedir. Hatta Tokaç'ın aktardığı arşiv belgelerine göre hekim hasta ilişkilerini düzenleyen oldukça gelişmiş hukuksal organizasyonlar oluşturulmuştur.

Sonra olan olmuş ve 17. yüzyıldan sonra Osmanlı, bu kez Avrupa'dan gelen ve pratikte daha işe yarar görünen ve daha fazla talep edilir olan yeni bir tababet uygulaması ile karşılaşmıştır.

İhsanoğlu, 16. yüzyılda Paracelsus ve takipçilerinin ortaya koydukları yeni tıp doktrinlerinin 17. yüzyıldan itibaren Osmanlı tıp literatüründe "Tıbb-ı cedid" ve "Tıbb-ı kimyâ" adları altında Salih b. Nasrullah (öl. 1669) ve Ömer Şifai (öl. 1742)'nin eserlerinde görünmeye başladığını söylüyor. Yine Şemseddin İtâki'nin anatomi kitabı (1632) Avrupalı anatomistlerin ilk izlerini taşır. 19. yüzyıl başına kadar Osmanlı tıp literatürü temel olarak klasik İslam ve kısmen Batı kaynaklarındaki bilgileri kapsamaktadır.

Medresede tıp eğitiminin yanı sıra yeni bir eğitim sistemi için yapılan ilk teşebbüsler de 19. yüzyılın ilk yıllarında gerçekleşmiştir. 1805 ve 1806'da iki ayrı tıbhane açılmıştır. İlki "Rum milleti"ne kurdurulmuştur. Özellikle de anatomi teşrih derslerinin yapılabilmesi için bir ortam oluşturma çabalarıyla ilişkili görünmektedir. Ama maalesef başına getirilen Dimitraşko Meroz'un devlete ihaneti ile kapanmıştır. Bu okulun açılması ve anatomi derslerinin burada verilmesinin sağlanması için gayret gösterenlerden biri de, daha sonra Şanizade'nin hekimbaşılık için siyasi rakibi olan Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi'dir.

İşte Şanizade Mehmet Ataullah Efendi Osmanlı'nın bu yıllarında tarih sahnesine çıkar. Eskinin, geleneğin hükmünü ve gücünü yavaş yavaş yitirdiği, Batı'nın etkisinin hem zihinlerde merak ve ilgi olarak, hem de karşısında aciz kalınmaya başlanan bir güç olarak hissedilmeye daha fazla başladığı bu zamanda.

Aykut Kazancıgil, "XIX. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu'nda Anatomi" isimli kitabının önsözünde Şanizade'nin Osmanlı tıbbı içerisindeki pozisyonunu şu sözlerle tayin ediyor: "İlmi cemiyetler, akademiler ve genellikle bütün kurulumlar bilimsel gelişmeyi yönlendiren iletişimi sağlayan kuruluşlardır. Aslında bunların gerçekleştirdiği birikim, zaman içinde bilginin gelişmesini sağlar. Fakat bazen tek bir kişi derneklerin hatta devletlerin yapamadığı bilimsel

gelişmeyi kişisel gayret ile sağlar. Bir devri kapatır ve yeni bir devri açar. İşte Şanizade bu tür kişilerden biridir. O **Kanun**'u yakmadan sessizce ortadan kaldırmayı başarmıştır."

Şanizade Mehmet Ataullah (1771 – 1826) yaşadığı devir itibarıyla 3. Mustafa, 1. Abdülhamit, 3. Selim, 4. Mustafa ve 2. Mahmut'un saltanat yıllarını yaşamıştır. Ama asıl olarak 2. Mahmut dönemi âlimlerindendir. "Şani" sözcüğü Farsça'da "tarak yapıcısı" anlamına gelir. Aile adı, Mehmet Ataullah Efendi'nin büyük dedesinin tarakçı olması nedeniyle alınmıştır. Doğum tarihi kesin olarak bilinmese de İstanbul Ortaköy'de bir yalıda doğmuştur. Sıklıkla zikredilen tarih 1771'dir.

Mehmet Ataullah Efendi, 1786'da medreseden mezun olduktan sonra, Süleymaniye Tıp Medresesi'nde ve Halicioğlu Mühendishanesi'nde tahsil görür.

Batı bilimi ve bunun anahtarı olarak gördüğü yabancı diller konusundaki güçlü hevesini "Miyarü'l Etibba"ya yazdığı önsözde görüyoruz. Burada bütün yabancı bilimlerin sırlarına vakıf ve türlü türlü dilleri konuşan bir manalar lügati olmak hevesiyle yabancı dilleri öğrenmek istediğini belirtir. İtalyanca, Farsça, Fransızca, Arapça ve Rumcayı bildiğini kaynaklardan öğreniyoruz. Kendisi de "Hesap" adlı kitabının ön sözünde mühendishanede İtalyanca öğrendiğini fakat İtalyanların Fransızca kitapları kendi dillerine tercüme ettiklerini görek ikinci elden yazılmış kitapların yerine aslı olan Fransızca'yı öğrenmenin daha isabetli olacağını anlayıp Fransızca öğrendiğini söyler. Bu dilleri öğrendiği hocası ise mühendishaneden Ahmet Vefik Paşa'nın dedesi Yahya Naci Efendi'dir.

Eğitimi tamamladıktan sonra 30 yıl gibi çok uzun bir süre herhangi bir görev almayıp ordu kadısı olan babası ile birlikte dolaşmıştır. İlginc bir biçimde, Süleymaniye Tıp Medresesi'nden mezun olmasına ve tıp alanındaki çok önemli yayınlarına rağmen sarayda veya bir darüşşifada hekim ya da tıp medresesinde hocalık yaptığına dair hiçbir kayıt olmadığı noktasını Zülfikar işaret ediyor. Zülfikar, Şanizade'nin pratik olarak da hekimlik icraatında bulunduğuna dair işaretin sadece kendi tarihinden anlaşıldığını yazıyor.

En sonunda 1816 yılında "Havass-ı Refi'a" yani Eyüp Kadılığı'na ve aynı zamanda Çorlu Medresesi müderrisliğine getirilir. Kendisi de bu tayinlerin diploma almasından 31 yıl sonra olduğunu bildirir. Eyüp Kadılığı'nda bu görevin gereği olan 20 aylık süreyi tamamladıktan sonra 1817'de Haremeyn Evkaf Müfettişi ve 1819'da da Vakanüvis olarak tayin olunur.



Şanizade Ataullah Efendi (1771-1826)

Onun devlet hizmetinde aldığı ya da alamadığı görevlerin yoğun bir siyasi çekişmenin çevresinde döndüğü yazılanlardan anlaşılıyor. Devrin hekimbaşısı Mustafa Mesut Efendi azledilince yerine dönemin siyasi olarak hakim şahsiyeti Halet Efendi'nin etkisiyle Mustafa Behçet Efendi atanır. Oysa beklenen Şanizade'nin atanmasıdır. Bu konudaki hayal kırıklığının İzzet Molla tarafından "Erkan-ı devletin haline bak, bir müverrihi hekimbaşı ve başhekim vakanüvis tayin ettiler" sözü Cevdet Paşa tarafından bu güne aktarılıyor. Aralarındaki siyasi çekişmeye rağmen ilginç bir biçimde uzaktan bakıldığında Mustafa Behçet Efendi de Şanizade de Osmanlı tıbbının geleceği için aslında aynı yönde gayret sarfetmişlerdir. Birisi anatomi derslerinin verilmesini sağlayarak diğeri bu derslerin okunabileceği kitabı yazarak!

Yenileşme hareketlerinin güçler çekişmesinde kırılma noktasını temsil eden, "Vaka-i Hayriye" adıyla bilinen Yeniçeri teşkilatının lağvedilmesi (15 Haziran 1826) Şanizade için de ironik bir biçimde ters yönde çok önemli bir dönüm noktası olmuştur. Yeniçeri teşkilatının lağvedilmesinden sonra, yeniçeriler Hacı Bektaş'ı ocaklarının piri saydıkları için Bektaşî tarikatı da lağvedilir ve mensupları muhtelif yerlere sürgün edilir. Şanizade de Beşiktaş Cemiyet-i İlmiyesi ile olan ilişkisi nedeniyle Bektaşilikle itham edilerek Tire'ye sürgüne gönderilir. Sürgün kararı kısa süre sonra kaldırılrsa da, bu sürgün onun en verimli çağında vefatıyla sonuçlanacaktır. Rivayete göre Tire'ye sürgününden iki ay sonra masumiyeti anlaşılır ve 2. Mahmut tarafından af fermanı gönderilir. Fermanı getiren Tire voyvodası Eğinli Ali Bey, itlakınıza (affınıza) diyeceği yerde itlafınıza (idaminize) deyince kalp krizi geçiren Şanizade iki gün sonra vefat etmiştir.

Osmanlı tıbbı ve Şanizade

Mehmet Ataullah Efendi'nin hem bizim konumuz açısından hem de oluşturduğu etki açısından en önemli yanı Batı tıbbından yaptığı çeviriler yoluyla yeni tıbbın öğrenilmesi için sağlam ve ulaşılabilir kaynaklar oluşturmuş olması ve



Mi'yarü'l Etibba'nın dibace (önsöz) bölümü

Yeniçeri teşkilatının
lağvedilmesinden sonra
Şanizade de Beşiktaş
Cemiyet-i İlmiyesi ile olan
ilişkisi nedeniyle Bektaşilikle
itham edilerek Tire'ye
sürgüne gönderilir. Rivayete
göre Tire'ye sürgününden iki
ay sonra masumiyeti
anlaşılır ve 2. Mahmut
tarafından af fermanı
gönderilir. Fermanı getiren
Tire voyvodası Eğinli Ali
Bey, itlakınıza (affınıza)
diyeceği yerde itlafınıza
(idamınıza) deyince kalp
krizi geçiren Şanizade iki
gün sonra vefat etmiştir.

geleneksel yazarlara hiçbir atıfta bulunulmamasıyla Osmanlı'da tıp için adeta paradigmayı değiştirmiş olmasıdır.

Kaynaklarda altı tıbbi eserinden bahsedilirse de "Hamse" dışında kalan "Ruhiyye Risalesi'nin Şanizade'ye ait olduğu şüphelidir, örneği de elimizde yoktur. Asıl önemli yapıtı, "Hamse-i Şanizade" veya kendisinin İbni Sina'nın kanununa atıfta isimlendirdiği gibi "Kanun-ı Şanizade" olarak bilinen eserleridir. Bu beş kitap sırasıyla; "Miratü'l Ebdan fi Teşrih-i Azaü'l-İnsan", "Usulü't Tabia", "Miyaru'l-Etibba", "Kanunü'l-Cerrahin" ve "Mizanü'l-Edviye" isimlerini taşır. Şanizade, ilk kitabın teşrih-i aza, ikincinin umurü't-tabia, üçüncünün emraz ve mualecat, dördüncünün fenn-i cerrahiden bahsettiğini belirtir.

İlk üç kitap tek cilt olarak İstanbul Dar'ı-Tıba'atü'l-Amire'de 1820 yılında basılmıştır. Osmanlıda basılan yani basılarak çoğaltılan ilk tıp kitabıdır. Bu özelliği, satın alınabilirliğini ve ulaşılabilirliğini artırmış ve etkinliği güçlendirmiştir. O dönemlerde telif edilen eserler padişaha arz edilir ve irade çıkmadıkça da basılamazdı. Şanizade, "Mi'yarü'l Etibba"yı basılabilmesi için padişaha arz etmesi için Şeyhülislam Dürrizade Abdullah Efendi'ye takdim ederse de, eser gereken mercie iletilmez, bekletilir. Şanizade'nin ikinci teşebbüsü de Hekimbaşı Mustafa Mesut Efendi tarafından engellenir. Bu arada Miratü'l Ebdan'ı da yazan Şanizade, ancak kendisi evkaf müfettişi olduktan sonra dönemin sadrazamı vasıtasıyla padişaha eserlerinin arz edilmesini sağlayabilir ve Hamse'nin 3. cildini teşkil edecek "Usulü't Tabia" da dahil olmak üzere eserlerinin basılması için Sultan 2. Mahmut'dan irade çıkar. Basılma süreci de Şanizade'nin tarihinde şikâyetle belirttiği gibi zahmetlidir ve 3 yıl sürer. Cevdet Paşa, tüm bu entrikaların sebebinin Şanizade'nin hekimbaşı olacağı korkusunun olduğunu söyler.

Miratü'l Ebdan fi Teşrih-i Azaü'l-İnsan; zamanına göre modern tarzda hazırlanmış bir anatomi kitabıdır. 56 adet resimli levha içerir. Levhaların çoğunda kaynaklarına atıf yapılmıştır. Şanizade; "Asar-ı kudemada teşrihe dair eser olmadığını, izahi terceme-i cedide ye ihtiyaç olduğunu", ayrıca bu eseri "Osmanlıda yeni tıbbi ve anatomiyi bilen hekim yoktur" diyenlere cevap olarak yazdığını, kitabın mukaddimesinde belirtir.

Usulü't Tabia; 39 sayfalık küçük hacimli bir kitaptır. Yine basılan ilk fizyoloji kitabıdır. Bu kitap da tercümedir ama hangi kaynaktan istifade ile yazıldığı belli değildir.

Miyaru'l-Etibba; Avusturya İmparatoriçesi Marie Theresie'nin saray hekimi ve bütün Avusturya ülkesi tıp fakültelerinin dekanı Anton Baron Von Störck (1731-1803)'ün yeni tıbbı ait iki ciltlik eseri "Medizinisch Praktischer Unterricht für die Feld und Landwundaerzte

der Österreichischen Staaten"ın, (Avusturya Memleketleri Askerî ve Köy Hekimleri için Pratik-Tıbbî Öğretim / Viyana, 1776) bir İtalyan hekim tarafından yapılmış İtalyanca çevirisinden Türkçeye çevrilmiştir. Uzluk bu eserin tercümesinde bir rakam yanlışlığı dışında hiçbir tercüme hatası yapılmadığını bildirmektedir. Üstelik bu kitaptaki çiçek aşısı ile ilgili bölüm, aradan geçen zaman içerisinde gelişen teknik ile eskidiği için Şanizade kendi çevirisinde bu bölümü değiştirip güncellemiştir.

Hamse'nin dördüncü kitabı olan **"Kanunü'l-Cerrahin"**, Mısır'da 1828 yılında Bulak Matbaası'nda Kavalalı Mehmet Ali Paşa tarafından bastırılmıştır. 134 sayfa hacmindedir. Şanizade, bu kitabının iki bölüm olduğunu, ilk bölümde cerrahi işlemlerden, ikinci bölümde ise cerrahi hastalıklardan bahsettiğini, bu nedenle adını "Kanunü'l-Cerrahin" koyduğunu söyler.

Beşinci kitap olan **"Mizanü'l-Edviye"** basılamamış, yazma olarak kalmıştır ve yazılmasından bu yana ancak 180 yıl kadar geçmesine ve Şanizade'nin yaşayan akrabalarının izinin 1950'ye dek sürülebilmesine karşın eldeki tek nüsha da eksiktir. Kitap ilaçları tanıtır ve kullanımlarını anlatır. Kitapta önce "ecza"nın çeşitli dillerdeki adları, sonra özellikleri ve kullanım şekilleri ve miktarları bildirilir. Yine Şanizade kendisine ait bir "nebatat bahçesi" olduğunu kitapta sık sık belirtir. Şanizade bu kitabın mukaddimesinde, eserin sonunda "Fi'l-İstılahatü'l-Tıbbiyye" isimli tıp terimleri kısmı eklediğini söylüyorsa da bu kısım bu gün kayıptır.

Bu tıbbi terimler sözlüğü kayıp olsa da, Şanizade'nin diğer önemli bir yanı Türkçede var olan eski tıp terimlerini yeni kavramlara göre yeniden değerlendirmesidir. Farklı bilimsel kavramların öğrenilmesi yeni bir terminolojiyi gerektirdiğinden, kavram olarak bulunmayanlar için yeni terimler türetmiştir. Aciduman, Şânizâde'nin "mekonyum", "rahitis" gibi bugün de tıbbî terminolojide kullanılan bazı terimleri olduğu gibi Türkçeye aktardığına, boğmaca, kırpa gibi halk arasında kullanılan terimleri de eserine kattığına işaret etmektedir. Bu çalışmaları, SD'nin 10. sayısında kaleme aldığımız yazımızda anlattığımız Cemiyet-i Tıbbiye'nin hazırladığı "tıp lügati" için bir temel olarak kullanılmıştır.

Şanizade'nin kitabının bir nüshası, yayınlandığı dönemde Fransız Sefareti'ne de gönderilmiştir. Burada Doğu dilleri uzmanı olarak görev yapan Bianchi, kitabın özelliğini ve değişimin habercisi olma durumunu fark etmiş, bu kitabı yazdığı özel bir monografı birlikte Fransa'ya göndermiştir. Bianchi bu monografıta, Şanizade'nin kitabını



Tire'deki Şanizade anıtı

Osmanlı'da zihniyet değişiminin bir göstergesi olması açısından ne kadar önemli bulunduğunu yazıyor. Bianchi'nin sunuş yazısında dikkati çeken diğer bir nokta da kitabın Doğu memleketlerinde hekimlik yapacak Avrupalı hekim ve cerrahlara tavsiye edilmesi. Özellikle Türk dilini öğrenmelerine yardımcı olacak, hastaların yakınmalarını doğru anlayıp onlar tarafından doğru anlaşılmasını sağlayabilecek bir kitap olarak, dili nedeniyle önerilmektedir.

Vakanüvis Şanizade Mehmet Ataulah Efendi

Selefi Vakanüvis Asım Efendi'nin vefatıyla 1891 yılında Vakanüvis olarak tayin edilmiş ve 25 Temmuz 1808 – Ağustos 1821 arasındaki olayları "Tarih-i Şanizade"de yazmıştır. 1825'te azledilince diğer beş yıllık olaylara ilişkin "zabt-ı vekayi cerideleri" halefi Sahhaflar Şeyhi-zade Seyyid Mehmed Es'ad Efendi'ye devretmiştir.

Şanizade, tarihinin başında Sultan 2. Mahmut'a takdim ettiği bir önsöz yazmıştır. Cevdet Paşa'nın tarihine aynen aldığı bu önsözde, tarih yazımını kendince yeni bir bakışla eleştirmiştir. Cevdet Paşa'nın onun bu eleştirilerini kendi tarihinde yorumlayıp tenkit etmesine bakılırsa o dönem için bu görüşler önemli bulunmuştur. Ama Ahmet Hamdi Tanpınar onun tarih yazımını sevimli, nüktedan ama zararsız bir hiciv olarak görür ve eleştirel bakıştan yoksun olduğunu söyler. Yine Cevdet Paşa'nın da hayretle bahsettiği "ilm-i nücum" astroloji merakı ve tarihinde bunu kullanışı o dönem aydınının zihnini göstermesi açısından ilginç kabul edilebilir.

Diğer alanlardaki çalışmaları ve eserleri

Şanizade dönemin aydınının özelliklerini aksettirecek biçimde bir "hezarfen"dir. Bizim ilgi alanımıza giren tıp dışında hem bilim, hem sanat alanında geniş bir yelpazede gayret gösterdiğini izliyoruz. Öncelikle yabancı dil bilgisi ve Batı'ya teknoloji kanalı ile ilk açılmaya çalıştığımız "Mühendis-hane" eğitimi yoluyla pek çok alanda önemli gördüğü kitaplardan çevriler yapmıştır. Şanizade'nin tümünü Charles Bossut'un kitabından tercüme ettiği

matematiğe ait üç kitabı vardır. Yine Coğrafya ve Zülfikarın 3. Selim ve 2. Mahmut'un askeri alandaki yenileştirme girişimlerinde yararlandıklarını düşündüğü askerlik alanında tercüme edilmiş dört kitabı vardır.

Şanizade'yi yine dönemin bir ilki, "Beşiktaş Cemiyet-i İlmiyesi" içerisinde görüyoruz. Bu cemiyetin üyeleri: Melekpaşazade Abdülkadir Bey, Şanizade Mehmet Ataulah Efendi, İsmail Ferruh Efendi, Kethüdazade Arif Efendi ve Fehim Efendi'dir. Toplantı yeri Ferruh Efendi'nin Ortaköy'deki konağı olan cemiyetin amacı bilim ve kültürün çeşitli dallarında isteyenleri eğitmektir. Burada Şanizade fen dersleri vermiştir. Cemiyet II. Mahmut devrinin (1808-1839) başlangıç yıllarında toplantılarına başlamıştır. Fakat tam olarak kuruluş tarihi bilinmemektedir. Cemiyet, Yeniçeri Ocağı kaldırıldığı sırada veya ondan sonra dağıldı. Bunda cemiyete ve üyelerine karşı olan tepkinin yanında Bektaşilik yakıştırmalarının da rolü olduğu söylenmektedir.

Doğal olarak gelenek ile en güçlü ve uzun süren bağ sanat yolu ile olan "zevk" üzerindendir. Şanizade de tüm hayatını dolduran tüm bu yenilikçi gayretlerin yanı sıra hat, resim ve müzikle yoğun biçimde uğraşmıştır. Kaynaklar levhalarından ve iyi bir tanbur ustası olduğundan bahseder. Bir de Divanı bulunmaktadır. Divan-ı Şanizade de geçen, epigram olarak aldığım, "Ben bu dünyada rahat yüzü görmem. Çünkü o yetenek sahiplerine düşmandır" anlamındaki beyit, herhalde ruh halini ve tüm hayatının hikâyesini gayet güzel özetlemektedir.

Kaynaklar

Ahmet Aciduman. *Şânizâde Mehmed Atâullah Efendi ve Miyârü'l-Etîbbâ Adlı Eserinde Çocuk Hastalıkları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009; 52: 42-52

Aykut Kazancıgil. XIX. Yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu'nda Anatomi. *Özel Yayınlar, İstanbul* 1991

Ekmeleddin İhsanoğlu. *Büyük Cihad'dan Frenk Fodulluğu'na. İletişim Yay.* 1996

George Saliba. *İslam Bilimi Ve Avrupa Rönesansı'nın Doğuşu. Butik Yayınlar, İstanbul* 2009

Şanizade dönemin aydınının özelliklerini aksettirecek biçimde bir "hezarfen"dir. Bizim ilgi alanımıza giren tıp dışında hem bilim, hem sanat alanında geniş bir yelpazede gayret gösterdiğini izliyoruz. Hat, resim ve müzikle yoğun biçimde uğraşmıştır. Divan-ı Şanizade de geçen, epigram olarak aldığım, "Ben bu dünyada rahat yüzü görmem. Çünkü o yetenek sahiplerine düşmandır" anlamındaki beyit, herhalde ruh halini ve tüm hayatının hikâyesini gayet güzel özetlemektedir.

İhsan Fazlıoğlu. *Türk Felsefe-Bilim Tarihinin Seyir Defteri. Divan*, 2005

Lütfü Hanoğlu. 150 Yıl Öncesinden Bir Öğrenci Hareketi ve Bir Türkçe Tıp Sözlüğü Öyküsü. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* - 2009; 10. sayı, s: 90-94

Mahmut Tokaç. *Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* - 2008; 7. sayı s: 86-90

Mükerrem Bedizel Zülfikar. *Tabip Şani-zade Mehmet Ataulah; Hayatı ve Eserleri. (Yüksek lisans tezi) Prof. Dr. Aykut Kazancıgil. "XIX. Yüzyılda Osmanlı İmparatorluğunda Anatomi" kitabı içerisinde. Özel Yayınlar İstanbul* 1991

* Şanizade'nin resmi, Mi'yarü'l Etibba'nın önsözü ve Şanizade anıtı görselleri *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi'nden* alıntılanmıştır.

İçinden tıp geçen filmler: Caro Diario/Sevgili Günlüğüm

Ömer Çakkal

SD'nin Haziran 2008'de çıkan 7. sayısında "İçinden tıp geçen filmler" başlığı altında, merkezinde bir hastalığın, hastanın ya da doktorun olduğu filmler üzerine seri yazılara yer vereceğimizi duyurmuştuk. İlk yazımızda, dilimize "Uyanış" adı ile çevrilen ve başrollerinde usta aktörler Robert De Niro ile Robin Williams'in rol aldıkları 1990 Amerikan yapımı "Awakenings"i ele almıştık. Onun ardından bu kez İtalyan Sineması'ndan bir örneği yakın markaja almak istiyoruz.

1993 yapımı "Caro Diario" (Sevgili Günlüğüm)'nun senarist, yapımcı ve yönetmen koltuklarının tümünde Nanni Moretti oturuyor. Moretti için "İtalyanların Woody Allen'ı" desek abartmış olmayız kanımca. O da Allen gibi yazdığı senaryoları çekiyor ve filmlerinde kendi de oynuyor. Bu filmde de böyle. Üstelik başroldeki kahramanımızın adı da Moretti! Film üç bölümden oluşuyor. "Vespamda" adlı birinci bölümde, yazar Moretti'nin vespa motosikletini hep geriden takip edip Roma sokaklarını, caddelerini bilhassa evlerini gezip görüyoruz. "Adalar" adlı ikinci bölümde Moretti, James Joyce'un Ulysses'ini in-

celemek üzere bir çeşit inzivaya çekilen ama televizyon şovları ve pembe diziler olmadan yaşayamayacağını anlayan entelektüel bir arkadaşını ziyaret etmek için Sicilya açıklarındaki bir adaya gidiyor. "Doktorum" adlı üçüncü bölümde ise giderek bağlandığımız bu aylak, bu sevimli yazarın kaşıntı sorunundan ötürü hastane hastane, doktor doktor gezmesine, hastalığı için şifa aramasına tanık oluyoruz. Biz bu yazımızda üçüncü bölüme odaklanacağız.

Kaşıntısı olan ve uyuyamayan kahramanımıza gittiği hastanede alerji tehis konuyor. Bir sürü ilaç kullanıyor, şifa





bulamayınca arka arkaya birçok hekime gidiyor, alerjiye neden olur diye onlarca gıdadan mahrum kalıyor ama olmuyor. Çin tıbbını bile deniyor ama faydasız. Tüm bunları günlüğüne not ediyor. Reçeteleri saklıyor.

Film hiçbir şeyi abartmıyor, ajite etmiyor. Hekim-hasta ilişkileri sahici, kahramanımızın yaşadıkları bizim de her zaman karşılaşılabileceğimiz, bazılarımızın karşılaştıkları türden.

Film, hasta psikolojisine dair ince ayrıntıları izleyicisine sunmaktan geri durmuyor. Moretti, bir hekimin reçete yazarken endişeli olduğunu görüyor ve bu nedenle reçetedeki ilaçları almadığını anlatıyor. Aslında yaşadığı, günlüğüne not ettiği hemen her şeyi kamerasına bakmadan bize aktarıyor. Günler haftaları, haftalar ayları takip ediyor ama kaşıntı bir türlü geçmiyor. Doktor tavsiyesi üzerine deniz kenarında uzun pamuklu çoraplar ve uzun kollu gömleklerle gezip kuru cildinin nemlenmesini sağlamaya çalışıyor. Sürece annesi de dahil oluyor. Kaşıntının azalması için ona ipek pijama ve keten çarşaf getiyor. Olmuyor. Bir masöre gidiyor. O da kendince akıllar veriyor. Falanca gıdaları yeme diye bir dünya gıda sayıyor. Kepeğe bulanmış bir küvette duş alıyor.

Sonra günlerden bir gün merak edip aldığı ilaçların reçetelerini okumaya başlıyor. Kendisine verilen ilaçların etkilerine bakıp çoğunun gereksizliğine hükmedip çöpe atıyor.

Gittiği doktorlardan biri hastalığından şikâyetçi olmasını psikolojik etkenlere bağlıyor ve aslında fiziksel bir şeyi olmadığını söylüyor. Arabasında evine dönerken her zaman yaptığı gibi olan biteni günlüğüne not ediyor, izleyiciye anlatıyor, "Bugün kaşıntımın nedeninin psikolojik olduğuna inandırıldım." diyor.

Kutular dolusu ilaç alıyor. Eczanede bulunmayan aşılarda sipariş ediyor. Aşılar geldiğinde, fikir almak için bağışıklık uzmanı bir arkadaşını arıyor. Uzman

arkadaşının "O aşılar bir işe yaramaz. Üstelik de anafilaktik şoka neden olur" sözüyle neye uğradığını şaşırıyor. Uzman arkadaşına göre kaşıntının gıda alerjisi ile bir ilgisi yok. Çünkü alerji kurdeşene ya da ishale neden olur. Oysa o ishal olmadı, kurdeşen dökmüyor.

Çinli doktorlar vücuduna bir sürü iğne batırıyorlar ama gene nafile. Kendi ifadesiyle Çin tıp merkezinde "herkes çok iyi olduğu için" oraya gidip gelmeye devam ediyor. Çinli doktoru ona kaşıntının son bulması için elektrikli akupunktur uyguluyor. Ancak devam eden öksürüklerinden dolayı bu tedaviye son veriyor ve bir göğüs röntgeni çekilmesini istiyor. Işın rengi bu filmde sonra değişiyor. Yapılan birkaç farklı tetkikten sonra anlaşılıyor ki hastamız aslında akciğer kanseri olmuş. Filmi çeken radyolog de kendince bir yorumda bulunuyor ve "Bunun ilaçla tedavisi yok" diyor. Bilgisayarlı tomografi çekilmesinden iki gün sonra ameliyata giriyor. Ameliyat ekibinde bulunan bir arkadaşının anlattığına göre, cerrah akciğerinden aldığı bir parçaya bakarak şöyle demiş: "Hayâlarımın üzerine bahse girerim ki bu primer akciğer kanseri değil, olsa olsa Hodgkin lenfoma metastazı. İkisine değil ama biri üzerine bahse girerim!"

Ortaya çıkıyor ki aslında alerjisi falan yok. Doktorlar onu birazcık dinleselerdi çok daha erken doğru teşhis yapıp onca yanlış teşhis ve tedaviler uygulanmayacaktı. Üstelik de onu dinlemeyen tek bir doktor değil. Aralarında "dermatologların kralı" diye tarif ettiği profesörün de olduğu ve arka arkaya gittiği bir düzine doktor!

Hastamız anlatmaya devam ediyor: "Hodgkin lenfoma, lenfatik sistemin kanser olmasıdır ve ilaçla tedavisi olan bir kanser türüdür." Sonra bir gün evdeki bir tıp rehberini gözden geçirince lenfoma maddesinin karşısında şunların yazdığını görüyor: "Kaşıntı, uykusuzluk ve kilo kaybı hastalığın belirtileridir."

Filmin finalindeki sözünü, bu yazının finaline de alalım: "Sonunda anladım ki doktorlar güzel konuşuyorlar ama din-

Yapılan birkaç farklı tetkikten sonra anlaşılıyor ki hastamız akciğer kanseri olmuş. Aslında alerjisi falan yok. Filmin finalindeki sözünü, bu yazının finaline de alalım: "Sonunda anladım ki doktorlar güzel konuşuyorlar ama dinlemesini hiç bilmiyorlar."



Caro Diario / Sevgili Günlüğüm

1993, İtalyan yapımı

Komedi, 100 dakika

Senarist, yapımcı, yönetmen:
Nanni Moretti

Görüntü Yönetmeni: Giuseppe
Lanci

Müzik: Nicola Piovani

Oyuncular: Nanni Moretti,
Giovanna Bozzolo, Jennifer
Beals, Sebastiano Nardone,
Alexandre Rockwell, Antonio
Petrocelli, Giulio Base

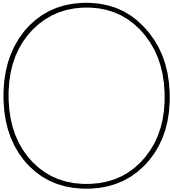
Cannes Film Festivali En İyi
Yönetmen Ödülü

Kendi dilinden Dr. Turgut Tokaç

Dr. Murat Salim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tanbur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. İcracı olarak katıldığı pek çok albümün yanısıra "Gençlik Hülyaları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.



kurlarımıza kendi- nizi nasıl tanıtırsı- nız?

24 Nisan 1942 tarihinde Ünye'nin Çakmak köyünde doğmuşum. Rençper olan babamın adı Ali, annemin adı Asiye'dir. 1948 yılında, 1 yıl erken olarak, ilkokula Ünye'de başladım, Ünye'de lise olmadı ve tahsile devam edebilmem için, ortaokul son sınıfta (vakıflar öğrenci yurdunda kalmak üzere) okul idaresince Giresun'a gönderildim. 1959 yılında liseyi orada bitirdim. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdim,

Fakülte 2'nci sınıfında Askerî Tıbbiye'ye geçtim, 1965 senesinde teğmen olarak tıp doktoru oldum. 1 yıl Ankara Gülhane Askerî Tıp Akademisi'nde (GATA) stajdan sonra, 1966 senesinde üsteğmen olarak Kırıkkale'de 61'nci Piyade Alayı'na kıta tabibi olarak atandım. 1969 yılında tekrar GATA'da İç Hastalıkları Kliniği'nde asistanlığa başladım. 1973 yılında iç hastalıkları uzmanı oldum. Yüzbaşı olarak Ağrı Askerî Hastanesi'ne atandım. 1977 yılında Samsun Askerî Hastanesi'ne tayin olduğumda rütbem binbaşı idi. 1982 yılında yarbay iken Kıbrıs-Girne Askerî Hastanesi'ne baştabip olarak atandım. Orada albaylığa terfi ettim ve 1984 yılında Adana Askerî Hastanesi'ne baş-

tabip oldum. 1985 yılında kendi isteğimle 2 yıllık albay iken, Türk Silahlı Kuvvetleri'nden emekli oldum. Aynı yıl Samsun Devlet Hastanesi'nde başhekim yardımcısı olarak tekrar devlet hizmetine döndüm. 2001 yılında toplam olarak 47 yıl 9 ay toplam hizmet süresi kazanımıyla tamamen emekli oldum. Emeklilikten sonra da özel bir tıp merkezinde hekim ve sorumlu müdür olarak hizmete devam etmekteyim.

Musikiye nerede ve nasıl başladınız, musiki dünyanızdan bahseder misiniz?

Tıp fakültesi yıllarında hocam Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver'in teşhip-



Samsun Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr. Tokaç. 1989





Bitpazarı Osman Dede'nin kahvesi ney ile ilk tanışma. 1961



Dr. Tokaç (soldan üçüncü) ve hocası Halil Can (soldan ikinci). Erenköy, 1963
tezvînat kurslarına devam ettim. Ayrıca



İstanbul Tıp Tarihi Enstitüsü. Süheyl Ünver'in kurslarında soldan sağa Süheyl Ünver, Uğur Derman, Niyazi Sayın, T. Tokaç, Tülay Hanım, Çiçek Hanım (Derman). 1964



Dr. Tokaç, hocası Halil Can ve eşiyile. Konya, 1969



Girne Askeri Hastanesi Başhekimliği Tbp. Albay Turгут Tokaç. 1984



Muayenehanede öğrencilerle meşk. 2002

oraya gelen diğer hocalardan hat meş-kettim. 1961 senesinde bir gün üniver-siteden Kumkapı'daki Askerî Tıbbiye'ye giderken Beyazıt'ta Bit Pazarı denilen yerde Cavit'in Kahvesi'nde Neyzen Yahya Akın'ın ney taksimine tesadüf ettim. Bir anda hayran olup hemen ora-cıkta o kahvehanede barınıp ufak tefek ticaret yapan Osman Dede'den bir ney satın alarak Yahya Akın'dan ney dersi almağa başladım.

Daha sonra sahalarda önceden tanı-dığım, ara sıra ziyaretine gittiğim, sa-haf âmâ Ekrem Karadeniz'in uyarı ve teşvikiyle emekli yarbay, İstanbul Yük-sek İslam Enstitüsü dini musiki hocası Eczacı Halil Can ile tanışıp evindeki derslere dahil oldum. Başlangıçta Erenköy'deki evinde, daha sonraları Kartal-Yunus'ta meşhur Ref'i Cevat Ulunay'ın kendi çiftliğinden hocaya verdiği bir arsaya inşa ettiği evinde derslere devam etmeğe başladık. (Ulunay o zaman تنها olan bu yerde Halil Can'la komşu ve esasen ahababı olduğu hocayla can yoldaşı olmak iste-miş. MST). Bu hanede çok şeyler öğ-rendim. Çok kişileri, hocamla birlikte değişik mekânları tanıdım ve önümde birçok kapılar açıldı. Hayat ufkum ge-lişmeye başladı, kişiliğimi buldum. Çok mutlu oldum. Samiha Ayverdi, Ekrem Hakkı Ayverdi, Sabahattin Volkan, Eski Demokrat Parti milletvekili Perihan Arı-burun, Eski Hava Kuvvetleri Komutanı ve Perihan Hanım'ın refiki Tekin Arıbu-run, Nezihe Araz, Red House İstanbul Müdüresi Sofi Huri, Fransız UNESCO Temsilcisi Bernard Mauguin, Millî Kü-tüphane Müdüresi Müjgân Cumbur, daha sonraları samimî olup kendi fo-toğraf agrandizör makinemi evine yer-leştirdiğim, kendisiyle fotoğrafçılık ta-lim edip mum ışığında fotoğraf çekip banyo ederek tab ettiğimiz Neyzen Ni-yazi Sayın burada tanıdıklarımın bazılarıdır. Beşiktaş'ta hocaların tabiriyle "Evliya tarlası" denilen Yahya Efendi Dergâhı'nı, yıkılma tehlikesi olduğu için halka kapalı olan, içinde 2'nci Abdülhamit'in özel kitaplarının bulun-duğu Vefa'daki üniversite kütüphanesi-ni yine Süleymaniye civarında meş-hur ressam Feyhaman Duran ve refikası Güzin Hanım'ların atölyemsi hanelerini, Haliç'te Bahariye Mevlevihanesi'ni ve orada kanunî Veci-he Daryal'ın da hocası olan "Şeref Ha-nım" diye tanınan hanımefendiye de bu sayede tanıdım, her birinden hisse kaptım, feyz aldım.

Böylece bir yandan Halil Can'a devam ederken bir yandan da Üsküdar-Doğancılar semtinde Niyazi Sayın'a da devama başladım. Niyazi Sayın'a an-cak geceleri gidebiliyordum çünkü pencere perdelerini çekip karanlık mekân sağlayarak fotoğraf tab ediyor-duk. Fakat askeri öğrenci olduğum için

Kumkapı'daki Askerî Tıbbiye'den firar ederek boğazın karşısında bulunan Üsküdar'a gelmek çok zahmetli oluyor-du. Ama içimdeki aşk bu meşakkatleri zevk haline getiriyordu.

Bu uğraşlarla birlikte Fatih'de İleri Türk Musikisi Konservatuvarı'na da devam ediyordum. İleri Türk Musikisi'nde ça-lışmalar pazar günleri oluyordu. Bura-da nazariyat dersleri iyi oluyordu. Ho-calarımız İbrahim Sevinç ve fakülteden sınıf arkadaşım olmasına karşın fakat benden 6 yaş büyük olan Teoman Önadlı idi. İbrahim Sevinç'ten çok şey öğrendim. Udun tutuluşu ve bütün par-makları kullanmayı da Teoman Önadlı'dan öğrendim.

Konservatuara misafir olarak gelenler de oluyordu. Bunlardan aklımda kalan-lardan biri Sadi Yaver Ataman idi. Ciddi otoriter tavrı ve tok sesiyle bir uzun hava ve bu meyanda Erzincan türküsi olarak "Turnalaaaaar..." diye bir icrasını bir defa gördüm ve yarım asra yakındır hafızam-da hâlâ taptazedir. Bir başka derste de Necdet Yaşar tanbur hakkında konuş-ma yapıyordu. Onun da önce mızrabı vurup hemen akabinde tanburun sapın-da parmak kaydırarak glisendo tarzında vınlayan tanbur sesi elde edilmesini hiç unutmadım. Bir başka pazar günü Fikret Otyam fotoğrafçılık dersleri veriyordu, bir de piyanoda "segâh" perdesini bul-mak için "buselik" ve "çargâh" perdele-rine aynı anda basmak gerektiğini öneri-yordu. Bu gibi dersler insan görgü ve bilgisini artırıyor, insan ufkunu genişlet-mektedir. Bunlardan ve buralardan çok istifade ettim.

Fakülte yılları bitip doktor olarak Anadolu'yu dolaşmaya başlayınca, her gittiğim yerde öğrendiklerimi arzu ede-ne aktarmayı zevk edindim. Özellikle Samsun'da hem Belediye Konservatuvarı'nda, hem de kendi özel muayenehanemde boş zamanlarda özellikle ney meşkleri 1977'den beri sürmektedir. Ayrıca 1985-1995 yılları arasında 10 yıl süreyle Ondokuzmayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nde, rek-törlüğün isteğiyle valiliğin tasvibiyle Din Musikisi öğretmek üzere "Öğretim Görevlisi" olarak çalıştım. Bu arada ney dersi almak için bayanların çoğun-lukta olduğunu fark ettim. Öğrenciler arasında üniversite öğrencileri çoğun-lukta oldu. Bundan sonra öğretmenler ikinci sırada gelmektedir.

Biz 1977 yılında Samsun'a geldikten sonra Samsun'da ney, tanbur, kemen-çe gibi klasik enstrümanlar tanınır, bili-nir hale geldi. Başta oğullarım ney ve tanbur sanatçısı ve İstanbul'da Kültür Bakanlığı Türk Müziği Araştırma ve Uy-gulama Topluluğu Sanat Yönetmeni, Kültür Bakanlığı Korolar Genel Koordi-natörü Dr. Murat Salim; dış hekimliği

son sınıfında iken 1994 yılında teröristlerce şehit edilmiş olan ikinci oğlum Ali Ertuğrul ve 2009'da Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun olan üçüncü oğlum Melik Can ney ve kemençede başarılı olmuşlardır.

Bunların yanı sıra Samsun Devlet Türk Müziği Korosu Şefi (Fen bilgisi öğretmeni) Neyzen Kemal Yurt, Elektrik Mühendisi Onur Copçuoğlu, Ankara TOB Üniversitesi öğrencisi Bilgehan Öztürk, Boğaziçi mezunu Bilgisayar mühendisi Elif Akan ve Yusuf Tarık Günaydın neyde, Boğaziçi Üniversitesi'ni kazanmış olan Gizem Nur Copçuoğlu ud ve kemençede yetenek sahibi kişiler olmuşlardır. Bunların dışında Doç. Dr. Hasan Sevgili, Dr. Mesut Emre Yaman, Dr. Ahmet Güdeloğlu, Dr. Hakkı Altaş, Erciyes ilahiyat mezunu Senem Aydın, henüz lise öğrencileri Yusuf Tökel ve Rabia Sungur başarılı birer neyzenler olarak benim muayenehanede, bizim "rahle-i tedris"den yetişmişlerdir. Bunların dışında hâlen beraber çalıştığımız birçok edep-erkân sahibi, yetismekte olan neyzen adayları meşklere devam etmektedirler.

Musikinin ve hekimliğin ortak gördüğünüz tarafları sizce nedir? Hekimlik mesleğini icra ederken musikiyle uğraşırken olmanızın ne gibi etkilerini gördünüz?

Tüm güzel sanatlar özellikle musiki, eskilerin de dediği gibi, insana özgü bir haslettir. Hayvanlarda estetik duygular, bu meydana güzellik duygusu, din duygusu, konuşmak, gülmek ve ağlamak gibi duyguları belirleyici haller bulunmaz. Allah bunları insana ihsan eylemiştir.

Benim anlayışıma göre başta musiki olmak üzere bu gibi güzel sanatlara ne kadar yakın olunduğu nispette, kişinin insanlık vasıfları o derece yüksek olur, kişi daha da kâmil olur, nihayet şahıs değil şahsiyet olur. Tababet insan beden ve ruhunu inceleyen bir meslektir ve ayrıca diplomasında mesleğinin sanat, hekimin sanatçı olduğu tescil edilmiş yegâne meslek doktorluktur. Çünkü hekimlik diplomasında "1219 sayılı tababet ve şüabâtı sanatlarının tarzı icrasına dair kânun gereğince kendisine tıp doktoru unvanı verilmiştir" denilmektedir.

Musikiyle meşguliyetimin hekimliğime etkisi sorulmaktadır, cevabım çoktur. Öncelikle şunu söylemek isterim ki; musiki bütün kalpleri yumuşatır, merhamet ve yardım duygularını galip kılar, müzik kişinin performansını artırır, yorgunluğu unutturur, insanı daha da medenî kılar, kötü düşüncelerden ve kötülüklerden alıkoyar. Ben hekim olduğumdan ve müzikle meşguliyetimden ziyadesiyle memnunum, hayata bir daha dönüş olsa yine aynı yolu izlerim. Zaten eski

hekimlerden, 1693'de vefat ettiği bilinen Şuûrî Hasan Efendi, özet olarak, musikiden anlamayan bir hekimin başarılı bir doktor olamayacağını yanı sıra teşhis ve tedavisinin de isabetli olamayacağını beyan etmiştir. Musiki insanı medenî kılar. Fakat her meşguliyetinde, her işte olduğu gibi musikide de bir seviye, bir kalite vardır. Yoksa çarşıda-pazarda mal satan çığırkanların, gösteriş meraklısı bazı zayıf mizaçlı görgüsüz insanların her mekânda ağızdan salyalar akarcasına ulu orta gü-rültüleri benim hayal ettiklerimin dışındadır. Hani güzel bir söz vardır: Su ve güneş sağlık ve büyüme, yani neşv ü nema için şarttır, fakat suyun fazlası boğar, güneşin fazlası yakarmış.

Beste yapmak da şiir yazmak, resim veya heykel yapmak gibi bir yetenek işidir ama benim düşünceme göre her insanın içinde böyle bir potansiyel vardır. Musiki topluluklarında birlikte çalıştığımız bazı arkadaşlar oldu, ama pek anlaşılamadım çünkü onlar hemen konser vermek, görüntüye çıkmak, tanınmak, meşhur olmak sevdasında idiler. Özellikle Samsun Belediye Konservatuvarı'ndaki çalışmalarımızda böyle olurdu. Ben ise diyordum ki harbe ganimet için değil gazâ için gidilirse maksada ulaşılır, başarılı olunur, zafer elde edilir. Bir fidan dikilir, iyi sulanır ve bakımı yapılırsa meyve verir; beklemesi bilirse olgun ve lezzetli ürün alınır. Akıl yolu böyledir. Ama çoğu kez ben bu düşüncemde hâlâ yalnız kalmaktayım.

Bestekârlık ve müzik anlayışınızdan bahseder misiniz?

1980'li yılların birinde Samsun Musiki Cemiyeti'nin bir sahne konserinde küçük bir kız çocuğuna bir solo şarkı okutulmuştu. Çocuk 8-9 yaşlarındaydı ve yetenekliydi. Okuduğu şarkı ise yaşı ile hiç uygun değildi. Avni Anıl'ın aşktan, sevişmekten filan bahseden günlük yapıtlardan biriydi. Fakat öyle bir alkışlandı ki yer yerinden oynadı. Bu olay beni çok etkiledi. Böyle yaş ve içerik uyumsuzluğuna üzüldüm, bu gibi durumlar için beste yapmak gereğini hissettim. Sonunda yaptığım bir çocuk şarkısı Devlet Bakanlığı'nca yapılan bir yarışmada ödül aldı. Sözleri Ahmet Efe'ye ait segâh makamındaki çocuk şarkısının ilk kıtası şöyleydi:

*Gözleri yıldızlara
Dilleri bala benzer
Erenler anlattı ki
Çocuklar güle benzer*

Daha sonraları şarkı ve ilâhi formunda besteler yaptım. Bunların 5 adedi TRT repertuarında tescillidir. Beste yapmış olmak için bestelemek bence pek önemli değil. Beste denilen olayda bir yenilik, tazelik olmalıdır. Dikkat çeken bir sanat ol-

*Musiki kalpleri yumuşatır,
merhamet ve yardım
duygularını galip kılar, kötü
düşüncelerden ve
kötülüklerden alıkoyar. Ben
hekim olduğumdan ve
müzikle meşguliyetimden
ziyadesiyle memnunum,
hayata bir daha dönüş olsa
yine aynı yolu izlerim. Zaten
eski hekimlerden, 1693'de
vefat ettiği bilinen Şuûrî
Hasan Efendi, özet olarak,
musikiden anlamayan bir
hekimin başarılı bir doktor
olamayacağını yanı sıra
teşhis ve tedavisinin de
isabetli olamayacağını
beyan etmiştir*

malıdır. Kişinin kendine ait olaylar, maceraları değil; millî ve herkesi, toplumu ilgilendiren olaylar, konular olsa daha iyi olur diye düşünmekteyim. Yoksa bana ne senin hovardalıklarından, zamparalıklarından! Sabahlara kadar kanlı gözyaşları dökmüş, meyhanelerde sabahlara kadar içmiş, kahrolmuş, sevgili reddetmiş, miş, miş... Repertuardaki şarkı beste formlarının çoğunda temalar böyle. Hepsini pespaye, müzikli ağlamalar, inlemeler. İşin hazine tarafı toplum bu gibi şeylere öylesine alıştırdı ki herkes bu gibi icralarla kendilerinden geçercesine zevk alametleri göstermektedir. Herhalde bu durumlar karşısında Atatürk misali doğru yolu göstererek mücadele edilmelidir.

Anladığımız kadarıyla hekimlik ve musiki hayatınıza ait pek çok hatıranız var. Genç meslektaşlarınıza da bir anlamda yol gösterecek şekilde bunları yayımlamayı düşünüyor musunuz?

Evet, kitaplaştırarak yayımlamayı düşünüyorum. Bundan maksadım; yaşanmışlıkların örnek olabilecek olanlarını paylaşmak, denenmişlerin denenmemesi ve daha da önemlisi hocalarımızdan gördüğümüz kadarıyla hekimliğin güzel sanatlarla olan yakın ilişkisini bizden sonraki genç meslektaşlarımıza aktarmaktır.

18.09.009, Samsun

