

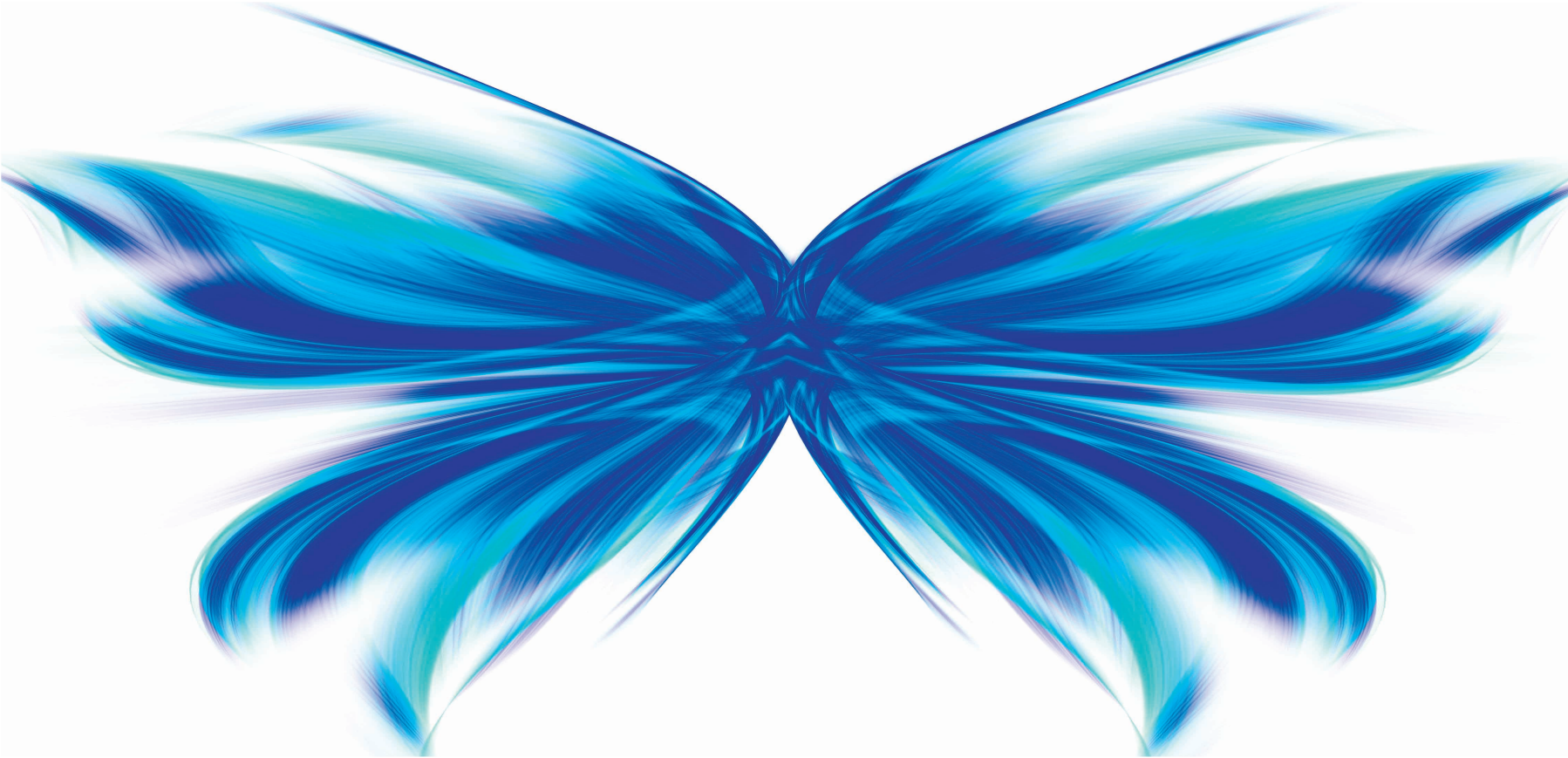
SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AĞUSTOS
2010
12 TL
(KDV DAHİL)

YAZ

15

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



PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SOSYALİZASYONDAN AİLE HEKİMLİĞİNE

ÖMER ÇAKKAL AİLE HEKİMLİĞİNİN YOL HARİTASI | DR. SİNAN KORUKLUOĞLU SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN BİRİNCİ BASAMAĞI: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI
DR. SAVAŞ BAŞAR KARTAL İSTANBUL'DA AİLE HEKİMLİĞİ İÇİN GERİYE SAYIM SÜRÜYOR | İLKER KÖSE AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİ | PROF. DR. GAZANFER
AKSAKOĞLU ÇAĞDAŞ SAĞLIK ANLAYIŞI VE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ | ECZ. EMİN OLGUN AİLE HEKİMLİĞİ, "MAHALLENİN ECZACISI"NI GERİ GETİRİYOR (MU?)
PROF. DR. S. BEDİİ OMAZ: "NİSİBİS AKADEMİSİ"NDE BİR "BEYT-ÜL HİKME" TAHAYYÜL ETTİM | HÜSEYİN ÇELİK TAM GÜN YASASI KAOSU VE MÜLKİYETE DAYALI
SAĞLIK SİSTEMİ | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK MİLLİ SAĞLIK KURUMU (ENSTİTÜLERİ) İHTİYACI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIKTA VİZYON: HİZMETLERİN
DEĞİŞEN DİNAMİĞİ | SAFİYE ŞAHİN - PROF. DR. HAYDAR SUR KAMU HASTANELERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ VE ÜLKEMİZDEKİ GELİŞMELERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA
DR. MEHMET DEMİR - DR. HASAN GÜLER - SERAP SÜZÜK HASTANELERİN HİZMET KALİTESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ VE KAZANIMLAR
DR. HASAN GÜLER - DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - DR. DİLEK TARHAN KALİTENİN YENİ ADI: HİZMET KALİTE STANDARTLARI | PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN
BİR TIBBİ ALET TASARIMI: LAPAROSKOP VE LAPAROSKOPİK CERRAHİ | DR. SELMA ALTINDIŞ SAĞLIK HİZMETLERİNDE KÖK NEDEN ANALİZİ
PROF. DR. FAHRİ OVALI SİGARA DUMANININ ÇOCUKLARA ETKİSİ | DR. ZEHRA BİLİR HEKİMLİK ÜZERİNE AFORİZMALAR | DR. KADİR DOĞRUEK
YOĞUN BAKIMDA YERİNİZ VAR MI? | YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR - DR. NUR MUSTAFAOĞLU NÖROEKONOMİ: YOK DAHA NELERİ
PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL TEKNOLOJİK DEĞİŞİM SÜRECİ: NANOTEKNOLOJİ VE NANOTIP | PROF. DR. İBRAHİM ORTAŞ TÜRKİYE'NİN BİLİM VE YAYIN
POLİTİKASI VAR MI? | DR. MAHMUT TOKAÇ MEVLÂNA AŞİĞİ ÜNLÜ TIP TARİHÇİMİZ: PROF. DR. F. NÂFİZ UZLUK
DOÇ. DR. AKİF TAN FREUD'UN SON KONFERANSLARI VE HZ. MUSA
DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2010
YAZ SAYI 15
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

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

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 Öztay
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

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

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

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

Aile hekimliği: Dün ve bugün

Alma Ata Bildirgesi ile sağlık sistemlerinin ana konusu haline gelen temel sağlık hizmetleri ve “herkese sağlık” hedefi yönünde atılan her adım saygıya layıktır. Bu konuda kapsamlı politikalar geliştiren ve uygulamaya koyan devlet adamları da saygıyla anılmaya devam edilecektir. Cumhuriyet dönemi sağlık politika serüvenimize bakıldığında Refik Saydam, Behçet Uz ve Nusret Fişek gibi isimlerin hafızamızda yer ettiğini fark ederiz. On yıllar sonra dönüp geçmişe bakanlar, hafızalarında bu isimlere yenilerinin de eklendiğini göreceklerdir.

Bildiğiniz gibi Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması 80'li yıllara geldiğimizde 40 ilimize yayılabiliyordu. 1984'te içinde İstanbul gibi büyük illerimizin de olduğu diğer iller, emir komuta zinciri ile sosyalizasyon kapsamına giriverdi (!). On milyonu aşkın nüfusa sahip olan İstanbul'da 2003 yılına kadar yani 20 yıl boyunca 200 civarında sağlık ocağı açılabilmiştir. Şükür ki son yıllardaki gayretli yöneticilerimiz sayesinde bu sayı bugün 500'ün üzerine çıkabilmiştir.

Atılan nutuklara rağmen günümüz Türkiye'sinde birinci basamak ile 2. ve 3. basamak hekim oranı 1/4 civarındadır. Toplam hemşire sayımız doktor sayısı kadar bile değildir. Bu durumda sistemin giriş kapısını oluşturacak; her türlü koruyucu hizmetleri, çevre sağlığı hizmetlerini, adli tabiplik hizmetlerini yürütecek ve pratisyen hekime ve ekibine dayalı bir birinci basamak sağlık hizmeti varlığından ne kadar söz edebiliriz?

Sistem tartışmaları ve politik çatışmalar bir yana sağlık ocakları ağı ile sağlanmaya çalışılan entegre birinci basamak sağlık örgütlenmesi için gününün şartlarında önemli bir görevi yerine getirme uğraşı verilmiş ve bugünlere gelinmiştir. Son yıllarda ülkemizdeki değişim ile halkın beklentileri ve gelişen dünyanın anlayışı doğrultusunda aile hekimliği uygulaması çerçevesinde bu entegre hizmet ağı yeniden organize edilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık ocaklarında yürütülen ya da yürütüldüğü iddia edilen hizmetler aile hekimliği uygulaması ile ihmal edilmekte midir? Anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar nasıl yürütülmektedir? Aile hekimliği uygulamasının getirdiği nüfus tabanlı, tercihe dayalı model doktor-hemşire ile çocukların, annelerin, yaşlıların, kısacası bütün aile bireylerinin iletişiminde nasıl bir farklılık oluşturmaktadır? Zorunlu sevk zinciri uygulanmamasına rağmen sistem nasıl işliyor? İddialı olarak tüm nüfusu dijital kayıt altına aldığı söylenen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi nedir? Anne ve bebek takipleri, aşılamalar nasıl izlenmekte ve denetlenmektedir? Sağlık ocaklarında bildiğimiz doktor ve özellikle ebelerin verdikleri hizmetlerden daha fazla onları meşgul eden onlarca formla raporlama işleri nasıl yürütülmektedir? Kısacası dün ile bugün arasında değişen nedir?

İstanbul ve Ankara’da aile hekimliği uygulamalarının başladığı bugünlerde bu konuları dergimize taşımak

istedik. Bekleyip göreceğiz; geçmişte verilen hizmetleri göz ardı edip sağlık ocaklarını karalamaya çalışmak ne denli hatalı bir davranışsa, aile hekimliği uygulamasını da peşinen yok saymak, yapılanları görmemezlikten gelmek o denli yanlıştır.

Dünya dönmeye devam ediyor ve her devrinde yeni bir gün doğuyor. Ne dünü doğrudan kötülemek, ne de bugünün sadece “bugün” olduğu gerekçesiyle kötü olduğunu iddia edebilmek mümkün değil. Önemli olan dünden aldığımız dersle bugünümüzü daha güzel yapmaktır.

İçindekiler

8

SOSYALİZASYONDAN AİLE HEKİMLİĞİNE
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

12

AİLE HEKİMLİĞİNİN YOL HARİTASI
ÖMER ÇAKKAL

16

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN BİRİNCİ BASAMAĞI:
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI
DR. SİNAN KORUKLUOĞLU



20

İSTANBUL'DA AİLE HEKİMLİĞİ İÇİN
GERİYE SAYIM SÜRÜYOR
DR. SAVAŞ BAŞAR KARTAL

22

AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİ
İLKER KÖSE

26

ÇAĞDAŞ SAĞLIK ANLAYIŞI VE
AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ
PROF. DR. GAZANFER AKSAKOĞLU

32

AİLE HEKİMLİĞİ, "MAHALLENİN ECZACISINI"
GERİ GETİRİYOR (MU?)
ECZ. EMİN OLGUN



34

PROF. DR. S. BEDİİ OMAV:
'NİSİBİS AKADEMİSİ'NDE BİR 'BEYT-ÜL HİKME'
TAHAYYÜL ETTİM

40

TAM GÜN YASASI KAOSU VE MÜLKİYETE
DAYALI SAĞLIK SİSTEMİ
HÜSEYİN ÇELİK

42

MİLLİ SAĞLIK KURUMU (ENSTİTÜLERİ) İHTİYACI
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

46

SAĞLIKTA VİZYON:
HİZMETLERİN DEĞİŞEN DİNAMİĞİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



50

KAMU HASTANELERİNİN ÖZERKLEŞTİRİLMESİ
VE ÜLKEMİZDEKİ GELİŞMELERE YÖNELİK
BİR ARAŞTIRMA
SAFİYE ŞAHİN - PROF. DR. HAYDAR SUR

58

HASTANELERİN HİZMET KALİTESİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ VE
KAZANIMLAR
DR. MEHMET DEMİR
DR. HASAN GÜLER
SERAP SÜZÜK

62

KALİTENİN YENİ ADI:
HİZMET KALİTE STANDARTLARI
DR. HASAN GÜLER
DR. ABDULLAH ÖZTÜRK
DR. DİLEK TARHAN

60

BİR TIBBİ ALET TASARIMI: LAPAROSKOP VE
LAPAROSKOPIK CERRAHİ
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

70

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KÖK NEDEN ANALİZİ
DR. SELMA ALTINDİŞ

72

SİGARA DUMANININ ÇOCUKLARA ETKİSİ
PROF. DR. FAHRİ OVALI



74

HEKİMLİK ÜZERİNE AFORİZMALAR
DR. ZEHRA BİLİR

76

YOĞUN BAKIMDA YERİNİZ VAR MI?
DR. KADİR DOĞRUEK



80

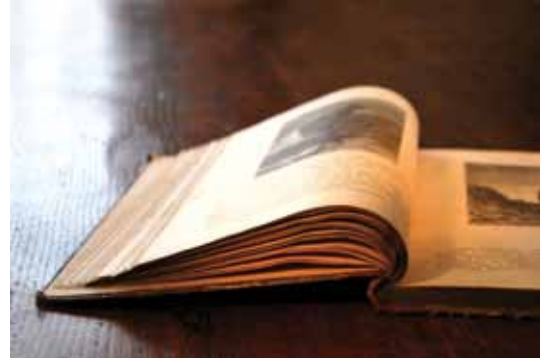
NÖROEKONOMİ: YOK DAHA NELER!
YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR
DR. NUR MUSTAFAOĞLU

84

TEKNOLOJİK DEĞİŞİM SÜRECİ:
NANOTEKNOLOJİ VE NANOTİP
PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL

90

TÜRKİYE'NİN BİLİM VE
YAYIN POLİTİKASI VAR MI?
PROF. DR. İBRAHİM ORTAŞ

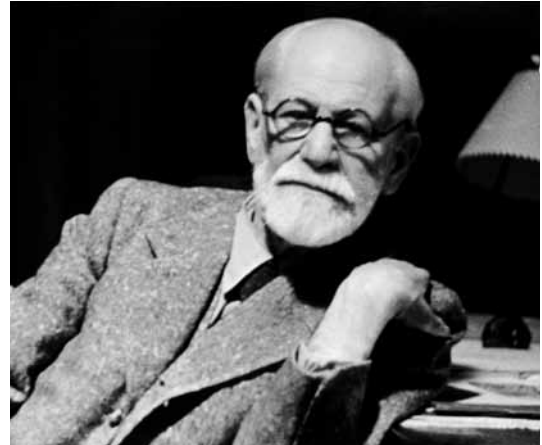


96

MEVLÂNA AŞIĞI ÜNLÜ TIP TARİHÇİMİZ:
PROF. DR. F. NÂFİZ UZLUK
DR. MAHMUT TOKAÇ

102

FREUD'UN SON KONFERANSLARI VE
HZ. MUSA
DOÇ. DR. AKİF TAN



104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN



Kalp yorulunca beyin de yaşlanıyor

Circulation dergisinde yayımlanan bir makalede, kardiyak fonksiyonlardaki azalmanın total beyin volümünde azalmayla ilişkili olduğu bildirildi.

Framingham Offspring Cohort verileri kullanılarak yapılan çalışmada daha önce inme, geçici iskemik atak ya da demans öyküsü olmayan 1504 bireyin beyin ve kardiyak manyetik rezonans görüntüleri, nöropsikolojik ve laboratuvar bulguları incelenmiş. Çalışmada diğer risk faktörleri ayarlandığında, kardiyak indeksin total beyin volümü, bilgi işleme hızı ile pozitif, lateral ventrikül hacmi ile negatif korele olduğu saptanmış. Kardiyovasküler hastalık saptananlar elendikten sonra da kardiyak indeks ile total beyin volümü arasındaki ilişki devam etmiş.

Araştırmacılar, kardiyak indeks ile beyin hacmi arasındaki ilişkiyi açıklayacak net bir bilgi bulunmamakla birlikte, sistemik kan akımındaki azalmanın subklinik beyin hasarına yol açabileceğini öne sürüyorlar.

Kalsiyum desteği kalp krizi riskini artırabilir

Vitamin D ile birlikte verilmeyen kalsiyum desteğinin miyokard infarktüsü riskini artırdığı bildirildi. BMJ'de yayımlanan meta-analizde toplam 11 bin 921 bireyin izlendiği 15 randomize çalışma değerlendirilmiş.

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda, yüksek kalsiyumlu diyetin damar hastalıklarından koruduğuna ilişkin verilerin yanında tam tersi şekilde kalsiyum desteğinin böbrek yetmezliği problemi olan hastalarda damar kalsifikasyonunu artırdığını ve kadınlarda kardiyovasküler olayları artırdığına ilişkin birbiriyle çelişen sonuçlar görülmektedir. Kalsiyum replasmanı osteoporoz tedavisinde rutin olarak kullanılmasına rağmen kırık riskini azaltmadaki etkisi oldukça sınırlıdır.

Auckland Üniversitesi'nden Mark J Bolland ve arkadaşları, 40 yaş üzeri en az 100 hastaya en az bir yıl süreyle ve günde en az 500 mg kalsiyum desteği verilmiş, plasebo kontrollü çalışmaları seçmişler. Hasta verilerine ulaşılan 5 çalışmada kalsiyum desteği verilenlerde, MI riskinde yüzde 30, inme ve mortalitede ise anlamlı olmayan bir azalma saptanmış. Çalışma verileri incelenen 11 çalışmada ise MI riskinde yüzde 27 artış saptanmış.

Araştırmacılar, yaşlı bireylerde kalsiyum desteğinin zararının faydasından daha fazla olduğunu altını çiziyor. Hekimlerin kalsiyum desteği reçete etmektense, diyetle alınan kalsiyumu artırma yoluna gitmesi gerektiği belirtiliyor. Yağsız süt, yoğurt, balık gibi yüksek kalsiyumlu gıdalarla alınan kalsiyumun kardiyovasküler riski artırmadığı düşünülüyor.



Amfetamin kullanımı aort diseksiyonuna neden olabilir

Akut aort diseksiyonu ile başvuran gençlerde amfetamin kullanımının araştırılması gerektiği bildirildi. American Heart Journal'da yayımlanan retrospektif bir çalışmada, amfetamin kullanımı ile aort diseksiyonu arasında, diğer risk faktörlerinden bağımsız güçlü bir korelasyon olduğu bildirildi.

Çalışmada, 1995-2007 arasında 18-49 yaş arası 30 milyon hastane taburcu raporunun incelenmesi sonucu 3 bin 116 torasik ve torakoabdominal aort diseksiyonu tanısı saptanmış. Amfetamin kullanımının aort diseksiyonu riski, motorlu taşıt kazalarında aort diseksiyonu görülmeye riskine yakın bulunmuş.

Amfetamin kullananlar, bu alışkanlığın zararları konusunda az çok bilgi sahibi olmakla birlikte, aort diseksiyonu bu riskler arasında pek bilinen biri değildir. Aort diseksiyonu genellikle yaşlılarda görülür, bu nedenle göğsü ağrıyan bir gençte ön tanımlar arasında oldukça alt sıralarda değerlendirilir. Yazarlar, amfetamin kullandığı bilinen ya da amfetamin kullanma ihtimali olan gençlerde göğüs ağrısı durumunda aort diseksiyonu tanısının öne alınması gerektiğini tavsiye ediyorlar. Amfetamin grubu ilaçların kan basıncını artırdığı bilinmekle birlikte aort diseksiyonuna nasıl yol açtıkları açık değil.

Alkol, hormona duyarlı meme kanseri riskini artırıyor

National Cancer Institute dergisinde yayımlanan ve Women's Health Initiative (WHI) gözlemsel çalışmasının bir sonucu olan makalede, alkol kullanımının özellikle hormona duyarlı meme kanserleri için risk faktörü olduğu bildirildi.

Alkol kullanımının meme kanseri riskini artırdığı iyi bilinmektedir. Mekanizmanın hormonal olduğu düşünüldüğü için, araştırmacılar hormona duyarlı meme kanseri tiplerinin daha fazla artmış olabileceğini düşünerek bu çalışmayı yapmışlar.

1993-1998 yılları arasında WHI'e katılarak izlenmeye başlanan 87 bin 724 gönüllü içinde 2 bin 944 kadına 2005 Eylül ayına kadar invazif meme kanseri tanısı konmuş. Regresyon modelleri ile yapılan istatistiklerde, alkol kullanımının tüm meme kanseri türlerinde artış yaptığı gibi, özellikle invazif lobuler karsinom ve hormon - reseptörü pozitif tümörlerde artışa neden olduğu saptanmış. Haftada en az 7 alkollü içecek tüketen kadınlarda hormon reseptörü pozitif invazif lobuler karsinom riski, hiç içmeyenlere göre yüzde 82 daha yüksek saptanmış. Diğer yandan reseptör pozitif invazif duktal karsinom riskinde anlamlı bir artış görülmemiştir.





Cranberry suyu idrar yolu enfeksiyonunda etkili

Cranberry, ülkemizde bilinmeyen, kızılçık ya da yaban mersinine benzeyen bir meyvedir. Ülkemizde yetişmediği için Türkçe bir adı da olmayan meyve, Batı ülkelerinde yararlı etkilerinden dolayı bolca tüketiliyor.

Amerikan Kimya Birliği'nin Boston'da yapılan toplantısında sunulan bir çalışmada, cranberry suyunun idrar yolu enfeksiyonlarında oldukça etkili olduğu bildirildi. Cranberry suyundaki aktif maddeler gastrointestinal sistemde parçalanmıyor.

Son yapılan çalışmaya göre de idrar yollarına ulaşmış bakteriyel yapışmayı azaltıyor. Araştırmacılar idrarında E.coli üretilen hastalara, piyasada mevcut şekerli cranberry sularından içtikten sonra tekrar idrar kültürü yapmışlar. Cranberry suyu içirildikten sonra bakterilerin birbirlerine tutunma yetenekleri bozulmuş.

Araştırmacılar, bakterinin yapışma yeteneğinin bozulmasının, mukoza üzerinde bakteriden oluşan 'biofilm' oluşumunu engellediğini belirtiyorlar. Bazı klinik çalışmalarda idrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesinde cranberry suyunun etkili olduğu gösterilmiştir.

Araştırmacılar özellikle kadınlarda sık rastlanan bu sağlık sorunun basit bir içeceklerle giderilmesinin, tedavi için her yıl harcanan milyarlarca dolardan tasarruf sağlayabileceğini belirtiyorlar.

Perikardial yağ atrial fibrilasyon için risk faktörü

American College of Cardiology dergisinde yayımlanan bir makalede, perikardial yağ kalınlığı atrial fibrilasyon için bağımsız bir risk faktörü olarak bildirildi.

Daha önce yapılan çalışmalarda abdominal obesitenin atrial fibrilasyon ile ilişkili olduğu, bu ilişkinin muhtemelen artan inflamasyona bağlı olduğu saptanmıştı. Chicago Loyola Üniversitesi araştırmacıları, 273 hastanın tomografi görüntülerinde perikardial yağ volümünü ölçmüşler. Bu hastaların 76'sı normal sinüs ritminde, 126'sında paroksizmal AF, 71'inde persistan AF mevcuttu.

Çalışmada AF hastalarda perikardial yağ miktarı daha fazla bulunmuş (ortalama 101,6 ml'ye karşı, 76,1 mL; $p < 0,001$). Sürekli AF'si olanlarda perikardial yağ miktarı paroksizmal AF'li hastalara göre daha fazla bulunmuş. AF'nin şiddeti ile perikardial yağ kalınlığı arasında korelasyon bulunmuş. Perikardial yağ e AF ilişkisinin yaş, hipertansiyon, cinsiyet, sol atrial genişleme, kapak hastalığı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, DM ya da vücut kitle indeksinden bağımsız olduğu saptanmış.

Halen AF riskini tahmin etmede kullanılan en önemli gösterge sol atrium büyüklüğüdür. Araştırmacılar, perikardial yağ miktarının AF için sol atrium boyutlarından da bağımsız bir risk olduğuunu belirtiyorlar.



Resveratrol yaşlanmayı yavaşlatabilir

Kırmızı üzümlerin kabuğunda bulunan resveratrol adlı bir bileşik, diğer pek çok olumlu etkisinin yanı sıra yaşlanmayı yavaşlatıcı etki de gösterebilir. Bu popüler bitkisel ekstrelerinin, solucanlar, meyve sinekleri ve mayalarla yapılan laboratuvar çalışmalarında yaşam süresinin uzattığı gösterilmiştir. Resveratrolün uzun ömürle ilişkili genleri etkilediği bilinmektedir.

Buffalo Üniversitesi araştırmacıları, 20 kişilik bir gönüllü grubu ikiye ayırarak 6 hafta süreyle günde 40 mg resveratrol ya da plasebo vermişler. Birinci, üçüncü ve altıncı haftalarda kan örnekleri alınmış. Çalışma sonucunda resveratrolün serbest radikal düzeyleri ile birlikte, TNF gibi inflamatuvar markerlarda da düşüş yaptığı görülmüş.

Araştırmacılar, resveratrolün antiinflamatuvar etkilerinin diyabet ve aterosklerotik kalp hastalığı gelişimini yavaşlatabileceği ve yaşlanmayı yavaşlatabileceğini öne sürüyorlar.

Alzheimer hastalığında BOS belirteçleri erken tanı sağlayabilir

Alzheimer hastalığı gelişiminin tahmin edilmesi için beyin omurilik sıvısında üç biyomarker belirlendi. Hafif kognitif bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında beta-amiloid 1-42 düzeyinin düşüklüğü, total tau proteininin ve fosforile tau-181p yüksekliğinin Alzheimer hastalığı gelişimi için en önemli göstergeler olduğu bildirildi. Araştırmacılar, bu üç belirtecin bir arada kullanılmasının tanılabilirliği yüzde 90, spesitesi yüzde 64 olarak saptadılar.

Belçika'nın Ghent Üniversitesi yapılan çalışmada, kognitif olarak normal olan bireylerin üçte birinde de bu belirteçlerde yükseklik olduğu görüldü. Araştırmacılar, Alzheimer'in bu insanlarda da gizli başlangıçta olabileceğini ve belirteçlerin hastalığın erken tanısında çok önemli rol oynayabileceğini belirtiyorlar. Araştırma sonuçları Archives of Neurology dergisinin ağustos sayısında yayımlandı.



Sosyalizasyondan aile hekimliğine

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, 2003 yılından beri yürüttüğü Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinden Şubat 2010 itibarıyla istifa etti. Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi'nin rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı Kanun, 27 Mayıs darbesi sonrasında oluşan Millet Meclisi tarafından bazı maddeleri eksik olarak, 1961 yılının son ayında kabul edildi. Böylece, 40 madde olarak Meclise sunulan tasarı, 35 maddelik bir kanun halini almış oldu. Bu kanunun gerekçe metni, o süreçteki zincirleme etkileşmeye işaret etmektedir: *"Sosyalleştirilmiş tababet en tam manasıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya'ya tatbik edilmek olup bu memleketlerde birkaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis olunmakta; bunların tedavi edemedikleri vakalarda hastanelere gönderilmektedir. Tabipler kendi listelerine giren nüfus arasından*

hastalananlara, para almaksızın bakmaya mecburdurlar" (1, 2).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Batı dünyasında birçok ülke sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütleme çabaları içinde olmasına rağmen, temel sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen İngiltere örneği oldu. 1946'da Milli Sağlık Sistemi (NHS) kanunu kabul edildi. Bu sistem, birçok değişiklikler ve güncellemelerle bugün hala yürürlüktedir. İngiltere Milli Sağlık Sisteminin birçok olumlu ve olumsuz yönleri ileri sürülebilirse de, önemli bir özelliğinin tedavi ile koruyucu destek arasındaki boşluğu tam olarak gidermemiş olmasıdır (3).

İngiltere'den farklı olarak sağlık sigortacılığı prensibine dayalı temel sağlık

hizmetleri organizasyonları İsveç, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde oluşturulmaya başlandı (1959- 1981). Yine Kanada'da, kamu sağlık sigortası güvencesiyle hizmetlerine erişim ücretsiz hale getirildi (1962-1970).

Eski SSCB'de poliklinik ve dispanser hizmetlerine dayalı bir sistem geliştirildi. Sağlık Hizmetleri Halk Komiseri N. Semashko ve Kızıl Ordu Sağlık Kurulu Başkanı Z. Soloviev 1920'de Avrupa ülkelerini gezdiler ve İngiltere ile Almanya'daki uzmanlardan edindikleri sağlık hizmetleri organizasyonuna ilişkin görüşleri ülkelere taşıdılar. Bunu takiben temel sağlık hizmetlerine yaygın erişimi hedefleyen bir yapılanma başlatıldı (3).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Dünya Sağlık Örgütü Şartı'nın ilan





Bildiğiniz gibi Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması 80'li yıllara geldiğimizde 40 ilimize yayılabiliyordu. 1984'te içinde İstanbul gibi büyük illerimizin olduğu diğer iller, emir komuta zinciri ile sosyalizasyon kapsamına giriverdi (!). On milyonu aşkın nüfusa sahip olan İstanbul'da 2003 yılına kadar, yani 20 yıl boyunca 200 civarında sağlık ocağı açılabilmiştir. Sosyalizasyona göre 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşecekti. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı son 7 yılda gösterilen üstün gayretlerle İstanbul'da sağlık ocağı sayısı 500'ü aşabilmiştir.

edildiği yıllar eş zamanlı olarak Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve yaygınlaştırılması çalışmalarının başladığını biliyoruz. Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından hazırlanan Milli Sağlık Planı bu amaca yönelik önemli bir adımı oluşturmuştur. Her ne kadar bu plan yasal anlamda yürürlüğe konmasa da, sağlık merkezleri ile hizmetlerin yaygınlaştırılması yönünde seferberlik başlatılmıştır. Planda hakkaniyeti temin etmek amacıyla kendi içinde yeterli sağlık bölgeleri oluşturulması hedeflenmiştir. Bu dönemde başlatılan çalışmaların bir anlamda sosyalizasyona zemin hazırladığını söylemek çok iddialı olmayacaktır (4).

Bilindiği gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 Alma Ata Bildirgesi, sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Temel sağlık hizmetleri politik anlamda ülkelerin gündemine bir sağlık politikası olarak Alma Ata Bildirgesi'nden sonra oturmuştur. Bildirge, temel sağlık hizmetlerini neredeyse sağlıkla ilgili her şeyi kapsayacak tarzda ele almış, birçok sektörün kapsamı ve koordinasyo-

nunu öngören geniş bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır (5). Önemli bir politikaya doğru yönlendirme yapmıştır. Fakat hızlı gelişen süreçte uygulanabilir ortak bir anlayış ortaya koymada yetersiz kalmıştır. Ancak çakılan bu kıvılcım, sağlık sistemlerini gösterilen hedefe doğru ilerleme arayışına itmiştir.

Bu süreçte, birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi kavramlar gündeme oturmuş, bütün sağlık sistemlerinin bütüncül bir şekilde gözden geçirilmesinin yolu açılmıştır. Sağlık sistemleri klasik tanı ve tedavi anlayışının çok ötesinde koruyucu sağlık hizmeti, toplum hekimliği, sağlıkta yetkin olmak, sağlık davranışı, sağlık eğitimi, sağlık okur - yazarlığı, sağlık teşviki ya da sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlarla sorgulanır olmuştur. Günümüze değin değişen dünya konjonktürüne bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden ele alınmaya başlanmış, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) gibi örgütler kendi ilgi alanlarını netleştirmek için yeni tanımlamalar yapma ihtiyacı duymuşlardır (6,7).

Bildiğiniz gibi Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması 80'li yıllara geldiğimizde 40 ilimize yayılabiliyordu. 1984'te içinde İstanbul gibi büyük illerimizin olduğu diğer iller, emir komuta zinciri ile sosyalizasyon kapsamına giriverdi (!) On milyonu aşkın nüfusa sahip olan İstanbul'da 2003 yılına kadar, yani 20 yıl boyunca 200 civarında sağlık ocağı açılabilmiştir. Sosyalizasyona göre 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşecekti. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı son 7 yılda gösterilen üstün gayretlerle İstanbul'da sağlık ocağı sayısı 500'ü aşabilmiştir.

Sosyalizasyonu kutsayarak onu geliştirecek her uygulamayı "dinler savaşı" haline getirmek ne kadar abes ise, ortaya konan yeni uygulamaların faziletini anlatmak için sosyalizasyon çabalarını hafife almak ve kötülemek de o derece abestir. Sosyalizasyon çerçevesindeki entegre sağlık örgütlenmesinin istenen başarıyı verememesinin analiz edilmesi ve bundan alınan dersle ileriye yönelik politikalar geliştirilmesi en doğal olanıdır. Başarı ya da başarısızlık iddiaları bir yana, değişen dünya şartları, toplumun değişen ihtiyaçları, algı ve beklenti düzeyleri; her politikanın zamanla revizyona tabi tutulmasını gerekli kılmaktadır. Yukarıda sözü edilen İngiltere sisteminin bugün hala yürürlükte olabilmemesi, süreç içinde birçok defa reformdan geçmesine bağlıdır. Sistemin katı devletçi kurumsal yapılardan, işletmeler (tröst) ve vakıflar (foundation) gibi daha esnek yapılara kaydığını görüyoruz.

Önemli olan yapısal örgütlenmeyi ana amaca hizmet eder halde tutmaktır. Amacı ihmal edip, organizasyonu ya da kurumsal yapıları vazgeçilmez unsurlar gibi görmek, değişen zamana karşı kürek çekmek gibidir. Bu süreçte temel sağlık hizmetlerinin ve "herkese sağlık" hedefinin esasını bir tarafa bırakıp entegre yapılanmada genel pratisyen-aile hekimi, ebe, hemşire-aile sağlığı elemanı, sağlık ocağı- aile sağlığı merkezi ikilemelerine odaklanmanın anlamsız bir enerji israfından ibaret olduğunu düşünüyorum. Ana hedefe yönelik her uygulama saygı görmeyi hak etmektedir. Sosyalizasyon ve aile hekimliğinin birbirlerinin karşısı olan sistemler gibi sunulmasını, bunun neredeyse ideolojik bir çatışmaya alet edilmesini, toplum sağlığı bilinci çerçevesinde açıklamak zordur.

Aslında bu konuya en veciz ifadelerle ışık tutan sözler rahmetli Nusret Fişek'e aittir: "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebele- rin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen ekip hizmetleridir." (8). Görülüyor ki, 1960'lara göre daha gelişmiş bir ülkede yaşayan toplumun beklentileri doğrultusunda atılacak adımlar, aynı amaca yönelik olarak daha ileriye gitmekten ibarettir. Toplumumuzun bugün geldiği düzeyi görmek ve politikalarımızı gözden geçirmek zorundayız.

Bu arada, sosyalizasyonu savunma içgüdüğü ile davranırken onu yeterince anlama uğraşı vermediğimizi düşünüyorum. İzninizle 224 sayılı kanun ile kanunun gerekçe metninden bazı alıntılarla bu düşüncemi açmak istiyorum (1).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun Tasarısı'nın "sigorta aidatı ödenmesine" ve "vasıtalı ve vasıtasız vergilere" ilişkin maddeleri ne yazık ki yasalaştırılmamış ve kanunun uygulanabilir bütünlüğü zarara görmüştür (1). Aynı kanunun sözleşmeli personel istihdamını (1 - 3 yıllığına mukavele imzalamaya) öngören 24. Maddesi, ilk yıllardan sonra uygulanamamıştır. Sistemin adeta sibopu olabilecek olan ve 27. ve 32. maddelerde yer alan "üc-

ret mukabili muayene ve tedavi" gözü ardı edilmiştir. Uzman hekimlerin serbest muayenehane açabilmeleri ve kamunun imkânlarını bu muayenehanelere arka bahçe haline getirmeyi teşvik eden organizasyonlar ve yine vatandaş nezdinde pratisyen hekimin önemini düşürecek yönlendirilmiş haberler sosyalizasyonun önemini ve etkisini gittikçe zayıflatmıştır (9).

Sosyalizasyon herkese "ücretsiz" sağlık hizmeti demek değildir. Kanunun 2. Maddesi, "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır." diyor. Yani primden ve masrafın bir kısmına iştiraktan bahsediyor. Beşinci madde, eğer sağlık personeli veya müesseseyi seçme hakkını kullanacaksa, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların ücretini şahsen ödemelerini şart koşmaktadır. Kanunun 14. Maddesi paralı durumları saymaktadır. Buna göre, bölge dışından gelenlere ve mesai saati dışında sağlık hizmeti ücretli verilmektedir. Madde 32, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarının Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunacağını duyurmaktadır. Sosyalizasyon kapsamındaki doktorların tam gün esasına göre çalışması öngörülmektedir. Kanunun 4. Maddesi serbest meslek icra hakkını sadece kamudan maaş almayan hekimlere tanımaktadır.

Kanunda tanımlanan ekip ile Aile Hekimliği Kanununda öngörülen ekip tanımları aynıdır. Kanunun 10. Maddesi, bir sağlık ocağının hizmetinin en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin teşekkül eden bir ekip tarafından yürütüleceğinden bahseder. Aile hekimliği kanunu ise doktorla birlikte çalışacak aile sağlığı elemanlarını geniş kapsamda tanımlayıp sayısal bir sınırlama getirmez. Buna rağmen imkânlar ölçüsünde her sağlık evine bir ebe, her sağlık ocağına bir doktor bile verilemediği nasıl gerekse, bugün her aile sağlığı birimine sadece bir hemşire verilebilmesi ya da diğer bir ifadeyle birden fazla verilememesi de o derece gerçektir. Daha sonraları alt mevzuatla belirlenen sağlık ocağının diğer elemanlarını da Toplum Sağlığı Merkezleri ile karşılaştırılabilirsiniz.

Sosyalizasyon, uygulanabilirliğini sağlamak için sözleşmeli çalışmayı öngörmektedir. Kanunun 24. Maddesi bunu hüküm altına almıştır. Ayrıca 17.9.1963'te Sözleş-

meli Çalışma Yönetmeliği yayımlanmıştır.

Sosyalizasyonda sağlık ocağı doktorunun o günün şartlarında tanımlanan iş yükü, gücünün üstüne çıkmıştır. Tasarının 38, kanunun 33. Maddesi doktorların işini tanımlamaktadır. Her ne kadar maddenin gerekçe metninde "Bu madde hükümüne göre Hükümet ve belediye tabipleri sağlık ocaklarında ve sağlık merkezlerinde şimdiki nazarın daha az yüklü ve daha çok faal olarak vazife görebileceklerdir." dense de genel gerekçe kısmında Nizamnameye atfı yapılarak sağlık ocağına devredilen hükümet tabipliği görevlerinin 104 çeşit olduğundan bahsedilmektedir. Şu ifadeler de kanunun gerekçe metninden: "Bir kimsenin sadece bir veya iki yardımcı ile büyük ve umumiyetle dağınık bir nüfus kitlesinin yaşamakta olduğu bir bölgede bu kadar çok hizmeti nasıl başarabileceği, ne kadar düşünülse caizdir." Bilindiği gibi, aile hekimliği uygulamasında görevler sadeleştirilmiş, kategorize edilmiş hatta kurumlar arasında paylaştırılmıştır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti ucuz değildir. Gerekçe metni bunu şu sözlerle ifade etmektedir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin maliyeti her memlekette olduğu gibi yurdumuzda da yüksektir. Bu masrafı tamamıyla bütçeye yüklemenin pratik olamayacağı da aşîkârdır."

Sosyalizasyon Kanunu tasarısının TBMM'de kanunlaşmayan maddeleri, sosyalizasyonun uygulanabilir olması için modeller önermekte ve Genel Sağlık Sigortası'nı getirmek istemektedir. İster-seniz kanunun gerekçe metnini birlikte okuyalım: "Tababetin sosyalleştirilmesinden maksat; modern tıbbi hizmetleri, geliri veya ödeme kabiliyeti ne olursa olsun her vatandaşa ücret almadan sağlamak demektir. Bu da ya sağlık personelinin bütün masrafları devletçe görülmek ve kendilerine keza devletçe maaş verilmek suretiyle veya mecburi hastalık sigortası kurup halkı buna kaydetmekle olur... Sosyalleştirmenin gerektirdiği masraflar, yabancı memleketlerde nüfus veya aile başına alınan vergilerle veya mecburi sigorta primleri ile karşılanmaktadır... Sivil halk 33. Madde görüldüğü üzere sigorta aidatı ödeyecektir. (...) Şu halde sivil nüfusun sosyalleştirilmiş sağlık hizmetine sigorta aidatı ödemeleri en doğru ve faydalı bir tedbir teşkil edecektir."

Bu arada sosyalizasyonla birlikte SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş olduğunu da belirtelim (Madde 30). Ne yazık ki bu hükmün uygulanması için 45 yıl boyunca Sağlıkta Dönüşüm Programı beklemek zorunda kalınmıştır!

Sağlık ocakları ağı ile sağlanmaya çalışılan entegre birinci basamak, sağlık örgütlenmesi için günün şartlarında önemli bir görevi yerine getirme uğraşı vermiş ve bugünlere gelmiştir. Son yıllarda ülkemizdeki değişim, halkın beklentileri ve gelişen dünyanın anlayışı doğrultusunda aile hekimliği uygulaması çerçevesinde bu entegre hizmet ağı yeniden organize edilmektedir. Sağlık ocaklarında yürütülen hiç bir hizmet, aile hekimliği uygulaması ile ihmal edilmemiştir. Anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar daha fazla geliştirilmiş, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile tüm nüfus dijital kayıt altına alınmıştır. Anne ve bebek takipleri, aşılamalar daha iyi izlenir, kontrol edilir ve denetlenir hale gelmiştir. Aile hekimliği uygulamasının getirdiği nüfus tabanlı, tercihe dayalı model doktor-hemşire ile çocukların, annelerin, yaşlıların, kısacası bütün aile bireylerinin iletişimde farklılık oluşturmuş, zorunlu sevk zinciri uygulanmamasına rağmen birinci basamak hizmetlere ilgiyi artırmıştır. Sağlık ocaklarında verilen hizmetin önüne geçen onlarca formu raporlama işleri basitleştirilmiş, güncelleştirilmiş ve günü gününe dijital ortamda takip edilebilir hale gelmiştir.

Evrin devam ediyor...

Kaynaklar

- 1) 24 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Genel Gerekçe Metni, TBMM Arşivi, 1961
- 2) Aydın S: Alma Ata'dan günümüze temel sağlık hareketi. In. Akdağ R. (editör): Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmeti. Sf. 24-45, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2008
- 3) Shamanov T. Sh: Almaty, Turning Point of World Health Care. Almaty 2008
- 4) Demirel H: 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 2008
- 5) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978
- 6) Primary Care in the Driver's Seat: Saltman R.B, Rico A, Boerma W. (editors). European Observatory on Health Systems and Policies, 2005
- 7) WONCA Europe 2002, The European definition of general practice/family medicine. Türkçe Çeviri ED: Başak O. Haziran 2003. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayını
- 8) Fişek N.: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985
- 9) Aydın S: Aile Hekimliği: Sağlık sisteminde merkezi role talip olmak. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt 1 sayı 3, 2007

Aile hekimliğinin yol haritası

Ömer Çakkal

SD'nin bu sayısında dosya konusu olarak ele aldığımız aile hekimliği konusunu tam olarak anlamakta fayda var. Bu yazıda, Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın editörlüğünde hazırlanan "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" adlı kitapçık üzerinden ilerleyerek aile hekimliğinin tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışacağız. 2004 yılında yayımlanan kitapçığı; Dr. Sinan Korukluoğlu, Dr. Yusuf Üstü, Dr. İsmail Kasım, Dr. A. Reşat Doğusan ve

Dr. Hacı İmamağaoğlu birlikte hazırladılar. Kitapçık, 108 sayfadan ve 7 bölümden oluşuyor.

Yeni bir uygulamanın inşası...

"Geçmiş reddederek değil, geçmiş değerlendirilerek yeni bir uygulama inşa etmeye çalışıyoruz..." Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın kitapçığın sunuşunda yer alan bu cümlesi hem gelecek eleştirileri göğüsleme, hem de genel bir vizyon çizme açısından öne çıkan bir ifade. Bakan Ağdağ, uygulamayı, "Şimdiye kadar çözülmemiş so-

runlara çözüm bulma amacını gerçekleştirmede en önemli adımlardan biri" olarak tanımlıyor. Akdağ'a göre, artık dünya ülkelerinde genel kabul görmüş aile hekimliği uygulamasının her aşamasında, uygulamanın yapılıp yapılmamasını tartışmak yerine, nasıl yapılması gerektiğini tartışmak gerekiyor. Akdağ bunun için herkesi katkı sunmaya çağırıyor.

Aile hekimi: Rehber, hizmet sunucusu ve koordinatör

Buradan itibaren öngörülen sistemi





daha iyi anlayabilme adına aradan çekilelim ve sözü kitapçığı hazırlayanlara bırakalım...

“... Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir. Başarılı bir sağlık sisteminde hizmetin sunumu kadar, hastalara yol göstericilik ve çeşitli hizmet sunucuları arasındaki koordinasyon da önemli yer tutmaktadır. Aile hekimleri bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde rehber, hizmet sunucusu ve koordinatör olarak görev yapacaklardır.

Aile hekimliği uygulamalarından örnekler

Hollanda

Sağlık harcamaları, kişi başı yıllık gelirin yüzde 9'unu oluşturmaktadır. Genel pratisyenlerin (aile hekimlerinin) yüzde 47'si serbest ve tek başına çalışmaktadır. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2 bin 300'dür.

Danimarka

İki tip sigorta mevcuttur. Toplumun yüzde 97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile doktoruna veya aile doktorunun sevk etti-

ği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile doktorlarını 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile doktorlarını seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile doktorundan sevk zorunlulukları da yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Danimarka'da her aile doktoru ortalama bin 600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılınması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir. Danimarka'da şu anda 3 bin 300 aile doktoru vardır. Bir aile doktoru her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluşmaktadır. Aile doktoru ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile doktorları eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır.

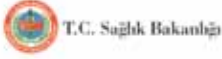
İngiltere

Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin yüzde 30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Yılda yaklaşık 300 milyon doktor başvurusunun yüzde 95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da yüzde 90'ının te-

Yıllar yılı uzun kuyrukların ardından ulaşabildiğimiz devlet hastanelerindeki odalarında veyahut da pahalı kiralariyla ünlü semtlerdeki muayenehanelerde olan doktorların artık aile fotoğrafinıza girecek kadar yakınımızda olması hayal gibi bir şey. Aile hekimimiz Hasan Bey'in arada bir ziyaretimize gelmesi, çayımızı içmesi, derdimizi dinlemesi, “nasıl sağlıklı olunur” bize anlatması güzel bir hayal. Bakanlığın gündemindeki uygulamanın bunu sağlayabileceğine inanmak güç. Ama belki çocuklarımız... Acaba onlar o günleri görürler mi? Atılan adım bir kapı aralamaksa kapıyı aralamamak için mantıklı bir neden var mı?

davisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile doktoru ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin yüzde 12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Her bir genel pratisyenin yılda bin 800 kayıtlı birey ile toplam 9 bin görüşme yaptığı görülmektedir. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Bazı şartları yerine getiren kişi kaydını yaptırabilir. Birinci basamak hekimleri için performans dayalı bir ödeme sistemi öngören yeni bir sözleşme, hekimlerin yüzde 70'inin katıldığı oylamada katılımcıların yüzde 80'i tarafından kabul görmüştür. Bu, İngiltere'deki birinci basamak hekimlerinin sundukları hizmetin kalitesine göre bir ödeme sisteminin kabul etmede ne kadar istekli oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.

Aile Hekimliği Türkiye Modeli



Polonya

Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8.00 ile 18.00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile doktorları 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Her hekimin 2 bin 500 hastaya ulaşınca kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır.

Küba

Sağlık hizmetleri 68 binden fazla doktor eliyle verilmektedir. Bu doktorların 32 bini tüm kırsal alanı da kapsayacak şekilde aile doktoru olarak hizmet vermektedir. Yaklaşık olarak bin kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile doktoru ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile doktorlarının dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri.

Türkiye’de temel sağlık hizmetlerine bakış*

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları başta Sağlık Bakanlığı ve SSK olmak üzere bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından Ankara’da yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan yaklaşık 650 hastane, 6 bin sağlık ocağı, 6 bin faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar Bakanlık tarafından yönetilmektedir. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir. Aynı sağlık hizmetleri, aynı ailelere, çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastaneleri, kurum hekimlikleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastaneler tarafından verilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara veya işin sahipsiz kalmasına, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibidir. Bazı bakanlıklar, PTT ve Emniyet Genel Müdürlüğü gibi iktisadi kamu kurumları, bazı bankalar, Silahlı Kuvvetler, üniversiteler, bazı belediyeler, SSK gibi kurumlar kendi hastane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmiştir. Bu karmaşık yapı yüzünden yönetim ve denetim gücünün içinde sunulan hizmetlerin sunumu verimlilikten uzaktır. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştır. Bu durum ikinci basamak sağlık kurumlarında baş edilemez bir hasta yoğunluğuna, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. Hastanelerdeki yığılmalar karşısında gayri resmi ödemeler gibi istenmeyen ve etik olmayan durumlar ortaya çıkmaktadır. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500’ün altına düşebilirken, bazı ilçelerde 15-20 binlere çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar

Sağlık hizmetleri ülkeler arasındaki tanımlama ve organizasyon farklılığı nedeniyle bazen farklı algılanmakta, hatta tercüme farklılıklarından kaynaklanan karışıklıklar doğmaktadır. Karışıklığı gidermek için, Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği olan WONCA, 2001 yılı kongresinde bir çalışma grubu toplamış, değişik yorum ve tanımlamaların ortak bir terminoloji altında birleştirilmesi için çalışmalar yürütmüştür. WONCA bu çalışmaların sonucunda belirlenen tanımlamaları “The European Definition of General Practice / Family Medicine” adı ile bir kitapçık halinde 2002’de yayımlamıştır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda birinci basamak sağlık hizmetleri

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunduğunu söyleyemeyiz. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetle uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların, varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir.” (Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985)

Neden aile hekimliği?

Aile hekimi anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır. Uygulanan ülkelerde aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Örneğin İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır. Aile hekimi, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Birçok yanlış yönlendirmeyi, düzensizliği, gereksiz sağlık harcamasını, ikinci basamakta gereksiz yığılmayı, kuyrukları ve hasta mağduriyetini engeller. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde “hasta” değil “kişi”, anlayışı esas alınır.

Aile hekimi / aile doktoru kimdir?

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık dalı bulunmasına rağmen, bu uzmanlık önceleri bir süre yabancı dil ile daha sonra ise bilim sınavıyla başlanabilen ve ihtiyacın altında uzmanlık öğrencisi alan bir bilim dalı olmaktan öteye geçememiştir. Bu yüzden aile hekimlerinin görev alanına giren hizmetler, pratisyen hekimler tarafından verilmektedir.

59. Hükümet iş başına geldikten sonra programında yer alan konularda çalışmalara başlamıştır. Sağlıkta öncelikli konulardan olan aile hekimliği ve Türkiye’de aile hekimliği uygulamalarına geçiş hakkında çeşitli toplantı ve çalışma grupları ile paydaşların görüşleri alınmıştır. Bu toplantılarda oluşturulan görüşler ve fikir alışverişleri sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir. Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.

Yeni dönemde yapılanma nasıl olacak?

Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri

Yeni dönemde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri yeniden yapılandırılmaktadır. Bu görevler arasında sağlık hizmetlerinde ulusal ve uluslararası standartları belirleme, plânlama, denetleme ve eğitim ön plâna çıkmaktadır. Yeniden örgütlenmede temel prensiplerden biri yerinden yönetimin güçlendirilmesi olacaktır.

Yerel sağlık idarelerinin görev ve yetkileri

Şu anda il sağlık müdürlüğü ile fiili olarak ilçe sağlık grup başkanlığı şeklinde örgütlenen yerel sağlık idareleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlı taşra teşkilâtıdır. Yeni düzenlemelerle bunların il özel idarelerine bağlı olarak örgütlenmesi söz konusu olabilecektir.

Toplum sağlığı merkezleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerimizin örgütlenmesindeki çok parçalı yapı, sağlık ocakları gibi yatay örgütlenme modellerinin yanında AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi dikey örgütlenmelerin olması sağlık hizmeti sunmada belirsizliğe, karmaşaya ve israfa yol açmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması

Eğitimi ve sertifikasyon

Avrupa Birliği, 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkaran bir tavsiye kararı almıştır. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan yeni döneme geçişte birçok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev alacaktır. Dolayısıyla geçiş dönemi eğitimi büyük önem kazanmaktadır. Birinci aşama; yeni görev tanımlarını ve uygulamaları tanıtacak, yetki ve sorumlulukları aktaracak kısa süreli bir uyum eğitimini içermektedir. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitimin ardından başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir.

Çalışma saatleri ve izinler

Aile hekimi haftada 40 saatten az olmamak kaydıyla aktif görev yapar. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, diğer aile hekimleriyle nöbetleşe hizmetin devamlılığı sağlanır. Hekimler tam gün esasına göre çalışırlar. Gerekli

hallerde mesai saatleri dışında da ulaşılabilmesi beklendiğinden ayrıca serbest meslek icra etmesi veya başka bir iş yerinde çalışması pek uygun görülmemektedir.

Aile hekiminin rutin takip ve muayeneleri

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından, kayıtlı ailelerin evlerine belirli dönemlerde ev ziyareti yapılır. Ev ziyaretleri, toplumda güveni artıran bir yaklaşım olarak aile hekimliğinin benimsenmesine katkıda bulunur. Sevk zincirine girmek istemeyen hastalar zorlanamaz. Ancak sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hasta, tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi ödeyecektir. 1978 Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun yüzde 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin diğer sağlık kurumlarına sevk oranları yüzde 20'nin üzerine çıkmamalıdır.

Tetkik ve tahlil işlemleri

Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelenmesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir. Bu tetkiklerin mümkün olduğunca aile sağlığı birimi/merkezi içinde yapılabilmesi hizmeti kolaylaştırır.

Aile sağlığı birimi / merkezi standartları

Yerleşim

Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşitine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır.

- Binanın güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkânlarına sahip olması gerekir.

- Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.

- Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.

- Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

- Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

Personel

Tek hekimin olduğu birimlerde (aile sağlığı birimi) en az bir adet aile sağlığı elemanı bulunur. Bu eleman ebe, hemşire, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni olabilir. Aile sağlığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbi hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar.

Aile hekiminin alacağı ücret

Aile hekiminin geliri kendisini seçen hasta sayısı ile orantılı ücretin (kapitasyon, kişi başı ücretlendirme) ve hizmet destek ödemelerinin toplamından oluşacaktır. Aile hekimlerin ücretlendirilmesinde rol oynayan dinamikler, daha iyi bir ofis yönetimi, daha iyi bir organizasyon ve personel yönetimi yoluyla masrafların sınırlandırılması sonucunu doğuracaktır. Yani doktor-yöneticiler, mekânı, enerjiyi, tıbbi cihazları ve personeli daha verimli kullanabilecekleri bir modele doğru kayacaklardır.

Sonuç

Türkiye'nin ekonomik anlamda kazandığı başarılarla rağmen vatandaşlarımızın sağlık seviyesi ülkenin ödeyebileceği ve sağlayabileceğinin altındadır. Ülkemiz sağlık sektörünün giderek yoğunlaşan sorunları, artık sektörün yeniden yapılanmasının kaçınılmazlığı ve bu yapılanmanın ertelenemezliğini açıkça ortaya koymaktadır. Mevcut sağlık hizmetleri arzının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği, sağlık göstergelerindeki olumsuz sonuçlar ve genel bir hoşnutsuzluk, bu olumsuzlukların doğal sonucu olmaktadır.”

“Aile fotoğrafında hekime yer açılıyor”

Yukarıdaki ifade Nisan 2006 tarihli Radikal Gazetesinden Betül Kotan'a ait. Yıllar yılı uzun kuyrukların ardından ulaşabildiğimiz devlet hastanelerindeki odalarında veyahut da pahalı kiralariyle ünlü semtlerdeki muayenehanelerde olan doktorların artık aile fotoğrafımıza girecek kadar yakınımda olması hayal gibi bir şey. Aile hekimimiz Hasan Bey'in arada bir ziyaretimize gelmesi, çayımızı içmesi, derdimizi dinlemesi, “nasıl sağlıklı olunur” bize anlatması güzel bir hayal. Bakanlığın gündemindeki uygulamanın bunu sağlayabileceğine inanmak güç. Ama belki çocuklarımız... Acaba onlar o günleri görürler mi? Atılan adım bir kapı aralamaksa kapıyı aralamamak için mantıklı bir neden var mı?

* Yazıda sunulan bilgiler Aile Hekimliği Türkiye Modeli” adlı kitapçığın yayımlandığı 2004 yılına aittir.

Sağlıkta dönüşümün birinci basamağı: Aile hekimliği uygulaması

Dr. Sinan Korukluoğlu



1970 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Ankara'da tamamladı. 1996'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra iki yıl özel bir şirkette yönetici olarak çalıştı. 2002'de aile hekimliği uzmanlığını tamamladı. Karabük Eskipazar Devlet Hastanesi Başhekimliğini yaptı. 2003-2006 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda danışman ve aile hekimliği koordinatörü olarak görev yaptı. Halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekim Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. 2004-2008 yılları arasında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Merkez Yönetim Kurulu üyeliği yaptı. Halen aynı derneğin Ankara Şubesi başkanlığını yürütmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının yürürlüğe girmesi ile ülkemizin sağlık alanı o kadar hızlı bir değişime girdi ki sağlık, sağlık sigortacılığı, sağlık yöneticiliği, sağlık işletmeciliği alanında yazılan yazıların geçerliliği çok kısa olabiliyor. Vizyon

olarak kendinize koyduğunuz kurumsal hedefler bir yönetmeliğin yayımlanması ile anlamsızlaşabiliyor. İşte tam da bu dönemin en kritik kavşaklarından birisinde, Ankara ve İstanbul'un aile hekimliği uygulamasına geçişi öncesinde bu yazıyı yazmak çok zor. Çünkü özellikle İstanbul'un kendi kurallarının olması kâğıda dökülebilecek ifadelerin çok hassas bir imbiçten ge-

çirilmesini gerektiriyor. Bu nedenle yazmaktan çok konuşmanın tercih edildiği bu dönemde aile hekimliği uygulaması hakkında bir yazı yazmak, hele ki bir dosya hazırlamak biraz cesaret, belki de cüret işi.

Benden bu yazı talep edildiğinde neler yazsam diye düşünürken kafamdan o kadar çok alt başlık geçti ki ne yaza-





İllerde aile hekimlerinin görev yapması ve benzer sorunlarla karşılaşmaları, bu sorunları aşmak için birbirleriyle yardımlaşmaları kaçınılmaz bir şekilde örgütlenmeyi de beraberinde getirmiştir. İllerde Aile Hekimleri Dernekleri hızla kurulmuş, daha sonraları da bu dernekler federasyon çatısı altında birleşmişlerdir. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu ise kısa zaman içinde Türk Tabipler Birliği'ni üye olarak geçecek gibi gözükmektedir.

çağımı şaşırdım. Bu kadar hızlı dönüşümün yaşandığı bir dönemde en iyisi bulunan anın bir fotoğrafını çekip, geçmişten gelen anıların merceğinde ve gelecekte ümit edilenlerin filtresinde genel resim hakkında çoğu zaman eleştirel yorumlar getirmenin en doğrusu olacağına hükmedip yazmaya başladım.

Düzce yolları yokuş...

Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005'te Düzce ilinde pilot çalışma ile başlandı. Pilot uygulamaya temel olan kanun 9 Aralık 2004 tarihinde yayımlanmıştı. "Düzce depreminin üzerinden 6 yıl geçmiş olmasına rağmen, ilde bir deprem daha oluşturunuz." eleştirileri altında başlanan pilot uygulama, "sarsıntıyı" bu yılın sonuna kadar tüm yurt çapında hissettirmeyi hedefliyor! Pilot çalışmanın başlamasının üzerinden 5 yıla yakın vakit geçmesine rağmen, hala belli hakları ve çalışma düzenini kanun güvencesine almayan çalışma üzerinde benzer spekülasyonlar, sesler cıvılaşsa da devam ediyor. Ancak Ankara ve özellikle de İstanbul geçişleri öncesi bu seslerin yükseleceği, geçiş döneminde yaşanması kaçınılmaz kısa süreli bazı aksaklıkların yine bu gerekçelerle seslendirileceği kesin.

Mevzuatçılık

Bu süreç içinde edinilen tecrübeler ışığında çalışma düzeninde pek çok ufak müdahaleler yapılırken Mayıs 2010'da çalışma yönetmeliğinde ilk köklü düzenleme yapılarak yeni uygulama yönetmeliği yayımlandı. Yeni yönetmelik konusunda pek çok eleştiriler yapılsa da benim çok temel bir eleştirim olacak. Bu yönetmelik, çalışana güvensizlik temelinde ve bürokratik tutuculuktan uzaklaşmamış, "nasıl yaparım da çalışanları disipline ederim" anlayışıyla yazılmış bir yönetmelik. Çalışanları korkutarak çalıştırma dönemi geçeli çok oldu. Sağlık Bakanlığı; hastanelerinde performansla dayalı uygulama politikası ile çalışanlarını neredeyse yıllık izin kullanmaksızın çalışmaya teşvik ederken, aile sağlığı merkezlerinde tam tersi bir şekilde "şöyle olursa şöyle ceza alırsınız, sözleşmeniz fesh olunur, paranızı keserim" düşüncesinde ısrar etmekte.

Aslında bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın yakın dönem politikaları mercek altına alınırsa, beklenmeyen bir yaklaşım değil. Özel sektörü disipline etmeye yönelik düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin tamamen devlet hastaneleri eliyle yürütülmesi çabaları, ilaç konusundaki düzenlemeler altında finansal gerekçeler olsa da devletçi yaklaşımın ağırlığını hissettiriyor.

Aile hekimlerine devlet tarafından çalışmaları için verilen binaların çoğu özel sağlık kurumu standartlarının yakınından bile geçmezken oda büyüklükleri standartları gibi değiştirilmesi imkânsızla yakın düzenlemelerle aile hekimlerinin aldıkları ücretlerde kısıntı yapılması, teşvikten çok müebbet ceza gibi durmakta. İlçe ölçeğindeki yerlerde bu standartlarda bina bulmak imkânsızken şehir merkezlerinde ise bu standartlarda bir binanın kirasının karşılanması, verilen ücretler ışığında pek mümkün değil. Bu ise durumu çözümsüzlüğe iterek bulunan yerin kalitesinin iyileştirilmesi çabası yerine, "daha az ücret alırım da bu işlerle uğraşmam." yaklaşımını doğuracak bir hal almış. Çünkü sistem teşvik yerine cezalandırma zihniyetini bırakamamış.

Sevk zinciri

Aile hekimliği uygulamasının yapıldığı ülkelerde ideal olarak sağlık sorunlarının en az yüzde 80'inin bu basamakta sonuca ulaştırılması hedeflenmektedir. Başarılı uygulama örneklerinin olduğu ülkelerde ise bu rakam yüzde 90'ı geçmektedir. Ülkemizde ise bu oran neredeyse tam tersi durumdaydı. Sağlık ocakları sadece aşı yapılan, "repete" yapılan (bu tabir de ülkemiz sağlık kültüründe rastlanılan, eldeki reçetenin bir başka doktor tarafından muhtelif sebeplerle yeniden aynen yazılmasını ifade eden tabirdir) merkezler olarak

Hataları ve sevapları ile bir uygulama değişikliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine can verilmiştir. Bu uygulamanın mükemmel olduğunu söylemek mümkün değildir, gelecekte daha iyisi bulunduğu değişikliğe gidilinceye kadar üzerinde pek çok düzeltme yapılacaktır. Önemli olan tutuculuğun tuzağına düşmemek veya mükemmeliyetin peşinde daha iyiyi göz ardı etmemektir.

algılandığı, teşhise yönelik tetkik imkânları çok sınırlı merkezler olduğu için, özellikle de şehirlerde hiç itibar görmeyen yerler durumundaydı. Öncelikle sağlık ocaklarının imkânlarının artırılması, daha sonra da aile hekimliği uygulamasına geçiş ile bu eğilim tersine doğru hareketlenmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin bu kullanım alışkanlığı yılların getirdiği bir kültür olup toplumdaki değişimin birden bire olması beklenmemelidir.

Ülkemizdeki hekim sayısının yetersiz olduğu, bir zamandır gündemde. Bu eksikliğin hiç bilinmedik şekilde aslında birinci basamakta daha ağır olduğu ise genellikle gözden kaçmaktadır. Klinik uzmanlarının eksikliği daha çok gündemdedir çünkü halkın sağlık kullanım talebi hastanelere yöneliktir ve buradaki eksiklik daha çok göze batmakta ve gündemde tutulmaktadır. Birinci basamaktaki hekim eksikliği aile hekimliği uygulaması ile gözle görülür, elle tutulur bir istatistik halini almıştır. Çünkü eskiden sağlık ocağı başına hekim sayısı konuşulurken şimdi nüfus başına hekim sayısı anlamlı hal almıştır.

Sevk zinciri yani insanların sağlık hizmeti almak için ilk önce birinci basamağa başvurmaları ve burada çözüm bulunamayan sorunları için hastanelere yönlendirilmeleri, aile hekimliği uygulamasının çok önemli ayaklarından biridir. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun ruhu da bu amaca yöneliktir ancak tarihsel gelişim süreci içinde

çok çeşitli nedenlerden dolayı bu şekilde bir organizasyon oluşturulamamıştır. Bu süreç içinde kişiler hastanelere yani klinik branş uzmanlarına doğrudan başvurma alışkanlığı kazanmışlardır. Hizmet kullanımının zorla birinci basamağa yönlendirilmesi çabası ise halkta hem sağlık hizmetlerinden faydalanmasına sınırlama getirildiği algısını oluşturmuş, hem de sayı azlığı nedeniyle çağdaş hizmet gerekliliğinin üzerinde nüfustan sorumlu olan aile hekimliği uygulayıcılarının kapılarının önünde sevk talebiyle uzun kuyruklar oluşması ile sonuçlanmıştır.

Kişilerin sağlık konusundaki taleplerinde ilk olarak aile hekimlerine başvurma alışkanlığı kısa sürede zorlama ile başlanılabilecek bir davranış değişikliği değildir. Hastaneye doğrudan başvuran kişilerin çeşitli yöntemlerle caydırılması ve ilk başvurunun aile hekimine yapılmasının teşvik edilmesi toplum içinde bu davranış değişikliğini zamanla oluşturacaktır. Ama toplumsal davranış değişikliklerinin oturmasının kısa zamanda olmayacağı da hatırdan tutulmalıdır. Bu bazen nesil değişimini gerektiren bir süreç olabilir.

Ekip çalışması

Aile hekimliği uygulamasına geçişe getirilen önemli eleştirilerden bir tanesi de ekip anlayışı ile çalışmaya zarar verdiği hususundadır. Bu eleştiri de haksız bir eleştiridir. Sağlık ocağı düzeninde genellikle hekimler ve hemşireler, özellikle de ebeler genellikle birbirinden ayrı iki grup halinde çalışmaktaydı. Bir grup hekim ve bir grup hemşire ve ebe genellikle kendi işlerini yapmaktaydılar. Bu cümlelerde "genellikle" ifadesini kullanmak lazım, tabii ki bunun istisnaları da vardı. Ancak hekimler sıra ile poliklinik muayenesi yaparken, ebeler de kendi bölge-lerindeki gebe-loğusa takibi ve bebek takibi ve aşılarını yürütmekteydiler. Hekimlerin ise bu konuya ilgisi genelde çok az olup, aylık istatistik formlarını imzalamaktan öteye gitmiyorlardı.

Çalışma düzeni kolektif bir tarzda olduğundan görevlerin sorumlulukları askıda kalmakta, eksikliklerin sorumluları tespit edilememekteydi. Örneğin bir bölgede koruyucu hizmetlerin yetersiz seviyede kalması bütün bir ekibe mal edildiği için, müşterek sorumluluk müşterek dokunulmazlık halini alıyordu. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimi ile personeldeki ortak ifadesi ile aile sağlığı elemanı (aile sağlığı hemşiresi, ebesi, sağlık memuru) bir ekip haline getirilmekte ve kendilerine belli bir nüfus verilmektedir. Hizmet verecekleri nüfusun belli ve sabit olması, verilen sağlık hizmetinin ölçülebilir olması sonucunu da getirmektedir. Hiz-

metin iyi ve kaliteli olması ise iyi bir ekip çalışması olmadan mümkün değildir. Aslında aile hekimliği uygulaması ile hekim ve aile sağlığı elemanı bir ekip olarak çalışmaya başlamaktadırlar. Biri olmadan diğerinin yapacağı hizmetin eksik olması, ekip çalışmasının kanıtıdır.

Görevlendirmeler

Aile hekiminin prensip olarak tek sorumluluğu kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlık hizmetlerini verme ve organize etme ile sınırlı olmalıdır. Ancak hekim sayısındaki sınırlılık eskiden sağlık ocağının üzerine angarya olarak eklenmiş pek çok görevin de ortada kalmasına neden oldu. Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında olan adli tabiplik hizmetleri, ilçe hastanelerinin acil nöbetleri, bazen ambulanslı hasta sevkleri gibi görevler de aile hekimlerine verilmeye başlandı. Bu ise günlük görevini yapan, bazıları da gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çalışma prensiplerine son derece aykırı bir çalışma tarzı. Olağanüstü durumlar için mevzuatta izin verilmiş bir imkânın mutad olarak kullanılması yönetsel olarak da doğru bir yaklaşım olmamakta ve çalışanları huzursuz etmektedir.

Sağlık maliyetleri

Aile hekimliği uygulaması hakkında yapılan eleştirilerden biri de uygulamanın maliyetinin yüksekliği ve bu yüksekliğin sebebinin de personelin aldığı ücretlere bağlanması. Hâlbuki çağdaş aile hekimliği uygulamaları devletler tarafından maliyet etkililiği nedeniyle de tercih edilen uygulamadır. Aile hekimliği öncesinde kişiler sağlık hizmeti aldıklarında, aldıkları hizmet karşılığında sağlık güvencelerini temin eden kuruluşa fatura kesilir, sağlık güvencesi yoksa da kişilerin kendilerinden bu ücret talep edilirdi. Gelen para ise sistemin finansmanı ve personelin döner sermaye ek ödemelerinde kullanılırdı. Ülkemizde şu anda uygulanan aile hekimliği uygulamasında sistem üzerinden bireylerin finansmanı yerine, bireyler üzerinden hizmetlerin finansmanı yöntemine geçilmiştir. Aile hekimlerine verilen ücret paketinin içinde hizmet vermesi için gereken masraflar da dahildir. Eskiden sağlık sigorta sistemleri üzerinden karşılanan hizmet bedeli, şu anda Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerinden hekimler yolu ile karşılanmaktadır.

Bu, Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarında doğal olarak artışa yol açmıştır ancak bu hizmet bedelinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na yansıtılmadığını unutmamak gerekir. Aile hekimliğinin zamanla kapı tutuculuğu görevinin

yerleşmesi ile de pahalı olan hastane hizmetlerinin kullanımının azalması aslında tasarruf getirecektir. Kaba bir hesapla hastaneye başvuran her 10 kişiden ikisinin sorununun birinci basamakta halledilmesi, sistem içine harcanan parada tasarrufu sağlayacaktır. Bu miktarın daha da yükselmesi sağlık hizmetlerine harcanan parada kümülatif bir azalma sağlarken, yıllardır eleştiri konusu olan birinci basamağa yeterli oranda kaynak ayrılmaması sorusuna da cevabı kendi içinde oluşturacaktır. Ayrıca başvuran kişilerin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın hizmet verilmesi de sosyal devlet olma gerekliliğinin önemli şartlarından birisini yerine getirmiştir.

Hekim yeterliliği

Hekim sayısının yeterli olmadığı konusunda halen tam bir mutabakat sağlanamasa da, daha tartışmalı bir konu aile hekimliği hizmetinin hangi yeterlilikteki hekimler tarafından verileceği konusudur. Avrupa ülkelerinde aile hekimliği hizmeti tıp fakültesi mezuniyeti sonrası asgari iki yıl ek eğitim almış hekimler tarafından verilmektedir, bu durum Avrupa Birliği direktiflerinin getirdiği bir mecburiyettir. Ancak geçiş dönemi tanımlanması şartı ile tıp fakültesi sonrası ek eğitim almamış hekimlerin de görev yapmasına izin vermektedir. Ülkelerin kültürüne göre birinci basamakta görev alan uzmanlaşmış hekimlere aile hekimliği veya genel pratisyen adı verilmektedir. Çok çekişmelere yol açmış bu isim kargaşası aslında beyhudedir. Ülkemizde birinci basamak uzmanlığının adı uzun yıllar önce aile hekimliği olarak tespit edilmiş ve bu uzmanlık dalında 2000'e yakın uzman yetişmiş durumdadır. Ancak ülkemiz için gerekli olduğu hesaplanan birinci basamak hekiminin onda birine ancak tekabül eden bu sayı kısa sürede hizmetin tamamının uzmanlar eliyle verilmesini sağlayamayacaktır. Sayının yeterli seviyeye ulaşması yıllar alacağından, uygulamanın başlangıcında uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin de uygulamada yer alması kaçınılmaz bir yaklaşım olacaktır. Bu geçiş döneminde çeşitli destekleyici eğitim faaliyetleri ile kalitenin artırılması da Sağlık Bakanlığı'nın hedefleri içinde yer almıştır. Geçiş süresinin tamamlanması ile uygulamaya giriş ancak aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi almış olmakla mümkün olacaktır.

Örgütlenme

İllerde aile hekimlerinin görev yapması ve benzer sorunlarla karşılaşmaları, bu sorunları aşmak için birbirleriyle yardımlaşmaları kaçınılmaz bir şekilde örgütlenmeyi de beraberinde getirmiştir. İllerde Aile Hekimleri Dernekleri hızla kurulmuş, daha sonraları da bu der-

nekler federasyon çatısı altında birleşmişlerdir. Türk Tabipler Birliği'nin güvencesinde bir meslek örgütü olmaya devam ederken, hekimlerin bu örgüte çok çeşitli nedenlerle uzak durdukları bir zamandır çok tartışılan konu. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu ise kısa zaman içinde Türk Tabipler Birliği'ni üye olarak geçecek gibi gözükmektedir. Bu ilerleme hızıyla eğer büyük bir yanlış yapmazlarsa gelecekte kuvvetli bir sivil toplum örgütü olacağı ve pek çok konuda sözü dinlenir bir örgüt olacağı bugünden öngörülebilir.

Ek hekimlikler

Bu tabiri muhtemelen ilk defa duyuyorsunuz, çünkü anlatmak istediğim şeyi bir başlık altında ifade etmeye çalışırken aklıma gelen bir ifade oldu. Hekimlerin bir ana iş yerinde çalışırken, başta işyeri hekimliği ve muayenehane hekimliği şeklinde ek gelir elde etmek için yaptıkları ek işler de aile hekimliği uygulaması ile boşluğa düştü. Aile hekimlerinin başka bir ek iş yapması yasak olduğundan özellikle pratisyen hekimler tarafından yapılan işyeri hekimliklerinde boşluklar doğdu. Bu ise işyeri hekimliğinin de biraz aslına dönmesine yardımcı oldu. İşyeri hekimliği ile ilgili mevzuata bakarsanız bunun aslında iş ve işyeri sağlığı ile ilgili, koruyucu hizmetlerin ağırlıkta olduğu bir hizmet olduğu görülür. Halbuki bu hizmet işverenler tarafından çalışanın işyerinden ayrılmadan tedavi hizmeti alabileceği bir kapsamda değerlendirilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının başlaması ile işyeri hekimleri de ağırlıkla bu işi yapan hekimler tarafından yapılmaya başlandığı için bu hizmet de daha uzmanca verilmeye başlandı. Çalışanın bir de aile hekimi olduğundan sağlığının bir başka hekim tarafından da takip edilmesi umulur ki gelecekte çalışan sağlığını geliştirici bir kazanç sağlayacaktır.

Uzun vadeli politikalar

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veriyor gibi görünse de yılların getirdiği hastanecilik yaklaşımını içinden atamamaktadır. Aile hekimliği üzerinde büyük söylemler üreten Bakanlığın, hastanelere başvuru sayısını azaltma hedefiyle dev sağlık kampüsleri içinde büyük ölçekli hastaneler kurma hedefi birbiriyle çelişen hedefler olarak görünmektedir.

Personel rejimi açısından ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi için kontenjanların artırılmaması geçiş dönemi hakkında umutları zedeliyor. Aile hekimliği uzmanlığının cazibesinin gün geçtikçe azalması, ihtisas süresinde kaçırılan fırsatların telafisindeki zayıflıklar, gelecekte uygulamaya geçişte uzman

olma şartının erteleneceği endişesini doğurmaktadır. Bu nedenle orta ve uzun vadeli personel politikasının iyi belirlenmesi, diğer politikaların da bu hedeflerle uyumlu şekilde revize edilmesi için zaman daralmaktadır.

Aile hekimi ile çalışacak personelin de birinci basamağa yönelik olarak eğitilmesi de önem taşımaktadır. Hastane hemşireliği odaklı eğitimin, sahaya da odaklanması ve saha çalışma becerileri güçlendirilmiş ebe, hemşire ve sağlık memurlarının da yetiştirilmesi, hekimlere sağlanan ücret avantajının bu personele de yansıtılması birinci basamakta çalışmayı cazip hale getirecektir.

Sonsöz

Her bir başlığı için uzun tartışmalar yapılabilecek bu yazıda sınırlı yerde yazılabilecekler elimin erdiğince bu kadar. Birçok yazılı, sözlü ve görüntülü basın ortamında söylenenler ve tartışılanlar bunun kat kat fazlası. Bu derginin içinde diğer yazarların da katkıları ile aile hekimliği uygulaması çok boyutlu olarak tartışılmaktadır. Hataları ve sevapları ile bir uygulama değişikliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine can verilmiştir. Bu uygulamanın mükemmel olduğunu söylemek mümkün değildir, gelecekte daha iyisi bulunduğu değişikliklere gidilinceye kadar üzerinde pek çok düzeltme yapılacaktır. Önemli olan tutuculuğun tuzağına düşmemek veya mükemmeliyetin peşinde daha iyiyi göz ardı etmemektir.

İstanbul'da aile hekimliği için geriye sayım sürüyor

Dr. Savaş Başar Kartal



1967 yılında Erzurum'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Beykent Üniversitesi'nde Sağlık Kurumları ve Hastane Yöneticiliği Yüksek Lisansını tamamladı. Ümraniye İnkılâp Sağlık Ocağı'nda sorumlu tabiplik, Beykoz ve Üsküdar İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarında Sağlık Grup Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2008 yılından beri İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Dr. Kartal evli ve 2 çocuk babasıdır.

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (Son değişiklik 25.05.2010 tarih 27591 sayılı resmi gazete) ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Halen 53 ilimizde Birinci Basamakta Aile Hekimliği uygulanmaktadır.

Günümüze kadar Aile Hekimliği Pilot Kanun çerçevesinde uygulama yapılan illerdeki gerek koruyucu sağlık alanında gerekse birinci basamak tedavi hizmetlerinde elde edilen başarılı sonuçlar sistemin yürütülebilirliğini kanıtlamış ve 2010 yılı sonunda tüm illerimizin aile hekimliği uygulamasına geçmesi planlanmıştır. Bakanlığımız İstanbul ili için aile hekimliğine geçiş tarihini 30.10.2010 olarak ilan etmiştir.

Aile hekimliği sistemine geçiş için zorunlu olan Aile Hekimliği Birinci Aşama

Uyum Eğitimleri ilimizde Müdürlüğümüz eliyle ilk olarak 16-22 Kasım 2006 tarihinde yapılmış olup bu güne kadar 43 tur eğitim tamamlanmıştır. Eğitim süreci devam etmekle birlikte eğitim için talepte bulunan hekimlerden 4 bin 496 kişiye eğitim verilmiştir. Eğitim alan hekim sayısının aile hekimliği uygulaması başlangıcına kadar da 5 bin 500'lü sayılara varacağı öngörülmektedir.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde yeni bir bakış açısıyla, şimdiye kadar çözülmemiş sorunlara çözüm bulma amacını gerçekleştirmede en önemli adımlardan biri olan aile hekimliği uygulaması kapsamında; İstanbul





Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Koordinasyon Biriminde 10.03.2010 tarihi itibarıyla 8 ayrı bölgede uzun yıllar Sağlık Grup Başkanlığı yapmış hekimler arasından belirlenen “Aile Hekimliği İl Koordinatörleri” görevlendirilmiştir. İl Sağlık Müdürümüz Prof.Dr. Ali İhsan Dokucu önderliğinde; ilgili Müdür Yardımcılarımız, İl Koordinatörlerimiz, İlçe Sağlık Grup Başkanlarımız ve Sağlık Grup Başkan Yardımcıları arasından belirlenen İlçe Koordinatörlerimiz; bizzat sahada çalışarak bölgelerin coğrafi, ulaşım ve sosyoekonomik özelliklerini ile bina durumlarını değerlendirmiş ve “Aile Sağlığı Merkezleri” ile “Toplum Sağlığı Merkezleri”ni oluşturmuşlardır. Ayrıca Müdürlüğümüz Bilgi İşlem Şubesinde Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminden güncel sokak ve hane nüfusları alınarak ortalama 3 bin 540 kişiye 1 hekim olacak şekilde “Aile Sağlığı Birimleri” (A.H.B.) oluşturulmuş ve bunlara ili, ilçeyi ve birimi belirten A.H.B. kod numarası verilmiştir. Mevcut kamu binalarımız ve odaları tek tek değerlendirilmiş, krokileri çizilmiş, ilgili yönetmelik gereği en uygun çalışma şartlarını sağlayabilecek oda planları yapılmıştır. Ortaya çıkan tadilat ihtiyaçlarının büyük bir kısmı Müdürlüğümüz İnşaat Onarım Şubesinde yürütülmekte olup diğer tadilatlar da İlçe Kaymakamlıkları ve Belediye Başkanlıklarından destek alınarak halen devam etmektedir.

Toplamda 3 bin 645 Aile Hekimliği Birimini içeren 949 Aile Sağlığı Merkezinin Bakanlık onayının alınmasının ardından, ilimizde ilk yerleştirme Haliç Kongre Merkezi’nde noter huzurunda başına açık olarak internet ağı üzerinden güncel verilerin takip edilebildiği bir ortamda 15-16-17-18 Temmuz 2010 tarihlerinde kamuda çalışan hekimlere yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu yerleştirmeye 3 bin 40 hekim başvurmuş, bunlardan 2 bin 742 hekim A.H.B.’ne yerleşmiştir. 18 Temmuz 2010 tarihindeki yerleştirmeye Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ da katılmışlardır.

Yerleştirmede boş kalan 903 A.H.B. için kamu hekimlerine yönelik ek yerleştirme 7 Ağustos 2010 tarihinde 36 hekim için gerçekleştirilecek olup diğer boş pozisyonlar için ilgili yönetmeliğe göre öncelikle kamuda çalışmayan hekimler ve daha sonra da il dışı kamu hekim yerleştirmeleri yapılacaktır.

1 Kasım 2010 tarihinde ilimizde aile hekimliğine geçtiğimizde 3 bin 645 Aile Hekimi Biriminde 3 bin 645 hekim görev yapacaktır. Halen İstanbul’da birinci basamakta görev yapan hekim sayısı bin 800’ler civarındadır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinde iki kat istihdam sağlamak, dolayısıyla verilen hizmetin de iki kat artması anlamına gelmektedir. Bu aynı zamanda hekimlerin hastalarına gerekli zamanı ayırabilmelerini, buna bağlı olarak hasta memnuniyetini ve hekimlerin mesleki tatminlerini sağlamaktadır. Sonuç olarak yıllardır birinci basamakta verdikleri hizmetin maddi ve manevi karşılığını maalesef alamayan pratisyen hekimlerimiz, birinci basamakta görev almaya daha istekli ve heyecanlı olacaklardır ki aile hekimliğine geçen illerdeki anket çalışmaları bu yöndedir. Yıllardır fazla doktor var denilmesine rağmen görüyoruz ki elimizdeki yetişmiş insan kaynağı arzu ettiğimiz düzeyde değildir. Elimizdeki hekim kaynağının 3 bin 500 civarında bir nüfusu kaldırarak düzeyde olduğu hesaplanarak planlamalar yapılmıştır. Sistemin sınırsızca yürütülmesi için şimdilik bu sayının yeterli olduğu kanaatiyle birlikte Bakanlığımız hekim başına düşen kişi açısından nihai nüfus hedefini zaman içinde 2 bin kişiye çekmeyi hedeflemiştir. Bunun da önümüzdeki yıllar içinde yeni mezun olacak meslektaşlarımızla gerçekleşeceğine inanıyoruz.

İlgili yönetmelik gereği Aile Sağlığı Merkezlerinde her bir Aile Hekimi ile birlikte sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe veya sağlık memurundan oluşan bir Aile Sağlığı Hemşiresi/Ebesi/Sağlık Memuru görev yapacaktır. Aile Sağlığı Personeli, Aile Hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilitatif edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlü olacaktır. Halen ilimizde birinci basamakta 2 binler civarında ebe hemşire görev yapmaktadır. Aile Hekimliği uygulaması başladığında, ortalama 3 bin 500 kişiye bir olmak üzere Aile Hekimi ile birlikte 3 bin 645 ebe, hemşire veya sağlık memuru görevlendirileceğinden yine verilen hizmetin kalitesinin artacağı, hasta memnuniyetinin artacağı mesleki tatminin artacağı açıktır ki yine Aile Hekimliği Uygulamasına geçilen illerdeki çalışmalar bu yöndedir.

Bilgi İşlem Şubesinde Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminden güncel sokak ve hane nüfusları alınarak ortalama 3 bin 540 kişiye 1 hekim olacak şekilde “Aile Sağlığı Birimleri” (A.H.B.) oluşturulmuş ve bunlara ili, ilçeyi ve birimi belirten A.H.B. kod numarası verilmiştir. Mevcut kamu binalarımız ve odaları tek tek değerlendirilmiş, krokileri çizilmiş, ilgili yönetmelik gereği en uygun çalışma şartlarını sağlayabilecek oda planları yapılmıştır.

Ayrıca 1 Kasım 2010 itibarıyla ilimizde 39 Toplum Sağlığı Merkezi de görev yapacaktır.

1 Kasım 2010 tarihinde ilimizde Aile Hekimliği Uygulamasına sorunsuz başlanabileceği, birinci basamakta görevli hekim ve diğer sağlık personelinin hem ekonomik hem de manevi tatminlerinin artacağı, koruyucu sağlık ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir ve kaliteli olacağı, hizmetten yararlanan vatandaşın da daha memnun olacağı inancını taşıyoruz.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

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.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında aile hekimliğinin pilot uygulamasının arifesinde önemli bir karar daha alındı. Buna göre, aile hekimliği sadece sağlık hizmet sunumunda değil, kendi bilişim altyapısıyla da bir dönüşüme ön ayak olacak ve son 50 yıldır neredeyse hiç değişmemiş olan hantal bilgi toplama yapısı değişecektir. Uygulamanın

adı dahi "aile hekimliği", "aile doktorluğu" arasında gidip geliyorken ve işin teorisyenleri "Aile doktoru ne yapar?" sorularına kafa yorarken köklü bir dönüşüme bilişim altyapısını da dâhil etmek, bu yeni sistemle ilgili riskleri artırıcı bir adımdı ancak bir o kadar da vizyoner bir yaklaşımdı. Bu yaklaşım, bugün "Aile Hekimliği Bilgi Sistemi" (AHBS) adını verdiğimiz yapının ortaya çıkmasına neden oldu.

Başlangıcından itibaren 6 yılı geride bi-

rahan AHBS için bugün sanırım daha sağlıklı analiz yapma imkânımız var. Ancak AHBS'yi kritik etmeden önce, yazılım, insan ve bilgi ilişkisinin gelişiminden az da olsa bahsetmek istiyorum. Zira bu tür değerlendirmeler, yazılımla ilgili algımız ve onlardan ne beklediğimize göre şekilleniyor.

Yazılımların kısa geçmişi

İş hayatımızda kullandığımız yazılımlar, başlangıçta hesap makinesi gibi, asıl





Sağlık verilerinin, bir portal üzerinden güvenli bir erişimle kişilerin erişimine açılması durumunda sağlanacak vatandaş memnuniyetini düşünelim. Ardından kişilerin kendi sağlık verilerinin bir kısmını kendilerinin de bu portal üzerinden sisteme aktarabilmeleri ve hekimleri ile bu portal üzerinden haberleşebilmeleri... Merkezi Hastane Randevu Sistemi de bu portalla bütünleşmiş olacak ve portal hem randevu hem de kişisel sağlık verilerine erişmeye imkân sağlayacaktı. Bunların, gelişmiş ülkelerin dahi “keşke yapabilirsek” dediği türden işler olduğunu vurgulamak isterim.

işimizin sadece belirli bir parçasını kolaylaştıran harici unsurlar olarak sahneye çıktı. Onları kullanır, çıktılarından yararlanır; ama asıl işimize “bildiğimiz gibi” devam ederdik. MS Word ve MS Excel gibi ofis yazılımları bu türün en yaygın kullanan örnekleridir. Bu tür yazılımların, özellikle ofis, mühendislik ve bilim alanlarında yaygın olduğunu görüyoruz. Yazılım geliştirme işi, o zamanlar daha çok “kodlama” veya “programlama” olarak adlandırılmaktaydı.

Donanım, veri saklama ve haberleşme konuları son 15-20 yıla kadar yazılımların kullanım alanını sınırlandıran üç temel unsurlardı. Donanım hızındaki artış, Moore tarafından 1965 yılında ortaya atılan teze uygun şekilde ilerledi (1). Moore, bilgisayar donanım hızının her iki yılda iki katına çıkacağını öngörmüştü. Veri saklama kısıtı ise, eskiden işlenen/üretilecek verilerin ancak dosyalar ve veri yapıları halinde saklanabiliyor olmasından ileri gelmekteydi. Veritabanı sistemleri de bu sorunu çözdü. İlk örneklerini 1960'larda gördüğümüz veritabanı sistemleri, 70'lerde ilişkisel veritabanlarının piyasaya sunulması ve 1980'lerde ticari olarak yaygınlaşmasının, kişisel bilgisayarların ve internetin hayatımıza girdiği 90'ların ardından günümüz yazılımlarının

vazgeçilmez bir parçası oldular. Son engel ise, bilgisayarlar arası haberleşmeye ilgiliydi. Kişisel bilgisayarların yaygınlaşmasıyla yerel bilgisayar ağı (LAN), geniş bilgisayar ağı (WAN) ve buna paralel olarak internetin yaygınlaşması, giderek artan bant genişlikleri, hayallerimizi gerçekleştirebilmemiz için bize fırsatlar verdi. 1990'lardan itibaren yazılımların iş dünyasının her alanına girmesinin önündeki teknik engeller kalkmıştı. Hatta bu kısıtların ortadan kalkmasının yan ürünleri olan kablosuz haberleşme ve mobil cihazlar da, yazılımların kullanımında çok farklı yaklaşımların gelişmesine ve hatta günlük hayatımızda bile yeni alışkanlıklar kazanmamıza neden oldu.

Yazılımlarla ilgili teknolojik kısıtların ortadan kalkmasının ardından, öncekilerle oranla aşılması daha zor görünen başka bir engel kendini göstermeye başladı. Nitekim bu altyapısal gelişmeler, gerçekten “kullanılabilir” yazılımlar geliştirebilmek için hem kullanıcıların yazılımlarla ilgili algısını değiştirmesini, hem de yazılımcıların kullanıcı ihtiyaçlarını çok iyi anlamasını zorunlu kılıyordu. Bu durum, daha önce kodlama ve programlama olarak adlandırılan yazılım geliştirme sürecini de etkilemiş, artık yazılım geliştirme işi bir “mühendis-

lik” olarak görülmeye başlanmıştı. Bu durum, “sistem analistiği”, “yazılım mühendisliği”, “yazılım mimarlığı” gibi uzmanlık alanlarının doğmasına neden olmuştu.

Ancak bu değişim iki temel nedenden dolayı kolay olmadı. Bunlardan birincisi, kullanıcıların yazılımların kendi işlerine bu kadar müdahil olmasını kabul etmekte zorlanmalarıydı, bir çeşit doku uyumsuzluğu yaşandı. İkinci olarak yazılımların “kullanılabilir” olmayı yeterince önceleyememesi ve işi sadece bir mühendislik konusundan ibaret teknik bir olgu olarak görmeye devam etmeleri de bu süreci zorlaştırdı. Gerçi, bu iki nedenin yumurta tavuk ilişkisine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Fakat bir gerçek var ki, her ikisinde de ilerleme olması gerektiği kesin. Yazılım geliştirme tarafında ilerlemeler oldu. Örneğin yazılım mühendisliğinin üstüne, insan-bilgisayar etkileşimi (human-computer interaction), bilgi mühendisliği (knowledge engineering) ve bilgi yönetimi

(knowledge management) gibi insanın öğrenme, algı ve tepki mekanizmalarını inceleyen, insana özel, kullanılabilir yazılımlar ve araçlar geliştirmeyi hedefleyen uzmanlıklar geliştirildi. Bununla birlikte, son kullanıcının beklentilerinin öncelendiği yazılım geliştirme metodolojileri (İş Temelli Analiz (Task Based Analysis), Kullanıcı Merkezli Tasarım (User Centered Design), vb) kullanılmaya başlandı. Artık elimizde, çok büyük veritabanları, tüm iş süreçlerini ve bu süreçlerde doğan bilginin yönetilebildiği bilgi sistemleri için daha uygun bir altyapı var. Bu nedenle bir yazılım projesinde yer aldığınızda, teknik personele “Şu da mümkün mü?” diye sorduğunuzda, “Evet, teknik olarak her şey mümkün, hatta Zeki Müren bile bizi görecek.” diyeceklerdir. Buna mukabil, her ne kadar teknik kısıtlar ve sorunlar ortadan kalkmış gibi görünse de, hâlâ yazılım projelerinin başarı oranının düşüklüğü ortadadır. Benim de gelmek istediğim nokta tam da budur. Zira yazılım projelerinin önünde artık teknik değil, psikolojik ve sosyal engeller var. Mühendislerse bu alanda yeterince eğitilmiş ve tecrübeli değiller. Diğer taraftan kullanıcıların da yazılımları bünyelerine dâhil etme konusunda hala direnç gösterdiğini söylemek lazım.

Söz konusu psikolojik ve sosyal engeller, modern yazılımların takip olduğu yeni misyondan ileri gelmektedir. Zira modern yazılımlar, son derece izafi bir kavram olan “bilginin yönetimine” talip olmaktadır. Dolayısıyla bilginin kime, ne zaman, hangi detayda ve hangi amaçla gösterileceği veya nasıl işleneceği gibi son derece “göreceli” konuların yazılım geliştiriciler tarafından bir şekilde çözümlenmesi gerekiyor. Bu konuda yazılan tüm kitapların tavsiye ettiği şey, son kullanıcıların mümkün olduğu kadar yazılım geliştirme sürecine dâhil edilmeleri ve küçük ve sonuçları hemen görülecek adımlarla ilerlemeleridir. Bugün yaşadığımız kullanılabilirlik sorunlarının merkezinde de bu eksiklik yatıyor diyebilirim.

AHBS kim için, ne için?

Bu kısa izahattan sonra AHBS hakkında yapacağımız kritiğe dönecek olursak, öncelikle AHBS’nin yukarıda bahsettiğimiz çerçevede hangi tür yazılımlardan olduğunu tespit etmemiz lazım. *AHBS, ilk nesil yazılımlar gibi işimizin bir kısmında kullanacağımız bir “araç” değil, hekimin günlük tüm işlerini planlamasına, yapmasına ve elde edilen bilgiyi yönetmesine yardımcı olacak bir klinik bilgi sistemidir. AHBS’nin kendi yerel veritabanı vardır ancak her AHBS internet aracılığı ile Sağlık Bakanlığı’ndaki veritabanı ile entegre olan büyük ve bütün bir ağın parçasıdır. Sağlık Bakanlığı’na gönderdiği veri set-*

leri sayesinde bir kişisel Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) oluşturması açısından da önemli bir e-sağlık projesidir. Diğer taraftan verilerin merkezi bir yerde toplanması ve ihtiyaca özel bilginin türetilmesine imkân sağladığı için de, hem idari hem de klinik anlamda merkezi ve taşra teşkilatları Karar Destek Sistemleri için bulunmaz bir bilgi kaynağıdır. Ayrıca ESK üzerine inşa edilebilecek onlarca farklı uygulamanın (laboratuvar entegrasyonu, hastane randevu entegrasyonu, sevk sistemi, e-reçete, vatandaşlar için sağlık portalı, evde bakım, vb) daha kolay hayata geçirilmesi için zemin oluşturan bir platformdur.

Yazılımların hayatımıza girmesi ile ilgili yukarıda kısaca anlatmaya çalıştığım süreçteki zorluklarla AHBS’nin geliştirme ve uygulanma sürecinde de karşılaşıldı. AHBS, bir araç değil, bilgiyi yönetmeye ve tüm ülkedeki aile hekimlerinin bağlı olacağı ortak bir ağın bir üyesi olmaya talip bir yazılımdı. Dolayısıyla önündeki engeller teknik değil, daha çok psikolojik ve sosyal engellerdi; ancak iş teknik bir proje olduğundan çözümler de büyük ölçüde teknik insanlardan bekleniyordu. Bu anlamda AHBS’nin bugünkü durumuna yapılacak her türlü eleştirinin temelinde, geliştirme sürecinde yeteri kadar son kullanıcı desteğinin olmaması (bir şekilde olamamasına) ve kapsamı ile ilgili bazı belirsizlikler vardır.

AHBS gibi çok yönü ve hedefi olan bir projede, paydaşların AHBS ile ilgili farklı algılarının ve beklentilerinin olması gayet doğaldır. Ancak öte yandan herkesin bütün resmi görmeye çalışıp, projenin gövdesinin altına elini koymasıda önemli bir gereklilik. Diyebilirim ki, bu algılar ve beklentiler çoğu zaman AHBS’nin mimarlarının başlangıçtaki vizyonunun altında kaldı ve teknik bazı yetersizliklerin de katkısıyla AHBS’den kısıtlı bir şekilde ve daha geç yararlanabilmemize neden oldu. Zira enerjinin önemli bir kısmı teknik işlere değil, değişimi kabullenme ve yazılımları işimizin bir parçası haline getirme konusundaki psikolojik ve sosyal engelleri gidermeye ve tarafları projenin içine dâhil etmeye harcandı.

Bu enerji israfının neden olduğu gecikmelerin en dramatik örneği, AHBS’nin ilk ve kurumsal olarak en önemli amaçlarından biri olan kâğıt ortamda bilgi toplama alışkanlığının terk edilmesi idi ki maalesef bu ancak 2010 Temmuzunda gerçekleşebildi. Açıkçası Sağlık Bakanlığı sitesinde Bakan Akdağ’ın konuşuyla ilgili genelgesini gördüğümde hem sevindim, hem de kamu içinde görünüşte çok kolay gibi görünen adımların atılmasının ne derece zor olduğu üzerinde derin düşüncelere dal-

dım. Hâlbuki AHBS’nin en büyük ve ilk ortaya çıkacak faydalarından biri bu kâğıt işini ortadan kaldırmak olacaktı. *Kanaatimce, AHBS’nin gerçek kullanıcısı olan merkez ve taşra teşkilatı ile aile hekimleri, uzunca bir süre AHBS’yi işlerinin ana unsuru (yardımcısı) olarak değil, tali bir unsuru ve bir araç olarak gördüler. Proje çalışmalarını da teknik adamların kotarması gereken işlerden ibaret olarak değerlendirdiler. Bu tür gecikmelerin önemli nedenlerinden biri budur. Ancak yukarıda da ifade ettiğim yumurta-tavuk ilişkisi nedeniyle aynı gecikme, pek tabi ki AHBS’nin tarafların beklentilerini karşılayamamasına veya yeterince kullanılabilir olamamasına da mal edilebilir.* Şüphesiz herkesin kendi argümanları olacaktır ve kendine göre haklıdır. Ancak neticede beklenene göre AHBS’den daha geç faydalandığımız da ortadadır. Bu tür değişimler, mümkün olsa elbette daha erken yapılacaktı. Ancak bize düşen, süreci bu kadar uzatan etmenleri de iyi değerlendirmek ve bundan sonraki çalışmalarda dikkate almaktır. Her durumda böylesine bir uygulamanın bu kadar çok kullanıcıyla, bu kadar yaygın bir coğrafyada kullanılmasının dünyada başka bir örneğinin olmadığını da ifade ederek tüm tarafların hakkını teslim etmek lazım. Burada işaret istediğim husus, vizyoner anlamda çok yüksek ve erişilebilir hedeflerin realize edilmesinin sanıldığı kadar kolay olmadığıdır.

AHBS’nin gelişim süreci

AHBS’nin gelişim sürecini kendi bağlamı içinde değerlendirmeliyiz. 2005’lerde aile hekimlerinin görev kapsamının dahi tartışma konusu olduğunu hatırlayalım. İş sürecinin bir parçası olmaya ve bilgiyi yönetmeye aday bir yazılım geliştirirken bu durumun ne kadar büyük bir zorluk çıkartacağı açıktır. Buna bir de, yukarıda değinmeye çalıştığım üzere, kullanıcı ve yazılımcı tarafındaki değişim ve gelişim ihtiyacı eklendiğinde, AHBS gerçekten zorlu bir yoldan geçmiştir. Buna rağmen başarılı bir sonuç elde edildiğini söyleyebiliriz.

Sağlık Bakanlığı’nın yüklenici bir firmaya ihale yoluyla yazdırdığı AHBS, 2005 yılındaki ilk sürümü olan 1.0’dan sonra sırasıyla 2006’da 2.0 ve 2007’de de 3.0 sürümleri ile meydana çıktı. Aile hekimliği uygulaması netleştikçe ve değiştikçe AHBS de ortama uyum sağlamaya çalıştı ve kervan yolda dizildi. 2007 yılında yayınlanan AHBS 3.0 sürümü ile birlikte Bakanlığa gönderilecek veriler bir standart getirildi ve bunlar ilan edildi. Bu sayede ilk defa 2007 yılı sonlarına doğru özel sektörün geliştirdiği AHBS’leri görmeye başladık. Başlangıçta genellikle eski sağlık ocağı otomasyon programlarından uyarlanmış olan bu programlar, sonraları daha öz-

gün ve kullanışlı hale gelerek kalitenin artmasına çok önemli katkı sağladılar.

AHBS ilk defa 2007 yılında standart bir veri gönderme yapısı üzerine oturdu ve bu sayede merkezdeki verileri kullanan ilk Karar-Destek Sistemi de 2007 yılında hayata geçti. Ardından aynı yıl AHBS ile laboratuvar ve hastane randevu entegrasyonu da tamamlandı ve talep eden bazı illerde uygulaması yapıldı. Yine aynı yılın sonunda bir konsept çalışması olsa da AHBS'de mobil imza uygulaması yapıldı ve Sağlık Bakanlığı'nın 2007 yılındaki e-sağlık kongresinde canlı sunumu yapıldı. Buna göre, aile hekimine gelen bir hastanın sağlık verilerine erişmek için hastanın mobil imza ile onay vermesi isteniyordu. İmzanın ardından Sağlık Bakanlığı'ndaki verilere aile hekimi erişebiliyordu.

AHBS ve Sağlık-NET

2005-2007 arasındaki bu hızlı ilerleyiş, Sağlık-NET çalışmalarının başlamasıyla biraz hız kesti. Zira Sağlık-NET'in devreye alınmasından hemen sonra AHBS ile entegre olması ve tüm sağlık kurumlarının ortak bir ağı kullanması planlanıyordu. Bu nedenle çalışmalar Sağlık-Net üzerine yoğunlaşmıştı. Hazırlıkları 2006 yılında başlayan Sağlık-NET vizyon olarak AHBS ile aynı olan, ama sadece aile hekimlerini değil, hastaneleri de kapsayan bir sistemin adıdır. AHBS, bu yönü itibarıyla Sağlık-NET için bir prototip ve pilot uygulaması rolü oynamıştır. AHBS'de edinilen tecrübeler Sağlık-NET'te kullanılmış ve Türkiye'de sağlık bilşimi alanında önemli standardizasyon çalışmaları yapılmıştır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) bunların başlıcalarıdır. Sağlık-NET'in de kendi Karar-Destek Sistemi vardır ve AHBS ile entegre olduğunda her ikisinin de tek başlarına sağlayacağı katma değerler katlanarak artacaktır.

Sağlık bilgi sistemlerinde merkezi ve yerel yaklaşımlar

Sağlık Bakanlığı, AHBS ile başlattığı ve Sağlık-NET'le tüm sağlık hizmetini kapsayan bir bilgi ağı kurma projesini ilerletirken, taşra teşkilatında da veriyi il çapında toplamayı hedefleyen eğilimler ortaya çıkmaya başladı. 2007 yılında görmeye başladığımız özel sektörün AHBS yazılımları, ifade ettiğim üzere başlangıçta sağlık ocağı otomasyonlarından uyarlanan çözümler olduğundan, bazı sağlık ocağı alışkanlıklarını da aile hekimliğine taşıdılar. Bunlar arasında en önemlisi, AHBS ile verileri Sağlık Bakanlığı'na gönderiyorken, eskiden olduğu gibi İSM'ye de göndermeye devam etmeleriydi. Bu

durum zaman içinde il sağlık otomasyonu oluşturma fikrinin ortaya atılması-na neden oldu. Aslında İSM'lerin keşfettiği şey, Sağlık Bakanlığı'nın çok önce keşfedip hayata geçirmekte olduğu Sağlık-NET fikrinin, İSM çapında yapılmasından başka bir şey değildi. Nitekim İSM'ler bu tür yazılımlar alırken, maksatlarının ilin sağlık yönetimini doğrudan veriye ulaşarak daha etkin yapmak olduğunu ifade ediyorlar. Hâlbuki bu amaç, Sağlık Bakanlığı'nın SDP'de ifade ettiği "karar sürecinde etkili bilgiye erişim" amacıyla aynıydı ve önce AHBS, sonra da Sağlık-NET sadece Bakanlığın değil, tüm Türkiye'nin bu faydaya ulaşması için yapılmaktaydı. *Bu nedenle bu tür talepler, Sağlık Bakanlığı'nın politikalarına uygun değildi. Ancak Bakanlık başlangıçta il sağlık otomasyonlarına karşı çıksa da, sahadan gelen talepleri de sönümlemeyi ve onlara fırsat tanımayı tercih ederek, bu girişimleri engellemedi. Bu sayede, bir şekilde bu tür çözümlerin faydası ve zorlukları da tecrübe edildi.* Benim kişisel kanaatim, aynı amaca hizmet eden farklı yaklaşımların eş zamanlı olarak varlığını sürdüremeyeceği ve birbirlerini olumsuz etkileyecekleri şeklindedir. *Zira bu durum, "iki uçtan tünel kazmaya başlayalım, ortada buluşamazsak iki tünelimiz olur" anlayışı ile yönetilecek bir durum değildir. Bu örnekten yola çıkacak olursak, bize yük taşımasını istediğimiz kamyonların istediği tünelden değil, her iki tünelden de geçmesini beklemekteyiz. Bu durumda bir süre sonra bu anlamsız talep nedeniyle tünellerden biri atıl kalmaya mahkûm olacak ve sadece biri kullanılacaktır.* Bu nedenle, her ne kadar yerel yönetimlerinin ihtiyaçları merkezinkinden farklı görünse de, temelde ihtiyaç duyulan tüm bilgilerin neredeyse aynı verilerden (veri setlerinden) elde edilebildiğini düşünüyorum. Dolayısıyla Bakanlığın topladığı verilerden yeterli miktarda ve içerikte rapor alınabilmesi halinde İSM ve TSM'lerin ihtiyaçları büyük oranda karşılanabilecek ve bu ikinci tünele gerek kalmayacaktı. Ancak belki farkındalık azlığı, belki de beklentilerin yeterince karşılanamaması bazı İSM'leri bu yola sevk etti. Her durumda bu gelişmeler, bize tecrübe ederek değerlendirme yapma imkânı sağlamıştır. Ancak şu kadarını söyleyebilirim ki, münferit başarılı örnekleri olsa da her iki sistemin bir arada ve başarıyla çalışması sürdürülebilir değildir. İSM'lerin bilgi talepleri iyi bir şekilde analiz edilerek, bu ihtiyacın merkezdeki verilerden etkin bir şekilde karşılanması daha doğru ve daha az maliyetlidir.

Elimizdeki değer in farkında mıyız?

Bugün AHBS ile elde edilmiş çok büyük bir hazinenin üzerinde oturuyoruz.

Bunların başında da Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) geliyor. Öyle ki, kişisel sağlık dosyası ile 5 yıldır toplanan veriler üzerinde yapılabilecek araştırmaları hayal etmek bile zor. Hastalık yükleri, tedavi eğilimleri, tedavi süreçleri ve maliyetleri, eşlik eden hastalık istatistikleri, sağlığın demografik dağılımı, vb yüzlerce gösterge elde edilebilir durumda. Özellikle 2007 Mayıs ayından itibaren protokol defterlerinin kaldırılıp, protokol defteri çıktılarının gerektiğinde AHBS ile kaydedilip Bakanlığa gönderilen muayene verilerden elde edilmeye başlanmasının ardından, temel muayene ve reçete verilerinin sağlıklı bir şekilde Bakanlığa ulaştığını söyleyebiliriz.

Bu verilerin, bir portal üzerinden güvenli bir erişimle kişilerin erişimine açılması durumunda sağlanacak vatandaş memnuniyetini düşünelim. Ardından kişilerin kendi sağlık verilerinin bir kısmın kendilerinin de bu portal üzerinden sisteme aktarabilmeleri ve hekimleri ile bu portal üzerinden haberleşebilmeleri... Bütün bunlar AHBS ve Sağlık-NET'in birleşmesi ile elde edilmesi beklenen faydalar arasında. Halen pilotu yapılan Merkezi Hastane Randevu Sistemi de bu portalla bütünleşmiş olacak ve portal hem randevu hem de kişisel sağlık verilerine erişmeye imkân sağlayacaktı. Bunların, gelişmiş ülkelerin dahi "keşke yapabilsek" dediği türden işler olduğunu vurgulamak isterim. Biz pek çoğunu başardık, daha iyisine ise çok yaklaştık.

Burada üzerine çalışılması gereken şey, AHBS ve Sağlık-Net'in bütünleştirilmesi ve eldeki ESK'dan mümkün olduğu kadar karar sürecinde bilgi elde etmektir. Şüphesiz yaklaşan seçimler bu süreci etkileyecektir ancak ben bunların başlanılabileceğine inanıyorum.

Kaynak

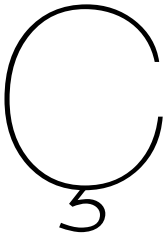
Moore, Gordon E. (1965). "Cramming more components onto integrated circuits". *Electronics Magazine*. pp. 4.

Çağdaş sağlık anlayışı ve aile hekimliği modeli

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu



Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlık eğitimini, Toplum Hekimliği Enstitüsü'nde Nusret Fişek'in danışmanlığında "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma" konulu tezi ile yaptı. Sağlık kurumlarında hekim ve yönetici olarak çalıştı. Liverpool School of Tropical Medicine-Department of International Community Health'de konuk öğretim üyesi, tez danışmanı, alan danışmanı olarak (İngiltere, Galler ve Türkiye'de) görev yaptı. 1982'den beri Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapıyor. 12 yıl Narlıdere Eğitim Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığı görevini yürüttü. Bağışıklama, AIDS eğitimi, sağlık örgütlenmesi konularında TTB, Sağlık Bakanlığı, TÜBİTAK, UNICEF ve WHO-Geneva danışmanlıkları yaptı. Dokuz Eylül Üniversitesi Yönetim Kurulu ve Yayın Komisyonu üyelikleri, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı, Onkoloji Enstitüsü Prevalans Onkoloji AD Başkanı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı, Tıp Fakültesi Koordinasyon Kurulu üyesi görevlerini yürüttü. TTB-Nusret Fişek Hizmet Ödülü-2002 sahibidir.



Çağdaş sağlık bilimi toplumsal sorumluluk taşır ve insana tümelci yaklaşır. Tümelci sağlık bakışı insanı iyi ya da hasta olarak ayırmaksızın, bir bütün olarak ele alır. Karşıt gibi görülen bu iki olgu gerçekte her zaman iç içedir. Sağlam görünen, günlük yaşamını

ve işini sürdüren bir insanın aynı zamanda böbrek taşı, diş çürüğü, hipertansiyonu, tanı almamış kanseri olabilir. Kötü durumda bir insan "hasta" iken -sözgelimi diyabeti olmasına karşın- spor yapabilir, ders verebilir, uçak yönetebilir. "Sağlam" ve "hasta" kavramları ayrıca görecelidir; kan basıncı aynı derecede yüksek ya da düşük olan bireylerden biri yataktan çıkamazken, diğeri günlük işlevlerini aksatmaksızın sürdürebilir. "Sağlam" ve "hasta" olma durumu aynı bireyde ya da toplumda birlikte görülebilir: Yeni doğum yapmış bir anne vajen yırtığına karşın son derece mutlu olabilir. Toplumlarda da aynı özellikler görülür, toplumlar da aynı anda hem iyi hem kötü olabilirler. Kanlı baskı altında, işgal edilmiş bir ülkede ölüm ve yıkım ileri derecede boyutlardayken kazanılan bir uluslararası futbol şampiyonluğu herkesi coşkulu bir sevince taşıyabilir.





Muş-Varto Sağlık Merkezi. (Koleksiyoner Haldun Cezayirlioğlu'nun arşivinden alınmıştır).

Sağlığı etkileyen etmenlerin çokluğu, karışıklığı ve göreceliği yanında bütünlük içermeleri nedeniyle, sağlık hizmeti yapılaşmasında tümelci bir boyuta ulaşılır: Sağlık yaşama eşdeğerse, yaşamın her aşamasında sağlık hizmeti bulunmalıdır. Öyleyse sağlam, hasta, risk altında, ölü (ölüler de insan yaşamını yani sağlığı olumlu ve olumsuz etkiler) gibi kavramlar olmaksızın insan tüm yaşamında sağlık örgütünün denetiminde olmalıdır. Sağlık hizmeti sürekli olmalı, sağlamı korumalı, risk altına girenin sağlığını geliştirmeli, hastalanı sağaltmalı, -her anlamda- sakat kalanı esenlendirerek topluma kazandırmalıdır (Şekil). Bu tür sağlık anlayışı ve örgütlenme modeline *bütüncül (ya da tümelci) yaklaşım* denir.

Sağlık hizmeti

Farklı ekonomik sistemler, sağlık kavramına farklı bakışlar getirir. Sağlık örgütlenmesinde de bu nedenle iki tür sağlık modeli yer alır: Hastaya odaklananlar ve insan temelli örgütlenenler.

Hasta odaklı örgütlenme modelleri kapitalist ekonomilerin seçimidir ve kâr amacıyla, hastalığın ileri teknoloji ile sağaltılmasına yönelik düzenlenirler. Aile hekimliği, sağlık sigortaları ve işletmeleştirilmiş hastaneleri araç olarak kullanırlar. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için çaba göstermez, hastalığın ortaya çıkmasını bekler ve sigortaların devreye girmesiyle en yüksek kazançla sağaltımları yoluna gider-

ler. Sözelimi diyetten yağdan kaçınma, sigara içmeme, egzersiz yapma gibi ucuz ve koruyucu önlemler önerilmez; kişinin koroner arter atağı geçirmesi ve yaşamda tutulmasının güç ve çok pahalı olduğu "cankurtaran+acil servis" in devreye sokulması beklenir. ABD'de uygulanan 911 Acil modeli böyle bilinçli bir seçimdir ve Türkiye'de geliştirilmeye çalışılan sağlık ocağı destek-siz 112 hizmeti de bunun kötü bir kopyasıdır.

İnsanı temel olarak oluşturulan bütüncül sağlık anlayışı toplumsal örgütlenme anlayışı olan ülkelerde uygulanır ve hizmet sunma amaçlıdır. Türkiye'de "sağlık ocağı", SSCB ve ardından Rusya Federasyonu'nda "uçastok", Birleşik Krallık'ta "health centre", Finlandiya'da "terveyskeskus", İsveç'te "vårdsenhet", İsrail'de "kupa-holim", Arnavutluk'ta "ambulans", Norveç'te "heltstation" adıyla birbirine benzer tümelci hizmeti verir. Sağlık hizmetinde çalışanların çoğunluğu sağlığın korunma ve geliştirilmesinde görev alırlar. Sağlık çalışanlarının ürettikleri hizmet sonucu hastalık gibi istenmeyen tabloların ortaya çıkışı engellenmiş olur; böylece oluşan sağlıklılık ortamı, önlemler alındığı için yangın çıkarması, soygun yapılmaması, tren kazası olmaması gibi günlük yaşamı normal kılan gelişmelere benzetilebilir. "Bulaşıcı hastalığa yakalanmama", "ussal bunalıma girmeme", "erken yaşta koroner kalp hastalığından ölmeme" gibi gözle görülemeyen

Aile hekimi daha çok Batı ve Orta Avrupa'nın var-sal ekonomik yapısına dayalı, prim ödeyebilen toplumlara özgü, genellikle kayıtlı kişi ya da baktığı hasta başına ücret alan bir hekimdir. ABD'de örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıkta amaçlanan kâra dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır. ABD'de bugün süren sağlık eşitsizliklerinin ve inanılmaz boyutlardaki sağlık hizmeti yoksunluğunun, 50 milyondan fazla kişinin hiçbir sağlık güvencesi olmamasının altında aile hekimliği uygulaması yatmaktadır.

“Dönüşüm”de söz konusu insan değil “hasta”, sağlık değil “hastalık”, tümelci yaklaşım değil “sağaltım”, hastane değil “işletme”, hizmet değil “kâr”, toplum yararı değil “uluslararası sermaye çıkarı” olmaktadır. “Dönüşüm”de ısrar edilirse ülkemiz çok kişinin hizmetten yararlanamadığı, hastalık ve ölümlülüğün yüksek olduğu bir konuma girecek, Cumhuriyet’in sağlık alanındaki kazanımları yok olacaktır. Aile hekimliği kabul edilemez bir modeldir. Sağlık kurumlarının özelleştirilmesi toplumun en yoksul kesiminin tek seçeneğinin elinden alınması anlamına gelmektedir, hemen durdurulmalıdır.

olumlu sonuçlar oluşur. Toplum tabanında yaygın olarak yer alan bu uygulama salt koruma ve geliştirme ile sınırlı kalmaz, sevk zinciri aracılığıyla sağaltım ve dolaylı olarak da esenlendirme merkezleri ile eklenir. Sağaltım hizmetinde ve büyük hastanelerde çalışan göğüs hastalıkları, genel cerrahi, onkoloji, genetik gibi farklı dalların uzmanları da bu sistemin parçasıdır ve sağaltım ve esenlendirme işlevlerinde, diğer tüm sağlık çalışanları ile işbirliği içinde görev alırlar. Bütüncül sağlık yaklaşımının amacı toplumun genelini daha sağlıklı ve mutlu kılmaktır.

Toplum Sağlığı ya da *Toplum Hekimliği* adlarıyla da bilinen *Halk Sağlığı*, bütüncül sağlık anlayışıyla donanmış, değişik disiplinlerden bilim insanlarıyla etkileşim içinde olan ve etkinlik sürdüren sağlık yaklaşımıdır. İnsan topluluklarındaki sağlık kavramı, anlayış ve algılamalarının tanınması, sağlık düzeyinin ve

sorunlarının belirlenmesi, risk ölçümleri yapılarak sağlık risklerinin ortaya çıkarılması ve giderilmesi konularında bilgi, düşünce ve araştırma üretir, sonuçlarını toplum yararına sunar. Uygulama aşamadaki nitelikleri taşır:

Nüfusa dayalıdır: Sağlık hizmeti planlanırken, sınırları belirlenmiş bir nüfusa hizmet edecek biçimde düzenlenir. Sınırları net olarak çizilmiş bir coğrafyada belirlenmiş nüfusun yaşayan ve doğan tüm bireyleri sağlık örgütü kaydına geçirilir, tüm toplum, hasta olmadıkları zaman da, sağlık örgütü tarafından düzenli izlenir. Böylece bireyin ve ailenin yaşam koşulları ve riskleri yakından bilinir, izlenir ve hastalıkların engellenmesi sağlanır. Birey hastalandığında sağlık ocağına başvurur ve gerektiğinde üst kuruma sevk edilirse birey de, sağlık kurumları da rahat eder. Nüfusun ve özelliklerinin kayıtlı olması, sağlık sorunlarının niteliğinin saptanması, veri hesaplanarak amaç ve hedeflerin oluşturulabilmesi yönünden de çok önemlidir. Toplumun kayıtlı olduğu alanın belirli bir coğrafyada çerçevelenmesi, bölgenin beslenme alışkanlıkları, hayvancılık yapılması, vektör varlığı gibi yöresel özelliklerinin değerlendirilmesi yönünden de önem taşır.

Herkesi kapsar ve izler: Sağlık modeli sorumlu olduğu alandaki herkese hizmet sunar. Yoksul, göçer, işsiz, yaşlı, çok çocuklu, resmi dili konuşamayan gibi özel ve yüksek risk grupları sistem tarafından evlerinde aranıp izlenmezlerse hizmete ulaşamayabilir ve hizmet dışında kalabilirler. Bu nedenle nüfus düzenli aralıklarla evlerde kaydedilir ve başta toplumsal gereksinimleri açısından evde ebe-hemşire, gerektiğinde hekim tarafından izlenir.

Tümelcidir: Sağlık hizmeti sunumu yalnızca hasta olanları sağaltmak anlamına gelmez. Toplumun tüm bireylerini sağlam olduklarında *koruma* (iyi besleme, aşılama,...), risk altına girdiklerinde sağlığını *geliştirme* (gebeliği izleme, mesleki riski olanları izleme, diyet ve egzersiz eğitimi,...), hastalandığında *sağaltma* (antibiyotik ya da kemoterapi uygulama, tümörü cerrahi olarak çıkarma,...) ve sakat kaldığında *esenlendirme* (şizofreni topluma kazandırma, lepralıyı uygun işte çalıştırma,...) sağlık hizmetinin birbirinden ayrılmaz dört ögesidir.

Ekip yürütülür: Tümelci yaklaşımın gereği olarak tüm sağlık hizmetlerini birlikte ve bütüncül sunacak bir ekip oluşturulur ve birincil hizmette koruma, geliştirme, sağaltma ve esenlendirme ekip paylaşımı ile yürütülür. Ekip anlayışı disiplinlerarası da uygulanır; sözgeli mi bulaşıcı hastalıkta veterinerlik hizmetleriyle tümleşme bulaşıcı hastalık savaşımının olmazsa olmaz koşuludur.

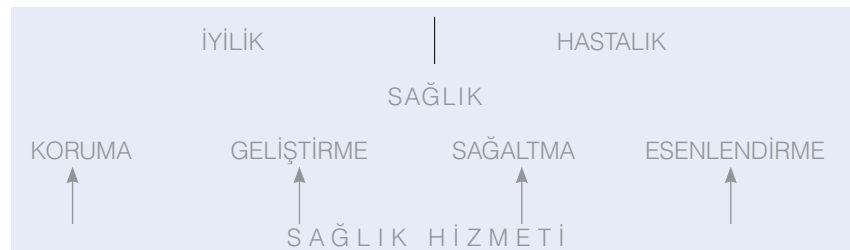
Ulaşılabilir: Tüm dünyada sağlık hizmetinden yararlanma araştırmaları hizmet almayı etkileyen en önemli etkenin önce yakınlık olduğunu göstermektedir. Kültürel erişilebilirliğe de özen gösterilmeli, resmi dili konuşamayanların iletişim kurmalarını sağlayacak önlemler alınmalıdır.

Ücretsizdir: Sağlık kurumuna başvuru etkileyen ikinci etken olan ücret ödenmesi özellikle yüksek risk gruplarını hizmet alımından kaçırır, sağlıksızlığın sürmesine ve ölümlere yol açar. Sağlık hizmetinin finansmanı, kişilerin gelirleri oranında ödediği ve gerek duyduğu ölçüde hizmet aldığı vergi havuzu sistemi ile yürütülür. Sosyalleştirme yasası hizmetin tüm aşamalarının ücretsiz sunulmasını güvenceye almıştır.

Eşitlikçidir: Toplumu oluşturan bireyin en temel ve engellenemez hakkı, **yaşam hakkı**dır. Yaşam hakkı herkese, gerek duyduğu ölçüde ve gerek duyduğu yerde sağlık hizmeti veren bir modelle sağlanabilir.

Önceliklidir: Sağlık hizmeti herkese eşit yaklaşır, sağlık sorunlarını saptadığı bireylerden kendisi, çevresi ve toplum için önemli tehlikeler yaratabilecek olanları seçerek hizmet alımında öncelik tanır. Besin özdıkları üreten ve satanlardan düzenli örnek alınması, diyabetik anne adaylarının daha sık ve özenle izlenmesi öncelikli bakıma örneklerdir.

Sevk zinciri içerir: Sevk zinciri, ilk başvurunun bağlı olunan sağlık kuruluşuna yapılması ve gerektiğinde bu kuruluşça bir üst kuruma gönderilmesini sağlamak amacıyla oluşturulur. Sağlık ocağına başvuranların yüzde doksandan fazlasının tanısı konabilir ve sağaltım hizmeti verilebilir. Geri kalanlar daha ileri inceleme ve sağaltım yöntemleri için önceden belirlenmiş



Sağlık kavramı ve sağlık örgütlenme modeli

bir kural dizisi içerisinde ve bir geri bildirim formu aracılığıyla üst kurumlara gönderilir. Üst kurumlardan uzmanların ilk basamakla kuracağı ilişki ve eğitime yönelik iletim hem bireyin sağlık sorununun giderilmesine, hem de geri bildirim aracılığıyla ekibin hizmetiçi eğitimine yarar sağlar.

Tek başlıdır: Sağlık hizmeti tek elden planlanır ve denetlenir. Yasalar tüm kurumların sağlık hizmeti açısından denetlenmeleri ödevini Sağlık Bakanlığı'na vermiştir.

Toplumsal gereksinimlerine yöneliktir: Sağlık hizmetinin ilk ödevi toplumun sağlık durumunu ve kendine özgü sağlık sorunlarını saptamaktır. Toplum genç/yaşlı, yoksul/varsıl, enfekte/sağlam olabileceği gibi, yöresel ve kültürel özellikleri de farklılık gösterir. Her toplumda ayrı olmak üzere yaşlıların dejeneratif sorunları, yüksek bebek ölümlülüğü, aile evliliklerine bağlı kalıtsal hastalıklar, HIV enfeksiyonunun yaygın yıkımı görülebilir. Her toplumun sağlık örgütlenme modeli o toplumun özel sorunlarına ve bunların çözülmesinde yararlanılacak yerel, kültürel, siyasal ve ekonomik farklılıklara bağlı olarak değişir. Toplum temel örgütlenme ilkeleri çerçevesinde özgün yapısını kurmalı ve sağlık çalışanlarını aynı çerçevede eğiterek topluma katmalıdır. Bebeklerin ishali hastalıklardan ölmekte olduğu bir toplumda kanser genetiği üzerine yoğunlaşmış bir hastane kurmak ve sağlık çalışanlarını bu bilgi ile donatmak topluma yarar sağlamaz; böyle bir toplumda halkın eğitimini ve mühendislik hizmetlerini öne çıkaracak bir yapılanma ve ekiple uyum içinde olacak sağlık çalışanının yetiştirilmesi gerekir.

Toplum denetimli olmalıdır: Hizmeti alan toplum, sağlığı sunan sistemi hem yerel, hem merkezsel olarak denetler, sunduğu geri bildirimlerle besler ve yönlendirir. Hizmet sunumu ödevinin yerel yönetimlere devredilmesi yeterli değildir; özelleştirme ve taşeronlaştırma sonucu yoksulluğun, rüşvet ve yolsuzluğun yaygın olduğu toplumlarda önemli sakıncalar da içerir. Yönetim ve denetimin geliştirilebilmesi için toplumun kul olma anlayışından kurtulması, kendini yönetecek özellikleri kazanması ve niteliklerini örgütlü olarak kullanabilmesi gerekir. Tanımlanan sistem, *demokras*i olarak adlandırılır. İnsanların üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunmak için kalabalık yaşam ve ulaşım koşullarından kurtarılmalı, bağır-sak enfeksiyonlarından uzak durmak için su kesintilerine gidilmemesini, kanserden korunmak için ekosisteme özen gösterilmesini isteme hakları demokrasinin gereğidir.

Sağlık ocağı

Toplumsal kaygı ve amaçları olan bütüncül sağlık anlayışı içinde sağlık ocağı özel bir nitelik taşır. Yapılanması ve işlevselliğini belirleyen ögeler toplumsal devinimlerdir. Sağlık yaşamla özdeştir, sağlığı oluşturan unsurlar toplumsal yapının içindeki sonsuz sayıda oluşum ve etkileşimdir. Toplumun sağlık sorunlarını belirlemek, öncelikleri ve beklentileri saptamak, çözümleri toplum katılımıyla düzenlemek gerekir; bunun için de toplumla yakın iletişim zorunludur. Sağlık ocağı nüfusa yönelik planlanır ve yapılır. İçinde görev alacak ekibi de, bütüncül bakış taşıdığı bilinen pratisyen hekim yönetir.

Sağlık sorunlarının saptanması ve çözülmesi için toplumla yakın ve düzenli iletişimde olan bir ekip gereklidir. Anne ve çocuk sağlığı sorunları ve enfeksiyonların önemi dikkate alınarak bu kadronun çekirdeği ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşur. Ebeler ve hemşireler kadınları evde düzenli izler ve eğitir. Ebe eve kapıyı çalmadan, evin hanımının adını seslenerek doğrudan girebilen bir sağlık çalışanıdır. Sağlık memuru, erkeklerle çalışma ortamlarında, köy ve mahalle kahvesinde ulaşabilir. Sağlık ocağının geniş bir salonu bulunur. Burada gereğinde hastalar oturup bekler, gereğinde filmlerle desteklenen eğitim toplantıları düzenlenir. Salonun ortasındaki küçük mutfakta hanımlara mama yapımından arabezi bağlamaya dek birçok konuda eğitim sunulur. Sağlık ocağı birden fazla yerleşim biriminden, su kaynakları ve çevre sorunlarından sorumludur. Ulaşımı sağlamak için her sağlık ocağına dörtçeker bir arazi aracı ve şoför verilmiştir. Aracın korunması ve yakıtının donmasının önlenmesi sağlık ocağı binası içinde oluşturulan garaj ile sağlanır. Ekibin 24 saat hizmet verebilmesi ve konut bulma sorunu yaşamaması için kendilerine lojman da sağlanır. Sağlık ocağı binası bulunmayan yerleşkeler nüfus ve ulaşım olanakları dikkate alınarak sağlık evi ve ebesi ile donatılır. Sağlık ocağını ve ekibini pratisyen yönetir; iki temel görevinden biri tanı ve sağaltım, diğeri ekip çalışmasının düzenlenmesidir.

Sağlık ocakları hizmetlerinin yönetimi ve hastane desteğinin sağlanması için Grup Başkanlığı Bölgesi oluşumuna gerek vardır. Bölge 50-100 bin kişilik bir alandan, böylece 10-20 sağlık ocağından oluşur. Her bölgede temel uzmanlık alanlarını içeren bölge hastaneleri yer alır. Gerek nüfus tabanlı düzenlemenin bozulmaması, gerekse siyasal etkilemelerin önlenmesi için, hem yasaya hem de 154 sayılı yönergeye açık hükümler konmuştur. Örgütlenme il tabanında yapılır, ilçe yönetimi

(kaymakamlık) dilimine uyulmaz, sağlık ocakları ve bölgeler il sağlık müdürlüğüne bağlıdır.

Ekibin yaşamsal bir gereksinmesi vardır: Eğitim. Eğitim öncelikle denetim aracılığıyla sağlanır. Hekim ekibin diğer elemanlarının günlük çalışmalarını gözlemler, izlem fişlerini kontrol eder, sağlık evlerini düzenli ziyaret ederek ebelerin etkinliklerini izler ve gelişmelerine katkıda bulunur. Tüm bu denetim süreci hizmet içi eğitim amaçlıdır. Aylık çalışmalar yazılı olarak grup başkanlığına iletilir, başkanlık çalışanları tarafından değerlendirilir, görülen eksik ve yanlışlar sağlık ocağı ve sağlık evi ziyaret edilerek giderilir. Hastane uzmanları sağlık ocağını düzenli olarak ziyaret eder, hekimle birlikte hasta değerlendirir. Pratisyenin hasta bakışı konusundaki eğitimi, sevk sistemine dayandırılmıştır. Hekim çağının olanaklarına uygun laboratuvar donanımıyla hasta bakar, tanı ve sağaltım yönünden gerekli gördüklerini Form 019 ile bağlı olduğu bölge hastanesine sevk eder, uzman tarafından hastaya ilişkin bulgu ve bilgiler aynı formla kendisine döner.

Hizmetin niteliğinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi ancak kayıt ile sağlanabilir. Sağlık ocağının yaşamsal elemanlarından olan tıbbi sekreter çalışmaların düzenli kaydını tutar, sağlık çalışanları ile bulgularını paylaşır, sonuçlarını bölgeye sunarak tartışır. Düzenli kayıt sağlık ocağının yalnızca güncel olmasını değil, geleceğe yönelik amaçlarını hesaplayabilmesini ve rotasını çizebilmesini de sağlar. Her sağlık ocağı nüfus yapısı, sorunları ve öncelikleri ile kendine özgüdür. Hedefleri saptayıp onlara ulaşabilmek sağlık çalışanlarına doyum sağlar, yeni hedefler oluşturmak için de güdüler.

Toplumla iç içe yaşama, ev ziyaretleri yapma ve halkın günlük ya da düğün, sünnet gibi toplu etkinliklerine katılma; sağlık ekibinin, özellikle de ebenin halkı yakından tanımasını sağlar. Toplumunu yakından tanıyan sağlık ekibinin tümelci bakış biçiminin kendisine kattığı güçle de bütünleştğinde, toplumun sağlığına ve gelişimine daha kolay ve etkin katkıda bulunacağı açıktır.

Sağlıkta Dönüşüm

“Dönüşüm”, Türkiye’ye özgü olmayan, Dünya Ticaret Örgütü’nün “sağlık ve eğitim hizmetleri de mal gibi satılmalıdır” anlayışına uyan Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından “reform” adı altında tüm ülkelere dayatılan bir neoliberal özelleştirme yaklaşımıdır. Küreselleşme saldırısının ilk aşaması olan “kuralsızlaştırma” amacıyla sermayenin sağlıkta atacağı

önemli bir adım olarak ortaya çıkmıştır. Ülkemizde önerilen programın üç ana ögesi; 1) Prime dayalı hizmetin özel sigortalar aracılığıyla *finansı*, 2) Hastanelerin *işletmeleştirilmesi*, 3) *Aile hekimliği* modelidir. Prime dayalı finansta bireyler zorunlu olarak özel sigortalardan seçtikleri teminat paketini satın alır, hastalandıklarında aile hekimlerine ve hastane işletmelerine başvururlar. Önceden satın almadıkları sağlık hizmet türüne gereksinme duyarlarsa bunu ayrıca öderler. Kalp hastalığı, diyabet, kanser gibi önemli hastalıkları varsa prim satın alamazlar; bu hastalıklar satın alma işleminden sonra ortaya çıkarsa da sigortalılıkları ortadan kalkar. Ülkedeki tüm hastaneler işletmeleştirilir, yani bir yerel yönetim kurulu tarafından yönetilir. Yönetim kurulu -işletme kar amaçlı olduğundan- ağırlıklı olarak iş adamlarından oluşturulur; başta hekim olmak üzere çalışanlar da sözleşmeli olarak ve kuruma parasal getiri sağladıkları sürece çalıştırılırlar. Hiçbir sosyal güvenceleri olmadığı gibi, ücretli izin hakları da sınırlı ve koşullara bağlıdır. Üçüncü ögeyi oluşturan aile hekimliği ise aşağıdaki özellikleri taşır.

Yapaydır: Toplumsal ya da teknik bir gereksinimle ortaya çıkmış değildir, sağlığı bir hizmet olmaktan çıkarma ve kuralısızlaştırma amacıyla oluşturulmuştur. Sosyalleştirme düzeni ortadan kalkacak, sağlığı korunmayan insanlar hastalanarak karmaşa ortamında çok ve gereksiz başvurularla hekim-laboratuvar-hastane üçgeninde dolaşacak, sağlık pazarında oluşan sermayenin artmasıyla pazar payı büyüyecektir.

Nüfusa dayalı değildir: Sınırları çizilmiş ve nüfusu belirlenmiş bir topluma dayalı değildir; her yerde oturan kişi her yerde çalışan hekime kaydolabilecek, sağlık örgütüncü konacak amaçlara yönelik bir hedef kalmayacaktır. Toplumun hizmet gereksinimleri ve götürülen hizmetin katkısı ölçülmeyecek ve kaydedilmeyecektir. 2010 yılında aile hekimlerinin verilerini sağlık müdürlüklerine gönderme gereğinin kaldırılması, oluşacak boşluğun açık bir göstergesidir.

Ekiple ilgili değildir: Nüfusa dayalı olmayınca “bölge” kavramı da ortadan kalkacak, bölgeye yönelik ekip hizmetinin yerini hastalanan kişiye sağaltım uygulaması alacaktır. Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. Genellikle muayenehanesinde ya da evinde bireysel olarak çalışan özel hekim kimliği taşır. Yanında “aile sağlığı elemanı” olarak bir ebe/hemşire çalıştırabilir. Ancak bu “eleman” giderek kayıt tutan ve reçete yazan bir kişiliğe dönüşeceği için zamanla kimlik aşınımına yol

açacaktır. Hekim için çok masraflı olacağından zamanla küçük bir bahşişle her işe koşacak bakkalın boş gezen oğluna yerini bırakacak, kimlik aşınımı sonucu birincil sağlık hizmetinde hekim dışında sağlıkçı kalmayacaktır.

Tümelci değil, sağaltıcıdır: Oluşan piyasada ilk amaç Sağlık Bakanı’nın deyimiyle “müşteri” oluşturmak ve rekabet sağlayarak hoşnutluk yaratmaktır. Hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazıvermesi, biraz rapor almasını önermesi, hem kendisine hem hastasına yarar sağlayacaktır.

Aile ile ilgili değildir: Hekimi seçen aile değil bireydir. Ailede anne kadında doğumcu bir aile hekimine, baba kardiyoloğa, nine fizik tedavi uzmanına, çocukların biri psikiyatriste, biri endokrinoloğa, biri dermatoloğa kayıtlı olabilir. Bu bağlamda kullanılan ‘*hekim seçme özgürlüğü*’ aileye bütüncül bakışı engelleyecektir. Bireyin hekim seçme özgürlüğü doğal olarak karşıtı olan hekimin hasta seçme özgürlüğünü de getirir. Böylece hekimler kendilerine başvuran bazı kişileri seçmeme özgürlüğüne kavuşur. Sözgelimi nevrotik ya da kanser tanısı almış bir çok insan “listeleri dolmuş bulunan” hekimlere kaydolamadan, ortada kalır. Birleşik Krallık’taki aile hekimliği uygulaması bunun örnekleri ile doludur.

Sevk zincirine uygun değildir: Bir üst kuruma ve uzmana sevk, tanının kesinleştirilmesi ya da özellikli sağaltım amacıyla yapılan, hastaya yararı dışında uzmanın hekime geribildirimiyle eğitim aracı da olan uygulamadır. Bölge ve sevk anlayışının kaldırılması aile hekimliği modelinde zaten yer almayan hizmet içi eğitimin hiç olmazsa sevk aracılığıyla yapılmasını da engelleyecektir.

Kâra dayalıdır: Toplumun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmesi yani bir sistem yaklaşımına sahip olması beklenemez. Dayanışma değil, rekabet anlayışına dayalı çalışması nedeniyle piyasanın acımasız yer edinme koşullarına uyumlu davranması ve topluma zarar vermesi kaçınılmazdır. “Türkiye’de aile hekimliği başlatılan illerde ne değişti?” sorusuna hekimlerin verdiği ilk yanıt genellikle -ve büyük mutlulukla, “Kazancım arttı.” ya da “Denetim kalktı.” olmaktadır. Bunun yanında aile hekimliği çok pahalı ve israfa neden olan bir modeldir. Her aile hekiminin ayrı muayenehane açacağı ve donatacağı; özellikle röntgen, ultrasonografi gibi tıbbi aygıtlar açısından gereksiz örtüşmeler yaşanacağı; hastanın hekimler ve laboratuvarlar arasında “paslaşılacağı” dikkate alınırsa, harcamalarda doğrudan bir artış

olacağını kestirmek güç değildir. Pazar ekonomisinde pahalı teknolojinin çok ve gereksiz kullanılacağını kestirmek de hiç güç değildir.

Yeni pazar yaratacaktır: Sağlık -özelikle kötü niyetli kullanıldığında- çok büyük bir pazar ve kâr potansiyeli taşır. Kapitalist ekonominin ana finans unsuru olan bankacılık, bünyesindeki sigorta kuruluşları aracılığıyla kar kaynağını çok iyi kullanır. Oluşturulan sağlık pazarı, yarattığı mesleki risk ve onun doğurduğu hukuksal sorunlar sonucu ABD’de çok büyük bir sağlık sigortası ve hukuk piyasası oluşturmuştur. Yeni çıkarılan “zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası” ABD’ye benzer yeni bir pazar hazırlığının temeli olarak görülmelidir.

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmet yanlıştır: Koruyucu hizmetlerde kişiye ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamaz. Koruyucu hizmet toplumsal yarar gözetilerek yapılır. Sözgelimi bağışıklama hem kişiye, hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Bulaşıcı hastalık görülen bir birey -toplumsal yararı gözetilerek- bir yandan sağaltılırken bir yandan da hem aile bireyleri hem de toplum bağışıklanır, su arıtılır ve klorlanır, diğer çevresel önlemler alınır. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmet sağlayacağı söylenen aile hekiminin tümelci anlayışı olmadığı gibi, salt bireye yönelik koruma anlayışı toplumda onarılmaz yaralar açar.

Yüksek ücret gerçek dışıdır: Modelde gerçek amaç hekime ücret ödememek, hekimin ücretini serbest piyasa koşulları içinde kendisinin kazanmasını sağlamak, sağlığı kamu hizmeti olmaktan çıkarmaktır. Devlet artık sözleşmeli hekimler çalıştıracak, iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan bir kitle yaratacaktır. Sözleşmeli çalışmada sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı olmaması aile hekimini tümüyle savunmasız bırakmaktadır. İş güvencesi olmayan ve işsizlik korkusuyla giderek daha düşük ücretle çalıştırılacak bir hekim kitlesi yaratılmaktadır.

Başka ülkelerde aile hekimliği

Sağlık örgütlenmeleri her ülkenin amaçlarına, koşul ve olanaklarına göre değişik modellerle düzenlenir. Hiçbir ülkenin modeli diğer bir ülkeye ne finansman ne de uygulama açısından benzer. Aile hekimi daha çok Batı ve Orta Avrupa’nın varsıl ekonomik yapısına dayalı, prim ödebilen toplumlara özgü, genellikle kayıtlı kişi ya da baktığı hasta başına ücret alan bir hekimdir. ABD’de örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıkta amaçlanan kâra dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır.

ABD’de bugün süren sağlık eşitsizliklerinin ve inanılmaz boyutlardaki sağlık hizmeti yoksunluğunun, 50 milyondan fazla kişinin hiçbir sağlık güvencesi olmamasının altında aile hekimliği uygulaması yatmaktadır. Birleşik Krallık’ta Aile Hekimliği, toplumcu bir yaklaşım olan Ulusal Sağlık Hizmeti’nin kuruluşu sırasında Britanya Hekimler Birliği’nin geleneksel ve tutucu baskıları sonucu hekimleri savunma içgüdüsüyle oluşmuş, hiçbir zaman ekip çalışmasına gitmemiş, tümüyle sağaltıcı hekimlik üzerine kurulu bir modeldir. Evindeki muayenehanesinde ya da sağlık ocağından kiraladığı bir odada işlev görür, çoğunlukla evde hasta bakar, her yıl kendine kayıtlı kişi sayısı kadar ücret alır. Kanada’da var olan ulusal sağlık sisteminde yer alan aile hekimi ülkenin sağlık sisteminin ABD baskısı altındaki değişimine uygun olarak salt sağaltıma yönelmekte, he-kime kayıtlı olan kişilerin hekimlerin kayıtsızlığı konusundaki yakınmaları giderek artmaktadır. Almanya sosyal sigorta ile bağlantılı ve bu yüzden aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmış, aile hekimlerini sigorta kârına ortak etmiştir. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık puan toplar ve karşılığında para alırlar; bazı hastalıklar ya da hastalar değersiz bulunduğu anda aile hekiminin ilgisini çekmez. Benzer konum başka bir açıdan Birleşik Krallık’ta da yaşanır, bazı “kötü” tanı almış (örneğin kanserli) hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamaz. Belçika’da “performans” ön plândadır; hekim hastayla görüşmeye başlarken kronometreyi başlatmak ve bitirince durdurmak zorundadır. Aile hekimliği modeline sahip olduğu savlanan Küba’daki uygulamaya gerçekte aile hekimliği demek güçtür, çünkü amaçlı piyasa ekonomisinin uygulanması değil, yaşam süresi uzamış ve giderek yaşlanan nüfusun küçük topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi, hekimin küçük nüfusa sürekli ve alanda hizmet götürerek sevk oranını azaltması amaçlanmıştır. Sağlık alanında en önemli yıkıma yol açılan Sovyetler ve sosyalist blok ülkelerinde Dünya Kalkınma Örgütü raporuna göre beş yılda “kayıp kişiler”, yani beklenmedik bebek ve özyıkım sonucu genç insan ölümleri 9.7 milyon olmuş, Rusya 1999’da eski modeline dönme gereği duymuştur. Bulgaristan’da sağlık ve sosyal güvence için aylıklarının yarısını ödemek zorunda bırakılan insanlar bugün aile hekimlerinin kendilerine bakmamasından yakınmakta, hastalandıklarında ilaç içtiklerini belirtmektedir.

Sonuç ve öneri

“Dönüşüm”de söz konusu insan değil “hasta”, sağlık değil “hastalık”, tümelci yaklaşım değil “sağaltım”, hastane değil “işletme”, hizmet değil “kâr”, toplum yararı değil “uluslararası sermaye çıkarı” olmaktadır. Pilot uygulama adı altında toplumun yarısından fazlasında uygulamaya geçirilen “Dönüşüm”de ısrar edilirse ülke ABD’de olduğu gibi kayıt yetersizliği nedeniyle sağlık sorunları bilinmeyen, çok kişinin hizmetten yararlanamadığı, hastalık ve ölümlülüğün yüksek olduğu bir konuma girecek, Cumhuriyet’in sağlık alanındaki kazanımları yok olacaktır. Aile hekimliği kabul edilemez bir modeldir. Sağlık kurumlarının özelleştirilmesi toplumun en yoksul kesiminin tek seçeneğinin elinden alınması anlamına gelmektedir, hemen durdurulmalıdır.

Türkiye’ninözgünmodeli“sosyalleştirme”dir ve sağlık ocağına dayalı örgütlenmiştir. Sahip olunan sağlık mevzuatı, sağlık ocağı sayısı, sağlık personeli sayısı, bilgi birikimi ve deneyim ile sosyalleştirme bir gün içinde yeniden hizmete sokulabilir. Toplum yararına bir karar olarak sağlık ocağını çağdaş ve ileri teknoloji ile donatıp hizmetiçi eğitimle destekleyerek devreye sokmak, sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak için yeterlidir.

Kaynaklar

- Aksakoğlu G. *Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim Dergisi* 2008; 8: 7-62. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf>
- Aksakoğlu G. *Bulaşıcı hastalıkla savaşım. Üçüncü yazım. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi*; 2008.
- Aksakoğlu G. *Kuşkusuz sağlık ocağı. Memleket Mevzuat. 2007;2(24):60-2. (Pratisyen 2005 Mayıs 06;19-20’dan sonra). http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kuskusuzsaglikocagi.pdf*
- Aksakoğlu G, Giray H. *Kentsel alanda sağlıkta dönüşüm. Memleket Mevzuat. 2007;2(21-22):3-12. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kentselalandadonumum.pdf*
- Aksakoğlu G, Giray H. *Birleşik Krallık’ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü. Toplum ve Hekim, 2006; 21: 335-43. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-birlesikkrallik.pdf*
- Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. *Aile hekimliği modeli /sistemi Türkiye için uygun değildir. Toplum ve Hekim. 2003;18:251-257. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ailehekimligi.pdf*
- Aksakoğlu G. *Uluslararası sermaye ve bağışıklama pazarı. Toplum ve Hekim, 2003; 18: 323-30. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-uluslararasıbagisiklamapazarı.pdf*
- Aksakoğlu G. *Dünya Sağlık Örgütü ve sağlık politikalarında değişim. Sol. 2003;199:41-45. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsosal.pdf*

Aksakoğlu G. *“Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde ‘sağlık reformu’ ”, Toplum ve Hekim, 2003; 18: 68-80. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sovyetler.pdf*

Aksakoğlu G. *‘Herkes İçin Sağlık’tan Hedef21’e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor’ Toplum ve Hekim, 2002; 17:2:91-100. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsodegisiyor.pdf*

Giray H, Aksakoğlu G. *Sağlıkta sosyal devlet hizmetinden piyasa ekonomisine. TEB İlaç Haber Aktüel. Haziran 2006:18-9. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sosyaldevlet.pdf*

Şemin S, Aksakoğlu G. *‘Sağlık alanında artan sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) azalan etkinliği’, Toplum ve Hekim, 1995; 10(68):45-53.*

Yılmaz G. *‘Kapitalizmin kaleleri-I: IMF, WB ve AB’, Türkiye MAİ ve küreselleşme karşıtı çalışma grubu, 2000; İstanbul:TTB.*

Türk Tabipleri Birliği http://www.ttb.org.tr/ Son erişim tarihi: 06.08.2010

Sağlık Bakanlığı http://www.saglik.gov.tr/ Son erişim tarihi: 06.08.2010

Aile hekimliği, “mahallenin eczacısını” geri getiriyor (mu?)

Ecz. Emin Olgun



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Lise öğrenimini Konya Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. İstanbul'da Kuduz Hastanesi'nde ve akabinde 112 Acil'de görev yaptı. Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde eczacılık eğitimi tamamladı. Bir süre sonra memuriyetten ayrılarak bilgisayar yazılım firması kurdu. 2004 yılında serbest eczacılığa başladı. IVEK kurucusu ve genel başkanlığı da yapan Olgun halen serbest eczacılık yapmaktadır.

Ülkemizde Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık alanında 3 temel değişim yaşanmıştır. Bu temel değişimin sonuncusu 2003 yılı ile başlamıştır. 2003 yılında ortaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın vatandaşlarımız tarafından ilk hissedilir etkileri SSK'lı hastaların diğer kamu hastanelerinden de hizmet alabilmesi ile başlamıştır. 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve va-

tandaşlarımızın özel hastanelerden de hizmet alabilmesinin yolu açılmıştır. Yeşil kart sahibi kişilerin tedavi giderlerinin yanında ilaç giderlerinin de karşılanması ile ülkemizde nüfusun neredeyse tamamı sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmıştır. Eczacılıkta da bu değişimle birlikte hizmet sunum şekli değişmiştir. Vatandaşımız eczacıya danışıp ilacını nakit almak yerine doğrudan hekime ulaşabilme ve onun önerdiği ilacı almaya başlamıştır.

Ülkemizde sosyal güvenlik şemsiyesi

altında olan nüfusun büyük bir kısmını SSK'lı vatandaşlarımız oluşturmaktadır. Bu kesim, 2005 yılı öncesinde özellikle büyükşehirlerde hekime ulaşma zorluğu yaşamaktaydı. Tedavi için genelde eczaneye gidip şikâyetini anlatır ve eczacısının önerdiği ilacı alırdı. Vatandaşlarımızın çoğunluğu tedavi ve ilaç giderlerini kendi cebinden ödemek durumundaydı. Bu tablo sonucunda eczacıların birçoğu o zaman var olan sosyal güvenlik kurumları ile sözleşme yapmıyordu. Nakit olarak alınan ilaç ciddi bir oran oluştuyordu. Bu du-



rum, eczanelerin sağlık kurumuna bağlılığını ortadan kaldırıyor, semtlerde açılan eczanelerin de ayakta kalması ve büyümesi mümkün oluyordu.

2005 yılı sonrasında eczaneler sağlık hizmeti sunucularına biraz daha bağımlı hale geldi. Bugün de vatandaşlarımızın çoğunluğu, ilacını reçetenin kaynağına yakın bir eczaneden temin etmeyi tercih etmektedir. Nakit ilaç alım oranının çok ciddi oranda azalması dolayısıyla eczanelerin açıldığı yerin, sağlık kurumlarına yakınlığının önemi artmıştır. Sağlık kurumlarına yakın eczaneler büyümüş, diğer eczaneler ise küçülmüştür.

1961 yılında çıkan yasaya göre uygulamaya konan “sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon” büyükşehirlerde uygulamaya geçmemesi nedeniyle yarım kaldı ve istenen sonuç alınamadı. Ülkemizde nüfusun büyük bir oranı büyükşehirlerde yaşamaktadır. Hatta Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2009 yılı sonu itibarıyla yayımladığı veriye göre halkımızın yüzde 17,8’i İstanbul’da, yüzde 6,4’ü Ankara’da, yüzde 5,3’ü ise İzmir’de yaşamaktadır. Fakat fiili oranın daha da yüksek olduğu bilinmektedir. Bu yasanın çıkmasından 40 yıl sonra, örnek il olarak İstanbul’a baktığımızda sağlık ocağı sayısı 2002 yılında sadece 217’dir. 2009 yılı sonunda ise 552’dir. 2009 yılı sonunda 23 bin 500 kişiye bir sağlık ocağı düşer hale gelmiştir. Bu tablodan, Anadolu’da sağlık ocağı sistemi kısmen oturmuş olsa da büyükşehirlerde hiçbir adım atılmadığı gözlemlenmektedir.

Yeni süreçte yeni sağlık ocaklarının açılması, eczanelere reçete dağılımının yaygınlaşmasını beraberinde getirmiştir. İstanbul’da 2002 yılından sonra sağlık ocağı sayısı yaklaşık 2,5 kat artmıştır. Reçete kaynağı sağlık kurumlarının artıp yaygınlaşmasıyla birlikte, iyi konumdaki eczanelerin de sayısında bir artış yaşanmıştır.

Son dönemde büyükşehirlerde sağlık ocağı sayısı ciddi bir oranda artsa da yine de yeterli değildir. Aile hekimliği uygulaması hayata geçince, sağlık ocakları aile hekimliği merkezine dönüşecektir. Fakat açıklanan listelerden görüldüğü gibi en az mevcut sağlık ocakları kadar daha aile hekimliği merkezi, kura çeken hekimlerce oluşturulacaktır.

Aile hekimliği ile hastalar hekimler tarafından daha iyi takip edilebilir hale gelecektir. Şu anki yapıda, sağlık ocağına müracaat eden hasta sıradaki uygun olan hekime muayene olmakta ve birçok kez hekim tercih etme şansına sahip olamamaktadır. Bu tablo nedeniyle hekim de hastasını iyi takip edememektedir. Her gün başka bir hastayla

karşılaşan hekim, her seferinde farklı bir hekimle muhatap olan hasta... Aile hekimliği bunu her iki taraf için de tersine çevirecektir.

Aile hekimliği uygulaması eczanelere de dengeli bir dağılım sağlayacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile özellikle büyükşehirlerde aile hekimliği merkezlerinin sayısı ve hasta muayene eden hekim sayısı çok yüksek oranda artış gösterecektir. Bu sayı artışı eczaneler için de daha yakın reçete kaynakları ve tıbbi anlamda daha rahat takip edilebilir hasta anlamına gelecektir.

Bu uygulama “mahallenin eczacısı”nı geri getirebilir. 2005 yılına kadar eczacı mahallenin sağlık danışmanı iken, bu tarihten sonra neredeyse sadece ilaç veren kişi konumuna gerilemiştir. Halkımızın reçete kaynağına yakın yerlerden ilacını temin etme yoluna gitmesi ile bu eczanelerde yoğunluk artmış, semt eczanelerinde ise küçülmeler yaşanmıştır. Büyüyen eczanelerde ise halka sağlık danışmanlığı sunumu azalmıştır. Reçete kaynağının artması bu yapıyı değiştirecektir. Büyük eczanelerde küçülmeyi, fakat sayı olarak bir artışı da beraberinde getirecek, mahallelerde aile hekimliği merkezlerinin oluşması ile tekrar mahallenin eczacısı ortaya çıkabilecektir.

İlaç için yeni gündem akılcı ilaç kullanımıdır. Akılcı ilaç kullanımının temelinde, “hastanın; klinik bulgularına uygun olarak, bireysel özelliklerine uygun olan ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyatla ve kolayca sağlayabilmesi” yatmaktadır. Akılcı ilaç kullanımında eczacının rolü de çok önemlidir. Eczacı, hastaya sadece ilaç vermeyecektir. Ne zaman, nasıl, ne şekilde kullanacağını, oluşabilecek yan etkilerde ne yapacağını anlatacak; diğer kullandığı ilaçlarla etkileşme olup olmadığını kontrol edecektir. Aile hekimliği uygulaması ile hastanın tedavisini takip eden eczacıların sayısı artacaktır. Hastalar da kendisine daha doyurucu bilgi veren eczacıları tercih edecektir.

Eczacının hasta takibini sağlayabilmesi için bilgi birikimini arttırmasına ihtiyaç vardır. Bunun sağlanabilmesi için eczacının da kendini geliştirmesi zorunlu hale gelecektir. Eczacı ilacı en iyi bilen kişi olmak durumundadır. Sadece eczacının bilgi birikimini arttırması yeterli olmayacak, eczanede çalışanların da bilgi birikiminin arttırılması gerekecektir.

Sonuç olarak; aile hekimliği sağlık kurumlarının yanındaki büyük eczanelerde hasta kaybına neden olacak, küçük eczaneler için avantaja dönüşecektir. Aile hekimliği, Türk Eczacılar Birliği’nin zorlamayla yapmaya çalıştığı “eczanelere dengeli hasta dağılımını” doğal

Bu uygulama “mahallenin eczacısı”nı geri getirebilir. 2005 yılına kadar eczacı mahallenin sağlık danışmanı iken, bu tarihten sonra neredeyse sadece ilaç veren kişi konumuna gerilemiştir. Halkımızın reçete kaynağına yakın yerlerden ilacını temin etme yoluna gitmesi ile bu eczanelerde yoğunluk artmış, semt eczanelerinde ise küçülmeler yaşanmıştır. Büyüyen eczanelerde ise halka sağlık danışmanlığı sunumu azalmıştır. Reçete kaynağının artması bu yapıyı değiştirecektir. Büyük eczanelerde küçülmeyi, fakat sayı olarak bir artışı da beraberinde getirecek, mahallelerde aile hekimliği merkezlerinin oluşması ile tekrar mahallenin eczacısı ortaya çıkabilecektir.

yolla temin edecektir. Hastasını takip etmeyi başaran eczaneler için avantaj oluştururken, “sadece hasta ilacını al-sın ve gitsin” diye yaklaşan eczaneler için dezavantaj oluşturacaktır. Kısaca bu dönemden sonra mesleğine önem veren, tıbbi ve ilaç bilgisini arttıran eczacılar kârlı çıkacaktır.

Prof. Dr. S. Bedii Omay: 'Nisibis Akademisi'nde bir 'Beyt-ül Hikme' tahayyül ettim

Röportaj: Ömer Çakkal

Anadolu'nun küçük şehirlerinde üniversite kurmak da, o üniversitelerde hocalık ya da öğrencilik yapmak da zor şeyler. Ne yaparsanız, ne başarı göstermeniz ülke gündemine gelmek pek kolay değil. Lakin güzel kalpli bir adam, güzel kalpli bir kadın sabırla suladığı

topraktan filizleri yeşertebiliyor. O zaman bir şehir üniversitesi "Bu oyunda ben de varım" diye gür bir ses çıkartabiliyor. Mardin Artuklu Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Serdar Bedii Omay, o güzel adamlardan biri. Sokaklarında büyüdüğü Mardin'e yıllar sonra üniversite rektörü olarak geri döndü. Dönerken heybesinde onlarca projesi, hayalleri vardı. Şimdi birer ikişer o fikirleri

hayata geçiriyor. Serdar Bedii Hoca, bu sayının röportaj konuğu.

'Haiku' adlı klasik Japon şiirinden tercümeler yaptım

Nerede doğdunuz, bize biraz çocukluğunuzu, anne-babanızı, kardeşlerinizi, mahalle arkadaşlarınızı anlatabilir misiniz?





Mardinli bir memur ailesinin çocuğu olarak Ankara'da doğdum. Babam subay, annem İngilizce öğretmeniydi. Evimiz, babamın ve annemin özellikle meraklı oldukları İslami ilimler, edebiyat ve tarih sohbetlerinin yapıldığı bir medrese gibiydi. Kıymetli dostlarıyla gece geç saatlere kadar süren doyumsuz sohbet ve okumaların tadı hala damağımdadır. Ben de, kardeşim de böyle bir kültür ortamında büyüdük. Kardeşim ilahiyat okudu; arkadaşlarımız da hep tefekkür ve zihni tekâmül peşinde olan insanlar oldu. O arkadaşlardan en güzeli de şimdi eşim.

İlk ne zaman evden ayrıldınız? Nereelerde eğitim aldınız?

İlkokulu bitirdikten sonra hep leyli okudum. Babam gelişmemiz için gerekli görüyordu. Ankara Anadolu Lisesi'nde ortaokulu, Ankara Fen Lisesi'nde liseyi, Hacettepe Tıp Fakültesi'nde tıbbiyeyi okudum. Dâhiliye ihtisasını Ege Tıp Fakültesi'nde yaptım.

Japonya seyrüseferiniz nasıl geliştirdi? Ne yaptınız oralarda, neler gördünüz, neler yaşadınız?

Muhakkak akademik gelişimimde yurtdışı tecrübesinin önemli olduğunu düşünüyorum. Tasavvufa ve mistik felsefelere duyduğum ilgi sebebiyle, kendimi zenginleştirmek için Uzak Doğu'yu seçtim. Hematoloji bilimi de atom bombası acı tecrübeleri sebebiyle çok gelişmiş durumdaydı. Orada hematolojik moleküler biyoloji, hücresel tedaviler, kök hücre biyolojisi üzerine çalıştım, Ph. D. aldım ve klinik hematoloji ihtisası yaptım. Tabii ki, mistik Budist felsefe üzerine araştırmalar yaparak çeşitli Budist manastırları ziyaret ettim. 'Haiku' adı verilen klasik Japon şiirine ilgi duydum ve tercümeler yaptım.

Tıp, kapsayıcı bir bilim; ne felsefeden, ne edebiyattan, ne de güncelden kopabilir

Bize biraz Serdar Bedii Hoca'yı anlatır mısınız? Sert, korkutucu bir mizacınız yok gibi. Nasıl bir hocasınız,

öğrencilerinizle diyaloglarınız nasıl?

Mizaha, Aristo'nun tanımıyla hayatın içindeki ironi ve gülmeceye ilgi duyuyorum ve hoca-öğrenci ilişkilerinde yararlanıyorum. 'Bilinçli ihmalkârlık' konusunda müsamamah maalesef düşük, bu da bazen asistan ve öğrencilerimle aramda soruna sebep olabiliyor.

Trabzon'da, KTÜ'deki derslerinizde sinema, edebiyat, din gibi pek çok unsur hakkında alıntı yaptığınız söyleniyor. Tıp eğitiminin ufkunun nasıl olması gerektiğini düşünüyorsunuz?

Hekim ile hakîm kelimeleri hem ontolojik hem etimolojik olarak akraba kelimeler. Meslek yaşamında da bu akrabalık devam etmeli. Tıp, kapsayıcı bir bilim; ne felsefeden, edebiyattan, ne de güncelden kopabilir. Farklı entelektüel katmanlarda hastalarıyla hekim nasıl iletişim kuracak? Tedavide nasıl başarılı olacak? Hepimiz biliyoruz ki, hekimliğin reçete yazmakla bir ilgisi yok. Tıp eğitimi daha kapsayıcı bir şekle getirilmelidir. Kendi adıma bugünümüzden hiç memnun değilim.

Eksisözlük'ten bir yorum: "Dâhiliye sözlüsünde kimseyi geçirmemesiyle ün yapmıştı. Hematolojiden sözlüye girdiği için anemi, lösemi v.s. tarzında sorularla karşılaşmayı bekleyen zavallı öğrenciye Krebs döngüsünü sorup dumura uğratma yeteneğine sahipti kendisi." Öğrencileriniz için "zor" bir hoca mısınız?

Haklısınız, öğrencilerim için maalesef zor bir hocayım. Bunda da tıp bilgisine bakış tarzımdaki farklılık yatıyor. Tıbbi ezber bilgisi olarak değil, hazmedilmiş bir idrak hulâsası olarak görüyorum. Temel tıp bilimlerini ve kliniği birbirinden tefrik etmek mümkün değil.

21 Eylül 2008 günkü köşe yazısında sizden çok sevgili bir dost olarak söz eden Zaman Gazetesi Yazarı Hilmi Yavuz'un sözlerine kulak verelim: "Serdar, gerçek bir entelektüeldir. Rahmetli Cemil Meriç Hoca'nın deyi-

Tereddiye uğrayan medeniyetimizin başladığı yerde, Nisibis Akademisinde bir 'Beyt-ul Hikme' olarak tahayyül ettim. Çok dinli ve çok dilli şehrimizin ve bölgemizin parlamasına medar olacak projeler ve planlarla dopdolu bir haldeyim ve beni uyutmuyorlar. Mezopotamya kadim tıp geleneğinin modern yöntemlerle canlandırılması ve alternatif tıp enstitüsü. Filoloji, teoloji, felsefe, Doğu Hıristiyanlığı fakülteleri. Tercüme geleneğinin canlandığı ve kadim klasiklerin günümüze aktarıldığı bir tercüme okulu projesi ve daha neler neler... Bir ikisini başarabilirsem Yüce Rabbimizden daha ne isterim ki...

şiiyle 'geniş tecessüsü', onu hekimliğin dışında birçok alanda, değme aydına taş çıkarttıracak kertede bilgi ve fikir sahibi kılmıştır. Serdar'la edebiyat, teoloji, tarih, felsefe, hatta mimari konularını rahatlıkla konuşabilir; onun sınırsız bir tevazu ile öne sürdüğü görüşlere şaşırarak hayran kalabilirsiniz..." Edebiyat, teoloji, tarih, felsefe, mimari alanındaki bu bi-

Bilge Köyü katliamı gibi olayların önlenmesi noktasında zihinlerin ve ruhların terbiyesi ve tekâmülü dışında bir yol yok. Bölgedeki şiddetin arkasında karmaşık bir tarihi ve sosyolojik bir süreç var. Üniversitemizin sitesinde yayımladığımız ilk inceleme raporunun okumanızı öneririm. Kanaat önderleri, koruculuk sistemi, Tanzimat fermanına kadar giden meseleler var.

rikiminiz hangi pınarlardan, hangi okumalardan besleniyor?

Hilmi Hoca çok sevdiğim bir mütefekkir, münevver ve sevgili bir dostum. Hakikaten sohbetârâ bu insanla musahabe bir doyumsuz lezzettir. Tabii ki biz ona yetişemeyiz, ama okuma temrinlerimize me haz teşkil edebilir.

Çok dinli ve çok dilli şehrimizin parlamasına medar olacak planlarla dopdoluyum

Mardin ve üniversite... Trabzon'dan rektörlük için memleketiniz Mardin'e giderken kafanızda ne gibi hayaller, ne gibi projeler vardı? Anlatabilir misiniz?

Mardin, kendi memleketim olduğu için söylemiyorum ama medeniyetlerin hulasası olan bir merkez şehirdir. Uzun yıllardır hayal ettiğim bir sosyal bilimler üniversitesinin bir küçük numunesini kurabilmek için göreve talip oldum. Terrediyi uğrayan medeniyetimizin başladığı yerde, 'Nisibis Akademisi'nde bir 'Beyt-ül Hikme' tahayyül ettim. Çok dinli ve çok dilli şehrimizin ve bölgemizin parlamasına medar olacak projeler ve planlarla dopdolu bir haldeyim ve beni uyutmuyorlar. Mezopotamya kadim tıp geleneğinin modern yöntemlerle canlandırılması ve alternatif tıp enstitüsü. Filoloji, teoloji, felsefe, Doğu Hristiyanlığı fakülteleri. Tercüme geleneğinin canlandığı ve kadim klasiklerin günümüze aktarıldığı bir tercüme okulu projesi ve daha neler neler... Bir ikisini başarabilirsem Yüce Rabbimizden daha ne isterim ki...



Artuklu Üniversitesi'nin kuruluş çalışmaları hangi tarihe kadar uzanıyor? Kuruluşu öncesi komşu kentlere bağlı fakülteler, enstitüler şeklinde bir çalışma var mıydı? Kuruluşta ne gibi sıkıntılar yaşadınız, yaşıyorsunuz?

Mardinliler olarak maalesef 30-40 yıldır şehrimizde üniversitemizin kurulması için uğraşıyorduk. 1925'e kadar 13 medresenin olduğu bir şehir. Klasik çağın çok büyük âlimleri yetişmiş. Ne yazık ki iki yüksekokulla başladık. Elimizde başka hiçbir şey yoktu. Çok sıkıntılı ve sancılı bir kuruluş süreci yaşadık, yaşıyoruz. Ülkemizde mevzuat hazretlerinin bu kadar kullanışsız ve iş yapmaya mani tarzda olduğunu, üst yönetici oluncaya kadar bu derece bilmiyordum. Çok şükür inşaatlara başlayabildik. İlk fakülte öğrencilerimizi mimarlık ve edebiyat fakültelerine bu sene alıyoruz.

Tabularla işi olmayan bir üniversiteyiz

İslam âlimi İbn-i Teymiyye'nin ünlü "cihat" fetvası 700 yıl sonra Mardin'de tartışıldı. Toplantının açılış konuşmasını da bizzat siz yaptınız. Böylesine her açıdan riskli bir konuda inisiyatif almaktaki amacınız neydi? Toplantıdan ne gibi sonuçlar çıktı?

Bu meşhur fetva Mardin fetvası olarak biliniyor ve ulema arasında ciddi tartışmalara sebep oluyordu. Geldiğimiz modern dönemde 'dâr' anlayışında önemli değişiklikler meydana gelmişti. Fetvanın verildiği yerde tekrar tartışılması bence son derece doğal ve bizim üniversite vizyonumuzla uyumluydu. Toplantıda dünyanın birçok İslam ülkesinden konusunda uzman âlimler tartışmalar yaptılar ve bir sonuç bildirgesi yayımlandı. Alanına katkıda bulunan bir toplantı olduğu kanaatindeyim.

Cihat fetvasının tartışıldığı 'Barış Diyarı Mardin' konferansı, "Said Nursi ve Cumhuriyet, Bir Binbir Gece Masalı" adlı konferans gibi etkinlikler Artuklu Üniversitesi'nin adını ülkemiz sınırlarının ötesine taşıdı. Bu tür etkinliklerin devamı gelecek mi, ajandanızda ne gibi etkinlikler var?

Evet, tabularla işi olmayan, yerelden ev-

rensele, evrenselden yerele bakan bir üniversiteyiz. Bizi izlemeye devam ediniz.

23 Eylül 2009 günü Hürriyet'teki köşesinde, Mardin'i yukarı Mezopotamya'nın kültür ve uygarlık merkezi yapmayı ve Artuklu Üniversitesi'ni bu ideale uygun biçimde var etmeyi tasarladığınızı yazan Cengiz Çandar, Genelkurmay Başkanı İlker Başbuğ'un Nusaybin'e yaptığı ziyarete atıfta bulunup şöyle dedi: "Nusaybin, Ankara'daki medya şeflerinin Genelkurmay Başkanı'nın peşine düşüp sınır karakollarında söylev dinledikleri mekân olmaktan çıkıp Mardin Artuklu Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Serdar Bedii Omay'ın "Nisibis vizyonu"nu anlamaya gidilen bir yer haline dönüştüğü vakit, Türkiye geleceğe yönelik en keskin virajı dönmüş olacaktır." Siz bu görüşlere ne dersiniz?

Tamamen katılıyorum. Huzurun anahatı, ilim ve irfan yolunda olmaktır. Mardin'de gayem budur.

Şarkiyat Enstitüsü'ne yönelik fikirleriniz vardı. YÖK'ten çıkan "Yaşayan Diller Enstitüsü" kararının ardından üniversiteniz bünyesinde Kürt Dili ve Edebiyatı ile Süryani Dili ve Edebiyatı Bölümlerini kurdunuz. Bu bölümlerde eğitim-öğretim başladı mı? Mevcut durum ve sorunlar neler?

Kürt dilinde ilk okutmanlık kursunu yaptık. Bu sonbaharda ilk yüksek lisans öğrencilerini alacağız. Henüz Süryani dili bölümünde eğitime başlamadık. Ön şartlı ideolojik saplantılar, şiddet ve siyaset sarmalındaki bu güzel lisana zarar veriyor. Bazı problemler yaşıyoruz ama burada açmak istemiyorum.

Peki. Mardin Üniversitesi, ülke gündeminden bir türlü kalkmayan ve kimilerince Kürt meselesi, kimilerince PKK meselesi diye adlandırılan konuda sorunun çözümünde nasıl bir katkıda bulunabilir?

Sosyal bilimler alanının metotlarıyla çalışarak ürettiği ilmi çözümler, huzura ve barışa katkı sağlayacak şekilde yönetici erk tarafından ve diğer toplumsal güçler tarafından faydalanılabilir.



Dışişleri Bakanı Ahmet Davutoğlu'nun başkanlığında toplanan İkinci Büyükelçiler Konferansı Değerlendirme Toplantısı 9-10 Ocak tarihlerinde Mardin'de gerçekleştirildi. Bu türden toplantıları genelde Ankara'da yapan Bakanlığın bu tercihi siz nasıl değerlendirdiniz?

Üniversitemizin ortaya koyduğu vizyon ile Sayın Ahmet Davutoğlu'nun getirdiği öneriler arasında ortak noktalar var ve Mardin tüm özellikleriyle Ortadoğu'daki çözümlere ışık tutuyor.

"Kürdoloji Enstitüsü" talebinizi şiddetle eleştiren Yeniçağ Yazarı Behiç Kılıç, 10 Nisan 2010 tarihli yazısında sizi sert bir dille eleştirerek, "Mardin'e Truva atı gibi üniversite" ifadesini kullandı. Bu görüşe yanıtınız ne olur?

Kendisine teessüflerimi iletiyorum. Artuklu Türk Beyliği tarihini okumaya davet ediyorum.

Bilge Köyü katliamının arkasında Tanzimat fermanına kadar giden meseleler var

Bilge Köyü katliamı ile ilgili sorulan, "Şiddet nasıl önlenecek?" sorusuna verdiğiniz iddia edilen, "Sevgiyle, muhabbetle, ilimle irfanla" yanıtına burada bir parantez açmak isterim. Filmi biraz daha geriye sarabilir miyiz? Bu türden büyük, bu türden beklenmedik, bu türden korkunç bir katliam nasıl gerçekleşebildi Mardin'de? İkinci sorumu, yukarıdaki cümlelerinizi açmanıza vesile olsun diye yönelteyim: Şiddet nasıl sona erecek?

Zihinlerin ve ruhların terbiyesi ve tekâmülü dışında bir yol yok. Bölgedeki şiddetin arkasında karmaşık bir tarihi ve sosyolojik bir süreç var. Üniversitemizin sitesinde yayımladığımız ilk inceleme raporunun okumanızı öneririm. Kanaat önerileri, koruculuk sistemi, Tanzimat fermanına kadar giden meseleler var.

İzin verirseniz buradan itibaren size sıralı bir şekilde bazı kısa sorular soracağım. Buradan Omay Hocanın hasta, hastalık, hastane ve sağlık algısına bir seyrüsefer yapabilmeyi murat ediyorum. Şimdi, hastalandığınızda ilk ne yaparsınız? Dua mı edersiniz, hemen doktora mı gidersiniz, yoksa evdeki bitkiler, meyve/ sebze mi yönelirsiniz?

Dua ederim, beni aşıyorsa uzmanına danışırım.

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

Hematoloji-onkoloji alanım olduğu için, bu tür birçok karışımla karşılaştım. Japonya'da bu karışımları bilimsel alanda analiz etmeyi de öğrendim. Alternatif tıp metotlarının önyargısız incelenmesi gerektiği kanaatindeyim.

Yakınlarınızdan kaybettikleriniz oldu mu?

Evet, yakınlarımı kaybettim.

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

Sükûnetle karşıladım.

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

Hem fizik, hem metafizik boyutları olduğuna inanıyorum.

Sağlıklı olabilmek, ruhen ve bedenen kaliteli bir yaşam sürebilmektir

İzinizle biraz da toplumdaki sağlık ve tıp algısı üzerine konuşmak istiyorum sizinle. Şimdi 21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?

Üniversite, etimolojik anlamıyla ilim üreten, metafizik insani ve sosyal boyutu ihmal etmeyen bir misyon ve vizyona sahip olmalı. Kendi cemiyetinin, geleneklerinin ve inançlarının farkında olmalı. Hayali fantezilerle uğraşmamalı.

Bence sağlıklı olabilmek, ruhen ve bedenen kaliteli bir yaşam sürebilmektir.

Sağlık aslında "iyilik hali" derler ya hani; sizce doktorlar karşlarına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayır edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

Ne yazık ki hayır. Bence bu durum, Batı tıbbının maddeci yaklaşımının sonucu.

Hükümetin sağlık politikalarını nasıl buluyorsunuz? Bu dönemin bir analizini yapabilir misiniz?

Önemli başarılarla ulaşıldı. Ama tıp fakülteleri ve devlet hastaneleri entegrasyonu hala sağlanabilmiş değil. Herhalde önümüzdeki önemli sorun bu.

Geçen sayıda SD'ye röportaj veren Prof. Dr. Şaban Şimşek, "Hastane açmakla, kalori hesabı yapmakla sağlık meselesi çözülemez." demişti. Bu görüşe siz ne dersiniz?

Asli mesele olmamakla beraber bu da konunun bir parçası.

Devlet hastanelerini "soğuk" bulan



görüŖte haklılık var mı, özel sağlık kuruluŖlarındaki güler yüzlülük sizce sahici mi?

Tabii ki haklılık var. Ama sahici olmasa da güler yüzlülük iyidir.

Sağlık  zerine d Ŗ nen beyinler arasında özel hastanelerin artmasıyla birlikte “hastalığın adeta bir mal haline gelmesi” ile ilgili bir tartıŖma da var. Siz bu konuda ne d Ŗ n yorsunuz?

Geldiğimiz kapitalist post modern dönemde kaçınılmaz sonuç. Nehri tersine akıtamazsınız.

Mardin özelinde konuŖacak olursak Mardin’de sağlık algısı üzerine neler söyleyebilirsiniz? Koruyucu sağlık gibi bir uygulamanın Mardin’de karŖılıėı var mı, ne derece?

Koruyucu sağlık anlayıŖı Mardin’de oturmuŖ değil. Kültürel seviyesinin yükselmesiyle bu da geliŖecek.

Alzheimer  rneğinde olduğu gibi eskiden yaŖamın doğal bir parçası olarak kabul edilen kimi belirtiler bugün hastalık olarak görülüyor ve tedavi edilmeye  alıŖılıyor. Sağlık kavramının sınırlarının geniŖlemesi neredeyse herkesi hasta tanımına sokmaya baŖladı sanki. Sizce bu gidiŖat doğru mu?

Bu süreç doğru değil. Tabii biyolojik süreçleri kabul etmek, biyolojik felsefe açısından da tıp eğitim ve sistemine hedefler koymak gerek.

Eskiden biri ölünce “Eceliyle öldü” denirdi. Ŗimdi bu lafı hiç duyamaz olduk. Ölenlerin ardından bilinçaltımızda “Tıp yaŖatamadı mı demek” istiyoruz aslında? Ne dersiniz, Azrail’i yok mu sayıyoruz?

Aynen  yle. Ruhlar ve zihinlerde artık vakum var.

Üniversite kendi cemiyetinin, geleneklerinin ve inançlarının farkında olmalı

İzin verirsiniz “ niversite” kavramına değinmek istiyorum. Kavram olarak  niversitenin d n, bugün ve yarınına bakarsak neler söylemek istersiniz? Üniversite günümüzde ve gelecekte ülkemiz adına hangi misyon ve vizyona sahip olmalıdır?

Etimolojik anlamıyla ilim üreten, metafizik insani ve sosyal boyutu ihmal etmeyen bir misyon ve vizyona sahip olmalı. Kendi cemiyetinin, geleneklerinin ve inançlarının farkında olmalı. Hayali fantezilerle uėraŖmamalı.

Rektörlük  ncesi  alıŖmalarınızda bugün için  niversiteniz ve genelde Türkiye  niversiteleri için hangi sorunları ilk beŖ içine koyuyorsunuz?

1. Tarihi ve gelenekleriyle kavgalı, Ŗizofrenik bir yapı.
2. Modern medeniyeti Ŗekli algılama, ruhuna nüfuz edememe.
3. Diploma  retme fabrikası olara görme.
4. İlim yerine, maaŖ alabileceği bir sertifikasyon programı açma.
5. Yerel-evrensel dengesini kuramama.

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

 zg rl k ve özerklik  niversite için Ŗarttır.

2547 Sayılı Yüksek  ğretim Yasası uzun yıllardır ülke gündeminde yer tutuyor. AB  lkelerinin çoğu konuyla

ilgili yasalarını güncellemeyi baŖarmıŖken AB adayı bir ülke olarak biz henüz bir güncelleme yapamadık. Yeni bir yüksek  ğretim kanununun olmazsa olmazları neler olmalı? Dal (sağlık bilimleri vd.)  niversiteleri, üniversitelerde birimsel özerklik (anabilim dallarının kendi b t çelerine sahip olması vd.), rektör ve dekanların göreve gelme Ŗekli (seçim, mütevelli heyeti ataması vd.) konularında yeni yasa neleri içermeli?

AB süreci, Bologna süreci ve diğer uyum parametreleri bizde de behemeh l uygulama aŖamalarına girmeli. Tedrici bir Ŗekilde uygulanmalı. Her  niversitede birbirine benzer fakültelerin yerine, tematik, ihtisas  niversiteleri olmalıdır. B t  ler rantabl kullanılmalı.

Ülkemizdeki vakıf  niversiteleri hakkında g r Ŗ n z nedir? Gerçek bir vakıf  niversitesi nasıl olmalıdır? Bu kurumlardaki “kâr amacı” kavramına nasıl bakılmalıdır?

Vakıf  niversitesi vakıf gibi, özel ‘k r’ amaçlı  niversite de neyse o olmalı. Takiyeye gerek yok.

Ülkemizde  niversite  ğretimi çağında büyük bir genç nüfus var. Yeni  niversitelere olan ihtiyaç çok açık. Mevcut  niversitelerin kontenjanlarını artırması ihtiyaç açısından gerekli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte madalyonun diğer yüzünde kalite sorunu var. Yeni  niversiteler ve kontenjan artırılması ile eğitim/ ğretim kalitesi arasındaki denge için sizce neler yapılmalıdır?

Teenni ve suhuletten baŖka yol yok. Kaliteden taviz en kötüsüdür.

Yüksek  ğretimde kalite kavramına nasıl bakıyorsunuz? Sizce  niversi-

teler için en önemli kalite ölçütleri neler olmalıdır?

Evrensel ve yerel kalite standartlarımızın oluşması için çalışmamız ve çitayı yüksek tutmamız lazım. Sırf olsun diye yapmak, kemiyette çoğalmak neye yarar ki.

Üniversitelerimizde akademik unvan enflasyonu var

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

Burada mesele, sizin koyduğunuz yayın standartları meselesi değil. Kişinin hakikaten ilim adamı olması ile ilgili zihniyet yapısı. Kalpte başka tahassüsler, başka hassasiyetler, metafizik öğeler yerleşmişse ancak keyfiyette çoğalma beklenebilir. İsteddiğiniz kadar şu ölçüt bu ölçüt diye çırpının.

Üniversitede araştırma kadrosuna atanacakların seçimi konusunda önerileriniz nelerdir? Merkezi sınava bakış açınız nedir?

Merkezi sınav ve sonrası mülakat en uygun çözüm olarak görünüyor bana.

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

Buna 'in breeding' adı veriliyor. Akademiye bence en önemli sorun.

Üniversitelerimizde akademik unvanların verilmesi ölçütleri konusunda görüşleriniz nelerdir?

Bir unvan enflasyonu var. Adam gibi doktoradır asıl olan. Profesörlük bir idari kadro olarak verilebilir. Yardımcı doçentlik tam bir gereksizlik. Doçentlik de adam gibi olursa, bayağı bir iyileşme beklenebilir.

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

Evrensel standartları var bu işin. Ulusal bağımsız çalışan bir akreditasyon sistemi, çok iyi iç denetim sağlayabilir.



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?

Bu merkezi bir planlama ile olabilir. Ben sıcak bakarım. Belli spesifik fonksiyonların beklendiği üniversiteler özel finansman sistemine sahip olabilir.

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

Ben bu üretime göre öğretim üyelerinin ücretlerinin fazla bile olduğunu düşünüyorum.

Tam Gün Yasasının iptaline karşıyım

Gündemde olan "Tam Gün" Yasasının iptali hakkında görüşünüz nedir? Sizce tıp mensubu ve diğer öğretim üyeleri mesai sonrasında ikinci bir işte çalışabilirler mi? Bu konuda gelişmiş ülke örnekleri nasıl? Ülkemizde öğretim üyesi maaşlarının gerçekten yetersiz olması sorunu bugünkü bütçe imkânlarıyla çözülebilir mi?

Tam Gün Yasasının iptaline karşıyım. Üniversite öğretim üyelerinin asli fonksiyonu yerine bir tür unvan ticareti yapmaları bana ters geliyor. Ek gelir için

daha etik yollar bulunmalıdır.

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

Tıp fakültesi eğitim düzeyimiz belli başlı birkaç fakülte dışında maalesef yetersiz. Çok fazla üniversite affı çıkıyor, öğrencilerin motivasyonu düşük. Tıp dışı sağlık meslekleri de parlak durumda değil. Üniversite hastanesi bir tür 'enlarged memorial hospital-genişletilmiş devlet hastanesi' halinde ne yazık ki. Bir tür üniversite hastanesi merkezli, aile devlet hastaneleri sistemi oluşarak, sürekli meslek içi eğitim devam etmeli, ihtisasları sadece üniversite hastaneleri vermeli.

Tam Gün Yasası kaosu ve mülkiyete dayalı sağlık sistemi

Hüseyin Çelik



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

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli ve en son halkalarından birisi olan Tam Gün Yasası, yürürlüğe girmesine ramak kala Anayasa Mahkemesi'nin kimi maddelerdeki iptal kararı ile tam bir kaos ortamına sürüklenmiştir. Bu ortamın oluşmasında, Danıştay'ın kararı ile Sağlık Bakanlığı'nın buna ilişkin açıklamalarının da önemli bir katkısı olmuştur. Sağlık sektöründe suların durulmasının beklendiği bir dönemde, tam anlamıyla ortalık toz duman olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ortaya konulan çözümlerin hemen tamamı, 1989

yılında DPT tarafından hazırlatılan Sağlık Master Planı ile birlikte ortaya konulan ve zaman içinde politika yapıcılarının, sektör bileşenlerinin tartışmaları sonucu genel kabul gören hususlardır. Ancak ülkemizin sağlığa ayrılan kaynaklarının yetersizliği ya da çözüm için gerekli kaynakların ayrılması nedeniyle, sağlık alanındaki sorunlarımızın kalıcı bir şekilde çözümü mümkün olmamıştır. 58'inci hükmet ile başlayan sağlık alanına gereken kaynakların ayrılarak, bütünsel bir yaklaşım ile sorunların çözümünün ortaya konulması, vatandaş nezdinde önemli bir memnuniyet yaratmıştır. Uygulanan politikaların 2007 yılı genel seçim sonuçlarına olan yansımaları ile birlikte halka yönelik sağlık programları hızla uygulanmaya ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Tam Gün Yasası da vatandaş bakış açısı ile sağlık hizme-

tine cepten ödemeyi tümüyle ortadan kaldırmak amacıyla hazırlandığı ifade edilmiştir.

Tam Gün Yasasının sağlık hizmeti sunan hekimler açısından anlamı ise, kamu yetkilerinden yararlanarak kendi muayenehanesinde ya da özel sağlık kurumunda ek gelir etme yolunun ortadan kalkması anlamına gelmektedir. Yasa, hekimlerin çalışma biçimini mülkiyete dayalı ayarlamak suretiyle kısıtlarken kamuda çalışmayı kamu sağlık kurumlarında genişletmiş, bu şekilde hekimin gelirini sadece kamu sağlık kurumları içinde maksimize etmesine fırsat vermiştir. Aynı düzenlemeyi özel mülkiyetteki sağlık kurumları açısından ise SGK ile anlaşmalı olanlar ve olmayanlar içerisinde ayrışma yapmak suretiyle yapmıştır.





Henüz Anayasa Mahkemesi gerekçeli kararını açıklamamış olmakla birlikte, iptal edilen hükümler dikkate alındığında, kamuda çalışan öğretim elemanlarının mesai sonrası mesleklerini serbestçe icra etmelerine engel bir hal olmadığı yorumunun yapılması mümkün görünmektedir. Ancak bu durumun tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyeleri yanında, 2547 sayılı Yasaya tabi tüm diğer fakültelerdeki öğretim elemanlarını kapsayan bir sonuç doğurması da kaçınılmaz görünmektedir.

Bu durumda, "Mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi, sadece üniversitede çalışan öğretim elemanlarına tanınmış bir hak mıdır?" tartışması ortaya çıkmış; Sağlık Bakanlığı ile Milli Savunma Bakanlığı'nda görev yapan hekimlerin durumunun ne olacağı gündeme gelmiştir. Bu konuda internette yayımlanan Sağlık Bakanlığı açıklaması üzerine açılan davada Danıştay tarafından verilen karar, konunun bir başka boyutunu ve hukuksal boşluğu gündeme getirmiştir. Danıştay'ın verdiği yürütmeyi durdurma kararında 657 sayılı Kanuna tabi çalışan hekimlerin mesai sonrası mesleklerini serbest olarak icra etmelerine bir engel olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumun sadece hekimler için sınırlı olup olmadığı, ilgili yasalarla serbest meslek icrası yapma hakkı olan -avukat, eczacı ve diğer- meslek mensuplarının da aynı yorumla aynı haklara sahip olacağının gündeme gelmesi, kafaların bir kez da karışmasına neden olmuştur.

Kaos ortamının yoğunlaşmasında etken olan bir diğer gelişme de, Anayasa Mahkemesi'nin Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yasasında yer alan, hekimlerin mesleğini serbest olarak icra etmeye imkân sağlayan hükmün iptaline karar vermemesi olmuştur. Buna göre, zaten tam gün çalışan askeri hekimlerin normal mesai saatleri sonunda mesleklerini serbest olarak icra etmeleri Anayasa Mahkemesi tarafından uygun bulunmazken üniversitelerde görev yapan hekimler açısından mümkün hale gelirken, 657 sayılı Kanuna tabi Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hekimler açısından ise Danıştay kararı ile mümkün hale gelmiştir. Bu kaotik durumun ortadan kalkması ve tüm sağlık hizmeti sunucularının geleceğini görebilmesi için, Anayasa Mahkemesi'nin Tam Gün Yasası ile ilgili gerekçeli kararını açıklaması gerekmektedir. Anayasa Mahkemesi kararının tüm tarafları bağlayıcılığı dikkate alındığında, Tam Gün Yasasının kaderi bu gerekçeye göre yeniden belirlenecektir.

Mülkiyete dayalı sağlık sistemi mümkün mü?

Tam Gün Yasasının getirdiği en önemli hususlardan biri de, sağlık hizmeti sunucularının öncelikle mülkiyetine göre ayrıştırılmasıdır. İkincisi ise özel sağlık kurumlarını kendi içinde SGK ile anlaşmalı ve anlaşmalı olmayanlar olmak üzere ikiye ayrıştırılmasıdır. Yasada bu

ayırma tabi olarak hekimlerin çalışma şekli düzenlenmeye çalışılmıştır. Buna gerekçe olarak da kamu kaynaklarını kullanarak hizmet sunan kurumların, yasalarla tanımlanan fark ücretlerin dışında, vatandaşlardan ek gelir elde etmelerinin önüne geçmek istendiği ifade edilmiştir. Bunu pekiştirmek amacıyla vakıf üniversitelerinde alınan öğretim üyesi farkları da 30 Ocak 2010 tarihinden geçerli olmak üzere iptal edilmiştir.

Ne var ki Anayasa Mahkemesi, hekimlerin mülkiyete ve SGK ile anlaşmaya bağlı olarak çalışmasını sınırlandıran hükmü de iptal etmiştir. Bu durum mülkiyete ya da kamu kaynaklarını kullanma kriterine dayalı olarak sağlık sisteminin dizayn edilmesinin de mümkün olmadığına ortaya koymaktadır. Bu noktada bir gerçeğin ortaya konmasında büyük yarar bulunmaktadır. Vatandaşa harcanan her bir kuruşun yine vatandaşın tahsil edildiğinin bilinmesi ve buna göre karar mekanizmalarının işletilmesi gerekmektedir. Vatandaşlarımızdan alınan vergi ve primlerin yanında, yeterli olmayan kısmı için borçlanma yoluyla ek bir faiz de ödenerek sağlık finansmanına aktarılmaktadır. Gelirlerin yetmediği durumda, ya hizmet sunumundan kısmak ya da ek vergi/prim tahsil etmek gerekmektedir. Ek kaynağın tahsil edilmesinin bir diğer yolu da katılım payı ve fark uygulaması yoluyla ek faiz yüküne gereksinim duymadan finansmanın sağlanmasıdır. Farklı bir yaklaşım, yıllardır eleştirilen popülizm dışında bir şey değildir.

Bir diğer husus ise vatandaşlardan elde edilen gelirlerin tümünün, herhangi bir mülkiyet ayrışması olmadan nihai olarak yine tümüyle özel mülkiyete gittiği gerçeğidir. Yani kamu ya da özel sağlık kurumlarına ödenen her bir kuruş, yine bu kurumların girdilerini oluşturan ilaç, tıbbi malzeme ve cihaz, sağlık insan gücü ve işletme giderlerine ödenmektedir. Paranın nihai olarak aktığı bu sektörlerin mülkiyetine baktığımızda, mülkiyetin tümüyle özel olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarının mülkiyeti üzerinden yapılan ayrışma, paranın gerçek ödendiği yerin göz ardı edilerek çözümün yanlış yerde aranmasına neden olmaktadır.

Çözüm için en sağlıklı yöntem, vatandaşın tahsil edilmesinin bir diğer yolu da katılım payı ve fark uygulaması yoluyla ek faiz yüküne gereksinim duymadan finansmanın sağlanmasıdır. Farklı bir yaklaşım, yıllardır eleştirilen popülizm dışında bir şey değildir.

Ülkemizde son dönemde sağlık sis-

Ülkemizde son dönemde sağlık sistemimize ilişkin gerçekleştirilen reform niteliğindeki uygulamaların büyük bir bölümünün, sağduyulu bir şekilde değerlendirildiğinde kabul göreceğinden kuşumuz yoktur. Artık yapılanların geleceğe taşınması ve kalıcı olması için vatandaşlara karşı sorumluluklarımızın popülizmden uzak, reel bir zemine oturtularak yürütülmesinin zamanı gelmiştir. Tüm kazanımların sağlık finansmanına ilişkin bir yetersizlik anında tümüyle riske edileceğinden herkes endişe etmektedir ve etmelidir de.

temimize ilişkin gerçekleştirilen reform niteliğindeki uygulamaların büyük bir bölümünün, sağduyulu bir şekilde değerlendirildiğinde kabul göreceğinden kuşumuz yoktur. Artık yapılanların geleceğe taşınması ve kalıcı olması için vatandaşlara karşı sorumluluklarımızın popülizmden uzak, reel bir zemine oturtularak yürütülmesinin zamanı gelmiştir. Tüm kazanımların sağlık finansmanına ilişkin bir yetersizlik anında tümüyle riske edileceğinden herkes endişe etmektedir ve etmelidir de. Artık ülkemizdeki sağlık finansmanı ve sunumu sisteminin ve sağlık sektörü üretim faktörlerinin dünya ölçeğinde verimliliğe ve kaliteye ulaşarak, vatandaşlarımızın hak ettiği sağlık hizmetine ulaşmasının yanı sıra, ulusal kalkınmamızın bir kaldıraç haline gelmesinin gereklerini yerine getirmek, bu sektörde yer alan tüm paydaşların en temel sorumluluğudur.

Milli Sağlık Kurumu (Enstitüleri) ihtiyacı

Prof. Dr. Recep Öztürk



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

Ülkemiz, dünyanın ekonomik yönden en büyük 17. ülkesi olmasına rağmen henüz bir bilim ve bilgi toplumu durumuna gelemedik. Üniversiteler, TÜBA, TÜBİTAK, DPT, özel sektör ve ilgili diğer kuruluşların son yıllarda giderek artan AR-GE ve diğer araştırma faaliyetlerine sağladıkları

desteğe rağmen sorun çözen, katma değer yaratan bilimsel araştırmalarda ülke olarak olması gereken düzeyin çok altındayız.

Bilim toplumu olabilmek için, okul öncesinden başlayarak eğitimin her düzeyinde paradigma değişikliği gerekmektedir. Ezberci, test sınavı maratonlarıyla gençliğin enerjisini erken dönemde tüketen eğitim-öğretim

yerine inovatif ve üretici düşünmeyi, sorun çözmeyi, bilim üretmeye hazırlanmayı esas alan bir eğitim sistemine geçilmelidir. Bu yazıda sağlık bilimleri alanında bilgi üretebilmek için Milli Sağlık Kurumu (Enstitüleri) ihtiyacı konusu ele alınacaktır.

Ülkemizde giderek artan sağlık hizmet harcamalarını öncelikle ilaç, tetkik, tıbbi girişim araç ve gereçleri oluşturmak-





Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin kuruluş dönemi binası

tadır. Bu alanda tüketilen araç, gereç, malzeme ve cihazların hemen hepsinin ithal edildiğini hesaba katarsak stratejik açıdan üretime yönelik hazırlıkların yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bilim toplumu olmanın ana kurumlarını, ulusal bilim akademileri /enstitüleri oluşturmuştur. Gelişmiş ülkelerde sağlık bilimlerinde araştırmalara önemli katkı sağlayan kuruluşlar mevcuttur. ABD Milli Sağlık Enstitüleri (NIH, National Institutes of Health:NIH), İngiltere'de Milli Sağlık Araştırma Enstitüsü (NHS, National Institute for Health Research), Almanya'da Robert Koch Enstitüsü, Fransa'da Pasteur Enstitüsü, Kanada'da Sağlık Araştırma Enstitüsü (Canadian Institutes of Health Research), Avustralya'da Milli Sağlık ve Tıp Araştırmaları Konseyi (National Health and Medical Research Council) konuyla ilgili önemli örneklerdir.

Bunlar arasında ABD Milli Sağlık Enstitülerini (NIH) özetle ele almak istiyorum. ABD Milli Sağlık Enstitüleri (NIH), ABD'nin en önemli stratejik sağlık kurumu olup, bugün dünyanın önde gelen tıbbi araştırma merkezidir. Sağlık ve İnsanlık Hizmetleri Bakanlığının bir bölümü olan NIH, sağlık araştırmalarının odağını oluşturur. Tıp ve davranış bilimlerinde ulusal araştırmaların baş temsilcisidir.

ABD Milli Sağlık Enstitüleri (NIH), 1887 yılında bir tek odada hijyen laboratuvarı olarak başladığı faaliyetlerine bugün 20 enstitü (kanser, göz, insan genom araştırmaları, kalp-akciğer-kan, yaşlılık, alkol bağımlılığı, alerji ve enfeksiyon hastalıkları, artrit-kas-iskelet ve deri hastalıkları, biyomedikal görüntüleme ve biyomühendislik, çocuk sağlığı ve insan geliş-

mi, sağırılık ve diğer işitme bozuklukları, diş ve kraniyofasial araştırmalar, diyabet-sindirim ve böbrek hastalıkları, ilaç bağımlılığı, çevre sağlığı bilimleri, genel tıp bilimleri, ruh sağlığı, nörolojik bilimler ve inme, hemşirelik araştırmaları, ulusal tıp kütüphanesi), 7 merkez (enformasyon teknolojisi, tamamlayıcı ve alternatif tıp, azınlık sağlığı ve sağlık eşitsizliği, araştırma kaynakları, bilimsel değerlendirme, klinik araştırma hastanesi) olarak devam etmektedir.

NIH'in Bethesda'da 1345 dönümlük arazide kampus benzeri yapılanmalar halinde 75'den fazla binası dışında, diğer bölgelerde araştırma istasyonları mevcuttur. Ayrıca Poolesville'de 2 bin 200 dönümlük bir deney hayvanları merkezi vardır. Merkezi kurumlarda 6 binden fazla bilim adamı ve 18 bin çalışan vardır. NIH'in mensubu veya projelerine destek olduğu yüzden fazla bilim adamı Nobel ödülü kazanmıştır.

NIH 30 milyar dolar düzeyinde yıllık bütçeye sahiptir (Türkiye'nin 2010 bütçesi 286,9; Sağlık Bakanlığı'nın 12,7 milyar liradır). Bütçenin yüzde 10 kadarı ile enstitülerin merkezi birimlerinde çalışanlara, yüzde 80'den fazlası ile 3 binden fazla üniversite, tıp fakültesi ve diğer araştırma merkezlerindeki 325 binden fazla araştırmacıya 50 bin kadar proje desteği sağlanmaktadır.

NIH'in misyonu, canlıların doğa ve davranışı hakkında temel bilgileri elde etmek, bu bilgileri sağlıklı yaşamı uzatmak, hastalık yükü ve sakatlığı azaltmak amacıyla uygulamaktır.

NIH'in dört temel hedefi vardır:

Ülkemizde bugün en önemli sorunlardan biri; var olan kıt kaynakların etkin kullanılamayışı, üretimi hedefleyen, sorun çözen, çok merkezli araştırmaların merkezi koordinasyon eksikliğidir. TÜBİTAK ve DPT'nin projelere sağladığı kaynaklarda önemli ilerlemeler sağlanmakla birlikte, projeler sonucu elde edilen çıktıların bilimsel gücü, üretim ve sorun çözme katkılarının ne olduğunu ortaya koyan bir çalışma henüz yoktur.

1. Ulusun sağlığını geliştirmeyi esas alan temel yaratıcı buluşlar, yenilikçi (inovatif) araştırma stratejilerini geliştirip uygulamak.
2. Hastalıkları önlemek üzere ulusun kapasitesini değerlendirecek bilim insanı ve fiziki kaynakları geliştirmek, devam ettirmek ve yenilemek.
3. Ülkenin ekonomik refahını artırmak için yatırımlarda sürekli ve yüksek gelir



Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

“Milli Sağlık Kurumu/ Enstitüleri” görevini yapacak kurumu ülke olarak öncelikle kurmalıyız. İlgili kurum, çok iyi yetişmiş insan kaynağı, teknoloji ve fiziki alt yapılarla desteklenmelidir. Bu kurumda çalışacak bilim adamı ve diğer personel belirlenecek görev tanımları ve yeterlilikleri temelinde liyakate dayanarak özenle seçilmeli ve çalışmalarını özendirici, kuruma bağlayıcı destek verilmeli, kurum yasası ve diğer ilgili mevzuat buna göre hazırlanmalıdır. Ülke içi ve/veya dışından bilim adamlarının sürekli veya dönemsel çalışabileceği şartlar sağlanmalıdır.

kazanmayı sağlayacak tıbbi ve ilgili bilimlerin ilişkilerini genişletmek.

4. Bilim kuralları temelinde bilimsel bütünlüğü, kamunun hesap verebilirliğini ve sosyal sorumluluğu en üst

düzeyde sağlayıp temsil etmek.

Bu hedefleri gerçekleştirmek için NIH, araştırmaları destekleyip yöneterek ulusun sağlığının geliştirilmesine yönelik programları düzenler ve onlara öncülük eder. Öncelikli araştırma alanları hastalıkların etyoloji, tanı, korunma ve tedavisi; insan büyüme ve gelişme süreçleri, çevre kirlenmelerin biyolojik etkileri; zihinsel, bağımlılık yapan ve fiziksel hastalıkların anlaşılmasıdır. Ayrıca tıp ve sağlıkta bilginin toplanması, yayılması ve değişim programlarını yönetir; bu amaçla tıp kütüphanelerinin gelişimi ve desteklenmesine katkı verir; tıp kütüphanecilerinin ve diğer sağlık bilgi uzmanlarının eğitimini sağlar. Günümüzde dünyada tıp ve sağlık alanında çok yaygın bir kullanım ağına sahip olan PubMed MEDLINE, NIH'nin dünya geneline hizmet veren çok önemli bir hizmetidir.

Diğer gelişmiş ülke örneklerinde enstitüler NIH kadar geniş olmasa da benzeri bir anlayışla çalışmakta, tıp ve sağlık bilimleri alanında bilim üretimini koordine etmekte ve desteklemektedir. Ülkemizde sağlık sorunlarına çözüm aramak amaçlı ilk laboratuvar, NIH ile benzer şekilde 1887'de “Dersaadette Daülkelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi” (Kuduz ve Bakteriyoloji Laboratuvarı) adıyla kurulmuştur. Bu kuruluş daha sonra Bakteriyolojihane-i Osmani adıyla çalışmaya devam etmiştir. 1885'de Pasteur insana ilk kuduz aşısını uygulamıştır. Bir yıl sonra Sultan II. Abdülhamit üç kişilik bir komisyonu kuduz aşısı üretimini öğrenmek üzere Paris'e göndermiş, aynı zamanda Pasteur'e sunulmak üzere birinci dereceden Mecidiye Nişanı ve kurulmakta olan enstitüye 10 bin Fransız frangı tutarında bağış göndermiştir. Altı ay eğitim sonrası komisyon üyeleri yurda

dönmüş ve Zoeros Paşa 1887'de kuduz aşısını imal etmiş ve uygulamıştır. Bu durum, sorun çözücü bilimsel çalışmaya, bilimsel gelişmeyi yakından takibe ve bilim adamına devletin verdiği öneme çok güzel bir örnektir. 1928 yılında Ankara'da Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kurulunca Bakteriyolojihane görevini bu kuruluşa bırakmıştır. Bu merkez 1942'de Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi, 19951'de Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü, 1984'de Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Merkezi (RSHM) adını almıştır.

RSHM, ürettiği değişik aşı, antiserumlar ve diğer önemli çalışmalarıyla ülkemize büyük hizmetler vermiştir. Halen ülkemizin stratejik sağlık kurumudur. Bununla birlikte, RSHM, gelişmiş ülkelerdeki benzer kuruluşlara göre ilk dönemlerdeki başarılarını devam ettirememiş, teknolojik yenilik ve yetişmiş insan gücü açısından beklenen gelişmeleri gerçekleştirememiştir. Doğal olarak bileşik kaplar olayındaki gibi ülkemizin bilim toplumu olamayışı RSHM'ni de olumsuz etkilemiştir. RSHM'de son yıllarda önemli gelişmeler sağlanmakla birlikte bahsettiğimiz milli sağlık kurumu (enstitüleri) fonksiyonlarını yerine getirmesi mevcut yapı ve insan gücüyle mümkün değildir.

Ülkemizin bilim toplumu haline gelmesi için diğer bilim alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da milli bir sağlık araştırma kurumuna (sağlık enstitüleri) ihtiyaç vardır. Böylesi bir kurum NIH örneğinde olduğu gibi ülkenin sağlık stratejilerine uygun bilimsel hedefleri gerçekleştirecek araştırmaların öncüsü olmalıdır. Milli Sağlık Kurumu (enstitüleri), ülkede sağlıklı yaşamı geliştirmek, hastalık yükünün ve sakatlıkların azaltılmasını gerçekleştirmek üzere, tıp-sağlık ve ilişkili alanlarda araştırma ya-



Bethesda'daki NIH binaları

pacak veya bu araştırmaları koordine edip destekleyecektir.

Sağlık hizmetleri sunumunda son yıllarda uygulanan politikalarla önemli bir mesafe alınmış, bunun sonucunda sağlık harcamaları da doğal olarak artmıştır ve artmaya devam edecektir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan araç, gereç, malzeme, cihaz ve ilaçların ağırlıklı olarak dışarıdan satın alındığı ülkemizde, hizmetlerin beklenen düzeyde sürdürülmesi ithalata dayalı bir anlayışla sürdürülemez.

Tıp fakülteleri ve sağlık alanındaki diğer birimlere giriş sınavlarında en yüksek puan alanların olduğu bir ülkede, böylesine yüksek potansiyelden bilim üretiminde yararlanamamak ve sonuçta katma değer üreten araştırmalar yapamamak; üzerinde düşünülüp çözüm üretilmesi gereken büyük bir sorundur. Tıp ve sağlık bilimleri alanında iyi bir organizasyon sağlanıp gerekli destek verilerek bilim üretiminde büyük ilerlemeler sağlanabilir ve bu görev doğal olarak kurulmasını önerdiğimiz Milli Sağlık Kurumu (Enstitüleri) tarafından yapılmalıdır.

Enfeksiyon hastalıkları, kanser, genetik, kalp-akciğer-böbrek hastalıkları, çevre sağlığı, sağlık enformasyon teknolojisi, tamamlayıcı ve alternatif tıp, biyomedikal mühendislik ve diğer tıp ve sağlık alanlarında katma değer yaratan, ileri düzey araştırmaları yapmak veya bu araştırmaları koordine etmek ve araştırmaları yapacak bilim adamları ve merkezleri desteklemek bu kurumun öncelikli görevleri arasında olmalıdır.

Ülkemizde bugün en önemli sorunlardan biri; var olan kıt kaynakların etkin kullanılamayışı, üretimi hedefleyen, sorun çözen, çok merkezli araştırmaların merkezi koordinasyon eksikliğidir. TÜBİTAK ve DPT'nin projelere sağladığı kaynaklarda önemli ilerlemeler sağlanmakla birlikte, projeler sonucu elde edilen çıktılarının bilimsel gücü, üretim ve sorun çözme katkılarının ne olduğunu ortaya koyan bir çalışma henüz yoktur.

Mevcut kaynaklarla çok merkezli çalışmalar yapılabilecekken ve sağlanan alt yapı imkânları çok daha etkin ve uzun süreli kullanılabilecekken bu fırsattan yeterince yararlanılamamaktadır.

Milli Sağlık Kurumu (Enstitüleri), tıp ve sağlık alanında yapılacak ayrıntılı analizler sonrası desteklenecek çalışma alanlarını belirleyip üretim noktasında stratejik hedefleri ortaya koymalıdır. Aşı gibi stratejik sağlık ürünlerinin ülkede üretilmesi sağlanmalıdır. İnfluenza A H1N1 (domuz gribi) salgını olayında yaşandığı gibi salgın durumlarında aşırı temin etmenin zorluğu bir yana ülke ekonomisi için ciddi bir ekonomik yük de söz konusudur. Aşı üretimine sadece maliyet açısından değil, üretimin doğuracağı motivasyon, ilişkili bilim alanlarında oluşturacağı sinerji ve stratejik açıdan da bakılmalıdır.

Yeni ve yeniden önem kazanan hastalıkların tanısını koyacak, gerekli hallerde aşı, immunoterapi ve diğer tedavi seçenekleri üzerinde çalışacak referans laboratuvarlar ve diğer araştırma merkezlerini kurmak, geliştirmek önerilen kurum tarafından yapılmalıdır. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virus enfeksiyonlarının son yıllarda oluşturduğu sorun ülkemiz gündemindedir. Enfeksiyon hastalıklarının değişen epidemiyolojisi nedeniyle ülkemiz için diğer enfeksiyonlarda kısa-orta vadede sorun oluşturabilecektir. Giderek artan antimikrobiyal direnç diğer öncelikli bir çalışma alanı olarak belirlenmeli ve konuyla ilgili sorun çözücü çalışmalar yapılmalıdır. Enfeksiyon hastalıkları dışında, diğer tıp ve sağlık alanlarında kurulacak enstitüler de üretici, sorun çözücü bilim üretimini sağlamalıdır.

Sonuç olarak, RSHM'de kazanılan tecrübeleri de kullanarak, "Milli Sağlık Kurumu/Enstitüleri" görevini yapacak kurumu ülke olarak öncelikle kurmalıyız. Bu kurum, dünya örnekleri ve ülke ihtiyaçları iyi incelenerek organize edilmelidir. İlgili kurum, çok iyi yetişmiş insan kaynağı, teknoloji ve fiziki alt yapılarla

desteklenmelidir. Bu kurumda çalışacak bilim adamı ve diğer personel belirlenecek görev tanımları ve yeterlilikleri temelinde liyakate dayanarak özenle seçilmeli ve çalışmalarını özendiren, kuruma bağlayıcı destek verilmeli, kurum yasası ve diğer ilgili mevzuat buna göre hazırlanmalıdır. Ülke içi ve/veya dışından bilim adamlarının sürekli veya dönemsel çalışabileceği şartlar sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/193.html>
- http://edoc.rki.de/documents/rki_informationen/reOtDxIrxRIA/PDF/24VDBEEh3mkDo.pdf
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <http://www.nhmrc.gov.au/>
- <http://www.nih.gov/about/almanac/index.html>
- <http://www.nih.gov/about/almanac/organization/index.htm>
- <http://www.nih.gov/about/NIHOverview.html>
- <http://www.rshm.saglik.gov.tr/>
- Türkiye Bilimler Akademisi Bilim Raporu 2009
- Unat EK. ABD Milli Sağlık Enstitüleri ve Refik Saydam Hıfzıhıha Merkezi, *Dirim*, 66:325-31, 1991.
- Unat EK. Son yüz yılda kuduz bilgisinde önemli ilerlemeler, Unat EK, Emre S, Erginöz H, Gürel A, Samastı M(eds), *Türkiye'de Kuduz Sorunu, İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği*, yayın No:1, 1985;s.1-14.

Sağlıkta vizyon: Hizmetlerin değişen dinamiği

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, 2003 yılından beri yürüttüğü Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinden Şubat 2010 itibarıyla istifa etti. Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi'nin rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Sağlık, insan hayatının her yönünün kapsayan, kapsamı geniş bir alanı ifade etmektedir. Son yıllarda bu alanda ilişkilerin düzeyi, karşılıklı rollerin tanımı, iletişim ve algı düzeyleri değişimi hızla kendini göstermiş, teknolojik gelişmeler süreçlerin hemen her noktasında yerini almıştır. Bu denli hızlı ve çok yönlü de-

ğişim belki birçok farkı sektörde de kendini göstermektedir. Ancak sağlığın insan hayatını kuşatma gücü, ana konusunun bizzat insan olması, bu değişimin yaygın kitleler tarafından kolayca fark edilmesini sağlamaktadır.

Doğaldır ki, bütün ilerlemeler paralel olamaz; sektörün homojen olması beklenemez. Bu hızlı değişime ayak uydurmada geç kalan aktörler, hızla kendini göstermektedir. Önceleri değişimi

yakalayanlar fark edilir, değişim öncüleri öne çıkardı. Şimdilerde ise bu hızlı değişim ve gelişime ayak uydurmak olağanlaştığından değişimi yakalayamayanlar fark edilir hale geliyor. Eğer bu fark edilenler, kendilerini fark etmez ve geleneksel davranış biçimlerinden vazgeçmezlerse, gittikçe entegre hal alan sistemin dışına itilmekten kurtulmayacaklarını düşünüyorum. Aşağıdaki satırlar, başlıklarının işaret ettiği konuları anlatma gayesi gütmektedir.





Modern dünyanın hiçbir sektörü teknolojik gelişmenin dışında kalmaz. Teknolojik gelişmelerin hızla ve yoğun olarak kullanıldığı iki zirve ise savaş ve sağlık sektörleridir. Birbirinin zıddı, biri diğerini yok etmeye güdümlü olan bu iki sektör çoğu zaman aynı bilimsel gelişmeden, aynı teknolojik birikimden yararlanmaktadır. Bir yeni buluş, araç, ürün bir yandan bomba olmakta, biyolojik silah riski taşımakta, diğer yandan ise zor hastalıkların gelişmiş tanı araçları olabilmekte, korkulan hastalıkların tedavisi olmakta, yaygın bağışıklama yoluyla kitlesel ölümleri engelleyebilmektedir.

dir. Bu konular sağlık politikaları ile ilgili olan hemen herkesin aşına olduğu hususlardan ibarettir. Burada güdülen amaç, bilinen konuyu tartışmaya açmak ve bu hususta zihnimizi geleceğe doğru çevirmektir.

Hizmetin değişim dinamikleri

Dünyadaki, sosyopolitik değişimler, gelişen ve değişen ideolojik yaklaşımlar, yönetim biçimleri, vatandaşlık bilinci, birey bilinci, bireyler arası ilişkileri, bireyle toplum arası ilişkileri ve bireyle devlet arasındaki ilişkileri de farklılaştırmaktadır. İnsanlar temel haklar ve özgürlükler gibi, mevcut konumlarını anlatan ve özelemlerini yansıtan yeni kavramlar tanımladıkça, farklı düzlemlerde iletişim ve etkileşim ihtiyacı doğmaktadır. Hizmet sunumu bir lütuf olmaktan çıkıp sosyal bir hak haline gelmektedir. Varlıkları toplumların temel ihtiyaçlarını gidermek ve güvenliklerini sağlamak noktasında düşünülen organizasyonlar, yani devlet bu hakkı verme yükümlülüğü altındadır. Artık hizmeti verme yükümlülüğünü

üstlenmiş bütün kişi ve kurumlar, hizmet alanın memnuniyetine odaklı politikalar geliştirmek ve uygulamak zorunda kalmaktadır.

Modern dünyanın hiçbir sektörü teknolojik gelişmenin dışında kalmaz. Tarımdan sanayiye, üretimden tüketime; finans sektörü, tanıtım, ulaşım, hemen hepsi teknolojinin gittikçe artan oranda kullanıldığı alanlardır. Bugün hırsızlıklar, yolsuzluklar, dolandırıcılıklar dahi teknolojik gelişimin ürettiği bilgi ve araçlarla yapılır oldu. Teknolojik gelişmelerin hızla ve yoğun olarak kullanıldığı iki zirve ise savaş ve sağlık sektörleridir. Birbirinin zıddı, biri diğerini yok etmeye güdümlü olan bu iki sektör çoğu zaman aynı bilimsel gelişmeden, aynı teknolojik birikimden yararlanmaktadır. Bir yeni buluş, araç, ürün bir yandan bomba olmakta, biyolojik silah riski taşımakta, suikastların önemli tehdidi haline gelmekte ve kitleleri riske etmekte, diğer yandan ise zor hastalıkların gelişmiş tanı araçları olabilmekte, korkulan hastalıkların tedavisi olmakta, yaygın bağışıklama yoluyla kitlesel ölümleri engelleyebilmektedir.

Teknolojik gelişmelerin yanında değişen kültür ve algı dünyamızın ürettiği davranışsal değişiklikler, çağdaş sağlık hizmetlerinin en belirgin özellikleri haline gelmiştir. Özelde tüketici, genelde insan odaklı davranış değişiklikleri, yetişmiş insan gücü ve sürekli eğitime ihtiyaç göstermektedir. Memnuniyet sağlayıcı davranışlar her zaman maliyet unsuru olarak karşımıza çıkmasa da, bu davranış temin etmek ve sürdürmek bir çaba ve yatırım gerektirmektedir. Sadece insan davranışlarını rehabilite etmek değil, iş akışlarının, süreçlerin de rehabilitasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum çoğu zaman yetersiz fiziki alt yapının düzeltilmesi ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Yani insan, süreç ve fiziki yapı birlikte değişmek zorunda kalmaktadır. Bu da doğal olarak ek maliyet demektir.

Teknoloji dünyası, belki de kendi oluşturduğu problemin çözümünü de yine yeni teknolojiler geliştirerek bulmaya çalışacaktır. Sağlık sistemlerinin harcamaları kısabilmesinin birinci yolu; tanı, tedavi ve hasta bakımının daha fazla

İlaç endüstrisi çok hızlı gelişme göstermektedir. Ancak endüstrinin gerçek motoru olan yeni ilaç geliştirilmesi yani bilgi üretimi çok az sayıda uluslararası firmanın tekelinde kalmıştır. Yeni teknolojilerin analiz ve üretime hız kazandırması, kimyasal ajanlardan biyolojik ürünlere doğru kayış olması, insan genomu projesinin sonuçları çıktıkça daha spesifik potansiyel hedefe yönelik ilaçların üretilir olması ve sosyal güvenlik sistemlerinin başta maliyet etkililik olmak üzere geliştirecekleri ödeme politikaları, geleceğin ilaç sektörünü etkileyebilecek önemli unsurlardır.

birinci basamağa ve ev bakımına kaydırılmasıdır. Arzulanan hedefe ulaşabilmek için bu alanların hastalara güven verecek ve onların optimal hizmet almasını sağlayacak bilgi ve donanıma sahip olması gerekir. Bu yüzden sanayinin, daha kısa sürede, daha doğru tanı koyan, daha maliyet etkili ürünlerin yanında, seyyar tanı araçları ve testleri, seyyar hasta gözlem cihazları, "ev sağlık danışmanlığı" gibi hasta bilgilendirilmesine yönelik sistemlerle videolinkler ve sensörler de kullanan teletıp hizmetlerine yönelmesi beklenebilir.

Farkındalık arttıkça, bireysel talepler merkezi olarak yönetilen hatta bedeli ödenerek satın alınan örgütsel taleplere dönüştükçe artan maliyet yükü başta olmak üzere denetim ve sorgulama da artmaktadır. Sadece hizmetin verilmesi değil, iyi doğru ve zamanında verilmesi, verilirken hizmet alanı memnun etmesi de talep edilmektedir. Bu durum hizmetlerin kalitesini tartışmaya açmaktadır. Ancak ardı sıra gelen taleplerin karşılanmasının doğurduğu maliyet artışı bu sürecin tersine dön-

mesi riskini taşıyan baskı ve kısıtlılıkları da birlikte getirmektedir. Afet, savaş gibi olağanüstü bir durum olmadıkça hizmet talep edenler elde ettikleri düzeyden geri gidilmesine tahammül edemeyeceklerdir. Bu açıdan hizmet sunum kalitesi, talebin karşılanması, memnuniyetin sağlanması ve finansal sürdürülebilirliğin bir arada düşünülerek politika geliştirilmesi kaçınılmazdır.

Teknoloji bağımlılığı

Teknolojinin sağlık alanındaki yerine yukarıda değinmiştik. Bu yer alış öyle hızlı ve öyle pervasız bir tarzda ki, yeni yetişen sağlık profesyonellerini kendilerini adeta teknolojik araç operatörleri olarak görür hale getirmiştir. Mahrumiyet bölgesine tayin edilen bir doktorun ilk önce gerekli araç ve gerecin mevcut olmamasından şikâyet ettiğini biliriz. Özellikle teknoloji yoğun bir ortamda eğitim alan doktorlarımızın, teknoloji gerektirmeksizin daha güvenli ve daha güvenilir tanı ve tedavi uygulamalarından uzak teknoloji bağımlısı uygulayıcılar düzeyine indirildiğini görüyoruz. Az bilgi, az uğraş ile hızlı sonuca ulaşma kolaylığı, bu tip doktor yetiştirmemize yol açan en önemli dinamiklerden biridir diye düşünüyorum. Bir yandan teknolojinin eksik olduğu alanda görev yapamaz hale gelirken, diğer yandan bilgi ve tecrübeyi minimize ederek edindiğimiz teknolojik bağımlılık, teknolojinin zafiyetlerine, hatalarına ve yanlışlarına kurban vermemize yol açıyor. Tıbbi kötü uygulamalarda teknoloji ilişkili örnekler oldukça önemli bir yer tutuyor. Bununla birlikte hizmetlerin maliyeti ciddi şekilde artıyor.

Yeni bir teknolojik ürün sağlık piyasasına girdiğinde çok tılsımlı gibi sunulur. Örneğin, ultrasonografi tıbbi teşhiste bir mucize araçtı. Bilgisayarlı tomografi çıkınca ultrasonografi ile koyduğumuz teşhislerimizde yanıldığımızı öğrendik. Bize öğretildiğine göre tomografi milimetre düzeyinde lezyonları fark ediyor, çok daha güvenilir sonuç veriyordu. Çok geçmeden manyetik rezonans görüntüleme cihazları boy gösterdi ve aslında tomografinin değil, bu cihazların tanı koymada daha üstün olduğunu öğreniverdik. Hatta klasik tomografi cihazları çok yetersizdi, güvenilir sonuç vermiyordu. Böylece tomografinin güvenirliliği artırıldı ve çok kesitli tomografi cihazları boy gösterdi. Şimdi bir yandan manyetik rezonans, bir yandan çok kesitli tomografi cihazlarını kullanıyoruz. Ne var ki PET (pozitron emisyon tomografisi) cihazları üretilince kullandığımız bütün cihazların tümörü yeterince tanımadığını fark ettik. Çünkü bu yeni cihazlarla birlikte uygulanan yöntem tümör teşhisinde daha güvenilir sonuçlar veriyordu. Bütün bu harika gelişmelerden sonra, bir doktorun hastası-

nın karnına elini koyunca fark edebileceği bir kitleyi ancak bütün bu cihazlarla tetkikler yaparak tespit ettiği örnekler ne yazık ki az değil. Bu cihazlarla yapılan tetkiklerin hastaya verdiği zarar, harcanan zaman ve iş gücü ve neticede ortaya çıkan ciddi düzeydeki maliyet göz ardı edilebilecek düzeyde değildir.

Sosyal devlet anlayışının tam olarak yerleşmediği, insanların sağlıklarından doğrudan ve tamamen kendilerinin sorumlu olduğu ya da yeterince pirim ödeyerek bağlı oldukları sigorta organizasyonlarının sorumluluk üstlendiği ortamlarda yukarıda küçük bir örneğini vermeye çalıştığım teknolojik gelişme zincirinin sağlık sektörüne yansımalarını önleyecek bir durum ve önleme ihtiyacı yoktur. Zira teknolojinin pazarlaması yeterince yapıldıkça, onu kullanan ve bundan yararlanma umuduyla bedelini ödeyen var olacak ve ucu açık teknoloji de bu kesime hizmet edecektir. Bu hizmet esnasında zarar görmeme, hasta güvenliği, kalite gibi hususlar tartışılmaya devam edilecek hatta her biri ayrı birer profesyonel uğraş alanı ve belki de sektör olarak maliyete katkı sağlayacaktır. Bunun örneklerini günümüz dünyasında çokça görmemiz mümkündür.

Aslında teknolojik gelişimin tıbbı ne denli katkı sağladığını hiç kimse göz ardı edemez. Şüphesiz bu, ilerlemenin bir göstergesidir. Yeni yöntemler, teşhis ve tedavide kullanılan yeni cihaz ve malzemeler genelde günümüz tıbbının vazgeçebileceği şeyler değildir. Ancak yararı ve güvenliği kanıtlanmış, maliyet etkiliği analiz edilmiş bir şekilde uygulama alanına girmeleri gerekir. Ne var ki bu kavramları kullanmak kolay olmakla birlikte, tartışmasız sonuçlara ulaşmak her zaman mümkün olmamaktadır. Üretici firma desteğinde yapılan bilimsel çalışmalar hemen her zaman olumlu sonuçlar vermektedir; ta ki yeni bir ürün piyasaya sürülüp eskisinin etki ve başarısını sorgulayan çalışmalar ortaya çıkıncaya kadar. Yeni durumda aynı firmanın bile eski ürününe yönelik bilimsel bilgilerinin değiştiğini görmek şaşırtıcı olmamaktadır.

Tıbbi teknoloji ve ilaç politikaları

Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz parçası olan beşeri farmasötik ürünler, yani ilaç konusu da tıbbi cihazların serüvenine benzer özellikler taşımaktadır. Kaldı ki tıbbi cihazlara göre ilaçların araştırılması, geliştirilmesi, ruhsatlandırılması ve üretimi daha sıkı kurallara bağlanmış durumdadır. Bir molekülün ilaç haline gelmesi için 10 -12 yıl geçmektedir. Her ülkede tekrar değerlendirilmekte, yapılan çalışmalar gözden geçirilmekte ve ondan sonra ruhsat verilmektedir. Üretim ortamları da ciddi

denetim altında tutulmaktadır. Buna rağmen, bütün bu aşamaları geçmiş ve çok başarılı bulunan bir ilacın daha pahalı olan bir başka formu piyasaya çıktığında, aslında çok da faydalı olmadığını, yan etkilerinin de az olmadığını öğrenmemiz zor olmuyor. Tıbbi cihazlar gibi ilaç konusunda da, dünkü bilgimizle bugünkü bilgimiz firmaların da çıkarlarına paralel olarak pek ala farklılaşabiliyor.

Ayrıca bir başka husus, “Hastalıkların tedavisinde gerekli olan ilaçları mı kullanıyoruz, yoksa üretilen ilacın tüketimine yarayacak olan hastalığı mı teşhis ediyoruz?” sorusuna cevap verilmesidir. Mesela bir firmanın yüksek tansiyonu düşürmek için geliştirdiği ve çalışmalarını yürüttüğü bir maddenin erkeklerde sertleşme sorununa fayda sağladığı fark edilince piyasaya tansiyon ilacı olarak değil cinsel sorunun tedavisi için çıktığını biliyoruz. Bu ilaç piyasaya verilince o güne değin çok fazla bilgi sahibi olmadığımız erkek cinsel fonksiyonunun fizyolojisi hakkında çok detaylı bilgiler edinmeye başladık. Öyle bir bilgi pompalaması oldu ki, reçetesinde yazdığı yüzlerce ilacın etki mekanizmasından yeterince haberdar olmayan çok sayıda doktorumuz, sigorta tarafından bile karşılanmayan bu ilacın etki mekanizmasını bütün detayı ile öğrenmiş oldu. “Sorun ortada, fizyoloji bilgisi yeterli ve etki mekanizması biliniyor; öyleyse ne var bunda?” diyeceksiniz. Elimizde tılsımlı (!) bir ilaç olduğuna göre bunun pazarını büyütme gerekiyordu. “Erkeklerle faydalı olduğuna göre kadınlara niye fayda etmesin” düşüncesiyle kadın cinsel sorunlarını öğrenmeye başladık. Meğer kadınlarda o güne kadar bilmediğimiz cinsel sertleşme sorunu varmış, aynı ilaç bu hastalıkta da kullanılmıymış. Hatta Türkiye’ye gelmedi ama Batı ülkelerinde kadınlar için özel tabletlerden bahsedilmeye başlandı. Sonra ilacın kadınlara faydası gösterilemedi ve ne olduysa kadınların böyle bir hastalığının olduğu da unutuldu. Burada dikkatinizi çekmek için sadece küçük bir örnek veriyorum; bunun gibi osteoporoz, tansiyon, kolesterol ilaçlarını ve nicelerini karıştırarak benzer serüvenlere kolayca rastlarız. Sonuçta hastalığa ilaç verirken gelişen tıbbın bazen ilaca hastalık icat ettiğini de unutmamak gerekir. Bütün bu macehaların sağlık hizmetlerine maliyetini varın siz hesap edin.

İlaç endüstrisi çok hızlı gelişme göstermektedir. Ancak endüstrinin gerçek motoru olan yeni ilaç geliştirilmesi yani bilgi üretimi çok az sayıda uluslararası firmanın tekelinde kalmıştır. Yeni teknolojilerin analiz ve üretime hız kazandırması, kimyasal ajanlardan biyolojik ürünlere doğru kayış olması, insan genomu projesinin sonuçları çıktıkça

daha spesifik potansiyel hedefe yönelik ilaçların üretilir olması ve sosyal güvenlik sistemlerinin başta maliyet etkililik olmak üzere geliştirecekleri ödeme politikaları, geleceğin ilaç sektörünü etkileyebilecek önemli unsurlardır.

Dünyada gelişmeye paralel olarak bu laşıcı hastalıkların yerini yaşılanan nüfusla birlikte kronik hastalıklar almaktadır. İlaç sektörü de ağırlığını bu yöne kaydırmaktadır. İnsanların beklentileri ve ihtiyaçları değıştikçe ilaç sektörü de paralel değışimi yaşayacaktır. Tanımlanmış hastalıkları tedavi edici ilaçlardan ziyade hayatı kolaylaştırıcı ilaçlara doğru bir kayış yaşanacaktır. Tabii bu tür “life-style” ilaçların ve bugün tahmin etmede zorlanacağımız yeni üretilmiş talepleri karşılamak üzere üretilen nice ilacın, sosyal güvenlik kurumlarınca ödenmesi hususu da yoğun tartışma konusu olmaya mahkûmdur.

İlaçla birlikte günümüz sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez unsurlarından bir diğeri de tıbbi malzemeler ile ortez ve protezlerdir. Tanı ve tedavide kullanılan ileri teknoloji ürünlerinden söz etmiyorum. Belki onları ayrıca ele almak gerekir. Sözünü ettiğim husus, hastalara tanı konup tedavi uygulanırken kullanılan malzemelerdir. Sağlık hizmeti içindeki payı da gittikçe artmaktadır. Malum, ilaçların tüketimi, yan etki takibi, akılcı ilaç kullanımı, ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki yeri, orijinal, jenerik ya da biyoeşdeğerlik gibi konular hep tartışlagelmiştir. Bu tartışmalar daha da süreceğ benzıyor. Muhtemelen önümüzdeki yıllarda bir yandan reçetesiz ilaç uygulaması devreye girecek, diğ yandan reçeteli ilaçların eczaneden satışları daha disiplinli hale gelecektir. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bedelini ödeyeceği ilaçların daha da sınırlandırılacağını düşünüyorum. Bunun için bilimsel bir çalışma yapıp kanıta dayalı ilaç uygulaması gibi gerekçelerle çok önemli sonuçların elde edilmesi muhtemeldir. Ayrıca unutulmamalıdır ki, ilaç tüketiminin en önemli amili doktor davranışidir. Şu anda kullanılmakta olan elektronik ilaç takip sisteminden yararlanılarak yıl boyunca doktorların reçete ettiği ilaçları tespit etmek mümkündür. Yakın gelecekte bunların listelerinin çıkarılıp doktorlara bildirilmesi, şeffaflık ve doktorların özeleştirisi yapmasını sağlayacaktır. Bunu takiben çeşitli kontrol mekanizmalarını geliştirmek mümkündür.

Her geçen gün piyasaya çıkan yeni orijinal ürünler veri koruma avantajından da yararlanarak ilaç harcamaları üzerinde gittikçe artan bir yük oluşturmaya devam edecektir. Bu yükün altından kalkabilmek için sadece ilaç reçete edilmesine kurallar getirerek elde edilen neticenin yeterli olamayacağı görülecektir. Halkın ilaç talebinin azaltılacağı

metotlar geliştirmek kaçınılmazdır. Bu itibarla bugün birçok Batı ülkesinde gördüğümüz gibi, ilaç dışı bitkisel ürünlerin teşvik edilmesi bir yol olabilir. Böylece talebin önemli bir kısmının vatandaşın bedelini kendi karşıladığı bitkisel ürünlerle karşılanması ilaç harcamaları üzerindeki baskıyı hafifletecektir.

İlaç konusu bu denli tartışmalı olmasına rağmen, araştırma süreci tanımlanmış, ruhsat şekli belirlenmiş, üretim şartları net olan bir husustur. Hâlbuki vücut içinde veya dışında kullanılan tıbbi malzemeler konusunda tatminkâr bir ilerleme kaydedilmiş değildir. Ne üretim şartları, ne faydayı gösteren testlerin standardizasyonu, ne de yan etki takibi çok net değildir. Fiyat belirlemesi de o denli standarttan yoksundur. Her geçen gün yeni bir malzemenin üretilip kullanıma sokulduğu bu ortamda kontrol zafiyetinin açacağı problemler çok fazla olacaktır. Bu yüzden gerek sağlık hizmet sunucularının, gerek Sosyal Güvenlik Kurumu gibi ödeyici yapıların ve gerek sağlık otoritesinin yani Sağlık Bakanlığı’nın artık ilaç yanında tıbbi sarflara odaklanacağını tahmin etmek zor değil. Bu alanın da gittikçe daha denetlenir bir alan haline geleceğini düşünüyorum. Bu arada kullanılan cihazların kalibrasyonu, etkililiği, verimliliği, maliyet etkililiği gibi hususular sağlık yöneticilerinin önümüzdeki yıllarda gündeminde yer edecek önemli konulardır.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve ülkemizdeki gelişmelere yönelik bir araştırma

Safiye Şahin



1981 yılında Ankara'da doğdu. 2000 yılında Keçiören Süper Lisesi'nden, 2004 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Mayıs 2010'da İstanbul Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2004-2008 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yaptı. 2008 yılından beri İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi'nde Hemşirelik Hizmetleri İl Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. London School of Hygiene and Tropical Medicine'de Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında profesör oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

B“ir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı” olarak tanımlanan özerklik kavramı; muhtariyet ve otonomi sözcükleri ile de karşılanabilmektedir (www.tdk.gov.tr). Otonomi sözcüğü; kendi kurallarınca yönetilen manasına gelen

Yunanca “autonomos” kavramından gelmektedir (Soysal, 1991). Anayasa Mahkemesi tarafından özerklik, sosyal bir topluluğun ya da tüzel kişiliğin kendilerini yöneten kuralların tümünü ya da bir bölümünü bizzat saptayabilmeleri ve anayasa ve yasaların çizdiği sınırlar içinde hareket edebilme özgürlüğü ve yetkisi olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 26.11.1988, No: 20001).

Birçok ülkede sağlık hizmetleri reformlarının bir parçası olan hastane özerkliği ise, sağlık sektörünün verimlilik, adalet ve etkililiğinin geliştirmesi amacıyla (Evelyn, 2004) taşıyan bir uygulama olarak belirmektedir. Kamu hastanelerinin, sağlığa ayrılan kısıt kamu kaynaklarının büyük kısmını tükettiği ve çoğunlukla bu kaynakların verimli kullanılmadığı gelişmekte olan ülke-





Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerini incelediğimizde; hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması, tasarının olumlu etkileri olarak değerlendirilmiştir.

lerde (Collins ve arkadaşları, 1999) hastanelerin acil reform ihtiyacından bahsedilmektedir (Evelyn, 2004). Diğer yandan kaynakların verimli kullanımı konusunda, reformlar kapsamında vurgulanan hususlardan biri olarak hastanelerin özerkliği ve özerklik seviyelerinin yükseltilmesi de uluslararası platformlarda oldukça sık tartışılan konulardan biri olmaktadır.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi; anılan hastaneleri kamu alanının sahip olduğu bürokratik karakteristiklerden daha özgür ve katılımcı bir tarza doğru kaydırma amacı taşımaktadır (Collins, 1999). Casasnovas ve arkadaşlarına göre bu; siyasal ve sosyal değerler ile zorlanması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Casasnovas ve arkadaşları, 2006). Hastanelerde özerkliğin sağlanabilmesine ya da artırılmasına yönelik ortaya koyulan yöntemler aynı zamanda olası sorunlar hakkında ve hastane özerkliğini değerlendirmekte de ipucu vermektedir.

Aşağıda sunulan aşamalar; bu süreçte takip edilmesi gereken basamakları göstermektedir (Chawla ve Govindaraj, 1996):

- Hastanenin ve sahip olduğu özerkliğin tanımlanması
- Hastane özerkliğinin ve hastaneye uyarlanacağı sürecin tanımlanması
- Özerklik ile birlikte hastane yapısında, idaresinde, organizasyonunda, iç sistem ve pratiklerinde meydana gelecek gelişim ve değişimlerin tanımlanması
- Özerkliğin sağlayacağı verimliliğin, adaletin, kalitenin ve kaynak politikasının analizi
- Hastane özerkliği sürecinde gelişen çıkışların teşhisi ve tanımlanması, ana derslerin çıkarılması

Castano ve arkadaşlarına göre, hastane özerkliği başarılı bir biçimde uygulanırsa, hastanelere merkezi bütçeden verilenin dışında kaynak artışı da sağlanacaktır (Castano ve arkadaşları,

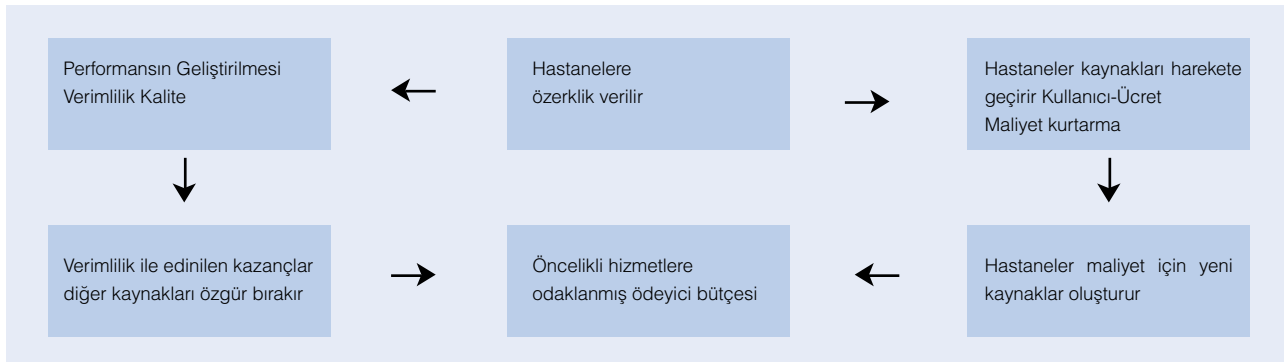
2004). Aşağıdaki şekilde hastane özerkliği ile öncelikli sağlık hizmetleri arasındaki ilişki verilmektedir:

Hastane özerkliği bağlamında yetkinin devri ihtiyacına karşın özellikle odaklanan beş ana alan aşağıda sıralanmaktadır (Chawla ve Govindaraj, 1996):

- Stratejik veya genel idare
- Mali idare
- İnsan kaynakları idaresi
- Tedarik
- Yönetim

Özerkleştirmenin mali ve yönetsel açımları ile birlikte tartışılan bir diğer boyutu hastanelerin mülkiyet yapısı ile ilgilidir. Bu bağlamda özerkleştirme ile özelleştirme arasındaki farkları göz önünde bulundurarak her iki durum arasındaki ilişkileri ortaya koymak büyük önem taşımaktadır. Kamu hastanelerinde özerklik arttıkça karar alma süreçlerinin niteliğinde ve yönetsel

Hastanelerin özerkleştirilmesi ve öncelikli sağlık hizmetleri



Kaynak: Roman Castano ve arkadaşları, *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*, Partners for Health Reformplus, September 2004, s. 19.

Sağlık yöneticilerine göre tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkileri ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağını belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak özetlenebilir

anlamda, özel hastanelere benzer bir yapının oluşabileceğini dile getiren araştırmacıların bazıları bunu bir şans olarak yorumlarken (Collins ve arkadaşları, 1999); konuya eleştirel bakanlar tarafından özelleştirmeye giden bir basamak olarak algılanmakta ve sağlık hizmetleri konusunun hassasiyetinden kaynaklanan birtakım tepkiler ile tamamen karşı çıkmaktadır. Kamu hastanelerinde özerklik uygulamalarında başvurulan yöntem; mülkiyet devrinden ziyade genellikle fonksiyonel özerkliğin sağlanması biçimindedir. Doğrudan hastane yönetimi ile ilgili olan bu uygulamalarda bir hastanenin stratejik yönetim, finansal yönetim, insan kaynakları yönetimi vb. fonksiyonlarını bağımsız olarak yürütmesi söz konusudur. (Banks ve arkadaşları, 2000).

1980'lerde dünya genelinde gözlemlenen liberal eğilimler sonucunda gerçekleştirilen hastane özerkleştirme uygulamaları; ülkemizde de yankısını bulmuş, Türk sağlık sektöründe de bu yönde reformlar gündeme gelmiştir. Sağlık sektörü reformları kapsamında "kamu hastanelerinin devlet bütçesi ünitesi olmaktan çıkarılarak birer sağlık işletmesine dönüştürülmesi" planlanmıştır (Top ve Gider, 2004). Bu kapsamda; Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, Mart 2010 döneminde TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilmiştir. Bu gelişme, ülkemizde sağlık hizmeti

üretimini büyük ölçüde yüklenen kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesine yönelik atılmış bir adımdır.

Ancak Türk sisteminde hastanelerin özerkleştirilmesi sonucunda "yerel birimlerde yönetim kapasitesi eksikliği, yerel birimlerin birbiriyle işbirliği ve uyumunun sağlanması, mali kaynak üretmede yetersiz kalınan kısımlarda merkezden desteğin ne şekilde sağlanacağına belirlenmesi, yerel uygulamalarda politik kayırmaların önüne geçilmesi, toplumsal katılımın teşvik edilmesi, bölgeler arasında oluşacak dengesizliklerin hakkaniyet ilkesini rencide etmesinin önüne geçilmesi" gibi sorunlar, karşılaşılabilecek olası sorunlardandır (Sur, 2006).

Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı; kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetleri sunumunun ve yönetiminin nasıl olması gerektiği ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan Kamu Hastaneleri Birliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın etkileri hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmak, karşılaştırmak ve bu konudaki önerilerini tespit etmektir.

Araştırmanın yöntemi

Kalitatif araştırma yöntemlerinden odak grup çalışması ile veriler toplanmıştır. Odak grup çalışması, seçilmiş bir grubun bir konu hakkındaki görüş, düşünce ve deneyimlerini aktardıkları organize tartışmalardır. Bu teknik, aynı anda aynı konuya ilişkin farklı görüşlerin elde edilmesini sağlar. Dahası, bireylerin gündelik yaşam pratiklerindeki ortak anlamalarını ve bir grup içindeki bireylerin diğerlerinden etkilenme yollarının kavranmasını sağlar (Kuş, 2003). Odak grup görüşmeleri ilk olarak 1940'larda, kitle iletişim analizleri için geliştirilmiş bir tekniktir (Kümbetoğlu, 2005).

Bireylerin öznel manaları, bu tür tartışmalarda rahatlıkla ortaya çıkmaktadır. Grup tartışmalarında, moderatör rahatlıkla ortak görüş, düşünce, tutum, ideoloji gibi konulardaki bilgilere daha rahat ulaşabilmektedirler.

Odak grup görüşmelerindeki ilk adım, grubun oluşturulmasıdır. Ancak odak grup görüşmelerin katılımcılarının sayısı hakkında farklı görüşler vardır. Kişi sayısı Kasapoğlu'na göre 8-12 (Kasapoğlu, 1997), Akşit'e göre 6-12 (Akşit, 1997), Mayring'e göre 5-15 (Mayring, 2005), Kümbetoğlu'na göre ise 6-9 (Kümbetoğlu, 2005) olmalıdır.

Tablo 1: Araştırmanın boyutları

Boyutlar	Alt boyutlar
Sağlık hizmetlerinin sunumu nasıl olmalıdır?	* Tamamen kamu * Karma * Tamamen piyasaya bırakılmalı
Sağlık hizmetlerinin yönetimi nasıl olmalıdır?	* Merkezi yönetim * Yerinden yönetim
Kamu Hastaneleri Birliği Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu yönleri neler olabilir?	* Sağlık hizmetlerinde bölgesel planlama daha iyi olur * Daha profesyonel bir yönetim * Bakanlık sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir konumda olur * Bürokrasi azalır * Kararlar daha hızlı alınır * Rekabet artar * Sağlık hizmetlerinin kalitesi artar * Hastaların ihtiyaçları göz önünde bulundurulur
Kamu Hastaneleri Birliği Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine Olumsuz yönleri nelerdir?	* Hastanelerin ticarileşmesi * Bölgesel adaletsizlik * Çalışanların sözleşmeli kadroya geçmesi
Kamu hastaneleri birliği tasarısında birliğin yönetim kurulu (mütevelli heyeti) hakkında neler düşünüyorsunuz?	* İyi * Yetersiz * Geliştirilmeli
Kamu Hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?	* Stratejik veya genel idare * Mali idare * İnsan kaynakları idaresi * Tedarik * Yönetim

Odak grup tartışmaları altı aşamadan oluşur. Öncelikle gruba yöneltilecek giriş sorusu hazırlanmalıdır. Bu sorular, katılımcıları motive edecek nitelikte olmalıdır. Ya da moderatör motive edici bazı argümanlar toplayabilir. Bunlar bir metnin okunması ya da kısa bir filmin izletilmesi olabilir. İkinci aşama grubun oluşturulmasıdır. Grup oluşturulduktan sonra soru ve argümanlar grup üyelerine sunularak tartışmanın başlanması sağlanabilir. Moderatör tarafından yapılması gereken bir sonraki aşama araştırılması olan sorunun temelini yani bir üst evrenin açıklığı kavuşması için grubu teşvik etmektir. En son adım ise, tartışmanın değerlendirilmesi niteliğinde yapılacak olan bir meta- tartışmadır (Mayring, 2005).

Odak grup çalışmasında amaç; konu hakkında yeterli derecede bilgi ve deneyimi olanların bir araya getirilmesi ve tartışılması yöntemiyle bilgi edinmek olduğundan, anket ve gözlem yönteminin yetersiz kaldığı noktalarda etkili veri toplanmasına olanak sağlar. Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın çok yeni bir konu olması, sağlık çalışanlarının henüz konuyla ilgili yeterli bilgilerinin olmamasının düşünülmesi, kanun taslağının hastane yöneticilerini doğrudan etkilemesi ve anket yöntemi ile detaylı veri toplanamayacağının düşünülmesi üzerine bu çalışmada da odak grup çalışması yapılması planlanmıştır. Bu çalışmada iki odak grup çalışması yapılmıştır. Birinci odak grup çalışması kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticile-

rini, ikinci odak grup çalışması ise özel hastanelerde çalışan hastane yöneticilerini kapsamıştır.

Araştırmanın kapsamı

Araştırmanın kapsamını İstanbul ilindeki kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık yöneticileri oluşturmaktadır. Odak grup çalışmasında grupların 6–12 kişiden oluşması gerektiğinden her bir gruba 10–12 kişinin katılması planlanmıştır. Hastanelerde yönetici olarak çalışan, en az 5 yıl deneyime sahip olan ve araştırma konusu ile ilgili görüşlerinden yararlanılabileceği düşünülen hastane müdürleri, başhekimler ve başhemşirelerin araştırmaya dâhil edilmesi düşünülmüştür. Bu doğrultuda kamu hastanelerinden odak grup görüşmesine davet edilen ve katılmayı kabul eden İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden bir şube müdürü, kamu hastanelerinden 5 hastane müdürü, 1 başhekim, 2 başhemşire ve 2 hastane müdür yardımcısı olmak üzere toplam 11 sağlık yöneticisi araştırmaya dâhil edilmiştir. Ancak özel hastane yöneticilerinden davet edilen ve odak grup görüşmesine katılmayı kabul eden 10 sağlık yöneticisinden yalnızca 7 sağlık yöneticisi odak grup görüşmesine katıldığı için özel hastanelerden 1 tıbbi direktör, 1 tıbbi direktör yardımcısı, 2 işletme müdürü, 1 mesul müdür, 1 hemşirelik hizmetleri müdürü ve 1 kalite yönetim temsilcisi olmak üzere toplam 7 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın boyutları

Araştırmacı, odak grup görüşmesini gerçekleştirmeden önce görüşme rehberi hazırlamıştır. Bu rehberde yer alan 5 soru şu şekildedir:

1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinin sunumu (özel, devlet, karma) nasıl olmalıdır?
2. Sağlık hizmetlerinin yönetimi nasıl olmalıdır? (merkezi yönetim - yerel ya da yerinden yönetim)
3. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?
4. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nda geçen yönetim kurulu (mütevelli heyeti) hakkında neler düşünüyorsunuz? Sizce yönetim kurulu kimlerden oluşmalı?
5. Kamu hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?

Bu sorular belirlenirken "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" üzerine yapılan eleştiriler incelenmiştir. Özellikle sağlık hizmetleri yönetiminin ve sunumunun tamamen devletin sorumluluğunda olması gerektiği vurgulanarak hastaneleri "ticarethanelere" dönüştürdüğü nedeniyle tasarıya karşı çıktığı görülmüştür. Bu nedenle ilk olarak sağlık yöneticilerine sağlık hizmetleri sunumu ve yönetiminin nasıl olması gerektiği sorusunun yöneltmesi planlanmıştır.

Odak grup görüşmelerinde tartışılacak olan sorular araştırmanın boyutları olarak düşünülmüş ve her sorunun alternatif cevapları da araştırmanın alt boyutları olarak belirlenmiştir (Bakınız: Tablo 1).

Odak grup sürecinin gerçekleştirilmesi, veri toplama ve analizi

Katılımcılarla toplantı gününden bir hafta önce irtibat kurularak konu hakkında kendilerine bilgi verilmiş ve toplantı için davet edilmişlerdir. Tüm katılımcılar kendi olanaklarıyla belirlenen gün ve saatte toplantıda hazır bulunmuşlardır. Toplantı başlamadan önce katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir form doldurulmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 2 ve Tablo 3'deki gibidir.

Kamu hastanelerinden katılan sağlık yöneticilerini kapsayan odak grup görüşmesi Şubat 2009 tarihinde, özel hastanelerden katılan sağlık yönetici-

Tablo 2: Odak grup toplantısına katılan kamu hastane yöneticilerinin sosyo-demografik özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Görev	Toplam Çalışma Süresi (Yıl)
K1	33	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	15
K2	36	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	13
K3	34	Erkek	Lisans	Hastane Müdür Yard.	14
K4	33	Erkek	Yüksek Lisans	Şube Müdürü	9
K5	37	Erkek	Lisans	Hastane Müdürü	18
K6	51	Erkek	Lisans	Başhekim	28
K7	40	Kadın	Yüksek Lisans	Başhemşire	21
K8	40	Kadın	Ön Lisans	Başhemşire	21
K9	46	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	28
K10	36	Kadın	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	18
K11	27	Erkek	Lisans	Hastane Müdür Yard.	8

Bir çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastaneler ile ilişkisi son derece merkezîyetçi bulunmuş ve hastanelerin genel amaçları, organizasyon yapıları, bütçe, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürlerin tamamının merkez tarafından belirlendiği ifade edilmiştir. Kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgeler ile merkez örgüt tarafından yapılan yönlendirmeler hastaneler ile merkez arasında sürekli bir iletişimsizliğe neden olmaktadır. Bununla birlikte yöneticiler, gündelik iş yükünden kazanılan deneyimler dışında aşırı merkezîyetçilik nedeniyle sağlık yöneticiliği alanında yeterli tecrübe kazanamamaktadır.

lerini kapsayan odak grup görüşmesi ise Mayıs 2009 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Toplantılar ses ve görüntü kayıt cihazlarıyla kaydedilmiş, ayrıca bir raporör tarafından konuşmaların el notları alınmıştır. Bir buçuk saat süren toplantılar sonunda ses kayıtları yazılı notlarla birlikte çözümlenmiş ve her iki görüşmenin de dokümanı yazılı hale getirilmiştir. Tartışılan konu başlığına göre ilgili görüşler bir araya getirilerek analiz edilmiştir.

Kamu hastaneleri açısından odak grup toplantısına katılanların 3'ü erkek, 8'i kadındır ve yaşları 27-51 arasındadır. Şube müdürü, hastane müdürü veya yardımcısı ve başhekim gibi görevleri bulunan bu kişilerin ön lisans, lisans veya yüksek lisans düzeyinde eğitimleri vardır ve 8-28 yıllık iş deneyimleri bulunmaktadır. Özel hastaneler açısından odak grup toplantısına katılanların ise 3'ü erkek 4'ü kadındır. Yaşları 32-51 arasındadır. Mesul müdür, işletme müdürü, hemşirelik hizmetleri yöneticisi ve kalite yönetim temsilcisi unvanlarıyla görev yapmaktadır. Yüksek lisans düzeyinde eğitimleri bulunan bu kişilerin 8-28 yıllık iş deneyimleri bulunmaktadır. Tablo 2 ve 3'te bu bilgiler özetlenmiştir.

Araştırmanın bulguları

Araştırmaya katılan kamu ve özel sağlık yöneticilerinin hepsi koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ise devlet ve özel girişim tarafından verilmesi gerektiğini ifade ederek karma bir sistemi savunmuştur. Bu konudaki görüşler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Sağlık hizmetleri yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda sağlık yöneticilerinin düşüncelerine baktığımızda, bazı kamu hastane yöneticileri yerinden yönetimi savunurken bazıları bu konuda kararsız kalmış ve sorunun

merkezi ya da yerinden yönetimden kaynaklanmadığını belirtmiştir. Bazı kamu hastane yöneticileri de mevcut olan merkezi yönetim uygulamasını savunmuştur. Buna karşılık özel hastane yöneticilerinin tamamı sağlık hizmetlerinin yerinden yönetilmesi gerektiğini savunmuştur (Tablo 5).

Ülkemizde kamu hastanelerinin özertleştirilmesi amacıyla hazırlanmış olan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerini incelediğimizde; hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması, tasarının olumlu etkileri olarak değerlendirilmiştir. Sağlık yöneticilerine göre tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkileri ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağına belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak özetlenebilir (Tablo 6).

Araştırmaya katılan kamu ve özel hastane yöneticilerinin kamu hastane birliklerinde yönetim kurulunu oluşturan üyeler hakkındaki görüşlerinin benzer olduğu tespit edilmiştir. Sağlık yöneticileri yönetim kurulundaki üyelere itiraz etmemiş ancak yönetim kurulunda bulunacak olan üyelerin sağlık sektörü alanında tecrübeli olması şartının aranması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca yönetim kurulu üyeleri arasında sağlık personeli sayısının az olduğunu ifade etmişler ve bu nedenle yönetim kurulunda alınan kararların etkin olmayacağını belirtmişlerdir. Genel olarak yönetim kurulunun iyi yönetim anlayışı ile tasarlandığını ancak bazı üyelerin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Yönetim kurulunda sağlık çalışanları temsilcisi, hasta temsilcisi ve sivil toplum kuruluşları temsilcisi, basın temsilcisi ve bir hemşirenin de mutlaka bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak hem kamu hastane yöneticileri hem de özel hastane yöneticilerine göre tasarıda geçen yönetim kurulunun geliştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Kamu Hastaneleri Birliği Kanunu Tasarısı kapsamında hastanelere ne ölçüde yetki devri olması konusunda sağlık yöneticileri fazla yorum yapmamıştır. Kamu hastane yöneticileri hastanelere yetki devri hakkında yalnızca genel idare, tedarik ve mali idare konusunda

Tablo 3: Odak grup toplantısına katılan özel hastane yöneticilerinin sosyo-demografik özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Görev	Çalışma Süresi
Ö1	42	Erkek	Doktora	Tıbbi Direktör	12
Ö2	32	Kadın	Yüksek Lisans	İşletme Müdürü	12
Ö3	51	Erkek	Doktora	Kalite Yönetim Temsilcisi	25
Ö4	32	Kadın	Yüksek Lisans	İşletme Müdürü	13
Ö5	34	Kadın	Yüksek Lisans	Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi	14
Ö6	47	Kadın	Yüksek Lisans	Tıbbi Direktör Yardımcısı	24
Ö7	48	Erkek	Yüksek Lisans	Mesul Müdür	25

yetki genişliğinden söz etmişlerdir ancak diğer alt boyutlardan (insan kaynakları idaresi, stratejik yönetim) bahsetmemişlerdir (Tablo 8).

Özel hastane yöneticilerinin de hastanelere verilmesi gereken yetki konusunda daha çok birliğe devredilen hastanenin kiraya verilmesi ya da satılması ile ilgili olan yetki devri hakkında tartışmaları tespit edilmiştir. Ancak bu konuda görüş birliğine varamamışlardır. Bazı özel hastane yöneticileri hastanenin verimsiz olması halinde kiralanabilmesi ya da satışı hakkında verilecek olan kararın birlik yönetim kuruluna ait olması gerektiğini ifade etmiş, bazı özel hastane yöneticileri de bu durumun sakıncalı olacağını ve bu yetkinin ancak Sağlık Bakanlığı'nda olması gerektiğini savunmuşlardır. Sağlık yöneticileri konuyla ilgili çok fazla görüş bildirmediğinden sınırlı veri elde edilmiştir (Tablo 8).

Sonuç

Kamu sağlık kaynaklarının büyük bir kısmını tüketen hastaneler için planlanan özerklik, hastanelerin verimliliğini artırma yolu ile sağlık sektörüne fayda amacı taşımaktadır. Kamu sağlık sektöründe; verimsizlik, kullanıcı memnuni-

yetsizliği, kalifiye personel yetersizliği, yoksul insanların sağlık hizmetlerine erişim problemleri, bazen yolsuzluk ve görev ihmalleri gibi ciddi sorunlardan bahsedilmektedir. Bu durum çoğunlukla hastanelerde iyi performansın ödüllendirilmemesi ve hastane davranış modellerinin yeterince özendirilmemesi gibi yönetsel yetersizliklerden kaynaklanmaktadır (Gider ve Top, 2007).

Bir çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastaneler ile ilişkisi son derece merkezîyetçi bulunmuş ve hastanelerin genel amaçları, organizasyon yapıları, bütçe, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürlerin tamamının merkez tarafından belirlendiği ifade edilmiştir. Kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgeler ile merkez örgüt tarafından yapılan yönlendirmeler hastaneler ile merkez arasında sürekli bir iletişim-sizliğe neden olmaktadır. Bununla birlikte yöneticiler, gündelik iş yükünden kazanılan deneyimler dışında aşırı merkezîyetçilik nedeniyle sağlık yöneticiliği alanında yeterli tecrübe kazanmamaktadır (Ateş ve Sur 1996).

Başhekim ve hastane müdürlerinin özerk ve özel hastane modelleri konusundaki görüş, tutum ve beklentilerine

yönelik bir çalışmada, 91 başhekimin yüzde 50'si tıbbi ve idari hizmetlere ait yetkilerini ve 90 hastane müdürünün tamamı idari yetkilerini "orta, az ya da hiç" düzeyinde kullanılmadığını belirttiği bulunmuştur. Bunun nedeni olarak başhekimler yoğunluklu olarak "merkezîyetçi yönetim" ve "siyasi nedenler"; hastane müdürleri ağırlıklı olarak "mevzuatta yetki-sorumluluk kargaşası olması"nı göstermiştir (Kaya, 1996). Aynı çalışmada ayrıca, başhekim ve hastane müdürlerinin yüzde 90'ından fazlasının özerklik konusunda olumlu yanıt verdiği gözlemlenmiştir. (Kaya, 1996). Benzer bir çalışmanın bulguları da bu çalışma ile paralellik arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan toplam 2 bin 507 yüksek öğrenimli sağlık personeli ile yapılan çalışmada personelin yüzde 67,3'ü hastanelerin özerkleştirilmiş sosyal kurumlar ve özerkleştirilmiş işletmeler olarak faaliyet göstermesi gerektiğini düşünmektedir (Kaplan, 1997). Kaplan'ın bulgularına göre araştırmada yer alan personelin yüzde 93,8'i hastanelerin özerkleştirilmesi yönünde gerekçe olarak belirtilen "verimsizlik, düşük kalite ve kapasitede çalışmaları düşüncesine" katılmaktadır (Kaplan, 1997).

Bu çalışmada da özel sağlık yöneticilerinin tamamının, kamu hastane yöneticilerinin ise bir kısmının hastanelerin yerinden yönetilmesi gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık yöneticileri, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkilerini hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması olarak belirtmişlerdir. Sağlık yönetimi üzerindeki olumsuz etkilerini ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağı'nın belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak ifade etmişlerdir. Özellikle kamu hastane müdürlerinin mevcut kamu alım mevzuatına tabi olmaktan muzdarip oldukları tespit edilmiştir.

Bu doğrultuda kamu hastane yöneticilerinin tedarik, mali idare ve genel idare konusunda yetki genişliği istedikleri ortaya çıkmıştır. Kaya'nın yaptığı araştırma sonuçlarında da "Satın alma ve kendi yatırım planlarını hazırlayarak uygulamada özerklik, personel istihda-

Tablo 4: Sağlık hizmetleri sunumunun nasıl olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Sağlık hizmetleri sunumu nasıl olmalıdır?	Karma	Karma
Karma sistemi savunma nedenleri	* Sağlık hizmetlerinin bir takım özelliklerinin bulunması * Koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünde olması * Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitimin kamu tarafından sunulması * Özel sektörün kar edemeyeceği sağlık hizmetlerine yatırım yapmayacağı ve bu hizmetlerin de kamu tarafından sunulması zorunluluğu	* Kişilerin sağlık hizmeti alacağı veya vereceği kurumu özgür iradeleriyle seçmesi * Özel sağlık hizmetlerinin varlığının kamuda rekabete neden olarak hizmet kalitesini artırabileceği * Özel sektörün kar edemeyeceği sağlık hizmetlerine yatırım yapmayacağı ve bu hizmetlerin de kamu tarafından sunulması zorunluluğu

Tablo 5: Sağlık hizmetleri yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Sağlık hizmetleri yönetimi nasıl olmalıdır?	*Yerinden yönetim *Merkezi yönetim *Sevk zinciri	*Yerinden yönetim
Yerinden yönetimi savunma nedenleri	*Çalışanların performansını artırması *Kararların merkezi yönetime göre daha hızlı alınması *Rekabete bağlı olarak hizmet kalitesini iyileştirerek hasta memnuniyetini artırması	*Hastanelerin ihtiyaçlarının daha iyi tespit edilmesi *Bölgesel planlamanın daha iyi yapılması *Sağlık Bakanlığı'nın yerinden yönetime geçiş ile sağlık hizmetlerini daha iyi denetlemesi



mindinde özerk olma, hastane yönetiminde yönetim kurulu uygulaması ve hastane yöneticiliğinin bir uzmanlık alanı haline getirilerek, bu alanda eğitim ve istihdam imkânlarının yaratılması” olarak tanımlanan özerklik ilkelerinden “satın alma ve yatırım planlarını hazırlayarak uygulama ve personel istihdamında özerklik ilkeleri” en yüksek olumlu cevaba sahip olmuştur (Kaya, 1996).

Özel hastane yöneticilerinin hastanelere verilecek yetki konusunda kanun tasarısında geçen, verimsiz hastanelerin kiralanabilmesi konusunda hastane yöneticilerine yetki verilip verilmemesi ile ilgili farklı görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. Bir kısım özel hastane yöneticisi bu yetkinin sadece Sağlık Bakanlığı’nda olması gerektiğini, bir kısım özel hastane yöneticisi de bu yetkinin birlik yönetim kuruluna verilmesi gerektiğini savunmuştur. Özel hastane yöneticileri bununla ilgili olarak sadece o maddeye, “Verimsiz hastanelerin kiralanması için Bakanlık onayı gerekir” ifadesinin eklenmesini istemişlerdir. Kanun tasarısında geçen verimsiz hastanelerin kiralanabilmesi ile ilgili maddeye bazı sivil toplum kuruluşlarının da tepkisi olmuştur. Özellikle bu maddeyle kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin önünün açıldığını belirten Türk Tabipler Birliği tasarıya bu nedenle karşı çıktığını ifade etmektedir (Ataay, 2007).

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı’na göre her hastane birliği, yönetim kurulu tarafından yönetilecektir. Yönetim kurulu; bir hukukçu, mali müşavir ya da serbest muhasebeci, il valileri tarafından belirlenen bir üye, bir doktor, Bakanlık tarafından belirlenen bir üye, sanayi ve ticaret odası tarafından belirlenen bir üye ve il sağlık mü-

Tablo 6: Tasarının hastane yönetimi üzerine etkileri hakkında kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri	*Tasarı ile kamu hastanelerine tüzel kişilik verilmesi *Bölgesel planlama daha iyi yapılacağından hastanelerin daha etkin ve verimli yönetilmesi	*Sağlık Bakanlığının düzenleyici konuma geçerek hastaneleri daha iyi denetleyecek olması *Bölgesel planlama daha iyi yapılacağından hastanelerin daha etkin ve verimli yönetilmesi
Tasarının hastane yönetimi üzerine olumsuz etkileri	*Hastanelerin işletmeye çevrilmesiyle kar düşüncesi-nin ön plana çıkması ve sağlığın ticarileştirilmesi *Mevcut tedarik sisteminin devam ettirilerek kamu hastanelerinin tedarik sıkıntısına çözüm getirmemesi *Tasarı ile yönetici pozisyonunda bulunan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılmasının kadrolaşma riski ve partizanca davranışların önünü açması *Hiyerarşiyi artırması	* Kamu hastane yöneticilerinin sözleşmeli pozisyonunda çalıştırılması *Tasarıda fazla mesai karşılığında ücret ödenmemesi, işçi haklarının korunmaması *Tasarı ile kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin önünün açılması *Tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların görüşülmemesi maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi

Tablo 7: Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı’nda geçen yönetim kurulu hakkında kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Kamu Hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?	*Genel idare *Mali idare *Tedarik konularında geniş yetki devri * Konu hakkında çok az görüş bildirildiği için yeterli bilgi elde edilemedi.	* Konu hakkında çok az görüş bildirildiği için yeterli bilgi elde edilemedi.

Tablo 8: Hastanelere ne ölçüde yetki devri olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısında Geçen Yönetim Kurulu Hakkında Düşünceleri Nelerdir?	*Geliştirilmeli *Yönetim Kurulunda yer alan sağlık personeli sayısı az. *Hasta ve çalışan temsilcisi de Yönetim Kurulunda yer almalı. *Yönetim Kurulunda yer alan her üye için sağlık sektöründe deneyimli olma şartı aranmalı.	*Geliştirilmeli

dürü ya da müdür yardımcılardan biri olmak üzere toplam yedi üyeden oluşmaktadır. Kanun tasarısında geçen bu yönetim kurulu üyeleri de çok tartışma yaratmıştır. Özellikle yönetim kurulundaki sanayi ve ticaret odasından bir üye ve mali müşavirin bulunması eleştirilere neden olmuştur. Araştırmaya katılan sağlık yöneticileri bu üyelere itiraz etmemiş ancak yönetim kurulunda bulunacak olan üyelerin sağlık sektörü alanında tecrübeli olması şartının aranması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca yönetim kurulu üyeleri arasında sağlık personeli sayısının az olduğunu ifade etmişler ve bu nedenle yönetim kurulunda alınan kararların etkin olmayacağını belirtmişlerdir. Genel olarak yönetim kurulunu değerlendirdiklerinde iyi yönetim anlayışı ile oluşturulduğunu ancak bazı üyelerin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışan temsilcisi, hasta temsilcisi ve sivil toplum kuruluşlarının da yönetim kurulunda mutlaka bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı branşların da yönetim kurulunda yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunlar da basın temsilcisi ve hemşiredir. Özellikle kamu hastane yöneticilerinden baş hemşire unvanlı katılımcılar tasarıda hastane yöneticisine bağlı olarak hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün bulunmamasını büyük bir eksiklik olarak görmüşlerdir.

Öneriler

Ülkemizdeki özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda iyileştirme yapmak amacıyla hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumundan tamamen geri çekilerek özelleştirmenin önünü açtığı yönünde olumsuz eleştiriler bulunmaktadır. Ancak bu araştırma sonuçlarında da görüldüğü üzere; sağlık yöneticileri sağlık hizmetleri sunumunun tamamen özel sektöre bırakılmayacağını savunmuşlardır. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının ve kamunun tasarı hakkındaki endişelerinin giderilmesi ve konuyla ilgili detaylı bilgilendirme yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca; odak grup görüşmeleri neticesinde ortaya çıkan, tasarıya ilişkin önerilerden bazıları da şunlardır:

- Tasarıda, hastanelerin satın alma işlemlerinde tabi oldukları mevcut kamu alım mevzuatı sağlık hizmetlerinin özellikleri göz önüne alınarak yeniden düzenlenebilir.
- Yönetim kurulunda yer alan sağlık personeli (doktor, hemşire gibi) sayısı artırılabilir ya da yönetim kurulunda yer alacak tüm üyelerin sağlık alanında belirli bir yıl tecrübeye sahip olması kriteri getirilebilir.
- Hasta temsilcisi, çalışan temsilcisi ve

sivil toplum kuruluşlarından bir üye yönetim kuruluna eklenebilir.

- Tasarının madde 2/8'de yer alan "Yönetim kurulu gündemi başkan tarafından hazırlanır. Üyeler, başkanın uygun görüşü veya üye tam sayısının salt çoğunluğu ile gündem maddesi teklif edebilirler. Bunlar dışındaki konular görüşülemez." ifadesi gözden geçirilerek daha demokratik hale getirilebilir.
- Tasarının 3/d maddesinde geçen "Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazine'ye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlet-tirmek" ibaresi, kiralama ve satma konusunda geçerli şartlar getirilerek birlik yönetim kurulunun keyfiyetine bırakılması önenebilir.
- Tasarıda oluşturulan organizasyon şemasında hastane yöneticisine bağlı olarak bulunan "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü", "Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü" olarak değiştirilebilir.

Kaynaklar

- Akşit, B. T., *Odak Grup veya Odak Grup Görüşmeleri*, Ankara, 1997.
- Ataay, F., *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.
- Ateş, M. ve Sur, H., "Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul'daki Hastanelerinde Yöneticilerin Bazı Yönetim Kararlarının Merkezçilliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri", (Çevrimiçi) <http://www.merih.net>, 12 Mayıs 2008.
- Banks, D., Ghannoum, R., Taher, A.S., Brosk, H., "Implementing Hospital Autonomy In Jordan: Changing Ministry Of Health Operating Procedures", Partners-hip For Health Reform, Abt Associates Inc., 2000.
- Casasnovas, G. ve arkadaşları "Health Care Management Autonomy: Evidence From The Catalan Hospital Sector In A Decentralized Spain", (Çevrimiçi) <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/993.pdf>, (09.06.2008)
- Castano, R. ve arkadaşları, *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*, Partners for Health Reformplus, September 2004, s. 19.
- Chawla, R. and Govindaraj, M., 1996. "Improving Hospital performance through policies to Increase Hospital autonomy: Implementation Guidelines" Boston, MA: Data for decision making project, Harvard University. www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications, (Çevrimiçi) 13 Nisan 2009.
- Collins, D. ve arkadaşları, "Hospital Autonomy: The Experience of Kenyatta National Hospital". *Int. J. Health Plann. Mgmt.* 14, 1999.
- Evelyn, A., "Autonomy of Apex Hospitals in Ugan-

da: *Too Little, Too Slow*", *Health Policy and Development* 2 (2), 151-160, Umu Press, 2004, s. 151

Gider Ö. ve Top M., "Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye'de Yansımaları", 2007, (Çevrimiçi) www.e-konomet.net/kamu-hastane-sektorunde-liberallesme-ve-turkiyede-yansimalari/, 23 Nisan 2008.

Kaplan, A., *Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1997.

Kasapoğlu, A., *Nitel Çözümler 1: Odak Grup Çalışması*, Ankara, 1997.

Kaya, Y., *Başhekim Ve Hastane Müdürlerinin Mevcut, Özerk Ve Özel Hastane Modelleri Konusunda Görüş, Tutum Ve Beklentileri*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1996.

Kuş, E., *Nitel-Nitel Araştırma Teknikleri*, Anı Yayıncılık, Ankara, 2003.

Kümbetoğlu, B., *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*, Bağlam Yayınları, İstanbul, 2005.

Mayring, P., *Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş*, Çeviren: A. Gümüş ve M. S. Durgun, Baki Yayıncılık, Adana, 2005.

Resmi Gazete, Sayı: 20001 Yayın Tarihi: 26.11.1988

Soysal, M., "İki Kavram: Özerklik Ve Tarafsızlık", Bahri Savcı'ya Armağan, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları, Ankara, 1991.

Sur, H., "Türkiye'de Sağlıkta Desantralizasyona İlişkin Genel Öneriler Ve Değerlendirmeler", Makro Bakış, Sayı: 4, 2006, S. 23-24.

Tanrıverdi, H., "Sağlık Sektöründe Özerkleşmenin Finansal Boyutu Ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2002.

Top, M. ve Gider, Ö., "Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme", *Görüş Dergisi* (68-74), Ekim 2004.

Türk Hemşireler Derneği, *Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarı Türk Hemşireler Derneği'nin Görüşleri*, (Çevrimiçi)

<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/upload/kamu%20hastane%20birlikleri%20pilot%20uygulamasi%20kanun%20tasarisi%20web%20e%20girilecek%20metin.doc>, (10.03.2009)

www.tdk.gov.tr, (Çevrimiçi), 19 Aralık 2009.

Hastanelerin hizmet kalitesi açısından değerlendirilmesi süreci ve kazanımlar

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.

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni bitirdi. 2001 yılında Van’da göreve başladı. 2003-2005 yılları arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesi’nde baştabip yardımcılığı görevinde bulundu. 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda yer aldı. 2007 yılında Bakanlık bünyesinde kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nda Daire Başkanı görevinde bulundu. 2009 yılında ise Bakanlığın performans, kalite, hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere TİG, sağlık hizmetleri fiyatlandırma ve maliyet çalışmalarından sorumlu Genel Müdür Yardımcılığına getirildi. Dr. Güler evlidir.

Serap Süzük



1995 yılında Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü’nden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden Tıbbi (Klinik) Mikrobiyoloji uzmanlık eğitimi aldı. 2005-2006 yılları arasında Düzen Laboratuvarlar Grubunda ve 2006-2009 yılları arasında Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi’nde Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı olarak çalıştı. 2009 Aralık ayından beri SB THGM Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nda Kalite Standartları Geliştirme Şube Müdürü olarak görev yapmaktadır. SB Hizmet Kalite Standartları Eğitimcisidir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında kamuoyuna ilan ettiği “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın ana hedeflerinden biri de sağlık hizmeti sunulan kurumlarda kaliteli sağlık hizmetini sağlamak üzere Bakanlığın rehberliğinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının başla-

tilması ve hayata geçirilmesi idi. Bu kapsamda öncelikle kamu hastanelerinden başlamak üzere bir dizi çalışma başlatıldı. Bu çalışmaların ana eksenini, 2005 yılından bu yana kamu hastanelerinin hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ve her yıl yeni stratejik hedeflere, ihtiyaçlara, uluslararası gelişmelere ve sahadan gelen geri bildirimlere göre sürekli geliştirilen “Kamu

Hastaneleri Hizmet Kalite Standartları” oluşturmaktadır. Bu standartlar sağlık hizmeti sunumunda ve uygulamalarda önemli bir eksikliğin giderilmesini sağlamıştır. Ayrıca bu standartlar kurumlarda kalite bilincinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması gibi konularda önemli bir rehber olma özelliği taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda





kamu, özel ve üniversite ayrımı yapmadan sağlık hizmeti sunan kurumlarda sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması Bakanlığın önem verdiği bir konu olarak gündemde yer almaktadır.

Bakanlık son yıllarda sağlık sistemi içerisindeki rolünü daha çok sağlık hizmetlerini düzenleyen, denetleyen ve rehberlik yapan bir anlayış çerçevesinde yürütmeye çalışmaktadır. Bu anlayışın bir tezahürü olarak kamuda başlayan bu sürecin özel hastaneleri ve üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde Bakanlığın rehberliğinde yürütülmesi ve tüm sağlık kurumlarına yönelik hizmet kalite standartlarının hazırlanması hedeflenmiştir.

Özel hastaneler hizmet kalite standartlarının hazırlanması

Bu süreç zarfında özel hastaneler ile üniversite hastanelerine yönelik hizmet kalite standartları hazırlanması amacıyla İstanbul'da 5 özel hastane, Eskişehir'de 3 özel hastane ile 2 üniversite hastanesi ve Van'da 1 üniversite hasta-

nesinde pilot çalışmalar yapıldı. Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları (ÖHKS) 1. versiyonu; özel hastane temsilcilerinin görüş ve önerileri, Kamu Hastaneleri Hizmet Kalite Standartları, ülke mevzuatı, uluslararası uygulamalar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hedefleri ve uzman görüşleri değerlendirilerek hazırlandı ve Bakanlığın Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından Haziran 2009 tarihinde yayımlandı.

Sonrasında Bakanlık hizmet kalite standartları değerlendiricilerinden 30 ekip lideri ve HKS'nın hazırlanmasında görev alan uzmanların katılımıyla 6-10 Temmuz 2009 tarihleri arasında Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları ve özel hastanelerin değerlendirme yol haritası ile ilgili Ankara'da bir çalıştay gerçekleştirildi. Bu 3 günlük süreçte Ankara ilinde bulunan 8 özel hastanede, 1. versiyonda yer alan standartların hem hastanelere uygunluğu hem de hastanelerin standartlara uygunluğu açısından "*Standartların Geçerlilik Testi*" yapıldı. Yapılan bu çalışma sonucunda "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları"nın 2. versiyonu hazırlanarak yayımlandı. Ayrıca her ne kadar

özel hastaneler hizmet kalite standartları adını kullansak da bu standart set, üniversite hastanelerini de içine alacak şekilde ve üniversite hastanelerinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

Standartlar ile birlikte bu standartların hastanelerde uygulama sürecinde sağlık çalışanlarına uygulamaları nasıl yapacakları konusunda yol göstermek için hazırlanan "*Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Örnek Dokümanlar ve Uygulamalar Rehberi*" sağlık çalışanlarının kullanımına sunuldu. Bu rehberde, standartlara yönelik dokümanlar, formlar, doğru uygulamaları gösteren görsellere yer verildi.

Hizmet kalite standartları eğitimi

Özel hastanelere standartlar hakkında bilgi vermek ve uygulamalar açısından yol göstermek amacıyla Ağustos 2009'da İstanbul ve Ankara'da olmak üzere 430 özel hastane yetkilisinin katılımıyla "Hizmet Kalite Standartları Bilgilendirme ve Değerlendirme Toplantıları" düzenlendi. Bu toplantılarda Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartların-

Bu süreçte tüm özel hastane yetkililerinin katılımıyla düzenlenen toplantılara yaklaşık 850 kişi katıldı, bu kişilere hem eğitim verildi hem de bilgilendirilme yapıldı. 31 iş gününde bakanlıktan 127 değerlendircinin katılımıyla 388 özel hastane başarılı bir şekilde değerlendirilerek sağlık sistemimiz için önemli bir adım atıldı.

da yer alan konuların bölüm bazında uygulamalarına yönelik püf noktaları, pratikte nasıl hayata geçirileceği ve standartların nasıl anlaşılması gerektiği hususlarında Bakanlık eğitimcileri tarafından hastane temsilcilerine anlatıldı.

Bilgilendirme ve değerlendirme toplantılarında özel hastanelerin temsilcilerinden alınan geri bildirimler doğrultusunda, onlardan gelen sorulara cevap verebilmek için destek hattı oluşturuldu. Destek hattına gelen sorulara yanıt verebilmek için daire başkanlığı bünyesinde HKS eğitimcilerinin de içinde yer aldığı "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Soru Değerlendirme Komisyonu" oluşturuldu. Destek hattına gelen sorular komisyon tarafından cevaplanmakta ve komisyonun verdiği cevaplar özel hastanelere elektronik ortamda iletilmektedir. Destek hattı için kullanılan ozelrastanelerdekalite@gmail.com mail adresine gelen sorulara halen düzenli bir şekilde cevap verilmektedir. Özel hastanelerimize yönelik yapılan eğitimlerden katılım ücreti alınmayarak tüm hastanelerin eğitimlerden ve Bakanlık rehberliğinden istifa etmeleri sağlandı ve sektöre süreç boyunca destek olundu.

Özel hastanelerin puanlandırılması

Bir yandan bu çalışmalar tüm hızıyla sürerken diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından 13 Kasım 2009 tarihinde "Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge" yayımlanarak özel hastanelerin aşağıdaki 5 ana bileşene göre puanlandırılması ve bu puanlandırmaya göre özel hastanelerin yüzde 30-70 oranında ilave ücret alabilecekleri ilan edilmiştir.

- a) Hizmet kalite standardı (150 puan)
- b) Hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği (100 puan)
- c) Hastane hizmet dilim endeksi (550 puan),
- ç) Kapasite (100 puan)
- d) Çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar (100 puan)

Hizmet Kalite Standartları ile hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği bölümlerinin toplam puan ağırlığı yüzde 25 oranında belirlenmiş ve hastanelerin bu bileşenlere ait kriterler açısından bir öz değerlendirme yapmaları ve akabinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak olan değerlendirmelerde yüzde 10 fark olup olmadığının tespit edilmesi kararlaştırılmıştır. Yapılacak olan tüm değerlendirmelerde "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" baz alınmıştır.

Özel hastanelerin öz değerlendirme süreci

Yönerge doğrultusunda Bakanlık tarafından Aralık 2009'da İstanbul ve Ankara'da toplam 430 özel hastane yetkilisine değerlendirme bilgilendirme toplantısı yapıldı. Katılımcılara hastanelerinde öz değerlendirmelerini nasıl yapmaları, dikkat edilmesi gereken püf noktaları, değerlendirme sonrası puanlama tablolarının nasıl doldurulması gerektiği anlatıldı. Destek hattına gelen sorular ve sorulara komisyonun verdiği cevaplar katılımcılarla paylaşıldı. Ayrıca eğitimcilerin de katılımıyla özel hastane temsilcilerinin sorularını yanıtlamak üzere soru-cevap oturumu yapıldı. Sonrasında alınan geri bildirimler doğrultusunda destek hattına gelen soruların ve komisyonun verdiği cevapların tümü Daire Başkanlığı web sayfasından yayınlanarak tüm sağlık sektörünün istifadesine sunuldu.

Hasta ve çalışan güvenliği konularında sağlık çalışanlarına yerinde eğitim vermek amacıyla başlattığımız Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumlarımız, sempozyumların yapıldığı illerde bulunan 28 özel hastaneden sağlık çalışanları davet edildi.

Özel hastanelerin Bakanlıkça değerlendirilmesi

Mayıs 2010'da değerlendirme sürecine ilişkin değerlendirme takvimi özel hastaneler ile paylaşıldı. Değerlendirme usul ve esasları, değerlendiricilerin ve değerlendirilecek hastanelerin uyması gereken kurallar, değerlendirilecek bölümler hakkında bilgilendirmeler yayımlandı. Ayrıca buna paralel olarak Mayıs ayı içerisinde değerlendirme öncesi Ankara'da değerlendirmede yer alacak 30 ekip lideri ile süreçle ilişkin

yapılacaklar hususunda son istişareler yapıldı. Değerlendirme ekipleri, biri ekip lideri olmak üzere 3 kişiden oluştu ve her ekipte bir hekim, bir yardımcı sağlık personeli ve bir idari personel yer aldı. Değerlendirilecek hastaneler en geç 1 hafta öncesinde web adresinden duyurularak hazırlıklı olmaları sağlandı. Bu değerlendirmeler, 1 Haziran-9 Temmuz 2010 tarihleri arasında 31 işgününde 41 ekip lideri ve toplam 127 değerlendiricinin katılımıyla 388 hastanede gerçekleştirildi.

Bu süreçte; değerlendiriciler tarafından hazırlanan "değerlendirme raporları" değerlendirmenin tamamlandığı 3 iş günü içinde ekip liderleri tarafından elektronik ortamda ve sonrasında posta yolu ile Daire Başkanlığına iletilirdi. Gelen sonuçların analizi yapılarak hazırlanan "Değerlendirme Sonuç Raporu" Temmuz ayının son haftasında SGK'ya iletilirdi. Ayrıca Bakanlık olarak değerlendirmesi tamamlanan özel hastanelerin üst yöneticileri ile birebir görüşülerek sürece ilişkin görüş ve önerileri alındı. Bu çerçevede görüşülen yaklaşık 375 özel hastane yöneticisinden bazılarının görüş ve önerileri aşağıda yer almaktadır:

1. yönetici: "Hastanemizde yapılan değerlendirme aslında, bir denetimden çok eğitim niteliği taşıyordu. Değerlendiricileri bir müfettiş gibi bekliyorduk ancak gün içinde gördük ki onlar denetçi değil, değerlendirici hatta eğitimciydi. Birçok uygulamanın nasıl yapılması noktasında karşılıklı bilgi paylaşımlarında bulunduk. Bu nedenle 3 ay sonra diğer bölümlerimizin de Bakanlık tarafından değerlendirilmesini istiyoruz."

2. yönetici: "Hastanemizde kalite çalışmalarını uzun zamandır yürütüyorduk ancak değerlendiricilerin hastanemizi ziyaretleri sırasında gördük ki yaptığımız çalışmalarımızın bir sistematığı yokmuş. Değerlendiricilerimizin söyledikleri ile çalışanlarımız hem uygulamaların mantığını kavradı hem de standartların sistematik bir mantık ile çalıştığını öğrendi. Değerlendirmenin ertesi günü çalışanlarımızın çalışma motivasyonunun değerlendirme öncesine göre kat kat fazla olması, biz yönetim ekibini çok memnun etti."

3. yönetici: "Standartlarınız ve değerlendiricilerinizden çok memnun kaldık. Bizleri hiç incitmeden saygının hiç kaybolmadığı bir ortamda değerlendirme sürecinden geçtik. Ancak Bakanlığın bizleri bugün araması, görüş ve önerilerimizi alması bizleri daha da memnun etti. Çünkü bizi aramanız kamu ile özel arasında duvar değil köprüler kurduğunuzun en güzel göstergesidir."

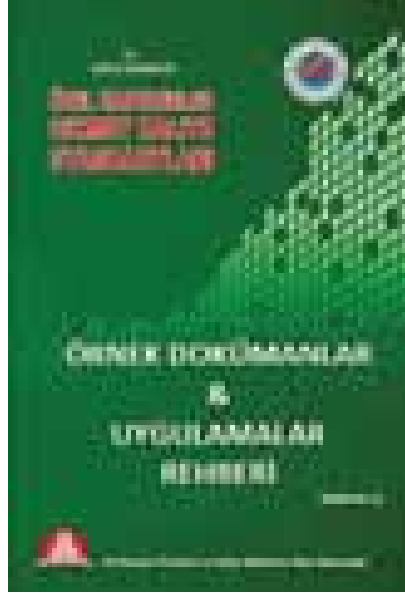
4. yönetici: "Sağlık sektöründe 30 yılda kazandığım deneyimlerim var ancak şunu belirtmeliyim ki değerlendirme sürecinde edindiğimiz deneyim hepsini geçti. Daire Başkanlığının yaptığı eğitimlere katılmışım ve ekibi çok samimi bulmuştum. Ama değerlendirme günü geldiğinde bu samimiyet kalmaz diye düşünüyordum. Değerlendirme günü gördük ki Daire Başkanlığı değerlendiricileri aracılığıyla biz sizin yanınızdayız mesajını hala vermeye devam ediyor ancak bu mesajı verirken mesafeyi de korumayı biliyorlar. Bu çalışmaların çok güzel uygulamalar olduğunu belirtmek isterim. Ancak Bakanlığın uygulamalar konusunda bize daha fazla destek vermesi, eğitimler düzenlemesi süreci daha da güçlendirecektir."

5. yönetici: "Mavi anayasa, Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Rehberinin bizim hastanemizdeki adıdır. Bir standardın uygulamasında "Açalım bakalım mavi anayasa ne diyor" diyerek başladık hep çalışmalarımıza. Mavi anayasadan çok şey öğrenmiştik. Ama öğretmenlerimizden (değerlendiriciler) daha fazlasını öğrendik. Şimdi soruyorum size, insan sevdiği öğretmenin dersinden kalmak ister mi?"

Yukarıdaki açıklamalarda özel hastane yetkililerinin bu değerlendirmeleri önemseydiği, standartları sahiplendiği görülmektedir. Ayrıca bu süreçte sağlık sektörüne yönelik eğitim faaliyetlerimizin artırılması ve daha sıkı bir ilişki içinde olunması talep edilmiştir. Aslında bu talepler bu konudaki sorumluluğumuzu daha da artırarak bu tür çalışmaları daha sık yapmamızın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kazanım ve sonuçlar

Bakanlık, özel sağlık sektörüne zamanında, yeterli ve doğru bilgilerin aktarılması noktasında gerekli adımları atmış ve bu çalışmalar belli bir metodoloji izlenerek planlanmıştır. Yapılan bu çalışmalar bundan sonra yapılacak değerlendirmelerin ve bu değerlendirmelere ait süreçlerin sistemi daha olumlu etkileyecek bir aşamaya geldiğini göstermektedir. Aslında ilk günden beri Bakanlığın her zaman maruz kaldığı taraflılık ön yargısını da bu süreçteki şeffaf ve olumlu yaklaşımlar sonucu izale edildiğini görmek mümkündür. Ayrıca kalitenin ana felsefesinde yatan sürekli iyileşme/iyileştirme anlayışından hareketle her zaman daha ideal bir sistem olmakla birlikte önemli olan mevcut şartlar içinde ideal olan bir değerlendirme sisteminin kurulmasıdır. Bu ana felsefe göz önünde bulundurulduğunda yapılan bu değerlendirmelerin ve süreçte izlenen yolun ideal olduğunu söyleyebiliriz ancak bununla da yetin-



meyip sistemin her zaman gelişime açık olduğu da aşîkârdır.

Bu süreç Türkiye sağlık sistemine neler kazandırmıştır? Sorunun yanıtı olarak aşağıdaki hususları sıralayabiliriz:

- Bu süreç Türkiye sağlık sisteminde yer alan herkesin kazanç sağladığı bir süreç olmuştur.
- Doğru ve önemli bir başlangıç yapılarak bu çalışmaların hızlı bir gelişim yaşayacağını ortaya koymuştur.
- Bakanlık uygulama ve değerlendirme sürecinde rehberlik görevini hakkıyla yerine getirmiştir.
- Özel sektör bu çalışmadan olumlu etkilenmiştir.
- Kısa, orta ve uzun vadede vatandaşların ve çalışanların lehine düzenlemelerin hastanelerde yerleşmesine ön ayak olmuştur.
- Hazırlanan bu standartlar büyük kabul görmüştür ve sahiplenilmiştir.
- Sağlık hizmeti sunumuna olumlu katkıları olmuştur.
- Özel hastanelerin hasta ve çalışan güvenliği konularında farkındalığı artmış olup süreçlerin iyileştirilmesinde sağladığı yararları bizzat müşahade edilmiştir.
- Bu standartlar ve değerlendirme anlayışındaki pozitif sonuçlar tüm sağlık sektörünün ortak bir ürünü olmuştur.

Bundan sonra Sağlık Bakanlığının düzenleyici, denetleyici ve rehberlik görevlerinin daha da ön plana çıkacağı aşîkârdır.



Bu nedenle şimdiden sağlık sektörünün tüm paydaşları bu hususta her türlü katkıyı vermeye devam etmeli ve sağlık sisteminin iyileştirilmesinde önemli bir kanıt olan sağlıkta kalite, güvenlik çalışmaları daha da geliştirilerek ülkenin ortak bir malı olarak sahiplenilmelidir.

Ayrıca Bakanlık olarak özel hastane değerlendirmelerinden elde ettiğimiz deneyim, kamu hastaneleri değerlendirmelerinden elde ettiğimiz deneyimle birlikte bu alanda ciddi bir birikim oluşmasını sağlayarak sinerji yaratmıştır. Amacımız tüm sağlık kurum ve kuruluşlarımızda kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasına rehberlik etmektir. Bundan sonra da kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışanlar ve hastalar için güvenli bir ortam oluşmasını sağlamak çalışmalarımızın temelini oluşturacaktır. Önümüzdeki yıllarda da Bakanlık ile kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasındaki bu anlamlı işbirliğinin sürekliliğinin sağlanması durumunda, bu alandaki çalışmaların daha hızlı bir gelişim göstererek başarılı çalışmaların artmasına yol açacağı görülmektedir.

Kalitenin yeni adı: Hizmet kalite standartları

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2001 yılında Van'da göreve başladı. 2003-2005 yılları arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesi'nde baştabip yardımcılığı görevinde bulundu. 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda yer aldı. 2007 yılında Bakanlık bünyesinde kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda Daire Başkanı görevinde bulundu. 2009 yılında ise Bakanlığın performans, kalite, hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere TİG, sağlık hizmetleri fiyatlandırma ve maliyet çalışmalarından sorumlu Genel Müdür Yardımcılığına getirildi. Dr. Güler evlidir.

Dr. Abdullah Öztürk



1989 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ankara Trafik Hastanesi'ndeki görevinin ardından Konya'ya tayin oldu. 1999-2000 arasında Bursa'da çalıştı. 2000-2005 arasında Van'da çeşitli sağlık kurumlarında hekimlik yaptı, Van İl Sağlık Müdür Yardımcılığı ve Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü görevlerinde bulundu. Daha sonra tayin olduğu Rize'de 82. yıl Devlet Hastanesi'nde Hemodiyaliz Sorumlu Hekimliği görevinin yanında Başhekim Yardımcılığı ve Hastane Performans ve Kalite Temsilciliği görevlerini yürüttü. 2008-2009 arasında bir yıl süreyle Konya'da çalıştı. Haziran 2009'dan beri Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Dr. Dilek Tarhan



1990'da Ankara Anadolu Lisesi'nden, 1998'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda göreve başladı. Halen aynı yerde Kalite Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. SB Hizmet Kalite Standartları eğitimcisi olan Dr. Tarhan, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Sağlık Bakanlığı'nca 2003 yılından beri uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın 8 ana temasından biri nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyondur. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar 2007 yılında kurulan *Performans Yönetimi ve*

Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı çatısı altında kurumsallaştırılarak sağlık kurumlarında kaliteli, etkin, verimli ve hakaniyetli hizmet sunumunun sağlanması hedefine yönelik olarak kurumlarda hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, izlenmesi ve iyileştirilmesi amacı ile özgün ve ulusal bir model oluşturulmuştur. Kurumsal Performans ve Kalite Yönergesi çerçevesinde uygulanmakta

olan bu modelde kurumlar ilk dönemlerde yılda üç kez değerlendirilirken son iki yıldır yılda iki kez değerlendirilmekte ve bu değerlendirmeler sonucunda hastaneye veya sağlık kurumuna özgü *kurumsal performans katsayısı* belirlenmektedir. Belirlenen bu katsayı, hastanelerimizde personele dağıtılacak ek ödeme miktarının belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Kurumsal per-



formans katsayısının yüksek olduğu kurumlarda, bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir.

Kurumsal performans katsayısını belirleyen 4 ana parametre bulunmaktadır. Hastaneler için uygulamada kullanılan parametreler şunlardır:

1. Hastane hizmet kalite standartları
2. Hasta memnuniyeti
3. Muayeneye erişim
4. Kurum verimlilik göstergeleri

Bu parametreler içinde yer alan *Hizmet Kalite Standartları*, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen Hizmet Kalite Standardı Değerlendiricileri tarafından 6 ayda bir kurumlarımızda yerinde değerlendirilmektedir.

Sağlık sisteminde önemli ve büyük bir yer tutan sağlık kurumlarının; zamanında, doğru, hakkaniyetli, etkili, aynı zamanda da verimli, maliyet etkin, israfı önleyen bir şekilde sağlık hizmeti sunmaları ve bu bağlamda güvenli sağlık çıktılarının elde edilmesi bu çalışmaların ana amacını oluşturmaktadır. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi noktasında ülkede sağlık alanında ulusal bir kalite yapılanmasının temelleri atılarak önemli mesafeler alınmıştır. Böyle bir yapılanma içinde ülkeye özgü hizmet kalite standartlarının ortaya konması ve bu standartların uygulanmasının, ülkenin en üst otoritesi olan Sağlık Bakanlığı tarafından teşvik edildiği müşahade edilmektedir.

Dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda *sağlıkta ulusal kalite sisteminde* sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkündür.

Hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi ise ülkemizde 2005 yılında başlayan, 2007 yılından itibaren ise hızlı bir şekilde devam eden bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk olarak 2005 yılında 100 standart, 2007 yılında 150 standart içeren Hizmet Kalite Standartları, 2008 yılında yapılan revizyonla birlikte toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set haline almıştır. Sonrasında 2009 yılı içinde özel hastane ve

üniversite hastanelerine yönelik olarak "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" adı altında hazırlanan sette standartlar içerik olarak genişletilmiş, toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan ve hastane süreçlerini oldukça geniş bir yelpazede inceleyen bir set haline gelmiştir.

Hizmet Kalite Standartları ve hemen ardından yayımlanmakta olan Örnek Uygulama Rehberlerinin hazırlık aşamasında; çeşitli konu başlıkları ile ilgili çalışma grupları oluşturulmakta, pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar araştırılmakta, farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle incelenmektedir. Değerlendiricilerin, hastane temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır.

Hizmet Kalite Standartları içinde bulunan ana ve alt başlıklar aşağıda sıralanmıştır:

1. Poliklinikler,
2. Klinikler,
3. Eczane hizmetleri,
4. Laboratuvar hizmetleri,
5. Ameliyathane ve yoğun bakımlar
6. Özellikle tedavi birimleri (doğumhane ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon diyaliz hizmetleri transfüzyon tıbbi hizmetleri ağız ve diş sağlığı hizmetleri)
7. Acil servis ve ambulanslar
8. Yönetim ve bilgi sistemleri
9. Hastane destek üniteleri
10. Hasta hakları
11. Hasta ve çalışan güvenliği
12. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
13. Tesis yönetimi ve güvenlik

Standartlar detaylı olarak incelendiğinde kolaylıkla görülecektir ki; metnin tamamının dayandığı 2 temel konu bulunmaktadır:

Hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi ise ülkemizde 2005 yılında başlayan, 2007 yılından itibaren ise hızlı bir şekilde devam eden bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk olarak 2005 yılında 100 standart, 2007 yılında 150 standart içeren Hizmet Kalite Standartları, 2008 yılında yapılan revizyonla birlikte toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set haline almıştır. Sonrasında 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" adı altında hazırlanan sette standartlar içerik olarak genişletilmiş, toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan bir set haline gelmiştir.

- Hasta ve çalışan güvenliği
- Hasta ve çalışan hakları/memnuniyeti

Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili ulaşılmaya istenen hedefler başlıklar halinde şöyle özetlenebilir:

- Enfeksiyonların kontrolü, önlenmesi ve el hijyeni
- Cerrahi güvenlik
- İlaç güvenliği



Performans ve Kalite Modeli/Sistemi hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini de bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya başlamıştır. Sistem gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları sistemi besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.

- Transfüzyon güvenliği
- Radyasyon güvenliği
- Doğru kimliklendirme
- Bilgi güvenliği
- Düşmelerin önlenmesi
- Mavi kod uygulaması
- Pembe kod uygulaması
- Medikal cihaz güvenliği
- Tesis güvenliği
- Acil durum yönetimine ilişkin düzenlemeler
- Tıbbi atık yönetimi
- Tehlikeli maddelerin yönetimi
- Riskli alanların yönetimi
- Kesici delici yaralanmaların takibi
- Laboratuvar güvenliği
- Hizmet içi eğitimler (çalışanların hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili bilgi düzeyinin geliştirilmesi)



Hasta ve çalışan hakları/memnuniyeti ile ilgili ana konular ise aşağıda sıralanmıştır:

- Hasta mahremiyeti
- Hastaların doğru bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi
- Hasta rızası
- Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesi
- Hekim seçme
- Uyum eğitimleri ve hizmet içi eğitimler
- Çalışanların görüş, öneri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesi

Hastanelere yönelik olarak hazırlanmış olan bu standart setleri dışında 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve ağız/diş sağlığı merkezleri için de yayımlanmış ve uygulanmakta olan standartlar bulunmaktadır. Ayrıca kanser erken teşhis ve tarama merkezleri için de bir standart kitapçığı geliştirilmiş ve tavsiye niteliğinde yayımlanmıştır.

Bir anlamda Hizmet Kalite Standartları ve değerlendirmelerle ilgili gerçekleştirdiğimiz tüm bu çalışmaların temel amacını; hasta ve çalışan güvenliği ve haklarını sağlık kurumlarımızda olması gerektiği noktaya taşımak şeklinde ifade etmek mümkündür.

Hastanenin ilgili standartlardan puan alabilmesi için alt maddelerin tümünü yerine getirmesi gerekmektedir. Bunun nedeni, alt maddelerden herhangi birinin yerine getirilmemesinin uygulamanın amacına ulaşmasını engelleyecek bir unsur teşkil etmesidir. Bu konuyu iki örnekle açıklamak gerekirse:

“5. 1. 1. 15 Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır.

a) Acil servis odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.

b) Bu şart karşılanamadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.

c) Oksijen tüpleri ve vakum cihazlarının bakımı periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.”

Bu standartta oksijen tüpleri ve vakum cihazlarının bakımlarının *yapılmıyor olması* standardın amacı olan gerekli sağlık hizmetinin hastaya ulaşmasını riske atacak, belki engelleyecek ve bu cihazların orada var olmasını anlamsız kılacaktır. Bu durumda hastanenin standardın ‘a’ maddesinden puan alması kabul edilemez bir durumdur.

“6.1.7.2 Çalışanların şikâyet-öneri kutuları ile ilgili bir değerlendirme komisyonu bulunmalıdır.

a) Değerlendirme komisyonunda, en az 3 mesleki kategoriden birer temsilci, kalite temsilcisi ve yönetimden bir kişi bulunmalıdır.

b) Şikâyet ve öneri kutuları tutanakla açılmalıdır.

c) Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.

d) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan iyileştirme çalışmalarına dair kayıtlar tutulmalıdır.”

Bu standartta da bir hastanede söz konusu komisyonun oluşturulmuş bulunduğunu ancak düzenli olarak toplanmadığını, gelen önerileri değerlendirmediğini ve herhangi bir iyileştirme faaliyeti yapmadığını düşünelim. Bu durumda da ‘a’ maddesine puan verilmesinin anlamsız olduğu açıktır. Sonuçta alt bileşenlerin tümü yapıldığında anlamlı ve faydalı bir düzenleme ortaya çıkacaktır.

Bugün iki farklı standart seti ile değerlendirilen kamu hastaneleri ve özel hastaneler için, yakın bir zamanda üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde ortak tek bir standart seti yayımlanacaktır. Böylece ülkede sağlık kurumlarını kamu, özel, üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlanmış ve kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlanmış olacaktır.

Türkiye’deki 2. ve 3. basamak tüm sağlık kurumlarına yönelik olarak hazırlanan ve yakında yayımlanması planlanan ortak Hastane Hizmet Kalite Standartları setinde bir boyutlandırma

çalışması yapılmaktadır. *Dikey ve yatay boyutların* yer aldığı bu çalışmada, dikey boyutlarda hastanede hizmet veren tüm bölümler ele alınmaktadır. Sağlık hizmeti sunulan bölümler, destek hizmet bölümleri ve bunların her ikisine birlikte kurumsal olarak hizmet eden kurumsal hizmet yönetimi olarak 3 dikey boyut belirlenmiştir. Bu boyutlara ilave olarak *hasta-çalışan güvenliği* ve *hasta ve çalışan memnuniyeti* olarak da yatay boyutlar belirlenmiş ve kendi standart modelimiz oluşturulmuştur.

Ayrıca bu yeni çalışma kapsamında bir *kodlama metodolojisi* geliştirilmekte ve yeni Hastane Hizmet Kalite Standartları bu metodolojiye uygun olarak düzenlenmektedir. Hastane Hizmet Kalite Standartlarının kodlanmasındaki esas gaye, standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamaktır. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslamaların yapılmasına da olanak sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

Yapılan bu çalışmalar, 2003 yılından beri uygulanmakta olan sağlıkta reform hareketinin temel hedeflerinden biri olan devletin sağlık alanındaki geleneksel hizmet sunumu ağırlıklı fonksiyonundan vazgeçmesinin bir ürünüdür diyebiliriz. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bu hedef doğrultusunda; rehberlik, denetim ve düzenleme fonksiyonları üzerinde, reform öncesine göre daha fazla odaklanmakta ve sağlık hizmetleri alanında politikalar geliştiren, standartlar belirleyen ve stratejik planlama yapan organizasyonel bir yapıya dönüştürülmektedir.

Hizmet Kalite Standartları işte bu dönüşüm ayağının önemli bir parçasıdır. Standartlar ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır. Bu çerçevede Hizmet Kalite Standartları ve hasta ve çalışan güvenliği konularında Daire Başkanlığınca düzenlenen sempozyumlar, kurs ve kongreler aracılığıyla eğitim ayağı da güçlendirilmektedir.

Hizmet Kalite Standartlarına, bütüncül olarak bakıldığında maliyet açısından da kazanımlar sağladığı görülecektir. Aslında sağlık hizmetleri sunumunda verimliliğin ve kalitenin geliştirilmesine önem verildiğinde, hastane maliyetlerinde artış olmayacağı gibi aksine mali açıdan olumlu bir katkı ortaya çıkacağı aşîkârdır. Bu standartlar; kaynakların etkin ve verimli kullanımını teşvik etmektedir.

Kalitesizliğin daha fazla maliyete yol açacağı açıktır. Örneğin, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden, enfeksiyonlara zemin hazırlayan faktörlerin ortadan kaldırılması ve önlenmesi hastaneleri yasal olarak ortaya çıkabilecek mali kayıplardan koruduğu gibi sağlık harcamalarına ve hastane maliyetlerine pozitif anlamda kazanımlar sağlayacaktır. Diğer yandan kullanılan malzemelerin ve stokların takibi de kurumlarda maliyetlerin kontrolüne imkân tanıyacaktır.

Hizmet Kalite Standartları ve Kurumsal Performans Sistemi “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın ardından geliştirilen performans ve kalite modelinin bir parçasıdır. Türkiye sağlık sistemi içinde uygulanmakta olan model, bugün uluslararası camiayla paylaşılacak bir noktaya gelmiştir. Çalışmalar, her geçen gün daha fazla ülke tarafından fark edilmektedir. OECD tarafından yayımlanan Türkiye Sağlık Sistemi İncelemesi Raporunda model değerlendirilmiş ve diğer ülkelere örnek gösterilmiştir. Ayrıca Daire Başkanlığı bünyesinde “Uluslararası Sağlıkta Performans Esaslı Uygulamalar Merkezi (UPEM)” adı altında yeni bir birim oluşturulmuştur. Bu birim aynı zamanda çalışmalarımızın uluslararası camiada tanıtımını yapmak, performans ve kalite konusunda yeni gelişmeleri takip etmek ve bu gelişmeleri Daire Başkanlığının diğer birimleri ile paylaşmakla görevlendirilmiştir. Bu Merkez Suriye, Makedonya, KKTC gibi sistemle ilgili destek talebinde bulunan ülkeler ile temaslarda bulunmaktadır. Makedonya Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında Temmuz 2010’da imzalanan protokol sonrasında Daire Başkanlığı tarafından Makedonya için performans ve kalite konularında danışmanlık ve eğitim çalışmalarına başlanmıştır.

Sonuç

Türkiye sağlık sisteminde, amacı; hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hasta-

nın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izlenerek hazırlanan ve gelişim sürecinde de aynı titizliğin gösterildiği bu çalışmalarda “*Hizmet Kalite Standartları*” tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta ağırlıklı olarak *Hizmet Kalite Standartlarının* yer aldığı bu Performans ve Kalite Modeli/Sistemi hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini de bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya başlamıştır. Sistem gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları sistemi besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir. Bundan sonraki süreçte sistemin öncelikli hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Klinik kalitenin ve klinik çıktıların değerlendirilebileceği enstrümanların sisteme dâhil edilmesi.
- Değerlendirme sonuçlarının kamuya ilan edilerek kurumlar arasında rekabet ortamının oluşturulması.
- Değerlendirme sonuçlarının paylaşılması ile birlikte hizmet alanların sürece dâhil edilmesi ve bilgilendirilmiş seçimler yapabilmelerinin sağlanması.
- Yine kalite değerlendirme sonuçlarının geri ödemeye esas teşkil edecek unsurlar olarak belirlenmesi.

Nihai hedef ise bu sistem ile bir yandan hizmet sunucuların sağlığını ve güvenliğini korurken diğer yandan hizmet alan insanların en yüksek sağlık düzeyine kavuşmasını ve bu düzeyin sürdürülebilmesini sağlamaktır.

Bir tıbbi alet tasarımı: Laparoskop ve laparoskopik cerrahi

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1986'da İÜ. Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991'de Üroloji Uzmanı oldu. Takip eden on yıl süresince Şişli Etfal Hastanesi'nde üroloji kliniği baş asistanı olarak görev yaptı. Bu süre içinde 1994'te ABD'de, Houston'daki Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak görev yaptı. 1996'da üroloji doçenti, 2008'de profesörü oldu. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, katkıda bulunduğu 15'ten fazla kitap bölümü yazarlığı, 250 kadar ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması mevcuttur. 7 tıbbi derginin editörler kurulunda yer alan Karaman; 5 uluslararası, 10 ulusal tıbbi derneğin üyesidir. Türk Çocuk Ürolojisi Derneği'nin kurucularından ve bu derneğin denetim kurulu üyesi olan Karaman, aynı zamanda Yeryüzü Doktorları adlı uluslararası tıbbi ve insani yardım kuruluşunun Türkiye şubesinin yönetim kurulu başkanlığını yürütmektedir. İngilizce ve Arapça bilen Dr. Karaman, evli ve iki çocuk babasıdır.

Patrick Henry, 1775'de Richmond'da yaptığı bir konuşmada, "Adımlarıma rehberlik eden yegâne ışık, tecrübe ışığıdır. Geleceğe karar vermenin, geçmişini kullanmaktan başka bir yolunu bilmiyorum." dediğinde, geçmiş tecrübelerden yararlanarak bir ışık kay-

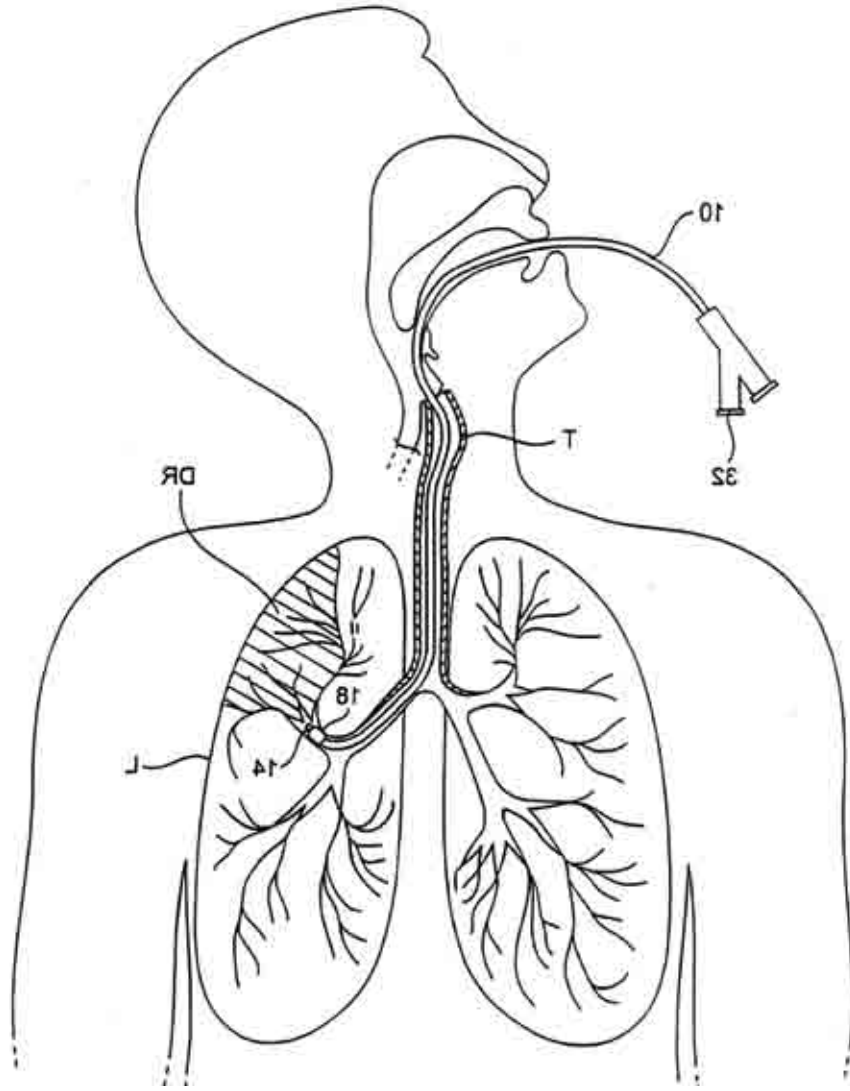
nağını ve optik sistemi insan vücudunun içine sokup teşhis ve tedavide yepyeni ufuklar açacak bilim adamlarından habersizdi. Ancak Henry'nin bu veciz ifadesinden tam 200 yıl sonra, 1975'de ilk kez bir laparoskopik cerrahi müdahale ile böbrek çıkışındaki idrar kanalından taş alan Wickham'ın, bu çığır açıcı tasarımında tecrübenin ışığından yararlanmadığını kim iddia edebilir?

Atina sokaklarında güpegündüz elinde bir fenerle dolaşip "İnsan arıyorum, insan" diyen Sinoplu Diogenes'den bu yana, insanoğlu yeni bir şeyler keşfetmenin aracı ve sembolü olarak ışığı kullanmıştır. Gerek yeraltının, denizaltının ve uzayın engin derinliklerini, gerekse mikrokozmosun sırlarla dolu ayrıntılarını keşfe çıkan insanoğlu bu heyecan dolu yolculuklarında kullandı-





İç organların direkt vizüel muayenesi, 1800'lü yılların başlarından günümüze kadar uzanan bir süreç sayesinde gerçekleşmiştir. Başlangıçta, yalnızca vücudun doğal giriş deliklerinden içeri sokulan aletlerle "endoskopik" girişimler yapılırken, 20. yüzyılın ilk senesinde Petrograd'lı bir jinekolog olan Ott tarafından ilk kez karın duvarında yapılan küçük bir kesiden içeri girme ve karın içi organları inceleme fikri uygulamaya konulmuştur. İşte bu, bir insan tarafından tasarlanmış ve bir insan üzerinde uygulanmış ilk laparoskopik girişimdir.



ğİ araçları tasarlarken de hep ışıktan ve aydınlatmadan yararlanmışır. Hem fiziksel olarak ışıktan, hem de geçmiş tecrübelerin ışığından...

Tıp alanında son on yılların çığır açan tasarım modellerinden biri de laparoskop ve buna dayalı laparoskopik tanı ve tedavi girişimleridir. Eski Yunanca laparo (böğür) ve skopein (incelemek, muayene etmek) kelimelerinden türetilen laparoskopi kavramı, bel boşluğu, karın boşluğu ve leğen kemiği boşluğu içindeki organların, geliştirilen ışıklı optik aletler (laparoskop) yardımıyla incelenmesi anlamına gelmektedir. Cerrahların yüzyıllardır kullandıkları açık cerrahi tekniklerden laparoskopiye doğru gidişlerinde ve dolayısıyla laparoskop tasarımlarında rol oynayan bir dizi faktör mevcuttur. Bu faktörleri incelemeden önce, J.K.Page'in "tasarım" tanımını hatırlatmakta yarar görüyorum: "Bilinen gerçeklerden, gelecek olasılıklara düşsel sıçrama". İşte tıp tarihinde laparoskopinin gelişim ve evriminin hikayesine baktığımızda, bir zamanlar düş gibi görülen hedeflere, yaratıcı bilimadamlarının nasıl sıçradıklarını; hem de bunu yaparken, tasarım

kavramının doğasına uygun biçimde, ihtiyaçlar ve kısıtlamalar arasındaki optimal dengeyi nasıl kurduklarını hayretle görebiliriz. Sorun ve gereksinme ortaya konduktan sonra, tasarımcının bu hedefe yönelik belli başlı üç etkinliği olmalıdır: Yaratıcılık, karar verme ve modelleme. İşte laparoskopun hikâyesi, bütün bu adımların tipik bir örneğini sunmaktadır bize.

Bir operasyonun morbiditesini, yani insan vücuduna getirdiği travmatik yükü, işlemin kendisinden çok, müdahaleyi gerçekleştirmek ve görüş alanı sağlamak için gereken "kesi" belirler. Cerrah, operasyon alanına ulaşma, operasyonu gerçekleştirme ve bu alanı terk etme konusunda ehil olsa dahi, vücudun derin bir bölgesindeki küçücük bir noktaya müdahale etmek için çok büyük bir kesi yapmak ve/veya müdahale edilecek organa ulaşmak amacıyla birçok gereksiz tabaka veya dokuyu yaralamak zorunda kalmak "açık cerrahi"nin temel problemiğidir. Yüzyıllar boyu, açık cerrahi müdahaleler yapa gelen cerrahlar bu problemi her gün yaşamış, bir yandan da cerrahi morbiditeyi azaltacak, daha az doku ve organı ya-

ralayarak hedefe ulaştıracak girişim modellerini düşlemişlerdir. İşte, 20. yüzyılın son çeyreğinde gerçekleştirilen "laparoskopik cerrahi", tıpta "non-invazif" veya "minimal invazif" olarak adlandırılan "en az tahrip edici" girişim metodlarına doğru oluşan bu düşsel sıçramanın, yani "tasarım modeli"nin bir sonucudur.

Laparoskopinin cerrahlar arasında kabulü, oldukça uzun bir süre almıştır. Ekibin birlikte uyumlu olarak çalışması gerekliliği ve başlangıçta operasyon alanını çok net gösterecek, yüksek çözünürlüklü laparoskopların yokluğu bu kabulün gecikmesine yol açmıştır. Ancak ilerleyen zaman içerisinde, bu alandaki enstrümantasyon ve teknik yöntemlerin gelişmesi, hastalar tarafından çok daha az invazif tekniklerin talep edilmesi ve hastanede kalış süresini azaltarak tedavi maliyetlerini düşürme düşüncesi, öncelikle genel cerrahları bu eğilime itmiştir. Tıbbi tasarım mantığı açısından, cerrahi bir işlemi laparoskopik yolla yapmanın amacı, hasta için aynı faydayı, cerrahi morbiditeyi azaltıp, iyileşme için geçen zamanı kısaltarak, bu müdahaleyi doku-

ları keserek yapmaktan daha avantajlı olarak gerçekleştirilmektedir.

Laparoskopi, karın boşluğu, bel boşluğu veya leğen kemiği boşluğu içindeki organların, gaz ile şişirilmiş kapalı bir ortamda vizualizasyon ve manipulasyonunu gerektirir. İç organların direkt vizüel muayenesi, 1800'li yılların başlarından günümüze kadar uzanan ve teknolojik gelişme ve bu- luşlarla paralel olarak son noktasına laparoskopide ulaşan bir süreç saye- sinde gerçekleşmiştir. Başlangıçta, yalnızca vücudun doğal giriş delikle- rinden içeri sokulan aletlerle "endos- kopik" girişimler yapılırken, 20. yüzyı- lın ilk senesinde Petrograd'lı bir jinekolog olan Ott tarafından ilk kez karın duvarında yapılan küçük bir ke- siden içeri girme ve karın içi organları inceleme fikri uygulamaya konmuştur. İşte bu, bir insan tarafından tasarlan- mış ve bir insan üzerinde uygulanmış ilk laparoskopik girişimdir. Yıllar yılları kovalarken, bilim adamları sürekli ça- baları ve yeni tasarımlarıyla laparos- kopi tekniği ve enstrümanlarının geli- şimine katkıda bulunmuş ve laparoskopik yolla yapılan ilk ameliyatın 1975 yılında gerçekleşmesinin ar- dından bugünlere gelinmiştir.

Günümüzde laparoskopi tekniği ve enstrümanlarına bakıldığında şu ayrıntılarla karşılaşırız:

- Çalışılacak boşluğa gaz verip şişir- mek amacıyla ciltten vücudun içine doğru sokulan ponksiyon iğnesi
- Kontrollü biçimde gaz veren cihaz (insuflatör)
- Çalışılacak alanda boşluk ve vizualizas- yon ortamı yaratan karbondioksit gazı
- Laparoskop ve çalışma aletlerinin vü- cut boşluğuna sokulması için özel deli- ci aletlerle açılan erişim yolları (portlar)
- Vücut içi organların direkt görülmesini sağlayan ışıklı optik alet (laparoskop)
- Çalışma alanında doku ve organları tutmak, çekmek, kesmek, yakmak, dik- mek gibi manipulasyonlar için kullanı- lan laparoskopik cerrahi aletleri
- Görüntüyü laparoskoptan alan ve bü- yüterek ekrana yansıtan video kamera sistemi

Bütün bu alet ve manipulasyonlar ta- sarlanırken, açık cerrahideki nihai ba- şarıyı, hastaya çok daha az hasar vere- rek elde etme temel prensibinden hareket edilmiştir. Gelin, bu tasarımın düşünceden uygulamaya nasıl evrildi- ğinin hikâyesini, hadisenin kahraman-

larından birinin, Dr.Wickham'ın ağzın- dan dinleyelim:

"1970'li yılların ortalarında böbrek taşla- rının tedavisinde kullanılan açık cerrahi teknikleri hızla gelişmeye başlamıştı. O zamanlar, ureter (böbrek çıkışındaki id- rar kanalı) taşlarında uygulanan gele- neksel tedavi şekli bana pek garip görü- nürdü. Üst ya da orta ureterde bulunan 5 mm'lik bir taşı almak için inanılmaz genişlikte bir kesi yapılırdı. Ameliyatta oluşturduğumuz hasar ve lezyonun bü- yüklüğü beni düşündürüyordu ve karın duvarında önemli bir hasar oluşturma- dan bu ureter taşlarına ulaşmanın başka bir yolu olmalıydı... 1975 yılında ureteri dışarıdan endoskoplara görmeyi deneme- ye karar verdim. Karın boşluğu yoluyla buraya ulaşmaya çalışmak fazla invazif olabilirdi, bu yüzden bel boşluğundan giriş denemeye değerdi... Domuzla yaptığım ilk deneysel çalışmalardan sonra, çalışma alanını gazla şişirmenin en yararlı teknik olduğu ortaya çıktı... Ve 1975 yılında bir insanda bir üst ureter taşı için ilk kez bel boşluğundan girişimi denedim. Çeşitli zorluklara rağmen ure- ter tespit edilebildi ve üzerinden kesilip çevre boşluğa düşen taş alındı... Hangi tedavi biçimi olursa olsun, her birimiz bunu sürekli daha da iyileştirmeye çalışı- rız. Her zaman 'daha iyi bir yol' vardır...."

Daha iyi bir yola ulaşılmasını sağlayan bilim adamları her zaman şükranla anıla- caktır. Ancak laparoskopiyi mesleki pra- tiklerinde kullanan cerrahların önünde hayli talepkâr bir öğrenme süreci bulun- duğu aşîkârdır. Laparoskopik ve açık cer- rahi anatomi arasındaki temel fark, cer- rahi duyuşsal bilgiyi algılama biçiminde ortaya çıkar. Açık cerrahide operatörün bilgi kaynağı ve yönlendirici etmeni eliyle dokunup hissetmesi iken, laparoskopik cerrahlar bir ameliyatı başarıyla tamamlama için ekrandaki modifiye görsel verile- re dayanmak zorundadır. Laparoskopik anatomiye etraflıca kavramanın yegâne yolu da "tecrûbe"den geçmektedir. Asis- tanlık eğitimi nasıl cerrahları açık cerrahi girişimlere hazırlıyorsa, yalnızca tekrarlan- nan uygulamalar bir laparoskopistin gö- zünü ekrandaki küçük nüansları algılaya- bilecek şekilde eğitebilir. Görüntüleme teknolojisindeki gelişmelerin, bu bağlam- da, laparoskopik öğrenme eğrisini kısal- tabileceği umulmaktadır.

Birkaç paragraf yukarıda saydığımız enstrüman ve uygulama basamaklarını kullanan laparoskopik cerrah, yaptığı girişimin, temeldeki tasarım amacına uygun olup olmadığını mutlaka sorgu- lamalı ve Dr. Ralph Clayman'ın şu soru- suna müspet cevap verebilmelidir: *"Evet, yaptınız, yapılması mümkün, ama acaba böylesi daha iyi mi?"* Çün- kü, tipta temel kural, hasta için en iyi olanı yapmaktır; cerrah için en kolay veya çekici olanı değil! İşte bu samimi

Cerrahi alanında düşleri gerçeğe dönüştüren tasarımcı bilim adamlarının önünde, laparoskopi noktasından sıçradıkları yepyeni ufuklar gözükmemektedir. Bu gizemli dünyada üç boyutlu görüntüleme, virtüel realite, robotik operatörler, uzaktan kumandalı cerrahi, tele- operasyon gibi, heyecan verici olduğu kadar tasarım kavramının sınırlarını da zorlayacak nitelikte konu başlıkları yer almaktadır. Bekleyelim, görelim. Ve dileyelim ki, her şey eşref-i mahlûkatın iyiliği için olsun!

soru ve cevaptan sonra, laparoskopik girişimin rasyonel ve rantabl olup olma- dığı ortaya konulabilecektir.

Cerrahi alanında düşleri gerçeğe dö- nüştüren tasarımcı bilim adamlarının önünde, laparoskopi noktasından sıç- radıkları yepyeni ufuklar gözükmemekte- dir. Bu gizemli dünyada üç boyutlu gö- rüntüleme, virtüel realite, robotik operatörler, uzaktan kumandalı cerrahi, tele-operasyon gibi, heyecan verici ol- duğu kadar tasarım kavramının sınırla- rını da zorlayacak nitelikte konu başlık- ları yer almakta ve 21. yüzyılın tıbbi tasarımlar için de bir çıkış oluşturacağı- nın işaretlerini vermektedir. Bekleyelim, görelim. Ve dileyelim ki, her şey eşref-i mahlûkatın iyiliği için olsun!

Kaynaklar

Anafarta, K., Göğüş, O., Bedük, Y., Arkan, N. (Edi- törler): *Temel Üroloji*. Güneş Kitabevi, Ankara, 1998.

Das, S. and Crawford, E.D. (Editors): *Urologic La- paroscopy*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1994.

Eden, C.G. (Editör): *Ekstraperitoneal Laparosko- pik Cerrahi*. Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., İstan- bul, 1998.

Erden, A.: *Mühendislik Tasarımı Üzerine Notlar*. ODTÜ Ders Notları, Ankara.

Sağlık hizmetlerinde kök neden analizi

Dr. 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 AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesi'nde diş hekimliği görevini sürdürürken, diğer yandan da İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Yüksek Lisansı'nı 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'ndeki görevinin yanı sıra AKÜ Afyon Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Lisans Programında öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği hataların olması normaldir ancak önemli olan bu hatalara yaklaşım biçimidir. Organizasyonel hafızaya sahip bir örgütteki temel gerekliliklerden biri, başarısızlıkları araştırmada sistematik bir yaklaşım göstermektir. Near misses ve advers olayların nedenlerini araştırmada organizasyon çapında sistematik bir yaklaşım, çeşitli formel tekniklerin benimsenmesine neden olur. Bu formel tekniklerden biri de kök neden analizidir (Root Cause Analysis = RCA). Kök neden analizi dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (Parker, 2007). Gerçekten sağlık hizmetlerinde kullanılan birçok güvenlik ve kalite araçları vardır. John Ovretveit (2005) tarafından yapılan kapsamlı bir inceleme sonucunda RCA'nın güvenlik ve kalite araçları içinde en yaygın kullanılan araç olduğu belirtilmektedir.

Kök neden analizi bir bakıma near mis-

ses ve advers olaylara biçimsel araştırma imkânı veren tüm tekniklerin kapsayıcı ismidir. Kök neden analizi tarafsızlığa ve analitik yaklaşıma dayanır. RCA dayanan birçok analitik araç geliştirilmiş ve pazarlanmıştır. Zaman çizelgeleri, beklenmedik hata ağaçları ve hatalı olay (vaka) ağaçları bunlardan bazılarıdır. Analitik araçların bazıları, meydana gelen olayları eksiksiz bir şekilde açıklığa kavuşturma niyetiyle advers olayların yeniden yapılandırılmasına odaklanır. Bu araçlar, sıklıkla bu olayların niçin ortaya çıktıklarını saptamak için yapılan analizler ile birlikte kullanılırlar. İstatistiksel analizler, verilerdeki eğilimleri ve modelleri tanımlamak için near misses ya da kazaların miktarını üstlenir. Bu analizler, sınırlı kaynakların akıllıca kullanımını ve doğru girişimlerin hedeflenmesini sağlarlar.

Ayrıca akış şemaları adı verilen bir yaklaşımla çeşitli faktörlerin bağlantılarını belirten akış şemalarının kullanımı da söz konusudur. Bu tip popüler teknikler, MORT (Management Oversight Risk

Trees), SCART (Systematic Cause Analysis Technique), STAMP (Systems Theory Accident Modelling and Process), PRISMA, TRIPOD ve MTO gibi modelleri içine alır. Bu tekniklerin çoğu yazılım tabanlıdır ve ticari araç olarak kullanılır. Birkaç küçük farklılığa rağmen kök neden analizlerinin temel prensipleri aynı kalır. Kök neden analizi yaklaşımı, hem aktif hem de gizli (organizasyonel) başarısızlıklara açıklık getirir. Parker (2008)'in temel mesajlardan biride karmaşık organizasyonlarda advers olayları anlamak için sadece sağlık hizmeti veren kişiler tarafından yapılan bireysel hatalara değil aynı zamanda sosyal ve organizasyonel psikolojiden ortaya çıkan organizasyonel (gizli) başarısızlıklara odaklanmak gerekliliğini vurgular.

Kök neden analizi, organizasyondaki uygulamaları ve inançları tartışmak ve anlamak için kişilere yapılandırılmış metot sunan bir sorgulama sürecidir. Bunun için öncelikle kök neden analizini yapacak takım belirlenir ve takım üyeleri kök neden analizinin hedefleri



ve teknikleri konusunda eğitilir. İkincil olarak kaza; doktor, hemşire, idareci ve hastanın güvenliği ile doğrudan veya dolaylı ilgili diğer kişilerin bakış açısından değerlendirilir. Aktif ve olası hata, ters ve ölümcül olgu kavramları temel alınarak kaza analizleri yapılır. Hasta güvenliği programlarında kök neden analizlerini yapan takımların organize edilmesi organizasyonlar için son derece önemlidir.

Kök neden analizi, sistemler ve süreçlere odaklanır. Klinik süreçlerdeki özel sebeplerden organizasyonel süreçlerdeki genel sebeplere yönelir. Böylece gelecekte bu tip olay ihtimalini azaltacak sistemler ve süreçlerde düzelme potansiyeli olup olmadığı tanımlanır. Hasta güvenliğinde kök neden analizi uygulamaları retrospektif, multidisipliner bir değerlendirme olup sağlık profesyonellerinin, hastanın zarar gördüğü kaza veya kayıplar üzerine derin bakış açısı kazanmaları ve geriye bakmaları için bir fırsattır. Kök neden analizinde Reason tarafından hatanın bütün olası kök nedenlerini ortaya koymak üzere kavramsal bir çerçeveye çizilmiş ve faktörleri kategorize edilmiştir. Klinik uygulamayı etkileyen bu faktörler, organizasyonel/ yönetsel faktörler, iş ortamı faktörleri, takım faktörleri, çalışan faktörleri, görev faktörleri ve hasta faktörleri olarak kategorize edilmiştir. Kök neden analizinde bir ağaç formunda standardize edilmiş bir model oluşturularak bu faktörlerin sürece etkisi irdelenir. Analiz sonucunda takım, temelde yatan nedenleri ve bunların mukayeseli katkısını ortaya koyabilir. Böylece yeniden tasarımı olası idari ve sistem problemleri tanımlanabilir.

Kök neden analizinin felsefesi

Her bir problemin bir fırsat olduğu düşüncesidir. Çünkü problemin niçin ve nasıl olduğu hakkında elde edilebilecek bilgi, düzeltmek için bir başlangıçtır. Ayrıca kök neden analizi, kalitenin geliştirilmesinde kişisel ve aktif rol alması son derece önemlidir. Çünkü gerçek problem eyleme geçmeden önce tam olarak anlaşılmış olmalıdır. Bilindiği gibi problemler çeşitli nedenlerden dolayı maskelenirler. Bu analizin en iyi şekilde yapılması için hem konuya iyi odaklanılmalı hem de sabırlı ve dikkatli olunmalıdır. Bunların yanı sıra bu analizin devamlılığı ya da sürekliliğinin sağ-

lanması da oldukça önemlidir. Eğer problemin kök nedenlerini tanımlama işi önemsenmez ya da dikkatlice yapılmaz ise problemin semptomlarını (nedenlerini) belirlemede kullanılan kaynaklar ve zaman boşa harcanacaktır.

Kök neden analizinde birtakım araçlar kullanılır. Balık kılçığı diyagramı, beyin fırtınası, pareto şeması, serpme diyagramı, akış şemaları, histogram, ağaç diyagramı, kontrol grafikleri vs kullanılan araçlardan bir kaçıdır.

Kök neden analizi nasıl yapılır?

Basit bir şekilde ifade etmek gerekirse "Problem neden oluştu?" sorusuyla başlanır. Hataya neden olan temel nedene ulaşıncaya kadar neden sorularına devam edilir. Kök neden analizinin temeli oldukça kullanışlı bir araç olan balık kılçığı diyagramı ile yapıldığında sonuç isimlendirilir. Bir başka deyişle analiz edilecek sorun belirlenir ve aşağıdaki şekilde diyagram çizilir. Problem neden olan çeşitli (önemli) sebepler sıralanır. İnsanlar, çevre, kullanılan araç ve gereçler, ölçme ya da test etme yöntemleri, yönergeler, düzenlemeler, politikalar gibi. Sizin için önemli kategoriler işaretlenir. Belirlenen kategorilerin altına beyin fırtınası ile tüm olası sebepler tek tek bu kategorilerin altına sıralanır. Daha sonra nedenler analiz edilerek anlamsız ve önemsiz tahminler ya da fikirler elimine edilir. Nedenler sıralanır ve en muhtemel nedenler öncelikle dikkate alınması için daire içine alınır ve üzerinde çalışılır. Daire içerisine alınan nedenler araştırılır. Bu arada veri toplamak için diğer teknikler kullanılır ve elde edilen bulgulara öncelik verilerek sorunun kaynağı bulunur.

Hasta güvenliği uygulamalarında dünyada en göze çarpan çalışmaları yürüten kuruluşlardan biri olan Joint Commission, kayda geçen beklenmedik olaylara dair kök neden analizini periyodik olarak uygulamaktadır. Bu analizlerde, en sık görülen kök nedenlere yönelik düzeltici ve önleyici çalışmalar yapıldığı takdirde beklenmeyen olayların sıklığının büyük ölçüde azalacağı belirtilmektedir. Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik zengin literatüre karşın ülkemizde çalışma ortamında orta-

Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik zengin literatüre karşın ülkemizde çalışma ortamında ortaya çıkan istenmeyen olayların çıkış nedenleri ve önlemeye ilişkin araştırma verileri yeterli değildir. Bu anlamda yapılan kök neden analizleri hem yaygın olarak görülen nedenlerin belirlenmesine hem de elde edilen verilere yönelik bir takım prospektif yaklaşımların gösterilmesine imkân verecektir.

ya çıkan istenmeyen olayların çıkış nedenleri ve önlemeye ilişkin araştırma verileri yeterli değildir. Bu anlamda yapılan kök neden analizleri hem yaygın olarak görülen nedenlerin belirlenmesine hem de elde edilen verilere yönelik bir takım prospektif yaklaşımların gösterilmesine imkân verecektir.

Kaynaklar

Dew, John R. (2002). "Using Root Cause Analysis to Make the Patient Care System Safe." *Proceedings of ASQ's 56th Annual Quality Congress*. Milwaukee, WI: American Society for Quality.

Dew, John R. (2000). "Root Cause Analysis as a Proactive Tool for Preventing QEHs Problems." *Proceedings of the Management Systems Integration Conference*. Energy and Environmental Division, American Society for Quality.

Heidi Wald, Kaveh G. Shonjania, (2001) "Root Cause Analysis", *Evidence report / Technology Assessment*, Number 43.

<http://process.nasa.gov/documents/RootCauseAnalysis.pdf>. 12.5.2010.

<http://www.jointcommission.org>. 12.5.2010

<http://www.patientsafety.gov/rca.html#topofpage>. 13.5.2010

Parker D. (2008) 'Root Cause Analysis: Is It The Answer?', In M McCarthy, M Brookes (Eds). *Patient Safety Research: European Research Reviews*. London: UK Faculty Of Public Health; 2008.

Tarım, M., (2008). *Tıbbi Hatalarda Kök Neden Analizi*. H., Sur. (Ed.), *Hasta Güvenliği Yaklaşımları (1) İçinde (115-140)*. İstanbul: Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları.

Kök neden	Semptom yaklaşımı
- Sıklıkla çalışanların dikkatsizliği nedeniyle dikkatli olmak için gerekli eğitim ve motivasyon yetersizliği (Daha dikkatli olmak için çalışanların eğitilmesi ve motive edilmesi gerekir) - Hatanın temeline inmek için yeterli zaman ve kaynağın olmaması - Fiziki koşulların hata üretimine katkısı uygun politikaların belirlenmemesi - Bakım standartlarının oluşturulmaması	- Hatalar, sistemdeki kusurların sonucudur. - İnsanlar sürecin sadece bir parçasını oluşturur. - Tekrar ortaya çıkmaması için hataların neden ortaya çıktığının ve hatalı uygulama kanıtlarının bilinmesi gerekir. - Hataları düzeltmek ve daha iyi bakım için kök nedeni bulmak önemlidir.

Sigara dumanının çocuklara etkisi

Prof. Dr. Fahri Ovalı



1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği'ni yürütmektedir. 9 kitapta editörlük yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Tüm dünyada 1,3 milyar kişinin sigara içtiği ve bu rakamın önümüzdeki yıllarda özellikle genç kızlar başta olmak üzere gençlerde daha da artacağı tahmin edilmektedir. Yirminci yüzyılda, sigaraya bağlı hastalıklardan ölenlerin sayısı 100 milyon olmakla beraber, eğer günümüzdeki eğilimler devam ederse, 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye çıkabileceği düşünülmektedir.

Sigaranın zararlarını yalnızca içen kişiyle sınırlandırmak doğru değildir. Çocuklardaki pasif içicilik, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Çocuklar sigara dumanıyla yalnızca evlerinde değil, okulda, lokantalarda, arabalarda, toplu taşıma araçlarında ve diğer kamuya açık mekânlarda karşı karşıya kalabilmektedir. Ülkemizde kapalı yerlerde ve toplu taşıma araçlarında sigaranın yasaklanmış olması, bu maruziyeti bir ölçüde önlemiş olmakla beraber, çocukları pasif içicilikten tam olarak koruyabilmek henüz mümkün değildir. Özellikle evde sigara içilmesi oranları, Afrika'da yüzde 27,6 iken, Güneydoğu Asya'da yüzde 34,3, Avrupa'da ise yüzde 77,8'e kadar çıkabilmektedir. Ülkemizde de, bazı bölgelerde bu oran yüzde 60'lara kadar yük-

selmektedir. Evlerde sigaraya bağlı zehirli maddeleri taşıyan partiküller metreküpte 3 – 500 mikrogram arasında değişebilmektedir. Sigara kullanılan lokantalarda bu miktar bin mikrogramın üstüne çıkabilmektedir. Bu mekânların açık havada bulunması, maruziyeti tam olarak önleyememektedir.

Çocukların pasif içiciliğinin en önemli kaynağı, sigara içen anneleridir. Sigara içen annelerin oranı, İsveç'te yüzde 13 iken, ABD'de yüzde 23,8, Avusturya'da ise yüzde 32 civarındadır. Dolayısıyla çocuklar, eğer anneleri gebeliklerinde de sigara içiyorsa, daha doğmadan önce sigarayla karşılaşmış durumda oluyorlar. Sigaranın çocuklarda yol açtığı zararlar daha anne karnında iken başlamakta ve doğumdan sonra, alt ve üst solunum yolları enfeksiyonları, astım, nezle, orta kulak hastalıkları, bronşit, zatürre, ani bebek ölümü gibi hastalıklar bu çocuklarda daha sık görülmektedir. Sigaranın erişkinlerde kanser yaptığı çok iyi bilinmekle beraber, çocuklarda da lösemi ve lenfoma gibi kanserlere yol açabileceği yönündeki kanıtlar giderek artmaktadır.

Sigaranın fetüse etkileri

Sigara içen annenin kanındaki nikotin, plasenta yoluyla fetüse geçer. Sigara

dumanındaki partiküller de benzer şekilde fetüse geçebilir. Bu durum, fetüse giden kan ve besin miktarını azaltır. Sigara içen gebelerin bebeklerinde, prematüre doğum, malformasyon ve düşük doğum tartısı riski artmıştır. Pasif içici olan gebelerin amnion sıvılarında ve fetal idrarlarında kotinin düzeylerinin yüksek saptanması, fetüslerin etkilendiğinin en önemli kanıtıdır. Nikotin, hem karboksihemoglobin miktarlarını artırarak hücre büyüme ve gelişmesini azaltırken, hem de akciğer olgunlaşmasını da geciktirerek doğrudan zararlı etki gösterir.

Sigara dumanının astıma etkisi

Gebeliğinde sigara içen annelerin çocuklarında astım, hışıltı ve havayolu hiperreaktivitesi artmıştır. Astım gelişme riski, gebenin içtiği günlük sigara miktarıyla da doğru orantılı bulunmuştur. Astımla beraber, alt solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığı da artar. Anneleri sigara içen bebekler büyüdükleri zaman astıma yakalanma oranları çok daha fazladır.

Sigara dumanının alt solunum yolu enfeksiyonlarına etkisi

Sigara dumanı astımdan bağımsız olarak akciğer fonksiyonlarını bozar ve solunum yolu semptomlarını artırır.



Dr. Fahri Ovalı

Anne veya babanın sigara içmesi, çocuklarda alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığını artırır. Bununla ilişkili olarak, çocukların hastaneye yatma oranları da artar. Annesi aynı odada sigara içen çocuklarda hastaneye yatma oranları yüzde 56 artarken, annesi bebeğini tutarken sigara içenlerde bu oran yüzde 56, beslerken sigara içenlerde ise yüzde 95 artmıştır. Annesi gebeliği sırasında sigara içen bebeklerdeki akciğer hasarı, doğumdan sonra sigara içenlere kıyasla çok daha fazladır. Bu da, akciğer gelişiminin en fazla olduğu doğum öncesi dönemde sigara içmenin zararlı etkilerinin çok daha fazla olduğunu kanıtlamaktadır.

Akciğer fonksiyonlarına etkisi

Annesi gebeliğinde sigara içen yenidoğan bebeklerin akciğer gelişimleri bozulduğu için zorlu vital kapasiteleri azalmıştır. Bu bebeklerin fonksiyonel rezidüel kapasiteleri de düşüktür. Akciğer fonksiyonlarının azalması, astımlı çocuklarda prognozu kötü etkileyen bir faktördür. Gebelikle beraber postnatal dönemde de anne sigara içiyorsa, akciğer fonksiyonları çok daha fazla bozulur. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, doğum öncesi dönemde maruz kalan sigara dumanının etkilerinin ergenlik dönemine kadar devam ettiği anlaşılmaktadır. Yani bu durum, ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır.

Sigara dumanının özellikleri

Sigara dumanı, sigaranın yandığı zaman ortaya çıkan orta akım dumanı ile nefesle verilen esas akım dumanı olarak iki fazda incelenebilir. Sigara içilirken ortaya çıkan dumanın yaklaşık yarısı orta akım, diğer yarısı ise esas akım dumanıdır. Bu dumanlar içerisinde 4 bine yakın kimyasal madde vardır ve bunlardan en az 50 tanesinin kanser, iskemik kalp hastalığı ve solunum yolu hastalığı yaptığı bilinmektedir. Orta akım dumanı, daha düşük sıcaklıkta olduğu için, bu dumandaki karsinojen ve toksik maddeler daha fazladır. Nikotin ise, esas akım dumanında daha fazladır. Sigara dumanı, zamanla “yaşlanır” ve partikül fazındaki maddeler buhar fazına geçer. Esas akımdaki partiküller daha büyük iken, zamanla küçülür ve dolayısıyla daha küçük hava yollarına kadar girebilir. Diğer bir deyişle, orta akım dumanı ve havada bulunan sigara dumanı, esas akım dumanından çok daha zararlıdır.

Fetüs sigaraya niçin daha duyarlıdır?

Embryo ve fetüste hücre çoğalması ve olgunlaşması çok hızlıdır. Akciğer gelişimi, birçok kimyasal sürecin etkisi altındadır. Dolayısıyla bu kritik dönemde araya giren toksik maddeler, yalnızca

akciğer büyümesini yavaşlatmakla kalmaz, mutasyonlara ve anomalilere de yol açabilir. Plasenta, bu toksik maddeler için bir bariyer görevi görmez. İlk günlerde ve yıllarda, çocukların toksik maddeleri detoksifiye etme yetenekleri de henüz sınırlı olduğundan bu maddelerin hasar yapıcı etkileri çok daha fazla olur. Diğer yandan çocuklar erişkinlere kıyasla kilo başına çok daha fazla hava solurlar. Örneğin 1 yaşındaki bir çocuk günde 0,53 m³/kg hava solurken erişkin bir insan 0,2 m³/kg hava solur. Yani çocuklar erişkinlere kıyasla çok daha fazla kirletilmiş hava soluyabilirler. 1 mikrometreden daha küçük partiküller ise, çocukların en küçük hava yollarına ve alveollerine kadar ulaşabilir. Çocuklar, anne-babalarına çok daha yakın olmayı sevdiklerinden diğer pasif içicilere kıyasla daha fazla kirli havaya maruz kalırlar. Anne-babanın, dışarıda sigara içtikten sonra eve gelmesi ve çocuğuyla ilgilenmesi, pasif içiciliği tamamen ortadan kaldırmaz. Elbiseler üzerine sinmiş bulunan partiküller ve duman, çocuğu etkilemeye devam eder. Bu nedenle, sigara içen anne babaların sıklıkla söyledikleri “Çocuğumun yanında sigara içmiyorum, dışarıda içiyorum” söylemine güvenmemek gerekir.

Genetik etkiler

Sigara içen kişilerin ancak yüzde 15-20'sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişir. Bu durum, genetik etkilerin önemini göstermektedir. Benzer şekilde genetik farklılıklar çocukların etkilenme oranlarını da değiştirebilir. Sigara dumanının etkilerinin önemli bir kısmı, serbest oksijen radikalleri üzerinden meydana gelen inflamatuvar olaylara bağlıdır. Antioksidan sistemlerin, özellikle de glutatyon sisteminin düzenlenmesini sağlayan çeşitli genlerin mevcudiyeti bilinmektedir. Örneğin glutatyon-S-transferaz (GST) M1 enzimi, tütünün metabolik ürünlerini ve reaktif oksijen radikallerinin detoksifikasyonunda görev alır. Hava yolundaki glutatyon miktarı, genetik olarak belirlenir. GSTM1 sıfır genotipi olan çocuklarda, sigaraya bağlı astım ve hışıltı daha fazladır. Buna benzer başka genlerin varlığı da bildirilmiştir.

Hücrel ve moleküler mekanizmalar

Nikotin, nötrofil, monosit ve makrofajlarda oksijen radikallerinin oluşmasını engeller ve böylece fagositik aktiviteyi azaltır. Bu etkisini oral mukozada bile gösterir. Alveolar makrofajların kirli havadaki partikülleri aşırı miktarda fagosite etmekle uğraşması, mikroorganizmaları fagosite etmelerini zorlaştırır ve enfeksiyonlara zemin hazırlar. Diğer yandan nikotin, T2 lenfositleri aktive ederek alerjik reaksiyonların gelişmesi-

ne zemin hazırlar. Nikotinin yine alerjide rol oynayan immunglobulin E düzeylerini artırdığı da ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla nikotin, bu mekanizma ile de alerjik ve astmatik inflamatuvar reaksiyonları tetikler.

Sonuç

Pasif sigara içiciliği, çocukların solunum sistemi hastalıklarına yakalanmalarına ciddi bir şekilde zemin hazırlar. Ortamdaki dumanda bulunan partiküller, en küçük hava yoluna bile ulaşarak zararlı etkilerini gösterir. Gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinde anne karnında iken bile akciğer gelişimi duraklar ve bu çocuklarda ileride astım ve solunum yolu hastalıkları daha sık görülür. Savunma mekanizmalarının zayıflaması bu hastalıklara eğilimi artırır. Anne babanın sigara içmesi ile çocuklarda görülen astım, bronşit, öksürük, hışıltı ve nefes darlığı arasında neden-sonuç ilişkisi bulunduğu kanıtlanmıştır. Bu konuda, çocuk hekimlerine önemli bir görev düşmektedir. Çocuk hekimleri, anne babaları sürekli uyarmalı ve çocukları sigaradan uzak tutmalıdır. Çocuklar, sigara dumanındaki en ufak bir partikülden bile uzak tutulmalıdır. Anne babanın dışarıda sigara içtikten sonra çocuklarının yanına gelmesi de engellenmeli, anne babaların sigarayı tamamen bırakmaları sağlanmalıdır. Bu yaklaşım, yalnızca günümüz için değil, gelecek nesillerimizin sağlığı için de son derecede önemlidir.

Kaynaklar

Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke and respiratory health in children. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 897-905

Gilliland FD, Li YF, Dubeau L et al. Effects of glutathione S transferase M1, maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 457-463

Jaakkola JJ, Gissler M. Maternal smoking in pregnancy, fetal development and childhood asthma. *Am J Public Health* 2004; 94: 136-140

Keskinoğlu P, Cimrin D, Aksakoğlu G. The impact of passive smoking on the development of lower respiratory tract infections in children. *J Trop Pediatr* 2007; 53: 569-573

Shiono H, Klebanoff MA, Berendes HW. Epidemiology of congenital malformations and maternal smoking during pregnancy. *Tetology* 2005; 34: 65-71

Tager IB, Hanrahan JP, Tosteson TD et al. Lung function, pre and postnatal smoke exposure and wheezing in the first year of life. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 811-817

Warren CW, Jones NR, Peruga A et al. Global tobacco youth tobacco surveillance. *MMWR*, 2008; 57(ssol) 1-2

Hekimlik üzerine aforizmalar

Dr. Zehra Bilir

Hekimin hayatta işgal ettiği bir yer var. Hacim içinde bir hacim. Biz onları, bu yerleri de referans olarak tanımlarız. Bu basit, sade ve dolaşısıyla kullanışlı bir kategorizasyondur. Ama oyunu bozan, hayatın ve insanın böyle bir ha-

cimden, üç boyuttan ibaret olmayışıdır. İç içe geçmiş sistemleri, hatta çoğu zaman kaotik bir yapısı olan hayatın içinde, tamı tamına onun kadar karmaşık bir başka varlığın, insanın ve insana ait olanın tanımlanması, kategorize edilmesi, yerleştirilmesi ve hiç durmadan akan zamanın da içinde, tanımlanmış olan özelliklerini sürdürmesi neredeyse imkânsızdır.

Ama anlamak için de bir sistem gerektiğine hiç şüphe yok. Eğer bir sisteminiz yoksa anlayamaz, ama anlamadığınızı da bilemezsiniz. Zaman içinde sanat, bilim, felsefe kendilerine mahsus sonsuz çeşitlilikte anlama biçimleri geliştirdiler. Biz de yirmi küsur yıllık tababet pratiğinden sonra artık kendimizi sınırları aşağı yukarı belli olan; akıl yürütme,





araştırma şekilleri netleşmiş, ne dediğini, ne istediğini bilen bir disiplin içinde, deneyim kazanmış ve kendi bilgisini hazmetmiş olarak bulmak isterdik. Böyle olmadı...

Öğrenci, öğretmen, pratisyen ya da uzman olarak kamu hastanelerinde ve özel muayenehanede; devlet memuru ya da tabip odası üyesi olarak sağlık ocağında ya da eğitim hastanesinde; aşı kampanyasında, araştırma projesinde, birbirinden farklı ama aslında aynı işin parçaları olan tüm alanlarda bulunurken kendimizi yeniden ve yeniden tanımladık, esaslı kaybetmemeye çalışarak. Her durum kendi gerçeğini ve kendi hayalini gösterdi bize. Ama hep hekim olduk, bunun dışına çıkmadık. Bunun iyi tarafları vardı şüphesiz çünkü zaten en çok istediğimizi, “bizden bekleneni verme” şansını yaratıyordu. Ama bir şeyler de hep eksik kaldı...

Eksik kalanın ne olduğunu, bazen bir hastanın sizin aklınıza hiç gelmeyen bir ihtimali öyle kendiliğinden soruverişinde, bazen bir roman karakteri ya da bir film hikâyesinde, aslında belki de en derin şekilde bir hasta yakını olarak sıra beklerken koridorda gördüğünüz bir ayrıntıda, ya da kendinizi meslektaşınıza sorarken bulduğunuz bir soruda yakalayabilirsiniz.

Bu fark ediş, kavrayış sizi hem efendisi hem kölesi olduğunuz, tanıdık bilginizden uzaklaştırmaz, hatta yaklaştırır. Ama başka bir görme biçimi kullandığınız için şaşırtır. Bir gözden geçirmeye, ya da bilginin aslında nasıl bir şey olduğuna ait sorular sormaya teşvik eder.

Bir kimyager ya da makine mühendisi için de böyle midir? Tıp bilimi, özellikle de nöropsikiyatri, içerdiği yoğun belirsizlik ve tekrar edilemezlik, bir örnekliğin imkânsızlığı gibi

pek çok karakter özelliği dolayısıyla farklı bir yere oturuyor. Dolayısıyla bu fark edişlerin günlük pratiğimizde de kıymeti çok büyük.

Başta da söylediğimiz gibi sistemi olmayan bir bilme/anlama olamayacağı açık. Ama sistemi bozan her şeyi istisna kabul etmek ve ihmal etmek bir zaman sonra kullanım değeri olmayan adı var kendi yok içi boş sınıflamalar içinde yolumuzu kaybetmemize yol açabilir.

Bu fark edişleri, alıştığımız sistemde denemek, ya da sistemi buna yaklaştırmak için biraz eğip bükmek, kendi alanlarında bu denemeleri yapan diğer disiplinlerle de alışverişte bulunmak, kategorize etmeyi sonra ya bırakarak derinlemesine anlamaya çalışmak hayatımızı zenginleştirebilir, eksikimizi tamamlayabilir.

Bilimsel bir makale için asla kabul edilemez olan, bir ana fikirden yoksun ve dağınık görünümlü bu yazıyı; John Berger’in resimsiz bir sayfada ki yazısını aktararak bitirmek isterim: “Geçenlerde bir sırt ameliyatının (hepsini sırtımızda taşıyıp, kameralar, mercekler ve filmleri içine sığdırdığımız o lanet olası omuz çantası yüzünden) peşinden iki hafta boyunca bir hastanede yattım. Hareketsiz, kılımı kıpırdatmama izin verilmeyen sırtüstü yatıyordum. Fotoğraflı çekilebilecek şeyleri düşünmeye koyuldum ben de. Koğuşun boyutlarını, talihsiz hasta arkadaşlarımı (kafatası ve omurga hastalıklarına bakılan nöroşirurji bölümündeydim), bal dök yala temizliğindeki koridorları, lekesiz tavanı, her tarafın beyazlığını, lekesiz ızdırabı. Fotoğraflar bunları gösterebilir. Sonra da, aynı anda çitin iki tarafında birden bulunabileceğinizin farkına vardım. Dünya Sağlık Örgütü adına çalıştığım yıllar boyunca hep hasta, ameliyattan çıkmış, yaralı insanların fotoğraflarını çekmiştim. Bu

Hep hekim olduk, bunun dışına çıkmadık. Bunun iyi tarafları vardı şüphesiz çünkü zaten en çok istediğimizi, “bizden bekleneni verme” şansını yaratıyordu. Ama bir şeyler de hep eksik kaldı... Eksik kalanın ne olduğunu, bazen bir hastanın sizin aklınıza hiç gelmeyen bir ihtimali öyle kendiliğinden soruverişinde, bazen bir roman karakteri ya da bir film hikâyesinde, aslında belki de en derin şekilde bir hasta yakını olarak sıra beklerken koridorda gördüğünüz bir ayrıntıda ya da kendinizi meslektaşınıza sorarken bulduğunuz bir soruda yakalayabilirsiniz.

defa onların tarafında bulunmak daha iyi gelmişti; bu deneyimi silinmeyecek şekilde kaydetmiştim, ama film üzerine değil, hafızama.”

Yoğun bakımda yeriniz var mı?

Dr. Kadir Doğruer



1962 yılında Samsun'da doğdu. 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. Daha sonra Universal Hospital Group ve Memorial Hastanesi'nde yoğun bakım sorumlu hekimi olarak görev yaptı. Halen Medical Park Bahçelievler Hastanesi'nde yoğun bakım koordinatörü olarak çalışmaktadır. Ayrıca karikatürle ilgilenen Dr. Doğruer, 26 ulusal ve uluslararası ödülün sahibi olup 8 kişisel sergi açmıştır. 2 karikatür albümü olan Dr. Doğruer aynı zamanda Karikatürcüler Derneği Yönetim Kurulu Üyesidir.

Yoğun bakıma hiç girdiniz mi? Yoğun bakımda bulundunuz mu ya da yoğun bakımda yakınınız oldu mu? Herhangi bir yakınınız yoğun bakımda çalışıyor mu? Bu sorulara belki de "evet" diye yanıt vereceksiniz. Peki, yoğun bakımı ne kadar fark edebildiniz? Bir babanın, hele de bir annenin solunum cihazlarına bağlı ve yaşamı tehdit altındaki çocuğunu nasıl merak ettiğini biliyor musunuz?

İnsanın boğazı düğümleniyor düşündükçe. Yutkunmak güçleşiyor.

Bir yoğun bakım yatağının yanından geçerken birçok algı hareketleniyor. Görüyorsunuz, işitiyorsunuz, koku alıyorsunuz. En önemlisi düşünüyorsunuz ve duyulanıyorsunuz. O yatak, yaşamı tehdit altındaki bir hastaya ayrılmış, o hasta o yatak üzerinde diğer kliniklerdeki hastalardan farklı bir savaş içinde. Yaşama tutunmaya çalışıyor, yaşamın içinde kalarak yakınlarının yanına dönmeye çalışıyor. Monitörlerden yükselen

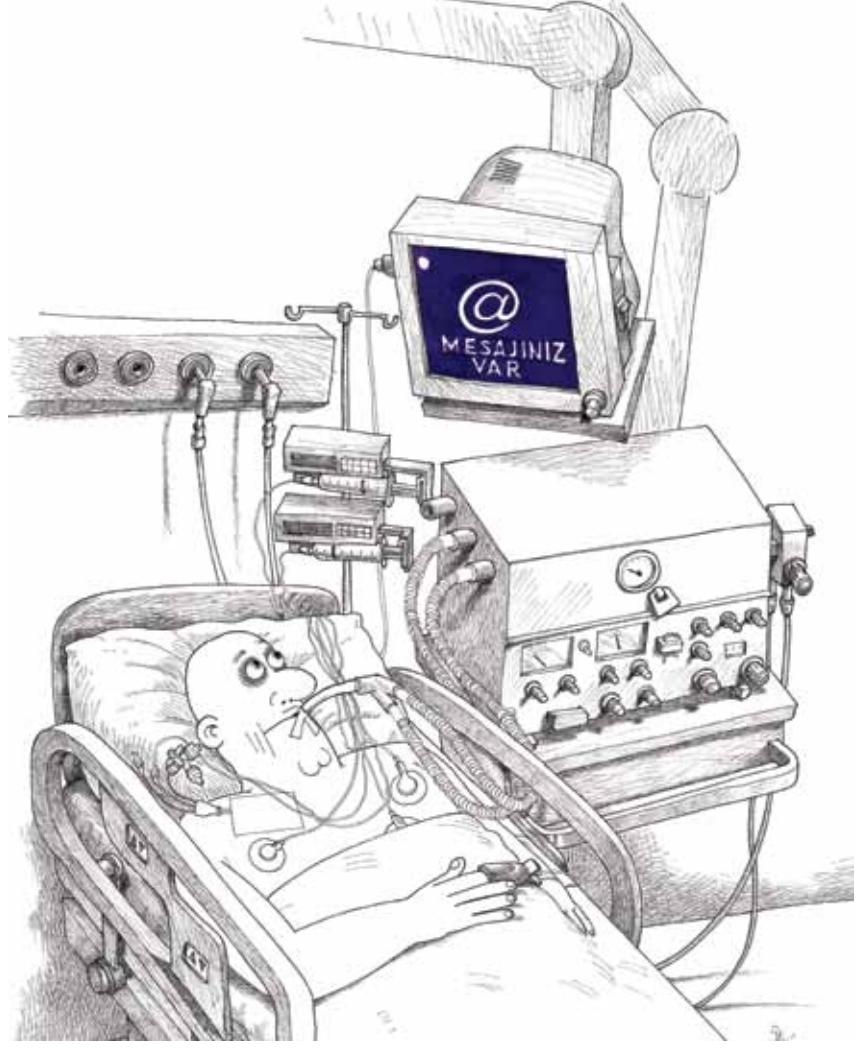
sesler yaşamın sürüyor olduğunu belirlemeye çalışırken arada bir duyulan alarmlar uçuşunun kenarına gelmenin yarattığı panik halinin çılgınlığı oluyor belki de. Solunum cihazının hortumlarında akan solukların soluksuz hastanın akciğerlerine giderken kat ettiği yol uzayıp dururken çoğu kere yatağın yanından geçip giden siz, o soluğun esintisini fark edemiyorsunuz.

Durun, filmi en başa saralım. Yoğun bakım hemşire bankosundaki telefon her zamanki olağan sesiyle çalar. Tele-





Monitörlerden yükselen sesler yaşamın sürüyor olduğunu belgelemeye çalışırken arada bir duyulan alarmlar uçurumun kenarına gelmenin yarattığı panik halinin çığlıkları oluyor belki de. Solunum cihazının hortumlarında akan solukların soluksuz hastanın akciğerlerine giderken kat ettiği yol uzayıp dururken çoğu kere yatağın yanından geçip giden siz, o soluğun esintisini fark edemiyorsunuz.



fonun ahizesini kaldıran hemşire, telefondaki sesin isteğiyle doktora seslenir: "Doktor Bey, falanca hastaneden arıyorlar. Yoğun bakımlarında yer yokmuş. Entübe bir hasta. Sizinle görüşmek istiyorlar." Telefona doğru yavaş adımlarla ilerleyen doktorun zihninde diğer hastalarla ilgili birçok soru işareti yüklüken yoğun bakım alanındaki tüm sesler, alarmlar, kokular, heyecanlar, itirazlar, koşuşturmalar doktorun tüm bedenini sarmalamıştır. Üzerindeki yüklerle ağırlaşmış adımlarla hemşire bankosuna yaklaştığında, elinde olmadan eşinin o gün akşamındaki konuklarla ilgili dilekleri de geçiyordur aklından. Ahizeyi eline alır, bankoya yaslanarak gözleri hafif kısık, ahizedeki sesi dinlemeye çalışır. Ses devinimsiz bir ses tonuyla daha yeni acilin kapısında giren hastanın verilerini sıralamadan, "Yeriniz var mı?" diye sorar. Doktor, devamlı aynı şekilde başlayan konuşmaların oluşturduğu kayıtsızlıkla; "Hastanın sorunu nedir?" diye sorarken, her zaman yaptığı gibi "Yeriniz var mı?" sorusunu yanıtlamaktan kaçınır. Telefonun diğer ucundaki ses "Doktoruma vereyim hocam..." der. Yoğun bakım doktoru elinde telefon ahizesi bankoya yaslanmış haldeyken beklemeye koyulur. Diğer yandan yoğun bakım içindeki hareket, devinim, koşuşturmaca devam ediyordur. Bu arada "Hocam, kan gazı sonuçları çıktı...", "Doktor Bey, hastanın arter kanülü çalışmıyor, lütfen gelir misiniz?", "Hocam, ben şu respiratörü ayarlayamadım, bakar mısınız?", "Hocam, kardiyolojiden konsültasyona geldiler, sizi bekliyorlar...", "Hocam, SGK

bir dosyamızı kabul etmemiş, itiraz dilekçesi yazmanız gerek..", "Hocam, bu akşam nöbette hemşire açığımız var, başhemşireyle görüşür müsünüz lütfen?", "Arkadaşlar! Korunun, film çekiyorum..." diye seslenen herkes, doktorun o akşamki konukları için neleri hazırlaması gerektiğini bilmedikleri gibi, o anda telefonun diğer tarafına doktorun gelmesini beklerken giderek artan geriliminin farkında bile değildir. Nihayet, doktor telefon ahizesine ulaşır; "Hasta az önce geldi. Solunumu kötüydü. Genç... Siyanozeydi. Ancak muayene ederken atım alamadık. Hemen "sipiar" a başladık. Uzun sürdü. Yine de döndü. Biz akut "emay" düşünüyoruz. Yeriniz var mı? Kabul edebilir misiniz?" der. Doktor, bankodaki sekretere döner; "Yatak durumumuz nedir?" diye sorar. Yatak durumunun uygun olduğunu öğrenir öğrenmez tekrar telefon ahizesine dönerek hastayı kabul edebileceğini bildirirken "Kolay gelsin." demeyi ihmal etmez. Telefonun ahizesini sekretere uzatır ve bankodan uzaklaşarak hala devam etmekte olan soruların ve isteklerin arkasından yönelir. Telefonda kendisine sunulan hastayı unutmamıştır bile. Onu tek ilgilendiren bir an önce mevcut hastalarla ilgili sorunları çözmeye çalışmak ve sorunsuz gününü bitirebilmektir.

Zaman hızlı geçer yoğun bakımda. Hiç sorun yok dediğiniz an bile sizi meşgul edecek o kadar çok şey vardır ki. Hele SGK kapsamında çalışıyorsanız bu uğraşlarınıza yoğun bir bürokrasi de eklenmiştir. Yoğun bakım ortamında ay-

rımsız her hastayla ilgilendiğinizde o hastanın hangi basamakta olduğu sizin aklınızdan hiç bir şekilde geçmezken, yazacağınız raporlarda yaptığınız numerik değerlerle değerlendirmeye çalışan bir skalayla karşı karşıya kalırsınız. Basamaklar... Oysa yoğun bakım felsefesine aykırı olduğunu çok iyi bilirsiniz şu basamakların. Yoğun bakıma sadece kritik hasta alınır. Kritik hasta ise şu demektir: "Bir veya birden fazla organ veya sistemde hayatı tehdit edecek düzeyde fizyopatolojik değişikliklerin olduğu ve 24 saat süreyle konvansiyonel tedaviyle fizyolojik düzelmenin sağlanamadığı hasta." Bu tanımlamayı bazı kriterlerle ölçülebilir hale getirebilme çabalarının sonucunda APACHE skorlama sistemi geliştirilmiştir. En sık kullanılan APACHE II skorlama sisteminde vücut ısısı, orta arter basıncı (Mean arterial pressure), kalp hızı, solunum hızı, arter parsiyel oksijen basıncı, arter pH'sı, serum sodyumu, serum potasyumu, serum kreatinini, hematokrit, beyaz küre sayısı, Glasgow koma skoru gibi 12 kriteri göz önüne alarak bir değerlendirmeye yapmaya ve hastanın değerlendirilmesine yardımcı olmaya çalışılmaktadır. Burada önemli olan, kritik durumdan çıkmaktır. Sağlanan destek uygulamalarıyla hastanın yetmezlik düzeltilmeye çalışılır. Bu çabanın basamağı mı olur? Yoğun bakıma alınan her kritik hasta yaşamın tam olarak kıyısındadır, ölüm bir anlamda yakınlaşmıştır. Hemşire, hekim, hasta ve hastanın yakınları duyarlılıklarını ihmal etmedikleri müddetçe bu kritik

düzlemde ölümün soluğunu hissetmekten kaçamazlar.

(...) Ambulans gelmiştir. Ambulansın sedyesinde az önce doktora getirip getirmemek için danışılan hasta vardır. Sedyenin yanında ambulans görevlileri; bir şoför, bir paramedik ve bir doktor vardır. Entübe edilmiş olan hastanın solunumunu şoför elindeki ambuyla sağlarken ambulunun uzantısının bağlanabileceği bir oksijen kaynağı ise genelde yoktur. Taşınabilir bir solunum cihazının bulundurulması ise ülkemizdeki ambulanslarda hala bir lükstür ve bulunmamasının doğal olarak kabul ediliyor olmasının acısını yoğun bakım doktoru tekrar tüm hücrelerinde hissetmektedir. Hastanın yaşadığı kayıpları ise ölçmek ne yazık ki mümkün olamamaktadır.

Hemşirelerin, doktorun, personelin de yardımlarıyla bir gayret hasta yoğun bakım yatağına alınır. Hasta çok gençtir. Gönderilen bir kaç satır epikriz raporunu okumaya çalışan doktor, kayıtsızlıkla ve alelacele çalakalem yazılmış epikrizde yeterince detay bulamamanın gerginliğiyle ne yapacağını şaşırmış bir şekilde yeni gelen hastayı tanımaya çalışır. Olsa olsa 25 yaşlarının üzerinde bir kadın olan hastanın şuuru kapalıdır. Derin komada olduğunu tespit eden doktor, epikrizden edindiği tek bilgi olan "akut emay" tanısı karşısında şaşkınlığını gizleyemez. Hekim ve hasta arasında duygusal alışveriş işte başlıyordur.

Doktor hastanın hazırlıkları için istemlerini sıralar: Arter sistemini hazırlayın, çabuk bir santral kateter açalım, bir elektro da çekelim, bu arada hemen kan gazını görelim. Ben hasta yakınlarıyla görüşmeye gidiyorum, siz hazırlıkları yapın. Geliyorum hemen..."

Doktor, yoğun bakım koridoruna doğru yönelir. Otomatik kayar kapının düğmesine basarak kapıyı açtığında yeni gelen hastanın yakınları adeta kapıya yapışmış beklerken göz yuvalarından fırlayan gözlerinde sayısız soru ve derin endişeyle çırpınmamak için kendilerini tutmaya çalışan genç hastanın anne ve babası bekleyen kalabalığın arasında kaybolmamaya çalışırlar. Kalabalık, aralarında doktora yer açar. Doktor, sorgulamaya başlar. Anne te-laşla, gözlerinde yaşlar konuşmaya çalışır. Sesi titrerken kelimeleri eklemlendirmeye gücü yetmez. Baba ise konuşamaz bile; suskun donuk ve merakla ne düşündüğünü bilmeksizin beklemektedir. Dayı hızla ve sakin olmaya çalışarak konuşur. Hale (Hale di-yelim.) o gün staj yaptığı avukat bürosuna gitmek üzere evden çıkmıştır. O güne kadar hiçbir şikâyeti olmamıştır. Metrobüs durağında beklerken kendini kötü hissetmeye başlamıştır. Önemse-

mez. Giderek sıkıntısı artmasına rağmen metrobüse biner. Gideceği ofisin bulunduğu semte geldiğinde metrobüsten inmeye hazırlanırken sanki sıkıntısı biraz daha artmıştır. Metrobüs durağına yakın olan ofise hızlı adımlarla ilerler. Ofisin bulunduğu binanın dördüncü katına asansörle çıkan Hale ofisin kapısından içeri girer. Kendisine ayrılan masanın arkasındaki sandalyeye bir an önce oturmak için hızla hareket eder. Oturur, derin bir nefes alır. Aldığı nefes yetmez, soğuk ter damlaları sanki cildini keserek sırtından süzül-mektedir. Bir an kendini kaybeder. O an ofiste bulunan çalışma arkadaşları Hale için derhal bir ambulans çağırdıklarında Hale tüm bunlardan habersizdir. Götürüldüğü en yakın hastanenin acilinde kabul edilir edilmez kalbinin durmuş olduğu tespit edilir. Burada kalbi çalıştırılan hasta hızla sevk edilmiştir. Dayı bunlardan başka bir şey bilmiyordu.

İşte doktor yeni hastasıyla baş başadır. Solunum cihazının ayarlarını yapar. Sağ subklavyan venden santral kateterizasyonu yaptıktan sonra arter kanülasyonunu da yapar. Hastanın nörolojik muayenesini yaptığında yüksek bir olasılıkla serebral hasarının çok fazla olduğunu tespit eder. Kardiyoloji konsültasyonunun istenmesi için sekretere haber verir.

Şimdi, doktorun asıl sorunu anne babaya kızlarının belki de hiç uyanamayacağını anlatmaktır. Bunca yıl yoğun bakım hekimi olmasına rağmen bu yükü bir türlü taşıyamıyordu. Doktor düşündükçe omuzlarının ağırlaştığını hissediyordu.

Günün bitiminde bütün gün içindeki yaşanmışlıkların yüklendiği üzerindeki kıyafetleri çıkararak kendisini evine götürecek kıyafetlerini giymiştir bile. Sabah hiç hissetmediği çantasını sırtına alırken o gün çantasını hiç açmaya fırsatı olmamışken anlayamadığı bir şekilde çantası öylesine ağırlaştı ki. Otoparkın merdivenlerine doğru yönelir. Basamakları birer birer inmeye başlamışken son kabul ettiği post sipiar hastasının, ya da Hale'nin kaçınıcı basamak olduğunu düşünür. Basamaklandırılamaz bir an. Hale'nin durumunu anne babasına anlatırken yüreğinin bilmem kaç basamaktan düşmüş gibi ezildiğini hatırlar bir an. Ayakları dola-nır gibi olur, önündeki basamaklar karışır ve düşüverir. Sırtındaki çantası daha da ağırdır...

Bjorn İbsen, Danimarka'da ameliyathanede bir anesteziist olarak çalışırken neden ondan bir hasta için konsültasyon istenmiştir. Hem de 11 yaşında poliolu bir çocuk için bir anesteziiste neden gerek duyulmuştur. Yoğun

Ambulans gelmiştir.

Ambulansın sedyesinde az önce doktora getirip

getirmemek için danışılan

hasta vardır. Sedyenin

yanında ambulans

görevlileri; bir şoför, bir

paramedik ve bir doktor

vardır. Entübe edilmiş olan

hastanın solunumunu şoför

elindeki ambuyla sağlarken

ambulunun uzantısının

bağlanabileceği bir oksijen

kaynağı ise genelde yoktur.

Taşınabilir bir solunum

cihazının bulundurulması ise

ülkemizdeki ambulanslarda

hala bir lükstür ve

bulunmamasının doğal

olarak kabul ediliyor

olmasının acısını yoğun

bakım doktoru tekrar tüm

hücrelerinde hissetmektedir.

Hastanın yaşadığı kayıpları

ise ölçmek ne yazık ki

mümkün olamamaktadır.

bakımda anesteziistlerin olması bir kader veya rastlantı mıdır?

Yoğun bakımda kritik hastalara zorlukla yer bulunurken yoğun bakımlar içinde çırpınan anestezi hekimlerine yer var mıdır? Anesteziist yerini ararken önünde daha hangi basamaklar olacaktır?

Bu yazı birinci basamak olsun...

Nöroekonomi: Yok daha neler!

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Aynı yerde halk sağlığı ihtisasını tamamladı. Üç yıl pratisyen hekim olarak çalıştı. Uzman olduktan sonra, özel sektörde kalite yönetimi alanında çalıştı. Daha sonra Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yaptı. Halen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevini sürdürmektedir. Sağlıkta kalite yönetimi ve akreditasyon, özel ilgi alanıdır.

Dr. Nur Mustafaoğlu



2006 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2007'de Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladı. Çok sayıda eğitim programına ve kongrelere katıldı; projelerde çalıştı. Yazıları çeşitli dergilerde ve internet portallarında yayımlanmaktadır.

E “konomi” ve “sinir” sözcüklerinin birlikte ne çağrıştırdığını insanlara sorsak, çoğu kimse “kötü ekonomik koşulların insanların sinirini bozduğu” şeklinde cevap verir herhalde...

Gelgelelim, nöroekonominin bu çağrışımla uzaktan yakından ilgisi yok. Bu, nevezuhur bir bilim dalı... Yazımızda, hepimizin doğal olarak yaşadığı fakat birçoğumuzun dünyasına pek muhtemel ki ilk kez girecek bu “şey”den bahsedeceğiz. Satırlarda ilerledikçe, Moliere'in “Kibarlık Budalası”nda Mö-

yö Jourdain'in nesirle ilgili dersten sonra “Vay be, yıllardır nesir konuşuyordum da, haberim yokmuş” demesi gibi, nöroekonomiye ne kadar da aşina olduğumuzu fark edeceğiz.

1. Örnek olay: İki kişi arasında bir oyun oynanıyor. Birinin diyelim ki 100 Avro parası var. Bu kişi, parası olmayan diğerine bir maç teklif ediyor. Bu oyunda, teklif ne olursa olsun durum ikinci oyuncunun lehine. Yani bir miktar para kazanma şansı var. Fakat bu kurguyla yapılan deneyde, oyuncuların çoğu bu şekilde düşünmüyor. İlk oyuncunun teklifi 30 Avro'nun altındaysa, bu teklif genellikle reddediliyor.

2. Örnek olay: Yirmi öğrenciye 50 Avro'luk bir teklifte bulunuluyor. Öğrencilerin iki seçenek arasında karar vermeleri isteniyor. “Garanti” olarak tanımlanan birinci seçenekte, öğrenciler 50 Avro'nun 20 Avro'suna sahip olabiliyorlar. İkinci seçenekte ise bir piyango söz konusu. Bu piyangoda ya paranın tamamını kazanıyorlar ya da tamamını kaybediyorlar. Kaybetme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtiliyor. Öğrencilerin yüzde 60'ı garanti olan birinci seçeneği, yüzde 40'ı ise piyango seçeneğini kabul ediyor. Öğrencilere daha sonra sunulan varyantta ise, garanti olan birinci seçenek, 20 Avro kazan-





mak değil fakat 30 Avro kaybetmek olarak tanımlanıyor. Bunun sonucunda ilk turda elde edilen oranlar tam tersine dönüyor. Öğrencilerin yüzde 60'ı piyango seçeneğini, yüzde 40'ı ise garanti olan 30 Avro kaybetme seçeneğini tercih ediyor. İlginç olan nokta ise, 50 Avro'nun 20 Avro'sunu kazanmak ile 30 Avro'sunu kaybetmek arasında hiçbir fark olmaması. Seçeneğin sunulduğu biçimi, öğrencilerin kararını tamamen değiştiriyor.

3. Örnek olay: Üniversite mezunu genç adam altı aydır işsiz; 500 lira maaşla çalışabileceği işi kabul etseydi, bugüne kadar 3 bin lira kazanmış olacaktı.

Yukarıdaki ilk iki olayda, yapılmış deneyler anlatılıyor. Bunlar basit davranışsal deneyler değil... Bu tür çalışmalar yapan bilim adamlarından Profesör Jonathan Cohen'in Princeton Üniversitesi'nde bulunan laboratuvarına girince kendinizi bir ameliyathanede sanabilirsiniz. Her taraf bembeyaz örtülerle kaplı. Kocaman odada bulunan birkaç parça eşya büyük bir ameliyat masası ve yüksek teknoloji ürünü tarayıcı cihazlardan ibaret. Telaş içinde bir sürü beyaz elbiseli doktor etrafta koşuyor.

Profesör Cohen'in laboratuvarına giren deneklerden önce ceplerindeki bozuk paralardan kol saatlerine kadar her türlü metal eşyadan kurtulmaları isteniyor. Sonra denekler masaya yatırılıyor. Ağzlarına yerleştirilen manyetik bir aparat ile MR'ları çekiliyor. MR cihazına giren deneklerin gözünün önünde çeşitli şekiller belirleniyor. Sonra bu şekiller yerlerini gittikçe zorlaşan aritmetik denklemlere bırakıyor. Bir sonraki etapta devreye anagramlar, ardından geometrik şekiller giriyor. Daha sonraki aşamalarda denekler gördükleri şekilleri takip ederek anında meyve suyu ödülü veya iki hafta sonra teslim edilecek bir para ödülü arasında seçim yapıyor. Bütün şekil geçidinin amacı deneklerin şekiller arasında gidip gelirken beyinlerinin yaydığı titreşimleri kaydetmek. Amaç beyin sağlığı konusunda bilgi edinmek değil. Bu laboratuvar "nöroekonomi" denilen disiplin dalının çok önemli gelişmeler kaydettiği bir araştırma merkezi. Bu veriler de kişisel seçim sürecinin nasıl meydana geldiğini araştırmak için kullanılıyor.

İktisat teorisinde insanın "homo economicus" olduğu varsayılır. "İktisadi insan", "ekonomik davranan insan" veya "akılcı / rasyonel insan" olarak karşılık bulan bu Latince kavram, davranışlarında akılcı, seçimlerinde tutarlı olan kuramsal bir insan tipini ifade etmektedir. Bu kuramsal insan, işadama olarak kâr maksimizasyonunu, çalışan olarak en yüksek ücreti, tüketici olarak en yüksek faydayı hedefler. Homo economicus,

kişilerin ekonomik davranışlarına ilişkin genellemeler yapma fırsatı veren yararlı bir varsayımdır. Felsefi kökenini Bentham'ın faydacılık görüşünde bulan bu varsayım, kapitalist ekonomi kuramının temelinde yatmaktadır. İnsanı ve davranışlarını bu şekilde açıklamak tamamen teorik ve varsayımsaldır. İnsanların bu varsayımlara uymayan pek çok tutum ve davranışları vardır. Örneğin, homo economicus maksimize ettiği kârından bağış yapar mı, vergi verir mi? Diyelim ki, verginin kendisine ekonomik dönüşü olabilir; ama bağış yaparsa "homo irrationalus" mu olacaktır? Şaka bir yana, bu gibi sorular ekonomiyi dönüştürecek yolu açmıştır. Ekonomi, özünde, deneysel yöntemle kapalı bir alandır. Matematiksel bilginin peşindedir. Ekonomi bilgisi tümdengelim yönteminin kullanılmasının ürünüdür. Fakat ekonominin bu niteliğine itirazlar çok önceleri başladı. 1931'de ilk ekonomi deneyi ünlü bir psikometrisyen olan Thurstone tarafından yapıldı. İlerleyen yıllarda deney sayısı arttı. Sahibi H. Simon, geliştirdiği kısıtlı akılcılık modeliyle 1978 Nobel Ekonomi Ödülü'nü aldı. Simon'ın aldığı Nobel Ödülü'nü, ekonomik psikoloji dalında alınan ilk ödül saymak mümkündür.

2002 yılında ise Princeton Üniversitesi'nde görev yapan Daniel Kahneman'ın mantıklı davranan bilinçli modern çağ insanı mitini yıkan, aslında insanların hiç de bugüne kadar iddia edildiği gibi akılcı kararlar veremediğini kanıtlayan çalışmasıyla ekonomi dalında Nobel ödülüne layık görüldü. Kahneman insanların geleceği görme yetisine çok fazla güvenmesinin ekonomi üzerinde son derece etkili olduğunu söylüyor. Yeni firma kuranların yüzde 80'i piyasada yerlerini sağlamlaştıracaklarına inanmakta ancak yüzde 75'i beş yıl sonra piyasadan silinmekte. Ama doğuştan var olan bu iyimserlik olmasaydı, ne şirketler dünyası ne de ekonomi dinamiği bu boyutta olmazdı.

Bu şekilde ekonomik sorulara teori üretmek değil, sahada deney ve gözlem yaparak cevap arayan ekonomi dalına deneysel ekonomi veya davranışsal ekonomi denilmektedir. Davranışsal ekonomi bireylerin ekonomik faaliyetlerini incelerken yalnızca ekonomik değişkenlerden oluşan modellerin yetersiz kalacağını savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre; çok sayıda gözleme dayanarak ekonomik aktörlerin davranışlarını incelemek ve ekonomik verilere teknolojik, sosyolojik ve psikolojik unsurları da katarak teori oluşturmak gerekmektedir. Bireyler çeşitli nedenlerle ekonomik çıkarlarını maksimize etmek amacıyla davranmayabilirler. Bu nedenler arasında bilgisizlik, boş zaman tercihi, riskten kaçınma, statü, saygınlık, mesleki gösteriş, bireysel ilişkileri

bozmama çabası, sosyal ve politik belirsizlikler, dışsal ekonomiden yararlanma beklentisi gibi bir dizi faktör olabilir. Bu faktörler çok sayıda ve iç içedir. Matematiksel bir modele dâhil edilebilecek faktörler olduğu gibi, sayısallaştırılamayacaklar da olabilir.

Davranışsal ekonomik çalışmalarda nörobilimsel teknikler son zamanlarda daha fazla kullanılmaya başlamış ve böylece nöroekonomi bilim dalı ortaya çıkmıştır. Nöroekonomi, nörobilimsel yöntemlerin insanın ekonomik davranışlarını çözümleme ve anlamaya uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımlamayla nöroekonomi; beyin aktivitelerinin şeklini değerlendirerek veya diğer teknikleri kullanarak ekonomik kararları vermenin biyolojik boyutunu saptamayı amaçlayan disiplinler arası yeni bir çalışma alanıdır.

Nöroekonomi disiplininin temel amacı; ekonomik teori, psikoloji ve nöroloji bilim dallarına ait metodları kullanarak insan beyninin karar verme sürecini araştırmak, davranışların nedenlerini keşfetmektir. Nöroekonomi bireysel inançlar, tercihler ve davranışların beyindeki süreçler ile ilişkisini araştırmaktadır. Tabii ki, bu yaklaşımın insan tipi "homo economicus" olarak değil, olsa olsa "homo neurobiologicus" olarak adlandırılabilir. Zira insanın ekonomik hayatını nörobiyolojisi belirlemektedir.

Bu alanda birtakım nörobilimsel teknikler kullanılmaktadır. Bunlar mekanizmalarına göre, beyin elektromanyetik aktivitesini ölçmeye yarayan teknikler ve beyin kan akımı veya metabolizmasına dayalı teknikler olarak kabaca ikiye ayrılmaktadır:

1. Elektromanyetik teknikler:

Elektroensefalografi (EEG), en eski yöntem olup kafa derisine bağlanan elektrotlar yardımıyla davranışlar sırasındaki elektriksel aktiviteyi ölçmeye yaramaktadır. Manyetoensefalografi (MEG), manyetik değişimlere hassas bir tekniktir. MEG aynı zamanda derin beyin yapılarındaki aktiviteleri de tanımlayabilmektedir.

2. Nöral aktiviteye verilen metabolik veya hemodinamik cevapların ölçülmesine dayalı teknikler:

PET de tıpkı EEG gibi eski ve yararlı bir yöntem olup nöral aktivitenin yol açtığı artmış beyin kan akımının ölçülmesinde işlev görmektedir. Diğerlerinden daha yeni ve son zamanlarda en popüler yöntem olan fMRI beyindeki oksijenizasyona bağlı manyetik değişimleri kullanarak kan akımını izlemektedir.

Bütün bu görüntüleme tekniklerinin

avantajları ve dezavantajları vardır. Beyin aktivitesinin nerede olduğu fMRI veya PET ile daha kolay belirlenebilirken, ne zaman sorusu EEG veya MEG ile daha net olarak cevaplandırılabilir.

Ülkemizde durum nedir?

Son yıllarda bu alanda bazı adımlar atılmıştır Türkiye'nin ilk deneysel ekonomi laboratuvarı olan BELIS (BİLGİ Economics Lab of İstanbul), İstanbul Bilgi Üniversitesi'nde 2009 yılında kurulmuştur. Yine 2009 yılında Koç Üniversitesi'nde Deneysel Ekonomi Yaz Okulu uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmaların artması, yaygınlaşması beklenmektedir.

Biraz da nöropazarlama...

Pazarlama konusuna gelince, iş burada çığırından çıkıyor. Yukarıda sözü geçen bazı tekniklerle insanların karar alma süreçlerinin aydınlatılmaya çalışıldığını söylemiştik. Pazarlama alanında yapılan bazı nörobilimsel çalışmalar konunun bu teknikleri aşan boyutlarının olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir deneyde, "kör" denekler Pepsi Cola'yı Coca Cola'dan daha çok beğenmişlerdir ve bu durum görüntüleme teknikleriyle de doğrulanmıştır. Fakat markaların açıklandığı durumda Coca Cola daha çok beğenilmiştir. Bu çok ilginçtir ve beyin aktivitesini değiştiren bir etkinin veya etkilerin olduğu anlaşılmaktadır. Bunu daha fazla anlamaya çalışmak besbelli beynimizi zorlayacaktır. Bunu da nörobilimcilere bırakalım. Ve bir gün "Büyük bir şirketin pazarlama departmanında çalışacak nörolog aranıyor" şeklinde iş ilanları görürsek şaşımayaalım. Şunu da söylemeden geçmeyelim: Nöropazarlama araştırmaları sadece reklam endüstrisinin işine yaramayacaktır. Tüketiciler bu araştırmaların sonucunda geliştirilecek taktikleri öğrendikçe, baştan çıkarıcı reklamlardan kendilerini koruyabileceklerdir.

Sonuç

Boğaziçi Üniversitesi İşletme Bölümünden Dr. Metin Ercan nöroekonominin ne tür faydalar sağlayabileceğini şu şekilde özetlemektedir: "Nöroekonomik araştırmalarla insanların diğerlerine güvenme nedenleri, irrasyonel risk yüklenimi, kısa ve uzun vadeli maliyet/kazançların göreceli değerlendirilmesi, yardımseverlik davranışı ve bağımlılık gibi, ekonomik karar sürecine etki eden ancak mevcut ekonomi teorisinin tam anlamıyla açıklama getiremediği kavramların daha iyi anlaşılması sağlanabilecek. Örneğin ekonomik fayda teorik dışbükey fonksiyonlarla değil, beyin salgıladığı bir tür kimyasal madde olan dopamin miktarının ölçülmesi ile he-

saplanabilecek. Ekonomi bilminde, uzunca bir süre rasyonel davranış üzerine yoğunlaşarak, nöroekonomi disiplininin yararlanmak yoluna bu kadar geç gidilmesinin sebebi ise, "akademik" görüşten çok, beynin içine girmeyi sağlayacak teknik imkânlardan yoksunluk oldu. Tümevarımı sağlayacak ampirik bulguların eksikliği, ekonominin daha çok tımdengeliye dayalı bir bilim olarak gelişmesine neden oldu. Nöroloji alanında yapılacak keşifler nöroekonominin de daha sağlam temeller üzerine oturması ve tutarlı modeller üretilmesini mümkün kılacak. Nöroekonomi alanında sağlanacak katkılarla, insanların tanıtım ve reklâm faaliyetlerine tepkilerinden, grev kararları ve yatırımcı davranışına kadar birçok ekonomik olgu daha iyi anlaşılabilir. Bundan sonraki dönemde, ekonomi, cebir formüllerinin dışına çıkarak, dışarıdaki gerçek hayatı daha iyi kavrayabilecek."

İnsanı bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Onlarca bilim dalı birbirinden bağımsız, birbiriyle ilgisiz, hatta bazen çelişen disiplinler olarak algılanabilmektedir. Oysa her biri insanın karmaşık yapısının farklı birer yönünü incelemekte, açıklamaya çalışmaktadır. İnsanı inceleyen farklı disiplinlerin bir yerde buluşması, kaynaşması, "tüme varması" beklenmelidir. İşte nöroekonomi bu yolda bir kilometre taşıdır. Şaşılacak bir şey de değildir. Asıl şaşılacak olan, Dr. John Snow'un kolera etkenini mikroskopla icadından önce teşhis etmesi gibi, bazı bilgelerin yüzyıllarca önce söylediklerinin bugün kaplumbağa yavaşlığıyla doğrulanmasıdır. Bu arada, bilgelerin nasıl bilebildiği de belki nörobilimsel araştırmalarla anlaşılabilir. Teknik olarak çok yol alınmış olsa da birtakım zorluklar henüz aşılanamıştır. Parmak izinde olduğu gibi birbirinin aynı iki beyin yoktur. Sinir sistemimizin karmaşıklığı yanında, mevcut en gelişmiş nörobilimsel araçlar dahi kaba kalmaktadır ve beynimizi derinlemesi-ne tanıtmaktan hala çok uzaktayız.

Kaynaklar

- Braeutigam S, *Neuroeconomics—From Neural Systems To Economic Behaviour*, *Brain Research Bulletin* 67 (2005) 355–360
- Camerer C, Loewenstein G, Prelec D, *Neuroeconomics: How Neuroscience Can Inform Economics*, *Journal of Economic Literature* Vol. XIII (2005), pp. 9-64
- Duygusal Ekonomi, <http://www.vsdergi.com/200911/08/01.asp>
- Fehr E, Fischbacher U, Kosfeld M, *Neuroeconomic Foundations of Trust and Social Preferences: Initial Evidence*, *The American Economic Review*, 2005, Vol. 95, No. 2, pp. 346-351, <http://www.jstor.org/pss/4132845>
- http://ulas.teori.org/index.php?option=com_content&task=view&id=185&Itemid=28
- <http://belis.bilgi.edu.tr/hakkimizda/>
- <http://www.kimyamuhendisi.com/haberer/bilimsel-arastirma-universite-haberleri/814-koniversitesinden-deneysel-ekonomi-yaz-okulu.html>
- <http://www.bilgininadresi.net/Madde/14874/Davran%C4%B1%C5%9Fsal-Ekonomi->
- <http://cakirhuseyin.blogcu.com/sezgi-mi-akil-mi-ustun/2491242>
- http://www.dunyagazetesi.com.tr/_99_40396_yazar.html?
- <http://www.dunyagazetesi.com.tr/haber.asp?id=30432>
- http://www.boxdergisi.tv/haberdetay.asp?news_id=298
- <http://iktisadiyat.com/category/noroekonomi/http://www.radikal.com.tr/Default.aspx?aType=RadikalYazarYazisi&ArticleID=894605>
- Kenning P, Plassmann H, *NeuroEconomics: An Overview from an Economic Perspective*, *Brain Research Bulletin* 67 (2005) 343–354
- Loewenstein G, Rick S, Cohen J, *Neuroeconomics*, *Annual Review of Psychology*, 2007, vol. 59: 647-672
- Mccabe K, *Neuroeconomics Explained*, (2003), <http://neuroeconomics.typepad.com>
- Zak P, *Neuroeconomics*, *The Royal Society, B* (2004) 359, 1737-1748
- Zak P, *The Neuroeconomics of Trust*, *Political Science, Department of Hendricks Symposium Department of Political Science, University of Nebraska - Lincoln* (2006),
- <http://digitalcommons.unl.edu/politicalsciencehendricks/9>, erişim tarihi: 29.04.2010

Teknolojik değişim süreci: Nanoteknoloji ve nanotıp

Prof. Dr. Ahmet Zeki Şengil



Selçuk Üniversitesi, Celal Bayar Üniversitesi ve Marmara Üniversitesinde öğretim üyesi olarak görev yaptı. Enstitü Müdürlüğü, Dekan Yardımcılığı, Yönetim ve Fakülte Kurulları ile Senato üyeliklerinde bulundu. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı yaptı. TÜBİTAK, UNICEF DSÖ, UNDP, Global Found ve T. C. Sağlık Bakanlığı ile çeşitli ulusal ve uluslararası proje ve araştırmaların yürütülmesinde görev aldı. İlgili alanları; immünoloji, rekombinant teknolojiler, nanotıp ve sağlıklı şehir konularıdır.

Nano, ölçü biriminin milyarda biri anlamına gelir. Genellikle metre ile birlikte kullanılır. Bir nanometre (1 nm); metrenin milyarda biri kadar bir uzunluğu veya büyüklüğü, 1 nanosaniye (ns); saniyenin milyarda biri kadar bir zaman aralığını ifade eder.

Teknoloji bir ürünün veya hizmetin üretilmesi, dağıtımı ve bakımında gerekli

olan bilgi (knowledge), beceri (skills) ve araçların (means) toplamıdır. Günümüzde, üretim süreci teknolojisi (process technology), ürün teknolojisi (product technology), teknik destek teknolojisi (hard technology), bilgisayar programlama teknolojisi (soft technology) veya yenilik teknolojisi (innovation technology) gibi farklı alan teknolojisi ifadeleri kullanılmaktadır.

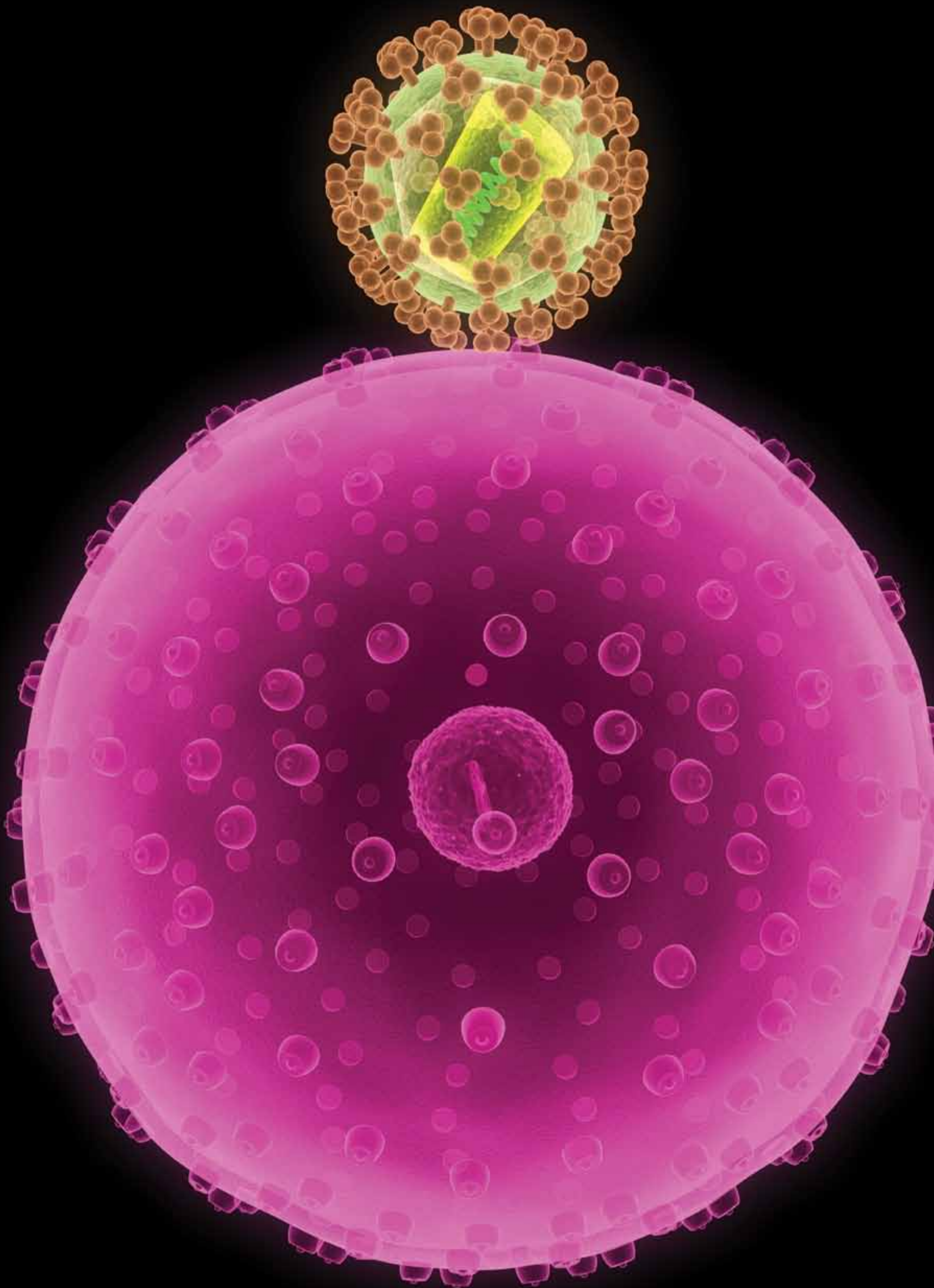
Nanoteknoloji ise; bir malzemeyi oluşturan yapıların herhangi bir amaç için kullanılmak üzere atom seviyesinde ye-

niden düzenlenmesidir. Madde ya da malzemeler üzerinde 100 nanometre ölçeğinden daha küçük boyutlarda gerçekleştirilen işlemlerdir. Nanoteknoloji; yoğun madde fiziği, malzeme ve mühendislik bilimleri ile moleküler biyoloji ve kimya gibi disiplinler arası bir "üst teknoloji süreci"dir.

"Nanotıp" veya "Nanobiyoteknoloji", nanoteknolojik yöntemlerin biyoloji ve tıp alanlarında uygulanmasıdır.

Teknoloji uygulamalarını gruplandır-





1900'lü yılların başında petrol ürünlerinin üretim teknolojileri geliştirilmeye başlanmıştır. 1903 yılında ilk uçak gökyüzüne doğru havalanmış; 1911'de vitaminler, 1928'de penisilin keşfedilmiş ve 1943'te antibiyotik üretimine geçilmiştir. Bu dönemde yer alan en önemli gelişmelerden biri de 1901'de radyonun, 1907'de elektronik lambanın geliştirilmesidir. 1895'te X ışınlarının bulunması ve 1938'de çekirdeğin bölünmesi ile sonuçlanan radyoaktivite ile ilgili buluşlar nükleer çağın yolunu açmıştır. 1945'de Hiroşima'ya atılan atom bombası ayrıca, "Nükleer Çağ"ın da başlangıcı kabul edilmiştir.

rak, "boyut" ölçeğinde genel olarak tanımlamak gerekirse; *makroteknoloji*; gözle görülebilen en küçük büyüklük olan 0.1 mm'den büyük malzemelerle yapılan, geleneksel Newton fizik kurallarının etkili olduğu makro düzeydeki teknolojik uygulamalardır. *Mikroteknoloji*; yine geleneksel fizik ve kimya teorileri ve kurallarının kullanıldığı, 0,1 mm ile 100 nm boyutlarındaki malzemelerle yapılan moleküler düzeydeki teknolojik uygulamalardır. *Nanoteknoloji* ise; 100 nm'den daha küçük boyutlardaki malzemelerle yapılan, kuantum fiziği kurallarının da etkili olduğu ve geleneksel teori ve modellerin, ortaya çıkan malzemelerin özelliklerini açıklamakta çoğu zaman yetersiz kaldığı nano boyuttaki teknolojik uygulamalardır.

Bunlar kısaca teknik tanımlardır. Tarihsel değişim sürecinin arka planında ise insanoğlunun sınırları zorlayan hayal gücünün etkisi vardır. Bu durum, bilim-

kurğu edebiyatının zaman zaman araştırmalara da yön verdiği düşüncesini doğurmaktadır. Isaac Asimov, 1966 yılında yazdığı "Fantastic Voyage - Şahane Yolculuk" isimli romanında Profesör Benes isimli bir bilim adamının beyin damarlarında oluşan pıhtının giderilmesi için, doktorların bir deniz altı içinde nano boyuta küçültülerek vücutta yaptıkları yolculuğu anlatmaktadır. Asimov'un ölümünden yalnızca bir süre sonra Freitas 1998 yılında yazdığı teorik makalesinde, "respirocyte" adını verdiği, dokulara 236 katı daha fazla oksijen taşıma kapasitesine sahip, 1 mikron çapında ve enerjisini serum glikozundan sağlayan bir "nanoneritrosit" in yapılmasının, elde bulunan teknolojik yöntemlerle mümkün olabileceğini önermiştir. Nanoteknoloji alanında ilk fikirleri ortaya atan Freitas ve arkadaşları, 2006 yılında nanoteknoloji tabanlı, kendi enerjisini üretebilen, bilgisayar kontrollü bir nano-robot tasarımı bahsetmektedir. "Pharmacyte" adı önerilen bu nano-aygıt aracılığıyla hassas bir şekilde taşınan ilacın vücut içinde ne zaman, nerede ve hangi hücreye verilebileceğinin kontrolü mümkündür. Henüz bir rüya gibi görülsede bu nano-yapıların tasarım aşamaları tamamlanmıştır.

Teknolojinin tarihsel gelişim süreci

Günümüz Batı teknolojisi, büyük ölçüde geçmiş uygarlıkların kazanımlarının yeniden keşfedilip sistematik bir şekilde geliştirilmesi ve bilimsel verilerin kurumsallaştırılmasıdır. İslam uygarlığının Ortaçağ'dan Yeniçağ'a taşıdığı bilimsel aydınlanmayla, İspanya, Sicilya ve Kuzey Afrika üzerinden Batı Avrupa'ya geçen ve Çin-Hint uygarlıklarının ürünlerini de içeren bu birikim, Batı dünyasının iç hesaplaşmasından doğan Reform ve Rönesans dönemlerinin yol açtığı bilimsel değişim ile birleşerek batı teknolojisinin temellerinin atılmasına yol açmıştır.

Bilimsel verilerin teknolojik ürünlere dönüştürülmesi 19. yüzyılda başlayan bir olgudur. 1712'de geliştirilen ve sanayinin mekanik enerji kaynağı durumuna gelen buhar makinesini, 1807'de buharlı gemi ve 1825'de buharlı lokomotif

izlemiştir. 1831'de Faraday'ın elektrik ile manyetizma arasındaki ilişkiyi ortaya koyması, elektrik motorunun ve dinamomun geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır. 1827'de fotoğrafın, 1837'de elektrikli telgrafın, 1876'da telefonun icadı yeni gelişmelerin öncüsü olmuştur. Demir-çelik sanayisindeki ilerlemeler ve otomobilin geliştirilmesi 19. yüzyılın en büyük teknolojik gelişmeleri olmuştur.

1900'lü yılların başında petrol ürünlerinin üretim teknolojileri geliştirilmeye başlanmıştır. 1903 yılında ilk uçak gökyüzüne doğru havalanmış; 1911'de vitaminler, 1928'de penisilin keşfedilmiş ve 1943'te antibiyotik üretimine geçilmiştir. Bu dönemde yer alan en önemli gelişmelerden biri de 1901'de radyonun, 1907'de elektronik lambanın geliştirilmesidir. Böylece, modern teknolojinin en önemli bileşeni olan elektronik alanında ilk adımlar atılmış, bunu radar ve televizyonun geliştirilmesi izlemiştir. 1895'te X ışınlarının bulunması ve 1938'de çekirdeğin bölünmesi ile sonuçlanan radyoaktivite ile ilgili buluşlar nükleer çağın yolunu açmıştır. 1945'de Hiroşima'ya atılan atom bombası ayrıca, "Nükleer Çağ"ın da başlangıcı kabul edilmiştir. Bütün bunların yanında 20. yüzyıl, teknolojinin neden olabileceği "felaketlerin" görüldüğü bir dönemin de başlangıcı olmuştur.

Nükleer teknolojinin yol açtığı sorunlar ve denetimi, temel olarak siyasal bir sorun olmakla birlikte, atom bombası, bilim adamının topluma karşı sorumluluğunu da gündeme getirmiştir. Teknolojinin yalnızca bir araç olduğu, hem yapıcı hem de yıkıcı amaçlar için kullanılabileceği görülmüştür. Teknolojinin denetimi başka bir makale konusu yapılabilecek kadar önemli ve kapsamlı bir konudur.

1947'de transistörün bulunması, bilimsel araştırmaların, elektronik ve bilgisayar teknolojilerinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Elektronik devrelerin ve mikroislemcilerin geliştirilmesi, otomasyon sistemler, robotlar ve yapay zekâ alanlarında önemli gelişmelere neden olmuştur. 1957'de başlayan uzay çağı, 1961'de gerçekleştirilen ilk insanlı uzay uçuşu, 1966'da Ay'a yapılan ilk yumuşak iniş ve



insanın Ay'a ayak basması, teknolojinin başarıları olarak devam etmiştir.

20. yüzyılda tıp ve sağlık alanlarında görüntüleme teknolojileri, klonlama ile genişleyen "İnvitro Fertilizasyon (IVF)" teknikleri ve genetik mühendisliği teknolojileri öncü uygulamalar olarak devam etmektedir.

Kısaca özetlenen tarihsel süreçte üretim için teknoloji, 19. yüzyıl sonlarına kadar insanın kol gücüne, hayvan, su ve rüzgâr enerjisine dayanırken yerini makine gücüne bırakmış ve demir çeliğin işlenmesi ile de teknolojik ürünler elde edilebilmiştir. "Makro" olarak tanımlanabilecek bu dönemden sonra 20. yüzyılın başlarında, moleküler düzeydeki elektronik, bilgisayar ve mikroçip teknolojilerine dayanan "mikro veya moleküler" teknolojiler dönemi başlamıştır.

Bilindiği gibi tüm maddeler atomlardan ve her bir atom da pozitif elektrikle yüklü bir çekirdek ve negatif yüklü elektronlardan oluşmaktadır. Çok kısaca, pozitif ve negatif enerji yüklerinden oluşan atomun, bu "enerji paketi" haline "kuantum özelliği" adı verilmektedir. Kuantum özelliği malzemelere farklı fonksiyonlar kazandırmaktadır. Malzemeler nano boyutta küçültüldüğü zaman, normalde görmediğimiz yeni ve üstün özellikler ortaya çıkmaktadır. Böylece Nanoteknoloji, "Newton fiziğinin etkin olduğu maddenin yoğun hali ile kuantum fiziğinin etkin olduğu tek tek atomlardan oluşan yapının sınırı"nda çalışmaktadır. Makro ve mikro teknolojik yöntemler, sonuçları önceden bilinen ve malzemelerin atom üstü özellikleri ile ilgili olan Newton fizik kurallarına dayanırken nanoteknolojik yöntemlerde kullanılan malzemelerin atom ve atom altı özellikleri ön plana çıkmaktadır.

Nanoteknolojinin tarihsel süreci

Nanoteknoloji vizyonu, 1959 yılında fizikçi Richard Feynman'ın "malzeme ve cihazların moleküler boyutlarda üretilebileceği ve yeni amaçlar için kullanılabileceği" üzerine yaptığı "There is Plenty of Room at the Bottom" başlıklı konuşması ile ortaya atılmıştır. 1980'lere kadar "minyatürizasyon" diyebileceğimiz küçük boyutlarda çalışmalar devam etmiş ancak boyutlar küçüldükçe yapılan çalışmaları izlemek zorlaşmıştır. Bu zorluk 1981 yılında "Scanning Tunneling Microscope" (STM)'ün geliştirilmesi ile sonuçlanmış ve araştırmacılarına 1986 yılı Nobel Fizik Ödülü'nü kazandırmıştır. Bunu "Atomic Force Microscope" (AFM) izlemiştir. Böylece, Feynman'ın sözünü ettiği nano ölçeğindeki aletlerin ölçüm ve modellemelerini yapmak mümkün olmuştur.

Somut "nano ürünler" üretme dönemi

olan 1990'ların başında araştırmacılar 60 karbon atomunun simetrik biçimde sıralanmasıyla elde edilen, 1 nanometre büyüklüğünde ve çelikten güçlü, plastikten hafif, elektrik ve ısı geçirgen yapıda, futbol topu şeklindeki "fullerene" moleküllerini geliştirdiler. Bu araştırmacılar da 1996 yılında Nobel Kimya Ödülü'nü almıştır. 1991 yılında, fullerene molekülünün esnetilmiş bir şekli olan ve çelikten 100 kat daha güçlü ve 6 kez daha hafif olduğu iddia edilen karbon nano tüpleri geliştirilmiştir.

Artık dünyada nanoteknolojiye yatırım yapma ve öncü olma zamanıydı. 1999 yılında ABD'de hükümet, nanoteknoloji alanında yürütülen araştırma, geliştirme ve ticarileştirme faaliyetlerinin hızını artırmak amacıyla ilk resmi hükümet programını, "Ulusal Nanoteknoloji Adımı"nı (National Nanotechnology Initiative) başlattı. 2001 yılında Avrupa Birliği, Çerçeve Programına nanoteknoloji çalışmalarını öncelikli alan olarak dahil etti. Japonya, Tayvan, Singapur, Çin, İsrail ve İsviçre benzer programlar başlatarak 21. yüzyılın ilk küresel yeni teknoloji yarışında yer almaya başladılar.

Nanoteknoloji, 21. yüzyılın endüstriyel devrimi olarak biçimlenmektedir. Bilim ve teknoloji alanındaki çok hızlı gelişmelerle bu teknolojiyi "eskitecek" yeni bir alan ortaya çıkana kadar nanoteknolojinin etkisi, tarihte buhar gücünün, elektriğin veya transistörlerin kullanımı kadar belirgin olacaktır. Dünyadaki bilimsel değişim hızına bakıldığında zaman, bu sürecin çok da gecikmeyeceği anlaşılmaktadır. Ancak beklenen gerçek şudur ki; nanoteknoloji ile sanayide, bilişimde, sağlıkta ve akla gelebilecek her alanda yeni ürünler geliştirilecek, üretim süreçleri ve yöntemleri değişecektir.

Nano yapıların elde edilme yöntemleri

Nano yapılar ki ana yöntemle elde edilebilir.

1. Atomdan moleküle, molekülden malzemeye (Bottom-up): Aşağıdan yukarıya veya küçükten büyüğe yaklaşımıdır. Maddenin en temel birimi olan atomların yan yana dizilerek moleküler yapıların oluşturulmasıdır.

2. Malzemeden moleküle, molekülden atoma (Top-down): Yukarıdan aşağıya veya büyükten küçüğe yaklaşımıdır. Malzemenin mekanik veya kimyasal yöntemler kullanılarak atomlarına ayrıştırılması ve yeniden düzenlenmesidir. Bugün teknolojik imkânlar nedeniyle genellikle bu yöntem kullanılmaktadır.

Nanotıp

Nanotıp, daha çok nanoteknolojik yöntemlerle biyoteknolojinin bir arada uy-

Nano-parçacıklar

aracılığıyla ilaç taşınımının en güçlü yönü, istenilen yüzey modifikasyonları sayesinde, parçacıklara biyo-taklit özelliği kazandırılabilmesidir. Bu sayede, ilaç taşıyıcısı olan nano-implantların, yalnızca belirli bir bölgede, belirli bir damarda veya belirli bir çevrede ilaç salınımı yapmaları sağlanmış olur. Bu yaklaşım tedavi özgüllüğünü arttırabilmesiyle ilaç tedavisinde yeni bir çığır açmaya hazırlanmaktadır.

gulanması şeklinde gelişmektedir. Moleküler biyoloji alanında şimdiye kadar edindiğimiz bilgi birikiminin üzerine uygulanan nanoteknolojik yöntemler, yeni bir araştırma alanı olarak *nano-biyo-teknoloji*'yi ortaya çıkarmaktadır. Tıp alanında uygulanan nanoteknolojik yöntemlerin amacı, canlı sistematiğini taklit etmektir. Canlı doku içerisinde hücrenin ihtiyacını belirleyip temin edebilen, zararlı maddeleri ortadan kaldıracı, kendisini yenileyebilen teknolojik ya da robotik ürünler geliştirmektedir. İnsandaki bütün genetik bilgiyi taşıyan DNA molekülünün çapı 2 nm kadardır. İnsanı yabancı olan her şeye karşı savunan bağışıklık sisteminin önemli elemanlarından biri olan immünglobülin yapısındaki antikorlar ise 15–50 nm arasında değişmektedir. Fonksiyonları bu düzeylerde belirlenmiş ürünlerin geliştirilmesi, özellikle teşhis ve tedavi alanlarında çok önemli uygulama imkânları bulacaktır.

Bu amaçla, organizma içerisinde akıllı ilaç salınımı başta olmak üzere sadece kanserli veya hastalıklı hedef hücrelere bağlanıp taşıdığı etken maddeyi aktarabilen, her türlü tedavi edici mekanizmaları düzenleyen bir sistem olarak geliştirilen *nano-implantlar* veya *nano-veziküller* her türlü tanı amacıyla geliştirilen *nano-sensörler* araştırma aşamalarını geçip klinik uygulama imkânı bulmuş, tıp alanında kullanılan nanoteknolojik ürünlerdir.

Nano-implantlar

Nanoteknolojinin sağlık bilimleri uygulamalarında kullanılmak üzere programlanabilen multimerik nano malzemeler geliştirebilme gücü, tanı ve tedavide yeni ufuklar açılmasını sağlamıştır. Nano boyutta katmanlar halinde sentezlenen ve polimerik tekrar üniteleri içeren sentetik makro moleküllere "dendrimer" adı verilmektedir (Şekil). Nano bilimin elinde bulunan yapı taşlarından düzenli sentetik polimerler geliştirilmesini tanımlayan bu yaklaşıma "Lego kimyası" adı da verilmektedir. Dendrimerleri özgül hücre ve doku tanıma özelliklerine sahip ilaç salınım sistemi, nano-implant olarak kullanmak mümkündür.

Nano-parçacıklar aracılığıyla ilaç taşınımının en güçlü yönü, istenilen yüzey modifikasyonları sayesinde, parçacıklara biyo-taklit özelliği kazandırılabilmesidir. Bu sayede, ilaç taşıyıcısı olan nano-implantların, yalnızca belirli bir bölgede, belirli bir damarda veya belirli bir çevrede ilaç salınımı yapmaları sağlanmış olur. Bu yaklaşım tedavi özgüllüğünü arttırabilmesiyle ilaç tedavisinde yeni bir çığır açmaya hazırlanmaktadır. Benzer bir yaklaşımla nano-parçacıklar aracılığıyla kan beyin bariyerinin geçici bir süre açılarak ilaç geçişinin sağlanması ve daha sonra tekrar fizyolojik şartlara geri dönülmesi mümkündür.

Nano-veziküller

Özellikle rekombinant DNA moleküllerinin gen tedavisi amacıyla hedef hücrelere özgüllükle gönderilmesi, kanser gen tedavisinde çok önemli bir basamaktır. Günümüzde viral vektörler ve kullanım alanları biyo-güvenlik endişeleri ve sınırlı üretim potansiyeli nedeniyle klinik uygulamalarda temkinle yaklaşılan bir seçenektir. Viral vektörleri yapısal olarak taklit edebilen ve viral kapsid ve zarf yapılarının da kullanıldığı virüs-tabanlı nano-parçacıklar yardımıyla viral vektörlerle benzer tropizm özelliklerine sahip ancak biyo-güvenlik açısından çok daha güvenilir nano-veziküler yapılarla özgül gen transferi sağlamak da mümkündür.

Nano/biyo-sensörler

Nanotıp alanında biyo-sensörler, ilk olarak yarı iletken özellikte tasarlanan ve sentezlenen karbon nano-tüp yapılarla araştırılmaya başlanmıştır. Bu çalışmaların amacı karbon nano-tüp yapıda biyo-algılayıcıların mikro elektronik bileşenlere eşlenmesiyle biyolojik sistemlerdeki elektrik veya elektrokimyasal sinyallerin tanınması ve okunabilmesini sağlamaktır. Nanoteknoloji, özgül nükleik asit dizilerinin tanınmasında yeni bir çığır açmaya hazırlanmaktadır. Yakın zamanda çok daha az miktarda ve günümüzde ulaşılamayan biyolojik örneklerde ekspresyon analizi ve daha pek çok genetik fonksiyonel analiz mümkün olacaktır. Bu sayede yeni biyo belirteçlerin geliştirilmesi, kişi bazında yüksek ölçekli dizi analizinin mümkün olması ile kişiye özgül yeni tanı testleri aracılığıyla "kişiselleştirilmiş tıp uygulamaları" ortaya çıkacak ve yaygınlaşacaktır.

Nano-diyagnoz

Nanoteknolojinin tıp dünyasına getirdiği önemli yeniliklerden biri de, kanser oluşumu, ateroskleroz, yeni damarlanma ve benzeri pek çok patolojinin erken tanısı, evrelendirilmesi ve takibinde kullanılan girişimsel işlemlerin yerine önerdiği görüntüleme yöntemleridir. Radyo-diagnostik yöntemlerle takip edilebilen nano-parçacıkların doku tipine, hücre tipine, belirli bir ligand tipine ve hatta belirli reseptörlerin alt ünitelerine özgülük gösterecek şekilde hedeflenebilmesi, önümüzdeki beş yıl içinde yeni görüntüleme teknolojilerinin uygulamaya geçirilmesini sağlayacaktır.

Yeni geliştirilen nanoteknolojik ürünlerle ilgili olarak 2000 yılından bugüne kadar IBM ve Samsung firmaları başta olmak üzere binlerce patent alınmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen sadece patent hakları yatırımcı firmalara çok büyük girdiler sağlamaktadır.

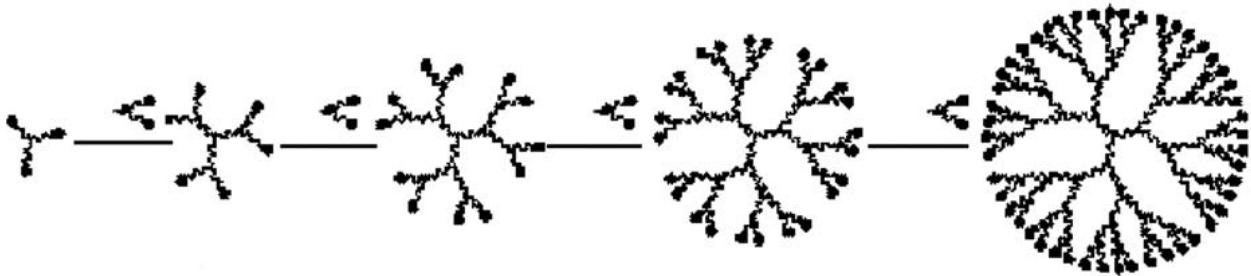
Riskler

Nano-boyutta üretilmeleri nedeniyle düşük ölçekli reaksiyonlara neden olan

nano-materyal üretimi, kimyanın uzun tecrübe ve bilgi birikimine sahip olduğu alanlardan biri değildir. Nano-parçacıkların üretim aşamasında oluşan yan ürünler ve kullanılmayan nano-parçacıkların doğa ve çevrede akibetinin ne olacağı bilinmemektedir. Diğer yandan, nano-parçacıkların canlıda uygulamalarının uzun dönem etkileri hakkında da bilgi ve toksisite testleri in-vitro ortamla sınırlı kalmaktadır. İn-vivo toksisite deneyleri literatürde çok sınırlı sayıda yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda nano-parçacıkların en önemli ve olası yan etki nedenleri; beklenen dağılım alanlarının dışına çıkmaları, fagositozdan kaçabilecek kadar ufak olmaları, proteinlerin yapılarını modifiye ederek inflamatuvar ve toksik etki ortaya çıkarmaları ve karbon nano-tüplerin uzun filamentöz agregatlar oluşturabilme potansiyelidir. Diğer yandan karbon nano-tüpler hızla ve değişmeden filtrasyon yoluyla atılırken bu özelliğiyle vücutta birikme ihtimali mümkün görünmemektedir.

Nano-parçacıkların çevre, doğa ve insan sağlığına etkilerinin incelenmesi için sağlık otoriteleri yeni çerçeve kuralları belirlemeye çalışmaktadır. Bu doğrultuda, klasik farmasötik kimya ve biyoteknolojinin kullandığı ve biyo-materyal ruhsatlandırılması için gerekli ve geçerli olan testlerin yanında yeni bazı deneylerin de yapılması ve standart hale getirilmesi bir ihtiyaçtır.

Önemli risklerden biri de, bilgi ve rekabet çağında ve globalleşen dünyada toplumların, "bilenler" ve "bilmeyenler" "yönetenler" ve "yönetilenler" ya da "sahipler, efendiler" ile "köleler, uşaklar" olarak iki gruba ayrılacak olmasıdır. Bilim ve teknolojiye sahip olanlar yöneten-efendiler, sahip olmayanlar da diğerleri kalacaktır. Bilim ve teknoloji üretmeyen ve sanayi devrimini yakalayamayan toplumumuz, bedelini bir dünya devleti olan Osmanlı İmparatorluğu'nu kaybederek ödemiştir. Cümlelerin bundan sonraki kısmını okuyucu kendi istediği gibi tamamlayabilir. Ancak tahmin ederim ki; varlık mücadelesi bundan sonra çok daha zor olacaktır. Bilim ve teknoloji politikamız



Şekil 1: Lego kimyası, bir dendrimer çekirdeğinin birini takip eden reaksiyonlarla dallanması ve gerekli fiziksel ve kimyasal yüzey özellikleri sağlayan son grupların eklenmesi ile birbirini takip eden çok basamaklı reaksiyonların sonucunda oluşur. Bu şekilde bir dendrimer molekülünün istenilen özelliklere sahip olarak tasarlanması ve ilaç moleküllerinin eklenmesi mümkün olur (19 no'lu kaynaktan uyarlanmıştır).

ve üniversitelerimiz çok acilen gözden geçirilmeli, şu andaki kriterler değiştirilmeli, üniversitelerimiz rektörlük seçimlerinden çok somut bilim ve teknoloji üretmeye yönlendirilmelidir. Dünyanın bilim ve teknoloji üreten üniversiteleri sıralamasında adını göremediğimiz, ulusal “büyük” üniversitelerimizde kurulmuş olan “çiftlikler” dağıtılmalı, ters dönmüş akademik personel piramidi düzeltilmeli ve genç ve dinamik beyinlerin önü açılmalı, ihtiyaç duyulan zemin hazırlanmalıdır.

Sonuç

Nanoteknoloji, atom ölçeğinde ve bu ölçeğin bazı temel özelliklerinden yararlanarak, özel yöntem ve tekniklerle, materyallerin, araçların ve yapıların inşa edilmesini ifade eder.

Nanoteknolojik üretim terimi ise, belli bir endüstri dalını belirtmez. Doğanın en küçük yapı taşları olan atomları kullanarak elde edilen bilimsel ve teknolojik gelişmeleri niteler.

Nanoteknolojinin sağlayacağı imkânlar kısaca;

- Her atomu tam istenilen yere yerleştirme imkânı,
- Fizik ve kimya kurallarının mümkün kıldığı hemen hemen her şeyi atom seviyesinde düzenleyerek üretebilme imkânı,
- Üretim maliyetlerinin ham madde maliyetlerini geçmediği ekonomik üretim imkânıdır.

Tıp alanında nanoteknoloji; hücrenin ihtiyacını belirleyip temin edebilen, zararlıyı ortadan kaldıran, kendisini yenileyebilen ve canlı sistematiğini taklit

edebilen teknolojik ürünler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Kaynaklar

Baro AM, Miranda R, Alaman J, et al. Determination of surface topography of topography of biological specimens at high resolution by scanning tunnelling microscopy. *Nature* 1985; 315:253-4.

Curl RF, Smalley RE, Kroto HW, O'Brien S, Heath JR. How the news that we were not the first to conceive of soccer ball C60 got to us. *J Mol Graph Model* 2001; 19:185-6.

Çıracı S. 21.yüzyılda yeni bir sanayi devrimi: Nanoteknoloji. www.nano.org.tr

Eichman JD, Bielinska AU, Kukowska-Latallo JF, Baker JR Jr. The use of PAMAM dendrimers in the efficient transfer of genetic material into cells. *Pharm Sci Technol Today* 2000; 3:232-45.

Freitas RA Jr. Exploratory design in medical nanotechnology: a mechanical artificial red cell. *Artif Cells Blood Substit Immobil Biotechnol* 1998; 26:411-30.

Freitas RA Jr. Pharyocytes: an ideal vehicle for targeted drug delivery. *J Nanosci Nanotechnol* 2006; 6:2769-75.

Göker A, Sağlıkta nasıl gelecek(3). <http://www.inovasyon.org>

Gürsel İ. <http://www.nanoteknolojisi.net>
<http://www.nanoturk.com>

<http://www.frmtr.com/bilim-ve-teknoloji/1268380-bilim-ve-teknoloji-tarihi.html>

Karacasulu N. Teknoloji ve transferi. *Dokuz Eylül Üniversitesi*

Kim E, Kim K, Yang H, Kim YT, Kwak J. Enzyme-amplified electrochemical detection of DNA using electrocatalysis of ferrocenyl-tethered dendrimer. *Anal Chem* 2003; 75: 5665-72.

Koo YE, Reddy GR, Bhojani M, et al. Brain cancer diagnosis and therapy with nanoplateforms. *Adv Drug Deliv Rev* 2006; 58:1556-77.

Lacerda L, Bianco A, Prato M, Kostarelos K. Carbon nanotubes as nanomedicines: from toxicology to pharmacology. *Adv Drug Deliv Rev* 2006; 58:1460-70.

Lanone S, Boczkowski J. Biomedical applications and potential health risks of nanomaterials: molecular mechanisms. *Curr Mol Med* 2006; 6:651-63.

Manchester M, Singh P. Virus-based nanoparticles (VNPs): platform technologies for diagnostic imaging. *Adv Drug Deliv Rev* 2006; 58:1505-22.

Marshall E. Gene therapy. Second child in French trial is found to have leukemia. *Science* 2003; 299:320.

Myc A, Majoros IJ, Thomas TP, Baker JR. Dendrimer-based targeted delivery of an apoptotic sensor in cancer cells. *Biomacromolecules* 2007; 8:13-8.

Nanobilim ve Nanoteknoloji Stratejileri. TÜBİTAK, 2004

Nanobulten. www.nano.org.tr

Ng HT, Li J, Smith MK, et al. Growth of epitaxial nanowires at the junctions of nanowalls. *Science* 2003; 300:1249.

Ottaviani MF, Jockusch S, Turro NJ, Tomalia DA, Barbon A. Interactions of dendrimers with selected amino acids and proteins studied by continuous wave EPR and Fourier transform EPR. *Langmuir* 2004; 20:10238-45.

Quintana A, Raczka E, Piehler L, et al. Design and function of a dendrimer-based therapeutic nanodevice targeted to tumor cells through the folate receptor. *Pharm Res* 2002; 19:1310-6.

Schmidt KF. Nanofrontiers: Visions for the future of nanotechnology. *Pen*, 6 March 2007

Snejdarkova M, Svobodova L, Gajdos V, Hianik T. Glucose biosensors based on dendrimer monolayers. *J Mater Sci Mater Med* 2001; 12:1079-82.

Svenson S, Tomalia DA. Dendrimers in biomedical applications-reflections on the field. *Adv Drug Deliv Rev* 2005; 57:2106-29.

Tomalia DA, Reyna LA, Svenson S. Dendrimers as multipurpose nanodevices for oncology drug delivery and diagnostic imaging. *Biochem Soc Trans* 2007; 35:61-7.

Torchilin VP. Multifunctional nanocarriers. *Adv Drug Deliv Rev* 2006; 58:1532-55. Yin H, Wang MD, Svoboda K, Landick R, Block SM, Gelles J. Transcription against an applied force. *Science* 1995; 270:1653-7.



Merrill Lynch tarafından hazırlanan teknolojik gelişmeler grafiği

Türkiye'nin bilim ve yayın politikası var mı?

Prof. Dr. İbrahim Ortaş



1960 yılında doğan İbrahim Ortaş, 1985 yılında Çukurova Üniversitesi'nden mezun oldu. 1994'te İngiltere'deki Reading Üniversitesi'nde doktorasını tamamladı. 30'u aşkın ülkede bilimsel toplantılara katılan Dr. Ortaş'ın tarım, bitkiler, besleme ve eğitim konularında yayımlanmış 400'ü aşkın makalesi bulunmaktadır.

Üniversite kelimesi evrensellikten gelmekte olup ileri düzeyde eğitimin ve araştırmanın yapıldığı üniversitelerde, sınırların dışına taşan ölçüde nitelikli eğitim ve bilim üretimi yapılmaktadır. Üniversitelerin asıl görevi; bilgiyi sorgulamak, üretmek, bilginin sürdürülebilir şekilde korunmasını sağlamak, eğitim-öğretimle bilgi dönüşümleri sağlamak ve bilgi edinmenin paylaşımı ve bilginin toplumun sorunlarının çözümüne katkıda bulunmak olarak belirtilebilir.

Günümüzde üniversitenin önemi, bilim ve teknolojinin hayatın her alanında kendisini hissettirmesi, evrensel boyuta bircik ölçü olmuştur. Bu bağlamda ülkemizde üniversite öğrenimi almak ve bu yolla

iş sahibi olup iyi bir gelecek kurmak, fakirinden zenginine yüksek bir ilgi görür olmuştur. "Üniversite nedir, üniversitede ölçü nedir?" soruları günümüzde sık sorulmakta ve ülkelerin neredeyse temel sorunu ve prestij konumu haline gelmiştir.

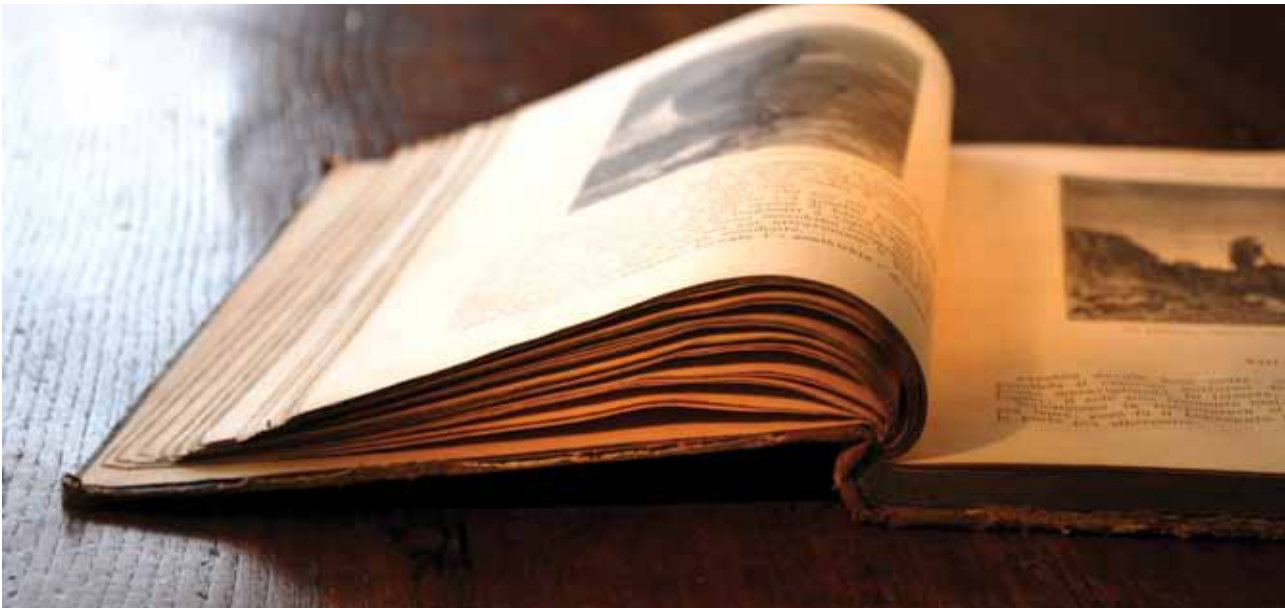
Üniversitede ölçütlerimiz neler?

Buradaki amacım polemik yapmak değil. "Türkiye'de bilim yapılıyor mu?" sorusunu hatırlatmak istiyorum. Bilim, felsefe ve sanat yapılabildiğini görebilmemiz için her şeyden önce ölçütlerimizin olması uygun olacaktır. Bu ölçütler arasında ilk aklıma gelenler şunlardır:

- a. Yayın sayısı
- b. Yayınlara atıf sayısı
- c. Yayınların teknolojiye dönüşmesi

- d. Patent sayısı
- e. Yetiştirilen öğrenci sayısı
- f. Bilim kişilerinin toplumu aydınlatma düzeyi
- g. Yayımlanan kitap ve diğer yayınlar toplamı
- h. Düzenlenen konferanslar vb. etkinlikler düzeyi
- i. Yetiştirdiği öğrencilerin uluslararası alanda iş bulma şansı
- j. Bilimsel buluşların ve araştırmalarla toplumsal sorunların çözülmesi ve kalkınma arasındaki ilişki

Bu ölçütler açısından; Türkiye'nin en iyi öğrencilerin tercih ettiği üniversiteler olma özelliği taşıyan, kadro açısından avantajlı konumda olan, tarihi olarak







Türkiye'nin 1990 sonrası yakaladığı bilimsel makale üretim hızı, 2005 sonrası 18-20. sıralarda devam etmektedir (8). Türkiye ile benzer nüfusa sahip yaklaşık 80 milyon nüfuslu Almanya 2005 yılında 257 bin araştırmacıya sahipken, aynı dönemde tam zamanlı araştırmacı sayısı Türkiye'de ise 25 bin civarındadır. Aynı dönemde Almanya'da AR-GE harcamaları 56 milyar dolar iken bu rakam Türkiye'de 2.6 milyar dolar düzeyinde gerçekleşmiştir.

daha eskiler arasında yer alan, TÜBİTAK ve DPT kaynaklarının önemli kısmını kullanmak gibi "taşraya" göre daha şanslı konumda bulunan Ankara, İstanbul ve İzmir'deki üniversitelerimizin bile; yetiştirdiği insan kaynağı, ürettiği proje ve yarattığı katkı payı açısından sorgulanması gerekiyor.

Türkiye bilim ve teknolojiye ne denli önem vermektedir?

Türkiye'nin, bilim ve teknoloji üretmesi için Ar-Ge çalışmalarına verdiği maddi desteği artırması gerekiyor. Türkiye'nin yayın yapabilmesi ve yaptığı yayın üzerinde kendi ekonomisini güçlendirmesi ve hak ettiği yere kavuşması için AR-Ge'ye önem verilmelidir. Bilim ve teknolojiye gelişme ile ancak kişi başına düşen geliri AB ülkelerinin seviyesine getirmenin yolu sağlanabilir. Bilgi ve teknoloji üretmek için Ar-Ge'ye ayrılan pay AB ülkeleri düzeyine çıkarılırsa toplumun refahı da aynı oranda artacaktır. Türkiye'nin milli gelirinden Ar-Ge'ye 2002-2003 yıllarında ayırdığı pay, yüzde 0.67 idi. AB ülkelerinde bu oran yüzde 2'yi buluyordu. 2010 hedefleri ise bu oranın yüzde 3'e çıkarılması yönünde idi. Türkiye, Avrupa Birliği görüşmelerinde 2010 yılında Ar-Ge'ye ayıracağı payı yüzde 2'lere çıkaracağına söz verdi. Ancak 2010 yılı itibarı ile ülkemizde halen AR-Ge payı yüzde 0.90 düzeyine bile gelmedi (1).

Türkiye'nin GSMH'sinin 410 milyar dolar

olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bilim ve teknoloji konusundaki Ar-Ge faaliyetlerine ayrılması gereken yüzde 2'lik pay, 8,2 milyar doları buluyor. Geçen 4,5 yılda ciddi kaynaklar ayrılmasına rağmen Ar-Ge'ye ayrılan pay yüzde 1'i bile bulmadı (1). Bu, işin bir sisteme bağlı olmamasından ve bu işle ilgili bir siyasi desteğin sağlandığı otoritenin bulunmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bu bağlamda "Bilim ve Teknoloji Bakanlığı"nın kurulması anlamlı olacaktır. Ülkemizde bilim ve teknoloji konusundaki Ar-Ge çalışmalarının desteklenmesi noktasında yetkili kurum TÜBİTAK'tır. Ancak kurumun Başbakanlık tarafından sağlanan bütçe ile yönetilmesi ve her yönü ile özerk yapısının oluşturulmaması, istenen oranda bilimsel atak yapmasına engel olmaktadır. Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanan 2005 yılı 'Avrupa Yenilik Karnesi' (European Innovation Scoreboard) raporunda belirtildiği üzere, ülkemizin bilimsel ve teknolojik yetkinlik açısından üst seviyedeki ülkeler grubuna yetişebilmesi için 50 yıllık bir sürenin bile yeterli olamayacağı ve aradaki farkın giderek açılmakta olduğu gerçeği önümüzde duruyor.

Türkiye eğer geleceğe yönelik olarak bilim ve teknolojiye bir ilerleme sağlayacaksa son yılların birkaç başarılı ülke örneğini dikkate alabilir. Bu ülkelerin başında İrlanda, Finlandiya ve Güney Kore gelmektedir. "Finlandiya 90'lı yıllarda GSMH'sı düşük bir tarım-orman eksenli ekonomik ülkediydi. Sonra Ar-Ge'ye önemli kaynaklar ayırdı ve GSMH'sını yükseltti. Şu anda bu ülke

de kişi başına düşen milli gelir 40 bin doları buluyor. İrlanda da 90'lı yıllarda tarım ülkesiyken kaynaklarının çoğunluğunu eğitime ayırdı ve şu anda kişi başına düşen geliri 52 bin dolar düzeyine çıkmış bulunuyor. Yine Güney Kore de, benzer şekilde günümüzde Ar-Ge çalışmalarına önemli katkı yapan ve karşılığını da alan bir ülkedir (2).

Türkiye'nin dünya bilimine verdiği önem yönünden yeri nedir?

Dünyada birçok kuruluş bilimsel gelişmeleri izlemektedir. Dünyanın bugün biricik gücü yetişmiş insan gücü ve insanın yarattığı bilimsel üretilerdir. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), son yıllarda dünyadaki bilimsel çalışmaları mercek altına almaktadır. UNESCO yayımladığı 1998 yılı raporunda dünyada bilimin son durumunu ortaya koymaktaydı. Raporda bütün ülkelerin bilim faaliyetleri incelenmekte, ülkelerin yenilik yapma kabiliyetleri karşılaştırılmakta ve teknolojik düzeyleri hakkında bilgiler verilmektedir. Ölçüt olarak da;

1. Gayrisafi milli hâsıladan (GSMH) araştırmaya ayrılan yüzde
2. Patent talep sayısı
3. Bilimsel dergilerde yayımlanan makale sayısı belirleyici faktör olarak göz önünde bulundurulmaktadır.

Rapor, bilimsel yayınların yüzde 38,4'ü ABD, yüzde 35,8'i Avrupa ve sadece

Tablo 1: Türkiye'de bütçeden yükseköğretime ayrılan pay ve milli gelire oranı (6)

Yıllar	Yükseköğretim Bütçesinin Konsolide Bütçeye Oranı (%)	Yükseköğretim Bütçesinin GSMH'ye Oranı (%)
1999	2,49	0,86
2000	2,26	0,84
2001	2,82	0,74
2002	2,55	0,89
2003	2,27	0,94
2004	2,45	0,86
2005	3,34	1,07
2006	3,35	1,04
2007	3,21	1,05
2008	3,29	1,02

yüzde 10,1'i Japonya tarafından yapıldığını gösteriyor. Son yıllarda Japonya, Rusya, Çin, Hindistan ve Brezilya bir kategoride değerlendirilmektedir (3).

Son yıllarda dünyada en çok ilgi gören iletişim teknolojileri, elektrik-elektronik, bilgisayar mühendisliği, biyoteknoloji, nanoteknoloji, biyokimya, matematik, malzeme bilimi, çevre, tıp ve nöroloji alanlarında ABD, AB ve diğer ülkeler öncülük etmektedir. Türkiye 2008 yılı GSMH'dan eğitime yüzde 4 pay ayırarak Avrupa Birliği içinde eğitime en az pay ayıran ülke konumundayken GSMH'dan Ar-Ge'ye ayrılan yüzde 0.87 pay ile OECD ülkeleri içinde son sıralarda yer almaktadır. Alınan patent yüzdelere göre, biyoteknolojilerde ABD yüzde 57,1, Avrupa Birliği yüzde 29,7 ve Japonya yüzde 5,3; enformatikte ABD yüzde 67,4, Avrupa Birliği yüzde 19,5 ve Japonya yüzde 9,1; ilaç sanayisinde ABD yüzde 59,8, Avrupa Birliği yüzde 25,8 ve Japonya yüzde 5,4; çevre teknolojilerinde ABD yüzde 24,9, Avrupa Birliği yüzde 59,1 ve Japonya yüzde 6,8; ulaştırma teknolojilerinde ABD yüzde 20,0, Avrupa Birliği yüzde 53,1 ve Japonya yüzde 18,1'lik paylara sahipler (4).

16.07.2005 tarihinde Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından yapılan değerlendirme de, ülkemizin bilim gücü ve beyin göçü hakkında beklenen verileri sunmaktadır. Türkiye'nin patentlere katkısı yok denecek düzeyde azdır. Türkiye'de tescil edilen patent sayısı 2 bini geçmiyor. Buna karşılık her yıl ABD ve Japonya'da 150 bin, Almanya'da 50 bin, Fransa ve İngiltere'de 40 bin, Rusya'da 20 bin patent tescil ediliyor. Ülkelerin, teknolojiyi ekonomilerine yansıtırma başarısına göre 49 ülkeyi kapsayan sıralamada Türkiye 33'üncü sırada yer alıyor. Bu sıralamada ilk üç sırayı ABD, İsveç ve Finlandiya alıyor. İleri teknoloji ürünlerinin Türkiye'nin ihracatındaki payı yüzde 4. Bu oran İrlanda'da yüzde 47, Arjantin'de yüzde 8 (4).

Türkiye'nin bilim politikası eksikliği bulunmaktadır

Türkiye; temel bilim politikası oluşturma, bilimsel düşünme alışkanlığı kazanma, bilimden yararlanma konusunda istenilen yerde değildir. Türkiye'nin bilimsel araştırmayla ilgili sorunları büyük ölçülerde temel felsefe yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Türkiye temel ve uygulamalı bilimlere ciddi kaynak ayıramamaktadır. Üniversitemiz dünya çapında büyük proje üretmekten yoksundur ve dünyanın ilk 500 sıralaması listesinde ancak bir üniversite ile o da sonlarda yer alabilmekteyiz (2). Bütün bu nedenlerden dolayı Türkiye teknolojik gelişmenin ve kalkınmanın lokomotifine durumuna kavuşamamaktadır. Türkiye'nin acilen bir ulusal bilim ve teknoloji politikasını geliştirmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ulusal politikanın bütünsellik içinde yürütülmesi için ciddi bir bilinçlendirme çalışmasının yapılması gerekmektedir.

1983 yılında Türkiye'de Ar-Ge harcamalarının GSMH'daki payının yüzde 0,2 -0,3 düzeyindeyken, 2000'li yıllarda yüzde 0.6 düzeyine çıkartılmıştı. Aynı dönemde 10 bin kişiye düşen araştırmacı sayısı 4,2 iken bu rakamı 2010'lu yıllarda 15 araştırmacı olarak hedefleyen Türkiye, ancak 10 bin kişide 11 araştırmacı oranını yakalayabildi. Yunanistan'da ise 10 bin kişiye 45 araştırmacı düşüyor. OECD raporuna göre her bin kişiye, Türkiye'de 1.1, Yunanistan'da 3.8, AB'de 5.8, ABD'de 8.6, Japonya'da ise 9.7 bilim adamı düşüyor. Bu durum ülkemizin bilime ve bilim insanına istenilen düzeyde destek vermediğini gösteriyor (5).

2008 eğitim bütçemiz, önümüzdeki yıl eğitimin niteliğini yükseltmek adına istenilen düzeyin çok gerisinde bir katkıyı eğitime ayırarak geleceğe ilişkin ciddi bir umut vermemektedir. Bu durum Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 2: Eğitim kademelerine göre öğrenci başına yapılan harcama (ABD Doları) (7)

Ülkeler	İlköğretim	Ortaöğretim	Yükseköğretim	İlköğretimden Yükseköğretime
Çek Cumhuriyeti	2.791	4.779	5.711	4.484
Fransa	5.082	8.737	7.322	7.880
Yunanistan	4.595	5.213	4.521	5.135
Macaristan	3.841	3.692	5.607	4.326
İtalya	7.390	7.843	4.812	7.723
Meksika	1.694	1.922	4.834	2.128
Polonya	3.130	2.889	3.893	3.323
Türkiye	1.120	1.808	4.231	1.527
OECD Ort.	5.832	7.276	7.951	7.061

Bilim politikalarının olmaması ve yanlış yönetilmeleri nedeniyle üniversitelerimiz vizyonsuz, misyonsuz ve hedefsiz olarak adeta okyanuslarda boşa kürek çekmektedirler. Üniversitemizin bilim politikalarının olmadığı, buna bağlı olarak akademik kadrolarını doğru olarak sağlayamadıkları artık hepimizin bilgisi dâhilinde. Üniversitelerin fidanlıkları olan araştırma görevlilerinin doğru dürüst en iyiler arasından alamadığımız bir durumda ne tür bir bilimsel başarı ve kalite bekleyebiliriz ki?

2008 yılı itibarıyla Türkiye'nin yükseköğretime kamu kaynaklarından ayırdığı pay, öğrenci sayısındaki artışa paralel olarak yükselmekte ve istikrarsız bir seyir izlemektedir. Son verilere göre Türkiye'nin yükseköğretime ayırdığı kaynak, GSMH'nin yüzde 1,02'i kadardır. Bunun da yaklaşık olarak toplam bütçe içerisindeki payı yüzde 3,29 olmaktadır. 2008 yılı itibarıyla dünyada ilk 500 üniversiteye giren ülkelerde bu değer daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu değerler ABD'de 330, AB'de 230, Japonya'da 130, Çin'de 136 ve Finlandiya'da 7,5 milyar dolardır. (1, 5) Tablo 1'de görüldüğü üzere GSMH içinde yükseköğretime ayrılan pay, son on yılda yüzde 0.86'dan yüzde 1.02 düzeyine çıkabilmiştir. Adeta bilim dünyada atom hızı ile ilerlerken ülkemizde halen yerinde sayar konumdadır. Yükseköğretim bütçesinin yeni açılan üniversiteler de dikkate alındığında ne denli yetersiz olduğu görülecektir. Doğal olarak bu arada artan öğrenci sayısı ve diğer talepler göz önüne alındığında ülkemizin üniversite ve eğitime istenilen desteği sağlamadığı görülecektir.

Türkiye, beyin göçüne önemli dercede katkıda bulunan ülkeler arasında yer almaktadır

Türkiye'nin nitelikli insan gücü yetiştir-

me konusunda da ciddi ve disiplinli bir politika geliştirmesi gerekiyor. Eğitim ve bilim politikası, nitelikli öğretim üyesi, öğretmen ya da insan gücü yetiştirmek için elzemdir. Teknoloji ve inovasyon, ancak nitelikli insan ile sağlanabilir. Diğer taraftan Türkiye ciddi anlamda beynin göçü veren bir ülke konumundadır. İyi eğitim gören her 100 kişiden 59'unu elimizden kaçırdığımızı gözler önüne seren ATO'nun hazırladığı "Türk Beyin Gurbetçileri" raporuna göre Türkiye, beyin göçü en fazla olan 32 ülke içinde 24'üncü, yurt dışına en çok öğrenci gönderen ülkeler arasında ise 11'inci sırada yer almaktadır. Nitelikli beyinlerini erozyona uğratan Türkiye'nin, yaratıcılık ve patent elde etme oranı da doğal olarak düşük düzeyde gerçekleşmektedir. Buna karşın yurt dışına göçen beyinlerimiz de, gittikleri ülkelerin milli ekonomilerine katkıda bulunmaktadır.

Türkiye'de yayın durumu

Türkiye'nin 1990 sonrası yakaladığı bilimsel makale üretim hızı, 2005 sonrası 18-20. sıralarda devam etmektedir (8). Türkiye ile benzer nüfusa sahip yaklaşık 80 milyon nüfuslu Almanya 2005 yılında 257 bin araştırmacıya sahipken, aynı dönemde tam zamanlı araştırmacı sayısı Türkiye'de ise 25 bin civarındadır. Aynı dönemde Almanya'da AR-GE harcamaları 56 milyar dolar iken bu rakam Türkiye'de 2.6 milyar dolar düzeyinde gerçekleşmiştir. Gene kişi başına AR-GE harcamaları ülkemizde 40 dolar civarında olmasına karşın Yunanistan'da bu değer 100 dolar düzeyindedir.

Ülkelerin bilimsel aktivitelerinin ölçülmesinin yollarının başında; bilimsel makale sayıları, patent ve teknoloji üretiminin ölçülmesi gelmektedir. Bilimsel aktiviteyi ölçmenin en etkili yolu, uluslararası kabul gören makale veritabanları (Çoğunlukla Institute of Scientific Information (ISI) indeksleri sıralaması ve yayınların atıf almasıdır. Türkiye bu alanda 1990'da 43. sıradayken 2002 yılında 22. sıraya, bugün ise 18. sıraya yükselmiştir. Her zamanki gibi ABD, İngiltere, Japonya, Almanya, Fransa, Kanada, Çin, İtalya, İspanya ve Avustralya sırasıyla ilk 10'daki ülkeler olarak dünyada üretilen toplam yayının yüzde 70'ini üretmektedirler (9).

Tablo 3: Bilimsel makale üretim kapasitemiz (15)

Yıllar	Makale sayısı
1945-1980	2 bin 460
1945-1990	9 bin 243
1945-2000	49 bin 280
2005-2008	95 bin 411
2009	24 bin 764

Türkiye bu bağlamda dünyada hızlı bir şekilde bilimsel makale üretme potansiyeline sahip olan ülkeler arasında yer almaktadır. Bunun nedenleri arasında; çok sayıda genç araştırmacının yurtdışında eğitim alması, Türk devletlerinden gelen bilim insanları ve bilim insanlarımızın yabancılar ile işbirliklerinin önemli katkısı bulunmaktadır. 2002 itibarıyla Türkiye kaynaklı makalelerin 1.014'ü AB ülkeleri ile 753'ü ise ABD ve Kanada bilim insanları ile ortak olarak yayımlanmıştır (10).

Türkiye'ye üretilen makalelerin genel dağılımı ağırlıklı olarak yüzde 32 ile Ankara, sırası ile yüzde 23 ile İstanbul ve yüzde 8 ile İzmir şeklindedir. Yayınların yıllara göre bir miktar değişim gösterse de tüm yayınların yüzde 50 civarı sağlık bilimleri, yüzde 25 kadarı temel bilimler, yüzde 20'si mühendislik bilimleri ve yüzde 5'i ise tarım-ormancılık kaynaklıdır (10). Akademik aşamaya yönelik yapılan çalışmaların önemli kısmı üniversitelerde, geriye kalanı Ar-Ge faaliyetleri, araştırma enstitüleri ve TÜBİTAK gibi kurumların üretimine dayanmaktadır. Üniversiteler içinde üretimde ise devlet üniversiteleri yüzde 90+, vakıf üniversiteleri yüzde 6-8'i kadar bir üretim yapmaktadır. (11).

Türk üniversitelerinin dünyadaki yeri

Son yıllarda dünyanın pek çok bölgesinde ve ülkesinde, yükseköğretimde reform çalışmaları çerçevesinde bilgi ve yetişmiş insan gücünün önemi iyiden iyiye benimsenmiştir durumdadır. Artık orduların esas gücü nitelikli insan sayısı ile belirtilmektedir. Bu bağlamda dünyadaki rekabet alanı bir anda üniversiteler ve onların yetiştirdiği insan gücüne yönelmiş durumdadır. Dünyada ilk 10 veya ilk 100 hatta ilk 500 üniversitenin içinde yer alma çabası üniversiteleri bir yarışa sokmuş ve neredeyse devletler ve üniversiteler için bir saygınlık konusu haline gelmiştir.

Şanghay'daki Jion Tong Üniversitesi'nin Haziran 2008'de yayımladığı "En iyi Üniversiteler" araştırması, bu alandaki tartışmayı yeniden alevlendirdi. Bir "Şanghay listesi klasiği" olan bu kıyaslamada, dünyanın en iyi üniversiteleri genel değerlendirilmenin yanında, doğa bilimleri, matematik, tarım, bilişim, mühendislik, sosyal bilimler, tıp ve eczacılık dallarında da mercek altına alınmıştır. Bu sıralamaya göre, ilk 500'e giren üniversitelerin 167'si ABD'de, 43'ü İngiltere'de, 40'ı Almanya'da, 32'si Japonya'da, 29'u Latin Amerika ülkelerinde, 23'ü İtalya'da, 21'i Fransa'da, 9'u İspanya'da yer almaktadır. İrlanda, Finlandiya, Güney Afrika ve İsrail 4'er üniversite ile listeye girerken Mısır'dan bir üniversite bu listeye girebilmiştir. 2007 yılında 472'inci sıradan listeye giren İstanbul Üniversitesi,

bu yıl sıralamadaki yerini ancak bir basamak yükseltmiştir (12).

2009 yılında "Cybermetrics Lab" tarafından yayımlanan bir başka listede ise Türkiye 2008 yılında dünyada 30'uncu sırada iken 2009 yılında bir basamak gerileyerek 31'inci sırada kendisine yer bulabilmiştir. Bu listede dünyanın 500 üniversitesi arasında ODTÜ 428, Bilkent 430 ve Boğaziçi 489'uncu sıralarda yer aldılar. Keza Ankara 733, İTÜ 812, Hacettepe 852, Ege 960'ıncı sıralarda yer alıyorlar. (13). Başka diğer sıralamalara bakıldığında da, üniversitelerimizin Türkiye'nin dünyadaki ağırlığına yakışır bir konumda olmadığı görülecektir.

Türkiye, 1980 yılında yıllık 250 bilimsel yayımla dünyada 45. iken, 2000 yılında 5 bin 240 yayımla 25. sıraya yükselmiş ve 2001 yılında 6 bin 393 ile yüzde 18'lik artış sağlamıştır (15).

Türkiye temel bilimlere önem vermemektedir

Türkiye, temel bilimlere en az önem veren ülkeler arasında yer almaktadır. Matematik ve fen okuryazarlığı son derece düşüktür. Bilimsel yayınlarda kimya bilimi dışındaki alanlarda son derece yetersiz bir düzeyde olduğumuz görülmüyor. Fen liseleri bu bağlamda ülkenin nitelikli bilim insanı yetiştirmek için kurulmuştu. Ancak bugün ne yazık ki amacından şapmış ve ülkemiz fen fakülteleri mezunları iş bulamadığı için ilgi görmeyen bir konumda bulunmaktadırlar.

Bilimsel yayınlarda içerik sorunu yaşıyoruz

Bilimsel makale üretmede 18-20. sıralarda bulunuyoruz. Dünya bilimsel yayınlara katkımız yüzde 0.9-1 arasında. 25 ülke içinde en düşük olan ülkeyiz. Bilimsel atıflarda 36-44. sıralarda dolaşıyoruz. Türkiye teknolojik olarak istenilen ölçüde üretim yapmazken teknolojinin veya bilimsel araştırmanın ürünü olan bilimsel makalede dünyayı kışkırtacak düzeyde bilimsel makale üretmemektedir. Yalnızca 2008 yılı itibarı ile dünyaya literatüründe makale, revie, kitap bölümü ve kongre çıktısı olarak 24 bin 764 tarana yayın yapmıştır (2).

Temel sorun özerkliği olmamasıdır

46 ülkeden 800'ü aşkın üniversitenin üye olduğu Avrupa Üniversiteler Birliği'nin raporunda, bir yükseköğretim kurumunun kendisinden beklenen misyonu yerine getirebilmesinin ön koşulu olarak "üniversite özerkliği" gösteriliyor. Ancak ne yazık ki ülkemiz halen 2547 sayılı YÖK Yasası ile kısmi özerklik ile yönetilebilmektedir.

Bilim, yayın sayısı ile değil bilim felsefesi ve politikası ile yapılır

Bugün bu ülkede bilim yapmanın salt makale yapmakla sınırlı olamayacağı'nın bilincindeyim. Bilim yapmanın başlı başına bir felsefi tartışma ortamı işi olduğunu siz de kabul edersiniz sanırım. Bu ülkenin ilk, orta ve yüksek eğitim sisteminin çalışmadığı ve arzulan öğrenme ortamının yaratılamadığı, üniversitelerin evrensel anlamda birer bilim, sanat felsefe ortamı oluşturamadıkları aşikâr. Bugün ülkemizdeki üniversitelerin olayları ve olguları felsefi boyutta tartışacak eksenden yoksun olduğunu hep beraber yaşayarak görüyoruz.

Bilim politikalarının olmaması ve yanlış yönetilmeleri nedeniyle üniversitemiz vizyonsuz, misyonsuz ve hedefsiz olarak adeta okyanuslarda boşa kürek çekmektedirler. Bu nedenden dolayı hiçbir üniversitemizde performans dayalı verimlilik analizi yapılmıyor. Ders işleyişi ile ilgili hiçbir geri bildirim alınmıyor, eğitim-öğretim öğretme merkezli değil. Üniversitelerimizin bilim politikalarının olmadığı, buna bağlı olarak akademik kadrolarını doğru olarak sağlamadıkları artık hepimizin bilgisi dâhilinde. Üniversitelerin fidanlıkları olan araştırma görevlilerinin doğru dürüst en iyiler arasından alamadığımız bir durumda ne tür bir bilimsel başarı ve kalite bekleyebiliriz ki?

Öneriler

Türkiye'nin geleceğini bilim ve teknolojiye aramak zorunda olduğu ve bundan geri atması söz konusu olmayacağı gerçeği ile mutlaka uzun erimli bir strateji izlemesi gerekir.

- “Bilim ve Teknoloji Bakanlığı” kurulmalıdır.
- Ülkemizin kendisine yakışır ağırlıkta bir bilim politikası oluşturulmalıdır.
- Bilim ve araştırmaya GSMH'den ayrılan pay yüzde 2 düzeyine çıkarılmalıdır.
- Anayasanın 130 ve 131. maddeleri değiştirilmeli, özerklik açıkça belirtilmelidir.
- Ülkenin birinci önceliği eğitim ve bilim olmalıdır.
- Eğitim probleme dayalı olarak yapılarak öğrenme eksenine kaydırılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti (2007) Yükseköğretim Kurulu (YÖK), “2007 Yükseköğretim Raporu”. <http://www.yok.gov.tr/duyuru/Rapor-07.pdf>.
- 2) Ortaş, İ. 2010. Türkiye'nin Ulusal Bilim Politikası Var mı? *Sağduyu Gazetesi*. 9 Mart. 2010.
- 3) UNESCO 1998. <http://www.fel-web.org/fel/bolonia/noabolonia.es/bancomundial.pdf>.
- 4) Ankara Ticaret Odası (ATO) Eğitim Raporu. 16.07.2005.
- 5) Türkiye Cumhuriyeti (2006b) Yükseköğretim Kurulu (YÖK), “Türkiye'nin Yükseköğretim Stratejisi (Taslak Rapor)”. Ankara, Haziran. www.dfes.gov.uk/londonbolonia/uploads/documents/TurkeysHigherEducationStrategyto20252jan07.doc

[gov.uk/londonbolonia/uploads/documents/TurkeysHigherEducationStrategyto20252jan07.doc](http://www.dfes.gov.uk/londonbolonia/uploads/documents/TurkeysHigherEducationStrategyto20252jan07.doc)

6) OECD Bir Bakışta Eğitim 2007 Raporu, Sayfa: 186.

7) OECD Bir Bakışta Eğitim 2007 Raporu, Sayfa: 186.

8) Ortaş, İ. Ekim 2008. Türkiye Yüksek Öğretimin Temel Sorunları. Türkiye'nin Stratejik Vizyonu 2023. 15-17 Ekim 2008. Grand Cevahir Otel, İstanbul.

9) Güçlü, A. 2009. En Başarılı Üniversiteler Hangileri. *Milliyet Gazetesi*, 05.08.2009, İstanbul.

10) Türkiye Bilimsel Yayın Göstergeleri II 1981-2007. ULAKBİM TÜBİTAK Editör Akıllı ve ark. 2009.

11) Ortaş, İ. 2009 Kasım 2009. Nasıl Bir Üniversite? Konulu panel “Üniversitelerimizin temel sorunları ve çözüm önerileri”. Hacettepe Üniversitesi, Ankara

12) Ortaş, İ. Dünya Çapında Üniversite Kurmak Zor Mu? *Yeni Adana Gazetesi*. 28.03.2010.

13) Birikim Gazetesi, 2009. Türk üniversiteleri dünya sıralamasında geriledi. 07.Mart 2009, İstanbul.

14) SJTUIHE Dünya Üniversite Sıralaması (2007) <http://www.arwu.org/rank2008/En2008.htm>.

15) Doğan, M. 2009. Cuhuriyet Bilim ve Teknoloji, sayı 1161.

16) OECD, 2003. Education Policy Analysis.

Tablo 4: Üniversitelerde özerklik kriteri ve ülkeler arasında karşılaştırma (16) (2: Tam, 1: Kısmi, 0: Yok)

Ülke	Bina ve Donanımların Sahibi Olmak.	Kredi Kullanabilme	Hedefler İçin Bütçe Kullanma	Ders İçeriğini Belirleme	Akademik Kadronun İşe Alınması, Çıkartılması	Çalışanların Maaşlarını Belirleme	Öğrenci Sayılarının Belirlenmesi	Öğrenci Harçlarını Belirleme
Meksika	2	1	2	2	2	1	2	2
Hollanda	2	2	2	1	2	2	2	1
Polonya	2	2	2	2	2	1	2	1
Avustralya	2	1	2	2	2	2	1	1
İrlanda	2	1	2	2	2	1	2	1
İngiltere	2	1	2		2	2	1	1
Danimarka	1	2	2	1	2	1	2	1
İsveç	1	1	2	2	2	2	1	0
Norveç	1	0	2	2	2	1	2	0
Finlandiya	1	0	2	1	2	2	1	0
Avusturya	1	0	2	2	2	2	0	0
Kore	0	0	1	1	0	1	2	0
Türkiye	0	0	0	1	1	0	1	0
Japonya	0	0		1	1	0	0	0

Mevlâna aşığı ünlü tıp tarihçimiz: Prof. Dr. F. Nâfiz Uzluk

Dr. Mahmut Tokaç



1963, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamlamıştır. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük görevlerinde bulunmuştur. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olarak görev yapmaktadır.

Konya Ereğli'de 1902 yılında doğdu. 1921 yılında Yemen'de şehit düşen Ahmet Hamdi Bey'in oğludur. Ailenin ilk yılları, Ahmet Hamdi Bey' in görevi dolayısıyla Ereğli'de geçti. Daha sonra Konya' ya gelip yerleştiler. Mevlâna sülalesinden gelen annesi Ayşe Sıdika Hanım, genç yaşta eşini kaybettikten sonra çocuklarına hem

annelik hem de babalık yapmış, iki oğlunu da mükemmel bir şekilde yetiştirmiş tam bir "Selçuklu Hanımefendisi"dir.

Feridun Nâfiz Bey, ilk tahsilini Konya'da bitirdikten sonra İttihat ve Terakki İdadisi'nden mezun olmuştur. 1924 yılında yüksek tahsilini Haydarpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 1925 yılında askerlik hizmetini bitirerek tabip diploması aldı. Ordu'nun Mesudiye kazası hükümet tabipliğine tayin edildi. Burada

üç yıl hizmet etti. 1928'de Konya Memleket Hastanesi Dâhiliye asistanlığına tayin edildi. 1929'da Konya bölgesi sıtma mücadele merkez tabipliğine atandı. Daha sonra Aksaray vilayet merkezindeki Sıtma Mücadele Şubesi'nde üç yıl çalıştı. Burada gösterdiği başarı dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'ndan takdirname ile taltif edildi.

1932'de istifa ederek kendi imkânlarıyla Almanya'ya gitti. Münih Tıp Fakültesi'nin



Türk Tıp Tarih Kurumu'nun kurucuları. Oturanlar (soldan): Muallim Dr. Fuat Kamil Beksan, Dr. Ruscuklu Hakkı Üzel, Müderris Dr. Besim Ömer Akalın (Paşa) ve Ord. Prof. Dr. Akil Muhtar Özden. Ayaktakiler (soldan): Dr. Metine Belger, Dr. Feridun Nafiz Uzluk, Doç. Dr. A. Süheyl Ünver ve asistanı İhsan Önal



Feridun Nâfiz Uzluk

1938 yılında Yugoslavya’da yapılan XI. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi’ne milli temsilci olarak katılan Dr. Süheyl Ünver’in teklifiyle Dr. Feridun Nâfiz Uzluk, Dr. Saim Erkun, Dr. Metine Belger, Dr. Ruscuklu Hakkı Üzel, Dr. Fuat Kamil Beksan, Dr. Besim Ömer Akalın, Dr. Akil Muhtar Özden ve Dr. Osman Şevki Uludağ Uluslararası Tıp Tarihi Cemiyeti’ne üye olarak kabul edildiler ve böylece “Türk Komitesi” oluştu. Aynı toplantıda Doç. Dr. Süheyl Ünver’in çizdiği dünyayı üç kez devreden yılan simgesi, Türk Tıp Tarih Kurumu’nun rozeti ve mührü olarak kabul edilmiştir.

Friedrich von Muller idaresindeki 2. Dâhiliye Kliniğinde fahri asistan olarak çalıştı. Yine aynı fakültenin Hijyen Enstitüsüne ve Münih Devlet Bakterioloji Enstitüsüne devam ederek sertifika aldı. Burada çalıştığı zamanlar “Tarla fareleri üzerine Paratifo araştırmaları” yapmış ve bu husustaki çalışmaları “Archiv für Hygiene und Bakterioloji” mecmuasında yayımlanmıştır. 1934’de Hamburg’da bulunan Gemi ve Sıcak Memleketler Hastalıkları Enstitüsüne bir yıl devam etti. Burada açılan ve pratik yapmış tabiplerin tekâmülüne yardım eden büyük kursa iştirak ile kurs sonunda imtihana girip diploma aldı. Eppendorf Hastanesinde Schott Müller’in kliniğine devam ederek bilhassa salgın hastalıklar üzerinde çalıştı. Buradan da sertifika aldı.

1935 yılında yurda geri döndü. Sağlık Bakanlığı’nda Trakya Umumi Müfettişliği’nde seyyar salgın hastalıklar tabipliğine tayin edildi. Orada bilhassa göçmen işleri ile uğraştı. Bir sene sonra Refik Saydam Merkez Hıfızısıhha Enstitüsü Çiçek Aşısı Mütahassısı’na tayin edildi. 1946 yılına

kadar bu Enstitünün muhtelif servislerinde çalıştı. Boğazlıyan, Kırşehir, Mucur, Niğde ve Aksaray’da çıkan salgın hastalıklarla mücadele için bütün bu şehirlerde mücadele teşkilatı kurdu.

1935’te geri döndüğünde yeni çıkan soyadı kanunu gereğince “Uzluk” soyadını aldı. 1940 yılında Ankara’da Kaledibi semtinde Uzluk Matbaası adıyla bir matbaa kurarak başta Mevlevilik kültürüne ait olmak üzere tıp tarihi ve sağlık konularında birçok eserin basılmasına vesile oldu. Asım Köksal’ın İslâm İlmihâli isimli eserini basarak o zaman ülkeye hakim olan “Tek Parti Yönetimi”nin şimşeklerini üzerine çektiği için matbaası baskına uğradı ve dağıtıldı.

1946 yılında yeni kurulan Ankara Tıp Fakültesi’nin Tıp Tarihi ve Deontoloji dersleri için ilan edilen profesörlük kadrosuna Dr. General Mazlum Boysan, Dr. Osman Şevki Uludağ ve Dr. Feridun Nâfiz Uzluk müracaat ettiler. Feridun Nâfiz Bey oyların çoğunu alarak seçildi. Derhal çalışmalarına başlayan Feridun Nâfiz Bey, Ankara Tıp Fakültesi bünyesinde Tıp Tarihi Enstitüsü

kurdu. Burada bir başvuru kütüphanesinin oluşturulmasına gayret etti. Bu gayretin sonucunda ardında 15 bin ciltlik çok kıymetli bir referans kütüphanesi bıraktı.

1947’de Ankara Tıp Fakültesi adına Ankara Üniversitesi Dergisinin yazı heyetine seçildi. Daha sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası’nın umumi neşriyatını idare eden (genel yayın yönetmeni) Behçet Kamay’dan görevi devraldı.

Gençlik yıllarından itibaren tıp ve kültür tarihi ile ilgilenen Feridun Nâfiz Bey, güçlü bir Farsça ve Arapça, yanı sıra Fransızca ve Almanca öğrenmişti. Araştırmacı kişiliği, Türk-İslam eserlerine hayranlığı, çeşitli Doğu ve Batı dillerine hâkimiyeti dolayısıyla yurt içi ve dışındaki pek çok ilim adamı, edip ve sanatkârla irtibat kurmuş ve kongrelere katılmıştır. Almanya, Fransa, İngiltere, Hollanda, Libya, İran ve Avusturya’da inceleme ve araştırmalarda bulunmuştur. Kendi yazdığı biyografisinde 1949, 1950, 1954 senelerinde dış memleketlerde tetkiklerde bulunduğunu belirtir.



Fuat Aziz Göksel, Feridun Nâfiz Bey'in ana karakteristiğini "toplayıcı, koleksiyoncu olan bir bibliyoman" olarak belirtir. Konya'daki arşiv ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı'ndaki koleksiyonların günümüze kalmasını evlenmemesine borçlu olduğumuzu, son derece mütevazı koşullarda (varyemez hayatı ile) geçen bir ömürde Feridun Nâfiz Bey'in eline geçen her değeri kitaba tahvil edip bu büyük birikimi sağladığını ifade etmiştir... Merkez Kütüphanesi ve arşivinde 110 adet el yazma kitap, 485 adet matbu eser ve ayrı basım, 118 adet yayına hazırlanmış ve bir kısmı basılmış olan makale, 83 adet çeşitli konularda dosya ve çok sayıda fotoğraf ve mektup bulunmaktadır.

1960 ihtilâlinden sonra 147'ler uygulamasıyla uzaklaştırıldığı üniversiteye 1962'de geri dönen Feridun Nâfiz Bey, 13 Temmuz 1972'de emekliye ayrıldı. Emekli olduktan sonra tamamen kendini ilmi çalışmalara verdi.

Türk kültürüne, tarihine ve sanatına ışık tutacak yayınlar yaptı. Selçuklu tarihi üzerine yaptığı araştırmaları ile tanındı. Selçuk Üniversitesi'nin açılmasında büyük gayretleri oldu. Feridun Nâfiz Bey, hayatında hiç evlenmemiş ve annesinin vefatına kadar onunla birlikte yaşamıştır. 27 Eylül 1974'te 72 yaşındayken kısa bir hastalıktan sonra Ankara'da vefat etti. Cenazesi Konya'ya getirilerek Üçler Kabristanı'nda toprağa verildi.

Tıp tarihçiliği

1935 yılında ülkemize geri döndüğünde Dr. Süheyl Ünver'le dostluk ve fikir alışverişine başladı. Birlikte kurdukları "Türk Tıp Tarihi Arşivi"ni 1935 – 1943 yıllarında yayımladılar. Arapça ve Farsça dillerine hâkimiyeti sayesinde Selçuklu ve İslam Tarihi ve Medeniyeti alanlarında pek çok eserin incelenmesi, yazılması veya tercüme edilmesini katkıda bulundu.

1938 yılında Yugoslavya'da yapılan XI. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi'ne milli temsilci olarak katılan Dr. Süheyl Ünver'in teklifiyle Dr. Feridun Nâfiz Uzluk, Dr. Saim Erkun, Dr. Metine Belger, Dr. Ruscuklu Hakkı Üzel, Dr. Fuat Kamil Beksan, Dr. Besim Ömer Akalın, Dr. Akil Muhtar Özden ve Dr. Osman Şevki Uludağ Uluslararası Tıp Tarihi Cemiyeti'ne üye olarak kabul edildiler ve böylece "Türk Komitesi" oluştu. Aynı toplantıda Doç. Dr. Süheyl Ünver'in çizdiği dünyayı üç kez devreden yılan simgesi, Türk Tıp Tarih Kurumu'nun rozeti ve mührü olarak kabul edilmiştir. Dr. Süheyl Ünver yurda dönünce Uluslararası Tıp Tarihi Cemiyeti'nin Türk Komitesini toplantıya çağırmış, 6 Ekim 1938'de yapılan ilk toplantıda başkanlığa Prof. Dr. Besim Ömer Akalın seçilmiştir. (Resim 3) Kurumun ilk tüzüğü olan "Türk Tıp Tarihi Kurumu Nizamnamesi" Dr. Feridun Nâfiz Uzluk tarafından 1938'de hazırlanmıştır. Kurucu üyelerce incelendikten sonra Valiliğe 7 Ocak 1939 tarihinde verilmiş ve 1940 yılında yürürlüğe girmiştir.

Yazarlığı

Prof. Dr. Aykut Kazancıgil'in tespit edebildiği kadarıyla, Feridun Nâfiz Bey'in ilk yazısı 1922 yılında Peyam-ı Sabah'ta çıkmıştır. Mevlevilik ve Türk kültürüne ilişkin yazılarını İkdâm Gazetesi, Milli Mecmua, Tasvir Gazetesi, Yeni Sabah, Ulus, Fetih Gazetesi, Türk Düşüncesi, Yeni Gün Gazetesi, Selamet, Türk Dili, Türk Yurdu, Kudret Gazetesi, Türk Folklor Araştırmaları, Türk Dili Araştırmaları Yıllığı, Vakıflar Dergisi, Adalet Gazetesi, Ülkemiz, Önsayya gibi çok çeşitli gazete ve dergilerde yayımlamıştır.

Tıbbı ve tıp tarihine ilişkin yazılarını ise başta genel yayın yönetmenliğini de yaptığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası olmak üzere Türk Tıp Tarihi Araştırmaları, İstanbul Seririyatı, Dirim, Tedavi Kliniği ve Laboratuvarı, Sıhhiye Mecmuası, Hıfzıssıhha ve Tecrübî Biyoloji Mecmuası, Türk Hijyen ve Tecrübî Biyoloji Dergisi, Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi, Ankara Üniversitesi Eczacı Yıllığı, Askeri Tıp Dergisi, Poliklinik, Tıbbiyeli, Sağlık Dergisi, Neşter, Annales de l'Univ. d'Ankara, Acta Medica Turcica vb. gibi tıbbi dergilerde yayımlamıştır.

Konya'da yerel olarak çıkan Babalık Gazetesi ve Aksaray Gazetesi'nde çok sayıda makalesi yayımlanır. Ayrıca Halk Gazetesi, Yeni Fikir dergisi, Konya Dergisi, Ekekon Gazetesi, Yeni Konya Gazetesi, Zafer Gazetesi, Çağrı gibi Konya gazete ve dergilerinde de yazılar yazmıştır. Makalelerinin bir kısmını Hekim Şifâî ve Bay Sungur müstearlarıyla yazmıştır.

Mevleviliği

Hız. Mevlana'nın soyundan gelen bir çelebi olan Feridun Nâfiz ve ağabeyi Şahabettin Beyler çocukluklarını Şems Mahallesi'nde, Mevlevi muhiti ve kültürü içerisinde geçirmişlerdir. İstanbul'da biri doktorluk, diğeri mimarlık eğitimi boyunca Üsküdar Mevlevihanesi şeyhi Ahmet Remzi Dede'nin terbiyesi altında yetişmişlerdir. 1925 yılında çıkarılan kanunla tekke ve zaviyeler kapatılırken Mevlevi Tekkeleri de kapatılınca çok üzülen Feridun Nâfiz ve Şahabettin Beyler, Mevlevilik kültür mirasının korunmasını kendilerine vazife edinirler ve ömürlerini mensup olduğu ocağın kültür ve irfanını yaymaya adanır.

Konya'da Feridun Nâfiz Bey'in öncülüğünde Mevlana'yı tanıtmak ve bankaya yatırılan paralarla Mevlana'nın kıymetli eserlerini birer birer neşretmek amacıyla Mevlana'yı Sevenler Derneği kurulur. Bankada beş lirası bulunan her Konyalı ileride neşredilecek bu değerli eserlerden birer tane elde edebilecektir. Ayrıca bankada birikmiş bu paralarla gelecekte açılacak olan Konya Selçuk Üniversitesi'ne eleman yetiştirilmesine çalışılacaktır.

Feridun Nâfiz Bey'in gayretleriyle Konya'da ilk anma töreni gerçekleşir. Mevlana'nın ölümünün 673'üncü yıldönümüne rastlayan 17 Aralık 1946 Salı günü yapılan törende Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk, "Mevlana'nın Hayat ve Eserleri" hakkında bir konuşma yapmıştır. Yerel gazetelerde bu konuşmayla ilgili değerlendirmeler yer almıştır. Bunlardan birine kulak verelim: "Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk'un, Mevlana'nın bütün bir portresinin yer aldığı sahne-

de yaptığı Mevlana hakkında vakıfâne ve ilmî konuşması çok beğenilmiştir. Epeyce kalabalık ve çoğu aydın olan izleyiciler, neyin derunî ve ilâhî sesinden sonra bu değerli hemşehrilerinin konuşmasını zevkle ve geniş bir ilgi, büyük bir dikkatle dinlemişlerdir. Profesör zaman zaman takdirle alkışlanmış, böylelikle Mevlana'yı "iyi anladığı ve anlattığı tasdik edilmiştir." Bir başka gazetenin haberine göre ise Uzluk konuşmasında "Divan-ı Kebir'ini bastırarak şerefi, Konya'ya ve Konya zenginlerine nasip olmalıdır. Garplılar, Mevlana'yı bizden çok evvel anlamışlar, eserlerini dillerine çevirmişler, hakkında eserler yazmışlardır." demiştir.

Feridun Nâfiz Beyin Arapça ve Farsça dillerine hâkimiyeti ona Mevlana araştırmaları ile ilgili pek çok eserin incelenmesi, yazılması veya tercüme edilmesi imkânını sağlamıştır. Feridun Nâfiz Bey, Mevlâna'nın Mesnevilerini, gazellerini ana dili gibi anlar ve anlatır.

Sanat merakı

Şahabettin Uzluk, Feridun Nâfiz Bey'in sanat merakını notlarında şöyle anlatmaktadır: "Daha İstanbul'dayken Çallı İbrahim, Fehiman, Ruhi Bey gibi Türk ressamlarının musahabelerinde bulundu ve uzun müddet onların eserlerini İstanbul ve Ankara'da açılan sergilerde takip etti. Bilhassa Türk sanat şubelerinden resim, mimarî, yazı ve müzikte büyük bir anlayışı olduğu gibi, genel ve özel sanat tarihi bilimini de Avrupa'da yaptığı stajlar arasında kuvvetlendirdi. Bir mimar kadar abidelerden ve bir hattat kadar yazı çeşitlerinden anlar. Mevlâvihanede geçen hayatı esnasında da, en güçlü ayınların makamlarını tefrika muktedirdi. Hattat, ressam, mimar, heykeltıraş ve müzisyenlerden birçok ölmüş ve sağ ahbabları vardı. Abdülhak Hâmid, Süleyman Nazif, Rıza Tevfik gibi tanıdıklarla yıllarca yüz yüze geldi, sohbetinde bulundu." Tarihi eserlere verdiği değer sebebiyle uzun yıllar Türkiye Anıtlar Derneği Başkanlığı'nda bulundu.

Bilimsel yönü

Türkiye'nin en değerli tıp tarihçileri arasında yer alan Feridun Nâfiz Bey, Mevlevilik kültürü ve sanatta olduğu kadar aynı derece ve derinlikte İslâm ve Türk tıp tarihi, Selçuklu tarihi, Türk dili, Türk kültürü, felsefe, kimya, fizik dallarında da çok geniş bilgiye sahip bir bilim adamıdır. Çok değişik konuda araştırmalar yaptı; pek çok makale, tebliğ ve eseri yayımladı. Hem yurt içi hem yurt dışında sayısız konferans, kongre ve seminerlere katıldı. İlim, sanat, fikir ve tıp kurum ve kuruluşlarında görevler üstlendi. Bir yazarımızın tabiriyle "Başka illerde sanı çağırılan, iftihar kaynağımız, ulu bir kişiydi."

Arşivi

Fuat Aziz Göksel, Feridun Nâfiz Bey'in ana karakteristiğini "toplayıcı, koleksiyoncu olan bir bibliyoman" olarak belirtir. Konya'daki arşiv ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı'ndaki koleksiyonların günümüze kalmasını evlenmemesine borçlu olduğumuzu, son derece mütevazı koşullarda (vayemez hayatı ile) geçen bir ömürde Feridun Nâfiz Bey'in eline geçen her değeri kitaba tahvil edip bu büyük birikimi sağladığını ifade etmiştir. Bu kadar seçkin tıp yazmasını toplayabilmek bile başlı başına bir başarı olarak görülmelidir. Binlerce kitaptan oluşan zengin kütüphanesi ağabeyi Şehabettin Bey ve eşi Nimet Uzluk tarafından Mevlâna Enstitüsü'ne hibe edildi. Uzluk kardeşlerin geride bıraktıkları eserlerden Konya İl Halk Kütüphanesi Uzluk Bölümü'ndeki yazma eserlerle bazı sanat ürünü çalışmalar, Bölge Yazmalar Kütüphanesi'ne, diğer bir kısmı da Selçuk Üniversitesi'nin Merkez Kütüphanesi'ne taşınmıştır. Merkez Kütüphanesi ve arşivinde 110 adet el yazma kitap, 485 adet matbu eser ve ayrı basım, 118 adet yayına hazırlanmış ve bir kısmı basılmış olan makale, 83 adet çeşitli konularda dosya ve çok sayıda fotoğraf ve mektup bulunmaktadır.

Uzluk arşivi ile ilgili kişisel bir hatıram

Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nca 22-24 Mayıs 2000 tarihinde İzmir'de düzenlenen 'VI. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde Selçuklu Araştırmaları Merkezi (SÜSAM) Başkanı Prof. Dr. Haşim Karpuz tarafından "Selçuk Üniversitesi Selçuklu Araştırmaları Merkezi'ndeki Feridun Nâfiz Uzluk Arşivi" başlıklı bir bildiri sunulmuştu. O toplanıda, Haşim Karpuz Mevlevilik tarihine ilişkin arşivin tasnifinin, Fen Edebiyat Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Yakup Şafak başkanlığındaki bir heyetle yapıldığını ancak tıp tarihine ilişkin arşivin tasnifi için Osmanlıca el yazması okuyabilen bir tıp tarihçisine ihtiyaçlarının olduğunu bildirerek kongre heyetinden yardım istemişti. Ben de henüz doktorasını tamamlamış bir tıp tarihçisi olarak bildiri sunmak üzere o kongrede idim. Prof. Dr. Ekmeleddin İhsanoğlu, Prof. Dr. Nil Sarı, Prof. Dr. Ali Haydar Bayat (merhum), tez danışmanım Prof. Dr. Ayten Altıntaş ve diğer hocalar hep birlikte bu iş için Konya'ya gönderilmem kararını verdiler. "Emir edepten üstündür" sözü gereğince verilen vazifeyi kabul ettim. Ayten Hocam, o zamanki Selçuk Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Abdurrahman Kutlu ile görüşmek üzere randevu aldı. Ne yazık ki görüşmeden sonra hiçbir gelişme olmadı. Bir süre sonra Konya'da yapılan Mevlana Kongresinin gala yeme-

ğinde aynı hocalarımız konuyu tekrar rektöre hatırlattılar. Rektör yemekte "Olur." dediği halde yine bir gelişme olmadı. Daha sonra rektörün görev süresi bitti. Yerine seçilen Prof. Dr. Süleyman Okudan'ın rektörlüğü döneminde konu yeniden gündeme geldi. O zaman da ben Sağlık Bakanlığı'nda ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü görevinde olduğum için maalesef gidemedim.

"Mesir"e farklı anlam

Feridun Nâfiz Bey, gezilecek yer anlamına gelen "mesir" sözcüğüne dayanarak bir bakıma gezme, eğlence haftası olarak algılanan Mesir Bayramı'na değişik bir açıdan bakmıştır. Ona göre mesir, Pontus Kralı Mithridates'in (MÖ 132-63) isminin günümüze gelen şeklidir. Mithridates, içinde 54 maddenin bulunduğu bir panzehir tertip etmiş, bu çok meşhur olmuş ve buna "mithridaticum" denmiştir. Daha sonra mithridaticum kelimesi kısaltılmış ve "mithir" olmuştur. Rumca'da (th) "s" gibi okunduğundan "misir" şeklini almıştır. Zamanla misir kelimesi Osmanlıca mesir kelimesiyle aynı okunuşu alınca, mana olarak mesire yani eğlence ve şenliğe dönüşmüştür.

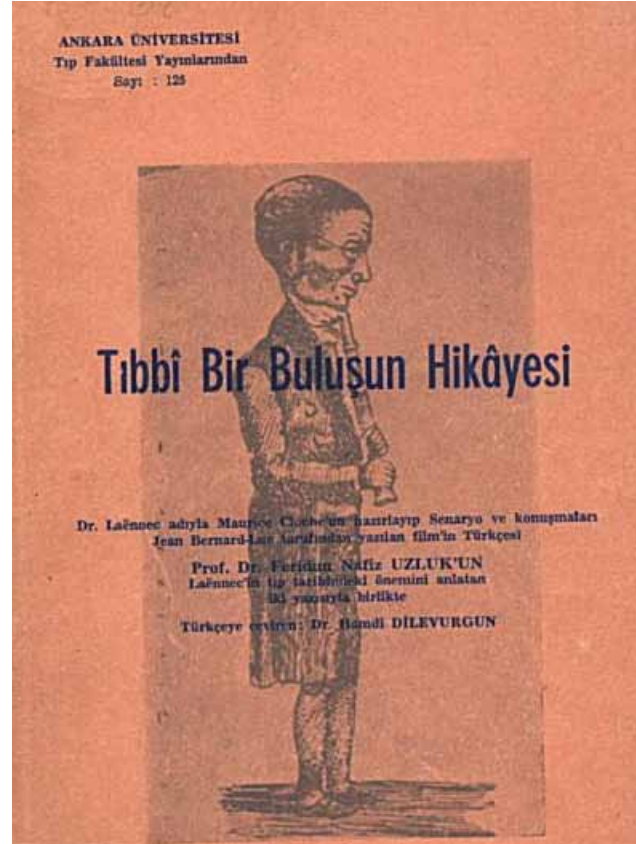
Birkaç hatıra

Ali Emiri Efendi

(Dr. Muhtar Tevfikoğlu'ndan nakille...) Ali Emiri Efendi ölümünden iki üç gün evvel Feridun Nâfiz Bey'e rahatsızlığından şikâyet ederek tedavisi için gereken şeyin yapılmasını rica etmiş. Feridun Nâfiz Bey, Prof. Mazhar Osman'ın Çağaloğlu'ndaki muayenehanesine gidip durumu anlatmış. Hasta o gün ambulansla Şişli'deki Fransız Hastanesine (Hôpital de la Paix) nakledilmiş. Hastanede 23 Ocak 1924'te vefat eden Ali Emiri Efendi'nin naaşı Fatih türbesi civarına defnolunmuştur.

Atatürk ve Abdülhalim Çelebi Efendi

"Prof. Dr. Yurdakul Yurdakul bir bayram günü babasıyla birlikte, Eski Eserleri Koruma Derneği'nde birlikte çalıştığı Feridun Nâfiz Bey'i evinde ziyarete gider. Babası bu ziyarette Muzaffer Kılıç'ın Feridun Nâfiz Bey'in dayısı Abdülhalim Efendi ile ilgili aktardığı bir olayı anlatır. Olay şöyledir: Bir gün Atatürk Samanpazarı'nda Ali Efendi isimli bir kitapçının dükkânında asılı bir halı görür ve bu çok güzel halının ne için durduğunu sorar. Kitapçı, paraya ihtiyacı olan birinin emanet bıraktığını ama isminin söylenmemesini özellikle rica ettiğini söyleyince halının fiyatını sorar. Kitapçı, sahibinin 40 lira istediğini belirtip yine de ismini vermez. Israr edince istemeyerek ve sıkılarak Mevlana sülalesinden gelmiş, Konya millet-



Solda, Dr. Uzluk'un, "Dr. Laennec" isimli Fransız filminin senaryosundan uyarlanarak yazdığı "Tıbbî Bir Buluşun Hikâyesi" adlı kitap. Sağda "Dr. Laennec" isimli Fransız filminin afişi

vekili olarak Meclis'te görev yapan Abdülhalim Çelebi'nin adını verir. Atatürk kitapçıya 40 lira verip halıyı Abdülhalim Efendi'nin evine yollamasını söyler. Aynı akşam Abdülhalim Efendi'nin evine gittiğinde Abdülhalim Efendi, "Paşam halıyı almışsınız. Fakat halı evime geri geldi. Müsaade ederseniz, arabanıza koyduralım." der. Atatürk "Onu sana emaneten bırakıyoruz. Her gelmemizde onu burada görmek ve üzerinde oturmak isteriz." diyerek veda edip ayrılır. Bu olayı dinleyen Feridun Nâfiz Hoca "Abdülhalim Efendi o halıyı Konya Mevlana Müzesi kurulunca oraya armağan etmiştir. O şimdi oradadır." demiştir."

Niğdeli Hakkı Eroğlu (öl. 1955) hakkında yazdığı not

Bu zât, şimdi sağ olup Sâdî'nin Gülistân'ını «Gülsuyu» adıyla tercüme (edip) bastırmıştır; Niğde Halkevi hesabına satılmaktadır. Bostân'ı dahi nazmen tercüme eylemiştir. Sultan Veled Hazretleri'nin Rebâb-nâme'sini ücreti tarafımdan verilmek üzere tercüme eyledi; yanımdadır. İntihâ-nâme'sini dahî tercüme ettirmek istiyorum. Çalışkan, şiiri okunur (bir) şairdir. 6 Ramazan 1364/15 Ağustos 1945. (İntihâ-nâme'nin dahî -ücreti tarafımdan 600 lira olarak ödenmiş ve- tercümesini bitirmiştir. Tanrı uzun ömür versin diye dua ediyorum. Şimdi de Tabakâtü'l-İttibâ'yı tercüme ettiriyorum.)

Bir film, bir kitap

Feridun Nâfiz Bey 1949'da Paris'te Doctor Laennec isimli bir film görür. Senaryosunu Jean Bernard-Luc'un yazdığı ve Maurice Cloche'un yönettiği filmde Pierre Blanchard başrolde oynamaktadır. Filmin senaryosunu da okuyan Feridun Nâfiz Bey, bu filmi öğrencilerinin de görmesini ister ve zamanın Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerine bu filmi seyrettirir. Ayrıca filmin senaryosunun kitabını Türkçe'ye tercüme ettirerek "Tıbbî Bir Buluşun Hikâyesi" ismiyle yayımlar. Kitapta ayrıca Feridun Nâfiz Bey'in "Niçin yayımlıyoruz" başlıklı yazısı, Edouard Rist'in "Laennec" adlı makalesi ve Georges Canetti'nin önsözü de vardır. Kitap, ilk sivil tıp fakültemizin 1879'da genç yaşta veremden ölen Dr. Kırımlı Aziz Bey'e adanmış. Kitapta ayrıca filmde 13 fotoğraf, ilk stetoskopun resmi, Laennec'in bir portresi ve imzası, bir de Kırımlı Aziz Beyin bir resmi vardır.

Bir haber

Türk Tıp Tarihi Kurumu Kurucu Üyesi Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk'un adının verildiği sağlık ocağının açılışı (İstanbul'un Beykoz ilçesinde) İncirköy Mahallesi Çukurçayır Meydanı'nda gerçekleştirildi. Konuşmaların ardından Kaymakam Aydın Ergün sağlık ocağının açılış kurdelesini protokol ile birlikte kesti.

Kaynaklar

Arda, Berna, "F. Nâfiz Uzluk, Kendi Kaleminden Biyografisi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deontoloji AD resmi web sayfası. http://www.medicine.ankara.edu.tr/basic_medical/deontology/Tarihce/Uzluk.htm, Erişim Tarihi: 13.07.2010.]

Başıağaoğlu, İbrahim, "Türk Tıp Tarihi Kurumu Tarihçesi", (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi AD resmi web sayfası, <http://www.ctf.edu.tr/ctfdeont/turktparihikurumu.htm>, Erişim Tarihi 13.07.2010.)

Bayat, Ali Haydar, "Manisa Mesir Bayramı ve Darüşşifası", (Manisa Turizm Derneği Yayınları. No.2), 1981.

"Dr. Mustafa Nâfiz Uzluk" Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi resmi web sitesi. http://www.rshm.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=44, Erişim Tarihi: 02.08.2010.

Es, Selçuk, "Feridun Nâfiz Uzluk", Büyük Konya Ansiklopedisi. [Kaynak: M.Ali UZ, "Konya Kültürüne Hizmet Edenler", (Büyükşehir Belediyesi Yayınları), Konya 2003]

Karpuz, Haşim, "Uzluk Ailesi ve Feridun Nâfiz Uzluk", Merhaba Gazetesi Akademik Sayfalar, Sayı: 21, Konya, 2004. <http://www.kto.org.tr/tr/dergi/dergiyazioku.asp?yno=887&ano=68>, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

Karpuz, Haşim, Şafak, Yakup, "Selçuk Üniversitesi Selçuklu Araştırmaları Merkezi'ndeki Feridun Nâfiz Uzluk Arşivi", Tıp Tarihi Araştırmaları, S.XI, s.74-77, İstanbul, 2003. [Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tıp Tarihi Ababilim



Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk Sağlık Ocağı'nın açılış töreninden bir kare

Dalı'nca 22-24 Mayıs 2000 tarihinde İzmir'de düzenlenen 'VI. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde Prof.Dr. Haşım Karpuz tarafından sunulmuş tebliğin metni.]

Kazancıgil, Aykut, "Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk (1902-1974) Hayatı-Çalışmaları", Tıp Tarihi Araştırmaları, S.11, s.78-97, İstanbul, 2003.

Kazancıgil, Aykut, "Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk (1902-1974) Hayatı, Özellikleri", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Enstitüsü'nün 25 Yıllık Bilimsel Çalışması - Prof. Dr. Feridun Nâfiz Uzluk'un Basılmış, Basılacak Kitapları", FNU Armağanı, Sayfa: 65-89.

"Mevlana Anıldı", Selçuk, S.112, 18 Aralık 1946, s.2. Konya Büyükşehir Belediyesi resmi web sayfası, ilgili link: <http://www.konya.bel.tr/mevlana.php#>, Erişim Tarihi 03.08.2010.

"Mevlana'yı Andık", Babalık, S.6748, 19 Aralık 1946, s.1. Konya Büyükşehir Belediyesi resmi web sayfası, <http://www.konya.bel.tr/mevlana.php#>, Erişim Tarihi 03.08.2010.

Özcan Mustafa, "Mevlana Anma Törenleri (1946-1960)", Konya Büyükşehir Belediyesi resmi web sayfası, <http://www.konya.bel.tr/mevlana.php#>, Erişim Tarihi 03.08.2010.

Özönder, Hasan, "Eylüllerin Kopardığı Birkaç Konya Yapağı", Konya Bülteni, Eylül/ Ekim 1997, s.20-21. M.Ali Uz, "Konya Kültürüne Hizmet Edenler", (Büyükşehir Belediyesi Yayınları), Konya 2003

Sakaoğlu, Saim, "Atasözleri İçin Yeni Bir Kaynak: Örnek Dil Cümleleri", I. Uluslararası Atatürk ve Türk Halk Kültürü Sempozyumu Bildirileri. Kültür ve Turizm Bakanlığı resmi web sitesi, Erişim Tarihi: 13.07.2010, <http://kygm.kulturturizm.gov.tr/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA781CAA92714FCE0F6E3036611F52BD1>.

Şafak, Yakup, "Ahmed Emri'nin F. Nâfiz Uzluk'a Yazdığı Mektuplarda Ahmed Remzi Dede'yle İlgili Bilgiler", Nüsha Şarkiyat Araştırmaları Dergisi, Yıl: III, S.9, Bahar 2003. <http://www.doguedebiyati.com/husha/09/safak-emri-remzi.doc>. Erişim Tarihi: 02.08.2010.

Şafak, Yakup, "Yirminci Yüzyılın İlk Yarısında Şems Zâviyesi". (TÜRKKAD (İst. Şb.) ve Konya Büyükşehir Belediyesi tarafından 11-16 Aralık 2009 tarihlerinde İstanbul ve Konya'da düzenlenen "Güneşle Aydınlananlar – Uluslar Arası Şems-i Tebrizi Sempozyumu"nda sunulan bildiri.) <http://akademik.semazen.net/>, http://akademik.semazen.net/author_article_print.php?id=1449, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

Şafak, Yakup, "Feridun Nâfiz Uzluk'un Notları", Dipnotlar: <http://akademik.semazen.net> http://akademik.semazen.net/author_article_detail.php?id=809, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

Şafak, Yakup, "Şahabettin Uzluk'un Notlarında Son Dönem Yaşamış Konya'lı Mevleviler (2)", Merhaba Akademik Sayfalar, C.7, S.34, 14 Kasım 2007, s.524-525.

Tevfikoğlu, Muhtar, "Ali Emiri Efendi", Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara 1989. [Ayrıca Muhtar TEVFIKOĞLU, "Millet Kütüphanesi Kurucusu Ali Emiri Efendi", Türk Kültürü, C.VIII, S.88 (Şubat 1970), s.244-252.]

"Türk Tıp Tarihi Kurumu Tarihçesi", Türk Tıp Tarihi Kurumu resmi web sitesi, Erişim Tarihi: 13.07.2010. <http://www.tttk.org.tr/tarihce.htm>.

Uz, M.Ali, "Konya Kültürüne Hizmet Edenler", (Büyükşehir Belediyesi Yayınları), Konya 2003. <http://www.kto.org.tr/tr/dergi/dergiyazioku.asp?yno=887&ano=68>, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

"Yatırımlar Sürüyor". Beykozpostası, 26.03.2010, Beykozpostası web sitesi http://www.beykozpostasi.gen.tr/yatirim_2-haberi.html, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

Yurdakul, Yurdakul, "Atatürk'ten Hiç Yayınlanmamış Anılar", (Truva Yayınları. ISBN: 975-6297-37-6.) s.104-106. <http://www.isteaturk.com/haber/4455/ataturk-ve-abdulhalim-celebi-efendi>, Erişim Tarihi: 13.07.2010.

Freud'un son konferansları ve Hz. Musa

Doç. Dr. Akif Tan



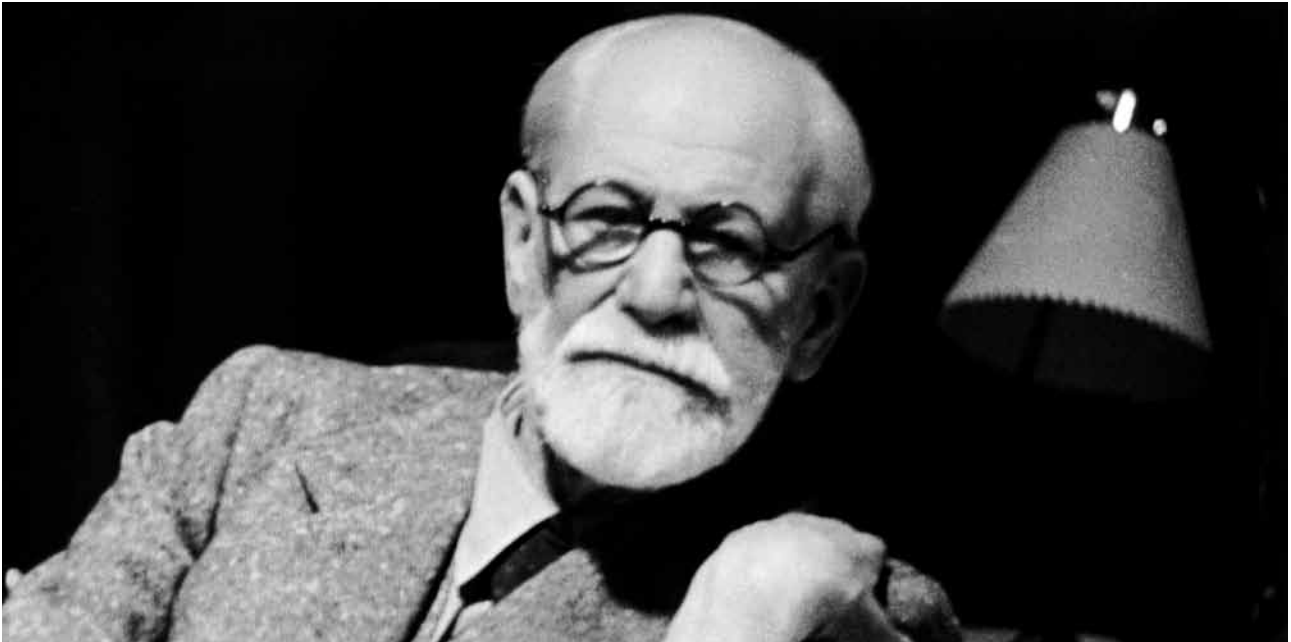
1961 yılında Ankara'da doğdu. 1978'de Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985'de GATA'yı bitirdi ve tabip teğmen olarak TSK'da göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1994'de genel cerrahi uzmanı olarak Şırnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliğine atandı. 1996'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2000'de İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002'de doçent oldu ve 2004'de kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel İstanbul Medipol Hastanesi'nde görev yapan Tan, evli ve iki çocuk babasıdır.

Londra'da 1939 Eylülünde, hayatının son 16 yılında artık dayanamadığı kanser hastalığının ağrılarına, arkadaşından yüksek doz ağrı kesici ve uyuşturucu yapmasını rica ederek hayata veda eden Dr. Freud; 20. yüzyıl başlarının psikiyatride çığır açan, adı Einstein ile birlikte anılan, insanın bilimsel yöntemlerle incelenmesinde en önemli kilometre taşlarından biridir.

İnsanın iç dünyasına yorucu psikiyatrik yöntemler ve uzun gözlemlerle psikanalizi getirmiş, insan bilinçaltını ve nevroitik yapıları incelemiş, bu konuda dünya çapında bir üne kavuşmuştur. Özellikle "Totem ve Tabu" adlı eseri ile Freud dinsel yaşamları ve dinsel düşünce tarzını nevroitik kişilik yapısı ve törensel toplumsal yaşantıları incelemiştir. Kendisi de uzun yıllar Viyana'da yaşamış ve Yahudi olduğu için sıklıkla üniversite yaşantısında politik zorluklarla karşılaşmıştır. Her ne kadar Yahudi kimliği olsa da çalışmalarında dini ve

dindarlığı saplantılı ve nevroitik bulur.

1895 yılında histeri üzerine incelemelelerini, 1896'da psikanaliz terimini ortaya atar. 1900'de rüya yorumunu ve çocuk cinselliği ile Odiplus kompleksini tanımlar. 1905'te cinsellik teorisi üzerine denemelerini, 1913 yılında "Totem ve Tabu" kitabını yayımlar. 1920'de haz ilkesini, 1921'de ego üzerine sistematik bir çalışma olarak grup psikolojisini ve 1923'te id, ego, süper ego ile aklı tanımlar. 1930 yılında Goethe Ödülünü "uygarlık ve hoşnutsuzlukları" çalışma-



Dr. Sigmund Freud



17. yüzyılda ilk defa Spinoza ile başlayan Tevrat'ın kim tarafından yazıldığı tartışmaları ve yine Spinoza'nın kaleme aldığı "Peygamberlik üzerine incelemeler" (Tractatus theologiae politicae) örneğinde olduğu gibi Freud da kafasındaki soruların cevabını Tevrat'ta bulamayıp kendisi tarihsel verilerle yeni bir teori oluşturmaya çalışır. Bu konudaki konferanslarında Freud; önce Hz. Musa'nın isim olarak etimolojik incelenmesinden yola çıkarak Musa'nın bir Mısırlı olabileceğini söyler. Musa'nın mitolojik anlatımı her ne kadar Sargon, Romulus, Cyrus efsanelerine benziyorsa da onlardan biraz daha farklı olarak Musa'nın aristokratik bir Mısırlı olduğu sonucuna varır.

sı ile alır. Bütün bu psikanalitik çalışmalarından farklı olarak ölümünden bir yıl önce, biri kızı Anna tarafından Paris Uluslararası Psikanaliz Kongresinde okunan, diğer ikisi ise 1937'de İmego Dergisinde yayımlanan ve Freud için şaşırtıcı sayılabilecek üç makalesinde, ünlü psikanalizci; Hz. Musa'nın Mısırlı olabileceğini ve Mısır tarihinde de bu dönemin Akhenaton dönemi olduğunu anlatır.

Evet, ölümüne çeyrek kala Freud eski dengeli, ölçülü yazı üslubundan çok farklı, tekrarlar ve geri dönüşlerle dengeyi kalemeye aldığı, dahası Yahudi tarihi ve Hz. Musa ile ilgili saptamalarda bulunduğu teolojik içerikli konferanslar hazırlar. Aslında bu yazılarının 1934'te planladığı bir kitap için olduğunu yine mektuplarından anlayabiliriz. Enteresan olan Freud; yaşadığı yıllarda popüler olan geleneksel muhafazakar yaşantı biçimine her araştırması ile karşı çıkmış ve toplumdaki bu yapıyı dağıtmışken son yıllarında ciddi bir dinsel literatür tartışmasına girişmiştir. Bu anlamda Yahudi dinsel tarihini eleştirmeye, yeni anlayışlar getirmeye çalışır.

17. yüzyılda ilk defa Spinoza ile başlayan Tevrat'ın kim tarafından yazıldığı tartışmaları ve yine Spinoza'nın kaleme aldığı "Peygamberlik üzerine incelemeler" (Tractatus theologiae politicae) örneğinde olduğu gibi Freud da kafasındaki soruların cevabını Tevrat'ta bulamayıp kendisi tarihsel verilerle yeni bir teori oluşturmaya çalışır. Bu konudaki konferanslarında Freud; önce Hz. Musa'nın isim olarak etimolojik incelenmesinden yola çıkarak Musa'nın bir Mısırlı olabileceğini söyler. Musa'nın mitolojik anlatımı her ne kadar Sargon, Romulus, Cyrus efsanelerine benziyorsa da onlardan biraz daha farklı olarak Musa'nın aristokratik bir Mısırlı olduğu sonucuna varır. Daha sonra "Mısırlı Musa"nın Yahudi halkı için nasıl kurtarıcı olabileceğini hipotezlerle anlatmaya çalışır. Ama en önemlisi çok tanrılı Mısır dininden nasıl tek tanrılı bir din anlayışı geliştirdiğini açıklamaya çalışır.

Bu dönem Mısır tarihinde özel bir döneme denk gelir. Mısır tarihinde MÖ 1375-1358 yılları arasında gerçekten de Akhenaton dönemi veya "Amarna Devrimi" olarak bilinen dönemi Freud; bu tek tanrı inancının uygulandığı dönem olarak gösterir. Evet, bu dönemde Firavun Amonhotep (Amon'u memnun eden) Mısır tanrılarının en önemlisi olan Amon'a olan inancının değiştiğini söyleyip kendisine Akhenaton (Aton'a hizmet eden) ismini aldığını söyler. Hayatta olduğu bu 17 yıl süresinde Aton dışındaki tüm tanrılara inanmak yasaklanır. Başkenti Teb'den alıp Amarna'ya taşır. Bütün tapınakları kapatır ve rahipleri yeni tek tanrı inancına zorlar, kabul

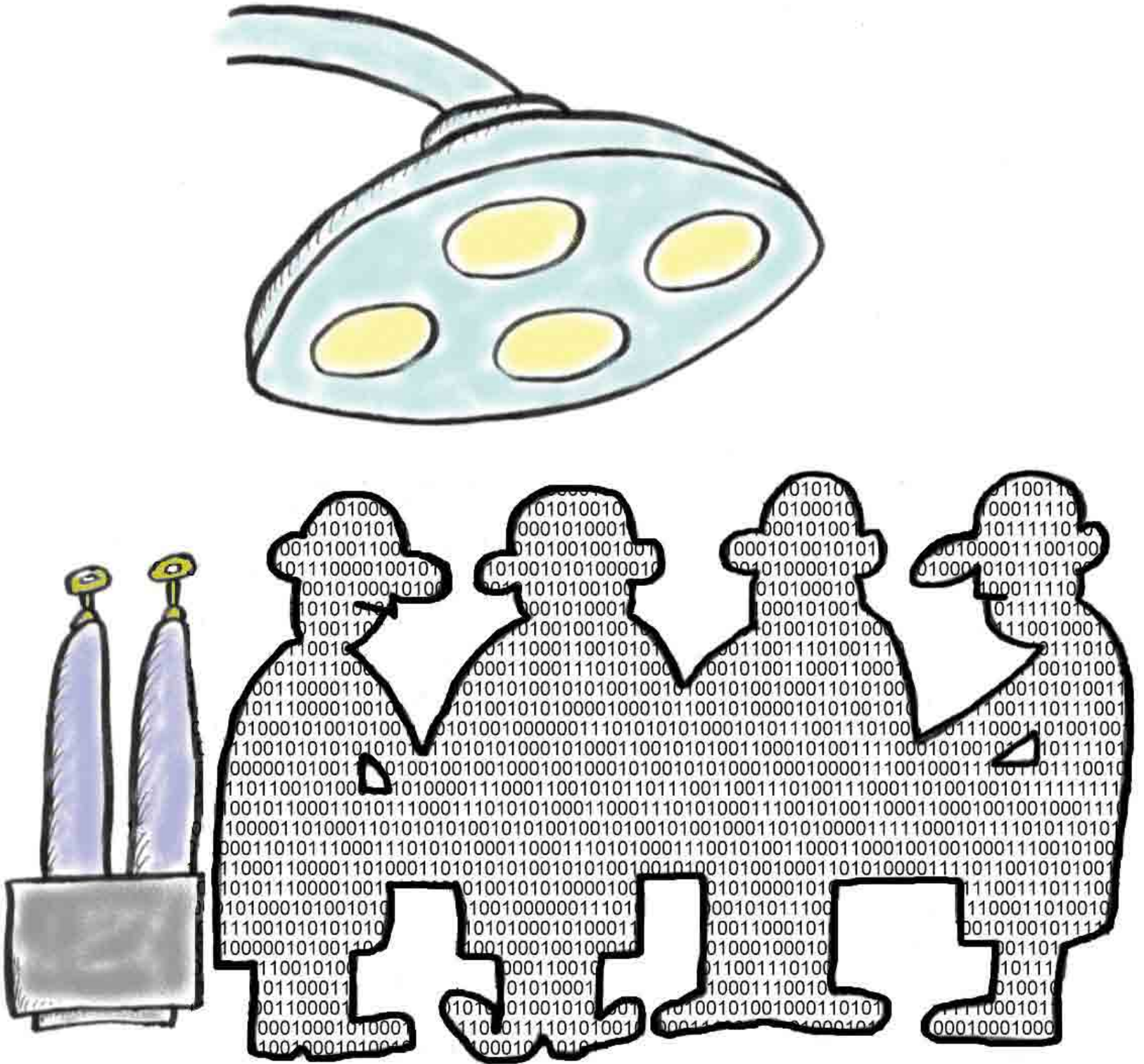
etmeyenleri uzaklaştırır. Saray yazışmaları veya resmi kararnamelere ilk kez halk dili bu dönemde girer. Saraydaki protokol kurallarının yerine aile üyelerinin sade ilişkileri egemen olmaya başlar. İlahilerde yaşam sevinci ve tek bir tanrıya inanmanın güzelliği vurgulanır. Fakat bu dönem rahip sınıfının baskıları ve nüfuz savaşları sonucunda kısa sürer. Akhenaton'un ölümü ile Tutankamon Firavun olur ve yeniden çok tanrılı eski Mısır dinine geri dönlür. Başkent Teb'e taşınır. Mısır tarihinden, Firavun sülalesinden Akhenaton silinir.

İşte Freud, "Bu tek tanrı inancının hâkim olduğu dönemi Musa Mısırlıysa ve kendi dinini Yahudiler kabul ettirdiyse bu Akhenaton zamanı ve Aton dinidir." sonucuna varır. Birçok tutarsızlığına, zorlama yorumlarına rağmen 1938 yılı için dikkate değer ama teolojik tartışmaları da başlatan bir çalışmadır. Bu tartışmalarda eski ahit kitapları ile bu tarihsel ve teolojik gerçekleri açıklamak pek mümkün görünmüyor. Fakat Yahudi halkının Hz. Yakup ile Mısır'a girmesini bu hareketlilik ile bölgede kültürel ve dini hareketliliğin olduğunu da kabul etmek gerekir. İsrailoğullarının Mısıra girişleri Kurani kaynaklarda araştırıldığında daha açık ve doğru bilgiyle incelenebilir. Fransız araştırmacı Prof. Dr. Bucaille, Malezyalı araştırmacı Dr. Lovay ve Prof. Dr. Sheatha'nın çalışmalarında Hz. Yusuf kıssasının ve ilgili ayetlerin analizinden, İsraililerin Mısırdaki ikametlerinin Mısır delta bölgesinde Hiksosların egemenlik döneminde gerçekleştiğini (MÖ 1663) vurgulamışlardır.

Günümüzde tarihsel argümanlar ve kutsal kitap metinleri ile şu yorumu yapmak mümkündür: Akhenaton Hz. Musa değildir. Hz. Musa Mısırlı değildir. Mısır'a 1660'lı yıllarda Hiksoslar döneminde gelen Hz. Yusuf, sarayda etkin bir konumda yıllarca bulunduğu gibi onun öğrettiği, etrafına yaydığı teolojik esaslar daha sonraki yıllarda bir dönem Mısır tarihinde etkili olmuş olabilir. Bu etki kendini Amarna devrimi ile göstermiş olabilir.

Günümüzde kutsal kitaplardaki peygamberlerin tarihsel kişilikler olarak tarih dokümanları içinde de aranması belki bazı gerçeklerin anlaşılmasında faydalı olabilir. Bunun da bilinçaltının kâşifi, din eleştirmeni bir bilim adamı tarafından 20. yüzyıl başlarında ilk defa uygulanması garip bir ironi olsa gerek.

Dr. Orhan Doğan



ORHAN DOĞAN