

SD

ARALIK
OCAK
ŞUBAT
2012-2013
12 TL
(KDV DAHİL)

KIŞ

25

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. SİNAN YOL İÇİ DOLDURULMAMIŞ YENİ KAVRAMLARLA YENİ YÖK KANUN TASLAĞI | PROF. DR. AHMET CEVAT ACAR YÖK YASA TASLAĞI VE ÖĞRETİM ELEMANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI | PROF. DR. MURAT TUNCER YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARINDA SAĞLIK EĞİTİMİ: ÖĞRENCİ ALIMI, EĞİTİM, MEZUNİYET
PROF. DR. MUSTAFA SOLAK YÜKSEKÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİNE GENEL BİR BAKIŞ | DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK UZMANLIK TEZLERİ (NE) İŞE YARAR
PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU UZMANLIK EĞİTİMİNİ KİM VERMELİ? | PROF. DR. FAHRİ OVALI TIP EĞİTİMİNDE HOCA KİMDİR, KİM HOCADIR?
YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI - PROF. DR. YUNUS SÖYLET YÜKSEKÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİ İÇİN ÖNERİLER | PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER TIP EĞİTİMİNDE TEMEL TIP BİLİMLERİNİN YERİ VE GELECEĞİ | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK: EĞİTİM ÜNİVERSİTESİNİN, HASTANE YÖNETİMİ PROFESYONELLERİN OLMALI | PROF. DR. AHMET GÜL ÜNİVERSİTELERDE ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME FAALİYETLERİ VE YASAL DÜZENLEMELER | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ SAĞLIK ARAŞTIRMALARI PENCERESİNDEN YÖK YASASI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN YÜKSEKÖĞRETİM KANUNU TASLAĞINDA ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN YERİ | PROF. DR. TEVFİK ÖZLÜ YÖK YASA TASLAĞINDA ÜNİVERSİTE HASTANELERİYLE İLGİLİ HUSUSLARDA ÖNERİLERİM | İLKER KÖSE SAĞLIK SİSTEM MÜHENDİSLİĞİ | PROF. DR. MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU HEKİMLERİN ÖZLÜK HAKLARI KARMAŞASI | PROF. DR. ETHEM GÜNEREN VAKIF ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN SORUNLARI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIKTA VİZYON: SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI AÇMAZI | PROF. DR. HAYDAR SUR - FİLİZ BARIŞ TAÇALAN KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ ETİK KURULLARIN SIKINTILARI | DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ İKİNCİ BASAMAKTA HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMAK | DR. MAHMUT TOKAÇ YÜKSEK ÖKÇELER | ESMA BAŞARAN ŞAHİN ŞİDDETİN İŞ YERİNDEKİ ADI: MOBBİNG
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU HEZARFEN GOOGLE | DR. AHMET MURT TIP EĞİTİMİ: UZMANLIK EĞİTİMİ - 2 | PROF. DR. YÜCEL SAYMAN: MEVCUT HUKUK SİSTEMİ BİYOLOJİK GELİŞMELER KARŞISINDA ACIZ KALYOR | YRD. DOÇ. DR. LEVENT KORKUT BİYOHUKUK BAKIŞ AÇISIYLA AİHM KARARLARINDA CENİNİN HUKUKİ STATÜSÜ
YRD. DOÇ. DR. EBRU ŞENSÖZ MALKOÇ MİLLETLERARASI ÖZEL HUKUKTA BOŞLUK: TAŞIYICI ANNELİK | HANİFE TİRYAKİ ŞEN - DR. FERİDE TAŞKIN YILMAZ HEMŞİRELİK VE ETİK KARAR VERME SÜRECİ | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ PSİKİYATRİ TIBBIN İÇİNDE Mİ SAYILMALI, DIŞINDA MI? | DOÇ. DR. AKİF TAN SAVAŞLAR VE TIP
DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



ARALIK-OCAK-SUBAT 2012-2013
KIŞ, SAYI 25
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç
Prof. Dr. Muzafer Şeker

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 Özaltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

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

YÖK: Varlığı bir dert, yokluğu yara!

Türk Dil Kurumu'na göre üniversite, "Bilimsel özerkliğe ve kamu tüzel kişiliğine sahip, yüksek düzeyde eğitim, öğretim, bilimsel araştırma ve yayın yapan fakülte, enstitü, yüksekokul vb. kuruluş ve birimlerden oluşan öğretim kurumu"dur. Eflatun ve Aristo hiçbir politik ve dini baskı olmadan öğrencileri ile felsefi tartışma yarattıkları ortamdan evrensel ölçekte bağımsız ve tüzel kişiliğe sahip kurumlar oluşturmaya çalışmış ve buna "universitas" adını vermişti. Kelimenin aslında evrene (universe) ait bilginin tamamını kuşatmayı arzulayan bir noktadan hareketle ortaya çıktığı görülmektedir. Bugünkü anlamda ilk üniversitelere Abbâsîler döneminde Bağdat'ta rastlanır ve bu anlayış Endülüs Emevîleri yoluyla Avrupa'ya geçmiş oldu. Ülkemizde 1982 Anayasası'yla bütün yüksek öğrenim kurumları üniversite çatısı altına alındı ve bu kurumların kontrolü Yükseköğretim Kurulu'na (YÖK) verildi.

Kurulduğu günden beri tartışmaları hiç bitmemiş bir örgüt olarak Yükseköğretim Kurulu sanki üniversiteleri idare eden bir Yükseköğretim Bakanlığı gibi görev yapmıştır. Sayıları gün geçtikçe artan üniversitelerimizde eğitim kalitesinin belirli bir düzeyin altına inmemesi, akademik özgürlük ve çeşitlilikten doğacak zenginlik yanında birbiriyle çelişen yaklaşımların karmaşasına düşmemek ve üniversitelerde kazanılan dene-

yimlerin bir paylaşım platformunu oluşturmak amacıyla koordinasyona ihtiyaç vardı. Bu koordinasyon işlevi ile hiyerarşik işlevler bugüne kadar karıştırılmış oldu. YÖK'ün varlığı bir dert, yokluğu yaradır.

2012 yılında hükümetin 2 büyük yasal düzenleme girişimi diyebileceğimiz Anayasamızın ve YÖK Yasası'nın yeniden yazılması çalışmaları halen sürmektedir. Yeni YÖK Yasası taslağı tarafların eleştiri ve katkılarına açılınca bu taslakla ilgili olumlu görüş ileri süren pek olmadı. Gerçi eleştiriler arasında bir kümelenme de yok gibi görünüyor. Bazıları bu taslağı aşırı merkeziyetçi bulurken bazıları da akademik özerklik adına ipin elden kaçtığına hükmettiler. Rektörlerin, dekanların, nasıl belirleneceği, üniversite mütevelli heyetinin olup olmaması vb. stratejik kararlarda ortak nokta bulmak kolay görünmüyor. Bir tek yeni bir yasaya ihtiyacın olduğunda görüş birliği sağlanmış durumdadır.

Arzulanan yasanın toplumun daha büyük kesimini (hiçbir zaman herkesi diyemeyeceğiz) memnun etmesi için öncelikle yeni Anayasa'nın da yürürlüğe konulması gerekmektedir. Çünkü birçok önerinin hayata geçiril-

mesinin önünde bugünkü Anayasa engeldir. Hazırlanan taslak yasayla ilgili en önemli eleştiriler arasında bazı durumlarda ayrıntılara girmekte ve çerçeve yapısından ayrıntıları düzenleyen neredeyse bir yönetmelik yapısına kaymaktadır. Yükseköğretim Kurulu bir düzenleyen/ denetleyen yapıya değil, üniversitelerin içine doğrudan müdahale eden bir yapıya oturtulmaktadır.

Ülkemizde üniversite geleneğinin ve tarihçesinin odak noktasında tıp eğitiminin her zaman ve diğer sağlık bilimlerinin son yıllarda ağırlıklı bir yeri olmuştur. Yeni YÖK yapılanmasında sağlık alanında sadece eğitim değil üniversite hastaneleri de yeni bir yol ayrımına girecektir. Ülkemizde yükseköğretimin yeniden şekillenişinde sağlık alanından araştırmacı ve yazarların aktif rol alması kadar doğal bir şey yoktur. Sağlık kültürü ve düşüncesinin gündeminde öncülüğünü 5 yıldır sürdüren dergimizin yeni YÖK Yasa Tasarısı Taslağı'na kayıtsız kalması düşünülemez. Yirmibeşinci sayımızın ana temasını oluşturan bu konuda çok değerli bilim insanlarının görüşleri ve değişik açıdan yaklaşımları yer almaktadır.

İçindekiler

6

İÇİ DOLDURULMAMIŞ YENİ KAVRAMLARLA
YENİ YÖK KANUN TASLAĞI
PROF. DR. SİNAN YOL



10

YÖK YASA TASLAĞI VE ÖĞRETİM ELEMANLARININ
ÇALIŞMA KOŞULLARI
PROF. DR. AHMET CEVAT ACAR

14

YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARINDA SAĞLIK EĞİTİMİ:
ÖĞRENCİ ALIMI, EĞİTİM, MEZUNİYET
PROF. DR. MURAT TUNCER

18

YÜKSEKÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİNE
GENEL BİR BAKIŞ
PROF. DR. MUSTAFA SOLAK

20

UZMANLIK TEZLERİ (NE) İŞE YARAR
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

22

UZMANLIK EĞİTİMİNİ KİM VERMELİ?
PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU

24

TIP EĞİTİMİNDE HOCA KİMDİR, KİM HOCADIR?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

28

YÜKSEKÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİ İÇİN ÖNERİLER
YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI - PROF. DR. YUNUS
SÖYLET

30

TIP EĞİTİMİNDE TEMEL TIP BİLİMLERİNİN
YERİ VE GELECEĞİ
PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

32

PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK: EĞİTİM ÜNİVERSİTESİNİN,
HASTANE YÖNETİMİ PROFESYONELLERİN OLMALI



38

ÜNİVERSİTELERDE ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME
FAALİYETLERİ VE YASAL DÜZENLEMELER
PROF. DR. AHMET GÜL

40

SAĞLIK ARAŞTIRMALARI PENCERESİNDEN
YÖK YASASI
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

44

YÜKSEKÖĞRETİM KANUNU TASLAĞINDA
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN YERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



50

YÖK YASA TASLAĞINDA ÜNİVERSİTE
HASTANELERİYLE İLGİLİ HUSUSLARDA ÖNERİLERİM
PROF. DR. TEVFIK ÖZLÜ

52

SAĞLIK SİSTEM MÜHENDİSLİĞİ
İLKER KÖSE

56

HEKİMLERİN ÖZLÜK HAKLARI KARMAŞASI
PROF. DR. MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU

58

VAKIF ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN SORUNLARI
PROF. DR. ETHEM GÜNEREN

62

SAĞLIKTA VİZYON: SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI
AÇMAZI
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

64

KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ ETİK KURULLARIN
SIKINTILARI
PROF. DR. HAYDAR SUR - FİLİZ BARIŞ TAÇALAN



66

İKİNCİ BASAMAKTA HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMAK
DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ

68

YÜKSEK ÖKÇELER
DR. MAHMUT TOKAÇ

72

ŞİDDETİN İŞ YERİNDEKİ ADI: MOBBİNG
ESMA BAŞARAN ŞAHİN

74

HEZARFEN GOOGLE
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

76

TIP EĞİTİMİ: UZMANLIK EĞİTİMİ – 2
DR. AHMET MURT

80

PROF. DR. YÜCEL SAYMAN: MEVCUT HUKUK SİSTEMİ
BİYOLOJİK GELİŞMELER KARŞISINDA ACİZ KALİYOR



86

BIYOHUKUK BAKIŞ AÇISIYLA AİHM KARARLARINDA
CENİNİN HUKUKİ STATÜSÜ
YRD. DOÇ. DR. LEVENT KORKUT

90

MİLLETLERARASI ÖZEL HUKUKTA BOŞLUK:
TAŞIYICI ANNELİK
YRD. DOÇ. DR. EBRU ŞENSÖZ MALKOÇ



94

HEMŞİRELİK VE ETİK KARAR VERME SÜRECİ
HANİFE TIRYAKİ ŞEN - DR. FERİDE TAŞKIN YILMAZ

98

PSİKİYATRİ TIBBIN İÇİNDE Mİ SAYILMALI, DIŞINDA MI?
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

102

SAVAŞLAR VE TIP
DOÇ. DR. AKİF TAN

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

İçeride doldurulmamış yeni kavramlarla yeni YÖK Kanun Taslağı

Prof. Dr. Sinan Yol



1967 yılında Samsun'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Genel Cerrahi Uzmanı (1996), Gastroenteroloji Cerrahisi Uzmanı (2001), Genel Cerrahi Doçenti (2006), Genel Cerrahi Profesörü (2012) oldu. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü görevini yürüttü (2004-2008). Amerika Birleşik Devletleri (Kolo-rektal Cerrahi'de 'research fellow'), Japonya (Karaciğer nakli'nde 'clinic fellow') ve Avustralya'da (Pankreas nakli'nde 'international visiting scholar') çalıştı. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesidir ve aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı görevini yürütmektedir. Dr. Yol evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Uzun zamandır üzerinde çalışıldığı bilinen Yeni Yükseköğretim Kanun Taslağı, değerlendirilmesi amacıyla üniversitelere gönderilmiştir. Öncelikle belirtmek gerekir ki değerlendirilmek üzere üniversitelere gönderilen kanun taslağı değildir ve halen taslak kamuoyuna açıklanmamıştır. Üniversitelerarası Kurul (UAK)'da açıklanan ve sonrasında üniversitelere gönderilen sadece üzerinde çalışılan, kanunun ilkeleridir. Bu yazı kaleme alındığı zamana kadar da taslak açıklanmamıştır. Dolayısı ile yapacağımız değerlendirme ortaya konulan ilkeler doğrultusunda olacaktır. Ancak unutulmamalıdır ki ilkelerin metne ne kadar yansıdığı ve yansıyacağı önemlidir. Oysa bu taslak üzerinde çalışanların ve taslağı kaleme alanların bir kanun metnini alternatifli olarak yazdığı bilinmektedir / duyulmaktadır.

Kanun taslağının değil de ilkelerinin açıklanmasını nasıl değerlendirmek gerekir? Acaba YÖK, kanun koyucunun Parlamento olduğu gerçeğinden hareketle mi sadece ilkeleri açıklayıp taslağı kamuoyu ile paylaşmadı? YÖK arzu ettiği yeni kanunun nasıl olması gerektiği yönünde görüşünü mü açıklamakla yetindi! Yoksa ortaya sürülen metinle paydaşların 'ısındırılıp' kamuoyu değişikliğe mi hazırlanıyor? Kanaatim bizlerin yeni kanuna hazırlandığımız yönünde. Eğer metin maddeleri ve alternatiflerinin tartışılması istenseydi taslak gönderilirdi ve tartışmaya açılırdı. Böylece çok daha somut ve yapıcı bir tar-

tışma ortamı hazırlanır ve sonuçları daha yapıcı olurdu. Belki de ikinci aşamada, yani bizler değişikliğe hazır olunca o yapılacak! Gerekçe ne olursa olsun kanun metni elimizde olmadığı sürece değerlendirmelerimizin eksik olacağını belirterek ilkelerin uyandırdıkları ile ilgili düşüncelerimi paylaşmak istiyorum.

Kalbi bir teşekkür!

Öncelikle yükseköğretimde değişimin kaçınılmaz olduğunun bir defa daha vurgulanması ve alternatif üretilebiliyor olması güzeldir. Bunun için çalışmaya katkı veren ve emeği geçen herkese teşekkür ile başlamak isterim. *Yine üniversiteler için yeni olan ancak 21. yüzyıl üniversitesi için gerekli olan yeni kavramları üniversite ortamına taşıdıkları ve tartıştırdıkları için ilgililere teşekkür ederim.*

Yeni kavramlar

Kamuoyu ile paylaşılan metin, mevcut yükseköğretim kanununda yer almayan yeni kavramları ihtiva etmektedir: 'üniversite çeşitliliği', 'finansal esneklik', 'uluslararası hale gelme', 'kurumsallaşmasını tamamlamış üniversite', 'özel üniversite'.

Çeşitlilik

Yeni kanunun üniversitede çeşitliliği teşvik edecek olması, kanunun temel ilkelerinden en önemlisi olarak temel vurgulanmaktadır. Bu kavramın üniversite özerk-

liği ve finansal esneklik gibi yeniliklerle tamamlanması zaten bir zorunluluktur. Ancak üniversite çeşitliliğini farklı şekillerde anlamamız mümkündür. Nitekim yükseköğretim kurumlarının 'devlet-vakıf-özel', 'kurumsallaşmış-kurumsallaşmakta olan' ve 'araştırma-eğitim ağırlıklı' olarak farklılaştırmak önemli bir değişikliktir. Ama bu başlangıç dahi üniversitelerin çeşitliliğinin engelidir. Çeşitliliğe önem veren bir kanun, ilk aşamada çeşitliliğe kısıtlama getirmektedir ki bunun bir tezat olduğu kanaatini taşıyorum. Yükseköğretim kurumlarını kategorize etmeye çalışmak farklılaşmayı engelleyen bir faktör değil midir? Bir üniversite, kimi fakülte ve birimleri ile araştırmacı, kimi fakülte ve birimleri ile eğitici olamayacak mıdır? Kurumsallaşmış bir üniversite yeni bir birim kurar veya farklı bir yapı oluştursa kurumsallaşma aşamasında olan yeni yapıyı nasıl kategorize edeceğiz? 'Araştırmacı öğretim üyesi'nin yalnızca kurumsallaşmış üniversitelere verildiği kanun taslağı ile bu farklılaşma nasıl temin edilebilecektir?

Devlet-vakıf-özel yükseköğretim kurumu

Yükseköğretim kurumları statülerinin yerli yerini oturtulması önemlidir. Yeni Anayasa ile bu değişimin gerçekleştirilmesi yıllardır ifade edilemeyen çarpıklığın düzeltilmesini ve özel üniversite gibi yürüyen yapıların gerçek tanımının yapılmasını mümkün kılacaktır. Özel üniversiteye izin verilmesi (ilk ve orta öğretimde olduğu gibi) yıllar öncesinde gerçekleştirilmesi gereken bir uygulama idi.



Kurulacak yeni üniversiteler için vakıf-özel ayrımı gerçek boyutu ile uygulanabilir ancak mevcut üniversitelerden özel üniversite statüsünde işleyenlerin de yeni yapılanma ile gerçek statüsüne kavuşturulması ihmal edilmemeli/gözden kaçırılmamalıdır. Diğer bir ifadeyle özel üniversite gibi işleyen mevcut vakıf üniversiteleri 'kazanılmış hak' şemsiyesi ile korunmamalıdır. Gerçek adaletin tesisi ancak mevcut yapıların da doğru şekillendirilmesi ile mümkündür.

Kurumsallaşmış üniversite

Üniversitelerin kurumsallaşmış ve kurumsallaşma aşamasında diye ayrı statülerde ele alınması mevcut yapıların tanımlanması açısından doğru bir yaklaşım olduğu kanaatini taşıyorum. Ancak üniversitenin kurumsallaşmasının tanımı için hiçbir şekilde kabul edilemeyecek kriterler dillendirilmektedir: Üniversitenin 10 yılı aşkın süredir faaliyette olması(!), 3 yıllık akademik faaliyet puan ortalamasının 10 yıldır faaliyetini sürdüren devlet üniversitelerinin puan ortalamasının üstünde olması(!) (niçin bu üniversiteler; 10 yıldan uzun süre faaliyet göstermek, kriter oluşturabilme ayrıcalığını nasıl sağlar?), öğretim üyesi sayısının 100'ün üzerinde olması(!) (uzun süredir var olan ve kendisine fazla kadro tahsis yapılmış üniversiteler yalnızca bu kriter ile nasıl ayrıcalıklı kılınabilir), öğretim üyelerinin salt çoğunluğunun kabul etmesi(!). Yükseköğretim kurumunun bütçesinin kendi öz kaynaklarından elde etmesi

dışındaki kriterlerin tamamı objektif olmaktan uzaktır.

Üniversite Konseyi

Üniversitenin yönetiminde söz sahibi, üniversitenin planlamasını yapıp üniversiteye sahip çıkan, mevcut yapıdaki senato ve yönetim kurulunun üstünde yeni bir yapılanmanın kurulmaya çalışıldığı anlaşılmaktadır. Ancak bu kavramın da içinin doldurulmasında zorlanıldığı izlenimi edinilmektedir. Öncelikle yalnızca kurumsallaşmasını tamamlamış üniversitelere bu hak (?) / yetki (!) verilmektedir. Eğer senatonun üstünde bir yapıya ihtiyaç var ise bu ihtiyaç niçin yalnızca kurumsallaşmasını tamamlamış üniversitelerde hissedilmektedir. Kurumsallaşmasını tamamlamamış üniversitede senatoya yol gösterecek bir üst yapıya ihtiyaç, kurumsallaşmış kurumdan daha çok gerekli değil midir? Ya da kurumsallaşmış bir kurumda zaten kurumsal işleyen bir senatoya yol gösterecek üst yapıya niçin ihtiyaç vardır?

Konseyin ise klasik, alışlageldik usullerle teşkil edildiğini görüyoruz: 11 kişi ve belli konumdakilerin atanması. Konsey kavramının içi ancak seçilecek ve seçilebiye yeterliliği olan kişilerin doğru tanımlanması ile doldurulabilir. Senato zaten göreve getirilmiş kişilerden oluşmaktadır. Mevcut senatonun üstündeki yapının üniversitenin şekillenmesinde ve geleceğinde söz sahibi olabilecek ve söz sahibi olması gereken kişilerden

Yükseköğretim kurumlarının 'devlet-vakıf-özel', 'kurumsallaşmış-kurumsallaşmakta olan' ve 'araştırma-eğitim ağırlıklı' olarak farklılaştırmak önemli bir değişikliktir. Ama bu başlangıç dahi üniversitelerin çeşitliliğinin engelidir. Çeşitliliğe önem veren bir kanun, ilk aşamada çeşitliliğe kısıtlama getirmektedir ki bunun bir tezat olduğu kanaatini taşıyorum.

Yükseköğretim kurumlarını kategorize etmeye çalışmak farklılaşmayı engelleyen bir faktör değil midir?

Mevcut yapıdaki senato ve yönetim kurulunun üstünde yeni bir yapılanmanın kurulmaya çalışıldığı anlaşılmaktadır. Ancak bu kavramın da içinin doldurulmasında zorlanıldığı izlenimi edinilmektedir. Öncelikle yalnızca kurumsallaşmasını tamamlamış üniversitelere bu hak (?) / yetki (!) verilmektedir. Eğer senatonun üstünde bir yapıya ihtiyaç var ise bu ihtiyaç niçin yalnızca kurumsallaşmasını tamamlamış üniversitelerde hissedilmektedir. Kurumsallaşmış bir kurumda zaten kurumsal işleyen bir senatoya yol gösterecek üst yapıya niçin ihtiyaç vardır?

oluşması gerekmez mi? Maalesef öneride böyle bir yapının kurulamadığı görülmektedir. Kanaatimce üniversite üzerinde ve üniversitenin geleceği üzerinde ancak üniversiteye gerçek anlamda katkı sağlayanlar söz sahibi olabilirler. Konseyin üniversiteye gerçek katkıyı sağlayan kişilerden oluşması gerektiğini düşünüyorum; bunun kriteri de bütçesinin, akademik performansının veya üretkenliğinin belli bir yüzdesini sağlayan kişiler olmalıdır. Bu kriterleri sağlayan yani üniversiteye gerçek katkıyı veren herkes sayı sınırlaması olmaksızın Konseyde yerini almalıdır (yüzde yüksek tutularak sayı kontrolü sağlanabilir). Kurumsallaşmış üniversite de olsa her üniversiteye 11 kişilik Konsey teklif etmek murat edilen amaca hizmet etmeyecektir kanaatini taşıyorum. Yine üniversitenin bulunduğu ilde en çok vergi verenin üniversitenin geleceğinde söz sahibi olmasını anlamakta zorlanıyorum. Vergi rekortmeni niçin böyle bir yapıda yer almalı ki! Üniversiteye en çok bağlı yapanın Konseyde yer alması düşüncesine katılmakla beraber eksik buluyorum. 'En çok bağlı yapan' ifadesi 'üniversitenin

bütçesinin belli bir miktarının üzerinde olan' şeklinde değiştirilirse anlamlı olabilir ki üniversiteye katkı sağlayanların üniversitenin şekillenmesinde söz sahibi olabilmesi amacı gerçekleştirilebilir. Aksi takdirde bir ilde çok cüzi bir yardım ile bir kişi Konseye girebilir ve bir başka şehirde bu yardımın çok çok üstünde yardım yapanlar Konseyde yer alamayabilir. Bu çarpıklık düzeltilmelidir. Burada da sayı sınırlaması olmaksızın katkı oranı esas tutulmalıdır. Üniversite bütçesi ne kadar büyük ise o oranda yüksek bağlı yapanlar Konseyde yer alsın. Öğretim üyeleri de Konseyde çoğunluğu bağışta bulunanlara ve iş adamlarına kaptırmamak için üniversitelere sahip çıkmalı ve üniversitelerini geliştirip büyütmelidirler. Her kim üniversiteyi geliştirirse Konseyde o yer almalıdır. Aksi durumda Senato üstünde yeni bir yapı kurmanın anlamı olamaz.

Kurumsallaşmış fakat konsey kuramamış üniversite

Her ne kadar kurumsallaşma kriterleri anlaşılabilir ve kabul edilebilir değilse de metinden kurumsallaşmış fakat konsey kuramamış üniversiteler olacağını veya olabileceğini anlıyoruz. Konsey kurabilme kriteri, 'aranan şartları sağlamış olmak yani kurumsallaşmayı gerçekleştirmiş olmak mı yoksa YÖK'ün ve Bakanlar Kurulu'nun uygun görmesi' mi? Taslaktan Konsey kurabilmek için kurumsallaşmış olma kriterlerini yerine getirmenin yeterli olmadığı anlaşılmaktadır.

Rektörün atanması

Rektörün belirlenmesi sürecinin bu yazıda irdelenen doğru olmayacağı düşüncesi ile o konuya girmiyorum. Ancak bu süreçte devlet üniversiteleri ile vakıf ve özel üniversitelerin farklı ele alınmasını anlamakta zorlanıyorum. Kendime 'niçin devlet üniversitesinde konsey başkanı rektörü atayabiliyor da vakıf üniversitesinde mütevelli heyeti başkanı atayamıyor?' diye soruyorum ve bu soruya cevap veremiyorum. Bu durumun gözden kaçmış bir nüans olduğunu düşünmüyorum.

Türkiye Yükseköğretim Kurulu

Her ne kadar yeni yapılanma ile mevcut YÖK'e yükseköğretimin koordinasyonu görevi verileceği beklentisi olsa da taslakta YÖK yerine ikame edilen Türkiye Yükseköğretim Kurulu'na koordinasyonun çok ötesinde yetkiler verileceği anlaşılmaktadır. Gerek Kurul'un kendisi gerekse Kurul'un en üst karar organı olan Genel Kurul üniversite üzerinde tasarruf yetkisini mevcut kanundan çok daha kuvvetli şekilde ele alabilecek gözük-mektedir. Halbuki beklenti, icracı bir Kurul

değil üniversitelerin iş ve işlemleri ile ilgili kriter belirleyen ve belirlenen objektif kriterlere göre üniversiteleri denetleyen bir kurul idi. Bu hali ile mevcut taslağın yeni YÖK yapısını çok daha geniş yetkiler ile donatacağı ön görülebilmektedir. Üniversitenin bütçesini, öğretim üyesi ve alacağı öğrenci sayısını belirleyen, hangi üniversitenin hangi bölümleri açacağını söyleyen ve bunu uzman ve uzman yardımcılar kadrosu ile gerçekleştiren bir üst yönetimin varlığında Üniversite Konseylerine, Senatolarına ve Yönetim Kurullarına ne kadar ihtiyaç olacak ki? Bu yapı 'çeşitlilik', 'kurumsal özerklik ve hesap verebilirlik' ve 'performans değerlendirmesi ve rekabet' ilkeleri ile ne kadar bağdaşır?

Yükseköğretim yeterliliklerinin ve yetkinliklerinin belirlenmesi

Taslakta ifade edilen *eğitimin*, yükseköğretimde yeniden yapılanma sürecinde, kanunla düzenlemelerin odaklanması gereken *alanlardan biri* olarak değil de odaklanması gereken temel hedef olarak görülmesi ile çok daha doğru yapılanmanın sağlanabileceğini düşünürüm. Zira eğitim ve eğitimin kalitesi odaklı bir yapılanma ile tartıştığımız her soru yükseköğretimde cevabını çok daha rasyonel bulacaktır. Tüm bu değişikliklerle asıl ulaşılmak istenen hedef, eğitim ve eğitimin kalitesi değil mi? Eğitimin çevresinde şekillenmesi gereken tüm kavramları bir başka nirengi ile yapılandırırsanız hedeften uzaklaşmış olursunuz. O sebeple yükseköğretim kurumlarının açtıkları programlar ile bu programlarda kazanılan yeterliliklerin ve yetkinliklerin üniversite senatolarınca belirlenmesi ve değerlendirilmesi görevinin üzerinde bunun denetlenmesi görevi ulusal ve uluslararası akreditasyon yapan kurum ve kuruluşlara açık olabilir ancak bu görev yeni Türkiye Yükseköğretim Kurulu'nun asli sorumluluğu olmalıdır. Yeni Yükseköğretim Kurulu icracı değil, kural koyucu ve denetleyici olmalıdır. Bunu başarabilen bir yenilenme yükseköğretimde değişimi sağlayabilir.

Araştırma

Taslak ile yükseköğretimde 'araştırma birimleri'nin belirlenmesi merkezi idareye bırakılacakmış izlenimi edinilmektedir. Ayrıca 'bu birimlerin sayısı belli bir sayıyı yahut yüzdeyi geçemez.' denilmektedir. Bir üniversitenin veya o üniversite içerisinde bir birimin araştırmacı olma vasfının tanımının yapılması, bu tanıma belirli ölçütler getirilmesi gayet doğaldır. Taslak bunun için yönetmelik çıkarmayı öngörmektedir ki bu çok güzel bir taslaktır. Ancak her bir merkezin bu kriterlere uygun olup olmadığının merkezi otorite tarafından tespit edilmesini ve *bu ölçüler içerisinde olanlara sınır*

getirilmesini yönetilebilirlik ve rekabet ilkeleri ile bağdaştırmakta zorlanıyorum.

Yükseköğretim kurumlarında araştırma faaliyetlerinde bulunmak üzere 'araştırmacı öğretim elemanı' kavramının getirilmesi çok güzel bir yeniliktir. Ancak bu imkânın yukarıda eleştirdiğim düşüncelere benzer mütalaalar ile sınırlandırılması doğru bulmuyorum. Niçin yalnızca 'Kuruluş tarihi itibarıyla en az on yıl geçmiş ve/veya öğretim üyesi sayısı yüzden fazla olan yükseköğretim kurumları' araştırmacı istihdam edebiliyor? Niçin 'araştırmacı öğretim elemanı' sayıları ve unvanları, boş öğretim elemanı kadroları dikkate alınarak belirleniyor? Bu kavramın da içerisinde 21. yüzyıl Türkiye'sine ve bilimine uygun olarak düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum. 'Doktora sonrası araştırmacı' statüsünü getirilmesi de araştırmacı öğretim elemanı statüsü gibi çok olumlu bir gelişmedir ancak 'boş yardımcı doçent kadrolarının yüzde beşini aşmayacak şekilde olması ve proje bazında değil de en fazla 2 yıl süre ile istihdam edilmeleri tekrar değerlendirilmelidir. 'Proje araştırmacısı' istihdamı ise taslakta sınırlama getirilmeden ifade edilmektedir. Her projede projenin niteliğine göre ihtiyaç duyulan sayıda proje araştırmacısının istihdam edilebilmesi, bu kişilere proje çerçevesinde ödeme yapılması ve proje araştırmacısı istihdamına sınırlama getirilmemesini olumlu görmekteyim. Ayrıca 'sabbatical' benzeri 'ücretli araştırma izni' ile 'akademik faaliyet puanı ve faaliyet ödeneği' kavramları yükseköğretimdeki yeni kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Öğretim elemanı atama ve yükseltme süreçleri

Taslakta bu süreçler ile ilgili belirlenen kriterlere belli muafiyetler getirilmesinin doğru olmadığını düşünüyorum. Bir kriter eğer gerçekten doğru ve gerekli bir kriter ise 'Kurul (yeni YÖK) tarafından belirlenen' üniversitelere yahut alanlara muafiyet getirilmesini kabul edebilmek mümkün değildir. Eğer öğretim elemanı atanma veya yükseltme için belirlenen kriterlere muafiyetler tanınacak ise muafiyet tanımak yerine o kural toptan kaldırılmalıdır. Yabancı dil ile getirilen barajın yardımcı doçentlikte adayın bilim alanı ile ilgili olması şartının aranmamasını nasıl anlamamız gerekmektedir? Örneğin mühendislik veya sağlık alanında yardımcı doçent olmak isteyen Bulgaristan kökenli bir Türk vatandaşı Bulgarcadan veya Arap kökenli bir Türk vatandaşı Arapçadan yabancı dil sınavına girebilecek midir?

Profesörlük ataması için ilgilinin en az üç yıl yükseköğretim kurumlarında bulunma kriteri adayın niteliğini sorgulamaktan

uzak kriterlerdendir. Kişi alanı ile ilgili, üniversite dışında veya yurt dışında üniversiteden çok daha nitelikli bir kuruluştaki çalıştığı ise bu kişinin niteliğini değil de bulunduğu yeri kıstas almak ne kadar doğru ve bilimseldir? Bu tür sınırlamalar bilimselliğin önünü açmamaktadır. Taslağı hazırlayanlar kurumsal taassup ile mevcut üniversitelere ve buradaki kadrolara imtiyaz sağlamaktadır.

Akademik kadrolar için norm kadro uygulaması eğer norm kadrolar mevcut üniversitelere de uygulanacak objektif kriterler ile belirlenecek ise olumlu bir gelişme olabilir. Ancak mevcut üniversitelerimizi ve buradaki üretkenliği sorgulamayan bir norm kadro uygulaması ile unvan sınırlaması getirmek son derece yanlış bir gelişme olacaktır.

Doçent ve profesörlerin belli oranda kadrolu olması uygulamasının kriteri taslakta umarım yerini bulacaktır. Yoksa kadroya geçenlerin ömür boyu kadroda kaldığı, kadro dışı kalanlar ile sonradan yetişerek çok daha bilimsel, üretken ve araştırmacı olanların kadroda olanların kadroyu boşaltmasını beklediği bir sistem öneriliyor ise bu yeniliğin de içini dolduramadığını ifade etmemiz gerekecektir. Umarız ki taslak bilimsellikten ödün vermeyecek ve eğer bir milat belirliyor ise bunu objektif kriterler ile yapacaktır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Sonuç

Elimizdeki yükseköğretimin çerçevesini çizen taslak metin ile yükseköğretime birçok yeri kavramın ekleneceğini söylemek mümkündür. Ancak taslakta bu kavramların içeriğinin doğru doldurulmadığı izlenimi edinilmektedir. Umarız hazırlanan kanun taslağı getirdiği yenilikler ile yükseköğretimde amaçlanan hedeflerin yakalanmasını temin eder.

Not

Bu yazının basıma girdiği süreçte Yükseköğretim Kurulu yeni kanun taslağını açıkladı. Taslağın oluşturulan kamuoyu beklentilerini karşılamaktan uzak olduğu görülmektedir. Taslak 2547 sayılı Kanun'un eksiklerini düzenlemekte veya tadilatını gerçekleştirmektedir. Her ne kadar mevcut kanun yeni kavramlar içerse de felsefesi, misyon ve vizyonu yeni değildir. İlan edilen 'çeşitlilik', 'kurumsal özerklik ve hesap verebilirlik', 'rekabet', 'mali esneklik', 'çok kaynaklı gelir yapısı' vs. ilkeleri ile çelişkili maddeler bulunmaktadır. Kısacası kanun taslağının bu hedefleri yakalayamadığı kanaatini taşıyorum. Dilerim eleştiriler dikkate alınarak yükseköğretimin 21. yüzyıla bakan yüzü ile reformist bir kanun hazırlama fırsatı kaçırılmaz.

YÖK Yasa Taslağı ve öğretim elemanlarının çalışma koşulları

Prof. Dr. Ahmet Cevat Acar



1960 yılında Kastamonu-Taşköprü’de doğdu. AÜ İşletme Fakültesi’ni bitirdi. Yüksek lisansını İÜ İşletme Fakültesi Personel Yönetimi ve Endüstri İlişkileri, doktrasını İÜ SBE İşletme Fakültesi İşletme ve Personel Yönetim-Organizasyon bölümlerinde tamamladı. Aynı fakültede 1998’de doçent, 2007’de profesör oldu. 2010-2012 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevini yürüten Dr. Acar, hâlen Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Bir yılı aşkın süredir üzerinde çalışıldığı ifade edilen Yüksek Öğretim Yasa Taslağı, 05 Kasım 2012 tarihinde, YÖK Başkanlığınca, görüş ve öneriler için bir çerçeve/referans olmak üzere, kamuoyunun bilgisine sunulmuştur. Genel olarak bakıldığında, taslak ile;

- YÖK’ün, ismi “Türkiye Yüksek Öğretim Kurulu” (TYÖK) olarak değiştirilmiş ve kaldırılan ÜAK yerine bir “danışma organı” olarak “Rektörler Kurulu”nu ve

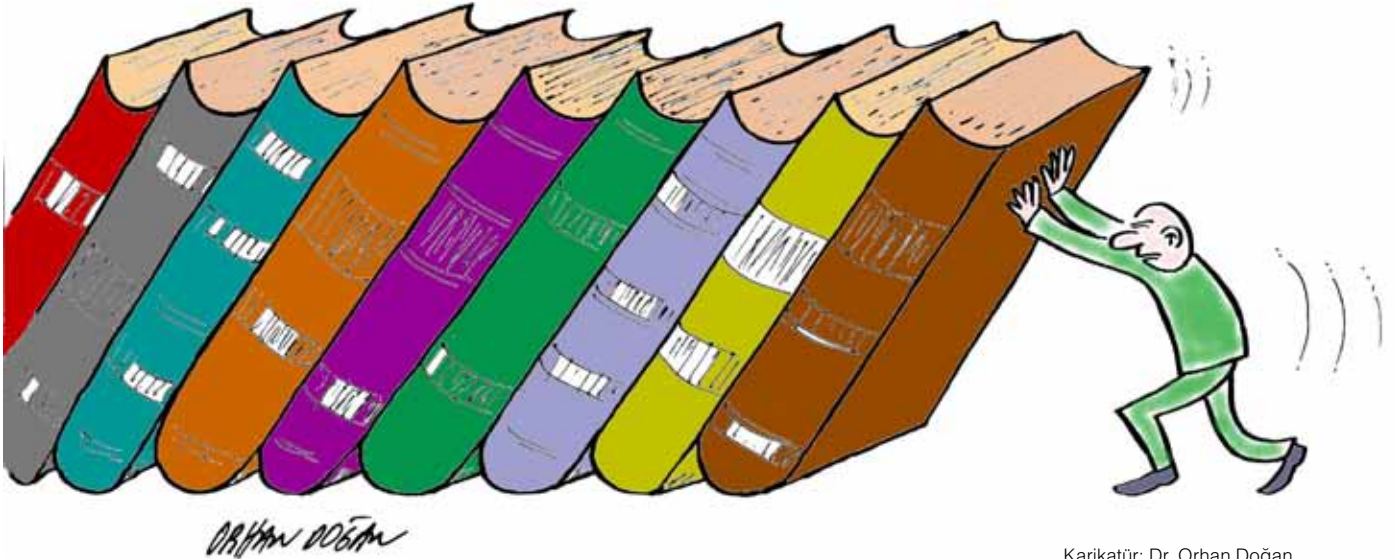
kalite yönetimiyle ilgili bazı yeni birimleri içerir şekilde varlığını sürdürmesi,

- Mevcut devlet ve vakıf üniversitelerine ek olarak “özel üniversiteler” ile yabancı üniversitelerce Türkiye’de yükseköğretim birimleri açılması,

- En az 10 yıllık geçmişi olan ve belirli nitelikleri taşıyan Devlet üniversiteleri için “üniversite konseyi” oluşturulması ve rektör seçimi/ataması dahil bazı yetkilerin bu konsevece verine atırılması.

- “Ücretli araştırma izni, araştırmacı öğretim elemanı ve proje araştırmacısı, doktora sonrası araştırmacı statüsü, sözleşmeli statüde çalışma” gibi istihdama ilişkin bazı yeni düzenlemeler öngörülmüştür. Buna karşılık, öğretim üyelerinin “çalışma koşulları”na ilişkin olarak mevcut durumda çok fazla bir değişiklik öngörülmemiştir.

Bu yazıda, taslakta yer alan öğretim elemanlarının çalışma koşullarına ilişkin düzenlemeler, taslaktaki sıralarına göre ele alınmıştır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Öğretim elemanlarının çalışma koşullarına ilişkin düzenlemeler

Öğretim elemanlarının çalışma koşulları; kadro/statü, atama ve terfi, ücretleme/ mali haklar, eğitim, izin vb. konuları kapsar. Bu konular, taslakta büyük oranda “öğretim elemanlarını ile diğer personele ilişkin hükümler ve mali haklar” başlığı altında, 48 ila 65. maddeleri kapsayan yedinci bölümde ve diğer bazı maddelerde düzenlenmiştir.

Genel olarak bakıldığında, taslakta mevcut duruma göre bazı değişiklikler ve yenilikler öngörüldüğü görülmektedir.

Taslağın 39. maddeyle “Devlet yükseköğretim kurumlarının öğretim üyesi kadrosunda kesintisiz fiilen beş yıl çalışan öğretim üyelerine bir yıl süreyle **ücretli izin verilebil(mesi)**” imkânı getirilmiştir. 40. maddeyle de “Kuruluş tarihi itibarıyla en az on yıl geçmiş ve öğretim üyesi sayısı 100’den fazla olan yükseköğretim kurumlarında sadece araştırma geliştirme faaliyetlerinde bulunmak üzere **araştırmacı öğretim elemanı** görevlendirilebilir(leeceği)”; aynı maddenin 4. fıkrasıyla “...projelerde...sözleşmeli statüde, proje süresiyle sınırlı olmak üzere,... **proje araştırmacıları** istihdam edilebilir(eceği)” hükme bağlanmıştır. 41. madde ile de “doktora sonrası araştırmacı” statüsü getirilmiştir. Bu statüde en fazla iki yıl süreyle sözleşmeli olarak beşinci derecenin birinci kademesindeki yardımcı doçent aylığıyla çalışma olanağı sağlanmaktadır. **Ücretli araştırma izni ve belirtilen araştırmacı statüleri, yeni ve olumlu düzenlemelerdir.**

“Akademik faaliyet puanı”(42. Md.) ve “Akademik faaliyet ödeneği (43.md.) de, yeni ve olumlu düzenlemelerdir. Ancak, 42. Md. 1. fıkra da sayılan akademik faaliyetler içinde “eğitim ve öğretim”in açıkça belirtilmemiş olması, önemli bir eksikliktir. Keza, “kurul ve komisyon çalışmaları”nın sadece kamu kurum ve kuruluşlarıyla sınırlandırılması hususu da gözden geçirilmelidir. Anılan fıkra, öğretim elemanlarının olası bütün faaliyetlerini içerecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Taslakta (43. Md) yer alan “**akademik faaliyet ödeneği**”, esasen, akademik faaliyet puanı 30 ve üzerinde olanlara, aylık olarak ödenmesi öngörülen “performansa dayalı bir ödeme”dir. Bu düzenleme de oldukça isabetlidir, ancak ödenek isminin “performans” veya “başarı(m)” gibi bir terimi içerir şekilde değiştirilmesi, amacını daha iyi göstermesi ve vurgulaması açısından, uygun olacaktır.

“Öğretim elemanlarının atamalarına ilişkin ortak hükümler” 48. Md’de düzen-

lenmiştir. Bu maddenin 1. fıkrasındaki “... Atama ilanları, Kurulun internet sitesinde yapılır” ve “Başvurularda adayın beyanı esas alınır” hükmü ile 4. fıkrasınca düzenlenen “Yabancı yükseköğretim kurumlarının Türkiye’deki (birimleri), Türk yükseköğretim kurumlarının yurtdışındaki birimleri, bir üniversiteye bağlı olma(yan) özel veya vakıf meslek yüksekokulları bünyesinde akademik yükseltme yapılamaz” hükmü, yeni düzenlemelerdir.

Md. 49, “yardımcı doçentliğe atanma”ya ilişkindir. Burada, 1.fıkranın b bendindeki “...merkezî yabancı dil sınavında... asgari 60 puan almış olmak” ile c bendindeki “...değerlendirme raporlarından en az ikisinin olumlu olması”, yeni düzenlemelerdir. Keza, 2.fıkra da yer alan “... birden fazla adayın başvurusu halinde... (jüri) değerlendirme raporlarında bu adayların bilimsel yeterlilikleri itibarıyla sıralaması konusunda da değerlendirmeye yer verilir” hükmü ile (5) fıkra da yer alan “yabancı dil şartı aran(mayacak) alanlar”a ilişkin düzenleme de yenidir.

49. maddede yer alan söz konusu düzenlemeler, yardımcı doçent atamalarına ilişkin mevcut halde var olan bazı belirsizlikleri gidermek açısından uygun görünmektedir.

Doçentlik sınavı 56. Md. de düzenlenmiştir. 1. Fıkra ile “... Doçentlik sınavına başvurabilmek için... doktora... belgesine sahip olduktan sonra beş yıl geçmiş olması...” şartı getirilmiştir. Başvuru için böyle bir asgari süre getirilmesi, ilkesel olarak isabetlidir. Ancak öğretim üyesi ihtiyacı ve adaylar arası yeterlilik farklılıkları dikkate alındığında bu sürenin daha kısa tutulması, örneğin üç (3) yıl olması, daha uygun görünmektedir.

Profesörlüğe atanmaya dair 52. Md’nin 6. fıkrasındaki “Başvuran aday sayısının bir kişi olması ve adayın daha önce bir yükseköğretim kurumunda profesör olarak görev yapmış ve başvurduğu üniversite tarafından öngörülen ortalama faaliyet puanına sahip olması halinde,... doğrudan...” atanmasını öngören düzenleme yeni ve uygulanabilir bir hükümdür.

53. Md. ile “öğretim üyeleri dışındaki öğretim elemanlarının atanması” konusunda getirilen en önemli değişiklik, “merkezî yabancı dil ve (bilim) sınavı şartının getirilmiş olmasıdır. Yükseköğretimde başarısızlık nedeniyle kayıt silmenin kaldırıldığı bir ortamda; 7. fıkra ile “araştırma görevlileri” için “doktora (veya eşdeğer) eğitimini tamamlamak için 10 yıllık bir azami süre getirilmesi” ilk bakışta uygundur. Ancak burada, araştırma görevliliğine herkesin yüksek lisans aşamasında başlayacağı varsayılmış ve doktora aşamasında başlama olasılığı gözden kaçmış görünmektedir.

Bu nedenle, azami süre konusunda YL ve DR aşamasından başlamaya göre farklılaştırma yapılmalı; ayrıca doktora aşamasında başarısız olanların “okutman vb. kadrolara atanma durumu, doktora derslerinden dahi başarısız olma ihtimali gözetilerek” düzenlenmelidir. Bu konu, “öğretim elemanı yetiştirme”ye (ÖEY) ilişkin 55. Md’de de düzenlenmiştir. Benzer konuları düzenleyen 53/7 ve 55/4. fıkraların ifade ve anlam olarak uyumunun sağlanması uygun olacaktır. Yine, lisansüstü azami süreler, 53/7 ve 55/1’de farklı şekilde belirlenmiştir. ÖEY kapsamındaki araştırma görevlileri için daha kısa süre öngörülmesinin gerekçesi, tekrar değerlendirilmelidir.

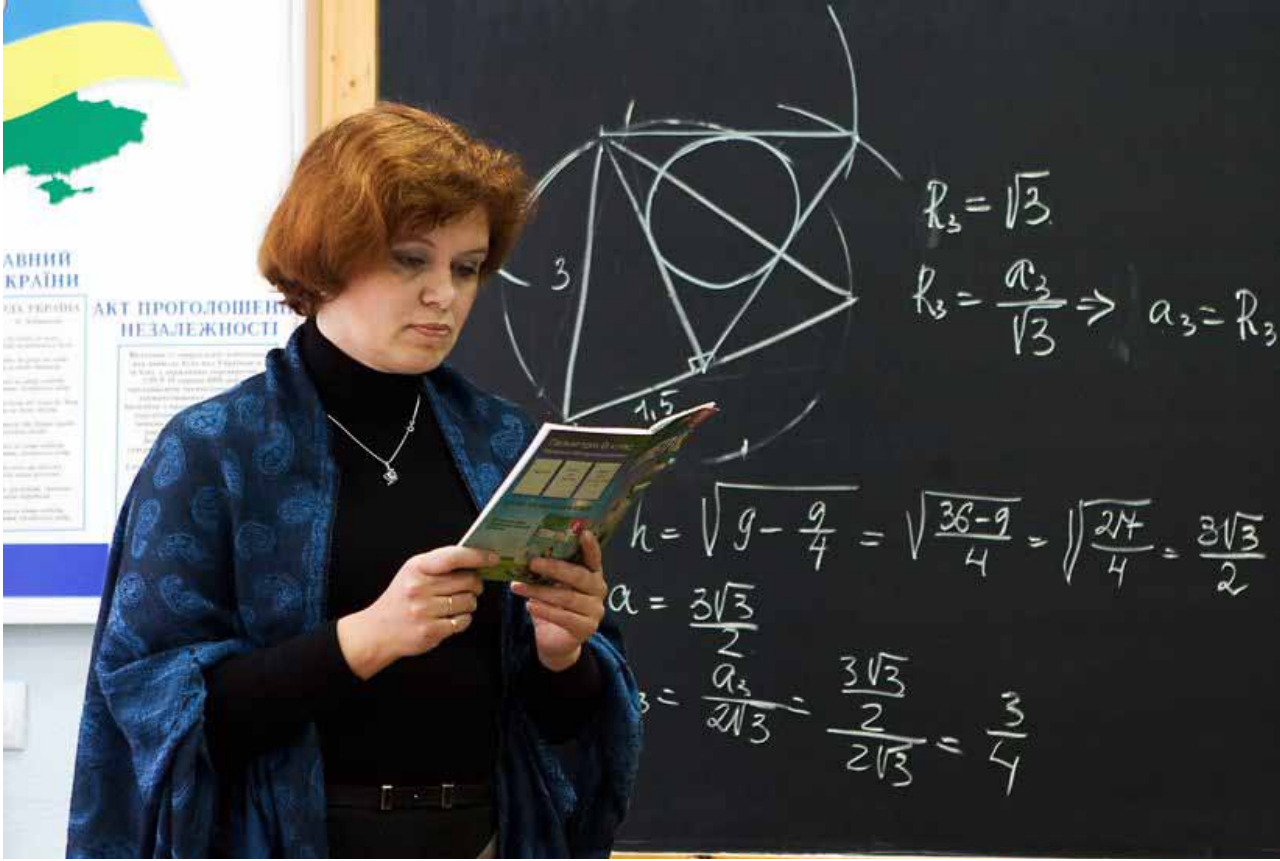
54. Md. ile “öğretim elemanlarının çalışma esasları” düzenlenmiştir. Burada 1. fıkrayla “kadrolu veya sözleşmeli statüde görev yapma” öngörülmüştür. Ancak, “çalışma süreleri”ne ilişkin bir düzenlemeye yer verilmemiştir. 2. fıkradaki “asgari ders yükleri”ne dair -mevcut yasadakine benzer şekilde ifade edilen- yükümlülük belirsizliklere yol açma potansiyeline sahiptir. Bu düzenlemenin, “ek ders ücreti alabilmek için” gibi bir ibare eklenerek açıklığa kavuşturulması daha uygun olacaktır.

55. Md’de “öğretim elemanı yetiştirme”ye ilişkin hükümler yer almaktadır. Oldukça ayrıntılı olan bu maddede yukarıda değinilen azami süreler ve başarısızlık halinde yapılacak görevlendirmeler dışında 5. fıkradaki izin sürelerinin “ders ve devam yükümlülüğü” olanlar ve olmayanlar bakımından farklılaştırılması ve devam yükümlülüğü olanlara daha uzun sürelerle izin verilmesi uygun olacaktır.

“Yükseköğretim kurumlarına dönüş”le ilgili 60. Md. 3. fıkrasında sayılan görevlere TÜBA ve TÜBİTAK gibi akademik/ bilimsel kuruluş üst yöneticiliklerinin eklenmesi hususu da yeniden değerlendirilmelidir.

61. maddede yer alan “emeklilik ve idarî görevlere atanmada yaş haddi” hususunun yeniden gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir. Çünkü 1. fıkra da devlet yükseköğretim kurumlarında çalışan öğretim elemanları için zorunlu emeklilik yaşı olarak 67 yaş belirlenmiş; ancak 3. fıkra da “idarî görevlerdeki yaş sınırı, sadece vakıf ve özel kurumlar için 72 yaş olarak belirtilmiştir. Bu durumda, devlet yükseköğretim kurumlarındaki idarî görevi olan elemanların yaş sınırının ne olacağı hususu cevapsız kalmıştır. Mevcut durumdakine benzer şekilde, 3. fıkra da belirtilen yaş sınırının devlet yükseköğretim kurumları elemanları için de geçerli kılınması uygun olacaktır.

Öğretim elemanlarının diğer üniversite-



Öğretim elemanlarının işleri ve çalışma koşulları açısından taslakta göze çarpan ve özellikle devlet yükseköğretim kurumları için geçerli olan en önemli husus, son yıllarda “tek çalışma biçimi olarak tam gün” olarak adlandırılabilir çalışmaya düzeni ve ilgili düzenlemelerle biçimlenen istihdam koşullarında kayda değer bir değişikliğin öngörülmemesidir. Nitekim taslakta “sözleşmeli” statüden bahsedilmekle birlikte, kısmî süreli-esnek çalışma biçimlerine yer verilmemiştir.

ler, kamu kuruluşları ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında görevlendirilmesi, mevcut düzenlemeye oldukça benzer şekilde, 62. md. de düzenlenmiştir. Burada, 1. fıkradaki “... en az bir eğitim-öğretim yılı...” ibaresinin uygulamada sorun oluşturabileceği, bu nedenle, söz gelimi “... en az bir yarıyıl...” gibi daha kısa bir sürenin yer alması uygun görünmektedir.

63. maddenin başlığının içeriği ile uyumlu hale getirilmesi hususu yeniden değerlendirilmelidir. Aynı maddenin 4. Fıkrasındaki düzenleme, gayet isabetli bulunmuştur.

64. md. de “*genel sekreterin atanması ve görev süresi*” ile ilgili yeni düzenleme, bu konuda yaşanan sıkıntılara bir çözüm olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer idarî görevlere ilişkin sürelerle ilgili bir düzenlemeye gerek olup olmadığının tekrar gözden geçirilmesi, uygun görünmektedir.

“Döner sermaye”ye ilişkin 69. Md. diğer hükümler yanında, *öğretim elemanlarının geniş anlamıyla ücretlendirilmesine dair hükümleri de içermektedir*. Öncelikle, 1. fıkradaki “Yükseköğretim kurumları” tabiriyle kastedilenin “devlet YÖ kurumları” olup olmadığı açıklığa kavuşturulmalıdır. Kanaatimizce anılan ibare, “devlet yükseköğretim kurumları” şeklinde olmalıdır.

Öğretim elemanlarının “döner sermaye ek ödemeleri”, 69. Md.nin 6, 9. ve

müteakip fıkralarında düzenlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, taslakta döner sermayeye ilişkin mevcut yasadaki düzenlemeler, 6. fıkrada yer alan “mesai dışında verilen hizmetler karşılığında ek ücret alınması” gibi bazı değişiklikler hariç çok büyük oranda korunmuştur.

69. md.nin 10,11 ve 12. Fıkralarının, münhasıran “*bilimsel araştırma projeleri*”yle ilgili olmaları ve döner sermayeyle ilişkileri, sadece 10 fıkradaki “*Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın en az %5’i.*” ibaresinden ibaret olması dolayısıyla, başkaca bir bölüm veya başlık altında verilmeleri daha uygun olacaktır. Bu, bilimsel araştırma projelerine ayrıca özel bir önem verildiği mesajını içeren bir düzenleme olacaktır.

“Döner sermaye ek ödemeleri”yle ilgili düzenlemeler konusundaki tespit ve değerlendirmeler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- “*Öğretim üyesi farkı*” diye de adlandırılan hizmet bedeli bu taslakta da yer almamaktadır. Bu, başka vesilelerle de belirtildiği gibi, “hizmet yükünün alt düzeylerdeki elamanlara kayması” gibi bir duruma yol açabilecek/açan ve emeğin nitelik farkının ücrete yansımaları engelleyen bir düzenlemedir.

- “*Ek ödeme tavanları*”, özellikle “tam gün öncesi dönemler”deki durum esas alınarak belirlenmiş ve mevcut yasadaki tutarlar görünümündedir. Oysaki mevcut

durumda ve öngörülebilir kısa vadede, döner sermaye işletme gelirlerinin öngörülen tavanlara yaklaşması bile çok düşük bir olasılıktır. Ayrıca, “*döner sermaye gelirin katkısı olan ve olmayan öğretim elamanları için öngörülen ek ödeme tavanları arasındaki farkın, son yıllardaki deneyimler ışığında gözden geçirilmesinde yarar olduğu düşünülmektedir.*”

- Taslak ile kadrolular yanında “*sözleşmeli*” öğretim elemanı statüsünün de daha yaygın bir istihdam biçimi olarak öngörüldüğü de göz önüne alınarak, 69. Md.nin 13. Fıkrasının (b) bendinde sözleşmeliler için öngörülen ek ödeme tavanının yeniden ele alınması uygun görülmektedir. Yine, 13.fıkranın (c) bendindeki (normal) mesai dışı gelir getirici faaliyetlerde çalışmalarından doğan katkılar için ödenmesi öngörülen ve %50 ve %20 olarak belirtilen “fazla ödemeler”in, hangi tutara dayanarak belirleneceği, ifade edilmemiştir. Herhalde bu oranların “ek ödeme üst sınırlarının %50’si ve %20 fazlası..” şeklinde ifade edilmesi uygun olacaktır.

- 69.md.nin 20.fıkrasındaki “... *yöneticilere... yapılacak aylık ek ödeme tutarı hiçbir halde net maaşlarının iki katını geçemez*” hükmü, 18. ve 19. fıkralarda rektör, rektör yardımcısı, dekan, başhekim vb. için öngörülen ek ödeme tavan matrahlarıyla ilgili düzenlemeleri geçersiz kılacak bir düzenlemedir.

- 72. Md.nin 10.fıkrasının (c) bendinde “*Devlet yükseköğretim kurumlarında çalışan personelin serbest meslek icra etmeleri...*” diye başlayan düzenleme ile sayılan faaliyetler için, “*görevinden çekilmiş sayılma*” disiplin cezası öngörülmesi, Anayasa Mahkemesi’nin “*öğretim üyelerinin mesai ve kurum dışı faaliyetleri*”yle ilgili kararı ve mevcut yasada var olan bir hakkın alınması anlamına gelmektedir.

Öğretim üyelerinin çalışma koşullarıyla doğrudan ilgili yukarıdaki konular yanında 23. Md. de yer alan “*Yükseköğretim kurumları ile hastaneler arasında işbirliği*”ne ilişkin düzenlemeler de, özellikle üniversitelerin sağlık birimlerinde çalışan öğretim elemanlarının çalışma koşullarını etkileme gücüne sahiptir. Bu konuda, tam gün düzenlemeleri kapsamında gerçekleştirilen yasal değişikliklerle geline durumun esas alındığı ve kamu ile özel kesim sağlık kuruluşları ve üniversiteleri arasında işbirliğine imkân tanınmadığı gözlenmektedir. Bunun öğretim elemanlarının çalışma koşulları açısından anlamı; kamudakilerin özel, özeldekilerin kamu hastanelerinde hizmet veremeyeceğidir. Kamu-özel kesim işbirliğinin, bazı durumlarda taraflar ve ülke açısından oldukça yararlı sonuçlar

verebileceği, özellikle sağlık alanında bunun kimi durumlara zorunlu olabileceği gözetilerek anılan düzenlemenin gözden geçirilmesi uygun olacaktır.

Değerlendirme ve sonuç

Kamuoyunun bilgisine sunulan YÖK Yasa Taslağı, konuya ilişkin öneri ve katkılar için bir vesile ve çerçeve oluşturmak bakımından yararlı bir işleve sahiptir. Genel olarak bakıldığında taslağın, özellikle Yükseköğretim Kurumu ve kurumlarının örgütlenmesi, bazı organların görev, yetki ve sorumlulukları bakımından önemli sayılabilecek değişiklikler içerdiği görülmektedir. Bu bağlamda, Yükseköğretim Kurulu bünyesinde Üniversiteler Arası Kurul yerine oluşturulan Rektörler Kurulu ile Kalite Güvence Sistemine yer verilmesi, devlet ve vakıf yükseköğretim kurumları yanında “özel yükseköğretim kurumları”na ve yabancı yükseköğretim birimlerine de yer verilmesi, belirli nitelikleri taşıyan devlet üniversitelerinde “üniversite konseyleri”nin oluşumuna imkân tanınması, araştırma odaklı birimlerin oluşturulmasının öngörülmesi, kıdem ve gelişmişlik düzeyine göre devlet üniversiteleri için farklı örgütlenme ve yönetim modellerinin öngörülmesi gibi hususlar dikkati çekmektedir. Buna karşılık, *öğretim elemanlarının çalışma koşulları açısından taslağın, beklenen ölçüde değişiklik öngörmediği ve mevcut durumu büyük ölçüde koruyan bir yaklaşımın egemen olduğu gözlenmektedir.* Benzer bir durum, ismi Türkiye Yükseköğretim Kurulu olarak değiştirilen Kurulun görev ve yetkileri bakımından da söz konusudur. Tarihi boyunca YÖK’ün gerekliliği, görevlerinin neler ve yetkilerinin ne kadar olması gerektiği hatta kaldırılması konusunda çoğu paydaşça sıkça ileri sürülenlerin aksine, taslakta YÖK’ün görev ve yetkilerinin azaltıldığı, bilakis artırıldığı söylenebilir.

Öğretim elemanlarının işleri(görevleri) ile çalışma koşulları açısından taslakta göze çarpan başlıca değişiklikler; araştırmacı öğretim elemanlığı, doktora sonrası ve proje araştırmacılığı, TYÖK uzmanlık ve denetçilikleri gibi bazı yeni işlerin/pozisyonların oluşturulması; akademik faaliyet puanı ve ödeneği, ücretli araştırma izni, kadrolular yanında “sözleşmeli öğretim elemanlığı”na da yer verilmesi gibi yeniliklerdir. Bunların yanında, öğretim üyeleri dışındaki elemanlar için merkezî yabancı dil ve bilim sınavı ve doçentlik sınavına başvuru için doktora mezuniyetinden itibaren beş yıl geçmiş olması şartının öngörülmesi; araştırma görevlilerinin lisansüstü eğitimlerini bitirmeleri için azamî on, ÖYP kapsamındaki için sekiz yıllık bir sürenin getirilmesi, bu süreler içinde başarılı olamayanların diğer öğretim ve memuriyet kadrolarına nakline imkân tanınması gibi hususlar,

öngörülen diğer yeniliklerdir. Genel olarak bakıldığında, bu değişiklikler, geliştirilmeye ve gözden geçirilmeye muhtaç yönleri olmakla birlikte, yükseköğretim kurumlarının ihtiyacı olan çeşitlilik ve esnekliğe katkı sağlayacak olumlu değişikliklerdir. Ancak bunların, taslakla amaçlandığı ifade edilen çeşitlilik, gelişme, rekabet, esneklik vb.ni sağlamak için yeterli olduğunu söylemek de oldukça güç görünmektedir.

Öğretim elemanlarının işleri ve çalışma koşulları açısından taslakta göze çarpan ve özellikle devlet yükseköğretim kurumları için geçerli olan en önemli husus, son yıllarda “tek çalışma biçimi olarak tam gün” olarak adlandırılacak çalışma düzeni ve ilgili düzenlemelerle biçimlenen **istihdam koşullarında kayda değer bir değişikliğin öngörülmemesidir.** Nitekim taslakta “sözleşmeli” statüden bahsedilmekle birlikte, kısmi süreli-esnek çalışma biçimlerine yer verilmemiştir. Bunun ötesinde, mevcut durumda, normal mesai içinde döner sermaye gelirin konu işlerde çalışma yasağı pahasına da olsa, kurum ve normal mesai dışında serbest meslek icrasına imkân veren bir düzenlemeye yer verilmemiş; aksine “serbest meslek icrası”, bir sınırlamaya gidilmeksizin “görevden çekilmiş sayılma” nedeni olarak görülmüştür. Oysaki **tam gün çalışmanın tek çalışma düzeni olarak öngörüldüğü bir durumda bile, en azından kamu-özel, kurum içi ve dışı şeklinde kısıtlamadan öğretim elemanlarının tüm gelir getirici faaliyetlerinin döner sermaye kapsamına alınması, mevcut ve muhtemel sorunları hafifletici bir çözüm olurdu.** Öngörülen bu katı ve tek biçim istihdam düzeni ile artan ve artması istenen rekabet koşullarıyla özellikle sağlık birimlerine sahip devlet yükseköğretim kurumlarının baş edebilmesi, pek mümkün görünmemektedir.

Öğretim elemanlarının çalışma koşulları konusunda, kısa vadeli ve konjonktürel durum ve etkilerin ötesine geçerek ve deneyimlerden de ders alarak, Türk yükseköğretiminin uzun vadeli amaç ve ihtiyaçları ile yükseköğretim kurumlarının işlerine, iş görenlerine ve iç-dış çevre koşullarına uygun daha esnek bir düzene geçilmesi gerekli görülmektedir. Bu yapılmadığında, örgüt yapısı ve süreçlerinde öngörülen ve çeşitlenme ve esnekleşme olarak nitelendirilebilecek yeni düzenlemelerden de beklenen yararın elde edilmesi zor görünmektedir.

YÖK tarafından sunulan taslak ile taslağa ilişkin görüş ve önerilerin alınmasına dair mekanizma ve faaliyetler, Türk yükseköğretim alanının ihtiyaçlarına ve gelişimine uygun bir yasanın ortaya çıkması için değerlendirilmesi gereken önemli bir imkân ve fırsat olarak görülmeli ve değerlendirilmelidir.

Yükseköğretim kurumlarında sağlık eğitimi: Öğrenci alımı, eğitim, mezuniyet

Prof. Dr. Murat Tuncer



1956 yılında Kayseri’de doğdu. 1974 yılında Kayseri Lisesi’ni birincilikle bitirdi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden dereceyle mezun oldu (1981). İç hastalıkları ihtisasının ardından Kanada Toronto’da Wellesley Hospital Gastroenteroloji Kliniği’nde diagnostik ve terapötik endoskopi ve endoskopik onkoloji konularında gözlemci olarak bulundu. 1989 yılında görev yapmaya başladığı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı’nda gastroenteroloji yan dal uzmanı, doçent ve profesörlük oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapmakta olan Dr. Tuncer’in mesleki ilgi alanları arasında reflü, iltihabi bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit-crohn hastalığı), peptik ülser, terapötik endoskopi, safra yolları hastalıkları ile fonksiyonel mide bağırsak hastalıkları, kabızlık ve ishal yer almaktadır.

Yükseköğretim kurumlarında sağlık eğitimi toplumun tamamını ilgilendiren önemli bir konudur. Bu alandaki eğitim kalitesi yalnızca eğitim alan bireyi değil, aynı zamanda toplumu da ilgilendirir. Tüm yükseköğretim adayları içerisinde tıp fakültesine öğrenci alımı (seçme/eleme), sağlık eğitiminin yöntem ve içeriği ülkelere göre farklılıklar arz etmektedir. Gerek “hekimlik” mesleğinin icra edilmesi ile ilgili sosyoekonomik koşullar, gerekse de yerel sağlık politikaları bu farklılıkların başlıca sebeplerindendir. Ancak unutulmamalıdır ki tüm eğitim sistemlerinin öncelikli hedefi, kalitatif/kantitatif olarak gerekli/yeterli düzeyde doktor yetiştirilmesidir. Bu makalede ülkemizdeki eğitim sistemi Avrupa ve Amerika ile karşılaştırılacak ve ülkemiz için verimlilik (productivity) ve etkinlik (efficacy) açısından öneriler getirilecektir.

Ülkemizde tıp fakültelerine öğrenci alımı Ölçme Seçme Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yapılan merkezi, yazılı, çoktan seçmeli sınavla olmaktadır. Tıp fakültelerine öğrenci alımı ile ilgili karşılaştırma yapıldığında

Avrupa ve Amerika’daki sistemin farklı olduğu görülmektedir. Amerika’da tıp eğitimi üç aşamalı olarak değerlendirilebilir. “Undergraduate”, “graduate” ve “postgraduate” olarak adlandırılan bu dönemlerden öğrenci seçimi ile ilgili olan dönem undergraduate dönemidir. Öğrencinin bu dönemde 4 yıllık bir üniversite bitirmiş olması ve “bachelor of science” belgesi almış olması gerekir. Bu belge ve bu dönemde yapılmış diğer lisans çalışmaları (laboratuvar araştırmaları, temel tıp bilimlerinde master/doktora), tıp fakültesi öğrenciliği için yapacakları “dosya” başvurusunda ve sözlü değerlendirilmede “seçilme” şanslarını arttırmaktadır. Bu nedenle çoğunlukla adaylar tıp fakültesine başvurduklarında “medical science” ile ilgili bir çerçeve bilgiye sahip olmaktadır.

Almanya’daki öğrenci seçme sistemi, üniversite öncesi dönemde tıp ile bilgi/birikim gerektirmemesi açısından ülkemizdeki sistemle benzerlikler taşır; ancak burada üniversite giriş sınavı tek ve merkezi bir sınav değildir. Almanya’da ABİTUR ortalaması “lise son sınıfta yapılan beş ayrı merkezi sınav ve yerel sözlü sınavlar” öğrenci sisteminde esas alınır.

Öğrenciler elde ettikleri bu ortalamaya göre başvuru yaparak seçilmektedir.

Ülkemizde ise merkezi sınav, iki aşamalı “YGS-yükseköğretime geçiş sınavı, LYS- lisans yerleştirme sınavı” ve toplam 12 alt puan türüne göre dağılım olacak şekilde yapılmaktadır. Bu puan türleri tercih yapılacak yükseköğretim alanlarını belirlemek için kullanılmakta, ancak tıp fakültesi tercihi için özel bir değerlendirme içermemektedir. AOBP (ağırlıklı orta öğretim başarı puanı) lise eğitimi ile yükseköğretim bölüm tercihi arasında tek doğrudan ilişki gibi gözükmeyle beraber sonuca etkisi düşüktür. Buradan da anlaşılacağı üzere ülkemizdeki sınav modeli nüfusun dağılımı, gelir dağılımı, eğitim fırsatlarındaki eşitsizlik, yükseköğretim kurumlarının öğrenci kapasitesi gibi faktörler açısından değerlendirildiğinde tüm adaylara ortak bir fırsat sunma vaadi taşımaktadır. Bu sınav sisteminin eksiklikleri başka bir yazının konusudur. Tıp fakültesine öğrenci seçimi açısından bakıldığında bazı dezavantajlar içermektedir. Bunları üç ana başlıkta değerlendirmek gerekirse tıp fakültesine giren öğrenci ile mühendislik fakültesine giren öğrenci





Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Avrupa ve Amerika'da öğrenci alımı "seçme" esasına dayanırken, ülkemizdeki sistem "eleme" üzerine kurgulanmıştır. Tıp fakültesine öğrenci seçimi, yükseköğretimde sağlık eğitiminin sonuçlarını etkileyen temel bir konudur. Ülkemizdeki eğitim sistemi, tıp fakültesi öncesi dönemde hazırlayıcı bir içeriğe sahip değildir ve sınav randomize başarıya odaklanmaktadır.

arasında donanım açısından belirleyici bir fark yoktur ve sınav sistemi bunu ölçmek üzere kurgulanmamıştır. Lise eğitimi veya bir başka deyişle tıp fakültesi öncesi eğitim tıp fakültesi eğitime temel oluşturacak bir içeriğe sahip değildir.

Avrupa ve Amerika'da öğrenci alımı "seçme" esasına dayanırken, ülkemizdeki sistem "eleme" üzerine kurgulanmıştır. Tıp fakültesine öğrenci seçimi, yükseköğretimde sağlık eğitiminin sonuçlarını etkileyen temel bir konudur. "Selecting Tomorrow's Doctor" makalesinde Keith Steele, Avrupa ve Amerika'dan farklı

sistemleri değerlendirmiş ve gerek tıp fakültelerine öğrenci seçimi gerekse uzmanlık öğrencisi seçiminin yazılı/sözlü bilimsel sınav ile yapılmasının yeterli olmayacağını; motivasyon, iletişim, empati, problem çözme, uyum ve ahlaki sonuçlar gibi parametrelerin de değerlendirmeye alınması gerekliliğini vurgulamıştır. Ülkemizdeki eğitim sistemi, tıp fakültesi öncesi dönemde hazırlayıcı bir içeriğe sahip değildir ve sınav randomize başarıya odaklanmaktadır.

Tıp fakültesinde eğitim; süre, yöntem ve içerik açısından yine ülkelere göre farklılıklar taşır. Ülkemizde bu süreç teorik olarak iki döneme (temel bilimler/klinik bilimler) ayrılabilir da pratik olarak 3 dönem (temel bilimler/klinik bilimler/ internluk dönemi) şeklinde incelenebilir. Amerika'da tıp fakültesinde eğitim 4 yıldır, 2 yıl temel bilimlere ait dersler, sonraki 2 yıl da eğitim hastanelerindeki klinik rotasyonlar şeklinde tamamlanır. Internluk asistanlığın ilk yılını kapsar. Bizde ise 6 yıllık eğitimin ilk 2 yılı temel bilimler, son 4 yılı ise internlüğün de içinde olduğu klinik bilimlerden oluşur.

Daha önce belirttiğimiz gibi ülkemizde öğrenciler, tıp fakültesine başladıklarında bu alanla ilgili herhangi bir donanıma sahip değildir. Bu nedenle tıp eğitimi batıya kıyasla ülkemizde daha uzundur. Ancak asıl üzerinde durulması gereken konu, eğitim süresinden çok verilen eğitimin kalitesidir. Zira eğitim süreci bizden daha kısa olan ülkelerde, bazı doktora ve master programları ya da asistanlık öncesi internluk dönemi gibi programlarla eğitim süresi bizdekine yakın ve bazen daha uzun olmaktadır.

Uzun zamandır üzerinde durulan ve standardizasyonu açısından farklı değerlendirme yöntemleri geliştirilmeye çalışılan asıl konu "eğitim kalitesi"dir. Geride bıraktığımız yüzyıl bilgiye dayalı küresel ekonomik yarışın, yaşanan hızlı ekonomik ve sosyal değişikliklerin yüz yılı olmuştur. Yükseköğretim kurumları, bilişim ve iletişim tekniklerinin takibi ve yönlendirilmesi açısından toplumsal alanda en önemli rollerden birini üstlenmiştir. Ancak artan talep yanında aynı oranda artmayan imkân ve istihdam sebebiyle yükseköğretim kurumlarında kalite/verimlilik odaklı programlarıyla denetlemelerin yapılması zorunlu hale getirmiştir.

Temel ilke olarak yükseköğretim kurumları özerk olmalıdır. Özerklik bilimsel özerklik, idare özerkliği, öğretim özerkliği ve mali özerklik olarak açıklanabilir. Bu kavramların hepsi birbirleriyle yakından ilişkilidir. Özerklik; denetlenmezlik, sınanmazlık gibi algılandığında ve uygulandığında kalite standardizasyonunu belirlemek mümkün olmayacaktır. Oysa özerklik başlığı altında bahsettiğimiz alanlarda karar alma ve uygulama süreci bağımsız; ancak sonuçlar denetlenebilir/sorgulanabilir olmalıdır.

Bu yazıda daha çok bilimsel özerklik ve öğretim özerkliği üzerinde durulacağından, şu soruya cevap aramak gerekmektedir; yükseköğretim kurumlarının faaliyetlerini kimler denetlemelidir? Ve bu denetlemeler baskılayıcı yönlendirici bir unsur haline gelme tehlikesi taşır mı?

Hali hazırda uygulanan yükseköğretimde sağlık eğitimi programımızda temel başarı kriteri tıpta uzmanlık

sınavı başarısıdır. Öğrenciler her ne kadar fakültenin ilk yıllarında öğrenme istekli odaklı görünse de 4. sınıftan sonra hedef tamamen TUS'da başarı sağlayacak öğrenme yöntemlerini ve bu sınav için gerekli teorik bilgileri edinme süreci olarak değişmektedir. Her geçen yıl biraz daha erken başlamak kaydıyla (2000'lerde 6.sınıfta TUS'a hazırlanırdı, şimdi ise 4. sınıftan itibaren bu hazırlıklar başlanmakta) TUS hazırlığı okul dışında özel TUS dershanelerinde devam etmektedir. İyi hekim, iyi bir bilim insanı olma motivasyonu bu şartlarda çoğunlukla daha geri plandadır. Ülkemizdeki arz/ talep açısından bakıldığında uzmanlık öğrencisi alımı için elbette bir sınava ihtiyaç vardır. Ancak yöntem ve değerlendirme gözden geçirilebilir. Öğrencilik döneminde bilimsel çalışmalarda yer alma ve merkezi sınavı takiben girilmek istenen uzmanlık alanı ile ilgili bir kurul tarafından yapılacak sözlü sınav, üzerinde tartışılacak önerilerdir. Amerika'da tıp fakültesi son yılı ve asistanlık öncesi internlik dönemi ağırlıklı olarak uzmanlık eğitimi alınacak bölümlerin rotasyonları ile geçirilmektedir. Ülkemizde ise bu son yıllar hastaneye/okula daha az gelme ve daha çok TUS dershanesinde vakit geçirme kaygısı taşımaktadır. Mevcut sistemde öğrencileri bu tercihleri açısından anlamak güç değildir.

Sınav sistemi dışında öğretim üyesi yeterliliği ve eğitim kalitesi de üzerinde durulması gereken başka önemli konudur. Ülkemizin şartlarını değerlendirerek bu konuya başlamak doğru olacaktır. Bu anlamda 3 temel sorun göze çarpmaktadır;

- 1) Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı,
- 2) Kamu bütçelerinden yükseköğretime ayrılan bütçe miktarı,
- 3) Bilimsel başarıya(uluslararası yayın, patent, atıflar) finans ayrılması.

İlk bakışta bu 3 sorun da bir bütçe/ finansman problemi gibi görünse de aynı zamanda yükseköğretim kurumlarının işleyişi ile ilgili teknik bir sorundur. Amerika ve Almanya'da birçok yükseköğretim kurumu ve ona bağlı hastane, mali açıdan kendi bütçesini yönetmek ve akademik kadroyu oluşturmak konusunda tamamen bağımsızdır. Ancak belli periyotlarla mali denetim, bilimsel denetim yapılarak mali ve bilimsel konuda özgür bırakılmış yöneticilere başarıları ya da başarısızlıklarına göre yeni iş sözleşmeleri teklif edilmekte ya da iş akdi sonlandırılmaktadır.

Konunun başında sorduğumuz soruyu tekrar sorarak cevap aramak gerekir. Bu denetlemeyi kim/kimle yapmalıyız?

Ülkemizde içinde bulunduğu bazı uluslararası anlaşmalar (Bologna Protokolü) ortak bir kalite denetimi hedeflemekte ve standardizasyon aramaktadır. Ülkemizde Bologna Süreci çerçevesinde gerçekleştirilen kalite güvence sistemi, üniversiteler tarafından yıllık olarak gerçekleştirilen iç değerlendirme süreci ve normal koşullarda 5 yılda bir gerçekleştirilen dış değerlendirme temeline dayanmaktadır. Bu amaçla yükseköğretim kurumları akademik değerlendirme ve kalite geliştirme komisyonu (YÖDEK) kurulmuştur.

Ayrıca ulusal bilimsel meslek örgütleri bireysel ve kurumsal akreditasyon sınavları yapmakta ve klinikleri bir protokol çerçevesinde denetlemektedir. Yine aynı şekilde uluslararası bilimsel dernekler de başvuru olması halinde buna benzer bir protokol uygulamaktadır. Akreditasyon belli periyotlarla kontrol esasına dayanan dinamik bir süreçtir.

Ancak ülkemiz açısından bakıldığında bu denetlemelerin kaliteye katkısı tartışılmalıdır. Pratik sonuçlar açısından bu değerlendirme ve denetlemelerin olumlu/olumsuz yaptırımları net değildir. Mevcut haliyle denetlenen kurum/klinik açısından prestij unsuru olmaktan öteye geçmemektedir. Oysa bu değerlendirmelerin kaliteyi artırıcı geri dönüşlü ve kaliteyi ödüllendirici katkıları olmalıdır. Örneğin kliniğe alınacak asistan sayısı, bazı eğitimlerin belli kliniklerde yapılmasına izin verilmesi, bütçeden daha azla pay ayrılması gibi katkı sağlayıcı yöntemler ya da eksiklikler açısından belli bir süre sonra ek değerlendirme yapmak olumsuz sonuçlarda öğrenci, asistan sayısını azaltmak, mali düzenlemeler yapmak bu denetim ve değerlendirmelemin amacına ulaşmasına yardım edebilir.

Rektör seçimi, doçentlik sınavı, akademik personel alımı gibi birçok konu dolaylı gibi görünse de yükseköğretim kurumlarında eğitim kalitesini etkileyen önemli başlıklardır. Ülkemizde uygulanan mevcut yöntemlerin kalite denetimi ve geliştirilmesi açısından sorunlu olduğu görülmektedir. Üniversite öncesi dönemden başlayıp tıp doktoru diploması alana kadar işleyen süreç çok faktörlü, bazıları ölçülebilir bazıları ölçülemez değişkenler içerir.

Özetle değerlendirmek gerekirse, tıp fakültelerine öğrenci alımı konusunda lise eğitimi ve üniversite sınavı özel bir farklılık taşımamaktadır. Bu durum, klinik eğitim sürecinin daha geç başlamasına ve daha uzun sürmesine neden olmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri TUS nedeniyle eğitimlerinin son dönemlerini mesleki formasyon odaklı olmaktan çok sınav odaklı olarak geçirmektedir. Uzmanlık sınavı gereklidir, ancak yöntem gözden geçirilmelidir. Bitirme tezi, bitirme

**Tıp fakültesi öğrencileri
TUS nedeniyle eğitimlerinin
son dönemlerini mesleki
formasyon odaklı
olmaktan çok sınav odaklı
olarak geçirmektedir.
Uzmanlık sınavı gereklidir,
ancak yöntem gözden
geçirilmelidir. Bitirme tezi,
bitirme sınavı olmaması
öğrencilerin bilimsel
araştırma alışkanlığı
edinmemelerine ve pratik
bilgiden uzaklaşmalarına
yol açmaktadır.**

sınavı olmaması öğrencilerin bilimsel araştırma alışkanlığı edinmemelerine ve pratik bilgiden uzaklaşmalarına yol açmaktadır. Öğrencilik yılları bilimsel araştırma yöntemleri açısından bir alışkanlık geliştirecek şekilde planlanmalıdır. İster kalite güvencesi ister akreditasyon olarak adlandırılın nihai amaç pozitif geri dönüş olarak planlanmalı, mali bilimsel ve idari sonuçları kalitenin devamı ya da kalitenin tesisi için imkânlar, uyarılar, düzenlemeler içermelidir. Sağlık hizmetleri; uygulayıcısı, çalışma alanı ve etki alanı insandan oluşan özel ve hassas bir alandır. Sağlık eğitimi bu hassasiyete ve özelliğe uygun olarak planlanmalı ve insan merkezli düşünülmelidir.

Kaynaklar

Continuing medical education in Turkey: Recent developments, Yaman H, BMC Medical Education 2002, 2:6 .

Graduate Medical Education and Primary Care Workforce: A CERA Study, Carek PJ, Peterson L, Shokar NK et al., Fam Med. 2012 Nov;44(10):712-5.

http://www.ec.europa.eu/education/higher-education/bologna_en.htm (Erişim tarihi: 15.11.2012)

<http://www.usmle.org/> (Erişim tarihi: 15.11.2012)

Selecting Tomorrow's Doctors, Keith Steele, Ulster Med J 2011;80(2):62-67.

Undergraduate medical education in Germany, Chenot JF, Ger Med Sci. ,2009 Apr; 2:7.

Yükseköğretimde sağlık eğitimine genel bir bakış

Prof. Dr. Mustafa Solak



1953 Eskişehir, Sivrihisar doğumludur. 1976'da Atatürk Üniversitesi Biyoloji Bölümü'nden mezun oldu. 1985 yılında Anadolu Üniversitesi (Tıp Fakültesi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Genetik Bilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. 1986 yılında Yardımcı Doçent, 1992 yılında Doçent ve 1999 yılında Profesör unvanını aldı. 1993 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dekan Yardımcılığı, 1999 - 2007 yılları arası Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde bir dönem Rektör Yardımcılığı, iki dönem Tıp Fakültesi Dekanlığı, Bölüm Başkanlığı, Anabilim Dalı Başkanlığı, 2008 - 2010 tarihleri arasında Yükseköğretim Kurulu Başkan Danışmanlığı, Yükseköğretim Denetleme Kurulu Üyeliği ve Başkanlığı görevlerinde bulundu. Dr. Solak, halen Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık eğitimi alanında eğitim gören öğrenciler, tıp doktorluğu, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik ve fizyoterapi ile sağlık teknikliği alanlarında eğitim almaktadır. Uzman hekimlik, pratisyen hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapistlik, hemşirelik, ebelik ve diğer bazı sağlık mesleklerine yönelik eğitimler; üniversiteler tarafından yürütülen başlıca hizmet öncesi eğitim programlarıdır.

Ülkemizde 2011-2012 eğitim-öğretim yılında yükseköğretim kurumlarında 3 milyon 780 bin 916 öğrenci ön lisans, lisans ve lisansüstü düzey ile tıpta uzmanlık düzeyinde eğitim almıştır. Yine aynı eğitim döneminde sağlık alanında ve değişik eğitim düzeylerinde toplam 128 bin öğrenci öğrenim görmüştür. Sağlık personelinin üniversite düzeyindeki eğitimi, Yükseköğretim Kurulu tarafından düzenlenmektedir. Diğer sağlık personeline yönelik eğitimler ise sağlık meslek liselerinde verilmektedir.

Üniversitelerimiz, sağlığın dört temel alanına yönelik ülke ihtiyaçlarını dikkate alarak kaliteli sağlık eğitimi vermek için önemli çaba sarf etmektedir. Burada artan nüfus ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talep, kronik hastalıklar ve geriatri sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaç, nüfustaki artış ve değişimleri karşılayacak şekilde hem kırsal hem de kentsel sağlık kuruluşlarının sayılarındaki artış ve bu kurumların geliştirilme ihtiyacı dikkate alınarak öngörülen kontenjanlara bakıldığında; 2011 yılına ilişkin veriler

şöyle gerçekleşmiştir: Tıp fakültelerinde 8.900, diş hekimliği fakültelerinde 2.271, eczacılık fakültelerinde 1.509 öğrenci eğitim almışken, 2012 yılında bu eğitim programlarının kontenjanları sırasıyla, tıp fakültelerinde 9.570, diş hekimliği fakültelerinde 2.785 ve eczacılık fakültelerinde 1.660'a yükselmiştir.

Hemşirelik eğitiminde ise öğrenci kontenjanı 44.000'i geçmiş bulunmaktadır. Halen sağlık eğitiminin temel taşı olan 63 tıp fakültesinde 9.809 öğretim üyesi; 42.000'i aşkın tıp eğitimi öğrencisi, 12.704 tıpta uzmanlık eğitimi öğrencisi ve 4.255 lisansüstü eğitim öğrencisine en iyi şekilde eğitim vermek için üstün çaba göstermektedir. Diğer taraftan dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplum giderek yaşlanmaktadır. Bu bağlamda geriatri ve fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Bu nedenle fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin üst düzeyde verilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan fizyoterapist ve fizyoterapi teknikeri yetiştirilmesine bu dönemde gereken önem verilmelidir. Geçtiğimiz yıl fizyoterapist yetiştiren birim ve programlarda 11.682, fizyoterapi tekniker programlarında (ön lisans düzeyinde) ise 6.700 dolayında öğrenci eğitim görmüştür.

Bir ülkede sağlık hizmeti bütünlük arz etmelidir. Sağlık hizmeti sunumunda hekim, uzman hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist, tekniker, teknisyen ve laborantlar sağlık hizmetinin paydaşlarıdır. İyi ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak paydaşların birbirini tamamlayıcı, des-

tekleyici tarzda çalışmasıyla gerçekleşir. Kaliteli sağlık hizmeti zincirinde yer alan sağlık çalışanlarının iyi yetişmesi, kendilerine iyi eğitim verilmesi, çağdaş bilgi, beceri ve donanımla yetiştirilmeleriyle gerçekleşir.

Ülkemizde 165'i aşkın üniversitede sağlık eğitimi programlarının kalitesinin artırılması ve güncelleşmesinin sağlanması amacıyla yukarıda sayılan sağlık eğitimi türlerine ilişkin çekirdek eğitim programı geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Bunun ilk örneği tıp eğitimi ile ilgilidir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve şimdiki adıyla “aile hekimliği” görevini üstelenecek pratisyen hekimlerin iyi yetişmelerini sağlamak için 2000'li yıllarda tıp fakülteleri arasında ortak çalışma başlatılmış, bu çalışmaların sonucunda tıp fakültesi dekanlarının Aralık 2002 tarihinde Çukurova Üniversitesi'nde yaptıkları toplantıda tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı hazırlanmış ve 1 Ocak 2003 tarihinden itibaren tıp fakültelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama ile tıp fakültelerinin hepsinde tıp eğitiminin içeriği %60-65 dolayında aynı içerikte ve düzeyde olması benimsenmiş, geriye kalan %30-35'lik kısmının içeriğinin ilgili fakültenin öğretim üyesi kapasitesine göre hazırlanması ön görülmüştür. Bu eğitim modelinde birinci basamak sağlık hizmeti sunun aile hekimlerine aynı bilgi ve beceri, aynı tutum ve davranışların kazandırılması sağlanmaktadır.

Tıp fakülteleri için yapılan çekirdek eğitimi programı çalışmalarını daha sonra

diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksekokulları ve fizyoterapist yetiştiren yüksekokullar izlemiştir. Bu çalışmaların sonunda her birim kendi çekirdek eğitim programını hazırlayarak Tıp ve Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi ve Üniversitelerarası Kurulun tavsiye kararından sonra uygulamaya geçirmiştir.

Türkiye’de son dönemde Yükseköğretim Kurulu’nda sağlık eğitimi alanında ciddi çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda Yükseköğretim Kurulu ilk olarak 2 Şubat 2008 tarihinde yayımladığı bir yönetmelikle başta tıp doktorluğu olmak üzere, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik ve fizyoterapi eğitim programlarının asgari eğitim koşullarını belirlemiştir. Bu yolla söz konusu mesleklerle sahip bireylerin mesleki yeterliliklerinin Avrupa Birliği üyesi ülkelerde tanınabilmesi için bu alanlara ilişkin yükseköğretim programlarının eğitim müfredatları ile eğitim sonunda kazanılması gereken bilgi ve beceri düzeyleri belirlenmiştir.

Yükseköğretim Kurulu, konuyla ilişkin ikinci bir çalışmayı üniversitelerimizde yer alan tıp fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde sürdürürken tıpta uzmanlık eğitimi gündemine almıştır. Söz konusu birimlerde sürdürülen tıpta uzmanlık eğitiminin standartları uzmanlık eğitiminin kalitesi, eğitim dalları ve yan dalların tanımlanması ile eğitimin süresi gibi çok önemli konuları Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile birlikte değerlendirmiştir. Mayıs 2008 tarihinde Yükseköğretim Kurulu adına 5 temsilcinin kurula katılmasıyla “Tıpta Uzmanlık Kurulu”nun çalışması sağlanmıştır. Tıpta uzmanlık eğitime ilişkin ön görülen yönetmelikler hazırlanarak uygulamaya geçilmiştir. Bu yolla ülke genelinde sağlık hizmeti sunacak uzman hekimlerin tıp fakülteleri ile bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde aynı içerik ve aynı nitelikte yetişmesi için gerekli tedbirler alınmıştır.

Yükseköğretim Kurulu, üçüncü bir çalışma olarak tıp fakültelerinin bünyesinde yer alan bölüm, anabilim ve bilim dallarının mevcut durumunu 21.05.2009 tarihli toplantısında gündemine almıştır. Kurul bu toplantıda tıp fakültelerinin yeniden düzenlenmiş hali ile işleyiş ve teşkilat yapısını düzenleyerek üniversitelere tebliğ etmiştir.

Yükseköğretim Kurulu gerçekleştirdiği bu çalışmaların yanı sıra 2008-2009 yıllarında üniversitelerin akademik ve idari personel istihdamında birimlerde norm kadroya geçiş çalışmalarını başlatmıştır. Ancak bu çalışma, çeşitli nedenlerle tamamlanamamıştır.

Yukarıda sağlık eğitimi programlarına ilişkin genel gelişim ve işleyiş sürecine ait

özet bilgilerin sunulmasından sonra bu eğitim programlarının gelecek dönemine ilişkin bazı hususlara temas etmekte yarar olacaktır.

Sağlık eğitiminin en temel öğelerinden biri tıp eğitimidir. Tıp eğitiminin sürdürüldüğü tıp fakültelerinin kuruluş, işleyiş, çalışma ve hizmet standartlarının yeniden belirlenmesinde ve gözden geçirilmesinde çeşitli yararlar bulunmaktadır. Örneğin tıp eğitimi süresinde öğrencilerin çok sayıda ve türde vaka görmeleri sağlanmalı, eğitim sonunda mutlaka merkezi bir sınav yapılmalı, sınav sonucunda mezunların başarısı gözden geçirilmelidir. Yine eğitim sürecinde öğrencilerin klinik ve laboratuvar araştırmalarına girişleri teşvik edilmeli, gerekli alt yapı imkânları sağlanmalı, bütçe imkânlarından yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler gözden geçirilmelidir.

Bilindiği gibi tıp fakülteleri ve hastanelerinde; eğitim ve öğretim, uygulama ve araştırma ile sağlık hizmeti olmak üzere üç önemli görev yürütülmektedir. Tıp eğitimin amacı insanların sağlıklı yaşamalarını sağlayacak ve toplum sağlığını en yüksek düzeyde tutacak iyi hekimler yetiştirmektir. Ülkemizde bir kısım tıp fakültesinde kapasite üzerinde öğrenciye eğitim verilmektedir. Son dönemde Yükseköğretim Kurulu’nun belirlediği öğrenci kontenjanlarındaki artış sınırlı olsa dahi, önceki yıllardan gelen birikim kontenjanların normal kapasitenin üstünde gerçekleşmesine neden olmuştur.

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitiminin işleyişinde bir ikilem söz konusudur. Uzmanlık eğitimi tıp fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde sürdürülmektedir. Halen tıpta uzmanlık eğitiminin yasal düzenleyicisi Sağlık Bakanlığı’dır; ancak eğitimin ağırlıklı yükü üniversitelerdedir. Bu nedenle yasal yetkinin Yükseköğretim Kurulu’na verilmesi daha yararlı görülmektedir. Diğer taraftan tıpta uzmanlık alanlarından her biri için yapılandırılmış bir eğitim programı mevcut değildir. Her tıpta uzmanlık eğitimi alanı için istenen düzeyde ve edinilmesi istenen bilgi beceri ve tutumlar tanımlanmalıdır. Yine her uzmanlık dalı için eğitim tamamlandığında edinilecek yeterliliklerin çerçevesi ayrıntıya inilerek belirlenmelidir. Ayrıca tıp eğitimi ile tıpta uzmanlık eğitimi için ön görülen temel kriterler diş hekimliği ve diğer birimler için de geçerlidir. Ülkemizde sayısı 31’i bulan diş hekimliği fakültelerinde diş hekimliği ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi ile diğer birimlerde verilen eğitim için de aynı yol izlenmelidir.

Günümüzde sağlık eğitimi sürdürülen birimlerde öğretim üyesi piramidi tersine dönmüştür. Yükseköğretim Kurulu’nca 2008 - 2009 yıllarında norm

kadro çalışması başlatılmışsa da değişik nedenlerle sonuçlandırılmamış ve kurumlarda uygulamaya geçilememiştir. Bu durum üniversitelerde değişik sorunlar oluşturmaktadır. Bazı üniversitelerde öğretim üyesi yığılmasına, diğer bazı üniversitelerde ise öğretim üyesi açığına neden olmaktadır. Düzensiz öğretim üyesi dağılımı, verilen eğitimlerin kalitesini ve standardını olumsuz etkilemektedir.

Üniversitelerde sürdürülen sağlık eğitiminin genel durumunu gözden geçirdikten sonra eğitim programlarının çağdaş ve güncel düzeyde sürdürülebilmesi için yapılması gerekenleri şöyle özetleyebiliriz:

- Sağlık eğitimi veren birimlerin uygulama alanları, derslik ve laboratuvarları, fiziki alanlar ile ekipman ve donanım durumu yeniden gözden geçirilmeli,

- Birimlerde norm kadro uygulamasına geçilmeli,

- Öğretim üyesi istihdamında yalnızca tam zamanlı (tek tip) öğretim üyesi istihdamı uygulaması yerine; tam zamanlı, kısmi statüde ve sözleşmeli istihdam gibi seçenekler sunulmalı, bu yolla öğretim üyesi ihtiyacı giderilmeli, sağlık eğitim alanlarına katkıda bulunabilecek ama özelde hizmet veren akademik personelden mutlaka yararlanılmalı,

- Yabancı öğretim üyesi görevlendirme uygulaması yaygınlaştırılmalı,

- Sağlık eğitimi veren birimlerin öğretim üyesi sayısı, asistan sayısı, laboratuvar imkânları, kütüphane büyüklüğü, öğrenciye verilebilen danışmanlık hizmetlerinin kapsamı, dersliklerin kapasitesi, poliklinik sayısı ve yatan hasta sayısı gibi veriler bir arada değerlendirilerek her birimin alabileceği azami öğrenci sayısı belirlenmeli,

- En önemlisi de sağlık eğitim programlarından mezun olan öğrencilerin diplomalarının Avrupa Birliği ülkelerinde de geçerliliğinin sağlanması için eğitim programlarının mutlaka kısa zamanda ulusal ve uluslararası akreditasyonları yapılmalıdır.

Kaynaklar

2010 Yükseköğretim Öğrenci Kontenjanları

2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

21.05.2009 tarihli Yükseköğretim Genel Kurulunun üniversitelerimiz bünyesinde yer alan tıp fakültelerinin kuruluş şeması kurul kararı

MEB Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, Şubat 2012

OSYM Yayınları; ÖSYM TUS Kılavuzları, 1999-2011

Yükseköğretim Genel Kurulunca 02.02.2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Tıp Eğitimi’nin Çerçeve Programı Yönetmeliği

Uzmanlık tezleri (ne) işe yarar

Doç. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzun yıllar görev yaptı. Dr. Öztürk, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir.

Tıpta uzmanlık eğitimi, ülkemizde bir türlü standardize edilememiş, hemen hiçbir kurumda ideale ulaşamamış bir alandır. Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastanelerinde eğitim kadrosunun yetersizlikleri pratik imkânların genişliği ile karşılaşırken, önceden eğitim kadroları zengin olan üniversite hastaneleri de şimdilerde aynı sıkıntıları yaşıyor. Asistanlar eğitim sürelerinin son yılında bir tez telaşına düşüyor, çoğu zaman yasak savma türünden tezlerle durumu idare ediyorlar.

Tıp eğitimi alan doktorların niçin “araştırma görevlisi” olarak adlandırıldığı hep merak etmişimdir. Uzmanlık eğitiminin büyük kısmı, usta-çırak ilişkisi içinde bilgi ve beceriyi arttırmaya dayalı çok geleneksel bir eğitim türüdür. Asistandan beklenenler arasında araştırma yapmak en son gelenler arasındadır. Servis ve polikliniklerde hasta bakmak, ameliyatlara ve diğer girişimlere yardımcı olmak ve seminer programlarına iştiraktan ibaret olan bu eğitim sisteminde araştırma, genelinde son yılının son aylarına sıkıştırılan küçük bir ayrıntıdır.

Uzmanlık tezinden neler beklenebilir? Tez hazırlayan bir asistanın hipotez oluşturabilmesi, sistematik olarak veri toplayabilmesi, verilerin analizini yapabilmesi, literatürü tarayabilmesi, sonuçları literatür bilgileri eşliğinde yorumlayabilmesi beklenir. Tez hazırlamadan amaç, bu bilimsel çalışma sistematığının kazandırılmasıdır. Ama neden? Hayatının geri kalanında sadece hasta bakacak veya ameliyat yapacak bir hekimden bilimsel çalışma yapmasını

istemenin ne anlamı vardır? Akademik bir hedefi olmayan uzman adaylarının tez yapmadan eğitimlerini tamamlamasının ne zararı olabilir? Uzmanlık eğitiminin son aylarında yapılan bu tez çalışmaları, eğitimin sonuna gelmiş pratik ve teorik becerilerini en yüksek dereceye çıkarmış uzman adaylarının, mesailerini hasta bakım hizmetlerinden çok tez çalışmalarına ayırmalarına neden olması bakımından bir emek israfıdır. Bu nedenle hasta hizmetleri genellikle daha az yetkin olan tecrübesiz asistanlara kalmaktadır.

Diğer yandan uzmanlık tezinin amacının bilimsel çalışma sistematığının öğretilmesinden öte, yeni bilgi üretmek de olabilir. Ülkemizin bilimsel düzeyinin yükselmesi için daha çok bilgi üretmemiz gerektiğini herkes kabul eder. Ancak bir asistanın ulaşabildiği hasta popülasyonundan elde edilen verilerden nasıl güvenilir sonuçlar çıkarılabilir? Sınırlı sayıdaki hasta ile sınırlı teknik olanaklar ile hazırlanan bir tezden elde edilen sonuçlarda düşük kaliteli olmaktadır. Belki bu nedenle olsa gerek uzmanlık tezlerinin sonunda genellikle hem aynı cümle yer alır: “Bu konuda daha geniş çalışmalar yapılması gerekmektedir.” Bu daha geniş çalışmaları kim, ne zaman, nasıl yapacaktır? Tezi bitirip giden bir uzmanın dönüp konuyu daha da etraflı araştırdığı görülmüş şey midir? Yoksa bu daha geniş çalışmaları, yeni asistanların yapması mı beklenmektedir? Başaramadığımız işleri, genç kuşaklardan bekleme alışkanlığımız bizi rehavete itiyor. Ancak alt yapı değişmediğinden yıllar geçse de, nesiller değişse de sonuçlar değişmiyor.

Ülkemizde başlıca üç tür tez çalışması

yürütülmektedir. Birincisi, yeni çıkan bir kan testi yönteminin daha önce denenmemiş bir hasta popülasyonunda çalışılmasıdır. Bu hem kolay hem de ortaya çıkan ürünün bilimsel bir makale olarak yayımlanma ihtimali yüksek bir yöntemdir. Tez danışmanı, yeni bir test yöntemi ya da marker olduğunu öğrenmiştir. Bu test yönteminin daha önce hangi hasta popülasyonlarında çalışıldığı araştırılır. Testin çalışmadığı bir hasta popülasyonu bulunduktan sonra iş kolaydır. Test kiti araştırma fonundan temin edilebilir, ancak klinisyenlerin genellikle prosedürü tamamlayacak kadar zamanı olmadığından, tezlerin de hemen her zaman geç kalmasından dolayı test kiti bir şekilde (cepten ya da ilaç firması desteğiyle) satın alınır. Hasta kan örnekleri toplanır, test çalışılır, istatistikleri “anlayan birine” yaptırılır. Genel bilgiler kopyalayıp yapıştırı yöntemiyle genişçe yazılır. Az miktardaki veri, yarı yanlış yarı doğru bir istatistikle değerlendirilir; genel bilgiler ve sonuçlar bulamaç haline getirilerek, tezi yapanın konuya vukufiyeti ölçüsünde bir tartışmayla tez tamamlanır. Yayın olarak hazırlanacak olursa, bu tezden elde edilen veriler genellikle uygun bir dergide yayımlanabilir. Böylece tez “tam bir başarıyla” sonuçlanır. Böyle bir tezden, tez danışmanı ve müstakbel uzman hekim istifade eder; ancak en çok istifade eden yeni kiti üreten ve satan firmalardır.

İkinci tez yöntemi, rutinde kullanılan bir test yönteminin, daha önce az kullanılmış bir hasta popülasyonunda çalışılmasıdır. Bu yolla orijinal bir sonuç elde etmek zordur, çoğunlukla daha önce yapılan çalışmaların tekrarı şeklindedir. Tez ürünün yayına dönüşmesi zordur, ancak

bir uzmanlık tezi yapılmış olur. Bu tezler önemli ölçüde kaynak israfına (gereksiz testler, görüntülemeler vs.) neden olur.

Üçüncüsü arşiv taramasıdır. Özellikle tez almada geciken asistanların can simidi olan bu çalışmalarda kliniklerde bakılan hastaların özellikleri ve tedavi yöntemleri gözden geçirilir. Ancak genelde uzun dönemli takip verileri eksik olduğu için yapılan müdahalelerin sonuçlarının ne olduğu anlaşılamaz. Sonuçlar eskinin bir özetinden öte bir işe yaramaz. Bu çalışmalara bakılarak klinik pratikte değişiklik yapacak sonuçlara erişmek zordur. Bu çalışmalarda hasta sayısı yeterli ise, istatistik analiz iyi yapılmışsa yayın çıkarmak mümkündür. En kolay yapılan, emek ve maddi yükü en az olan çalışma türü budur.

Tezler tek başına yapıldığı için çoğunlukla bir klinikte, o kliniğin imkânları dahilinde yürütülür. Bu nedenle değişik kliniklerdeki farklı hasta gruplarında, birden fazla teknikle çalışmalar yapmak mümkün değildir. Tezlerde hasta rakamları sınırlıdır, sonuçların kıymeti de o ölçüde sınırlıdır. Peki, bu hep böyle olmak zorunda mıdır?

Uzmanlık tez uygulamasının bu şekilde devamı, şimdiye kadar olduğu gibi vakit ve emek israfı olarak kalacaktır. Ülkemizin bilimsel yayın sayısında yükselme sağlasa da bu düşük kaliteli yayınların ülke bilimine önemli bir katkısı yoktur. Nihai hedef sadece bilimsel yayın çıkarmak olduğu için bunun ötesinde bir sonuç elde etmek mümkün değildir. Esasen yayın sayılarına bakarak bilimsel düzeyimizin ilerlediği iddia etmek kendimizi kandırmaktır. Ülkemizde en çok eksiği çekilen şey, organize, hedefe yönelik bilimsel çalışmadır.

Oysa ülkemizde, tüm dünya insanlarına faydalı olabilecek ölçüde güçlü yayınlar çıkarmak mümkündür. 2011 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerine 250 milyon, üniversite hastanelerine 24 milyon özel hastanelere ise 59 milyon başvuru yapılmıştır. Devlet hastanelerinde 6 milyon 700 bin, üniversite hastanelerinde ise 1 milyon 600 milyon hasta yatırılmıştır. Devlet hastanelerinde 2 milyon 200 bin operasyon, üniversite hastanelerinde ise 617 bin operasyon yapılmıştır. Devlet hastanelerinde 4 milyon 350 bin MR, 5 milyon 440 bin BT, 13 milyon 500 bin USG çekilirken, üniversite hastanelerinde 803 bin MR, 1 milyon 165 bin BT, 1 milyon 300 bin USG çekilmiştir. 2011 de 262 milyon kutu solunum sistemi ilacı, 247 milyon kutu gastrointestinal sistem ve metabolizma ilacı, 228 milyon kutu antibiyotik, 164 milyon kutu kardiyovasküler sistem ilacı tüketilmiştir.



Karikatür: Dr. Kadir Doğruer

Ülkemizde son yıllarda hastane bilgi sistemleri otomasyon konusunda çok ileri bir düzeye geldikleri düşünülürse, bu rakamlardan kadar büyük veriler elde edilebileceği anlaşılabılır. Merkezi bir planlama yapıldığı takdirde, her bir tedavi yönteminin sonuçları ve etkinliği çok büyük hasta rakamlarında test edilebilir. Örneğin, ameliyat türünde kaç günlük hospitalizasyonun, morbidite mortalite üzerine en olumlu sonuç verdiği, hangi ilaç tedavisinde hangi komplikasyonun sık görüldüğü her biri on binlerce hasta rakamını içeren çalışmalarla saptanabilir. Merkezi planlama ile yapılacak bu bilimsel çalışmalar ülkemizde tedavi yöntemlerinin etkinlik ve güvenilirliğini test edilmesini sağlayabilir. Elde edilecek sonuçlar tüm dünya için referans olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın elindeki verileri basit istatistiklerin ötesinde hizmet çıktısının morbidite ve mortalite üzerine gerçekten nasıl yansıdığını ölçmek için kullanmayı hedeflemesi gerekir. Bunun için tüm araştırma hastanelerinde yürütülecek "meta-çalışmalar" planlamalı, araştırma görevlilerinin mesai ve emeklerini bu çalışmalarda değerlendirmelidir. Tez olma ötesinde kimsenin bir işine yaramayan küçük bireysel çalışmalar yerine, çok merkezli çok büyük hasta sayıları ile çalışmalar yapılmalı, asistanların bu kolektif çalışmalardaki emekleri tez olarak yeterli görülmelidir.

Üniversitelerde eğitim gören asistanlar bu merkezi meta çalışmalarda rol alabilecekleri gibi, kendi üniversite bünyelerinde yapılacak "meta-tez"lerde görev alabilmeliler. Aynı tez konusu, hem iç hastalıkları, hem genel cerrahi, hem patoloji, hem de biyokimya asistanları tarafından değişik yönleriyle yürütülebilmeli ve sonuçta konunun her yönünün ele alındığı, çok değişik metodolojilerin kullanıldığı tek bir çalışma ortaya çıkarılabilmeli ve görev yapan tüm asistanlar bu çalışmayı kendi tezleri olarak sunabilmelidir. Bir klinikteki 10 asistanın 10'u ayrı ayrı küçük çalışmalar yapacaklarına, 3-4'ü bir araya gelerek daha kapsamlı çalışmalar yapabilmelidir. Bir asistanın eğitim süresi içinde bitmeyen bir çalışmayı, kendisinden sonra birkaç yıl daha başka asistanlar sürdürebilmeli, daha uzun soluklu, takip süresi daha uzun çalışmalar yapılabilirdir. Bunun için her bir asistandan bir tez beklenmemeli, ancak yaptığı katkı miktarı ve süresince yeterliliği değerlendirilmelidir.

Uzmanlık tezlerinin bu şekilde devam etmesi hem asistan, hem danışman, hem üniversite hem de devlet üzerinde gereksiz bir yükür. Oysaki 20 binin üzerinde asistan hekimin, iyi bir organizasyon içinde bilimsel çalışmalara katılması tıp alanında ülkemizi çok ileri bir düzeye çıkarabilir.

Uzmanlık eğitimi kim vermeli?

Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu



1960 yılında Ankara’da doğdu. Kurtuluş İlkokulu’ndan sonra, Bahçelievler Deneme Lisesi’ni (1977) bitirdi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun olarak (1983) meslek hayatına başladı. Devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladıktan sonra aynı fakültede Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı (1990) oldu. Akademik hayatına Selçuk Üniversitesi’nde başladı. 1995’de doçent, 2001’de profesör oldu. Akademik çalışmalarının yanı sıra Selçuk Üniversitesi’nde çeşitli idari görevlerde bulundu. Selçuklu Tıp Fakültesi’nin kurucu dekanlığını yaptı. 3 yılı aşkın süreyle Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürü olarak görev yaptı. Halen Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi olan Dr. Kapıcıoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Ulkemizde uzmanlık eğitiminin nasıl olması gerektiği, kim veya kimler tarafından verileceği zaman zaman tartışma konusu olmuştur. “Uzmanlık eğitimi kim vermeli?” sorusundan hareketle bu konuyu biraz irdeleyelim. Uzmanlık eğitimi dediğimizde anlaşılması gereken, tıp ve diş hekimliğindeki uzmanlık eğitimidir. Tıp ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi ülkemizde değişik mevzuatlar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Yakın zamana kadar diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi

söz konusu değilken 6/4/2012 tarih ve 6225 sayılı Kanun ile 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”da yapılan değişiklikle diş hekimliğinin sekiz alanında uzmanlık eğitimi yapılacağı hükme bağlanmış oldu. Böylece bu kanunun hükmü olarak diş hekimliğindeki 8 uzmanlık alanıyla birlikte tıpta 43 ü ana dal ve 45’i yan dal olmak üzere ülkemizde toplam 96 alanda uzmanlık eğitimin yapılması söz konusudur.

Bu eğitimler, hâlihazırda Sağlık

Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversitelere bağlı uygulama ve araştırma merkezlerinde (üniversite hastaneleri) gerçekleştirilmektedir. Peki, kimler veriyor bu eğitimleri? Bu eğitim, üniversitelerde öğretim üyeleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde ise eğitim görevlileri tarafından verilmektedir. Hukuksal normlara göre bir “yükseköğretim” olarak kabul edilen tıpta uzmanlık eğitiminin yürütülmesinde, kanun, Sağlık Bakanlığı’nı işaret etmektedir. Tartışma da bu noktada başlamaktadır. Üniversite dışında uzmanlık eğitimi olarak uzman



olanların akademik çalışma yapabilmele-
rinin hukuksal bir güvencesi olmadığına
bazı hukukçular dikkat çekmektedirler.
Anayasanın 130 ve 131. Maddelerinde,
yükseköğretimin esaslarının belirlenmesi
ve planlama yetkisinin Yükseköğretim
Kurulu (YÖK) tarafından yapılacağı
öngörülüyor. Ancak 2547 sayılı Yüksek
Öğretim Kanunu'nun 3. maddesinde
tıpta uzmanlık eğitiminin esaslarının
Sağlık Bakanlığı tarafından düzenle-
neceği belirtiliyor ve 1219 sayılı yasa
ve ilgili yönetmelikler ile tıpta ve diş
hekimliğinde uzmanlık eğitimi ile ilgili
esasları düzenleme görevinin Sağlık
Bakanlığına verildiği belirtiliyor.

Yine tıpta ve diş hekimliği uzmanlık
eğitiminde düzenleyici ve denetleyici bir
yapı olan "Tıpta Uzmanlık Kurulu – TUK"
dört yıldan beri faaliyetlerini sürdür-
mektedir. Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB,
TDB ve GATA temsilcilerinden oluşan
bu kurul, uzmanlık eğitiminde önemli
kararlara imza atmıştır. Bunlardan birisi,
bu kurul tarafından teşkil olunan uzmanlık
müfredat komisyonlarının çalışmalarıyla
uzmanlık eğitimi müfredatlarının resmi
işlerlik kazanacak olmasıdır. Bu kurulun
faaliyetleri geliştirerek sürdürmesi,
uzmanlık eğitimi açısından çok önemlidir.

Tıp fakültelerinin yanı sıra Sağlık
Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma
hastanelerinde binlerce uzman hekim
yetiştirilirken, üniversiteler dışında
uzmanlık eğitimi almış hekimlerin uz-
manlıklarının ve akademik çalışma yapıp
yapamayacaklarının sorgulanması, ciddi
bir çelişki doğurmaktadır. Bilindiği gibi
üniversite kadrosunda bulunmamasına
rağmen doçentlik sınavında başarılı olan
pek çok uzman, Sağlık Bakanlığı'na
bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde
uzman kadrosunda görev yapmaktadırlar.
Ayrıca kadrosu üniversitede
bulunmasına rağmen bazı profesör ve
doçent öğretim üyeleri 2547 sayılı YÖK
kanununun ilgili maddeleri çerçevesinde
Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve
araştırma hastanelerinde hem sağlık
hizmet sunumunda hem de uzmanlık
eğitiminde görev almaktadırlar. Yaklaşık
bir sayı vermek gerekirse bugün itibarıyla
67 eğitim ve araştırma hastanesinde
görev yapan 1500 civarındaki eğitici
kadronun yarısından fazlası doçent ve
profesör unvanına sahip kişilerden
oluşmaktadır. Ayrıca akademik unvanı
bulunmamasına rağmen eğitim görevlisi
olan (eski adıyla şef ve şef yardımcısı)
pek çok eğitici yıllardır bu ülkeye uz-
man yetiştirmektedirler. Ve yine Sağlık
Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma
hastanelerinde yetişen bu uzmanların bir
kısmı üniversite tıp fakültelerinde görev
alarak mesleki ve akademik faaliyetlerini
başarıyla sürdürmektedirler. Yine mevzu-
ata göre bir eğitim kurumunda uzmanlık
eğitiminden sorumlu olmak için o alanın

uzmanı olmak ilk ve en önemli şarttır. Bu
şarttan sonra eğitim görevlisi ünvanlı
(eski adıyla şef ve şef yardımcısı) veya
akademik ünvanlı (profesör veya doçent)
uzman olmak gereklidir. Ancak eğitim
görevlisi, profesör veya doçent olmayan
uzmanlar da uzmanlık eğitiminde rol
almaktadırlar.

Uzmanlık eğitiminin tıp fakültelerinin işi
olduğu söylemi sıkça dile getirilmektedir.
Bu söylem temelde doğrudur. Uzmanlık
eğitimi bir üst eğitimidir ve bu eğitimin
sorumluluğunun eğitici formasyonu ka-
zanmış uzmanlar tarafından üstlenilmesi
gerekir. Bu, ülkemizdeki uzmanlık eğitimi
uygulamasına ters bir durum değildir.
Uzmanlık eğitiminden sorumlu olanların
hepsi alanlarının uzmanı olduktan sonra
çeşitli sınavları başararak o alanın uzman-
lık eğitici olmaya hak kazanmışlardır.
Buna göre aslında uzmanlık eğitimi
kimin vereceği konusunda çok, uzmanlık
eğitiminin nasıl olması gerektiği üzerinde
durmak gerekir. En doğru olan uzmanlık
eğitiminin kurumsal olarak sorumlulu-
ğunun üniversitelere ve tıp fakültelerine
verilmesidir. Bununla beraber uzmanlık
eğitimi verilecek tüm sağlık tesisi ve
kuruluşların işeış ve denetiminin Sağlık
Bakanlığı tarafından yapılması uygun olur.
Bunun örnekleri son yıllarda mevcuttur.
Bazı üniversiteler Sağlık Bakanlığı'na
bağlı hastaneler ile afiliye olarak sadece
uzmanlık eğitimlerini değil tıp eğitimle-
rinin uygulamalarını da bu kurumlarda
gerçekleştirmektedirler. Böylece eskiden
sadece sağlık hizmeti verilen ve uzmanlık
eğitimi yapılan hastaneler üniversite ile
afiliye olarak tıbbın lisans eğitiminde de rol
almış olmaktadır. Bu hastanelerde tıp
ve uzmanlık eğitimlerinin yürütülmesine
ilişkin sorumluluk, üniversite tarafından
üstlenilmiştir. Ülkemizin hem insan hem
de maddi kaynaklarının etkin ve verimli
kullanılması açısından bu işbirliği çok
önemlidir.

Yakın zamanda kamu hastane birlikleri
kurularak faaliyetlerine başlamışlardır.
Böylece özellikle eğitim hastanelerinin
içinde bulunduğu birlikler aynı zamanda
büyük eğitim alanları haline gelmişlerdir.
Yeni Anayasa ve YÖK Kanununun yeni-
den düzenleme çalışmalarının yapıldığı
bugünlerde tıp ve uzmanlık eğitime iliş-
kin önemli adımlar atılabilir. Hâlihazırda
uzmanlık eğitiminden sorumlu olduğu
halde akademik unvanı olmayan bütün
eğitim görevlileri, üniversite kadrolarına
geçirilerek bir bütünlük sağlanabilir. Üni-
versitelerin hastanelerinin faaliyetleri de
mevzuat çerçevesinde Sağlık Bakanlığı
tarafından düzenlenip denetlenmelidir.

Akademik, idari ve etik normlar dikkate
alınarak yapılacak yeni düzenlemelerle
uzmanlık eğitimlerinde çok daha ileriye
gitmemiz ve dünyaya örnek olacak
modeller sunmamız mümkün olacaktır.

Yeni Anayasa ve YÖK
Kanununun yeniden
düzenleme çalışmalarının
yapıldığı bugünlerde tıp
ve uzmanlık eğitime
ilişkin önemli adımlar
atılabilir. Hâlihazırda
uzmanlık eğitiminden
sorumlu olduğu halde
akademik unvanı olmayan
bütün eğitim görevlileri,
üniversite kadrolarına
geçirilerek bir bütünlük
sağlanabilir. Üniversitelerin
hastanelerinin faaliyetleri
de mevzuat çerçevesinde
Sağlık Bakanlığı tarafından
düzenlenip denetlenmelidir.

Tıp eğitiminde hoca kimdir, kim hocadır?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalıştı. Halen Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi olarak görev yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Tıp eğitiminin en önemli iki elemanı, tıp fakültelerinde verilen ve “hekim” yetiştirmeye yönelik “mezuniyet öncesi tıp eğitimi” ile yine tıp fakültelerinde ve Sağlık

Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen, “uzman hekim” yetiştirmeye yönelik “mezuniyet sonrası tıp eğitimi”dir. Tıpta uzmanlık eğitimi, son çıkan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği kapsamında, konusunda uzman olan hekimler tarafından verilmesi zorunlu olan, eğitime başlangıç, bitiriş ve eğitim müfredatına ait süreçlerin detaylı bir şekilde açıklandığı eğitimdir. Bu eğitimi verecek kişiler olarak, doçent veya profesör olanlar ile en az 3 yıllık yardımcı doçent olanlar belirlenmiştir. Kişilerin bu unvanları nasıl kazanacakları ve nasıl kullanacakları ise, Yüksek Öğretim Kanununda belirlenmiştir. Bu aşamalarda da genellikle kişilerin yaptığı yayınlar, verdiği dersler önemli yer tutmakta, ilave olarak yaptığı idari görevler, düzenlediği toplantılar vb. gibi özellikler de göz önüne alınmaktadır. Ancak acaba bir kişinin doçent veya profesör unvanına sahip olması, iyi bir eğitimci (hoca) olması için yeterli midir? Bu unvanlar verilirken, eğitim formasyonu ile ilgili herhangi bir eğitim almış olmaları ne kadar mecburi tutulmaktadır veya tutulmalıdır? Yoksa kişilerin akademik açıdan belirli bir düzeyde bulunmaları, zaten iyi bir öğretici, iyi bir öğretmen, iyi bir hoca olmaları için yeterli bir şart mı kabul edilmektedir? Diğer yandan, gerek üniversitelerde olsun, gerek Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olsun, herhangi bir eğitim kadrosuna atama yapılırken, hangi özellikler göz önünde

bulundurulmaktadır? Bu süreçlerde oluşturulan jüriler, yapılan sınavlar veya dosya değerlendirmeleri ne kadar objektiftir, kişinin eğitici yeteneklerini ne derecede ölç(eme)mektedir?

Uzmanlık eğitiminin temel hedefleri, hem hastanede çalışacak iyi bir klinisyen yetiştirmek, hem iyi bir araştırmacı yetiştirmek, hem de gereğinde bu kişilerin iyi bir eğitimci olmasını sağlamaktır. Ancak çekirdek müfredat dâhil, bütün müfredat programlarına bakıldığı zaman, 4 veya 5 yıllık sürenin büyük bir kısmının klinik bilgi, beceri ve tutum eğitimine ayrıldığı, araştırmaya daha az yer verildiği, eğitim konusuna ise çok daha az değinildiği görülecektir. Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı performans sistemine bakıldığı zaman da zaten esas puanların klinik işlemlerden toplandığı, eğitime katılan kişilerin ise, bu klinik puanın ancak belli bir yüzdesi kadar ilave puan alabildiği görülmektedir. Yani eğitim, tek başına bir “değer” değildir; ancak klinik iş yapıyorsa bir anlam ifade etmektedir.

Üniversitelerde uzman olarak göreve başlayan bir kişi, yeterli yayın yaptıktan sonra yardımcı doçent veya doçent olmaktadır. Doçentlik unvanını alan kişi, kadroya atandıktan sonra bir anda kendini “hoca” olarak bulmaktadır. İdare de artık bu kişiden deneyimli bir hocanın sahip olduğu bilgi ve beceriye sahip olmasını beklemektedir. İyi bir araştırmacı olanın veya iyi bir klinisyen olanın iyi bir hoca olacağı kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde ise şimdiye kadar çok değişik sistemlerle eğitimciler (klinik şefleri, eğitim görevlileri vb.) atanmıştır.

Geçen yıla gelinceye kadar mevcut olan sistemde, klinik şefliği, şef yardımcılığı ve baş asistanlık kadroları mevcuttu. Bu kadrolara, değişik zamanlarda yazılı veya sözlü bilimsel sınavlarla elemanlar alındı. Bir ara, doçent veya profesör unvanına sahip olanların bu kadrolara herhangi bir sınava tabi tutulmaksızın atanması gündeme geldi. Bu uygulamanın tepki çekmesi üzerine, bu unvanlara sahip olan kişilerin dosyalarının jürilerce değerlendirildikten sonra atamalarının yapılması veya tekrar bir jüri önünde sözlü sınava tabi tutulmaları uygulandı. Ancak tüm bu sınavlar, bilimsel bilgileri ölçen sınavlar olmaktan öteye gidemedi. Çok önceleri, doçentlik sınavının bir parçası olarak yer alan ders anlatma uygulaması, daha sonra gereksiz bulunarak kaldırıldı. Öğretim üyeliği için herhangi bir programlama yapılmadığı için üniversitelerde öğretim üyeliği piramidi giderek tersine döndü. Onlarca profesör ve doçent bulunmasına rağmen hiçbir uzmanın görev yapmadığı klinikler ortaya çıktı.

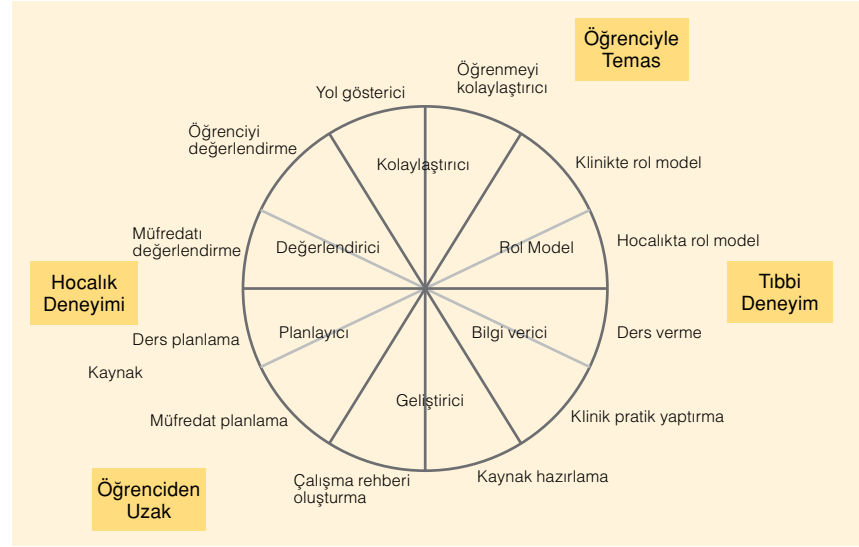
Mevcut öğretim üyelerinin belirli bir kısmı “eğiticilerin eğitimi” kursu almıştır. Ölçme-değerlendirme kursu alanların sayısı ise çok daha azdır. Almış olsa bile, birkaç günlük böyle bir kurs sonucunda, profesyonel anlamda bir hoca niteliğine sahip olmak imkânsızdır. Uzman olarak atanan kişilerin birçoğundan en azından liderlik ve bazı yönetsel beceriler istenmekle beraber, çok azının böyle bir eğitimden geçtiği görülmektedir. İlkokul öğretmenlerinden bile eğitim formasyonu istenirken, tıp fakültesi öğrencisini veya uzmanlık öğrencisini yetiştirecek olan hocanın böyle bir formasyon mecburiyeti olmaması, trajikomik bir durumdur.

Acaba bir kişinin doçent veya profesör unvanına sahip olması, iyi bir eğitmen (hoca) olması için yeterli midir? Bu unvanlar verilirken, eğitim formasyonu ile ilgili herhangi bir eğitim almış olmaları ne kadar mecburi tutulmaktadır veya tutulmalıdır? Diğer yandan herhangi bir eğitim kadrosuna atama yapılırken, hangi özellikler göz önünde bulundurulmaktadır? Jüriler, yapılan sınavlar veya dosya değerlendirmeleri ne kadar objektiftir, kişinin eğitici yeteneklerini ne derecede ölç(eme)mektedir?

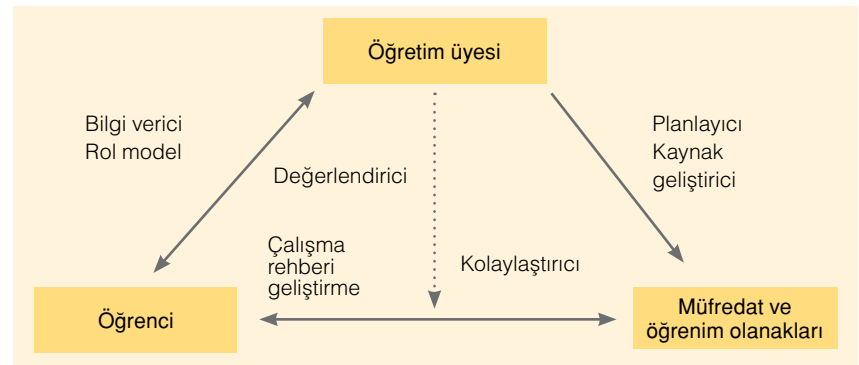
Aslında bu eğitimlerin tıp fakültesi eğitimi sırasında yapılmaya başlanması yerinde olur. Çünkü mezun olan pratisyen hekimler, çalıştıkları ortamlarda bir şekilde yönetici ve eğitici pozisyonda bulunmaktadır. Bu eğitimlerin en az haftada yarım gün olacak şekilde düzenli ve uzun soluklu olması, katılımın mecburi olması ve tüm derslere katılmasına özen gösterilmesi, özellikle eğitime katılan kıdemli doktorların kıdemsiz doktora örnek olacak şekilde sürekli gelmeleri gereklidir. Uzmanlık eğitimi, hele de yan dal uzmanlık eğitimi tamamlamış bir hekimin yeterli hocalık özelliklerine temel seviyede sahip olması arzu edilmelidir. Değişik kurumlardan gelen kişilerin bir arada eğitilmeleri, birbirlerinin deneyimlerinden faydalanmaları açısından yararlı olur. Bu programlardan sonra katılımcılardan mutlaka geri dönüş alınmalı ve aksayan yönler varsa düzeltilmelidir. Öyleyse yapılması gereken nedir?

Öğretim üyesi temini süreci, bir akademik birimin kendi ihtiyacı olan öğretim üyelerini yetiştirmek, temin etmek ve desteklemek için yaptığı faaliyetlerin tümünü kapsamak zorundadır. "Hoca", ders anlatan olmaktan çok daha geniş anlamları olan bir kişidir. Bu kişinin, klinik bilgi ve becerilerin yanı sıra fikir üretici ve liderlik özelliklerine de sahip olması

Şekil 1: Tıp eğitiminde hocaların görevleri



Şekil 2: Tıp eğitiminde hocaların rollerinin öğrenci ve müfredat ile olan ilişkisi

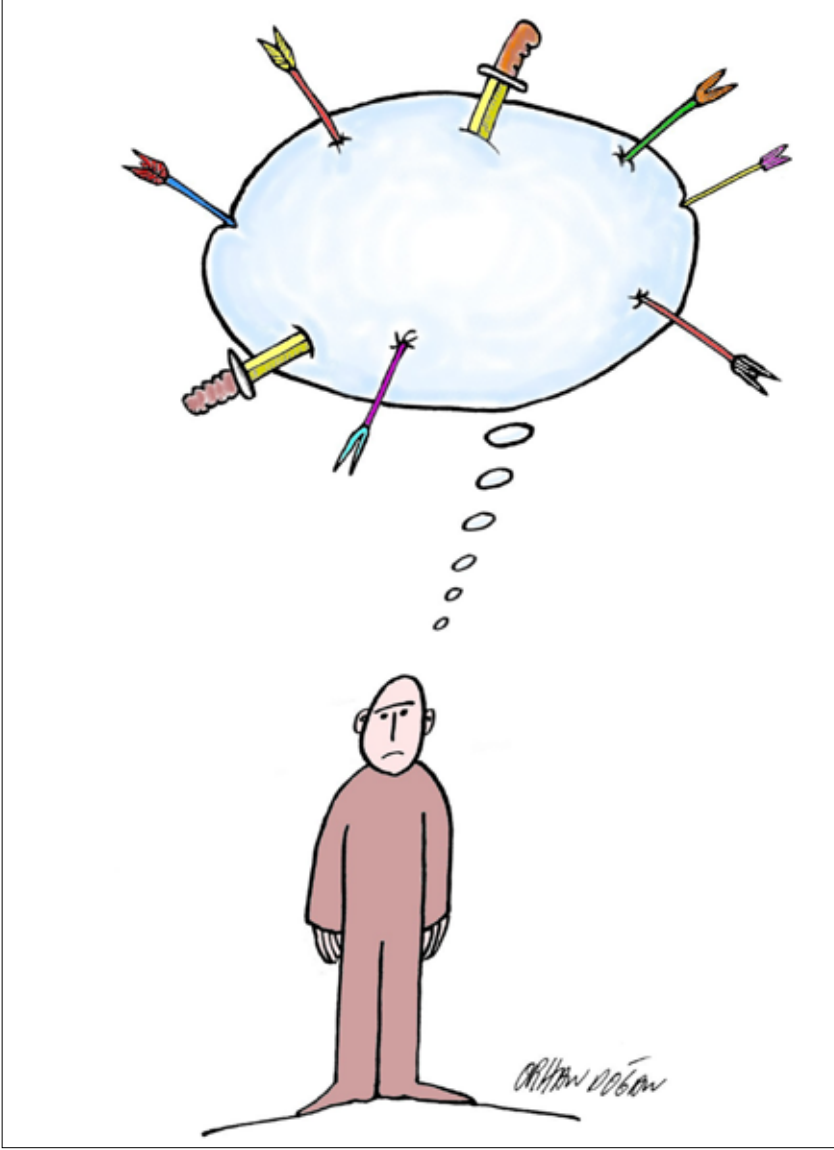


beklenir. Günümüzde, internetin de getirdiği olanaklar ile bilgiye ulaşmak artık çok kolay hale gelmiştir. Eğitimin de ağırlık noktası, öğretmen ve öğretimden çok, "öğrenen" ve "öğrenmeye" kaymıştır. Dilimizde yerleşik olan ancak nispeten "eski" olan "talebe" kelimesi aslında bu süreci çok daha iyi tarif etmektedir. Zira talebe, "talep eden" anlamına gelmektedir. Hocaların, eski dönemlerdeki otoriter ve her şeye hâkim olan rolü sarsılmıştır. Ancak hala daha öğrenmek için bir "hoca"ya ihtiyaç devam etmektedir ve öğrencinin akademik başarısı, hocaların eğitici yetenekleriyle yakından ilişkilidir. İyi bir hoca, öğrencinin öğrenmesine yardımcı olabilen hoca. Hoca merkezli eğitim modelinde, deneyimli ve bilgili hoca, bilgilerini, deneyimsiz ve az bilgili kişilere aktarır. Öğrenci merkezli eğitim modelinde ise öğrenci, öğrenim hedeflerini bilir ve ona yönelik edinmesi gereken bilgileri, hocadan talep eder. Hoca da öğrencinin bu faaliyetlerinde ona yardımcı olur ve destekler. Hoca, kendisine verilen ders konusunu verilen zaman dilimi içinde sınıfta anlatıp giden kişi değildir, olmamalıdır. Hocaların, her biri 2 alt gruba ayrılabilen başlıca 6 ana görevi vardır:

1. Kolaylaştırıcı
 - a. Yol gösterici

- b. Öğrenmeyi kolaylaştırıcı
2. Rol model
 - a. Pratik yaptırma
 - b. Öğretmeyi öğretme
3. Bilgi verici
 - a. Ders anlatma
 - b. Pratik öğretici
4. Kaynak geliştirme
 - a. Kaynak yaratma
 - b. Çalışma rehberi geliştirme
5. Planlayıcı
 - a. Müfredat yapma
 - b. Ders organizasyonu
6. Değerlendirici
 - a. Müfredat değerlendirme
 - b. Öğrenci değerlendirme

Bu roller, Şekil 1'de gösterilmiştir. Dikkat edilirse, şeklin sağ tarafında yer alan roller daha fazla klinik bilgi ve beceri isterken, sol tarafında yer alan roller daha fazla eğitmen becerileri istemektedir. Yine, şeklin üst tarafında yer alan roller öğrencilerle daha yakın temas gerektiren roller iken, alt tarafında yer alan roller, öğrencilerden daha uzakta iken yapılabilecek görevleri içermektedir. Bu rollerin hoca, öğrenci ve müfredat ile olan ilişkileri ise Şekil 2'de gösterilmiştir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Hocalarda olması gereken özellikler

Ders verme: Öğrenciler, geleneksel olarak hocalarından kendi düzeylerine uygun olarak ders dinlemeyi ve bilgi ve becerilerini aktarmasını ister. Hoca, konusunda uzmandır, bilgilidir ve bu bilgisini sözel olarak öğrencilerine anlatmalıdır. Basılı veya elektronik kaynakların hayli gelişmiş olmasına hatta interaktif kaynakların kullanıma girmesine rağmen, hocaların bu geleneksel rolü değişmemiştir. Standart ders kitaplarında yer almayan yeni bilgilerin aktarılması, bilgilerin mevcut duruma göre analiz edilerek sunulması, hocaların kendi deneyimlerini aktarması, öğrencilerin sorularını yanıtlaması ve örnekler vermesi nedeniyle klasik sınıf derslerinin önemi azalmamıştır.

Klinik pratikler: Tıp eğitiminin en önemli eğitim yöntemlerinden birisidir. Hoca, bilgiyi seçer, organize eder ve öğrencisine verir. Bu eğitim, genellikle öğrenci pratikleri veya vizitler sırasında yapılır. İyi hocalar, öğrencilerine, hastalara nasıl

yaklaşmaları gerektiğini gösterir. Yani yalnızca tıbbi bilgi vermekten çok, bu bilginin nasıl kullanılacağını gösterir.

Klinikte rol model olma: Çeşitli çalışmalarda hocaların öğrencilerine rol model olmasının öğrencinin tıbbi bilgileri öğrenmesinin yanı sıra, gelecekteki kariyerini ve seçimlerini, profesyonel davranış şekillerini ve değer yargılarını etkilediği gösterilmiştir. Değer yargılarının, davranış ve düşünce yöntemlerinin öğrencilere aktarılmasında en önemli yöntem rol model olma yöntemidir. Bu rol modellik, istem dışı bile yapılabilir. Yapılan bir çalışmaya göre öğrenciler rol model alırken, hocaların unvanı, kıdemi veya araştırma kapasitesinden ziyade başka özelliklerini ön plana çıkarmaktadır. Bu özellikler arasında, uzmanlara ve uzmanlıklara değer verme, klinik akıl yürütme yöntemleri, yakın hasta-doktor ilişkisi kurabilme ve hastayı bir bütün olarak değerlendirebilme daha önemlidir. Uzmanlığının hakkını veren, öğretmeyi seven, babacan bir kişiliğe sahip hocalar daha fazla benimsenmektedir.

Hocalıkta rol model olma: Hocalar yalnızca klinikte değil, sınıfta ders anlatırken veya vaka tartışması yaparken de rol model olurlar. Hoca, konunun önemli noktalarını vurgulayabilen, bunlara dikkat çekebilen ve püf noktalarını öğrencilerine açıklayabilen kişidir. Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için öğrencilerde merak uyandıran, öğrenme isteği doğuran ve patofizyolojiyi kendi yöntemleriyle anlatabilen hocalar iyi hoca olarak tanımlanırlar. Öğrenciler, öğrendikleri bilgilerin ileride ne gibi işlerine yarayacağını baştan kavramalıdır.

Öğrenmeyi kolaylaştırma: Artık hoca, "yürüyen bir elektronik anlatıcı" olmaktan öte, öğrencinin öğrenmesini kolaylaştıran ve bu süreci yöneten kişidir. Bazı hocalar, kendilerinin otonomisi, konuşma önceliği ve uzmanlıklarının sarsılacağı düşüncesi ile bu göreve karşı çıkarlar. Probleme dayalı eğitim modelinde hoca, öğrencilere bilgi vermez fakat vaka bazında öğrencinin bilgiyi nasıl alacağını ve nasıl kullanacağını gösterir. Hiçbir kaynak, her öğrenci için uygun ve yeterli değildir. Hocaların görevi, öğrencinin düzeyine uygun kaynakları bulmak, eksikleri varsa gidermek ve müfredatı uygun hale getirmektir.

Yol gösterme: Hocaların yol gösterme fonksiyonları tam olarak tanımlanmamıştır. Yol göstericiler genellikle öğrencinin resmi hocası değildir, "görünmez" destekçisidir. Yol gösterici, öğrencinin konu bilgisini sınamaz, ancak öğrencinin genel olarak nerede bulunduğunu, nasıl olduğunu değerlendirir ve geri bildirimde bulunur yapması gerekenler hakkında önerilerde bulunur. Öğrenci, yol göstericisine bağlı değildir ancak onun desteğine muhtaçtır. Yol göstericilik bazen usta-çırak ilişkisi şeklinde, bazen antrenörlük şeklinde bazen de dostluk-ışbirliği şeklinde olabilir.

Öğrenciyi değerlendirme: Hocaların en önemli görevlerinden biridir. Ancak bu değerlendirmenin nasıl ve ne zaman yapılacağı konusu çok tartışmalıdır. Birçok hocaların sözlü veya yazılı sınav veya test hazırlama konusunda yeterli bilgi ve deneyimi yoktur. Bu konu, özel eğitim gerektiren bir konudur ve öğrencinin bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik olarak çok değişik stratejiler ve yöntemler bulunmaktadır. Her "usta" hoca, "usta" bir değerlendirici olmayabilir. Hoca, objektif değerlendirme yöntemlerinin kullanılması konusunda da öğrencisine örnek olmalıdır. Bu sınavların doğru, açık, gerekli, yeterli ve öğrenim hedefleriyle uyumlu olması esastır.

Müfredatı değerlendirme: Hoca, kendisine verilen müfredatı da zaman zaman değerlendirmek ve uygun şekilde geri

bildirimlerde bulunmak zorundadır. Öğrencilerden, meslektaşlarından ve mezunların yetenek ve başarılarından elde edilen geri bildirimler ile müfredatta yapılması gereken iyileştirmeler ve düzenlemeler, ancak hocalardan gelen uyarılar sonucu gerçekleştirilebilir. Bu görev, hocanın topluma, mesleğine, eğitimi finanse edenlere ve öğrencilerin kendilerine karşı bir görevi olduğu gibi, hocanın kendini değerlendirmesi için de önemli bir fırsattır.

Müfredat planlaması: Çekirdek veya genişletilmiş eğitim programının uygun şekilde öğrenciye sunulması için yapılacak planlama çalışmaları, hocanın gündeminde önemli bir yer tutar. Müfredat kapsamındaki öğrenme hedefleri, bunun için belirlenecek içerik, içeriğin organizasyonu, eğitim stratejileri, eğitim ve değerlendirme yöntemleri, bu konuda diğer hocalar ile iletişime geçilmesi, eğitim ortamı ve müfredatı yönetme prosedürleri bu kapsamda ele alınır.

Ders planlaması: Müfredata uygun olarak haftalık veya aylık ders programlarının yapılması ve bu programa uyulmasının sağlanması da hocanın görevleri arasındadır. Dersler, hastalık veya sistem bazında olabildiği gibi, multidisipliner ve entegre de olabilir. Küçük detayların unutulması bile, istenilen sonuçların alınmasını engelleyebilir. Ders programının yapılması, basit bir teknik işten ziyade, hocanın yaratıcılığını ve yeteneklerini gösterebileceği, deneyimlerini aktarabileceği önemli bir süreçtir.

Kaynak hazırlanması: Öğrenci temelli eğitim uygulamalarında ve probleme dayalı öğrenim yönteminde uygun kaynakların hazırlanması hocanın sorumluluğundadır. Öğrencinin konuları anlayabilmesi kolaylaştıracak değişik şemaları, yöntemleri, anlatım şekillerini bulması gerekir. Bu amaçla, son teknolojiyi kullanmaları yerinde olur.

Çalışma rehberi oluşturulması: En iyi öğretim yöntemi yüz yüze olmasına rağmen, hocanın öğrencisiyle geçirdiği zamanın kısıtlı olmasından dolayı öğrencinin kendi kendine öğrenmesini kolaylaştıracak rehberlerin oluşturulması gerekir. Bu rehberler, öğrenciye ne öğrenmesi, nasıl öğrenmesi ve kendini nasıl değerlendirmesi gerektiğini gösterir. Rehberler hep tıp hem de uzmanlık eğitiminde kullanılabilir. Burada önemli olan nokta, klasik kitaplarda bulunan bilgilerin yazılı olduğu notlar dağıtmak değil, buralardaki önemli noktaların neler olduğu, nasıl ulaşılabilirliği ve nasıl kullanılabileceğini göstermektir. Bu rehberler; a) konu hakkında bilgi vermeli, b) öğrencinin öğrenmesini kolaylaştırma, c) öğrencinin daha fazla öğrenmesi için bir odak noktası olmalıdır.

Bu rollerin bir kısmının diğerleriyle çeliştiği söylenebilir de, hepsinin dengeli bir şekilde dağıtılması ve dairede birbirine komşu olan rollerin birbirini desteklemesi sonucu başarıya ulaşılabilir. Aslında bu roller birbirinden tamamen bağımsız değildir ve hoca birçok rolü aynı anda yerine getirmektedir. Ancak bu rollerin hepsini hakkıyla yerine getirebilen hocaların sayısı oldukça azdır ve her hocanın güçlü veya zayıf olduğu roller bulunabilir. Fakat yıllar geçtikçe ve deneyim arttıkça, hocaların başarılı olduğu yönleri artabilir veya değişebilir. Eğer aynı branşta birden çok hoca ile çalışılacak ise, her hocanın güçlü ve zayıf olduğu yönlerin bilinmesi ve ona göre planlama ve seçim yapılması yerinde olur. Böylece hocaların tüm rolleri kurum içinde yer alması olur.

Eğer istenilen özellikler ile mevcut özellikler arasında belirgin farklar varsa ve bu konu göz ardı ediliyorsa sonuç hem hocalar hem de öğrenciler açısından tam bir facia olur. Fakat örneğin iyi ders anlatan hocaların olduğu bir kurumda, probleme dayalı öğretim yöntemleri yerine anlatıma dayalı yöntemler tercih edilebilir veya pratiğe yönelik yetenekleri fazla olan hocalar ile desteklenebilir. Alternatif olarak, mevcut hocaların eksik oldukları yönlerinin iyileştirilmesi ve bu konuda gerekli hizmet içi eğitimlerin yapılması düşünülebilir. Yeni kurulan eğitim kurumlarında yeni eleman alınması veya eğitimin yapılması nispeten daha kolay olurken, köklü eğitim kurumlarında biraz daha güç olabilir. Hoca seçiminde bu özelliklere dikkat edilmesi, ileride meydana gelebilecek sorunların önlenmesi açısından son derecede önemlidir. Ayrıca, kurumun, belirli özelliklerinden dolayı hocayı takdir etmesi ve görev vermesi, hocayı motive eder ve yeteneklerini daha iyi sergilemesine olanak tanır. Öğrenciler, hocaların farklı yönlerini takdir edebilirler, hatta aynı hocanın değişik derslerdeki farklı rollerine dikkat edebilir ve her seferinde farklı bir rolünü ön plana çıkarabilirler. Hocayı da değerlendirirken, eskiden olduğu gibi yalnızca öğrencilerle geçirdiği zamanı değil, müfredat ve kaynak oluşturması için geçirdiği zamanı da değerlendirmek ve hocanın performansını buna göre değerlendirmek gerekir. Bu faaliyetler, hocaların “hobisi” değil, birincil görevlerindendir. Dolayısıyla, hocanın günlük mesaisinin belirli bir bölümünü bu faaliyetlere ayırması istenmeli, beklenmeli, karşılığı verilmelidir. Hocanın yönetsel ve araştırmaya yönelik yeteneklerinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi yani performans değerlendirmesi ise ayrı bir yazının konusudur.

Görüldüğü üzere, tıp fakültesi veya uzmanlık eğitimi vermek üzere kurumlarımıza gelen öğrencileri eğitecek hocaların mevcut durumları ve seçim yöntemlerinin

Tıp fakültesi veya uzmanlık eğitimi vermek üzere kurumlarımıza gelen öğrencileri eğitecek hocaların mevcut durumları ve seçim yöntemlerinin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Geleneksel eğitim yöntemlerinin terk edilmesi, değişen dünya şartlarına uyum sağlayabilmek amacıyla yapılması gereken bir uygulamadır. Basit bir sınavdan ziyade, hocaların “gerçekten” belirli kriterlere göre “seçilerek” alındığı zaman, tıp eğitiminin kalitesinin artacağı muhakkaktır.

ciddi bir şekilde gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Geleneksel eğitim yöntemlerinin terk edilmesi her zaman herkes için kolay bir yöntem olmamakla beraber değişen dünya şartlarına uyum sağlayabilmek amacıyla yapılması gereken bir uygulamadır. Gerek üniversitelerde gerekse Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde bu duruma uygun düzenlemeler yapıldığı ve basit bir sınavdan ziyade, hocaların “gerçekten” belirli kriterlere göre “seçilerek” alındığı zaman, tıp eğitiminin kalitesinin artacağı muhakkaktır.

Kaynaklar

Bardes CL, Hayes JG. Are the teacher teaching? Measuring the educational activities of clinical faculty. *Academic Medicine* 1995; 70: 111-114

Brew A, Boud D. Preparing for new academic role: an holistic approach to development. *Int J Academic Development* 1998; 1: 17-25

Harden RM. Approaches to curriculum planning. *ASME Medical Education Booklet no. 21. Medical Education* 1986; 20: 458-466

Harden RM, Crosby J. AMEE guide no. 20. The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Med Teach* 2000; 4: 334-347

Mapstone E. The art of teaching. *New Academic* 1996; 5:2

Yükseköğretimde sağlık eğitimi için öneriler

Yrd. Doç. Dr. S. Haluk Özşarı



1960 yılında Balıkesir’de doğdu. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 1984-1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Ocağı Tabipliği, İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Bakan Müşavirliği ve Müsteşar Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Sağlık yönetimi yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. 2000-2009 yılları arasında özel sektörde, sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında, ulusal ve uluslararası görevlerde çalıştı. 2009 yılından bu yana İstanbul Üniversitesi’nde Öğretim Üyesi olup, halen Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi, Rektör Danışmanı ve İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörü olarak görev yapmaktadır. Evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Yunus Söylet



1956 yılında İstanbul’da doğdu. 1974’te İstanbul Erkek Lisesi’ni, 1980’de İstanbul Tıp Fakültesi’ni bitirdi. 1980 yılından bu yana Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı ve Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı’nda çalışan Söylet, 1990’da doçent, 1996’da profesör oldu. İstanbul Tabip Odası, Hekim Hakları Derneği, Yüksek Sağlık Şurası ve YÖK’ün de aralarında olduğu resmi ve özel pek çok kurumda uzun yıllar görev yapan Dr. Söylet, halen İstanbul Üniversitesi Rektörü’dür. Aynı zamanda Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği Kurucu Başkanlığı görevini de yürüten Söylet, evli ve iki çocuk babasıdır.

Son yıllarda gerek ulusal, gerekse de Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde uygulanan projeler öne çıkmaktadır. Özellikle de üniversiteler, kamu kurumları ve sivil toplum örgütleri birlikte birçok proje yürütmektedirler. “Afet Yönetimi Halk Sağlığı Eğitimi Ana-Çocuk Sağlığı Anne ve Çocuk Ölümelerini Önleme Projesi, Beslenme Çevre Sağlığı Çocuk Mamaları Genişletilmiş Bağışıklama Projesi, Gıda Kontrol Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Projesi, Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Ulusal Sağlık 21 Politikası Belirleme Projesi” gibi projelerde yükseköğretim kurumlarının yer alması kaçınılmazdır. Ancak böyle projelerde görev alacak akademisyenlerin de “sağlık eğitimi” akademik formasyonuna sahip olması gereklidir. Zaten eğitim, sağlığın sürdürülmesinde temel bir faktör olduğundan, sağlık eğitimciliği akademik anlamda ele alınmalıdır.

Sağlık eğitimi kavramı içinde önemli bir yer tutan “tıp eğitimi” ayrı tutulursa, bir diğer önemli kavram olan “sağlık yönetimi” değişen yükseköğretim yapılanması içinde önemle ele alınmalıdır. Sağlık eğitimi ile sağlık sorunları, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme konuların-

da halkı bilgilendirecek ve toplumdaki sağlık bilincinin yükselmesine katkıda bulunacak bireylerin yetişmesi hedeflenirken; **sağlık yönetimi** ile her türlü sağlık kurum ve kuruluşunun yönetimi, işletilmesi, ülkenin sağlık altyapısının tanımlanması ve geliştirilmesine yönelik ulusal veya uluslararası araştırmaları planlama, yürütme ve değerlendirme konularında profesyonel insan gücü yetiştirmek hedeflenmektedir. Sağlık eğitimi, toplumun sağlık kültürünü arttırmak, sağlığı teşvik etmeyi hedeflemektedir. Bu hedefler, akademik yapı ile birlikte düşünüldüğünde Yükseköğretimde sağlık eğitimi konusundan söz etmek gerekir.

Aslında sağlık eğitimi, ilkokullarda, yani ilk eğitimde verilmeye başlayan ve hayat boyu süren bir eğitimdir. Yükseköğretimde sağlık eğitimi ise, ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora olarak yapılandırılmalıdır. **Ön lisans eğitimi**; yöneticiden çok, yönetim sürecinde görev alacak becerisi yüksek çalışanlar yetiştirmeyi amaçlamalıdır. Bu nedenle ön lisans eğitimi; sağlık hizmetlerinde muhasebe, pazarlama ve lojistik gibi uzmanlık alanlarında verilmelidir. Bu alanda eğitim alacak öğrencilerin tıp hizmetinin tıbbi boyutuyla ilgili olmaması gerekir. **Yüksek**

lisans eğitiminde ise beceri yanında sorunları analiz edebilen, çözüm yolları üretebilen donanımlı yöneticiler yetiştirmek hedeflenmelidir. Bu eğitim, hem sağlık hem de işletme kökenli kişilerin yönelebileceği bir üst eğitim alanıdır. Bu eğitimde, tıp kökenliler için başta işletme olmak üzere tıp dışı bilgiler, tıp dışından olanlar için ise halk sağlığı gibi temel tıp dersleri verilmelidir. **Doktora** ile de **sağlık eğitimcisi** olarak akademisyen yetiştirilmesi hedeflenmelidir.

Özellikle sağlık yönetimini, sadece işletme yönetimi olarak düşünmemek gerekir. Sağlık hizmetlerinde yönetim mekanizmalarının profesyonelleşmesi gereklidir ve bu nedenle temel derslere ek olarak *mikro ve makroekonomi, çevre ve sosyal sorumluluk, sağlık hukuku* gibi öğrencilerin donanımlı birer birey olarak yetişmelerine destek verecek sosyal bilimler ağırlıklı dersler de gereklidir. Sonraki yıllarda ise, temel işletme derslerinin yanında *biyoistatistik, tıbbi terminoloji, epidemiyoloji, sağlık sistemleri ve politikaları, sağlık iletişimi, tıp tarihi, tıp ve sanat* gibi dersler verilmelidir. Böylelikle sağlık yöneticilerinin, geleceğin sağlık eğitimcileri adayları olarak yetişmesi desteklenmiş olur.



Fotoğraf: Levent Karabağlı

Sağlık hizmetlerinde hekim, hemşire gibi kliniğe odaklanmış meslek gruplarının önemi doğaldır ki tartışılmaz. Ancak bunların yeterli sayıda ve istenilen kalitede olması ülke sorunlarının çözümünde yeterli olamamaktadır. Çünkü sorunların bir bölümü de, **yanlış yönetim** anlayışı kaynaklı olabilmektedir. Sağlık eğitimcisinin ana görevlerinden birinin de, “birey ve toplumun sağlık kurum ve kuruluşlarından en iyi şekilde yararlanmalarını sağlamak” olduğu hiç unutulmamalıdır.

Toplumların sağlığından sorumlu olanların, toplum sağlığı sorunlarına tanı koymak için epidemiyolojik ve istatistiksel bilgilere, bu sorunları önlemek ve tedavi etmek için de sağlık eğitimi ve sağlık yönetimi uygulamalarına ihtiyaçları vardır.

Sağlık eğitimi giderek daha karmaşık ve önemli hale gelmekte, uzmanlık gerektiren bir alan olmaktadır. Bunun başlıca üç önemli nedeni vardır:

- *Toplumların yaşlanması,*
- *Bilimsel ve teknolojik gelişmeler,*
- *Hastaların beklentilerinde artış.*

Sağlık eğitiminin temel konuları;

- *Kişisel hijyen eğitimi,*
- *Çevre sağlığı (sanitasyon) eğitimi,*
- *Kazalardan korunma ve ilk yardım eğitimi,*
- *Ana ve çocuk sağlığı eğitimi,*
- *Aile planlaması eğitimi,*
- *Bulaşıcı hastalıklardan korunma eğitimi,*
- *Sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı önlemler eğitimidir.*

Sıralanan tüm bu temel konular, mevcut fakülteler ve yüksekokullarda zaten eğitim kapsamı içindedir. Yeniden yapılanan yükseköğretimimizde, bu eğitimi daha yoğun ve yararlı bir düzenleme içine alma zorunluluğu vardır. Bu bağlamda, mevcut Sağlık Bilimleri Fakülteleri'nin müfredat ve bilimsel yapılanmasını yeniden düzenlenmesi ile işe başlamak doğru bir adım olacaktır. Sağlık eğitimi,

anabilim dalı olarak yapılandırılmalı, bunun yanı sıra örneğin biyomedikal gibi hem tıp, hem teknik eğitimin bir arada olduğu eğitimleri vermek üzere “**Medikal Mühendislik Fakültesi**” kurulmalıdır. Burada verilen eğitimlerle yeni teknolojilerin araştırma ve geliştirilmesi (AR-GE), yeni cihaz ve aletlerin modellemelerinin yapılması sağlanmalıdır. Çevre sağlığı, gıda güvenliği, bağışıklama gibi alanlarda çalışmaların yapılabileceği laboratuvarlar açılarak, hem bilimsel çalışmalar yoluyla toplum sağlığına katkıda bulunulabilir, hem de bu laboratuvarlarda yapılacak analiz ve tahlillerle üniversitelere büyük gelirler sağlanabilir, hatta aşı üretimleri buralarda yapılabilir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında baş döndürücü bir hızla gelişen ekonomi ve teknoloji, beraberinde küreselleşmeyi de getirmiştir. Tek ve açık bir pazar haline gelen dünyada, kurumlar ayakta durabilmek için değişimleri yakalamak ve hatta yeni değişimleri başlatmak zorunda kalmışlardır. Toplum ve ilgili sektörlerle iç içe ve her biri ayrı birer işletme olarak da düşünülebilecek çağdaş üniversite modelinde, bu değişimleri yakalayabilmek ve yeni değişimleri başlatmak; ancak üretim faktörlerinden en önemlisi olan emek yani insan kaynağı ile mümkün olabilir. İnsan kaynağının gücünü etkili ve verimli kullanabilmek için, yetkin bir insan kaynakları yönetim politikası oluşturulmalıdır. Bu politikanın temel noktası ise; akademik ve idari görevde çalışanları değişim ve etkilerinden sürekli bilgilendirmek, iş ortamındaki doyumu en üst düzeyde tutmak, onlara değişik bakış açıları kazandırarak olası çatışmaları en aza indirmek olmalıdır. Bu temeli güçlendirmenin en güçlü yöntemi etkin ve verimli bir insan kaynakları eğitimidir. Sağlık eğitiminin üçüncü ayağı da budur. Sağlık hizmetinde insan kaynakları eğitimi sağlayacak sağlık eğitimcileri mutlaka yetiştirilmelidir. Bu eğitim, işletme fakültelerinde verilen insan kaynağı veya psikolojik danışmanlık gibi eğitimlerden farklı bir eğitimidir ve mutlaka sağlık eğitimcileri tarafından verilmelidir.

Yeniden yapılanan yükseköğretimimizde, bu eğitimi daha yoğun ve yararlı bir düzenleme içine alma zorunluluğu vardır. Sağlık eğitimi, anabilim dalı olarak yapılandırılmalı, bunun yanı sıra örneğin biyomedikal gibi hem tıp, hem teknik eğitimin bir arada olduğu eğitimleri vermek üzere “**Medikal Mühendislik Fakültesi**” kurulmalıdır. Burada verilen eğitimlerle yeni teknolojilerin araştırma ve geliştirilmesi (AR-GE), yeni cihaz ve aletlerin modellemelerinin yapılması sağlanmalıdır.

Yükseköğretim Kurumu'nun 2009 yılında Sağlık Bakanlığı'na gönderdiği ve lisans tamamlama programı olarak Bakanlığın sağlık çalışanları için üst öğrenim kabul ettiği bölümler yeniden gözden geçirilmeli ve Sağlık Bilimleri Fakültesi ile Sağlık Meslek Yüksek Okulları arasında mükerrerliğe neden olabilecek programlar belirlenmeli, bunların bir bölümü sağlık eğitimi içinde değerlendirilmelidir. Uzaktan eğitim ile gerçekleştirilen bu programı bitirenler de yüksek lisans için teşvik edilmelidir.

Bütün bu önerilerin ortak hedefi; yükseköğretimde sağlık eğitimi ile karşılıklı insan kaynağı yetiştirmek, sürekli eğitimler yoluyla aynı zamanda bilimsel araştırmalara da destek olmaktır.

Kaynaklar

Aktan C.C. Saran U. : *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, 2007, İstanbul

<http://www.saglikpersoneliplatformu.net/haber/10267/saglikta-ust-ogrenim-programlari.html> (Erişim tarihi: 06.11.2012)

<http://www.saglikplatformu.com/statik/saglikegitimi.pdf> (Erişim tarihi: 06.11.2012)

<http://www.uzaktanegitimrehberi.com/saglik-egitimi-lisans-tamamlama/> (Erişim tarihi: 06.11.2012)

<http://www.universitiesuk.ac.uk/Publications/Documents/ApictureOfHealthAndEducation.pdf> (Erişim tarihi: 06.11.2012)

Tıp eğitiminde temel tıp bilimlerinin yeri ve geleceği

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir’de doğdu. 1986’da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi’nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere’de Leicester Üniversitesi’nde İnsan Anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006’da profesör oldu. 2002’den beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Yönetim Kurulu’nda Başkan Yardımcısı olarak, Temel Tıp Bilimleri Platformunda Genel Sekreter olarak görev yürütmektedir. 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde görev alan Şeker, Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yürütürken Aralık 2010’da Konya Üniversitesi’nin kurucu rektörlüğüne atandı ve halen Necmettin Erbakan Üniversitesi rektörü olarak görev yürütmektedir. Kamu yönetimi lisans mezunu ve TUBA üyesi de olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Gelişmekte olan bir ülke yani sıra, genç bir nüfusa sahip olmamız nedeniyle ülkemizde son yıllarda en çok tartışılan konuların başında yükseköğretim sorunları, bu sorunlar içinde de tıp eğitimi-ne yönelik oluşan özeleştiriler gelmektedir. Tıp eğitiminin kalitesini, standardizasyonunu ve sorunları yanı sıra çözüm yolları üzerinde çalışmalar gerçekleştirmek, aslında içeriden gerçekleştirilen, güzel, içten bir gelişme. Ancak elbette bu her zaman çok masum olarak da gündeme gelmiyor. İşin içine menfaat çatışmaları, gelecek kaygıları ve siyasi bağnazlıkların karışması gibi objektif değerlendirmeyi ortadan kaldırma riski içermekte. Biz bu makalemizde bu risklerden uzak kalma çabası içinde tıp eğitiminde temel tıbbın yerini ve güncel sorunlarını irdelemeye çalışacağız.

Tartışmasız tıp eğitiminin olmazsa olmazı temel tıp bilimleridir. Anatomi, Fizyoloji, Farmakoloji, Biyokimya Moleküler Biyoloji veya ders adı nasıl tanımlanırsa tanımlansın ders içeriği temel tıp bilimlerine sahip bir bilim disiplininin yoksun tıp eğitimi düşünülemez, tıp fakültesi müfredatı şekillendirilemez. Hatta tıp eğitiminin kalitesini verilen temel tıp bilimleri eğitimi belirler. Temel tıp bilimlerinin veriliş yoğunluğu, şekli, kalitesi yetiştirilen hekim adaylarının hem akademik geleceğini hem de iyi hekimlik uygulamalarının başarısını şekillendirir. Özellikle Nobel Tıp ödülü listelerinde moleküler biyolog, fizyolog, farmakologların paydaş olarak sürekli yer alması bunun bir göstergesidir. Ülkemizde üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hasta-

neleri arasındaki en belirgin fark üniversite hastanelerinde temel tıp bilimlerinin varlığıdır. Başka bir deyişle temel tıp bilimleri, tıp fakültelerinin kurumsal, bilimsel fakülte kimliğini oluşturmaktadır.

Genel olarak dünyada tıp eğitiminin kendi içinde temel tıp ile klinik bilimleri şeklinde iki basamaklı olarak kurgulandığını söyleyebiliriz. Tıp eğitiminin olmazsa olmazı ve tıp eğitimin kalitesini etkileyen faktörlerin başında, temel tıp eğitimi ve bu eğitimin nitelik ve niceliği gelmektedir.

Temel tıp bilimleri algısı ve fakültelerdeki yaklaşım farklılıkları

Ülkemizde uzun yıllar ilgili mevzuatın elverdiği şekilde uzmanlık eğitimi alan ya da sağlık bilimlerinde doktora yapan başta tıp fakültesi mezunları yanı sıra çoğunlukla diş hekimi ve veteriner hekim olmak üzere eczacılık, kimya, biyolog gibi fen fakültesi lisans mezunlarından akademik personel gereksinimi karşılanmaya çalışılmıştır. Fakat bazı fakültelerimizde temel tıp bilimlerinin bazı anabilim dallarının belirgin fakülte mezunlarından başka akademik personel istihdam etmediği gözlenmiştir. Bu, genellikle kurucu öğretim üyesinin kendi mesleki kökeni yönündeki tercihten şekillenmiştir.

Genellikle tıp fakültelerinin kuruluş döneminde ağırlıklı olarak hatırlanan temel tıp bilimleri, başlangıç sürecinde ne kadar ilgi ve yatırım görmüşse, gelişim sürecinde genellikle onunla yetinmek zorunda bırakılmış ve kuruluş sürecinin ilk üç-dört senesinden sonra gelişim açısından klinik bilimlerinin gölgesinde kalmıştır. Bu yaklaşım; temel tıp bilimlerinin alt yapı gelişimini,

yatırımlarını, lisans ve lisansüstü eğitim planlamasını da etkilemiştir. Cerrahi veya dahili tıp bilimlerinden öğretim üyelerince idari görevlerin yürütülmesi veya benzer şekilde temel tıp bilimlerinden rektör, rektör yardımcısı, dekan ve etkin dekan yardımcısı atamalarının da bu süreçte olumlu ya da olumsuz etkileri olmuştur ve olmaya da devam etmektedir.

Uzmanlık eğitiminin Sağlık Bakanlığı kontrolünde bir üst eğitim olarak planlanmış olmasına bağlı olarak ve de klinik branşların araştırma görevlisi gereksinimleri ve sağlık hizmetinin aksamamasının öncelenmesi sonucu son yıllarda uzmanlık eğitimi yapmak üzere araştırma görevlisi kadrosu ilan edilmemesinin sonucu ülkemizde temel tıp bilimlerinin geleceğini yakından ilgilendiren bir tıp eğitiminin sürdürülebilirliği ile ilgili nitelikli akademik insan gücü sorunu kendini göstermiştir. Uzmanlık eğitimi sonrası getirilen mecburi hizmet yükümlülüğü ve döner sermaye gelirlerinin performansa dayalı dağıtımının oluşturduğu özlük haklarındaki olumsuz etki de, uzmanlık öğrencilerinin tercihlerini temel tıp bilimleri dışındaki anabilim dallarına yöneltmiştir. Benzer tablo, gelir getirisi ve iş yükü fazla bazı klinik anabilim dallarında da aynı gelişmeye neden olmuştur. Elbette bu olumsuz gelişmelerde, son yıllardaki sağlıkta dönüşüm politikası ile aile hekimliği uygulamasının teşvik edilmesinin yanı sıra ülkemizde hızlı bir şekilde tıp fakültesi açılmasının da etkisinin olduğu da aşikardır.

Temel tıp bilimlerinin gereksiz ve fakülte üzerinde bir kambur olduğunu düşünen, bunu ifade eden veya edemeyen bir hayli öğretim üyesinin tıp fakültelerinde mev-

cudiyeti de tıp eğitimi yürütenler arasında oluşan ayrı bir çelişkidir. Bu tür düşünce sahiplerinin temel tıp öğretim üyelerine yönelik bakışlarının ekonomik kaygılar ile üretmeden döner sermaye gelirlerine ortak olan asalaklar olarak nitelermeleri, temel tıp eğitiminin birçok klinik branş tarafından da yürütülebileceğini de ileri sürerek ve bu düşüncelerini zaman zaman açıktan ima etmeleri, temel tıp bilimlerinde görev yapan öğretim üyelerini (ki bunların bir çoğu bu öğretim üyelerinin öğrenciliğinde hocaları olmuş olmalarına rağmen) üzmemekte, derinden yaralamaktadır. Bu algının lisans öğrencilere yansıtılması da temel tıp bilimlerinde lisans üstü eğitimi tercih etmelerini de önlemektedir.

Dünyanın bir çok ülkesinde temel tıp bilimlerinde tanımlanan bazı bilim alanlarının (farmakoloji, patoloji, genetik, halk sağlığı veya başına klinik tanımı alan klinik biyokimya, klinik mikrobiyoloji vb.) ülkemizde farklı kaygılar ile klinik bilimler arasında tanımlanmasındaki ısrarlı çabalar da bu olumsuz algının başka bir yansımasıdır. Ülkemiz tıp eğitimindeki temel, dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölümleri üzerinden yapılan idari teşkilat yapısının ortadan kaldırılması 2547 sayılı mevzuattaki “bölüm” kavramının gereği olarak ve bu algının olumsuz etkisinden kurtulmak içinde gereklidir. Böylelikle tıp fakültelerindeki tüm anabilim dallarının bütüncül bir bakışla değerlendirilmesi fırsatı yakalanmış olacaktır.

Yukarıda de belirttiğimiz tıp fakültelerinin plansız sayısal artışı ve öğretim üyesi yetiştirmedeki yetersizliğimiz, tıp eğitimini, özellikle de temel tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir. Bunun en önemli göstergesi olarak, fakültelerimizdeki öğrenci sayısı ile öğretim üyesi arasındaki oranı ve yine öğretim elemanı oranlarını incelemek yeterlidir. Üniversitelerimizde temel tıp bilimlerinde görev yapan öğretim üyelerimizin tıp fakültesindeki lisans ve lisansüstü eğitim-öğretim görevinin yanı sıra tıp fakültesi dışındaki birçok bilim alanına verilen eğitim desteği ve yüklendikleri idari görevleri de göz önünde bulundurduğumuzda temel tıp bilimlerinde öğretim üyesi aşırı yük sıkıntısının boyutlarını daha iyi görebiliriz. Elbette kuruluşunun otuz-kırk yılını aşmış birçok tıp fakültemizde bazı temel tıp bilimleri öğretim üyelerinde akademik kadronun piramit tersine dönmüş ve kadroları şişmiş genç akademisyenlerin kadro bulamaması sonucu istihdam sorunları, sonuçta verimsiz yaşlı akademik kadro eleştirisine de gerekçe oluşturmaktadır. Fakat bu sorun, aynı fakültelerde maalesef dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde anabilim dalları için de geçerlidir. Bu sorunun çözümü olarak kanaatimiz, tıp fakültelerinde verimliliğe dayalı olarak öğretim üyesi mobilizasyonu ile esnek sözleşmeli akademik personel istihdam politikasının uygulanmasıdır. Ül-

kemiz üniversitelerinin gelecek akademik insan gücü planlaması, nitelikli eğitim ve kalite standardizasyonuna dayalı eğitimde azami-asgari limitlerinin YÖK tarafından oluşturulması da bir gerekliliktir.

Fakültelerimizin bir çoğunda multidisipliner yaklaşım ile çalışan temel tıp bilimlerinin özellikle pratik eğitime yönelik ve araştırma alt yapısına yönelik sorunları görmezden gelinmektedir. Bu sorunların içinde laboratuvar fiziki sorunları, laboratuvar araç gereç yatırımları, teknik eleman (sekretarya, teknik eleman, öğretim elemanı yetersizliği) ve eğitim giderleri ile araştırma giderlerinin karşılanmasındaki güçlükler de yer almaktadır. Temel tıp bilimine yönelik oluşturulmuş kalite standartlarının ortaya konmaması ve fakülte yönetimlerinin konuya gevşek yaklaşımı, tıp eğitiminin kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Ülkemizde lisansüstü eğitimde klinik dallar için uzmanlığa dayalı bir yapılanma söz konusu olduğundan, aynı unsurların temel tıp dallarında da uygulanabileceği gibi bir varsayım, biraz da yönetmeliğin ilk yazıldığı dönemlerde insan kaynaklarının kısıtlı olması nedeniyle, ülkemizde anatomi, histoloji ve farmakoloji ana bilim dalları gibi doktora eğitimi verilmesi gereken alanlarda da uzmanlık eğitimi geleneği uygulanmaya gelmiştir. Yaşanan sorunlar, aslında kısmen temel tıp bilimlerinde bir uzmanlık-doktora karmaşası yaşanmasından kaynaklanmaktadır. Halihazırda, doktora ve uzmanlık eğitimleri akademik mevzuatta birbirine denk olarak kabul edilirken, Sağlık Bakanlığı mevzuatında ve pratik iş hayatı uygulamasında bir anlamda bu denkliğin göz ardı edilmesi söz konusudur. Bakanlığa bağlı kuruluşlarda, araştırmaya dayalı temel tıp alanlarında doktoralı hekimlere uzmanlar için sağlanan özlük hakları verilmemektedir. Temelde benzer eğitim alan fakat farklı sertifika alan hekimler arasında özlük hakları açısından mağduriyetler oluşmaktadır. Bu nedenle, hekimler TUS sisteminin içinde kalmak adına, temel bilimlerde dünyada rastlanmayan şekilde bir uzmanlık eğitimi programına girmektedirler. Bu durum, bir bakıma doktora eğitiminin de amacından uzaklaşmasına ve araştırıcı yetiştirme potansiyelini kaybetmesine yol açmaktadır. Bu durumun çelişisini gösteren en açık örnek Sağlık Bakanlığı'nın hiçbir eğitim ve araştırma hastanesinde temel tıp programının (kliniklerinin) bulunmamasıdır. Nasıl bir durumdur ki, Bakanlık tarafından bir “uzmanlık” eğitiminin Bakanlık tarafından verilmesi mümkün değildir? Buna ek olarak uzmanlık eğitimi bitirenlerin ilgili mevzuat gereği zorunlu hizmete tabi olması, bu hekimlerin zorunlu olarak Sağlık Bakanlığında en azından bir süre istihdam edilmeleri gereğini getirmektedir. Böylece bir anlamda kendi yarattığımız eğitim karmaşası yine kendi yaptığımız

mevzuatın içinde istihdam sorunu oluşturmakta ve sistemi kendi kendimize kilitlemiş olmaktayız.

Genellikle konuların bireysel istihdam sorunları, özlük haklarına yönelik popülist yaklaşımların sonucu şekillenen sorun alanları ve gelecek kaygısı arasında kaybolmuşluk gibi bir süreç yaşanmakta. Bu da gerçek sorunlarımız olarak acil gündeme alınması gereken; temel tıp bilimlerinin tıp eğitimindeki yeri, çağdaş tıp eğitiminde temel tıbbı yönelik müfredat güncelleme ya da güncelleyememe sorunu, TUS ile ortaya çıkan fakülte içi yada dışı dersane eğitiminin tıp eğitime olan olumsuz etkileri, nitelikli multidisipliner bilimsel araştırma projesi üretimi ve sürekliliği / özel ilgi alanlarına yönelik araştırmacı çalışma takımı oluşturma çalışmaları, temel tıp bilimlerinin araştırma fonlarından yararlanma/yararlanamama sorunları, temel tıp bilimlerinin gelecek bakışı ve TUS/DUS temel tıp ilişkisi dışarıdan lisansüstü eğitimin olumsuz etkileri, mecburi hizmet yükümlülüklerinin lisans ve lisansüstü eğitimin kalitesine, gelecek planlamasına olan etkileri, fakülte hastanelerindeki döner sermaye işletmelerindeki merkezi laboratuvar uygulamalarının, hastane işletmesine ve tıp eğitime ve araştırmaya yönelik etkileri (eğitime yönelik pay aktarımı, kurumsal yada klinik bazlı veya bireysel bazlı performans uygulamaları, havuz yaklaşımı, bilimsel araştırma projelerinin desteklenme yöntemi uygulamaları), ağırlıklı olarak tıp fakültelerine özgü uygulanması düşünülen “esnek istihdam politikası ve öğretim üyesi mobilizasyonu” nun temel tıp bilimleri için uygulanabilirliği gibi konu başlıkları yeterli düzeyde tartışılmamakta, gelecek planlaması da maalesef boşlukta kalmaktadır.

Temel tıp bilimlerinin ülkemizdeki algısı, yönetimlerin konuya yaklaşımı sonrası oluşan sorunlar, çözüm yolları ve gelecek planlamasını tartışmak üzere temel tıp bilimleri derneklerinin temsilcilerinden oluşan bir platform, son yıllarda konuya yönelik toplantılar düzenlenmekte ve sonuç bildirileri yayımlayarak sorunları ve çözüm önerilerini kamuoyu ile paylaşmaya çaba göstermektedir. Çözüm olarak önerimiz, temel tıp dallarının yeniden belirlenmesi ve klinik ilişkisi olmayan sağlık hizmetinde sadece laboratuvar desteği olan alanların uzmanlık tüzüğü çerçevesinde yine merkezi tıpta uzmanlık sınavı aracılığı ile eğitime alınmaları ve bu araştırma görevlilerine ilgili alanlarda doktora eğitiminin verilmesini takiben mecburi hizmet yükümlülüklerinin sadece tıp fakültelerinde yapmalarının sağlanmasıdır. Sağlık Bakanlığının uzmanlık eğitimi mevzuatında da gerekli değişiklikler yapılarak bu alanlardaki doktoralı hekimlerin uzmanlarla aynı statüde olmalarının sağlanması gerekmektedir.

Prof. Dr. Recep Öztürk: Eğitim üniversitenin, hastane yönetimi profesyonellerin olmalı

Röportaj: Ömer Çakkal

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin kıdemli hocalarından Prof. Dr. Recep Öztürk, YÖK Üyesi kimliği ile son birkaç yıldır Yükseköğretim Kurulu'ndaki çalışmalarda aktif rol üstlenen bir isim. YÖK, yükseköğretimi yeniden düzenleyen taslak önerisini yaklaşık 2 yıllık bir çalışmanın ardından geçtiğimiz haftalarda kamuoyu ile paylaştı. Taslağın hazırlanmasında önemli görevler üstlenen ve özellikle sağlık eğitimi yakından takip eden Dr. Öztürk ile sıcaklığı sıcakına bir röportaj yapıp aklımızdaki soruları kendisine yönelttik.

Kaldırılmalı mı, kapatılmalı mı tartışmaları yapılan Yükseköğretim Kurulu

(YÖK), kendi varlığını da yeniden düzenleyen Yükseköğretim Yasa Taslağını 5 Kasım'da bir basın toplantısı ile kamuoyuna açıkladı. Taslağın hazırlanış sürecini özetleyebilir misiniz?

YÖK'ün hazırladığı, bir taslak değil, taslak önerisidir. Bu öneri için yaklaşık 2 yıldan beri çalışılmaktadır. Taslak önerisi için çalışmalar, önceki YÖK Başkanı Yusuf Ziya Özcan Hoca zamanında başlatıldı. Yapılan çalışmalar sonrasında 2011 Mart ayında kamuoyuna yasa taslağı önerisinin dayanacağı temel ilkeler açıklandı. Yasa taslağı önerisinin dayanacağı temel ilkeler; çeşitlilik, kurumsal özerklik ve hesap verebilirlik, performans ve

rekabet, mali esneklik ve çok kaynaklı gelir yapısı ve kalite güvencesi olarak belirlenmişti. Bu esaslar temelinde ve ekseninde hazırlanan ilk taslak önerisi üzerinde yürütme kurulunda ilk çalışmalar yapıldı. Son 5-6 aydır ise Genel Kurul taslak önerisi üzerinde yoğun çalışmalar yaptı. Bu süreçte yükseköğretimin tüm paydaşlarıyla yapılan çalıştaylarda bir araya gelindi ve onların fikirleri alındı. Fikirlerin alınması için çalıştay dışı yollar da kullanıldı. Değişik üniversiteler, diğer kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşlarının fikirleri yanında kişisel fikirler de YÖK'e sunuldu. Sunulan görüşler de dikkate alınarak hazırlanan taslak önerisi, 5 Kasım 2012'de kamuoyuna sunuldu.



Peki, bundan sonra ne olacak? Bu yasa, kamuoyunda tartışılıp katkılar sunulduktan sonra Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde ilgili komisyonlarca tasarı haline getirilip yasalaşması noktasında genel kurula mı sunulacak?

YÖK'ün resmi sitesinde hazırlan web sayfasına her kurum, kuruluş ve kişiden yeniden görüş almak üzere, taslak önerisi ve o güne kadar alınmış tüm görüşler eklendi. Ayrıca değişik üniversitelerin yaptığı ve yapmaya devam ettiği toplantılara YÖK üyeleri de katılıp sorular ve sorunlar tartışıldı/ tartışılmakta. Değişik üniversite senatolarının, sivil toplum kuruluşlarının ve kişilerin hazırladığı görüşler, ilgili sayfada yayımlanmaya devam etmektedir. Kasım ayı sonunda YÖK Genel Kurulu tekrar toplanacak ve önerileri tek tek inceleyip gerekli düzenlemeleri yapacak. Hangi görüşlere yer verilmesi gerektiği, taslak önerisiyle ilgili ağırlıklı olarak olumsuz bulunan hususlar için ne yapılacağı, Genel Kurulda tartışılacak. Nihayetinde hazırlanacak son metin de bir taslak önerisi olarak Milli Eğitim Bakanlığı'na arz edilecek. Bu adımdan sonra yapılacak çalışmalar Hükümetin ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin takdirindedir.

YÖK'ün öngördüğü bir takvim var mı?

Milli Eğitim Bakanlığı'na taslak önerisinin arzından sonra, takvim Hükümetin ve TBMM'nin takdirindedir. Biz sadece bir an önce yasalaşmasını arzu ediyoruz.

Pekâlâ. Şimdi izin verirseniz taslak önerisindeki temel konulara ilişkin sorularına geçmek istiyorum. Şahsen, sağlık mesleklerinde lisansüstü eğitim konusunda ne düşünüyorsunuz? Yeni taslakta bu konuda herhangi bir şey var mı?

Lisansüstü eğitim, akademik eğitimin en önemli parçasıdır. Bir üniversitede kaliteli eğitimin temin edilebilmesi için, akademik kadroların çok güçlü olması gerekir. Bunu temin eden yol ise lisansüstü eğitimde kaliteden taviz vermemektir. Sağlık alanında yeni ihdas edilen mesleklerle, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de belirli alanlarda büyük ihtiyaç var. "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durumu Raporu-2010"nda vurgulandığı gibi, gerek Avrupa Birliği, gerek Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi ortalamalarında Türkiye, sağlık insan gücü kaynağı açısından ortalamaların altında yer almaktadır. Özellikle hemşirelikte çok büyük bir insan kaynağı gücüne ihtiyaç var. Peki, bu insan kaynağı nerede, nasıl yetiştirilecek? Haliyle bu, lisansüstü eğitim almış yeterli sayıda öğretim elemanı ile sağlanacaktır. Yeni yasa taslağı önerisinde yukarıda değindiğim sorunları çözecek, mevcut

yasaya göre ileri bir adım henüz yok. Ama çalışmalar devam etmektedir, sürecin esas TBMM'de gerçekleşecektir. Arzu edilenlerin yeni yasada olmasını temenni ediyoruz.

"Uzmanlık yapanların üzerinden tez yükü kaldırılmalı"

Peki, lisansüstü eğitimde sorunlar nelerdir?

Öncelikle mevcut öğretim elemanı kadrosu, yeterince eleman yetişmesi için yeterli değil. Belirli alanlarda ciddi öğretim elemanı/üyeleri açığı var. Tıpta temel bilimler, hemşirelikte pek çok alan, diyetisyenlik ve fizyoterapistlik, şu anda en çok öğretim elemanı/üyeleri ihtiyacı olan alanlar. Tıpta temel bilimler için, biyokimya ve mikrobiyoloji dışında son yıllarda uzmanlık öğrencisi kadrosu açılmamakta. Önlem alınmazsa yakın gelecekte tıp temel bilimlerinde ciddi öğretim elemanı/üyeleri ihtiyacı oluşacaktır. Bugün bu eksikliklerin sonuçları kendini hissettirmektedir. Ayrıca öğretim elemanlarının bölgeler arası dağılım farkları da çok fazla. Bir diğer sorun, son yıllarda devlet üniversitelerinden, vakıf üniversitelerine geçişlerin hızlanması. Vakıf üniversitelerine geçişler, devlet üniversitelerinde bazı alanlarda eğitimin sürdürülebilirliğini sıkıntıya sokmaktadır. Doğrusu, sağlık bilimleri alanında öğretim elemanı kaynağının yetersiz olduğu ve uzun süre bu sorunun devam edeceği görülmektedir. Son yıllarda tıp temel bilimlerinde bu alanda yaşanan sorunlara tekrar dikkat çekmek isterim. Uzmanlık öğrencisi kadrosu verilmeyen tıp temel bilimlerine doğmuş olan ciddi açığı kapatacak önlemler henüz alınmamıştır. Bu alanda uzmanlık öğrenciliği özlük haklarına sahip doktora kadrolarının ivedilikle çok acil olarak verilmesi gereklidir. İnsan gücü ve alt yapı sorunları ile birlikte eğitimde standartların henüz uygulamaya geçmemiş olmasının doğurduğu kalite sorunu varlığı da çok önemli. Eğitimin her alanında, ama özellikle sağlık alanında kaliteden taviz verilmesinin nelere mal olacağı herkesin malumu. Eğitim vereceğiniz kişi hangi kazanımlarla mezun olacak? Ülkenin her yerinde alanın gerektirdiği yükseköğretim yeterliliklerinin kazanımı başarılabilecek mi? Bunları düzenli takip edebilecek miyiz? Diğer bir sorun, ülkemizde son yıllarda özellikle Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine üniversiteden çok büyük transferler olmasıyla belli bölgelerde önemli ölçüde azalan öğretim üyesi sorunudur. Ayrıca Tam Gün Yasası ve onunla birlikte gelen sorunlar nedeniyle önemli hareketlenmeler oldu. Ayrıca öğretim elemanı/üyeleri sayısı olarak yetersiz olunan alanlar olduğunu vurgulamıştım. YÖK'ün bu konuyla ilgili olarak ortak lisansüstü programlarına



"Öğretim elemanı/üyesinin özlük hakları konusunda uzun yıllardır motive edici bir çalışmanın yapılmamış olması, yapılan teşebbüslerin de sonuç vermemiş olması, bu alana olan ilgiyi de azalttığından yetersizlik daha da artmaktadır. Tıp ve diş hekimliğinde uzmanlığın doktora ile muadil oluşunu ülke olarak henüz tartışmaya açamadık. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitim müfredatı ve yapılan tezler, bir doktora çalışması için yeterli midir? ORPHEUS standartlarına yakın ve uygun bir lisansüstü eğitim oluşturmak zorundayız."



“Uzmanlık yapan ve akademik kariyeri düşünmeyen biri haklı olarak diyor ki, “Ben bir an önce uzman olarak uygulamaya geçmek, halkıma hizmet etmek istiyorum, neden tez yapayım ki.” Türkiye böyle bir ikilem yaşıyor. Bu konu, yasa taslağı çalışmaları esnasında gündeme geldi; ama uzmanlık isteyen, taraflara danışılacak çok özel bir konu.”

izin vermesi, ilgili sorunun çözümüne yeterli olmasa da bir katkı sağlamıştır. Öğretim elemanı/üyesinin özlük hakları konusunda uzun yıllardır motive edici bir çalışmanın yapılmamış olması, yapılan teşebbüslerin de sonuç vermemiş olması, bu alana olan ilgiyi de azalttığından yetersizlik daha da artmaktadır. Tıp ve dış hekimliğinde uzmanlığın doktora ile muadil oluşunu ülke olarak henüz tartışmaya açamadık. Tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitim müfredatı ve yapılan tezler, bir doktora çalışması için yeterli midir? Haliyle sadece sağlık alanında değil, diğer alanlarda lisansüstü eğitimin benzer sorunları vardır. Önümüzdeki yıllarda sağlık eğitimi alanında en çok konuşulacak konulardan birinin bu olacağını düşünüyorum. Avrupa yükseköğretim alanında lisansüstü eğitim için belirlenmiş ORPHEUS (Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System) standartları vardır. Biz de bu standartlara

yakın ve uygun bir lisansüstü eğitim oluşturmak zorundayız. Alanında yetkin bir tez danışmanı, ilgili alanın altyapısının yeterince uygun olması, hazırlanan eğitimin kalitesi ve eğitim sürecindeki kazanımlar ORPHEUS standartlarında çok önemseniyor. Örneğin sağlık bilimlerinde hazırlanan doktora tezinin en az 3 bilimsel yayına dönüşebilmesi isteniyor. Yeni taslak, eğitimde kaliteye ve akreditasyona vurgu yapıyor. Taslağın yasaya dönüşmesi halinde lisansüstü eğitim bugüne göre daha ileri düzeyde denetlenir ve izlenir hale gelecektir. Tıpta uzmanlığın, tıp fakültelerinde ve Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde verilmeye devam edilmesi, gündeme taşınması gereken diğer bir sorundur. Bir lisansüstü eğitim olan doktora muadili uzmanlığın böyle devam edecekse bu açıdan da ele alınması gerekir.

Yeni taslak bu konuya nasıl yaklaşıyor?

Yeni taslakta sağlık bilimlerinde lisansüstü eğitime özel bir alan doğrusu ayrılmıyor. Ama yeni taslağın en önemli vurgularından biri, eğitimde kalite. Kurulması düşünülen Yükseköğretim Kalite Kurulu, kurumsal değerlendirme ve program akreditasyon yapacak ulusal ve uluslararası kuruluşları yetkilendirecek. Bugüne göre kalite geliştirme çalışmalarının daha yoğunlaşacağını tahmin ediyorum. Ayrıca her alan için kabul edilmiş olan yükseköğretim yeterlilikler çerçevesinin gereklerinin yapılmaya ve izlenmeye başlanması da eğitimde kalite artışına vesile olacaktır.

Hocam, yukarıda değindiğiniz gibi tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık mevcut mevzuatımızda doktora eşdeğer sayılıyor. Yeni taslak önerisinde bu konuyla ilgili düzenleme var mı? Sizce bu alanda nasıl bir düzenleme yapılmalı?

Bu konu ülkemizde henüz tartışmaya açılmamış, ama gündeme gelirse çok tartışılacak konulardan biri. Tıpta ve

dış hekimliğinde uzmanlık, şu andaki haliyle doktora muadili olarak kabul ediliyor. Ancak uzmanlık, ilgili alanda hemen hemen her şeyi bilmek, hatta uygulama düzeyinde bilmek, ama çok derinlemesine olayın nedenini, niçinini değil de hizmete, uygulamaya yönelik kısımlarını ayrıntılı bilmeyi, uygulayabilmeyi gerektiriyor. Uzmanlık alanına göre belirlenmiş konularda bilgi, beceri, yetkinlik kazanılması gerekiyor. Hâlbuki doktora, araştırmacı düşünce ruhunu ve becerisini kazandırarak, çok alanda değil bir alanda veya bir iki alanda derinlemesine ilerlemeyi gerektirmektedir. Uzmanlıkta örneğin bir doktor, alanıyla ilgili çok sayıda konu üzerinde çalışır, doktorada ise tercihen bir veya birkaç konu ile uğraşır. Fakat o konuyu ya da konuları çok derinlemesine tetkik eder. O konuda araştırmalar yapar, o konuya yeni görüşler, perspektifler kazandırır. Şimdi o zaman doktora dar alanda çok derinlemesine ilerleyen, doğal olarak bu süreçte o genel konularla uğraşamayan, uğraşmaması gereken, uğraştığı takdirde bilimsel araştırmadaki derinliğe inememe riski ile karşı karşıya kalınan bir husus. Konuyla ilgili olarak, “2002 Bolonya Deklarasyonundaki” bir karar dikkat çekicidir. İlgili kararda, “doktora eğitiminin uzmanlık eğitiminden belirgin farklılığının korunmasının gereği; birincisinde, özelden genele analitik düşünme ve tasarımlama tartışmaları ile yaratıcılık becerisinin, ikincisinde, genelden özele ve hizmet işlevlerinin içine yerleştirilmiş öğrenme fırsatları ile çözme becerisinin ön planda tutulmasının gereği” vurgulanmıştır. Bu açıdan bakıldığında tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık gibi veya sağlık bilimlerinde uzmanlık gibi doğrudan halka karşı sorumlu olunan bir alanda uygulamalı bir şekilde pek çok şeyi bilmen, beceri kazanmış olarak bilmen gereken bir konuda, bir de doktoranın derin araştırmacılığını işin içine katınca ikisi bir arada gerçekten yürütülemiyor. Gelişmiş ülkelerde de bu husus çok tartışılan bir konu. Hekimlikte eğitim süresi zaten çok uzun. Tıp fakültelerimiz bugün 7 bini aşkın mezun veriyor. Bunlardan önemli bir kesimi uzmanlık yapıyor. Uzmanların yaklaşık yüzde 5-6’sı akademik kariyere devam ediyor. Demek ki biz, merakı ve azmi olan yüzde 10’luk bir uzmanlık kitlesini akademik kariyere yöneltecek şekilde yetiştirmeliyiz. Akademik kariyer düşüncesi olmayanları, uygulamaya göre yetiştirmek, onlara kanıta dayalı uygulamalar ve hasta yönetimi konularında daha fazla bilgi vermek kanımca çok daha uygun olur. Bu bağlamda, şu anda eğitime devam eden 20 bine yakın uzmanlık öğrencisine doktora muadili tez verip yönetmenin nasıl devasa bir sorun olduğunu ilgilileri bilmektedir. Haliyle bu alanda kimsenin önünün kesilmesi gerekir. Ama doktora yapmaya niyetlenen kişinin hangi süreçlerden

geçeceğini bilmesi gerekmektedir. Ayrıca, uzmanların belli aralarla alanıyla ilgili sınavlara (board) girmesi de gerekir.

Bu iş dünyada nasıl yapılıyor?

Bu konuyla ilgili dünyada farklı uygulamalar var. Örneğin ABD'de tıpta uzmanlık tezi yaptırılmıyor. Japonya'da uzmanlığa devam ederken ek olarak bir doktora çalışması yaptırılıyor. Akademik hayata devam edecekler için üst düzeyde standartlar olduğu için ve kazanılan unvanlar genelde ilgili üniversitelerle ve çoğunlukla sınırlı sürelerde olduğu için ülkemizde şu anda yaşanan sorunlar gelişmiş ülkeler için söz konusu değil. Doğrusu ülkemizde tıp ve diş hekimliğinde uzmanlık ve doktoranın muadil olması her iki alanda da yetersizliği besliyor. Örneğin konunun sadece bir yönünü ele alalım: Ülkemizde yapılan uzmanlık tezlerinin kalitesi ne durumdadır? Tezler; bir sorunu çözen, bittiğinde 3-4 yayına dönüşen kalitede mi? Doğrusu değil. Bu kalitede tez yapanları ve danışmanlarını tenzih ederim. Ama bunların oranı arzu edildiği kadar değil. Şimdi uzmanlık yapan ve akademik kariyeri düşünmeyen biri haklı olarak diyor ki, "Ben bir an önce uzman olarak uygulamaya geçmek, halkıma hizmet etmek istiyorum, neden tez yapayım ki." Türkiye böyle bir ikilem yaşıyor. Herkesi akademik kariyere devam edecek şekilde yetiştirmek istiyoruz ama doğrusu istenen düzeyde yetiştiremiyoruz. Yukarıda değindiğim gibi "Bolonya Süreci" de, uzmanlıkla doktoraı birbirinden ayırmayı tavsiye ediyor. Kişisel görüşüme gelecek olursak, tıpta uzmanlık, üniversite ve SB eğitim araştırma hastanelerinde devam ederken, doktora doğal olarak üniversitede olur. Uzmanlığı esnasında doktora yapmak isteyenler üniversitelerin ilgili enstitülerine başvururlar. Başvuracakların önüne her hangi bir kısıt konmaz, ama çalışma süreçleri ve aşmaları gereken standartları bilirler. Uzmanlığa ek olarak, doktora yapmak isteyenler, ek bir süre de verilerek standartları belirlenmiş bir eğitim sürecinden geçip tezini hazırlar. Böylece gerçekten akademiye devam etmek isteyenler tıpta doktora da yapmış olur. Ama bunu üniversitede yapacak. Kuzey ülkelerinde de uygulandığı üzere bir konuyu alıp o konuda en az 3 yayın, tercihen 5 yayın yaptıktan sonra onun bir tez haline gelip, tezde de tez danışmanının oy hakkı olmadan sadece gözlemci olarak katıldığı, tarafsız bir şekilde diğer bölümlerden ve farklı üniversitelerden gelen kişilerin sınava girdiği bir doktora tez sınavı olur. Bu usul, Türkiye'de sağlık bilimlerinde ve tıpta bilimsel kaliteyi artırır. Benzer bir yöntemin sağlık bilimleri dışında da uygulanması lisansüstü eğitim kalitesini artırır. Böylece, uzmanlık yapan arkadaşlarımızın üzerinden tez yükünü kaldırırız. Onlara da uzmanlık

ğın gerektirdiği becerileri kazandırma çalışmalarını yaptırırız; gerekirse kanıta dayalı uygulamalar, istatistik konularında bir mezuniyet projesi hazırlayabilirler. Bu durum, hem kaynak, hem de zaman tasarrufuna imkân verir ve doğrusu etik açıdan çok daha uygundur. Her iki kesim için bence hayırlara vesile olur. Böylece, "Ben gereksiz tez yapıyorum, sorun çözecek, ileri düzeyde bir tez yapmak istiyorum" diyen iki kesimin de sorunu çözülecektir. Her iki gruba da imkân vermek gerekir. Bu konu, yasa taslağı çalışmaları esnasında gündeme geldi; ama uzmanlık isteyen, taraflara danışılacak çok özel bir konu. Aynı zamanda doğal olarak Sağlık Bakanlığının da bu konuda bir görüş oluşturması gerekiyor. Önümüzdeki süreçte görüşler gelirse bu konu tartışılır. Şu aşamada henüz bir değişiklik olmadı ama Türkiye bu sorunu çözmelidir.

"Yeni taslak, eğitimde kaliteye ve akreditasyona vurgu yapıyor"

Başta tıp olmak üzere sağlık mesleklerinde uygulamalı eğitim büyük oranda hastanelerde yapılmakta. Ancak, bilhassa Anadolu'da yeni açılan tıp fakültelerinin bu imkânlarının yetersiz olduğu bilinmekte. Sizce yeni düzenlemeler bu soruna bu soruna çözüm yolunu açar mı?

Yeni taslak önerisi, hastanelerin bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi, kendi aralarında birlik oluşturulabilmeleri gibi düzenlemeler sunuyor. Bahsettiğiniz sorunun çözümü için öncelikle üniversitede yeterli sayıda öğretim elemanı/üyeleri olacak ve uygun altyapı olacak; bunlar için olmazsa olmaz. Örneğin bir intörn öğrenciye her zaman 3 hasta üzerinde pratiğini geliştirme imkânı sunabilmeniz gerekli ve ilgili öğrencilerle ilgilenecek yeterli sayıda uzman ve öğretim elemanına/üyesine ihtiyaç var. Yani, sizin 100 intörn öğrenciniz varsa, doluluk oranlarını da dikkate alırsak 350-400 yataklı bir hastaneye ve asgari 100'e yakın klinisyen öğretim üyesine ihtiyacınız var demektir. Bu anlamda günümüzde söylem olarak ağırlık kazanan topluma sunulan hizmetlerin verileceği bir zamanı da hesaba katmak gerekir. Doğrusu bu konuda tek taraflı bakış açılarını terk edip, eğitim, araştırma-geliştirme ve hizmet üçlüsünü akılcı bir şekilde dengelemek gerekiyor. Haliyle öncelikli görevleri eğitim olan bu kurumları, hizmet hastanelerinin ölçütleri ile kıyaslamamak değerlendirmemek gerekir. Doğrusu Anadolu'da çok gelişmiş üniversite hastaneleri var. O yüzden Anadolu diye ayırmayıp, 'öğretim üyesi ve elemanı kaynakları ile hastane imkânları açısından yetersiz tıp fakültelerinde eğitim ne olacak' diye sormak gerekir. Bunun hem lisans ve lisansüstü eğitim için hem de uzmanlık eğitimi için

sorgulanması gerekir. Eğitimde kalite ve akreditasyon çalışmalarında sağlanacak ilerlemeler, sorunları büyük oranda çözecektir. Yetersiz fakültelerimiz belki belirli alanlarda birbirleriyle veya Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile işbirliği yapacaklar ve veya ortak kullanıma geçecekler. İşbirliği ve ortak kullanım konusunda yaşanan sorunları çözüp, ülkemizde ekip çalışmasının oluşturacağı sinerjiden öncelikle yararlanmak gerekir. Mezuniyet öncesi eğitimde eğer bir yetersizliğiniz varsa o yetersizliğin giderilmesi lazım. Uzmanlık döneminde ise Tıpta Uzmanlık Kurulu zaten bir kurum veya bir birim eğitim yeterliliğine sahip değilse oradaki uzmanlık öğrencisini alıp, imkânları yeterli olan bir kuruma/birime vermektedir. Bu tip uygulamalara başlandı. Eğer yetersizlikler giderilmezse ilgili uzmanlık öğrencisinin kadrosu uygun ve yeterli yere nakledilmektedir. İşin özü şu: Biz eğitimden ne kazanılması gerektiğini ortaya koyarsak, eğer bu kazanımları sağlayamayan kurumlar varsa onlar o eksikleri ya bir başka kurumla işbirliği ile telafi edecekler veya o kurum ya da o birimin belli bir süre eğitim yetkisinin durdurulması gerekecektir. Bunları önümüzdeki günlerde daha çok tartışacağız. Bizim artık her şeyi ölçen, ölçme ve analiz sonuçlarına göre karar veren bir duruma gelmemiz gerekiyor. Şu hususu da ilave etmek isterim: Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık yapılan alanlarda oluşturduğu komisyonlar, çekirdek eğitim müfredatları ve eğitim standartları hazırlığını bitirme aşamasındadır. Bu hazırlık sonrasında başlayacak denetim ve değerlendirmeler, süreçlerin iyileştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Hocam her tıp fakültesinin bir üniversite hastanesine sahip olması şart mıdır?

Her tıp fakültesinin, mülk ve işletmesi kendine ait bir hastanesinin mutlaka olması gerekmez. Ancak tıp ve diğer sağlık bilimleri öğrencilerinin uygulamalarını yapacağı, kendilerini geliştireceği bir hastane veya hastanelere ihtiyaç zorunludur. Bu ihtiyaç, profesyonel yönetim gerektiren, pahalı işletmeler olan hastanelere mutlak sahip olmak değil; işbirliği veya ortak kullanımla sağlanabilir. Ülkemizde üniversitelerle Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri arasında ortak kullanım örnekleri artmaktadır. Farklı düzeyde işbirlikleri de yapılmış ve daha yaygın bir şekilde yapılacaktır. Ayrıca YÖK Genel Kurul kararı ile vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasında bir işbirliğinin yolu açılmıştır. Bu konularla ilgili olarak taslak önerisinde bir düzenlemeye yer verilmiştir. Afiliasyon konusu, sadece sağlık alanında değil, diğer alanlar için de düşünülebilir; sınırları daha da genişletilebilir. İstisnaları önleyici tedbirler alınarak, devlet-devlet,



devlet-vakıf, devlet-özel, vakıf-özel vd. işbirlikleri geliştirilebilir.

“Üniversiteler arasında hoca alışverişi olmalı”

Büyük üniversitelerde şişmiş kadrolardan ve tam gün görevli olduğu halde üniversiteye uğramayan hocalardan söz ediliyor. Diğer yandan öğretim üyesi bulma sıkıntısı çeken birçok üniversite var. Bilhassa tıp alanındaki öğretim üyeleri ile ilgili yapılacak düzenlemeler bu sorunlara nasıl çözüm getirecek?

Bir defa, görevine gitmeyen öğretim üyesi sözünü kabul etmek mümkün değil. Bu, idari bir suçtur. Böyle bir husus varsa, ilgili kurumların/birimlerin idarecileri bu duruma müdahil olmalıdır. Bunların söylenti olduğunu düşünüyorum ama şunu kabul ediyorum: Bazı büyük illerin hastanelerinde yığılmalar var. Norm kadro, ülkemizde alerji doğuran bir kavram. Maalesef üniversitelerde eğitim-araştırma-hizmet çıktılarına göre belirlenen kadro tahsisi sağlanamamış, kadrolar, çıktılarından bağımsız şekilde, farklı saiklerle verilmiştir. Yıllar içinde biriken bu sorunların çözümü için değişik alternatifler geliştirmeden, yasal destekler sağlanmadan tespit, eleştiri düzeyinde kalan söylemler dışında bir girişimde bulunulmuyor. Büyükşehir üniversitelerinde pek çok alanda yığılmalar olmuş; 5-6 öğretim üyesi ile idare edilebilecek birimlerde 15-20; 20 öğretim üyesi ile idare edilebilecek birimlerde 40-60 öğretim üyesi olduğu bir gerçek. Bunu gizlemeye çalışmanın hiçbir anlamı yok. Peki, bu durumu nasıl düzeltebiliriz? Az önce söylediğim afiliasyon doğru bir şekilde uygulanabilirse bu hocalar farklı kurumlarda/birimlerde ek görev alabilir.

Gelirlerin nispi olarak yetersiz olduğu bir ortamda, özlük hakları da emekliliğe yansıyacak şekilde güçlendirilebilir. İkinci bir çözüm önerisi olarak, kadro fazlalığı olan yerlere belli bir süre yeni kadrolar verilmeyebilir veya bu üniversiteler geliştirmekte olan üniversiteleri kardeş üniversite olarak kabul eder, onların eksikliklerini giderir ve destek olur. Öğretim üyeleri de birden fazla kurumda görevlendirilebilir. Ama bunun zorla olmaması lazım. Ortak akıl toplantıları sonrası, herkesin içine sinerek sorunun çözümü gerekli. Akademisyenlere durum ayrıntılı anlatılır, konu tartışılır. Günlük mesaimizin en verimli şekilde nasıl kullanılacağı belirlenebilir. Ülke olarak, artık bu sorunu kimseyi suçlamadan açık şekilde tartışıp çözmemiz gerekir.

Hocam bunlar sizin temennileriniz mi, yoksa taslak bunu düzenliyor mu?

Taslak önerisi ve mevcut 2547 bile temenni olarak değiştiğim alternatiflere kapalı değil.

Üniversite hastanelerinin göz önünde olan bir işletme sorunu var. Biliyorsunuz, artık Marmara Üniversitesi Hastanesini Sağlık Bakanlığı işletiyor. Marmara Tıp Dekanı, SD için başarılı bir çalışmanın yürütüldüğüne dair bir yazı kaleme almıştı. Bu tür afiliasyonlar konusunda YÖK’ün tavrı nedir?

Afiliasyon, dünya üniversitelerinin uzun yıllardan beri değişik düzeyde yaptıkları bir işbirliği şekli. Bugün Amerika’da Harvard dâhil pek çok üniversitenin hastaneleri afiliye hastanelerdir. İyi bir protokolle sağlanan bir afiliasyonla, üniversiteler hastane/ler işletmesi ile uğraşmayıp tıp/sağlık bilimleri eğitime odaklanır. İlle bir hastanenin tamamı ile

afiliye olmak da şart değil, bazı bölümleri ile işbirliği yoluna da gidilebilir. Türkiye, bu konuda kaynakları etkin kullanmak adına ilk olarak kurumsal ortaklık modeline gitti. Marmara’da yapılan ne? Bakanlığın hastanesine misafir olundu. Eğitim kadrosu üniversiteden gitti, ancak Bakanlığın kadrosundan da eklemeler oldu. Şu aşamada hastanenin işletmesini Bakanlık yapıyor. Bu durum, başlarda tabi üniversite camiasında hoş karşılanmadı. “Bakanlık tüm üniversite hastanelerine mi talip oluyor?” endişeleri dile getirildi. Şu ana kadar işletmeyi Bakanlık yaptı. Tabi bu demek değil ki Bakanlık işletince bütün sorunlar aşıldı. Sorunlar olabilir; önemli olan ekip çalışmasını başarmak. Var olan, yanlış anlaşılan düzenlemeleri değiştirmek ki bu konuda yeni düzenlemeler söz konusu. Zaten üniversite hastanelerinin işletmesi konusu tüm dünyada tartışılmaya devam eden bir konu. Ülkemizde Marmara Üniversitesi dışında Sakarya, Erzurum, Rize Üniversitelerinde de ortak kullanıma gidilmiştir. Türkiye bu işbirliği tecrübesini geliştirmeli; iyi olan yönler güçlendirilmeli, aksayan yönler tespit edilip gerekli düzenlemelerin yolları aranmalıdır. Bu amaçların dışına çıkılıp, kurumların birbirini asimile etmesi yanlışına düşülerek emekleme aşamasındaki afiliasyon konusuna zarar verilmemelidir.

Mevcut tecrübeler sonrası YÖK’te ya da üniversite camiasında bir fikir değişikliği, “Bakanlığın, hastanelerimizi işletmesinde fayda varmış” yönünde bir görüş oluştu mu?

Yorum yapmak için henüz erken. Biliyorsunuz, düzenlemenin Danıştay’ca iptalinin ardından yasal alt yapısı hazırlandı. Şu anda her iki taraf da birbirinin tecrübelerinden yararlanıyor. Mesela deniyor ki, “Başhekimlik atamasında üniversitenin görüşü alınacak.” Bu sembolik bir cümle, ama üniversiteyi rahatlatan bir olay. Küreselleşme çağındayız ve küçük bir dünyada yaşıyoruz. Ben şahsen afiliasyonu gerekli ve akılcı bir yaklaşım olarak görüyorum ancak bu süreçte karşılıklı bazı tatsızlıklar da olmadı değil. Bir de ekip çalışması gelişmişliğin bir ölçütüdür. Siz ekip çalışmasını ne kadar başarırırsanız, o kadar gelişmişsiniz demektir. Biz de gelişmiş bir ülkemiz ve ekonomimiz dünya 17’si. Konuyla ilgili bazı sorunlarımız var ama bunlar aşılmalı. Ülkemiz her anlamda kaynak israfını kaldıracak bir lükse sahip değil. Aynı insan gücünü yönetecek kurumlara sahip değiliz. Eğitimde kalitenin artması ve insan gücünün ve kısıtlı kaynakların etkin kullanılması adına her düzeyde işbirliği sağlanmalıdır. Üniversite hastanelerimizle Sağlık Bakanlığı arasında yapılan afiliasyonda bazılarının korktuğu kadar yanlışlıklar olmadı, beklenen korkular gerçekleşmedi; ama bazılarının da

söylediği gibi her şey güllük gülistanlık değil. Kanaatimce sorunlara rağmen, doğru yoldayız. Ekip çalışmasına alıştığımız ve insanlar birbirine tahammül gösterdiği sürece bu konu olumlu yönde gelişecektir. Esasen yükseköğretim Sağlık Bakanlığı'nın bir görevi değil, üniversitenin görevidir. Tersinden bakacak olursak, hastane işletmek üniversitenin veya Sağlık Bakanlığının mutlak görevi midir? Benim kanaatim, hastanelerin profesyonelce yönetilmesi gerektiğidir. Kim tarafından yönetildiği çok önemli değil. Profesyonel yönetimin nasıl olması gerektiği tartışılır; bir araya gelip kararlaştırılır. “Şu, bu yönetsin” değil, “nasıl yönetilsin” konusu öne çıkar ve buna göre yönetilir. Buradaki kilit nokta budur. Kısaca, eğitimi üniversite versin, yönetimi profesyoneller yapsın. Türkiye'nin bu konuda belli bir tecrübesi oluştu. Bu tecrübe dünyadaki örneklerle harmanlanıp işleyen, düzgün bir model belirlenebilir.

Yeni taslak, üniversitelerin reel sektöre ilişkisi konusunda bir açılım getiriyor mu? Özellikle üniversite hastanesi-fakülte ikilemi nasıl çözüm bulabilir?

Eskisi gibi sırça köşkündeki üniversite modeli dünyada azalıyor. Artık üniversitelerin tüm fakülteleri vd. birimleri toplumun sorunlarına duyarlı ve sorunların çözümü noktasında programlar yürütüyor. Taslakta buna ilişkin bazı düzenlemeler var. Örneğin üniversite hastane yönetiminin daha profesyonelleşmesi var. Sağlık Bakanlığının yaptığı ve benim de takdir ettiğim kendi hastaneleri arasındaki işbirliğinin bir benzeri, taslakta üniversite hastaneleri için de öngörülüyor. Zaten yasanın bütününde hesap verilebilirlik ve çeşitlilik olduğuna göre yönetmeliklerle yeni bazı düzenlemeler getirilebilir. Taslak yasalaştığı takdirde üniversitelerin toplumun sorunlarına daha duyarlı olmasının imkânı artacaktır.

Üniversite hastanelerinin sağlık sistemindeki rolü yeni düzenlemelerle netleşecek mi? Yeni taslak; sağlık hizmeti, sağlık araştırmaları ve sağlık eğitimi triadı konusunda bir açılım getiriyor mu?

Yasanın temel ruhunda, hem hizmet performansının hem de akademik performansın eşit ya da uyumlu şekilde ele alınacağı bir zemin var.

Tam Gün Kanunu hukuk ve tıp camiasında çok tartışılıyor. Bu konuda nasıl bir düzenleme yapılıyor?

Şu andaki taslak konuya şöyle kısa bir cümle ile bakıyor: “Üniversitelerde tam gün ve sözleşmeli bir şekilde çalışılır.” Tam gün deyince kalıcı kadroyu kast ediyoruz. Üniversitelerimizde çok farklı

şekilde sözleşmeli kadrolar oluşturulmasına imkân vermek lazımdır. Akademik performansımızın, Türkiye'nin ekonomide yakaladığı performansa sürdürülebilirlik açısından destek olması lazım. Bugün Çin, dünyada bilim adamlarını ülkelerine çekmek için bir dizi program yürütüyor. Bizim de ülke olarak bu konuda bir programımız olması lazım. Tam gün çalışmak idealdir, ama farklı nedenlerle günün, ayın, haftanın ya da yılın belli zamanlarını üniversiteye katkı vererek değerlendirebilecek hocalara üniversite kapısı kapatılamamalıdır. Bir öğretim üyesinin maddi tedirginlikler içinde yaşatılamaması, en azından kendi konumuna uygun bir ücretle çalışması gerekiyor. Mart 2012 verilerine göre Tam Gün Kanunu üniversitelerde bine yakın akademisyeni sadece eğitim faaliyeti ile sınırlandırdı. Yani onlar uygulama yapamıyor, aplicyata giremiyor. Doğal olarak bu kişilerden eğitimden beklenen verim alınamıyor. 300'ü aşkın kişi de 2 senelik izne ayrılmıştır. Bugün en azından 1300 öğretim üyesi eğitime ve araştırmaya yeterli katkı verememektedir. Türkiye'de tıp alanında 7500 civarında profesör ve doçent var. Bu oran yüzde 19 yapıyor. Temel bilimleri de çıkartırsak neredeyse hocaların yüzde 25'ini atıl hale getirdiğimiz ortaya çıkıyor. Hakikaten anlaşılmaz bir şekilde iş buraya getirildi. Ben şahsen kendime izah edemiyorum. Tam gün düzenlemesi ile ne amaçlanmıştı? Gerekçeler şöyleydi: Tıp eğitiminde kısmi statü nedeniyle eğitim kalitesi düşmüştür. Bunu yükselteceğiz. Hasta hizmet kalitesi beklenenin altındadır. Bunu yükselteceğiz. Yasa sonrası bu amaçlara ne kadar ulaşıldı, çok ciddi tartışmak lazım. Doğrusu beklenenin tersine çok ciddi bir moral bozukluğu oluştu. Eğitim, araştırma ve topluma sunulan hizmetlerde olumlu bir gelişme yaşanmadı. Konuyla ilgili ciddi bir araştırma olmasa da yaygın gözlemler her üç alanda da olumsuzlukların artış gösterdiğini düşündürmektedir.

Tıpta uzmanlık yükseköğretimi veren fakat yükseköğretim kurumu sayılmayan Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin durumu ne olacak? Buraların bir kamu üniversitesine afiliasyonu hakkında ne düşünüyorsunuz?

Ben afiliasyonu, aksayan yönlerine çözüm getirilmesi koşuluyla çok destekliyorum. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık, ülkemizde bugün için doktora eğitimi ile muadildir. Doktora eğitiminin üniversitede yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesindeki uzmanlık öğrencileri için talep halinde bir kısıt getirilmemesi gerekir. Bu konumuyla devam edecekse, kişisel görüşüm, afiliye olmayan bir hastanede lisansüstü eğitim (tıpta/diş hekimliğinde uzmanlık) verilmemelidir. Bu konuda

taslakta değinilmiyor. Sağlık Bakanlığı ile bu konunun görüşülmesi gerekiyor. Bir Bakanlık hastanesi, üniversite ile afiliye olursa bu hastanedeki eğitici kadro doğal olarak üniversitenin eğitici kadrosunda yerini almalıdır. Böyle olması lazım, aksi halde yürümez.

Tıpta uzmanlık yükseköğretimi veren eğitim hastanelerindeki eğitim görevlilerinin özlük haklarının, üniversitedeki öğretim görevlilerinin düzeyine çıkarılması gerekmez mi?

Önce şunu söyleyeyim: Bir öğretim üyesi olarak, üniversitelerdeki özlük haklarının da iyileştirilmesi gerektiğini ifade edeyim. Üniversitelerde de ilgili haklar çok yetersiz. Konuyla ilgili değişik alanlarda ciddi düzeltmeler, gelişmeler oldu. Buna benzer düzeltme ve gelişmelerden tüm öğretim elemanlarının da faydalanması gerekiyor. Bilime rağbet artırmak lazım; malum İbn-i Sina der ki, “Bilim ve sanat iltifat görmediği yeri terk eder.” Eğer ülkemizde bilimi geliştirmek ve ekonomimizi daha ileri taşımak ve bu düzeylerde tutmak istiyorsak, bilime, bilim adamına değer vermek, desteklemek gerekiyor. Doğrusu, beklenen iyileşme, henüz temenni düzeyinden öteye geçemedi. Şu anda Sağlık Bakanlığında çalışan arkadaşlarımızın reel ücretleri, performansın katkısı ile birlikte eskisi gibi düşük değil ama ne yazık ki bu durum emekliliğe yansımıyor. Bu nedenle emekli maaşları düşük. Tabi ki biz, Sağlık Bakanlığında karışamayız ama düzenlenmiş haliyle afiliasyon gerçekleştiği takdirde Bakanlık hastanelerinde eğitici olarak çalışan arkadaşlarımızın üniversite kadrolarında görevlendirilmesi mümkün olur ve ilgili sorun çözülebilir. Tekrarda fayda görüyorum; üniversite öğretim elemanı ve üyelerinin özlük hakları Türkiye'nin mevcut gelişmişlik düzeyinin altındadır; hızla iyileştirme yapmak gereklidir.

Son soru: SB Eğitim Araştırma Hastanelerinden şu anda emekli olan bir profesör eğitim görevlisinin 1612 TL emekli maaşı aldığı belirtiliyor. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Benzer eğitim ve iş süreçlerinden geçmiş başka meslektekilerin çok çok daha iyi emekli maaşı aldığı bir ortamda adalet duygusu ile baktığınızda bu durumu kabullenmek mümkün değil. Sadece hocalar ve hekimler için de değil ülkemizde yaşayan herkesin elbette ülkenin koşulları çerçevesinde, konumuna uygun şekilde ve “kendisini motive eden” bir maaş ve buna uygun emekli maaşı alıyor olması gerekir. Devlet yetkilileri bu sorunun çözümünü düşünmek zorundadır. Bu işin kalıcı çözüm yolu, üniversite ile kadroların naklini de içeren kalıcı bir işbirliğine gitmektir.

Üniversitelerde araştırma-geliştirme faaliyetleri ve yasal düzenlemeler

Prof. Dr. Ahmet Gül



1964 yılında Kocaeli’nde doğdu. İlk ve ortaöğrenimini bu kentte tamamladı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1987). İÜ’de İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanlığının ardından 1997’de doçent, 2003’te profesör oldu. 2005 yılında seçildiği Türkiye Bilimler Akademisi Assosiyasyon Üyeliğinden 2011 yılında istifa ederek ayrıldı. Bilim Akademisi Derneği üyesi olan Dr. Gül’ün araştırma alanları Behçet hastalığı, Ailevi Akdeniz ateşi hastalığı, kompleks genetik hastalıklar ve romatizmal hastalıklardır. Evli ve 1 çocuk babası olan Dr. Gül, halen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalında görev yapmaktadır.

Ülkemizde yükseköğrenimle ilgili yasal düzenlemelerin güncellenmesinin gündemde olduğu bugünlerde, “Nasıl bir üniversite hedefliyoruz?” sorusunu tekrarlamakta yarar var. Üniversitelerimizin mevcut bilgileri aktarıcı değil, araştırma ağırlıklı ve evrensel düzeyde bilgi üreten kurumlar haline gelmesi, büyük oranda mali ve bilimsel özgürlük ortamının sağlanması ile ilişkilidir. Çünkü üniversitelerin en büyük zenginliği olan öğretim üyelerinin nitelikleri ve araştırma imkânlarının yeterliliği, dünyadaki diğer üniversiteler ve farklı akademik kurumlarla rekabet edebilir olmanın en önemli belirleyicisi olarak karşımız çıkmaktadır. Diğer bilim insanları ile iletişim ve işbirliği içerisinde olmayan öğretim üyelerinin, evrensel bilime katkı sağlayan araştırmalar yapan, ülkenin ve tüm insanlığın refahını artıracak veriler üreten akademisyenler olmasını beklemek mümkün değildir.

Bu kapsamda, sağlık bilimlerinin diğer bilim alanlarından farklı yanlarını da hatırlamakta yarar var. Ülkemizde sağlık bilimleri, özellikle tıp fakülteleri, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin bir uzantısı olarak kamu hizmeti de sunmaktadır. Sağlık alanında verilen kamu hizmetleri, tıp fakültesi olan üniversiteler için önemli bir gelir kaynağı oluşturmaktadır. Bu nedenle de, üniversite yönetimlerinin öğretim üyesi ve yardımcılarından beklentileri arasında, döner sermaye üzerinden kuruma gelir kazandıran sağlık hizmetlerinin, araştırma ve eğitimin faaliyetlerinin önüne geçtiği de herkes tarafından bilinmektedir.

Hedeflenen üniversite yapısında, araştırmanın önceliğini ve araştırma-geliştirme faaliyetlerinin ana gelir kaynakları haline gelmesini sağlayacak bir değişime ihtiyaç

vardır. Doğrusunu söylemek gerekirse, bu değişimi sağlamak oldukça güç görünüyor. Çünkü bunu sağlamak için kapsamlı bir zihniyet değişimi ve çok sayıda düzenlemeyi peşi sıra gerçekleştirebilecek güçlü bir irade gerekmektedir.

“Nasıl bir üniversite hedefliyoruz?” sorusunun cevabını ararken, “*‘Şu an yurt dışında çalışan başarılı bilim adamlarımız Türkiye’ye gelmek isteseler, nasıl bir kurumda çalışmak isterler?’*” diye sormakta yarar var. Bu sorunun cevabı; akademik ortam, araştırma alt yapısı, ortak çalışacağı diğer akademisyenler, öğrenciler (lisans, lisansüstü), yardımcı personel ve araştırmacılar, alacakları maaş, araştırma destekleri, alt yapı desteği, yaşayacağı sosyal çevre, kendisine ve ailesine sunulan sosyal imkânlarda yatmakta. Bugün elimizdeki nitelikli akademisyenlere bu şartları sağlayamadığımızı kabul etmemiz gerekiyor. Bu şartlar altında, beyin gücü hareketliliğini sağlamak ve yurt dışından nitelikli insan gücünü ülkemize çekebilmek mümkün olabilir mi?

Her şeyden önce, akademik ortamımızın araştırma ve geliştirme faaliyetlerini teşvik edici olduğunu söyleyemeyiz. İnsanların makul şartlarda bir yaşam standardını korumaya çalışırken, nitelikli ve yenilikçi bilimsel araştırmalar yapmalarını beklemek yersizdir. Üstelik güncel olmayan ve gerektiği gibi yenilenemeyen araştırma alt yapısı ve kamu ihale kanunu kısıcındaki sarf malzeme alımları ile yurt dışında benzer araştırmaları yapan kurumlarla rekabet etmek mümkün değildir. Buna tecrübeli yardımcı personel desteğinin yokluğu ya da çok yetersiz olması da eklendiğinde, yalnızlığa terk edilmiş ve bu koşullarda nitelikli iş üretmediği için suçlanan bir bilim insanı profili karşımıza çıkmaktadır. Aynı bilim insanlarının, yurt dışındaki aka-

demik kurumlarda çok başarılı araştırmalar yaptıkları göz önüne alındığında, öncelikli sorunun ülkemize has, akademik “besi yeri” ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu sorunların tek bir yasal düzenleme ile çözülmesi mümkün değildir. Bununla beraber, üniversitelerimizle ilgili asıl sorunları tartışabilmek için bundan daha uygun bir ortam da bulunamayabilir. Dolayısıyla, yükseköğrenimle ilgili yasal düzenlemeler gündemde iken, daha köklü değişikliklerin yapılabilmesi ümidiyle sorunları ve çözüm önerilerini kamuoyu ile paylaşmak çok yararlı olacaktır. Bunları aşağıdaki başlıklarla özetlemek mümkündür:

1. Toplumumuzda bilim ve bilimsel araştırma algısı güçlendirilmelidir

Toplumumuzda bilime, bilim insanına güvenin tazelenmesine, bilimsel araştırmalara katılma konusunda gönüllülüğün artırılmasına ihtiyaç vardır. Uluslararası standartlarda bir bilim akademimizin olmamasının bu alanda çok önemli bir kayıp olduğu unutulmamalıdır. Bilimin, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin hayatımızdaki önemli yerini her düzeyde insana anlatabilecek tanıtım ve eğitim programlarını teşvik etmemiz gereklidir.

2. Nitelikli bilim insanı yetiştirmek ve istihdam edebilmek gereklidir

Mevcut koşullarımız, hem sağlık bilimlerinde, hem de diğer alanlarda nitelikli insanları akademik hayata kazandırmamıza engel olmaktadır. En iyilerle çalışmadan dünya üniversiteleri ile rekabet etmemiz mümkün değildir. Bu nedenle akademik insan gücümüzü artırmaya ve geliştirmeye yönelik planlama ve teşviklere ihtiyaç bulunmaktadır.

Sağlık bilimlerinde tıpta uzmanlık eğitiminin doktora eşdeğeri sayılması, akademik formasyon açısından önemli eksikliklerden biridir. Başarılı gençlerin henüz tıp fakültesinde iken ya da hemen mezuniyet sonrasında temel bilim alanlarında doktora yapmalarına izin veren MD/PhD programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması çok önemlidir.

Üniversitelerimizde akademik kadroların maaşları cezbedici değildir ve mevcut personel yasası ile bu sorunları aşılması mümkün görülmemektedir. Bugün için her alanda “en iyi” insanları akademik hayatta tutmak çok zordur ve birkaç idealist dışında akademik hayatı seçmede farklı nedenler belirleyici olmaktadır.

Akademik yapımızın elimizdeki her tür değerden azami faydayı sağlayacak ve bu değerleri akademi içerisinde ya da akademi ile ilişkili tutabilecek esnek yapıda, sözleşmeli kadro seçeneklerine ihtiyacı vardır. Tüm ihtiyacın tam zamanlı ve sabit ücretli akademisyenlerle doldurulması gerçek dışı bir uygulamadır. İhtiyaçlara göre görev tanımları (araştırma, eğitim, hizmet, vb.) farklı olan, görev süreleri değişken sözleşmeli kadrolar oluşturulmalı ve kurumda mutlaka istihdam etmek istenen kişilere cezbedici ek faydalar (uzun sözleşme süreleri, sağlık güvencesi, sosyal imkânlar, lojman, kreş, çocuklarının eğitimi için ek imkânlar, vb.) sağlayarak rekabete izin verebilmelidir.

Köklü bir yasal düzenleme yapılmadığı sürece üniversitemizin tam zamanlı kadrolar için de rekabetçi maaşlar vermeleri mümkün gözükmemektedir. Bu konudaki sorunlar, bilim insanlarının araştırma ve patentlerden ek gelir sağlamasını kolaylaştırarak, sanayi ile işbirliği yapılmasının ve ortak çalışmalar yapılmasının önünü açarak aşılabılır. Bu sayede, az sayıdaki nitelikli bilim insan gücümüzü değişik alanlarda çok daha verimli kullanmak mümkün olabilir.

Ayrıca, yurt dışındakilere benzer şekilde, maaşları vakıflar ya da sanayi tarafından desteklenen akademik kadrolar, isimli profesörlükler oluşturmak da, kısa dönemde sonuç verebilecek çözümler arasında sayılabilir.

3. Akademik görev tanımlarının belirlenmesi ve denetleme yolları açıklanmalıdır

Mevcut yasal düzenlemeler akademik görevler arasında bir ayırım yapmamakta ve sabit ücretle herkesin, her işi yapması beklenmektedir. Başarılı bir akademik yapılanmada, kalıcı ve sözleşmeli tüm kadrolar için görev tanımlarının ve sözleşme süresi içerisinde karşılanması istenen hedeflerin (araştırma, yayın, öğrenci yetiştirme, vb.) belirlenmesi gereklidir. Görev tanımının çıktıları da belirlenmiş olmalıdır. Bu kapsamda, sözleşme sürelerinin gerçekçi olması en önemli konudur. Araştırma ağırlıklı bir akademik kadroda, nitelikli bilimsel araştırmalar açısından

üç yıldan az olmayan, ortalama beş yıllık sözleşmeler düşünülmeli ve sonuçta bu zaman diliminde yürütülen projelerin verileri değerlendirmeye alınmalıdır. Bir veya iki yıllık sözleşmelerin, performans kaygısıyla, çabuk sonuçlanacak niteliksiz projelere ağırlık verilmesine ya da daha kötüsü aşırı maciliğe ve sahteciliğe yol açacağı unutulmamalıdır.

Her akademik pozisyon için sorumlu olduğu, rapor verdiği üst makam belirlenmeli, denetlemeler kurallara uygun, şeffaf ve görev sürelerinin uzatılması ya da yenilenmesi konusunda belirleyici olmalıdır.

4. Araştırma desteklerinin düzenlenmesi gereklidir

Araştırma ve geliştirmeye yönelik destekler konusunda çeşitli iyileştirmeler rağmen, mevcut destek programları uluslararası rekabet açısından yeterli değildir. Ulusal ve uluslararası araştırma desteklerinin kullanılmasında, özellikle kaynakların muhasebesinde sorunlar bulunmaktadır.

Her şeyden önce, özellikle sağlık bilimlerinde araştırma gelirleri ile döner sermaye üzerinden yürütülen kamu hizmetleri birbirinden ayrılmalıdır. Araştırma desteklerinin miktarları, içeriği ve muhasebesi değiştirilmelidir.

Araştırmalardan araştırmacı ve yardımcı araştırmacılara ek gelir sağlanabilmeli, yardımcı araştırmacı istihdamı mümkün olabilmelidir.

Bunların sağlanabilmesi için, sağlık bilimleri dâhil tüm bilimsel araştırmaları teşvik eden, yenilikçi araştırmaları desteklemeyi ve nitelikli araştırmacı insan gücüne sahip olmayı hedefleyen yeni bir yasal düzenleme yapılması düşünülmelidir. Bu yasa kapsamında araştırmacı destekleri, kurum destekleri, muafiyet ve teşvikler yer almalıdır. Uluslararası projelere sağlanan desteklere benzer şekilde, tüm araştırma destekleri proje özel hesabı üzerinden muhasebe edilmeli ve yardımcı araştırmacı çalıştırabilmek (sosyal güvenceleri dahil), uygun koşullarda sarf malzemelerini temin edebilmek ve eğitim, toplantı katılımı giderlerini karşılayabilmek de mümkün olmalıdır.

Rekabet edebilir düzeyde düşük maliyetli araştırma yapabilmek için KDV ve diğer vergilere yönelik muafiyet gibi teşviklere de ihtiyaç vardır. Bu kapsamda, sağlık bilimlerinin Teknoloji Geliştirme Bölgeleri Kanunu ve AR-GE Faaliyetlerinin Desteklenmesi Kanunu ile getirilen ayrıcalıklardan yeterince yararlanamadığını vurgulamak gerekir. Sağlık bilimlerinde araştırmaların tamamına yakını tıp fakültesi hastanelerinde yürütülmektedir ve bu araştırma hastanelerinin hiçbirisi teknokent sınırları içerisinde yer almamaktadır. Bu araştırmaları teknokent içerisindeki yapılara taşımak da büyük güçlükler içermektedir. Bu nedenle, yapılacak basit bir düzenleme ile araştırma hastaneleri dâhil, tüm üniversite yerleşke alanlarının teknokent kapsamı içerisine alınması teşviklerden yararlanma

konusunda büyük bir ilerleme sağlayacaktır. Bu sayede, araştırma yapılan yerden bağımsız, yenilikçi araştırmalar yapan tüm kurum ve yerlerin benzer şekilde desteklenmesine imkân sağlanacaktır.

Nitelikli bilimsel araştırmalar için doktora sonrası, tam zamanlı araştırmacılara büyük ihtiyaç vardır. Bilimsel araştırmaları teşvik amacıyla yapılacak yasal düzenlemeler, bu nitelikli genç araştırmacıları, proje bütçesinden ve proje süresi ile sınırlı olacak şekilde çalıştırmaya izin vermelidir. Bu sayede hem genç araştırmacılar için ek kadrolar oluşturulabilecek, bu kadroların sayısını artırmak ve devamlılığını sağlamak için daha fazla proje üretmek zorunlu hale gelecektir. Genç araştırmacılar da, proje süresince kendilerini gösterebilme fırsatı yakalayabilecek ve kalıcı akademik kadrolara atanana kadar, araştırma destekli kadrolarla rekabetçi bir ortamda çalışmaları sağlanabilecektir.

5. Araştırmadan sağlanan gelirlerin artırılması sağlanmalıdır

Üniversitelerin, özellikle kamu üniversitelerinin asıl gelir kaynaklarının araştırma ve geliştirme faaliyetlerinden oluşmasını sağlayacak düzenlemeler gereklidir. Tüm projelerden belirli oranda yapılacak bir kurum kesintisi dışında, yenilikçi araştırma ve buluşlardan elde edilecek patentlerden kurum ve araştırmacılara geri dönüş oranları artırılmalıdır. Farklı proje kaynaklarının kullanılması sırasında doğabilecek fikri mülkiyet haklarının kullanılması konusunda, araştırmacıları yenilikçi çalışmalar yapmaya teşvik edici yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

6. Bilim insanları arasında etkileşim ve uluslararasılaşma teşvik edilmelidir

Bilimsel araştırma tek başına yürütülen bir faaliyet değildir. Bilim insanları arasında etkileşim ve ortaklıklar büyük önem taşımaktadır. Rekabete açık bir uluslararasılaşma, üniversite araştırmacılarının belirli alanlarda uzmanlaşmasını zorunlu kılmakta ve ortak işlerde, belirli “iş paketlerini” en iyi yapan kişi/grup/kurum olabilmek büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, sağlık bilimlerinde ve diğer disiplinlerde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin gelişmesinin, sadece yükseköğretim yasasında yapılacak yasal düzenlemelerle sağlanabilmesi mümkün değildir. Bununla beraber, yükseköğretim yasasındaki genel anlayışın nasıl bir üniversite hedeflediğimizi göstermesi, öğretim üyelerinin nitelikleri ve görev tanımları konusunda ana çerçeveyi çizmesi beklenebilir. Bu çerçevenin dünyadaki diğer akademik kurumlarla rekabet edebilir, diğer bilim insanları ile iletişim ve işbirliği içerisinde, evrensel bilime katkı sağlayan araştırmalar yapan ve refah düzeyini artıracak veriler üreten akademisyenlerin çalışmak isteyecekleri kurumları tanımlaması en büyük arzumuzdur.

Sağlık araştırmaları penceresinden YÖK Yasası

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya’da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi’nden 1989’da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya’da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. 1 yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals’de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011’de profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı ve AKÜ Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü görevlerini sürdürmektedir. Eurorotanet projesi Türkiye koordinatörüdür.

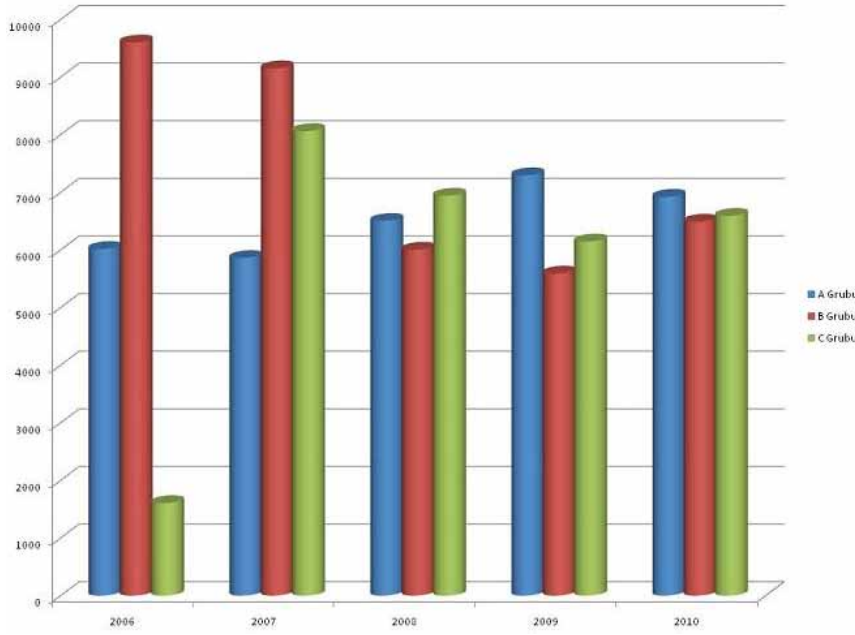
Araştırma; üniversitenin en öncelikli görevlerinden birisidir ve üniversiteler kesinlikle güçlü araştırma alt yapısı ve ekibine sahip olmalıdır. Çünkü bilimsel bilgi üretemeyen bir eğitim kurumunun öğrenciye yeni bilgileri aktarması mümkün olamadığı gibi, teknoloji/sanayi/endüstri dahası ülke ekonomisine hiçbir katkısı olmaz. Günümüze değin izlenen atama ve yükseltme stratejileri akademisyenleri salt yayının/yayın sayısının önemsendiği bir yasak savmaya yönlendirmiştir. Yayın çok önemli olmakla birlikte, ülke endüstrisi ve topluma katma değeri olan araştırmalara yöneltilmesi özellikle uygulamalı bilimlerde

ülke menfaatleri açısından son derece gereklidir. Üniversitelerde araştırma ve geliştirmeye özel önem verip, nitelikli araştırmaların ve bilgiye dayalı ürün ve teknolojilerin geliştirilmesi özendirilmeli, teşvik edilmeli ve bunu yapabilme yetisi araştırmacı herkese kazandırılmalıdır.

Üniversitelerde nitelikli araştırmaların gerçekleştirilebilmesi ve araştırma sayısının artırılabilmesi için gerekli destekleri sağlayacak düzenlemeler Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TUBİTAK), TC Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Projeleri (Sanayi Tezleri Programı-SAN-TEZ), Avrupa Birliği Fonları, Kalkınma Ajansları ve Kalkınma Bakanlığı tarafından

kısmen yapılmıştır ama halen yetersizdir. Araştırma altyapısını güçlendirme fonunun oluşturulmasında yükseköğretim kurumlarının öz kaynakları (ki bu son yıllarda daha da kısıtlanmıştır) yanında devlet desteğinin sağlanması uygun olacaktır. Üniversitelerde üretilen nitelikli bilgi ve araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılabilmesi için oluşturulacak araştırma enstitü ya da merkezlerinin etkin bir şekilde çalışması için bunların da ayrıca bütçe ve kadro gereksinimleri karşılanmalıdır. Özel sektör ortaklı araştırma merkezleri kurulabilmelidir. Araştırma sonuç/çıktılarının kesinlikle sanayide bir kullanımı olmalı, endüstriye katkı sağlamalıdır. Ancak tabi ki üniversitelerin yapmış olduğu çalışmaların





Grafik 1: 2006-2010 yıllarında ULAKBİM'den yayın teşviki alan sağlık bilimleri yayın sayıları

Yıl	Yayın Sayısı
2000	6.984
2001	8.423
2002	10.810
2003	13.183
2004	16.322
2005	17.481
2006	20.100
2007	24.117
2008	24.881
2009	27.982
2010	28.680
2011	28.532
Toplam	227.499

Tablo 1: "ISI-Web of Science"daki Türkiye adresli yayın sayısı (2000-2011) (Güncelleme Temmuz 2012)

öncelikli olarak ticari değeri yüksek olan konularda olması koşulu aranmamalıdır. Üniversitelerin araştırma altyapısı ile teknokentler arasında organik bağlar daha da güçlendirilmelidir. Araştırma sonuçlarının uygulama ve üretime dönüşebilmesi teşvik edilmeli, yaygın etki ve katma değer oluşturacak araştırmalar kesinlikle veya öncelikle desteklenmelidir. Uygulamalı araştırmaların yanında temel araştırmaların desteklenmesine de özen gösterilmelidir. Yabancı saygın bilim insanlarının ya da sanayiden/endüstriden yetenekli insanların belli görevlendirmeler ile üniversitemizde belirli sürelerde araştırmacı olarak çalışabilmesi ve yabancı lisansüstü öğrencilerin sayısının artırılabilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır. Üniversitelerde lisansüstü öğretime önem verilmeli, lisansüstü tezler maddi olarak desteklenmeli, yayına ya da kitaba dönüş-

mesi özendirilmeli, sonuçları ulaşılabılır ve kullanılabilir olmalıdır.

Sürdürülebilir yayım alt yapısı (istatistikçi, epidemiyolog, çevirmen, endnote vb. gibi program kullanıcıları...) üniversite içinde mutlaka yer almalıdır. Doktora sonrası araştırmacılar, mevcut kadro ile ilişkilendirilmeden proje araştırmacısı istihdamı veya dışarıdan araştırma olarak görev alabilmesi izni diğer yararlı girişimler olacaktır.

Öğretim üyelerinin özlük haklarında gerekli iyileştirmeler artık zaman geçirilmeden yapılmalı, gerçekçi akademik üretim ölçütlerine göre akademik faaliyet puanı ve faaliyet ödeneğinin hesaplanması ve ödenmesinin daha uygun olacağı fikri değerlendirilmelidir.

Üniversitenin performansının belirlenmesinde yayın faaliyetleri yanı sıra araştırma, eğitim, akreditasyon, yayın, yayım, proje, patent, buluş, ödüller, toplumbilim faaliyetleri, gelişmekte olan bir üniversiteyi destekleme ve himaye etme faaliyetleri vb. dikkate alınmalıdır. Şu anki mevcut hali ile üniversitelerde uygulanan performans, bilimsel aktiviteyi teşvik etmek bir yana bilimsel çalışmaya engel olmaktadır. Çünkü şu anda sağlıkta bilimsel araştırma ve eğitim faaliyeti (C ve D puanları) sağlık hizmeti performans puanları (A, B1, 2 puanları) yanında çok komik kalmaktadır. Performans ölçütlerinin yıllar bazındaki birikim miktarları üniversitelerin gelişmişliklerini kategorize etmelidir. Üniversite-sanayi, üniversite-ilk ve orta dereceli okullar, üniversite-sivil örgütlenme ve örgütler, üniversite-gençlik bağlantıları araştırma bazında oluşturulmalı ve kurumsal hale getirilmelidir.

Türkiye adresli yayınların yıllara göre

dağılım sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur. Bu makalelerin yer aldığı bilim dalı/konu kategorilerine göre ilk 5 sırada yer alan bilim dalları; klinik tıp (%33,04), kimya (% 12,01), mühendislik bilimleri (% 9,44), fizik (% 6,89) ve biyoloji ve biyokimya (%5,71)'dir. Bu 5 bilim dalı kategorisinde yapılan yayınlar toplamı Türkiye yayınları toplamının % 67,09'una karşılık gelmektedir. 6-10. sıralarda moleküler biyoloji ve genetik (% 4,04), bitki ve hayvan bilimleri (% 3,94), malzeme bilimleri (% 3,06), farmakoloji (% 2,85) ve ortak disiplinler (% 2,17) bilim dalı kategorileri gelmektedir. İlk 10 sıradaki bilim dallarının Türkiye toplamında payı % 83,05'tir. Geriye kalan 14 bilim dalında yapılan yayınların Türkiye toplamındaki payları ancak % 17,0 kadardır. Uzay bilimleri araştırmalarını da içeren astrofizik, ekonomi ve iktisat, eğitim ve hukuk bilim dallarının tümünün Türkiye toplamındaki payı % 1,35 gibi oldukça düşük bir değerdedir.

Bilimsel makale sayısında ülkemiz dünyada 17. sıradadır. Bu hızla gidilebilse 2020'de dünyanın ilk 10 en çok bilimsel araştırma yapan ve yayımlayan ülkeleri içinde olacaktık. Ayrıca bu halimizle makale çıkartma artış hızında İran ve Çin'den sonra dünya üçüncüsü olduğumuz da bir başka gerçektir. Üniversitelerin tıp, diş hekimliği fakültelerinde tam gün ve performans uygulaması nedeniyle son yıllarda daha az araştırma yapılacağı ve bir kısmının makaleye dönüşebileceği açıktır. Bu hali ile 17. sıranın korunamama ihtimali bile vardır. Ayrıca sağlık bilimleri alanında ve ilgili kurumlarda bilgi birikiminin teknolojiye çevrilmesinde de ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Genel bir örnek; 2008 yılı için İsrail'in yayın sayısı 9 binlerde iken ülkemizden 18 bin fazla makale yayımlanmıştır. İsrail'de 9 bin yayından patente başvuranların sayısı 4 bin 560 iken bizde aynı yıl 18 bin yayından sadece 85'i patente başvurmuştur. Bu şu demek; üniversitelerimizin patentten haberi yok, sanayinin, endüstrinin dahası dünyanın gereksinimini bilmiyor, sorunlara çözüm üretmeye, hayatı kolaylaştırmaya, sağlık için kalıcı projeler yapmaya gereksinim duymuyor; bunların performans karşılığının, dahası Nobel ödülünün bile performans karşılığının birkaç muayene/küçük ameliyata denk geldiğini bilen sağlık akademisyeni daha kolay ve kazançlı yolu seçmektedir. Ülkemizde, düşündüğünü/araştırdığını/ürettiğini pratiğe çevirip halka sunan, endüstri için endüstri ile iç içe çalışan üniversitelere ihtiyacımız olduğu açıktır.

Son yıllarda yükseköğretime ayrılan kaynaklar artırılmış olsa da, Türkiye'de yükseköğretim harcamalarının GSYH içindeki payı hâlâ %1 civarındadır. OECD ülkeleri yükseköğretime GSYH'nin ortalama %1,5'ünü, AB ülkeleri ise ortalama %1,3'ünü ayırmaktadır. ABD'de bu oran %2,7; Kore'de ise %2,6'dır.

Olması gereken: Araştırma üniversiteleri

YÖK'ün yeni yapılanmasında bilimsel başarı için araştırma üniversiteleri ile eğitim üniversitelerinin ayrılması da gündeme gelmeli ya da bazı büyük şehirlerde endüstri ile iç içe olan bazı büyük üniversiteler enerjilerinin bir kısmını sadece bu konuya ayırmalıdır. Araştırma üniversitesi olma yolundaki kilometre taşları;

Üniversitenin atama ve yükseltme sistemi, üniversite içinde ve dışındaki rekabet, hocaların araştırma performansının sık sık ölçülmesi(değerlendirilmesi ve ödüllendirme yöntemleri), Hocaların ders yüklerinin araştırma performansına bağlı olarak ayarlanması, üniversite dışı faaliyetlerin etkileri, Dış veya iç destekli projelerin araştırmalara katkısı, yüksek lisans ve doktora öğrencileri dağılımı ve donanımlı bir kütüphane.

Dünyada 125 tanesi ABD de olmak üzere yaklaşık 200 tane araştırma üniversitesi vardır. Etkin araştırmaların pek çoğu bu üniversitelerde yapılmakta, makaleleri yüksek prestijli dergilerde yayınlanmakta ve çok atıf almakta ve araştırma desteğinin en önemli kısmını bu üniversiteler kullanmaktadır.

Araştırma üniversitelerinin özellikleri

Seçkin ve yıldız öğretim üyeleri: Çoğu alanlarında tanınmış ve saygın kişiler olup doktora derecelerini dünyanın önde gelen üniversitelerden almışlardır. Yıldız araştırmacı ise bilimsel Akademileri üyeliklerine seçilmiş, Nobel veya benzeri yüksek prestijli ödüller kazanmış bireylerdir. Bunlar yayınları A sınıfı bilimsel dergilerde yayınlarlar ve birçok yayınları yüksek sayıda atıf alır(h-faktörleri 50 ve üzeri). Bunların ekibinde, 20-30 doktora öğrencisi ve post-doc araştırmacı bulunur. Milyon dolarlarla ölçülen dış destekli fonlara sahiptirler. Bu hocalar çok az sayıda ders verirler. Araştırma yapmayan hocalar ise daha çok sayıda dersten sorumlu tutulurlar.

Seçkin lisansüstü öğrenciler: Dünyanın dört bir yanından çok rekabetçi bir ortamda seçilerek gelmiş öğrencilerden oluşur. Bu öğrencilere üniversitenin kaynaklarından veya dış destekli projelerden burslar verilir.

Parasal kaynak: Dünyanın en önde gelen araştırma üniversitelerinin milyar dolarlar düzeyinde araştırma fonları vardır. Fonların bir kısmı üniversitelerin kuruluş vakfiyesinden gelse de, bütçelerinin önemli kısmı araştırma desteği sağlayan kuruluşlardan gelir. Ayrıca Üniversitenin ürettiği patentlerin lisans ücret gelirleri de olacaktır.

Zengin kütüphane: Araştırma üniversite-

telerinin sahip olduğu milyonlarca basılı veya sayısal dokümana başka kurumların araştırmacılarına da kolayca erişim sağlar.

Geniş fiziksel olanaklar: En son teknolojiye sahip sınıflar ve harika mimarili binalar ve geniş spor olanakları, modern yurtlar ve zengin sosyal mekânlarla donatılmış güzel kampüslere sahiptirler. Bazı araştırma üniversiteleri büyük şehirlerde olsa da çoğu metropollerden uzak ve bazen tamamen izole yerlerde bulunabilmektedir.

Üniversitemiz x araştırma üniversiteleri

Türkiye'deki Yükseköğretim Kurumları, araştırma performanslarındaki artışla, endeksli dergilerde yayınlanan makale sayısı bakımından dünyada 42. sıradan 17. sıraya kadar yükselmiş olsa da makale başına atıf sayısı bakımından hala dünya ortalamasının yaklaşık yarısı kadardır. Fiziksel altyapı açısından karşılaştırıldığında birçok Türk Üniversitesinin yeterli olduğu görülür. Ancak, insan kaynakları açısından benzer yeterlilikten söz edilemez. Yüksek Öğretim Kurumlarımızdaki akademik politikalar birçok açıdan Araştırma Üniversitelerindekilere benzemektedir;

1.Doçentliğe yükseltilmeye minimum kriterlerle yetinmek ve adayın yetkinliklerinin öğrenciye/eğitime, bilime, mesleğine, endüstriye, topluma ve üniversitesine katkıları konusunu sorgulamamak.

2. Doçentlik sınavlarında halen sübjektif ve değişken değerlendirme formatlarının varlığı... Doçentlik jürilerinde gizliliğin ve bağımsızlığın olmaması.

3. Yükseltmelerde sadece yurt içindeki referans mektupları ile yetinmek.

4. Doçentliğe yükseltilmiş bir öğretim üyesinin en verimli olması gereken çağda rehavete kapılması ve profesörlük için sadece zamanını doldurmasının yetmesi.

5. Yabancı araştırmacı ve öğretim üyesi değişimlerinin yeterince olmaması, haksızlık ve eşitsizlikler.

6. Herkese eşit maaş politikası(çalışan-çalışmayan ayrımının yapılamaması; performans henüz bilimsel aktivite için çalışmıyor). Değişik araştırma performanslarına sahip öğretim üyelerinin maaşlarında veya ders yüklerinde bir farklılık yaratılmaması.

7. Araştırmaların İngilizce dışındaki başka bir dilde yayınlanması(Ulaşılmıyor).

8. Hocaların oyları ile seçilen rektörlerin, hocaları zorlayacak ve onlar tarafından hoş karşılanmayacak hiçbir kararları alamıyor olmaları.

9. Kendi Yüksek lisans/doktora mezunlarını ya da yakınlarını öğretim üyesi olarak işe alma ve gelişimin sağlanamaması.

10. Araştırma projelerini TÜBİTAK, Avrupa Birliği FP7 projeleri, Kalkınma Ajansı, SAN TEZ gibi dış destekli projelere yönlendirmek

yerine üniversitenin kendi kaynaklarıyla desteklemek(Kısıtlı, çoğunlukla kalitesi düşük ve rekabete kapalı projeler...)

YÖK'teki değişim

YÖK'ün yetkilerinin azaltılması, eşgüdüm ve planlamadan sorumlu bir üst kurula dönüştürülmesi, üniversitelerin idari ve mali özerkliklerinin artırılması, yükseköğretimde hesap verebilirliğin geliştirilmesi gibi hususlarda toplumun değişik kesimlerinde neredeyse tam bir uzlaşısı vardır. Genel bir eğilim olarak, üniversitelerin farklılaşmasına izin veren daha az merkeziyetçi bir yapı önerilmekte ve yükseköğretim kurumlarının tek tipleşmekten kurtarılması ve her bir üniversitenin kendi misyonu çerçevesinde farklılaşmasına izin vermesi talep edilmektedir. Yükseköğretime dair bunca uzlaşının olması, yükseköğretimde değişiklik yapmak için büyük bir fırsattır. Son yıllarda yükseköğretime ilişkin ciddi bir değişim yaşanmıştır. Bu normalleşme, yükseköğretimdeki reform çalışmaları için, oldukça uygun bir zemin oluşturmuştur. Yükseköğretimde kalıcı bir değişim için, yükseköğretimin toplum ve devlet ile olan ilişkisinin yeniden kurgulanmasına da ihtiyaç vardır. Muhtemel bir yükseköğretim reformunun en önemli bileşeni, yükseköğretim sisteminin topluma karşı hesap verebileceği bir mekanizmanın kurulmasıdır.

Sağlık araştırmaları; YÖK'ten beklentiler

1. Üniversitelerin/bireylerin araştırma hedefleri netleşmeli ve hedef belirleme konusunda bireyler motive ve teşvik edilmelidir. Doçentlik sınavlarında; "sadece bir konu etrafında çalışma suçlamasından tutunda, 100'den SCI makalesi olan birisine "ulusal dergilerde makaleniz az!!" diye sınavı geçirmeyen yaklaşım, herhangi bir yabancı bilim adamının CV'sini daha önce görmemiş midir?. Ülke biliminde tuğla üstüne tuğla koyma çalışması ancak derin uzmanlaşma ile gerçekleşecektir.

2. Araştırma kaynakları çeşitlendirilmeli, projeye başvuru, değerlendirme ve sonuçlanma kolaylaşmalıdır.

3. Araştırma birimleri ve tezler kesinlikle finanse edilerek ülke/dünya bilimine katkı sağlar aşamaya gelmelidir. Yüksek atıf alan ve patente giden yayınlar teşvik edilmelidir. Yeni yasa ile üniversitelerde yapılan tez ve yayın faaliyetleri kesinlikle o üniversitenin misyonuna uygun bir amaç için yapılır hale gelmeli, amaçsız ve sadece terfi almak için akademik faaliyetler yapılmamalıdır. Böylece ülke kaynakları heba edilmemiş olacak, bilime dayalı kalkınma, bilimin reberliği ve bilimin iktidarı sözde kalmamış olacaktır.

4. Asgari koşullar ve akademik yükseltme yasak savmaları ile Türkiye'de bilim geliş-

mez. Akademik yükseltme kriterleri sadece yayından olmamalı; bir akademik aktivite kombinasyonu ile değerlendirilmez. Bu pakette şunların olması ve bununla ilintili bir puanlama sistemi olması beklenir.

“Akademik Aktivite Paketi” (Yunus Çengel Hoca’dan adapte edilerek):

- Makale yayını ve değerlendirilmesi, atıf sayısı, h-indeks
- Kitap veya kitap bölümü telif/tercüme
- Proje yazma (TÜBİTAK, AB 7. Çerçeve, Kalkınma Ajansı, Firmalar, vs.)
- Proje yürütücülüğü / araştırmacılığı / değerlendirciliği / izleyiciliği
- Patent alma / ürün geliştirme / lisanslama / şirket kurma / bilimsel rapor yazma
- Seminer / ders verme
- Yönetilen master / doktora tezleri (yüksek yetenekli insan yetiştirme)
- Firmalara / kurumlara danışmanlık
- Kurumuna yapılan katkı / verilen destek / komisyon görevleri
- Verilen dersler / açılan laboratuvarlar / yaptırılan lisans projeleri
- Mesleki konferans / kongre düzenleme; bilimsel dergi editörlüğü
- Alınan ödüller, plaketter, davetli konuşmacı olma, panelistlik, medya
- Diğer akademik faaliyetler...

5. Yayın yapma konusunda eğitim ve teknik destek birimleri(dil desteği) kurulmalıdır. Üniversitelerin makale redaksiyon ve epidemiyoloji/istatistik destek birimleri geliştirilmelidir. Her şeyden önce bir bilim adamı yetiştirme stratejisi oluşturulmalıdır. Hangi tür konularda doktoralı bilim adamları yetiştirmeli, nerelere yönlenmeliyiz?

6. Uluslararası nitelikte merkezi araştırma laboratuvarları kurarak, bilim dünyasınca kabul edilebilecek orijinal bilimsel çalışmaları ve teknik buluşları teşvik etmek amacıyla, özendirici ödül sistemleri oluşturmakla işe başlanmalıdır.

7. Üniversitelerimiz ne tür yatırımlara ağırlık vereceklerini belirlemeli, kendilerini gelecekteki uluslararası eğitim/araştırma/patent geliştirme yarışında nerede konumlandıklarını planlamalıdır? Eğitim, araştırma ve hizmet yatırımları ve diğer yatırımlar paylaşımı aynı üniversitede de rektörlere göre değişmeyen master planlar çerçevesinde olmalıdır.

8. Ülkemizin ulusal kaynaklarını bilim ve teknoloji açısından nasıl değerlendirmeliyiz? Sanayiye, üretim için AR-GE’yi hatırlatmak ve bu konuda iş birliklerini artırmak üniversitelerin görevi olmalıdır. Üniversite şehrin sanayisini dayanışmaya zorlamalı, araştırmaya motive etmeli ve bilimsel veriler ile çalışma seviyesini göstermelidir.

9. Toplumsal hizmet: Yükseköğretim kurumlarının görevleri arasında öğretim,

araştırma ve yayın etkinlikleri ile içinde bulunduğu topluma hizmet sunma yanında ülke ve bulunduğu yörenin sorunlarına çözüm aramak, mesleki eğitimin yanı sıra, kültür, sanat ve sosyal etkinliklerde toplumda öncü rol oynamak da yer almaktadır.

10. Denetim ve kalite güvencesi: Bireysel ve kurumsal üretimin güvenilir/gerçekçi göstergeler ve yöntemlerle değerlendirilmesi, kurumun tüm süreçlerinde bilimsel verilerden ve araştırma sonuçlarından yararlanılması önemlidir.

11. Öğretim elemanı atama ve yükseltme süreçleri: Üniversitenin başarısı akademik ve idari personelin takım anlayışı içinde çalışmasıyla gerçekleşebileceği için yeni yasanın akademik ve idari personelde kuruma aidiyeti, motivasyon ve sinerjiyi sağlayacak, emeklilik süreçlerine de yansıyan maaş düzeylerini artıracak, kazanılmış özlük haklarının bekletilmeden verilmesini ve korunmasını sağlayacak nitelikte olması gerekmektedir. Akademik personeli, üretkenliklerini artırmak ve kendilerini geliştirmelerini, yurtiçi ve uluslararası kongrelere katılımlarını, konferans verme, konuk öğretim üyeliği gibi davetler alanları ödüllendirecek, yurt dışındaki gelişmiş üniversitelerle etkin işbirliği yaparak bilimsel, kültürel ve mesleki gelişim amacıyla uluslararası hale gelmenin koşullarından biri olan öğretim elemanı değişim projelerini özendiricek, akademik ve idari personelin yurt içinde yabancı dillerini geliştirmeyi destekleyecek, üniversite personelinin uluslararası ve yerel kalkınma ve sosyal sorumluluk projelerinde yer almasını özendiricek, hizmet içi eğitime ve yaşam boyu öğrenmeye önem verecek, üniversitedeki kadro sayısının artırılmasını destekleyecek hükümleri içermesi gerektiği değerlendirilmektedir.

12. Yardımcı doçentlik, doçentlik ve profesörlük unvanlarının akademik unvanlar olduğu, yalnız üniversite bünyesinde çalışan eğitim-araştırma hizmeti veren öğretim elemanlarına verilmesinin ve bu unvanların kadroya bağlı olmamasının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Yükseköğretim kurumlarında norm-kadro uygulaması benimsenmelidir. Günün koşulları dikkate alınarak gerekli düzenlemelerin üniversite senatosunca yapılması uygun olacaktır.

Sonuç

Türkiye’de sağlık bilimleri alanında etkili bilim politikaları oluşturma aşamasında; Mevcut ezberci sistemden başka kafalı etkili araştırmacıların çıkabilmesi zor görülmektedir. Zaman geçirmeksizin etik değerleri de öğreten etkili bir eğitim reformu zorunludur. Bunun meyveleri 20 sene sonra toplanabilecektir.

b. Bilim ve Teknoloji Bakanlığı’ndan da doğru bilim politikalarının oluşturulması konusunda beklenti yüksektir.

c. Acilen epidemiyolojik çalışmalar teşvik edilerek Türkiye’nin sağlık alanındaki risk önceliklerinin belirlenmesi ve bunların bi-

limsel araştırma alanına kanalize edilmesi gerekmektedir.

d. Bilim insanının yaşam koşulları saygınlığını yeniden sağlayacak şekilde düzeltilmelidir. Bu yapılırken araştırmacılar ile ders veren veya idari işlerle uğraşan öğretim üyelerinin görev tanımları yeniden yapılmalıdır. Aynı akademisyenden hem araştırma, hem ders hem de idari görev bekleyen mevcut sistem terk edilmelidir. Ama akademisyenlerde daha yüksek performans alabilme adına fakülte ve hastanelerin idari görevlerine talip olmak zorunda kalmamalıdır.

e. Araştırma laboratuvarlarının ve enstitülerinin idaresi araştırmacı yönü güçlü ve bununla kendini kanıtlamış araştırmacı kimliği ve bilincine sahip akademisyenlere bırakılmalıdır. Hiç olmazsa buralarda yetkinlikler öncelenmeli, grup gücüne, seçime veya sadakate dayalı atamalardan uzak durulmalıdır.

Kaynaklar

Adams, J. et al (2011). *Global Research Report, Middle East, Arabian, Persian and Turkish Research*, February 2011, Thomson-Reuters <http://researchanalytics.thomsonreuters.com/m/pdfs/globalre-searchreport-aptme.pdf> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

Atar A. *Araştırma Üniversitelerinin Temel Özellikleri Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelişler ve Sorunlar (UYK-2011) Mayıs 2011.*

Çakmak O. Yunus Çengel Hoca ve Üniversite - YÖK Reformu. *Zaman Gazetesi*. 2012.

Emlük Ö. *Tam Gün Meselesi Bilimsel Makaleye Darbe Vuracak*. <http://www.saglikaktuel.com/> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

Gökçora İH. *Türkiye’de Sağlık-Bilimleri ve Yayıncılığı: Biyotıp, Genetik, Bilişim Ve Nihayet “Saydam Kurbağa”dan Sonra Uzay Tıbbına Doğru. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2007. TÜBİTAK, Ankara, 2007.*

Gür B, Çelik Z. YÖK’ün 30 Yılı Raporu. SETA, 2011 (<http://www.setav.org>). (Erişim tarihi: 11.11.2012).

<http://www.e-hayat.net/hangi-universite-kacinci-sirada/> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

<http://www.hurriyet.com.tr/egitim/an...4241.asp?top=1> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

<http://www.sagem.gov.tr/> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

<https://www.ulakbim.gov.tr/cabim/ubyt/stats/index.uhtml> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

Oztemel E. *Yükseköğretim Kurumlarında Araştırma ve inovasyon Kültürünün Oluşturulması. Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelişler ve Sorunlar (UYK-2011) Mayıs 2011.*

Senato Kararları. <http://www.ankara.edu.tr/duyuru.php> (Erişim tarihi: 11.11.2012).

Uzbay İT. *Çağdaş Uygarlığa Ulaşmada Bilim Politikalarının Yeri ve Önemi. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2008. TÜBİTAK, Ankara, 2008.*

Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Eylül 2012 Çarşamba. Resmi Gazete Sayı: 28416.

Yükseköğretim Kanunu Taslağında Üniversite Hastanelerinin yeri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Bu yazının amacı, üniversite hastanelerinin ya da bir diğer ifadeyle üniversiteler tarafından işletilen eğitim hastanelerinin mevcut durumu veya nasıl olması gerektiği hakkında görüş beyan etmek değildir. Bu husustaki düşüncelerimi daha önce okuyucularla paylaşmıştım (*S. Aydın: Üniversite Hastaneleri Nereye Koşuyor? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 20: 6-13, Eylül-Ekim-Kasım 2011) Burada amacım son dönemde hız kazanan Yükseköğretim Kanunu taslak çalışmaları kapsamında nasıl bir üniversite hastanesi tasarlandığını anlamaya çalışmaktır.

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, üniversite hastanelerine yer vermeyi unutmuştu. Kanun kapsamında bugüne değin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi adı altında kimliklenmeye çalışılan üniversite hastaneleri, yönetim hiyerarşisi, görev tanımları, işleyiş bakımından teamüllere dayalı bir yapılanma kazandılar. Başta üniversitenin yönetimi, yapısı ve kapasitesi olmak üzere farklı faktörlerin etkisi ile farklı üniversite hastane yapıları ortaya çıktı. Her ne kadar doğrudan ruhsatlandırma ve denetim süreçlerinde rol almasa da Sağlık Bakanlığı, mevzuatıyla, yaptırımlarıyla ve son zamanlardaki kamu hastaneleri

arasındaki rekabet gücü ile bu hastane yapılarına nüfuz etmiş oldu. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortasının tesisinden itibaren tek hizmet alıcı konumu kazanan Sosyal Güvenlik Kurumu da devlet hastaneleri ve özel hastanelerle birlikte üniversite hastanelerini yönlendiren ana güç haline geldi. Kısacası kendi yönetim dinamikleri ve bunun yasal alt yapısı iyi tanımlanmayan üniversite hastaneleri sağlık sistemindeki büyük aktörlerin etkisi altında var olma mücadelesi verirken sistemin karar vericileri olma fırsatlarını yakalayamadılar. Eğitim hastanelerinde ana faaliyet alanı olarak sözü edilen eğitim, araştırma ve hizmet triadı tam olarak bir arada var olamadığı gibi, bu fonksiyonlardan her biri diğerindeki yetersizliğimizin mazereti haline geldi.

Yeni Yükseköğretim Kanun taslağının tanımlar başlıklı 3'üncü maddesi; üniversiteyi, '*bilimsel özerkliğe ve tüzel kişiliğe sahip, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve faaliyetler ile toplumsal hizmetler yapılan fakülte, konservatuar, enstitü, araştırma enstitüsü, meslek yüksekokulu, üniversite hastanesi, araştırma ve uygulama merkezi birimlerinden oluşan yükseköğretim kurumu*' olarak tanımlamaktadır (Madde 3/dd). Üniversite bileşenleri arasında hastanenin de yer aldığı bu önemli adım üniversite hasta-

neleri açısından bence büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte taslağın 22 ve 23'üncü maddeleri üniversite hastanelerini konu edinmektedir. Ayrıca 69'uncu madde de döner sermayeyi esas alması bakımından üniversite hastanelerini yakından ilgilendirmektedir.

Taslak net bir ifade ile bünyesinde tıp veya diş hekimliği fakültesi bulunan üniversitelerde, Sağlık Bakanlığının uygunluk görüşü üzerine Kurul kararı ile üniversite hastanesi kurulabileceğini belirtmektedir (Madde 22/1). Bu ifadenin kamu sağlık politikaları ile paralellik arz etmesi, bence kurulan üniversite hastanelerinin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir. Böylece hem üniversiteler hastane açmaya mecbur bırakılmamakta, hem de daha önce 3359 sayılı Kanunun Ek 9'uncu maddesi ile düzenlenen kıstaslar çerçevesinde nüfus yatırım dengesi (arz talep dengesi) gözetilmiş olmaktadır.

Üniversite -Türkçesi ile evren kent-, bilginin sadece aktarıldığı değil, bizzat üretildiği yer olmak zorundadır. Bunun için her türlü bilgi üretim ortamını oluşturma sorumluluğunu taşımaktadır. Hayattan kopuk bilgi üretilemeyeceğine göre, üniversite bütün kurumları ile hayatın içine nüfuz etmek zorundadır. Reel sektörle üniversitenin ilişkisini kısıtlamak



kabul edilir şey değil. “Üniversite sanayi iş birliği”, sürekli eksikliği eleştirilen bir konu. Bu “sanayi” sadece “üretim” sektörü değil, aynı zamanda “hizmet” sektörüdür, “finans” sektörüdür. Yeri gelir, bu sektörlerle iş birliği içinde (afiliasyon) bu sorumluluğu yerine getirir. Yeri gelir, kendi “araştırma” fonksiyonunu derinleştirmek amacıyla ve hatta “kâr amacı gütmeyen” tesisler kurarak doğrudan sanayi içine girebilir. Tabii finansmanını temin edecek yollar bulmak şartıyla bunu gerçekleştirmek mümkün olacaktır. Vergi muafiyetleri, öz kaynaklar, genel bütçe desteği, katma bütçe, ulusal veya uluslararası proje destekleri, araştırma fonları ve bağışlar gibi birçok finans kaynağı bu amaçla harekete geçirilebilir.

Kanun çalışmalarından bağımsız olarak düşündüğümde, üniversite hastanesi kapsamında aklıma üç model geliyor. Gerçek hayatta bu modellerin saf olarak ayrışmasını beklemiyorum. Ancak oluşturduğumuz üniversite hastanesinin hangi modele daha yakın olduğu, ulaşmak istediğimiz hedefle çok ilintili.

Birinci modelde, üniversitelerin kendi bütçelerini yönetebilen, kamu kaynaklarını sadece belli şartlarla sınırlı bir destek fonu gibi alıp kendi öz kaynaklarını üretebilen, ürettiği projelere karşılık ulusal veya uluslararası fonlarla desteklenen, kadrosu “devlet memuru olmayan” işe odaklı personelden oluşmuş özerk yapılar hayal ediyorum. Böyle olacağına, üniversitelerin diğer özel ve tüzel

kişiler gibi kendi işletmelerini kurmaya sınırlama getirilmemelidir diye düşünüyorum. Böyle bir yapıda meri mevzuat çerçevesinde ruhsatlanabilen her türlü poliklinik, tıp merkezi, laboratuvar, sağlık köyleri, kaplıca vs. işletmelerinin önü açılmalıdır. Bu durumda bu işletmeler birer eğitim kurumu değil, özerk bir tüzel kişiliğin nitelikli hizmet üretme ve alternatif gelir kaynakları oluşturma amacıyla yasalar çerçevesinde kurduğu ticari sağlık işletmeleri olacaktır.

İkinci modelimde şimdi olduğu gibi üniversiteleri doğrudan devlete bağımlı, devletin kendilerine tahsis ettiği bütçeyi kullanan, yine devletin tahsis ettiği kadrolara doğrudan bütçeden maaş veren birer “devlet dairesi” şeklinde tasarlıyorum. Döner sermaye bir tarafa bırakıldığında bugün gerçek bu değil mi? Doğrudan kamu kaynaklarını (vergiler) kullanan bir kurum devlet otoritesinden bağımsız olamaz. Dolayısı ile kamu politikalarının bir parçasıdır. Üniversite doğrudan eğitim ve araştırma alanlarını oluşturmak amacıyla çeşitli hizmet alanları (bu arada hastaneler) açabilir, ancak bu hizmet alanlarının kamu politikalarından bağımsız hizmet vermesi zordur. Her müessese finans kaynağına yönelmek zorunda kalıyor. Eğer bu açılacak hastanenin ana finans kaynağı, Sosyal Güvenlik Kurumundan ödenen hizmet bedelleri ise hastanenin Sosyal Güvenlik Kurumu politikalarının dışına çıkması mümkün değildir. Bu hastaneler, içinde eğitim de verilen

Açıkçası yetki sahibi olsaydım, yasal düzenlemede üniversitelerin eğitim, araştırma veya sağlık hizmeti sunmak amacıyla iktisadi işletme kapsamında ayaktan ve yatarak tanı ve tedavi merkezleri, rehabilitasyon merkezleri gibi sağlık kurum ve kuruluşları işletmeleri imkan veren kısa bir hüküm koyar, bu işletmelerin İş Kanunu kapsamında doğrudan personel istihdam edebilecekleri gibi, üniversitede kadrolu öğretim üyelerinden ihtiyaç duydukları ile süreli sözleşme yaparak hizmet vermelerine fırsat tanırdım.



Asıl zor olan, eğitim ve hizmet gibi farklı fonksiyonları öne çıkaran iş birliğidir. Bunun zorluğunu ve doğurduğu çatışmayı hâlihazırdaki üniversite hastanelerimizde yaşıyoruz. Çünkü gerçekte bugünkü yapıda üniversite hastanesi ile tıp fakültesi bir iş birliği oluşturmaktadır. Bu iş birliğinde personel ve yönetim hiyerarşisi iç içe geçmiş hatta tanımlanamaz bir hal almış durumdadır.

“devlet hastaneleridir”. Ya da daha doğru bir ifade ile kamu hizmeti gören kamu hastaneleridir (public hospital). Bu yapıda hastanenin mülkiyetinin veya işletmesinin üniversiteye ait olmasını çok da önemli görmüyorum. Ancak üniversiteye ait olmasının da bir mahzuru olmadığını düşünüyorum. Bununla birlikte üniversiteye ait bu tür sağlık kuruluşlarının eğitimin gereği olan “tam teşekküllü genel hastane” veya bu tanımlı sağlayacak sınırlı parçalardan yani farklı sağlık kuruluşlarından müteşekkil bir kompleks olması gerektiği kanısındayım. Zira bu modelde, eğitim amacının dışına çıkarak üniversitenin serbest sağlık işletmeleri (sağlık köyü, rehabilitasyon merkezi vs.) açması beklenmemelidir. Nihai noktada üniversiteye hizmet eden işletmeler değil, işletmeleri ayakta tutmak için didinen, yani bu işletmelere hizmet eden üniversiteler oluşuyor.

Üçüncü modelim, az sayıda üniversitenin “araştırma hastanesi” açmasına dayanıyor. Bir üniversitede “araştırma laboratuvarı nasıl ve hangi yollarla (ulusal ve uluslararası proje fonları, teşvik, bağış ve tahsisli bütçe gibi) finanse ediliyorsa bu hastaneler de öyle finanse edilmelidir. Sağlık sisteminde hizmet sunucu” tanımlaması dışında kalmalı, araştırma konusu olan gönüllülere sunduğu hizmetlerden bir gelir elde ediyorsa bu sınırlı olmalıdır. Burada çalışan klinisyenler belli konulara odaklanmış “araştırmacılar” olmalıdır.

Tıp eğitiminde öngörülen uygulamaları, kısmen veya tamamen yukarıdaki has-

tane modellerinin her birinde yürütmek mümkündür. Ancak tıpta mezuniyet öncesi ve uzmanlık eğitimi, uygulama materyali olarak araştırmacının aksine yoğun ve çeşitli hasta kaynağına ihtiyaç duymaktadır. Bu amaca yönelik eğitim hastanesi sadece belli alanlara odaklı değil, özellikle rutin vakaların yeterli sayıda olduğu bir hizmet yüküne sahip olmalıdır. Böyle bir hastanenin kamu sağlık sisteminin dışında kalması düşünülemez. Bu da hastaneyi üniversite dışı sağlık otoritelerine (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu) ve değişen sisteme bağımlı kılar. Bu tür hastanenin Sağlık Bakanlığı, belediye, özel yatırımcı veya üniversite tarafından işletilmesi çok şeyi değiştirmeyecektir. Buna rağmen ülke sağlık otoritesinin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini güvence altına alacak düzenlemeler yapma yetki ve sorumluluğu göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan standartların temini ve bunların denetimi yapılmak zorundadır. Yeni hazırlanan kanun taslağında üniversite hastanelerinin kalite ve standart denetiminin Yükseköğretim Kurulunun Sağlık Bakanlığı ile birlikte belirleyeceği mevzuata tabi olması en azından bu hususu dikkate alması bakımından önem arz etmektedir (Madde 22/6). Yoksa üniversite hastanesi de olsa, Yükseköğretim Kurulunun sağlık hizmet standardı, kalitesi ve bunların denetimi ile ne ilgisinin olacağı sorgulanabilir.

Bu hastanelerde hastane işletmesinin gerekleri dışında istihdam politikalarının belirlenmesi hastanenin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Açık bir ifadeyle, hastanenin ihtiyaç belirleyip talep etmediği bir pozisyona (mesela bir öğretim üyesinin bir tıp dalına) başka otorite (mesela rektörlük veya Bakanlık) tarafından atama yapılması sorunun aslını oluşturmaktadır. Kısacası üniversite kadrosu kimlerden oluşursa olsun, diğer yandan hastane kimler tarafından işletilirse işletilsin, bu hastane sadece ihtiyaç duyduğu personeli yine ihtiyaç duyduğu kadarıyla görevlendirme yetkisine sahip olmalıdır. Üniversitenin eğitimin gereği olarak hastaneden talepleri ve görevlendirilmesini istediği belli kadroları olabilir. Bu talepler hastanenin işletmesini güçleştirecek oranda olmamalıdır.

Açıkçası yetki sahibi olsaydım, yasal düzenlemede üniversitelerin eğitim, araştırma veya sağlık hizmeti sunmak amacıyla iktisadi işletme kapsamında ayaktan ve yatarak tanı ve tedavi merkezleri, rehabilitasyon merkezleri gibi sağlık kurum ve kuruluşları işletmeleri imkan veren kısa bir hüküm koyar, bu işletmelerin İş Kanunu kapsamında doğrudan personel istihdam edebilecekleri gibi, üniversitede kadrolu öğretim

üyelerinden ihtiyaç duydukları ile süreli sözleşme yaparak hizmet vermelerine fırsat tanıdım.

Üniversite hastanesinin asli fonksiyonlarından biri olan mezuniyet sonrası eğitim yani tıpta uzmanlık eğitimi Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde de yapılıyor olması akademik çevrelerinde tartışma konusudur. Tartışılan konunun arka planında bu hastanelerde eğitim verilmesi değil, doktora eşdeğer bir eğitimin Sağlık Bakanlığı tarafından veriliyor olmasıdır. Aslında bu tartışmanın derinine inerek sorun olan Bakanlığın eğitim vermesi değil, uzmanlık eğitimi ile doktora eşdeğerliği konusu olduğunu fark ederiz. Üniversite ve Bakanlık hastanelerindeki uzmanlık öğrencileri dikkate alındığında yılda yaklaşık beş bin uzmanlık tezi yazıldığı görülmektedir. Eğer bilimsel gelişme ve akademik ilerleme kriteri olarak gerçekçi ölçütler uyarlanabilse ve bu ölçütlere uygun sadece tıp alanında yılda beş bin tez konusu araştırma olsaydı her halde çok farklı düzeyde olurduk demekten kendimi alamıyorum. Kısacası çoğu, klinik vakaların değerlendirilmesine dayalı binlerce tıpta uzmanlık tezi ile hem uzmanlık eğitiminin uygulamalı kısmından zaman çalmış hem de bilimsel olarak arzu edilen düzeyde iftihar edeceğimiz çalışmalar ve yayınlara kavuşmamış oluyoruz. Bu cepheden baktığımızda tartışmayı, Bakanlık ve üniversite ekseninde değil, uzmanlık düzeyinde yeterli tecrübe kazanma ve yeterli bilimsel araştırma üretme noktasına taşımamız gerekiyor.

Uzmanlık eğitimi, Bakanlık ve üniversitelerin eğitim hastanelerinde yeterli bilgi ile donanma ve uygulama beceresi elde etmeye odaklı bir eğitim haline getirsek sanırım tartışmanın birinci aşamasını açığa kavuşturmuş oluruz. Doktora yapmak ve bu amaçla tez çalışması yapmak daha sıkı ölçütler çerçevesinde gerçek bilim üretmeye odaklanarak daha sınırlı kişiye bırakılsa, her halde “az fakat öz” deyimine uygun bir bilimsel aşama kaydedebiliriz. Bu durumda tıpta uzmanlık eğitiminde tez mecburiyetini ve uzmanlık eğitiminin doktora eşdeğerliğini kaldırmak gerekecektir. Böyle bir durumun eğitim ve üniversite hastanesi misyonuyla daha fazla örtüşeceği kanısındayım.

Bu yönde bir düzenleme yapılırsa, doktora tamamlamak ya doğrudan klinik veya klinik dışı alanda sıkı bir bilimsel çalışma yapmak ve ürün ortaya koymak amaçlı bir sürece tabi olacak, ya da tıpta uzmanlık eğitimi alanların süre ve bazı eğitim konularından muaf tutularak daha kolaylaştırılmış bir yolla doktora asistanlığı yapabileceği ve fakat aynı sıkı kriterle bilimsel ürün ortaya

koymaya odaklı bir süreç gerektirecektir. Yani doktora akademik bir basamak olacak ve uzmanlık eğitiminin yanında akademik kapasite ve hedefi olanların önü tıkanmamış olacaktır. Muhtemelen bu iki yöntemin bir arada kullanılması daha doğrudur. Böyle bir modelde ne üniversite hastanesi, ne de Bakanlık eğitim hastanesi ana muhatap değildir; ancak araştırma için uygun vasat oluşturmaya yönelik yardımcı unsur olabilirler. Tabiatıyla akademik ilerleme ancak doktora tamamlamak suretiyle mümkün olmalıdır.

Kanun taslağı, devlet üniversiteleri bünyesindeki hastanelerde yönetim kurulu kararı ile yardımcı sağlık hizmetlerinde ve idarî görevlerde, kadro şartı aranmaksızın ve ücretleri tamamen döner sermaye işletmesi gelirlerinden ödenmek üzere, 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre personel istihdam edilmesine cevaz vermesi bakımından önemli bir açılım getirmektedir (Madde 22/5). Burada yardımcı sağlık personelinin kast edilenin tartışılır olması bir yana, doktorların ve öğretim üyelerinin bu yolla istihdamına izin vermemesi bence bu açılımın eksik yönü. Öğretim elemanlarının çalışma esaslarından söz edilirken üniversitede kadrolu veya sözleşmeli statüde görev yapılacağı ifadesinin yeterince açıklayıcı olmadığını düşünüyorum (Madde 54/1).

İşbirliği, güçlerin bir araya getirilip olumlu yönde etkileşimini sağlamanın ifadesidir. Bunun farklı yöntemleri olabilir. Yukarıda sözünü ettiğim birinci modelde iş birliği konusu ticari ortaklıklar veya tek taraflı ya da karşılıklı menfaat ve tecrübe paylaşımı şeklinde olabilir. Menfaat paylaşımının gerektirdiği çok sayıda alternatif üretilebilir. Duruma göre bu iş birliğinin farklılaşan modelleri ortaya çıkacaktır. İkinci modelde kamu hastanesinin iş birliğinin esasları belirlenmeye ve yasal alt yapıya kavuşmaya muhtaçtır. Zira birçok mevzuat engeli uygulama zorlukları oluşturmaktadır. Hastaneler bu yolla yönetim tecrübelerini paylaşabilir, ortak mal tedariki, stok yönetimi, personel politikası gibi uygulamalar yapılabileceği gibi, eğitim için eksik kalan fonksiyonlar farklı hastanelerin iş birliği ile sağlanabilir. Bir güç birliği oluşturarak dış paydaşlarla ilişkilerinde baskınlık kazanabilirler. Bu konuyu üniversite özelinde ele alırsak bir üniversite hastaneleri iş birliğinden söz edebiliriz. Taslağın, ‘iki ya da daha fazla üniversite hastanesinin, birlik kurmak veya aralarında iş birliği oluşturmak suretiyle, tıbbi malzemelerle sair sarf malzemelerinin teminine ilişkin işlemlerin bir merkezden yapılmasını sağlayabilecekleri’ hükmü, bir anlamda bu yolu aralamaktadır (Madde 22/4).

Asıl zor olan, eğitim ve hizmet gibi farklı fonksiyonları öne çıkaran iş birliğidir. Bu-

nun zorluğunu ve doğurduğu çatışmayı hâlihazırdaki üniversite hastanelerimizde yaşıyoruz. Çünkü gerçekte bugünkü yapıda üniversite hastanesi ile tıp fakültesi bir iş birliği oluşturmaktadır. Bu iş birliğinde personel ve yönetim hiyerarşisi iç içe geçmiş hatta tanımlanamaz bir hal almış durumdadır. Neticede bu hastanelerin çoğunda misyonlar (eğitim/araştırma/hizmet) savaşı yapıp, bütün misyonların bir arada telef edildiğine şahit oluyoruz. Başhekim ve dekanın baskın olanın sorumluluk alanında olan misyon öne çıkmakta ve diğeri feda edilebilmektedir. Çoğunlukla neticede bütün misyonları bir arada yürütmeye çalışan ancak hepsinde de başarılı olamayan bir yapı oluşmaktadır. Akademik hiyerarşi ya da üniversite açısından idari hiyerarşinin hastaneye taşınması, hastanenin yönetimini zorlaştırmaktadır. Hastanenin sürdürülebilirliğinden sorumluluk duymama ihtimali olan öğretim üyeleri, anablim dalı başkanları dekan ve hatta rektörün doğrudan yönetim süreçlerine müdahalesi riskli bir durumdur. Bu yüzden hastaneyi sürdürülür kılma sorumluluğu taşıyan hastane yöneticilerinin hizmet sunma hususundaki organizasyon ve yaptırımları, sorumlu olmayan aktörlerin müdahalesine fırsat vermemelidir.

Hastane ve eğitim biriminin tamamen ayrı kurumlar altında olduğu durumda yapılan iş birliğinin tesisi tabiidir ki daha zor olacaktır. Ancak bu zorluk, kaynakların verimli kullanımını ve her fonksiyonun yetkili ve sorumlularınca yerine getirilmesine fırsat verecek modellerden kaçmamızı gerektirmez. Taslağın daha önce Sağlık Bakanlığının önderliğini yaptığı iş birliği sürecine destek vermek istediği anlaşılıyor. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile devlet yükseköğretim kurumlarının ilgili birimleri arasında iş birliği yapılmasının 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hükümlerine tabi olduğunu belirterek bir anlamda daha önce yapılan düzenlemeye sahip çıkmaktadır (Madde 23/1). Vakıf ve özel yükseköğretim kurumları ile özel sağlık kuruluşları arasında tıp, diş hekimliği ve diğer sağlık bilimleri alanında eğitim öğretim, araştırma, uygulama ve sağlık hizmeti sunumu amacıyla iş birliği yapılabileceğini de belirtmesi bu açılımın devam ettiğini göstermektedir (Madde 23/2). Daha önce YÖK Genel Kurulunun almış olduğu bir kararın yasal zeminini oluşturan bu düzenlemenin amacına uygun olarak biraz detaylandırılması gerektiği kanaatindeyim. Görülüyor ki, son yıllarda gündeme gelen bu iş birliği (afiliyasyon) anlayışı gelişerek devam edecek ve günün değişen şartlarına göre belki de sınır tanımaksızın bütün kuruluşlar arasında yapılabilir hale gelecektir. Bunun için her halde istihdam politikalarının gözden geçirilmesi gerekecektir.



Fotoğraf: Levent Karabağlı

Eğitimin sürdürülebilirliğinin teminatı olan akademik güç ile hizmetin sürdürülebilirliğinin teminatı olan hastane yönetimi eşit düzeyde görevlerini koruma hak ve imkânına kavuşmalıdır. Kısacası burada bir çatışma kaçınılmazdır ve biri diğerine heba edilmeyecektir. Demokratik kültürümüz ne kadar gelişirse bu çatışma yönetimini o derece başarılı kılabiliriz.

Hastane yönetimini öne çıkarırken eğitimin ve bir ölçüde hizmetin içinde olan akademik yönetim birimlerinin beklenti ve taleplerini karşılayacak olan akademik yapılanmanın zaafa uğratılmasından söz etmiyorum. Bu önemli misyonun korunması ana ilke olmak zorundadır. Eğitimin sürdürülebilirliğinin teminatı olan akademik güç ile hizmetin sürdürülebilirliğinin teminatı olan hastane yönetimi eşit düzeyde görevlerini koruma hak ve imkânına kavuşmalıdır. Kısacası burada bir çatışma kaçınılmazdır ve biri diğerine heba edilmeyecektir. Demokratik kültürümüz ne kadar gelişirse bu çatışma yönetimini o derece başarılı kılabiliriz. Bu yüzden eğitim hastanelerinde bu farklı sorumluluk birimlerinin ve yönetim elemanlarının bir araya gelmesini sağlayacak bir üst yönetim birimi oluşturabilir. Bu yönetim birimi bir lider (CEO) olabileceği gibi bir yönetim kurulu da olabilir.

Taslağa göre üniversite hastanesi, rektörün görevlendireceği bir yardımcısının başkanlığında, sağlıkla ilgili fakültelerin dekanları, başhekim, hastane müdürü ve döner sermaye işletmesinin müdüründen oluşan yönetim kurulu tarafından yönetilir (Madde 22/2). Yönetim kurulu, hastanelerdeki eğitim, araştırma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ile gelir ve gider idaresine, insan kaynakları ve malzeme tedarikine yönelik kararları alır (Madde 22/3). Burada tıp fakültesi dışındaki dekanların ve hastane müdürünün bulunmasının tartışma konusu

edileceğini biliyorum. Bunun avantaj ve dezavantajları bu yazının konusu değil. Ayrıca böyle heterojen bir yönetim kurulunun olması mı, yoksa bir liderin (mesela rektör yardımcısının) altında tıbbi hizmetler (başhekim), eğitim (dekan/dekanlar) ve idari hizmetler (idari müdür) sorumlularının yatay yönetim tarzında örgütlenmesi mi daha doğru olacağı konusunda tartışmalar yapmak mümkündür.

Kanunun yazılışı bakımından açıklanmaya ihtiyaç duyan yerleri olsa da döner sermaye başlıklı maddeye göre hastanede verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elemanları adına her ne nam altında olursa olsun mesai saatleri içindeki hizmet karşılığında ayrıca ücret talep edilemeyeceği hükmü getiriliyor. Kısacası üniversite hastanelerinde mesai saatleri içinde öğretim üyesi farkı alınamayacak (Madde 69/6).

Mesai saatleri dışında, yani saat 17.00 den sonra, cumartesi ve pazar günleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ödemelerine ilave olarak üç katına kadar ek ücret alınabileceği ve öğretim üyelerinin mesai içi hizmetlerine karşılık olarak aylık aldıkları ek ödeme tutarını aşmayacak şekilde mesai dışı hizmetlerden ek ödeme alabileceği belirtiliyor (Madde 69/6). Yani bir anlamda mesai sonrası öğretim üyelerinin hastanede çalışması teşvik edilmek istenmiş. Ancak buradaki sınırlamaların teşvik derecesine etkisinin ne olacağı tartışılır. Ayrıca öğretim üyelerinin mesai saatlerindeki hizmetleri

asistanlara yıkmaları ve özel hastalarını mesai dışına itmeleri önlenemezse beklenen sonucu vermeyecektir. Bu durum ancak hastane idaresince iyi yönetilebilirse olumlu sonuç verebilir.

Döner sermaye işletilmesi ve katkı payı dağıtılmasına ilişkin hükümlerin çoğu mevcut uygulamayı tekrar etmekten ibaret olduğu için burada değinmiyorum (Madde 69). Ancak Genel Sağlık Sigortası kapsamı dışındaki hizmet verilenler için üniversitenin fiyat belirleme yetkisi alması geçmişte atlanan bir husustu (Madde 69/26). Ne var ki, burada ileriye yönelik olarak, Sosyal Güvenlik Kurumunca ödemesi yapılmayan sağlık hizmetleri karşılığında alınacak ücretlerin de üniversite tarafından belirlenmesi gerekir diye düşünürüm.

Öğretim elemanlarının çalışma esaslarını düzenleyen maddede sadece üniversitede kadrolu veya sözleşmeli statüde görev yapacağı belirtilmektedir (Madde 54/1). Bunun nasıl olacağı, hangi şartlarda sözleşmeli veya kadrolu olacağı, sözleşmelilik statüsü, oranı, kimin sözleşme yapacağı vb. hususlar açıklanmamış. Ayrıca bu maddede tam gün çalışmayla ilgili bir kayıt yok. Burada tam gün veya kısmi statü konusunda bir hüküm bulunmamasına rağmen, disiplin hükümleri sayılırken devlet üniversitelerinde görevli yönetici, öğretim elemanı ve idari personelin serbest meslek icra etmeleri, tacir sayılmayı gerektiren faaliyette bulunmaları, şirket yöneticisi veya denetçisi olmaları halinde görevden çekilmiş sayılma cezası verileceğinden bahsetmektedir (Madde 72/10). Kısacası 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 28. Maddesindeki çalışma esaslarını referans aldığı anlaşılmaktadır.

Son söz olarak, akademik hiyerarşiden farklı olarak hastane hiyerarşisini düzenleyen bir yapının ikincil mevzuatla geliştirilmesini, tıp fakültesi öğretim üyelerinin hastane tabii çalışanları olması gereğini ortadan kaldıracak ve hastane ihtiyacı çerçevesinde esnek istihdamı sağlayacak bir model oluşturulmasını, tıp fakültesi dışındaki sağlık eğitimi veren diğer yükseköğretim birimlerinin de hastaneyle ilişkilerinin düzenlenmesi gerektiğini hatırlatmak istiyorum.

Not: Bu yazıda Kasım 2012 tarihinde Yükseköğretim Kurulu web sayfasında (<http://yeniya.yok.gov.tr/>) yayımlanıp tartışmaya açılan ve 79 maddeden oluşan Yükseköğretim Kanun Taslağı esas alınmıştır.

Yükseköğretim Kanunu Taslağı (Kasım 2012)

Tanımlar

Madde 3 (1)(dd) Üniversite: Bilimsel özerkliğe ve tüzel kişiliğe sahip önlisans, lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve faaliyetler ile toplumsal hizmetler yapılan fakülte, konservatuar, enstitü, araştırma enstitüsü, meslek yüksekokulu, üniversite hastanesi, araştırma ve uygulama merkezi birimlerinden oluşan yükseköğretim kurumunu ifade eder.

Üniversite hastanesinin kurulması ve yönetimi

Madde 22

(1) Bünyesinde tıp veya diş hekimliği fakültesi bulunan üniversitelerde, Sağlık Bakanlığının uygunluk görüşü üzerine Kurul kararı ile üniversite hastanesi kurulabilir.

(2) Üniversite hastanesi, rektörün görevlendireceği bir yardımcısının başkanlığında, sağlıkla ilgili fakültelerin dekanları, başhekim, hastane müdürü ve döner sermaye işletmesinin müdüründen oluşan yönetim kurulu tarafından yönetilir.

(3) Yönetim kurulu, hastanelerdeki eğitim, araştırma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ile gelir ve gider idaresine, insan kaynakları ve malzeme tedarikine yönelik kararları alır.

(4) İki ya da daha fazla üniversite hastanesi, birlik kurmak veya aralarında iş birliği oluşturmak suretiyle, tıbbi malzemelerle sair sarf malzemelerinin teminine ilişkin işlemlerin bir merkezden yapılmasını sağlayabilirler.

(5) Devlet üniversiteleri bünyesindeki hastanelerde, yönetim kurulu kararı ile, yardımcı sağlık hizmetlerinde ve idarî görevlerde, kadro şartı aranmaksızın ve ücretleri tamamen döner sermaye işletmesi gelirlerinden ödenmek üzere, 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre personel istihdam edilebilir.

(6) Üniversite hastanelerinin kalite ve standart denetimi Yükseköğretim Kurulunun Sağlık Bakanlığı ile birlikte belirleyeceği ilgili mevzuat hükümlerine göre yapılır.

(7) Üniversite hastanelerinin yönetimine dair diğer usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurul tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yükseköğretim kurumları ile hastaneler arasında iş birliği

Madde 23 (1) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile devlet yükseköğretim kurumlarının

ilgili birimleri arasında iş birliği yapılması 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hükümlerine tabidir.

(2) Vakıf ve özel yükseköğretim kurumları ile özel sağlık kuruluşları arasında tıp, diş hekimliği ve diğer sağlık bilimleri alanında eğitim öğretim, araştırma, uygulama ve sağlık hizmeti sunumu amacıyla iş birliği yapılabilir. Türkiye Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenen kriterler çerçevesinde bu yükseköğretim kurumları ile iş birliği yapan özel sağlık kuruluşları üniversite hastanesi olarak kabul edilir. Bu iş birliğinin şartları, usul ve esasları Kurul tarafından çıkarılan yönetmelikle düzenlenir.

Öğretim elemanlarının çalışma esasları

Madde 54- (1) Öğretim elemanları, üniversitede kadrolu veya sözleşmeli statüde görev yapar.

Döner sermaye

Madde 69 (6) Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elemanları adına her ne nam altında olursa olsun mesai saatleri içindeki hizmet karşılığında ayrıca ücret talep edilemez. Ancak mesai saatleri dışında verilen hizmetler karşılığında yükseköğretim kurumları, döner sermaye işletmesi adına, Sosyal Güvenlik Kurumunun belirlediği geri ödeme esaslarına uygun olarak hesaplanan tutarın üç katına kadar ek ücret alabilir. Bu kapsamda mesai dışında üretilen hizmetlerin aylık toplamı, mesai içi üretilen hizmetlerin toplamından fazla olamaz.

(26) Genel Sağlık Sigortası kapsamı dışındaki özel sağlık sigortası, özel kurum ve benzeri kuruluşlarla bir protokolle belirlenen anlaşma çerçevesinde sunulmuş hizmetler karşılığında alınacak ücretler, Sosyal Güvenlik Kurumunun ilgili işlemler için belirlediği ödemenin beş katını geçmemek kaydıyla üniversite yönetim kurulu tarafından belirlenebilir.

Türkiye Yükseköğretim Kurulu ile yükseköğretim kurumları öğretim elemanları ve diğer personeli ile ilgili disiplin hükümleri

Madde 72 (10) Yedinci fıkra kapsamına giren kişilerin (Yönetici, öğretim elemanı ve idari personel); c) Devlet yükseköğretim kurumlarında çalışan personelin serbest meslek icra etmeleri, tacir sayılmayı gerektiren faaliyette bulunmaları, şirket yöneticisi veya denetçisi olmaları,..... hallerinde, bunlara görevinden çekilmiş sayılma disiplin cezası verilir.

YÖK Yasa Taslağında üniversite hastaneleriyle ilgili hususlarda önerilerim

Prof. Dr. Tevfik Özlü



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalının Kurucusu ve Başkanı olan Özlü, halen KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliği ve KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezinin (HAHUM) Müdürlüğünü yürütmektedir. Aynı zamanda Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği'nin (HAKSAY) de başkanıdır. Bölgesel olarak yayınlanan gazetelerde, sağlık çalışanlarına dönük ulusal bir tıp gazetesinde, sağlıkla ilgili bir web sitesinde ve ulusal bir günlük gazetede (Sabah-Günaydın) köşe yazıları yazmaktadır. Dr. Özlü evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Üniversite hastaneleri, tıp fakültesi olan üniversitelerin uygulama ve araştırma merkezleri olarak kurulmuş, aynı zamanda sağlık hizmeti de veren kurumlardır. Üniversite hastanesinin üç çıktısı vardır: Eğitim, bilimsel araştırma ve sağlık hizmeti. Üniversite hastaneleri, birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet vermek üzere tıp fakültelerinden mezun edilecek olan hekim adayları; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hizmet vermek üzere yetiştirilen tıp fakültesi mezunu tıpta uzmanlık öğrencileri (asistanlar) ile hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri yetiştiren yükseköğretim öğrencilerinin uygulamalı eğitim alabilecekleri bir platform oluştururlar. Üniversite hastanelerinin bir diğer çıktısı da bilimsel araştırmalardır. Tıp fakültesinin öğretim elemanları (uzman, öğretim görevlisi, yardımcı doçent, doçent ve profesörler) da, ürettikleri bilimsel projelerini, çoğunlukla üniversite hastaneleri içerisinde ve bu hastanelerin alt yapılarını, tıbbi cihaz ve teknolojik olanaklarını kullanarak gerçekleştirirler. Üniversitelerin asıl işlevi, araştırma ve eğitimidir. Ancak üniversite hastaneleri, bu temel işlevlerini yerine getirirken, bir taraftan da topluma özellikli ve üst düzey sağlık hizmeti sunarlar. Üniversite hastaneleri, diğer hastanelerin kabul etmediği, teşhis koyamadığı, tedavi edemediği, yüksek riskli, komplikasyon gelişmiş hastaların kabul edildiği referans kurumlardır. Diğer bütün sağlık kurumları başa çıkamadıkları sorunlu olgularını üniversite hastanelerine göndermektedirler. Bu hastanelerde ülkemizin yetiştirdiği, her biri alanında yetkin, deneyimli uzman hekimler, eğitimcileri akademisyenler ve bilim adamları çalışmaktadır. Hastalarımız için zor günlerinde başvurulacak en ileri ve en son merkezler olarak halkımızın sağlık güvencesi konumundadırlar. Bu kurumların iyi çalışması, geliştirilmesi, bölgelerindeki sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde desteklenmesi gerekmektedir. Yeni YÖK Kanun Taslağı içerisinde üniversite hastanelerinin

sorunları çözüme kavuşturulmalıdır. Bu bağlamda taslaftaki üniversite hastaneleriyle ilgili maddeler hakkındaki görüş ve önerilerimi aşağıda arz ediyorum.

Taslaftaki üniversite hastanesinin kurulması ve yönetimi başlıklı 22 maddeyle ilgili eleştiri ve önerilerim:

2. Fıkra, “Üniversite hastanesi, rektörün görevlendireceği bir yardımcısının başkanlığında, sağlıkla ilgili fakültelerin dekanları, başhekim, hastane müdürü ve varsa döner sermaye işletmesinin müdüründen oluşan yönetim kurulu tarafından yönetilir.” yerine, şöyle olmalıdır:

“Üniversite hastanesi, rektörün ve/veya görevlendireceği bir yardımcısının başkanlığında, Tıp fakültesinin dekan ve dekan yardımcılarını ile başhekim ve başhekim yardımcılarını, hastane müdürü ve Rektörün uygun görmesi durumunda döner sermaye işletme müdüründen oluşan bir yönetim kurulu tarafından yönetilir.”

5. Fıkra, çok yerinde olup mutlaka korunmalıdır: “Devlet üniversiteleri bünyesindeki hastanelerde, yönetim kurulu kararı ile yardımcı sağlık hizmetlerinde ve idari görevlerde, kadro şartı aranmaksızın ve ücretleri tamamen döner sermaye işletmesi gelirlerinden ödenmek üzere, 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre personel istihdam edilebilir.”

22. Maddeye ilave edilmesini önerdiğim hususlar:

1. “Üniversite Hastaneleri, ürettikleri sağlık hizmetlerinin gereği olarak, aynı veya yakın/ komşu mekânlarda ilişkili (otopark, otel, restoran, kafe, vb.) yan işletmeler kurup işletebilirler.”

2. “Tıp Fakültesi Dekanı eğitimden sorumludur. Hastane işletmeciliği ve birim döner sermayesiyle ilgili yetki ve sorumluluk Başhekimdedir.”

3. “Akademik personel ve Dekanlık idari personeli dekanlığa; hastane personeli ve Hastane Müdürü başhekime bağlı olarak çalışır.”

4. “Üniversite hastanelerine, bu kurumlarda uygulamalı olarak yürütülen ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitimler için, her yıl genel bütçeden döner sermaye cirolarının 1/3'ü kadar yeterli kaynak aktarılır.”

5. “Üniversite hastanelerinin gelişimi ve desteklenmesi amacıyla, kurum içerisinde veya dışında dernek ve vakıflar kurulabilir.”

6. “Tıp Fakültesi ve sağlıkla ilgili diğer fakülte, yükseköğretim ve Meslek Yüksek Okullarından akademik personelin ihtiyaç durumuna göre Hastanede ve hastaneyle ilişkili birimlerde çalışmak üzere görevlendirilebilir. Görevlendirme, Başhekimin teklifi ve Yönetim Kurulunun uygun görmesiyle Rektör onayıyla olur. Görevlendirme yapılmayan akademik personel hastanede herhangi bir işte çalışamaz, sorumluluk üstlenemez.”

Taslaftaki yükseköğretim kurumları ile hastaneler arasında işbirliği başlıklı 23. Maddeyle ilgili eleştiri ve önerilerim:

23. Maddeye ilave edilmesini önerdiğim hususlar:

“YÖK bünyesinde üniversite hastanelerinin koordinasyonu, gelişimi ve sorunlarının çözülmesi amacıyla YÖK üyelerimizden biri başkanlığında Üniversite Hastanelerinin Başhekimlerinden oluşan bir kurul oluşturulur. Bu kurul asgari 6 ayda bir ve lüzum halinde daha sık toplanır. Kurul; Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı gibi sağlıkla ilgili Bakanlıklar ve bunlara bağlı SGK gibi kurumlar nezdinde üniversite sağlık kurumlarını temsil eder. Bu taraflar nezdinde oluşturulan komite ve çalışma gruplarına katılır. YÖK bünyesinde Üniversite Hastaneleriyle ilgili bir birim/ofis oluşturulur. Bu ofis söz konusu kurulun sekreteryasını üstlenir. Üniversite Hastanelerinin YÖK'le

yazışmaları bu birim/ofis üzerinden yapılır.”

Gerekeşi: Bugün üniversite hastaneleri maalesef sahipsiz durumdadır. Sağlık Bakanlığı kendi hastanelerini Kamu Hastaneleri Kurumu olarak tek çatı altında toplamış ve bir elden yönetmektedir. Ama üniversite hastanelerinin sorunları YÖK içinde görülememekte ve YÖK tarafından yeterince sahiplenilmemektedir. Her hastane, kendi başına sorunlarını çözmeye uğraşmaktadır. YÖK’ün, üniversite hastanelerinin durumunu, sorunlarını, taleplerini bilmesi, görmesi ve Sağlık Bakanlığı, SGK, Çalışma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı gibi kurumlar ve kamuoyu karşısında bu hastaneleri sahiplenmesi ve çözüm araması gerekmektedir.

Taslaktaki döner sermaye başlıklı 69. Maddesiyle alakalı eleştiri ve önerilerim:

6. Fıkra, “Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elemanları adına her ne nam altında olursa olsun mesai saatleri içindeki hizmet karşılığında ayrıca ücret talep edilemez. Ancak mesai saatleri dışında verilen hizmetler karşılığında yükseköğretim kurumları, döner sermaye işletmesi adına Sosyal Güvenlik Kurumunun belirlediği geri ödeme esaslarına uygun olarak hesaplanan tutarın üç katına kadar ek ücret alabilir. Bu kapsamda mesai dışında üretilen hizmetlerin aylık toplamı, mesai içi üretilen hizmetlerin toplamından fazla olamaz.” yerine, aşağıdaki gibi olmalıdır:

“Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elemanları adına her ne nam altında olursa olsun mesai saatleri içindeki hizmet karşılığında ayrıca ücret talep edilemez. Ancak mesai saatleri dışında verilen hizmetler karşılığında yükseköğretim kurumları, döner sermaye işletmesi adına Sosyal Güvenlik Kurumunun belirlediği geri ödeme esaslarına uygun olarak hesaplanan tutarın beş katına kadar ek ücret alabilir. Bu kapsamda öğretim üyesine aktarılabilecek olan mesai dışında üretilen hizmetler karşılığı aylık toplam ödeme, mesai içi üretilen hizmetlerin karşılığı ödenecek miktarın toplamından fazla olamaz.”

10. Fıkra, “Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın en az yüzde 5’i, üniversite bünyesinde veya yükseköğretim kurumu tarafından desteklenen ve başka kurumların bünyesinde yürütülen bilimsel araştırma projelerinin finansmanı için kullanılır. Bu tutar döner sermaye muhasebe birimince, tahsilâtı takip eden ayın yirmisine kadar ilgili yükseköğretim kurumu hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar, yükseköğretim kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili yükseköğretim kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi içinde yatırılmayan tutarların tahsilinde 6183 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.” yerine, aşağıdaki gibi olmalıdır:

“Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın en az yüzde 1’i, Tıp Fakültesi bünyesinde yürütülen bilimsel araştırma projelerinin finansmanı için kullanılır. Bu tutar döner sermaye muhasebe birimince, tahsilâtı takip

eden ayın yirmisine kadar ilgili Tıp Fakültesi Dekanlığının hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar, yükseköğretim kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili yükseköğretim kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi içinde yatırılmayan tutarların tahsilinde 6183 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.”

Gerekeşi: Bir birimdeki çalışanlar tarafından üretilen kaynağın, üretime katkıda bulunmayan kişiler tarafından tüketilmesi kabul edilebilir değildir. Döner sermayesiz birimlerdeki bilimsel çalışmalar için genel bütçeden özel kaynaklar aktarılmalıdır.

17. Fıkra, “Tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler ile yükseköğretim kurumlarında görev yapan öğretim elemanlarının kurum imkânları kullanılmaksızın bireysel olarak verdikleri hizmetler karşılığında döner sermaye hesabına tahsil edilen paradan pay alma hususunda onaltıncı fıkra hükümleri uygulanır. Bu kapsamda bulunan hizmetler ile öğretim elemanlarının kurum imkânlarını kullanılmaksızın verdikleri hizmetler karşılığında elde edilen gelirlerden dokuzuncu fıkra uyarınca yapılacak kesintilerin uygulanmasında asgari yüzde 15 oranı uygulanır.” yerine, aşağıdaki gibi olmalıdır:

“Tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler ile yükseköğretim kurumlarında görev yapan öğretim elemanlarının kurum imkânları kullanılmaksızın bireysel olarak verdikleri hizmetler karşılığında döner sermaye hesabına tahsil edilen paradan pay alma hususunda onaltıncı fıkra hükümleri uygulanır. Bu kapsamda bulunan hizmetler ile öğretim elemanlarının kurum imkânlarını kullanılmaksızın verdikleri hizmetler karşılığında elde edilen gelirlerden dokuzuncu fıkra uyarınca yapılacak kesintilerin uygulanmasında asgari **yüzde 5** oranı uygulanır.”

Gerekeşi: Bu tür projelerden yapılan %15 döner sermaye kesintisi, %5 bilimsel araştırma fonu kesintisi, %1 hazine kesintisi, %25 vergi şeklindeki kesintilerin yüksek olması, öğretim üyesinin eline geçen miktarı azaltmakta ve sanayiyle ortak proje yapma isteği kalmamaktadır. Üniversitedeki bilgi ve birikim; üretime, toplum yararına dönüştürülemez. Sanayiden talep edilen ücretler bu kesintiler dikkate alınarak çok yüksek tutulmakta, bu da sanayinin üniversiteden iş taleplerini engellemektedir. Ya da kayıt dışılık işlemektedir.

20. Fıkra, “Devlet yükseköğretim kurumlarında yöneticilere, aylıkları dışında döner sermaye ve diğer kaynaklardan yapılacak aylık ek ödeme tutarı hiçbir halde net maaşlarının iki katını geçemez.” tümüyle kalkmalı.

Gerekeşi: Yöneticileri adeta cezalandırıyor. Ayrıca, 69. Maddenin 13. ve 18. maddesi hükümleriyle çatışıyor.

23. Fıkra, “Onüçüncü, onsekizinci ve ondokuzuncu fıkraların kapsamındaki personele bu madde uyarınca her ay yapılacak ek ödemenin net tutarı, 375 sayılı Kanun Hükmünde

Kararnamenin ek 9’uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan ek ödemenin net tutarından az olamaz. Bu kapsamda ek ödmeden yararlanan personele ayrıca 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9’uncu maddesi uyarınca ödeme yapılmaz.” yerine, aşağıdaki gibi olmalıdır:

“Onüçüncü, onsekizinci ve ondokuzuncu fıkraların kapsamındaki personele bu madde uyarınca her ay yapılacak ek ödeme, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9 uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan **ve genel bütçeden yapılan ek ödemeye ilaveten hesaplanır. Ek ödemelerin genel bütçeden ödenen miktarı vergiden muaftır.**”

Gerekeşi: Döner sermayesiz kurumlarda çalışan memurların genel bütçeden aldıkları ek ödemeleri vergiye tabi değilken; döner sermayeli kurumlarda çalışanların döner sermaye gelirlerinden aldıkları aynı miktardaki ek ödemeleri vergiye tabidir. Bu apaçık bir haksızlık oluşturmaktadır. Kesilen kısım, fazla ödemeye tamamlansa bile, erken vergi dilimi artışına yol açarak döner sermayeli kurumda çalışanlar aleyhine bir haksızlığa neden olmaktadır.

69. Maddeye ilave edilmesini önerdiğim hususlar:

“Döner sermaye gelirlerinden yapılan ek ödemelerin emekliliğe yansması” sağlanmalıdır.

Maddelerden bağımsız, yasa taslağı içerisinde çözülmesi gerektiğine inandığım hususlar:

1. Öğretim üyesinin diğer kamu veya özel kurumlarda veya kendine ait işyerlerinde (muayenehanelerde) çalışması konusu, koşulları bu yasa içinde netleştirilmelidir.
2. Üniversite hastanelerinde, öğretim elemanlarının (öğretim üyesi ve araştırma görevlileri) eğitim ve araştırma görevleri dikkate alınarak, sağlık hizmetinin yürütülmesinde uzman hekimlerin görev alması için uygun koşullar (ücretlendirme, özlük hakları, çalışma koşulları, zorunlu hizmet kuralarına dâhil edilmesi, vb.) tanımlanmalıdır.
3. Akademik unvanlar kadroya bağlı olmalı ve üniversite dışında kullanılmamalıdır.
4. Yükseköğretim Genel Kurulunda, tüm üniversitelerden öğretim üyelerinin oylarıyla seçilen üyeler de yer almalıdır.
5. Yeni atanan Rektörle birlikte, üniversite üst yöneticilerinin (Genel Sekreter, daire başkanları, dekanlar, yüksekokul müdürleri, başhekim, vb.) görevi sona ermeli ve yeni atanan üst düzey yöneticiler de bir sonraki seçime kadar görev yapmak üzere Rektör tarafından 5 yıllığına atanmalıdır. Dekanlar, fakülte bünyesinde yapılacak teamül yoklamasında en çok oy alan üç adaydan birinin Rektör tarafından atanmasıyla atanabilir.
6. Öğretim üye ve öğretim elemanlarının aldıkları uzun ve zorlu eğitim, üstlendikleri önemli görev ve misyon ile meslek onurları dikkate alınarak, kalıcı ve makul bir ücretlendirme sistemi tanımlanmalıdır.

Sağlık sistem mühendisliği

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında veri madenciliği, insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 2003-2009 arasında 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 lider şirketlerden Compu Group Medical'de ARGE Direktörü olarak çalışmaktadır. Aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders veren Köse, evli ve bir çocuk babasıdır.

Sağlık sistemini yönetmek... Bu ifadedeki her kelimeyi tek başına ele alsak bile çok geniş ve derin anlamlar taşıdığı şüphesiz. Bir araya geldiklerinde ise, tahmin edileceği üzere dünyanın yönetilmesi en güç işlerinden birini ifade eder hale geliyorlar. Sağlık sistemini yönetmek, eğitilmiş ve nitelikli insanlar gerektirir. İhtiyaçları doğru gören, öncelikleri doğru belirleyebilen, değişim ve gelişimi doğru yönetebilen, insanını ve toplumunu tanıyan, kısaca “sağlık”, “sistem” ve “yönetme” konusunda uzman, ehliyetli insanlar... Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) tüm yapısını değiştirmeye hazırlandığı ve Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında radikal değişikliklerin olduğu şu günlerde, ülkemizdeki mevcut durumu ve dünyadaki gelişmeleri analiz ederek bu zor sürecin doğru yönetilebilmesi için neler yapılabileceği konusunda biraz kafa yoralım. Bunun için belki çok temel sayılacak; ama öncelikle yönetmenin temel argümanı olan “bilgi” ve “öngörü” ile yönetilmeye çalışılan “sistem” hakkında tanımlayıcı bir tahlil yapalım.

Verisiz bilgi, bilgisiz model, modelsiz öngörü mümkün mü?

DIKW Piramidi

Bilginin hangi bileşenlerden oluştuğu ve nasıl bir hiyerarşiye sahip olduğu konusunu modellemeye çalışan “bilgelik (wisdom) hiyerarşisi” veya “DIKW piramidi”

Şekil 1'de gösterilmektedir. Bu modele göre, veri, bilgi ve ilim, geçmişte elde edilen ve parçadan bütüne doğru sentez edilerek bir model oluşturan bileşenler iken; bilgelik, geçmişteki bilgilerden yola çıkarak geleceğe dair bir öngöründe bulunmaya imkân sağlayabilmektedir.⁽¹⁾

Burada, bağlam açısından parçadan bütüne doğru ilerlerken, anlayış açısından da araştırma, icra ve etkileşimden sonra modelin yansıtılmasına doğru ilerleyen gelişim seyri dikkat çekicidir. DIKW piramidi, bizlere ileriye dönük öngörü için hangi alt bileşenlerin olması gerektiğini gösteriyor olsa da, öngöründe bulunabilmek için, hangi verilere ihtiyaç duyulacağı ve nasıl sentezleneceği temsil edilememektedir. Bu, ilgili alanda çalışan zeki unsurların yani, insanların yapması ve başarması gereken kısım olarak ortadadır. Bir konuda öngöründe bulunabilmek için ise, ortada davranışları modellenen bir “sistem” olması gerekir. Burada, mutlaka deterministik bir yapıdan değil, kimi zaman içinde stokastik (rastsal) süreç ve yapıları da barındırabilen ama bir şekilde “model-lenebilen” sistemlerden bahsediyoruz.

Sistem

Tam burada bir kavramı daha formal olarak tanımlamaya ihtiyacımız var: Sistem. Sistem, birbirleriyle etkileşen veya ilişkili olan, bir bütün oluşturan soyut veya somut bileşen veya varlıkların belirli sınır koşullarında bir araya gelmiş bileşkesidir.

Bu anlamda sistemlerin genel karakteristiği şu şekildedir:

- Sistemlerin bir yapısı (structure) vardır.
- Sistemlerin davranışı (behaviour) söz konusudur.
- Sistemlerin, alt bileşenleri arasında ilişki veya bağlantılar söz konusudur.

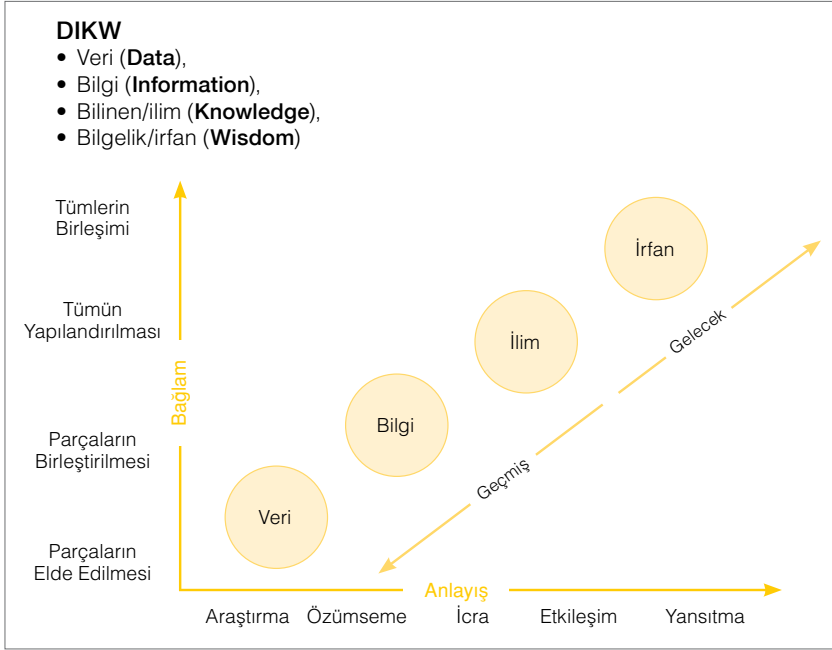
O halde, bir sistemin davranışı hakkında marifet sahibi olmak ve davranışları hakkında öngöründe bulunabilmek için, söz konusu sistemin, yapısını, davranışını ve bileşenlerinin kendi aralarında ve dış sistemlerle olan etkileşimini yeteri kadar veri ile ve yeteri kadar süre boyunca analiz etmek gerekecektir.

Bilgi sistemleri ve elementleri

Konuyu biraz daha bilişim perspektifine yaklaştıralım ve bilgi işleyen sistemlerin hangi elementlerden oluştuğunun altını çizerek analizimize devam edelim:

- Girdi (input) ve çıktı (output)
- İşlemci (processor), işlem, program veya süreç
- Kontrol (control)
- Çevre (environment)
- Geri besleme (feedback)
- Sınır koşulları (boundaries) ve ara yüzler (interfaces)

DIKW ile bilginin hiyerarşisini anlayıp, ardından bilgi işleyen sistemlerinin elementlerini sıraladıktan sonra, gü-



Şekil 1: DIKW Piramidi

nümüzde yaygın kullanıma sahip “bilgi sistemleri”nin formal tanımını verebiliriz: Bilgi sistemleri (information systems), toplum ve organizasyonlar için, bilginin elde edilmesi, işlenmesi, saklanması, dağıtılması ve kullanmasını kapsayan, stratejik, yönetsel ve işletimsel aktivitelerle ilgili akademik ve profesyonel bir disiplindir. Görüleceği üzere, bilgi üzerine inşa edilen bir sistemin merkezinde bilgi yer almaktadır ve üretilmesinden, güvenli şekilde paylaşımına ve hatta imhasına kadar tüm süreçler bilgi sistemlerinin kapsam alanındadır. Bilgi sistemleri ile yaygın şekilde birlikte veya birbirinin yerine kullanılan bir diğer kavramı, “bilgi teknolojileri”ni de tam burada tanımlamakta ve aralarındaki farkı vurgulamakta fayda var. Teknoloji kelimesindeki “tekno” ifadesi, “art” ile yani sanat ve yöntem kelimeleriyle eş anlamlıdır. Bu durumda teknoloji, yöntem bilim anlamına gelmektedir. Bilgi teknolojileri ise, yine merkezinde bilgi olan yöntemler ve teknikler bütünü olarak kısaca tarif edilebilir. Daha formal tanımlayacak olursak bilgi teknolojileri, bilgisayarları (bilgi işleyen sistemleri), bilgisayarla ilişkili veri, bilgi ve anlam işlemine dair sistemleri ve yazılımları, planlama, tasarlama, geliştirme, test etme, dağıtımını yapma, destekleme ve işletmeye dair kullanılan teknolojilerdir, yani yöntemler bütünüdür. Görüleceği üzere, ortak kümesi “bilgi” olan bu iki kavramdan biri sistemle, diğeri de yöntemle ilgilenmesi açısından farklılık gösteren iki kavramdır. Konuyu, genel anlamda bilgiden, medikal bilgiye ve medikal enformasyona taşırsak, karşımıza medikal enformatik kavramı çıkacaktır. Şimdi onun tanımına bakalım: Medikal enformatik, başka bir deyişle sağlık enformasyon bilimi, bilgisayar bilimleri ve

tıp alanları arasında ortak bir disiplindir. Sağlık alanında bilginin elde edilmesi, saklanması ve kullanılmasını sağlayacak ve optimize edecek kaynaklar, cihazlar ve yöntemlerle ilgilidir. Sağlık enformatiği araçları sadece bilgisayarlardan ibaret olmayıp, klinik kılavuzlar, formal tıbbî terminolojileri, kodlama, numaralandırma ve sınıflama sistemleri ile bilgi ve iletişim teknolojilerini de kapsayacak kadar genişir.

Sağlık sistemi yönetimi

DIKW hiyerarşisi, sistem, bilgi sistemleri, bilgi teknolojileri ve medikal enformatik... Bu kavramlar bize yazımızın başında belirttiğimiz “sağlık sistemini yönetmek” ile ilgili analizler yapabilmemiz için önemli bir zemin kazandırmaktadır. Nitekim yönetilmeye konu olan bir “sistem” öncelikle modellenmelidir. Modelleyebilmek için ise, sistemin karakteristiğine (yapısına, bileşenlerine ve davranışlarına) ve elementlerine (girdi, çıktı, işlemci, kontrol, ara yüz, vb.) dair yeterli ve bütüncül bilgiye sahip olmalıyız. Bu şekilde modelleyebildiğimiz ve hakkında marifet (wisdom) sahibi olduğumuz bir sistemin, geleceği hakkında artık öngöründe bulunmaya ve gerçek anlamda “yönetmeye” başlayabiliriz. Ancak “sağlık” alanı, sistem yönetimine bambaşka boyutlar kazandıran bir öğedir. Öyle ki, sağlıkla ilgili bir sistemde, sistemin karakteristiği ve elementleri ile ilgili bildiğimiz pek çok şey yeniden tanımlanmaya muhtaç hale gelmektedir. Nitekim sağlık sisteminin en temel çıktısı insan sağlığıdır ve tek başına bu bile onu diğer sistemlerden çok daha farklı ele almamız için yeterli bir gerektir. Sağlık sistemlerinde girdi/çıktı, bileşenler arasındaki ilişkiler, kontrol mekanizmaları, sınır koşulları, geri

Bırakın hastane kampüslerini, sıradan bir hastanede dahi, hastaneyi başhekimin mi, yoksa hastane müdürünün mü yöneteceğinin tartışılıyor olması, konuyu hala meslek ve meşrep taassubu çerçevesinde ele aldığımızı göstermektedir. Örneğin hastane müdürleri, belki çok farklı alandan gelebiliyorlar, ama bunların çok azı sağlık sistem mühendisliğine yakın bir alana tekabül ediyor. Doktorlar ise konuya neredeyse tamamen yabancı.

besleme, kaynak yönetimi... Ve daha pek çok konu, diğer sistemlerden oldukça farklı karakteristik gösterir.

Sağlık sistem mühendisliği

Bütün bunlar, “sağlık sistemi yönetiminin” sadece bir modelleme ve öngörüsül yönetim konusu değil, karmaşık bir sistem yönetimi konusu olduğunu göstermektedir. Sistem yönetimi ise mühendislik alanına giren bir konudur. Nitekim Amerikan Mühendisler Konseyi’nin tanımına göre mühendislik; “bilimsel prensiplerin tek başlarına veya bir arada, alet, malzeme, yapı, makine, süreç ve sistem tasarlamak ve geliştirmek için uygulamaya geçirilmesi ve yine bu prensiplerin, sistemsel davranışlarının belirli şartlar altındaki davranışlarının tahmin edilmesi (modellenmesi) ve tahmin edilmesi suretiyle, süreçlerin daha ekonomik, insan hayatı ve eşyanın daha güvenli hale getirilmesi için kullanılmasıdır”.⁽²⁾ Mühendislik, yüzyıllardır bilimsel prensiplerin insan hayatına faydalı olabilmesi için çok sayıda çıktı üretmiştir. Yaşadığımız evden, kullandığımız araca; kıyafetimizden, yediğimiz gıdaların üretimine, bilgisayarımızdan, cep telefonumuzu ve internete kadar hayatımızın her alanında mühendislik ürünleri ve süreçleri vardır. Tüm bunların geliştirilmesinde mühendisliğin temel fonksiyonu, yeni teknolojilerin geliştirilmesi, var olan teknoloji ve bilimsel



Dünyadaki gelişen bilimsel gerçekleri de arkamıza alarak şöyle söyleyebiliriz: “Sağlık sistem yönetimi ve mühendisliği, doktorlara bırakılmayacak kadar önemlidir!” Doktorlar ve sağlık yöneticileri, mühendisliğin onlarca yıldır farklı alanlarda kullanageldiği başarılı yöntemleri ne zaman keşfedecekler, merak ediyorum.

prensiplerin yeni sistemler üretilmesi için uygulamaya geçirilmesinde aracı olmaktadır. Bu açıdan, “hangi alanda bilimsel prensiplerden yararlanılmak isteniyorsa, o alanda mühendislik çalışmasına ihtiyaç vardır” diyebiliriz.

Şimdi yazımın ilk cümlesine dönelim ve “sağlık sistemi yönetimi” ifadesini hatırlayalım. Görülecektir ki, aslında sağlık sistem yönetimi, yüzlerce yıldır geliştirilmekte ve kullanılmakta olan bilimsel prensiplerden yararlanılmadan yapılması mümkün olmayan bir problemdir, dolayısıyla bir mühendislik konusudur. O halde, bu disiplini “sağlık sistem mühendisliği” olarak ifade etmemiz son derece yerinde bir niteleme olacaktır. Açıkçası, her ne kadar yazımın başından itibaren, bilgi, sistem, bilgi sistemleri, bilgi teknolojileri, medikal enformatik, mühendislik vb. kavramları

açıklayarak sağlık sistem yönetiminin bir mühendislik konusu olduğunu analitik bir biçimde ortaya koymaya çalışmış olsak da, bu ifade dünyada çoktan beri yaygın kullanılmaya başlamış bir ifadedir. Nitekim sağlık sistem mühendisliği ifadesi ilk defa 70’lerin sonlarında literatüre girmiştir.⁽³⁾ Sağlık sistem mühendisliği, özelde sağlık işletmelerini ve genelde de sağlık sisteminin tamamını karmaşık sistemler olarak kabul eder ve gelişmiş mühendislik yöntemlerinin bu sistemler üzerinde uygulanmasını hedefler. Bu yöntemlerden başlıcaları arasında, karar verme, kaynak yönetimi, tedarik yönetimi, planlama ve kuyruk problemleri, optimizasyon, bilgi keşfi (knowledge discovery), insan faktörü mühendisliği, kalite mühendisliği, haberleşme ve bilgi teknolojileri sayılabilir. Mühendislik disiplinleri içerisinde bu yöntemlerin yaygın şekilde uygulandığı, endüstri mühendisliği ve yönetim/işletme mühendisliği gibi alanlar mevcut olsa da, bu yöntemlerin sağlık işletmelerinde ve sistemlerinde uygulanıyor olması nedeniyle, bu alanda çalışan mühendisler, sağlık sistem mühendisi olarak isimlendirmeyi hak etmektedir.

Akademik eğitimde sağlık sistem mühendisliği

Dünyada sağlık sistem mühendisliği alanında uzun zamandır lisans ve lisansüstü eğitim veren pek çok üniversite ve enstitü vardır. Örneğin, Massachusetts Institute of Technology (MIT), Sistem Mühendisliği segmenti altında Sağlık Sistem Yönetimi alanında lisansüstü eğitim veren en önemli enstitülerdendir.⁽⁴⁾ Yüksek lisans programı düzenleyen diğer bir Amerika Birleşik Devletleri (ABD) üniversitesi de Lehigh Üniversitesidir.⁽⁵⁾ Mühendislik, iletme, matematik gibi lisans bölümlerinin mezunlarına açık olan bu program, 30 saatlik krediden oluşuyor ve içerisinde, kalite ve süreç iyileştirme, finansal yöne-

tim, bilgi teknolojileri yönetimi, simülasyon, optimizasyon modelleme, stokastik (rastsal) modeller ve uygulamaları, vb. pek çok alanda dersler içermektedir. Bu alandaki lisan üstü eğitim veren diğer bir üniversite de University of Southern California (USC)’dir.⁽⁶⁾ Burada da 34 saatlik krediden oluşan benzer kapsamda bir program uygulanmaktadır. ABD Boston’da bulunan Northeastern Üniversitesi (NEU), 30 yılı aşkın bir zamandır bu alanda eğitim vermektedir.⁽⁷⁾ NEU, bu alandaki çalışmalarını anlattığı programında, süreçlerin iyileştirilmesinde temel yöntemlerin yetersiz olduğunu ve iyileştirme oranının %70’lerin üzerine çıkartılabilmesi için sistem mühendisliği disiplinine mutlaka ihtiyaç duyulduğunu iddia etmektedir.⁽⁸⁾ Bu üniversiteleri araştırırken dikkatimi en çok çeken ise, NEU’da sağlık sistem mühendisliği alanında post-doktora yapan uzmanların çoğunluğunun Türk olmasıydı.⁽⁹⁾ Bu alanda daha pek çok üniversite referans edilebilir.^(10, 11, 12) Ancak bu kadari, dünyada sağlık sistem yönetiminin bir mühendislik konusu olarak görüldüğünü anlatmaya yeter diye düşünüyorum.

Türkiye’de yükseköğrenim ve sağlık sistem mühendisliği

Ülkemizde, sağlık sistem mühendisliğine yakın görünen bazı lisans ve lisansüstü programlar mevcuttur. Bunlardan lisans ve yüksek lisans programlarına sahip olan “sağlık yönetimi”, ders müfredatlarında, karar alma, optimizasyon, vb. mühendislik yöntemlerine yer vermekle birlikte, meseleyi bir mühendislik konusu olarak ele almaktan uzak görünmektedirler. Sağlık sistem mühendisliğine yakın görülen ve son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan diğer bir disiplin de sağlık enformatiğidir. Ancak yazımın başında kavramsal tanımını verdiğimiz üzere, enformatik de bir mühendislik alanı değildir ve sistem yönetimi alanına giren

genel mühendislik tekniklerini yönetim amaçlı kullanmaya talip olmamaktadır.

Yeni YÖK Yasası, ülkenin orta ve uzun vadeli plan ve stratejileri açısından doğru uzmanlık alanlarının belirlenmesi konusunda mutlaka bilimsel bir zemin sağlamalı diye düşünüyorum. Aksi halde, sağlık sistemi konusunda dünyada iddialı ülkeler arasına girmeyi hedeflediğimiz şu dönemde, zaten dünyadan geri kaldığımız bu gibi alanlarda yeteri kadar uzman yetiştiremediğimiz için elde ettiğimiz gelişme eğrisini sürekli kılmak ve değişimi yönetebilmek konusunda başarısız olacağız.

Burada yapılması gereken, ülke hedefleri ile uyumlu şekilde sağlığın bir sistem olarak algılanması ve sağlık kurumlarında ve sağlık politika kurulunda çok sayıda sağlık sistem mühendisinin barındırılmasıdır. Belki bir süre bu alandaki uzman açığı diğer bazı mühendislik bölümlerinden (endüstri mühendisliği, işletme mühendisliği, vb.) telafi edilebilir, ama kesin çözüm en kısa zamanda uygun bölümlerin açılması ve nitelikli insanların yetiştirilmesidir. Bunun başlaması için de öncelikle farkındalığın artması gerekecektir.

YÖK'ün atabileceği bir diğer önemli ve faydalı adım da, yüksek lisans, doktora ve doktora sonrası çalışmalarda bulunan öğrenci ve akademisyenlerin, üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde araştırmalarıyla ilgili çalışma yapmalarını kolaylaştırmak olacaktır. Yurt dışında Sağlık Sistem Mühendisliği konusunda doktora sonrası çalışma yapan pek akademisyenin, doğrudan hastanelerde çalışma yapıyor olması oldukça ilgi çekiciydi. Benzer şekilde YÖK, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerimiz ve hatta Sağlık Bakanlığı gibi daha merkezi kurumlarda yüksek lisans, doktora öğrencileri ile doktora sonrası araştırma yapan akademisyenler için süreli ve araştırma konularına bağlı kadrolar ihdas edebilir. Böylelikle bu kurumlar sorumlu oldukları alanda sağlık sistemini yönetmek üzere çözmeye çalıştıkları problemleri stratejik planlarında ilan ederler veya başka kanallarla duyururlar. Böylelikle, bu alanlarda çalışma yapman veya yapmayı düşünen akademisyen ve öğrenciler bu kadrolara başvururlar ve hem kendi çalışmalarını doğrudan sahada yerine getirmiş olurlar; hem de ilgili kurum kendi ihtiyacını, bilimsel çalışmaları en yakından takip eden ve ilgili problemle ilgili en yetkin kişilerden destek almış olur. Aslında bu yaklaşımın sadece sağlık alanına değil, diğer sektörlerde de karşılığı olması durumunda sürekli eksiklikten şikâyet ettiğimiz üniversite-sanayi işbirliği konusunda önemli bir adım atılmış olur.

Sağlık Bakanlığı ve sağlık sistem mühendisliği

Yükseköğretimde sağlık sistem mühendisliği konusunda ortaya koyulabilmiş çözümler, şimdilik bu kadar görünmemektedir. Ancak sağlık sisteminin ana aktörü olan Sağlık Bakanlığı, bu sistemi daha etkin kullanabilmenin yollarını aramaktadır. Nitekim 2012 yılında çıkardığı yeni teşkilat yasasında, Sağlık Politikaları Kurulu adında bir kurul teşkil etmiştir ve göre tanımları arasında şu ifadeye yer vermiştir: "Sağlık Politikaları Kurulu, Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile Müsteşar ve Müsteşar Yardımcılarından meydana gelir". Kanunda, yönetilmesi gereken mefhumun bir "sistem" olduğunun özellikle vurgulanması ve "sağlık sistem yönetimi" ifadesinin kullanılması kesinlikle ileri görüşlü bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, bu sistem yönetimi acaba hangi eğitimi almış kişilerle yapılacaktır, açıkçası endişelenmemiz gereken nokta budur.

Sağlık Bakanlığının Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturduğu, hastane kampüsleri inşa ettiği, PPP projelerinin hız kazandığı, teşkilat yapısında yatay ve dikey olarak radikal değişikliklerin yapıldığı şu dönemde, kanaatime göre en önemli eksikliğimiz, neyi yöneteceğinin farkında olan, gerekli yönetsel bilgi ve tekniğe sahip eğitilmiş kadro eksikliğidir. Bırakın hastane kampüslerini, sıradan bir hastanede dahi, hastaneyi başhekimin mi, yoksa hastane müdürünün mü yöneteceğinin tartışılıyor olması, konuyu hala gerekleri açısından değil, meslek ve meşrep taassubu çerçevesinde ele aldığımızı göstermektedir. Örneğin hastane müdürleri, belki çok farklı alandan gelebiliyorlar, ama bunların çok azı sağlık sistem mühendisliğine yakın bir alana tekabül ediyor. Doktorlar ise konuya neredeyse tamamen yabancı. Buna rağmen, tıp uzmanlıkları onları potansiyel yönetici adayı yapmaya yetiyor ve göreve geldiklerinde de yönetsel açıklarını belirli bir ölçüde kapatmaya yetebiliyor. Hazır doktor yöneticilerimizden bahsetmişken, bir yaraya parmak basmak istiyorum. Doktor yöneticilerimiz, mühendisliğin sağlık kurumlarımızda yerinin, sağlık bilşimi ve sağlık bilgi sistemleri ile ve hatta bazen teknik destek ile kısıtlı zannedebiliyorlar. Bu yöneticilerimizin mühendisliğe bakışlarını ciddi şekilde sorgulamaları gerektiğini düşünüyorum. Bu yöneticilerimizin bazıları, kendi alanlarındaki uzmanlıklarının ve toplumdaki statülerinin kazandırdığı özgüven ile bazen "bilşim, mühendislere bırakılmayacak kadar önemlidir" diyebiliyorlar. Bu ifadeyi söyleyenin, konuyla ilgili bilgi eksikliği ve meslek taassubu olduğunu gözlemlediğim

durumlarda, muhatabın bilgi ve vizyon eksikliğini gidermeye gayret etmişimdir. Ama doktorlar arasında hızla yayılan bu jenerik ifadeyi, meslek taassubu ile değil de "konunun multidisipliner yönüne vurgu yapmak için" yapıcı bir niyet ile söylediklerini kabul edersek, aynı niyet ve bakış açısıyla ve hatta dünyadaki gelişen bilimsel gerçekleri de arkamıza alarak biz de şöyle söylebiliriz: "Sağlık sistem yönetimi ve mühendisliği, doktorlara bırakılmayacak kadar önemlidir!" Doktorlar ve sağlık yöneticileri, mühendisliğin onlarca yıldır farklı alanlarda kullanageldiği başarılı yöntemleri ne zaman keşfedecekler, merak ediyorum.

Hatta bir nükte daha eklemek gerekirse, şu yeni CEO unvanına atf yapmak yerinde olur. Malum, Kamu Hastaneler Birliği genel sekreterleri için yönetici olarak atanan ve büyük çoğunluğu hekim olan yöneticilerimiz için medyada CEO yakıştırması yapıldı ve bu sıfat büyük ölçüde kabul gördü. Acaba işletme, satış-pazarlama (veya satınalma), kaynak planlama, proje yönetimi, optimizasyon, finans yönetimi, kalite yönetimi, süreç yönetimi, sistem yönetimi, risk yönetimi, değişim yönetimi, vb. pek çok disiplini asgari düzeyde dahi olsa bilmeyen bir yönetici, özel sektörde CEO olabilir miydi? Ve bu konularda kendisini uzman görebilen kaç yöneticimiz var? Evet, acilen sağlık sistem mühendisleri aranıyor...

Kaynaklar

- 1) Jennifer Rowley, *The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy*, *Journal of Information Science*, April 2007 vol. 33 no. 2, 163-180
- 2) The American Engineers' Council for Professional Development (ECPD, yeni adıyla ABET- Accreditation Board for Engineering and Technology), <http://www.abet.org> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 3) Saxton GO, *Health systems engineering*, *Dimens Health Serv.* March 1979, vol. 56 no 3, 18.
- 4) <http://esd.mit.edu/hcs/default.htm> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 5) <http://www.lehigh.edu/ise/hse.html> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 6) <http://gapp.usc.edu/graduate-programs/masters/industrial-systems-engineering/health-systems-management> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 7) <http://www.coe.neu.edu/healthcare/> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 8) http://www.coe.neu.edu/healthcare/pdfs/NU_HSE_program_jb.pdf (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 9) <http://www.coe.neu.edu/healthcare/people/postdocs.html> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 10) Arizona State University, <http://engineering.asu.edu/sbhse/> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 11) North Caroline State University, <http://www.ise.ncsu.edu/partnersoutreach/research/health-systems.php> (Erişim tarihi: 12.11.2012)
- 12) University of Missouri-Columbia, <http://hse.missouri.edu/> (Erişim tarihi: 12.11.2012)

Hekimlerin özlük hakları karmaşası

Prof. Dr. Mahmut Müslümanoğlu



1960 yılında İstanbul'da doğdu, Kabataş Erkek Lisesini bitirdi. 1983 yılında İstanbul Üniversitesi (İÜ) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1985 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nde Genel Cerrahi Uzmanlık eğitime başladı, 1989 yılında 6 ay süre ile İngiltere'ye gönderildi. Gastrointestinal, hepato-bilier ve kolo-rektal cerrahi konularında çalıştı. 1990-95 yıllarında İ.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahide Başasistan olarak çalıştı, 1995'de doçent oldu, 2000 yılında Profesörlüğe atandı. 2 yıldır İstanbul Tıp Fakültesinden görevlendirme ile Bezmîâlem Vakıf Üniversite'nde görev yapmaktadır.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde, hakkında en çok spekülasyon yapılan mesleklerin başında hekimlik mesleği geliyor. Tıp doktorlarının mesleki ve sosyal hayatları; ilgili, ilgisiz herkes tarafından tartışma konusu yapılabiliyor. Hekimlerin bu durum karşısında mesleki saygınlıklarının zarar görmesi yönünde bir algıya kapılmaları hiç de yadsınmamalı. Nitekim hekimlere yönelik sosyal baskının yer yer fiziksel şiddete dönüşmesi de toplumsal algının negatif yönde olduğunu düşündürüyor. Diğer yandan, anlaşılması güç bir biçimde, hekimlik mesleğine yönelik talep her geçen gün artıyor. Örneğin, 2012 yılı öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) Sınavında ilk 10 binde yer alan öğrencilerin en sık tercih ettikleri bölüm tıp fakülteleri oldu. Bu paradigmayı açıklamak gerçekten güç. Neyse ki, bu makalenin konusu bu değil. Hekimlerin özlük haklarındaki karmaşanın ortaya konmasını konu edinen bu makale, asıl büyük sorunun çözülmesine bir miktar katkı sağlayabilir.

Hekimlerin özlük haklarında geçmişten gelen yetersizlikler zaten mevcutken son yıllarda çıkarılan yasa ve yönetmelikler, bunların üzerine bir de karmaşa sorununu ekledi. Öncelikle, özlük haklarını tartıştığımız hekim popülasyonunu sayılarla ortaya koymak yararlı olabilir: Son yapılan araştırmalara göre Türkiye'de 118 bin doktor görev yapıyor. Bu doktorlardan 68 bin 952'si Sağlık Bakanlığı'nda, 26 bin 258'i üniversite hastanelerinde, 23 bini ise özel hastane ve birimlerde görev yapıyor.

2006 yılı Ocak ayında yürürlüğe giren yasa ile SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle Türkiye'de tıp eğitiminde üç aktör kaldı: Devlet üniversiteleri, vakıf üniversiteleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH). Üniversiteler uzmanlık öncesi ve uzmanlık sonrası eğitimi verirken EAH'lar sadece uzmanlık sonrası eğitimi üstlenmiş durumdalar. Her yıl sayısı

artmakla birlikte ülkemizde 104'ü devlet, 62'si vakıf olmak üzere bugün 166 üniversite faaliyet gösteriyor. Bunların 64'ünde (54 devlet, 10 vakıf) tıp fakültesi mevcut. EAH'ların sayısı ise 70 civarında. Tıp eğitiminde rol alan bu üç kurumun iç dinamikleri belirgin farklılıklar içeriyor. Bu farklılıklar da doğal olarak hekimlerin özlük haklarına yansıyor.

Önce üniversitelerin yapısını karşılıklı olarak irdelemekte yarar var: Vakıf üniversitelerinin yönetim yapısı, akademik ve idari olmak üzere ikiye ayrılır. Vakıf üniversitelerinde akademik yapı, devlet üniversitelerinin akademik yapısında uygulanan yasal hükümlere tabidir. Akademik yönetim aynen devlet üniversitelerinde olduğu gibi fakültelerde fakülte kurulu ve fakülte yönetim kurulu, üniversitelerde senato ve yönetim kurulu aracılığıyla 2547 Sayılı Kanun ve ilgili yönetmelik hükümlerine göre icra edilir.

Vakıf üniversitelerinin yönetimini devlet üniversitelerinden ayıran en önemli konu, idari yönetimde temel yetkilerin mütevelli heyete ait olmasıdır. Vakıf üniversitelerinde öğretim elemanları sözleşme usulü ile çalıştırlarından, mütevelli heyet, öğretim elemanlarının göreve alınması, ücretlerinin tespiti, üniversite harcamalarının belirlenmesi ve genel olarak bütçesinin oluşturulması suretiyle parasal yetkiyi kullanma görevini yürütür. Rektör, mütevelli heyetin doğal üyesi olmakla birlikte, genelde, mütevelli heyet tarafından alınan kararların uygulayıcısı konumundadır.

Mütevelli heyetin en önemli yetkilerinden biri, üniversite rektörünün belirlenmesidir. Vakıf üniversitelerinin, devlet üniversitelerinden belki de en önemli farkı, rektörün seçilme yöntemidir. Uygulamaya göre, mütevelli heyet, rektör adayını belirleyerek “olur” almak üzere Yükseköğretim Kurulu'nun olumlu görüşüne başvurmakta, rektör seçiminde Cumhurbaşkanlığı'nın onayı gerekmemektedir. Oysa Anayasada yer alan(Madde:130/6) özel hüküm uyarınca vakıf üniversitesi rektörlerinin de Cumhur-

başkanınca atanması hukuki bir sorumluluk olmaktadır.

Mütevelli heyet, rektör adayını belirleme ve üniversite tüzel kişiliğini temsilin yanında, dekanlar ve enstitü müdürleri gibi, bütün yöneticileri atama yetkisini de üzerinde taşımaktadır. Öte yandan devlet üniversitelerinde dekanların ataması Yükseköğretim Kurulu tarafından yapıldığı halde, bugünkü uygulama biçimiyle vakıf üniversitelerinde, atamadan önce Yükseköğretim Kurulu'nun olumlu görüşünü almak zorunda olduğu tek yönetici rektördür. Dekan formalite icabı YÖK den onaylanır.

EAH'lar uzmanlık öncesi tıp eğitiminde rol almayıp sadece uzmanlık sonrası eğitim verdikleri için YÖK ile ilişkili olmayıp tamamen Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerine bağlı olarak çalışırlar. Bu birimlerde görev yapan hekimler akademik unvana sahip olsun ya da olmasın devlet memuru statüsünde çalışır ve bu yasa kapsamındaki özlük haklarından yararlanırlar.

Şüphesiz, her üç kurumdaki ortak sorun, görece yeni olan performansa dayalı çalışma düzenidir. Bu düzenin ulusal sağlık sisteminde rutin dediğimiz bazal hizmete ulaşımı arttırmıştır, yani fason hizmet veren konfeksiyon atölyesi yada fast food satan dükkan hizmetidir. Bu sistemde hedef daha çok hasta ve buna bağlı (laboratuvar-görüntüleme-az yatış-maliyeti düşük işlemler-daha çok poliklinik hizmeti vb.) hizmet üretmeyi teşvik etmekte, gelirin önemli kısmını poliklinik hizmeti oluşturmaktadır. Eğitim, araştırma gibi öncelikli görevi olan kurumlar kendilerini döndürebilmek için bazal hizmet üretim yarışına girmişler hastaneler ciroları-poliklinik sayıları, acil sayıları ve gelirleriyle ölçülür olmuşlardır. Hangi hastanenin, performansa dayalı ne kadar ek ödeme verdiği dikkate alınarak TUS tercihleri yapılmaya başlanmıştır. Hedefi para geliri olan sistem ortaya çıkmış, geçim derindeki hekimler de bu sistemin bir parçası olma durumunda

kalmışlardır. Bu uygulamanın doğal bir sonucu olarak başta eğitim-araştırma ve hizmet kalitesi olmak üzere uzman-öğretim üyesi; asistan-öğrenci ve hasta açısından birçok konuda ciddi ve ortak sorunlar ortaya çıkmış, mevcut sorunlar derinleşmiştir. Bu konuda üniversiteler ve YÖK eğitim-araştırmanın önemini-performans karşılığını ortaya koyamamış, savunmasını yapamamış, önemini anlatamamıştır. Temel anlayış; hasta hizmeti, ücretlendirme de buna bağlı olunca eğitimcinin (Doç. Prof.) değeri daha da dipleri vurmuştur.

Eğitim veren kuruluşlar üniversiteler ve EAH'lardır.

1- EAH Hastaneleri:

E (eğitim) ve A (araştırma) işini bırakmış hizmet performansına yönelmiştir, akademik bilgi açısından kendilerini geliştirmek, uzmanlık öğrencilerine bilgi ve deneyimlerini artırmak için zaman bulamamaktadırlar. En yüksek alan hastanede: (asistan-uzman sayısı az- geliri yüksek)

Uzman maaşı: 2161 TL, sabit döner sermaye ek ödemesi:1300, TOPLAM: 3461TL
Performansa dayalı ilave ek ödeme (performans) 6058 TL, TOPLAM: 9519 TL

Eğitim sorumlusu maaşı: 2400 TL, sabit döner sermaye ek ödemesi 1431, TOPLAM: 3831 TL

Performansa dayalı ilave ek ödeme: 7985 TL, TOPLAM: 11823 TL

Yukarıda en yüksek rakamlar konu edilmiştir. İstanbul'da ise genel olarak performansa dayalı ek ödeme, 1500TL- 4.000 TL arasında, ortalama 2500 TL'dir.

EAH'lardaki yeni uygulama kapsamında şeffik sistemi ortadan kalkmış eğitim ve idari sorumlu görev tanımları uygulamaya girmiştir. Her ne kadar sistem henüz oturmamış ve eski sisteme ait uygulamalar kısmen de olsa devam etse de, yeni sistem EAH'lardaki hekimlerin özlük haklarında etkin bir iyileştirme sağlamayacaktır.

2- Vakıf üniversite hastaneleri:

İki kısımdır. İlki Vakıflar Genel Müdürlüğüne bağlı mazruf vakıfların kurduğu vakıf üniversiteleri (Bezmiâlem gibi), ikincisi yeni vakıfların açtığı vakıf üniversiteleri. Bunlardan ikinci grupta yer alanların çoğu vakıf üniversitesi kimliği altında özel üniversite olma uğraşı vermektedir.

Bu üniversitelerin işlettiği hastanelerde de farklılıklar göze çarpmaktadır. Bir kısmında ana hizmet SGK üzerinden yürütülmektedir, bir kısmı ise tamamen SGK dışı hastaları hedeflemektedir. Bir kısmı ise SGK+yasal fark+yasal olmayan fark ile çalışmaktadır. Bu durum, bu hastaneleri özel hastaneden farksız kılmaktadır. Ayrıca gerçek üniversite hastanesinde olması gereken eğitim ve araştırmaya ne denli önem verildiği

tartışılabilir. Üniversite adını almak, prestij elde etmek, vakıf üniversitelerine sağlanan avantajlardan faydalanmak gibi amaçların güdüldüğü kanısı yaygındır.

Vakıf üniversiteleri hastanelerinde ücretlendirmeler farklı olmaktadır:

Bezmiâlem örneğindeki gibi devlete ait vakıf üniversitesinde ortalama uzman maaşı: 6000 TL, Doç. maaşı: 8000 TL, Prof. maaşı:10.000 TL'dir. (SSK primleri bu ücretler üzerinden yatırılmakta).

Daha özel davranabilen vakıf üniversite hastanelerinde üniversite ve özel hastanenin yan yana çalıştığı bir istihdam ve ücretlendirme anlayışı benimsenmiştir. Bazı üniversitelerde maaş belli değildir; öğretim üyelerine sabit maaş verilmeyip hak ediş üzerinden ücretlendirme yapılmaktadır. Genelde Doç:10-12.000 TL, Prof 12.000-15.000 TL civarında maaş ödenmekte (SSK primi çok değişken), ayrıca hak ediş bazlı ödeme yapılmaktadır.

Vakıf üniversite hastanelerinde SGK ücretleri üzerinden %90 fark alınabilmekte (her ne kadar yetmese de), bu yolla SUT fiyatlarını aşan masraflı hastaların tedavisi kuruma yük olmamakta, maaşlar ve performans ek ödemeleri rahat ödenememektedir. Kendini özel olarak kabul eden vakıf üniversite hastanelerinde özel hastanelerde gördüğümüz gibi farklı isimler altında resmi fiyatların çok üzerinde fark ücretler alındığı bilinmektedir. Yeterince denetlenmeyen bu durum benzer kurumlar arasında haksız rekabete yol açmaktadır.

3- Devlet üniversite hastaneleri

Uzun yıllardır hizmet veren, birikimi olan köklü kuruluşları, gerçek anlamda öğretim üyesi yetiştiren kurumlardır. Ancak kadrosu olmayan tabela kurumları vasfında devlet üniversitemiz de yok değil. Köklü devlet üniversite hastaneleri, çok haksız rekabete maruz kalan, en sorunlu ve komplike hastaların fark alınmadan araştırıldığı, tedavi edildiği, eğitim ve araştırmanın liderliğini yapan kuruluşlardır. Eğitim ve araştırmanın ana hizmet konusu olan bu kuruluşlarda ücretlendirme maalesef devlet hastaneleri mantığıyla yapılmakta, eğitim ve araştırmanın öğretim üyelerine hiçbir gelir getirici katkısı bulunmamaktadır.

Doç. maaşı: ortalama 3000 TL, Prof. maaşı: 4100TL döner sermaye ek ödemesi ortalama: 2500 TL, + performansa dayalı ilave ek ödeme 1000 TL.

Devlet üniversitelerinde görev yapan doktor öğretim üyelerinin mağduriyeti açıkça görülmektedir.

Vakıf üniversitelerinde görev yapan hekimlerin en önemli sorunu sözleşmeli personel olarak görev yapmaları ve iş güvencelerinin mütevellî heyetinin vereceği kararlara bağımlı olmasıdır. Devlet üniversitelerinde şu anda böyle bir sorun yok gibi

görülmektedir ancak Cumhurbaşkanlığına sunulan ve kamuoyunda "Yeni YÖK Yasa Taslağı" olarak bilinen taslak metinde devlet üniversitelerine de benzer bir uygulama getirilmek istenmektedir. Devlet üniversitelerinde var olan düşük maaş sorununa bir de yeni yasa taslağında ön görülen uygulama eklendiğinde durumun hekimler açısından daha karmaşık olacağı açıktır.

Sonuç

Yukardaki ücretlendirmelerden eğitimci olmanın, araştırma yapmanın katkısının minimum olduğunu görmek mümkündür. Bu anlayışla üniversiteleri ileriye götürmek, eğitim-araştırma odaklı çalışmalarını sağlamak mümkün değildir. Asıl işi eğitim olan kurumlarda kaç hasta bakıldı, ameliyat edildi gibi hizmet odaklı sayılara bakarak değerlendirme yapmak (kalite kaygısı olmadan) çok yanlıştır. Bu gidişat eğitimde telafisi imkânsız yaralar açacaktır, açmaktadır. Yarın insanlar şunu soracaklardır: Bu hızlı sistemle teşhis ve tedavi olmamış, biz tedavi olduk zannediyorduk, bize bunu niye anlatmadınız? Bu sistemde eğitim alan hekimlerin bilgi ve görgülerinin yetersiz olacağı aşîkârdır.

Gerçek eğitimciler (akademisyenler) uygun ortamda yetişirler, hizmet yükünün altında ezilerek eğitim araştırma yapılamaz, öğrenci, asistan, uzman yetiştirilemez. Eğitimin ayrı ücretlendirmesi olmalıdır. Hocalarımızın hoca gibi çalışması sağlanmalıdır. Bu konuda liderliği üniversiteler ve Milli Eğitim Bakanlığı yapmalı, Sağlık Bakanlığı hizmet ağırlıklı kurumlarda söz sahibi olmalıdır. Birlikte çalışmaları çok arzulansa da mantalite farkı, kültür çatışması mevcuttur.

Sağlık sisteminde paydaşlar bir bütünün parçalarıdır. Üniversite sistemi rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadır. Mevcut uygulamalar yıldız yetiştiren devlet üniversitelerini bitirme noktasına getirmiş, içini boşaltmıştır. Kaliteli özel hastane ve vakıf üniversitelerinin mevcut lider kadroları devlet üniversitelerinden transfer edilmiştir. Devlet üniversiteleri yıldız hoca yetiştirmekte, bunları bedelsiz transfer edenler "şampiyonlar liginde" oynamakta, yetiştiren kurumlar ise küme düşmektedir. Bu anlayış tersine dönmezse yarın o yıldızlarda yetişmeyecektir, ancak kendini yıldız görenler (her alanda olduğu gibi) olacaktır.

Yakın gelecekte hekim yetiştiren kaliteli kurumların kalmayacağı, sağlık sisteminin daha büyük yaralar alacağı kaygısını yaşıyorum. Ekip çalışmasının bozulması ve hafıza silinmesi nedeniyle birikimli kurumlar düz kurumlar haline gelme riski taşıyor. Politika oluşturanlar geçici kazançlara değil kalıcı birikime (akademisyen) değer veren ve geliştiren projeler üretmelidir, vizyonlu akademisyenlerle işbirliği içinde çalışmalıdır. Akademisyenler de salt kendilerini düşünmemeli, yetiştikleri kurumların ayakta kalması ve gelişmesi için hatalı tarafların düzeltilmesi konusunda katkı vermeli, mücadele etmelidir.

Vakıf üniversite hastanesinin sorunları

Prof. Dr. Ethem Güneren



1963 Tokat, Zile doğumludur. İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmasının ardından (1987) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı (1998), doçent (2005), profesör oldu (2011). Ayrıca Ağız Yüz Çene Cerrahisi anadal ve El Cerrahisi yandal uzmanlıkları vardır. Samsun OMÜ Rektör Danışmanlığı, OMÜ ADEK Genel Sekreterliği, OMÜ 2009-2014 1. Stratejik Planı Editörlüğü, OMÜ BEK Üyeliği, Samsun EAH Plastik Cerrahi Kl. Şefliği yaptı. Halen SB Ağız Yüz Çene Cerrahisi AD Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Komisyonu Üyeliği, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD Başkanlığı, ADEK Sekreterliği ve Tıp Eğitimi Başkoordinatörlüğü görevlerini yürütmektedir.

Ülkemizdeki üniversite sayısı son 10 yılda üçe katlanmış-
tır. Bugün itibariyle 103 devlet, 65 vakıf üniversitesi, 7 vakıf meslek yüksekokulu, 5 askeri, 5 Kuzey Kıbrıs'ta yerleşik, 2 özel statülü (Kazakistan-Kırgızistan) ve 1 polis akademisi olmak üzere toplam 181 adet yükseköğretim kurumu mevcuttur. Oysa gelişmiş ülkelerde üniversite sayıları ortalama 1000'li rakamlardadır, Hindistan'da 8407, ABD'de 5758 adet üniversite vardır. Bu üniversitelerin büyük çoğunluğu özel ya da vakıf üniversitesidir. Ülkemizdeki üniversitelerin sayıca azlığı yanında özel ya da vakıf üniversitesi olma oranı da düşüktür. Ayrıca ülkemizdeki üniversitelerin sadece 80 tanesi bünyesinde tıp fakültesi, eğitim araştırma hastanesi ve öğrencisi olan (birkaç tanesi dışında) üniversitedir.

Ülkemizdeki vakıf üniversitelerinin arasında iki tanesi gerçekten yapısal olarak vakıf üniversitesidir. Kurucuları ve mirasçıları kalmamış tüm varlıkları devlete (Vakıflar Genel Müdürlüğü'ne) devredilmiş “mazbud” vakıfların birleşmeleri ile kurulmuş olan Bezmialem ve Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversiteleri dışında, diğerleri aslında özel üniversitedir. Üniversitelerin özel işletme tarzında kurumsallaşmasına yasalar henüz izin vermediği için, özel üniversiteler, özel

kişi ve kurumların özel vakıfları tarafından kurulmuştur.

Vakıf üniversitelerinde kurucu vakıfların ve ilgili bakanlığın seçtiği mütevellî heyeti tarafından belirlenmiş ve YÖK tarafından da atanmış rektör vardır. Rektör, işletme kârlılığı ve bilimselliği adına hesap vermek zorundadır. Bu nedenle vakıf üniversitesi hastanesi hem hizmet üretmek, hem bilimsel arenada boy göstermek, hem de bir özel işletme gibi verimli (kârlı) olmak zorundadır. Ancak bunlar için kaynaklar öğrencilerden alınan eğitim ücreti dışında sadece eğitim araştırma hastanesinin hizmet üretimi ile elde edilen gelirle yani SGK tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmiş limitlerle sınırlıdır.

Gerekçe

2 yıldır alanında anabilim dalı başkanı ve ADEK ve tıp eğitimi başkoordinatörü olarak görev yapan bir vakıf üniversitesi öğretim üyesi gözüyle üniversitemizin ve eğitim-araştırma hastanemizin temel sorunlarını şu şekilde özetleyebilirim: Ürettiklerini serbest piyasa koşullarında pazarlayamama, dolayısıyla kâr zarar sıkıştırması, yeni kurulmanın verdiği baskı ile bilimsel olarak rüşünü ispat zorunluluğu ve büyüme gelişme stratejilerinin gelir getiren alanlara, örneğin semt polikliniği açmaya indirgenmesidir.

Tam maliyetlendirme

Hastane işletmeciliğinde poliklinik sayıları günlük izlenir, epikriz kontrolleri haftalık yapılır, en basit cerrahi girişimlere kağıt üzerinde gününbirlik yatış gösterilir ve sarflarda tasarruf amacıyla ciddi alımlardan uzak durulur. Kurumda gerçek maliyetlendirme (tam maliyetlendirme) yapılır. Kurumun hiçbir gideri katma bütçeden karşılanmaz. Tedavinin zor olması, uzun sürmesi ve yüksek maliyet gerektirmesi öngörülerek fark alınmaksızın sadece SUT rakamlarıyla karşılanması imkânsız olan hastalar da kabul edilir. Oysa özel hastaneler de hayati tehlikeli aciller dışında bu hastalar kabul edilmez. Çünkü ülkemizde hastane işletmeciliğinde hizmeti satın alan SGK bir tekeldir. SUT ile belirlenmiş tutarlardan ödeme yapar. Maliyet artışlarına neden olan ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar, uzun yatış gereken durumlar, özellikle ameliyat ve özellikle sarf kullanılmasını gerektiren durumlar, işbu yüksek maliyetleri nedeniyle doğrudan örneklemeye düşer ve incelenir. Fatura incelemesi sırasında o tanı için SUT'da belirlenmiş rakamların üstünde bir maliyet çıktığında SGK tarafından açıkça; ‘biz o tedavi için belirlediğimiz rakamın üzerinde sarf kullanmış olmanızı kabul etmiyoruz, bu sizin sorunuz, ödeme-yiz’ denir. Örneğin diyabetik ayakta doku defekti için deri grefti ile tedavi



Fotoğraf: Levent Karabağlı

ücreti yaklaşık 400 TL'dir, oysa diyabet hastalarının yara iyileşmesi bozuktur, deri grefti öncesinde defalarca temizlik ameliyatlarına ve uzun yatış süresine ek olarak günümüzde doku rejenerasyonu artırıcı uygulamalar hatta alloplastik ürünler de kullanılmaktadır. Bu durumda fatura 4000 TL'ye çıkabilir. Bu olay örnek bir olguda yaşanmıştır ve SGK yetkilisi, 'biz bu ameliyatı önemsemiş olsaydık ücretini yüksek tutardık, bizim küçük ameliyat grubuna aldığımız bir tedavide siz yüksek maliyetli sarf kullanmışsınız, bu bizi ilgilendirmez' demiş ve kesinti yapmıştır. Bu kesinti de kurum tarafından kliniğimize yansıtılmıştır. Bu olumsuz durum, kaçınılmaz olarak hekimin bir sonraki hastaya yaklaşımını da olumsuz etkiler. Bu sorun ancak tam maliyetlendirme yapılan kurumlarda ortaya çıkar. Çünkü özel hastaneler özel işletmelerdir, giderlerini satışlarına yansıtırlar. Devlet hastaneleri kamu işletmeleridir, genel giderleri katma bütçeden karşılanır, maliyetlendirmeleri aldattıcıdır. Vakıf hastaneleri ise tam maliyetlendirme (gerçek maliyetlendirme) yaparlar.

Eklerle desteklenmiş de olsa SUT incelendiğinde tutarsızlıklar, orantısızlıklar ve maliyetinin altında fiyatlandırmalar kolayca tespit edilebilir. Dolayısıyla hastadan fark almadan ve tüm hastaları seçmeden kabul etmek zorunda olarak çalıştığınızda giderlerinizi karşılayamazsınız. Bu

durum, genel giderleri katma bütçeden karşılanan bir devlet hastanesi döner sermayesi ile karşılaştırılmaz. Gerçek maliyetlendirme yaptığınızda ürettiğiniz ürünün (hizmetin) bedelini de belirleyebilirsiniz, satışınızı ona göre sunarsınız, alıcı burada kalitenize göre sizi tercih eder. Arz talep dengesi böyle kurulur ve bu denge kalitenin sürdürülmesinin en önemli kriteridir. SGK tarafından SUT ile belirlenmiş ücretlendirmeye zorunlu olarak uyduğunuzda ürününüzün satış ücreti belirlenmiştir. Size kaçta mal olduğu sizin sorunuzdur. Oysa katma bütçeden maaş, sigorta, kıdem tazminatı ve yatırım giderleri karşılanan bir devlet kurumunun giderleri sadece sarflardır. Bu açmaz vakıf üniversite hastane işletmeciliğinin en önemli sorunudur. Özel hastaneler hastadan fark almakta her ne kadar nisbi oranlar söz konusu gibi görünse de, aslında özgürdürler. Bu nedenle tam serbest piyasa koşullarının uygulanmasının imkânsız olduğu sağlık gibi bir alanda eğer arz talep dengesine müdahale ediliyorsa, adaleti sağlamak için SUT rakamlarında ve SGK kurallarında kurumlar arasında farklı uygulamalar, farklı oranlar, farklı kurallar olmalıdır. Özel hastaneler, devlet hastaneleri, vakıf üniversite hastaneleri, SGK ile anlaşması olan ve olmayan kurumlar aynı kurallarla yönetilmemelidir. Örneğin ameliyat süresi, zorluk derecesi, kesinin uzunluğu veya mükerrer ameliyat gereği gibi

Özel hastaneler hastadan fark almakta her ne kadar nisbi oranlar söz konusu gibi görünse de, aslında özgürdürler. Bu nedenle tam serbest piyasa koşullarının uygulanmasının imkânsız olduğu sağlık gibi bir alanda eğer arz talep dengesine müdahale ediliyorsa, adaleti sağlamak için SUT rakamlarında ve SGK kurallarında kurumlar arasında farklı uygulamalar, farklı oranlar, farklı kurallar olmalıdır.



Vakıf üniversite hastanelerinin giderleri üniversitenin genel giderleriyle iç içedir. Bu nedenle vakıf üniversitesinin genel kurumsal giderleri, hastanelerin ve kliniklerin sırtına yüklenir. Bunların üzerine kliniklerin kendi giderleri, klinik çalışanların maaşları-kıdem tazminatları-sigorta ve emeklilik primleri, sarflar ve büyüme-gelişme giderleri eklenir. Bu kadar ağır maliyetlendirmeyi sadece SGK tarafından SUT fiyatlarıyla yapılan ödemelerle karşılamak ve kâr etmek imkânsızdır.

maliyet hesabına etki edecek unsurların puanlanması veya kurumun niteliğine göre katsayı uygulanması gibi iyileştirici tedbirler alınabilir. Devlet sağlıkta daha fazla yatak, daha fazla hasta, daha fazla ameliyat, kısacası daha fazla yer almak istiyorsa ona göre, istemiyorsa ona göre davranmalıdır.

Vakıf üniversite hastanelerinin giderleri, üniversitenin genel giderleriyle iç içedir. Bu nedenle vakıf üniversitesinin genel kurumsal giderleri, ortak giderler olarak hastanelerin ve kliniklerin sırtına yüklenir. Ortak giderler; eğitim-öğretim, güvenlik, temizlik, yemek, ısınma, aydınlanma, bakım-onarım ve yenilenme, kırtasiye, kira ve personel giderleridir. Kurum, bunların toplam tutarını gelir getiren uygulamalara bölerek kliniklerden tahsil etmektedir. Bu uygulama, kelimenin tam anlamıyla giydirilmiş giderler uygulamasıdır. Bu giderlerin üzerine kliniklerin kendi giderleri, klinik çalışanların maaşları-kıdem tazminatları-sigorta ve emeklilik primleri, sarflar ve büyüme-gelişme giderleri eklenir. Bu kadar ağır maliyetlendirmeyi, sadece SGK tarafından SUT fiyatlarıyla yapılan ödemelerle karşılamak ve kâr etmek imkânsızdır.

Giderlere göz atacak olursak; klinik hesaplarına yansıyan gider kalemleri; personel ücretleri, kıdem tazminatı fonu, ameliyathane (cerrahi) gideri, sarf, özelliikli malzeme, ilaç, SUT laboratuvar, paket fazlası laboratuvar, SUT radyoloji, paket fazlası radyoloji, patoloji, SUT nükleer tıp, paket fazlası nükleer tıp, SUT kan

ürünleri, paket fazlası kan ürünleri, ortak gider m2, ortak gider eşit, ortak gider gelir yapına göre, ortak gider personel, sabit gider (elektrik-su), hasta yemek, personel yemek vb. olarak sıralanır.

Bu hesapla yatan hastanın günlük maliyeti 125 TL'dir, SGK'nın ödediği rakam bir gece için 35 TL'dir (artı bir muayene için 55 TL eklenir). Bu durumda hiçbir işlem yapmadan bir gün yatan hastadan otomatik olarak 35 TL zarar edilir.

SUT XX gideri, paket fazlası XX gideri ifadelerinde de görüldüğü gibi her tanı ve tedavi için SUT'da tanımlanmış belli bir bütçe vardır, onun ötesinde masraf etmek gerektiğinde özel hastanelerde hastadan fark alınır, devlet hastanelerinde fark sineye çekilir, vakıf üniversite hastanesinde ise bu zarar kliniklere yansıtılır.

Yukarda sıralanan imkânsızlıklara rağmen; polikliniklerde hasta bakma sürelerini dakikalara indirerek veya daha çok ameliyat yapmak için fazla mesai yaparak tüm giderlerinizi karşıladığınızı ve 100 TL kâr ettiğinizi varsayalım; kesintilerden sonra bunun ancak 28 TL'si personele yansımaktadır. Çünkü önce bunun % 10'u işletme gideri olarak anlaşılmaz biçimde tekrar kesilir, kalan 90 TL'nin % 10'u anesteziye ödenecek performans olarak kesilir, kalan 81 TL işletme ile % 50 oranında paylaşılır, kalan 40,5 TL'den % 30 gelir vergisi ödedikten sonra üzerinde kliniğe 28.35 TL kalır.

Kamu hizmetinde kâr zarar hesabından ziyade verimlilik, yararlılık, etkinlik ve uygunluk gibi kavramlar ön plandadır. Beklentileri karşılamak adına tüm hastaları bila istisna kabul etmek, güncel son teknikleri kullanarak tedaviler gerçekleştirmek ve asistan ve öğrenci eğitimi vermek (ÖYS'de ilk 100'den 4 öğrencinin Bezmialem Vakıf Üniversitesi'ni tercih etmiş olması takdire şayandır) kesin bir başarı ölçütüdür ve ona göre primlendirilmelidir. Oysa vakıf üniversitelerinde çalışan personele uygulanan ücret politikası bu açıdan incelendiğinde maaş harici ödemeler ancak yukarıda açıklanan imkânsızlıklarına rağmen kâr etmeleri şartıyladır. Bu durum, tatmin edici ücret alamayan ancak devlet görevinden de istifa ederek vakıf kurumlarına geçmiş, başta akademisyenler olmak üzere tüm personelde kurumsal aidiyette zafiyet oluşturmaktadır.

Bilimsellik

Bilimsel çalışmalarla, deneysel araştırmalarla ilgilenecek akademisyenler ve yardımcı sağlık personeli bunu ancak hasta bakması gereken zamandan feragat ederek yapabilir. Oysa arada boş zamanlarda veya mesai dışı çalışarak bilim üretilemez. Bu durum, yöneticilerin insiyatifi ile de gerçekleştirilemez. Çünkü sonuçta kâr zarar zorlaması her zaman üste çıkacaktır ve personelin laboratuvarında geçecek zamanına sistem izin vermez. Bu mantık, bu tür kurumlarda akademisyenliğin önündeki engeldir. Ancak Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde klinik akademisyenlerin haftada bir gün, kurum içinde kalmak şartıyla deneysel ve klinik araştırmalar için klinik çalışmalarından izinli sayıldıkları çalışma ve nöbet programlarını ona göre düzenledikleri örneğini vermek istiyorum. Rektörlük insiyatifi ile gerçekleşen bu uygulama umarız ülkemiz için örnek teşkil eder. Aksi halde eldeki imkanlar kullanılarak, iki arada bir derede tabiri ile çalıntı zamanlarda rastlantısal olguların sunumu ile ya da daha önce yapılmış çalışmaları tekrar ederek; AA konusunda bizim merkezimizin sonuçları -biz BB ürününü CC hastalığında da kullandık, işte sonuçlarımız- DD tekniğinde bir modifikasyon veya EE konusundaki deneyimlerimiz gibi başlıklar içeren yayınlar sadece yayın olma kuralını karşılar. Bu tür yayınlar ciddi dergilerde yayımlanmaz. Bu tür yayınlara atıf yapılmaz. Kısacası bu tür yayınlar yayını yapanın akademik ilerlemesinden başka hiçbir işe yaramaz. Yaralayıcı da olsa ülkemizdeki akademisyenliğin önündeki veya üzerindeki yayın kuralı baskısı buna neden olmaktadır. Bu bilinen ancak itiraf edilmeyen bir gerçektir. Oysa geçerli bilimsellik ölçütleri arasında en önemlileri patent sayısı, atıf sayısı ve akademisyen başına düşen yayın oranıdır.

Patent sayısı bakımından dünya ölçeğine baktığımızda her ne kadar ülkemiz G20 içinde yer alsın da gerçekten bilimsel ve buluşsal faaliyetler açısından; örneğin dünya üniversiteler arası sıralamalarda ilk 500'ün arasına sadece bir üniversitemiz girebilmektedir. Patent sıralamasında; Japonya, ABD, Çin, Güney Kore, Avrupa Patent Bürosu ve Almanya gibi ilk sıralardaki ülkelerde her bir milyon kişilik nüfus için ortalama 2000 patent başvurusu gerçekleşirken, ülkemizdeki her bir milyon kişinin ürettiği patent başvurusu sadece 7'dir. Ülkemiz üretimde dünyada 17. sırada iken, patent başvurularında ülkemizden toplam 5000'den az patent başvurusu yapıldığı için dünya ölçeğinde sıralamaya bile alınmamaktayız.

Atıf sayısı yayının kalitesini, güncelliğini, kalıcılığını, işe yararlılığını ve bilime ne kattığını göstermesi bakımından önemlidir. Yayının dünyada okunduğu, anlaşıldığı, kabul edildiği ve uygulamaya değer bulunduğu anlamına gelir. Bu tür yayınlar impakt faktörü (impakt faktörü bir derginin en önemli kalite göstergesidir ve dergilerde yayımlanan yazıların son iki yılda aldıkları atıf sayısına göre belirlenir) 1'den büyük dergilerde yayımlanır.

Akademisyen başına düşen yayın oranı da çok önemlidir, bu açıdan ülkemiz gerçekten fakirdir. Binli sayılarda öğretim üyesi bulunan büyük üniversitelerimizde bu oran, birin altındadır (www.yok.gov.tr). Yeni kurulan üniversiteler yeniliğin enerjisi, transfer edilen kıdemli öğretim üyeleri, genç ve hedefleri olan öğretim üyesi adayları ve bunların sayıca az olmaları nedenleri ile yüksek oranlarla üst sıralardadırlar. Ancak bu oranlar üniversitenin gerçek performansı olarak kabul edilmemelidir, kurulduktan 5-10 yıl sonra kaydedilen bilimsel etkinlikler kurumun gerçek performansını yansıtır. Hatta bilimselliğin üretime ve artı değere dolayısıyla paraya dönüşmediği sürece "süs gereci" olduğu gerçeğinden hareketle vakıf üniversitelerinde çalışan akademisyenlerin hizmet üreterek kâr etmeleri ve aynı zamanda işe yarar yayın yapmaları gereği onların üzerinde ciddi bir baskı aracıdır. Ancak üniversitelerde üretilen yayınlara teşvikler verilmeye başlanmış olmasını bir denge kurma çalışması olarak görmek ve ciddi teşvik veren kurumları takdir etmek de gerekir.

Gelecek

Gelecek, kalite temelli olmalıdır. Kalite bilimseldir. Kalite zahmetlidir ancak kalıcıdır. Populist politikalar ile günü kurtarmaya yönelik uygulamalar yapılarak kalite elde edilemez. Bu nedenle kurumsal yeni oluşumlarda veya kabuk değiştirmelerde kalite kuralları ile davranılmalıdır. Kurumsal yönetim modeline göre öncelikle tüm öğretim

üyelerinin hatta belki tüm personelin katılımıyla; önce kurumsal misyon, vizyon ve değerler tanımlanmalıdır. Ardından tüm birimlerden katılacak temsilcilerle en az 5 yıllık stratejik plan hazırlanmalıdır. Stratejik planda kurumsal kimliğe bağlı olarak farkındalık ortaya konmalı, farklılıklar hedeflere yansımali, kurumsal vizyona uyumlu seçilmiş tek bir temel araştırma alanına odaklanmış arge çalışmaları planlanmalı, kurumsal misyona katkı sağlayacak seçilmiş konu odaklı yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tez konuları verilmelidir. Bilim yönlendirilmeli; ülkemiz için, insanımız için, gelecek için ulusal stratejik hedeflere yönlendirilmiş bilinçli araştırmalar yapılmalıdır. Gerçekten geleceği kurmak ve kurtarmak istiyorsak, örneğin tıpta önümüzdeki yıllara damgasını vuracak olan "doku mühendisliği" alanında yatırım yapılmalıdır. Büyüme gelişme kontrollü yapılmalı, yatırım maliyetleri kurum performansından karşılanmamalı ve gerçek maliyetlendirmede şeffaf olunmalıdır. Geleceğe yatırım yapmak, geleceği satın almaktır, ancak gelecek ucuz değildir...

Sağlıkta vizyon: Sağlıkta insan kaynakları açmazı

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık insan gücü deyince öncelikle doktor sayısı tartışmaya açılmaktadır. Hâlbuki sağlık hizmetinde takım elemanları ne kadar çeşitli ve yetişmiş olursa, doktorun yükü o denli azalacaktır. Bu yüzden masraflı ve uzun bir eğitim gerektiren tıp eğitimi ile sorunu çözmek yerine, diğer sağlık personelleriyle doktorları desteklemek daha kısa vadede sonuç verecek, daha kolay ve daha az masraflı bir çözümdür. Son dönemde Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu'nun birlikte yaptığı çalışmalar neticesinde doktorluk eğitime hız verilmekte olduğu biliniyor. Ancak bu çabalar, kısa vadede telaffuz edilen rakamlara ulaşmamızı sağlamayacaktır.

Başta hemşire olmak üzere diğer sağlık personeline belki daha fazla ağırlık verilmesi gerekecektir. Ayrıca yetişmiş sağlık personeline klinikte doktor tarafından yapılan birçok işin devredilmesi çözümün bir başka parçasını oluşturacaktır. Hemşire, fizyoterapist, anestezi teknisyeni vs. sadece doktorun yardımcıları değildir; hizmet bütünlüğü içinde kendi görev tanımları ve sorumluluk alanları vardır. Eğitimle bu elemanların kalitesi artırıldıkça bu görev tanımları ve dolayısıyla sorumluluk alanlarını genişletmek mümkün olacaktır. Yani bir anlamda görev kayması söz konusudur. Bununla birlikte bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. Yani bir hizmeti yapmak için ortalama 10 yılı bulan tıp ve uzmanlık eğitimi gerektirmeyecek 2, 4 veya 6 yıllık eğitimlerle yapılabilecek uygulamalar için uygun eğitilmiş meslekler ihdas edilebilecektir. Mesela direkt röntgen

filmi okumak, ultrason yapmak, gözlük muayenesi yapmak, doktorun uygun gördüğü protokollere göre ilacın dozunun ve karışımlarının hazırlanıp uygulanması hatta doktor gözetiminde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok husus için uygun tıp meslekleri ortaya çıkarılabilir. Bu ihtiyacı fark edip erken davranan ülkelerde bunların örnekleri görülmektedir.

Bütün bunlar doktora duyulan ihtiyacın azalmasına yol açacaktır. Doktor yardımcısı olabileceği gibi, hemşire yardımcısı, eczacı yardımcısı gibi meslekler de aynı şekilde mevcut kısıtlı sayıdaki sağlık personelinin yükünün azalmasına katkı sağlayacaktır. Bütün bu mesleklerin hepsi olmasa da, birçoğunun önümüzdeki günlerde yoğun tartışması içinde olacağımızı, bunun kaçınılmaz bir süreç olduğunu söyleyebilirim.

Meslek içi eğitim

Gelişen istihdam ortamında onlarca eski meslek kendiliğinden yok olmaktadır. Gelecekte de değişime kurban edilerek yok olmaya aday bugünün meslekleri vardır. Yeni teknolojik gelişmeler bütün iş alanlarında çalışma metotları ve uygulamaları değişikliğe uğratmaktadır. Genelde iş muhtevası geçmişte olduğu gibi manuel ve kas gücüne dayalı olmaktan hızla uzaklaşıp daha zihinsel ve sosyal olmaktadır. Bu yüzden beden gücünden daha ziyade beyin gücüne doğru bir kayış olmaktadır. Gelişen teknoloji ve bilim entelektüel iş gücüne olan ihtiyacı azaltmak şöyle dursun, her geçen gün en basit iş alanlarında bile daha fazla ihtiyaç oluşturmaktadır.

Makinaların, robotların ve bilgisayarların

yoğun bir şekilde hâkimiyet kurduğu iş dünyamızda çalışmasına en fazla ihtiyaç duyduğumuz makinamız beynimizdir. Bilişim teknolojileri ve makinalar bu ihtiyacı daha da artırmaktadır.

Bu yüzden çıraklıkla öğrenen geldiğimiz mesleğimizi sadece becerimizi kullanarak sürdürebilmemiz mümkün değildir. Hemen her meslekte güncel gelişmelere bağlı olarak oluşan bilgi yükü ve özellikle zaman zaman baskısı, bilgi-yoğun işlerin kalitesini ve üretkenliğini etkilemektedir. Finlandiya'da bilgi-yoğun iş üzerinde yapılan bir çalışma, insan gücü yılda % 2 oranında yenilenirken bilginin yenilenme hızının % 7 olduğunu göstermiştir. Buna göre söz konusu iş kolunda 10-15 yıl sonra personelin % 70-80'i aynı işini yapmaya devam ederken, işleri ile ilgili bugünkü bilginin % 70-90'ı değişmiş olacaktır. Bu hızlı değişim bütün çalışanların sürekli gelişmeyi yakalamak ve hayat boyu eğitim almak zorunda olduklarını göstermektedir.

Başta tıp olmak üzere sağlık alanının ne denli bilgi yoğun bir alan olduğunu belirtmeye gerek bile yok. Yukarıda sözü edilen çalışmanın sonuçları dikkate alındığında sağlık personelinin bilgilerinin sık sık yenilenmesinin gerekliliği açıkça görülmektedir. 10-15 yıl bilgisini yenilememiş bir sağlık çalışanının mesleğinin tamamına yakını kaybetmiş olduğunu söylemek fazla iddialı olmayacaktır. Bu yüzden meslek içi eğitim bu mesleklerin vazgeçilmez unsuru olmak zorundadır.

Sağlık alanında bilgi ve teknolojinin her geçen gün geometrik olarak artışı, sağlık çalışanlarının gittikçe artan sorumluluğu ve gittikçe değişen mesleki rolleri meslek içi eğitim sıklığının da o denli artırılması

ihtiyacını doğurmaktadır. Bu eğitimi sürekli alamayan personel işini, çalışanlarına bu eğitimi sürekli veremeyen bir kurum devamlılığını koruma şansına sahip olmayacaktır.

Sağlık personelinin göçü

Dünyada başta hemşire ve doktorlar olmak üzere sağlık personelinin gelişmekte olan yoksul ülkelere gelişmiş varlıklı ülkelere göçü, önemli bir problem oluşturmaktadır. Yoksul ülkeler kaynaklarını tüketerek yetiştirdikleri kalifiye insan gücünün, kaynak sıkıntısı çekmeyen varlıklı ülkelere kaçmasını, göç etmesini önleyememektedir. Bu durum, küresel anlamda sağlıktaki adaletsizliğin oluşmasına önemli derecede katkı yapmaktadır. Bir yandan toplum sağlığı adına bunun önlenmesi uğraşları verilirken, diğer yandan bireylerin seyahat ve çalışma özgürlüğünün kısıtlanamayacağı iddiaları ileri sürülmektedir.

Ülkemiz şu anda sağlık sistemimizi etkileyecek tarzda bu göçün etkisi altında değildir. Belki bu yüzden Türkiye’de sağlık insan göçünün doğurduğu sorunlara ilişkin yoğun tartışmalara rastlamıyoruz. Belki yurt içindeki göçün etkilerine dikkat çekebiliriz. Zira sağlık personelinin yıllar içinde ülkenin batı bölgelerine kayması önlenememiş ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet kaybının nedeni olmuştur. Hatta temel sağlık göstergelerimizin ülkemizin farklı taraflarında büyük farklılıklar göstermesinin önemli sorumlularından biri de, bu sağlık personeli dengesizliğidir. Cumhuriyet tarihi boyunca zaman zaman gel-gitler olsa da, hekimlere zorunlu hizmet uygulaması hep olagelmış ve bu sorunu çözme aracı olarak kullanılmıştır. Ne var ki, bu sorun sadece doktor istihdamında değil, gittikçe artan oranda hemşire ve diğer sağlık personeli istihdamında da kendini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı bu durumu dengeleyebilmek için doktorlara zorunlu hizmet uygulamasını tekrar devreye koymakla birlikte, bunun yetersizliğini görmüş ve “Personel Dağılım Cetveli”ne dayalı sıkı atama ve nakil politikaları ile bütün sağlık personelinin ülkede dengeli dağılımı için çaba sarf etmiştir. Büyük oranda başarılı da olmuştur. Ancak bu durum küresel planda yürütülen tartışmalardaki gibi özgürlüğün kısıtlanması bağlamında Bakanlığın eleştirilmesine yol açmaktadır. Toplum sağlığı temelli bakış ile ise takdir alan bir uygulama olmuştur.

Sağlık personeli göçüne bir de, kamu ve özel kesim arasında, ya da üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri arasındaki geçişler açısından bakabiliriz. Son dönem sağlık politikaları ile hizmete erişim kolaylaştırılıp hizmet arzı artırıldıkça

sağlık personeline duyulan ihtiyaç da artmıştır. Bilhassa özel hastanelerin sektörde önemli yer tutmaya başlaması ve Sağlık Bakanlığı’nın hastanelerinde iyileştirme yapması, sağlık personelinin hızla absorpsiyonuna yol açmıştır. Ancak bundan sonradır ki, doktor ve hemşire yetersizliği konusunda toplumsal bir mutabakat oluşmuştur. Bu süreçte üniversite hastanelerinin mevzuat kısılcısından çıkamamış olması, özel hastanelerin kamu kadar iş güvencesi oluşturmaması, Bakanlık hastanelerinde ise bir yandan kamu güvencesi sağlanırken diğer yandan performansa göre ödeme çerçevesinde kıyaslanabilir iyi ücret politikasının uygulanması, sektör paydaşları arasında hemşire göçünü hızlandırmış oldu. Bu durum, aynı sektörde hizmet veren kuruluşların eşit şartlarda rekabetinin engellemesi yönünden önemli bir tartışma konusudur.

Muhtemeldir ki, aynen Dünya Sağlık Örgütü gündemine sık sık getirildiği gibi, önümüzdeki yıllarda ülkemizde de, “sağlık personelinin etik istihdamı” konulu yoğun tartışmalar ve bu yönde arayışlara şahit olacağız.

Tıbbi hatalı uygulama (malpraktis)

Her tıbbi tedavinin istenmeyen yan etkileri olabilir; her ameliyatta istenmeyen problemler sonuçlar ortaya çıkabilir. Bunların literatür bilgisi ile izah edilebilecek makul oranlarda olması normaldir. Bunun malpraktis adı verilen hekimlik kötü uygulamalarıyla ilgisi yoktur. Son yıllarda malpraktis konusu hekimlerin ve kamuoyunun gündemini işgal etmektedir. Hatalı uygulamanın komplikasyondan ayrılması gerekir. Aksi takdirde komplikasyondan korkan hekim hastasını tedavi edemez hale gelir. Ülkemizde henüz bu ayırımların yapılması ve kötü uygulamaların cezası konusunda yeterli örnek oluşturulamamıştır. Bu da daha fazla tereddütlere yol açmaktadır. Bu tereddüt ve korkulardan yararlanmak isteyen çok sayıda avukat, dava açma yolları aramaktadır. Bu da ayrıca panik oluşturmaktadır.

Önümüzdeki yıllarda bu yönde açılan davaların neticelenmesi, kıyaslanabilir hukuki durumun oluşmasına katkı sağlayacaktır. Sigorta kurumu veya kurumlarının karşı direnci sayesinde hukukun oluşmasını kolaylaştıracaktır. Hukukun, tazminatın zenginleşme aracı olamayacağı yönündeki yaklaşımı bir nebze koruyucu olabilmekte ise de, hâkimlerin doktoru suçlu bularak tazminata mahkûm etmesi bazen uçuk olabilmekte ve manevi tazminat çoğu zaman doktorun altından kalkabileceği sınırları aşmaktadır. Bu itibarla oluşan hukukla birlikte manevi tazminata bir tavan getirecek kanuni düzenleme

Bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. Direkt röntgen filmi okumak, ultrason yapmak, gözlük muayenesi yapmak, doktorun uygun gördüğü protokollere göre ilacın dozunun ve karışımlarının hazırlanıp uygulanması hatta doktor gözetiminde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok husus için uygun tıp meslekleri ortaya çıkarılabilir.

yapmak gerekecektir. Aksi takdirde yeni yasalaşan zorunlu mesleki sigortasının hekimleri koruması yetersiz kalacaktır. Ya da yüksek primli sigortalara ihtiyaç duyulacaktır. Primin yüksek olması için hekimlerin gelirlerinin de yüksek olması gerekir. Bu sağlanamazsa kısır döngüye yine girilir ve sigortanın koruyuculuğu kalmamış olur.

Buradaki kısır döngüye dikkat çekmek isterim. Kötü hekimlik uygulamasına karşı hastayı korumak için hukuki düzenleme yapılıyor, tazminat ödemeye gücü yetmeyen hekimin uygulamadan kaçmaması için, yani hastayı ve hekimi korumak için sigorta getiriliyor, sigorta primi hekimin geliri ile orantısız olursa yine başa dönmüş, hekim uygulamadan kaçırılmış oluyor. Kısacası hasta ve hekim korunmamış oluyor. Bu yüzden ne alanın sorumsuzca denetimsiz bırakılması, ne de malpraktise karşı hastayı koruma adına hekimin linç edilmesi hastanın lehine değildir. Bu kısır döngü içinde iyi yönetilemeyen sigorta da çare olmaktan uzaktır; sağlık harcamalarını artıran bir başka unsur olmaktan başka bir fonksiyonu olmayacaktır.

Bu yüzden gelecekte, malpraktisin tanımı, hekimlere zorunlu tutulan meslek sigortasının kapsamı yanında cezaların sınırı daha fazla tartışılacaktır. Sorunlu alanımız bununla kalmayacak, sağlık hizmetinin sadece hekimle sınırlı bir hizmet olmadığı anlaşıldıkça diğer sağlık personelleri de itham edilecek ve onlar için de sigorta arayışları olacaktır.

Klinik araştırmalarla ilgili etik kurulların sıkıntıları

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Filiz Barış Taçalan



1976 yılında Sivas'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini bu kentte tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olduktan sonra Okan Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi yüksek lisans programını tamamladı. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kalite Yönetim Birimi, Strateji Geliştirme ve Planlama Birim Sorumlusu ve Basın ve Kurumsal İlişkiler Birim Sorumlusu olarak çalıştı. Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü İdari İşler Şube Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Ülkemizde klinik araştırmaların etik yönden sakınca doğurmadan tasarlanıp yürütülmesine yönelik temel mevzuat metni, 19.08.2011 tarih ve 28030 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanıp yürürlüğe giren "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik"tir. Bu metnin 1. Maddesinde şöyle denmektedir: "Bu Yönetmeliğin amacı; taraf olunan uluslararası anlaşma ve sözleşmeler ile Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, gönüllü insanlar üzerinde gerçekleştirilecek klinik araştırmaların tasarımı, yürütülmesi, kayıtlarının tutulması, rapor edilmesi, geçerliliği ve diğer hususlarda bilimsel ve etik standartların sağlanması ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair usul ve esasları düzenlemektir."

Kapsam olarak ise "Ruhsat veya izin alınmış olsa dahi insanlar üzerinde, ilaç ve terkipleriyle yapılacak ilaç klinik araştırmalarını, gözlemsel ilaç çalışmalarını, gözlemsel tıbbi cihaz çalışmalarını; tıbbi cihazlar, ileri tedavi tıbbi ürünleri, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik hammadde veya ürünleri dâhil insanlarda denenmesi söz konusu olabilecek diğer tüm madde ve ürünlerle yapılacak klinik araştırmaları; biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik (BY/BE) çalışmalarını, biyobenzer ürünler için kıyaslanabilirlik çalışmalarını, endüstriyel

ileri tıbbi ürünlerle ve endüstriyel olmayan ileri tıbbi ürünlerle yapılacak araştırmaları; insanlar üzerinde yapılacak kök hücre nakli araştırmalarını, organ ve doku nakli araştırmalarını, cerrahi araştırmaları, gen tedavisi araştırmalarını; ayrıca, klinik araştırma yerlerini ve bu araştırmaları gerçekleştirecek gerçek veya tüzel kişileri kapsar. Gözlemsel ilaç çalışmaları ve gözlemsel tıbbi cihaz çalışmaları hariç, girişimsel olmayan tüm klinik araştırmalar bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır." ifadeleri ile geniş bir çerçeve çizilmiş olmaktadır.

Klinik araştırmalarda, çalışmalara gönüllü olanların haklarının ve güvenliğinin sağlanması, amaca uygun tasarımının olması, araştırmanın amaçladığı bilimsel çıktıyı sağlamaya yeterli olup olmadığının önceden denetim altına alınması ve genel olarak kişilere, topluma sakınca doğurmaması amaçlarıyla en az yedi ve en çok on beş üyeden oluşan bir etik kurul tanımlanmıştır. Bu üyelerden en az biri sağlık meslek mensubu olmayan kişi ve biri de hukukçu olmak kaydıyla diğerlerinin doktora veya tıpta uzmanlık seviyesinde eğitilmiş sağlık meslek mensubu olması şart koşulmuştur. Üyelerinden en az üçü etik kurul sekreterasının bulunduğu kurumun dışından olması şartı ile de kuruluş içinde birbirini destekleme, arkadaşlık vb. ilişkilerle etik duruşun bozulmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Genel anlamda Klinik Araştırmalar Etik Kurulu oluşturulmuşsa bu kurul, biyoyararlanım-biyoeşdeğerlik araştırmaları ve biyobenzer ürünler için kıyaslanabilirlik çalışmaları hariç tüm klinik araştırmaları değerlendirebilmektedir. Klinik araştırmaların yoğun olarak yapıldığı merkezlerde ilaç Klinik Araştırmaları Etik Kurulu, Biyoyararlanım-Biyoeşdeğerlik Araştırmaları Etik Kurulu ve İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu şeklinde ayrıştırılmış kurullar da oluşturulabilir.

Etik kurulların çalışmasına ilişkin mevzuat yayımlanınca kurulların oluşturulmasına kadar geçen sürede klinik çalışmalar onay alıp başlamada tikanıklık yaşamış ve bu kurulun ne kadar önemli olduğu ilgililer tarafından daha iyi anlaşılmıştı. Oluşum süreci sıkıntıları kısa sürdü ve kurullar büyük bir iş yükü ile (kesinti yaşanan dönemin birikmiş başvuruları) ve yeni kurulmuş olmanın ivme kazanma süreciyle önceleri düşük hızda ama şimdi istenen hızda çalışmalarını sürdürmektedir.

Bazı sıkıntıların geçiş dönemine atfedilerek zamanla rayına oturacağı düşünüldüğü halde bu böyle olmadı ve kalıcı sıkıntılarımızın olduğu anlaşıldı. Şimdilik sadece etik kurullarda çalışanların hissettiği ancak fazla dillendirmediği konular arasında duran ve gelecekte mutlaka masaya yatırmak zorunda kalacağımız konular olarak gördüğümüz



için bu yazıda etik kurullarda yaşanan sıkıntılara değinmek uygun bulunmuştur.

Etik kurulların çalışmasıyla ilgili sıkıntılar

1. Etik kurulun oluşturulma aşamasında kamu hastanelerinde mevcut olmayan üyelerin tamamlanması, kurumlarından izin alınması ve görevlendirilmesi ile ilgili sıkıntılar yaşanmıştır.
2. Gönüllülük esasına dayalı çalışan kurula üyelerin yeterli vakit ayıramaması nedeniyle üyelerin toplantılara düzenli katılmadığı görülmektedir. Toplantılara üyelerin yarısından çoğu katılamaması veya gelen üyelerinde görüşülecek dosyaları incelemeyen gelmesi sorunları yaşanmaktadır.
3. Üyelerin işleyişle ilgili deneyimlerinin olmaması, mevzuata hâkim olmayan ve okumayan üyelerin eski alışkanlıklarıyla hareket ederek bilimsel çalışmaların onay almasını geciktirici veya engelleyici davranabilmektedir.
4. Başvuru dosyalarının hangi araştırma grubuna girdiği ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliği nedeniyle ayrıntıların tam anlaşılmasında ve ehil olmayan kişilerin dosyaları görüşmesine yol açabilmektedir.
5. Kurul üyelerinin dosyaların nasıl inceleneceği hakkında bilgi sahibi olmaması ve deneyimsizliği nedeniyle kurulların verimli çalışması tam sağlanamamaktadır.
6. Daha önceden izin almadan yapılan çalışmaların yeni başlıyormuş gibi etik kurula başvurulması büyük bir sorun oluşturmaktadır. Bu sorun giderek kurulun önerdiği değişiklikler de yapılamayacağı için bazı işlemlerin yapılmış gibi gösterilmesine kadar uzanmaktadır. Oluşturulan kontrol gruplarının deney grubunu andırmadığı daha sonradan anlaşılınca veriler üzerinde oynanması veya bazı bulguların özellikle karartılması gibi kabul edilemez işler de yaşanabilir.
7. Etik kurul başvuru ücretleri belirlenmiş olmakla birlikte, ücretlerin nereye/hangi hesaba yatırılacağı ve nasıl harcanacağı belirsiz bırakıldığı için kurul üyelerinden kurum dışından gelenlerin yaptığı ulaşım giderleri vb. nin toplanan kaynaktan karşılanıp karşılanamayacağı bilinmemektedir. Bu ücretler hastanenin döner sermayesine yatırılırsa, kaynak maksadı dışındaki bir havuza akmış olmaktadır.
8. Üniversitelerde kurula gelen dosyaların önemli bir kısmı spor, fizyoterapi vb. bölümlerden olduğu için bunlarda eforlu ölçümler gibi, kan alımı gibi doğrudan sağlık uygulamaları yer alabilmekte ve kurul ekibe onay vermeyince araştırmalara engel olmaktadır. Bunlar için standart olarak araştırma ekibinde "sağlıkçı"nın yer alması koşul haline getirilmelidir.
9. Kurullara üniversitelerde çok sayıda (özellikle hemşirelikten) anket uygulaması gelmektedir. Bunlar kurulları çokça meşgul etmekte ve kurulun asıl görev alanı dışındaki bir uygulamaya zamanının önemli kısmını harcamasına yol açmaktadır.
10. Bazı gri alanda kalmış dosyalar Sağlık Bakanlığı'na gönderildiğinde, Sağlık Bakanlığı'nda çözüm üretilmeyen, sözlü olarak cevaplanan ve dolayısıyla iki merci arasında git-gel yaşayıp geciktirilen, çözülmeyen durumlar da olabilmektedir.
11. Yoğun başvuru alan etik kurullarında özellikle vakıf üniversitesi gibi yerlerden gelen başvurular başka kurullara yönlendirilebilmektedir.
12. Etik kurul üyeleri özellikle tezlerde danışman ve izleme kuruluna rağmen araştırmacının bilimsel yönünün zayıflığını gördüğünde bir şekilde teze müdahale etme ihtiyacı duymaktadır. Bu durumda üyeler "yalnız etik yönü mü, yoksa aynı zamanda bilimsel yönü mü" değerlendirmek konusunda ikilem yaşamaktadır.
13. Askeri hastanelerde planlanan çalışmaların bir kısmı "kısıtlı" sayılan askerler üzerinden yapıldığı için reddedilmektedir. Bu durum bilimsel bilgi üretiminin alanını kısıtlayıcı olabilir ve genç yaş grubu, askerlikle ilgili sağlık riskleri vb. konuları içeren bilimsel çalışmaların önünü tıkayabilir.

Daha önceleri etik kurullara erişim zorlukları, araştırmalarda etik kurul onayı almak zorunluluğu olmaması, kurulların eş-dost mantığına daha yatkın olması gibi sorunlar yaşamaktaydık. Bugün geline nokta bir başarı olarak saymamız gerekir. Ancak yukarıda sayılan sorunlara bakıldığında yapılacak daha çok iş olduğu görülmektedir. Bunlar arasında etik kurulların performansını sadece görüştüğü ve karara bağladığı dosya sayısı olarak almayıp, örneğin onay verdiği halde sorun yaşanan araştırmalar, dosyalara onay verme süre ortalaması vb. kriterlerin de göz önüne alınması önerilebilir. Etik kurulların genç araştırmacılara liderlik etme sorumluluğu da unutulmamalıdır.

İkinci basamakta halk sağlığı uzmanı olmak

Dr. Nurhan Meydan Acımış



1970 yılında Niğde Bor'da, doğdu. İlk, orta, lise öğrenimini İzmir'de tamamladı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1994 yılında mezun oldu. Halk sağlığı uzmanlığını tamamladı. 2007 yılında Kadın ve Çevre Derneğini kurdu. Halen bir Toplum Sağlığı Merkezinde Halk Sağlığı Uzmanı olarak çalışmaktadır. Dr. Acımış evlidir ve bir kız çocuğu annesidir.

Halk sağlığı, “sağlık sorunlarının örgütlü ve toplum içindeki organize çabalar doğrultusunda önlenmesi, insan ömrünün uzatılması ve sağlığın geliştirilmesini amaçlayan bilim dalı” olarak tanımlanır. Halk sağlığı uzmanının ise bize uzun gelen bir tanımı vardır. “Sağlık hizmetlerini değerlendirerek, toplum ve toplumu destekleyen diğer unsurlar ve sağlık profesyonellerin gerçek gereksinimlerini araştırarak, en uygun müdahalenin ne olduğunu belirleyerek, kaynaklar üzerinde etkili olan diğer faktörleri ortaya koyarak ve uygun ve gerekli değişiklikleri hayata geçirerek, sağlık hizmetlerini yükselten kişi”ye halk sağlığı uzmanı denir. Halk sağlığı uzmanları, kısaca sağlıkla ilgili sorunlarının tespiti, çözümü ve sağlık politikalarının geliştirilmesi çabalarının içinde yer alır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), hazırladığı bir raporda, halk sağlığı uzmanından; sağlıkta derinleşen eşitsizlikler ortasında topluma dayalı politikaları yaşama geçirmeyi isteyen özel bir uzmanlık dalı çalışanı olarak bahseder. Aynı raporda halk sağlığı uzmanının kamuda istihdam edilmek üzere yetiştirildiği belirtilir ve Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak sağlık hizmetleri için önemi vurgulanır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı, “*bedenen ruhen ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlar. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin üç ana grubundaki koruyucu, sağlatıcı esenlendirici hizmetlerinin tamamını kapsar. Bu üç ana nokta sağlığın üretim temellerini şekillendirir.

Bugüne değin halk sağlığı uzmanları

koruyucu sağlığın geliştirilmesinde yer almıştır. Aşılama uygulamaları ülkemizde çocuk ve ana sağlığını geliştirirken, aile planlaması sağlıklı aile ve sağlıklı toplumun yaratılmasına, su ve hijyen konuları kamu sağlığı için yürütülen ortak çabalara, toplumda bulaşıcı hastalıkları karşı verilen savaşın kazanılmasına, sağlığın geliştirilmesi ise sağlıklı yaşlanmaya eklenerek ülkemizde yeri dolmaz başarılarla imza atmıştır.

HASUDER 2010 yılında ülke genelinde bir envanter çalışması sürdürmüştür. Buna göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan 175 Halk Sağlığı Uzmanı vardır. 9 ilde Halk Sağlığı uzmanı bulunmamaktadır. 21 ilde Sağlık Müdürlüğü merkez birimlerinde Halk Sağlığı uzmanı çalışmamaktadır. Halk sağlığı uzmanlarının; 16'sı (%9,1) geçici ya da sürekli kadrolarda merkez teşkilatında çalışmakta iken, 85'i (%48,6) il sağlık müdürlüklerinde, 26'sı (%14,9) toplum sağlığı merkezi ya da sağlık grup başkanlığında, 20'si (%11,4) AÇSAP merkezlerinde, 7'si (%4,0) Halk Sağlığı laboratuvarında veya bölge hıfızısıhha laboratuvarında, verem savaş dispanserinde, 2'si sağlık ocağında 4'ü aile hekimi olmak üzere, 14'ünün (%8,0) devlet hastanelerinde görev yapmaktaydı.

Toplumlarda değişen sağlık algısını doğru okumak

Dünya tarihinin son çeyreğinde gelişen olaylar yeni düşünce akımlarını şekillendirmiştir. Sanayi devrimi diyalektik kurmada sınıfsal yapıyı temellendirirken, Fransız Devrimi özgürlükçü akımlara yeni bir çığır açmıştır. “Alma Ata Bildirgesi”nde

yer alan sağlık kavramı ulusal sorumluluk olmaktan çıkıp, yerini “bireysel risk kavramı”na doğru bırakmak üzeredir. 2008 raporunda dünyanın değişen sağlık algısının altını çizen DSÖ, hükümetlerin sağlıkta reform başlıklarını belirlemiş, bu konudaki ustalığı hükümetlere bırakmayı yeğlemiştir. DSÖ'ye göre;

1. Gelişmiş kamu sağlığı politikaları
2. Sağlık için çevre desteğinin yaratılması
3. Toplumsal eylemlerin güçlendirilmesi
4. Bireysel yeteneklerin geliştirilmesi
5. Sağlık hizmetinde tutum değişiklikleri önemlidir.

Dünya genelinde sağlık algısındaki değişimi, bu değişim süreci içinde hastane tabanlı sağlık hizmetlerine kayan kişi ve hasta taleplerini görebilmenin önemli olduğunu düşünmekteyim. Aksi takdirde halk sağlığı biliminin ötekileştirileceği noktada kaygılıyım.

İkinci basamakta halk sağlığı uzmanı olmak” üzerine bir deneyim

Bölge hastanesi konumundaki bir kamu hastanesinde 5 yıl toplam kalite biriminde görev yaptım. Kendi uzmanlık öğretilerimin avantajlarını kullanarak, yani halk sağlığı felsefesini kurumun öncelikleri ile birleştirerek çalıştım. Bu çaba, olumsuz kanaat ve algılara inat bana mesleğimin öğretilen çok bildik konuları dışında, sağlığın yeni alanlarını keşfedebilme olanağını yakalama fırsatlarını sundu. Kanıksanmış doğruların aksine çalışma alanında “özgür kalabilmenin” meslekte ustalasma arenasına varışta farklı bir

Halk sağılığı uzmanlık eğitimi, sadece birinci basamak sağılık hizmeti sunan kurumlarla sınırlı kalmamalıdır. Asistanlık eğitimlerinin bir kısmına hastane eğitimleri de dâhil edilmelidir. Uzmanlık sonrasında atamaları birinci basamak yanı sıra hastanelere de yapılmalıdır. Sağılığın üretim alanlarının hepsi içinde istihdam şansı yaratılmalıdır.



noktayı belirlediğine tanıklık ettim. İkinci basamakta halk sağılığı uzmanı olmak, çok bilinmeyenli bir denklemdi. Ancak "toplam kalite" yaklaşımı, sağığın değişen yüzünü ve sağııktaki beklenti taleplerini hasta ve toplum adına nasıl karşılamam gerektiğı konusunda bana yeni bir yol çizdi. İkinci basamakta halk sağığı uzmanı olmak, sağığın üretildiğı her alanda çalışabilir olmanın gerekliliğini bana öğreten bir okuldu.

İkinci basamakta halk sağığı uzmanı modeli

Hastane bünyesinde çalışan bir halk sağığı uzmanı aşağıdaki basamaklarda yer alabilir:

1. Toplam kalite hasta memnuniyet anketlerinin değerlendirilmesi,
2. Toplam kalite, ISO 1400 çevre sistemleri kurulması (hastane çevre risklerin belirlenmesi, doğal afet planlanmasının yapılması, enerjinin etkin kullanımı, gürültü, tıbbi atık, hava kirliliğinin önlenmesi, ergonomik ve doğa dostu hastanelerin geliştirilmesi),
3. Toplam kalite OSAS sistemlerinin kurulması (çalışan güvenliği, ergonomi, çalışan sağılık risklerini önlenmesi, çalışan eğitiminin sağlanması, çalışan dostu hastanelerin geliştirilmesi),
4. Kurumsal sosyal sorumluluk adına Avrupa Birliğı ve ulusal projelerin yürütülmesi,
5. Stok takip komisyonu, enfeksiyon kontrol komitesi, gıda kontrol komisyonu, atık komisyonu, temizlik ve hijyen komisyonu işlevlerin yürütmesi,
6. Satın alma ve fatura birim SGK ön değerlendirme işlevlerin yürütmesi,

7. Su hijyeni, haşere kontrol (kemirgen, uçan zararlılar vb.) işlevlerinin yürütmesi,
8. Atık yönetimi işlevlerinin yürütülmesi ve organize edilmesi,
9. Halkla ilişkiler işlevleri yürütmesi,
 - a. Medya ve iletişim, tanıtım işlevlerinin yürütülmesi,
 - b. Uluslararası ağlar ve sınır tanımayan sağılık hizmetleri organizasyonu,
 - c. Sivil toplum örgütleri ile işbirliğinin sağlanması,
10. Hasta hakları birimi işlevlerinin yürütmesi,
11. Yeni laboratuvar düzeni ve işlevlerinin yürütülmesi,
12. KETEM (erken tanı ve bağımlılık yapıcı madde sigara vb.) işlevleri ve sigara merkezlerinde organizasyon sorumluluğı,
13. Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi,
14. Yönetim kadrosu işlevleri (Başhekim, Başhekim Yrd. vb.)
15. Sağılık için "sağığın geliştirilmesi işlevlerinin yürütülmesi,
16. Etik kurulların çalıştırılması,
17. Hastaneye ait bilimsel ve epidemiyolojik çalışmaların yapılması,
18. Hastane içinde sürdürülecek bilimsel çalışmalara destek sunması.

Kısacası halk sağığı uzmanlık eğitimi, sadece birinci basamak sağılık hizmeti sunan kurumlarla sınırlı kalmamalıdır. Asistanlık eğitimlerinin bir kısmına hastane eğitimleri de dâhil edilmelidir. Uzmanlık sonrasında atamaları birinci basamak yanı sıra hastanelere de yapılmalıdır. Sağığın üretim alanlarının hepsi içinde istihdam şansı yaratılmalıdır.

Bu yazıda bunun gerekliliğini kendi üzerimden modelleyerek vurgulamak istedim. İlk okunuşunda bu modelleme size yabancı gibi gelse de sağılık hizmetlerine bütüncül bakışın sağlanmasındaki özgür ve özgün bir bakışın bir nüvesi olarak görülmesini isterim.

Not: Bu yazı, tarafımdan Sağılık Bakanı Recep Akdağ'a sunulan bir dokümanın aslına sadık kalınarak hazırlandı. Bu yazının şekillendirilmesinde bana destek sunan değerli hocam Prof. Dr. Necati Dedeoğlu'na şükranlarımı sunarım.

Kaynaklar

David Pencheon, Guest, Charles, Melzer, David, Gray, JA Muir (2001). *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford University.

Dedeoğlu N (1988). *Halk Sağığın Bugünü ve Yarını, Toplum ve Hekim*, TTB yayınları. Mart; 46: 9-11

Dedeoğlu Necati (2006). *Türkiye'de Halk Sağığı Bilimi ve Uygulamalarında Neredeyiz. Toplum ve Hekim Dergisi*, TTB Yayınları. Mayıs Haziran; 21(3): 230.

HASUDER (2002). *Halk Sağığı/Toplum Hekimliği Uzmanlığı, Meslek Tanımı Bilgi ve Beceri Listesi*, Ankara.

HASUDER (2010). *T.C Sağılık Bakanlığı Bünyesinde Alanda Çalışan Halk Sağığı Uzmanı Envanteri Ekim*, Ankara.

Maxy-Rosenau-Last (1992). *Public Health and Preventive Medicine*. (13rd ed) Last JM, Wallace RB., Appleton-Lange.

The World Report (2002). *Reducing Risk, Promoting Health life*. Geneva, World Health Organization.

Winslow C.E. A (1920). "The Untilled Fields of Public Health," *Science*.

World Health Report (2008). *Entitled Primary Health Care- Now More Than Ever* WHO.

Yüksek Ökçeler

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 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 yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

Yüksek Ökçeler” deyince ünlü hikâyecimiz Ömer Seyfeddin’in aynı adlı hikâyesi hatırlamıza gelir. Bu hikâyesinde Ömer Seyfeddin, kahramanı olan Hatice

Hanım’ın Batı hayranlığı ile giydiği yüksek ökçeli ayakkabıların çıkardığı sesle, evinde çalışanların yaptığı yolsuzluk ve ahlaksızlıkları görmeden mutlu iken, baş dönmesi rahatsızlığı için çağırdığı doktorunun; “*Bütün rahatsızlığınıza sebep bu ökçelerdir hanımefendi, onları çıkarın, rahat, yünden, yumuşak bir terlik giyin, hiçbir şeyiniz kalmaz.*” demesi üzerine yünden ökçesiz terlikler giymeye başlamasıyla evdeki tüm yolsuzluk ve ahlaksızlıklara şahit olarak çalışanları kovmasını, sonrasında işe aldıklarının da aynı gerekçelerle işlerine son vermesini, bu yüzden mutsuz olup sararıp solmasını, bu durumun gerekçesinin düz terlikler olduğunu anlayıp eski dünyasına kavuşmak için baş dönmeleri devam etse de tekrar yüksek ökçeli ayakkabıları giyerek mutlu olmasını anlatır.

Bazılarının hatırlarına ise Pedro Almodovar’ın “*High Heels*” filmi ya da Murathan Mungan’ın “*Yüksek Topuklar*” adlı öyküsü de gelebilir. Öyküsünün adını neden bu şekilde verdiğini anlatırken Mungan şunları söylemektedir: “*Esas Oğlan, kötü adamlar tarafından kovalanırken, münasebetsiz bir biçimde ortaya çıkan Esas “olacak” Kız, bütün işleri altüst eder. Oğlan kaçarken ona adım uyduramaz, onunla birlikte koşamaz, koşmaya çalıştığında da kendi kadar münasebetsiz ayakkabılarının yüksek topuklarından biri kırılır; ya bir mazgala sıkışarak, ya basamakların birine takılarak duralayıp vakit kaybetmelerine, dahası az kalsın yakalanmalarına neden olur. O musibet topuğu sıkıştığı yerden kurtaralım derken, kötü adamın bir sürü*

bir sürü olan adamları yetişirler. Yetişemeseler bile şu ahmak kızın beceriksizliği yüzünden sizin yüreğiniz ağzınıza gelir. Hanım kızımız, hiç bulunmaması gereken bir yerde ansızın bitivererek bir dolu budalaca gerilime, nedensiz belaya yol açtığı yetmiyormuş gibi, yaptığı ikinci bir yanlış hareket sonucu, Başkötü Adam tarafından rehin alınır. Başkötü Adam’ın, “Elindeki silahı bırak yoksa kızı vururum,” tehdidi yüzünden Esas Oğlan elindeki silahı atmak zorunda kalır. O eksik akıllıyı kurtaracağım diye canını yok yere tehlikeye atan Esas Oğlan, kızın yüreğindeki sevgi ve fedakârlık sandığı küçük minik entrika ve merak kurdu yüzünden başına yeni yeni belalar alır. Mazgala sıkışmasa, basamaklarda düşme bile düz yolda kırılabilen o yüksek topuğu, akli kadar narin olduğu için çabuk incinen bileğinin de burkulmasına neden olur. Yetmiyormuş gibi bir de o koca kıçlı kızı taşımak ya da omuzlayıp yüklenmek zorunda kalan Esas Oğlan’ın çilesi bitmez. Bana kalırsa, yanında sürüdüğü o kızın, peşindeki bir sürü bir sürü adamdan daha tehlikeli olduğunu anlayan kadar da bitmeyecektir. Benim için, her durumda erkeğin başına bela olan bu kadın tipinin simgesi işte o yüksek topuklar olmuştur: bir biçimde o topukları, o topukların üzerinde yükselen kadınları yazacaktım. Bu bir duruştu çünkü. Bu kadınların hayattaki iddialarına ait bir duruştu. Her yerde, her durumda, her şeye karşı gösterdikleri bir iddianın duruşuydu. Yalnızca erkeği kahraman, kadını himayeye muhtaç gösteren erkek egemen senaristlerin hayat görüşleriyle açıklayamıyordum bu durumu; sanırım bu konuya yeniden döneceğim. En azından, bu kadar sözden sonra dönmem şart oldu. Geçen yıl Pedro Almodovar’ın o güzelim Yüksek Topuklar filmi hep bu duygular eşliğinde seyrettikten sonra, öyküme de bu adı vermeyi kararlaştırdım.”

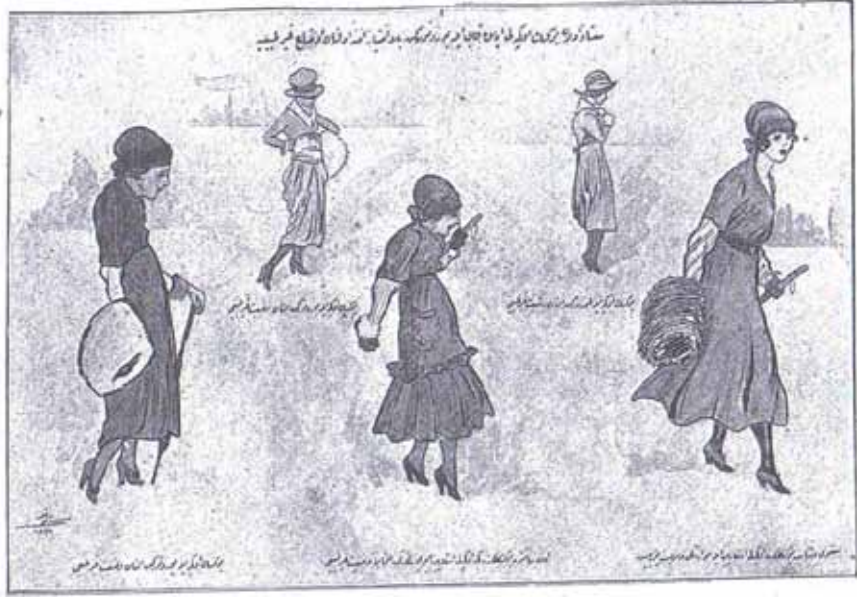
Yüksek ökçeli ayakkabıları ilk önce ata binen erkekler ayaklarının üzüngide kalmasını sağlamak amacıyla giymeye başlamışlar. Daha sonra Orta Çağ Avrupa’sında yollarda insan ve hayvan pisliklerinden korunmak için yüksek ökçeli ayakkabılar kullanılmış. 1533 yılında henüz 14 yaşında iken, ileride Fransa’nın Kral II. Henry’si olacak Orleans Dükü ile evlenen ve ünlü “Fransız Mutfağı”nın da mucidi kabul edilen Catherine de Medici, yüksek ökçeli ayakkabı modasını başlatan kişi olarak bilinir. Zamanla Fransa’dan tüm Avrupa’ya yayılan bu yüksek ökçeli ayakkabılar zenginlik ve moda sembolü olmuş. Fransız İhtilali’ne kadar hem kadınların, hem erkeklerin ayakkabıları yüksek ökçeliymiş. 1789-99 yıllarında gerçekleşen Fransız İhtilali’yle birlikte, zenginlik ve aristokrasiyi çağrıştırdığı için, yüksek ökçe modası eski popülerliğini kaybetmiş. 19. asırda düz ayakkabılar rağbet görmüşse de bu asrın sonlarına doğru yüksek ökçeler özellikle kadınlar arasında yine bir moda salgını halinde yaygınlaşmaya başlamış.

1926 yılında genç Türkiye Cumhuriyeti’nde halkı sağlık konularında aydınlatmak amacıyla (henüz “Harf Devrimi” yapılmadığından Osmanlıca olarak) yayımlanan “*Sıhhi Müze Atlası*” adlı eserin (bkz. Sıhhi Müze Atlası, SD 23, s:98-101.) 65 ila 68. sayfalarında 4 sayfa yer ayrılan “Yüksek Ökçeler” başlıklı bölümünde yüksek ökçelerin sağlığa zararı şu satırlarla aktarılmaktadır: “*Yeni moda bize yüksek ökçeleri getirdi, bunların isti’mali (kullanımı) memleketimizde sür’atle ta’ammüm ediyor (yaygınlaşıyor). Fakat güzellik için katlandığımız bu ayakkabıların sıhhatimize ne kadar iras-ı mazarrat ettiğini (hastalık sebebi olduğunu) hanımlar bilseler bunları asla isti’mal etmezler. Yüksek ökçe isti’mal edenler rahat yürüyemezler.*

Evvela yürüyüşlerinde sıkıntı çekerler. Sonra topallarlar, nihayet yalnız ufak mesafelere kadar gidebilip uzunca bir müddet yürüyemez olurlar. Bunun sebebi ise ayağın muvazenesinin (denge) bozulmasıdır. Yüksek ökçe topuğu kaldırır. Bu sebepten sıklet-i beden (bedenin ağırlığı) doğrudan doğruya ayak parmakları üzerine yüklenir, zail parmaklar tabii bu sıklete güç tahammülü ederler. Topuk oynağı kemikleri birbirinden ayrılır. Bundan başka cazibe-i arz te'siriyle (yerçekimi etkisi) göğüs geriye ve karın ileriye alınır. Bu vaziyet gayri tabiidir. Muvazenesini muhafaza etmek için fahz adalatı (uyluk kasları) takallüs eder (kasılır). Ve diz önünde bulunan oynacık kemiği yukarı çekilir. İşte bu gayri tabii vaziyette kadınlar muntazaman yürüyemez. Kesik kesik adımlar ile yürümeye mecbur kalırlar ki bu halde adeta bir kuklaya benzerler. Şu bahs edilen vaziyet röntgen şuaatı (ışınları) ve doğrudan doğruya yüksek ökçe ile yürüyen kadınların sinemalarını alarak isbat edilmiştir. Fakat iş yalnız bundan ibaret kalmaz. Bacakların devranı hüsn-ü suretle ifa edilemez (kan dolaşımı iyi olmaz). Kadında bulunan siyah kan damarlarında kan toplanır ve bu halde karaciğer hastalığı gibi bir takım dahili emrazın husulüne (iç hastalıkları oluşumuna) sebebiyet verir. Hanımlar, moda da aldanmayınız, sıhhatinizi gayri sıhhi ve gayri tabii ayak kablarnın vereceği zerafet için feda etmeyiniz."

Söz konusu eserin bu bölümü, orijinal resimleri ve transkripsiyonları verilerek, 11-14 Mayıs 2011'de Mersin'de düzenlenen "VII. Lokman Hekim Günleri" kapsamında "Cumhuriyetin İlk Yıllarına Ait Bir Halk Sağlığı Sorunu: Yüksek Ökçeler" başlığı ile sözlü bildiri olarak tarafımızdan sunulmuştur.

Marilyn Monroe, Gina Lollobrigida gibi "femme fatale (felaket sebebi kadın)"ların tercih ettiği yüksek ökçelerin; daha çok dişiliğin, şehvetin ve seksiliğin temsilcisi olarak algılandığını, moda tarihçisi Caroline Cox'un "Stiletto" adlı kitabında yüksek ökçeli ayakkabının tarihini anlatırken aslında cinsellik, ahlak ve cinsiyet politikalarıyla ilgili bir tarihi anlatmakta olduğunu söyleyen Ezgi Başaran, Hürriyet'teki "Dünyanın en politik icadı" başlıklı yazısında; "1959'da topuklar 15 cm'yi bulduğunda, yüksek ökçelere karşı bir savaş başladı. Önce bu uzun ökçelerin sağlığa verdiği zarara, bütün gazetelerde geniş yer ayrıldı. 1961'de ABD'de kadın köşe yazarı Abigail Van Buren, kadınlardan gelen 100 bin mektupla birlikte Ulusal Ayakkabıcılar Derneği'ne başvuruda bulunarak onlardan topukları kısaltmasını istedi. Yüksek ökçelere o kadar keskin bir dille saldırılıyordu ki, asıl sorunun kadınların cinselliklerini bu kadar açıkça ortaya koymalarından duyulan



kültürel korku olduğu açıkça anlaşılyordu." demektedir. Başaran'a göre bir süre sonra "iyi aile kadınları" da yüksek ökçeleri benimsemeye başlamışlardır. Aslında bu kadınlar yüksek ökçelerden rahatsız olmalarına rağmen yüksek ökçeli ayakkabı giymekten vazgeç(e) memektedirler.

Amerikan Pedyatri Derneği'nin yaptığı bir araştırmada, yüksek ökçeli ayakkabından vazgeçemeyen kadınların %42'sinin acı hissettiklerini fakat görünüşe daha çok önem vermeleri sebebiyle yüksek ökçeli ayakkabıdan vazgeçemediklerini belirtmiştir. Bir başka araştırma ise yine 10 kadından 4'ünün rahat olmasına rağmen sırf moda da uygun bulduğu ve beğendiği yüksek ökçeli bir ayakkabıyı satın alabildiğini ortaya koymuştur. Amerika'da yapılan başka bir araştırmada 1930 ve 1970'lerde yaşanan ekonomik kriz dönemlerinde ayakkabıların ökçe yüksekliğinin arttığı tespit edilmiştir.

Yüksek ökçeli ayakkabı giymenin sağlığa birçok zararlı etkisinin olduğu değişik araştırmalarda ortaya konulmuştur. Bunların en önemlisi Avustralya'daki Griffith Üniversitesi'nde görevli nörofizyoloji alanındaki bilim adamlarının yaptıkları ve Journal of Applied Physiology'de yayımlanan araştırmadır. Bu araştırma için dokuz kadın, iki yıl süreyle, haftada en az 40 saat boyunca 5 cm yüksekliğinde ökçesi olan ayakkabılar giymişlerdir. Bu dokuz kadın, yine iki yıl boyunca haftada 10 saatten daha az süre yüksek ökçeli ayakkabı giyen 10 genç kadınla karşılaştırılmıştır. Katılımcılar araştırma boyunca düz bir zemin üzerinde kendi kendine seçtikleri hızlarda yürümüşler ve her iki deney grubunun da bacak kaslarının hareketleri ve refleksleri incelenmiştir. Sonuç son derece çarpıcıdır: "Uzun süre yüksek ökçeli ayakkabı kullanımı medial gastroknemius kas liflerini (baldır kası) kısaltmakta ve Aşil tendonunu sertleştir-

Yüksek ökçeli ayakkabıları ilk önce ata binen erkekler ayaklarının üzengide kalmasını sağlamak amacıyla giymeye başlamışlar. Daha sonra Orta Çağ Avrupa'sında yollarda insan ve hayvan pisliklerinden korunmak için yüksek ökçeli ayakkabılar kullanılmış. "Fransız Mutfağı"nın da mucidi kabul edilen Catherine de Medici, yüksek ökçeli ayakkabı modasını başlatan kişi olarak bilinir.

mektedir. Kısalan baldır kasları, mekanik zorlanmaya sebep olmaktadır. Bu zorlanma yürüyüşü yetersiz ve verimsiz hale getirerek kas yorgunluğuna yol açmakta ve yaralanma riski doğurmaktadır."

Yine Boston Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nun yaptığı ve Arthritis Care & Research dergisinde yayımlanan bir çalışmada ayak ağrısı ile yüksek ökçeli ayakkabı giymek arasında ilişki ispatlanmıştır. 1900 kişinin katıldığı bir başka çalışmada genç yaşta yüksek topuklu giyenlerin %29'unda ileri yaşta daha çok ayak problemi yaşadığı gösterilmiştir.

Ülkemizde de bu konuda çeşitli araş-



Amerikan Pediyatri Derneği'nin yaptığı bir araştırmada, yüksek ökçeli ayakkabıdan vazgeçemeyen kadınların %42'sinin acı hissettiklerini fakat görünüşe daha çok önem vermeleri sebebiyle yüksek ökçeli ayakkabıdan vazgeçemediklerini belirtmiştir. Bir başka araştırma ise yine 10 kadından 4'ünün rahat olmamasına rağmen sırf moda uygun bulduğu ve beğendiği yüksek ökçeli bir ayakkabıyı satın alabildiğini ortaya koymuştur.

tırmalar yapılmıştır. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli spor hekimi Şefika Kızıltoprak'ın araştırmasında ayak problemlerinin kadınlarda erkeklere göre 4 kat daha fazla görüldüğünü tespit edilmiş ve bunun en önemli nedeninin yüksek ökçeli ayakkabılar olduğunu belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda yüksek ökçeli ayakkabı giymenin sağlığa zararları özetle şu şekilde ortaya konmuştur:

- 5 cm yüksekliğindeki ökçeli ayakkabı ile normal yürüyüş bozulur.
- Ökçe yüksekliği 7,5 cm olduğunda ayaktaki yük ve basınç miktarını 7 kat artırır.
- Normal günlük aktivitelerde yüksek ökçeli ayakkabı giyenler, gün içinde 6 km'den fazladan yürüyüş yapmış kadar ayaklarına ilave yük bindirirler. Bu da ayakta ağrı ve şekil bozukluklarına neden olabilmektedir.
- Yüksek ökçeli ayakkabı kullanımında ayak yere tam olarak basamamakta ve böylece vücudun yükünü en fazla taşıyan nokta olan topuk devre dışı bira-

kıldığından kemiklerde erken bozulmalar meydana gelebilmektedir.

- Ayağın ön kısmına ve parmaklara binen aşırı yük başparmağın altındaki sesamoid kemiklerde ödem veya kırıklara yol açabilmektedir.

- Ayağın öne doğru kayması sonucu, ayak parmakları ayakkabının ucuna doğru itilerek parmaklar ve tırnak yataklarına sürekli basınç uygulanarak tırnaklarda şekil bozukluğu, tırnak batması ve mantar oluşumuna neden olabilmektedir.

- Parmakların sıkışması ile sinirler zedelenmekte, ağrı, uyuşukluk veya iğnelenme hissi gibi şikâyetlere sebep olabilmektedir.

- Denge çabuk bozulduğu için ayak bileklerinde burkulmalarına sebep olarak bağlarda kopmalara, eklemlerde zedelenmelere ve kemiklerde kırıklara yol açabilmektedirler.

- Bacak kaslarında zorlanma sonucu diz ve bel ile ilgili problemler oluşturabilmekte ve özellikle dizlerde kireçlenmeye sebep olabilmektedir.

2009 yılında İngiltere'de bir işçi sendikası, sağlığa zararlı olduğu ve kadınları küçük düşürdüğü gerekçesiyle hükümetten "işyerinde 2,5 cm. den yüksek ökçeli ayakkabı giyilmesini yasaklamasını" talep etmişse de yine bir hanım milletvekilinin itirazı sonucu bu talep kabul edilmemiştir.

Öyle sanıyorum ki hanımlar rahatsız olmalarına rağmen ve sağlığa zararlarını bile bile yine de yüksek ökçeli ayakkabıları giymeye devam edeceklerdir.

Kaynaklar

- Alyssa B. Dufour, Kerry E. Broe, Uyen-Sa D. T. Nguyen, David R. Gagnon, Howard J. Hillstrom, Anne H. Walker, Erin Kivell, Marian T. Hannan; "Foot pain: Is current or past footwear a factor?" *Arthritis Care & Research*, Volume 61, Issue 10, Date: 15 October 2009, Pages: 1352-1358.
- Cronin NJ, Barrett RS. & Carty CP. (2012). "Long-term use of high heeled shoes alters the neuromechanics of human walking". *Journal of Applied Physiology*. 112(6): 1054-108.
- Ezgi Başaran, "Dünyanın en politik icadı" *Hürriyet* <http://arama.hurriyet.com.tr/arsivnews.aspx?id=276721>
- Murathan Mungan; "Yüksek Topuklar", *Metis Yayınları*, İstanbul, 2004.
- Ömer Seyfeddin; "Yüksek Ökçeler", *Seçme Hikâyeler II*, Türk Klasikleri 12, MEB Yayınları, İstanbul, 1993, s. 147-150.
- Sihhi Müze Atlası, (Osmanlıca) Türkiye Cumhuriyeti Sihiye ve Muaveneti İctimaiyye Vekâleti, 1926.

Ömer Seyfeddin'in Yüksek Ökçeler hikâyesinin metni

Hatice Hanım, pek genç dul kalmış zengin bir hanımcağızdi. On üç yaşında iken altmış yaşında bir kocaya vardığı için "izdivaç" denen şeyden nefret etmişti. İşte hemen hemen on sene vardı ki, erkeğin hayali zihnine, romatizma, balgam, pamuk, vandoz, tentürdiyot yığınlarından yapılmış pis, abus, lanet bir heyulâ şeklinde gelirdi.

"Gençler başkadır!" diyenlere:

— Aman, aman! Onlar da bir gün olup ihtiyarlamazlar mı? Sonra dertlerini kim çeker?

Diye haykırırdı.

Başlıca merakı temizlik ve namusluluktı. Göztepe'deki köşkünü, hizmetçi Eleni ve evlatlığı Gülter'le her sabah beraber temizler, aşçısı Mehmet'i her gün tıraş ettirir, zavallı Bolulu oğlanı tepeden tırnağa kadar beyazlar giymeye mecbur ederdi. Eleni de, Gülter de son derece namusluydu. Kileri kitlemezdi, paraları meydanda dururdu. Hele Mehmet'in namusuna diyecek yoktu. Konuşurken gözlerini kaldırıp insanın yüzüne bile bakamazdı. Hatice Hanım, köşkten hiçbir yere çıkmadığı için işi gücü adamlarını teftişti. Habire odaları dolaşır, tavan arasına çıkar, mutfığa inerdi. Derdi ki:

— Benim gibi olun! Ben kimse ile görüşüyor muyum? Sakın siz de komşuların hizmetçileriyle, uşaklarıyla konuşmayın. El, insanı azdırır!

Mehmet bile bu nasihati noktası noktasına tutmuştu. Arka bahçedeki mutfığına değil misafir, hemşeri filan, hatta yabancı bir kedi bile girmiyordu. Hatice Hanım, belki günde on defa iner, onu yapayalnız tenceresinin başında bulurdu. Hatice Hanım'ın temizlik, namus merakından başka bir de yüksek ökçe merakı vardı. Güzeldi, tombuldu, cıvı cıvı bir şeydi. Fakat boyu çok kısa olduğu için evin içinde de bir karışa yakın ökçeli iskarpinler giyerdi. Âdeta bir cambaza dönmüştü.

Bu yüksek ökçelerle merdivenleri takır takır bir hamlede iner, ayağı burkulmadan bir aşağı, bir yukarı koşar dururdu. Nihayet bir baş dönmesi geldi. Çağırdığı doktor ilaç filan vermedi:

— Bütün rahatsızlığınıza sebep bu ökçelerdir, hanımefendi dedi, onları çıkarın. Rahat, yünden, yumuşak bir terlik giyin. Hiçbir şeyiniz kalmaz.

Hatice Hanım, doktorun tavsiye ettiği bu yünden terlikleri aldırdı. Hakikaten rahattı. İki gün içinde başının dönmesi filan geçti. Dizlerinde, baldırlarında sızı kalmadı. Fakat böyle, tam vücudu rahat ettiği sırada, ruhu derin bir azap duydu. Dokuz senelik adamlarının iki gün içinde birdenbire ahlakları bozulmuştu. Eleni'yi kendi diş fırçasıyla dişini fırçalarken, Gülter'i kilerde reçel kavanozunu boşaltırken görmüştü. Mehmet'i et günü olmadığı halde bol bir sahan külbastıyı yerken yakaladı.

— Ne oldu bunlara Yarabbim? Bunlara ne oldu?

Diyordu. Bir hafta içinde adamlarının on beşten fazla hırsız-

lığını, yolsuzluğunu tuttu. Hele Mehmet'i, komşu paşanın neferleriyle koca bir lenger pirinç pilavını atıştırırken görünce, hiddetinden ne yapacağını şaşırdı. O gün her tarafı kilit kürek altına aldı.

— Bakalım şimdi ne çalacaklar?

Dedi. Hakikaten çalınacak hiçbir şey kalmamıştı. Ertesi gün biraz geç kalktı. Aşağıya indi. Gülter'le Eleni meydanda yoktu. Yürüdü, mutfığa doğru gitti. Gözleri aralık kapıya ilişince, az daha nefesi duracaktı. Mehmet, ocağın başındaki kısa iskemleye çökmüş, bir dizine Eleni'yi, bir dizine Gülter'i oturtmuş, kalın kollarını ikisinin bellerine halattan bir kemer gibi sarmıştı. Hatice Hanım, bu levhanın rezaletini görmemek için hemen gözlerini kapadı. Fakat kulaklarının kapağı olmadığı için, konuştuklarını duymamazlık edemedi.

Mehmet diyor ki:

— Ülen Gülter, artık sen şeker filan getirmeyon?

Gülter:

— Her taraf kitli, ne yapayım?

Diyordu. Mehmet, tuhaf bir şapırtı içinde Eleni'ye de:

— Ülen gece niçin gelmiyon? Sana helva yapıp saklayon!

Sualini soruyor, Eleni:

— Yakalanazağiz vire! Sonra hanım bizi kovazak diye çırpınıyordu.

Aralarında çıtır pıtır bir hasbihal başladı. Hatice Hanım, gözünü açmıyor, yüreği çarparak merakla dinliyordu. Gülter:

— Ah o terlikler! dedi, her işimizi bozdu. Hanımın geldiği hiç duyulmuyor. Ne yapsak yakalanıyoruz. Eskiden ne iyiydi. Yüksek ökçelerin takırtısından evin en üst katında kımıldadığını duyardık.

Hasbihal uzadıkça, kendi göremediği başka rezaletlerin mufassal[2] hikâyelerini işitiyordu. Dayanamadı. Gözlerini açtı:

— Sizi alçak, hırsız, namussuzlar! Defolun şimdi evimden!

Diye haykırırdı. Bu dokuz senelik sadık hizmetçilerini hemen kapı dışarı etti.

...

Aşçı, işçi, artık eve ne kadar adam aldıysa, hepsi arsız, hırsız, yüzsüz, namussuz çıkıyordu. Tam iki sene bir adamakıllısına rastgelmedi. Malı mülkü varken, hiçbir sıkıntısı yokken, bu hizmetçi üzüntüsünden zayıflıyor, sararıp soluyordu. Baktı olmayacak! Yine yüksek ökçeli iskarpinlerini giydi. Hizmetçilerinin hırsızlıklarını, uğursuzluklarını, namussuzluklarını göremez oldu.

Benzine kan geldi. Vâkıâ yine, başı dönmeye başladı. Fakat sesi işitilmeyen ökçesiz terlik giydireceğini düşünerek doktora kendini göstermiyor:

— Hiç olmazsa şimdi yüreğim rahat ya, diyordu.



Şiddetin iş yerindeki adı: Mobbing

Esma Başaran Şahin



1985 yılında Iğdır'da doğdu. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü (2008) bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümünde yüksek lisans yaptı. İstanbul Bahçelievler Medical Park Hastanesi (2008-2009) ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (2009-2011) yeni doğan yoğun bakım hemşireliği yaptı. Halen Iğdır Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

Mobbing, birçok kişinin yaşadığı ama adını bilmediği bir olgudur. Nasıl ki terörü, aile içi şiddeti yaşıyor ve lanetliyorsak mobbingi de yaşıyoruz ama yaşadığımız durumun adını koymakta ve bu durumla mücadele etmekte zorlanıyoruz. Peki, mobbing nedir? Mobbing; işyerinde psikolojik şiddet, baskı, yıldırma anlamlarını taşımaktadır. Bu yıldırma; yöneticiniz, çalışma arkadaşınız ya da arkadaşlarınız hatta sizden daha düşük pozisyonda olan kişiler tarafından da yapılmış olabilir. Mobbing, kişiye yönelik; kişinin yaşı, ırkı, cinsiyeti, dini, uyruğu, sakatlığı veya hamileliği gibi herhangi bir nedene dayalı belirgin ve ayrımcılık olmaktan çok, taciz, rahatsız etme ve kötü davranış yoluyla herhangi bir kişiye yönelen saldırganlıktır. Kişiyi iş yaşamından dışlamak amacıyla kasıtlı olarak yapılır. Sonuçta kişi, giderek artan sıkıntı, hastalık ve sosyal sorunlar yaşamaya başlar. Verim sıklıkla düşer. Kişi, üzerindeki baskı ve eziyeti dengelemek ve azaltmak için hastalık raporu kullanmaya başlar. Kazalar olabilir ve kişi depresyona girebilir. Bunları da istifa, işine son verme, erken emeklilik ya da anlaşmalı veya anlaşmasız işten çıkarılma izler. Kurban için son, hastalık ya da intihar yoluyla ölüm bile olabilir (Devenport 2003).

Mobbing, iş yaşamında küresel boyutta yayılmakta ve artan rekabet, ekonomik problemler, örgütlerin yeniden şekillenmesi, iş tatmininin azalması ve pozisyon dağılımındaki eşitsizlikler ile bu davranış-

lara maruz kalma artmaktadır. Mobbingin psikolojik ve ekonomik birçok masrafı vardır. Bunlar; bireyler arası anlaşmazlıklar ve çatışmalar, duygusal rahatsızlıklar, fiziksel rahatsızlıklar, kazalar, mesleki kimlik kaybı, arkadaşların kaybı, intihar/cinayet, olumsuz örgüt iklimi, anlaşmazlıklar, mutsuz bireyler, düşük moral, kısıtlanmış yaratıcılık, hastalık izinlerinin artması, yetişmiş uzman çalışanların işten ayrılmaları, işten ayrılmaların artması ile yeni çalışan alımının getirdiği maliyet, çalışanlara ödenen tazminatlar, işsizlik maliyetleri, yasal işlem ve/veya mahkeme masrafları şeklinde sıralanabilir.

Görünüşte buz dağına benzetilen iş yerlerinde duygusal taciz, dünyanın dört bir tarafında ve hemen hemen tüm iş alanlarında artarak gündeme gelmektedir (Curtis 2007). Hem iş hayatında hem de sosyal hayatın her alanında kötü etkilerinin hissedildiği duygusal taciz, üzerinde araştırmalar devam etmekte, gelişmekte, konuya yönelik farkındalığı artırma ve mücadele artarak önem kazanmaktadır. Konu ile ilgili olarak dernekler, sendikalar, organizasyonlar, sivil toplum örgütleri duygusal taciz davranışlarının önlenmesi için arayış içindedir. Bu konuda yapılan araştırmalar ve çalışmalar, konunun önemini vurgulamaktadır. Mobbing, işyerlerinde hedef aldığı kişi veya kişiler üzerinde sistematik baskı yaratarak, ahlak dışı yaklaşımlarla performanslarını ve dayanma güçlerini yok ederek, işten ayrılmaya zorlamaktır. Mağdur her sabah güne iş stresi ile başlar ve işe gitmek istemez, içinde bulunduğu çaresiz durum kişinin sağlığını ciddi

olarak tehdit eder hatta bozar. Sadece mobbinge maruz kalan kişi etkilenmez, mobbing bünyesinde mobbing yaşanan örgütler bulaşıcı hastalık gibidir. Tedbir alınmazsa, örgütün tüm organlarına yayılabilir. Örgütlerde güven, sevgi, saygı azalır, motivasyon yok olur. Çalışanlar ve yöneticiler arasında uyumsuzluk baş gösterir ve iş verimliliği düşer. Bütün bunların yanında örgüte ciddi maliyetler de getirir (Çobanoğlu 2005).

1996 yılında Avrupa Birliği'nin o zamanki 15 üye ülkesinde 15 bin 800 çalışan üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçları Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labor Office, ILO) tarafından 1998 yılında rapor şeklinde yayımlanmıştır. Söz konusu raporda şiddeti ifade eden "gang up" (saldırı) terimi mobbing ile aynı anlamda kullanılmış, çalışanların % 4'ü fiziksel şiddete, % 2'si cinsel tacize ve % 8'i duygusal tacize maruz kalmıştır. İngiltere'de yapılan bir araştırmanın sonucuna göre ise; çalışanların % 4'ü duygusal tacize maruz kalmış ve daha da önemlisi % 78'i bu olaylara şahit olmuşlardır. Raporda ayrıca, duygusal tacizin Avustralya, Avusturya, Danimarka, Almanya, İsveç, İngiltere ve Birleşik Devletlerde gittikçe büyüyen bir sorun olduğuna değinilmiştir. Ayrıca İsveç'te intiharların % 20'si iş yerindeki mobbing sonucudur (Hecker 2007).

Leymann (1992) yetişkinler arasındaki yedi intihardan birinin nedenini iş yeri mobbingi olarak bulmuştur (Charlotte 1997). Hatta Belçika'da yaşanan duygusal taciz sonucu gerçekleşen

bir intihar olayı, konuyla ilgili yasanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. 2000 yılında David Van Gysel isimli bir postacı, arkadaşları tarafından duygusal tacize maruz bırakılmış ve bu olay nedeniyle depresyona girip kendisini trenin altına atarak intihar etmiştir. Yaşanan bu acı olay, konunun Belçika kamuoyunun gündemine taşınmasını sağlayarak toplumu ve ilgili çevreleri uzun süre meşgul etmiş, yasal anlamda ciddi atılımların yapılmasına neden olmuştur. Bu olayla ilgili yargı süreci hala devam etmektedir (Güzel, Ertan 2007). Duygusal taciz davranışları sadece bu davranışlara maruz kalanları etkilemekle kalmıyor aynı zamanda kurumun imajına zarar verdiği gibi kurumun milyonlarca dolar kaybına da neden oluyor. Avustralya'da işverenlere maliyeti 6-13 milyar Avustralya doları olarak tahmin edilmektedir (ILO 2006).

Uluslararası çalışma örgütü tarafından yapılan bir araştırma, bin çalışanı olan bir kurumda duygusal tacizin yılda 150 bin Euro'ya mal olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bazı araştırmacılar bir mobbing kurbanının çalışma performansının yüzde 60 oranında azaldığını, mobbingin kurum için maliyeti yüzde 80 oranında artırdığını saptamışlardır. İngiltere'de Hoel, Sparks ve Cooper (2001), iş yerinde mobbing davranışlarına maruz kalmaktan işe gidememenin yıllık olarak 18 milyon iş günü kaybına neden olduğunu tahmin etmektedirler (Sheehan 2004). Mobbing konusunda bir Avrupa yaklaşımı geliştirmek ve karşılıklı uygulama değişiklikleri yapmak amacıyla Avrupa Birliği üyesi dört ülke (İsveç, İngiltere, Hollanda, İtalya) tarafından 2004 yılında ortak bir proje gerçekleştirilmiştir. "Daphne Programı" ile adlandırılan bu proje mobbinge maruz kalan kadınları odak noktasına alarak, mobbingin dinamiklerini ve süreçlerini analiz eden karşılaştırmalı bir araştırma programıdır (Jackson 2002).

Konuya dikkat çekmek için her türlü mücadelenin yapıldığı Avrupa Birliği ülkelerinde yazılı ve görsel basında sık sık mobbinge ilgili haberler çıkmaktadır. Hatta konu ile ilgili bir film dahi yapılmıştır. 2004 yılında gerçek bir hikâyeden yola çıkılarak çekilen ve Berlin Film Festivali'nde jüri özel ödülü alan "Mi Piacere Lavorare (Mobbing)" (Çalışmayı Seviyorum) adlı film, birçok kişinin, içinde kendilerinin de yaşadıklarını bulmasına yardımcı olmuş ve büyük ilgi görmüştür (Çobanoğlu 2005, Tınaz 2006). ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü), iş yerinde şiddet başlıklı raporu ile bullying ve mobbing tanımlarını yapmış ve mobbingin en çok görüldüğü ülkelere tavsiye niteliğinde düzenlemelere yer vermiştir. Avrupa Birliği'nde başta Avrupa Birliği Temel Haklar Şartının 1,6,11 ve 31. maddelerinde insan



onurunun korunması, özgür ve güven içinde yaşama, düşünceleri açıklama özgürlüğü ve adil çalışma şartları gibi genel düzenlemelerin yanında Roma ve Amsterdam anlaşmalarında da ayrımcılığı yasaklayan genel düzenlemeler bulunmaktadır. Avrupa Birliği'nde, salt mobbing ile ilgili bir yönerge bulunmuyor olup 89/391 sayılı "İşçilerin İşte Güvenliklerinin ve Sağlıklarının Korunması Hakkındaki Tedbirlere İlişkin Konsey Yönergesi" 12 işyerinde mobbing ile alakalı çerçeve yönerge kabul edilmiştir. Karşılaştırmalı hukukta mobbing olgusuna farklı ülkelerin farklı tanımlar ve düzenlemeler getirdiği görülmektedir. Kıta Avrupa'sında mobbing işçinin onuruna ve haysiyetine yapılan davranış olarak değerlendirilirken, Amerika Birleşik Devletleri'nde konu eşitlik ilkesi ve cinsiyete dayalı ayrımcılık kapsamında değerlendirilmektedir.

Türk Hukukunda ise mobbing kavramı henüz çok yeni olup mobbingin önlenmesi ve buna ilişkin yaptırımlar hakkında özel bir düzenleme mevcut değildir. Bu nedenle konu hakkında İş Kanunu, Medeni Kanun, Yeni Türk Borçlar Kanununun ilgili maddelerine başvurulur. Ayrıca 19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine İlişkin Başbakanlık Genelgesi, çalışanların psikolojik tacizden korunması amacıyla düzenlenmiştir. Mobbing kavramı ülkemizde çok yeni olsa da son yıllarda mobbing mağdurları tarafından konu yargıya taşınmaya başlanmış ve mahkemelerce mobbing mağduru işçiler lehine kararlar verilmiştir.

Kaynaklar

- Charlotte, R., Hoel, H., A Summary Review Of Literature Relativity To Workplace Bullying. *Journal Of Community & Applied Social Psychology*, Vol.7, 1997.
- Curtis, J., Bowen, I., Reid, Experiences Of Horizontal Violence. *You Have Credibility: Nursing Student's. Education In Practice*, 2007,7, 156-163.
- Çobanoğlu, Ş., *Mobbing, İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri*, Timaş Yayınları, İstanbul, 2005.
- Davenport, N., Schwartz R. D., Eliot, G. P., *Mobbing, İşyerinde Duygusal Taciz*. Sistem Yayıncılık, İstanbul, Ocak 2003.
- Güzel, A., Ertan, E., *İşyerinde Psikolojik Tacize (Mobbinge) Hukuksal Bakış, Avrupa Hukuku ve Karşılaştırmalı Hukuk, Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi (Legal ISGHD)*, S.14, C.4, 2007, 509-551
- Hecker, T., *Workplace Mobbing: A Discussion for Librarians*, *The Journal Of Academic Librarianship*, Vol. 33, No. 4, 439-445, July, 2007.
- <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/mobbing.htm>, October 2007 (Erişim tarihi: Ekim 2011)
- http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1293.htm (Erişim tarihi: Aralık 2011).
- International Labor Organization (ILO), *Word Of Work, When Working Becomes Hazardous*. No. 26, September/October 1998
- Jackson, D. S., Clare, J. ve Mannix, J. , "Who would want to be a nurse? Violence lin The Work-Place-A Factor In The Recruitment And Retention", *Journal of Management*, 10,13-21, 2002.
- Leymann H., *Mobbing and Psychological Terror at Workplaces, Violence and Victims* 1990, 5, 2.
- Sheehan, M., *Mobbing In Workplace, A Proactive Answer, The Mobbing Conference, Australia, October, 2004.*
- Tınaz, P., *İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)*, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., Mart 2006.

Hezarfen google

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi İlçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bu gün içinde yaşadığımız dünyada bilgi belki de tarihin hiçbir döneminde olmadığı kadar önemli. Günümüzün en önemli güç ve üstünlük sağlama aracı. Buna karşın muazzam boyutta artan bilgi miktarı ve bu bilginin yine muazzam bir hızla değişip dönüşüyor olması da işin cabası. Sonuç olarak günümüz insanı için bilgi zorunlu olarak ulaşılması gereken bir şey, hem de güncel, hızlı ve doğru olarak.

Bir zaman artık insanlığın biriktirdiği tüm bilgilere sahip insanların, bizim kültürümüz çerçevesinde "hezarfen"lerin aşırı bilgi miktarı nedeniyle ortadan kakışlarına hayıflandık, bu nedenle insanoğlunun dünyaya bütüncül bakışını kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya olduğunu düşündük. İçinde yaşadığımız, hikmetinden sual olunmaz "uzman"lar çağıydı. Ama öyle görünüyor ki günümüzde onların da devri tamamlandı, bambaşka özelliklere ve bunun getirdiği bambaşka tarzlara doğru yelken açmış durumdayız. Bunu sıradan insan deneyiminde ya da günlük hayatta da görünür hale getiren şey internet ve onun inanılmaz ölçüde kolaylaşan kullanımı oldu.

1985'lerde Daniel Wegner isimli psikolog "transaktif bellek" kavramını ortaya atmıştı. Bu tarif, artık insanın biyolojik yapısı dışında organize olan bilgi biriktirme araçlarını ve onlara erişime ilişkin bir organizasyon biçimini anlatıyor.(1) Yani kişinin kendi beyni dışında kalan bir hafızayı ve onu kullanımını tanımlıyor. Wegner, bu tanımla çeşitli grupların, (iş, aile vb.) bireylerinin belirli alanlardaki

bilgilerde ve/veya o bilgilere nereden ulaşılacağına ait bilgide uzmanlaşmasını, bu yolla tüm grubun bilgiye çok daha hızlı ve güvenilir bir biçimde ulaşması durumunu/organizasyonunu anlatır.

Betsy Sparrow ve arkadaşları, yakın zamanda "science"da yayımlanan 4 ardışık deneyden oluşan araştırmalarında bu durumun da değiştiğini, "transaktif bellek"ın yerini artık basitçe "google"ın almış olduğunu söylüyorlar.(2) Bu akıllıca düzenlenmiş deneyler, internetin günümüz insanının bilgiyi yönetme biçiminin nasıl değiştiğini göstermektedir. Gerçekten öyle görünüyor ki artık pek çok insan interneti şahsi bilgi bankası biçiminde kullanmaktadır. Yazarlar ve son dönemdeki yaygın kullanım buna "google etkisi" adını veriyor. Tüm çalışmanın temelde gösterdiği şey aslında artık insanların bilginin kendisini değil, o bilgiye nasıl ulaşılabilirliğini hatırlama tutmaya çalıştıkları. Peki, bu insan için iyi mi? Yoksa kötü mü? Bu gidişin sonu ne olacak? Nicholas Carr'ın sorduğu gibi, "google bizi aptallaştırıyor mu?"

Carr, on yıl öncesine göre hepimizin yaptığı gibi internet başında çok daha fazla zaman geçirdiğini, ama bu yolla yazmak istediği bir makale için toplaması gereken bilgiye kütüphanelerde kitapları ve süreli yayınları günlerce taramak yerine birkaç dakikada ulaşabildiğini, silikon belleğin mükemmel hatırlama gücünden yararlandığını söylüyor. Ama ne pahasına? Artık bilgiyi internet ortamının oluşturduğu şekliyle yüzeysel, belki de hatalı ya da aldatıcı bilgileri de ayıklayamadan, daha da önemlisi pek

fazla düşünmeden izlemek durumunda kalarak. Bu durumunu kendi sözcükleriyle *"bir zamanlar sözcükler denizinin derin deniz dalgıcı iken şimdi jet ski üzerinde yüzeyde zıplayıp duran birisi gibi olduğunu"* söyleyerek ifade ediyor. Başka tanıklıklara da başvurarak artık kitap okuma ve üzerinde düşünme gücünü bu nedenle giderek yitirdiğini itiraf ediyor. İnternet üzerinden yapılan acil ve anlık sorunu çözmeye yönelik okuma/araştırmanın geleneksel derinlemesine düşünerek okuma gücümüzü ortadan kaldırdığını söylüyor.(3)

Sparrow ve arkadaşlarının çalışması da kısmen bu şekilde yorumlanabilir gibi görünüyor. Bilgiyi eğer sonra bizden başka bir şeye (internet) başvurmadan hatırlamamız talep edilmeyecekse yeterince iyi anımsayamıyoruz ya da sadece kendi belleğimize güvenmemiz gerekcekse bir bilgiyi daha iyi hatırlıyoruz. Bu yaklaşım bizim geleneğimizde gazalinin defterlerinin çalınması ve üzüntüsünü gören hırsızların bilgiyi kendinde değil kitaplarda taşıyanın gerçek âlim olamayacağı dersini aldığı kıssanın anlamına çok benziyor.

Peki, biraz da mecburen maruz kaldığımız bu durumun tek etkisi bu mu? Ya da başka türlü de düşünülebilir mi? Gazali'nin kıssasında anlatılmak istenen asıl sorun, bilgiyi içeren şeyin (kitaplar) sadece lafzının ezberlenmesi değil, aslında o bilgiye gerçekten anlayarak sahip olunmasının gerekliliğidir. Carr'ın yakındığı yüzeysellik, üzerinde düşünerek okumanın ortadan kalkması belki de Sparrow ve arkadaşlarının çalışmasının



ima ettiği gibi gerçekten vuku buluyor. Ama yine çalışmanın ortaya koyduğu gibi bilginin kendisini tutmak yerine ona erişim olanaklarını hatırlamak, internet üzerinden de olsa derinlikli üzerinde düşünülerek analitik tarzda bir öğrenmeye engel midir?

Bu noktada Small ve arkadaşlarının orta ve ileri yaştaki normal insanlarda yaptıkları bir çalışma fikrimizi değiştirebilir. Small ve arkadaşları pek internetle ilişkisi olmayan ve sık olarak internet kullanarak çalışan aynı yaş ve eğitim düzeyinde orta-ileri yaşta iki grup denek almışlar ve bu iki grubun internet üzerinden bilgi araştırırken ve doğrudan basılı bir materyali (kitap) okurken beyinlerinin aktif olarak kullandıkları bölgelerini fonksiyonel magnetik rezonans (fMR) denilen bir beyin görüntüleme tekniği ile karşılaştırmışlar. Pek internet ile işi olmayan okuyucularda hem basılı metni okurken, hem de internet üzerinden çalışırken klasik okuma ile ilişkili beyin bölgeleri aktif iken, aktif internet kullanıcısı olan grupta sadece normal okuma esnasında benzer bir beyin çalışması görülmüş. Oysa bu “uzman” internet kullanıcılarında internet üzerinden bilgi araştırma esnasında ilave olarak beyin düşünme karar verme ile ilişkili alanlarında da yoğun bir faaliyet saptamışlar. (4) Öyle görünüyor ki interneti bilgi yarışmasında sorulan soruları yanıtlamak gibi şeyler için kullanmak ile gerçekten bilgi üretmek/edinmek için kullanmak arasında zihinsel olarak fark var. Eğer internet ve sağladığı bilgi olanakları, bilgide derinleşmek üzere eleştirel bir

yolla üzerinde düşünülerek kullanılırsa yukarıda bahsedilen hafıza zayıflığı/tembelliği gibi sorunlar yerine gerçekten hızlı ama ayrıntılı ve derinlemesine ve başka kaynaklardan pek de kolay elde edilemeyecek bilgiye ulaşmak (en azından çalışmanın gösterdiği gibi insan beyninin bu yönde daha etkin bir biçimde çalışması) da mümkün görünüyor.

Sonuç olarak her halde insanın var olan ya da ortaya çıkan teknolojiyi nasıl kullandığı önem kazanıyor. İnsan doğası bu yeni durumlara kullanımının nasıl olduğu çerçevesinde bir uyum ya da yanıt gösteriyor. Yani internet insan zihnini hem sınırlandırabilir, hem de eğer ondan gereği gibi yararlanılabirirse insan zihninin daha önce elimizde olmayan muazzam bir olanakla gelişmesini sağlayabilir.

Kaynaklar

- 1) Wegner, D. M., Giuliano, T., & Hertel, P. (1985). Cognitive interdependence in close relationships. In W. J. Ickes (Ed.), *Compatible and incompatible relationships* (pp. 253-276). New York: Springer-Verlag
- 2) Sparrow B, Liu J, Wegner DM. Google Effects on Memory: Cognitive Consequences of Having Information at Our Fingertips. *Science* 2011 Vol. 333 no. 6043 pp. 776-778
- 3) Carr N. Is Google Making Us Stupid? What the Internet is doing to our brains. 2008 *Atlantic Magazine*
- 4) Small GW, Moody TD, Siddarth P, Bookheimer SY. Your brain on Google: patterns of cerebral activation during internet searching. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;17(2):116-26.

Nicholas Carr'ın sorduğu gibi, “google bizi aptallaştırıyor mu?” Carr, on yıl öncesine göre hepimizin yaptığı gibi internet başında çok daha fazla zaman geçirdiğini, bu yolla yazmak istediği bir makale için toplaması gereken bilgiye kütüphanelerde kitapları ve süreli yayınları günlerce taramak yerine birkaç dakikada ulaşabildiğini söylüyor. Bu durumunu kendi sözcükleriyle “bir zamanlar sözcükler denizinin derin deniz dalgıcı iken şimdi jet ski üzerinde yüzeyde zıplayıp duran birisi gibi olduğunu” söyleyerek ifade ediyor.

Tip eğitimi: Uzmanlık eğitimi-2

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. 2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009 yılından bu yana Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyesidir. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapan Dr. Murt aynı zamanda Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansına devam etmektedir.

Mezuniyet öncesi eğitimden uzmanlık eğitimine geçiş, ülkemizde olduğu gibi sadece bir sınavın kazanılıp atamanın yapılması olarak algılanmamalı; bu geçiş bir süreç olarak kabul edilmelidir. Tabi ki, kısa vadeli hedefler arasına eklenmesi gereken bir unsur, bu sürecin mezuniyet öncesini içine alacak şekilde yapılandırılmasıdır. Tıp öğrencilerinin öğrenci psikolojisinden kademeli olarak uzaklaşarak kontrollü bazı ciddi sorumlulukları üstlenmelerini sağlamak iyi bir başlangıç olabilir. Özellikle son sınıf öğrencilere uygulanmaya başlanan maaş desteği, bu düşünceyi bütünleştirecek bir adım olarak kabul edilmelidir. Burada bahsetmeye çalıştığımız kademeli değişim ise, sadece son sınıf öğrencilerini değil tüm klinik öğrencileri (4. ve 5. sınıf stajyer öğrencileri de) kapsar şekilde düşünülmelidir. Bunu yapabildiğimizde bir süredir bahsettiğimiz mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim süreçlerinin birbiri ile eşgüdüm içerisinde olması düşüncesi de ivme kazanacaktır. İngiltere kaynaklı bir araştırmada, hastalarla direkt iletişimde bulunabilmenin ve bir kurumun üyesi olarak kabul edilmenin uzmanlık eğitimine yeni başlayanlar için mutluluk verici olduğu gösterilmişken, yeni mezunların kendilerinden beklenen bilgi ve becerilerin sadece bir kısmına sahip oldukları da ortaya konmuştur.¹ Daha verimli bir uzmanlık eğitimi için sahip olunan bu bilgi ve becerilerin oranını olabildiğince artırmak doğru bir strateji olarak kabul edilebilir. Bu kabul de içine birkaç yılı alan ve mezuniyet öncesi dönemden itibaren yapılandırılmış bir

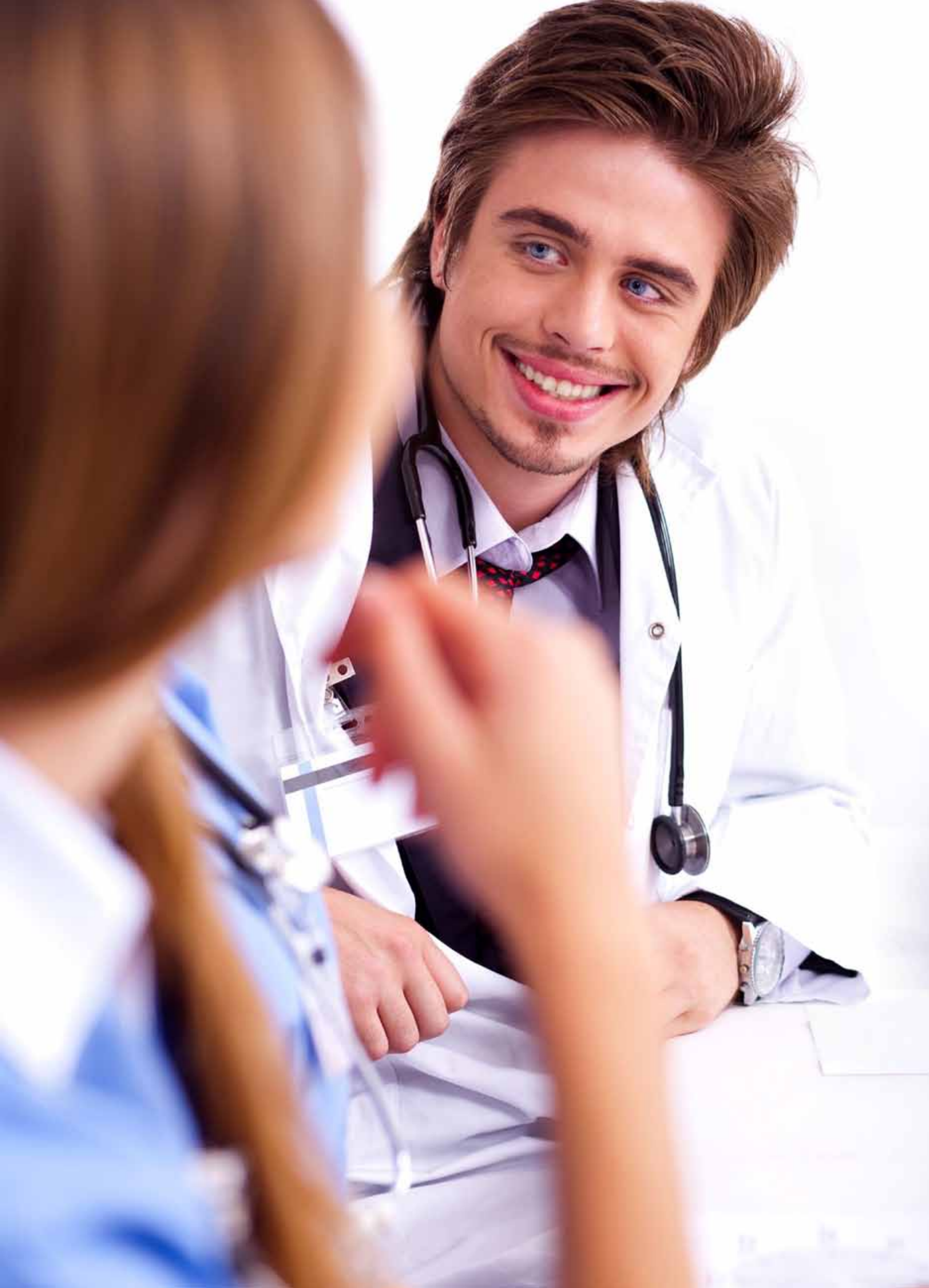
geçiş sürecinin oluşturulması sürecini desteklemektedir.

Esasında uzmanlık eğitiminde öğrenenlerin (asistanların) ne yaptıkları öğretenlerin (hocaların) ne yaptıklarından biraz daha önemlidir. Çünkü klinik beceriler tecrübe edilip tekrarlandıkça gelişmektedirler. Hocalar ise iyi birer örnek olabilmeli ve öğrenmeyi kolaylaştırmakla sorumlu olduklarını bilmelidirler. *Johari penceresi*, bir klinik becerinin nasıl edinildiğini ve süreç içerisinde nasıl geliştiğini açıklayabilecek uygun bir örnektir.² (bkz. şekil 1) Öğrenen, öğrenmeye bu pencerenin sağ alt gözünden başlar. Bu noktada öğrenen o klinik beceri konusunda yetersiz olduğu gibi bu yetersizliğin farkında da değildir. Muhtemelen o klinik beceriyi edinmesi gerektiğinin henüz bilincinde değildir. Klinik becerilerin oluşması sürecinde belki de en önemli geçiş bu ilk basamakta yaşanır. Hocalar ve diğer öğretenlerin öncelikli sorumlulukları yeni öğrenenler için farkındalığın oluşturulmasıdır. Bu sayede öğrenen yine yetersiz olduğu ama bu defa bu yetersizliğin bilincinde olduğu ikinci aşamaya ulaşacaktır. Bu farkındalık, öğrenme isteğini de arttırarak klinik becerilerin gelişimini olumlu yönde etkileyecektir. Yüksek motivasyona sahip öğrenen, hocaları ve diğer kaynakları da kullanarak belirli bir konuda yeterliliğini oluşturacaktır. Ulaştığı bu yeterliliğin bilincinde olarak, yaptıklarını düşünerek ve sürece eleştirel yaklaşarak beceriyi kendi pratiğinde kullanacaktır ki kaliteli sağlık hizmeti sunumunda bu kademe büyük önem taşımaktadır. Yıllar içerisinde sürekli tekrarlanan klinik beceri konusunda

oldukça gelişen ve öğrenen kişi, artık bu beceriyi farkında olmadan ve sorgulamadan klinik pratiğinde kullanmaya devam edecektir. Bu kademe yeterliliğin en üst kademesi olsa da başlangıç noktası olan 'farkında olmadan yetersizlik' ile arasında inceden bir kırmızı çizgi vardır. İlgili konuda kanıtların farklılaşması ile birlikte rehberlere yansıyan değişikliği takip etmeyen yılların uzmanı, uygulamasını aynen devam ettirecek ve hiç umulmadık bir anda yetersiz duruma düşecektir. Bu durumun en ilginç yanlarından biri ise bu yetersizliğin bir süre bilincinde olunmayacak olmasıdır. Bu ince çizgiden geri kaçışları önleyebilmek için sürekli tıp eğitimi felsefesinin mesleğin her kademesi tarafından yeterince anlaşılmış olduğundan emin olunmalıdır. Ayrıca düzenli aralıklarla klinik uygulamalar ve girişimsel işlemler akademik ortamlarda tartışılarak farkında olunmayan



Şekil 1: Johari Penceresi (2)





Esasında uzmanlık eğitiminde öğrenenlerin (asistanların) ne yaptıkları öğretenlerin (hocaların) ne yaptıklarından biraz daha önemlidir. Çünkü klinik beceriler tecrübe edilip tekrarlandıkça gelişmektedirler. Hocalar ise iyi birer örnek olabilmeli ve öğrenmeyi kolaylaştırmakla sorumlu olduklarını bilmelidirler.

yeterlilikten, yeterliliğin farkında olunarak doğru yöntemlerle sorgulandığı bir önceki kademeye geçişler yapılmalıdır. Bu sayede hem klinik eğitimin hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmemiş olacaktır. Bu dört gözlü pencere içerisindeki geçişlerde, öğrenen de doğru zamanda sorumluluklar üstlenebilmelidir.

Uzmanlık eğitiminde hayati(!) önem taşıyan konulardan bir tanesi, (eğitim penceresinden bakılınca en başta geleni) etkili gözetimdir. Gözetim kavramı, kontrolden, denetimden veya teftişten oldukça farklıdır. Gözetim, kişiler arasında bir alışveriş, iki taraflı bir iletişimdir. Gözetim, profesyonel gelişimi sağlarken hasta güvenliğini de güvenceye alacak değerli bir araçtır. Gözetleyen, uzmanlık eğitiminde birbirine de bağımlı olan 3 farklı rolü vardır. Bunlar, genel kurallara uyulması ile ilgili olan idari rol, eğitim sürecini içine alan geliştirici rol ve asistana destek olunmasını tavsiye eden iyileştirici rollerdir.³ Etkili gözetimli eğitimde klinik eğiticinin bu 3 rol arasındaki dengeyi uygun bir şekilde oluşturabilmiş olması beklenir. İyi bir gözetim, gerek kişisel gerekse mesleki gelişimde asistana rehberlik edebilmeyi ve doğru yöntemlerle geribildirimler verebilmeyi gerektirir. Gözetim yaklaşımı klinik eğitmenin bakış açısına göre farklılık gösterebilir. Örneğin klinik eğitmen yönlendirici karakterde olabileceği gibi rutin işleyiş içerisinde bizzat kendisinin de bulunduğu bir yöntemi de uygulayabilir. Bu tercih farklı kişilerle çalışırken ve çeşitli durumlarda değişken olabilmektedir.

Gözetimli klinik eğitim sürecinin başında, öğretimi gereken tüm alanların kapsanabilmesi için bir zaman planlanması yapılarak sorumluluk çerçevesi belirlenmelidir. Gözetimden en yüksek faydanın sağlanabilmesi için esnek

ancak kesintisiz bir gözetim ortamı oluşturulmalıdır. Ayrıca öğrenim amaç ve hedefleri belirlenmeli, yapılanlarla ilgili net kayıtlar tutulmalı ve eğitim sorumluları ile sürekli bir iletişim sağlanmalıdır. Gözetimli klinik eğitim, sadece hasta bakımını kapsamamalı, araştırma bileşenini ve kişisel gelişim öğelerini de içermelidir. Gözetim, tecrübesi kısıtlı olan kıdemli asistanların eğitiminde diğerlerine kıyasla daha fazla önem taşıyabilir.⁴

Gözetimli klinik eğitimin, gerek hasta güvenliği gerekse asistanın klinik gelişiminde faydaları olduğu gösterilmiştir. Gözetim sayesinde asistanlar bazı klinik becerileri daha kısa sürelerde daha doğru olarak edinebileceklerdir. Yine de gözetimli klinik eğitimden sağlanacak faydalar, klinik eğitmenlerin bazı tutumları nedeniyle azalabilir. Bunlar; asistanla empati kurulmaması, desteğin hissettirilmemesi, tolerans göstermeme, iletişime kapalı olma, farklılıklara saygıda eksiklik, övgü ve cesaretlendirmenin yeterince yapılmaması ile birlikte sadece zayıf noktalara ve noksanlıklara odaklanılmasıdır.⁵

Şunu da mutlaka not etmek gerekir ki, en etkili klinik eğitim, mesleki bilgi ve becerileri oldukça üst düzeyde olan klinik eğitmenlerle yapılandır. Eğitim becerilerinin gelişmesi ise bazı toplantılarda bu konuların tartışılması ile sağlanabilecektir. İdeal olan tüm klinik eğitmenlerin birbirinin aynısı olması değil, her klinik eğitmenin kendine özgü tarzı ile eğitime ilgili hususları kendi süzgecinden geçirmesidir. Olur da eğitimle ilgili becerileri mesleki yeterliliklerin içine dâhil edebilirsek, mesleki anlamda ileri derecede yeterli olduğu gösterilen her hekim aynı zamanda iyi birer eğitmen olarak kabul edilebilecektir.

Uzmanlık eğitiminde başarıya ulaşılmasını sağlayacak unsurlardan biri

de eğitmenlerin örnek alınacak kişiler olarak ne kadar (ve ne şekilde) kabul edildikleridir. Klinik eğitmenlerin örnek alınan kişiler olmaları öğrencilerin ve asistanların profesyonel gelişimini genellikle olumlu yönde etkiler. Yalnız, örnek alınan klinik eğitmenlerin bazı durumlarda olumsuz etkilerinin olduğu da gözlenmiştir. Örneğin, hastanın tedavisi sürecinde önemli olup atlanan bazı noktaların hoş görüldüğü veya kişisel ilişkilerin kötü olduğu bir kurumsal kültür olumsuz örnekler arasında sayılabilir. Örnek alınmanın olumlu yönde geliştirilmesi için dikkat edilmesi gerekenleri şu şekilde sıralayabiliriz: Eğitmenin örnek alındığının farkında olması, mesleki anlamda yeterli ve bunu hissettirebilir olması, öğretmek için zaman ayırması, öğrencinin veya asistanın yaptıkları ile yapıcı olarak ilgilenmesi, öğretirken öğrenci merkezli yaklaşım göstermesi, mesleki deneyimlerden yapılacak çıkarımlarda kolaylaştırıcı olması, meslektaşları ile etkili iletişimi olması, sürekli gelişimi için uygun girişimlerde bulunması ve kurumsal kültürün olumlu yönde gelişmesi için çaba harcaması...⁶

1970'lerde Amerikan Fizyoloji Derneği başkanlığı yapmış ve biyomoleküler tıbbın hızlı gelişiminin tıp fakültelerinin sosyal ortamına olumsuz etkileri konusunda görüşler ileri sürmüş olan Tosteson'un şu cümlesinin üzerine düşünmek gerekir: *'Şunu kabul etmemiz gerekir ki, öğrencilerimize sunmamız gereken en önemli, belki de tek önemli, şey kendimizdir. Geri kalan her şeyi kitaplardan okuyabilirler'*⁷

Eğitim ortamında en iyi şekilde faydalanılabilecek klinisyenlerin öncelikle kendi alanlarında ileri düzey bilgi, beceri ve tutumları gösteriyor olmaları gerekir. Bu bir ön koşul olmakla birlikte günümüz tıp eğitiminde yeterli olmayabilmektedir. Klinisyenlerin öğretme

ve öğrenme konularında da belirli bir bilgi ve beceri birikimine sahip olmaları gerekebilir. Bunun yanında, öğrenme ile ilgili pratik tecrübelerinin olması ve eğitimle bağlantılı resmi kalifikasyonlara sahip olmaları bu birikimlerini pekiştiren unsurlar olacaktır.

Uzmanlık eğitimi, özel bir alanda ileri düzey bilgi ve becerilerin kazandırılmaya çalışıldığı bir dönem olarak genç hekimlerin profesyonel gelişimlerini de sağlar şekilde planlanmalıdır. Bu gelişim öncelikle etik değerlerin bilincinde olarak çalışır olmayı içermelidir. Doğruluk, dürüstlük ve gizlilik tıbbi etiğin belirlediği ölçülerde mesleğin icrasına hâkim olmalıdır. Etik değerlerin farkındalığı bölümler tarafından belirli aralıklarla asistanlarına hatırlatılmalıdır. Asistanların, tecrübe ettiklerinden ne gibi dersler çıkarabildiği hocaları tarafından düzenli aralıklarla sorgulanmalıdır. Asistanlar, hataların uygun akademik ortamlarda rapor edilmesi konusunda yüreklendirilmeli ve kendi bilgi düzeylerinin farkında olarak uygun zamanlarda yardım istemelerinin önemi onlarla sürekli bir şekilde konuşulmalıdır.

Asistanların kendi sağlıkları ile ilgili de danışmanlık almaları sağlanmalıdır. Eğitim programları; stresli ortamlarda ve baskı altında çalışabilme konusunda asistanların bazı eğitim modüllerini almalarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Geleceğin uzman doktorları ve akademisyen adayları olan asistanların bazı yönetsel becerileri kazanmaları da düşünülmelidir. Bunlar arasında zaman yönetimi, organize olabilme becerileri sayılabilir. Yine toplantı becerilerinin kazandırılması da atlanmamalıdır. Herhangi bir oturuma başkanlık edebilme, toplantı sekreterliği yapabilme ve hatta toplantıya olağan bir katılımcı olarak katkıda bulunabilme becerileri uzmanlık eğitimi sürecinde direkt veya dolaylı olarak kazandırılabilir olmalıdır. Öte yandan asistanların hasta güvenliği ölçüsünde risk yönetimi becerilerini kazanmış olmaları da garantiye alınmalıdır.

Kendi kendine bağımsız öğrenebilme tüm hekimlerin kazanmış olması beklenen bir özellik olarak belki de mezuniyet öncesi dönemde çoktan kazandırılmış olmalıdır. Yine de bu becerilerin asistanlık süresince geliştirilerek artırılması amacıyla uzmanlık eğitimi programlarına dahil edilmesi yerinde olur. Uzmanlık eğitiminde hekimlerimize kazandırılması gerekli bir özellik de yazma becerisidir. Asistanların akademik ciddiyet içerisinde meslek hayatlarında karşılaştıkları ve kendilerinde iz bırakan olayları ve olguları yazarak eğitim sorumluları ile paylaşmaları teşvik edilebilir.

Öğrenmeyi pekiştiren ve geliştiren değerli

faaliyetler arasında öğretmek de vardır. Bu yüzden asistanların gerek birbirlerinin gerekse öğrencilerin eğitiminde aktif rol almaları sağlanabilir. Bu roller, rastlantısal olmamalı, eğitim sorumluları tarafından yapılandırılmış olmalıdır. Öğretme tecrübesi, belirli bir konuda bilgilerin toplanması, derlenmesi ve işlenmesini içereceğinden asistanların gelişiminde önemli bir yer teşkil edecektir. Asistanlık sürecinde, takım çalışması ve bir ekibe liderlik etme tecrübesini de defalarca yaşayan uzmanlık öğrencilerinin bu tecrübeleri değerlendirilerek bazı çıkarımlarla kendilerini geliştirmeleri sağlanabilir. İletişim becerileri ve insan ilişkilerinin de ileri düzeyde kazandırılması gerekliliği atlanmamalıdır. Mezuniyet öncesinde olduğu gibi uzmanlık eğitimi sürecinde de eksik bırakılan bir diğer konu kariyer yönetimi ve planlanmasıdır. Kariyer basamaklarında farklı seçenekler konusunda asistanlar, bazı gerçekçi yönlendirmelere ihtiyaç duyabilirler.

Asistanlık sürecinin sonunda yazılan tezler, aslında profesyonel gelişim konusunda asistanlar için önemli bir fırsattır. Bu sayede özellikle tıp fakültelerinin araştırma fonksiyonu da unutulmamış olmaktadır. Tez yazım süreci asistanlara, verilerin değerlendirilmesi yetisini ve eleştirel bakış açısını kazandırmaktadır. Burada sorulmakta olan sorulardan bir tanesi 'bu yetilerin kazandırılması için tez yazmak zorunlu mudur?' olmaktadır ki bu sorunun yanıtı tabii ki 'hayır'dır. Yalnız, zaten eğitim yapılandırılması ile ilgili sorunlarımız varken tez yazma zorunluluğu ile kazandırabildiğimiz bazı becerileri de eğitim programının üzerine yıkmak ilk aşamada çok uygun değildir. Öte yandan, tez yazma zorunluluğu olan asistanlar ilgili bilim dalına da bir hareketlilik getirmektedir. Asistanların tez çalışmalarının geliştirilmesi ile olgunlaşan birçok kaliteli yayın örneği de mevcuttur. Batı örnekleri incelendiğinde genelde tez yazma zorunluluğunun olmadığı görülür. Yalnız bu örneklerle etraflıca bakıldığında uzmanlık sertifikasının ancak 'board' sınavları ile alınabildiği görülür. Yani asistan kendini değerlendirecek bir akademisyen sınıfına yeterliliğini ispatlamalıdır. Ülkemizde henüz bir zorunluluk halini almamış bu sınavlar yerine asistanlar yeterliliklerini tez değerlendirme jürilerine ispatlamaktadırlar. Bu sebeplerle eğitimle alakalı gerek merkezi gerekse kurumsal bazda bazı eksiklerimizi gidermeden tezlerden vazgeçmemek ve kaliteli çalışmaların oluşturulabilmesi için asistanlara sağlanan desteği artırmak daha uygun olur.

Asistanlık süreci için oluşturulabilecek MD/PhD programları araştırma bileşenini gerçek anlamda uzmanlık eğitimi içerisine entegre edebilir.8 Beyin cerrahisi için oluşturulmuş bu tarz programlar

Gözetim yaklaşımı klinik eğitmenin bakış açısına göre farklılık gösterebilir. Örneğin klinik eğitmen yönlendirici karakterde olabileceği gibi rutin işleyiş içerisinde bizzat kendisinin de bulunduğu bir yöntemi de uygulayabilir. Bu tercih farklı kişilerle çalışırken ve çeşitli durumlarda değişken olabilmektedir.

incelendiğinde özellikle PhD sürecinin tamamlanabilmesi için asistanların çoğunun 1 yıl ara vermek durumunda kaldıkları görülmüştür.9 Bu programlar oluştururken ve insan gücü planlaması yapılırken bu gereksinim göz önünde bulundurulmalıdır.

Uzmanlık eğitimi döneminde, asistanlar üzerine olan etkileri ile eğitim kalitesini etkileyecek unsurlar arasında asistanların özlük hakları ile çalışma koşulları da bulunmaktadır. Uzmanlık eğitiminde tamamen eğitim bakış açısının gelişmesini hedefleyen bu iki yazımızın ardından takip eden uzmanlık eğitimi yazımız o konulara odaklanacaktır.

Kaynaklar

1) How prepared are medical graduates to begin medical practice? Northern Deanery. September, 2008

2) Luft S.Ingham. The Johari Window, a graphic model for interpersonal awareness. Los Angeles, UCLA

3) Kadushin A. Supervision in Social Work. New York and London. Columbia University Press, 1976

4) Fallon WF Jr, Wears RL, Tepas JJ, 3rd. Resident supervision in the operating room: does this impact on outcome? J Trauma 1993; 35(4): 556-60

5) Watkins CE. The ineffective psychotherapy supervisor: some reflections about bad behaviours, poor process and offensive outcomes. Clin Supervisor 1997; 16(1):163-80

6) Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role Modelling-making the most of a powerful teaching strategy. BMJ 2008; 336: 718-21

7) Althouse LA, Stritter FT, Steiner BD. Attitudes and approaches of influential role models in clinical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract 1999;4:111-22

8) Murt A. Uzmanlık Eğitimi – I. Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi Dergisi, 2012; 24: 92-95

9) Burkhardt JK, Zinn PO, Bozinov O, Colen RR, Bertalanffy H, Kasper EM. Neurosurgical education in Europe and the United States of America. Neurourg Rev 2010; 33: 409 - 417

Prof. Dr. Yücel Sayman: Mevcut hukuk sistemi biyolojik gelişmeler karşısında aciz kalıyor

Röportaj: Ömer Çakkal

Istanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Yücel Sayman, geçtiğimiz aylarda Çanakkale’de, bir sahil kasabasında düzenlediği 3 günlük toplantı ile hukukta yakın gelecekte karşımıza çıkabilecek önemli bir konuya dikkat çekti: Biyohukuk. Henüz tam olarak tanımlı bile yapılmamış olan biyohukuk kavramını önümüzdeki yıllarda sıklıkla duyacağız. Zira insanlığın

binlerce yıldır sürdürüldüğü, bildiğimiz doğum yönteminin yanına yenileri eklenmeye başladı. Tüp bebek, sperm bankası, taşıyıcı annelik gibi yöntemler, çocuk sahibi olmak isteyenlerin denediği yöntemler. Artık çocuk sahibi olmak için bir anne ve bir babaya ihtiyaç yok. Nesep, soy bağı, akrabalık ilişkilerinin geleceği belirsiz. Organ nakli, gen transferi, doku üretimi, hibrit canlılar gibi bir kısmının

varlığı bile tartışılan gelişmeler sonrası doğacak problemler ise cabası. İşte bir süredir tam da bu konulara kafa yoran Yücel Hoca, “Bunları tartışalım, yeni bir hukuk yorumunun kapısını arayalım” düşüncesi ile tıpçıları ve hukukçuları bir araya getirdi. Milletlerarası Özel Hukuk Perspektifiyle Biohukuk Toplantısı’nın ardından Sayman ile Beyoğlu’nda eşinin sahibi olduğu kafede bir araya geldik.



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç





“Konyalıym deyip trafik polislerini atlatıyordum”

Bu kafe sizinmiş. Doğru mu?

Eşimin. Bu kafe ve antikacıyı eşim işletiyor.

Ne zaman açıldı?

Bu pasajın adı Tünel Geçidi. 90'lı yılların başında eşim buraya geldiğinde bu pasaj terkedilmişti. Ben o zaman, “Yahu bunun adı geçit ama buradan geçen kimse yok” dedim. Ama o, “Burası ileride çok değerli bir yer olacak” dedi.

Eviniz de buradaymış galiba...

Evet. Hemen şu karşı binadayız.

Anlaşılan tam bir Beyoğlu yaşantısı sizinkisi...

E tabi. Evlerin kendisi çok güzel. En yenisi

100 yıllık. Yüksek tavanlı, aydınlık evler. Tabi harap vaziyette idi. Ben önce burayı ofisim olarak tuttum. Sonra eve çevirdik, ben fazla avukatlık yapmadığım için. Zaten şimdi hiç yapmıyorum.

Hocam nerede doğup büyüdünüz?

Babam askeri doktordu. Onun için Türkiye'yi gezerken Konya'da doğmuşum, Sivas'ta nüfusa kaydettirmişler, İstanbul'da büyüdüm. Konya ve Sivas'ın bana çok faydası oldu. Eskiden trafik polisleri ya Konyalı olurdu, ya Sivaslı. Başıma bir geldiğinde ya Sivaslı oluyordum, ya Konyalı! (Kahkahalar)

İstanbul Hukuk mezunusunuz değil mi?

Evet, Saint Joseph Lisesi'nden sonra İstanbul Hukuk'u bitirdim. Doktorayı Fransa'da yaptım.

60'ların Fransa'sı nasıldı?

Doktoramı Strazburg'da yaptım. O

“Türk hukuk sisteminde savunmaya kurumsal olarak yer verilmiyor. Yargılama sırasında avukata hep müdahale edilir. Yahu avukat, isterse tiyatro yapacak, belki gezinecek. Ama bizim sistemimizde avukat bir masanın arkasına sıkıştırılan, bir taburede oturtulan, kalk deyince kalkıp otur deyince oturtulan bir kişidir. Böyle olduğu için de Türkiye'de avukatlık teknisyenlik düzeyine indirgenmiş durumda. Avukatın yargılama faaliyetinin içine katılmadığı mevcut durumda demokratik ve adil bir yargılamaya yapılamıyor.”

zaman kent yeni kuruluyordum. Alsas Bölgesi orası. Orayı Fransızlaştırmak istiyorlardı. Onun için gayet yeni ve modern binaları ile çok iyi hocaların olduğu bir hukuk fakültesi ve siyasi bilimler fakültesi kurdular. Ben de o zaman Strazburg Belediyesi'nin bursu ile okudum.

Türkiye'ye döndükten sonra avukatlığa mı başladınız?

Hayır, üniversiteye geçtim. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ne girdim. Zaten çok az avukatlık yaptım. 27 Mayıs ve 12 Eylül'den sonra üniversiteden çıkartıldıktan sonra hayatımı sürdürmek için avukatlık yaptım.

“Doğayı otelcilere kaptırmamak için deniz feneri kiraladım”

Yıllarca hocalık yaptınız. Öğrencileriniz bile hocalık yapıp neredeyse emekli oldular. Bir dönem de İstanbul Barosu Başkanlığı yaptınız. Müthiş tempolu bir hayat. Geçtiğimiz haftalarda Çanakkale'de Biyohukuk Kongresi düzenlediniz. Onu da konuşacağız ama önce Çanakkale'ye, Ayvacık ilçesindeki Sivrice'ye, Bektaş Köyü'ne ilginiz nereden geliyor? Tempolu hayattan

sığındığınız sakin bir limandı sanırım Sivrice. Ne zaman başladı oraya gidip gelmeleriniz?

Ben 1970'lerden beri Asos'a gider gelirim. Orası yıllarca el değmemiş yerler olarak kaldı. Sakin, denizi güzel, doğası bozulmamış yerlerdi. Çok sevdiğim bir yerdi. Sonra orası da turistik bir yer olmaya başladı. Bu kez de 90'lı yıllarda bu Bektaş Köyü'nü fark ettik. Doğası muazzam güzel, bozulmamış bir yerdi. Oraya yerleştik. Köyde bir ev satın aldık. Yazları ve boş bulduğumuz zamanlarda gidip geldik. Daha sonra, Çanakkale'de size gezdirdiğimiz taş evi satın aldık. Orası bir koyun ağılı idi. Köyün yukarısında, denizden 2 kilometre yukarıda, elektriği, suyu, çatısı olmayan bir yerdi. Orayı epey elden geçirdik. Elektriği halen yok. Zaten elektriği ihtiyaç yok. Geceler çok aydınlık. Bahçedeki onlarca değirmen taşını yıllar içindeki gezilerimizde Ege ve Trakya'dan toplayıp getirdik. Evde her şey eski. Doğal yapıya, kayalara müdahale etmedik. Suyu, traktörle getiriyoruz.

Sonra bir de feneri aldınız...

Fener şöyle oldu: Artık yeni teknoloji ve imkânlarla feneri otomatik olarak Çanakkale'den kontrol edebilmeye başlayınca, devlet, sahillerdeki pek çok feneri kiralamaya ve buradan gelir elde etmeye girişti. Bu fenerlerin pek çoğu pansiyon, disko, restoran oldu. Benim geçmişte hiç ilgim, hevesim olmamasına rağmen sırf Sivrice Koyu'nun da bozulmaması için feneri kiralamaya kalkıştım. 5-6 yıl önce oldu bu. Başarılı da olduk. Ben ve eşim orada bir müze, kütüphane kurmaya giriştik. Pek çok deniz feneri maketi, deniz kitabı orada yer alıyor. Küçük bir mutfağımız ve bir odamız var. Şirin bir yer.

“Türk hukukunda savunma kurumu yok”

Geçmişte sanırım 3 dönem İstanbul Barosu Başkanlığı yaptınız. Bu görev size neler öğretti?

Türkiye'de hukukun Avrupa ve Amerika'nın çok gerisinde olduğunu öğrendim. Bir kere kurumsal olarak bir savunma makamı yok. İddia makamı var. Savunma diye bir kurum yok. Savunma, sadece bir hak olarak görülüyor. Savunma kurumu olmayınca iddia ile savunma arasındaki çözüme götürücü mekanizma işlemiyor. Yani yargı diyalektiği işlemiyor. Mesela Baro, Anayasa'da yargının bir kurumu olarak görülmez. İdari kısımda yer alır. Yani bir meslek örgütü olarak görülür. Baronun, tıpkı savcılık gibi yargının bir kurumu olarak görülmesi gerekir. Ama böyle değil.

Mahkemelerde hâkimin en üstte,



yanında ya da biraz altında savcı, aşağıda avukat ve zanlı şeklindeki konumlandırma bu yapının ürünü olsa gerek...

E tabi. Buna hep marangoz hatası derler. Fransa'da güya yapılırken öyle tasarlanmış.

Dünyada halen böyle mi?

Hayır, değil. Amerika'da görüyorsunuz. Halkın içinden bakkal, kasap, ev hanımından oluşan jürinin kararı çok etkili. Savcı ve avukat aynı hizada oturur. Biri üstte değil. Çünkü o siyasi bir tasarımın modelidir. Yargı iddia + yargıç. Yani savunma makamı yok. Onu geçtim, yargılama sırasında avukata hep müdahale edilir. O kadar ki mübaşirler bile müdahaleye kalkışır. Masanın önüne çıkma diye. Yahu avukat, yargılamayı kendi düşüncesi yönünde etkilemeye çalışacak. Adam isterse tiyatro yapacak. Belki gezinecek. Ama bizim sistemimizde avukat bir masanın arkasına sıkıştırılan,

bir taburede oturtulan, kalk deyince kalkıp otur deyince oturtulan bir kişidir. Hâkime bir şey anlatmaya çalışırsın, müdahale eder, “Avukat bey bunu yazılı olarak” verin der. Oysa yazılı olarak kimseye bir şey anlatamazsın. Çok zordur. Yani ikna yöntemi ancak sözle olur. Böyle olduğu için de Türkiye'de avukatlık teknisyenlik düzeyine indirgenmiş durumda. Avukatın yargılama faaliyetinin içine katılmadığı mevcut durumda demokratik ve adil bir yargılamaya yapılamıyor.

“Hukukçular, biyolojik gelişmelerin yaratacağı sorunların farkında değil”

Hocam izniniz olursa biyohukuk kongresi üzerinden biyohukuk konusuna gelelim. Biyohukuka ilginiz nereden geliyor?

Biyolojide büyük gelişmeler var. 21. yy bilimin yüzyılı olacak gibi. Ancak biz hukukçu olarak buna hazır değiliz. Yakın gelecekte toplumsal yapı ister istemez



değişecek. Akrabalık bağı dediğimiz şey belki ortadan kalkacak. Soy bağı belki farklılaşacak. Hukukçular arasında bunun farkında olan çok az kimse var. Avrupa'da bile 1995'ten sonra bunlar tartışılmaya başlandı. Benim okumalarım da 2000'lerin başında başladı.

Peki, 10 yılı aşkın süredir düşündüğünüz toplantının ilki için neden bu kadar geç kaldınız?

Çünkü Türkiye'de akademik çevreler bu konuya çok kapalı. Üniversiteler çok kapalı. Bu konular eğitim müfredatında yok. Hukukçularla tıpçıların ve fizikçilerin bir arada çalışma olanağı hiç düşünülmemiş. Parasal olarak da hiçbir getirisi yok. Sadece bilimsel bir merakla yapılacak bir çalışma.

Geçtiğimiz haftalarda Çanakkale'de Sivrice Koyu'nda bir toplantı düzenlediniz. Hukukçular ve tıpçılar bir araya gelip bu konuları tartıştılar. Verimli de bir toplantı oldu. Sanırım bununla ilgili bir de kitap çalışması düşünülecek. Ama bu toplantının gelecek yıllarda düzenlenmesi, üstelik de kapsamının geliştirilmesi gerekiyor. Belki de felsefecilerin, sosyologların, ilahiyatçıların da katılımı ile...

Tabi tabi. Öyle olması gerekiyor. Bu toplantıyı Sivrice'de deniz kenarında yapmak istememin nedeni bir ışık, ileriye bakış, bir perspektif açmaktır. Doğa güzel, önünüz açık. Bir de bu tür toplantılar sıkıcı olmaktan çok keyifli olabilmeli. Kapalı mekânlarda, takım elbise kravat giy tak gel, 15 dakika konuş, sonra sıkılıp eleştir durumu olsun istemedim. Rahat giyinelim, isteyen çıkıp bir sigarasını, kahvesini içsin.

Toplantıların devamı gelecek mi?

Gelecek. Hatta ben Medipol'e bunu ders olarak önerdim. Zaman kaybetmeden

hemen bu yılki Hukuk Fakültesi müfredatına seçmeli ders olarak eklendi. Hatta bununla ilgili Biyohukuk Araştırma Merkezi projesini geliştirmeye çalışacağız. Bu Türkiye'de hatta Avrupa'da ilk olacak bir proje. Ben 73 yaşındayım. Bu saatten sonra bu araştırmalara fazla bir katkı olmaz. Bu projeyi ancak gençlerle birlikte götürebiliriz. Hukukun bittiği bir noktadayız ve yeni bir hukuk anlayışının oluşturulması lazım.

"Hukuk bitti, yeni bir hukuk inşa etmeliyiz"

Yeni bir hukuk anlayışının oluşturulması lazım" sözünüzü biraz deşmek istiyorum. Siz sık sık "Bu hukukla olmaz" diyormuşsunuz. Ya nasıl bir hukukla olur?

Basitleştirerek anlatmaya çalışayım. Bugün olmayan, ama olabileceği öngörülen, yasaklandığı için hakkında araştırma yapıp yapılmadığını bilmediğimiz bir örnek vereyim. Bir kadının yumurtasını alıp içindeki nükleusunu, esas partikülü boşalttığınızda, o kadının genetik yapısı artık kalmıyor. Onun kromozomları artık yok. Onun yerine başka bir hücreden aldığınız spermi koyduğunuz zaman insan türünün bu yolla üremesi de mümkün. Doğa buna elverişli. Şimdi bizim kavramlarla buna baktığımızda kopyalama deniyor. Mesela çocuğunun hücrelerinden bir sperm koyarsanız bugün ona enest diyorsunuz. Ya da evliyse ve kocasından başka birinin spermi konursa zina diyorsunuz. Kavramlar durumu anlatmıyor. Devam ediyorum. Şimdi yapay rahim denen bir şey var. En azından uğraşıyorlar. Şimdi yapay rahimde bakın anne yok. Belirli bir baba yok. Doğuran kadın yok. Ama ortada bir çocuk var. Şimdi mevcut hukuk sistemimizle bu durumu anlatabilmek, doğacak sorunlara çözüm üretebilmek mümkün değil. Ha şimdi bu olur mu olmaz mı? Şu anda yasak. İnsan üremesine yönelik deneyler şu anda yasak. Çoğu ülkede yasak. Suni rahim

"Hocanın sınıfa girip ders anlattığı klasik eğitim bana göre şu anlama geliyor: 'Şimdi bir kitap var. Siz o kadar aptalsınız ki bu kitabı tek başınıza okursanız anlamazsınız. Ben sizden zekiyim ben anlarım. Ben okuyup anlayayım, sonra size anlatayım. Sonra da sınavda ben ne anlattığımı soracağım.' Yani bu artık kimseyi tatmin etmiyor. Ben o nedenle bir dersi 10'ar kişilik gruplarla işliyorum. Öğrencilerle özgür bir ortamda çay ve sigara içip tartışarak, arada bir gülüşerek ufkunu açmak isteyenlerle karşılıklı bir şey öğreniyoruz."

yapar mı, o da yasak. Cinsellik dışında asexual bir çocuk üretimi. O da yasak. Ama bu yasakları kaç sene sürdürebilirsiniz? Birileri çıkıp bunu yapacak. O yolla doğan çocuğa şimdi biz mevcut hukuk sistemimizle "sen insan değilsin" mi diyeceğiz? Yani insan olmayacak mı o? Bu durumlara mevcut hukuk sistemi cevap veremez. Buyurun bu hukukla soy bağını belirleyin, belirleyemezsiniz. Miras meselesini belirleyin, belirleyemezsiniz. O zaman bugünkü kavramlar dışında başka bir hukuk anlayışına gereksinim var. Bu nedir, ne olabilir? Ben bilmiyorum. Gençlerin yolunu açalım, bu konular tartışılsın. Üniversitelerin gerçek görevi bunu yapmaktır. Öteki türlü hukuk, tıbbın ya da fiziğin önünde yasaklayıcı bir şey haline gelir. Bilimi yasaklayan bir şey olur. Özerkliğini de kaybeder. Siyasi iktidar der ki bunu yasakla, yasaklar.

Bu bahsettiğiniz sorunlar bir tek ülkemiz hukukunun sorunu değil ama sanırım...

Evet, bütün dünyanın sorunu ama Türk Hukuku bu sorunlarla daha çok yüz yüze. Çünkü bizde her şey yasak. Yasaklarla yıllarca sorunların üzerini örtmüştük. Daha ne kadar böyle gidebilir?

Anladım. Hocam bu konuda daha fazla söyleyeceğiniz bir şey yoksa başka bir konuya geçmek istiyorum. Sigaraya bir düşkünlüğünüz var. Müptelası mısınız, tiryakisi misiniz, seveni misiniz?

Ben sigaraya 30 yaşından sonra başladım. Fransa'da başladım. Artık eskisi kadar fazla içmiyorum.

“Öğrencilerimle çay ve sigara içip ders işliyorum”

Bu yıl hukukçular olarak Kavacık Yerleşkesindesiniz ama geçen yıl Unkapanı'nda bütün akademisyenlerin odaları 4. kattayken sizin bahçeye mekân kurmanızın en büyük nedeni özgürce sigara içmek değil miydi ama?

Yok, o konu şehir efsanesi gibi anlatılıyor ama nedeni başka. Ben hocanın sınıfa girip ders anlattığı klasik eğitimden çok tat aldığımı söyleyemem. O bitmiş bir şey. Düşünün ben 73 yaşındayım. O çocuklar 18 yaşında. Ben dersimi anlatıp çıkayım, sonra da sınav yapıp öğrenmişler, anlamışlar diyeceğim bir durumun doğru olmadığını düşünüyorum. Bu biraz da şu anlama geliyor: 'Şimdi bir kitap var. Siz gençler o kadar aptalsınız ki bu kitabı tek başınıza okursanız anlamazsınız. Ben sizden daha zekiyim, ben anlarım. Ben okuyup anlayayım, sonra size anlatayım. Sonra da sınavda ben ne anlattığımı soracağım.' Yani bu sistem artık kimseyi tatmin etmiyor. 18 yaşındaki birinin nasıl düşündüğünü bilmezsem sağlıklı bir eğitim süreci olmaz. Ben o nedenle bir dersi 10'ar kişilik gruplarla işliyorum. Bir saat kalmıyorum, akşama kadar okulda kalıyorum. Öğrencilerle özgür bir ortamda çay, kahve ve sigara içip tartışarak, arada bir gülüşerek ufkunu açmak isteyenlerle karşılıklı bir şey öğreniyoruz. Bahçedeki odanın nedeni buydu. Yoksa 4 kat aşağı inip sigara içmeye diyemeydim diye değildi.

İnsan hakları ve özgürlüklerin üzerinde çok duruyorsunuz. Bu, nereden ileri geliyor?

Belki yetiştirme tarzından olabilir. Ben aile içinde bana şöyle yap dediklerinde haklı haksız her zaman sorguladım. Neden öyle yapmalıyım ki dedim. Yani işte babanın yanında ayak ayaküstüne atma. Niye atmayacağım. Ne oluyor? Atarsam ne olur? Bilmem nereye giderken kravat tak. Yahu niye takacağım? İşin ciddiyeti gömlekte, kazakta, cekette değil ki. Benim kendimde. Saygı ayak ayaküstüne atmamak, önünün düğmesini iliklemek değil ki. İlişkinin kendisi bir saygı temelinde ilerlemeli. Hiç sevmediğim bir adamın önünde kravat takıp önümü ilikleyince ona saygı duymuş mu oluyorum? Hiç de duymuyorum. Üstelik de yalancılık yapmış oluyorum. Bu, devlet ya da kuralların

zoruyla yapılan bir şey. Şimdi bunları sorguladığında bir sürü şey çıkıyor. Karşıdaki de izah edemiyor. O zaman biraz özgürlük anlayışına varıyorsunuz. İnsan türünün, başka türlerde olmayan kaderini tayin edebilme yetisi var. İnsanın kendi yönünü tayin edebilmesinin önüne geçmeye kimin hakkı olabilir! Ama özgürlüğümüzün de bir sınırı var, başkalarının özgürlüğünün ihlal edilmeye başladığı nokta. Hak ne, özgürlük ne, sınır nerede olmalı? Özgürlük zaten doğuştan gelen bir hak. Özgürlük kendimi geliştirmemin mücadele araçlarından biri. Daha fazlası değil. Benim düşüncemi sınırlarsan benim kendimi var etme yetimi sınırlamış olursun. Beni tanıyan biri demiş ki, *“Tanıdığım, kendi kendisine muhalif tek insan.”* Hakikaten öyle. Ben bir fikri dile getirdiğim zaman, geçerim karşısına o fikrin tam aksini dile getiririm. Kendime karşı aksi fikri savunurum. Medipol Üniversite'nde de beni en çok çeken şey, özgürlüğü çok ön plana çıkartması idi. Pratiğinde de hakikaten engelleyici bir şey yapmıyor. Öğrenciler de her görüşten, kültürden gençler ve fikirlerini rahatça ve korkusuzca dile getiriyorlar. Çünkü en saçma fikri bile olsa ben dâhil herkesin söylemeye hakkı var.

“Halk, kendi kimliği ile kabul görebileceği bir Anayasa istiyor”

Yeni Anayasa Platformu ile Türkiye'yi gezdiniz. Gelenen süreci nasıl buluyorsunuz? 2012 de geçti, gitti. Türkiye 2013'te bir anayasa yapabilecek mi?

Türkiye'nin değişik yerlerinde yaklaşık 6 bin kişi ile görüştük. İnsanlar hangi partiden, hangi görüşte olmaktan çok, kurulacak toplum yapısında kendisi var olabilecek mi, ona bakıyor. Kendi kimliği, düşünceleri ve duruşu ile var olabilecek mi, olamayacak mı? Orada kendisine yer var mı? Şimdi mesela bizim üniversiteyi örnek alın. 1. sınıf hukuk öğrencilerine bakın: Seçimi ne olursa olsun, çok dindar da olsa dindar bir eğitim sistemi talep etmiyor. Dindar biri olarak özgürce yaşayabilecek mi, ona bakıyor. Halk da üç aşağı beş yukarı bunu istiyor.

Halkta bir takım beklentiler var veya yok ama Mecliste bu iş sanki yapılmış gibi görüntü veriliyor, sanki kimse bu çalışmayı sonlandırmak istemiyor gibi bir görüntü var. Doğru mu?

Doğru. Bakıyorsunuz, daha önce haktan gelen onca görüşü uzlaşma komisyonu neredeyse dikkate almamış. Kendi partilerinin görüşü doğrultusunda ilerliyorlar. Uzlaşma deniyor ama gerçekte pazarlık ediyorlar. Onun için ben ona Anayasa Uzlaşma Komisyonu demiyorum, “Anayasa Pazarlık Komisyonu” diyorum. 12 Eylül Anayasasını aratan bir sonuç bile çıkabilir. Çünkü yansıyan bazı bilgilere

baktığımda ürküyorum. Konuşulan yapıda söylenenleri gerçekleştirecek kurumlar yok. Örneğin yargıda halen özerkliği olan bir adli tıp yok. Bilimsel polis denen kolluk gücü gibi bir yapı yok.

İstanbul ve Ankara'da baro seçimleri yenilendi, eski başkanlar koltuklarını korudu. Siz oy vermeye gittiniz mi?

Gittim, oy verdim.

Son soru: Geçtiğimiz günlerde Balyoz Davası sonuçlandı. Cezalar ve süreç hakkında söylemek istedikleriniz var mı?

Yargılama sırasında epey bir hukuksuzluk yapıldı. İşte bilimsel polis denen kolluk gücü gibi bir yapı olmadığı için mahkemelerde delillerin doğruluğu tartışılıyor. Ama bizim yargı sistemimiz bu. Şu süreci eleştirenleri getirin, yargıç yapın, aynı kararları verirler. Bu hukuk sistemi ile bundan ötesi olmaz. Bu hukuksuzluklar 80 yıl önce köyde orman ve tarla davalarında da böyle işliyordu. Bugün de öyle işliyor. Yüzlerce kişi yargılanıyor, bunların bir kısmının neden yargılandığını ne kendileri anladı, ne de biz. Ama bunlar büyük davalar. Ciddi deliller var, hakikat ortaya çıkartmalı. Sorun gene 12 Eylül Anayasasından ileri geliyor. Şimdi Anayasamızda yargıya devletin bekasını koruma ve tehditleri cezalandırma görevi verilmiş. Devletin bir tehdit algılaması var. Şimdiye kadar Milli Güvenlik Kurulu tehditleri yargıya bildirirdi. Şimdi siyasi iktidar bildiriyor. Yargıcın önüne tehdit diye getirince yargıç ne yapsın, tutuklama kararı vermek zorunda. Tutukluyor, yargılamaya başlıyorlar. Dava o kadar büyük ki, adam suçsuz da olsa yıllarca yargılanıyor. E o zaman yargı adaletin sağlandığı kurum değil, güç kim ise gücünün tehdit dediklerini susturduğu bir şey haline geliyor. Bizde özerk bir adli tıp yok, bilimsel tıp yok, yazı işleri ayrı bir kurum değil, savunma makamı yok, avukatlar bir sürü tartışmayı yapamıyor, büyük bir gücü tek bir yere, yargıya vermişsiniz. Çok büyük bir iktidar gücü. Bu iktidarı size veren iktidar, bu gücü nasıl kullanacağınızı da size manipüle eder. Aksi takdirde yürütemezsiniz. Yani bizim Anayasa bunun üzerine tasarılanmış. Devlet biçimi bu. Cumhuriyetin kuruluşundan beri bu böyle.

Biyohukuk bakış açısıyla AİHM kararlarında ceninin hukuki statüsü

Yrd. Doç. Dr. Levent Korkut



1985 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun olduktan sonra Siyaset Bilimi ve hukuk alanlarında yüksek lisans çalışmalarına devam etti. 1990-1993 yılları arasında Chicago Üniversitesinde konuk öğrenci olarak bulundu. 2002 yılında Ankara Üniversitesinden kamu hukuku doktora derecesi aldı. 1993-2011 yılları arasında Hacettepe Üniversitesinde görev yaptı. 2011 yılından itibaren Medipol Üniversitesinde anayasa hukuku alanında çalışmalarını sürdürmektedir. 2007-2010 yılları arasında Uluslararası Af Örgütü Uluslararası Yönetim Kurulu üyeliği yapmıştır. 2012 yılında Cumhurbaşkanı tarafından yeni oluşturulan İnsan Hakları Kurulu üyeliğine seçilmiştir. Anayasa hukuku ve insan hakları hukuk alanında çeşitli kitap, çeviri, araştırma ve makaleleri yayımlanmıştır.

Biyo hukuk, hukukun en yeni dallarından biri. Bu yeni hukuk dalı; gen tedavisi, gen zenginleştirme, organ tahsisi ve nakli, hayvanlardan alınan ya da yapay olarak üretilen organların insanlara nakli, teknoloji kullanılarak üretilen yeni organizmaların patentlenmesi, embriyo ve kök hücre araştırmaları, tıbbi yardımla üreme, ötenazi ve klonlama gibi özellikle biyoloji ve tıp teknolojilerindeki gelişmelerin gündelik insan ve toplum yaşamına yansımalarından kaynaklanan sorunların çözümünde klasik hukuk yöntemlerinin yetersiz kalması sonucunda şekillenmiştir.

Biyohukuk, hukukun temel kavram ve kurumlarını derinden etkileme ve hatta değiştirme potansiyeline sahip bir alan olma özelliğine sahiptir. Biyoloji ve ilgili teknolojilerdeki gelişmeler; canlılığın ne olduğu, ne zaman başlayıp ne zaman sona erdiği, yapay üretilen canlı organizmaların mülkiyet konusu olup olamayacağı, genetik bilgilere dayalı ayrımcılığın nasıl önleneceği, insan embriyosu ve kök hücre deneylerinin nasıl kontrol edileceği, biyolojik anne ve baba dışında taşıyıcı ya da sperm bağışçısı olan veya bir şekilde genleri kullanılan kişilerin doğacak çocukla olan hukuki ilişkilerinin nasıl düzenleneceği, ölümcül hastalıklara yakalanan kişilerin kendi yaşamlarına son verip veremeyeceği,

klonlama gibi teknolojilerin kullanılması-
nın yasaklanıp yasaklanmayacağı, eğer bu uygulamalara izin verilecek olursa klonlama ile üretilen kişilerin soy bağı ve aile ilişkileri başta olmak üzere hukuki statülerinin nasıl belirleneceği sorularını her geçen gün daha fazla sormamıza neden olmaktadır. Bu yazının sınırları içinde tüm bu konuları ele almak mümkün olmadığından, biyo hukuk alanının en önemli ve güncel sorunlarından biri olan insan varlığının başlangıcı ile ilgili tartışmalara ve bu konunun hukuki boyutuna, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) kararları çerçevesinde odaklanacağım.

AİHM kararlarında cenin

Günümüz hukuku; yüzlerce yıllık hukuk uygulaması sonucunda oluşmuş olan kavramlaştırmalar sonucunda, dünyadaki tüm varlıkları, insanı esas alarak tasnif etmiştir. Bu çerçevede, hukukun sujesi (hukuk süjesi, haklara sahip olabilen ve yükümlülükler altına girebilen kişidir) olarak insan bireyi (gerçek kişi) ve onun tarafından oluşturulan tüzel kişiler (devlet, şirket, dernek, vakıf vs.) esas alınır. Bunun dışında kalan tüm varlık alanı ya da hayvanlar ve cansız nesneler hukukun sujesi değil, konusudur. İnsanın suje olarak ne zaman varlık kazandığı ve varlığının ne zaman sonlandığı da hukuk tarafından belirlenmeye çalışılmıştır. Klasik hukuk yaklaşımı, Roma Hukukundan günümüze kadar, doğumu

insan varlığının başlangıcı olarak kabul edegelmiştir. Bu anlayış temelinde ancak canlı olarak dünyaya gelen insan bireylerinin tam anlamıyla bir hukuk sujesi oldukları, hak ve özgürlüklerinin doğum anıyla başladığı ilkesi benimsenmiştir. Gerçi, tüm hukuk sistemlerinde, henüz doğmamış ceninin hukuki statüsü tarih boyunca hep tartışılan bir sorun olagelmıştır. Ama yirminci yüzyıla gelinceye kadar canlılığın nasıl başladığına ilişkin bilimsel çalışmalar yetersiz kalmıştır. Bazı kültürlerde kürtaj yasaklanmış ya da belli bir dönemle sınırlandırılmış, sağ doğmak kaydıyla ceninin bazı hakları olduğu kabul edilmiştir. Günümüz dünyasında, biyolojinin, kimyanın ve fiziğin yanında genetik biliminin ve mikro dünyanın gözlemlenmesine olanak veren teknolojilerin gelişmesi sonucunda insanın üremesi hakkında tüm ayrıntılar, bilinir hale gelmiştir. Ayrıca hamilelik döneminde, gerek ceninin gerekse annenin hastalıkları ve hamilelik döneminde ortaya çıkan tıbbi sorunlar ile ceninin genetik hastalıklarının bir kısmı da belirlenebilmektedir.

Tüm bu gelişmelerin hukuk alanındaki yansımalarına da giderek daha fazla tanık olmaktadır. Kürtajla rahmin boşaltılması, yıllardır tartışılan ve hakkında yargı kararları verilen bir konu olmakla birlikte, günümüzde konuyla ilgili hukuki sorunlar çok daha kapsamlı bir hal almıştır. Aşağıda doğum öncesi dönemde ceninin hukuki statüsü ile ilgili Avrupa İnsan Hak-

Thi-Nho VO, 6 aylık hamileyken tıbbi kontrol için gittiği Lyon hastanesinde yanlış işlem nedeniyle çocuğunu kaybetmiştir. Davayı inceleyen AİHM, Fransa'nın iç hukuk sisteminde embriyonun tanımlanmamış olması nedeniyle, hekim tarafından gerçekleştirilen yanlış operasyon sonucunda ceninin yaşamına son verilmesini yaşam hakkı ihlali olarak değerlendirmemiştir.

ları Mahkemesi'ne yapılan başvurular ve bu başvurular sonucunda mahkemenin konuya yaklaşımı ele alınarak, hukuki sorunların çözümünde pozitif hukukun ne ölçüde yeterli olduğunu ele alacağız.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM), göreve başladığı ilk yıllarda, konu, başvuruclar tarafından gündeme getirilmekle birlikte, insan türüne ait bir bireyin yaşam hakkından ne zaman yararlanmaya başlayacağı sorunu üzerinde durmamıştır. AİHM, ceninin hukuki statüsü konusunda görüş beyan ettiği ilk kararında, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin (AİHS) 2. Maddesinde düzenlenen yaşam hakkı bakımından ceninin mutlak anlamda bir yaşam hakkına sahip olmadığına hükmetmiştir. Mahkeme, bu kararında ceninin yaşam hakkının mutlak bir şekilde reddi ya da sınırlı bir yaşam hakkı olduğu görüşlerini tartışmamıştır. Mahkemeye göre, yaşamın başlangıcının belirlenmesinde döllenme zamanı, embriyonun rahme bağlanma anı, ceninin yaşayabilirlik kazanma anı ve doğum anı gibi farklı ölçütler geliştirilmiştir. Bu çerçevede, her davanın somut gelişimi ve iç hukuktaki durumu ile taraflar dikkate alınarak bir sonuca ulaşmak gerekir. Mahkeme, bu kararında doğmamış çocuğun kişi olup olmadığı sorununa da değinmiş ve kişi olabilmek için sağ doğmanın gerekli olmasından hareketle ceninin kişi olamayacağına karar vermiştir.

AİHM, ceninin hukuki statüsünü üzerine bir başka kararını, 8 Temmuz 2007 tarihinde vermiştir. Bu kararın temelini



oluşturan olay şöyledir: Thi-Nho VO 6 aylık hamile iken tıbbi kontrol için Lyon hastanesine gider. Aynı gün Thi Nhanh Van Vo da gebeliği önleme için yerleştirilen bir aparatın çıkarılması için hastanededir. Hekim G, "Bayan Vo, lütfen bekleme odasına" diye bağıır. İsim benzerliği yüzünden Thi-Nho Vo odaya gider. Yetersiz Fransızcasıyla doktorla anlaşması güç olduğundan, hekim kendisinden yeterli bilgi alamaz ancak operasyona başlar. Aparatı çıkarmak için işleme başladığında yanlış hastaya müdahale ettiği için amniyotik keseyi parçalar. Daha sonra hastanın yanlış kişi olduğunu anlar. Ancak kesenin parçalanması nedeniyle 21 haftalık cenin rahim dışına çıkartılır. Bu olay üzerine Fransız mahkemelerine dava açan Vo, ceninin yaşama hakkının ihlaline dayanarak tazminat talebinde bulunur. Ama bu talep ulusal hukuk makamları tarafından kabul edilmez. Bunun üzerine Avrupa

İnsan Mahkemesi'ne gelen davada, Mahkeme, davayı kabul edilebilir bulur. İşin esasını inceleyen AİHM, öncelikle bir ceninin, doğmuş bir çocuk gibi Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde düzenlenen yaşam hakkından yararlanıp yararlanamayacağı sorununun ele alınmasıdır. Mahkeme, bu davada yukarıda değindiğimiz daha önceki kararlarını ele alarak, Avrupa Konseyi'nin konu üzerine genel yaklaşımını değerlendirmiştir. Bu çerçevede, AİHM, üç temel ilkenin altını çizmiştir:

1. Doğmamış çocuk, Sözleşmenin 2. Maddesinde düzenlenen yaşam hakkından doğrudan yararlanamaz, çünkü hukuki anlamda bir kişi değildir.

2. Ancak bu belirleme doğmamış çocuğun hiçbir koşulda korunmayacağı anlamına gelmez



Günümüz hukuk sistemlerini veri olarak aldığımızda, doğum öncesi insan varlığının “kişi” olarak kabul edilmemesinin bir sonucu olarak embriyoyu bir hücre yığınının ibaret, basit bir eşya olarak algılamak mümkün olabileceği gibi, insan türüne ait bir canlı olması temelinde embriyo doğmuş kişilere eşit bir statüye de kavuşturulabilir. Öyle görülüyor ki, her iki çözümün de zorlukları bulunmaktadır.

3. Eğer doğmamış çocuğun yaşam hakkından bahsedilecekse, bu hak annenin hak ve çıkarları ile sınırlıdır.

AlHM, bu üç ilkedен hareketle, doğmamış çocuğun yaşam hakkının hukuki, tıbbi, felsefi, dini ve etik boyutları olduğunu, bu nedenle yaşamın ne zaman başlayacağı konusunda her bir hukuk düzeninin geniş bir takdir yetkisine sahip olduğunu ileri sürmüştür. Bir başka ifadeyle, yaşamın ne zaman başlayacağına ilişkin tespit, ulusal yargı çevrelerine bırakılması gereken bir konudur. AlHM, konunun ulusal yargı sistemlerine bırakılmasının önemli bir nedeni olarak, söz konusu alanda Avrupa çapında bir konsensüs olmamasını göstermektedir. Avrupa Konseyine üye devletlerin önemli bir kısmında embriyonun hukuki bir tanımı bulunmamaktadır (Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İsveç, İtalya, Lüksemburg, Portekiz, Yunanistan). Embriyo tanımına yer veren ülkelerde ise yapılan tanım, bir ülkeden diğerine değişiklik göstermektedir (Birleşik Krallık, Almanya, Avusturya, İspanya). Bazı üye devletler, embriyo üzerindeki deneylere izin vermekte, diğer bazıları ise yasaklamaktadır. Deneylere izin veren devletler de, bu deneylere sadece embriyonun menfaati için izin verenler, sınırlı bir şekilde izin verenler

ve katı istisnalar dışında izin vermeyenler şeklinde üç gruba ayrılmaktadır.

Mahkeme, sonuç olarak, somut davada, davalı konumunda bulunan Fransa'nın iç hukuk sisteminde embriyonun tanımlanmamış olması nedeniyle, hekim tarafından gerçekleştirilen yanlış operasyon sonucunda ceninin yaşamına son verilmesini yaşam hakkı ihlali olarak değerlendirmemiştir. Mahkeme, başvurucuya verilen tazminatın yeterli bir giderim olduğuna, hekim ve sorumlular için cezai bir takibatta bulunulmamış olmasının, Sözleşmenin 2. Maddesinde düzenlenen yaşam hakkını ihlal etmediğine karar vermiştir.

AlHM, ceninin hukuki statüsüyle ilgili son kararını 2006 yılında Birleşik Krallığa karşı yapılan bir başvuru üzerine vermiştir. Bu başvurunun dayanağını oluşturan olayda başvuru ve partneri 2000 yılında bir üreme kliniğine başvururlar. Klinikte yapılan tahlillerde başvuru kişinin yumurtalık kanseri olduğu ve yumurtalıklarının alınması gerektiğine karar verilir. Operasyon öncesi başvuru kişinin 11 yumurtası alınarak partnerinin spermi ile döllenir ve 6 tane embriyo dondurulur. Daha sonra başvuru partnerinden ayrı yaşamaya başlar ve embriyolardan taşıyıcı anne ile çocuk yapmak ister. Bu sırada eski

partner çocuğun genetik babası olmak istemediğini belirterek embriyoların kullanılmasını engeller. Ulusal mahkeme, genetik baba lehine karar verir.

AİHM, önüne gelen bu olayda, başvuru- cu tarafından ileri sürülen yapay olarak döllenerek üretilmiş embriyonun doğum hakkı olduğu iddiasını değerlendirmiştir. Mahkeme, Vo kararında olduğu gibi, bu konuda Avrupa genelinde bir konsensüs olmadığı görüşünden hareketle, her bir hukuk sisteminin takdir yetkisi bulunduğuna işaret etmiştir. Bazı devletlerde biyolojik ana ve babanın iradesine ancak döllenme gerçekleşinceye kadar bakılırken, diğer bazı hukuk sistemlerinde embriyo ana karnına yerleşinceye kadar ebeveynlerin tercihi alınabilmekte, bazı ülkeler ise, bu konuda karar almayı yargı organlarına bırakmaktadır. Birleşik Krallık yasaları, yapay döllenme konusunda, embriyonun taşııcı ananın rahmine yerleştirilme anına kadar ebeveynlerin tercihine olanak tanımakta, bu ana kadar biyolojik ana ya da babadan birisi suni döllenme ile üretilen ceninin doğmasını engelleyebilmektedir.

AİHM, bu veriler ışığında yapılan başvuru- ruyu reddetmiş, yapay olarak döllenerek üretilmiş embriyonun, taşıyıcı ananın rahmine yerleştirilinceye kadar Birleşik Krallık hukuku tarafından korunmadığına, dolayısıyla yaşama hakkının bulunmadığına karar vermiştir.

Ceninin hukuki statüsü üzerine hukuki bir değerlendirme

Yukarıda belirttiğimiz gibi hukuk dünyasında tüm varlık alanı insanlar ve diğer varlıklar olarak ikiye ayrılmıştır. Diğer varlıklar, ister canlı isterse cansız olsun mal kategorisinde yer alırlar. İnsanların mallar üzerinde tam bir hâkimiyetleri söz konusudur. Bu hâkimiyet, malları tasarruf etme yani onlardan yararlanma, tüketme, yok etme yetkilerini kapsar. İnsanların mallar üzerindeki bu yetkileri sadece başka insanları ya da onların sağlığını veya uygun bir çevrede yaşama haklarını korumak amacıyla kısıtlanabilir. Son dönemlerde gelişen hayvan hakları, hayvanlara da belli sınırlı alanlarda koruma getirmekle birlikte günümüze kadar onları mal statüsünden çıkaracak boyutlara ulaşmamıştır. Türkiye’de de Medeni Kanun hükümleri çerçevesinde insanlara ait hukuk alanları ile eşyanın tabi olduğu kurallar belirlenmiştir.

Doğum öncesi insan varlığının hukuki statüsü, çağlar boyunca tartışılmıştır. Çok yakın zamanlara kadar bu tartışma kurtajla sınırlı kalmıştır. Ancak günümüz dünyasında, kök hücre çalışmaları nedeniyle embriyonun deneylerde kullanılmasından, klonlama suretiyle canlı üretimine, yapay döllenmeler yoluyla rahim dışında döllenme olanaklarının

kullanılmasından, insan yumurtası ile hayvan genetik malzemesinin birleştirilmesine kadar geniş bir yelpazede araştırma, deney ve uygulama amacıyla embriyolar kullanılmaktadır.

Günümüz hukuk sistemlerini veri olarak aldığımızda, doğum öncesi insan varlığının “kişi” olarak kabul edilmemesinin bir sonucu olarak embriyoyu bir hücre yığınının ibaret, basit bir eşya olarak algılamak mümkün olabileceği gibi, insan türüne ait bir canlı olması temelinde embriyo doğmuş kişilere eşit bir statüye de kavuşturulabilir. Öyle görülüyor ki, her iki çözümün de zorlukları bulunmaktadır. Eğer doğum öncesi insan, “kişi” olarak kabul edilecek olursa embriyo üzerindeki tüm deneylerin yasaklanması gerekecektir. Kaldı ki, bu durumda mantıki olarak ceninin de otonomisinden bahsetmemiz gerekir. Ancak cenin fiziksel bir otonomiye sahip değildir. Ceninin kasten ölümüne sebebiyet veren kişilerin kasten adam öldürme suçundan ya da yanlışlıkla ölümüne neden olan hekimin taksirli adam öldürme suçundan hüküm giymesi de aşırı bir müeyyide olarak algılanabilir. Embriyonun “mal” olarak kabul edilmesi de tatmin edici bir çözüm sunmaktan uzaktır. Henüz “kişi” olmasa dahi insan türüne ait bir canlının üstünde her türlü tasarrufta bulunulabileceğini savunmak, temel etik ve dini değerler ile insan onuru temelli insan hakları yaklaşımı ile bağdaşmamaktadır.

Böyle bir ikilem içinde yapılması gereken, binlerce yıldır değişmeyen mal-kişi ayrımını yeniden ele almak ve belki de bir üçüncü kategoriye tanımlamaya çalışmaktır. Ancak AİHM içtihat hukuku henüz bu cesareti gösterebilecek bir noktaya gelmiş gibi gözüküyor. Konuyla ilgili uluslararası düzenlemelerin netlikten uzak olması, ülkeler arasında ortak temellere dayalı bir konsensüsün eksikliği gibi nedenlere dayanan AİHM, ilkeler ve ölçütler oluşturarak bir çözüm geliştirmek yerine, topu, üye devletlere atmaya çalışıyor. Kendisini diğer hukuk dallarından henüz ayıramamış olan biyo hukukun kimliğini kazanmasının temelinde, oluşturulacak yeni kavramlaştırmalar yatmaktadır. Doğum öncesi insan varlığının hukuki statüsünü belirlemeye yönelik bir çaba, bu öncü kavramlaştırmalardan birine temel oluşturabilir.

Kaynaklar

- 1) X Norveç’e Karşı, 29 Mayıs 1961 tarihli Komisyon kararı (no. 867/60); X Avusturya’ya Karşı, 10 Aralık 1976 tarihli Komisyon kararı (no. 7045/75); Brüggemann ve Scheuten Almanya’ya karşı, 12 Temmuz 1977 tarihli Komisyon kararı (no. 6959/75)
- 2) X Birleşik Krallığa Karşı, 13 Mayıs 1980, (no. 8416/79)
- 3) Vo Fransa’ya Karşı, (no. 53924/00).
- 4) Evans Birleşik Krallığa Karşı, 7 Mart 2006, (no. 6339/05).

Ceninin kasten ölümüne sebebiyet veren kişilerin kasten adam öldürme suçundan ya da yanlışlıkla ölümüne neden olan hekimin taksirli adam öldürme suçundan hüküm giymesi de aşırı bir müeyyide olarak algılanabilir. Embriyonun “mal” olarak kabul edilmesi de tatmin edici bir çözüm sunmaktan uzaktır. Yapılması gereken, binlerce yıldır değişmeyen mal-kişi ayrımını yeniden ele almak ve belki de bir üçüncü kategoriye tanımlamaya çalışmaktır.

Milletlerarası özel hukukta boşluk: Taşıyıcı annelik

Yrd. Doç. Dr. Ebru Şensöz Malkoç



1977 yılında İstanbul'da doğdu. 2001 yılında Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Galatasaray Üniversitesi Özel Hukuk Yüksek Lisans Programını tamamladı. İsviçre'de Lozan, Bern ve Zürih üniversitelerinde yürüttüğü doktora çalışmalarının ardından, Galatasaray Üniversitesi'nde Özel Hukuk Doktorasını tamamladı. Ardından, La Haye Milletlerarası Özel Hukuk Akademisi'nde Biyohukuk eğitimi aldı. 2004 yılından bu yana İstanbul Ticaret Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Milletlerarası Özel Hukuk Anabilim Dalında görev yapmaktadır.

Uterus problemi olan kadınlarda kendi ya da taşıyıcı (kiralık) annenin oositleri kullanarak geliştirilen embriyoları taşıyan ve onunla bir gebelik geçirip doğumunu gerçekleştirdikten sonra çocuğu isteyen çifte veren anne modelleri de üremeye yardımcı tedavi tekniklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Üremeye yardımcı tedavi tekniklerinden biri olan taşıyıcı annelik (*surrogacy*), Türk Hukukunda, "Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (R.G.T. 06.03.2010-S.27513)'nin 18.maddesinin 5.fıkrası ile yasaklanmış üremeye yardımcı tedavi tekniklerindendir

(ÜYTE). Türkiye gibi, taşıyıcı anneliği yasaklayan Almanya, Fransa, İspanya gibi devletlerde bu yasağın temel amacı, insan vücudunun metalaşması ve çocuk satışına karşı olma temel düşüncesine dayanmaktadır.

Belçika, Hollanda, Finlandiya, Hindistan gibi bazı ülkeler ise, taşıyıcı annelik hakkında hiçbir yasal düzenleme yapmayarak bu konuda sessiz kalmaktadır. Bazı ülkelerde ise, taşıyıcı anneliğe yasal olarak izin verilmektedir. Ukrayna'da, Amerika'nın Kaliforniya Eyaleti'nde, İsviçre'nin Zürih Kantonu'nda, bazı koşullarla (üreme hücrelerinin anne veya babaya ait olması ve mahkeme kararı-*parental order* ile) İngiltere'de, yine

bazı koşullarla (mahkeme izni-*judicial authorization*) Yunanistan'da taşıyıcı annelik serbesttir. Taşıyıcı anneliğin bu ülkelerde kabul edilmesindeki ana sebepler, infertilite ile mücadele ve genetik hastalıklardan korunmaktadır.

Çeşitli devletlerin hukukları arasındaki bu farklılıklar (*differences of domestic laws-law shopping*), üreme turizminin (*procreative tourism*) ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Şöyle ki, başvurulmak istenen üremeye yardımcı tedavi yöntemi, ilgili mevzuatta yasaklanmış ise, çocuk sahibi olmak isteyen çift, bu yöntemden faydalanmak için yöntemin yasaklanmadığı bir ülkeye gitmektedir.



Örneğin, Almanya'da yasal üremeye yardımcı tedavi teknikleri ile çocuk sahibi olamayan çift, Belçika'ya gitmekte ve taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olmaktadır. Taşıyıcı anneliğe izin veren bir ülkeye gidip çocuk sahibi olmanın da, taşıyıcı annelik sözleşmesinin geçersiz olarak kabul edildiği Fransa ve Türkiye hariç, diğer devletlerde hürriyeti bağlayıcı bir cezası bulunmamaktadır.

Türkiye'de, Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin 18 (5).maddesi ile yasaklanmış üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden ülke içi veya ülke dışında faydalanarak çocuk sahibi olan çiftler ve buna aracı olanlar hakkında bir yıldan üç yıla kadar hürriyeti bağlayıcı ceza öngörülmektedir (TCK m.231/1, Yönetmelik m.18/7).

Fransız Hukukundaki gibi, Türk Hukukunda da, ülke içi veya ülke dışında yönetmelik ile yasaklanmış üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden faydalanarak çocuk sahibi olan çiftler ve buna aracı olanlar hakkında hürriyeti bağlayıcı ceza öngörülmesinin sebebi, hukuken yasaklanmış üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden faydalanmayı engellemektir. Bunun diğer bir yolu ise, taşıyıcı annelik yöntemine başvuran çift ile doğan çocuk arasındaki soy bağına reddetmek ki, bu ikincisi, beraberinde birçok sorun getirmektedir.

Ancak taşıyıcı annelik yöntemine başvurmayı engellemek için getirilen bu caydırıcı düzenlemelerin, çiftlerin yurtdışına giderek taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olmasını engellemediği görülmektedir. Çiftler taşıyıcı anneliğin serbest olduğu bir ülkeye gitmekte, taşıyıcı annelik hizmeti veren bir merkez veya klinik (*surrogacy center*) seçmekte, kendileri için bulunan taşıyıcı anne ile taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalamakta, çocuk doğunca da çocuk kendilerine teslim edilmektedir. Taşıyıcı anneliğin yasaklanmadığı ülkelerde çalışan doktorlar, çiftlerin hangi ülkenin vatandaşı olduğuna veya hangi ülkede yaşadığına bakmaksızın, mesleğini icra ettiği devletin hukukunu uygular (*Professional lex for-a-lex loci professionis*) ve taşıyıcı annelik işlemlerini gerçekleştirilir. Sonuç itibarıyla, Türkiye'de yasaklanan ÜYTE yöntemleri yurtdışında Türk vatandaşlarına veya Türkiye'de mutad meskeni olanlara da uygulanabilir. Ancak taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olmanın hemen her zaman yukarıda anlatıldığı gibi sorunsuz işlemediği, taşıyıcı anneliğin çoğu zaman bir maceraya dönüştüğü de gözden kaçırılmamalıdır.

Taşıyıcı anneliğe izin verilen ülkelerde, torunlarını doğuran annelere, taşıdığı çocuğu vermek istemeyen hatta onu

kaçıran taşıyıcı annelere, taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalandıktan ve gebelik gerçekleştikten sonra bu yolla çocuk sahibi olmaktan vazgeçen veya doğum gerçekleştikten sonra hasta doğduğu için veya diğer herhangi bir sebeple çocuğu almak istemeyen çiftlere sıklıkla rastlanmaktadır.

Bunun yanı sıra, doğum gerçekleştikten sonra çocuğu almak isteyen çiftlerin, vatandaşı oldukları devlet konsolosluklarından çocuğa pasaport alamadıkları için, çocuğu kendi ülkelerine götürmemeleri; bir şekilde çocuğu kendi ülkelerine getirdiklerinde taşıyıcı anneliğin kabul edildiği ve çocuğun doğduğu ülkede onun hukuken ebeveyni olarak görülmelerine karşın, vatandaşı oldukları devletin hukukuna göre çocuğun hukuken ebeveyni olarak kabul edilmemeleri, çocuğun vatansız ve ebeveynsiz kalması gibi ciddi boyutta pek çok problemle karşılaşmaktadır. Mahkeme kararlarına konu olmuş taşıyıcı annelik maceralarından bazıları şöyledir:

1985 tarihli Baby Cotton davasında (*Re C (A Minor) (wardship: surrogacy) [1985] FLR 846 (Latey, J.)*), üreme yeteneğinden yoksun çocuk sahibi olmak isteyen Amerikan vatandaşı çift, İngiltere'de taşıyıcı annelik yöntemine başvurmuş ve İngiltere'deki taşıyıcı annenin yumurtası ile Amerikan vatandaşı baba adayının spermi ile geliştirilen embriyo taşıyıcı annenin uterusuna yerleştirilmiştir. Eşler, taşıyıcı anne ile hiç karşılaşmamıştır. Çocuk doğduktan sonra, taşıyıcı anne çocuğu teslim etmeyince, eşler İngiltere'ye çocuk kaçırma başvurusunda bulunmuş, uzun bir hukuki mücadeleden sonra, İngiliz mahkemesi çocuğun kaçırıldığına hükmetmiş ve eşlerin çocuğu Amerika Birleşik Devletleri'ne götürmesine izin vermiştir. Taşıyıcı anne bu duruma itiraz etmemiştir.

1988 tarihli Baby M davasında (*Matter of Baby M (1988, N J) 537 A2d 1227*), çocuk sahibi olmak isteyen Sterns çifti, taşıyıcı anne Ms. Whitehead ile taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalamıştır. Taşıyıcı anne, bir kız çocuğu dünyaya getirmiş ve çocuğu Sterns çiftine teslim etmiştir. Ancak ertesi gün, taşıyıcı anne çocuğu olmadan yaşayamayacağını söylemiş ve çocuğu geri almıştır. Baba, taşıyıcı annelik sözleşmesinin ifasına, başka bir ifadeyle çocuğun kendilerine teslim edilmesine ilişkin mahkeme kararı almış; bunu öğrenen taşıyıcı anne, çocuğu Florida'ya kaçırmıştır. Çocuk mahkeme kararına dayanarak zorla geri alınmış, Sterns çiftine teslim edilmiş, taşıyıcı anneye de çocuğu görme ve ziyaret (çocukla kişisel ilişki kurma hakkı) hakkı verilmiştir.

Taşıyıcı annelikle bağlantılı olarak

uluslararası çocuk kaçırmaya ilişkin problem, W and B (*intended parents*) v. H (*surrogate mother*) (*W and B v H (Child Abduction: Surrogacy) [2002] 1 FLR 1008*) davasında da konu olmuştur. Bu defa, Amerikan Yüksek Mahkemesi, taşıyıcı annelik bağlantılı uluslararası çocuk kaçırma davasındaki içtihadını değiştirmiştir. Bu davada Kaliforniyalı bir çiftle İngiliz taşıyıcı anne arasında bir taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşmede, taşıyıcı annenin gebelik süresince İngiltere'de kalması; doğacak çocuğun vatandaşlığı ve çocuk isteyen çiftle kurulacak soy bağı bakımından çocuğun Kaliforniya'da doğması önem arz ettiğinden, sadece doğum için Kaliforniya'ya gelmesi kararlaştırılmıştır. Eğer çocuk Kaliforniya'da doğarsa, çocuk Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı olabilecek ve Kaliforniya eyaletinde taşıyıcı annelik yasal olarak kabul edildiğinden, taşıyıcı annelik sözleşmesine dayanarak, çocuğun nüfus kaydına, çocuk sahibi olmak isteyen çift, hukuken anne ve baba olarak işlenebilecek ve çocuk ile çocuk sahibi olmak isteyen çift arasında soy bağı kurulmuş olacaktır. Ancak, taşıyıcı annenin ikiz taşıdığı anlaşıncı, taraflar arasında uyumsuzluk çıkmıştır. Taşıyıcı anne çocukları İngiltere'de doğurmaya karar vermiş ve doğumu İngiltere'de yapmıştır. Anne-baba adayı çift, 1980 tarihli Uluslararası Çocuk Kaçırmının Hukuki Veçhelerine Dair La Haye Sözleşmesine dayanarak, çocukların Kaliforniya'ya iadesi için Kaliforniya Yüksek Mahkemesi'ne başvurmuştur. Kaliforniya Yüksek Mahkemesi, uluslararası taşıyıcı annelik davalarında, çocuğun iadesi için sözleşmenin uygulanamayacağına karar vermiştir.

Taşıyıcı annelik sözleşmeleri hakkında uluslararası bir düzenlemenin eksikliğinden kaynaklanan hukuki problemler, sadece 1980 tarihli Uluslararası Çocuk Kaçırmının Hukuki Veçhelerine Dair La Haye Sözleşmesinin taşıyıcı annelik olaylarında uygulanamayacağı yönündeki eksiklikten kaynaklanmamaktadır. Üreme amaçlı turizmin hukuken düzenlenmemiş karakteri büyük bir endişedir. Üreme amaçlı turizmin insanların duygusal ve ekonomik ihtiyaçlarını sömüren "kara bir pazar" olduğu ve taşıyıcı annelik sözleşmesinin ticari yanı olduğundan, bir anlamda çocuk ve kadın alışverişi yapıldığı gözlenmektedir.

Bu duruma ilişkin olarak, Baby Donna Case oldukça ilginçtir. Baby Donna Case, Alman bir çift ile Belçikalı genetik baba arasındaki babalık ve velayet davasına ilişkindir. Davaya konu olan olay, Belçikalı karı kocanın, Belçikalı bir taşıyıcı anne ile 10.000 Euro karşılığında, taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalamasıyla başlar. Belçikalı kocanın spermi taşıyıcı annenin yumurtası ile geliştirilerek oluşturulan



embriyo, taşıyıcı annenin uterusuna yerleştirilir. Taşıyıcı anne bir süre sonra, Belçikalı aileye çocuğu düşürdüğünü söyler, aslında 15.000 Euro karşılığında çocuğu yeni bir taşıyıcı annelik sözleşmesi ile Alman bir çiftte vermeyi taahhüt etmiştir. Alman çift çocuk doğunca, Almanya'da taşıyıcı annelik yasak olduğundan, Alman Hukukuna göre çocuğu birlikte evlat edinir. Alman hukukundaki evlat edinme, tam evlat edinme şeklinde olup, çocuğun gerçek anne ve babası ile soy bağıni kesmektedir. Evlat edinme işlemleri sırasında genetik baba durumdan haberdar olur ve taşıyıcı anne hakkında cezai soruşturma başlar. DNA testinden Belçikalı babanın genetik baba olduğu anlaşılır. Genetik baba, çocuk kaçıırılma olayından dolayı, çocuğun iadesi talebi ile Alman Mahkemesine başvurur. Alman Hukukuna göre, babalık için kan bağı esastır, ancak çocuk Alman çift tarafından evlat edinildiğinden, DNA testi sonucunda, Belçikalı davacının, genetik baba olduğu anlaşılrsa da, çocuğun öncelikli ve üstün menfaati gereği, genetik baba sadece çocukla kişisel görüşme hakkı elde eder; çocuk, evlat edinen Alman ailede kalır.

2007 tarihinde Hindistan Mahkemesi'nde dava konusu olmuş bir başka taşıyıcı annelik olayı ise şöyledir: Japon karı koca, kadın üreme yeteneğinden yoksun

olduğundan, taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olmak için Hint bir taşıyıcı anne ile anlaşır. Kocadan alınan sperm, taşıyıcı annenin yumurtası ile döllenir. Gebelik gerçekleştikten sonra, Japon karı koca anlaşamaz ve boşanırlar. Çocuk doğunca, genetik baba çocuğu Japonya'ya götürmek ister. Baba, Hindistan'daki Japon Konsolosluğu'na, çocuğuna pasaport almak için başvurduğunda, Japon Konsolosluğu, Hindistan'da Hint bir kadından doğan, Japon annenden doğmayan çocuğun Japon vatandaşlığını alamayacağı gerekçesiyle, çocuğa pasaport verilmesi talebini reddeder ve baba çocuğu Japonya'ya götüremez. Bunun üzerine, Japon baba, Hint Mahkemelerinde babalık davası açar ve uzun yıllar süren hukuki mücadelesi sonunda çocuğun velayetini üzerine alır.

Kaliforniya Yüksek Mahkemesi'nin taşıyıcı anneliğe ilişkin bir başka kararına (*Buzzanca*, 61 Cal App 4th 1410 (1998)) konu olan olay ise şöyledir: Buzzanca çifti ile taşıyıcı anne arasında taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalanmış ve genetik olarak Buzzanca çiftine ait olmayan embriyo, taşıyıcı annenin rahmine yerleştirilmiştir. Hamilelikten sonra Buzzanca çifti, taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olmaktan vazgeçmiştir. Bu durumda çocuğun ebeveynleri

kim olacaktır? Kaliforniya Mahkemesi, çocuğun hiçbir ebeveyninin olmadığına karar vermiştir. Karar temyiz edilmiş ve Kaliforniya Yüksek Mahkemesi kararı bozarak, "*Buzzanca* çifti genetik olarak çocukla hiçbir bağlantısı olmasa da, onun dünyaya gelmesini arzu edendir ve bu nedenle, onun hukuki ailesidir" şeklinde karar vermiştir. Kaliforniya Yüksek Mahkemesi tarafından oluşturulan bu hukuk kuralından sonra, Kaliforniya'da taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olan çiftlerin, çocuk doğduktan sonra ayrıca çocuğu evlat edinmesine gerek kalmamıştır. Çocuk doğduğu anda, taşıyıcı annelik sözleşmesi ile çocuğun dünyaya gelmesini arzu eden çift, çocuğun hukukken annesi ve babası olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olunduğunda ortaya çıkacak sorunları göstermek amacıyla İngiliz Mahkemesinde açılmış X&Y (X & Y (*Foreign Surrogacy*) [2008] EWHC 3030 at 8) davasına konu olan olayda, İngiliz bir çift, Ukraynalı evli bir kadınla taşıyıcı annelik sözleşmesi imzalamıştır. Taşıyıcı annenin çocukla hiçbir genetik bağı bulunmamaktadır. Baba adayının spermi ve donörün yumurtası ile geliştirilen embriyo, taşıyıcı anne rahmine yerleştirilmiştir. Taşıyıcı anne ikiz çocuk dünyaya getirmiştir. Ukrayna Hukukuna göre, taşıyıcı annelik sözleşmesi gereği İngiliz çift, çocuğun hukukken ebeveyni olarak kabul edildiğinden, doğum sertifikasına (*birth certificate*) çocuğun anne ve babası olarak İngiliz çift yazılmıştır. Ancak İngiliz Hukukuna göre, ikizlerin hukuki ebeveyni, onu doğuran taşıyıcı anne (biyolojik anne) ve onun kocasıdır (*Human Fertilization and Embryology Act*, 1990). Çünkü İngiliz Hukukunda, taşıyıcı annelik İngiltere dışında gerçekleşmiş olsa dahi, çocuğu doğuran kadın (biyolojik anne), genetik olarak bağı olup olmadığına, başka bir ifadeyle, genetik anne olup olmadığına bakılmaksızın, onun hukukken annesidir. Mahkeme kararına konu olan olayda, ikizlerin genetik babası İngiliz erkek olmasına rağmen, Ukraynalı taşıyıcı anne evli olduğu için, İngiliz Hukukuna göre ikizlerin babası olarak Ukraynalı taşıyıcı annenin kocası kabul edilmiştir. Ukrayna ve İngiliz Hukuku arasındaki bu çatışma,

1) İki çiftin de ailevi durumunun (*parental status*) belirsizliğine,

2) Çocukların hukuki ebeveynlerinin belirsizliğine ve onlardan uzak olmalarına (İngiltere'de ikizlerin anne ve babası Ukraynalı çifttir; Ukrayna'da ikizlerin anne ve babası İngiliz çifttir),

3) İkizlerin vatandaşlığının belirsizliğine (Çocuklar, Ukrayna Hukukuna göre İngiliz vatandaşıdır, İngiliz Hukukuna göre ise Ukrayna vatandaşıdır) sebep olmuştur.

Davayı açan Mr. Justice Hedly şöyle demiştir: “Çocuklar vatansız ve ailesiz kahramanlar olmuştur çünkü İngiliz çift ne Ukrayna’da çocuklarının yanında kalabiliyor ne de çocuklarını İngiltere’ye getirebiliyor”.

Çok uzun bir süreden sonra, DNA testini takiben çocukların İngiltere’ye girmesi takdireni garanti edildi. Bu karar, çocuğun yüksek yararı prensibine uygun bir karardır, ancak bu karar ikizlere otomatik olarak İngiliz vatandaşlığı hakkı vermemektedir. İngiliz çiftin, İngiliz mahkemelerinden, Human Fertilization and Embryology Act’a göre, ikizlerle aralarında soy bağının kurulması için karar (*parental order*) verilmesini talep etmesi gerekmektedir. Ancak İngiliz hukukuna göre, eğer Ukraynalı taşıyıcı anne, taşıyıcı anneliği para karşılığı yapmış ise, taşıyıcı annelik sözleşmesi İngiltere dışında yapılmış olsa da geçersiz kabul edileceğinden, İngiliz Mahkemesi İngiliz çift ile ikizler arasında soy bağının kurulmasına ilişkin bir mahkeme kararı vermeyecektir. İngiliz Hukukunda, taşıyıcı annelik sözleşmesi bir para karşılığı imzalandı ise geçersizdir. Bu sözleşmenin yurtdışında, para karşılığı ile taşıyıcı anneliğin kabul edildiği ülkelerde yapılması sonucu değiştirmez, yine de bu sözleşme geçersizdir. Bu kuralın temelinde de, kamu düzeni yatmaktadır. Bu durumda tek yol, çocukların evlat edinilmesi olacaktır ki, bunun için de taşıyıcı annenin rızasını almak çoğu zaman taşıyıcı anne ile yeni bir pazarlık yapılmasını gerektirecektir.

Taşıyıcı annelik yöntemine başvuran çiftin çocuk doğduktan sonra kendi vatandaşı olduğu ülkenin konsolosluğuna giderek çocuk için pasaport almak istediğinde ancak bu talep reddedildiğinde, diğer bir olasılık, çocuğun, doğum yeri esas gereği, doğduğu devletin vatandaşlığını alması ve o ülkenin pasaportu ile taşıyıcı annelik yöntemine başvuran çiftin yaşadığı ülkeye gitmesidir. Birçok dava sonucunun da böyle olduğu görülmektedir. Taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olan ebeveynler, yaşadıkları veya vatandaşı oldukları devlete geldiğinde, çocuğun doğduğu ülkedeki doğum sertifikasının veya o ülkede kendilerinin hukuki ebeveyn olduğunu gösteren mahkeme kararının yaşadıkları veya vatandaşı oldukları ülkede tanınmasını ve yaşadığı veya vatandaşı olduğu ülkede de çocukla arasında soy bağının kurulmasını mahkemeden talep edeceklerdir. Ancak her iki durumda da, taşıyıcı annelik yöntemi yasaklanmış ülkelerde, kamu düzeni gerekçesiyle tanıma reddedilebilecektir. Bu durumda taşıyıcı annelik yöntemi ile çocuk sahibi olan çiftin, birlikte hukuki anne ve baba olarak kabul edilebilmesi için tek yol, yine çocuğun evlat edinilmesi olacaktır.

Taşıyıcı annelik bir türlü engellenemediğinden, yasaklanmış ülkelerde dahi, taşıyıcı annelik yolu ile çocuk sahibi olanların çocukla soy bağına kurmak için, bu hukuki ilişki, doğum öncesi evlat edinme gibi kabul edilerek yasal zemine oturtulmaya çalışılmaktadır. Evlat edinme statüsü ile çocuk ile soy bağı kurulduğunda, biyolojik anne veya genetik anne ve genetik babayla evlenme yasağı, birbirlerine mirasçılık hakkı gibi konular da açıklık kazanmaktadır.

İnsan vücudu metalaşmamalı!

Kendi ülkelerinde taşıyıcı annelik yasak olduğundan, kadının taşıyıcı anne olarak hizmet edebileceği, taşıyıcı annelik dostu bir ülkeye götürülmesi, taşıyıcı annelik için kadın ticareti açık olarak “insan hakları ihlali”dir.

4 Temmuz 1995 tarihli UK Independent Gazetesi’nde, Hollanda polisinin, Hollanda, Almanya ve Belçika’da yaşayan ve üreme yeteneğinden yoksun çiftler için taşıyıcı annelik yapacak genç Polonyalı kadınları tuzağına düşüren ve pazarlayan bir çete yakaladığına, kadınların, Polonya gazetelerinde, kendi takdirlerine göre taşıyıcı annelik yapıp iyi para kazanmaları vaadi taşıyan reklamlar ile kandırıldığına, çetenin ticari amaçla taşıyıcı annelik organize etmek ve kadın ticareti yapmaktan hapis cezasına çarptırıldığına ilişkin bir haber yayımlanmıştır.

Taşıyıcı anneliğe etik olarak karşı çıkılrsa da, taşıyıcı annelik, üremeye yardımcı tedavi tekniklerinden en popüler haline gelmiştir. Aslında taşıyıcı annelik yöntemine başvuranlar ile evlat edinmeye başvuranlar aynı gruptaki kişilerdir. Evlat edinme yoluyla çocuk sahibi olamayan eşler, onun yerine taşıyıcı annelik sözleşmesi yaparak, taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olma yöntemine başvurumaktadırlar. Evlat edinme gittikçe sınırlı hale geldikçe, zorlaştıkça ve buna kendi çocuğuna sahip olmak, bebeği ilk kucağına alma fikri de eklenince, taşıyıcı annelik artmaya devam etmiş ve büyük bir taşıyıcı anne pazarı oluşmuştur (*international surrogacy market*).

Yeni kurallar getirilmeli!

Uluslararası taşıyıcı annelik, en popüler üremeye yardımcı tedavi tekniklerinden biri haline gelmesine karşın, uluslararası taşıyıcı annelik hakkında milli ve milletlerarası düzenlemelerde tam bir boşluk bulunmaktadır. Mevcut hiçbir uluslararası belge, uluslararası aile hukukunda gelişmekte olan bu alana ait düzenlemeler getiren özel hükümler içermemektedir. Hukuk, tıbbi gelişmelerin ve buna bağlı sosyal gelişmelerin gerisinde kalmış durumdadır.

Türk Hukuku da dahil tüm Kıta Avrupası Hukukunda, çocukla soy bağı açısından Roma Hukuku’ndan gelen “*Mater semper carta es*” (ana her zaman bellidir) prensibi kabul edilmekte ve bu prensibin kanunda ifadesi olarak da, çocuk ile ana arasındaki soy bağına doğumla kurulacağını kabul edilmektedir. Söz konusu düzenlemelerden çıkan sonuca göre, hukuki anne doğuran kadındır. Ancak Roma Hukukundaki temel kavram ve prensipler, bugün üremeye yardımcı tedavi yöntemlerindeki tıbbi ve buna bağlı sosyal değişiklikler karşısında yetersiz kalmaktadır. Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerindeki tıbbi gelişmeler ve buna bağlı sosyal değişiklikler dikkate alınarak, çocukla soy bağı konusunda milli hukuklarda ve milletlerarası özel hukukta yeni kurallara ihtiyaç olduğu kuşkusuzdur.

Mevcut bu durum karşısında, taşıyıcı annelik hakkında birçok ülkede yapılan etik tartışmalara rağmen, La Haye Milletlerarası Hukuk Konferansları Daimi Bürosu, çocukların ve kadınların satışını önleyecek, uluslararası taşıyıcı annelik ilişkisine yüksek standartlar koyulabilecek, taşıyıcı annelik konusunda ülkelerarası işbirliğini sağlayan uluslararası bir sözleşme hazırlığındadır.

Kaynaklar

A Preliminary Report On The Issues Arising From International Surrogacy Arrangements, Hague Conference On Private International Law, Permanent Bureau, www.Hcch.Net (Erişim Tarihi: 11.8.2012).

Angie Godwin McEwen, *So You’re Having Another Women’s Baby: Economics and Exploitation in Gestational Surrogacy*, 32 *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, 1999. <http://heinonline.org> (Erişim Tarihi: 4.4.2012).

Ayfer Uyanık Çavuşoğlu, *Devletler Özel Hukukunda Yapay Döllenme Sonucunda Dünya’ya Gelen Çocuk ile Ana ve Babası Arasındaki Nesep İlişkisine Uygulanacak Hukuk Sorunu*, *Kazancı Hakemli Hukuk Dergisi*, S.17-18, İstanbul 2006.

Ismiını Kriari-Catranis, *Rights of Embryo and Foetus In Public and Private Law*, *International Academy of Comparative Law – XVIth International Congress of Comparative Law-14-20 July 2002*.

Katarina Trimmings/Paul Beaumont, *International Surrogacy Agreements, Urgent Need For Legal Regulation at International Level*, *Journal of Private International Law*, Vol. 7, No. 3, December 2011.

M. Vonk, *Maternity For Another: A Double Dutch Approach*, www.ejcl.org/143/art143-22.doc (Erişim tarihi: 07.11.2012).

Rabiye Babaloğlu, *Tüp Bebek: Yardımla Üreme Teknikleri*, *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, S.23, Haziran-Temmuz-Ağustos 2012. <http://www.sdplatform.com/Dergi/622/Tup-bebek-Yardimla-ureme-teknikleri.aspx> (Erişim tarihi: 14.11.2012)

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (R.G.T. 06.03.2010-S.27513).

Yasemin Erol, *Yapay Döllenme Yöntemleri ve Taşıyıcı Annelik*, Ankara 2012.

Hemşirelik ve etik karar verme süreci

Hanife Tiryağı Şen



1974 yılında Giresun'da doğdu. 1995 yılında Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve 2002'de Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Hemşirelikte Yönetim alanında 2007 yılında uzmanlık yaptı. 2008 yılından beri İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü'nde görev yapmaktadır. Hemşirelik ve yönetim alanında çalışmaları bulunmaktadır.

Dr. Feride Taşkın Yılmaz



1983 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini bu ilde tamamladı. 2004 yılında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. İç Hastalıkları Hemşireliği alanında 2007 yılında uzmanlık yaptı. Aynı alanda 2012 yılında doktora unvanı aldı. Halen Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhemşire Yardımcısı olarak çalışmaktadır.

Etik, çeşitli olaylar karşısında hangi davranış ve tutumun iyi veya kötü, güzel veya çirkin olduğunun değerlendirilmesi olarak ifade edilmektedir (Kıvanç Madenoğlu 2003: 128).

Başka bir ifadeyle etik, insanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerlerin, ahlaki bakımdan doğru ya da yanlış olan niteliğini araştırarak bir felsefe dalıdır. Yunanca, ethos (töre, gelenek, görenek, alışkanlık)

sözcüğünden türetilmiş olup İngilizcede "ethics" kelimeleri yerine "morality" veya "moral philosophy" terimleri de kullanılmaktadır (Ay, 2005:33). Etik, hem kuramsal hem de uygulamalı bir disiplin olup etiğin dili görevler, ödevler ve değerlere işaret eder (Ülman 2010:1).

Hemşireler, sağlık bakım sisteminde çoğunluğu oluşturan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin, tüm insanlar için temel sağlık

hizmetlerini adil olarak karşılanması açısından mesleki ve politik organizasyonların kullanılmasında etik ve sosyal sorumlulukları bulunmaktadır (Davis and Stark, 1995). Oysaki hemşireler, sağlık bakım hizmeti sunumunda zaman zaman etik sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu etik sorunlar; hastaların bakımı ve tedavisi konusunda ekibin diğer üyeleri ve kurum ile farklı yaklaşım içerisinde bulunması, hasta haklarının korunması, terminal dönemdeki





Hemşireler, sağlık bakım hizmeti sunumunda zaman zaman etik sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu etik sorunlar; hastaların bakımı ve tedavisi konusunda ekibin diğer üyeleri ve kurum ile farklı yaklaşım içerisinde bulunması, hasta haklarının korunması, terminal dönemdeki hastanın bakımı, aydınlatılmış onam alma, sınırlı kaynakların paylaşılması olarak sayılabilir Hemşirelerin bu sorunlara etik ilkeler çerçevesinde karar verebilmesi mesleki ve sosyal açıdan son derece önemlidir.

hastanın bakımı, aydınlatılmış onam alma, sınırlı kaynakların paylaşılması olarak sayılabilir (Başak ve ark 2010:76). Hemşirelerin bu sorunlara etik ilkeler çerçevesinde karar verebilmesi mesleki ve sosyal açıdan son derece önemlidir.

Temel etik ilkeler

Etik ilkeler, etik açısından karar verme sürecinde başvurulacak genelleştirilmiş anlatımlardır. Tek ve mutlak ilke yerine bir dizi ilkeye dayanır. Belirli bir davranışın neden yapılması ya da neden yapılmaması gerektiğini gerekçesiyle açıklar. İlkeler arasında bir önemlilik ve öncelik sıralaması yoktur (Bahçecik 2009:70).

1. Zarar vermeme: Sağlık mesleklerinin birincil işlevi bireyin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu nedenle tüm sağlık ekip üyeleri hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak zorundadır. Zarar vermeme, yarar sağlamanın tamamlayıcısıdır. Uygulamalar hasta için zarara neden olmamalıdır. Güvenliğin korunması ve etkili hemşirelik bakımı, korkuya, rahatsızlığa ya da ağrıya neden olan enjeksiyon uygulama, nazogastrik tüp takma gibi uygulamalar yapılırken gerekebilir.

2. Yarar sağlama: Yarar sağlama, iyi olanın yükseltilmesidir. Diğerlerinin yararına olan aktivitelerin uygulanmasının gerektirir. İyi aktiviteler mümkün olan en az zarara karşı ağırlıkta olmalıdır. Örneğin, dönme sırasında ağrı hissedilen yatakları bir hastanın çevrilmemesi, kısa zamanda rahatsızlığı azaltan bir işlemdir, ancak kas-iskelet bozulmalarına ve cilt bütünlüğünde bozulma gibi zararlara neden olabilir.

3. Adalet: Bireyin ihtiyaç duyduğu hizmetin sunumunda eşitlik ilkesine uygun olarak, kaynakların dağılımı sağlanır. Adalet, doğruluk, açıklık ve eşitlik demektir. Tüm hastaların tedavi ve bakım için eşit ve uygun uygulamaları ifade eder. Adalet ilkesinin uygulanmasında, herkesin aynı biçimde tedavi edilip-edilemeyeceği ya da aynı ilke ve prensiplerin herkes için uygulanıp-uygulanamayacağı dikkate alınmalıdır.

4. Dürüstlük: Onurlu bir anlaşma ya da sözünü tutma anlamındadır. Hastaya, "Size saat 9'da bir ağrı kesici yapacağım" ya da "Durumunuz hakkında doktorunuzla konuşacağım"dan emin olabilirsiniz" dediğiniz zaman, hasta bunu iyiliği için verilmiş bir söz ya da vaat olarak kabul eder. Bu sözü tutmak kişinin kendi sorumluluğundadır. Belirlenmiş zamanda sözün tutulmadığı zaman, ya hastaya açıklama yapılmalı ya da görev başka bir bakım verici tarafından tamamlanmalıdır.

5. Doğruluk: Doğruluk, sürekli ve daima doğru söylemeyi gerektirir. Kişisel yorumlar katılmaz. Doğruluk otonomi ilkesi ile daima ilişkilidir. Çünkü hasta, kendisine tüm bilgiler doğru olarak verilirse kendisi için en iyiyi ya da doğruyu seçebilir. Bu konu, terminal dönemdeki bir hasta karşısında çok kritiktir. Çünkü hemşire çoğunlukla hastanın ölüm ve ölmekle ilgili sorularını cevaplamak zorunda kalır.

6. Güvenirlilik: Bireye ait bilgilerin saklanması, gerçeği söyleme, yalan söylememe, sağlık bakım ekibi ile birey arasında güvenilirliğin kurulmasını sağlar. Her sağlık bakım ekip üyesi dürüst olmakla yükümlüdür. Gizlilik ise, sağlık bakım sistemi içinde özellikle koruması gereken bir hasta hakkı olup güvenle verilmiş bilginin güvenliğini koruyarak bir başkasının gizliliğinin sürdürülmesi anlamındadır. Veri toplama süreci boyunca, sağlık profesyonelleri hastanın sağlık geçmişi hakkında gerekli bilgiye sahip olur. Bu bağlamda veri toplama öncesi, hastaya bu tür bilgilerin sağlık kayıtlarına yazılacağı ve böylece diğer sağlık profesyonelleri tarafından da kullanılabileceğini belirtilir. Bu şekilde bilginin güvenle saklanacağı ve yalnızca sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için kullanılacağı konusunda hastaya güven verilir.

Hastaların, çoğunlukla kendisine zarar verebilecek sağlık bakım bilgisinin sak-

lanması hemşire sorumludur. Örneğin bir hastanın HIV pozitif olduğunun açıklanması, onun işini kaybetmesine ve sosyal izolasyonuna neden olabilir. Bu durumda hemşirenin hem kendini, hem diğer sağlık profesyonellerini, hem de hastanın yararını ve zarar vermeme ilkesini gözeterek güvenilir olarak sağlık hizmetinden yararlanması sağlanmalıdır.

7. Otonomi (özerklik): Otonomi, karar verme gücünü ifade eden bir kavramdır. Otonomi, bireysel seçimler yapmada kişisel hakları ve özerkliği ifade eder. Birey, kendisi ile ilgili uygulamalarda söz sahibidir. Hastanın kendi sağlık bakım seçimlerini yapmasına saygı duyma temeldir. Otonomiye desteklemek için, hasta hakkında gerçek ve ayrıntılı bilgi sağlanmalıdır. Hasta uygun seçenekler arasında özgürce seçim yapabilmelidir.

8. Sadakat: Bireyin kendisi dışında birine inanma, sadık kalma anlamında kullanılan bu ilke, güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasında önemlidir. Hemşirelerin davranışları, inançları, değer yargıları, kültürel yargıları, duygusal durumları, yaşam felsefeleri, meslek felsefeleri, etik ilkeler, yasalar ve din, politik görüşleri gibi durumlardan etkilenir ve bu etki ile şekillenir (Ay 2008).

Etik karar verme

Etik karar verme doğru karar verebilmektir. Bunu yapabilmek için önce ele alınan olgudaki veriler üzerinde düşünmek, daha sonra konuyla ilgili değerleri ortaya koymak ve son olarak ödevleri belirlemek gerekir (Ülman 2010:1). Karar verme süreci; çok yönlü düşünmeyi, olasılıkları hesaplamayı, karardan etkilenecek kişilerin durumlarını dikkate almayı, grup görüşlerine başvurmayı gerektirir.

Karar vermek alternatifler arasından seçim yapma işlemidir. Dolayısıyla karar vermek için etik algısına önem verilmesi gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle etik algılama, etik karar vermeye odak noktasıdır. Karar sürecinde etik algıyı sağlayan etik kodlar her zaman ön planda tutulmalıdır (Kıranlı ve İlğan 2007:151).

Etik karar verme, hasta yararına olması için tüm seçenekleri açıklayan akılcı bir yaklaşımdır (Karaöz 2000:4). Diğer bir ifadeyle etik karar verme, birbiriyle çatışan seçeneklerin yer aldığı bir durumda sistematik bir düşünme biçimiyle moral yönden en doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir süreçtir (Eşer ve Hakverdi-oğlu 2006:38). Etik sorun eğer açık ise; uygun etik ilkeler ve kurallara belirlenir. Bu harekete geçme olanağı verir (Kıranlı ve İlğan 2007:151).

Etik karar verilirken, bazı ölçütler belirlenmiştir (Kıranlı ve İlğan 2007:151). Bunlar şu şekilde gruplanabilir:

1. İnsanlara araç değil, amaç olarak bakılmalıdır.
2. İnsanların özgürce seçimlerine saygılı olunmalıdır.
3. İnsanlar eşit haklara sahiplerdir ve onların istekleri de eşit değerdedir.
4. İnsanlar eşit değerde sorumluluk duygusuna sahip olmalıdır.
5. En üst düzeyde yarar ile insanları eşit düzeyde önemseme arasında, bir denge oluşturulmalıdır.
6. Amaçlar; kararların yönünü belirler.

Etik kararlar, hemşirenin kişisel ve profesyonel değerlerini birbirinden ayırt etme yeteneğini geliştirir. Davranışlara yön veren değerlerin belirlenmesi, hemşirenin daha otonom şekilde davranmasını sağlar. Profesyonel hemşirelikte uygulamaların esasını estetik, alturizm, eşitlik, özgürlük, insan onuru, dürüstlük ve gerçekçilik değerleri, etik ilkeleri, kural ve kuramları, etik karar verme yöntemleri belirler. Hemşire, bazen kişisel ve profesyonel değerler arasında karmaşa yaşayabilir (Kıvanç Madenoğlu 2003: 128).

Hemşirelerin etik karar vermelerine yardımcı olacak kaynaklar etik kod dışında, etik komiteler ve etik karar verme modelleridir. İlk etik komite ABD'de 1980 yılının başlarında oluşturulmuştur. Hastane etik komitelerinin, sağlık bakımının etik yönleri konusunda hastane çalışanlarını eğitmek, etik konularda kurum için rehberlik etmek gibi önemli fonksiyonları vardır (Karaöz 2000:4).

Etik karar verme sonucu etik kararın haklılığı da önemlidir. Hemşire kararını etik yönden dile getirebilmeli haklılığını ortaya koyabilmelidir. Başka bir ifade dile etik karar verme sürecinin gerekliliğini sergileyerek kararında haklı olduğunu açık bir şekilde gösterebilmelidir. (http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/klinikte_etik_karar_verme_sureci.pdf)

Etik karar vermeyi etkileyen faktörler

Günümüz koşullarında hemşirelik mesleği ileri bilgi ve beceriyi gerektirmektedir. Hemşireler gözlenebilen, değişik sosyal, dini ve etnik toplulukları içeren karma bir yapı içinde çalışmaktadır ve bu yapı içinde kişilerin karakteristik özellikleri çok farklılıklar gösterebilmektedir. Bireylere saygı önemlidir ve hastanın kişisel ihtiyaçlarının ve onunla beraber tedavisinin sürdürülmesi ve ona uygun olan uygulamaların belirlenmesi için çaba ve yetenek gereklidir. Tüm bu sosyal ve kültürel faktörler göz önüne alınmazsa hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri görevlerini sürdürmede zorluk yaşayabilir (Davis and Stark, 1995). Son zamanlarda hızla gelişen teknolojinin sağlık uygulamalarına yansması, organ transplantasyonu uygulamaları, az bulunan

kaynakların dağılımı, yaşlı nüfusun artması, üreme teknolojisindeki gelişmeler, yoğun bakım ünitelerinin hasta hakları, ölümün tanımlanması, hasta ve ailesine tanı, tedavi ve prognoz hakkında bilgi verememe, karar verme mekanizmasına doğrudan katılamama, kürtaj eyleminde bulunup bulunamama, ölümcül ve ağrısı olan hastaların bakımı ve hastalar üzerinde izinsiz araştırma yürütülmesi durumlarında hasta sözcülüğünü üstlenememe gibi hasta ve ailesine bakım verirken pek çok konuda etik ikilemler yaşadıkları bilinmektedir (Madenoglu 2003).

Ülkemizde, hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemler ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ankara'daki üniversite hastanelerinde çalışan 200 hemşirenin en çok sosyal güvencesi olmayan ve hastaneden kaçmak isteyen hastalarla (%13.25) ve doktor istemine karşın tedaviyi reddeden hastalarla (%18.75) ilgili etik ikilemler yaşadıklarını saptamıştır. Bunların yanı sıra hemşirelerin doktor istemi, hasta ve ailesine tanı, tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmemesi, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirsizliği, hastaya yanlış ilaç uygulanması, hastanın bağımsızlığına önem verilmemesi, hasta üzerinde izinsiz araştırma yürütülmesi gibi konularda etik sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. Başka bir çalışmada da hemşirelerin 27 etik ikilem örneğinden beşinin hemşirenin yetki ve yetkililikleri konusundaki yasal sınırlılıklardan ya da kurumsal politikalarından kaynaklanan etik ikilemler, yedisinin ise hemşirelik bakımında kaynakların bölüşürülmesi ile ilgili etik ikilemler yaşadıklarını vurgulamışlardır (Elçigil, Bahar, Beşer, Mızrak, Bahçelioğlu, Demirtaş, Özdemir, Özgür, Yavuz 2011).

Doktor istemi ile ilgili olarak, doktorların sözel istemlerde bulunması ya da yanlış istem vermesi durumunda hemşirenin davranışı iletişim sorunlarına neden olmakla; birlikte ekip anlayışının tam olarak yerleşmemiş olması, hemşirelerin bağımsız rollerinden ziyade isteme bağlı (bağımlı rol) olarak çalışmaları iletişim odaklı çatışmaların doğmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık bakım sisteminde hizmet dağılımında kurumsal politikanın ağır basması gibi nedenler de etik ikilem oluşturmaktadır. Hemşirelik eğitimindeki farklılıklar, hasta-hemşire arasındaki iletişime dayalı sorunlar, hasta ve hasta yakınlarının davranışları ki bunlar farklı sosyoekonomik seviye, farklı kültürel yapı, kişilik özellikleri gibi unsurlardan kaynaklı olarak değişkenlik göstermektedir. Yoğun çalışma ortamları, hemşire yetersizliği, hasta sayısının fazla olması ve dolayısıyla iş yükünün artmasına yol açmaktadır. Bu gibi nedenler hemşirelerin hemşirelik bakımına ağırlık verememesine ve etik ikilemler yaşamasına neden olmaktadır.

Sonuç olarak, hemşireler, sosyal ve politik duruma bağlı olarak çalışma alanlarında

büyük bir sıkıntı yaşasalar da, etik sorunlar yaşamakla birlikte hasta/bireylerin haklarını korumak zorundadırlar. Ekip içinde hemşirenin değişen sorumlulukları ve rolü hemşireleri etik sorunlarla karşı karşıya getirmekte, çatışma yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hemşirelerin etik karar verme konusunda bilgi sahibi olmaları son derece önemlidir.

Hemşirelerin sağlık hizmeti sunumundaki her türlü müdahale, bakım ve kararlarında etik değerlere uygun davranması büyük dikkat ve duyarlılık gerektirir. Asıl sorunumuz etik sorunlar karşısında ne tür bir yöntem ve yaklaşım biçimi uygulayacağımızdan öte mesleğin etik yönünü güncel bir biçimde hayata geçirebilmektir. Bu nedenle gerek mezuniyet öncesi dönemde gerekse mezuniyet sonrası dönemde tüm hemşirelere etik karar verme beceri ve alışkanlığını kazandıracak etik eğitimin sağlanması ve üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Ayrıca etik kodların oluşturulması sağlanmalı, sağlık bakım sisteminde etik kurullar oluşturulmalı ve bu kurulların içinde hemşirelerin bulunması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

Ay C. (2005), *İşletmelerde Etiksel Karar Almadaki Kültürün Rolü. Yönetim ve Ekonomi. Cilt:12, Sayı:2, syf:31-52.*

Bahçecik N. (2009), *Hemşirelikte Etik. Sabuncu, N. (Ed.) Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Alter Yay. Rek. Org. Tic. Ltd.Şti., İstanbul, (70).*

Başak T., Uzun Ş., Arslan F. (2010), *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 52: 76-81.*

Davis A.J., Stark R. (1995), *Ethics of Nursing and Midwifery: Responding to Change. World Health Forum, Vol:16, 127-130.*

Dinç L. (2009), *Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, 40: 113-119.*

Eşer İ., Hakverdioğlu G. (2006), *Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1).*

http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/klinikte_etik_karar_verme_sureci.pdf (Erişim tarihi:17.11.11/2012)

Karaöz S. (2000), *Cerrahi Hemşireliği ve Etik. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1).*

Elçigil A., Bahar Z., Beşer A., Mızrak B., Bahçelioğlu D., Demirtaş D., Özdemir D., Özgür E., Yavuz H. (2011), *Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14:2,52-60.*

Kıranlı S., İlğan A. (2007), *Eğitim Örgütlerinde Karar Verme Sürecinde Etik. Mehmet Akif Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(14):150-160.*

Kıvanç Madenoğlu M. (2003), *Hemşirelikte Etik. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, Cilt XIII, Sayı:50.*

Türk Psikologlar Demeği (2004), *Türk Psikologlar Demeği Etik Yönetmeliği. 18.04.2004 tarihinde yapılan TPD Genel Kurulunda (27. Olağan Genel Kurul) kabul edilmiştir.*

Ülman I.Y. (2010), *Etik, Biyoetik, Hukuk: Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (1).*

Psikiyatri tıbbın içinde mi sayılmalı, dışında mı?

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Geçtiğimiz Haziran ayına kadar bu görevi sürdüren Dr. Bilici, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçerek akademik hayata döndü. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Tıp fakültesine girdiğimde en çok ilgimi çeken konulardan birinin insan davranışları olduğunu fark ettim. Belki de bu ilgim daha öncelere dayandığı için tıbbi seçtim. Neden insanlar öyle değil de böyle düşünüyor, neden şu şekilde davranıyor ve neden bu şekilde hissediyor diye çok merak etmişimdir. Bu merak beni tıp

birinci sınıfta davranış bilimleri hocamın peşine düşürdü. Ders anlatmaktan zaten yorulmuş hocamı, bıktırıcı sorularıyla biraz daha yoruyordum.

Zaman geçip üçüncü sınıfa vardığımda arkadaşlarımin çoğunun kendilerine çeşitli hastalık teşhisleri koymaya başladıklarını fark ettim. Sanki anlatılan hastalıklar kendilerinde varmış gibi hissediyorlar

ve bu yüzden dersi anlatan hocanın peşine düşüp tedavi olmak istiyorlardı. 5 ve 6. yıllarda psikiyatri servisinde staj yapmaya başladıktan sonra insan davranışlarına ilgim had safhaya ulaştı. Hiç unutmadığım bir bayan hasta, beyinde uzaylılar tarafından yerleştirilmiş bir aletle yönlendirildiğini ve davranışlarının kontrol edildiğini söylüyordu. Bu hasta, böyle bir şeye nasıl inanıyor olabilirdi?





Tıp fakültesini bitirip psikiyatri ihtisasına başladıktan sonra psikiyatrinin tıptaki yerini sorgulamaya başladım. Tıpta her branşın bir organı vardı. Mesela kardiyoloji kalple, oftalmoloji gözle ilgili hastalıkları tedavi etmeye çalışıyordu. Peki, psikiyatri hangi organla ilgili hastalıkları tedavi ediyordu? Psikiyatrinin ilgilendiği bir organ var mıydı? Bu sorular bir ara “ruh” kavramının psikiyatri ile ilişkisini irdelememe yol açtı. Sonuçta ilahiyatçıların ve maneviyatçıların ilgilendikleri ruhla psikiyatrinin bir bağlantısı olmadığını anladım.

Yaptığımız beyin tetkikleri ile beyinde bir alet olmadığını göstersek bu inancından vazgeçer miydi? Ya da bu düşüncesiyle ilgili bir tartışmaya girsek ve “uzaylılar bu aleti beyne nasıl koymuş olabilir”, “bak kafa derinde herhangi bir ameliyat izi yok”, “neden senin beyne koydular da başkasınıninkine değil”, “beyne bir alet yerleştirilirse bir tarafının felç olması lazım, ama senin kolunun bacağının sağlam olması tuhaf değil mi” şeklinde sorular sorsak ve karşı deliller getirsek hasta bu düşüncesinden uzaklaşıp mıydı?

Tıp fakültesini bitirip psikiyatri ihtisasına başladıktan sonra psikiyatrinin tıptaki yerini sorgulamaya başladım. Tıpta her branşın bir organı vardı. Mesela kardiyoloji kalple, oftalmoloji gözle, üroloji böbreklerle, KBB kulakla, nöroloji beyinle ilgili hastalıkları tedavi etmeye çalışıyordu. Peki, psikiyatri hangi organla ilgili hastalıkları tedavi ediyordu? Psikiyatrinin ilgilendiği bir organ var mıydı? Eğer bir organ yoksa nasıl bir tıp branşı olabilirdi? Bu sorular bir ara “ruh” kavramının psikiyatri ile ilişkisini irdelememe yol açtı. Sonuçta ilahiyatçıların ve manevi-

yatçıların ilgilendikleri ruhla psikiyatrinin bir bağlantısı olmadığını anladım.

Diğer tıp branşları sahip oldukları organın yapı ve işlevlerindeki bozulmaları özgün bir takım muayene ve tetkikle belirleyip hastalarına öyle ya da böyle bir teşhis koyuyorlar. Peki, psikiyatri neyi muayene ve tetkik ederek elde ettiği verileri bir teşhis için kullanabilir? Bir ortopedist kemikte bir kırık olup olmadığını muayene ve röntgenle, bir gözcü hastanın kırma kusurunu mercekler yardımıyla, bir nörolog felçli hastasının beyin lezyonunu MR kullanarak kolayca tespit ve teşhis edebiliyor. Peki, ya psikiyatri? Teşhis yöntemlerinin diğer branşlardan farklı olması psikiyatrinin tıptaki yeri konusunda kafa karışıklığının sebebi olabilir mi? İşte bu sorular yüzünden psikiyatri uzmanlığına başladığımda psikiyatrinin tıbbın içinde mi dışında mı olduğunu merak ettim durdum.

İhtisasa başladıktan kısa bir süre sonra psikiyatrinin bir organı olduğunu ve bunun da “beyin” olduğunu anladım. Beyin; karaciğer, akciğer, böbrek ve kalpten işleyiş bakımından çok farklı bir organdır. Bu fark, beynin hem yapı ve işleyişinden hem de beyni diğer organlar gibi kolayca incelemekteki zorluktan kaynaklanıyordu. Böbrek, kendine gelen kirli kanı süzerek ve idrar üreterek işlevini yerine getiriyor. Bir nefrolog veya ürolog böbreğin idrar üretimine ve ürettiği idrara bakarak bir teşhise varabilir. Aynı şeyi beyne uygulayabilir miyiz? Bu soruya tabii ki kolayca evet diyemeyiz.

Beynin yapısından (anatomisi ve fizyolojisinden) başlayıp duyu ve davranışlara uzanan yolun tüm aşamalarının henüz net olarak ortaya konamaması, bir belirsizliğin ortaya çıkmasına yol açıyor. İşte bu belirsizlik, bir taraftan insan davranışlarını izah etmek için spekülasyon yapmak isteyen heveslilere müthiş bir manevra alanı sağlıyor, diğer taraftan psikiyatrinin tıptaki yerini belirlemeye çalışan kişilere hatırı sayılır bir zorluk çıkarıyor. Beyni diğer organlardan farklı kılan husus, beynin nöronların toplamından daha fazla bir şey ifade etmesinden kaynaklanır. Böbrek, sahip olduğu nefronlar sayesinde kanı süzer ve idrar üretir; hepsi bu. Ama beyindeki nöronlar diğer vücut hücrelerinden farklı olarak hep birlikte bir “davranış” üretirler. Tıpkı karmaşık bir bilgisayar gibi. Bilgisayarın nasıl bir donanımı yani parçaları ve bir yazılımı yani programı varsa beyin de bir dokusu yani nöronları ve diğer anatomik yapıları ve programı yani “zihni” ya da “aklı (ruhu)” vardır. Bilgisayardan farklı olarak insan beyne akıl dışardan yüklenmiyor, nöronların birlikteliği hep birden bilmediğimiz bir mekanizma ile zihin oluşturuyor. Bu akıl ya da zihin ise eylemlerimizi planlıyor ve uygulamaya koyuyor.

Tüm bu izahlardan sonra psikiyatrik hastalıkların diğer hastalıklar ile benzerliklerine ve ayrılıklarına geçebiliriz. Bir organın hastalığından bahsederken, o organın “normal”den farklı yapı ve işleve sahip olduğu kastedilir. Mesela böbrekler olması gerekenden büyük veya küçük boyuttaysa ya da az sayıda nefron içeriyorsa veya az ya da çok miktarda idrar üretiliyorsa kolayca bir böbrek hastalığından bahsedilebilir. İdrarın rengi, kokusu ve içindeki maddelerin düzeyi olması gerekenden farklıysa hekimin kolayca bir böbrek hastalığı teşhisine ulaşma mümkün olabilir. Bir tedaviden bahsedilecekse, normalden farklılaşan durumların tekrar eski haline gelmesi beklenir. Söz konusu insan olduğunda hasta bir kişinin bir organ ya da organ sistemleri ile ilgili bir şikâyetinin olması, hekimin de bu şikâyetlerin normalden farklı bir duruma işaret edip etmediğini tespit etmesi (bulguları toplaması) ve düzeltmesi (tedavi) gerekir. Mesela bir hasta, idrarının kırmızı olduğundan şikâyet ederse hekim bu kişinin bir idrar yolu kanaması geçirdiğine dair muayene ve tetkiklerden elde ettiği bulguları toplar ve böbrek taşı teşhisi koyarak taşı bulunduğu yerden çıkarır.

Böbrek hastalık modelini psikiyatrik hastalık modeline uygulayabilir miyiz? İşin doğrusu psikiyatrinin de diğer tıp branşları gibi kendi hastalık modellerini oluşturması şart. Ama bu öyle kolay bir iş değil. Zira beyin bir böbrek gibi kolayca incelenebilen ya da işlevleri anlaşılabilen bir organ değil. Bugünkü teknolojik imkânlar ve bilgi birikimi, beyinden hareketle psikiyatrik belirtilere ve hastalıklara ulaşmayı kesintisiz bir biçimde mümkün kılamamaktadır. Bugün sadece çok az psikiyatrik hastalığın beyinden başlayarak izah edilmesi mümkün; geriye kalan pek çok ruhsal hastalık için ne yazık ki tatmin edici bir izah yapmak mümkün değil. Hal böyle olunca psikiyatrinin neyle uğraştığı, ruhsal hastalıkların patofizyolojisinin nasıl işlediği ve teşhislerin nasıl konduğu gibi pek çok konu birçok kimse tarafından tam olarak anlaşılamamaktadır. Bu anlaşılmazlık ister istemez psikiyatrinin tıbbın dışında bir yerde konumlandırılması gerektiği fikrini beslemektedir.

Aksine psikiyatriyi beyinle ilgilenen bir tıp branşı olarak kabul ettiğimizde de sorun hemen çözülmüyor. Bilindiği gibi psikiyatri, nöroloji ve beyin cerrahisi beyinle ilgilenen tıp branşlarıdır. Beyin cerrahisi beyinde anatomik bir bozulma olursa, mesela beyinde kitle ya da kanama oluşursa, hastanın yakınmaları, muayene ve görüntüleme yöntemleriyle elde ettiği bulguları toplar ve bir teşhise ulaşır; daha sonra beyindeki anatomik bozukluğu düzeltmek için cerrahi müdahaleyi planlar. Nöroloji de benzer

şekilde davranır. Ancak nöroloji beyindeki anatomik bozuklukları teşhis ettikten sonra hastayı beyin cerrahisine devreder. Ama çoğu zaman anatomik bir bozulma bulunmaz ve bu durumda nörolojinin ilaç tedavisi gündeme gelir. Nöroloji ve psikiyatri beynin işlevsel bozukluklarıyla ilgilendiği için çoğu zaman birbirleriyle iletişime girmek durumunda kalır. Mesela baş ağrısı şikâyeti ile gelen bir hasta düşünelim. Bu hastada ilave bir muayene bulgusu (mesela sol kolda kuvvet kaybı) varsa genellikle bir beyin görüntüleme yöntemi istenir. Beyinde bir kitle tespit edilirse baş ağrısı ve kuvvet kaybı bu kitleye bağlanır ve hasta beyin cerrahisine gönderilir. Eğer ilave bir muayene bulgusu yoksa bu sefer işler biraz karışır. Çünkü büyük ihtimalle baş ağrısını izah edecek bir anatomik bir bozulma söz konusu değildir. Bu durumda nörolog hastanın baş ağrısını beyinin işlevsel bir bozukluğuna bağlamaya çalışacaktır. Nörolojinin bu bağdaştırma davranışı psikiyatrinin yaptığı ile büyük bir benzerlik göstermektedir. Şöyle ki: baş ağrısının yerine “yükseklik korkusunu” koyup düşündüğümüzde bir psikiyatr hastanın bu korkusunun beyinde bir anatomik bozukluktan ziyade işlevsel bir bozulmadan kaynaklandığını düşünür. Hal böyle olunca nörologların çoğu psikiyatrik hastalıklara el atıp tedavi etmeye, hastaların çoğu da psikiyatri yerine nörolojiye gitmeye çalışır. Peki, nöroloji ile psikiyatri arasında yöntem benzerliği söz konusu olduğu için bir “ayırım” yapılabilir mi? Ben bu soruya kolaylıkla “evet” diyemiyorum. Bugün pek çok ruhsal belirti gerek nörologlar, gerekse hastalar tarafından düzgün bir biçimde değerlendirilememekte ve sınır ihlalleri kaçınılmaz olmaktadır. Bana kalırsa gaip sesler duyan bir hasta ile baş ağrısı çeken, uykusuzluk yakınması olan, ellerinde titremeler bulunan ve bunama belirtileri gösteren hasta aynı branşın ilgi alanında olmalıdır. Bu branşa “beyin hastalıkları” ya da “nöropsikiyatri” denebilir. Bu sözlerden, ileri uzmanlaşmanın karşısında olduğum anlaşılmaz. Zaten hayat bu tür karşıt kişileri bertaraf etmiş ve bugün neredeyse sadece epilepsiyle, baş ağrısıyla, bunamalarla, depresyonla veya şizofreniyle ilgilenen hekimler türemiştir.

Nöroloji ile psikiyatrinin ilgi alanları şu şekilde farklılaşır: Nöroloji daha çok “taraf bulgusu veren”, psikiyatri ise daha ziyade “yüksek beyin işlevleri ile ilgili” bozukluklarla ilgilenir. Mesela gecenin bir yarısı evinden çıkıp sokaklarda çılgınca koşuşturan bir kişinin, nörologlara göre kol ve bacaklarında taraf veren bir muayene bulgusu olmadığı için, tedavi edilmesi gereken bir beyin hastalığı da yoktur. Ancak aynı hasta “uygun olmayan yerde ve zamanda” koşuşturduğu için büyük bir ihtimalle davranışlarını etkileyen bir beyin işlev

bozukluğuna sahiptir. Davranışın yer ve zaman “uygunluğu” psikiyatriyi tıp dışı alanlarla, mesela sosyokültürel etkenlerle, ilişkili kılmaktadır. Bazen bu ilişki de kafaların karışmasına ve psikiyatrinin tıp dışında bir yerde konumlandırılmasına katkı sağlamaktadır. Konumuz tıp olduğu için psikoloji ile psikiyatri ilişkisinin yol açtığı problemlere hiç girmiyorum.

Buraya kadar anlattıklarımızdan hareketle psikiyatrinin tıbbın içinde, hatta tam merkezinde olduğu sonucu çıkartılabilir. Bu çıkarım büyük oranda doğrudur. Madem psikiyatri tıbbın göbeğinde olmalı, o halde neden gerçek böyle değil diye sorulabilir. Bence bu sorunun cevabı psikiyatrinin kendi işini iyi izah edememesinde aranmalıdır. Psikiyatri, insanlardaki ruhsal belirti ve bozuklukların, beyin işlevlerindeki düzensizlikten kaynaklandığını ikna edici bir şekilde anlatamadığı sürece psikiyatrinin tıp içindeki yerinin algılanmasıyla ilgili çarpıklık devam edecektir. Söylemesi kolay ama anlatması ve ikna etmesi zor olan bu ikna sürecini daha da zorlaştıran bazı hususlar var. Bu hususların başında bizzat psikiyatristlerin şimdiye dek ruhsal hastalıkları “kendilerine göre” izah etme gayretleri geliyor. Toprağı bol olasıca Freud “kendine göre” bir ruhsal aygıt ve bu aygıtla ilgili işlevsel bozulmalar tanımlayarak “kendinden menkul” gayretkeşlerin atası oldu. Freud’un yapmaya çalıştığı kendi içinde tutarlı bir izahattan başka bir şey değildi. Ama yaptığı bu izahı asla sinama gereği duymadı. “Bilinç dışı”, “ego”, “süperego” gibi birçok kavram türetti ama bu kavramların beyinde nereye tekabül ettiğini hiç umursamadı. İzah etmeye çalıştığı ruhsal aygıt ve hastalık modelini bilimsel yöntemlerle sinama ihtiyacı duymadı. Sonuçta yaptığı izah “kendinden menkul” bir duruma düştü ve bilimsel çevrelerce dışlandı. İşin daha da kötüsü Freud’dan sonra gelen birçok psikiyatr Freud’un dümen suyuna girdi ve bilimsel izah yerine “Freudiyan” bir izahı benimsediler. Bu durum, zaman içinde psikiyatrinin tamamen bilimsel bir alan olan tıbbın dışında konumlandığı algısının oluşmasına yol açtı. Bu algı maalesef bugün bile varlığını sürdürmektedir. Psikiyatrik hastaların toplumun ve genel hastanelerin dışına çıkarılması, yaftalanması, damgalanması, korku nesnesine dönüştürülmesi ve değersizleştirilmesi bu algının devam ettiğinin göstergeleridir.

İşin doğrusu, tıbbın birçok dalı, psikiyatrinin yaşadığı “izah” sorununu yaşamaktadır. Mesela bugün bile hipertansiyon, diyabet, kanser gibi birçok hastalığın oluşum mekanizması tüm ayrıntıları ile bilinmiyor. Bu hastalıkların birçoğuyla ilgili yüz güldürücü radikal tedaviler de söz konusu değil, ancak bu branşlar rahatlıkla tıbbın içinde ve

hastanede kendilerine yer bulabiliyor. Peki, bu nasıl oluyor? Sorunun cevabı bu branşların hastalık mekanizmalarını bilimsel yöntemlerle izah edemediği durumlarda açıkça çıkıp “hastalık mekanizması tam olarak bilinmiyor” demelerinde ve kendinden menkul bir izaha kalkışmamalarında aranmalıdır. Birçok branş bilimsel bulguların desteklemediği verileri kullanmaktan imtina ederek tıbbın içinde kalmayı yeğlemektedir. Buna mukabil psikiyatristler bilinmezliğe tahammül edemeyip ruhsal hastalıkların oluşumunun ne idüğü belli olmayan ve beyinde bir karşılığı olmayan “bilinç dışı çatışmalardan” kaynaklandığını varsaydıkları için kendi elleriyle kendilerini tıbbın dışına sürüklemiş oluyor.

Psikiyatriyi tam olarak tıbbın içinde konumlandırmak bir zihniyet dönüşümüyle mümkün olacaktır. Bu zihniyet dönüşümünde psikiyatrik hastalık modellerinin yeniden ve bilimsel olarak tanımlanması önemli rol oynayacaktır. Öncelikle insan denen mahlûkun birbiriyle sıkı sıkıya bağlı iki boyutlu bir yapısı olduğu net olarak bilinmeli. Bu boyutlardan birinin insan anatomisi ve organların işlevleriyle, diğer boyutunu ise beyin ürettiği davranışlarla (düşünce, duygu, uyku, cinsel istek vs.) bağlantılı olduğu açığa kavuşturulmalıdır. İlk boyutun tıbbın diğer branşlarının, ikinci boyutun ise psikiyatrinin konusu olduğu net olarak anlaşılmalıdır. Psikiyatri insan davranışlarını incelerken asla insanın ilk boyutunu görmezden gelemeyeceği, aksine sürekli bir işbirliğini yeğlemesi gerektiği bilinmelidir.

Sonuç olarak psikiyatri günümüzde tıbbın ve dolayısıyla hastanelerin içine gecikerek de olsa girmeye başlamış ve bu süreç eski safsatalardan uzaklaştıkça artarak devam edecektir. İnsan davranışlarıyla ilgilenmek diğer tıp branşlarının ilgi alanına girmeyebilir. Ancak davranış denen olgu nihayetinde “insan”la ilgili olduğu için her türlü davranış sorunu psikiyatrinin, dolayısıyla da tıbbın ilgi alanı içinde olmalıdır. Psikiyatriyi tıbbın ve hastanelerin dışına itmek insanı anlamamak ve insana kötülük yapmakla eşdeğer olarak görülmelidir.

Savaşlar ve tıp

Doç. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel İstanbul Medipol Hastanesi'nde çalışan Tan, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Peyami Safa; insanlık tarihinde savaşların yerini anlatmak için *"savaşlar, nefsinin ölmeyi bilemeyen insanın bir dava uğruna ölmeyi öğrenmesi için verilmiş ilahi dersler gibidir"* diyor. Biliriz ki savaşlarda ilk kayıp doğrulardır hatta Churchill, *"savaşta doğrular o kadar kıymetlidir ki yalanlarla korunmalıdır"* der. Düşünce hayatında yeri Hegelci diyalektik içinde görülen Prusyalı asker Clausewitz'in *"savaş üzerine"* adlı kitabında, savaşı 'gerçekleri ve korkuları örten, hayali ve hırsları ortaya çıkaran bir sis' olarak tanımlaması, aslında savaşları biraz daha yakından tanımamız gerektiğini anlatır. İnsanlık tarihinde başından beri yıkıcılığıyla daima hatırlanan savaşlar hep olmuştur, bir de bu yıkıcılığına ve insanlığa kazandırır gibi görünürken bile kaybettirdiklerine bakarken tezat olarak görürüz ki tıptaki birçok ilerleme de aslında savaşlarla iç içedir.

Günümüzde de savaşlar, dolaylı ve dolaysız etkilerle en fazla öldüren ve en fazla sakat bırakan ilk on neden arasındadır. 90'lardan bu yana çatışmalarda 2 milyon çocuğun öldüğü, 5 milyon çocuğun ciddi yaralanma geçirdiği, evsiz veya kimsesiz kalan, psikolojik travma yaşamış 10 milyon çocuk bulunduğunu biliyoruz. Bunlara bir de mayın yaralanmaları ve hâlâ 78 ülkede 200-215 milyon kara mayının bulunduğunu hatırlırsak tablo daha da ağırlaşır. Günümüzde savaşlar gelişmiş teknolojiyle, Irak'ta Amerikalıların seyriltilmiş uranyumlu mermiler kullanması gibi yıkıcılığını daha da arttırırken, bir yandan da tıpkı eski yıllarda olduğu gibi bir yandan da sağlık açısından tedavi ve

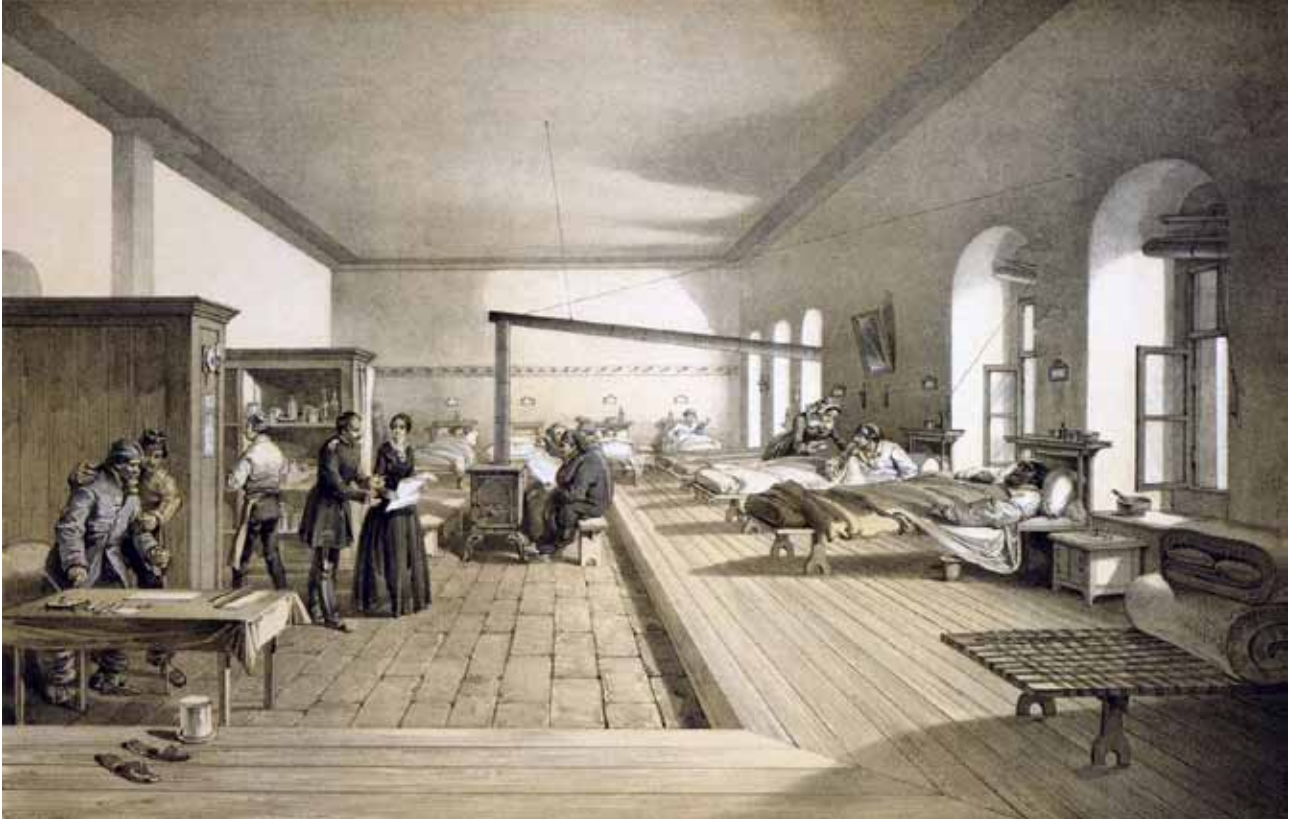
tedaviye yönelik teknolojilerin gelişmesini de arttırmaktadır.

Antik çağın Bergamalı büyük cerrahi Galenos, Roma'da saray hekimi olarak çalışmadan önce ününü ve bilgisini antik çağın savaşçıları gladyatörler üzerine olan tedavileriyle kazanmıştı. Arkologlar, Mısır'da Luksor yakınlarında buldukları ahşap deriden ayak parmağı protezini de muhtemelen ayak parmaklarını kaybeden bir asker için yapılmış olabileceği yorumu ile gündeme getirdiler. Bir uzvun ameliyatla vücuttan uzaklaştırılması anlamına gelen "ampütasyon", Eski Mısırdaki bilindiği gibi, Hipokrat tarafından da yaralanmış ya da gangrenöz hal almış uzuvlar için tanımlanmış ve savaşlardaki yoğun yaralanmalarda uygulanarak geliştirilmiştir. Bilhassa Larrey gibi savaş cerrahları tarafından günde 200 gibi bir sayıda uygulanmıştır. Daha sonra 17. yüzyılda Jean Petit ile turnike kavramı geliştirilmiş ve kanama azaltılarak gelişme sağlanmıştır. II. Dünya Savaşında Amerikalı askerlerde 100 bin civarında el yaralanması olması ile ve Sterling'in çabaları sonucunda mikro cerrahi yöntemleri geliştirilmiş ve el cerrahisi özgün bir bilim dalı haline gelmiştir.

Savaşların günümüz tıbbına en büyük katkıları yara kavramı ve yara bakımında olmuştur. Homeros, Troya Savaşında 4 yaralı askerden üçünün öldüğünü anlatır. Bu oran, Orta Çağ Savaşlarında da değişmemiş, fakat silahlarda barut kullanılmaya başlandığında yaraların baruttan etkilendiği görülmüş, yara iyileşmesinde kaynar yağ, kızgın demir kullanılmıştır. Ambroise Pare ise 16. yüzyılda yara tedavisinde yumurta, gül

yağı ve terebentin kullanarak ciddi bir iyileşme sağlamıştır. Lister ile mikrop karşıtı maddeler "antiseptikler" savaş alanlarında kullanıldığı gibi, Osmanlı - Rus Savaşında ordu cerrahi Carl Reyher "debridman" kavramını getirerek yeni bir çığır açmıştır. Amerika- İspanyol savaşlarında 19. yüzyılda cerrahi maske ve steril eldiven uygulamaları başlatılmış böylece enfeksiyonlara bağlı ölümler hızla azaltılmıştır. Teknolojik gelişmelerle I. Dünya Savaşında yüksek hızlı mermiler, makineli tüfekler kullanılmaya başlayınca kirli yaralanmalarla ölümler artmış ama 1929'da Fleming tarafından penisilinin bulunması ile Normandiya çıkarmasında sıkça kullanılarak hatta seri üretimi yapılarak yara ve mikrop kavramında antibiyotiklerle yeni bir dönem başlamıştır.

I. Dünya Savaşı birçok alanda olduğu gibi, şok kavramının anlaşılması ve tedavisinde büyük gelişmeler olmasını sağlamıştır. Kanamalı yaralanmaların çokluğu şok kavramının gözlenmesinde çok faydalı olmuştur. Anestezi uygulamalarında çok önemli olan "hava yolu" kavramı ve "anestezi derinliği" kavramlarının anlaşılması ilk kez I. Dünya Savaşında Arthur Buadel tarafından ortaya konmuş; eter, kloroform ve damar yolundan verilen alkol ile spinal anesteziler karşılaştırılmış, ilk anestezi cihazları geliştirilmiştir. Aslında 1840'larda savaş alanlarında ağrıyı kesmek adına ilk devrim niteliğindeki çalışmalar başlamıştır. Davy tarafından nitroz oksidin etkileri gözlemlenmiş 1853'te Wood hipodermik şırınga ile kullanılan morfinin bilinç kaybı olmaksızın analjezik etkisini fark etmiş ve kullanmaya başlamıştır. Amerikan İç Savaşında oral ve parenteral yaygın



Modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen İngiliz hemşire Florence Nightingale'in 1854'te çalışmaya başladığı Selimiye Kışlası'ndaki geçici hastane. (1856)

Savaşların tıbbı büyük katkılarında biri de fazla sayıda yaralanmada sağlık sistemi ve organizasyonunun önemini ortaya koymasındır. Napolyon Savaşlarında ilk kez Fransız ordu birliklerinde düzenli sıhhiye hizmetleri ve atlı arabalı seyyar hastaneler kurulmuştu. Ordu cerrahı Larrey, modern ambulans sistemi ve ilk yardım kavramına öncülük etmiştir. Kırım Savaşında bu sağlık hizmetlerine Florence Nightingale ile hemşirelik hizmetleri de eklenmiştir.

olarak morfin kullanılmış, Kore Savaşında da yoğun bir şekilde kullanılmış ancak yan etkileri anlaşılınca vazgeçilmiştir. Morfinin bağımlılık etkisinde o yıllarda "asker hastalığı" olarak tanımlanmıştı.

Kanadalı göğüs cerrahı Bethune İspanya İç Savaşında ilk kan bankasını kurmuş, fakat kan transfüzyonu ve kan bankalarının önemi ve verimli kullanımı ancak Kore Savaşında mümkün olmuştur. Yine Kore Savaşında kan taşınması için cam şişeler yerine kolay taşınmayı sağlayan kırılmayı önleyen plastik torbalar kullanılmaya başlanmıştır.

Kemik kırıklarında günümüzde kullanılan alçılama yöntemi ilk olarak Kırım Savaşında kullanılmıştır. Savaş yaralanmalarının büyük çoğunluğunu uzuv yaralanmaları oluşturur. Kemik kırıklarının teşhisinde ve mermilerin vücutta teşhisinde Roentgen'in x ışınlarını keşfetmiş olması çok önemli bir yer tutar. X ışınları, İtalya ve Etiyopya Savaşında ve 1897 Osmanlı - Yunan savaşında sıkça kullanılarak rutin hale gelmiştir. Yine I. Dünya Savaşında Thomas'ın geliştirdiği splintlerle uyluk kemiği kırıklarında ölüm oranı % 80'lerden % 20'lere düşürmüştü. Daha sonra Alman cerrah Küntcher'in kemik kırıklarında kanal çivileri kullanması geldi. Bu mükemmel teknik, Kore Savaşına kadar çok kullanılsa da bu savaşla beraber popülerlik kazanmış, modifikasyonlarıyla günümüzde dahi hala sıklıkla kullanılmaktadır. Yine II. Dünya Savaşında Rus askerlerin tedavisinde

kendi adıyla anılan ve hala popülerliğini koruyan tespit yöntemi olan "ilizarov" yöntemini ilk olarak uygulamıştır.

Savaşların tıbbı büyük katkılarında biri de fazla sayıda yaralanmada sağlık sistemi ve organizasyonunun önemini ortaya koymasındır. Napolyon Savaşlarında ilk kez Fransız ordu birliklerinde düzenli sıhhiye hizmetleri ve atlı arabalı seyyar hastaneler kurulmuştu. Ordu cerrahı Larrey, modern ambulans sistemi ve ilk yardım kavramına öncülük etmiştir. Kırım Savaşında bu sağlık hizmetlerine Florence Nightingale ile hemşirelik hizmetleri de eklenmiştir. Daha sonra Amerikan İç Savaşı ile Osmanlı - Rus savaşlarında yaralıların tahliyesi için atlı ambulans birlikleri, ilk yardım için sahra hastaneleri kurulmuş bu hastaneler tümen, kolordu ve ordu gibi cephe gerisi kentlerdeki genel hastaneler ile irtibatlandırılarak ilk genel sağlık teşkilatları oluşturulmuştur.

Tüm insanlığın ortak mücadelesi, savaşları sona erdirmek daha da önemlisi engellemektir. Buna rağmen günümüzde 1. ve 2. Körfez Savaşlarının sadece insanların ölüm ya da yaralanmasıyla değil çevre felaketleri, barınma ve sosyolojik çöküş süreçleri ile de ne kadar büyük yıkımlar oluşturduğunu, yıllarca gide-rilemeyecek olumsuz süreçler ortaya çıkardığını görmekteyiz. Ne gariptir ki savaşlar, tüm bu yıkıcılığına rağmen, büyük bir ironiyle insanlığa hayat kurtarıcı, tedavi edici süreçlerdeki gelişmeleri armağan etmektedir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan