

SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2007
12. YTL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

4

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



İLKER KÖSE ULUSAL SAĞLIK VERİ SÖZLÜĞÜ | DOÇ. DR. MEDAİM YANIK RUH HASTASINA NASIL BAKILDIĞINI SÖYLE, MEDENİYETİNİN DÜZEYİNİ SÖYLEYİYİM
DR. CENGİZ ŞEN SİGARASIZ BİR DÜNYA İÇİN... | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK ANTİMİKROBİKLERE KARŞI DİRENÇ: KÜRESEL BİR SORUN
DR. SEBAHATTİN IŞIK SAĞLIK POLİTİKALARININ POLİTİK GÜCÜ | PROF. DR. FAHRİ OVALI YENİDOĞAN HİZMETLERİ NASIL ÖRGÜTLENMELİ? | DOÇ. DR. YÜKSEL
ALTUNTAŞ ÖZEL MUAYENEHANELER OLMALI MI, OLMAMALI MI? | EMEL ÇOKER HEMŞİRELERİN ÖZELDEN DEVLETE GİDEN YOLU | PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL
SAĞLIĞI NASIL DEĞERLENDİRMELİ? | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN VEKİL HARÇLIK (STEWARDSHIP) VE YÖNETİŞİM | YRD. DOÇ. DR. TANJU YILDÖN ERGONOMİ
VE ERGONOMİ EĞİTİMİ | PROF. DR. SEVAL AKGÜN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI NASIL OLMALI? | DR. HİKMET ULUĞ STEREOTAKTİK
RADYOCERRAHİDE YENİ GELİŞME: CYBERKNIFE | DR. ESRA AĞEL GIDA KAYNAKLI HASTALIKLARIN EKONOMİ ÜZERİNE ETKİLERİ | DİYETİSYEN SABİHA KESKİN
NUTRİGENETİK UYGULAMALAR | YASEMİN K. ŞAHİNKAYA BİLİNCİLİ HASTA, DOĞRU SAĞLIK HABERLERİYLE OLUR | DOÇ. DR. M. İHSAN KAHRAMAN CİNSEL YOLLA
BULAŞAN HASTALIKLAR, HIV / AIDS VE BİYOTİK | DOÇ. DR. ŞAHİN AKSOY TIP ETİĞİ EĞİTİMİ 'ZURNANIN SON DELİĞİ' (Mİ?) | ECZ. DEMET AYDINKARAHALİOĞLU
FARMOKOVİJİLANSIN ÖNEMİ VE TÜRKİYE'DE FARMOKOVİJİLANS UYGULAMALARI | DR. HÜSNÜ DAĞLI İLAÇLARIN RUHSATLANDIRILMASI: FDA NEREYE?
DOÇ. DR. AKİF TAN, YASEMİN K. ŞAHİNKAYA EMİN OLGUN: "TÜRKİYE'DE ECZACILIK, DERMOKOZMETİK VE BESİN TAKVİYELERİNE KAYDI" | DOÇ. DR. AKİF TAN,
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA GÜLAY GÖKTÜRK: "SOSYAL DEVLET BİR NOKTADA OLACAKSA, SAĞLIKTA OLMALI" | PROF. DR. ÇAĞATAY GÜLER,
DİDEM SÖYLEMEZ SUR SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK KAVRAMI | PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA
SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ VE KAPSAMI | DOÇ. DR. AKİF TAN İBNİ SİNA İLE DÜNDEN BUGÜNE...
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA NUSRET HASAN FİŞEK, SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞMESİ KANUNUNUN MİMARİ



ISSN 1307-2358

0.4

9 771307 235006

4



Bilginin nabzını

tutmak için...

SD

SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE
TIP KÜLTÜRÜ DERGİSİ



EYLÜL - EKİM - KASIM 2007
SONBAHAR SAYI 4
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
SAĞLIK PLATFORMU
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

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

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Doç. 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
Uz. Dr. Bülent Özalp
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Recep Öztürk
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Yasemin Karakaş Şahinkaya

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK UYGULAMA
Erol Altun

YAPIM
Mast MPI

BASKI
Esen Ofset A.Ş.
İkitelli Organize San. Bölgesi
Atatürk Bulvarı No:103
34260 İkitelli/İstanbul
Tel: 0212 549 25 68

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Birinci yıl ve Amerika'nın yeniden keşfi

Elinizde tuttuğunuz 4. sayı ile ilk yılımızı tamamlamış oluyoruz. Geldiğimiz yer, yani 1. yılı doldurmuş olmak, bizim için önemli bir nokta. Bir kere, günümüzün bilgiye ulaşımı çok kolay kılarken gerçekte bilginin çokluğu içerisinde erişimin zorlaştığı ortamında dergi ile ilgili fikirlerin geri dönüşlerini almak, hatta derginin fark edilmesi kolay olmuyor. Bu süreç, geçirdiğimiz zamanı zorunlu kılıyor. Bir yıllık süre, düşünce ile pratiğin iç içe olduğu konuları masaya yatırmayı görev bilen bir yayın organı için az bile denebilir. Yıllar önce bir yerde okuduğum ama yazarını hatırlayamadığım bir cümledeki gibi, 'hızlı gitmekten geç kalabiliyor insan'.

Yapılmak istenilen şeyin, teorik düşüncenin uygulanması, yani sadece zihinde var olan bir şeyin cisimleşmesi, gereken yerlerinin gözden geçirilip düzeltilmesi de bir zaman alıyor. Ayrıca bir kere başlayınca, dergi denilen yayın organının kimliği ile ilgili kaygıları ve ön görülemeyen, planlanmayan bir tür kendine ait hayatı, şahsiyeti de oluyor. Bu yüzden öncelikle derginin mutfağında emek harcayan bizler de, karşısına geçip ancak şimdi gerçekleşmiş, cisimleşmiş bir nesne olarak seyredebiliyoruz. Diğer yandan bize ayna olacak olan okuyucumuzun verdiği tepkiler de ancak bize ulaşıyor. Bu bilgi bombardımanında fark edilmek ve tepki almak gerçekten zamana ihtiyaç gösteriyor. Doğrusu derginin cisimleşmiş haline ve gelen tepkilere baktığımızda baştaki zihinsel kurgumuz açısından doğru yolda olduğumuzu görmekten memnun kaldığımızı söylemek isterim.

Beklentimiz, zaman içerisinde, okurumuzla, yazarımızla ülkemiz için sağlık düşüncesi alanında daha canlı ve sonuca götürücü tartışmaları taşıyacak bir platformu inşa edebilmek. Bunun sade bir dergi kapsamını çok aşan bir uğraş olduğunu itiraf etmek zorundayım. Yazar, düşünür, eğitimci, okuyucu ve icracı hep birlikte bu platformun duvarlarını örebiliriz. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi** daha

şimdiden, birinci yaşında bu güç birliğini ateşlemiş ve bu ideali zorlamaya başlamıştır.

Sağlık kavramı öylesine çok yönlü ki, birçok boyutta yayılımını izlemek mümkün. Örneğin tüm boyutlarıyla sağlık düşüncesini zaman içerisinde şimdi, geçmiş ve gelecek perspektifleriyle düşünebiliriz. Bugünü bir yandan yaşarken anlamaya ve inşa etmeye çalışmak ve aynı zamanda bugünün güncel olanı üzerine geçmişin etkilerini kavramaya çalışmak gerekiyor. Tüm bunlar bir yönüyle gelecek ve onun arzulanan biçimde inşa edilebilmesi içindir.

Günümüzde dünya, bilginin ve fikirlerin dolaşımının inanılmaz biçimde hızlanması yoluyla sık kullanılan deyişle, bir bakıma küresel bir köye dönüşmüş durumda. Ama bu küresel köy içerisinde tüm ülkelerin aslında aynı zaman diliminde yer aldıklarını söyleyebilmek pek mümkün görünmüyor. Amerika Birleşik Devletleri ve AB ülkeleri, Çin, Afrika ülkeleri, bizim ülkemiz... Bu manzarayı düşündüğümüzde zihnimizde canlanan durum, üzerimizde zamansal bir etki bırakıyor. Bu bakış açısı sağlık kavramları bakımından bir 'gelişmiş zaman, yakalanması gereken gelecek' ilüzyonu yaratıyor.

Her ülke ve kültürü tek tip görme temel hatasıyla ortaya çıkan bu ilüzyonun tezahürü, gelişmiş ülkelerin yine gelişmiş sağlık teknolojilerinden, eğitimlerinden, organizasyonlarından, finans yöntemlerinden bahsediyor. Bu ilüzyon, bunları öğrenmek, ülkemizde de uygulamak bize uydurmak, kulanmak üzere yoğun bir çaba biçiminde karşımıza çıkıyor.

Oysa çok kuvvetli olan bu 'gelişme ve küreselleşme' ilüzyonuna rağmen, biraz düşünersek, tüm ülkelerin sosyal yapı, sağlıkla ilgili öncelikler, teknolojiler, politikalar, finansman, sağlığa yönelik sosyal ilgi ve anlayış, vb. düşünebilecek her alanda farklı özelliklere sahip olduğunu açıkça görmekteyiz. Tabii teknoloji ve tıbbî gelişmelerin sağladığı olanak-

lardan yararlanabilmenin önemi yadsınamaz ama farklı özellikler, farklı çözümleri gerektirmektedir.

Bize düşen hiç durmadan, hızla, zamanla yarışarcasına gidiyor gibi görünen bu küreselleşme ve gelişme trenine aklımızı ve toplumsal sağduyumuzu da kaptırmamamız, onun peşinden sürüklenmesine izin vermememizdir. Bu aslında kısmen ülkemizin Batılılaşma serüveninin bir parçasını oluşturmaktadır; yani bu sürecin nasıl olması gerektiği konusundaki genel fikirler ve yaklaşımlar, sağlık alanına da etki eder durumdadır. Bu nedenle 'sağlık' baştan beri savunduğumuz gibi tıp ve bağlantılı alanları içerisine hapsedilebilir bir kavram asla değildir. Bizim görevimiz, sağlıkla ilişkili bize ait, bize uygun sosyal, kültürel, felsefî, düşünsel, ahlakî alt yapıyı, sağlığın finansman, yönetim eğitim biçimlerini oluşturmak, bunlar için fikir üretmektir. Yoksa sürekli peşinden koşmakla ve sadece ona atlamaya çalışmakla giden treni asla yakalamak mümkün olmayacaktır. Bu nedenle bazı temel yaklaşımlar bakımından Amerika'nın yeniden keşfi gerekli gibi görünmektedir. Öyleyse haydi demir alalım!



İçindekiler

08

SAĞLIK BİLİŞİMİNDE TERMİNOLOJİ BİRLİĞİNE
DOĞRU, ULUSAL SAĞLIK VERİ SÖZLÜĞÜ
İLKER KÖSE

10

RUH HASTASINA NASIL BAKILDIĞINI SÖYLE,
MEDENİYETİNİN DÜZEYİNİ SÖYLEYİYİM
DOÇ. DR. MEDAİM YANIK



14

SİGARASIZ BİR DÜNYA İÇİN
DR. CENGİZ ŞEN

20

ANTİMİKROBİKLERE KARŞI DİRENÇ: KÜRESEL BİR
SORUN
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

26

SAĞLIK POLİTİKALARININ POLİTİK GÜCÜ
DR. SEBAHATTİN IŞIK

30

YENİDOĞAN HİZMETLERİ NASIL ÖRGÜTLENMELİ?
PROF. DR. FAHRİ OVALI



36

ÖZEL MUAYENEHANELER OLMALI MI OLMAMALI MI?
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

38

HEMŞİRELERİN ÖZELDEN DEVLETE GİDEN YOLU
EMEL ÇOKER

40

SAĞLIĞI NASIL DEĞERLENDİRMELİ?
PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL

44

VEKİLMARÇLIK (STEWARDSHIP) VE YÖNETİŞİM
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

46

ERGONOMİ VE ERGONOMİ EĞİTİMİ
YRD. DOÇ. DR. TANJU YILDÖN

50

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI
NASIL OLMALI?
PROF. DR. SEVAL AKGÜN



58

STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİDE YENİ GELİŞME:
CYBERKNIFE
DR. HİKMET ULUĞ

62

GIDALARIN HALK SAĞLIĞI VE EKONOMİK AÇIDAN
ÖNEMİ II, GIDA KAYNAKLI HASTALIKLARIN EKONOMİ
ÜZERİNE ETKİLERİ
DR. ESRA AĞEL

64

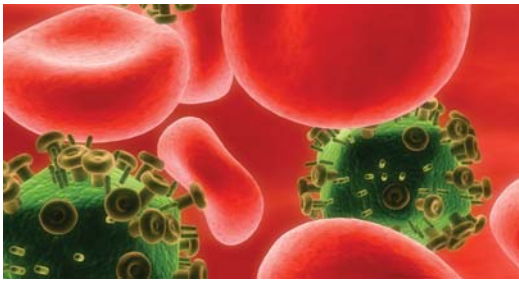
NUTRİGENETİK UYGULAMALAR
DİYETİSYEN SABİHA KESKİN

66

BİLİNÇLİ HASTA, DOĞRU SAĞLIK
HABERLERİYLE OLUR
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

72

ULUSLARARASI BİR SEMPOZYUMUN ARDINDAN:
CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR, HIV / AIDS
VE BİYOTİK
DOÇ. DR. M. İHSAN KAHRAMAN



74

TIP ETİĞİ EĞİTİMİ 'ZURNANIN SON DELİĞİ' (Mİ?)
DOÇ. DR. ŞAHİN AKSOY

76

FARMOKOVİJİLANSIN ÖNEMİ VE TÜRKİYE'DE
FARMAKOVİJİLANS UYGULAMALARI
ECZ. DEMET AYDINKARAHALİLOĞLU

80

İLAÇLARIN RUHSATLANDIRILMASI: FDA NEREYE?
DR. HÜSNÜ DAĞLI

82

EMİN OLGUN: "TÜRKİYE'DE ECZACILIK,
DERMOKOZMETİK VE
BESİN TAKVİYELERİNE KAYDI!"
DOÇ. DR. AKİF TAN, YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

88

GÜLAY GÖKTÜRK:
"SOSYAL DEVLET BİR NOKTADA OLACAKSA,
SAĞLIKTA OLMALI"
DOÇ. DR. AKİF TAN, YASEMİN K. ŞAHİNKAYA



94

SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK KAVRAMI
PROF. DR. ÇAĞATAY GÜLER,
DİDEM SÖYLEMEZ SUR



98

SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA
SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ
VE KAPSAMI
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

100

İBNİ SİNA İLE DÜNDEN BUGÜNE...
DOÇ. DR. AKİF TAN

102

TIP BİLİMLERİ FELSEFE DOKTORU
NUSRET HASAN FİŞEK,
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞMESİ
KANUNUNUN MİMARİ
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

106

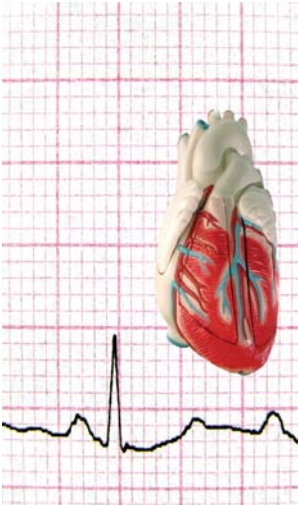
KÜLTÜR SANAT

Koroner arter hastalığında ağır egzersiz güvenli mi?

European Heart Journal'da yayımlanan bir makalede, stabil iskemik kalp hastalığında ağır egzersizle oluşan myokard iskemisinin sanıldığı kadar riskli olmayabileceği belirtiliyor. Mevcut tedavi rehberlerinde egzersizin myokard iskemisi yapmayacak düzeyde sınırlı tutulması önerilmektedir. Ancak bu yaklaşım, hastaların ağır egzersizden görebileceği faydaların önüne geçmektedir.

Quebec'deki Laval Üniversitesi'nden Dr. Peter Bogaty ve arkadaşları iskemik kalp hastalığı bulunan 22 hastaya myokard iskemisine neden olacak düzeyde uzun ve ağır egzersiz yaptırmışlar. ST segmentine ortalama 1 – 2.1 mm.'lik depresyonla birlikte izole prematür ventriküler kontraksiyonlar izlenmiş. Hastaların hiçbirinde kardiyak troponin T düzeyinde yükselme izlenmezken, 60 dakika süreyle 3 kez yapılan egzersizleri takip eden 24 saatteki Holter izlemlerinde supraventriküler ve ventriküler aritmilerin sıklığında bir artış görülmemiş. 6 hafta sonunda ventrikül fonksiyonlarında bir iyileşme izlenmezken, egzersiz testlerinde minimal değişiklik saptanmış.

Çalışmada ağır egzersizin kısa dönemde belirgin bir faydası saptanmamasına karşın, önemli bir riskinin de görülmemesi, bundan sonraki çalışmaları teşvik edici olacaktır.



Bariatrik cerrahi obezlerde yaşamı uzatıyor

New England Journal of Medicine'da yayımlanan bir makalede bariatrik cerrahinin obez hastalarda genel mortaliteyi azalttığı bildiriliyor. Obez hastalarda genel mortalite oranları artmıştır. Kilo kaybının kardiyovasküler risk faktörlerde iyileşmeye neden olduğu bilinmektedir ancak tedavi modalitelerinin mortaliteyi azaltıp azaltmadığı gösterilmemiştir. Hatta bazı gözlemsel çalışmalarda, kilo kaybının mortaliteyi artırdığı bildirilmiştir.

Makalede İsveç Obez Bireyler Çalışması'nın sonuçları rapor edilmiş. Çalışmaya 4047 obez hasta alınmış. 2010 hasta bariatrik cerrahiye giderken, 2037 hasta medikal tedavi almış. Primer son nokta mortalite olarak kabul edilmiş ve hastaların % 99.9'u 10.9 yılın sonuna kadar izlenebilmiş.

Bazı hastaların kiloları 15 yılı kadar izlenmiş. Kontrol grubunda kilo değişikliği % 2'den az olmuş. Cerrahi grubunda en fazla kilo kaybı cerrahiye takip eden 1-2 yılda görülmüş, gastrik bypass ile % 32, vertikal band gastropласти ile % 25, bantlama ile % 20 kilo kaybı sağlanmış. 10 yıl sonra kilo kaybı bu cerrahi gruplarında sırasıyla % 25, %16 ve %14 oranlarında sabitleşmiş. Kontrol grubunda 129 ölüm görülürken, cerrahi grubunda 101 ölüm olmuş. Tehlike oranı 0.76 bulunurken, cinsiyet, yaş ve diğer risk faktörleri ayarlandığında bu rakam 0.71 olarak bulunmuş.

En sık görülen ölüm nedenleri myokard infarktüsü (kontrol grubunda 25, cerrahi grubunda 13 hastada) ve kanser (kontrol grubunda 47, cerrahi grubunda 29 hastada) olmuş.

Helicobacter pylori tedavisinde yeni rehber

American College of Gastroenterology (ACG) Helicobacter pylori enfeksiyonunun tedavisi için yeni bir tedavi rehberi yayımladı. American Journal of Gastroenterology'deki rehberin hazırlanmasında Medline, PubMed, Cochrane veri tabanlarından kanıtlar toplanmış. Rehberdeki öneriler kısaca şunlar:

Tanıda endoskopik ve endoskopik olmayan metodlar kullanılabilir. H pylori enfeksiyon ihtimali düşük hastalarda üre nefes testi ya da fekal antijen testlerinin prediktif değeri antikor testlerinden daha güvenilirdir. Antikor testi enfeksiyona karşı immünolojik reaksiyonu gösterirken, üre nefes testi ve fekal antijen testi aktif H pylori varlığını gösterir.

H pylori eradikasyonu için endikasyonlar peptik ülser hastalığı, MALT lenfoma ve araştırılmamış dispepsidir. Fonksiyonel dispepsili bazı hasta grupları eradikasyondan fayda görmektedir. Sebebi belirsiz demir eksikliği anemisi ile H pylori ile bir ilişki bulunduğu verilerle desteklenmektedir.

H pylori eradikasyonunda ilk tercih edilecek rejim, 10-14 gün süreyle proton pompa inhibitörü (PPI), klaritromisin ve amoksisilin (ya da metronidazol) veya PPI, bizmut, tetrasiklin ve metronidazoldür. H pylori'nin klaritromisine direnci artmaktadır.

Dörtlü bizmut tedavisi persistan H pylori enfeksiyonlarında tercih edilmektedir. Yeni bir çalışmada bu hasta grubunda 10 günlük PPI, levofloksasin, amoksisilin kombinasyonunun dörtlü bismut tedavisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir.

Ülserli, devam eden dispeptik semptomları bulunan, MALT lenfomalı ya da erken mide kanseri cerrahisi sonrası eradikasyon tedavisi verilen hastalarda, tedavinin başarısı tekrarlanan testlerle kontrol edilmelidir.



Baş ağrısında verilen verapamil aritmi yapıyor

Küme baş ağrılarının tedavisinde verilen verapamilin aritmileri tetikleyebildiği gösterildi. Neurology dergisinin Ağustos sayısında yayımlanan bir makalede aritmi sıklığının % 19'a, bradikardi sıklığının ise % 36'a yaklaştığı bildiriliyor.

Kalsiyum kanal blokeri grubundan bir antihipertansif olan Verapamil bir süredir epizodik ve kronik küme türü baş ağrılarının profilaktik tedavisinde giderek artan sıklıkta kullanılmaya başlanmıştı. Atriventriküler blok ve bradikardi verapamilin önceden de bilinen yan etkileridir. Ancak baş ağrısında önerilen doz, kardiolojide kullanılan dozlardan daha yüksektir ve bu dozlardan etkileri hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır.

Çalışmaya alınan hastaların Verapamil başlangıç dozu 240 mg. iken, semptomlar kontrol altına alınıncaya kadar doz 960 mg/gün'e kadar iki haftada bir 80 mg. yükseltilmiş. Hastalar EKG ile takip edilmiş. EKG'si hastanede çekilmiş olan 108 hastanın 21'inde (%19) aritmi, 13'ünde (%12) birinci derece blok, 1 hastada da kalıcı pacemaker takılması zorunluluğu ortaya çıkmış. Tam kalp bloğu ya da kavşak ritmi 4 hastada, ikinci derece blok bir hastada, sağ dal bloğu 4 hastada görülmüş. 39 (% 36) hastada bradikardi izlenmiş.

EKG bozuklukları yüksek dozlarda olduğu gibi düşük dozlarda da görüldüğünden küme baş ağrısı nedeniyle verapamil kullanan hastaların EKG izleminin yapılması gerektiği vurgulanıyor.



Kadınlarda kırık riskini daha etkili gösterme

Archives of Internal Medicine'de Ağustos ayında yayımlanan bir makalede, kadınlarda proksimal kemik dansitesinin tüm kırık riskleri için lomber vertebradan daha üstün olduğu bildiriliyor. Araştırmacılar Kanada'nın Manitoba bölgesinde 50 yaş üzeri 16505 kadının kemik dansitometri bilgilerini aldıktan sonra ortalama 3.5 yıllık bir dönemde sağlık kayıtlarındaki kırık olaylarını topladılar.

Yaşa göre ayarlandığında kemik dansitesinde her bir standard deviasyon düşmede ortaya çıkan kırık riskinin tehlike oranları (HR) lomber vertebra için 1.61 iken total kalçada 1.85 bulunmuş. Femur boynunda ise bu oran 1.76, trokanderde 1.77 olarak saptanmış.

Kadınlar penisiline karşı daha alerjik

Annals of Allergy'de yayımlanan bir araştırmada kadınların penisilin alerjisi için daha fazla risk taşıdıkları bildiriliyor. Mayo Klinik doktorlarından Miguel A. Park ve arkadaşları hastaların ifadesine göre penisilin alerjisi insidansının %1-10 arasında iken, hayati tehdit oluşturan anafilaksi riski % 0.01-0.05 olduğunu belirtiyor. Park, penisilin alerjisi olan ve penisilin cilt testi (PCT) yapılan hastaların verilerini retrospektif olarak incelemişler. Toplam 1921 hastanın 1759'una PCT yapılmış. Test 64 hastada (% 4) pozitif bulunmuş. Bu hastaların 53'ü (% 83) kadın 11'i (%17) imiş. İlaç alerjisi öyküsü, penisiline reaksiyon ile PST arasında geçen zamana göre ayarlandığında multivaryant lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyeti 3.2 kat daha fazla risk oluştuyordu.

Medicare'in ödeme stratejilerinde değişiklik

Amerikan sağlık ve sigorta sisteminde önemli bir yere sahip olan Medicare kurumu, bir dizi yeni karara imza attı. Bu kararlardan birisine göre, 2009 yılından itibaren Medicare, önlenabilir kabul ettiği sekiz hastalık için hastanelere ödeme yapmayacak. Bu hastalıklar şunlar: Katetere bağlı üriner enfeksiyonlar ile damar enfeksiyonları, basınç ülserleri, cerrahi sırasında unutulmuş cisimler, hava embolisi, kan uyuşmazlığından kaynaklanan durumlar, mediastinit ve düşmeler. Kurum ayrıca, başka hastalıkları da bu listeye eklemeyi planlıyor. Bu hastalıklar arasında da, S aureus bakterisine bağlı sepsisler, ventilatörle ilişkili pnömoniler ve C difficile'ye bağlı hastalıklar sayılıyor. Eğer bu hastalıklar, hasta hastaneye yattığı zaman yoksa, bunlara bağlı tedaviler ve komplikasyonlar için ödeme yapılmayacak. Bu karar paralelinde, özel sigortalar da benzer bir karar almayı planlıyorlar.

Medicare'in yürürlüğe koyduğu yeni yönetmelikteki önemli maddelerden birisi de, doktorların sahip olduğu hastanelerde, hastalara bu durumun açıklanmasının mecburi hale getirilmesi. Diğer bir deyişle, eğer hastane sahipleri arasında doktor varsa ve/veya hastane sahibi olan doktor aynı zamanda hastanede görev yapıyorsa, hasta başvurduğu anda bu durumun hastalara açıklanması isteniyor. Başka bir maddede ise, hastaneler 7 gün 24 saat bulunmayan branş hekimlerini, acil durumlarda nasıl temin edeceklerini, nasıl çağıracaklarını yazılı olarak ilan etmek zorunda kalıyorlar. Bu maddelere uyulmaması, hastanenin sözleşmesinin feshine neden olabilecektir.



Kozmetik meme implantı yapılan kadınlarda intihar riski daha yüksek

İsveç'te yapılan bir çalışmada kozmetik amaçlı meme implantı yapılan kadınlarda operasyondan 10 yıl sonra intihar riskinin 3 kat arttığı, ilaç ve alkol bağımlılığına bağlı ölümlerin de 3 kat fazla görüldüğü saptandı.

1965-1993 arasında meme implantı konan, ortalama yaşı 32 olan 3527 İsveçli kadının 18.7 yıllık izlemi yapılmış. İzlenen kadınlardan 175'i ölmüş; oysa bu yaş grubu normal İsveçli kadınlarda beklenen ölüm sayısı ise 133.4 olarak saptanmış. İmplant konan kadınların % 24'ü intihara teşebbüs etmiş ve 8'i bu nedenle ölmüş. İntihar oranlarındaki yükselme cerrahiden 10 yıl sonra ortaya çıkmış. 45 yaşından geç opere olanlarda intihar riski daha yüksek bulunmuş.

İzlem sırasında 14 kadının da alkol ya da madde bağımlılığı sonucu ortaya çıkan akıl hastalıkları ve kazalar sonucu öldüğü saptanmış. İmplant konan kadınlarda sigara kullanımına bağlı olarak akciğer kanseri ve kronik akciğer hastalıklarından da ölüm riski artmış. Meme kanseri riski ise değişmemiş.

Sefriakson kalsiyumla kullanılmamalı

Serftriaksonun kalsiyumlu çözeltiler ya da ürünlerle birlikte kullanılmasının yenidoğanlarda ve prematür bebeklerde akciğer ve böbreklerde kalsiyum-seftriakson çökeltileri oluşması sonucu ölüme neden olabileceği bildiriliyor. FDA, ilgili vaka raporları sonucu seftriaksonun kalsiyumlu preparatlarla ya da Ringer veya Hartmann solüsyonları ile birlikte kullanılmaması için bir uyarı yayımladı. Reaksiyonun, ilaç ve kalsiyumlu mayi farklı damar yollarından verilse bile oluşabileceği ve arada en az 48 saat aralık olması gerektiği belirtiliyor. FDA, seftriaksonun bilirubini albuminden ayırarak yedidoğanlarda bilirubin ensefalopatisi yapabileceğini bu nedenle hiperbilirubinemili bebeklerde kullanımının kontraendike olduğunu da hatırlatıyor.

Doktorların tahmini tutmuyor

Sinema filmlerinde doktorlar hastalarına ne kadar ömrü kaldığını kendinden emin şekilde açıklar. Journal of Oncology'de yayımlanan bir makalede doktorların son dönem kanser hastalarının kalan ömrünü tahmin etmede hiç de başarılı olmadığı bildiriyor. Almanya'nın Dueseldorf Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülen çalışmada palyatif tedavi gören hastaların yaşam sürelerine ilişkin doktorların öngörülleri -1 aydan az, 1-6 ay arası, 6 aydan fazla şeklinde kaydedilmiş. Tüm doktorların % 61.3'ü, deneyimli radyasyon onkologlarının % 54.9'u, tümör konseyi doktorlarının % 62.7'si doğru tahminde bulunmuşlar. Tüm doktorlara bakıldığında, prognozun fazla olumlu tahmin edildiği görülmüş. 1 aydan kısa zamanda ölen hastaların % 48-78'inin 1-6 ay, %17-23'ünün ise 6 aydan fazla yaşayacağı tahmin edilmiş. Araştırmacılar hastaya ya da yakınlarına kalan ömürle ilgili kesin konuşulmaması gerektiğini belirtiyor.

Sağlık bilişiminde terminoloji birliğine doğru Ulusal sağlık veri sözlüğü

İlker Köse



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

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki bileşenleri hayata geçirmek için 2003 yılında pek çok paralel çalışma başlattı. Bunlar arasında "Karrar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi" başlığı ile tarif edilen bileşen, diğer bileşenlerin başarılarına yardımcı olacak önemli bir yere sahipti. Bu bileşenin yürütülmesinden sorumlu olan Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, son 3 yıldır takdire şâyân bir gayretle sağlık bilişimi alanında AB ülkeleri ile kıyaslanabilecek önemli gelişmelere imza attı. Bunlardan belki de en önemlisi, diğer adımlar için ön gereklilik olan ve 15 Haziran 2007'de tamamlanan "Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü"dür.

Veri sözlüğü nedir ve neden gereklidir?

Veri sözlüğü, sağlık kurumlarının bilgi sistemleri aracılığıyla kayıt altına aldığı ve elektronik ortamda başka yerlere ilettikleri verilerin tanımlandığı bir sözlüktür. Bu tür sözlükler sayesinde, tüm taraflar (veriyi üreten, kullanan, talep eden), hangi verinin ne anlama geldiği,

kim tarafından ne zaman talep edileceği...vb konularda aynı bilgiye sahip olurlar. Kullanılan bilgi sistemlerinde bu standardın takip edilmesi ile bilgi sistemleri arasındaki fark azalır ve veri anlamında birbirleri ile uyumlu hale gelebilirler. Nitekim, her bilgi sisteminde kullanılan veriler ortak bir standarda sahiptir.

Hatırlayacak olursak, Sağlık Bakanlığı 2003 yılı başlarında hastanelerin kendi bilgi sistemlerini almalarının önündeki engeli kaldırmıştı. O zamandan bu yana, "Hastane Bilgi Sistemi Alımı Çerçeve İlkeleri" adlı bir dokümanı her yıl güncelleyerek yayınlasa da, bu sadece kullanılan bilgi sistemlerinin "fonksiyonel" anlamda benzer olmalarını sağlamaktaydı. Veri standardı açısından ortaya bir standart koymuyordu. Bu durum, yetkilileri gelişmiş ülkelerdeki durumu analiz etmeye ve ulusal bir çözüm bulmaya sevketti ve neticede ilk olarak bir veri sözlüğü hazırlandı.

Tüm çalışmalardan önce Bakanlığın bir veri haritası çıkartıldı. Bakanlık, hangi kurumdan hangi bilgileri ne zaman istiyor ve bunları nasıl topluyor. Ayrıca hangi kuruma ne zaman hangi göstergeleri rapor ediyor? Bütün bunlar detaylı şekilde analiz edildi ve Haziran

2006'da Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü Analiz Raporu yayımlandı.

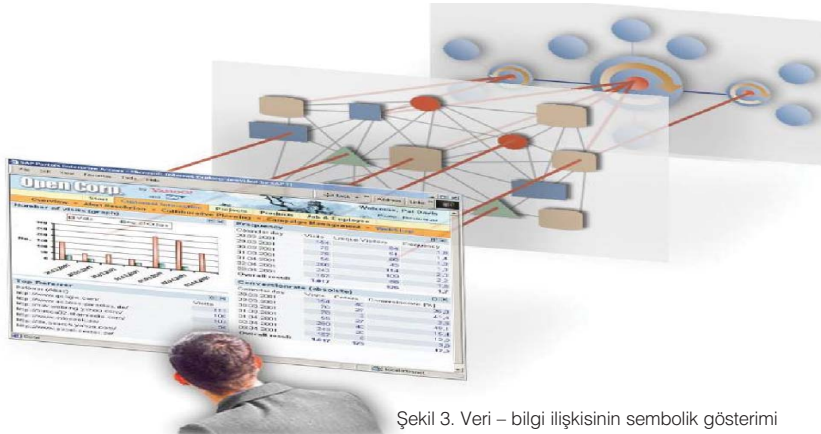
Ardından Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın koordinasyonunda, Bakanlığın ilgili merkez, taşra idari birimleri ile devlet ve üniversite hastanelerinden gelen katılımcılarla biri Kasım 2006 diğeri Mayıs 2007'de olmak üzere iki ayrı çalıştay düzenlendi. Bu çalıştaylarda oluşan ortak akıl ile Bakanlığın hem kendi politikalarını belirlemek hem de uluslararası kuruluşlara rapor edilmesi gereken göstergeleri elde edebilmek için hangi veri setlerinin toplanması gerektiği konusunda mutabakat sağlandı ve bu veri setlerindeki tüm veriler ISO/IEC 11179 standardına göre tanımlandı. Nihayet yoğun bir çalışmanın ardından 15 Haziran 2007'de Minimum Sağlık Veri Setlerini de içerecek şekilde **Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü 1. Sürümü** yayımlandı.

Sözlükte neler var?

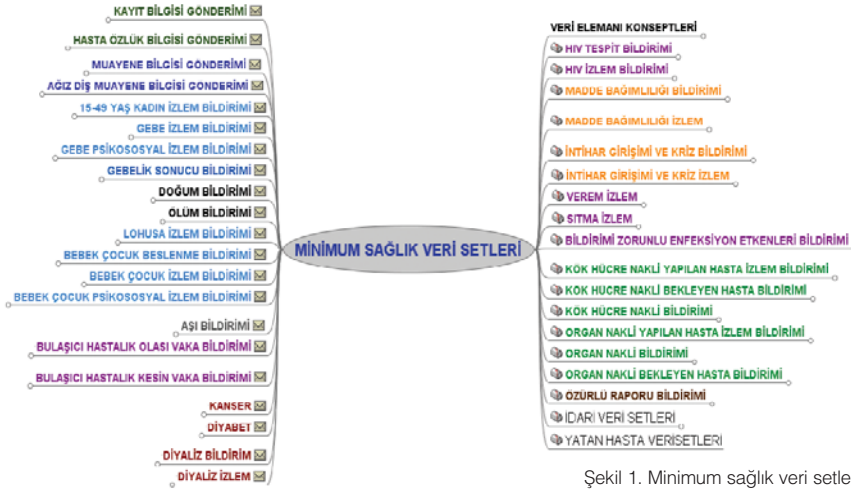
Veri sözlüğü, daha kolay anlaşılabilirsin diye, öncelikle "Minimum Sağlık Veri Setleri"nden bahsediyor. Veri setleri, Bakanlığın ihtiyaç duyduğu verilerin konularına ve fonksiyonlarına göre gruplandırılmasıyla oluşmuş veri kümeleridir. Bu veri setleri, tanımlarında belirtildikleri şekilde aile hekimleri ve hastanelerin kullandıkları bilgi sistemleri üzerinden elektronik ortamda ve yine gönderim standartları Bakanlığın ilan edeceği şekilde doğrudan Bakanlığa bildirilecektir. Bunun dışında aile hekimleri ve hastanelerin ekstra bir bildirim yapmalarına ihtiyaç kalmayacaktır.

Sözlükte yer alan veri setleri aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Veri sözlüğünde bu veri setlerinde yer alan her biri ayrı ayrı tanımlanmış toplam 254 tane farklı veri elemanı mevcut. Sözlüğün son kısmında ise, veri setlerinin



Şekil 3. Veri - bilgi ilişkisinin sembolik gösterimi



Şekil 1. Minimum sağlık veri setleri

hangilerinin birlikte bildirilmesi gerektiğini gösteren gönderim şemaları mevcut.

Veri sözlüğünün getireceği değişim

Her şeyden önce şunu söylemek gerekir ki, **Bakanlık bu veri sözlüğünü tüm bilgi sistemlerinde zorunlu hale getirmekte kararlı.** Bunun neticelerini 2008 yılı başından itibaren hastanelerimizde de görmeye başlayacağız. Sözlüğün her yıl düzenli olarak ihtiyaçlara göre güncellenmesi ve kullanımının yaygınlaşması ile hastane bilgi yönetim sistemleri arasında bir veri uyumu sağlanacak. Böylelikle;

- Bilgi sistemini değiştiren hastanelerin, eski verilerini yeni bilgi sisteminde de kullanmaları daha kolay olacak.

- Bakanlığın sahadan istediği formlar yerini zamanla elektronik ortamda gönderilen veri setlerine bırakacak ve bu işlem otomatik olarak yapıldığı için, sahanın veri gönderme için ek çalışma gereksinimi en aza inecek,

- Daha önce toplanan bilgilerin taraflarca aynı şekilde anlaşılabilmesinden kaynaklanan veri kalitesizliği, tutarsızlığı vb. sorunlar önemli derecede azalacak,

- DSÖ ve EUROSTAT gibi kuruluşlara belirli periyotlarla verilmesi gereken göstergelerin hazırlanması, bu veriler kullanılarak kurulacak olan Karar-Destek Sistemi

ile çok daha kolay hale gelecek.

Bu faydaları çoğaltmak mümkün ancak temel başlıklar bunlardır. Biraz garip gelebilir; ancak bu sınırlı sayıdaki veri setleri ile Bakanlığın şimdiye kadar çok sayıda form ile kağıt ya da elektronik ortamda toplamaya gayret ettiği bilgilerden çok daha fazlası elde edilebiliyor.

Bu kolaylık, basit bir yaklaşım değişiminden kaynaklanıyor. Şimdiye kadar Bakanlık veri değil bilgi toplamaya gayret ediyor ve bu bilgilerin sadece az bir kısmını ortak bir veritabanında saklayabildiği için, daha sonra ihtiyaç duyulan durumda toplamaya gayret ediliyordu. Yeni yaklaşımda ise, bilgiyi değil, bilginin elde edildiği verileri topluyor ve bu verileri **Elektronik Sağlık Kaydı (ESK)** adı verilen merkezi bir veritabanında saklıyor. Böylelikle daha sonra bu verilerden elde edilebilecek başka bilgilere de ihtiyaç duyulursa, geçmişten bu yana tüm bilgiler dahil olmak üzere bu veritabanından kolaylıkla elde edilebiliyor.

Küçük bir not: Merak edip veri sözlüğüne bakarsanız, veri setlerini incelerken Bakanlığın daha önce topladığı formlar üzerindeki bilgilerin bu veri setleri içinde olmadığını görünce şaşırmanın. Yukarıda anlatılan nedenlerden ötürü, artık bu bilgiler değil, bu bilgilerin elde edilebileceği veriler tale ediliyor. Çünkü bilindiği üzere meşhur bilgi piramidinde aşağıdan yukarıya doğru veri (data), bilgi (in-

formation) ve anlam (knowledge) vardır. Şayet en alt seviyedeki veriler elimizdeyse, her zaman ileriye mühendislik dediğimiz işlemle üst katmandakileri elde edebiliriz; ancak üst katmandan aşağıya inmek (geriye mühendislik) çok zordur ya da duruma göre imkânsızdır.

Ödeyici kurumlar ve veri sözlüğü

Veri sözlüğünün sağlık bilgi sistemlerinde kullanılması ve ortak bir standardın yakalanması, hastane yöneticilerimizi belki de en çok ödeyici kurumların istediği bilgilerin de derlenip toparlanması açısından sevindirecektir. Evet, bu veri sözlüğü, sadece Sağlık Bakanlığı'nın ilgilendiği verileri değil, ödeyici kurumların da ilgilendiği verilerin tanımlandığı yegâne referans olacaktır. Ancak şunu da ifade etmeliyiz ki, sözlüğün ilk sürümünde ödeyici kurumların istedikleri verilerin pek azı tanımlanmış durumda. Sağlık Bakanlığı yetkilileri, ilk sürümün bir başlangıç olduğunu, her yıl yeni sürümlerin çıkartılacağını ve ikinci sürümde bu verilerin de tanımlanacağını ifade ediyorlar. Böylelikle MEDULA sistemi başta olmak üzere, sağlık bilgi sistemlerinin adapte olmakta zorlandıkları projeler daha kolay hale gelebilecek.

Diğer ülkelerde veri sözlüğü

Bakanlığın veri sözlüğü çalışmasını geliştirmiş ülkelerle kıyaslanacak durumda diye nitelemiştik. Gerçekten de durum böyledir; ancak şunu da unutmamak gerekir ki, bazı ülkeler bu konudaki çalışmalara bizden çok daha önce başlamış. Bunlar arasında en uzun süredir bu işle uğraşan ülke Avustralya'dır. Yeni Zelanda, ABD, İngiltere ve Kanada ise veri sözlüğü konusunda yine kaliteli çalışmalar yapmış ülkeler arasındadır. Diğer taraftan bazı şaşırtıcı örnekler de vardır. Örneğin savaş altındaki Filistin dahi, her ne kadar Avustralya sözlüğünün bir kopyası gibi görünse de, 2002 yılında Dünya Bankası desteği ile bir veri sözlüğü oluşturmuş. İlgilenenler için aşağıda bazı ülkelerin veri sözlükleri ile ilgili Internet adresleri verilmiştir.

Umuyoruz, ülkemizde başlatılan bu çalışma, aynı titizlikle ve daha geniş katılımlı komisyonlarla devam eder ve kısa zamanda yaygınlaştırılır.

Diğer ülkelerdeki veri sözlükleri adresleri:

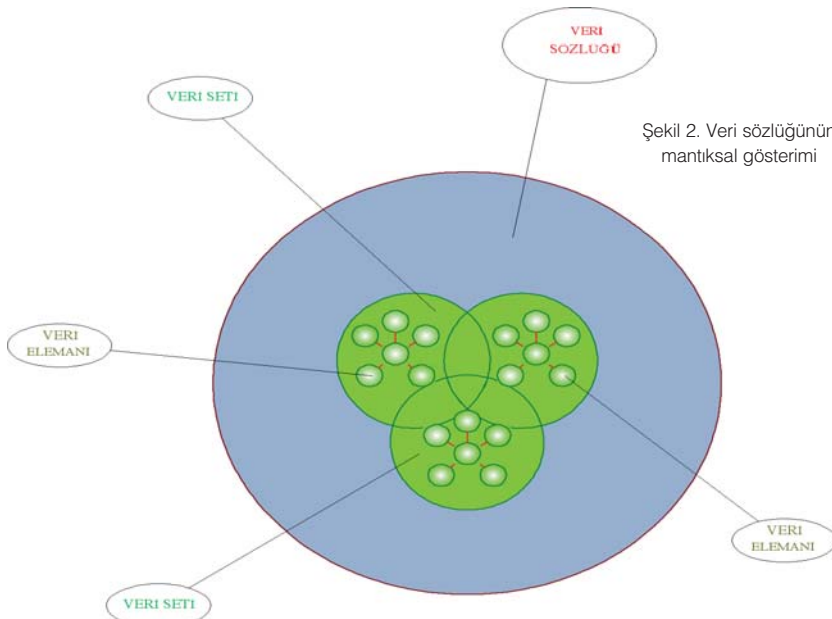
ABD: <http://www.ushik.org/registry/x/>

Avustralya: <http://meteor.aihw.gov.au/>

Yeni Zelanda: www.nzhis.govt.nz/

İngiltere: <http://www.datadictionary.nhs.uk/index.asp>

Filistin: <http://www.moh.gov.ps/>



Şekil 2. Veri sözlüğünün mantıksal gösterimi

Ruh hastasına nasıl bakıldığını söyle, medeniyetinin düzeyini söyleyeyim...

Doç. Dr. Medaim Yanık



1970 Elazığ doğumlu. Tıp eğitimini İstanbul Tıp Fakültesi'nde yaptı. Psikiyatri uzmanlığını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2001-2005 yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görev yaptı. 2005 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında doçent unvanı aldı. 2005 yılından beri Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde klinik şefi ve başhekim olarak görev yapmaktadır.

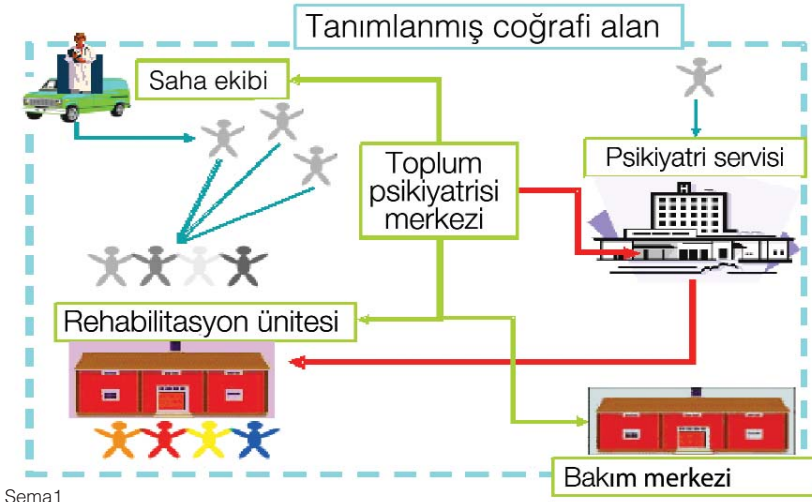
Psikiyatri hastalarına (ruh hastası, deli, akıl hastası yerine kullanıyorum) kötü muamele ile hastaların yaşam şartlarının düzeltilme çabası çelişkisi tarihseldir. Ortaçağ Avrupa'sında hastaların içine şeytan girdiği düşüncesi kilisenin resmi görüşüydü. Şeytanı çıkarmak için işkencenin ince yöntemleri kullanılır hatta hastalar yakıldı. Aynı dönemde İslam Dünyası'nda delilik yarı velilik olarak

kabul edilip, bimarhanelerde müzik tedavisi şeklinde insani yöntemler uygulanıyordu. Zaman değişti Avrupa medeniyeti büyük mücadelelerle delilik algılamasını değiştirdi, hastalar için insanî yaşama şartları oluşturdu. Bizim medeniyetimiz geriledi, medeniyet havzamızda ortaçağ Avrupa'sına benzer görüntüler oluştu. Afganistan'da şahit olduğum manzara medeniyet havzamızın dibe vurmuş haliydi: Sıradan bir psikotik hasta, hastane içinde, el ve ayakları kelepçeli...

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin düzeyi

Ülkemizde hastaların insanca yaşama koşulları için mücadele cumhuriyet döneminde Mazhar Osman öncülüğünde başlayıp bir ileri bir geri şeklinde seyrretti. 80 yılın sonunda bulunduğumuz konum hangi açıdan bakarsak bakalım modern dünyanın gerisinde. Üstelik ruh sağlığı alanı genel tıbbın ülkemizdeki gelişim seyrinin de çok altında. Genel sağlık alanındaki olumlu geliş-





Şema1

meler ruh sağlığı alanına daha az yansımış durumda. Ruh sağlığı açısından içinde bulunduğumuz koşulları daha iyi anlamak için diğer ülkelerin verileri ile kıyaslamak yeterli. Tablo 1'deki veriler bu ülkelerin ruh sağlığı sistemlerini incelemek amacıyla yaptığımız geziler sonucunda oluşturuldu.

Ruh sağlığı alanında reform ihtiyacı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Gelişmekte olan ülkeler bedensel sağlık üzerine yoğunlaşırken, gelişmişlik düzeyi arttıkça ruh sağlığına yönelik vurgu artmaktadır. Gelişmiş ülkeler ruh sağlığı alanını geliştirmek için özel politikalar geliştirmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü bu ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planı ve programı oluşturmalarını önermektedir. Avrupa ülkeleri bu metinlere sahiptir ve ruh sağlığı alanı için büyük değişim programları yürütmüşlerdir. İtalya'da bu değişim 1961 yılında "İtalyan ruh sağlığı reformu" adıyla başlamıştır. Eş zamanlarda aynı değişimler İngiltere, Fransa, Almanya, Finlandiya gibi ülkelere başlamış ve tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Bulgaristan ve Romanya gibi ülkelere de değişim programları yürütülmektedir. Aynı değişim süreci İran'da da yürütülmekte, Dünya Sağlık Örgütü Afganistan'a da aynı sistemi önermektedir. Tüm bu ülkelere yaşanan değişim; **hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş şeklindedir.** Toplum temelli ruh sağlığı modeli modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir.

Türkiye ruh sağlığı sisteminin tüm Avrupa'da yapıldığı gibi köklü değişime ihtiyacı vardır. **Türkiye ruh sağlığı sisteminde reform yapılmalıdır.** Sağlık Bakanlığı tarafından ruh sağlığı hizmet

modeli olarak toplum psikiyatrisi modeline geçişin resmi kararı alınmalıdır. Aile hekimliği modeline geçişin ilan edilmesi ve geçiş sürecinin planlanması gibi toplum psikiyatrisi modeline geçişin planlanması yapılmalıdır. Bakanlığın Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ruh sağlığı alanı ile ilgili direkt bir değişim oluşturması beklenmemelidir. Ruh sağlığı alanı tüm dünyada özel programlarla ele alınmıştır. Türkiye'de de Sağlık Bakanı, üst düzey bürokratları ile birlikte bu alandaki değişim için aktif emek içinde olmalıdır. Bakan, aile hekimliği için işlettiği süreci toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri için de yapmalıdır.

Var olan sistem çok sayıda soruna sahiptir. Sağlıkta dönüşüm programı ile yaşanan büyük dönüşüm, ruh sağlığı alanına yansımamış veya kısmi olarak yansımıştır. Türkiye ruh sağlığı sisteminin ana sorunları şunlardır:

- Tüm Avrupa ülkelerinde toplum temelli ruh sağlığı modeli uygulanırken, ülkemizde halen hastane temelli ruh sağlığı hizmeti yürütülmektedir.
- Türkiye, tüm Avrupa ülkeleri arasında en düşük psikiyatri yatağı oranına sahiptir.
- Psikiyatr, çocuk psikiyatr sayısı Avrupa ülkeleri içinde en düşük orandadır.
- Kronik psikotik hastaların % 10-15'i bakım gerektirmektedir. Gelişmiş olan ülkelere bu kişiler için hastane dışında bakım sistemleri var iken ülkemiz bu hastalar için bir bakım sistemine sahip değildir.
- Avrupa ülkelerinde suç işlemiş psikiyatri hastaları için ruh sağlığı hastaneleri dışında yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastaneleri var iken, ülkemizde herhangi bir adli psikiyatri hastanesi yoktur. Ruh sağlığı hastaneleri içinde sınırlı sayıda adli psikiyatri yatağı olup, bu yatıklar da modern konsepte uygun değildir. Ayrıca hastanelerin esas görevi

olan akut dönem tedavisi hizmetlerini engelleyici etki oluşturmaktadır.

- Ülkemizde özel sektörün ruh sağlığı sistemine katkısı % 2 düzeyindedir. Hâlbuki Avrupa ve Amerikan sisteminde bu katkı % 40 düzeyindedir.

- Hastaların haklarını koruma amaçlı, özellikle istemsiz yatışları düzenleyecek "Ruh Sağlığı Yasası" yoktur. Hâlbuki Avrupa'da bu alandaki yasal düzenlemeler 30 yıldan beri uygulanmaktadır.

DSÖ'nün ruh sağlığı hizmet modeli önerisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi ile ilgili üç temel önerisi vardır.

- 1- Büyük psikiyatri hastanelerinden çok sayıda, ancak daha küçük hastanelere geçiş (Deinstütizasyon),
- 2- Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinde verilmesi,
- 3- Psikiyatrik hizmetlerin genel sağlık sistemine entegre edilmesi, genel hastane içinde psikiyatri kliniklerinin hizmet vermesi.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin verilme modeli bu üç ilkeyle de uyumsuzdur. Ruh sağlığı hizmeti esas olarak 300-1500 yataklı ruh sağlığı hastaneleri üzerinden verilmektedir. Bu hastaneler büyüklükleri ve aşırı iş yükü nedeniyle sorunludurlar. İkinci olarak ruh sağlığı hizmet modeli hastane eksenli hizmet modeli olup tüm Avrupa'da uygulanan Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli'nden farklıdır. Avrupa ülkelerinde bu değişim 40 ile 15 yıl öncesinden başlanıp tamamlanmıştır. Son olarak ruh sağlığı hizmetleri genel sağlık sistemine entegrasyonu zayıf olup, psikiyatri yataklarının ancak % 10'u genel hastane içindedir. Ayrıca birinci basamağın ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri yoktur. Aile hekimliği modelinde ise ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl olacağı henüz netleşmemiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur:

1. Coğrafi temelli hizmet,
2. Ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmet,
3. Tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı psikiyatri servisi, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ve bakım kurumları.

Bu modelde ülke coğrafi alanlara bölü-

İlk onlar unutulur en son onlar hatırlanır. “Onlar” ifadesi ağır ruhsal hastalığı olan insanlarımızı işaret eder. Batmaktan kurtulması için ağırlığın atılması gereken bir gemide en kolay feda edilecekler önce suya atılır.



nür. Ruh sağlığı ekibinin 100.000 nüfusluk bir alana hizmet vermesi planlanır. Ekip; psikiyatr, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacıdan oluşur. Ekip hareketlidir, hastanın yaşadığı alana hizmet götürür. Ekibin hizmet verilen bölgede merkezi vardır. Genellikle bu merkez ana hastanenin dışındadır. Ekip görev ve sorumluluk açısından yapılan- dırılmış, yapılacak işler ise planlanmıştır. Her hasta için kayıt vardır ve o hasta için yapılacaklar bireysel olarak yazılı planlanmıştır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastalar toplumun dışına atılmayacaklar, dışlanmayacaklar ve toplumla birlikte yaşayacaklardır. (Önerdiğimiz toplum temelli ruh sağlığı sisteminin şematik gösterimi şema 1’deki gibidir.)

Ruh sağlığının önemi

Hıfzıssıhha Mektebi ve Başkent Üniversitesi’nin yaptığı Ulusal Hastalık Yüğü

ve Maliyet Etkililik Çalışması politika yapı- cılar için rasyonel hedefler göster- mektedir. Hastalık Yüğü Çalışmaları ile o ülkenin olumsuz sağlık durumlarının nedenlerinin, düzeylerinin, saptanması ve bu olumsuzlukların giderilmesi için politikalar belirlenmesine yarayacak veriler elde edilir. Bu çalışma verilerine bakıldığında depresyon maliyet göster- gesi olan DALY’e (DALY; sağlıklı olarak geçirilen bir yılın kaybı) neden olan hastalıklar listesinde 4. sırada olduğu, yine depresyonun kadında özürlü ola- rak yaşanan yıl oranında ilk sırayı aldı- ğı, en fazla maliyete sebep olan hasta- lık listesinde 3 ayrı psikiyatrik hastalık bulunduğu görülmektedir. Ulusal dü- zeyde DALY nedenlerinin temel hasta- lık gruplarına göre dağılımı yapıldığın- da %19 ile ikinci sırada nöropsikiyatrik hastalık grubu vardır. Ayrıca 15–19 yaş arasında nöropsikiyatrik hastalıklar ka- dınlarda ikinci, erkeklerde üçüncü sıra- dadır. Çalışmanın sonunda yazarların yorumu şöyledir: “Hem kentsel hem de kırsal alanda ruh sağlığı hastalıkları ül- kemizde önemli hastalık yükü oluşturu- maktadır”.

İlk onlar unutulur en son onlar hatırlanır

“Onlar” ifadesi ağır ruhsal hastalığı olan insanlarımızı işaret eder. Batmaktan kurtulması için ağırlığın atılması gere- ken bir gemide en kolay feda edilecek- ler önce suya atılır. Bir toplumun mede- niyet anlayışında, ekonomisinde, kültü- rel birikiminde gerileme olduğunda ön- ce ruh sağlığı hastaları zarar görür. Unutulurlar, kendi başlarına, yakınları- nın sırtına bırakılırlar. Irak’ta savaş son- rası ülkedeki tek psikiyatr şöyle demiş- ti: “Savaşın aktif günleri geçip ruh sağ- lığı hastanemize döndüğümde ne has- talar kalmıştı, ne de hastane”. Ülkemiz- de birçok sağlık parametresi düzeldi, düzelme yolunda. Aslında ruh sağlığı alanında da önemli işler yapıldı. Fakat ihtiyacımız olan bir reform paketi düze- yinde bir değişim. Sağlık Bakanımızla ruh sağlığı reformunun planlamasına başlamıştık. Ülkenin içine girdiği seçim dönemi ruh sağlığı reformu sürecini baltaladı. Umarım yeniden başlayabili- riz. “Onları” hatırlamanın zamanı geldi.

Parametre	Türkiye	İtalya	Finlandiya	İngiltere	Almanya	Afganistan
Nüfus	70 milyon	80 milyon	5.2 milyon	60 milyon	82 milyon	25 milyon
Milli gelir/dolar	5300	28.000	24.893	39.213	35.203	1000
Psikiyatr sayısı / 100000	2 (1400)	9 (5.094)	19 (950)	11 (6600)	12 (9781)	0.24 (60 kişi 2 diplomalı)
Psk. hemşiresi /100 bin	Unvan yeni kabul edildi.	26	164	48400		Unvan yok
Psikiyatri yatak sayısı	6000	10.083	5000	34800	54088	120
Bakım yatağı sayısı	RSHH içinde 750	17.343	5.000	40.000		Yok
Toplum psikiyatrisi modeli	Var	Var	Var	Var	Var	Yok
Ruh yasası sağlığı	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok
Adli yatak	RSHH içinde 750	Adalet Bakanlığı’na bağlı üç hastane (2000 yatak)	600 yatak (2 ayrı hastane)			Yok
Belediyelerin hizmete katkısı	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok
Toplum ruh sağlığı merkezleri	Yok	695	Var	Var	Var	Yok
Psikiyatri biriminde yatak sayısı	20 - 60	16	20	20	20	20
Bir gece yatış faturası	40 avro		330 avro		200 avro	Ücretsiz

Tablo 1



Sigarasız bir dünya için...

Dr. Cengiz Şen



1971'de İstanbul'da doğdu. 1989'da Kadıköy Anadolu Lisesi'nden, 1995'te İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 – 2001 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda çalıştı. Halen İstanbul Medipol Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları Uzmanı olarak çalışmakta.

Sigara; tehlikeli salgın bir hastalık, eroin ve kokain kadar ciddi bağımlılık yapan bir madde, hasta bireyler, bağımlı insanlar ve sağlıksız bir toplum!

Sigara, en önemli önlenebilir ölüm ve hastalık nedenleri arasında yer alıyor. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre günümüzde yaklaşık bir milyar üç yüz milyon düzenli sigara

içicisi var ve bunların yarısı sigaraya bağlı gelişen hastalıklardan dolayı hayatını kaybedecek. Her yıl dünyada 5 milyon kişi aktif olarak sigara içtiği için ve yüz binlerce insan sigara dumanına maruz kalmaları nedeniyle ölmekte.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise ülkemizde 20 yaş üzeri erkeklerde sigara içme oranı yaklaşık % 60, bayanlarda %15; 17 milyon sigara tüketicisi var, günde 40 milyon, yılda ise 15 milyar dolar sigaraya verilmekte;

her yıl 100.000 insanımız sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmekte. Bu hastalıkların tedavisi için yapılan sağlık harcaması yılda 3 milyar dolar civarında. Yani hem kişisel hem de ulusal bazda yoksullaşma söz konusu.

Peki sigara niçin bu kadar tehlikeli? Yaygın olarak kullanıldığı için mi, hastalıklara yol açtığı için mi, bağımlılık yaptığı için mi, toplumsal olarak kabul gördüğü ve hoş karşılandığı için mi?



Sigaradan dolayı üretici firmalar dışında kâr eden kuruluşlar var mı? Gelişmiş ülkeler, niçin kendi ülkelerinde hızla sigara içme yasaklarını artırırlar, sigara endüstrilerini geliştirmekte olan ve geri kalmış ülkelere kaydırıyorlar? Bu kadar kişiyi öldürebilen, yasal olarak kullanılabilen başka bir kitle imha silahı olabilir mi? Hangi uyuşturucu ya da ölümcül maddeyi en yakın bakkaldan sadece birkaç YTL ödeyerek alabiliriz? Çarşı veya pazardan aldığımız hangi ürünün üzerinde kullanma talimatına uygun bir şekilde tükettiğinizde sizi öldürür uyarısı var? Bütün bu soruların cevaplarını, sigara ile ilgili bilimsel veri ve istatistikleri incelediğimizde ne kadar ciddi bir düşmanımız olduğunu anlayabiliyoruz.

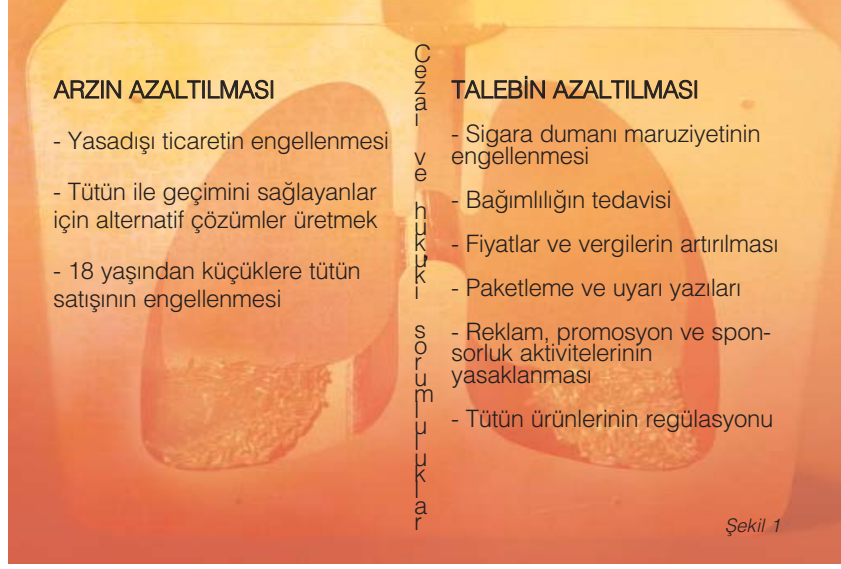
Anlıyoruz ama bu konu ile mücadele ediyor muyuz? Hangi yöntemleri kullanırsak sigarayı yenebiliriz?

Sigaranın sağlık üzerine olan zararları konusunda hiçbir şüphe yoktur. Tütün dumanında 4000'den fazla kimyasal madde bulunduğunu artık herkes biliyor. Üstelik bunların 50'den fazlasının kanser yapıcı olduğu da pek çok kimse hatta sigara tiryakileri tarafından bilinmekte. Bu maddeler arasında egzoz gazı, araba aküsü, gaz odası zehri, tırnak cilası çıkarıcısı, naftalin gibi zehirli maddeler ve polisiklik hidrokarbon, aromatik aminler gibi kanserojenler bulunduğunu, nikotin ise fizyolojik bağımlılığın oluşmasına yol açtığı da yine bilinen gerçekler arasında.

2003 yılında International Agency for Research on Cancer (IARC) ve benzeri kuruluşlar tarafından yayınlanan raporlarda sigara dumanı grup bir kanserojen olarak sınıflanmıştır. Sigara tüm kanser ölümlerinin üçte birinden sorumludur. Akciğer kanserinden ölen her 10 kişiden dokuzunun nedeni sigaradır. Toplum da fazla tanınmayan, bronş olarak adlandırdığımız hava yollarının ve akciğer dokusunun hasara uğraması ile ortaya çıkan KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) günümüzde 4. sıradaki ölüm nedenidir. Her on hastadan dokuzunun nedeni sigaradır. Koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 25-30'undan sigara sorumludur.

Doktorum günde 5 sigara içmeme izin veriyor

Bu söz tiryakilerin genel bir kaçıışı olsa da, pek çok kimse günde 5 sigaraya kadar içimin ciddi bir hastalık riski taşımadığını söylese de, gerçek böyle değil. 2005 yılında yayınlanan ve yaklaşık 43 bin kişinin 30 yıl takip edildiği çalışmanın sonuçlarına göre



günde 1-4 arası sigara içiminin kalp yetersizliği, akciğer kanseri ve diğer rahatsızlıklara bağlı ölümleri anlamlı bir şekilde artırdığı ortaya kondu. İçmek, az içmek, dumanına maruz kalmak... Hepsi de son derece zararlı. Peki tüm bu bilgilere sahip olmak, acaba sigara içimini azaltmakta mıdır? Sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda alınan sonuçlar bir hayli dikkat çekicidir. Zira bu kişilerde sigara içme oranları Türkiye ortalaması üzerine çıkabilmektedir. Bilgi sahibi olmak, içenleri bilgilendirmek elbette önemlidir ama sigara ile mücadelede tek başına yeterli değildir.

Bile bile niçin içiyoruz?

Tütün, DSÖ tarafından mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olarak tanımlanmıştır. Eroin ve kokain kadar ciddi bağımlılık yapabilmektedir. Bu bağımlılığın sosyal, psikolojik ve farmakolojik olmak üzere üç komponenti vardır. Sigaraya başlanması ile bu alışkanlığın devam ettirilmesini sağlayan etkenler birbirinden farklıdır. Sosyal ve ailesel faktörler sigaraya başlanmasında en önemli etkenlerdir. Aile bireylerinin ve yakın arkadaşların sigara içimi ile sigaraya başlanması arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Sigara içiminin devam ettirilmesinde ise özellikle nikotin eksikliğine bağlı gelişen fizyolojik bağımlılık başta olmak üzere, psikososyal ve genetik faktörler önem kazanmaktadır. Nikotin yüksek derecede bağımlılık yapan bir maddedir ve beyin üzerinde eroin ve kokaine benzer etkilere yol açmaktadır. Üzüntü, stres, sevinç, öfke gibi psikolojik durumumuzu etkileyen durumlar ve çay, kahve içmek, sohbet etmek gibi gündelik aktivitelerimiz ile sigara içimini bağdaştırmak, sigara içiminin sürdürülmesinde etkili olmaktadır. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar da genetik özelliklerin sigara içimine % 35 - 68 oranında etkisi olduğunu göstermiştir. İçilen sigara miktarı, bırakılma oranları, sigara içiminden etkilenme derecesinin belirlenmesinde genetik özelliklerin etkisi de vardır. Bütün bu özelliklerinden dolayı sigara içmeyi deneyenlerin büyük bir kısmı bağımlı olmaktadır. Günümüz tedavi yöntemleri ile si-

gara içenlerin ancak % 40'ı sigarayı bırakabilmektedir. Bırakma oranının düşük olması, bilimsel olarak kanıtlanmamış yöntemlerle çalışan merkezlerin artmasına neden olmuştur. Unutulmamalıdır ki her 100 kişiden 5 ile 10'u sigarayı kendi isteğiyle bırakabilmektedir. Sigarayı bıraktıran poliklinikleri gereklidir ama sigara ile mücadelede tek başına yeterli değildir. Sigaraya hiç başlanmamasının sağlanması daha anlamlı bir önlem olarak gözükmemektedir.

Gelişmekte olan ülkeler bağımlı olsun!

ABD, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sigara içme oranları hızla düşmektedir. ABD'de 1965 yılında erişkinlerin % 42.6'sı sigara içerken bu oran günümüzde % 23.5 düzeylerine gerilemiştir. Avrupa ve Kuzey Amerika'daki satış oranlarındaki düşüşler, artan yasaklar ve toplumun bilinçlenmesi ile tütün endüstrisi yeni pazarlar yaratmak üzere, aktivite ve yatırımlarını geliştirmekte olan ülkelere doğru kaydırmıştır. Düşük gelirli ülkelerin tükettiği dünya tütünü oranı 1976'da % 41 iken, 2000'li yıllarda % 71'e yükselmiş; global pazar artışı % 5 iken Asya, Latin Amerika ve Afrika kıtasında bu artış yaklaşık ortalama % 30 olmuştur. 2030 yılında gelişmekte olan ülkelere sigara içimi ile ilişkili 7 milyon can kaybının olacağı tahmin edilmektedir.

Tütün endüstrisi küresel bir endüstridir

Tütün endüstrisi pazarlama faaliyetleri, uydu yayınlar da kullanılarak, uluslararası düzeyde hızla devam etmektedir. Bu nedenle ülke sınırları içerisinde alınacak önlemler sigara ile mücadelede yeterli olmayacaktır.

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşmasına ve tütün şirketleri tarafından pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve bu konudaki ilk uluslararası anlaşma özelliğini taşıyan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi", 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü'nün



56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. 27 Şubat 2005'te ise son halini alarak yürürlüğe girmiştir. Günümüzde dünya nüfusunun % 80'den fazlasını temsil eden 140'tan fazla ülke bu anlaşmaya taraf olmuştur. Birleşmiş Milletler tarihinde en fazla kabul gören belgelerden biridir. Dünya Bankası da, gelişmekte olan ülkelerin ekonomisinin önündeki en büyük engellerden birini tütün olarak saptamış ve bu ülkelere etkin bir tütün kontrol programına sahip olmaları gerekliliğini vurgulamıştır.

Dünya Bankası 2003 yılında birçok ülkeden aldığı verileri değerlendirerek sigara ile mücadelede etkili olan yöntemleri önem sırasına göre belirlemiştir. 2004 yılında ENSP (European Network For Smoking Prevention), 28 Avrupa ülkesinin yaptığı sigara karşıtı çalışmaları da baz alarak, hangi yöntemin ne kadar etkili olduğu konusunda bir puanlamayı ortaya koymuştur.

Fiyat / vergilerin artırılması..... 30 puan

Sigara içiminin, iş yerleri ve halka açık yerlerde yasaklanması (dumansız ortamlar)..... 22 puan

Kontrol programları için (medya kampanyaları, eğitim projeleri vb) bütçe ayrılması..... 15 puan

Reklamların yasaklanması..... 13 puan

Paketleme ve paketlerde uyarıcı etiketlerin kullanılması..... 10 puan

Sigara bıraktırma desteğinin verilmesi..... 10 puan

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi, sigara ile mücadelede benzer yöntemleri önermektedir. Bu sözleşmeye göre alına-

cak önlemler şekil 1'de özetlenmiştir.

Bu önlemler içerisinde tütün mamulleri fiyatının artırılması ve sigara içiminin iş yerleri ve halka açık yerlerde yasaklanması en etkili yöntemler olarak saptanmıştır.

Fiyat ve vergilerin artırılması

Türkiye'de yıllık tütün mamulü tüketimi 5,5 milyar paket dolayındadır. Nüfusu Türkiye nüfusuna benzer ülkelere İngiltere'de yılda 3.7 milyar, Almanya'da 7.1 milyar, Fransa'da 4 milyar paket dolayında sigara tüketilmektedir. Türkiye'de sigara üzerindeki vergi yükü ortalaması (ÖTV+KDV) % 73.25'tir. Tütün mamullerinin fiyatının artırılması, özellikle gençler ve düşük gelir gurupları arasında etkili olmakta; kamu gelirlerinde ise artış sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre sigara fiyatlarındaki % 10'luk artış, gelişmiş ülkelerde tüketimde % 4, gelişmekte olan ülkelere % 8 oranında azalmaya yol açmaktadır. Gümrüksüz satış mağazalarında gelen yolculara tütün ve tütün mamullerinin vergisiz satışı, tüketimi artırıcı etki yapmaktadır. Sigara ile mücadelede yasadışı tütün ticareti mutlaka önlenmelidir. Sigara kaçakçılığı sigara fiyatlarında düşmeye, satış ve tüketiminde artmaya ve vergi gelirlerinde azalmaya neden olmaktadır. Dünya sigaralarının % 10-35'i kaçakçılıkla satılmaktadır.

Dumansız ortamlar

Dünya Sağlık Örgütüne üye devletler her yıl 31 Mayıs'ı "Sigarasız Bir Dünya Günü" olarak kutlamaktadır. Bu yılki etkinliklerin ana teması, sigara ile mücadele en başarılı yöntemler içinde olan 'tamamen sigarasız ve du-

mansız ortamlar' olarak belirlenmiştir. Konuyla ilgili olarak Türk Toraks Derneği de, Dünya Sağlık Örgütü'ne paralel bir bildiri yayınlarak konunun önemine dikkat çekmiştir.

Mart 2004'te İrlanda, restoran, kafeterya ve barlar dahil tüm kapalı ortamlarda tamamen dumansız ortam (TDO) uygulamasını gerçekleştiren ilk ülke olmuştur. Ardından Norveç üç ay içinde dumansız iç ortam yasasını çıkarmıştır. O dönemden bu yana Yeni Zelanda, İtalya, Uruguay gibi ülkeler, bazı yerel yönetimler benzer yasaları yürürlüğe koymuşlardır. İngiltere bu yıl içinde TDO uygulamasına geçmiştir. Kanada'nın % 80'i, ABD'nin % 50'si bar ve restoranlar dahil halka açık tüm kapalı alanlarda ve iş yerlerinde dumansız çevre koşullarını sağlamıştır. Avustralya ve İspanya 2007 sonuna kadar uyguladıkları yasanın sınırlarını genişleterek TDO yaratacaklarını Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bildirmişlerdir. Ayrıca Singapur, Nijerya, Uganda, Mauritius, Gine, Malta dahil birçok ülke TDO için adım atmış bulunmaktadır (şekil 2).

Tüm dünyada artan bu uygulamalar karşısında Uluslararası Tütün Endüstrisi, dumansız tütün ürünlerini pazarlamaya başlamıştır. Sigara dumanı olan işyerlerinde çalışanların sağlığı da sigara içicisi olmasalar bile ciddi tehlike altındadır. Pasif sigara dumanı öncelikle lokanta, kafeterya, bar gibi ikram sektöründe çalışanları etkilemektedir. Dumanlı lokanta, kahvehane, pastane, bar gibi yerlerde çalışanların öksürük, hırıltı, göz yanması gibi bulguları vardır. Avustralya'da sigara içmeyen ve gırtlak kanseri olan bir barmene 466 bin dolar tazminat ödenmiştir.

Havalandırma ve masa ayırma işe aramıyor!

Bilimsel araştırmalar klima, havalandırma veya sigara içilebilir ve içilemez gibi bölümlere ayırmanın etkisiz yöntemler olduğunu göstermiştir. Çevresel tütün dumanı için güvenli maruziyet dozu ya da diğer bir deyişle eşik dozu yoktur. Havalandırma veya filtreizasyon sistemleri çevresel tütün dumanı (ÇTD) kokusunun ortamda azalmasını sağlayabilir. Ancak TDO dışında, ÇTD'den koruyucu etkin yaklaşım yoktur. 2003 yılı Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre; çalışmaya katılanların % 89'u evde, % 90'ı halka açık alanlarda pasif maruziyete uğramaktadır. O halde, başta Avrupa ve ABD olmak üzere birçok ülkedeki gibi ülkemizde de lokanta, kafeterya, alışveriş merkezleri gibi halka açık yerlerde sigara tamamen yasaklamalıdır.

Neden tamamen dumansız iç ortamlar?

Çünkü:

1. Ortamdaki tütün dumanı ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açar.
2. Tam dumansız ortamlar, çalışanları ve toplumu tütün dumanının zararlı etkilerinden korumaktadır.
3. Tüm insanların tütünsüz, temiz hava soluma hakları bulunmaktadır.
4. İnsanların çoğu sigara içmemektedir; bu kişilerin aynı zamanda başkasının tütün dumanından korunmak da en doğal haklarıdır.
5. Sigara yasakları genellikle hem sigara içen hem de içmeyen kişilerce desteklenmektedir.
6. Tam dumansız ortamlar yaratmakla özellikle gençlerin sigaraya başlaması önendirilmemiş olur.
7. Sigarayı bırakma isteğinde olan içiciler için dumansız iç ortam oluşturulması ciddi motivasyon sağlar.
8. Tam dumansız ortamlar çocuklu aileler ve sigara içmeyen çoğunluk tarafından tercih edileceği için işyerleri için de kazançlıdır.
9. Tam dumansız iç ortam yaratmanın maliyeti düşüktür ve çok etkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü, Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi çerçevesinde dumansız ortamlar sağlanabilmesi için Temmuz 2007 tarihinde bir rehber hazırlamıştır. Bu rehberde yasakların gönüllülük esasına dayanmaması, % 100 sigarasız ortamları destekleyen kanunların çıkarılması ve bu ka-



nunların uygulanmasının takibinin gerekli olduğu vurgulanmış ve ev içi sigara içiminin engellenmesi için eğitimsel faaliyetlerin düzenlenmesi önerilmiştir.

Daha fazla bütçe ayrılmalı

Sigara karşıtı kampanyaların, tütün kontrol ve eğitim programları gibi aktivitelerin düzenlenmesi, yeterli süre ve sıklıkta sigara içenler ile temasın sağlanması açısından daha fazla bütçe ayrılmalıdır. Peki bu bütçe ne kadar olmalıdır? CDC (centers for disease control and prevention-ABD)'ye göre en az 3 yıl süresince yıllık kişi başı 1-3 Dolar arasındadır; 2004 yılında Avrupa Solunum Derneği tarafından hazırlanan raporda Avrupa Birliği ülkeleri için bu rakamın kişi başı 1-3 Avro olması önerilmiştir. Avrupa Birliği'nde sadece İngiltere kişi başı 2 Pound'dan fazla bütçe ayırmaktadır. Bununla birlikte sigara ile savaşım için ayrılan bütçeler, ülkelerin ekonomik yapılarına göre de farklılıklar gösterebilecektir.

Yasaklar etkili...

Yapılan çalışmalar, reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarının etkili olduğunu göstermiştir. Bu yasakların bir kısmına uyulmadığı takdirde başarı oranları ciddi bir şekilde azalmaktadır. Kapsamlı olmayan yasaklarda tüketim on yıl içinde % 1 oranında azalırken, bu oran kapsamlı yasaklarda % 8'e kadar yükselmektedir.

Sigara paketleri üzerindeki yazılı ve görsel uyarıların etkili olabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gereklidir. Bu uyarılar sigara paketinin her iki yüzünde olmalı, yüzeyin % 50 ve üzerindeki bir alanı kaplamalı (% 30'dan az olmamalı), görülebilir ve anlaşılır olmalı, mümkünse resim içermelidir. Sigara paketleri üzerinde, daha az zararlı olabileceğini düşündüren light, ultralight, law tar gibi ifadeler kullanılmasına izin verilmemelidir.

Etkin mücadele

Etkin bir mücadele için bütün bu yöntemlerin bir program dahilinde birlik-

te kullanılması gereklidir. Yukarıda anlatılan puanlama sistemine bağlı olarak belirlenen tütün kontrol derecesi skoru değerlendirildiğinde Avrupa ülkeleri içinde en başarılı ülke 74 puanla İrlanda'dır. Bu ülkeyi 73 puanla İngiltere, 71 puanla Norveç, 70 puanla İzlanda ve 62 puanla Malta takip etmektedir. Puanlama sisteminde sadece 30 Avrupa ülkesi değerlendirilmiştir. Bu sistemin eksik yanları olmakla birlikte farklı ülkelerin tütün kontrol programlarını sistemik bir yaklaşımla değerlendirilebilmesi, karşılaştırabilmesi, eksik yönlerin belirlenebilmesi açısından etkili olduğu düşünülmektedir. Tütün kontrol programlarının başarısında birçok faktör etkili olabilmektedir. Dünyada tütün ürünlerinin satışının yasak olduğu tek ülke olan Butan'da, sigara karşıtı yasaların düzenlenmesinde Budizm inancı etkili olmuştur. Kendisi bir Onkolog olan Uruguay Başbakan'ı ülkesinde sigara karşıtı çalışmalarda etkin rol oynamıştır.

Tüm dünyada Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında sigara karşıtı çalışmalar devam etmekte ve başarılı olan ülkelerin çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün web sitesinde yayınlanmaktadır.Örneğin Kostarika, Yeni Zelanda ve İngiltere'deki sigara bırakma tedavileri; İran, Norveç ve Tayland'ın reklam yasakları uygulamaları; Brezilya, Tayland ve Kanada'daki sigara paketi üzerindeki uyarılar ile ilgili çalışmalar gibi birçok veriye http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/index.html adresli web sitesinden ulaşılabilir.

Dünya sigaraya karşı ciddi bir savaş başlatmış durumdayken acaba ülkemizde durum nasıl? Ülkemizde sigaraya karşı savaş, 1990 yıllarda kapsamlı hale gelmeye başlamıştır. 1991 yılında Tütün Yasası, ticaret özgürlüğüne aykırı olduğu gerekçesiyle veto edilmiştir.1996 yılında 4207 sayılı tütün ve mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanun yürürlüğe girmiştir.

Bu kanun, ne suretle olursa olsun (doğrudan ve dolaylı) sigara reklam-



Şekil 2

Mor renk ile gösterilen yerlerde sigara içimi tamamen yasak; yeşil renkli yerlerde sigara içimi için özel odalar bulunuyor.

larını, umumi yerlerde sigara içmeyi, 18 yaşından küçüklere sigara satışını yasaklamıştır. DSÖ tarafından oluşturulan tütün kontrol çerçeve sözleşmesi, 5261 sayılı kanun ile ülkemiz tarafından da kabul edilmiş ve 30 Kasım 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 2006 yılında bu sözleşme kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde kapsamlı bir "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80'in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100'e yakın olmasını sağlamaktır. Bu programa göre alınacak önlemler üç ana grupta ele alınmıştır. Her grubun alt başlıkları, hedefleri amaçları, stratejileri ve sorumlu kuruluşları belirlenmiştir. Bu önlemler:

A. Tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler

Bu önlemler, halkı bilgilendirme, bilinçlendirme ve eğitim, sigarayı bırakma, fiyat ve vergilendirme, çevresel tütün dumanı (pasif içicilik), reklâm, promosyon ve sponsorluk, ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi başlıkları altında toplanıyor.

B. Tütün arzının ve tütün ürünlerinin kullanımının azaltılmasına yönelik önlemler

Bu önlemler ise yasadışı ticaret, gençlerin ulaşılabilirliği, tütün üretimi ve alternatif politikalar başlıklarından oluşuyor.

C. Tütün kullanımı ve ulusal tütün kontrol programının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması.

Programının hedefleri arasında:

☞ 2007 yılına kadar, sigara ve diğer tütün mamullerinin marka ve firma reklamına aracı olacak her türlü reklam, sponsorluk ve promosyon ihlallerini sıfıra indirmek,

☞ 2007 yılı sonuna kadar Türkiye'de yasadışı ticaretin boyutunu kanıta da-

yalı yöntemlerle saptamak, 2008 yılına kadar "pasif maruziyetin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı" olduğu bilgisini toplum geneline yaymak,

☞ 2008 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranının % 90'nın üzerine çıkarmak, 2010 yılına kadar toplumun % 90'ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak;

☞ Öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarının % 50'nin üzerine çıkarmak;

☞ Türkiye'de sigara üzerindeki vergi yükünü % 80'nin üzerine çıkarmak. (Sigara fiyatlarının artırılması);

☞ Gebe ve çocukların pasif maruziyete uğramalarını önlemek;

☞ Tütün üretiminden vazgeçen veya vazgeçirilen üreticiler ile sektörden uzaklaşmak durumunda kalan tütün işçilerinin alternatif ürünlere ve ekonomik faaliyetlere geçişleri tamamlamak, sürdürülebilir alternatif geçim yollarının geliştirilmesini sağlamak yer almaktadır.

Bu programda Sağlık Bakanlığı dışında Milli Eğitim Bakanlığı, Sivil Toplum Örgütleri, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Bakanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Maliye Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı – Reklam Kurulu, Gümrük Müsteşarlığı, TEKEK, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı gibi birçok kurum ve kuruluşun görev alması programın yürütülebilmesi açısından ümit vericidir.

Sigara ile kapsamlı mücadele gerek dünyada gerekse ülkemizde son yıllarda ivme kazanmıştır. 21. yüzyılın ilk birkaç yılında tüm dünyada alınan önlemler ve uluslararası anlaşmalar bir zamanlar imkânsız gibi gözükken sigarasız bir dünya adına umut ışığı

olmuştur. Birçok ülkede sigara içimi toplumsal alanlarda tamamen yasaklanmıştır. Sigara ile mücadelede bireyler, sivil toplum örgütleri, politikacılar, devletler, ulusal ve uluslararası kuruluşlar bir arada çalışmalıdırlar.

DSÖ öncülüğünde hazırlanan 'Tütün Kontrol Programları' gibi projelerin kısa zamanda tüm dünyada hayata geçmesi ve sigara hastalığının çiçek hastalığı gibi erediye edilmesi, gerek toplumsal gerekse ekonomik açıdan önemlidir.

Üzülerek belirtmek isterim ki, bu metni incelediğiniz dönemde (yaklaşık 10 dakika) 60 kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmiştir.

Kaynaklar

ATS guidelines: Cigarette smoking and health-1996

WHO, Framework Convention on Tobacco Control- 2005

Bjartveit K, Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day Tobacco Control 2005;14:315-320

The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tob. Control/2006; 15:247-253

Ulusal Tütün Kontrol Programı, Resmi Gazete, Genelge 2006/29; Sayı 26312

Making Smoking History Worldwide, N Engl J Med 2007; 356:15

WHO, Protection from exposure to second-hand tobacco smoke.Policy recommendations. July,2007

WHO, Smoke free inside, World No Tobacco Day, 31-May,2007

Türk Toraks Derneği, Sigarasız Bir Dünya Günü, Basın Bildirgesi, 31 Mayıs 2007

Sigara ve sigara bırakma tedavileri, Doç. Dr. Tunçalp Demir, Turgut Yayıncılık, 2005



Antimikrobiklere karşı direnç: Küresel bir sorun

Prof. Dr. Recep Öztürk



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

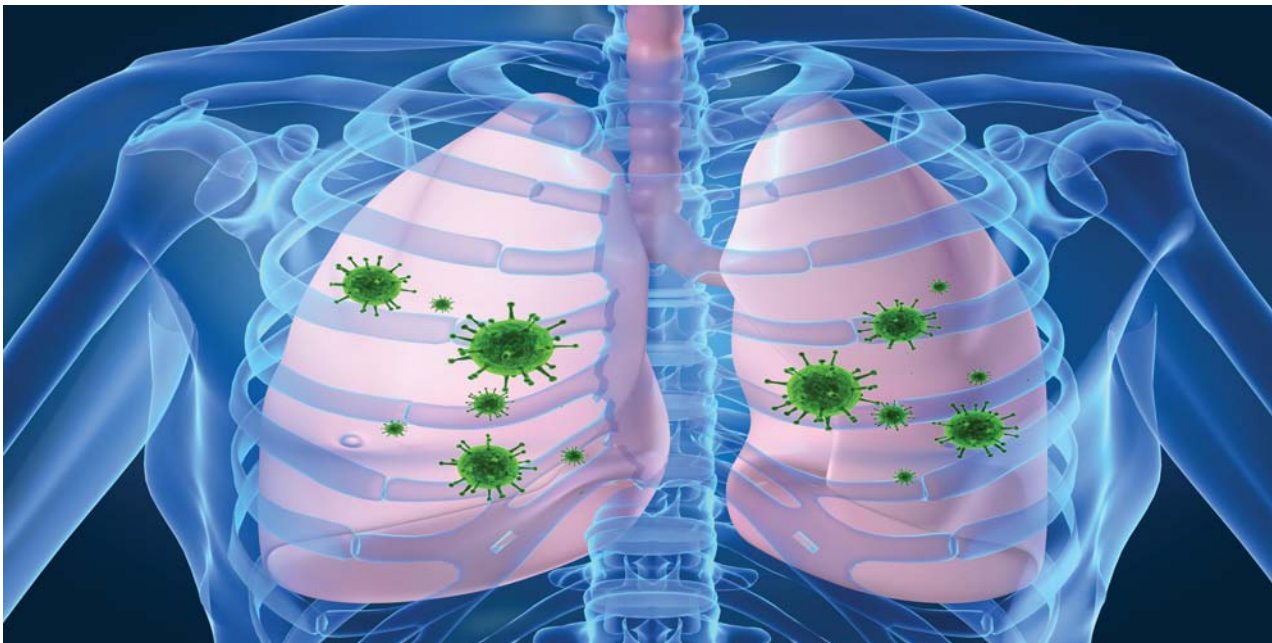
Pek çok alandaki olumlu gelişmelere rağmen, "denge"nin korunamaması sonucu meydana gelen, her biri küresel boyutta olan "sorunlar" (küresel ısınma vd.) çağında yaşıyoruz. Günümüzde küresel ölçekte bir sorun haline gelen antimikrobiklere karşı direnç gelişmesi halk sağlığını tehdit etmektedir. Doksanlı yılların başlarında olayın dünya için bir kriz olduğu belirtilmiş, direnç sorunu TIME vb. dergilerde "Antibiyotik çağının sonu mu?" benzeri kapak konusu sorularla gün-

deme taşınmıştır.

Son 50-60 yıl içinde kullanıma giren antibiyotikler insan yaşamında en önemli katkısı sunmuş, ölümcül pek çok enfeksiyon hastalığının başarıyla tedavisine imkan sağlamıştır. İnsanlık tarihinin en önemli buluşlarından olan antibiyotikler, başta uygun ve gereksiz kullanımları sonucu gelişen direnç nedeniyle etkilerini önemli oranda kaybetmektedir. Mikroorganizmalar kendilerini yok etmek için kullanılan antimikrobik maddelere karşı er ya da geç karşı koyma gücü yani direnç kazanmaktadır. Ölümlerin % 45'inin halen enfeksiyon hastalıklarına bağlı olduğu düşük

gelirli ülkelerde, direnç gelişmesine bağlı olarak enfeksiyonlar ne yazık ki daha da öldürücü olabilecektir. Bu tip ülkeler için önemli olan solunum yolu enfeksiyonları, akut ishaller, sıtma, tüberküloz direnç nedeniyle sorun yaşanan hastalıklar içinde başta yer almaktadır. Antimikrobiklere karşı direnç; toplumda enfeksiyonların etkili tedavi edilememesi, enfeksiyon hastalıklarının daha uzun sürmesi; ölüm riskinin artması, salgınlara sıklaşması ve uzaması, sağlam toplum kesimlerinde enfeksiyon riskinin artmasını ifade eder.

Başta hastanelerde olmak üzere çok ilaca karşı dirençli kökenlerle gelişen



hastane enfeksiyonları hastanede kalışı ve ölüm oranlarını artırmakta ve ciddi bir ek maliyet oluşmasına neden olmaktadır. Artık günümüzde sadece hastane kökenleri değil toplumdan kazanılmış kökenlerde de direnç önemli oranlarda artmakta bu olay sorunu daha da büyütüp ciddi boyutlara taşımaktadır.

Yukarıda değinildiği gibi bir hastane veya sınırlı bir bölgedeki dirençli patojenler bütün bir ülkeye, sınırları aşarak diğer ülkelere yayılabilmektedir. İnsan yaşamında özellikle toplu yaşam ortamları direnç gelişiminde katkı sağlamaktadır. Kreşler, huzurevleri, hastaneler vb. dirençli kökenlerin kolay bulaştığı alanlardır.

Bir antibiyotığın kullanımındaki artışa paralel olarak zaman içinde direnç oranları artmaktadır. Örneğin Çin'de 1994-2000 yılları arasında değişik mikroorganizmalara karşı direnç oranlarında % 3-40 oranında artış olmuştur.

Antibiyotiklerin aşırı kullanılması sonucu oluşan bölgesel seleksiyon yanında, seyahatin çok yaygınlaşması sonucu kişiler arası bulaşma direnç sorununun küresel boyutta seyrine neden olmaktadır. Bir enfeksiyon hastalığının kısa sürede dünya genelinde yayılmasının yakın örneklerinden birini 2003 yılındaki SARS oluşturmaktadır. Günümüzde yeni direnç fenotipleri ortaya çıkmakta, bu direnç fenotipleri de insanlar arasında ve insanlar ile bitkiler ve hayvanlara çevresel etmenler ile yayılmaktadır.

Gereksiz ve akılcı olmayan antibiyotik kullanımının esas sorumlu olduğu di-

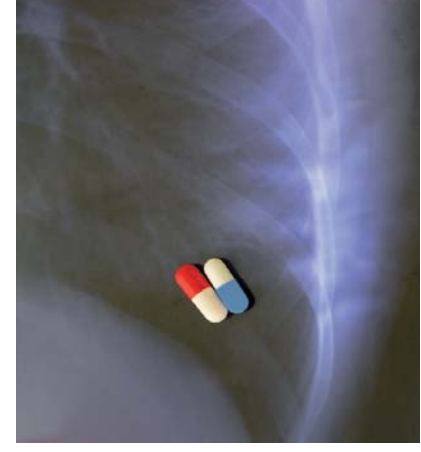
renç sorunu artık halk sağlığını tehdit eder bir durum arz etmektedir. Tüm dünyada bu konu üzerinde ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ve diğer pek çok ülkenin sağlık kuruluşları ve üniversiteler direnç sorununu öncelikli gündemlerine almış durumdadır.

Bu yazıda antibiyotik direnç gelişim mekanizmaları ve nedenleri özetlenip, direncin önlenmesi veya azaltılması için çözüm önerileri tartışılacaktır.

Mikroorganizmaların antimikrobiklere karşı gösterdiği direnç doğal (intrinsik) ve kazanılmış (genotipik, kalıtsal) direnç diye iki ana bölümde ele alınabilir.

Doğal (intrinsik) direnç; kalıtsal özellikte olmayan direnç tipidir. Bir mikroorganizmanın yapısı nedeniyle dirençli oluşu anlamına gelir. Burada genellikle antimikrobik maddenin bağlanarak etkili olduğu hedef molekülün olmaması doğal dirençten sorumludur. Bir antimikrobik maddeye doğal dirençli olan türün hiçbir kökeni o antibiyotikten etkilenmez. Birçok gram-negatif bakteri vankomisine ve metisiline, enterokoklar sefalosporinlere duvar yapıları nedeniyle doğal direnç gösterirler. Anaeroplara üzerine aminoglikozitlerin etkisi yoktur.

Kazanılmış (kalıtsal) direnç; sonradan kazanılan bir direnç tipidir. Burada bakteri popülasyonu antimikrobik madde ile ilk temasa geldiğinde ilaç mikroorganizma üzerine etkilidir, ancak temas süresinde veya tekrarlanan tedaviler sırasında mikroorganizma popülasyonunda antimikrobik maddeye karşı direnç gelişir. Antimik-



robik maddeler doğrudan dirence neden olmazlar. Sadece kullanımları esnasında popülasyonda açığa çıkan dirençli mutantların seçilmesine (seleksiyon baskısı) imkân verirler. Antimikrobiklere karşı gelişen direnç esas olarak bu yolla olmakta ve genetik değişim sonunda seleksiyonla dirençli kökenler ortaya çıkıp yayılmaktadır. Genetik direnç kromozom, plazmid, transpozon kontrolü altındadır. Mikroorganizmalar direnç mekanizmalarından birini, bazen birkaçını birlikte kullanarak antimikrobiklere direnç kazanmaktadır (Tablo 1).

Direnç mekanizmaları aylar yıllar içinde gelişir; zamanla toplumda yerleşik hal alır. Kazanılmış direnç diğer hassas bakterilere kolayca yayılıp dünya için kısa sürede tehdit boyutuna ulaşmaktadır. Aynı mikroorganizmada birden fazla direnç geninin bulunabilmesi birden fazla antibiyotik grubuna direnç kazandırır. Gelişmiş direncin ortadan kalkması kolay değildir ve seçici baskı yapan antibiyotik kullanılsa bile yıllar alır.

Bir antimikrobik maddeye karşı dirençli hale gelen bir mikroorganizma türünde bu kemoterapötik maddeye yapıcı veya etki tarzı bakımından yakın diğer antimikrobiklere karşı da direnç gelişebilir, bu duruma çapraz direnç denir. Mikroorganizmanın yapısı ve etkisi farklı birçok antimikrobik maddeye karşı dirençli hale gelmesi durumuna çok ilaca dirençlilik denir.

Direnç artış nedenleri

Direnç artışında en önemli neden, antibiyotik tüketimindeki artış ve sonuçta oluşan seçici baskıdır. Akılcı olmayan antibiyotik kullanımı (gereksiz kullanım: viral enfeksiyonlar, yanlış antibiyotik, yanlış doz ve/veya yol, gereksiz kombinasyonlar) antibiyotik tüketimini çok büyük oranda artırmaktadır. Örneğin akut ishalde %10-%20 oranında, akut farenjitte %20-%30 oranında kullanılabilecek antibiyotikler, hemen her hastada kullanılmaktadır. Dünya genelinde eğitim hastanelerinde bile uygunsuz antibiyotik kullanım oranı %12 - %100 arasında değişmektedir. ABD ve Kanada gibi ülkelerde bu oranın %42 olması sorunun ciddiyetini göstermektedir. Cerrahi profilaksiste genellikle tek doz halinde nispeten dar spektrumlu sefazolin vb. bir antibiyotik kullanılması ge-

Kazanılmış direnç mekanizmaları (Tablo1)

1. İlacın hedefinde değişiklik olması
 - Penisilin bağlayan proteinlerin değişimi (-laktamlara karşı direnç)
 - Ribozomal hedefin değişimi (aminoglikozit, makrolit, linkozamitlere karşı direnç)
 - Değişmiş enzimatik hedef (sulfonamid, trimetoprim, rifampin, kinolon)
2. Sentezlenen enzimle ilacın inaktive veya modifiye edilmesi, -laktamaz
 - Aminoglikozid modifiye eden enzimler (asetilaz, adenilaz, fosforilaz)
 - Kloramfenikol asetil transferaz
3. Hücreye giren veya biriken ilaç miktarının azalması
 - a. Geçirgenliğin (permeabilite) azalması
 - b. Antibiyotığın alım ve transport sisteminin zayıflığı veya yokluğu
 - c. Aktif pompalama ile ilacın dışarı atılması (efflux)
4. Antimikrobik maddenin etkisinin sonuçlarını önlemek
 - İlaç hedefi veya yarışıcı substratların aşırı oluşumu (sulfonamid, trimetoprim)
5. Tolerans (bakterisid etki gösterebeilen dozun inhibe edici dozdan normale göre çok yüksek olması)



Antimikrobiklere karşı direnç; toplumda etkili tedavi edilememesi, enfeksiyon hastalıklarının daha uzun sürmesi; ölüm riskinin artması, salgınların sıklaşması ve uzaması, sağlam toplum kesimlerinde enfeksiyon riskinin artmasını ifade eder.

rekirken, ülkemizde geniş spektrumlu antibiyotikler günlerce kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde tüketim sıralamasında 3-4. sırada olan antibiyotiklerin ülkemizde birinci sırada olması akılcı olmayan antibiyotik kanıtıdır.

Hastanelerde yatışların ve invazif uygulamaların artması, bağışıklık sistemi bozulmuş hastaların sayısında artma, yoğun bakım ünitelerinin sayısında artma, antibiyotik kullanılmasına ihtiyacı artırmaktadır.

Hayvancılık alanında ve gıda endüstrisinde antibiyotik kullanılması direnç oluşumuna katkı sağlayan diğer bir önemli nedendir.

Günümüzde direnç durumu

Günümüzde hemen her bakteri kendilerine karşı kullanılan antimikrobik ajanlara karşı belli oranlarda direnç kazanmış durumdadır. Direnç sorunu virus, mantar ve parazitler için de söz konusudur.

Direnç sorunu yaşanmayan bakteri cinsi/türü kalmamış gibidir. Direnç açısından en önemli ayrım hastane ve toplum kökenleri arasında olan farktır. Hastanelerde yoğun antibiyotik kullanımı nedeniyle seleksiyonla dirençli kökenlerin oranı önemli oranda artmış durumdadır. Özellikle çoklu ilaç direnci hastanede yatan hastalar için ciddi bir tehdit durumundadır. Hatta son yıllarda tüm antibiyotiklere dirençli (panrezistan) kökenlerle pek çok hastanede karşılaşılmaya başlan-

ması tehdidin büyüklüğünü göstermektedir. Sadece hastanelerde değil toplumda kazanılan enfeksiyon etkenlerine karşı da yüksek oranlarda direnç geliştiği gözlenmektedir.

Günümüzde, metisiline dirençli stafilokoklar, vankomisine dirençli enterokokoklar, penisiline dirençli pnömokoklar, çoklu direnç gösteren enterik basiller ve nonfermentatif bakteriler, çoklu dirençli M. tuberculosis ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Yakın gelecekte panrezistan gram negatif çomaklar, vankomisine dirençli S. aureus ve antivirallere dirençli virusler önemli halk sağlığını tehdit eder bo-yutlara ulaşabileceklerdir.

Direnç sorunu yaşanan mikroorganizmalardan bir kaçını özetle ele alacağız.

Stafilokoklar; 1944'de stafilokoklar genellikle penisiline duyarlıydı, Yoğun penisilin kullanımının ardından 1948'de hastaneden izole edilen stafilokok kökenlerinin % 65-85'inde, -laktamaz yapımı saptandı ve bu kökenler penisiline direnç kazanmışlardı. Metisilin gibi,-laktamaza-dirençli penisilinlerin bulunuşu geçici bir rahatlık sağladı. Ardından metisiline dirençli stafilokoklarla (MRSA) salgınlar oluştu. Hastanelerde 1970'li yıllarda % 2 düzeylerinde görülen metisiline karşı direnç, 1990'larda % 40-60'leri aşmış durumda olup, bazı ülkelerde % 90 gibi oranlar bildirilmektedir. Metisiline karşı direnç 1998'de Japonya ve Kore'de % 70, İngiltere'de % 30, ABD'de % 28 oranlarında idi. Ülkemiz hastanelerinde metisiline direnç % 20-80 arasında bildirilmektedir. Metisiline dirençli kökenler makrolidler, kinolon, gentamisin gibi değişik antibiyotiklere karşı çoklu direnç göstermektedir. Daha tehlikeli bir durum; toplum kökenlerinde de metisiline karşı direnç gelişimidir. Stafilokoklarda kinolon direncinde hızlı bir artış söz konusudur. Lokal kullanım sonrası mupirosine karşı direnç yayılımı sorun olmuştur.

Son yıllarda glikopeptidlere duyarlılığı azalmış S.aureus kökenleri dışında 2002 yılında ve sonrasında vankomisine dirençli S.aureus kökenleri bildirilmiştir. Bu durum tek kelimeyle bir felakettir.

2000 yılları başında kullanıma giren linezolidde bile stafilokoklarda kısa sürede dirençli kökenler gelişmiştir.

A grubu beta-hemolitik streptokok (S.pyogenes); penisiline dirençli köken hiçbir yerde bildirilmemiştir. Dünyanın değişik yörelerinde daha yüksek oranlar(>% 50) bildirilmekle birlikte ülkemizde S. pyogenes'te makrolidlere karşı % 5-6 oranında direnç

geliştiği bildirilmektedir.

Pnömokok; 1963 yılına kadar penisiline direnç göstermeyen pnömokoklarda o yıl Yeni Gine'den dirençli kökenler bildirilmeye başlandı. Daha sonra Güney Afrika ve diğer ülkelerden penisiline karşı direnç gelişimi bildirildi. ABD'de % 24-34 düşük düzeyli, %9-14 yüksek düzeyli penisiline direnç söz konusudur. Macaristan'da direnç % 50'den fazladır. Ülkemizde penisiline düşük seviyeli direnç %20-30, yüksek seviyeli direnç % 3-10 olarak bildirilmektedir. Penisiline dirençli pnömokoklarda çoklu ilaç direncine daha sık rastlanmaktadır.

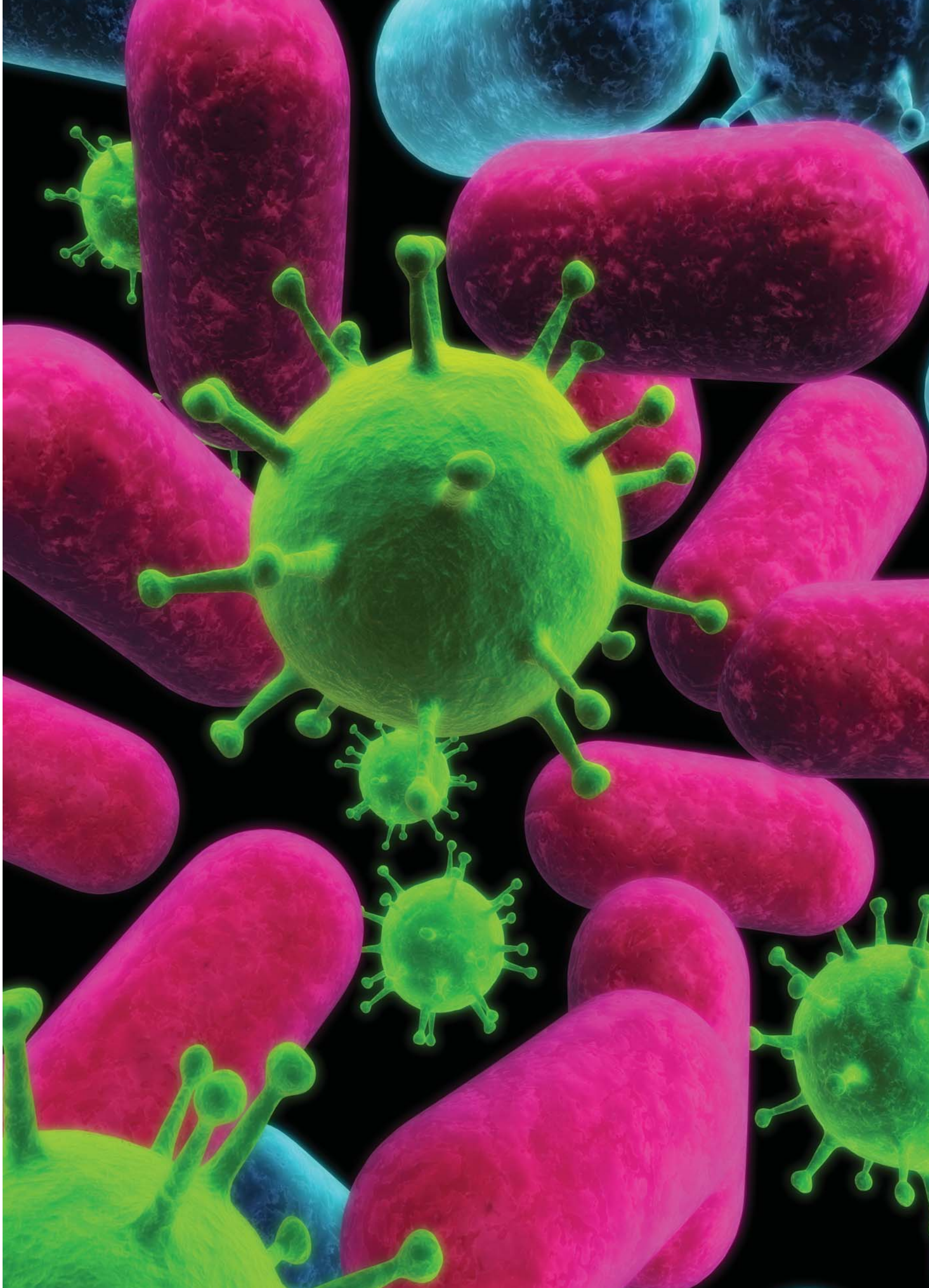
Pnömokoklarda kinolonlara karşı da direnç artmaktadır.

Enterokoklar; glikopeptidlere direnç gelişmesi son ikide kadın çok önemli direnç sorunlarından biridir. Ayrıca, -laktamaz yapan kökenler de rapor edilmektedir. Özellikle hastanelerde gentamisin ve streptomisine karşı yüksek düzey direnç gösteren enterokok kökenlerinin sıklığı artmaktadır. Ayrıca penisiline ve kinolona karşı da enterokoklarda direnç gelişmektedir.

Enterokoklarda vankomisine karşı direnç son yıllarda özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde önemli bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle E. faecium (Van A) enfeksiyonları tüm dünyada artmaktadır. Ülkemizde vankomisine dirençli enterokoklar (VRE) son yıllarda ilkin Antalya'da ve daha sonra Ankara, İstanbul, Bursa ve İzmir'de özellikle Yoğun Bakım Üniteleri ve Hematoloji-Onkoloji birimlerinde saptanmıştır. Hızlı önlemler alınmadığı takdirde VRE, MRSA gibi çok ciddi oranlara ulaşabilir.

Gonokoklar; 1930'larda tedavide ilk kullanıldığında sulfonamidlere duyarlı olan gonokoklarda kısa sürede direnç gelişmiştir. Uzun yıllar etkili olan penisilin 1970'lerde Filipinler'de ve Batı Afrika'da saptanıp yayılan -laktamaz yapan kökenler nedeniyle tedavide başka seçenekler aranmasına neden olmuştur. Son yıllarda çoklu dirençli (penisilin, tetrasiklin ve kinolonlara direnç) kökenler saptanmaktadır. Ülkemizde Doğu Karadeniz bölgesinde % 70.5 oranında penisilinaz yapan gonokok kökenleri bildirilmiştir. Penisiline direnç gelişimi sonrasında kullanılan spektinomisine de direnç gelişimi olmuştur. Kinolonlara karşı Uzak Doğu'da ve diğer bölgelerde direnç hızla artmaktadır(% 6-40).

Haemophilus influenzae; Solunum yolları enfeksiyonları ve çocuklarda menenjitin önemli etkenleri arasında yer alan bu bakteri beta-laktamaz inhibitörlerine duyarlı beta-laktamaz





yapımı ve daha düşük oranda penisilin bağlayan proteinlerin değişimi sonucunda ampiciline direnç kazanmıştır. Dünyada kökenlerin % 25-35 kadarki beta-laktamaz pozitif iken, ülkemizde bu oran % 8-25'dir. H.influenzae kökenleri kloramfenikol ve tetrasikline karşı % 5 oranında dirençlidir; ayrıca kotrimaksazole karşı yaklaşık olarak kökenlerin %10 kadarki azalmış duyarlılığı sahiptir.

Salmonella: Hayvan yemlerine başta tetrasiklin olmak üzere katılan antibiyotikler Salmonella bakterilerine karşı tüm dünyada yavaş bir direnç gelişimine neden olmuştur. Özellikle S. typhimurium olmak üzere nontifoid-Salmonella kökenlerinde çoğunlukla ilaç direnci tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Ülkemizde nontifoid-Salmonella kökenlerinin % 40'dan çoğu ampiciline, tetrasikline, kotrimaksazole ve kloramfenikole dirençlidir ve çok ilaç dirençli ve PER-1 adlı ESBL enzimi salgılayan S. typhimurium kökenleriyle karşılaşılmaktadır.

Ülkemizdeki S.typhi kökenleri genellikle duyarlıdır.

Shigella: Dünyanın her tarafında Shigella kökenlerinin yaklaşık yarısında çoklu ilaç direnci bildirilmektedir. Ampiciline % 40-70, sulbaktam ampiciline 30-50, kotrimaksazol, tetrasiklin ve kloramfenikole % 30-60 oranlarında direnç bildirilmektedir. Kinolonlar karşı dirençli kökenlerde saptanmağa başlanmıştır.

Diğer enterik bakteriler: Toplumdan izole edilen E. coli kökenlerinde ampiciline % 30-60, kotrimaksazole % 20-50 oranlarında direnç bildirilmekte, aminoglikozitler ve diğer antimikrobiklere de değişik direnç oranları rapor edilmektedir. Son yıllarda ülkemizde idrar yolu enfeksiyonu etkeni E.coli'lerde toplumda % 20 oranında kinolonlara karşı direnç geliştiği saptanmıştır.

Özellikle hastane enfeksiyonlarından soyutlanan Enterobacter, Serratia, Klebsiella, Proteus kökenlerinde de çok ilaç direnci tüm dünya için olduğu gibi ülkemizde de önemli ve yaygın bir sorundur. Nozokomiyal Klebsiella kökenlerinde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) enzimleri sık olarak rastlanmakta (>% 50) ve yenidoğan servisi ile yoğun bakım ünitelerinde salgınlara neden ol-

maktadır. Ülkemizde GSBL yapan kökenler son yıllarda toplum kökenli enfeksiyonlarda da saptanmaktadır. GSBL üreten bakteriler geniş spektrumlu penisilinler ile üçüncü dördüncü kuşak sefalosporinlere dirençlidir; diğer grup antibiyotiklere karşı da direnç oranları yüksektir.

P.aeruginosa ve Acinetobacter sp.: Her iki bakteride hastane enfeksiyonların sık rastlanılan, çok ilaç direnç sorunu olan patojenlerdir. Ülkemiz hastanelerinde de, özellikle yoğun bakım birimlerinde hemen her antibiyotiğe yüksek oranda direnç gösteren ve çoklu ilaç direnç sorunu taşıyan önemli nozokomiyal patojenlerdir. Her iki bakteride karbapenemler dahil beta-laktamların çoğu, aminoglikozitler ve kinolonlara karşı direnç % 40'dan fazladır. P.aeruginosa, piperasilin tazobaktama bile % 35-% 40 oranında direnç gösterebilmektedir. Bazen panrezistan kökenlerle karşılaşmaktadır.

Mycobacterium tuberculosis: Tedaviye uyum sorunu, HIV'li hastaların artışı gibi nedenlerle mikobakterilerde gerek primer gerek sekonder direnç oranları artmaktadır. Üstelik çok ilaç dirençli (en azından İNH ve rifampisine dirençli olma durumu) kökenlerin sıklığı artmakta ve bunlarla oluşan salgınlar rapor edilmektedir.

Ülkemizde primer direnç oranları: streptomisin % 7-21, rifampisin % 5-15, izoniazid % 5-12, etambutol % 1-5, pirazinamid % 3; sekonder direnç oranları streptomisin % 12-32, rifampisin % 15-58, izoniazid % 27-48, etambutol % 2-27, pirazinamid %13 olarak verilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yeni başvuran olgularda herhangi bir ilaca direnç %10.9, daha önce tedavi almış hastalarda ise aynı oran % 23.9 olarak saptanmıştır. Yeni olgularda İNH direnci %8.6, önceden ilaç kullananlarda %19.5, çoklu ilaç direnci yeni olgularda % 2.3, önceden tedavi edilenlerde %10.8 olarak saptanmıştır. Ülkemizde primer çoklu ilaç direnci %1-7, sekonder çoklu ilaç direnci % 8-42 düzeyindedir.

DSÖ raporlarına göre dünyada çok ilaca primer dirençli tüberküloz oranı % 0 - %11 oranlarında verilmektedir. Sekonder çok ilaca direnç oranları % 30 - 48 gibi yüksek olan bölgeler, ülkeler vardır.

Diğer etkenlerde direnç

Candida; hastanelerde flukonazol ve diğer antifungal ilaçlara karşı dirençli kökenler sorun oluşturmaktadır.

Virusler; HIV, Hepatit B, Herpes virus, sitomegalovirus içinde kullanılan ilaçlara karşı direnç gelişimi söz konusudur.

Sıtma ilaçlarına (klorokin, meflokin) direnç gelişmesi de halk sağlığı açısından küresel öneme sahiptir. Direnç profilaksi ve tedavide ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Örneğin klorokin 92 ülkenin 81'inde ne yazık ki artık genelde etkili değildir.

Leishmania'da antimon bileşimlerine karşı direnç oranları % 50'yi aşmış olan ülkeler vardır.

Antibiyotik direncinin etkisi

Direnç pek çok olumsuzluğun nedenidir. Tedavi başarısızlığı, morbidite ve mortalitede artış yanında tedavi masrafları da artmaktadır. Direnç gelişmesi tedavi masraflarını artırır. Bir antibiyotiğe % 20'den yüksek oranda direnç gelişmiş olması ampirik tedavide kullanılmasına engel olur. Böylece daha pahalı seçenekler gündeme gelir. Zamanla bu seçeneklere çok kullanıma sonucu direnç gelişir. Tüberkülozda bir bölgede primer İNH direnci %4'den fazla ise tedavide dörtlü kombinasyon gerekir. Bu durum masraflar ve toksisitenin artmasına neden olur.

Mortalite artışını gösteren değişik çalışmalardan biri Salmonella'lar ile ilgilidir. Dirençli kökenlerle oluşan Salmonella spp. salgınlarında mortalite % 3,4, duyarlılarla oluşanlarda % 0,2 olarak saptanmıştır. Dirençli kökenlerle oluşan enfeksiyonların tedavisi 2-4 kat daha fazladır. ABD'de dirençli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonların maliyeti 4-7 milyar dolar; İngiltere'de metisiline dirençli S.aureus enfeksiyonlarının ek maliyeti 560.000 dolardır.

Direnç nedeniyle raf ömrünün çok kısalması, ruhsatlandırmadaki zor aşamalar ve 10 yılı aşan üretim süreçleri sanayicileri yeni antibiyotik geliştirme açısından caydırıcı etki göstermektedir.

Antibiyotik direncinin sonuçları tablo 2'de özetlenmiştir.

Antimikrobiklere karşı direncin etkileri (Tablo 2)

- Mortalite ve morbidite artışı
- Tedavi maliyeti artışı
- Tedavi başarısızlığı
- Hastanede daha uzun yatma
- Tedavi seçeneklerinde azalma
- Tedavi sırasında direnç gelişmesi
- Daha geniş spektrumlu antibiyotiklerin seçimi
- Daha toksik ilaçların kullanımı
- Antibiyotik baskısında artış

Antibiyotiklere karşı direnç gelişmesini önlemek mümkün değildir; ama uygun önlemlerle azaltılıp kontrol edilebilir. Potansiyel olarak insanlığın sağlığının geleceğini karartma tehlikesi arz eden direncin azaltılması için henüz tek pratik bir çözüm yolu yoktur. Konuyla ilgili değişik önerilerden kısa ve orta vadede önemli olanların bir kısmı aşağıda özetlenmiştir.

1. Tıp eğitiminde “enfeksiyon hastalıkları ve antibiyotik kullanımı” konusuna daha fazla önem verilmelidir.

2. Akılcı antibiyotik kullanım politikalarını belirleyip, belirlenen kurallara sıkı uyumu sağlamak gerekir. Hastaların ısrarlı antibiyotik reçete ettirme istemi, tanı yetersizliğinin doğurduğu korkular antibiyotiklerin reçete edilmesini artırmaktadır. Antibiyotiklerin profilaksi ve tedavide yanlış ve aşırı kullanımından kaçınarak toplam antibiyotik tüketimini azaltmak dirençli kökenlerin seçilmesini önleyen en etkili metottur. Başka bir ifadeyle antibiyotikler iyi belirlenmiş endikasyonla, yeterli doz ve sürede bilgece (akıllı) kullanılmalı; hastanın ilaç uyumu için eğitim verilmelidir

3. Tıp Fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı işbirliği yaparak hastanelerde ve toplumda akılcı antibiyotik kullanımını artıracak politikalar geliştirmelidir. Maliye Bakanlığı'nca tasarruf amacıyla gündeme gelen bütçe uygulama talimatındaki kısmi kısıtlamalar antibiyotik kullanım yoğunluğunu % 26,4 azaltmıştır.

4. Sürekli direnç surveyansı yapılarak verilerin hekimlere düzenli iletilmesi, direnç verilerini dikkate alan antibiyotik kullanım rehberlerinin hazırlanması ve zamanla güncelleştirilmesi akılcı antibiyotik kullanılmasına imkan sağlar. Bu konuda uluslararası işbirliği de gereklidir. Çünkü bir bölge veya ülkedeki direnç kolayca diğer ülkelere yayılmaktadır.

5. Enfeksiyonların erken ve doğru tanısı için laboratuvar imkanları artırılmalı, viral enfeksiyonlar için gereksiz antibiyotik kullanımını önlenmelidir.

6. Tüberkülozda direnç gelişimini önlemek için hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması, bu amaçla doğru dan gözetimle antitüberküloz ilaçların verilmesi direnç gelişmesinin kontrolü açısından çok önemlidir

7. Toplumda ve hastanede enfeksiyon kontrol önlemlerine sıkı uyum sağlanmalı, özellikle el yıkamaya büyük özen gösterilmelidir. Hastane enfeksiyon kontrol komiteleri antibiyotik direnci kontrolü için daha yoğun çalışmalıdır. Hastane enfeksiyonları kontrolünde ülke genelinde artan özen, denetimlerle daha artırılmalıdır.

8. Aşıyla önlenabilir hastalıklar için etkin aşılama sürdürülmelidir.

9. Hayvan yemlerine antibiyotik katılmasını önlemek gereklidir. Ülkemizde bu konuda etkin bir denetimin varlığı kuşkuludur. Sağlık ve Tarım Bakanlığı'nın konuyla ilgili işbirliği içinde olması lazımdır.

10. Sanayinin antibiyotik tanıtımında etik ilkelere uyumunun sıkı denetlenmesi önemlidir

11. Halkın kitle iletişim araçlarıyla bilinçlendirilmesi, hekime antibiyotik yazma “baskısı”nı önleyebilir.

12. Reçetesiz antibiyotik verilmesinin mutlaka önlenmesi gereklidir.

Dirençi önlemek için dünyada kullanılan “sloganı”, “CAUSE” (Careful Antibiotic Use to Prevent Resistance), biz DAKDÖ veya AAKDÖ şeklinde (Dikkatli /Akılcı Antibiyotik Kullanarak Direnci Önle) önerebiliriz veya DANK (Dikkatli Antibiyotik Kullan) sözcüğünü ülke genelinde hekimlerin ve halkın dikkatine sunabiliriz.

Kaynaklar

Coast J, Smith RD, Millar MR. An economic perspective on policy to reduce antimicrobial resistance. *Soc Sci Med* 1998;46:29-38.

Fidler DP. Legal issues associated with antimicrobial drug resistance. *Emerg Infect Dis* 1998;4:169-77.

Gur D, Mulazimoglu L, Unal S; e-BASKETT-II Çalışma Grubu. In vitro susceptibility of respiratory isolates of *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes* to telithromycin and 11 other antimicrobial agents: Turkish results of e-BASKETT-II surveillance study *Mikrobiyol Bul.* 2007 ;41:1-9.

Hosoglu S, Esen S, Ozturk R, Altindis M, Ertek M, Kaygusuz S, Caylan R, Demirdag K, Sencan I, Ertem GT, Aslan S, Bosnak V, Aygun P, Erol S, Celen MK. The effect of a restriction policy on the antimicrobial consumption in Turkey: a country-wide study. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;61:727-31,

Leblebicioglu H, Canbaz S, Peksen Y, Gunaydin M. Physicians' antibiotic prescribing habits for upper respiratory tract infections in Turkey. *J Chemother.* 2002;14:181-4.

Levy SB, Fitzgerald GB, Macone AB: Spread of Antibiotic-Resistant Plasmids from Chicken to Chicken and from Chicken to Man. *Nature* 1976, 260:40-42.

Loeb MB et al. Risk Factors for Resistance to Antimicrobial Agents among Nursing Home Residents *Am J Epidemiol* 2003;157:40-47.

Neu H. The crisis in antibiotic resistance. *Science* 1992;257:1064-73.

Nicoll LE. Infection control programmes to contain antimicrobial resistance. *World Health Organization* 2001(<http://www.who.int/emc>).

Öztürk R, Başaran G, Engin A, Akbal H, Vural S, Palaz F, Aydın Ö, Mumcu S. Antimicrobial resistance patterns of the pathogenic bacteria isolated from stool cultures of patients with acute diarrhea in Istanbul, Turkey, *International Proceedings Division, Monduzzi Editore Spa, Bologna(Italy)(eds. Berkarda B)*, 1996:341-4.

Öztürk R. Antimikrobik İlaçlara Karşı Direnç Mechanizmaları ve Günümüzde Direnç Durumu. *Ta-bak F, Öztürk R, Aktuğlu Y(eds). Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sü-*



Direnç artışında en önemli neden, antibiyotik tüketimindeki artış ve sonuçta oluşan seçici baskılanmadır. Gelişmiş ülkelerde tüketim sıralamasında 3-4. sırada olan antibiyotiklerin ülkemizde birinci sırada olması akılcı olmayan antibiyotik kanıtıdır.

rekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No 35, 2002:83-100.

Pazarlı P, Karagoz T, Yazicioglu Mocin O, Duman D, Akel G. Drug resistance in pulmonary tuberculosis in Turkey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2007 ;26:431-3.

Smith RD, Cost J. Antimicrobial resistance: a global response. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80:126-33.

Vahaboglu H, Ozturk R, Aygün G, Coşkun F, Yaman A, Kaygusuz A, Leblebicioglu H, Balık I, Aydın K, Otkun M. Widespread detection of an extended-spectrum β -lactamase (PER-1) among nosocomial *Acinetobacter* and *Pseudomonas aeruginosa* isolates in Turkey; a nation-wide multicenter study. *Antimicrob Agents Chemother.* 1997;41:2265-9.

World Health Organization: WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. Geneva 2001.

Williams R. Antimicrobial resistance: a global threat. *Essential Drugs Monitor* 2000;28-29:7-11(World Health Organization).

Zhang R, Eggleston K, Rotimi V, Zeckhauser RJ. Antibiotic resistance as a global threat: Evidence from China, Kuwait and the United States. *Globalization and Health* 2006, 2:6 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/2/1/6>)

Sağlık politikalarının politik gücü

Dr. Sebahattin Işık

Temmuz 22 seçimlerinin sonuçları, bir anlamda bu sonuçların müsebbibi olan yaygın halk yığınlarınca sessiz karşılanmak veya olağan görülmele birlikte birçok aydın, gazeteci yazar-çizer tarafından şaşırtıcı olarak karşılanmıştır. Aslında seçim sonuçlarını sürpriz olarak algılamak, halkın nabzını tutamamak, mevcut gidişatı anlayamamak mıdır? Yani bir anlamda kendilerini gazeteci, aydın, akademisyen, politikacı olarak tanımlayan insanların kendi fildişi kulelerinde hapsolmuşluğunun bir tezahürü müdür, bilemem. Öyle ise böyle bir ko-

numlanma ne derece aydın kimliği ile bağdaşabilir? Bu ayrıca üzerinde düşünülmesi gereken bir konu...

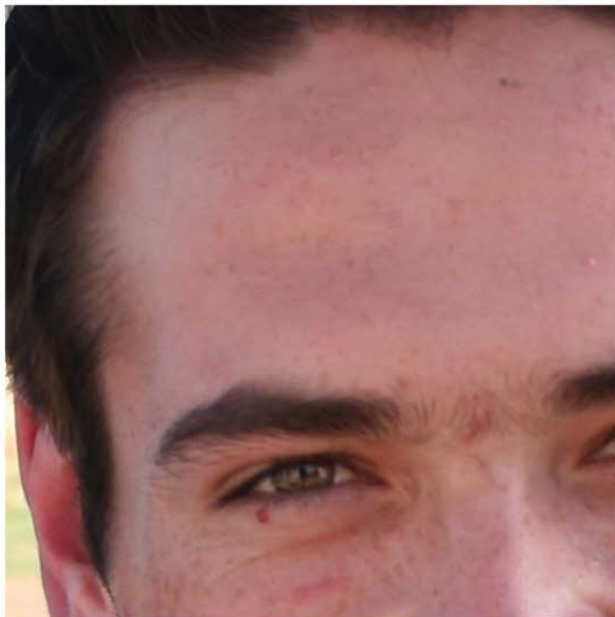
Seçim arifesinde çıkan ulusal gazetele- rin ön sayfalarında "son sözü millet söyledi", "sonuçlar tokat gibi", "halkın muhtırası" gibi manşetler göze çarp- maktadır. Yani seçim sonuçlarına nere- deyse bütün ülke iktidar partisinin ba- şarısı gözüyle bakmıştır. Hatta Güneri Cıvaoğlu, Milliyet gazetesinde yer alan "7 şiddetinde deprem" başlığını koydu- ğu yazısında "Açıkçası... Başarı rutubet gibidir. Önüne duvar da örülse, demir parmaklık da konulsa engellenemez. AKP'nin aldığı sonucu -içe sinse de sinmese de- böyle görmek gerek." ifa-

delerini kullanmayı tercih etmiştir.

İktidar partisinin oyunu bu derece yük- seltmesi çok da olağan değildir; bunu kabul etmek lazım. Ancak son dört bu- çuk yılın tecrübesini yaşayıp da, buna halkın tepkisini göstermemesini bekle- mek, olsa olsa halka haksızlık etmek olurdu, diye düşünüyorum.

Aslında günlük politikadan uzak dur- maya çabalayan biri olarak bu tür poli- tik konuları ele almak gibi bir düşün- cem yok. Halkın siyasal iktidara tevec- cühünde sağlık politikalarının etkisidir benim ilgimi çeken. Sağlık politikaların- da yapılan değişikliklerin halka ne de- recede yansıdığı ve halkımızın politik







tercihinde bu yansımanın ne derecede etkili olduğunu tam olarak kestirebilmek kolay değil. Ancak sağlık sistemindeki değişikliklerin vatandaşları doğrudan ilgilendirdiği ve günlük yaşantılarına da çok etkili bir şekilde yansıdığı bir gerçek.

Eğer seçmen, oyunu feodal gerekliliklere bağlı olarak, aşiret kültürü içinde, aile geleneği çerçevesinde ya da sıkı ideolojik tercihleri doğrultusunda kullanıyorsa yapılan icraatın seçmen tercihi ne yansımayacağını ileri sürebiliriz. Parlamenter demokrasi deneyimimiz boyunca ve özellikle yakın zamanlarda seçmen tavrının böyle olmadığı görülmektedir. Yani kısacası Türk seçmenininde sürü davranışını beklememek zorundayız. Bilhassa aşırı devletçi, hatta militarist politikalarla ve adeta bir doğal atanmışlık içgüdüğü ile iktidara gelmeyi hayal edip sonra halkın basiretli davranışı karşısında şaşkınlığını gizleyemeyerek halkı cahillikle itham eden ve halkın davranışını mantık dışı olarak nitelleyen politikacılarımızın bunu fark etmeye daha fazla ihtiyacı vardır.

Görülüyor ki, Türk seçmeni kimin hangi yönde durduğuna değil, ne vaat ettiğine, vaadinin ne kadar gerçekçi olduğuna ve deneme imkânını bulmuşsa nelerin hayata geçirildiğine bakmakta, bunları değerlendirmekte ve seçmenlik rolünü buna göre oynamaktadır. Dezenformasyon, tehdit, korkutma, vatan-millet, irtica/laiklik nutuklarından ve basının yönlendirme gayretlerinden her zaman istendiği ölçüde etkilenmemektedir. Bu konuda toplum mühendislerimizin biraz daha kafa yorması gerekiyor anlaşılır.

Aslında bir iktidarın icraatının seçmen davranışına yansıyacağını kestirmek için kâhin olmak gerekmiyor. Bu hemen hemen herkesin kabul edeceği bir durumdur. Öyle ise sorun her halde bu icraatları algılayış biçimimizde gizli. Yani sade vatandaşla siyasetçi-aydın **"seçkinlerinin"** algılama biçimi arasında oldukça önemli bir farklılık olduğu anlaşılıyor. Bu farklı algılayış, sözünü ettiğim seçkinlerin senaryo gereği ezberledikleri bir rol gereği ise fazla sorun etmemek lazımdır. Yok, eğer gerçekten rollerini inanarak benimsemişler ve bu rollerini adeta gerçek hayatta yaşıyorlarsa, durumun vahim olduğunu kabul etmek zorundayız. Bir sayın vekilimizin, iktidar partisinin elde ettiği sonucun **akılla izah edilemeyeceğini** söylemesi, bu açıdan değerlendirmeye ve izah

edilmeye muhtaçtır diye düşünüyorum.

Bu konuda örnekleri çoğaltabiliriz. Bir tabip odamızın bir basın duyurusunda (Sayı: 07-036 25. 05. 2007) uygulanan sağlık politikaları eleştirilirken şu ifadeler yer alıyor: "... ne yazık ki tüm uyarılarımıza karşın, bu sağduyuyu, bu bilimsel bakışı ve bu vicdanı göremedik. Her şeyin ne kadar üstünkörü yapıldığını ve ne kadar hazırlıksız olduğunu hep birlikte yaşıyoruz. Bilime ve akla karşı bu kadar savaşanların başarısızlıklarını itiraf etmelerini ve istifa etmelerini istemek hakkımızdır. Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ sözde Aile Hekimliği Projesi ile ilgili olarak bütün iddiaları çöktüğü için istifa etmelidir. Sorumluluk sahibi her insan için bu da bir erdemdir. Sorumluluğu kabul etmeyenler hem hukuk önünde hem de seçim sandıklarında karşılığını göreceklerdir."

Yukarıda sözünü ettiğim siyasetçi-aydın seçkin tavrının bu satırlara yansıdığı görülmektedir. Bu seçkinlere göre uygulanan sağlık politikası kabul edilemez, bilime ve akla karşıdır. Hatta yapılar bilime ve akla karşı yürütülen bir savaştır. Ortada bir başarısızlık ve suç vardır. Bu başarısızlık ve suçun cezasını hukuk vereceği gibi seçim sandığı da verecektir. Görülüyor ki bu seçkinler bile icraatın sonuçlarının seçmen davranışına yansıyacağını kabul ediyorlar, yani halkın seçimlerde sürü davranışını göstermeyeceğini umuyorlar. Eğer bu umut isabetli ise, sorunun algı biçiminde olduğu anlaşılmaktadır. Hem bu umudu taşır hem de beyazı siyah olarak algıyorsanız, seçim sonrasında sonucun akılla izah edilemeyeceğini söylemede mazur görülebilirsiniz.

Seçim sonucuna iktidarın icraatlarının etkili olacağı ya da olduğu konusunda hemfikir olduğumuza göre, bu etkili icraatların içinde sağlık politika değişikliklerinin yerini sorgulayabiliriz.

Sağlık Bakanlığı'nın 22 Temmuz seçimleri öncesinde yayımladığı 'Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2007' adlı kitapta bu değişiklikler ve sonuçları verilere dayanarak anlatılmıştır. Buradan alıntı yaparak kısaca bir hatırlatma yapalım.

"2003 - 2007 yılları sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. 2003 yılbaşında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerinden ilham alınarak hazırlanmıştır.

Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık

bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya konduğu son birkaç yılda ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir süreçle tanışık etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde dün yakınma konusu olan hususlar değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur. İlaç kuyruğunda bekleyen hastaların ıstırapı yerine ilaç harcamalarının miktarı medya gündemine girmiştir.

Parasızlıktan rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve genel sağlık sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

Aşılama oranındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış, hatta hayata geçirilmiştir.

Sağlık personelimiz dün gelirlerinin azlığının sancısını çekerken, bugün gelirlerinin sürekliliğinin takipçisi olmuştur.

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksulundan en zenginine kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur."

Bu iddialı sağlık politikalarının seçim sonucunu belirleyen icraatların içinde ne derecede yer bulduğunu bilimsel, objektif ölçütlerle tespit edebilmek mümkün değil. Ancak kendi önyargılarımızı bir yana bırakıp farklı kesimlerin gözlemleri ile bir çıkarım yapabiliriz herhalde.

Seçimden 2 gün sonraki Milliyet Gazetesi'nde yer alan bir yorumda "Milliyet'in gözlemlerine göre, AKP'nin iktidardayken oy artırma rekoru kırdığı 22 Temmuz seçimlerinde aldığı sonuçta etki yaratan başlıca faktörler" sayılmakta ve 'Sağlıkta Radikal Adımlar' belirlenen 10 faktörün başında sayılmaktadır. Milliyet'e göre, "sağlık AKP'nin 4,5 yıllık iktidarı döneminde sistematik olarak en somut adım attığı alan oldu. Önce Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait SSK hastaneleri birleştirilerek, ikinciler aleyhine olan yoğunluk hafifletildi. SSK'lıların doğrudan devlet hastanelerine gitmeleri sağlandı. İkinci radikal adım, sadece devlet memurlarının doğrudan başvurusuna izin verilen üniversite hastanelerinin kapısı SSK'lılar ile Bağ-Kur'lulara da "sevksiz" olarak açıldı. Böylece, aile üyeleri de dikkate alındığında yaklaşık 50 milyon



kişiyi ilgilendiren bir adım atıldı. Kurum eczanelerinde saatler süren ilaç kuyrukları da AKP iktidarı döneminde atılan bir adımla kaldırıldı.”

Akşam Gazetesi’ndeki köşe yazısında İsmail Küçükkaya, “Seçmen, 4,5 yıllık Ak Parti iktidarının performansından memnun kaldığını kullandığı oyla gösterdi. Bu açıdan sağlıktan eğitime yapılan hizmetlerin, ekonomide sağlanan iyileşme ve enflasyonun düşüşünün sandığa yansıdığı kabul edilmeli.” diyor.

İbrahim Sarıtaş seçimlerden bir hafta önce Zaman Gazetesi’ndeki yazısında aslında beklenen sonucu önceden işaret ediyor gibi: “AK Parti’nin icraatları incelendiğinde, partinin kendi içinde sosyal demokrat bir kimliği de “muhafaza” edebileceği görülebilmektedir. Örneğin Ak Parti, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu hastanelerini Sağlık Bakanlığı’na devretmiştir. Dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşların hakları genişletilmiştir. Yapılan düzenleme ile yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanmıştır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinden alınan KDV oranı yüzde 18’den yüzde 8’e düşürülmüştür. 2002 yılından itibaren her yıl fakirlere kömür ve odun yardımıyla bulunulmuştur. Son yapılan düzenlemelerle ise sağlık ocakları herkese ücretsiz hale getirilmiştir. 2002 yılında 47 milyar YTL. olan sosyal harcamalar, iki katın üzerinde bir artışla, 2006 yılında 108 milyar YTL’ye yükselmiştir. Sosyal politikalar Ak Parti’nin faaliyetleri içerisinde büyük bir yekûn tutmaktadır. Bu eksende tutarsızlığın Ak Parti’ye geçenlerden ziyade sosyal demokrat ilkelere sahipliğine soyunan partilerde olduğu açıkça görülmektedir.”

Ankara Üniversitesi öğretim üyesi Vahap Coşkun, “Ak parti neden kazandı?” sorusuna cevap ararken, üç önemli faktörün üzerinde durmaktadır. Ekonomide olumlu bir performans ortaya koyulduğu, enflasyon ve bütçe açıklarının düşürüldüğü, ülkeye yabancı sermaye girişinin arttığı ve ekonomik büyümeden doğan kaynakların bir kısmının sosyal politikaların finansmanında kullandığından söz etmektedir. Son

olarak, “..ve belki de hepsinden önemlisi sağlık alanındaki değişikliklerle sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaştırıldı.” diyerek sağlık politikalarının önemine işaret etmektedir.

Seçimden tam 10 gün önce Hadi Özişik, yazısında Demokrat partili Mehmet Ali Bayar’ın görüşlerine yer vermiş. “Prostat ameliyatı için İstanbul’a gitmeye hazırlanan bir hasta ile karşılaşmış Mehmet Ali Bayar; hastanın anlattıklarını bize aktarıyor: ‘Hasta mutlu, ‘Sevke ihtiyaç duymadan Çapa Tıp Fakültesi’ne gidiyorum’ diyor. Hâl böyle olunca oylar AK Parti’ye akıyor... İlanlarda görüyorum, ‘4,5 yıl elektriğe zam yapmadık’ diyorlar. Bu ilanlar çok etkili olmuş. Vatandaş bu işi çözmüş Hadi Bey, hizmet edene ‘Allah razı olsun’ diyorlar. ‘Bu bir devrimdir’ diyen Bayar, AK Parti’ye oy vermeyeceğim altını özellikle çiziyor: “Ben oy vermeyeceğim ama gerçeği inkâr edemem ki.” Bakın bu vatandaş reçetesi için 250 kilometre öteye gitmiyor artık. Kendi sağlık ocağında reçetesini onaylatabilen vatandaş, hiç kimse ‘AK Parti’ye oy verme’ diyemez! Türkiye’nin sağlık sistemi PKK kadar bölücüydü bugüne kadar. Aynı devlet, aynı vatandaşa kast sistemi uyguluyordu 2002’ye kadar. Şimdi her şey çok daha farklı...” Görüldüğü gibi Sayın Bayar bu tespitleri seçimlere daha 10 gün varken yapmış. Görünen köy kılavuz istemiyor.

“AK Parti bunu nasıl başardı ?” diye soran Ahmet Taşgetiren, cevabı kendisi veriyor. “AK Parti iktidarının, geniş halk kitlelerine nefes aldırın bir uygulaması, sağlık alanında gerçekleşti. Sağlık, Türkiye için büyük sorundu. Henüz problemleri tam bitmese bile, bu alanda devrim niteliğinde işler yapıldığını, bugüne kadar bu alanda mağduriyetler yaşayanlar, - ki onlar halkın büyük çoğunluğunu oluşturuyor- ifade ediyorlar.”

Seçim sonuçlarını sorgulayan Nuri Elibol, hükümetin özellikle sağlık ve eğitim alanında başarılı bir performans sergilediğine vurgu yapmaktadır.

Ahmet Hakan sadece seçim sonucunu tayindeki etkisine değil, sağlık politikalarının kabinenin oluşumundaki etkisine de gönderme yapıyor. Hakan “Kabine toto” başlıklı yazısında, “Bütün kabine

22 Temmuz 2007

seçimlerinden sonra sağlık politikaları halkın tercihinine yön vermeye başladığı sonucu ortaya çıkmıştır ki pek çok veri de bu tezi kanıtlar yöndedir. Sağlık politikasının genel politik kavram içindeki yeri ve önemi de böylece belli olmuştur.

değişse bile Recep Akdağ değişmemeli. Çünkü AKP’nin başarısında rol oynayan üç önemli icraatın biri sağlıktaki yaşanan devrimdir ve bu devrime Recep Akdağ imza atmıştır.” diyor.

Bu yöndeki sadece ilk gözüme çarpan değerlendirmeler bunlar. Biraz araştır-sak daha onlarca benzer gözlem örneğine rastlayabiliriz. Sizi bilmem ama ne yalan söyleyeyim, bu gözlemlerden sonra sağlık politikalarının halkın tercihinine yön verdiğine ben inanmaya başladım. Seçmenin tavrını mantık dışı bulma cesareti ve hatta gafleti gösteren sayın politikacılarımızın da bu konu üzerinde biraz düşünmelerini öneririm.

Sağlık politikalarının politik gücünü göz ardı etmeyiniz.

Kaynaklar

23 Temmuz, gazeteler

Güneri Civaoglu, Mllyet 23. 07. 2007

<http://ailehekimleri.net/> 31. 07. 2007,

<http://www.izmirtabip.org.tr/>

Akdağ R. (Editör): Nereden nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, 2007 Ankara

AKP’ye zaferi getiren 10 neden, Milliyet 24. 07. 2007

İsmail Küçükkaya, Akşam 23. 07. 2007

İbrahim Sarıtaş, Zaman 17. 07. 2007

Vahap Coşkun, Yeni Şafak, 26. 07. 2007

Hadi Özişik, Star 12.07.2007

Ahmet Taşgetiren, Aksiyon, 24. 07. 2007

Nuri Elibol, Türkiye, 26. 07. 2007

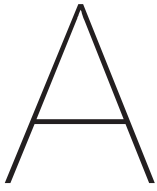
Ahmet Hakan, Hürriyet, 30. 07. 2007

Yenidoğan hizmetleri nasıl örgütlenmeli?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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



anne ve bebek sağlığının, toplumsal gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli parametreler arasında olduğu kabul edilir. Gebeliğin son dönemi, doğum eylemi ve doğumdan sonraki ilk bir haftalık dönemi içine alan döneme perinatal dönem adı verilir. Yenidoğan dönemi ise, doğumdan sonraki ilk bir aylık dönemi kapsar. Bu dönemleri kapsayan mortalite (ölümlülük) ve

morbidite (sakat/hasta kalma) istatistikleri, verilecek hizmetlerin planlanmasında önemli rol oynarlar.

Dünyada durum

Yenidoğan dönemdeki ölümler, dünyada, 5 yaş altında ölen 11 milyon çocuğun % 40'ını oluşturur. Dünyada yılda yaklaşık 4 milyon bebek, yenidoğan döneminde ölmektedir. Bu ölümlerin yalnızca % 1'i gelişmiş ülkelerde meydana gelirken, % 99'u gelişmekte olan ülke-

lerde görülmektedir. Ayrıca, her yıl en az 3 - 4 milyon çocuk da, anne karnında ölmekte, yani ölü doğmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki yenidoğan ölümleri, her 1000 bebek başına 3-4 civarında iken, gelişmekte olan ülkelerde ise, her 1000 bebek başına 30-35'ler civarındadır. Diğer yandan, yenidoğan ölümlerinin yaklaşık % 75'i ilk bir hafta içinde, % 50'si ise ilk 3 gün içinde meydana gelmektedir. Ülkemizde 1999 yılında yapılan ve kısıtlı sayıdaki olguyu (yaklaşık 90 000) kapsayan perinatal mortalite çalışmasında perinatal mortalite hızı % 0



34.9; ölü doğum hızı % 0 18; erken neonatal mortalite hızı (ilk bir hafta içindeki ölümler) ise % 0 17.2 olarak bulunmuştur. Bu hızlar, bölgeler arasında da büyük farklılıklar göstermektedir. Perinatal mortalite açısından Karadeniz bölgesi ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri en yüksek değerlere ulaşırken, Ege ve İç Anadolu bölgeleri en düşük değerlere sahipti. Yenidoğan ölümlerine yol açan etmenler, aynı zamanda yaşayan bebeklerde de değişik sekellerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Tahminlere göre, her yıl perinatal asfiksiden kurtulan yaklaşık bir milyon bebekte, serebral palsy, öğrenme bozuklukları ve diğer sakatlıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum da, perinatal dönem ve yenidoğan döneminin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Yenidoğan ölüm nedenleri arasında enfeksiyonlar en önde gelen nedenlerdir ve tüm dünyadaki ölümlerin % 36'sından sorumludur.

Prematürite ve bağlı komplikasyonlar % 27; asfiksi ise % 23 oranında sorumludur.

Kongenital malformasyonlar ise, ölümlerin ancak % 7'sinden sorumludur.

İlk 3 gündeki ölümlerin büyük bir kısmı, prematürite ve asfiksiye bağlıyken, enfeksiyonlar daha sonraki günlerde meydana gelen ölümlere yol açar.

Yenidoğan sağlığını kötü etkileyen en önemli faktörlerden birisi de yenidoğanın vücut tartısıdır. Yenidoğan ölümlerinin % 60-80'i düşük doğum ağırlıklı, yani tartısı 2500 gr. altında olan bebeklerde görülür. Her yıl dünyada doğan 20 milyon düşük doğum tartılı bebeğin % 95'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Yenidoğan sağlığını kötü etkileyen faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir.

2000 yılında toplanan Birleşmiş Milletler Milenyum Zirvesi'nde, Milenyum Gelişme Hedefleri'nin bir parçası olarak anne, yenidoğan ve çocuk mortalitesinin azaltılması hedeflenmiştir. Bu hedeflerin 4.'sü, 5 yaş altı çocuk ölümlerinin 2015 yılına kadar % 66 azaltılmasını öngörmektedir. 5 yaş altı çocuk ölümlerinde, o günden bugüne azalmalar gözlenirse de, bu durum genellikle 1 aylıktan büyük çocuklarda ortaya çıkmakta, yenidoğan dönemi ölümleri ile, eski hızını korumaktadır. Ülkemizde de, Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle yürütülen anne sütü kampanyaları, aşılama kampanyaları ile pnömoni ve ishalli hastalıkları önleme ve tedaviye yönelik kampanyalar sayesinde, 1 aylıktan büyük çocuklardaki ölüm oranları anlamlı şekilde azaltılabilmektedir. Buna karşılık, yenidoğan dönemi ölümlerin oranı, göreceli olarak yüksek kalmıştır. Bu ne-

denle, yenidoğan dönemi sorunlarına daha ciddiyetle eğilmek ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Aslında, yenidoğan ölümlerini azaltabilmek için mutlaka yüksek teknolojiye dayanan, pahalı, uzmanlara dayalı, hastane bakımı gerekmez, çünkü bir görüşe göre, normal doğum, "tıbbi" bir durum değildir. Temel yenidoğan bakım hizmetlerinin tüm dünyada uygulanması halinde, yenidoğan ölüm hızlarının % 41-72 arasında azalabileceği hesaplanmıştır. Bu hizmetler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Yenidoğan sağlığını kötü etkileyen faktörler (1)

- ☞ Sosyo-ekonomik faktörler
- ☞ Fakirlik
- ☞ Okuma yazma oranının düşük olması
- ☞ Evde doğum
- ☞ Doğumda sağlık personeli bulunmaması
- ☞ Sağlık kurumlarının yetersiz veya uzak olması
- ☞ Yenidoğan bakımı için yeterli istek bulunmaması
- ☞ Zararlı geleneksel uygulamalar
- ☞ Anneyi etkileyen faktörler
- ☞ Beslenme yetersizliği
- ☞ Genç yaşta gebelik
- ☞ Doğumlar arasının az olması
- ☞ Hastalıklar
- ☞ Gebeliğe bağlı hipertansiyon, eklampsi, anemi

Temel gebelik, doğum ve yenidoğan hizmetlerinin yıllık maliyeti kişi başına 3 dolar civarındadır. Bu tip hizmetler, ancak yenidoğan ölüm oranları 1000'de 15'ler civarına düştükten sonra günde gelir. Bu dönemde de perinatal hizmetlerin bölgeselleştirilmesi ile yenidoğan hizmetlerinin organizasyonu mümkündür.

Yenidoğanların yaşatılabilmesi, yenidoğan sağlığının doğum öncesi dönemden başlayarak, doğum ve sonrası dönemi de kapsayan birbirini takip eden hizmetler bütünü içinde değerlendirilmesi ile mümkündür. Dolayısıyla gebe takiplerinin iyi yapılması, yalnızca gebelerin ve annelerin sağlığını değil, yenidoğanların sağlığını da doğrudan etkileyecektir. Avrupa'da 20. yüzyılın son çeyreğinde geliştirilen modelde, gebelik takipleri, gebeliğin mümkün olduğunca erken döneminde başlar, aylık olarak devam



Yenidoğana yapılması gereken hizmetler (2)

- 1) Doğumun temiz şartlarda yapılması
- 2) Yenidoğan hipotermisinin önlenmesi
- 3) Erken ve yalnızca anne sütü verilmesinin teşvik edilmesi
- 4) Gerektiğinde neonatal resüsitasyon yapılabilmesi
- 5) Koruyucu uygulamaların (göz bakımı, K vitamini) ve aşılamaların yapılması
- 6) Sık görülen yenidoğan sorunlarının değerlendirilmesi (erken doğum, düşük doğum tartısı, asfiksi, enfeksiyon, sarılık, travma)
- 7) Bir üst düzeye sevk yapılabilmesi

eder, son 2 - 3 aya gelindiğinde bu takip aralıkları sıklaşır, sık kan ve idrar tahlilleri yapılır, ultrasonografik incelemeler birçok kez tekrarlanır, doğumlar sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilir ve herhangi bir komplikasyon ortaya çıktığında da acil girişim olanakları hazır bekletilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise kadın doğum hekimleri, gebelik takibi ve doğumlarda daha baskın bir rol oynamaktadır. Koruyucu yaklaşım olarak da adlandırılabilir bu model ile gelişmiş ülkelerdeki anne ve yenidoğan mortaliteleri önemli oranlarda azaltılmıştır.

Gerek hastanede gerekse sahada olsun, anne ve bebek bakımı için Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği en etkili model, ebelik modelidir.

DSÖ, 2005 yılında yayınladığı bir raporda, "birinci düzey anne ve yenidoğan bakımının, profesyonel bakım ile kültürel ortamın birleştirilerek, ebeler tarafından yürütülen doğum merkezlerinde verilmesinin uygun olduğu"nu belirtmiştir. Bu model, İngiltere gibi bazı Avrupa Birliği üyesi ülkelerinde uygulanmaktadır.

Ancak bu modelde, görev alacak olan personelin gerekli bilgi ve becerilere sahip olması çok önemlidir. Buna karşılık, eski Sovyet Cumhuriyetleri'ndeki anne-bebek bakımı tamamen doktor



Yenidoğan dönemdeki ölümler, dünyada 5 yaş altında ölen 11 milyon çocuğun % 40'ını oluşturur. Dünyada yılda 4 milyon bebek, yenidoğan döneminde ölmektedir. Bu ölümlerin % 1'i gelişmiş ülkelerde meydana gelirken, % 99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

kaynaklıdır ve ebe bakımı hemen hemen hiç yoktur. Bu ülkelerde ise anneneyenidoğan bakımında aşırı ilaç kullanımı, uygunsuz teknoloji kullanımı, gereksiz hastane yatışları ile anne ve bebekler için gereksiz veya zararlı girişimlerin yapılması gibi bir dizi sorun yaşanmaktadır. Ülkemizde ise, karmaşık bir model vardır. Bazı gebeleri kadın doğum hekimleri, bazılarını ebeler ve hemşireler takip etmekte ve doğumlarını gerçekleştirmekte, bazı gebeler ise hiçbir tıbbî bakım almaksızın, takipsiz bir şekilde gebeliğini tamamlamaktadırlar. Bazen de, takip sayıları ve kalitesi yetersiz kalmaktadır.

Yenidoğan sağlığı, şimdiye kadar birçok hükümetin ve uluslararası kuruluşun öncelikli alanları içinde yer almadığı için bu alana yeteri kadar yatırım yapılmamıştır. Aslında bu durumun nedenlerinden birisi de, ölü doğumların ve yenidoğan ölümlerinin nüfus istatistiklerine yeteri kadar yansıtılmamış olmasıdır. Bir diğer neden ise, yenidoğan sağlığını iyileştirmeye yönelik yapılacak girişimlerin aşırı pahalı ve yüksek teknolojiye bağımlı olduğunun sanılmasıdır. Halkın, kadercı bir yaklaşımla, birçok yenidoğan ölümünün önlenemeyeceğine inanması veya bebek ölse bile, henüz yeterince bağlanma olmadığı için büyük bir psikolojik travma geçirmeden süreci atlatması, dolayısıyla bu konuyla ilgili iyileştirme taleplerinin sınırlı kalması da yenidoğan hizmetlerinin örgütlenmesini geciktirmiştir.

Yenidoğan dönemine niçin yatırım yapalım?

Yenidoğan bebeklerin hayatlarını kurtarıırken, ölümlerin ve sakatlıkların aileler, toplum ve uluslar üzerindeki etkilerini öncelikle göz önüne almak gerekir.

Daha fazla yenidoğan yaşatılması ile, doğum hızları düşmekte, anne ile daha sonra doğacak olan bebekler daha sağlıklı olmaktadır. Annenin toplumsal üretim gücünün daha düzelmesi ile birlikte, ailenin ve toplumun sosyoekonomik gücü de artmaktadır. Sakatlıkların önlenmesi ile de, ailenin ve toplumun uzun süreli maddi ve manevi kayıpları azaltılmaktadır. Çünkü, bu çocuklar, zaten kısıtlı olan toplumsal kaynakların önemli bir kısmını tüketebilmektedir. Ailelerin bu çocukların sağlık sorunlarıyla uğraşırken ortaya çıkan işgücü kayıpları ile maddi kayıpları da önemli sorunlara neden olabilmektedir.

Özellikle fakir ailelerde doğan ve sekelili yaşayan çocukların sağlık sorunları daha fazla olmakta ve fakirlik girdabından kurtulamamaktadırlar. Dolayısıyla, bu ailelerde fakirlik, bir sonraki nesilde de devam etmektedir. Sağlıklı yenidoğanlar ise, tam tersine hem sağlık açısından hem de akademik başarı açısından daha üretken bireyler olarak toplum hayatına atıldıklarından, toplumun geleceğine olumlu katkılar yapmaktadırlar.

Yenidoğan ölümlerini ve sakatlıklarını azaltabilmek amacıyla yapılacak en temel işlerden birincisi, gebelik öncesi, gebelik, doğum, yenidoğan ve çocukluk dönemlerini birbirinin devamı olan bir hizmetler bütünlüğü içinde ele almak ve bu amaçla ulusal bir strateji geliştirmektir.

Bu stratejinin geliştirilmesi sırasında Sağlık Bakanlığı yetkilileri, bilim adamları, maliye yetkilileri, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları yetkilileri bir araya gelmelidir. Ülkemizde mevcut Ana-Çocuk sağlığı merkezleri, zaten bu işlevi yerine getirmek üzere kurulmuşlardır.

Kadınlar, anneler ve aileler, yenidoğan hizmetlerinden yararlanan kişiler olarak değil, bu hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında aktif yer alan aktörler olarak ele alınmalıdır. Hizmetlerin devamlılığı kavramı, her ne kadar birçok kişi tarafından bilinse de, uygulamada birçok aksaklıklar olmaktadır.

Gebelik öncesi anne sağlığına dikkat edilmemesi, gebelikte düzenli kontrollerin yapılmaması veya bir kez yapılan kontrolün yeterli kabul edilmesi, bazı doğumların, "her şeyin normal olduğu" varsayılarak sağlık elemanı yardımı olmaksızın yapılmaya çalışılması, acil durumlarda başvurulacak yerlerin önceden belirlenmemesi, doğum yaptıran bazı sağlık personelinin yalnızca doğum olayına odaklanıp, yenidoğan bebeğin olası veya mevcut ihtiyaçlarını tam olarak değerlendirememesi veya bu ihtiyaçlarla ilgilenmemesi, dolayısıyla ailelerin çaresizlik içinde nereye başvuracağını, ne yapacağını bilememesi gibi durumlarla ülkemizde sıklıkla karşılaşılmaktadır.

Türkiye'deki durum ve öneriler

2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, ülkemizdeki yıllık doğum sayısı yaklaşık 1.378.000 iken

5 yaş altı ölen bebek sayısı 49.440,

1-5 yaş arası ölen bebek sayısı 11.270,

0 -1 yaş bebek ölümü 38.170,

0 - 30 gün arasında ölen yenidoğan sayısı ise 22.930'dir.

Diğer bir deyişle, ülkemizde her 10-15 dakikada bir bebek yaşamını kaybetmektedir!

Yine aynı araştırmaya göre,

0 -1 yaş arası bebek ölüm hızı %0 29,

0 -1 ay arası bebek ölüm hızı ise %0 17 civarındadır.

Diğer ülkelerdeki ilk bir yaşta bebek ölümlerine bakılacak olursa,

Japonya'da % 0 3,

İtalya'da % 0 5,5,

Yunanistan'da % 0 6,

Portekiz'de % 0 8,4,

Kore'de % 0 5,

Bulgaristan'da % 0 14,

İran'da % 0 35,

Pakistan'da % 0 83 rakamları görülmektedir.

Türkiye'deki bebek ölüm hızının azaltılabilmesi ve gelişmiş ülkeler düzeyine düşürülebilmesi için, perinatal ve yenidoğan hizmetlerinin akılcı bir şekilde örgütlenmesi gerekmektedir. Bu örgütlenmenin temelini, perinatal hizmetlerin basamaklandırılması oluşturur. Tüm dünyada olduğu, ülkemizde de perinatal ve yenidoğan hizmetleri, temelden karmaşığa doğru, 3 basamak şeklinde planlanmalıdır.

Bu planlamanın yapılmasıyla, hizmetler hasta ve aileleri için tanımlayıcı olduğu gibi, geri ödeme kurumları ve sigorta şirketleri için de yol gösterici olacaktır. Ayrıca, merkezler arasında kaynakların adil ve akılcı dağılımı ve kullanımı, ekonomik karşılaştırmaların yapılabilmesi ve merkezler arasında performans karşılaştırmasının yapılması açısından da faydalıdır. Diğer yandan, standartların sağlanması, her yerde aynı kalitede hizmet verilebilmesi ve bu amaçla merkezlerin kendilerini geliştirebilmeleri açısından da basamaklandırma son derecede yararlıdır.

Perinatal hizmetlerden, en basit ve en temel bakım olan 1. basamak perinatal merkezler, tüm doğum ve yenidoğan hizmetlerinin % 90'ını kapsar. Burada, gebe ilk başvurusunu yapar; ilk değerlendirme burada yapılır, komplike olmayan gebeler ve yenidoğanlar burada izlenir. Riskli gebeler ise bir üst merkeze sevk edilir. Burada deneyimli bir hekim, ebe veya hemşire hizmet verebilir.

Orta düzey bakım olarak adlandırılacak olan 2. basamak, tüm doğum ve yenidoğan hizmetlerinin % 7'sini kapsar. Bu merkez, bölgesel veya 3. basamak perinatal merkeze bağlı olarak çalışır. Yüksek riskli gebeler ve yenidoğanlar belirlenir, uygun olanlar tedavi edilir, uygun olmayanlar ise 3. basama-

ğa sevk edilir. Kendisine bağlı 1. basamak merkezlerin eğitimi, koordinasyonu ve planlamasından 2.basamak sorumludur. Bu merkezlerde gerektiğinde 15 - 30 dakika içinde acil sezeryan yapılabilmesi, 24 saat obstetrik anestezi ve radyoloji hizmeti verilebilmesi, 24 saat kan bankası açık olmalı, fetal monitorizasyon yapılabilmesi, özellikli hemşire bakımı gerçekleştirilebilmelidir.

İleri düzey bakım olarak adlandırılan 3. basamak perinatal merkez, bir eğitim hastanesi veya üniversite hastanesine bağlı olarak veya ailiye halde çalışmalıdır. Burada, birinci ve ikinci basamak hizmetleri de yerine getirilir. Anne ve yenidoğandaki tüm sorunların çözümlemediği ve takibinin yapılabildiği merkezlerdir. Bölgesel eğitim ve koordinasyondan sorumlu olduğu gibi, araştırma ve takip çalışmalarının planlanması ve yürütülmesinden de sorumludur.

Yenidoğan üniteleri de benzer şekilde basamaklandırılır. Temel yenidoğan bakımının sağlandığı 1. düzeyde, sağlıklı yenidoğanlar bakılır. Ancak her doğumda, neonatal resüsitasyon sağlanabilmelidir. Burada, miadında doğan yenidoğanlarla birlikte, doğumda stabil olan, 35 - 37 haftalık yenidoğanlar da bakılabilir. 35 haftanın altında doğan yenidoğanları, sevk edilinceye kadar stabilize etme görevi de birinci düzeyin görevleri arasındadır. Böyle bir serviste her bir hemşire 8 - 10 bebeğe hizmet verebilir.

Özel bakım servisi olarak da adlandırılabilen 2. düzey, iki alt düzey şeklinde ele alınabilir. II a düzeyinde, 32 hafta veya 1500 gr. üzerinde doğan prematüre bebeklerin sorunları çözümlenir, hızla düzelmesi beklenen ve daha üst merkeze transfer edilmesi düşünülmeyen bebekler de bakılabilir. Diğer yandan, bir üst merkeze transfer edilmesi gereken bebekler de, bu transfer gerçekleşinceye kadar bu ünitelerde bakılırken, üçüncü düzeyde bakılan ve üçüncü düzey ihtiyacı artık kalmayan bebekler de geri transfer edilerek bu ünitelere kabul edilebilir. II b düzeyinde ise, II a düzeyine ilaveten, 48 saatten daha kısa süreli mekanik ventilasyon veya CPAP uygulaması yapılır. Bu düzeyde, her bir hemşire 4 - 6 bebeğe hizmet verebilir.

En az bir pediatri asistanı veya eğitilmiş doktor bu üniteye nöbete kalmalı, ayrıca deneyimli bir uzman doktor veya neonatolog da icapçı olarak bulunmalıdır. Bu üniteler, eğitim hastaneleri, il devlet hastaneleri veya büyük ilçe devlet hastanelerinde kurulabilir.

Üçüncü düzey yenidoğan bakımı da üç alt grupta ele alınabilir. III a düzeyinde, 28 hafta ve 1000 gr. üzerindeki



Yenidoğan ölüm nedenleri arasında enfeksiyonlar en önde gelen nedenlerdir ve tüm dünyadaki ölümlerin % 36'sından sorumludur. İlk 3 gündeki ölümlerin büyük bir kısmı, prematürite ve asfiksiye bağlıyken, enfeksiyonlar daha sonraki günlerde meydana gelen ölümlere yol açar.

bebeklere bakım sağlanır. İhtiyacı olan tüm bebeklere konvansiyonel mekanik ventilasyon sağlanırken, minor cerrahi girişimler de ünite içinde yapılabilir. III b düzeyinde ise, 28 hafta ve 1000 gr. altındaki bebeklere bakım sağlandığı gibi, yüksek frekanslı ventilasyon ve nitrik oksit uygulaması gibi ileri ventilasyon şekilleri de kullanılabilir. İleri görüntüleme tetkiklerine kolay ulaşılabilmeli, gerektiğinde pediatrik yan dallardan konsültasyon hizmeti alınabilmeli, pediatrik cerrahi ve pediatrik anestezi olanakları bulunmalı, PDA ligasyonu, meningomyelose, abdominal duvar defekti, trakeoözofageal fistül, nekrotizan enterokolit cerrahisi gerektiğinde üniteye yakın bir yerde yapılabilir.

III c düzeyinde ise, yukarıda belirtilen tüm olanakların yanı sıra, ECMO ve kardiyopulmoner cerrahi olanakları da bulunmalıdır. Bu kapsamda bakıldığında, yurdumuzda halen III c düzey ünite bulunmamaktadır. Bu ünitelerde, her bir hemşire 1 - 3 bebeğe hizmet verebilir.

Üniteye en az 2 pediatri asistanı veya eğitilmiş doktor nöbete kalmalı, en az bir neonatolog bulunmalı ve konsültan neonatolog da 24 saat ulaşılabilir olmalıdır. (Ancak ülkemiz koşullarında, yeterli neonatolog henüz bulunmadığı için, bu görevi geçici bir süreliğine, yenidoğan konusunda tecrübeli çocuk hekimlerinin üstlenmesi yerinde olacaktır.)

Bu üniteler, başta eğitim hastaneleri olmak üzere büyük doğumevleri, dev-



let hastaneleri veya üniversite hastaneleri bünyesinde kurulabilir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulması, ancak yenidoğan mortalite hızı % 0 20'lerin altına düştüğü zaman gündeme gelmesi gereken bir konudur ve ülkemiz bu aşamaya gelmiş bulunmaktadır.

Dolayısıyla, temel yenidoğan sağlığı ihmal edilmeden, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulmasına da özel bir önem verilmelidir.

Üniteler bu şekilde planlandıktan sonra, üniteler arası transportların da planlanması gerekir. Aksi takdirde basamaklandırmanın bir anlamı kalmayacaktır. Bunun için öncelikle perinatologların ve neonatologların (çocuk hekimlerinin) işbirliği yapmaları gerekir. Herhangi bir bebek transfer edilecekse, hangi üniteye hangi şartlarda transfer edileceğine karar verecek bir direktörün bulunması gerekir.

Bu direktör, transport hizmetini hangi düzeyin yapacağını belirler, transport şekline karar verir, hangi aracın kullanılacağını belirler, hastaya kimin eşlik edeceğini belirler. Transportun ertelenip ertelenmeyeceğine karar verir, öncelikli ihtiyaçları belirler ve transport öncesi hasta stabilizasyonu için optimal destek bakım önerilerinde bulunur. Transportu gerçekleştirecek olan ekip, yenidoğan resüsitasyonu (NRP eğitimi) almış olmalı, yenidoğan stabilizasyonunu (solunum, dolaşım, metabolik, sıvı-elektrolit, termoregülasyon, vb.) gerçekleştirebilmeli ve transport süresince 'Yenidoğan Yoğun Bakım' idamesi konularında eğitimli olmalıdır.

En iyi transport şeklinin anne karnı olduğu, yani bebeklerin daha doğmadan önce en uygun bakılacakları merkeze annenin transport edilmesi gerektiği söylenebilir, pratikte her zaman bunu gerçekleştirmek kolay olmamakta, bu nedenle yenidoğan bebeklerin trans-

portuna sıklıkla gereksinim duyulmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni, perinatal merkezlerin yeterince gelişmemiş olması ve daha önce belirtildiği gibi, doğumu yaptıran ekiple, bebeğe bakacak ekip arasındaki koordinasyonun kurulamamış olmasıdır.

Yenidoğan hizmetleri için alt yapıyı belirlerken, ilk yapılması gereken, yatak ihtiyacının belirlenmesidir.

Bölgedeki her 1000 doğum için, 10-12 adet birinci düzey, 3-5 adet ikinci düzey ve 1 adet 3. düzey yatak ihtiyacı vardır. Neonatolog ihtiyacı ise her 2600 doğum için bir kişi olarak belirlenmelidir.

Türkiye'de yıllık 1,5 milyona yakın doğum olduğu varsayılırsa, 6000 -10000 arasında ikinci düzey, 1500 tane de üçüncü düzey yatağa ihtiyaç olduğu ortaya çıkar.

Yine aynı hesaba göre, ülkemizin halihazır neonatolog ihtiyacı da 600 kişi civarındadır.

İstanbul'da ise yıllık doğum sayısı 2004 rakamlarına göre 130 000 civarında olduğuna göre, bu ihtiyaçların yaklaşık % 10'unun İstanbul'da gerektiği ortaya çıkar. Özellikle İstanbul göz önüne alınacak olursa, ikinci ve üçüncü düzey için toplam en az 750 küvöz ve 150 ventilatörün bulunması gerektiği hesap edilebilir.

Bu rakam, ildeki bütün Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde bulunması gereken ihtiyacı ifade eder. Yapılan değişik çalışmalarda, birçok ilde ve devlet hastanesinde yeterli sayıda, hatta bazen ihtiyaçtan da fazla tıbbi donanım bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bu donanımların uygun bir şekilde dağıtılması mutlaka yapılmalıdır.

Bunun için de, basamaklandırma sisteminin bütün idareciler tarafından bilinmesi ve özümsemesi önemlidir.

Aslında, yenidoğan ölümlerini azaltabilmek için mutlaka yüksek teknolojiye dayanan, pahalı, uzmanlara dayalı, hastane bakımı gerekmez, çünkü bir görüşe göre, normal doğum, "tıbbî" bir durum değildir. Temel yenidoğan bakım hizmetlerinin tüm dünyada uygulanması halinde, yenidoğan ölüm hızlarının % 41-72 arasında azalabileceği hesaplanmıştır.

Diğer yandan, ülkemizdeki neonatolog sayısı, son resmi rakamlara göre, 110 civarındadır. Bunlardan 67 kişi üniversite hastanelerinde görev yapan akademik personeldir. Ülke çapında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan neonatolog sayısı 15, özel sektörde görev yapan neonatolog sayısı ise 11 kişidir. Ayrıca, halen eğitimde olan kişiler de bulunmaktadır.

Ancak, Yan Dal sınav yönetmeliğinin iptal edilmiş olması nedeniyle, 2004 yılından itibaren neonatoloji yan dal eğitime kimse başlayamadığı için, önümüzdeki en azından 3 yıl içinde, neonatolog sayısında anlamlı bir artış beklenmemelidir.

Zaten, eğer neonatoloji yan dal eğitimi, şimdiye kadar olduğu hızda devam ederse, ülkemizin ihtiyacı olan yaklaşık 600 kişinin yetiştirilmesi yaklaşık 60 yıllık bir süre alacaktır.

Bu nedenle, hızla kurulmakta olan ikinci ve üçüncü düzey yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin doktor ve hemşire ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için özel eğitim ve sertifikasyon programlarının geliştirilmesine acilen ihtiyaç vardır.

Aksi takdirde, her 15 dakikada bir ölen bebeklerin sorumluluğu hepimizin üzerine ağır bir yük olarak çökmeye devam edecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın, Türkiye'nin sağlık sorunlarını çözmek için geliştirdiği bölgesel planlamada, ülkemiz 22 bölgeye ayrılmıştır. Ayrıca İstanbul da, Avrupa ve Anadolu yakası olmak üzere 2 bölge olarak planlanmıştır.

Öncelikle, her bölgenin planlaması kendi içinde yapılmalı, bölgede mevcut envanter ortaya çıkarılmalı, ihtiyaçlar belirlenmeli ve bu ihtiyaçların hangi kaynaklardan, hangi yöntemle temin edileceği planlanmalıdır.

Bazı bölgelerde, devletin kaynaklarını kullanmak daha doğru iken, bazı bölgelerde, yerel veya özel kaynakların kullanılması daha doğru olabilir. Bu bölgelerden her birinde en az bir üçüncü düzey perinatal merkez ve yenidoğan yoğun bakım merkezi kurulması faydalı olacaktır.

İstanbul'da ise, Avrupa ve Anadolu yakasında en az ikiser üçüncü düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesi (üniversite hastanelerinin dışında) planlanması gerekir.

Burada dikkat edilmesi en önemli noktalardan birisi, yukarıda da belirtildiği gibi, üçüncü düzey bakım verecek ünitelerde, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, çocuk nörolojisi, çocuk kardiyolojisi, çocuk nefrolojisi gibi diğer yan dal hizmetlerinin de verilmesi gerektirir. Aksi takdirde, yalnızca yenidoğan ünitesinin kurulması, sorunların çözümüne katkı sağlamayacaktır.

Bu nedenle, bu merkezlerin gelişmiş merkezlerle yakın iletişim ve eşgüdüm içinde olması, afilyasyon sisteminin desteklenmesi, e-konsültasyon olanaklarının geliştirilmesi düşünülmelidir.

Ayrıca, bölgenin ihtiyacına göre, uygun sayıda ikinci düzey merkezler de kurulmalıdır.

Üçüncü düzey merkezlerin yalnızca büyük şehirlerde kurulması, sorunları tam olarak çözemeyecektir. Çünkü ülkemiz koşullarında, bu merkezlere transport ve geri transport her zaman sorunlu olmuştur.

Kendi oturdukları bölgeden çok uzaklarda üçüncü düzey bakımını almak zorunda kalan ailelerin birçok ekonomik, sosyal ve idari sorunları bulunmaktadır.

Bu sorunların en aza indirgenmesi için, üçüncü düzey ünitelerin rantabl bir şekilde dağıtılmasına ihtiyaç vardır.

Ancak, daha önce de belirtildiği gibi, yenidoğan hizmetlerinin % 90'ı birinci düzeyde çözülebilir ve bu nedenle, teknoloji yoğun üçüncü düzey üniteler bir yandan geliştirilmeye çalışılırken, daha da önemli olarak birinci düzey ve kısmen de olsa ikinci düzey bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Bu amaçla, Sağlık Bakanlığı'nın yaygınlaştırmaya çalıştığı aile hekimliği projesi kapsamında mutlaka perinatal hizmetlere de gereken önem verilmelidir.



Bu hizmetler yerine getirildiğinde beklenen sonuçlar şunlardır:

1. Neonatal mortalite ve morbiditesinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artması
2. I., II., III. Düzey Sağlık Hizmetleri'nde standardizasyonunun sağlanması
3. I. Düzey'in kalitesinin artırılarak II. ve III. Düzey gereksiniminin azaltılması
4. Öncelikle anne karnında transportun gerçekleştirilmesi
5. Eğitimli transport ekibinin oluşturularak optimal koşullarda transport yapılması
6. Ülkemizin gelişmişlik düzeyine pozitif katkı sağlanması
7. Ülke genelinde sağlık kalitesinin yükseltilmesi
8. Uluslararası sağlık standardının yalananması

Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yapılması gerekenler ise şöylece sıralanabilir:

1. Kayıt sisteminin kurulması
2. Yenidoğan sağlığı ile çekirdek konularda eğitilmiş her düzeyden sağlık personelinin sayısının artırılması
3. Bölgesel merkezlerin kurulması ve buralardaki personelin eğitiminin sağlanması
4. İn utero transportun öneminin kadın doğum hekimlerine anlatılması
5. Uygun sağlık personelinin evlerde temel yenidoğan bakımı eğitimi vermesi
6. Neonatal transport sisteminin kurulması, transport ekiplerinin eğitimi

Bu işlemler gerçekleştirildiğinde, öyle umulur ki, ülkemizdeki yenidoğan ve anne ölümleri ve morbiditesinde anlamlı azalmalar meydana gelecek, böylece, hem ülke insanının yaşam kalitesi artacak hem de ülkemiz hak etmediği yetersiz sağlık göstergelerinden kurtulmuş olacaktır.

Bu iş, bizim için bir görev değil, gelecek nesillere karşı bir borcumuzdur.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulması, ancak yenidoğan mortalite hızı %0 20'lerin altına düştüğü zaman gündeme gelmesi gereken bir konudur ve ülkemiz bu aşamaya gelmiş bulunmaktadır. Temel yenidoğan sağlığı ihmal edilmeden, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulmasına da özel bir önem verilmelidir

Kaynaklar

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2003.

Türk Neonatoloji Derneği Çok Merkezli Çalışma Grubu. Türkiye'de perinatal mortalite: 1999. Çocuk Sağlığı Hast Derg 2000; 43: 315-320

United Nations. The millennium development goals report. New York: United Nations 2005

Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Four million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet 2005; 365: 891-900

Darmstadt GI, Bhutta ZA, Cousens S, Atam T, Walker N, de Bernis L. Evidence based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save? Neonatal Survival 2. Lancet 2005; 365: 977-88

Mangiaterra V, Mattero M, Dunkelberg E. Why and how to invest in neonatal health Sem Fetal Neonatal Med 2006; 11: 37-47

Özel muayenehaneler olmalı mı, olmamalı mı?

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995 yılında da Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Tıp mesleği, bilim yanında sanat ve tiyatral yanı da olan ve bu üç özelliğin iç içe geçtiği nadir mesleklerden biridir. Ayrıca kendi doğasından kaynaklanan nedenlerle ile hekimlik memur kalıpları içerisinde değerlendirilmemelidir. Tıp mesleğini diğer mesleklerden ayrı kılan bir diğer özellik de meslektaşlar ve hastalarla ilişkileri düzenleyen bir bilim dalı olan deontoloji dersinin hiçbir meslek öğretiminde okutulmamasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde son yıllarda yapılan bazı düzenlemeler ile kamuda çalışan ve de özel muayenehanesi olan hekimlere getirilmek istenen kısıtlamalar üzerine yapılan tartışmalar son bulmayacak gibi gözüküyor. 2002 yılın-

da muayenehanesiz çalışan hekim sayısı % 11 iken bu oranın Aralık 2006 tarihi itibarı ile % 56' ya çıkmış olduğunun ileri sürülmesi her boyutu ile düşündürücüdür. Muayenehanelerin kapatılması başarı mı yoksa başarısızlık mı getirecek sorusuna verilecek cevabı çok yönlü olarak etik, deontolojik değerleri göz ardı etmeden ayrıntılı olarak değerlendirmek yerinde olacaktır.

Hekim açığı açısından

Ülkemizde bir yandan hekim açığının olduğunun ileri sürülmesi buna karşın kamuda çalışan tecrübeli hekimlere mesai saatleri dışında çalışma yasağı getirilmesi çabaları çelişki gibi gözükmektedir. Hekim açığının deneyimli ve de istekli hekimlerce belirlenmiş bir me-

sai çerçevesinde özel çalışma ile kapatılması daha verimlidir. Bu durum özel hastaneler için de geçerlidir. Zira ülkemizde giderek artan özel hastanelerin hekim bulması da zorlaşacaktır. Hekim açığı ancak birden fazla hastane veya muayenehane dışında hastanede çalışacak hekimler ile kurumsal olarak kaplanabilir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri boyutu

Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde belirli bir deneyime ulaşmış, alanında söz sahibi ve eğitici potansiyeli yüksek akademik anlayışlı hekimlerin bir eğitim ortamında bulunmak istemeleri ve bu şekilde kendilerini geliştirmeleri bu durumu sürdürürken aynı za-



manda da isterlerse özel olarak da muayenehanede çalışmaları ülke gerçekleri, verimlilik, insan kaynakları, rekabet açısından olumlu değerlendirilmelidir. Böyle bir ortamda bulunma eğitimi de stimüle edecektir. İngiltere’de konsültan hekimler çok sayıda hastanede çalışabilmektedirler. Yine Almanya’da hem üniversite hastanesinde öğretim üyesi olarak hem de kamu hastanesinde şef olarak çalışmak mümkündür.

Özel girişimcilik

Her insanda olabilecek özel girişim hürriyetini belirli bir meslek grubuna yasaklamak özellikle hekim-hasta ilişkisi gibi karşılıklı güven ve iletişime dayanan çok nazık bir alan üzerinde olumsuz etkilere yol açabilecektir. Kendisine güvenen başarılı bir hekimin mesai saatleri dışında gerekirse gece geç saatlere kadar özel çalışma istek ve çabasının önündeki tüm kısıtlayıcı engellemeler aslında yetişmiş insan gücünün bir tür israfı demektir.

Kişisel performans

Tercih edilen bir hekim olmak her hekim için arzu edilen bir durumdur. Tercih noktasından bakıldığında bu durumu kamu hastanelerinde bir yere kadar sağlamak mümkündür. Bakanlığın 4 yıldan beri yeni bir açılımla etkin hale getirmeye çalıştığı mevcut performans yönergesi eğitim ve araştırma hastanelerinde kişisel performansa uygun olmadığından bir tercih edilebilirlik sağlamamıştır. Buna karşın 2. basamak sağlık kurumu olan hastanelerde performans yönergesi olumlu sonuçlar vermiştir.

Kişisel gelişim

Muayenesi olan hekim çalıştığı kamu hastanesinde kendisini daha dikkatli olmak zorunda hisseder ve hastanedeki hastalara daha hassas, daha insan merkezli, daha müşfik, daha sahiplenir pozisyonda ve hastane personeline karşı daha iletişime açık ve fedakâr bir davranış sergiler. Çünkü bu davranışlar hekim hastane içinde ve dışında bir tercih edilirlik ve prestij sağlayacaktır. İster istemez hekimin bu pozisyonu onun kişisel gelişimine olumlu katkıda bulunur.

Hekime seçme özgürlüğü

Ülkemizde 22 milyon kronik hastanın olduğu hesaplanmaktadır. Özellikle kronik hastalar hastanelere her gittiklerinde farklı bir hekime muayene olmak durumundadırlar. Kendilerine sürekli bakacak bir hekimi daha fazla tercih eder durumdadırlar. Bu da ancak hekim ile hasta arasında aracı bir kurumun olmadığı sistemlerde geçerli olabilecektir. Bu aracı kurumları kamu hastaneleri ve-

ya özel hastaneler olarak sayabiliriz.

Meslekî tatmin

Aracısız hekim-hasta ilişkisi sistemlerinin (özel muayene) hekimlerde her bakımdan (zaman ayırma, kendini ispatlama, hekimliğin sanat yönü vs.) mesleki tatmin sağladığı aşîkârdır. Hastayı tatmin edebilecek şekilde ayrılan zaman şüphesiz hekimi de tatmin edecektir.

Hasta memnuniyeti

Kamuda çalışan hekimlere muayene olma konusunda hastalar ve yakınları açısından tarihi bir güvensizlik veya tatmin olmama söz konusudur. Çoğu kez muayene olacak hastalar veya yakınları hekimi tanıyan bir yakınını veya siyasetçi veya bürokrati araya koyarak daha iyi bir bakım görmesi konusunda yardım istemektedir. Bu güvensizlik alınan tüm iyi niyetli önlemlere rağmen azalmamıştır. Bu durumun sosyal, psikolojik boyutları her yönüyle kültürümüzün bir parçası olmuştur.

Bireysel hasta yöntemi

Hastaya ve hastalıklarına tam anlamıyla sahiplenilmiş, bütüncül bir muayene anlayışı sonuçta hasta lehine olan bir durumdur. Bu durum da ancak özel hekimlik ile mümkün gözükmektedir. Aile hekimliği sistemi de bu durumu ancak bir dereceye kadar telafi edebilecektir.

Ekonomik özgürlük

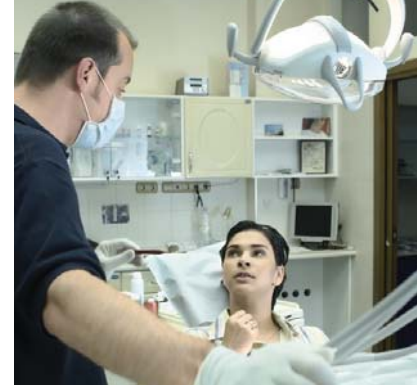
Hekimlerin ailelerine ayıracakları zamanlardan veya kendi özel zamanlarından fedakârlık yaparak oluşturdıkları çaba ile gösterdikleri performans ekonomik bir özgürlük sağlamaktadır. Bu durumun hekime kazandırdığı sosyo-ekonomik statü çok görülmemelidir. Hekimliğin maaşlı bir statüye indirilmesi (kamuda çalışıp da muayenesi olan hekimlere muayene yasağı getirilmesi düşüncesi) hekimliğin tercih edilmesini ve motivasyonu azaltacaktır.

Meslek olarak seçimi engeller

Tıp mesleğinin özelliğinden kaynaklanan sorunlar, mecburi hizmet uygulaması ve de getirilmek istenen muayenehane yasağı ileride bu mesleği seçecek insanlar üzerinde engelleyici etki yapacaktır. Dolayısı ile meslekten elde edilen geliri belli limitlere indirmek ve de hekimliği memurlukla sınırlamak meslek tercihini olumsuz etkileyecektir.

Tercih edilirlik

Kamu hastanelerinde ve kısmen de özel hastanelerde hasta hekimden ziyade hastaneyi tercih etmektedir. Has-



ta istemediği tercih etmediği bir hekime muayene olmak zorunda kalmaktadır. Bireysel anlamda hekimin doğrudan tercih edildiği tek sistem muayenehanelerdir.

Kamu kuruluşlarında tam gün çalışma şartı

Kamu kuruluşlarında “tam gün çalışma şartı” ile “muayenehane yasağı” aynı şey değildir. Kamu kuruluşu, tam gün çalışan kadrolu hekiminin mesai saati dışında nerede vakit geçirdiği ile ilgilenmediğine göre, bir muayenehane veya özel hastaneye gitmesi ile de ilgilenmemelidir. Muayenehane ile yolsuzluk arasında bağlantı kurmak, dürüst çalışan binlerce hekimi töhmet altına alıp karalamak anlamına gelir ki siyasal açıdan büyük bedel ödenmesi ile sonuçlanabilir. Ayrıca muayenehane “dürüst” hekime lazımdır, yolsuzluk yapmak isteyen ise muayenehaneye asla ihtiyacı yoktur. Kamu kuruluşlarının, tam gün çalışmayı takıntı haline getirmemesi gerekir. Özel çalışan yetenekli hekimlerden ve bilim adamlarından Tıp Fakülteleri’nin ve Eğitim Hastaneleri’nin sözleşmeli/anaşmalı olarak yararlanmasının önü açık tutulmalıdır.

Sonuç

Kamuda çalışıp muayenehanesi olan hekimlerin bugünkü durumu ideal bir durum değildir. Etik değerler açısından bazı yanlışların olduğu şüphesizdir. Fakat özel hastanelere tüm SGK hastaların başvurmalarının yolunun açılması belirli bir süre için kamuda çalışıp da muayenesi olan hekimlerine olan talebi zaten azaltacaktır. Dolayısı ile yanlış yapan, muayenehane-hastane ilişkisini istismar eden kamudaki hekim muayenesi dolayısı ile tercih edilmeyecektir. Böylelikle ile bu tür muayenehaneler zaten kendiliğinden kapanacaktır. Sistem kendisini zaman içersinde bir şekilde dengeleyecektir. Bu yüzden özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde belirli bir deneyime ulaşmış, alanında söz sahibi ve de eğitici potansiyeli yüksek akademik anlayışlı hekimlerin bir eğitim/akademik ortamda bulunmak istemeleri ve bu şekilde kendilerini geliştirmeleri bu durumu sürdürürken aynı zamanda da isterlerse özel olarak da mesai saatleri dışında muayenehanede çalışmaları kısıtlanmamalıdır. Kamu kuruluşlarının, tam gün çalışmayı takıntı haline getirmemesi gerekir.

Hekimin aleyhine olan hastanın da aleyhinedir.

Hemşirelerin özelden devlete giden yolu

Emel Çoker



1957 İstanbul doğumlu. 1975 Tefik Sağlam Özel Sosyal Hemşire Koleji'nden, 1993 Eskişehir ASMYO'dan mezun oldu. 1975-1980 arası SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde, 1980-1982 SSK Kartal Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde, 1980-1999 yıllarında SSK Göztepe Hastanesi'nde görev yaptı. 1993 - 1999 yıllarında SSK Göztepe Hastanesi'nde Başhemşire Yrd. olarak çalıştı. 1999-2001 yıllarında Özel Kadıköy Hastanesi'nde Başhemşirelik yaptı. Halen Medipol Hastanesi'nde Başhemşire olarak çalışıyor.

Sağlık Bakanlığı'nın kamu hastanelerindeki açığı kapatmak için açtığı 10 bin hemşire kadrosu, özel sağlık kuruluşlarının son derece zor durumda kalmasına neden oldu. Hatta öyle ki bazı hastaneler uzman hemşire gerektiren servisleri bile kapattılar. Yakın zamana kadar özel hastaneleri tercih eden hemşireler, Sağlık Bakanlığı'nın neredeyse her hemşireyi istediği yere tayin etmesi nedeniyle özel sağlık sektöründen ayrılma yolunu seçti. Bu durum, bazı özel tıp fakülteleri ve vakıf hastanelerini de etkiledi. Hemşiresiz kalan bazı hastaneler, yoğun bakım ünitesi gibi uzman

hemşire gerektiren servisleri kapatmak zorunda kaldı. Ameliyat sayılarını düşürdü.

Hemşireler kamuyu tercih etmelerinde ki en büyük neden olarak, iş güvencesini gösteriyorlar. Mali yönden güçlü olan A sınıfı hastane yönetimleri, sorunu gidermek için hemşire transferi yapmayı tercih ediyor. Bu arada sorun, yeni mezun hemşireleri alma yarışıyla çözülmeye çalışılıyor.

Bu arada Bakanlık, sözleşmeli olarak aldığı hemşirelerin tayinlerini birinci tercihlerine göre yaptığı için 'geri dönerler' varsayımı da tahminin altında gerçekleşti. Yaşanan kriz en fazla, güne kadar asgari ücretle işe başlayan yeni

mezun hemşirelere yaramış durumda. İşe başlama ücreti 1000 YTL civarına yükseldi bile. Uzman hemşireler ise 4-5 bin YTL ile transfer olmaya başladı.

Hemşirelerin kamuyu tercih etmeleri için iş güvencesinin yanı sıra pek çok neden var. Bu nedenleri ise şöyle sıralayabiliriz:

1) Çalışma saatleri

Devlet hastanelerinde çalışma saati aylık ortalama 180 saat civarında, özellikle bu yıl, ağırlıklı olarak alınan Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) Acil Komuta Merkezleri'nde ayda sadece 6 gün 24 saat çalışıyor. Yani 144 saat. Özel hastanelerde ise en az çalışma saati aylık 200



saat bu 240 hatta 260 saate kadar çıkıyor. Kamuda çalışmanın resmi bayramlar, yılbaşı tatili ve dini bayramlarda verilen idari izinler ile 4 - 5 günlük dini bayram tatilinin 9 güne çıkarılması durumunda kullanılan izinler gibi avantajları var. 2007 yılına ait bir hesaplama yaparsak özel bir hastanede çalışan (ortalama haftalık 50 saat baz alınmıştır) eleman 2.555 saat, devlet hastanesinde çalışan eleman ise 2240 saat çalışmıştır ki aradaki fark 35 günlük çalışma saatine eşittir. Yıllık izinlerin 14 iş gününden başladığını göz önüne alırsak 35 günlük fazla çalışmanın ne kadar önemli olduğu daha iyi anlaşılır sanırım. Devlet hastanelerinde nöbetler hariç cumartesi ve pazar gününün tatil olması, buna karşın özel hastanelerin cumartesi günü tam gün çalışması da etkenlerden biridir diye düşünüyorum.

Bunun yanı sıra çalışma saatleri devlet hastanelerinde daha esnektir. Mesela 7:30 – 16:30 vardiyası uygulamada 7:45 – 16:15 olabilir. Oysa ki özelde 08:00 – 18:00 vardiyası uygulamada 7:30 – 18:30'dur.

2) Ücretler

Devlet hastanelerinde lise mezunu bir hemşire 1140, ön lisans mezunu bir hemşire 1320 lisans mezunu bir hemşire 1440 dolaylarında maaş alırken (döner sermaye dahildir) özel hastanelerde bu oldukça düşüktü.

3) İş yükü ve sorumluluk

Devlet hastanelerinde, özellikle sağlık ocaklarında iş yükünün ve sorumlulukların daha az olması da hemşirelerin kamuya geçmelerindeki en önemli etkenlerden.

Devlet hastanelerinde nöbetçi hekim hastaların tüm sorumluluğunu alır, özellikle eğitim hastanelerinde her servisin ve her branşın doktoru nöbetçidir. Serviste yatan hastayı tanır ve her türlü müdahaleyi yapabilir. Yani hasta servisin hastasıdır, oysa ki özel hastanelerde genellikle hasta, hekimin hastasıdır. Herhangi bir sorunda mutlaka hastanın hekimine ulaşmak gerekir, özellikle geceleri bu pek de kolay olmamaktadır. Bu süreci hemşirenin çok iyi idare etmesi gerekir. Bu da hemşireye çok fazla, yetkilerinin üzerinde bir sorumluluk yükler.

Bu yıl yapılan atamalar çoğunlukla sağlık ocakları ve acil komuta merkezlerine oldu. Üniversite bitirmiş bir hemşire sağlık ocağında sadece hasta kayıt ediyor, dolayısıyla hiçbir sorumluluğu olmadığından yukarıda bahsedilen gerçekten çok stresli olayları da yaşamamış oluyor. Böyle çalışmak, 'üniversite öğrenimi görmüş birini mesleki açıdan ne kadar tatmin eder?' sorusunu beraberinde getiriyor. Tabii böyle bir

durumda mesleki bilgilerin körelmesi, hemşirelerin potansiyellerinden tam anlamıyla yararlanılmaması gibi sorunları da cabası...

4) Maaş ödemelerindeki sorunlar

Devlet hastanelerinde maaşlar, herkes bilir ki ayın 15 de peşin olarak yatırılır. Oysa ki bazı özel sektörde, çalışılmış, yani hak edilmiş maaşın ödenmesi bile gününde yapılmıyor veya bir kerede ödenmiyor. Hatta zaman zaman bir-iki ay gecikmeli ödeyen kurumlar dahi oluyor ki bu durum maddi sıkıntıları artırıyor.

5) İş garantisi

Bir kez devlette çalışmaya başlayan kişi, her şartta oradan emekli olacağına garanti gözüyle bakar. Oysa ki özel hastanelerde tüm özel sektörde olduğu gibi verimli çalışmayan, kurum kurallarına uymayan elemanın garantisi yoktur.

6) Sosyal haklar

- Devlet hastanelerinde kreşlerin olması
- Sosyal tesislerden faydalanma (kamplar, misafirhaneler gibi)
- Devlet kurumlarında mesleki gelişmeleri daha yakından takip edebilme (kurslara katılma, kongrelere katılma daha rahattır)
- Sigorta.

Bazı özel hastanelerin sigorta yapmaması, eksik gün ödemesi, sürekli giriş çıkış yapması veya asgari ücretten sigortaları ödemesi, dolayısıyla uzun yıllar aynı yerde çalışmış olsa da emekli ikramiyesi alamama veya çok az alma gibi sorunlar devlete geçmede önemli bir rol oynuyor.

7) Ulaşım problemi

Bazı özel hastanelerin servisleri olmadığından, çalışan kendi olanakları ile bunu çözmek zorunda. Oysa ki bu yıl yapılan atamalar çoğunlukla bireylerin yürüyerek ulaşabilecekleri mesafedeki sağlık ocaklarına yapıldı. Bu da özellikle hem maddi hem de manevi anlamda kişiyi sıkıntıya sokan ulaşım problemini ortadan kaldırmış oldu.

Tüm bu nedenleri sıraladıktan sonra aslında bu kadar hemşirenin özel sektörü bırakmasındaki en önemli nedeni, ülkemizin de genel problemi olan daha az zaman ve emek harcayarak, daha rahat koşullarda çalışıp daha fazla para kazanmak olarak özetleyebiliriz.

Hemşirelerin özel hastanelerden devlete geçmelerini, devleti tercih etmelerini Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Genel Sekreteri Ya-



şar Yıldırım şöyle değerlendiriyor: "20 bin civarında hemşire açığı var. Sağlık Bakanlığı 10 bin hemşirenin her birini mahallinde görevlendirdi. Dolayısıyla üniversiteden, vakıf hastanelerinden ve özel sağlık sektöründen birçok hemşire ayrılıp Sağlık Bakanlığı kadrosuna geçti. Özel sektörden 10 bin kişilik kadronun boşalmış olması sıkıntı yarattı. Bu arada, 500 civarında hemşire okulu kapatıldı. Yeni hemşirenin yetişmemesi de bu açıktan etkin oldu."

Devletin rekabeti kendi lehinde kullandığını savunan Yıldırım, "Sağlık Bakanlığı'nın bunu yapmaması lazımdı. Üvey evlat değiliz. Bazı hastanelerimizin yoğun bakım ünitelerini hemşire kadrosu nedeniyle kapatmak zorunda kaldığını öğrendik. Paramedikal kadrolar zaten Türkiye'de yetersiz. Yenisini açmadan okulu kapattığınızda bu sıkıntının doğacağı belliydi" diyor.

Bazı özel hastanelerdeki hemşire kayıpları

- Memorial Hastanesi'nden 270 hemşireden 60'ı kamuya geçti.
- Florance Nightingale'den 60'ı kamuya, 20'si özel hastanelere olmak üzere 80 hemşire gitti.
- Alman Hastanesi'nden 250 hemşirenin 30'u ayrıldı.
- İsviçre Hastanesi'nden 130 hemşirenin 40'ı kamuya gitti.
- Özel Medicana Hospitals Çamlıca'dan 45, Özel Medicana Bahçelievler'den 45, Özel Medicana Avcılar'dan 16 (ayrılan sağlık memurları dahil) hemşire ayrıldı.
- Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi'ndeki 180 hemşirenin 30'u kamuyu tercih etti.
- İstanbul Medipol Hastanesi'nde 130 sağlık personelinin 34'ünün tayini çıktı. 31'i devlete geçmeyi tercih etti.
- Nisa Hastanesi'nde ise 110 sağlık personelinin 31'inin tayini çıktı, 29'u devlete geçmeyi tercih etti.

Sağlığı nasıl değerlendirmeli?

Prof. Dr. Ahmet Zeki Şengil



1962 doğumlu, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanıdır. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğretim Üyesi'dir. İstanbul Büyükşehir Belediyesinde Sağlık Daire Başkanlığı yapmıştır. Selçuk Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesinde Öğretim Üyeliği, Yönetim Kurulu, Fakülte Kurulu ve Senato Üyeliği, Enstitü Müdürlüğü ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulunmuştur.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık; "yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak, sağlık hakkı ise; "İrk, din, politika, inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı" olarak tanımlanmıştır.

Her şey insan içindir, yani her şey insan sağlığı içindir. İnsanın beden, ruh, çevre ve sosyal sağlığı içindir. Herkesi sağlıklı yaşama ulaştırmak amacı, sağlığı politikaların merkezine yerleştirmeyi gerektirir. Sağlığın sadece ekonomiye

yüklediği yükler değil, aynı zamanda katkıları açısından da bakılmalı ve sağlık hizmeti ve yatırımları ekonominin itici gücü kılınmalıdır. Sağlık, kaliteli yaşamın, verimliliğin ve ekonomik büyümenin merkezidir. Halkı sağlıklı olmayan bir ülkenin "bilgiye dayalı, dinamik ve rekabet edebilir ekonomik" düzeye ulaşması da imkânsız hale gelecektir.

Sağlık politikası somut temeller üzerine kurulmalıdır. Bunlar ülke sağlığı ile ilgili mevcut veriler ve güncel bilimsel kanıtlardır.

Sağlık politikalarını etkileyen faktörler:

a. Toplumsal farklılıklar: Ülkelerin coğ-

rafi, sosyal ve kültürel özellikleri, bireysel bilinç ve değişen şartlara ve zamana adapte olma yeteneğidir.

b. Ekonomik farklılıklar: Kalkınmış ve kalkınmakta olma özelliği, dışa bağımlılık, maliyet ve benzeri faktörlerdir.

c. Siyasal farklılıklar: Liberal ve sosyal yaklaşımlar, yönetimde istikrar, sosyal güvenlik sisteminin yaygınlığıdır.

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve ölçülebilir hedefleri, detaylı, duyarlı ve pozitif bir yaklaşımı ve değişime hızlı adaptasyon yeteneği olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında dikkat edilmesi gere-







Dünya Sağlık Örgütü , sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında dikkat edilmesi gereken önemli kriterlerin başında “sağlık hizmetinin sunumunda hiçbir ayırım yapılmaksızın herkese eşit ve aynı düzeyde sağlık hizmeti verilmelidir” maddesi gelmektedir.

ken bazı önemli kriterler belirlemiştir. Bu kriterlerin başlıcaları şunlardır.

1. Sağlık hizmetinin sunumunda hiçbir ayırım yapılmaksızın herkese eşit ve aynı düzeyde sağlık hizmeti verilmelidir.
2. Sağlıkta seviye olarak, hizmet anlayışları sürekli geliştirilmelidir.
3. Bireylerin gelir düzeylerine göre mali katkılarının adil olmasına dikkat edilmelidir.
4. Sağlık hizmeti sunulurken kişiye gerekli saygı gösterilmelidir.
5. Bireyin gereksinimlerine odaklı bir sağlık hizmeti sunulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin tanımı, bireyin fiziksel ve ruhsal alanı dışında çevresel ve sosyal alanlarını da kapsamaktadır. Bu nedenle sağlıkta sorumluluk alanları da sınırlı değildir. Toplumsal genişlikte sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için sorumluluk alanları şöyle gruplandırılabilir:

1. Bireysel sorumluluk,
2. Toplum ve kurumsal anlamda sivil toplumsal kuruluşlarının sorumluluğu,
3. Devlet veya kamu kurumlarının sorumluluğu,
4. Özel sektör kuruluşlarının sorumlulukları.

1. Bireysel sorumluluk

Vatandaşların sağlığı; insanların yeme-içme, sigara ve alkol kullanma gibi alış-

kanlıkları ve hareketliliklerine ilişkin bireysel seçimleri ile yakından ilgilidir. Günümüzde, enfeksiyon hastalıklarının geleneksel etkilerinin yerini genellikle, kronik, bulaşıcı olmayan, kalp-damar hastalıkları ve kanser türleri gibi hastalıklar almıştır. Bunun gerekçesi ise genellikle bireysel tercihlerdir. Bu nedenle hastalıkların % 80'i önlenmelidir.

Temel bireysel sorumluluk alanları ise;

- a. Yaşam tarzı,
- b. Beslenme alışkanlığı,
- c. Egzersiz performansının doğru düzenlenmesidir.

2. Toplumsal sorumluluk

Vatandaşların karar verme sürecine katılımını sağlamak, sağlıkları hakkında bilinçli tercihler yapabilmelerine yardımcı olmak, “Sağlık Portalı” ve “Hasta Örgüt Ağları” gibi oluşumlarla, toplumsal sorumluluk organize olmalıdır.

Toplumsal temelli hastalıkları önleme sistemlerinin kullanılması, halk sağlığının geliştirilmesi yolunda maliyeti oldukça düşük ve etkin bir yöntemdir.

Temel ilkeler; açıklık, katılımcılık, güvenilirlik, etkinlik ve uyum olmalıdır.

3. Kamusal sorumluluk

Dünya Sağlık Örgütüne göre devletin halkına karşı 3 temel görevi vardır:

- a. Temel Sağlık hizmetlerinin sunumu,
- b. Temel Eğitim hizmetlerinin sunumu,
- c. Standart bir beslenme imkânının sağlanması.

Kamu kurumlarının sağlığı direkt ilgilendiren konularda şu görevleri vardır:

- a. Bireylerin hastalanmadan önce sağlıklı yaşam sürdürebilmelerini sağlamak için gerekli altyapı hizmetlerinin organizasyonu,
- b. Hastalık nedenlerini ortadan kaldırmak için koruyucu sağlık hizmetlerinin organizasyonu,
- c. Hasta bireylerin sağlığına tekrar kavuşmalarını sağlamak için tedavi hizmetlerinin organizasyonu,
- d. Kronik hastalıklarla birlikte sürdürülmesi gereken yaşamın daha kaliteli olabilmesi için rehabilitasyon hizmetlerinin organizasyonu.

Bu amaçlar için öncelikle;

- a. Halk sağlığı programları hazırlanmalı,
- b. Sağlık Danışma Sistemi geliştirilmeli,

c. Tütün, alkol kullanımı ve yanlış beslenme alışkanlıkları düzeltilmesi ve,

d. Düzenli egzersiz alışkanlıklarının oluşturulması gibi konularda etkin politikalar geliştirilmelidir.

4. Özel sektör sorumluluğu

Özel sektörün rekabetçi yapısı; denetlenmek ve hizmet alanların tercihlerini bağımsız yapabilmeleri kaydı ile sağlık hizmetlerinin, daha hızlı, daha etkin, ekonomik ve sürdürülebilir kılınmasına yardımcı olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi

Ülkelerin sağlık hizmetlerini ulusal ve uluslararası düzeyde ölçmek ve değerlendirme yapmak için belli kriterler göz önüne alınmaktadır. Kişi başına düşen milli gelir dağılımı, sanayileşme, işsizlik oranı, altyapı, beslenme ve eğitim düzeyi gibi birçok ekonomik, sosyal ve kültürel göstergelerle açıklanan, klasik anlamda kalkınma, yeni yaklaşımda, eğitim ve sağlık göstergeleriyle özdeşleştirilmiştir. Diğer göstergelerle birlikte, toplam sağlık harcamalarının topluma yansımaları, kişi başına hekim sayısı, yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetleri kalitesi ile buna ulaşılabilirlik ve bunların doğal uzantısı olan bebek ölüm oranı, genel ölüm oranı ve ortalama ömür gibi temel sağlık göstergeleri, toplumun kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörlerdir.

Dünyanın hemen bütün ülkelerinde sağlık sistemlerinde az ya da çok sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle ülkelerde sağlık hizmetleri ile ilgili “yeniden düzenlemeler” veya “reform” çalışmaları yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan temel sorun alanları şunlardır:

- a. Organizasyon sorunları,
- b. Finansman sorunları ve
- c. Performans sorunları.

Sağlık hem sorunları, hem çözümleri, hem de sonuçları açısından günümüzde global bir boyut kazanmıştır. Bu nedenle, Türkiye'nin sağlık alanındaki uluslararası rolü de güçlendirilmelidir.

Türk sağlık sisteminin değerlendirilmesi

Genel durum analizi

Ülkemiz dünyanın en yüksek nüfusuna sahip 20 ülkesinden biridir. Nüfus artış hızımız %1,8-1,5'e düşmüş olmasına rağmen Avrupa Birliği nüfus artış hızının üstündedir. Yapılan tahminlere göre Türkiye nüfusunun 2010 yılına kadar 76 milyon, 2025 yılında da 88 milyon olması beklenmektedir. Nüfusumuzun %

30'u 15 yaş altında, % 11'i 5 yaşın altındadır. Kadın nüfusunun % 17,8'i 15-49 yaş arasında doğurganlık sınırları içindedir. Ortalama ömür, kadınlarda 71 yıl, erkeklerde 67 yıldır. Bu rakamlar kadınlarda 80,5 yıl, erkeklerde 74,4 yıl olan AB ortalamalarının altındadır.

Türkiye aynı gelir düzeyine sahip ülkelerle kıyaslandığında; 2000'li yıllarda, bebek ölüm oranı, Türkiye'de 1000 canlı doğumda 42-44 iken, Polonya'da 9,6, Litvanya'da 14,7, Macaristan'da 9,2 ve Çek Cumhuriyetlerinde 5,6 civarında olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'na 2006 yılı itibarı ile bağlı olan yaklaşık 650 hastane, 6.000 sağlık ocağı, 6.000 faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar, Bakanlık merkezi tarafından yönetilmektedir. Bunların yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlanması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden ya da taşra teşkilâtı aracılığıyla yürütülmektedir. Ancak, il örgütlerine devredilen bazı yetkiler de olsa bu yetkiler henüz sınırlıdır. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir.

Aynı sağlık hizmetleri, aynı ailelere, çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastaneleri, kurum hekimlikleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastaneler tarafından verilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara veya işin sahip-siz kalmasına, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Türkiye'de sağlık uygulamalarındaki sorunlu alanlar:

1. Örgütlenme ile ilgili sorunlar
2. Yönetim / İşletme ile ilgili sorunlar
3. İnsan kaynakları ile ilgili sorunlar
4. Finansman ile ilgili sorunlar
5. Enformasyon ve değerlendirme ile ilgili sorunlar
6. Sağlık düzeyi ile ilgili sorunlar
7. Hizmet sunumu ile ilgili sorunlar

Çözüm önerileri ve sonuç

Son 10 yılda ülkemizdeki sağlık sorunlarının tümü bütün yönleri ile dile getirilmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe neredeyse, üzerinde düşünülmemiş hiçbir konu ve alan yoktur. Fakat gerçekleştirilen faaliyetler eksik kalmaktadır. Bunun temel sebebi ise, merkezi yönetimin sahi olduğu yetkiyi elinden bırakmak istememesidir. Dünyanın başarıya

ulaşma ve sürdürülebilirlik amacıyla yaygınlaştırdığı "yerindelik" ve "katılımcılık" ilkelerinin göz önüne alınmamasıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yerinde, katılımcı ve sürdürülebilirlik ilkelerine dayanan bir yaklaşımla planlaması ve koordinasyon hizmetlerinin ortaya konması gerekmektedir.

Bütün bu çalışmaları Sağlık Bakanlığı bir Araştırma Planlama ve Koordinasyon (APK) mantığı içerisinde yapmalıdır. Sağlık Bakanlığı uygulayıcı olmaktan çok araştırmacı, planlayıcı, koordinatör edici ve denetleyici olmalıdır.

Bu açıdan Sağlık Bakanlığının olması gereken görev tanımları şöyle önerilebilir:

- a. Araştırmalarla, kısa, orta ve uzun vadeli stratejiler-politikalar oluşturmak,
- b. Stratejilere paralel dönemsel çalışma programları hazırlamak ve uygulayıcı birimlere sunmak,
- c. Performans ve kalite kriterleri oluşturmak ve verimliliği artırmak,
- d. Sağlık hizmetlerinin bütçesini hazırlamak
- e. Mevzuat ile ilgili çalışmalar yapmak.

Sağlık Bakanlığı'nın şu anda içinde bulunduğu özellikle, yasal, örgütsel, fonksiyonel ve insan kaynaklarına ait sorunları devam ettiği sürece, verimli ve sürdürülebilir hizmetler üretmesi mümkün görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığı öncelikle hizmet kapsamını açık ve doğru bir şekilde tanımlamalıdır. Buna uygun şekilde örgütlenme sistemini kurmalı, görev tanımlarına uygun uzman personel çalıştırmalıdır. Böylece ülkenin ve dünyanın güncel sağlık sorunlarını araştıran, takip eden ve çözüm önerilerini zamanında ortaya koyup başarılı sonuçlar alınmasını sağlayan bir kurum haline gelebilir.

Sağlık sistemlerine ilişkin dünyada çeşitli uygulama örnekleri söz konusudur. Türkiye koşulları göz önüne alınarak yapılacak sağlığın yeniden yapılandırılması çalışmalarında temel ilkeler şunlar olmalıdır:

1. Sağlık politikalarının oluşturulması ve denetlenmesi devletin sorumluluğunda olmalıdır.
2. Sağlık hizmetlerinin sunumu rekabetçi ve hizmet alanın tercihine izin vermelidir.
3. Temel Sağlık Hizmetlerinin sunumunu Devlet organize etmelidir. Devlet hizmet sunmamalıdır.
4. Sağlık politikalarının oluşturulmasında "Toplum Temelli Sağlık" ilkesi korunmalıdır.



Son 10 yılda ülkemizdeki sağlık sorunlarının tümü bütün yönleri ile dile getirilmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe üzerinde düşünülmemiş hiçbir konu ve alan yoktur. Fakat gerçekleştirilen faaliyetler eksik kalmaktadır. Bunun temel sebebi ise, merkezi yönetimin sahip olduğu yetkiyi elinden bırakmak istememesidir.

5. Sağlığın korunması ve finansmanında "Bireysel Sorumluluk" ilkesi korunmalıdır.

6. Sağlığın korunması ve kontrolü için "Sürveyans (Takip) Sistemi" aktif şekilde kurulmalıdır. Kasko sistemi ve periyodik bakım sistemi oluşturulmalıdır.

7. "Evde Sağlık Sistemi" geliştirilerek yerinde, kolay ulaşılabilir, denetlenebilir ve düşük maliyetli sağlık hizmeti üretmek gerçekleştirilmelidir. Bu servis yerinde, yerel yönetimler aracılığıyla yerine getirilmelidir.

Kaynaklar

Dünya sağlık örgütü bildirge ve deklarasyonları. <http://www.t-hasak.org/bildirgeler.html>

Dünya Sağlık Örgütü. Alma ata bildirisi (1978): Temel Sağlık hizmetleri Uluslararası Konferansı <http://www.t-hasak.org/docs/almaata.html>

Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığı geliştirme Ottawa şartı (1986): Yeni bir Halk Sağlığına Doğru Hareket. http://www.t-hasak.org/docs/ottawa_chart.pdf

Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık reformlarına dair Ljubljana bildirgesi (1996). <http://www.t-hasak.org/docs/ljubljana.html>

Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, 2004

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, www.saglik.go.tr

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği ve Türkiye Modeli. Ed: Aydın S. Seçil Ofset. Ankara 2006

European Parliament, Programme of Community action in the field of public health (2003-2008), www.europea.eu

Vekilharçlık (stewardship) ve yönetim

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

T abip odasının çıkardığı dergide yer alan bir yazıda, uygulanmakta olan sağlık politikalarına özetle, “devletin sağlık hizmeti verme gibi bir sorumluluğu yok, sağlık hizmeti almak istiyorsan pirim ödemek zorundasın” gibi bir iddia ile açıklama getirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ilk sayısında yer alan Julio Frenk'in “Sağlık sisteminde bakanlığın misyonu ve vekilharçlık” başlıklı yazısına atfen, bu “özgün” iddianın basit bir çeviri olduğunun “stewardship” (devletin kürek çekmekten vazgeçerek, dümen tutması) kelimesi ile özetlendiği ileri sürülmektedir. Tam Türkçe anlamını bulmakta zorlandığım “stewardship” kavramı, sözlüklerde kâhyalık, vekil harçlık gibi kelimelerle karşılık bulmaktadır. Her ne kadar bu kelimelerin bugünkü çağrışımları stewardship ile birebir örtüşmese de, “vekilharçlık” yönetim

bilimi çerçevesinde ele alınırsa benzer bir çağrışım yapılabilir.

İzninizle, ezber bozmaya yardımcı olur düşüncesi ve temennisiyle bu kavramı ele almak istiyorum.

Bu kavramın son zamanlarda Dünya Sağlık Örgütü'nün kaynaklarında sağlık bakanlıklarını ülke politikalarında etkili kılmak amacıyla öne çıkarıldığı görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da Sağlık Bakanlığı'nın rolüne bu açıdan bakılmaktadır. Nitekim geçtiğimiz günlerde sağlıkta dönüşüm serisinin altıncısı olarak yayımlanan “Genel sağlık sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü” adlı kitapçık da bu konuyu ele almaktadır. Editörlüğü tarafımdan yapılan kitapçık, aslında daha önce ulusal ve uluslararası uzmanların katıldığı ve genel sağlık sigortası sürecinde Bakanlığın işlevlerinin enine boyuna tartışıldığı bir çalıştayın çözümünden ibaret. Ancak bir kavramın etrafında de-

rinliğine yapılmış tartışmaları aktarması bakımından oldukça ilginç.

Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi konusu son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ana gündem maddelerinden biri olmuştur. Zira Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarındaki ifadesiyle güçlenmiş sağlık sistemleri daha fazla hayat kurtaracaktır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemi performansı için bir çerçeve öngörmektedir. Buna göre bir sistemin fonksiyonlarını oluşturan girdiler ve bu girdiler sonucunda sistemin hedefinde yer alan bir takım çıktılar mevcuttur.

Sağlık sisteminin girdilerini oluşturan ana fonksiyonlardan birincisi denetleme, planlama, politika üretme gibi anlamlar verebileceğimiz stewardship ve yönetim görevi, ikincisi altyapı ve insan kaynaklarını esas alan kaynak geliştirilmesi, üçüncüsü bireysel ve toplumsal alandaki bütün hizmetleri kapsayacak şekilde sağlık hizmetinin sunumu





ve dördüncüsü de sağlık sisteminin finansmanıdır. Finansman bütün maddi kaynakların toplanması, havuz oluşturulması ve bu havuzdan hizmetin karşılığının ödenmesi şeklinde geniş kapsamlı olarak ifade edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, aralarındaki farklılıklar ne olursa olsun, bütün sağlık sistemleri bu dört fonksiyonu icra edecek olan kurum ve kuruluşları tasarlamak, hayata geçirmek, değerlendirmek ve yeniden şekillendirmekle yükümlüdür.

Sağlık sisteminin hedeflediği çıktılar veya sistemin sonuçları diye yorumlayabileceğimiz ana fonksiyonlar ise hakkaniyetli, herkese eşit ve kaliteli bir sağlık hizmetinin verilmesi, toplumun tıbbi-teknik destek almasından ziyade, doğrudan insanî ilişkileri kapsayan tıp dışı beklentinin karşılanması ve vatandaşların sigorta güvencesi altına alınması ile sigorta havuzunu oluştururken mali yükün adaletli bir şekilde paylaşılması, bir diğer deyişle finansal koruyuculuktur.

Vekilharçlık (stewardship) fonksiyonu yönetim bilim alanında yıllardır bilinen bir kavram olmakla birlikte son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık yönetimi alanına taşınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün belgelerinde aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır.

"Vekilharçlık düzenleyicilikten daha geniş bir anlayışı ifade eder. Sağlık bakımı ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu bir yönetimi olarak tanımlanabilir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirmeyi kapsar. Doğru planlamalar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneğini ifade eder. Sürdürülebilirliği ve saydamlığı garanti altına alan bir sağlık sistemi performansını sağlayacak entelektüel birikimin temini anlamına gelir. Her ülkede bu fonksiyonun uygun yeri Sağlık Bakanlığı'dır.

Vekilharçlık kavramı kapsamında görevlendirilmiş bir Sağlık Bakanlığı, bu kavram çerçevesinde birçok sorumluluğu yerine getirme durumundadır. Bu sorumluluklar şunlardır:

1- Taleplerin ve bunları karşılayacak rekabetçi unsurların dengelenmesi yoluyla, sağlık sisteminin esas hedeflerini gerçekleştirecek olan ortak aklın ve ortak icraatların oluşturulması,

2- Toplumsal talepleri göz önüne alarak politika önceliklerinin belirlenmesi,

3- Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması, hizmetin kapsamı ve hasta katkı paylarının belirlenmesi, sağlık personelinin eğitimi ile ruhsat, akreditasyon vs. ko-

nularında gerekli düzenlemelerin yapılması yoluyla profesyonel sağlık hizmetinin verilmesinin sağlanması.

Performansın ölçümü ve entelektüel birikimin sağlanması gibi araçları kullanarak saydam ve sürdürülebilir bir ortamda, görev alan bütün aktörlerin davranışlarının yönlendirilmesi."

Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmet sunumu, yani icra sorumluluğundan uzaklaşması onu etkisiz ve fonksiyonsuz hale getirmektedir. En azından böyle bir amaç yoktur. Aksine Bakanlığın denetlemekle görevli olduğu hizmetlerin icra sorumluluğundan uzaklaşmış olması, bu görevlerine daha fazla sahip çıkabilme yeteneği kazanmasına fırsat tanıyacaktır. Diğer açıdan bakarsak, Bakanlık, vekilharçlık sorumluluğunu hakkı ile yerine getirebilmek için hizmet sunumundan uzaklaşmak zorunda kalmaktadır. Bu bakış açısı Cumhuriyet'in kuruluşunda sağlık politikalarının oluşumunda çok önemli yer tutan Dr. Refik Saydam'ın örgütlenme anlayışında da kendini göstermektedir. Sağlık Bakanlığının koruyucu hekimliğe yönelmesi, tedavi hizmetlerinin ise Bakanlığın önderliği doğrultusunda yerel yönetimlerce yürütülmesi hedeflenmiştir. Bunun için de Numune (örnek) hastaneleri açılmıştır. Geçtiğimiz dönemlerde hazırlanan 8. ve 9. Kalkınma Planları'nda da bu anlayış yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan Bakanlığın yeniden yapılandırılması ilkesi de bunu hedeflemektedir. Programda planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı hedefinden söz edilmektedir.

Eğer bu hassas noktayı iyi belirleyemez ve sağlık sisteminin girdilerini oluşturan ana fonksiyonları ve bu fonksiyonların sorumlularını netleştiremezsek sağlık reformu yolunda atmakta olduğumuz olumlu adımlar, hedefe ulaşmada yetersiz kalır. Sistemin performansı için bu dört ana fonksiyonun ve bu fonksiyonları üstlenecek kurumsal yapılarla bunların birbiri ile olan etkileşimlerinin iyi tanımlanmış olması gerekir. Bunlardan Sağlık Bakanlığının ana görevi olan vekilharçlık, bu açıdan sadece Bakanlık yöneticilerince değil, sağlık yönetiminin her kademesinde rol alan bütün aktörlerce iyi anlaşılmalıdır. Bu kavrayıştan uzak tartışmalar ezbere okunan sloganlar olmaktan öte gidemeyecektir.

Güçlü bir vekilharçlık fonksiyonu olmanızın, kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer girdileri arasında uyumlu bir düzen kurulması zor görünmektedir. Görevlerin birbiri ile örtüşmesi, başlangıçta fark edilmese de, zamanla güçlü kurumsal yapıların hâkimiyetine yol açacaktır. Bu da, insan odaklı, performansı yüksek bir sağlık sisteminden çok, performansı yüksek bir hâkim kurum ortaya

çıkartır. Kurum odaklı yaklaşımların sistem çıktılarını ve insanın mutluluğunu göz ardı etme gibi bir riski her zaman vardır. Bu yüzden sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmak ve performansı yüksek bir sağlık sistemine sahip olmak istiyorsak, sistemin girdileri olan ana fonksiyonları canlı tutmak, yerli yerine oturtmak ve aralarında uyumlu bir bütünleşme sağlamak zorundayız.

Konunun üzerinde ısrarla duruyor olmam, yılların hayali olan ve birçok yenilikler getiren Genel Sağlık Sigortası yasasının uygulanmasında ve bu yasayı yürütecek olan kurumun düzenlemeleri yapılırken ortaya çıkabilecek anlayış zafiyetinin, sorunlar doğurma potansiyeli taşımasındandır. Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, üniversitelerimiz, Sağlık Bakanlığı ve hizmet sunucularının bu konuda bilinçli bir sorumluluk üstlenememesi haklı kaygıların ortaya çıkmasına yol açacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre vekilharçlık görevinin bütün ülkelerde Sağlık Bakanlığınca yürütülmesi gerektiği konusunu bir kez daha hatırlattıktan sonra, bu konuda Meksika Sağlık Bakanı Julio Frenk'in İstanbul toplantısındaki sözlerine yer vermek istiyorum: "Stewardship fonksiyonların fonksiyonudur, yani bir meta fonksiyondur. Halkın sağlığını korumak için dizginleri elinde tutmaktır. Stewardship, senin yapılmasını istediğin şeyleri yaptırmandır. Finansman üzerinde söz sahibi olmadan stewardship olmaz"

Kaynaklar

Kapaklı E: Sağlıkta yıkım: Aile hekimliği: Hekim Forumu, Haziran- Temmuz: 14-17, 2007

Frenk J: Sağlık sisteminde bakanlığın misyonu ve vekilharçlık, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 1: 48-51, 2007

Aydın S. (editör): Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007

Strengthened health systems save more lives/ The key to improving health system functions.

EUR/RC55/9 Rev.1, +EUR/RC55/Conf.Doc./5, 8 August 2005, Next phase of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems

5498 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.

Frenk J: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması Çalıştayı, 31 Mart - 1 Nisan 2006, İstanbul

Ergonomi ve ergonomi eğitimi

Yrd. Doç. Dr. Tanju Yıldön



1990 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi, İÜ Kardiyoloji Enstitüsü Kalp- Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, 1 ay -1 yaş arası yenidoğan-infant dönemindeki Doğumsal Kalp Hastalıkları üzerine yaptı. Maltepe Üniversitesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakülteleri'nde Çocuk Kalp-Damar Cerrahisi çalışmalarını sürdürdükten sonra Nisan 2005'ten bu yana Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetim Bölümü'nde yardımcı doçent olarak görev yapmaktadır. "Sağlık yönetiminde klinisyen gözü ile ameliyathane, yoğun ve ara yoğun bakım işleyişinin yönetimi ve mimarisi.. ", "Sağlığı yönetip, bu yönetimi geliştirirken ergonominin yeri..." gibi konular üzerine çalışmalarını sürdürmektedir.

Sabah kalktığınızda el ve kollarınızda uyuşma, gözlerinizde kuruluk-batma hissi, omuzlarınızda sertlik-tutulma, el-parmaklarınızda kasılma; akşam eve döndüğünüzde şiddetli baş ağrıları, dönem dönem iş veriminizde ve konsantrasyonunuzda düşüşler ya da neden-siz uyku bozukluğu yaşıyor musunuz?

Eğer bu saydığım sorunların birkaçını bile yaşıyorsanız ergonomi ile tanış-

ma zamanınız gelmiş demektir.

İşle işçi arasında ilişki kurarak, aralarında bir uyum sağlayan ve böylece de çalışanın fizyolojik ve psikolojik olarak desteklenmesini, işe karşı ilgisinin artmasını ve iş verimini olumlu yönde etkilemeye yönelik çalışan bir bilim olan ergonomi, günümüzün hızla değişen ve gelişen dünyasında yöneticilere kıt kaynaklardan en iyi verimi alabilme yolunu açmakta bir yol göstericidir.

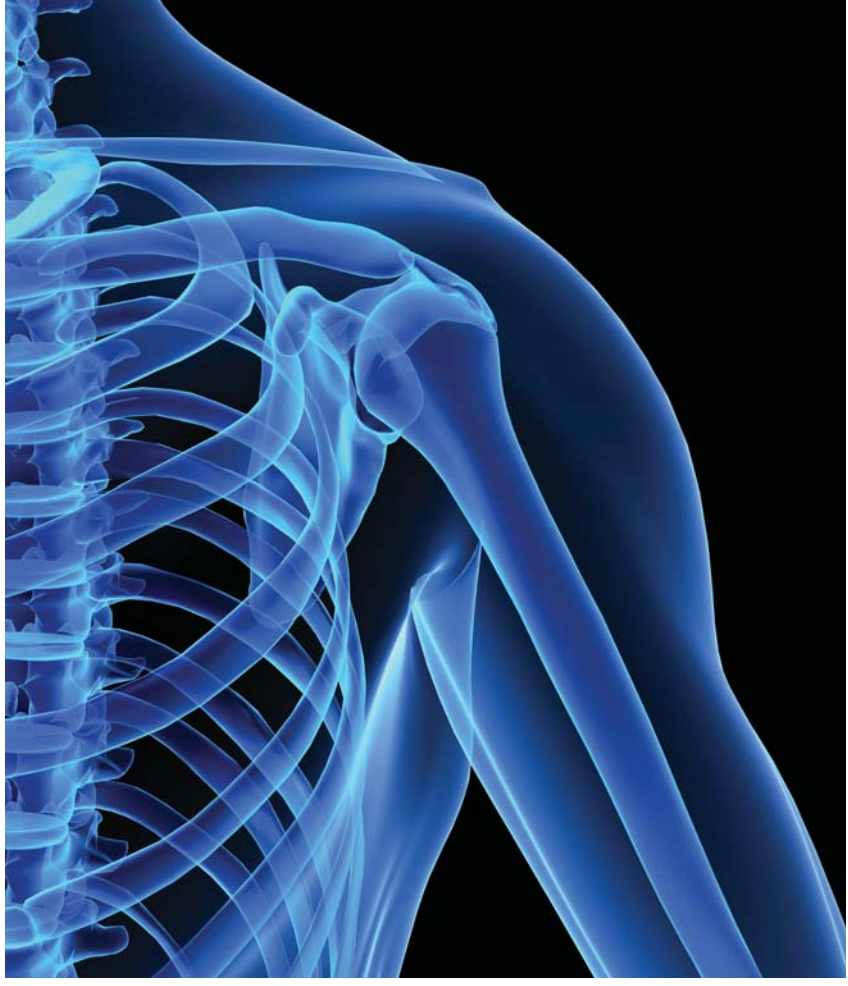
Ergonomi çalışma ortamı koşullarının

(iş dizaynı, ses, gürültü, titreşim, ısı vs.) ve iş ortamında kullanılan cihaz/alet ve malzemelerin insanlaştırılmasıdır.

Ergonomi çalışmalarının en yaygın gerçekleştirildiği çalışma alanları üretim yapan fabrikalar ve ofis ortamlarıdır. Fabrikalarda ve ofislerde iş yerlerinin insanın antropometrik ölçümlerine, fizyolojik ve psikolojik özelliklerine göre dizaynı, çalışanların iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, iş kazalarından korunmaları, potansiyel çalışanların işe alımlarında yapılan psikotek-



İşle işçi arasında ilişki kurarak, aralarında uyum sağlayan ve böylece çalışanın fizyolojik ve psikolojik olarak desteklenmesini, işe karşı ilgisinin artmasını ve iş verimini olumlu yönde etkilemeye yönelik çalışan bilim olan ergonomi, yöneticilere kıt kaynaklardan en iyi verimi alabilme yolunu açmakta bir yol göstericidir.



nik çalışmalar ve mevcut çalışanların da motivasyonlarını yükseltmek gibi konular ergonominin uğraş alanları içindedir.

Multidisipliner yaklaşım olarak ergonomi

Çalışma alanı bu kadar geniş bir bilim olan ergonomi, yapmış olduğu araştırmalarda da veri oluşturmak için tüm bu bilgilerden yararlanmak zorundadır. Fakat bunların içinden sıyrarak öne çıkan, olmazsa olmaz bazı veri kaynakları vardır ki onları şöyle sıralayabiliriz:

- **Fizyoloji veya iş fizyolojisi:** Ofis ortamındaki ergonomik mouse padler, laptop kaldıraçları, ayarlanabilir çalışma sandalyeleri, ofis çalışma ısısının nem oranı katılmaksızın en düşük değerinin +20 derece, rölatif nem oranının maximum %70 olması gerektiğinin laboratuvar ergonomisi ile saptanması ve bu veriye göre çalışma ortamının ayarlanması bu çalışmaların sonuçlarından birkaçıdır.

- **İş sağlığı:** İşyerlerinde yapılan portör muayeneleri dışında genel sağlık ve Hepatit-B taramaları, aşı kampanyaları ya da dönemsel salgın hastalıklara karşı (kuş gribi) çalışanları bilgilendirme ve eğitime bu konunun içinde yer alır.

- **İş güvenliği:** İş kazalarını ve aksamalarını önleyici önlemleri hukuki açıdan almayı zorunlu hale getirir. Bunun da ergonominin amaçlarını gerçekleştirmeye de en büyük etken olduğu kesindir. Mesela; holdinglerde camla-

rı silecek kişilerin triforlara binmeden önce çelik halatlarla bağlanmasını ve gene plazalarda çok önemli olan havalandırmaların filtrelerinin temizlenmesinde çalışanın koruyucu ekipmanlarını kullanmasını sağlamak, bu konuda onları eğitmek ve kişileri takip etmek ergonomi eğitiminin bir parçasıdır.

- **İşin bilimsel örgütlenmesi veya düzenlenmesi:** Çalışan kişilerin birer insan yani sosyal bir varlık olduğu unutulmadan çalışma koşullarının ona göre düzenlenmesi ve özellikle de sürekli oturarak bilgisayar başında çalışanların belli zaman aralıklarında mola vererek dinlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalara göre en az 3 dakikalık dinlenmeler bile kasların yorgunluğunu atmasını sağlayabilmektedir. Dinlenme süresinin çalışmanın %10'nu kadar olması gerektiği ve bu sürenin verimliliği düşürmeyeceği de yapılan araştırmalar ışığında kanıtlanmıştır.

- **Psikososyoloji ve sosyoloji:** Toplum, toplumsal grupları yakından ilgilendiren bazı sorunların çözümünde ergonomi, sosyolojik çalışmalardan yararlanması ve işçilerin yanlış beslenmesi gibi sorunları düzeltmek ve sağlıklı iş koşullarını sağlamak bunun en belirgin örneğidir.

Ergonomide değişmez unsur olarak insan esas alınsa da, son model teknoloji ile donatılmış cihazları çalışanın en kolay, rahat, etkin ve verimli şekilde kullanabileceği biçimde değiştirmek ve insanın antropometrik özelliklerinde toplumdan topluma farklılık

göstermesi söz konusu olduğundan ötürü insanı bilmek, onun değişken ve sabit özelliklerini öğrenmek çok önemlidir. Bu nedenden ötürüdür ki ergonominin en çok birlikte çalıştığı bilim davranış bilimleridir.

Ergonominin tarihçesi

Ana çıkış noktası insan olmasından ötürü ergonominin de varoluşu insanın yaratılışı kadar eskidir. Örneğin, tarihi dönemlerde ağaç, taş, demirden yararlanılarak yapılan çeşitli eşya ve aletlerin (mızrak, balta vb.), o aletleri kullanacak kişilerin fiziki (el-kol büyüklüğü ve kuvveti) karakteristiklerine uygun olmasına çalışılmıştır. 1940'lara kadar yapılan ergonomik çalışmaların dağınık oluşu çeşitli anlam ve bilgi karmaşıklığına neden olduğundan 1949 yılında Oxford Üniversitesi'nde İngiliz Murrell başkanlığında bir toplantı ile ergonomi özerk bir bilim ve disiplin olarak kabul edilmiştir. Yetmişli yıllara kadar ergonomide tek amaç ekonomiklik olarak görülse de, yetmişli yıllardan sonra Batı Avrupa'da özellikle Federal Almanya'da, insanın üretimdeki gerçek yerinin belirlenmesine ait çalışmalar, yeni ve geniş kapsamlı amaçlar doğrultusunda yoğunlaşmıştır. Böylece de ekonomikliğinin yanında işte huzuru ve doyumunu teşvik edici insancıl amaçlar da önem kazanmıştır.

Dünyada ergonomi

Ergonomik konulardaki eğitim ve araştırmalar başlangıçta çeşitli ülkelerde değişik kurumlarda yapılmıştır.



Ergonomik ortamda çalışmayan personel işyerinde huzurlu ve güvende olmadığını hissettiğinden ve çektiği ağrılar nedeniyle devamsızlıklara başlayacak; işte olduğunda ise konsantresi dağınık olup kendini işe veremeyecektir. Bu da kişinin performansında ve verimliliğinde düşüşe neden olacaktır.

Kimileri iş sağlığı ve güvenliği çatısı altında, kimileri ise daha çok askeri savunma alanında ergonomiyi uygulamaya koymuştur. Örneğin, Amerika'da mühendislik psikologları, pilot hatası olarak atfedilen çoğu askeri uçak kazalarının niçin olduğunu daha iyi anlamaya çalışmak için bu kazaları araştırmaya başlamışlardır. Araştırmaların sonucunda ortaya çıkan temel bulgu ise gerçekte pilot hatası olarak anılan durumun, mühendislik tasarım hatası olduğunun anlaşılması olmuştur. Bu tasarım hatasının da nedeni, kontrol araçlarının, göstergelerin, çalışma alanı düzenlemelerinin insanın yetenek, sınır ve diğer karakteristik özellikleri ile uyumlu olmamasıdır. Amerika'da bu bulgular, insan-makine ara kesiti tasarımıyla ilgili insan faktörlerinin daha iyi anlamaya yarayacak araştırmalara yöneltmiştir ve böylece insan faktörleri tanımlanabilir bir araştırma ve uygulama alanı olarak gelişmiştir.

Türkiye'de ergonomi

Ülkemizde de ergonomi, ilk kez 1971'de ODTÜ Endüstri Mühendisliği ders eğitim programına alınmıştır ve ilk iki yıl dersler İSGÜM'ün (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi) ILO Danışmanı Dr. Korinek tarafından yürütülmüştür. Ergonomi görüşünün iş dünyasında tanıtılması ise Milli Prodüktivite Merkezi'nin önemli katkıları olmuştur. Kurumca düzenlenen "Ergonomi", "İşyerlerinde Fiziksel Ortamın İyileştirilmesi" ve "Endüstri Mühendisliğinin İşletmelere Katkısı" gibi seminerlerin düzenlenmesinin yanı sıra 1987 yılının Kasım ayında İTÜ ile yar-

dımlaşarak yapılan ilk uluslararası ergonomi kongresinin toplanmasında da katkıları bulunmuştur. Bu tarihten beri her iki yılda bir Ergonomi Kongreleri düzenlenmektedir. En sonu olan 12. Ulusal Ergonomi Kongresi 16 -18 Kasım 2006 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi'nde yapılmıştır. Ayrıca, birçok büyük kuruluş da çalışanlarına ofis ergonomisi başlığı altında, kişilerin ofislerini kendilerine göre nasıl dizayn etmeleri, eldeki ekipmanları nasıl doğru kullanması, nasıl oturup-kalkması, yük taşınması gerektiği gibi konularda eğitim almasını zorunlu kılmıştır. Bu köklü kuruluşlardan biri de Eczacıbaşı Holding A.Ş.'dir. Pilot eğitim olarak başlatılan "Ofis Ergonomisi" eğitiminin 2000 çalışanına da verilmesini zorunlu tutmuştur. Eczacıbaşı Holding A.Ş.'nin yanı sıra Arkas Holding A.Ş. de 2005 yılından beri; işlerinde ofis ergonomisi eğitiminin de bulunduğu iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini hem ofis hem de saha ortamında vermektedir.

Ergonominin faydaları

Ergonominin uğraş alanlarından olan ofis ergonomisi günümüzde hızla oluşan holdingleşmelerle önemini bir kat daha artırmaktadır. Dört duvar arasında bütün gün bilgisayarda sürekli tekrarlayıcı hareketler yapmak zorunda kalan çalışanlar, bir süre sonra ergonomi bilincine sahip olmadığı yani nasıl oturmasını, kalkmasını, uzanmasını, bilgisayarının ve diğer sık kullandığı aletleri nasıl dizayn edeceğini bilmediği için devamlı olarak yaptığı yanlış ve/veya vücut yapısını zorlayıcı hareketler sonucunda bir süre sonra

önceleri hafif ağrılarla başlayan fakat daha sonraları gittikçe ağırlaşan ve işgücü kaybına neden olabilecek karpal tünel sendromu, bel-boyun fıtığı, kireçlenme, el-ayak krampları, migren, hemoroid, ani tansiyon oynamaları gibi kronik ve kronik olmayan birçok sağlık sorunu yaşamaya başlayabilmektedir. Tüm bu şikayetler nedeniyle personel hem işyerinde huzurlu ve güvende olmadığını hissettiğinden hem de çektiği ağrılar nedeniyle işe devamsızlıklara başlayacak ve işe geldiği zamanlarda ise huzursuz olduğundan konsantresi sürekli dağınık olup kendini işine veremeyecektir. Bu da kişinin performansında ve verimliliğinde kayda değer bir düşüşe neden olacaktır. Özel bir kuruluşta 01.01.2006 - 31.12.2006 arasında yapılan retrospektif bir araştırmaya göre ergonomik sorunlara dayalı olarak görülme olasılığı yüksek olan hastalıklar ve görüldüğü kişi sayısı şöyledir:

FİBROMİYALJİ	149
GASTRİT	218
KONJONKTİVİT	96
HEMORÖİD	10
ANKSİYETE	59

Tablo 1: Ergonomik sorunlara dayalı olarak görülme olasılığı yüksek olan hastalıklar ve görüldüğü kişi sayısı

Ayrıca olayın başka bir boyutu da şudur ki; çalışan personel yukarıda değinilen nedenlerden ötürü de mesai saatlerinde bağlı olduğu kuruluşun işyeri sağlık birimine gidip işyeri hekimine muayene olma isteği duyacaktır. Eğer 1000 kişi çalışanı olan, çalışma

ortamının ergonomik olarak düzenlenmemiş ve çalışanların da ergonomi bilincini oluşturamamış bir işyerini kendimize örnek olarak alırsak, işyeri hekiminin bütün gün poliklinik hizmeti vermesi gerektiği aşikâr olacaktır. Bu da asıl görevinin bağlı olduğu kuruluşun çalışanlarının iş sağlığını ve güvenliğini sağlamak olan işyeri hekiminin asli görevinden uzaklaşıp, herhangi bir sağlık kuruluşunda poliklinik hizmeti veren bir hekime dönüşmesine neden olacaktır. Arkas Holding A.Ş. tarafından 2005 yılından bu yana bünyesindeki ofis ve saha çalışanlarına vermiş olduğu ergonomi eğitimleri sonucunda ofis ortamında çalışan personelin İşyeri Sağlık Birimi'ne gitme oranında % 19'luk bir azalma olduğu ortaya çıkması kuruluşlardaki ergonomi eğitiminin önemini somut olarak da göstermektedir.

Olayın diğer bir boyutu da, aslında oluşmasını ve kronikleşmesini önlemenin tedavi etmekten çok daha az maliyetli olan ergonomik olmayan koşullara bağlı rahatsızlıkların baştan tedbirinin alınmaması sonucu ilaç kullanımının yaygınlaşması ve ilaç israfına neden olmasıdır. Çünkü ergonomik olmayan koşullardan ötürü doğan bu rahatsızlıklar tedbiri alınmadığı sürece yok olması imkânsızdır ve kronikleşerek kişiyi ömür boyu ilaç kullanıma bağımlı hale getirmektedir.

Ergonomik olmayan faktörlere bağlı geçici veya ömür boyu ilaç kullanımının, Türkiye genelinde kullanılan ilaç miktarı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığının tespit edilmesi, ergonominin geniş kapsamlı bir bilim olmasından dolayı henüz pek mümkün değildir. Fakat Türkiye'deki ilaç kullanımının 2005 yılında, bir önceki yıla göre yüzde 42 artması, tüketilen ilaç miktarının 855 milyon kutudan 1.2 milyar kutuya çıkması, ilaca ödenen faturanın da yüzde 50 artarak 6 milyar YTL'den (4.5 milyar dolar) 9 milyar YTL'ye (6.7 milyar

dolar) ulaşmasında (9) ergonominin dolaylı yoldan etkili olduğu tahmin edilebilmektedir. Bu da hem halk sağlığı açısından hem de ülkemizdeki yanlış ve/veya gereksiz ilaç kullanımına bağlı ciddi bir maddi ve manevi kayıptır.

Sonuç

Çalışanların ergonomi hakkında biraz bile bilinçli olması ve işverenler için ise ergonomi eğitiminin önemini farkındalığına varılmış olunması, ilk başta saydığımız tüm kronik ve kronik olmayan rahatsızlıkların anlamlı şekilde önüne geçilmesinde büyük bir ilk adımdır. Ancak yeterli değildir. Ergonomik yaşamın hayat standardımızı yükselttiğini kabul etmemiz ve bunu tüm hayatımıza uygulamamız gerekmektedir. Bunu yaparken de sadece ofis ortamını kendimize hedef almamalıyız. Ofis ortamındaki alet/cihaz ve malzemelerin düzenlenmesi dışında düzenli olarak spor ve egzersiz yapmalıyız. Her 40 dakikalık klavye kullanımı sonrası en az 5 dakikalık el-parmak ve boynumuza egzersiz yaptırabileceğimiz dinlenme molaları vermeliyiz. Görüldüğü üzere ergonomi, her bilim gibi hem teorik hem de pratik kısımdan oluşmaktadır. Teorik kısmını bilmeden uygulayamayacağımız gibi, hayatımıza adapte etmediğimiz sürece de sadece bilmemizin pek bir anlamı yoktur.

Bilgili ve uygulamalı günler dilerim...

Kaynaklar

Eczacıbaşı Holding Sağlık Eğitici Havuzu, Ofis Ergonomisi Eğitim Notları, 2007

<http://www.baskent.edu.tr/~eraslan/ergonomi.htm> (çevrimiçi: 08.03.2007)

İTÜ Ergonomi Kulübü, 2007

Cakir, A., Hart, D., Stewart, T., Visual Display Terminals, 251, (New York: John Wiley & Sons), 1979.

İşıl Bedri, Ergonomi, Damla Ajans Matbaası, İzmir, 1991.



Çalışanların ergonomi hakkında biraz bile bilinçli olması ve işverenler için ise ergonomi eğitiminin önemini farkındalığına varılmış olunması, tüm kronik ve kronik olmayan rahatsızlıkların anlamlı şekilde önüne geçilmesinde büyük bir ilk adımdır. Ancak yeterli değildir. Ergonomik yaşamın hayat standardımızı yükselttiğini kabul etmemiz ve bunu tüm hayatımıza uygulamamız gerekmektedir.

Erkan Necmettin, Verimlilik Sağlık ve Güvenlik İçin İnsan Faktörleri Mühendisliği, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara, 1997.

<http://www.sistems.org/ergonomiteknolojisi.htm> (çevrimiçi: 06.03.2007)

Babacan, Taner, Arkas Holding Sağlık Emniyet Çevre Departmanı

<http://medimagazin.com.tr/ilac-kullanimi-2005-yilinda-bir-onceki-yila-gore-42-artti-h-36107.html> (çevrimiçi: 15.03.2007)



PRATİKTE ERGONOMİ



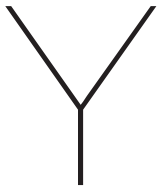
* Telefonla konuşurken ahizeyi omuzunuzun altına sıkıştırmayın.	* Sandalyede dik oturun.
* Klavyenizin tuşlarına çok sert basmayın.	* Bilgisayarınız göz hizanızda olsun.
* Sık kullandığınız malzemeleri omuz seviyesinin üstünde saklamayın.	* Mouse'nuz avuç içinizi tam olarak doldursun.
* Bilgisayarda uzun süre yazı yazmayın.	* Eğilirken dizleriniz kırık, beliniz dik olsun
* Belli aralıklarda mola vermeyi unutmayın.	* Mouse-klavye ve kolunuz aynı eksende olsun.
* Monitörünüzün parlama-yansıma yapmamasına dikkat edin.	* Çalışma alanınızdaki eşyaları önem ve kullanma sıklığı sırasına göre yerleştirin.
* Stresten uzak durmaya çalışın.	* Ayakta çalışırken işlerinizi dirsek yüksekliğinde yapın.
* Aydınlatmanızın dik açıdan gelmesine dikkat edin.	* Ayaklarınız yere paralel olsun.
* Sandalyenizi kendinize göre ayarlamayı unutmayın.	* Ofis egzersizlerini düzenli olarak yapın.
* +20 dereceden fazla sıcak ortamda çalışmayın.	* Dizüstü bilgisayarlarınızda ekran yükseltici kullanın.

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları nasıl olmalı?

Prof. Dr. Seval Akgün



Başkent Üniversitesi ve Bağlı Sağlık Kuruluşları
Kalite Yönetim Temsilcisi, Başkent Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı



Yüzyılımız, tüm dünyada her alanda olduğu gibi, bilim, teknik ve sağlıkta da baş döndürücü bir gelişme ve değişimin yaşandığı bir yüzyıldır. Ülkelerde

bu hızla gelişen ve değişen dünyada daha iyi bir yer edinebilmek için büyük bir yarış içindedir

Özellikle 1990 yıllarında sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili

maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların öncelikle Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmasını daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımı gerçekleşmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarının verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir.

SKİ'nin sağlık kurumlarında uygulanabilirliği

Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ), maliyet/

fayda/ etkinlik bazında hareket ederek önceden belirlenmiş amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülmekte olan sağlık hizmetlerinde, sorunları bulup çözmeyi içeren bir sistem, daha doğrusu bir felsefedir.

SKİ, uzun yıllar Japon kültürünün bir ürünü ve sanayi işletmelerinin mekanik organizasyon tasarımlarından kaynaklanan sorunlarını çözen bir araç olarak algılanmıştır.

SKİ'nin temel amacı, müşterinin kalite ihtiyacını belirleyip, buna göre hatasız üretim yaparak müşteriyi memnun etmek; kaliteyi geliştirmek için organizasyonda görevli herkesin sürekli olarak



çaba göstermesini sağlamaktır. Bu tip bir ekip çalışması, sorunların nedeninin daha kaynağında belirlenip ortadan kaldırılmasını sağlayacağı için, ekonomik anlamda verimli ve hızlı çözümler bulma şansı artacaktır. Böylece hem sistemin elemanları hem de sistemden yararlananlar tatmin olabilecektir.

Sanayi işletmeleri için geliştirilen SKİ, sağlık kurumları bir sistem olarak algılanıp tanımlanabildiği takdirde uygulanabilir. Sağlık kurumlarının, hem bir hizmet kurumu hem de çoğunluğunun kamu kuruluşu olması, yaklaşımın bir felsefe olarak uygulanmasını sağlayacak bilgi birikimi ve yönelişin gerçekleştirilememesi, pratik ölçüm ve bilgi transferindeki güçlükler gibi nedenler SKİ'ye geçişte gecikmeler ortaya çıkarmıştır. SKİ'nin sağlık kurumlarında uygulanmasına geçişin en önemli aşaması iyileştirmenin bir ihtiyaç olarak hissedilmesi ve başka alanlardaki bilgi birikimini sağlık konusuna transfer etmeyi sağlayacak girişimi başlatmaktır. Örneğin, sağlık kurumlarının yönetim süreçlerinde istisnalarla yönetim veya önemli noktaların denetimi, çağdaş bir yönetim ilkesi olarak uygulanabilir. Ancak, SKİ ilkelelerinin sağlık kurumlarının asıl süreçleri olan tıbbî bakım faaliyetinde de uygulanması gerekir.

Bir diğer örnek, verilerle karar verme ve istatistiksel araçlardan yönetim sürecinde yararlanmadır. Bu ilkenin aslında sağlık hizmeti sunumu sürecinde tanı ve tedavi sürecinin değerlendirilmesinde ve başarısının ölçülmesinde ve geri besleme bilgisi sağlayacak şekilde iyileştirici önlemlerin alınmasında mutlaka kullanılması gerekmektedir. Ölçümlerin doğru yapılmadığı ve standartların ortaya konmadığı ortamlarda SKİ'den söz etmek mümkün değildir. SKİ'nin sadece mal üreten kuruluşlarda kullanılabileceği, hizmet kurumlarında hizmetin somut olmaması nedeniyle ölçüm sorunları yaşanacağı ileri sürülmektedir. Özellikle de sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin tam olarak ölçülemeyeceği konusunda yanlış bir inanış söz konusudur. Ancak, bu düşünce makro değerlendirmeler için geçerli olurken, iyileştirme yapma ve geliştirme süreçlerinin düzenlenmesi mikro düzeyde söz konusudur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde SKİ'nin en önemli katkılarından biri, sadece çıktıyı değerlendirmeyen, aksine sürecin her aşamasını gözden geçiren bir anlayış olacaktır.

Grup odaklı faaliyetler, sağlık hizmetlerinde özellikle yaygın olarak uygulamada olan komiteler ve takımlar SKİ'nin fikir geliştirme ve kararları benimsetme açısından en önemli iyileştirme araçlarıdır. Bu nedenle yönetici,

doktor, destek sağlık hizmeti sunan tüm personel bir araya getirilerek kalite çemberlerinin kurulması, tarafların diğerinin bakış açısını ve sorunlarını daha iyi anlamasını sağlayacak duyarlık eğitimleri sağlık kurumlarında sürekli iyileştirme için yapılabilecek bazı uygulamalardır. Böylece çalışanların güçlendirilmesini sağlayacak yetki devri ve takım öğrenmesi gibi yapısal düzenlemeler mümkün olacaktır. Yukarıdaki açıklamalar ışığında SKİ sağlık kurumlarında uygulanabilir bir felsefe olarak karşımıza çıkmaktadır.

SKİ'ye, Dr. W.E. Deming tarafından tanımı yapılmış olan yeni bir yönetim anlayışının kuruluşta yerleşmeye başlaması ile adım atılabilir: "İnsanlar bir sistem içinde çalışırlar, bu sistem içinde yöneticinin görevi, tüm çalışanların katılım ve yardımı ile sistemi sürekli iyileştirmektir."

Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) ana unsurları ve dayandığı temel ilkeler

SKİ'nin ana unsurları her endüstri, sektör, kuruluş ya da uygulandığı ortamın özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermekle beraber, bütün uygulamalarda ortak bir takım unsurların bulunduğu söylenebilir. SKİ uygulamalarının temel bileşenleri ise;

- Hedef ve stratejilerin açık ve somut olarak ortaya konması,
- Bireysel ve kurumsal performans standartlarının tanımlanması,
- Sürekli performans ölçümü ve geri besleme mekanizmalarının kurulmasıdır.

Bu unsurlar Başkent Üniversitesi örneği üzerinden şöyle özetlenebilir:

Başkent Üniversitesi'nde SKİ'ye dönük çalışmalar kuruluşun üniversite olarak hizmete başladığı 1993 yıllarına dek uzanmaktadır. Çalışmalar eğitim, özellikle de personelin o yıllar için çok daha yeni bir kavram olan TKY'nin tanımı ve felsefesi üzerine bilgilendirilmelerine yoğunlaşmış, bu konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri veren bir Toplam Kalite Yönetimi Merkezi üniversite bünyesinde açılmıştır. Eğitimler sırasında öncelikle TKY'nin temelini oluşturan ölçme ve değerlendirmeyi gerçekleştirebilmek için istatistikî kalite kontrol ağırlıklı, personele veri toplamının önemi vurgulanarak, hastanenin temel fonksiyonları yanı sıra, kendi birimlerinde sundukları hizmete yönelik veri toplamaları ve bunları kullanılır hale getirmeleri konusunda yoğun eğitimler uygulanmıştır. Bu eğitimler sürekli ve her bir personelin hizmet içi eğitimlerinin Başkent Üniversitesi Has-



SKİ'nin sağlık hizmeti sunumu sürecinde tanı ve tedavi sürecinin değerlendirilmesinde ve başarısının ölçülmesinde ve geri besleme bilgisi sağlayacak şekilde iyileştirici önlemlerin alınmasında mutlaka kullanılması gerekmektedir.

tanesi'nde göreve başladıkları tarihten itibaren izlenen kurumumuzda gerektiğinde birim amirlerinin personeldeki eğitim ihtiyacını belirlemesi, gerektiğinde ise personelden gelen talep üzerine tazeleme eğitimleri sürekli olarak uygulanmaya devam etmektedir. Her bir eğitim ayrıntılı değerlendirilir, eğitim etkinlikleri ölçülür gerektiğinde eğitimler tekrarlanır.

Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde katılımcı ve paylaşımcı yönetici-liderler gerektiren bir uygulamalı felsefe, bir yönetim şekli daha da ötesi bir yaşam biçimi olan Sürekli Kalite İyileştirme çalışmaları başlangıcında üst yönetim desteği doğrultusunda bir vizyon belirlenmiş, her ay gerçekleştirilen toplantılarda bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilen mevcut durum analizleri doğrultusunda stratejik planlamalar kurum ve departmanlar bazında yapılmakta, belirlenen hedeflere ulaşım durumları tartışılmaktadır. Aynı zamanda detaylı bir şekilde analiz edilen veriler ışığında yeni hedefler belirlenerek bu doğrultuda hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Başkent Üniversite Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşlarının uzun yıllara dayanan kalite yolculuğunda öncelikle Başkent Üniversitesi'nde çalışanların ortak katılımını sağlamak amacıyla yapılan eğitim çalışmalarında katılımcılara kalite ile ilgili terminoloji ve SKİ modellerini başarıyla ve tam anlamıyla uygulayabilmek için gerekli olan ana unsurlar tartışılmakta ve bu doğrultuda uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Bu anahtar görevi gören unsurlar özetlendiğinde;



Kuruluşların kendi yapılarına ilişkin kurumsal değerleri ile kuruma dışarıdan bakanların düşüncelerinin çoğu kere farklı olduğu bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla hasta memnuniyet araştırmaları sonuçları kurumlara bir ayna görevi yaparak, kendilerini her konuda değerlendirme olanağı sağlamaktadır.

Hasta odaklı kurumsal kültür: Süreçte ilk ve en önemli aşama olarak değerlendirilmektedir. Müşteri gereksinimlerinin veri olarak toplanıp analiz edilmesi, hizmetin iyileştirilmesinde kullanılması, sürekli iyileştirmeyi çalışan boyutunda, insanı temel kaynak olarak da ele alarak, eğitim, hizmet içinde yetiştirme, uygulamalar, ekip çalışmaları ve sadece çalışanların performanslarıyla ortaya koydukları sonuçlar nedeniyle değil, gelişme sürecinde katkıları nedeniyle de ödüllendiren bir sistem olarak görülmelidir. Çalışanların ödüllendirilmesi ve onore edilmesi yani iç müşteri memnuniyeti dış müşteri memnuniyetiyle bağlantılı hale getirilmelidir. Aynı zamanda sağlık kuruluşlarının birer bir ilişki içerisinde bulundukları kuruluşlarda müşteri olarak kabul edilmelidir.

Başkent Üniversitesinde bu başlık altında bazı uygulamalar örneklendirilecek olursa;

Randevu sistemi ile çalışan sağlık kuruluşlarımızda randevular elektronik ortamda verilmekte ve izlenmekte, hasta ve yakınlarının her türlü talep ve istekleri zamanında karşılanmaktadır.

Türkiye'nin değişik bölgelerinde bulunan sağlık kuruluşlarımız arasında bilgi paylaşımını ve etkin izleme ve değer-

lendirmeyi sağlamak amacıyla kurulan güçlü otomasyon sistemimiz ile kuruluşlarımızda tanı ve tedavisi gerçekleştirilen hastaların tüm kayıtları muhafaza edilmekte, hastalar ile ilgili her türlü veriye nerede olursa olsun kolaylıkla ve zamanında ulaşılmaktadır.

Sağlık kurumlarında üstün bir hizmet ortamının sağlanması ve devam ettirilmesinde, hastaların faydalandıkları hizmete ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi ve tatmin düzeylerinin ölçülmesi de algılanan kalitenin değerlendirilmesi açısından kurumsal performans değerlendirme çalışmaları içerisinde önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Kuruluşların kendi yapılarına ilişkin kurumsal değerleri ile kuruma dışarıdan bakanların düşüncelerinin çoğu kere farklı olduğu bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla hasta memnuniyet araştırmaları sonuçları kurumlara bir ayna görevi yaparak, kendilerini her konuda değerlendirme olanağı sağlamaktadır.

Başkent Üniversitesi Hastanesi değişik birimlerine başvuran hastaların sunulan tüm hizmetlerden % 100 memnun olmaları ilkesi ile Sürekli Kalite İyileştirme çalışmaları çerçevesinde, hizmet kalitesinin önemli bir göstergesi kabul edilen hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini ortaya çıkarmak amacıyla sistematik, periyodik araştırmalar gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmaların amacı hastaların hastane hizmetleriyle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin belirlenmesi yolu ile hastane hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyen yönlerin tespit edilmesi, bu sayede sağlık yöneticilerine kalitenin sürekli iyileştirilmesinde yol gösterilmesidir. Bu ilkeler doğrultusunda Başkent Üniversitesi Hastanesinde geliştirilen 'Performans İyileştirme Programı' çerçevesinde değişik profesyonellerden oluşan 'Müşteri Memnuniyet Araştırma' grubu önderliğinde yatan hasta ve değişik poliklinik birimlerinde ayrı ayrı olmak üzere periyodik olarak hasta ve çalışan memnuniyeti araştırmaları gerçekleştirilmekte ve sonuçlar değişik toplantılarda üst yönetim, bölüm ve birim sorumlularından oluşan yöneticiler ile paylaşılmaktadır.

Başkent Üniversitesi Hastaneleri'nde ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti almış veya almakta olan hasta grupları üzerinde uygulanan bu çalışmaların veri toplanma aşamasında verilerin hastane ile direkt bağlantısı olmayan bir grup tarafından toplanmasına özen gösterilmektedir. Değerlendirmeler 5'lik Likert skalası üzerinden yapılmaktadır. Skalalı soruların yanı sıra, açık uçlu sorular da anketlerin sonunda kullanılmaktadır. Başkent Üniversitesi

Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşlarında tespit edilen kriterler doğrultusunda 4 grupta hazırlanan anketler hastalarımıza direkt olarak uygulanmaktadır. Bu gruplar:

- Ayaktan hasta (poliklinik) anketleri
- Yatan hasta anketleri
- Taburcu olduktan sonra on beş gün içinde gerçekleştirilen anketler
- Niteliksel veri toplama yöntemiyle gerçekleştirilen memnuniyet çalışmaları

Dış müşteri memnuniyet araştırmalarında yukarıda bazı örnekleri sunulan niceliksel veri toplama yöntemiyle yapılan müşteri memnuniyeti çalışmalarına ek olarak, hizmeti alanların daha detaylı olarak memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik olarak focus grup görüşmeleri yapılmaktadır.

- Hasta şikâyetleri
- Çalışan memnuniyeti, genel başarı ve tükenmişlik sendromu anketleri

Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde müşteri kavramı iç ve dış müşteri olarak ele alınmaktadır. Dış müşterilere sunulan hizmetin kalitesi iç müşterilere sunulan hizmet kalitesi ile doğru orantılıdır. Bu zincirin halkaları ile birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verilen hizmetin kalitesinde de aksama olur. Dolayısıyla dış müşteri memnuniyetinin yanı sıra iç müşteri memnuniyetini de ölçmek gereklidir. Bu yolla, dış müşteri anketleriyle tespit edilen sorunların gerçek nedenlerinin tespiti de mümkün olur. İşte bu noktadan hareketle dış müşteri memnuniyet araştırmalarının yanı sıra Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında iç müşteri memnuniyet çalışmaları da gerçekleştirilerek in direkt yöntemlerle hastaya sunulan hizmetin kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi söz konusudur.

Sürekli iyileştirme: Sürekli iyileştirme bir kuruluşun varlığını ve rekabet üstünlüğünü sürdürebilmesinin temel koşullarından biridir.

SKİ sürecinde daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır. Süreç boyutunda, sürekli iyileştirme, sistemin korunmasını, düzeltici faaliyetlerle hizmetin iyileştirilmesini, önleyici faaliyetlerle, beklenenin ötesinde çalışmaları ifade etmektedir.

Zaman boyutunda sürekli iyileştirme, rekabet ortamında değişim ve gelişmeleri yakalayabilme, yeniliklere hızla adapte olabilme, hizmetlerde çeşitlilik, maliyetleri de düşürerek gelişmenin

artması ve faaliyetlerin daha kısa sürede yapılmasını hedeflemektedir.

Teknoloji boyutunda sürekli iyileştirmeden anlaşılması gereken sadece en ileri teknolojiye yatırım yapmaktan çok, maliyetleri düşürme, varolan teknolojileri birbirine dönüştürebilme, daha yalın ve basit uygulamalarla iyileştirmeyi gerçekleştirmek olmalıdır. Tüm bu komponentler Başkent Üniversitesi sistemlerinde dikkatlice izlenip değerlendirilmektedir.

Süreç odaklılık ve süreçlerin iyileştirilmesi

Süreç Yaklaşımı

Süreçlerin sistematik bir şekilde tanımlanması ve yönetimi ile süreçlerin birbirleri ile etkileşimlerinin belirlenmesi 'Süreç Yaklaşımı' olarak isimlendirilir.

Süreç yaklaşımından kast edilen; sadece bir dizi faaliyet ile sonuca ulaşmak değil, faaliyetlerle kaynakları birleştirmek için müşteri zihniyetini oluşturmak süreçlerin birbirleri ile etkileşimlerini görmektir.

Süreç Yaklaşımının Faydaları

- Müşteri şartları, yasal şartlar ve kuruluş kendisinin ortaya koyduğu şartların ulaşılmasını ve yerine getirilmesini sağlamak,
- Süreçlerin katma değer açısından değerlendirilmesi ve öncelikli olanların belirlenmesini sağlamak,
- Süreçlerin izlenmesi ve ölçülmesine ait verilerin değerlendirilerek, performans ve etkinliğe ait sonuçların elde edilmesini sağlamak,
- Objektif ölçümlere dayandırılarak süreçlerin sürekli iyileştirilmesini sağlamak,
- Karar almada kolaylık. Karar mekanizmaları hizmet iyileştirmede, pazar payı ve gelişimini artırmada, fayda sağlayacak yatırımlarla ilgili karar vermede daha rahat hareket eder.
- İletişim kolaylığı (müşteri ve kuruluş için). Süreçler arası iletişim kopukluklarının nedenlerinin -bürokrasi, veri, bilgi akışındaki yetersizlik, üst yönetimin yaklaşımı, v.b.- belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasını sağlar.

Sağlık sektöründe süreç yaklaşımı idari ve destek süreçlerde uygulanacağı gibi tıbbi süreçlerin tanımlanmasında ve yaygın olarak kullanılmasında olasıdır. Tıbbi süreçlerde önerilen bir diğer yaklaşım bakım haritalarıdır (clinical pathways).

Bakım haritaları klinik süreçlerin kalite-

sini geliştirmek ve sağaltım amacıyla yapılan girişimlerin etkinliğini denetlemek amacıyla uygulanan araçlardır. Bakım haritaları, belli bir tanı konmuş olan veya belli bir semptomla gelen her hasta için gereken minimal bakım standartlarının bir grup multidisipliner klinik eksper tarafından ortaklaşa olarak tarif edilmesidir. Bir bakım haritası kanıta-dayalı tıp uygulaması temeline göre ve multidisipliner takım anlayışı içinde hazırlanır ve sonuçlara (çıktıya) dayalı bakım ve tedavi yönetimi (Outcomes Management) yapmaya olanak sağlar. Bir hastaya emeği geçecek olan tüm tıbbî personel sağlık hizmetinin her aşamasında elde edilmesi istenen çıktılar veya sonuçları belirler ve bu çıktıları elde etmek için hangi ara önlemlerin alınması, hangi tetkiklerin yapılması, hangi tedavinin uygulanması, nelerin monitorize edilmesi gerektiğini önceden planlar. Örneğin, açık kalp ameliyatı yapılması planlanan hastalara ameliyattan önce hangi laboratuvar tetkiklerinin yapılacağı, hangi tanı yöntemlerinin uygulanacağı bu takım tarafından belirlenir. Bunlar yapılırken en yararlı, en etkin ve en hesaplı istem, plan ve davranışlar seçilir. Eldeki kaynakların neler olduğu, söz konusu hastalığın tanı ve tedavisinde hangi kaynakların kullanılacağı, tanı ve tedaviye yönelik girişimlerin zamanlaması ve bütün bu hizmetin sonunda hastanın hangi sonuçla hastaneden taburcu edileceği konusunda, takımı oluşturan üyelerin arasında tam bir mutabakat sağlanmış olmalıdır. Hastaya yapılması planlanan işlemler, kağıt üzerinde bir tabloda, hastanın hizmet alacağı her mekan ve bu mekanda geçireceği sürenin belirtildiği bir zaman çizgisi üzerinde grafiğe dökülür. Bakım haritaları hastaların gereksinimlerine göre değişiklik yapmaya da olanak sağlar. Belli bir hastalığın sonunda sonuçların, çıktıların ne olması gerektiğini ve bu sonuçları elde etmek için neler yapılması gerektiğini şematize eder. İzlenen tıbbî süreçler belli aralıklarla elden geçirilir, planlanan süreçlere uymayan olgularda ve olaylarda görülen değişkenlik (varyans) kaydedilir. Bu sistem kendi başına diğer kalite geliştirme yöntemlerinden ayrı olarak düşünülemez. Bakım haritaları her hastanenin vizyon ve misyonuna, fiziki koşullarına ve insan gücü kaynaklarına uygun ola-

Toplam Kalite Yönetimi

çerçevesinde müşteri

kavramı iç ve dış müşteri

olarak ele alınmaktadır.

Dış müşterilere sunulan

hizmetin kalitesi iç

müşterilere sunulan hizmet

kalitesi ile doğru orantılıdır.

Bu zincirin halkaları ile

birbirini tamamlar. Zincirin

halkalarından birinde

kopukluk olduğunda dış

müşteriye verilen hizmetin

kalitesinde de aksama olur.

Dolayısıyla dış müşteri

memnuniyetinin yanı sıra iç

müşteri memnuniyetini de

ölçmek gereklidir

rak geliştirilmelidir. Kısaca bakım haritalarının faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz.

1. Maliyetlerin düşürülmesi
2. Servisler arası kopukluğun azaltılması
3. Hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması
4. Hasta bakımında devamlı kalite geliştirilmesi
5. Disiplinler arası işbirliğinin artırılması
6. Hastane çalışanlarının bilgi düzeyinin artırılması
7. Eğitim hastanelerinde öğrenci eğitimi için bir araç olması
8. Bazı durumlarda hastanede kalış süresinin kısaltılması



Sağlık sektöründe süreç yaklaşımı idari ve destek süreçlerde uygulanacağı gibi tıbbî süreçlerin tanımlanmasında ve yaygın olarak kullanılmasında olasıdır. Tıbbi süreçlerde önerilen bir diğer yaklaşım bakım haritalarıdır (clinical pathways).

9. Hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili bilgilerinin artması
10. Her kademedeki yapılan işlerden kimin sorumlu olacağının belirlenmesi
11. Haritada belirlendiği şekilde ilerleme kaydetmeyen hastanın zamanında fark edilip müdahale edilmesi
12. Tıbbî dokümantasyonun otomasyonunun sağlanması

İnsan gücü planlaması yapılması

Sağlıkta süreç odaklılıkta kullanılan önemli araçlardan bir diğeri de klinik rehberlerin kullanımıdır. Klinik rehberler, hekimlerin hasta tanı ve tedavisiyle ilgili uygulamalarında karar vermeyi kolaylaştıracak stratejilerdir. Belli bir klinik problemin çözülmesi ve tanıya varılması amacıyla sistematik olarak geliştirilmiş tavsiye kararlarıdır. Algoritma formatında hazırlanmış medikal karar verme destek sistemleridir. Bakım haritaları kalite ve maliyet-etkinlik üzerinde, klinik rehberler ise sağlık bakımının uygunluğu üzerinde odaklanır. Bakım haritaları multidisiplinerdir, klinik rehberler medikal esaslardır. Bakım haritaları kuruluşa özgün, klinik kılavuzlar ulusal, hatta uluslararası standartlardır. Bakım haritaları dokümantasyon amacıyla kullanılabilir, klinik rehberler bu konuda bir etkinliği yoktur.

Bakım haritaları ve klinik rehberler etki-leşim içinde kullanıldığında, yani biri diğerinden yararlanabildiğinde, sağlık bakımının "en mükemmel algoritmaları" yaratılmış olur. Bunlar katı, değişmez kurallar olarak algılanmamalıdır. Bu araçların kullanılmasıyla klinik uygulamalar standardize edilerek sağlık bakımının kalitesi artırılır. Klinik uygulamalardaki değişkenlik ve "kalitesizlik" azaltılarak maliyetler aşağıya çekilir. En "iyi klinik uygulama" ve bakım standartları tanımlanarak risk azaltılır veya kontrol altında tutulur.

Başkent Üniversitesi Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşları tüm tıbbî süreçleri, hemodiyaliz, yoğun bakımlar, kan bankaları, laboratuvar ve görüntüleme birimleri dahil olmak üzere diğer idari ve destek süreçlerde dahil sürekli izlenmekte ve gerektiğinde iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir. Sadece Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde tüm süreçler ana dört süreç ve 300'ye yakın alt süreçlerle izlenip denetlenmektedir. Süreçler arası etkileşimler tanımlanmış, belirli periyotlarla klinik ve destek süreçleri iyileştirmeye yönelik kalite çemberleri yapılmakta, gerektiğinde hasta bazında işlemler gerçekleştirilmektedir. Ayrıca pek çok anabilim dalı uygulamalarında uluslararası alanda geliştirilmiş olan klinik rehberleri ve özellikle hasta yatış sürecinin uzun olduğu temel hastalık gruplarına yönelik bakım haritalarını etkin bir şekilde kullanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kurumsal performans değerlendirme: Kalite konusunda hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın, mutlaka somut ve objektif ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kullanılmak zorundadır. Performans değerlendirilmesi noktasında, sağlık sektöründe en önemli güçlük, personelin performans standartlarının objektif olarak belirlenebilmesidir. Bu konuda bütün dünya ülkelerinde yoğun çalışmalar yapılmasına karşın sıkıntı devam etmektedir. Çok güvenilir ve objektif bir yöntemin varlığından söz etmek olası değildir. Performansı değerlendirme-nin en uygun yolu olarak kullanıcı memnuniyetini saptamak olarak gösterilmektedir. Burada en kritik tartışma noktası kullanıcının süreç memnuniyetinin mi yoksa sonuç memnuniyetinin mi baz alınacağıdır. Ancak son zamanlarda üzerinde çok durulan, "Algılanan Sağlık" kavramı ile birlikte geliştirilen parametre ve formüller yanlılığı en aza indirirken, hemen her toplumda ve yaş grubunda hizmetin kalitesini ölçmek için kullanılabilecek bilgiler sağlanabilmektedir.

Performans değerlendirilmesinde özellikle bazı işlem basamaklarının yerine getirilmesi etkin, planlı bir sistemin

oluşturulmasında önemli bir rol oynar. Bu basamaklar sıralandığında;

1. Takım oluşturulması
2. Fonksiyon ve süreçlerin belirlenmesi
3. Öncelikli süreçlerin saptanması
4. Müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının tanımlanması
5. Veri kaynaklarının belirlenmesi
6. İndikatörlerin saptanması
7. Verilerin ölçülmesi ve değerlendirilmesi
8. Beklenen sonuçların ortaya konulması
9. Sonuçların gözden geçirilmesi ve süreç iyileştirme çalışmalarının başlatılması
10. Yeni amaç ve hedeflerin oluşturulması vb. gibi bir sıralama yapmak olasıdır.

Bu basamaklar arasında kuşkusuz en önemlilerinden birisi performans değerlendirme alanları ve yöntemlerin tespiti ile performans alanlarına göre ayrıntılı veri toplanmasıdır. Ayrıca toplanan veriler doğrultusunda geliştirilen indikatörler en önemli değerlendirme yöntemlerinden birisidir. Bu amaçla "Başkent Üniversitesi Performans Değerlendirme" programının planlama aşamasında, kalite indikatörü ve süreç yönetimi kavramlarının tüm birim sorumluları tarafından tartışılarak özüm-senmesini sağlamak amacıyla pek çok toplantılar gerçekleştirilmiş, eğitim programları ile ekip üyelerinin programa katkı ve katılımları sağlanmıştır. Hastanelerin mevcut otomasyon ağı ile elde edilecek bilgilerin yanı sıra birim sorumlularının kendi birimlerinde sunulan hizmetlerin kalitesini ortaya çıkarmaya yönelik olarak izlemek istedikleri indikatörler, her birim sorumlusu ile yoğun çalışmalar sonrası ortaya çıkarılmıştır. Tüm sorumluların katıldıkları periyodik toplantı ve sunumlar ile uygulamanın tanıtılması ve desteklenmesi sağlanmıştır. Programda yer alan indikatör ile ilgili veri toplama ve analiz çalışmalarına yönelik olarak aylık formlar geliştirilmiş, bu çalışmaları içeren prosedür ve talimatlar yazılmıştır.

Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve bağlı sağlık kuruluşlarında yukarıda kısaca özetlenen ISO 9001; 2000 Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde süreç odaklılık yaklaşımı ile tüm tıbbî ve destek süreçler tanımlanmış olup her bir sürecin performansı belirlenmiş performans kriterleri ile ölçülmektedir. Ayrıca JCI uygulamaları kapsamında performans iyileştirme çalışmaları çer-

çevesinde seçilmiş kurumsal tıbbî ve idari ve departmental indikatörlerle birlikte 500 den fazla ölçülebilir element ve gösterge yardımıyla kurumsal boyutta performans değerlendirmeleri her bir kuruluşunda ayrı ayrı ayrıntılı bir şekilde yapılmaktadır.

Bilindiği üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapan bağımsız kuruluş "Sağlık Hizmetleri Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCI)" sağlıkta standartların ve akreditasyonun önemli bir parçası olarak sağlık kuruluşlarının performanslarını ölçmeye ve iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla ulusal bazda bir sistem uygulamaya koymuştur. Sistemde klinik süreçlere ve sonuçlara odaklı 1200'e yakın ölçülebilir element bulunmaktadır. Bu göstergelerin yanı sıra sağlık kuruluşlarının kendi performans ve kalitelerini ölçmek için geliştirdikleri gösterge sistemleri önemli yararlar sağlamaktadır. JCI'nin her tıbbî alan için belirlediği Alfa ve Beta İndikatörleri; örneğin, Kardiyovasküler, Onkoloji, Travma ve Obstetrik Beta Testi İndikatörleri ile Enfeksiyon Kontrol Alfa Testi İndikatörleri olarak sıralamak mümkündür. Süreç Performans Ölçüm Sistemi'nin en iyi örneklerinden birisi olan JCI'nin belirlediği performans alanı içinde tıbbî konulara verdiği ağırlıkla birçok tıbbî disiplin için ayrı ayrı performans göstergeleri ve gösterge setleri yer almaktadır. JCI yaptığı denetimlerde, bu göstergelerin ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını incelemektedir. JCI'nin sürekli kalite iyileştirmeye olan bakış açısı 3 temel veri grubuna dayanmaktadır

- **Sayısal göstergeler:** Anahtar süreçler ve bakımın önemli yönleri ile ilgilenir. Bir bölümün geçmiş dönemdeki performans trendini veya değişimleri tanımlayarak iyileştirme faaliyetlerine odaklanmasına olanak tanır. İşlem türleri, sayıları ve kalış süreleri gibi.

- **Klinik göstergeler:** Klinik performans hakkında bilgi verirler. Anahtar süreç ya da olay üzerine odaklanabilir, kurum geneli, çapraz fonksiyonlu, bölüme ya da tek bir birime yönelik olabilirler. İlaç hataları, ölüm ve enfeksiyon oranları gibi.

- **Odaklanmış gözden geçirme faaliyetlerine ait göstergeler:** Kalite iyileştirmeye odaklı vaka inceleme faaliyetlerinin ötesindedir. Bu aşamada tavsiye edilen yöntem, klinik yollar (clinical pathways) yöntemidir.

Bir hastalığın tedavisinde izlenmesi gereken süreç

JCI'da yer alan süreç performansı ile ilgili göstergeler; hastaların değerlendirilmesi,

dirilmesi, hasta bakımı, bakımın sürekliliği, organizasyon performansının iyileştirilmesi, bakım çevresinin yönetimi, enfeksiyon kontrolü ve hemşirelik olarak sıralanabilir.

Ayrıca hasta güvenliğini ölçmeye yarayan göstergelerde diğer performans göstergelerinde olduğu gibi bakım ile ilgili sonuç veya süreç değerlendirmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını örneğin bir kişiye verilen bakım sürecinin sonunda kişinin durumunda beklenen sonucun ortaya çıkıp çıkmaması değerlendirir. Bir süreç göstergesi ise, bir kişinin bakımı ile doğrudan ilgili örneğin, hastanın/hizmet alanın değerlendirilmesi gibi sayılabilir. Bu gibi göstergelerin en önemli yararı, hasta bakım sonuçları ile yakından ilişkili olan yani uygun olarak yerine getirildiği zaman spesifik bir bakım sonucunda iyileşmeye yol açacak süreçleri değerlendirmesidir. Örneğin akut miyokard enfarktüsü ile acil servise gelen bir hastaya ilk 24 saatte aspirin uygulanma düzeyi gibi...

Kaliforniya, San Fransisko ve Stanford Üniversitesi'ndeki Kanıta Dayalı Uygulama Merkezi, Kaliforniya Davis Üniversitesi işbirliği ile, Sağlık Bakımı Araştırmaları ve Kalite Ajansı'nın (AHRQ) onayıyla, yönetim verilerinden oluşturulan kanıta dayalı sistemle ilişkili ve potansiyel hasta güvenliği göstergeleri geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir. "Hasta Güvenliği Göstergeleri" kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklikler yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır. Bundan dolayı HGI, sistem veya süreç değişikliklerinden kaynaklanan "potansiyel korunabilir hatalar"ı azaltmaya yönelik ileri analizler için "görüntüleme aracı" veya "başlangıç noktası"dır.

Başkent Üniversitesi'ne bağlı tüm hastanelerde yukarıda kısaca özetlenen tüm politika, prosedür, form ve performans değerlendirme sistemleri ve adı geçen indikatörlere yönelik ayrıntılı veriler toplanmakta, gerekli analizler uygulanmakta ve sonuçlar her kurum için ayrı olmak üzere intranet ortamında tüm çalışanlarla paylaşmakta ve kurumlar arası benchmarking gerçekleştirilmektedir.

Eğitim: SKİ'nin en çok vurguladığı uygulama ilkelerinden biri, insan kaynaklarının sürekli olarak geliştirilmesidir. Kuruluşun kaliteye yönelik vizyonunun en açık biçimde anlaşılmasını, takım çalışmasının gerektirdiği bilgi ve yeteneklerin kazandırılmasını ve müşteriler-



Hastaneler ve diğer hizmet işletmeleri, rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarfetmelidirler.

le etkin bir biçimde ilişki kurulmasını gerektiren bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması amacıyla çalışanların sürekli olarak eğitilmeleri ve geliştirilmeleri gerekmektedir. İçice geçmiş ve eş zamanlı sürekli kalite iyileştirme boyutlarını daha detaylı olarak ele aldığımızda; çalışan boyutunda SKİ çalışmalarında; en etkin yöntem hiç kuşkusuz eğitim faaliyetleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgi düzeyinde ele aldığımızda sağlık sektörü çalışanları uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış kişilerden oluşmaktadır. İdari anlamda ise tıbbî personele, destek hizmetler sağlayan personelin verilen hizmet konusunda da yaptığı işin etkisini ve önemini biliyor olması gerekmektedir. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim veren bir kurum olan Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin müfredatlarında kalite ve hasta güvenliği kavramları ve programları önemli bir yer oluşturmaktadır. Hasta açısından bakıldığında ise, hastanın eğitimi JCI standartları içerisinde de önemli bir başlık olup kuruluşlarımızda bu amaçla yoğun programlar sürdürülmektedir.

Liderlik: Bu, SKİ uygulamalarında üst düzey yöneticiler için vazgeçilmez bir unsurdur. Bir kurum içinde, toplam kalite felsefesinin oturması, üst yönetim desteği, çalışanların tümünün etkin katılımı ve toplam kalite prensiplerinin uygulanmasıyla olasıdır. Kurum kültürünün oluştururken yaşanan güçlükler, bu güçlüklerin aşılması için yapılan çalışmalar, uygulanan strateji gerçekten uzun ve yorucu bir çalışmayı gerektirir. Hangi sektörde olursa olsun SKİ ile ilgili uygulamalar, gerek kurumların iç yapısında, gerekse dışarıdan algılanan kalitesinde farklı görüşleri de beraberinde getirdiğinden, gerçek anlamda değişim yaşanması için bir ta-



Sağlık hizmeti, tam bir ekip çalışmasını gerektirir. Takımların amaçları hizmet kalitesini artırmak, bilgi ve deneyimlerini paylaşmak ve üretken bir ortam oluşturmaktır. Bir sağlık kurumunda, amaçlara ilişkin görüş birliği, iletişimsizlik varsa, hizmetler hasta merkezli tasarlanmıyorsa, meslekî geliştirme programları, eğitim-öğretim sağlanması güçtür.

kim şartların yerine getirilmesi beklenmelidir. Bu bağlamda üst yönetim desteği; hiçbir çalışma, kurumsal anlamda değişim, üst yönetim katılım ve desteği olmadan gerçekleştirilemez. Üst yönetimin inanmadığı ve desteklemediği bir yönetim anlayışının gerçekleştirilmesi boşa bir çabadan öteye gidemez. Unutmamak gerekir ki sistemin başarısızlığında en önemli hususu ileri görüşlü lider kadrosunun olmayışıdır. Bunun anlamı şudur:

- Liderler ileri görüşlü yaklaşımlarla, SKİ felsefesini yerleştirmeye çalışmaktadırlar.
- SKİ uygulamasına geçebilmek için tüm çalışanlar yetkili ve sorumlu tutulmalıdır.
- Liderler SKİ uygulamasındaki ilerlemeleri görebilmeli ve belirleyebilmelidir.

Liderler, SKİ felsefesine uygun davranarak çalışanlara örnek olmalıdır. SKİ'de liderlerin vizyon sahibi olmaları ve başkalarına bu vizyonu aşılayabilmeleri, iyi dinleyici olmaları, takımlarla uyum içinde çalışabilmeleri ve onları yönlendirebilmeleri, kalitenin ve müşteriler ilişkilerinin önemini bilen ve sürekli iyileştirme çabalarını gereği gibi yönlendirebilen bir kişiliğe sahip olmaları ön görülmektedir. Deming, kalitenin 14 temel ilkesinin ilki olan; "Ürün ve hizmetin gelişimi için amaçlarda süreklilik yaratma" maddesini, yönetimin en önemli konusu olarak belirlemiştir. Ayrıca, Deming, kalite konusunun başkalarına havale edilmeyip yönetici tarafından yürütülmesi konusunda da ısrarlıdır.

Takım çalışması: Katılımcılığın amacı

bireysel çalışmalar değil; takım çalışmaları için uygun ortamı sağlayarak yüksek düzeyde başarı elde etmektir. Takım çalışmalarıyla sorunlara farklı açılardan bakma ve daha etkili çözümler geliştirme olanağı yaratılır. Sağlık hizmeti tam bir ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir. Takımların amaçları hizmet kalitesini artırmak, bilgi ve deneyimlerini paylaşmak ve üretken bir ortam oluşturmaktır. Bir sağlık kurumunda, amaçlara ilişkin bir görüş birliği yoksa, uyumlu yönetsel politikalar bulunmuyorsa, iletişimsizlik söz konusuysa, çalışanların yönetime katılmaları özendirilmiyorsa, hizmetler hasta merkezli olarak tasarlanmıyorsa, meslekî geliştirme programları, eğitim-öğretimin sağlanması oldukça güçtür

Sistem ile bütünleşme: Bir yönetim stratejisi olarak SKİ'nin başarıya ulaşabilmesi için, kurumun kültürüne şekil veren yönetim sisteminin SKİ felsefesi ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır. Kurumun alt yapısını oluşturan konularda SKİ için ayrı bir sistem kurmak yerine SKİ mevcut sisteme entegre edilmelidir. SKİ stratejisi, kuruluşların toplam kaliteye ilişkin amaçlarına bağlı olarak geliştirilebilir. Sağlıkta SKİ'yi başarıyla ve tam anlamıyla uygulayabilmek için anahtar görevi gören unsurlar özetlendiğinde; doktorların SKİ çalışmalarına olan dirençlerin aşılabilmesi için, bu direncin nedenlerinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Her yenilikte olduğu gibi SKİ uygulamasının da bazı dirençlerle karşılaşılması doğaldır. Bu engelleri aşabilmek için öncülük misyonunu yapabilecek doktorlara gereksinim vardır.

Yukarıda sözü edilen adımlar, birbirinin

içinde gelişen ve sürekliliği olan basamaklar olarak değerlendirilmelidir. Sadece temel olarak bu şartların yerine getirilmesi ve sürdürülmesi yanında, pek çok faktörde uygulamalar sırasında ortaya çıkar. Sürekli kalite iyileştirmeden söz ederken, çalışan süreç, zaman ve teknolojiye, yavaş fakat aynı zamanda hızlı bir gelişme sağlamayı ve maliyetlerde de düşmeyi ifade eden bir kavramdan söz etmekteyiz. Bu durumda, müşteri memnuniyetinin artırılması hedef alınarak rekabetin eklenmesi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Sonuç ve öneriler

Değişen müşteri beklentileri ile hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve performans ölçümleri her zaman birbirini tetikleyen, doğru ölçümlerle, doğru işlerin yapılması yolunda sürekli kalite iyileştirme çalışmaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastaneler ve diğer hizmet işletmeleri, rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmelidirler.

Kurumsal performans yönetim yaklaşımlarının üzerinde önemle durduğu nokta, doğru, güvenilir ve yeterli performans göstergelerinin belirlenmesidir. Bu aşamadan sonra sistem, ölçüm süreci ile devam etmekte ve ölçüm sonuçları, sürekli iyileştirme sürecinin temel girdisini sağlamaktadır. Ülkemizde faaliyet gösteren hastaneler, özel veya kamu ayrımı yapmaksızın, kurumsal performans ölçüm sistemlerini kurmalı, "gösterge" bazında performans trend'lerini izlemelidir.

Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde katılımcı ve paylaşımcı yönetici-liderler gerektiren bir uygulamalı felsefe, bir yönetim şekli daha da ötesi bir yaşam biçimi olan 'Sürekli Kalite İyileştirme' çalışmaları başlangıcında üst yönetimin desteği doğrultusunda bir vizyon belirlenmiş ve hastane üst yönetim ve birim sorumlularının yer aldığı toplantılarda bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilen mevcut durum analizleri doğrultusunda stratejik planlamalar kurum ve departmanlar bazında yapılmakta, belirlenen hedeflere ulaşım durumları tartışılmaktadır. Aynı zamanda detaylı bir şekilde analiz edilen veriler ışığında yeni hedefler belirlenerek bu doğrultuda hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde izleme ve değerlendirmeler sonucu uygunsuzluklar anında saptanabilmekte, düzeltici ve önleyici faaliyetler gerçekleştirilerek, müşterilerine (iç ve dış müşteri) sıfır hata ile bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır.

Kaynaklar

A.F.Al-Assaf, Seval Akgün, Sağlık Hizmetlerinde Sertifikasyon, Ruhsatlandırma ve Akreditasyon, Hospital Life, Hastane forumu, Mart-Nisan 2006

Berwick MD, Godfrey BA., Roessner J., "Curing Health Care", Applying Quality Management to Health Care, pp; 18-29, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104, 1990

Berwick MD, Godfrey BA. Roessner J., "Curing Health Care", Symptoms of Stress in the Health care System, pp; 1-7, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104, 1990

Berwick MD, Godfrey BA., Roessner J, "Curing Health Care", The Diagnostic Journey, pp 75-89, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104, 1990

Donobedian, A. The Quality of care, How can it be assessed? JAMA, Sep 23/30, Vol 260, No:12, 1988; 1743-1748

Juran JM, Juran on Planning For Quality, Free Press, New York, 1988

Akgün Seval., Güray S, Erdal R.Total Quality Management in Practice at Baskent University Ankara Hospital Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century Editör-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp;394-400, January 1999

Akgün Seval., Haksever A., Akyel S., Güray Ş., Erdal R. Applying Quality Management to Healthcare Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp; 550-558, January 1999

Akgün Seval., Turan M., Erdal R., Preparing Başkent University Ankara Hospital for the 21st Century. Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Cen-

tury, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp 561-565, January 1999

Akgün Seval., Müderrisoğlu H., Özdemir N., Erdal R.Challenges of Sustainable Excellence in 21st Century in Health Care: CLINICAL PATHWAYS, Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp558-561, January 1999

Blumenthal, D., Applying Industrial Quality Management Science to Physicians' Clinical Decisions, Improving Clinical Practice, Total Quality management and the Physician, Jossey-Bass Inc., New York, (1995).

Akgün S., Kısa A., Kılıç A., Günsoy G." Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi".Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Editör; Çoruh M., syf: 43-47, 1999, Ankara

Akgün S., Haksever A. Haberal C .Tokalak İ. Erdal R. Haberal M., " Strategies and Obstacles in Quality Management: The Experience of a Hospital Network in Turkey", Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings, pp: 195-203

Haksever H., Akgün S., Akyel S.,Düzçeker Ö., Haberal M."The Voice of the patients: The Starting Point ".Eliminating Health Disparities, 128th APHA Annual Meeting and Exposition November 12-16,2000, Boston ;Massachusetts

Donobedian, A., Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Mick: Health Administration Press, Ann Arbor, (1980).

Tezcaner, T., Özer, I., Erdoğan, İ., Zorlutuna, Y., Kıymir, B., "Kurumsal kalite indikatör sistemi oluşturulmasında süreç yönetimi yaklaşımı" Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Editör Mithat Çoruh, Haberal Vakfı, Ankara, (1996).

TS-EN-ISO 9000 Kalite Yönetimi Eğitim Kitabı, Döküman No: KTE/0198, Basılı No: 3, syf:4

JCAHO (2003). <http://www.jcaho.org>

Evolution of Performance Measurement at the Joint Commission 1986-2010, <http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+documentation.htm> (29.12.2005)

Pakdil, F., Hizmet işletmelerinde performans iyileştirme ve hastaneler için bir model önerisi, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002, Bursa

Kueng, P., "Process performance measurement system: a tool to support process-based organizations" Total Quality Management, Jan 2000, 68 (2000).

Inpatient Quality Indicators, AHRQ Quality Indicators, U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality ,2001



SKİ'nin sağlık kurumlarında uygulanmasına geçişin en önemli aşaması iyileştirmenin bir ihtiyaç olarak hissedilmesi ve başka alanlardaki bilgi birikimini sağlık konusuna transfer etmeyi sağlayacak girişimi başlatmaktır.

Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals, implementation Expectations

WORLD HEALTH ORGANIZATION, FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY A55/13,Provisional agenda item 13.9 23 March 2002, Quality of care: patient safety

Stereotaktik radyocerrahide yeni gelişme: CyberKnife

Dr. Hikmet Uluğ



1957 yılında İstanbul'da doğdu. 1980 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1988 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji ihtisasını tamamlayarak nöroşirürji uzmanı oldu. 1991-1992 arasında Zürih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde mikroşirürji eğitimi aldı. Swedish Medical Center-Seattle, USA ve Universitätsklinikum Bonn, Almanya bölümleriyle birlikte epilepsi cerrahisinde çalıştı. Halen Anadolu Sağlık Merkezi Nörolojik Bilimler Bölümü Direktörlüğü'ni yapmaktadır. Epilepsi cerrahisi, nöroonkolojik cerrahi ve radyocerrahi ana uğraş alanlarıdır.

Kafa içindeki patolojik süreçlere (tümör, kanama, yabancı cisim vb.) kafatasını açmadan müdahale etme düşüncesi çok eski yıllara uzanmaktadır. Deneysel çalışmalar dışında hastalara ilk girişim 1897 yılında Paris'te gerçekleştirilmiş ve bir yerel Paris gazetesinde yayımlanmıştır. Kafa içinde mermi olan bir hastada, kafaya metal bir çerçeve takılmış, birbirine dik planda çekilen iki röntgen filmi aracılığıyla merminin koordinatları saptanmış ve kafatasına açılan delikten mermi çıkartılmıştır.

Stereotaksi terimini ilk olarak 1908 yılında Sir Victor Horsley kullanmıştır. Latin-

ce stereo = 3 boyutlu ve taxis = düzenleme (arrangement) sözcüklerinden oluşan bu terim daha sonraki beyin cerrahlarıncı Latince tactic = dokunmak kelimesi esas alınarak "stereotactic cerrahi" ye dönüştürülmüştür.

Yöntem, kafatasını bir küre olarak kabul edip, küre içinde yer alan herhangi bir hedefin 3 boyutlu uzayda koordinatlarının belirlenmesi esasına dayanmaktadır. Bu amaçla kafatasına önce özel olarak hazırlanmış metal bir çerçeve takılmakta, hastanın kafası metal çerçeveye birlikte görüntülenmekte ve metal çerçevenin aksları nirengi noktaları olarak kullanılıp kafatası içindeki hedefin X, Y ve Z akslarında koordinatları belirlenmektedir. Ardından bir fantom model üzerinde kafaya açılacak delik alanı ve

bu delikten hedefe gidecek elektrotun yörüngesi belirlenip, model kafatasına takılan çerçeveye taşınmakta ve hedefe ulaşılmaktadır. Bu amaçla 20. yüzyıl içinde yaklaşık 40 civarında çok değişik metal çerçeveler geliştirilmiştir.

İlk uygulamalarda henüz BBT ve MRG gibi kafa içi yumuşak dokuların görüntülenebildiği yöntemler var olmadığı için hareket bozukluklarının tedavisine yönelinmiştir. Bu amaçla kafasına çerçeve takılan hastalarda direkt röntgen filmleri çekilmiş ve kafa içindeki sıvı dolu boşluklara (ventriküller) hava verilerek bu yapılar görüntülenmiştir. Ardından istem dışı hareketlerin ortaya çıktığı Parkinson gibi hastalıklarda, hedef alanın koordinatları içi hava dolu boşluklar nirengi noktası alınarak belirlenmiş, kafa-



tasına açılan bir delikten bu alana sokulan elektrotların ucunda ısı oluşturularak hedef alan tahrip edilmiş, böylece istem dışı hareketlere neden olan sinir hücre deşarjları yok edilerek istem dışı hareketlerin durdurulması sağlanmıştır.

Stereotaktik çerçevelerin bu amaçla kullanıldığı dönemde, 1951 yılında Lars Leksell stereotaktik çerçeveyi kullanarak kafa içinde belirlenen bir hedefe radyasyon ışınlarını göndermeyi düşüncü ve ilk uygulamayı başarmıştır. Başlangıçta ışın kaynağı olarak ortovoltaj X ışınını kullanan Leksell 1967 yılında Larsson ile birlikte Co60 kaynağından elde ettiği Gamma ışınlarını kullanmıştır. Klasik radyoterapide verilen toplam ışın dozunun tek seferde hedefe yönlendirilebilmesi nedeniyle de yöntemi cerrahi ve radyoterapinin birleştirilmesinden esinlenerek "radyocerrahi" ve kullandığı sistemi de ışın kaynağından esinlenerek "Gammaknife (gama bıçağı)" olarak adlandırmıştır. Gammaknife'in klinik kullanımda yaygınlaşmasıyla birlikte stereotaktik radyocerrahi amacıyla lineer akseleratörler de sisteme uyarlanmış ve Xknife adı verilmiştir.

Tüm bu sistemlerin ortak özelliği sadece intrakraniyal hedefler için kullanılabilirliği ve hepsinde de referans nokta olarak, kafa çevresine stereotaktik metal çerçevenin implante edilmesinin zorunlu olmasıdır. Kafatasına metal çerçeve takılan hasta ışın kaynağı içine sokulur ve kullanılan görüntüleme yöntemine göre (MRG, BBT, DSA vb.) alınan dijital veriler sistem içindeki yazılımın ara yüzü aracılığıyla değerlendirilip hedef alanın koordinatları belirlenerek tedavi uygulamasına geçilir.

Klinikte çok yaygın kullanım alanı alan bu stereotaktik radyocerrahi yöntemi uzun yıllar boyunca kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır. Yöntemde sadece kafa içi patolojilere müdahale edilebilmektedir. Ağırlıklı olarak belli boyuttaki arterovenöz malformasyonlar, menenjiom ve nörinom gibi iyi huylu patolojiler, tekli ya da çoklu beyin metastazları ve uygun endikasyon olduğunda glial tümörler başarıyla tedavi edilmiştir. Ayrıca trigeminal nevralji ve epilepsi gibi fonksiyonel sorunlarda da uygulamalar geliştirilmiştir. Tüm bu uygulamalardan elde edilen verilerle radyocerrahi yönteminin klasik radyoterapiden farklı uygulanmasına temel olacak, patolojiye göre farklılık gösteren hedef alan dozları ve normal beyin dokusunun tolerans dozlarına ilişkin daha fazla bilgi edinilmiş ve radyocerrahi standartları oluşturulmuştur.

Stanford Üniversitesi'nden J. Adler 1994 yılında radyocerrahide yeni bir ufuk açmıştır. Varolan yöntemlerdeki gibi hastayı ışın kaynağı içine sokma yerine, ışın kaynağının hasta etrafında ha-

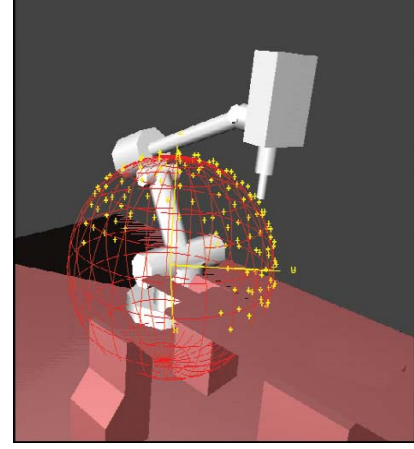
reketli olması gerektiğini temel alarak geliştirdiği yeni tekniği tıp dünyasına sunmuştur. CyberKnife (uzay bıçağı) adını verdiği yöntemin en önemli özellikleri; kafa içi uygulamalar için stereotaktik metal çerçeve takılmasını gerektirmemesi ve sadece kafa içi değil omurga ve medulla spinalis de dahil olmak üzere pankreas, akciğer gibi tüm vücut dokularına uygulanabilmesidir. Bunu gerçekleştirebilmek için yapılan en büyük yenilik 6 - 8 tonluk ışın kaynağını 130 kg'a indirilmesi ve bu hafif ışın kaynağının bir robotik kola takılarak hasta etrafında dönmesinin sağlanmış olmasıdır.

CyberKnife'in ana bölümleri şöyle özetlenebilir:

1. Doğrusal hızlandırıcı (Linear Accelerator): Kullanılan doğrusal hızlandırıcı 6 MeV gücünde ve 130 kg. ağırlığındadır. Bir robotik kola bağlanmıştır. Doğrusal hızlandırıcının ışın yönlendiricileri (collimator) 5-60 mm arasında değişen 12 değişik çaptadır.

2. Robotik kol: Robotik kol (KUKA, Augsburgi Germany) 6 aksta, 0-45 derece sınırları içinde ve 0,2 mm. tekrarlanabilirlik yeteneğiyle hareket edebilmektedir. Robot kendine bağlı doğrusal hızlandırıcıyı, hedef alanın üzerinde sanal olarak çizilmiş bir kürede var olan 100 ayrı düğüme (node) hareket ettirebilir. Robot, her bir düğüme doğrusal hızlandırıcıya, sonuç olarak da gönderilecek ışına 12 farklı açı verme yeteneğine sahiptir. Böylece hedefe 1200 farklı açıdan ışın gönderilebilmektedir. Bu hareket yeteneğinin, hedefe çok sayıda ışın gönderilmesini sağlayarak konformaliteyi yükseltmesinin yanı sıra bir diğer avantajı da gönderilen ışınların hedefin merkezine odaklı olmamasıdır. Böylece eşmerkez (isocenter) kavramı ortadan kaldırılarak eşmerkezli olmayan (non-isocentric) ışınlama sağlanabilmektedir. Eşmerkezli olmayan ve çok sayıda ışın sayısına ulaşabilen bu yöntem, radyocerrahide en önemli amaç olan hedef alan içine en yüksek dozda ışının gönderilebilmesini, buna karşın çevredeki hassas dokuların korunabilmesini en ileri seviyede sağlamaktadır.

3. Görüntü izleme sistemi = GİS (Image tracking system): Görüntü izleme sistemi, X-ışını tüpleri ve amorf silikon algılayıcıları olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır. X-ışını tüpleri hasta yatağının üzerinde tavana karşılıklı olarak yerleştirilmişlerdir. Hastanın ortogonal planda çekilen görüntüleri, amorf silikon görüntü algılayıcıları tarafından tedavi konsoluna gönderilir. Tedavi konsolunda, hastanın daha önceden elde edilmiş görüntüleriyle karşılaştırılır ve varsa hasta pozisyonundaki sapma robotik kola gönderilerek kolun yeniden ko-



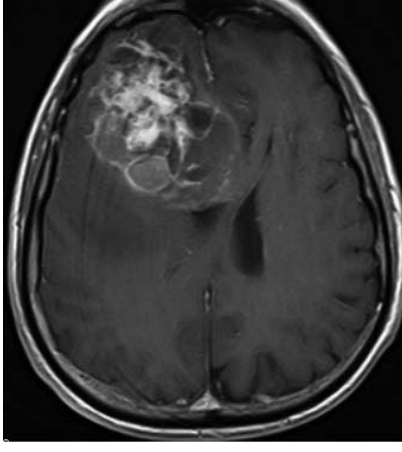
İşin kaynağının hareket etme yöntemi

numlanması sağlanır. Hedef alanın düşük yoğunluklu x-ışını ile taranması, amorf silikon algılayıcılarla algılanması, görüntülerin önceden oluşturulmuş grafiplerle karşılaştırılarak hasta pozisyonunun belirlenmesi, robotik kolun varsa değişikliği algılayarak yeni pozisyonuna yönelmesi biçiminde özetlenebilecek işlemler dizisi 4 - 10 sn. arasında, ortalama 7 sn. içinde tamamlanmaktadır.

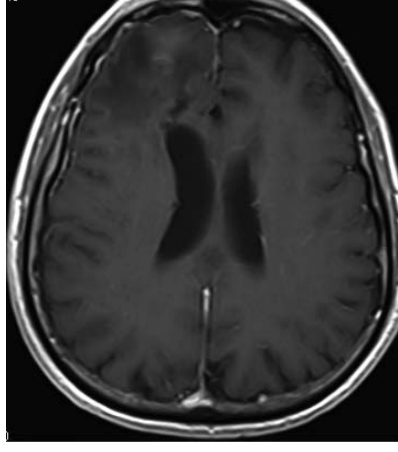
4. Hasta yatağı: Görüntü algılayıcıları, robotik kol ve hasta tedavi konsolundaki bilgisayar sistemiyle koordinasyon içinde çalışır. Bilgisayar kontrollü olarak her yönde sub-milimetrik hassasiyetle hareket etme ve ayrıca elle kontrol edilebilir özelliklerine sahiptir .

5. Synchrony Solunum İzleme Sistemi = SİS (Respiratory Tracking System): Özellikle kafa dışındaki, solunumla birlikte hareket eden tümörlerin tedavisinde kullanılır. Sistemin esası, solunumla birlikte hareket eden tümörün pozisyonunu algılayarak, robotik kolun ve ona bağlı doğrusal hızlandırıcının eşzamanlı hareketini sağlamasıdır. SİS sayesinde, tümör hareketlerini kompanse etmek amacıyla tümör sınırlarından daha geniş bir alanda sağlıklı dokuların da ışınlanması önlenmekte, tedavi zamanı azaltılmakta, tedavi sırasında hastanın soluk tutmasına gerek kalmamakta ve ışının doğru alana verilmesi sağlanmaktadır. Tüm akciğer, karaciğer, pankreas, böbrek tümörlerinde ve diğer karın içi ve göğüs içi tümörlerde kullanılabilir. Hastaya işlem sırasında elastik bir ceket giydirilir. Elastik ceket üzerinde takılı küçük lambalar fiberoptik algılayıcı kamera tarafından algılanır. Tümör çevresine önceden yerleştirilmiş nirengi noktaları (fiducials) da amorf silikon görüntü algılayıcılarıncı saptanır. Kamera saniyede yaklaşık 32 kez lamba hareketlerini denetleyerek bilgisayara verileri yollar. Bu veriler aynı biçimde sikon algılayıcılardan gelen verilerle birleştirilip bilgisayarda işlenerek robotik kola iletilir. Böylece tedavi sırasında robotik kolun, solunum ve solunuma bağlı tümörün hareketiyle eşzamanlı hareket etmesi sağlanmış olur.

6. CyRIS çalışma istasyonu: Klinisyenin kullandığı yüksek hızlı bir bilgisayardan oluşmuştur. Hastanın MRG, CT, PET-CT, 3-D DSA gibi görüntüleri DICOM aracılığıyla bu sisteme aktarılır. Klinisyen hastanın kliniğine göre arzuladığı



Maksiller adenoin kistik Ca Lokal yayılım



CyberKnife sonrası 8. ay

görüntüleri 3 boyutlu hale getirip üstüste birleştirmek (fusion) olanağına sahiptir (CT-MRG, V3D-DSA, CT-PET-CT vb). Görüntüler rutin olarak 1 mm. kesitlerle alınır. Klinisyen görüntüler üzerinde hedef alan sınırlarını belirler. Ayrıca ışınlanacak bölgeye göre beyin sapı, kiazma, medulla spinalis vb. ışın alması istenmeyen hassas alanların sınırlarını çizer. Klinisyenin çalışma ofisindeki bu sistemde gerçekleştirilen konturlama sonrasında görüntüler 'Tedavi Planlama Sistemi'ne gönderilir.

7. Tedavi Planlama Sistemi (TPS): Çok hızlı bir bilgisayar ve özel yazılıma sahip bu sistemde klinisyen ve radyasyon onkologu birlikte tedavi planını oluştururlar. Planlama sistemi değişik ışın geometrileri oluşturarak değişik doz dağılımları oluşturma kapasitesine sahiptir. Kullanıcı verilecek ışınların hedef noktasını 3 ayrı biçimde seçebilir.

a) Tek eşmerkezli (isocenter) planlama: Tüm ışınlar için tek hedef noktası seçilir. Bu seçim küresel bir doz dağılımının elde edilmesini sağlar.

b) Çoklu eşmerkez (multiple isocenter) planlama: Hedef alan içinde 2 - 10 arasında hedef nokta seçilerek planlama yapılır. Bu yöntem ya birden fazla sayıda küresel lezyonun tedavi planlamasında ya da tek düzensiz biçimli lezyonun çoklu küresel dağılımla tedavi planlamasında kullanılır.

c) Konformal planlama: Lezyonun geometrisine göre hedef alan içinde çok sayıda birbirinden bağımsız odak noktaları seçilerek planlama yapılır. Bu işlemle yüksek oranda konformal doz dağılımı sağlanmış olur.

Işın dağılımı için tek veya daha çok sayıda ışın yönlendirici (collimator) seçilebilir. CyberKnife'in 5 - 60 mm. arasında değişen boyutlarıyla 12 ayrı ışın yönlendiricisi bu alanda geniş bir seçenek yelpazesi sunmaktadır. İleri planlama (forward planning) yapılmak istendiğinde kullanıcı her bir ışın için ışın ağırlığını seçer ve bilgisayar algoritması ışın dağılımını hesaplar. Ters planlama (inverse planning) yapılmak istendiğinde iki aşama söz konusudur. İlk aşamada sistem robotun herbir düğümde (node) alacağı açığı ayarlayarak tüm ışınların merkezi akslarını hedef alan içinde kesişecek biçimde ayarlar. İkinci aşamada bilgisayarın ışın algoritması herbir ışının

ağırlığını hesaplayarak doz dağılımının klinisyen tarafından daha önceden belirlenmiş sınırlamalara (hedef alana verilecek en düşük ve kritik yapılara verilebilecek en yüksek dozlar) uygun hale getirir. Elde edilen doz dağılımı monitörde görülerek gerekirse daha ince ayarlamalar yapılabilir.

CyberKnife tedavi planlamasında ters planlama yöntemiyle eşmerkezli olmayan tedavi planlamasının yapılması, kritik dokulara en az doz verilerek hedef alana en yüksek dozun verilmesini olanaklı kılmaktadır. Konformalite oranları düzgün şekilli hedeflerde % 95 eş doz eğrisine, düzensiz şekilli lezyonlarda % 80 eş doz eğrilere rahatlıkla ulaşmaktadır.

8. Ekipman odası: Ekipman odasında soğutucu, arayüz kontrol şasesi, güç dağılım ünitesi, robot kontrol sistemi ve HF jeneratör gibi ekipmanlar bulunmaktadır.

CyberKnife'la hasta tedavisinin aşamaları:

- CK uygulanmasına karar verilen hastada önce hasta hazırlığı yapılır. Kafa içi uygulamaya alınacak olan hastalar için termoplastik maske hazırlanırken, kafadışı uygulamalara alınacak hastalar için özel vakumlu yatağın vücut biçimlerini alması sağlanır. Her iki hazırlığın ortalama süresi 3 dk.'dır. Kafa dışı uygulamalarda; spinal kanal için herhangi bir işlem gerek duyulmazken, karın içi ya da göğüs içi tümörlerde klinisyenler veya radyologlar tarafından nirengi noktaları (fiducial) olarak altın parçacıkları (gold seeding) tümör çevresine implante edilir.

- İkinci adım görüntüleme çalışmalarıdır. Kesit kalınlığı 1 mm. olacak biçimde, patolojinin durumuna göre CT, MRG, fMRG, PET, PET-CT, 3D-DSA çalışmaları yapılır. Görüntüleme çalışmaları da yapılan hasta tedavi için randevu verilerek evine gönderilir.

- Üçüncü adım hedef alan ve kritik yapıların sınırlarının belirlenmesidir. İlgili cerrah kendi ofisinde kurulu CyRIS çalışma istasyonunda çok gelişkin yazılımın yardımıyla herbir kesit üzerinde hedef alanın sınırlarını çizer. Klinisyen ayrıca hedef alan çevresinde ışın alması gereken dokuların sınırlarını da çizerek belirler. Burada elde edilen veriler sayısal ortamda tedavi planlama sistemine gönderilir. Tedavi planlama yazılımında klinisyen ve radyasyon onkologu

hedef alanın alması gerekleri en az ve kritik dokuların alabileceği en yüksek dozları bilgisayara girerek dilerse ileri (forward), dilerse ters planlama yöntemini kullanarak tedavi planını oluştururlar. Tedavi planı oluşma aşamasında tüm olanaklar olmakla birlikte en ileri yöntem olan konformal planlama kullanılır. Yazılımın algoritması ışın dağılımını belirleyerek tedavi planını monitörde gösterir. Doz ayarları değiştirilerek değişik tedavi planlamaları oluşturulur ve içlerinden en elverişli olanı seçilir. Hedef alan sınırlarının belirlenmesi ve tedavi planının oluşturulması hasta yokken yapılan işlemlerdir.

- Dördüncü aşama tedavi aşamasıdır. Hasta tedavi için belirlenen saatte gelir, hasta yatağında kafa içi, olgularda yüz maskesi takılarak, spinal olgularda vakumlu yatağına yatırılır. Tedavi süresi ortalama 100-300 arasında ışın miktarı için 30 dk. ile 90 dakika arasında değişmektedir.

Sonuç olarak CyberKnife SRC yöntemindeki farklı yanlar şöyle özetlenebilir:

1. Kafa içi uygulamalarda stereotaktik metal çerçeve takılmasını gerektirmeyen tek sistemdir. Hasta kafasının sabitlenmesi için basit bir esnek yüz maskesinin kullanılması yeterlidir.

2. Kafa içi lezyonlar dışında omurga, medulla spinalis, karın içi ve göğüs içi tümörler ve iskelet sistemine radyocerrahi uygulayabilmektedir.

3. Kafa kaidesinde ve kemiğe yaklaşık yüzeysel yerleşimli tümörlerde klasik radyocerrahi yöntemlere oranla daha iyi sonuç alınabilmektedir.

4. Ters planlama ve eşmerkezli olmayan ışın gönderebilme yeteneği sayesinde yüksek konformalite oranlarına ve kritik yapıları daha hassas koruma yeteneğine sahiptir.

5. Tedavi sırasında gerçek zamanlı görüntü ile hedef alan pozisyonunu belirlemektedir.

6. Hareketli organlardaki tümör hareketini eşzamanlı izleyebilen tek sistemdir.

7. Aşamalı radyocerrahi uygulama olanağı vardır.

8. Aynı seansta birden fazla tümör, aynı ışın verme noktasından ışınlanabilmektedir.

9. Kalite güvence uygulamaları basittir ve zaman almaz.

10. Hasta tedavi zamanlamaları iyi yapıldığında rahatlıkla günde sekiz hasta tedavisi yapılabilecek kapasiteye sahiptir.

11. Sistemin sürdürülme maliyeti çok



Gıdaların halk sağlığı ve ekonomik açıdan önemi - II

Gıda kaynaklı hastalıkların ekonomi üzerine etkileri

Dr. Esra Ağel



1971 yılında Ankara'da doğdu. 1993 yılında Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyolojisi Anabilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. 2001 yılından bu yana TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Gıda Enstitüsü'nde çalışmaktadır.

Gıda zehirlenmeleri toplum sağlığını ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlıkta ki olumsuz etkileri nedeniyle verimsiz çalışma gibi işgücü kayıpları ve sağlık harcamaları ekonomik kayıpları oluştururken, gıda zehirlenmeleri ölümlere de neden olabilmektedir.

Türkiye'de sağlıklı rakamlar bulunmamaktadır. Ancak gıda güvenliği sistemini kurmuş, sürekli denetimlerini yapan, eğitim ve gelir düzeyi Türkiye ortalamasının oldukça üzerinde olan İngiltere'de, yılda 4.5 milyon insan gıda zehirlenmelerine maruz kalmaktadır. Ancak bunlardan sadece 750.000 kişinin hekime başvurduğu belirtilmektedir. Salmonella

ve Campylobacter kaynaklı hastalıklar (yılda yaklaşık 500.000 vaka; FDA verisi – 2001) en sık karşılaşılan zehirlenme olduğunu saptanmıştır. Yılda yaklaşık 50 – 60 kişinin de gıda zehirlenmeleri sonucunda öldüğü belirtilmektedir. Ayrıca sadece Amerika'da senede yaklaşık 76 milyon insan yediği gıdalardan zehirlenmekte ve bunların 325.000'i hastanede tedavi görmektedir. Her yıl bu hastalıkların tedavisi, önlenmesi ve tespit edilmesi için yaklaşık 6,9 milyar avro harcanmaktadır (CDC verisi).

İngiliz Gıda Standartları Kuruluşu, gıda zehirlenmeleri kaynaklı sağlık harcamalarında yılda yaklaşık 700 milyon \$ tasarruf sağlamak üzere;

• Yüksek riskli gıdalarla uğraşan küçük işletmelerdeki riskin azaltılmasına,

• Gıdayla uğraşanların uygun eğitim almalarına,

• Evdeki gıda hijyeni uygulamalarının iyileştirilmesine,

• Endüstriyel gıda üretim uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar başlatmıştır.

Gıda güvenliği ile ilgili dikkat edilmesi gereken kurallar

Dünya Sağlık Örgütü'nün Altın Kuralları

1) Gıda işlemi için güvenli gıda seçin

Sebze, meyve gibi gıdalar tabî hallerinde en iyi iken, diğerleri ancak, işlendiğinde güvenli olurlar. Örneğin; daima işlenmemiş süt yerine, pastörize edilmiş süt satın alın ve eğer seçim durumunda iseniz, taze veya şok dondurma



işlemine tabii tutularak dondurulmuş tavuğu seçin. Alışveriş yaparken aklınızda tutmanız gereken, gıdaların işleme tâbî tutulması güvenliğini artırmanın yanı sıra raf ömrünü uzatmak amacıyla geliştirilmiştir.

2) Gıdalarınız tam olarak pişirin

Birçok gıda, en önemlileri olarak tavuk etleri, siğir etleri ve pastörize edilmemiş sütler, patojen kaynaklı hastalıklarla kontamine olmaktadır. Mükemmel yapılan bir pişirme ile patojenler öldürülür. Ancak, gıdanın bütün kısımlarının en az 70°C dereceye ulaşması gerektiği unutulmamalıdır. Tavuğun pişirildiğinde bile kemik yanında halen pişmemiş kısım kalabilmektedir. Tamamen pişinceye kadar tekrar fırına konulur. Donmuş siğir eti, balık ve tavuk eti pişirilmeden önce tamamen çözünmelidir.

3) Pişmiş gıdaları vakit geçirmeksizin hemen yiyin

Pişmiş gıdalar oda sıcaklığına geldiği zaman, mikroorganizmalar çoğalmaya başlar. Daha uzun süre beklemede risk daha da büyümektedir. Güvenli tüketim için pişmiş besinler ısılarını kaybetmeye başlamadan hemen yenmelidir.

4) Pişirilmiş gıdaları dikkatlice depolayın

Gıdaları güvenli bir şekilde saklamak veya kalıntıları değerlendirecekseniz; "60 °C üzerinde sıcak ve de 10 °C altında soğuk ortamlarda depolayın." Şayet, bu gıdaları 4 veya 5 saatten fazla depolamayı planlıyorsanız, bu kural hayati önem taşımaktadır. Bebekler için depo edilmemiş gıdalar tercih edilir.

GIDALARI ÇÖZDÜRDÜKTEN
SONRA TEKRAR
DONDURMAYIN

DONDURULMUŞ BESİNLERİ
SICAK ORTAMDA (MUTFAKTA)
ÇÖZÜNDÜRMİYİN

ÇÖZÜNDÜRÜLMÜŞ
BESİNİ HEMEN
KULLANIN

ÇÖZDÜRME İŞLEMİNİ
BUZDOLABININ ALT
KISMINDA YAPIN

SICAK GIDALARI DERİN ve BÜYÜK
KAPLARDA SOĞUTMAYIN ve
DEPOLAMAYIN

5) Pişirilmiş gıdalar bütünü ile tekrar ısıtma işlemine tâbî tutulur

Depolama sırasında oluşabilecek mikroorganizmalara karşı en iyi koruma şeklidir. Uygun depolama mikrobiyel büyümeyi yavaşlatır. Ancak organizmaları öldürmez. Bir kez daha yeniden ısıtma gıdaların bütün kısımlarının en az 70 °C ulaşması gerektiği anlamına gelmektedir.

PROTEİNLİ GIDALARI MUTFAKTA
2 SAATTEN
FAZLA BEKLETMEYİN

PROTEİNLİ GIDALARI HEMEN
SOĞUTUN VEYA 65 °C 'nin
ÜZERİNDE MUHAFAZA EDİN

6) Pişirilmiş gıdalar ve çiğ gıdalar arasındaki teması önleyin

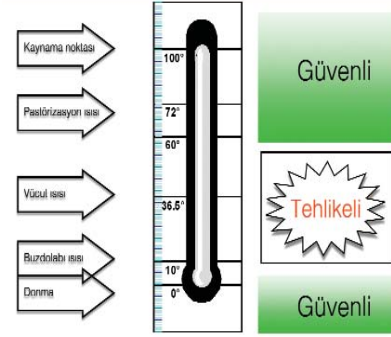
Güvenle pişirilmiş gıdalar, çiğ gıdalarla çok az bile olsa temas ettiğinde kontamine olabilir. Bu çapraz kontaminasyon; çiğ tavuk etinin pişmiş gıdalar ile temas ettiği zamanki, durum gibi direkt olabilir. Aynı zamanda çokta çabuk olabilir. Örneğin; çiğ tavuk hazırlarken kullanılan bıçak ve kesme tahtası aynen, yıkanmaksızın pişmiş tavuğun parçalanmasında kullanılmaz: Böyle yapmakla, mikrop üremesi ve pişirme öncesi mevcut olan hastalıklar için tüm potansiyel riskleri tekrardan oluşturabilir.

7) Eller tekrar tekrar yıkanmalı

Gıdaların hazırlanışı işlemine başlanmadan önce ve her bir ara verme (kesinti) sonrası özellikle eğer bebek bezi değiştirmek durumundaysanız veya tuvalete girmişseniz, eller (tam, mükemmel) çok iyi bir şekilde yıkanmalıdır. Balık, et veya tavuk gibi çiğ gıdaların hazırlanmasından sonra diğer gıdaların işlemine başlamadan önce eller tekrar yıkanmalıdır. Ve eğer elleriniz üzerinde herhangi bir enfeksiyon varsa gıdayı hazırlamadan önce (bu enfeksiyonları) ellerinizi bandajlayarak veya sararak, kontrol altına aldığınızdan emin olun. Köpekler, kuşlar ve özellikle kaplumbağalar gibi evcil hayvanların ellerinizden gıdaya geçebilecek tehlikeli (zararlı) patojenleri barındırabileceğini de hatırlayın.

8) Tüm mutfak yüzeylerini özenli bir şekilde temiz tutun

Gıda kaynaklı hastalıkların önlenmesinde ısı



Gıdalar çok kolaylıkla kontamine olduğundan, gıda hazırlanması için kullanılan her yüzey çok temiz tutulmalıdır. Her bir gıda kırıntısı, kalıntısı veya noktasını mikropların potansiyel bir kaynağı olarak düşünün. Bulaşıklarla ve kap kacaklarla temas eden kıyafetler her gün değiştirilmeli ve tekrar kullanım öncesi kaynatılmalıdır. Yerlerin temizlenmesi için ayrı kıyafetlerde sık yıkanmayı gerektirir.

9) Gıdaları, böcekler, kemirgen ve diğer hayvanlardan koruyun

Hayvanlar, gıda kaynaklı hastalıklara neden olan potajenle mikroorganizmaları taşırlar. Gıdaları, sıkıca kapatılmış kaplar içerisinde depolayarak saklamak sizin için en iyi korumadır.

10) Temiz su kullanın

Saf ve temiz su gıda hazırlanması için önemli olduğu gibi içme amacı için de çok önemlidir. Eğer su stokları hakkında herhangi bir şüpheniz varsa, gıdayı ilave etmeden önce veya içmek için buz yapmadan önce, suları kaynatın. Özellikle bebek mamalarının hazırlanmasında kullanılan sular konusunda çok dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

- Mikrobiyoloji ABC'si, Ege Üniversitesi Yayınları.
- Bakteriyolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Yayınları.
- Mikrobiyolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Yayınları.
- Beslenme Kültürümüz, İstanbul Basımevi, İstanbul - 1990
- Besin Kimyası, 4. Baskı, Fatih Kitabevi, İstanbul - 1981
- Gıda Kimyası, 3. Baskı, Şirket-i Mürettebiye Basımevi, İstanbul I-1975
- Beslenme Esasları, Anadolu Basımevi, İzmir - 1993
- Besinleri Soğukta Saklama Teknolojisi, 1. Baskı, Çağlayan Basımevi, İstanbul - 1982
- Et Mikrobiyolojisi Hijyen Ve Kimyası, Fatih Basımevi, İstanbul - 1987
- Gıda Sanayinde Mikrobiyoloji Ve Uygulamaları, TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Matbaası, Gebze Kocaeli, 1995.
- The bad bug book : <http://www.cfsan.fda.gov/~mow/intro.html>
- <http://www.ggd.org.tr/sss.asp>
- <http://www.food-info.net/tr/index.htm>

Nutrigenetik uygulamalar

Diyetisyen Sabiha Keskin



1963 Samsun doğumlu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 1986 yılında mezun oldu. 1986 – 1988 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği'nde çalıştı. 1988 yılından beri Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Nutrigenetik; bireyin belirli bir diyet, genetik yapısında bulunan varyasyonlar ya da polimorfizmler nedeni ile verdiği yanıtı inceleyen çalışma alanıdır. Genetik varyasyonun hastalık-diyet etkileşimi üzerindeki etkisini irdeler. Nutrigenetiğin amacı; spesifik diyet veya diyet bileşenlerinin bireye yararını veya riskini göz önüne alarak önerilerde bulunmaktır. Kişiyi özel veya kişisel beslenme olarak da tanımlanır.

Beslenme genomiği veya nutrigenomik çalışmaları ise besin bileşenlerinin genlerin üzerindeki etkisini inceleyen çalışma alanıdır. Biyoaktif besin bileşenlerinin gen-ekspresyon örüntüsü (transkriptom), kromatin organizasyonu (epigenom), post translasyonel modifikasyon dahil protein-ekspresyon örüntüsü (proteom: Genom veya doku, hücre tarafından ifade edilen proteinlerin tümünü kapsar), metabolit profili (metabolom) dahil çeşitli doku ve organlar üzerindeki spesifik etkisi olduğu belirtilmektedir. Beslenme genomiği veya nutrigeno-

mik çalışmaları; besin bileşenleri ile genomun moleküler sellüler ve sistemik düzeyde etkileşimi ile ilintilidir ve besin bileşenlerinin genom proteom ve metabolom üzerinde etkisini irdeler. Her iki disiplinin yaklaşımları farklı olsa da sağlık durumunun geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi ulaşmak istedikleri hedefler aynıdır.

Genetik biliminin 21. yy birinci çeyreğinde;

- Birçok hastalık için hastalık/gen etkileşimini ve genlerin işlevlerini tanımlama



- Nutrigenomik ve farmakogenetik'in gelişmesi (tedavi ve önleme)

- Müdahalelere yanıtı (besin bileşeni, ilaç) önceden bilebilme (çünkü yanıt-taki farklılıklar kişiye özgü genetik profille ilintilidir.)

- Önerilen diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini veya ilaç tedavisini kişiye özgü yapma

- Koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, artrit, astım ve zihinsel gelişim için genetik bilgilere dayalı diyet geliştirme çerçevesinde hızla gelişeceği beklenmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar hem genetik, hem yaşam tarzı hem de yaşadığımız çevre ile ilgili faktörlerin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır.

Özellikle son 10 yılda büyük ivme kazanan bilimsel araştırma sonuçları kişilerin hastalıklara yatkınlıklarının genetik özellikleri ile belirlenebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca besinlere ve yaşam tarzı değişikliklerine vücudun verdiği yanıtın da genetik yapıya göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. Belirli bir miktar alım bazı bireyler için risk oluştururken diğer bireyler için oluşturmamakta; veya bazıları için yarar sağlarken bazıları için yararlı olmayabilmektedir.

Genetik özellikler, hastalıklara yatkınlık ve besinlere verilen yanıt farklıyken, optimal sağlığı geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak veya önlemek için izlenmesi gereken beslenme ve yaşam tarzı da hepimiz için farklıdır. Böylece genetik özelliklere göre beslenme planı ortaya çıkmaktadır ki bu diyetisyenler tarafından sürekli savunulan "kişisel beslenme" savını güçlendirmektedir.

Nutrigenetik /nutrigenomik çalışma alanı 21. yy ikinci çeyreğinde beslenme biliminde anahtar rol oynayacaktır. Gen-diyet etkileşimi kompleks bir konudur ve henüz çok anlaşılmamıştır. Ancak hiç şüphesiz bireylerin sağlığını geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacı ile sağlık çalışanlarına yeni olanaklar sunacaktır.

Büyüme ve gelişme ve yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi için beslenme biliminin ilkelere doğrultusunda bireysel ve toplu beslenmenin plan ve programlarını düzenleyen; besin ögesi besin ve beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarını araştıran, değerlendiren, çözüm yollarını bulan, var olan besin kaynaklarının ekonomi ve sağlık ku-

rallarına uygun olarak kullanılmasını sağlayan, bu konularda fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi amacıyla bireyi ve toplumu bilgilendiren, bilinçlendiren, doğuştan ve sonradan oluşan hastalıklar ve diğer özel durumlara da tıbbi ve cerrahi tedavilere uygun, doğal ve tedavi edici besinlerin bileşimlerine göre diyet programı planlayan, eğitim veren, uygulatan ve izleyen diyetisyen; sağlık ekibinin bir üyesi olarak hiç şüphesiz yapılan/yapılacak olan genomik araştırmalar da yerini almalıdır. Ancak öncelikle "genetik diyetetik" alanında yetişmelidir.

Hiç şüphesiz genomik ve post-genomik teknolojiler besin bileşenlerinin hücresel ve moleküler düzeyde rolünü ve besin bileşenleri –genom etkileşimini anlamamıza yardımcı olabilir. Bu durum beslenme biliminin daha da güçlenmesini sağlayabilir. Ayrıca gelecekte besin bileşeni –gen ilişkisi çerçevesinde diyet bileşenlerinin veya spesifik bileşenlerin kişisel gereksinimleri yarar-risk değerlendirilmesi yapılarak ileri sürülebilir. Ancak günümüzde bazı önemli sınırlamalar vardır.

- Optimal sağlık nedir veya en iyi erken risk göstergesi hangisidir tanımlamak zordur.

- Büyük ölçekli genetik araştırmalarda kritik fenotipi tanımlama gücüğü vardır.

- Gen-gen etkileşiminin yanı sıra beslenme – genom arasındaki ilintiyi irdeleyen, diğer yaşam stili ve fenotipik bilgilerin de sağlanması önemlidir. Ancak bu amaçla yeni teknolojilerle, çok büyük ölçekli kohort çalışmalarının yapılması gereklidir ve gerçekleştirmek zordur.

- Çok yönlü SNP-SNP, SNP- besin bileşeni, besin bileşeni- besin bileşeni etkileşimlerine yönelik yarar- zarar değerlendirmesi yapmak çok güçtür.

- Konu ile ilintili araştırma sahaları için araştırma laboratuvarlarının kalite güvencesi ve standartlara gereksinim vardır.

Sonuç

Genetik son yıllarda en hızla gelişen bilim dalıdır. Kaydedilen gelişmeler birçok hastalığın tanı yöntemleri, tedavileri, mekanizmaları konusundaki bilgilerimizi köklü bir şekilde geliştirmiştir. Nutrigenetik ve nutrigenomik; sağlık, diyet ve genom arasındaki etkileşimi irdeleyen yeni bir alandır ve 21. yüzyılın ikinci çeyreğinde beslenme biliminde anahtar rol oynayacaktır.

Moleküler mekanizma iyi anlaşılırsa,



Genetik özellikler, hastalıklara yatkınlık ve besinlere verilen yanıt farklıyken, optimal sağlığı geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak veya önlemek için izlenmesi gereken beslenme ve yaşam tarzı da hepimiz için farklıdır. Böylece genetik özelliklere göre beslenme planı ortaya çıkmaktadır ki bu diyetisyenler tarafından sürekli savunulan "kişisel beslenme" savını güçlendirmektedir.

diyetle ilgili kronik hastalıklar da daha iyi sonuçlar elde edilmesi ve tedavi giderlerinin azalması da olası hale gelebilir. Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalar besin ve içecek sanayinin de gelişmesine katkıda bulunacaktır. Bu gelişimde tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar kemik hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıkların önlenmesine ve/veya riskinin azalmasına yardımcı olabilir.

Bilinçli hasta, doğru sağlık haberleriyle olur!

Yasemin K. Şahinkaya

Sağlık haberciliği bir ülke için olmazsa olmazlardan. Hasta ve potansiyel hastalar açısından bilinçlenme, kendilerini ve hastalıklarını tanıyabilme, doktorla geçirilen zamanı en verimli hale getirebilme, haklarını bilebilme gibi faydalarının yanı sıra yeniliklerden, gelişmelerden haberdar olma anlamında da çok etkilidir. Ancak başta doktorlar olmak üzere çoğunluk sağlık çalışanı ve halk, yapılan sağlık haberlerine inanmadıklarını, doğru olmadığını düşündüklerini söylemektedirler. Burada şöyle bir ayrıma gidilmesinde fayda var: İnsanlar sağlık ha-

bercileri tarafından yapılan sağlık haberlerine mi, gazetelerde ya da televizyonlarda yer alan çeviri, adapte olmuş sağlık haberlerine mi tepkililer? Tabii okuyucu/izleyici olarak bunların ayrımını yapmak pek kolay değil. Genel olarak insanları yanlış yönlendiren yabancı yayınlardan alınan, ancak adapte edilmeden, Türkiye’de olup olmadığı araştırılmayan, çoğu zaman da dünyada uygulanabilirliği için bile en az on yıl gibi bir süre gerektiren, sadece hayvanlar üzerinde yapılmış çalışmaların sanki yarın uygulanacakmış, umulmadık dertlere derman olacaktıymış gibi verilmesidir sorun.

Bunun yanı sıra özellikle bazı hekimler

başta olmak üzere sağlık sektörü içinde bulunan bir kısım insan, sağlık haberlerinin de tıp menşeli kişiler tarafından yapılmasının daha doğru haberler çıkması açısından iyi olacağı gibi bir kanıya sahipler. Bu bakış açısı siyasetçinin siyaset, ekonomistin ekonomi, sosyetiklerin magazin haberi yapması gibi gazetecilik mesleğini hiçe sayan ve kesinlikle etik olmayan bir bakış açısının doğmasına sebebiyet vermektedir.

Sağlık haberciliği vardır!

Türkiye’de sürekli zikredilenin aksine sağlık haberciliği vardır. Son derece de ehil kişiler tarafından yapılmaktadır. An-



çak Türkiye’de sağlık editörlüğü kavramı henüz her basın ve yayın kuruluşunda oturmamıştır. Yani medyada her sağlık haberinin belli bir süzgeçten geçtiği bir sağlık servisi yoktur. Bu da yer alan bir takım haberlerin yanlış olmasının yanında, yanlış yönlendirici olması gibi olumsuz bir sonucu da beraberinde getirmektedir.

Kişiyi birebir etkilemesi açısından en çok okunan, en çok izlenen haberler olma özelliğine sahip sağlık haberleri ile ilgili olarak konunun uzmanlarıyla konuştuk. Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESAM) Başkanı ve NTV Sağlık Editörü Sibel Güneş, Sabah Gazetesi Sağlık Editörü Esra Tüzün, Milliyet Gazetesi Sağlık Editörü Ayşegül Aydoğan Aktan ile Türkiye’de sağlık haberciliği nasıl, nasıl olmalı; mevcut yanlış anlama ve doğru olmayan haberlerin nasıl önüne geçilebileceği gibi konuları konuştuk.



**Sibel Güneş,
ESAM Başkanı,
NTV Sağlık Editörü:**

Hekimleri zor duruma düşürecek haberler

“Hekimler özellikle tıbbî hata kavramlarıyla ilgili konular ön plana çıktığı zaman bunu genellikle hekim düşmanlığı olarak algılıyorlar. Tıbbî hatalar Amerika’da 5. ölüm nedeni, tıpta en fazla para harcanan konulardan biri... Türkiye’de ise bu yüzden ölenlerin rakamı belli değil. Ama her doktorun ‘size anlatamam’ dediği, ‘ah neler oluyor bir bilseniz’ dediği bir hikâyesi var. Sektör içinde tam anlamıyla bir denetim olmadığı, yapılan bir hatanın Türkiye’de bir karşılığının olmaması, vatandaş hukuksal süreçle de uğraşarak hak arama talebini zamanında yerine getiremediği için gazetelere yansıyor. Bu tür haberlerin medyada yer alması ‘gazeteciler hekimleri zor duruma düşürecek haberler yapmayı severler’ gibi bir yanlışla neden oluyor. Hiç ilgisi yok. Tabii ki gazetecinin bu konuda sorumluluğu her iki tarafın da gö-

rüşünü alarak olayı tarafsız bir şekilde yansıtmasıdır, bu noktada hekimlerin zarar görmemesi için, meslek örgütleriyle işbirliği yapıp, açıklamayı orada yapmalarını öneriyorum. Çünkü memur olduğu için birçoğu konuşmıyor. Konuşmadığı için biz de görüş alamıyoruz. Haber bir tarafı eksik olarak mediyaya yansıyabiliyor. Bu tip olaylarda mutlaka meslek örgütlerine başvurarak o konuyla ilgili bir değerlendirmenin ortaya konması gerekiyor.”

Çeviri haberler için...

“Sağlıkta yeniliklere gelirsek, ben bu mesleğe başladığımdan beri kansere çare bulunuyor, AIDS’in aşısı bulunuyor vb. Bu haberler nereden kaynaklanıyor? Bu bilgiyi Türkiye’de kimse üretmiyor. Bu bilgi yurtdışından geliyor. Yurtdışından geldiği için oradan gelen her şeye çok güvenilir anlayışı da hakim Türkiye’de. Oradan gelen bilgi birebir aktararak medyada yer alabiliyor. Dış haberlerden gelen bu tip haberler medyada sık sık yer alabiliyor. Ama bu haberleri üretenler de yurtdışındaki hekimler ve araştırmacılar...”

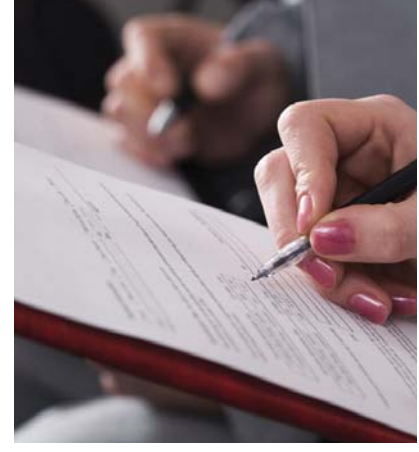
Yurtdışından gelen bilgilerin algılanmasında ve medyaya yansıtılmasında iyi bir editöryal ayıklama süreci bazen olmayabiliyor. Çünkü bu haberler sağlık muhabirlerinin ya da editörlerin elinden geçmeden televizyon ya da gazetelerde yer bulabiliyor. Buradaki anahtar mekanizma, mesela antibiyotik tedavisi kanser hastalarında saç dökülmesine engel oluyor gibi bir bilgiyi yazarken başlangıca laboratuvarında hayvanlar üzerinde yapılmış bir çalışmaların sonucu olduğunu vurgulamamız gerekiyor. Her haberin sonuna eğer bunu bir hekim gazeteciyle paylaşıyorsa da belirlenen tedavinin uygulanabilir olması için ne kadar bir sürenin geçmesi gerektiği de eklenmesi gerekiyor.

Aksi halde bu editöryal süreç iyi işlememişse, hekim de bu bilgiyi gazeteciyle paylaşırken ‘en az şu kadar bir süreç gerekiyor’ demediyse telefonlar işlemeye başlıyor ve bu bilgiye ya da tedaviye nasıl ulaşabilirim diye bir çaba başlıyor. İnsanları ciddi bir sıkıntıya elbirliği ile sokmuş oluyoruz. “

Sağlıkta güvenilirlik+kâr

“Televizyonlar, ajanslar, gazeteler elinde sağlık muhabirlerinin değerini iyi bilmeli, editöryal süreci onlara teslim etmelidir. Çünkü güvenilirlik + kâr. Güvenilirlik için de o konuda yetişmiş insandan yararlanmak gerekiyor.

Özel hastanelerde var ama kamu kurumlarında ‘Halkla İlişkiler’ birimlerinde çalışan insanlar yok. Bu kadrolarda da gazetecilik yapmış insanların istihdam



“Yurtdışından gelen bilgilerin algılanmasında ve medyaya yansıtılmasında iyi bir editöryal ayıklama süreci bazen olmayabiliyor. Çünkü bu haberler sağlık muhabirlerinin ya da editörlerin elinden geçmeden televizyon ya da gazetelerde yer bulabiliyor.”

edilmeleri gerekiyor ki bilginin paylaşımı anlamında sağlıklı bir iletişim olsun. Gazeteci bir konuda problem olduğu zaman resmi bir kurumu arıyor ve bunun yanıtını alamıyor. İzin sürecine bağlı, değişik kaygılar devrede ve bu yanıt size gelmiyor. Ya da bir olayın sunulması çok isteniyorsa, kurumun, doktorun ya da sağlık personelinin reklamı yapılacaksa medyanın gözüne sokularak getiriliyor. O zaman şöyle bir yanlış ortaya çıkıyor: Sağlık sektörü yalnızca reklam ve para getirecek bir uygulama varsa gazeteciye bir şey sunulur gibi bir ön yargıya sahip, doktorlar da sağlık personeli de gazeteciden yalnızca bir konu ancak abartıysa, reklam dönüşü varsa gazeteciler ilgi gösterir gibi anlamsız bir ön yargı ile karşı karşıya geliyor.

Ben 20 yılı aşkın süredir bu işle uğraşıyorum. Bu algıda biraz düzelme olduğunu söyleyebilirim. Örneğin bu ameliyatı ben yaptım, bu tedaviyi ilk kez ben yaptım, bunu ben geliştirdim gibi bir sürü açıklama yapılıyor ve bunu da gazetecileri çok eleştiren hekimlerin meslektaşları yapıyor. Bu haberler televizyona ya da gazeteye yansıyor. Gazetede, ‘bunu ben söylemedim gazeteci yapmış’ gibi bir klasik savunmaya giriliyor. Televizyonda bunun kaçışı yok

Sağlık meslek mensupları gazeteciyle



“Genel olarak sağlık haberleri yanlışdır deyip kestirip atmak doğru değil. İstanbul Tabip Odası’nın yaptığı bir çalışma var: Başlık, içerik ve bilimsel bilgi uyumu açısından on bin haber üzerinde yapılmış çalışmada yüzde 70’e yakınının doğru haberler olduğun yönelik bilimsel veriler var.”

bilgiyi paylaşırken ne söylemek istediğini önceden iyi hazırlamaları, gazetecinin arkadaşı olmadığını, sohbet etmeye gelmediğini bilmeleri gerekiyor. Gazeteci kamu yararı adına bir bilgi almak ve kamuyla paylaşmak adına geliyor. Hekimlerin neyi söyleyip neyi söylememeleri gerektiği konusunda kafalarında bir karmaşa hakim. Bu konuda iyi bir ön hazırlık yapmaları gerekiyor. Ve hekimlerin sansasyonel açıklamalar yapan meslektaşlarıyla ilgili çok fazla yaptırım şanslarının çok olmadığını görüyorum. Bir tepki mekanizması işler diye... “

Haber kötü, haberci kötü

“Genel anlamda her şey şöyle işliyor: Haber kötü; haberci kötü yapmıştır. Medyayı düzeltelim elbirliği ile temizleriz, düzeliriz gibi bir yanlış var. Asla böyle değil. Herkes medyada kendini görüyor. Medyada gördüğünüz kendi yüzünüz... Orada daha abartılı görevlirsiniz ama özünde siz varsınız!

İstanbul Tabip Odası’nın yaptığı bir çalışma var: Başlık, içerik ve bilimsel bilgi uyumu açısından on bin haber üzerinde yapılmış çalışmada yüzde 70’e yakınının doğru haberler olduğun yönelik bilimsel veriler var. Burada haberi hatasızlaştırmak için ne yapılması gerekiyor?

Tartışmalı bir konu gündeme geldiği

zaman Türkiye’de yanlış hatırlamıyorum 70’e yakın uzmanlık derneği var. Türkiye’de seçilmiş bilimsel anlamda kanaat önderi diyebileceğimiz insanlardan oluşuyor. Bu dernekler medyaya bilgi vermek adına kendi bilimsel danışma kurullarını açıklamalı. Tartışmalı bir konu gündeme geldiğinde de o konuyu soğutmadan bilimsel gerçek ne ise o açıklanmalı. Bizde sistem şöyle işliyor: Tartışmalı bir konu var, telefon açıyorsunuz, ‘biz bu konu üzerinde çalışalım, size haber verelim’ diyorlar o arada binlerce kez gündem değişiyor, haber unutuluyor, hayat akıp gidiyor. Gazeteye ya da televizyona çıkan şey bilimsel bir yayın değildir. Kendi dinamiğini yakalayamazsa, o bilginin medyada düzeltilme şansın da maalesef mümkün olmuyor.”

Medyanın nöbetçi doktorları

“Medyada nöbetçi doktorlar var. Her durumda konuşuyorlar. Niye konuşuyorlar? Diğer insanlar telefon açıldığında; ‘şu an sizinle konuşamam, hastam var. Üzerinde çalışmadan bir şey söyleyemem,’ diyor. Bu kapı kapandığı zaman gazeteci görüş almak için konuşan birini seçmesi ve günü kurtaracak kadar da bir bilgi vermesi halinde gazetecinin o doktoru zamanla tercih ediyor olması kaçınılmaz hale geliyor. Bir başka yayın kuruluşu da bu iyi konuşuyormuş diye o insana yöneliyor. Hatalı bir süreç. Kabul edilebilir bir tarafı yok.

Gazeteci herkese eşit mesafede olmalı, sürekli değişik ve alanında nitelikli insanları televizyona ya da gazeteye çıkarma konusunda bir sorumluluk duymalı. Burada da yine uzmanlık dernekleri kendi danışma kurullarını oluştururlarsa bu sancı epeyce bir oranda azalır. ‘Bu adamları yayına ya da gazeteye sürekli çıkartarak bunların çok hasta bakmasına neden olunuyor’ deniliyor. Danışma kurulları olursa ‘ticari hareketlilik yaratıyor’ iddiası da kendiliğinden ortadan kalkacaktır. Medyatik kişiler kendi meslek örgütleri tarafından da eleştiriliyor, ama onlara karşı bir yaptırım olmadığı gibi, kimse de çıkıp doğru yaklaşım budur demiyor.

Medyayı nöbetçi doktorlara muhtaç etmemesi gerekenler o şikâyet eden grup. Eğer başka birinin sürekli çıkıp konuşmasından rahatsız oluyorsa, sektörü bağlayacağını düşündüğü konularda ya da (yasal anlamda bir boyutu olabilir) ona konuşmaması konusunda bir görüşmesi olabilir ya da dernek hemen açıklamasını yapar. Kendi meslektaşına karşı da yapabilir.

‘Vatandaş yanlış yönlendiriliyor, bu konuda bilimsel doğru budur, bu işlem, bu tedavi şu şekilde uygulanmalıdır’ şeklinde bir açıklama yapacak refleks

geliştirmek zorunda. Medyayı kamuoyu yararına iyi kullanmayı doktorların öğrenmesi gerekiyor.”

Tıp eğitilmiş gazeteciler..

“Bir de özellikle hekimler sağlık muhabirlerinin tıp eğitimi almaları gerekir gibi bir yanlış içerisindedir. Tıp eğitimi alırlarsa bu işi çok düzgün yaparlar gibi bir yanlış var. Hayır hiç de öyle değil... Bu eğitimi almış insanlar çok iyi yazabilseler, çok iyi halkla paylaşabilselerdi bu başka bir şey olurdu. Gazetecilik bir bilginin halkla en iyi paylaşma biçimini geliştiren bir meslektir. Ben doktor bakış açısının herhangi bir bilgiyi sağlıklı bir şekilde vatandaşa yansıtmayacağını düşünüyorum. Çünkü en güçlü hastanın en zayıf doktor karşısında bile zayıf olduğu kanaati hakim. Çünkü hasta hekim ilişkisinde denge daima doktorun lehinedir. Bu ilişki içerisinde hâlâ Türkiye’de Tanrı-kul ilişkisi olduğuna dair yaygın bir kanaat var. Bunu belli bir eşitlik seviyesine taşımak için de çalışmalar var. Bu konu yurtdışında da tartışılan, üzerinde çalışmalar yapılan bir konu. Doktorların hastalarını ilk dinleme sürelerinin bir dakikayı aşmadığı gibi bir rakam var. Onun için bu işi sağlık habercisinin yapması en doğrusu... Sağlık habercileri de kendilerin bu alanda sürekli güncelleyecek, yenileyecekler. Haber kaynaklarını değişik kesimlerden ve her kuruma eşit mesafede davranarak bulacaklar.

Ama doktorlar, uzmanlık dernekleri ve meslek örgütleri de bu konuda istekli olacaklar. Doktorların iletişime olan ilgisi hastasını iyi bilgilendirmeye ilgili olmalı. İnsan sağlığı ile ilgileniyorlar ve çok önemli bir iş yapıyorlar. Belli bir süre sonra şöyle bir kanaat geliyor. Bazı hekimler her işi en iyi yaptıklarını düşünmeye başlıyorlar. En iyi gazeteciliği, en iyi televizyon programını kendilerinin yaptığını düşünüyorlar. Olay bu kadar basit değil! Gazeteci tıbbın tek branşı ile değil onlarca alanıyla ilgili. Doktorların takip edemediği onlarca uzmanlık alanındaki gelişmeyi takip edip ve sürekli haber yapıyor. Onlar hasta bakarken gazetecinin ne kadar toplantıya katıldığını, ne kadar insanla görüştüğünü, ne kadar okuduğunu göz ardı ediyorlar. Birçok bilgiyi sağlık habercisinden duydukları da oluyor. Sağlık habercilerini iyi algılayıp, bilgiyi iyi paylaşan dernekler ya hekimler bunun sonuçlarını alıyorlar zaten. Kendi problemlerini iyi anlaştıkları zaman kamuoyunda bir platform oluşuyor ve çözüme giden süreç hızlanıyor.”

Doğru sağlık haberi için ne yapılmalı?

“Kamu kurumlarında mutlaka ‘Halkla İlişkiler’ birimlerinde gazetecilik köktenli

insanların istihdam edilmesi gerekiyor.

- Gazeteciyle bilginin talep edildiği gün paylaşılması gerekiyor.
- Bilgiyi paylaşırken tıbbî terimlerin Türkçe karşılıklarının önceden düşünülerek paylaşılmasını öneriyoruz.
- Haberleri paylaşırken sağlık habercilerinin tercih edilmesini öneriyoruz.
- Bilimsel tartışma konusu olan noktalara da ilgili hem hekimler açısından hem de medya açısından güvenilirlik çizgisinin aşağıya çekilmemesi için konu sıcakken o konuyla ilgili görüşün kısa sürede paylaşılması gerekiyor. Tartışmalı konularda gerçek bilimsel açıklamalar üç ay sonra falan yapılıyor.

• İletişim Fakültesi'nden mezun olan insanların istihdam edilmesi ve gazetelerde özellikle bu konuda servisler oluşması gerekiyor. Çünkü eğitimle ilgili servisler var, sağlık da eğitim kadar dinamik bir alan ve gerçekten insanların birebir ilgilendikleri bir alan. Vatan-daş bunu hak ediyor.

Bu konuda hem gazete yönetimlerini hem de sağlık meslek örgütlerinin yapması gerekenler var.”



Esra Tüzün, Sabah Gazetesi Sağlık Editörü

Künyesinde sağlık editörü bulunan tek gazete

“Sağlık servisi, ekonomi, istihbarat, magazin gibi diğer servislerde olduğu şekilde ilerliyor. Bu sağlık haberlerinin daha kaliteli ve daha doğru şekilde halka ulaşması demek. Amaç bu. Bunun için işleyiş ise şu şekilde: Sabah toplantılarında haber akışı belirleniyor. Her servisten sağlık haberi gelebilir. Ekonomiden de gelebilir, magazinden de gelebilir ve en çok kaynak da dış haberler. Çünkü dünyanın her yerinden bir sürü sağlık haberi gün içinde geliyor. Böyle bir akış var. Bunların sentezini yapabilecek, bize adapte edebilecek imkân tanıyorlar burada.

Gelen bütün haberler, sağlık servisinin süzgecinden geçip halka ulaşıyor. Diğer gazetelerde bu şekilde değil. Mesela geçenlerde bir gazetede, 'PGT ile İngiltere'de seçilmiş bebek' başlıklı bir yazı çıktı. Bu neredeyse Türkiye'de on yıldır yapılıyor. Şimdi bu ilk defa yapıldı, İngiltere'de yapıldı diye verirsiniz, haberi tamamen yanlış sunmaktır. Bunu anlamak ve elekten geçirmek burada sağlık servisinin işi. Danıştığımız doktorlarımız da var, dış haberlerden bir sağlık haberi geldiği zaman mutlaka biz bir elekten geçirip veriyoruz.

Ben 20 yıldır gazetecilik yapıyorum. Ekonomi haberciliğinden geliyorum. Sağlık aynı zamanda bir sektör ve çok geniş bir sektör. Bu sektöre gereken önem verilmeli diye düşünüyorum.

Konuşmayan doktorlara akıllı hastalar

“Türkiye'de doktorlar o kadar az konuşuyorlar ki; ben yaptım oldu, bitti mantığı... Bu mantıktan hem hastayı hem de doktoru kurtarmak gerekiyor. Ve biz de bunu yapmaya çalışıyoruz. Hasta doktora gitmeden bilinçlenirse hastalığına, sormak istediklerine karşı, o zaman hem doktorla olan zamanı daha tasarruflı kullanır hem de doktordan istediğini alma anlamında daha tatmin olmuş olur. Ben yaptığım dizilerde hastayla doktora karşılıklı konuşma formatını yaratıyorum. Bir doktor bir hastaya o kadar zaman ayırıyor ki aynı deritten muzdarip pek çok insan o hastalığın detaylarını öğreniyor.

Bunu normalde bir doktorun yapması zaman anlamında, özel hastaneler de dahil çok zor. Ama bana bu vakti ayırıyorlar, ben de kendimi hastaların yerine koyuyorum. Tek yaptığım bu... Böylece benim dizimi okuyan o hastalıktan muzdarip kişi doktora gitmeden zaten gerçekten donanımlı hale geliyor.

Ama yine de açık noktalar olacaktır. Kendi şikayetleri, sorunları olabilir, genel o hastalığın sorunları dışında bunları doktora sorabiliyor. Benim yaptığım bir dizi de kafasına takılan noktaları kontrol edebiliyor. Ama bilinçleniyor. Biz sağlık habercileri akıllı hasta yaratıyoruz.”

Haberler doktorlara değil hastalara yapılıyor

“Biz sağlık haberlerini doktorlara yazmıyoruz hastalara yazıyoruz. Onların egosunu tatmin etmek için yapılmış sayfalar, haberler değil sağlık haberleri, sağlık sayfaları. Reklamlarını yapmak gibi bir niyetimiz kesinlikle yok. Eğer bu yola kayarsak, yanlış yapmış oluruz ki bu zaman zaman istemesek de olabiliyor. Onun için doktorların bu konuda



Genel olarak gazete ve televizyonların bünyesinde bir sağlık servisi olmalı ve gelen tüm sağlık haberleri bu servisin eleğinden geçtikten sonra hazırlanmalıdır. Ancak şu anda Türkiye'de bünyesinde ve künyesinde 'sağlık servisi' olan tek gazete var. Sağlık haberlerinin doğruluğu açısından bu sistemin tüm medya kuruluşlarında oturtulması gerekiyor.

çok da tatmin olmaları gerekmiyor.

Haberleri beğenmemeleri çoğu zaman anlatım dilinin basit gelmesinden kaynaklanıyor.”

Doktordan gazeteci olur mu?

Haberi bir doktorun anlatması çok zor. Anlatmak işi, uzmanlık gerektiriyor ki bu konunun da uzmanları bizleriz. Dünyada da sağlık haberlerini doktorlar yapmıyorlar. Keşke yapabilseler. Bence Mehmet Öz bu işi çok iyi yapıyor. Ama business okumuş, bildiği bir konuyu anlatmanın yolunu okumuş, öğrenmiş. Türkiye'de çok iyi doktorlar, çok iyi akademisyenler var. Ama kendilerini anlatamıyorlar. Anlatmak üzerine kişisel eğitim almaları lazım. Bir işi çok iyi bilmek çok iyi anlatmak anlamına gelmiyor. Bizlerin yaptığımız bilgiyi, tıp dilini halk diline çevirmek. Ben sayfalarımda halkın anlayacağı dili kullanıyorum. Ve okuyan insanlar da her geçen gün bilinçleniyor.

Geçen gün LDH ve HDL oranlarını karıştırmışım, onlarca mail aldım. Nasıl böyle bir hata yaparsınız diye? Demek ki insanlar öğrenmiş ki yapılan hatayı fark edebiliyorlar. Benim çok hoşuma gitti. Bilinçli bir hasta yaratmışım ve be-



“Gazetecilik bir bilginin halkla en iyi paylaşma biçimini geliştiren bir meslektir. Ben doktor bakış açısının herhangi bir bilgiyi sağlıklı bir şekilde vatandaşa yansıtamayacağını düşünüyorum. Çünkü en güçlü hastanın en zayıf doktor karşısında bile zayıf olduğu kanaati hakim. Çünkü hasta hekim ilişkisinde denge daima doktorun lehinedir.”

nim böyle bir hata yapabileceğimi kabullenemiyorlar diye... Bu aslında önemli bir detay.

Her doktora ulaşmak mümkün olmuyor..

“Her doktora, her istediğinizde, ihtiyaç duyduğunuzda ulaşmak mümkün olmuyor. Ancak benim en büyük kazançlarımdan biri artık istediğim zaman istediğim doktora ulaşabiliyor olmam. Ulaşamama olasılığım hemen hemen yok gibi. Bakanlık bile o kapıyı açıyor. O düzeye getirdim. Bu da zamanla oluyor. Kaynak ne ise oraya da bir şekilde ulaşmak lazım.

Ancak benzer isimlerin tekrarı oluyor bazen... Ancak anlatabilen doktor çok az. O anlatabilen doktorların bazıları da gerçekten ansiklopedi gibi. O ansiklopediden bir tek şey bakıp yerine koyamazsınız. Münci hoca bir idol. Organ nakli ile ne zaman bir haber yap-sam tabii ki Münci Hoca'ya soracağım.

Kalple ilgili bir şey yaptığım zaman kesinlikle Mehmet Öz'e danışacağım. Mehmet Öz benim editörlüğümde çok önemli isimlerden biridir aynı zamanda. Anlatım dilinin hakimiyeti onda müthiş. Çok basit anlatabiliyor.

Göz de ise Halil Bahçecioğlu, çok iyi anlatabilen bir doktor. Gözle ilgili birçok doktor ve bu alanda ciddi bir rekabet var ama ben ona sormayı tercih ediyorum. Mesela Onur Hoca, Onur Erol. Onur Hoca benimle röportaj yapmadan bir gece önce oturup çalışır biliyorum. Böyle bir disiplini vardır. On yıl içinde doğru bilgi alıp almadığınızı kontrol etme olasılığınız çok oluyor. Bir süre sonra inanıyorsunuz bu isimlerin doğru bilgi vereceğine.”

Doktorlara iletişim eğitimi

“Doktorların iletişim eğitimi almaları şart. Anlatamıyorlar. Biliyorlar ama anlatamıyorlar. Anlatamadıklarını kabul etmiyorlar yazıda karşılıklarına çıktığı zaman çok yaşıyorlar.

Çocuklarda boy uzatma ile ilgili bir haber yaptım. Oya Ercan ile röportaj yaptım. Müthiş bilgiler verdi. Röportaj çıkınca nasıl böyle bir röportaj yaparsın, rezil oldum diye. O kadar üzülüm ki. Bunları söylediniz diyorum. Benim hayal gücüm, bilgim yok bu konuda... Değiştirme olasılığım yok, birebir yazıyorum. Ama şöyle bir şey oldu. Bir ay sonra beni aradı dedi ki 'Esra, yaptığın röportajda anlatılanları hastaların hepsi anlamış' dedi.

Doktorlar yapılan haberlere ilk tepkiyi akademisyen arkadaşlarından alıyor. Tabii ki burada basic bilgiler olduğu için onlara bunu mu anlattın gibi bir eleştiri oluyor. Ancak bir doktorun hastalara anlatamadığı şeyi bir haber anlatabiliyor. Ancak akademisyenler bu konuda daha iyiler. Onlar ders verdikleri için daha iyi anlatıyorlar. Daha iyi ifade ediyorlar.

İletişim eğitimi almalarını şu açıdan söylüyorum hasta ile çok iyi iletişim kuran zaten basınla çok iyi diyalog kurar. İyi doktor, tekniği iyi doktor değildir. Hastasıyla iletişim kurabilen doktordur. Dünyanın en karmaşık tedavisini bile hastaya uygulayacak olsa hasta ne yapıldığını adım adım bilmek zorunda. Son söz hastada olmalı. Türkiye'de doktorlar bunu açıklamıyor, 'sen bana güven' diyor.

Tabii ki doktoruna güveneceksin ama onu seçmemesine, onun tedavisini tercih etmemesine açık kapı bırakmalılardır. Bu bir doktor açısından zordur ama yapabilmelidir. Tüm ayrıntıları hastasına anlatmalıdır.

Stent takılacak diyorlar. Stent kelimesini hayatında ilk defa o anda duyan birçok insan var. Ve o an karar vermek zorunda kalıyor. Hayatta hiç bilmediniz bir konuda, hayatınızla ilgili bir konuda birden karar vermek zorunda kalabiliyorsunuz. Tabii ki burada basına çok görev düşüyor. Tabii ki bilinçli hasta böyle yaratılı-

yor. O an doktorla hasta karşı karşıya geliyor. O andan önce biz varız.”



Ayşegül Aydoğan Aktan
Milliyet Gazetesi
Sağlık Editörü

Editörlük anlayışı şart!

“En doğru sağlık haberinin çıkması için gerek yazılı gerekse görsel medyada editörlük anlayışına geçilmesi lazım. Çok iyi sağlık habercileri var, ama tüm sağlık haberleri onların süzgecinden geçmediği sürece bir düzelme olmayacaktır. Çok iyi haber yapılabilir ama başka bir sayfada çıkan bir sağlık haberi, o gazeteye olan inancı siler. Ayrıca bir tek doktora yönelik köşelerin olması çok üzücü. Yeterli değil bu. Bir doktorun sağlığı anlatmasının böyle bir handikapı var. Sadece kendi bilgilerini insanlara anlatıyor. Oysa biz, bir bilgiyi kontrol etmek için on doktora soruyoruz.

Bilim tez ve anti tezlerden oluşur. Biz sağlık sayfalarında bunu yapmaya çalışıyoruz. Halkın kafasını karıştırmadan, iki görüşü de bilip ona göre karar vermesini sağlamaya çalışıyoruz. Farklı bakış açılarına sahip olmasını sağlamaya çalışıyoruz. Bunu bir doktor yapamaz.”

“Öncelikle doktorların, sağlık haberlerinin tümünün yanlış olduğu konusunda ağız birliği ettiğini düşünmüyorum. Çünkü 12 yıldır sadece sağlık haberi yapan bir sağlık muhabiri ve sağlık sayfalarının, sağlık eklerinin editörlüğünü yapan biri olarak yıllar içinde yaptığımız çalışmaların çoğunun olumlu eleştiri aldığını söylemem gerekir. Tabii burada anlatmak istediğim, haberin hekimlerin beğenisine sunulmasıyla ilgili değil...”



Bizim için asıl önemli olan, halkın anlayacağı, istediği ve beklentisini karşılayacak türde sağlık haberlerini yapabilmektir. Tabii ki yapılan bazı sağlık haberlerini 'yanlış' veya başka tabirlerle niteleyen hekimlerin olduğu da bir gerçek. Ama bunları azınlıkta görüyorum.

Sağlık muhabirinin öncelikli görevi, kamuoyunu yaptığı haberlerle bilgilendirmektir. Tabii bilgilendirmek denildiğinde bunun ne şekilde ve nasıl yapıldığı önemli. Belki de önce bu noktada, sağlık muhabiri ve hekimlerin anlayış olarak birbirine zıtlıkları ortaya çıkıyor. Şunu vurgulamak gerekir ki sağlık haberi, kamuoyuna "haber verme", "güncel olanı aktarmak" amacını taşır.

Bu nedenle kimi hekimlerin burun kıvrıldığı konular, bizim için haber değeri taşıyabildiği gibi vatandaş için de altın değerinde bir bilgi içerebilir.

Sağlık haberinin dili çok önemlidir. Tıbbın spesifik bir terminolojiye sahip olmasında sağlık muhabiri, röportaj

yaptığı haber kaynağı doktorla vatandaş arasında bir süzgeç görevi görür adeta. O dili anlayıp, ne anlatılmak istendiğini kavrayıp, özümseyen, özetleyen ve doğru bir şekilde aktaran kişidir sağlık habercisi."

Sağlık gazeteciliği kurumsal

"Geçtiğimiz sayınızda Sn. Etyen Mahçupyan'ın, 'Türkiye'de sağlık gazeteciliği olmalı' şeklinde bir demecine rastladım. İyi sağlık gazeteciliğinin ülkede yerleşik bir kurum olması gerektiğinden bahsetmiş ki bence hiçbir dönemde sağlık gazeteciliği bu dönemde olduğu kadar kurumsallaşmamıştır. Muhabirlik mesleğinin önemli ihtisaslaşma alanlarından biri olan sağlık muhabirliğinin, bir ihtisas alanı olarak birçok basın kuruluşunda hak ettiği yeri aldığına, önümüzdeki yıllarda daha da yerleşik bir hale geleceğine inanıyorum."

Doktordan gazeteci olmaz

"Sağlık muhabirliği, ekonomi, politika ve spor muhabirliğinde olduğu gibi

özel uzmanlık gerektiren bir alan. Ancak bu alanda çalışan kişilerin bir hekim kadar bilgi sahibi olması beklenebilir. Elbette ki temel medikal konularda yeterli bilgi seviyesine sahip olmak ve terminolojiye hakim olmak gerekir ki bu, hem daha kaliteli haber yapılmasına hem de haber kaynaklarıyla daha sıcak ilişkiler kurulmasına katkı sağlar. Bunun Türk basınında büyük ölçüde başarılı olduğuna inanıyorum. Özellikle Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESAM) üyesi olan sağlık muhabirleri, gerekli bilgi ve donanımına sahip gazetecilerdir. Bugün birçok gazete ve televizyonda görev yapan ESAM üyesi sağlık habercileri arasında, bu alanda deneyimi 10 ila 20 yıl arasında değişen meslektaşlarımız bulunur. Yaptığımız iş 'sağlık' öznesinin altında gerçekleşse de bizim mesleğimiz ve işimiz gazeteciliktir ve her bir meslektaşımız iletişim fakültelerinden mezun olan gazetecilerdir. Gazeteciye, kamu yararı ilgilendirir, o doğrultuda da haber yapar. Bu mantıkla yola çıkıldığında adliye muhabirlerinin hukuk, ekonomi muhabirlerinin üniversitelerin ekonomi ve işletme fakültelerinden mezun olan kişiler olması gerekir ki o zaman iletişim fakültelerinin kapısına kilit mi vurulmalıdır? Kaldı ki altı yıllık eğitiminin ardından mezun olan bir doktorun, gazetecilik yapması hiçbir yerde beklenmiyor. Kısacası doktorlar da asıl mesleklerine sadık kalarak gazeteciliğe soyunmamalıdır. Kimi doktorlar bazı gazetelerde sağlık sayfalarında ya da köşelerinde yer bulsalar da 'sağlık haberciliğini' yapan kişi 'sağlık muhabiri'dir. Söz konusu doktorlar, ancak köşe yazarı statüsünde değerlendirilmelidir. Benim hekimlerden beklentim, sağlık haberlerini ve sağlık habercilerini daha dikkatli izleyip daha hakkaniyetli değerlendirmeler yapmalarıdır."

Türkiye'de sağlık muhabirinin profili

Türkiye'de sağlık haberciliği 1980'den sonra tırmanan bir ivme gösterdi. Bu dönemde daha çok meslekteki alaylı gazetecilerin yaptığı sağlık haberleri vardı. Daha sonra İletişim Fakülteleri'nden gazeteciler mezun olmaya başladı.

Sağlık muhabirlerinin yüzde 90'ı kadın.

Şu an yaş ortalaması 30 - 35 aralığında..

En az deneyimi olan sağlık muhabirinin deneyimi ortalama 7-8 yıl. Bu 25 yıl aralığına kadar çıkabiliyor.

Türkiye'deki bütün tıp kongrelerini, toplantıları, bilimsel çalışmalarını takip ediyorlar. Çok geniş bir aralıkta ve çok geniş bir perspektifte sağlık olayları ile ilgileniyorlar. Böyle bir aralıkta zaten gazetecinin konuya hakim olabilmesi için gündemi çok iyi takip edebilmesi ve toplantıları çok iyi izlemesi gerekiyor. Sağlık habercileri de bunu yapıyorlar.

Uluslararası bir sempozyumun ardından: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV/AIDS ve Biyoetik

Doç. Dr. M. İhsan Karaman



İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üroloji uzmanlık eğitimini aynı fakültede tamamladı. 1996 yılında Doçent oldu. 2001 yılından beri Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Klinik Şefi olarak çalışmaktadır. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, 200'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması ve 40'i aşkın uluslararası sitede var. Türk Çocuk Ürolojisi Derneği'nin kurucularındandır. Aynı zamanda bu derneğin bilimsel komisyon üyesidir.

G eçtiğimiz günlerde İstanbul çok ilginç ve bir o kadar da önemli bir toplantıya ev sahipliği yaptı. Medya araçlarına görkemiyile yansımayan, ancak bilim adamlarının ve konuyla ilgili hassasiyet taşıyan tıp profesyonellerin yoğun ilgisi altında yürütülen sempozyum 2 gün sürdü. "International Scientific Convention on Sexually Transmitted Diseases, HIV/AIDS and Bioethics" adlı bu uluslararası sempozyumun konusunu cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS ve biyoetik oluştuyordu. Dünyanın 32 ülkesinden yaklaşık 50.000 doktoru temsil eden bir küresel sivil toplum örgütü olan Federation

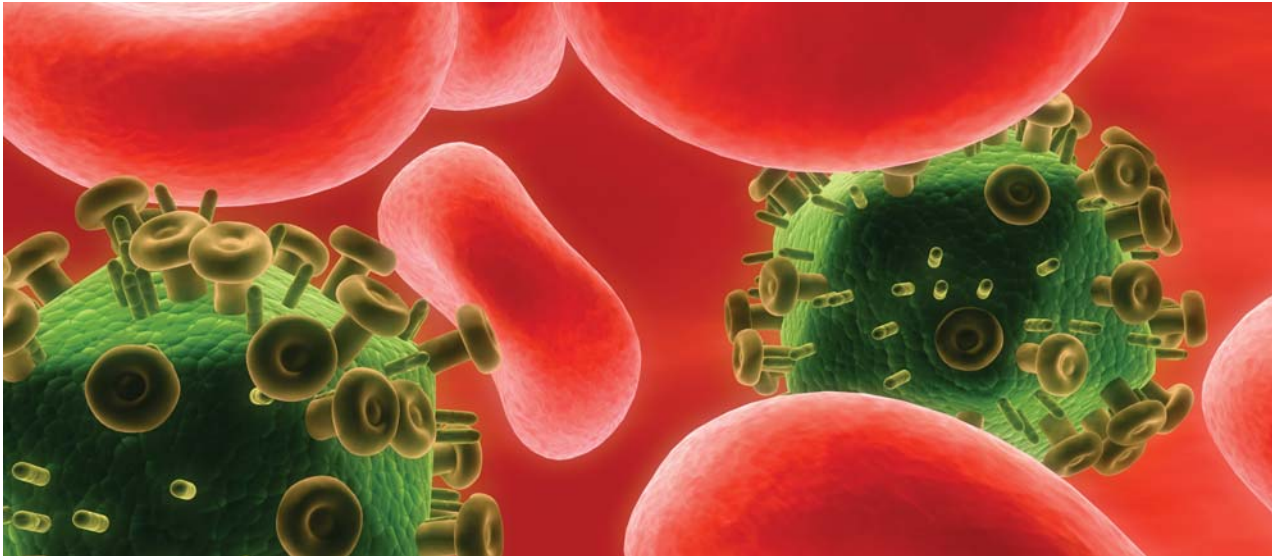
of Islamic Medical Associations (FIMA) ile Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı'nın ortaklaşa düzenlediği toplantının sponsorluğunu İstanbul Büyükşehir Belediyesi üstlendi.

Topkapı Eresin Barcelo Otel'de 13 Temmuz 2007 akşamı yapılan ve yaklaşık 350 davetlinin katıldığı açılış töreni ve kokteyli ile başlayan sempozyum, aynı yerde 14 ve 15 Temmuz tarihlerinde iki tam gün devam etti. Her biri alanlarında uzman olan 15 yabancı, 6 Türk konuşmacının görev aldığı sempozyumda, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu ve AIDS hastalığı, cinsel eğitim, genetik teknolojiler gibi konularla bunların etik ve sosyal yönleri ayrıntılı biçimde ele alındı ve uzman

panelleri ile tartışıldı. Sempozyumu ABD, Malezya, Güney Afrika, Ürdün, Pakistan, Endonezya, Mısır, Cezayir, Somali, Sudan, Irak, Suudi Arabistan, İsveç, Filistin, Yemen, Bosna ve Türkiye gibi birçok FIMA üyesi ülkeden doktorlar ve sağlık çalışanları izledi. Özellikle biyoetik ve hukuk alanında heyecanlı tartışmalara da sahne olan sempozyum, katılanların büyük beğenisini topladı.

Sempozyumla ilgili notlardan önce, AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında özet bilgiler vermek faydalı olacaktır.

HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, başta gelişmekte olan ülkeler





olmak üzere tüm dünyada çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küresel bir halk sağlığı sorunu olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sosyal ve ekonomik sonuçları da önemlidir. Bu hastalıklar sadece ABD'de 16 milyar dolarlık bir mali yüke neden olmaktadır. Günümüzde yoksul ülkelerin, tedavisi çok pahalı olan HIV enfeksiyonu ve AIDS gibi hastalıkların tedavi giderlerini karşılaması imkânsızdır.

HIV enfeksiyonunun ana bulaşma yolu cinsel ilişkidir. Damar içi enjeksiyon yoluyla, anneden bebeğe bulaşma, sağlık çalışanlarının kazayla yaralanması, kan ve kan ürünleri verilmesi diğer bulaşma yollarıdır. 26 yıl önce tanımlanan ilk olgulardan sonra HIV enfeksiyonu bugün dünya genelinde salgın düzeyine ulaşmış durumda olup, 40 milyondan fazla kişi bugün bu hastalıktan etkilenmiş durumdadır. Türkiye'de 612 AIDS hastası, 1800 HIV enfeksiyonu olmak üzere toplam 2412 kişi taşıyıcı veya hasta durumundadır.

HIV enfeksiyonu ve AIDS dünya genelinde bir salgın hastalık olarak devam etmektedir. Yeni AIDS olguları ve ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 1995 yılından sonra Kuzey Amerika ve Avrupa'da yeni olgu sayısında artış durmuş iken; Hindistan, Afrika, Tayland, Eski Doğu Bloku ülkelerinde (Moldovya, Rusya, Ukrayna) hızlı bir artış vardır. Yılda 4 milyonu aşan yeni olgu sayısı ve 3 milyonu aşan ölüm sayısı halk sağlığı tehdidinin önemini göstermektedir. AIDS, bugüne kadar yirmi milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuştur. Diğer bir ifadeyle günde 14.000 kişiye HIV mikrobi bulaşmakta (dakikada 10 kişi) ve her gün 7 - 8 bin kişi bu hastalıktan ölmektedir.

AIDS tedavisi pahalıdır ve yılda kişi başına 10.000 dolar civarında tedavi masrafı gerektirmektedir. İlaçların yan etkilerini izlemek ve oluşan yan etkilerin tedavisi de ek masraflara neden olmaktadır. Pahalı tedaviye ulaşmak özellikle başta sahra altı Afrika ülkeleri olmak üzere diğer gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorundur. Tüm dünyada tedavi gereksinimi olan 7 milyon kadar kişiden yalnızca %15 kadarı tedavi imkânına kavuşmaktadır.

Yoksul ülkelerde HIV enfeksiyonlu annelerin gıda yetmezliği/yokluğu nedeniyle çocuklarını emzirmek zorunda olması çocukların hastalığa yakalanmasını artırmaktadır. Yoksul ülkelere ilaç ve gıda yardımı zengin ülkelerin ve sivil toplum kuruluşlarının ağırlık vermesi gereken önemli bir konudur.

Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar da dünya genelinde halk sağlığını teh-

dit etmektedir. Bunlar arasında klamidya üretriti, bel soğukluğu (gonore), sifiliz (frengi), genital herpes, genital siğiller, trikomoniyaz (paraziter hastalık), hepatit B sık rastlanılan hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü yılda tedavi edilebilir 340 milyon cinsel yolla bulaşan yeni olgu olduğunu bildirmektedir (91 milyon klamidya, 62 milyon bel soğukluğu, 23 milyon frengi (sifiliz)). Bu hastaların 151 milyonu Güneydoğu Asya, 62 milyonu sahra altı Afrika ülkelerinde görülmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sadece akut dönemlerindeki etkileriyle değil, neden oldukları komplikasyonlarla da ciddi önem taşımaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kanserlere (serviks, vaginal, karaciğer), üreme sağlığı sorunlarına (pelvisin iltihabı hastalığı, kısırlık, dış gebelik, düşük, prostat ve epididim iltihabı), gebelik ile ilgili sorunlara (erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, anomaliler, lohusalık sepsisi, bebekte doğum sonrası enfeksiyonlar: zatürre, sepsis, göz iltihabı, zeka geriliği, kronik karaciğer iltihabı, siroz) neden olur.

HIV enfeksiyonu salgını ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılma hızını azaltmak, öncelikle etkin korunma ve tedavi hizmetlerine erişimin sağlanmasına bağlıdır. Hastaların tespit edilip tedavi edilmesi, evlilik dışı cinsel temaslardan sakınmak, aile ve evlilik düzenine uyum, erkeklerin sünnet olması, gerekli durumlarda ilaçlarla korunma önemlidir. Korunma ve kontrolde cinsel temasla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak amacıyla halkın eğitimi başlangıç noktasını oluşturur. Ne yazık ki dünya genelinde konuyla ilgili bilgilendirme eğitimleri yetersizdir.

İşte, böylesine önemli küresel bir sorunla ilgili olarak, medeniyetlerin buluşma yeri olan İstanbul'da düzenlenen söz konusu uluslararası bilimsel toplantı gerek zamanlaması, gerekse yüksek bilimsel düzeydeki katılımıyla son derece önemli bir fonksiyonu yerine getirmiştir. Sempozyumda, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların dünyadaki mevcut durumu ele alınmış, konuyla ilgili gelişmeler tartışılmış, tanı, tedavi, korunma ve etik alandaki sorunlar ve çözüm önerileri değişik ülkelere toplantıya katılan alanında uzman hekimler tarafından irdelenerek birtakım sonuçlara varılmaya çalışılmıştır.

Sempozyumun ilk gününde; pediatrik HIV enfeksiyonu ve AIDS yetimleri, HIV biyolojisi, AIDS tedavisi, İslami perspektiften AIDS'in önlenmesi, aşılar, AIDS'li erkek ve kadında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gençlerin AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunması, ölüm hakkı ve küresel AIDS krizi gibi konu başlıkları ele alındı. Daha

çok biyoetik tartışmaların ağırlıkta olduğu ikinci günde ise; bulaşıcı hastalıklarla savaş ve İslam dini, AIDS'in etik ve sosyal yönleri, AIDS'li bir anneden doğacak çocuğun hakları, ahlaki değerlerimize uygun bir cinsel eğitim, AIDS çevresindeki biyoetik konular ve gelişen genetik teknolojilerin biyoetik yönleri gibi konular irdelendi.

Ortak çabalarımız sayesinde, önümüzdeki birçok engel ve sorunlara rağmen, daha mutlu ve sağlıklı bir dünya hedefine ulaşma ümidinin yinelenildiği sempozyum, bilimsel ve sosyal yönden oldukça doyurucu hatıralarla son buldu. Sempozyumun CD'si ve konuşmaların tam metinlerinden oluşacak FIMA Year-Book ile ilgili gelişmeler, www.fima-web.net ve www.hayatvakfi.org adresli web sitelerinden takip edilebilir.

Rakamlarla AIDS

- ☛ HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar sadece ABD'de 16 milyar dolarlık bir mali yüke neden olmaktadır.
- ☛ Dünya genelinde 40 milyondan fazla kişi bugün bu hastalıktan etkilenmiş durumdadır.
- ☛ Türkiye'de 612 AIDS hastası, 1800 HIV enfeksiyonu olmak üzere toplam 2412 kişi taşıyıcı veya hasta durumundadır.
- ☛ Hindistan, Afrika, Tayland, Eski Doğu Bloku ülkelerinde (Moldovya, Rusya, Ukrayna) hızlı bir artış vardır. Yılda 4 milyonu aşan yeni olgu sayısı ve 3 milyonu aşan ölüm sayısı halk sağlığı tehdidinin önemini göstermektedir.
- ☛ AIDS, bugüne kadar yirmi milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuştur. Diğer bir ifadeyle günde 14.000 kişiye HIV mikrobi bulaşmakta (dakikada 10 kişi) ve her gün 7 - 8 bin kişi bu hastalıktan ölmektedir.
- ☛ Tedavi ortalama 10.000 dolar civarındadır.
- ☛ Tüm dünyada tedavi gereksinimi olan 7 milyon kadar kişiden yalnızca %15 kadarı tedavi imkânına kavuşmaktadır

Tıp etiği eğitimi, 'zurnanın son deliği' (mi?)

Doç. Dr. Şahin Aksoy



1990'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993'de Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalına araştırma görevlisi olarak atanıp lisansüstü çalışmalar yapmak üzere yurtdışına gönderildi. 1993-1999 yılları arasında Tıp Etiği alanında doktora çalışmaları için İngiltere'de Manchester Üniversitesi'nde bulundu. 1999 yılında doktora çalışmalarını tamamlayıp Türkiye'ye döndü. 2003 Nisan ayında doçenlik sınavını kazandı. Halen, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Tıp etiğine olan ilgi son yıllarda giderek artmakta. Buna paralel olarak da bu disiplinin tıp eğitimi içindeki yeri üzerinde düşünen ve yazanlar da fazlaştırmakta. Bu noktada cevaplanması gereken önemli sorulardan bir tanesi, 'Tıp Etiği' eğitiminin tıp tahsilinin son ürün olan hekim üzerinde etkisi ve yararı olup olmadığıdır.

Tıp eğitimi tıp öğrencisi için yalnızca bir meslek kazanma süreci değil, aynı zamanda da bir sosyalleşme sürecidir. Bu sosyalleşme süreci birkaç bakımdan önem arz eder. Hekim adayı, bu dönemde diğer sağlık çalışanları ile nasıl etkileşeceğini, hastane ile kliniklerdeki hiyerarşik yapıyı öğrenmekle kalmaz, aynı zamanda çok farklı sosyal sınıflardan gelen ve değişik değer sistemlerine sahip hastalarla yüzleşmeyi de öğrenir. Ancak, bazı durumlarda bu sosyalleşme sürecinin olumsuz sonuçları da ortaya çıkar. Farklı ülkelerde yapılan araştır-

malar göstermiştir ki, tıp öğrencilerinin empati yetenekleriyle şefkat duygularında tıp fakültesine girdikten sonra belirgin bir azalma olmaktadır.

Tıp fakültelerini kazanan öğrencilerin, tıbbiye tercih nedenleri arasında, "fakirlerle yardımcı olmak", "insanların acılarını dindirmek", "yaşlı ve çocukların hastalıklarını tedavi etmek" önemli bir yer tutmaktadır. Ancak tıp fakültesini bitirene kadar bu idealizm, dramatik olarak körelmektedir. Acaba başlangıçta var olan empati ve şefkat hasletleri nasıl geri kazandırılabilir veya korunabilir?

Pek çok tıp eğitimi uzmanına göre bu sorunun cevabı, tıp eğitimi müfredatında Tıp Etiği ve benzeri derslere yer verilmesidir. Esasında Tıp Etiği dersleri yalnızca bir hekim için meslek uygulamasında gerekli olan söz konusu hasletleri geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda öğrencilerin kliniğe ve teşhise yönelik anlayışlarını da geliştirir.

Bazıları Tıp Etiği eğitimine tıp fakülteleri-

nin müfredatında yer verilmesinin yararları konusunda somut verilere ihtiyaç duyulduğunu söylemektedir. Oysa, burada söz konusu olan niceliksel bir veriden çok, niteliksel bir deneyimdir. Hiç kimse Anatomi dersi okuyanların daha 'iyi' hekim olduğunu niceliksel olarak gösteremez. Ancak, haklı olarak, hiç kimse buna dayanarak Anatomi dersini müfredattan çıkartmayı öneren bir kimseyi ciddiye almaz.

Hekimlik çok boyutlu bir meslektir. Bu yüzden 'malzemesi' insan olan hekimin de çok yönlü olması gerekmektedir. Tıp fakültesine giren öğrenciler üzerine çalışmalar yapan eğitim uzmanları 'hayat deneyimi' fazla olan, lise çağlarında yalnızca fizik, kimya, biyoloji okumakla yetinmemiş öğrencilerin tıbbiyede daha başarılı olduklarını ifade etmektedirler. Sosyal alanlarda da kendini geliştirmiş olan öğrenciler hem hastayla iletişimde hem de klinik uygulamalarda daha başarılı oldukları bilinmektedir.

Tıp fakültesi müfredatında, Tıp Etiği'ne



yer verilmesinin bir başka gerekçesi de, tıbbın özü itibarı ile ahlaki bir etkinlik olmasıdır. Aslında hasta ile olan her bir etkileşim derin ahlaki içeriği olan bir eylemdir. Eğer bir sıralama yapmak gerekirse, tıp etkinliğinin bilimsel ve teknik boyutu etik boyutundan daha önemli ve öncelikli değildir.

Zira tıpta bugün kullanılan her on tedavi yöntemin dokuzunun kullanımı destekleyen rasgele çift kör plasebo çalışması yapılmamıştır. Eğer bu doğruysa, tıp bir bilim olmaktan çok bir sanattır. Bu 'sanat' yalnızca sezgi ile teşhis ve tedavi edilmesi değil, hasta ile nasıl etkileşim kurulacağını ve belli tıbbi durumlar karşısında 'doğru' davranışın ne olduğunun bilinmesidir. Bu tür sezgiler temel bilimler ile saptanamaz, ancak yaşam deneyimleri, eğitim ve açık tartışma ile öğretilir. Çünkü bunlar etiğin alanına girmektedir. Kabul edilmelidir ki, sağlık çalışanları olarak bizlerin tıba yaklaşımı, bilimsel değil sosyal, siyasal, dinsel ve kişisel olan değerlerimize göre farklılık gösterir. Bu değerlerin bizlerin hasta ile olan etkileşimine, tedavi önerilerimize nasıl yansıdığının ortaya konulması ve tartışılması gerekir. Tıp öğrencilerinin olabildiğince ehil ve yetenekli bir hekim olma zorunluluğu vardır. Hekimliği daha doğru ifade eden kelime 'meslek' olmaktan çok 'uğraş'tır. Hekim her zaman hastasına yararlı olmaya uğraşır. Bu yararlılık kelimenin bütün anlam boyutlarını içine alır. Dolayısı ile hekimliğin etik boyutunu göz ardı etmek imkansızdır. Zira bu 'uğraş'ın bilimsel yönü de bilimsel olmayan yönü kadar kritiktir.

Yukarıda ifade ettiklerimizin ışığında Tıp Etiği eğitiminin tıp fakültelerinde öğrencilerin bu sosyalleşme süreci tamamlanmadan önce verilmesi gerektiği inancındayız. Bu eğitimin amacı, öğrencilere tıp uygulamasına ilişkin yasal ve etik konuları anlama ve analiz etme yetisini kazandırmak ve etik sorunları anlayıp analiz edebilecek duruma gelmelerini sağlamak, hastaların, ailelerinin, toplumun ve sağlık çalışanlarının benzer durumlarda en uygun karara varabilmeleri konusunda eğitmek olmalıdır. Bu hedefe yönelik olarak da öğrencilere;

- 1) İyi tıp uygulamasının temelini teşkil eden etik ilkeler ve değerler öğretilmeli,
- 2) Tıp uygulamasındaki etik sorunları eleştirel olarak düşünebilme, kendi etik inançlarını yeniden sorgulama, kendilerinden farklı düşünceleri anlama, hatta takdir edebilme ve bu düşüncelere karşı görüş üreterek tartışabilme yeteneği kazandırılmalı,
- 3) Ülkede mevcut olan sağlıkla ilgili yasalar ve yönetmelikler öğretilmeli,
- 4) Uğraşlarını yetkin olarak, en az riskle yürütebilmeleri için hekimlerin yasal yükümlülükleri ile yasal süreçler hakkında yeterli bilgi verilmeli,

kümlülükleri ile yasal süreçler hakkında yeterli bilgi verilmeli,

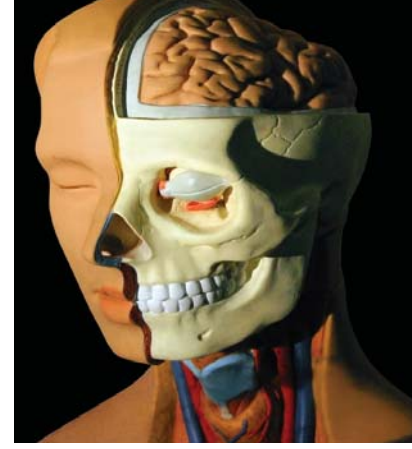
5) Deontoloji ve Tıp Etiği'nin yalnızca derslerde zevkli ve entelektüel açıdan tatminkâr tartışmaların yapıldığı bir alan olmadığı, temelde etik düşünme ve muhakeme etmenin, klinik uygulama ve karar verme süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu anlatılmalı,

6) Ve öğrencilere tıp uygulamasında etik ve yasal sorunların istisnai durumlar değil her gün yaşanabilecek olgular olduğu öğretilmelidir.

1993 yılında düzenlenen 'Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu' toplantısında Dünya Sağlık Örgütü, tıp fakültelerinde, Tıp Etiği eğitimine özel bir önem verilmesi konusunda çağrıda bulunmuştur. 1995 yılına gelindiğinde biyomedikal etik eğitiminin gerekliliği bütün Batı ülkelerince kabul edilmiş ve ayrı bir branş olarak örgütlenmiştir.

Gelelim en kritik soruya. Bu söylenenleri tıp öğrencilerine kim öğretecek? Yani, Tıp Etiği ve Deontoloji derslerini kim verecek? Aslında bu sorunun cevabı Patoloji, Anatomi, Kardiyoloji, Psikiyatri derslerini kim verecek sorusunun cevabı kadar basittir. Bu dersleri tabii ki lisans eğitimi sonrası söz konusu alanda lisansüstü eğitim yapmış bir öğretim elemanı verecektir. Yani, Patoloji dersini Patoloji uzmanı, Kardiyoloji dersini Kardiyoloji uzmanı verecektir. Nasıl ki liseler de bile, Matematik dersine Fizik öğretmenin girmesi veya Ahlak Bilgisi dersini Beden Eğitimi öğretmenin vermesi uygun görülüyorsa, eğitim faaliyetinin en üst kademesini oluşturan üniversitelerde, hele ki tıp fakültelerinde, Anatomi dersini mikrobiyolog, Psikiyatri dersini de ürolog vermemelidir. Zaman zaman, kurumların başlangıç yıllarında zorunluluklar bunu gerektirebilir. Hatta Patoloji dersini en az bir patolog kadar iyi anlatan bir kardiyolog, Anatomi dersini de bir anatomist kadar iyi anlatan bir ürolog ile karşılaşabilirsiniz. Ancak bunlar istisnadır ve istisnalar kaideleri kuvvetlendirir.

Bugün ülkemizdeki resmi ve özel toplam 50 civarındaki tıp fakültesinden yalnızca yarısına yakınında Tıp Etiği dersleri fakültenin kadrolu Deontoloji uzmanları tarafından verilmektedir. Bu fakültelerin % 90'ı da Türkiye haritasının ortasından çekilecek olan bir çizginin sol tarafında yer almaktadır. Biraz düşünülürse, günde durumun ne kadar hazin olduğu açıktır. Muhtelif Anabilim Dallarında kadroların tika basa dolu olduğu pek çok köklü tıp fakültesinin bir Deontoloji/Tıp Etiği uzmanı istihdam etmemesi bu kurumların idarecilerinin bu alanı rahmetli hocamız Prof. Dr. Fuat Aziz Göksel'in ifadesi ile 'zurnanın son deliği' olarak görmelerindendir. Ancak bundan



sonra tıp fakültesi idarecilerinin bu disiplini bu şekilde görme lüksleri bulunmamaktadır. Her fakültede olan ve modern sağlık hizmetleri anlayışı ve Avrupa Birliği normlarının gereği olarak her sağlık kurumunda olması gereken etik komiteler ile tıp fakülteleri için hazırlanan çekirdek eğitim programındaki 'Tutum ve Davranış Listesi'nin önemli bir kısmının Tıp Etiği ders müfredatı içine girmesi 'Fizik derslerini Matematik öğretmenine', 'Ahlak Bilgisi dersini Beden Eğitimi öğretmene' verdimmeye devam etmek istemeyen tıp fakültelerini Tıp Etiği eğitimini ciddiye almaya zorlamaktadır.

Çünkü, Temel ve Klinik Bilimler, tıbbın bedeni, Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği ruhudur. Temel ve Klinik Bilimler eğitimi tıp öğrencisini teknisyen ve zanaat-kâr yapar, Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği uygulamaya sanat ve estetik kazandırır.

Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği, tıp fakültelerinde alınması gereken zorunlu derslerden biri olup, Temel Tıp Bilimlerine bağlı ayrı bir bilim dalıdır ve doçentlik sınavlarında münferit bir doçentlik alanıdır. 70 yıl önce kurulan bu disiplin ülkede 50 yıldır uzmanlık eğitimi vermektedir ve ülkenin her tıp fakültesinde Deontoloji, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği eğitimi verecek profesyonellere sahiptir.

Bu ülkede insanlar hekimlerin teknik bilgi eksikliğinden değil, iletişim noksanlığından, etik duyarsızlıklarından, temel hak ihlallerinden ve empati yoksunluğundan şikayet etmektedir. Yeni nesil Tıp Etiği/Deontoloji uzmanları tıp fakültesi öğrencilerini bu konularda eğitmeye hazır ve isteklidir. Yani, esasında, Tıp Etiği eğitimi her ne kadar idareci ve meslektaşlarından 'zurnanın son deliği' muamelesi görüyor olsa da, tıp bağlamasının 'bam' telidir.

Son sözümüz Tıp Etiği eğitimi hâlâ 'zurnanın son deliği' olarak görmeye devam edenlere: Elinizde öyle bir türkü var ki bu türküyü 'zurnanın son deliği'ni kullanmadan çalma imkânınız bulunmamakta.

Kaynaklar:

Walton, H.J. (ed). "World Federation for Medical Education: Proceedings of the World Summit on Medical Education", Medical Education, 1993; 28 (S1): 140- 49

Steinberg, A. "The Foundations and the Development of Modern Medical Ethics", Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 1995; 12 (8): 473-76

Farmakovijilansın önemi ve Türkiye’de farmakovijilans uygulamaları

Uzm. Ecz.
Demet Aydınkarahaliloğlu



Hacettepe Üniversitesi Eczacılık fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Aynı fakültenin Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. Halen Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM) müdürü olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Farmakovijilans, advers etkilerin ve beşeri tıbbî ürünlere bağlı diğer muhtemel sorunların saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmaları ifade etmektedir. Yunanca ilaç anlamına gelen “pharmakon” kelimesi ile Latince tetikte olmak, uyanık olmak anlamına gelen “vigilans” kelimesinin birleştirilmesiyle oluşturulmuş bir kelimedir.

İlaçların ruhsatlandırıldıktan sonra güvenliliklerinin takip edilmesi son derece önemlidir. Birçok ilaç ruhsatlandırılıp pi-

yasaya verildikten sonra ciddi advers etkiler oluşturmaları nedeni ile piyasadan kaldırılmış veya ruhsat sahipleri ilacı piyasadan geri çekmek zorunda kalmışlardır. Bunun nedenleri;

❖ Hayvan deneylerinin ilacın insandaki güvenliliğini tespit etmek için yetersiz kalması,

❖ Klinik araştırmalarda seçilmiş ve sınırlı sayıda hasta ile çalışılması, araştırma süresinin ve kullanım koşullarının günlük hayattan farklılık göstermesi,

❖ 1/10 000 insidansında görülen advers etkiler için en az 30 000 kişinin ilaca maruz kalmasının gerekli olması,

ancak; ruhsat alınan sürece kadar 5000’den az insanın ilacı kullanmış olması nedeniyle klinik araştırmalar sırasında ancak sıklıkla görülen advers etkilerin tespit edilebilmesi,

❖ Seyrek olarak görülen ciddi advers etkiler, kronik toksisite, özel hasta grupları (çocuklar, yaşlılar, gebeler gibi,...) ve ilaç etkileşimleri konularında elde edilen bilginin genellikle yetersiz olmasıdır.

Dünyada hastaneye yapılan başvuruların % 3-6’sının advers etkilere bağlı olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında ABD’de advers etkilere bağlı mortalitelerin 4.- 6. sıralarda







olduğu gösterilmiştir. Advers etkilere bağlı olarak hastaneye yapılan müracaatlar ve hastanede yatış sırasında advers etkilerin oluşmasına bağlı olarak hastanede yatışın uzaması, bütçeye ek mali yük getirmektedir. Ayrıca, üretim kaybına da sebep olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her ülkenin kendi ulusal farmakovijilans sistemini kurması gerektiğini önermektedir. Bunun nedenleri arasında:

☞ Ülkeler arasında hastalıklar ve reçeteleme alışkanlıklarında farklılıklar görülmesi,

☞ Genetik farklılıklar, diyet, kültür farklılıkları, gelenekler,

☞ Farmasötik kalite ve kompozisyonu etkileyen ilaç üretim yöntemlerindeki farklılıklar,

☞ İlacın dağıtımı ve kullanımındaki (endikasyon, doz, ...) farklılıklar,

☞ Tek başına veya diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında çeşitli toksikolojik sorunlara yol açabilen bitkisel ilaçların kullanımının ülkeler arasında farklılık göstermesi sayılabilir.

Türkiye'de ilaç güvenliliğinin takibi amacıyla, Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER) 1985 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Kalite Kontrol Daire Başkanlığı bünyesinde kurulmuş ve 1987 yılında DSÖ İlaç İzleme İşbirliği Merkezine 27. üye olarak kabul edilmiştir. 2007 yılı itibarıyla bu merkezle 83 devletin farmakovijilans sistemleri tam üye olarak, 18 devlet ise gözlemci üye olarak işbirliği yapmaktadır. 1968 yılında kurulan bu sistemde 2007 yılı itibarıyla veri tabanında toplanan advers etki bildirim sayısı 3,7 milyon vaka raporuna ulaşmış durumdadır. DSÖ bu vaka raporlarını inceleyerek sinyal oluşturmakta ve oluşturduğu sinyalleri üye ülkelere duyurmaktadır.

İlaç Güvenliği İzleme, Değerlendirme Şube Müdürlüğü'nün 24 Kasım 2004 tarihinde kurulması ile birlikte ilaç güvenliliğinin izlenmesi ile ilgili konular hız kazanmıştır. 22 Mart 2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik" yayımlanmış, 30 Haziran 2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatı Sahipleri için Farmakovijilans Kılavuzu" ile birlikte yürürlüğe girmiştir. Yönetmelikle birlikte merkezin sorumluluk-

ları artırılarak daha kapsamlı hale getirilmiş ve adı Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) olarak değiştirilmiştir.

Yönetmelik, ruhsat/izin sahibine, sağlık mesleği mensuplarına, sağlık kurum ve kuruluşlarına ve Bakanlığa birtakım sorumluluklar yüklemektedir.

Yönetmelik gereğince; sağlık mesleği mensupları, hastalarında ilaçların kullanımına bağlı olarak meydana gelen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'a bildirmekle yükümlüdürler. Bunun dışında bazı özel durumlarda da on beş gün içinde raporlama yapılması gerekmektedir. Bunlar:

1- Piyasaya yeni çıkan ilaçlarla görülen tüm şüpheli advers etkiler,

2- Sıklığında artış meydana gelen advers etkiler,

3- İlaç-ilaç, ilaç-gıda veya ilaç-gıda katkı maddeleri ile olan etkileşimler sonucu meydana gelen advers etkiler,

4- Gebelik sırasında ilaç kullanımı,

5- Türkiye'de ruhsatlı/izinli olmayan, ancak şahsi tedavi için Bakanlıkça ithal edilmesine izin verilen beşeri tıbbi ürünler ile, Türkiye'de ruhsatlı ürünlerin onaylanmamış endikasyonda şahsi tedavi amaçlı ve reçete onaylanması sureti ile kullanımı esnasında ortaya çıkan advers etkiler,

6- Hayati tehlike taşıyan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, aşılar ve kontraseptiflerle meydana gelen etkisizlik olayları,

7- İlacın intihar eğilimine ve bunun devamında şüpheli ilacın veya başka ilaçların doz aşımına neden olduğuna işaret eden durumları,

8- Ciddi ve beklenmeyen advers etkilere yol açan yanlış kullanım ve suiistimal olaylarıdır.

Advers etki bildirimlerinin yapılmasında TÜFAM tarafından hazırlanmış olan Advers Etki Bildirim Formu kullanılmalıdır. Formun bulunmaması halinde yazı ile yapılan bildirimler de kabul edilmektedir.

Advers Etki Bildirim Formu'nda yer alan bilgilerin mümkün olduğunca tam olarak doldurulmuş olması gereklidir. Gerçek görülürse, forma ek bilgi verilebilir, ya da form içeriğinde yer bulamayan ancak belirtilmesi önemli görülen hususlar ek bilgi olarak sunulabilir.

Aşılar için T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ta-

rafından 03.11.2003 tarih ve 2003/127-16513 sayılı ile yayımlanarak yürürlüğe giren Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzlem Sistemi daimi genelgesinin ekinde yer alan ve gerek görüldükçe güncellenen "Aşı Sonrası İstenmeyen Etki Bildirim ve İnceleme Formu" kullanılmalıdır.

Advers Etki Bildirim Formunda esas olarak dört ana bölüm bulunmaktadır:

A- Hastaya ait bilgiler:

Adı ve soyadı, doğum tarihi, doğum tarihi bilinmiyorsa yaşı, cinsiyeti, boyu, ağırlığı.

B- Advers etkiye ait bilgiler:

1- Advers etkinin tanımı ve şiddeti (Bu tanım yapılırken, mümkün olduğunca tıbbi terminoloji kullanılmalıdır. Pruritus, apne, ürtiker gibi,...), advers etkinin başlangıç tarihi, advers etkinin bitiş tarihi, advers etkinin sonucu (hastalığın tedavisinin sonucu değil, oluşan advers etkinin sonucu yazılmalıdır.)

2- Ciddiyet kriterleri (ölüm meydana geldiyse, ölüm nedeninin ICD-10'a göre sınıflandırılması beklenir. Otopsi yapıldıysa, otopsi bulguları veya otopsi raporu da eklenmelidir. Ölümün bir advers etki olmadığı, bir sonuç olduğu unutulmamalıdır.)

3- Laboratuvar bulguları (tarihleriyle birlikte)

4- İlgili tıbbi öykü / eşzamanlı hastalıklar (Olgunun değerlendirilmesinde yardımcı olacak her türlü ilişkili bilgi -alerji, gebelik, aşırı sigara ve alkol kullanımı, hipertatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon, ...- eklenmelidir. Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihi de belirtilmelidir.)

C. Kullanılan tıbbi ürünle ilgili bilgiler:

1- Şüpheli ilacın ismi,

2- Veriliş yolu,

3- Günlük dozu (mg/kg hesabı ile verilen ilaçlarda veya mç hesabı ile verilen ilaçlarda gerekli hesaplamalar yapılmalıdır. Kür olarak kullanılan ilaçlarda ilacın kaçınıcı küründe advers etki görüldüğü mutlaka bildirilmelidir.),

4- İlaça başlama tarihi,

5- İlacın kesildiği tarih (İlacın kullanımı kesilmemişse, "DEVAM" yazılmalıdır. Kesin olarak ilacın hangi tarihlerde kullanıldığı bilinmiyorsa, ancak belli bir zaman süresi verilebiliyorsa -3 hafta, 2 gün gibi- bu süre yazılmalıdır.),

6- İlacın hangi endikasyon için kullanıldığı (ilacın kullanıldığı endikasyon

kısaltma yapılmadan yazılmalı ve mümkünse ICD-10'a göre sınıflandırılmalıdır.),

7- Advers etki ortaya çıkınca ilacın kullanımının bırakılıp bırakılmadığına dair bilgi,

8- İlacın kullanımı bırakıldıysa veya doz azaltıldıysa advers etkinin azalıp azalmadığına dair bilgi,

9- Advers etki oluştuğundan sonra ilacın kesilmesini takiben advers etki düzeldikten sonra yeniden ilaca başlanılıp başlanılmadığı hakkında bilgi,

10- İlaça yeniden başlanılınca advers etkinin tekrarlayıp tekrarlamadığına dair bilgi,

11- Eşzamanlı olarak kullanılan ilaç / ilaçlar,

Advers etki oluşmasından bir önceki ay boyunca hastanın kullanmış olduğu tüm ilaçlar da bildirilmelidir. Aplastik anemi, fibrozis ve kanser gibi bazı advers etkilerde daha uzun süreler dahi ilişkili olabilmektedir. Reçeteye tabi olmayan ürünler, majistral olarak hazırlanmış ürünler, bitkisel ürünler ve diyet katkısı amacı ile kullanılan ürünler de -ilgili oldukları ölçüde- dahil edilmelidir.

İlaç-besin etkileşmesi açısından da etkileşmesi muhtemel olan besinlerden de bahsedilmelidir. Eşzamanlı olarak kullanılan ilacın adı, veriliş yolu, günlük dozu, ilaca başlama ve ilacı kesme tarihleri, endikasyonu (ICD-10) yazılmalıdır.

Advers etkinin tedavisi için kullanılan ilaçlar, eşzamanlı kullanım olarak değerlendirilmez, bu nedenle bu tip ilaçlar bu bölüme yazılmamalıdır.

12- Diğer gözlemler ve yorum:

Üretim ya da saklama koşullarından kaynaklanan kalite sorunlarından şüpheleniyorsa, sorun ile birlikte ilacın seri numarası ve son kullanma tarihi de bildirilmelidir.

13- Advers etkinin tedavisi için kullanılan yöntemler ve ilaçlar kullanılan tarihlerle birlikte yazılmalıdır.

D- Bildirim yapan kişiye ait bilgiler:

Adı soyadı, mesleği, telefon numarası, adresi, faks numarası, e-posta adresi, imza, raporun firmaya da bildirilip bildirilmediği bilgisi, rapor tarihi, rapor tipi (ilk takip) (takip raporlarında ilk raporun TÜFAM'a gönderilme tarihi yazılmalıdır.)

Sağlık Bakanlığı'na yapılan bildirimlerde, hastanın ve bildirimde bulunan sağlık mesleği mensubunun kimliği, adresi Bakanlık'ça gizli tutulur. Bu kişilerin rızası olmaksızın bu bilgiler hiçbir amaçla TÜFAM personeli dışındaki kişilere

açıklanamaz.

E- Ruhsat/ izin sahibine ait bilgiler:

Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelen advers etkiler veri tabanlarında biriktirilerek, sinyal aranmakta ve bunun sonucunda ilaçların prospektüslerinin kontrendikasyon, uyarılar/önlemler, advers etkiler gibi güvenlilikle ilgili bölümlerinde değişiklik yapılmakta, endikasyonlar kısıtlanmakta veya ilaç piyasadan çekilebilmektedir. TÜFAM gelişmiş ülkelerde ilaç güvenliliği ile ilgili meydana gelen gelişmeleri izleyerek, Türkiye'de bunlarla ilgili gerekli tedbirleri almaktadır. Sağlık mesleği mensuplarının hastalarında ilaç kullanımı sonucu gördükleri advers etkileri bildirmeleri ülke olarak kendi verilerimizi elde etme ve sinyal oluşturma imkânı sağlayacaktır.

Unutulmamalıdır ki, farmakovijilans bir halk sağlığı hizmetidir ve tüm sağlık mesleği mensuplarının sorumluluğundadır. TÜFAM'ın başarısı sağlık mesleği mensuplarının farmakovijilans sistemine katılımına bağlıdır.

Advers etki bildirim formları <http://www.ieg.gov.tr> adresinden temin edilerek 0 312 309 71 18'e faks çekilebilir veya posta ile TÜFAM'a ulaştırılabilir. Ayrıca sorulmak istenen konular için TÜFAM 0 312 309 11 41/1192 numaralı telefondan aranabilir.

Kaynaklar

Safety Monitoring of Medicinal Products. Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre. Uppsala monitoring Centre-WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring. EQUUS, London, 2000.

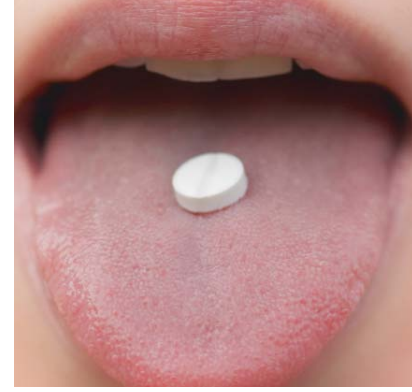
Safety of Medicines. A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Why health professionals need to take action. WHO, Geneva, 2002.

Moore N. ve ark. (1998) Frequency and cost of serious adverse drug reactions in a department of general medicine. Br. J. Clin. Pharmacol., 45:301-308.

Lazarou J. ve ark.(1998) Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA, 279 (15), 1000-5.

Pirmohamed M. ve ark. (2004) Adverse drug reactions as cause of admission to hospital:prospective analysis of 18 820 patients. BMJ, 329:15-19.

Muehlberger ve ark. (1997). Adverse drug reaction monitoring-cost and benefit considerations part 1: frequency of adverse drug reactions causing hospital admissions. Pharmacoepidemiol. Drug Safety, 6 Suppl. 3: S71-S77.



Tanımlar

Advers etki: Bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal doz ile ortaya çıkan ölüme, hayati tehlikeye, hastaneye yatmaya veya hastanede kalma süresinin uzamasına, kalıcı veya belirgin sakatlığa veya iş göremezliğe, konjenital anomaliye veya doğumsal bir kusura neden olan etki.

Beklenmeyen advers etki: Beşeri tıbbi ürüne ait kısa ürün bilgileri ile niteliği, şiddeti veya sonlanımı açısından uyumlu olmayan advers etki.

Spontan bildirim: Beşeri tıbbi ürünlerin rutin kullanımı esnasında bir hastada bir veya daha fazla beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan şüpheli advers etkinin sağlık mesleği mensubu tarafından, firmaya ve TÜFAM'a Advers Etki Bildirim Formu doldurularak veya Formun bulunmaması halinde yazılı olarak bildirilmesi.

Advers etki bildirim formu: Bir kişide beşeri tıbbi ürün kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan ürün advers etkisi ile ilgili bilgilerin yer aldığı form.

Farmakovijilans itibat noktası: Sağlık kuruluşunda advers etkilerin bildirilmesini teşvik etmekten, farmakovijilans verilerini toplamaktan ve TÜFAM'a iletmekten, erektiğinde eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktan sorumlu şahıs veya konu ile ilgili birim.

Sağlık mesleği mensubu: Hekim, eczacı, diş hekimi veya hemşireler. Raporlar, hekim ve diş hekimleri dışındaki sağlık mesleği mensuplarınca hazırlanmışsa, mümkünse tıbben ehliyetli bir kişiden konuya ilişkin detaylı daha fazla bilgi edinilmelidir.

Sinyal: Bir advers olay ile beşeri tıbbi ürün arasındaki, bilinmeyen ya da daha önce yeterince dökümant edilmiş, muhtemel bir nedensellik ilişkisi ile ilgili raporlanmış bilgi. (Bir sinyal üretmek için, olayın ciddiyeti ve bildirim kalitesine göre değişmekle birlikte, genellikle birden fazla rapor gerekir.)

İlaçların ruhsatlandırılması: FDA nereye?

Dr. Hüsni Dağı

Bürokrasinin birçok kesiminde, karar verici organlar, devletin veya vatandaşların çıkarlarıyla, mal veya hizmet satmak isteyen kişi ve kurumların baskılarını omuzlarında hissederler. Savunma sanayinde olsun, bayındırlık veya enerji alanlarında olsun, çeşitli çıkar grupları, kendileri açısından haklı oldukları konularda lobicilik faaliyetlerini yürütürler. Bu faaliyetler çoğu kez normal kabul edilse de, yasa dışı haline geldiği zaman yolsuzluklar kate-

gorisine girer ve yapan kişiler ciddi yaptırımlar ile karşı karşıya kalırlar.

İlaç sektörü de, benzer piyasa kurallarına göre işlese de, karar verici mekanizmaların birçok yerinde bilimsel kurullar önemli görevler görürler ve bu yönüyle de diğer sektörlerden ayrılırlar. Birçok ülkede, ilaçların ruhsatlandırılmasını ve güvenlik takiplerini yapan kurumlar bulunmaktadır. Amerika'da ilaçların ruhsatlarını düzenleyen ve denetleyen en üst kurum olan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration –FDA-), dünya çapında saygınlığı olan bir kuruluştur. FDA

ise, kurum dışından oluşturduğu çeşitli bilimsel komisyonlardan görüşler alarak kararlarını verir çünkü kendi içinde bu kadar geniş spektrumdaki bilim adamlarını çalıştırması olanaksızdır. Teorik olarak, bu kişilerin herhangi bir etki altında kalmaksızın, tamamen bilimsel kriterlere göre, bağımsız karar verdikleri kabul edilir.

Ancak son yıllarda FDA, komitelerde yer alacak bilim adamlarının ticarî çıkar ilişkilerini çok fazla sorgulamamaktadır. Bu durum da, bilim-ticaret-politika üçgenindeki ilişkilerin güvenirliliğini tartışmaya açmaktadır. Çünkü





aynı ilaçlar hakkında zaman içinde yapılan farklı yorumlar ve farklı kararlar bazen kafaların karışmasına neden olmaktadır.

Örneğin; 1999 yılında incelenen rofecoxib (Vioxx, Merck) ilacı için, FDA'nın kurum içi komitesi, olası kardiyovasküler riskler hakkında uyarıda bulunmuştu. Ancak bilimsel komite, bu riski değerlendirmek yerine, ilacın daha az gastrointestinal yan etkiye sahip olduğu konusunu ön plana çıkarmayı yeğlemişti. Rofecoxib ile naproksenin karşılaştırıldığı bir klinik araştırmanın birinci yılında myokard infarktüsü riskinin 4 kat fazla olduğu gösterilmişti ancak firma bu durumu, naproksenin kardiyoprotektif etkisine bağlamıştı. Daha sonra, 2007 yılında aynı firma, aynı grupta yer alan etoricoxib (Arcoxia) için ruhsat istemiş ve etoricoxib ile diklofenak karşılaştıran çalışmalar göz önüne alınarak, ruhsat verilmişti. Yıllar boyu milyonlarca dolar harcayan firma, etoricoxibin, diklofenak ile aynı sayıda kardiyak komplikasyonlara yol açtığını ortaya koyarak ruhsatı almıştı. Ancak, FDA içinden bilimsel kurula sunulan bir raporda, başka bir ilaç, yani naproksen ile aynı çalışmanın yapılması halinde, kardiyovasküler riskin 3 kat daha artmış bulunacağı gösterilmişti. Komite, eğer diklofenak da aynı kardiyak riski taşıyorsa, o zaman bir üstünlüğü olmayan yeni ilacın FDA tarafından onaylanmaması gerektiğini söylüyordu. Halbuki FDA'nın geleneksel tavrı, aynı kategorideki bir ilacın diğerlerinden daha güvenli veya etkili olmasının beklenmemesi gerektiği şeklindeydi. Ancak FDA, daha önce rofecoxibin 5 yıl kullanılmasından sonra kardiyak riskinin ortaya çıkmış olmasının verdiği rahatsızlığı da göz önüne alarak, komite kararına uymak zorunda kaldı.

Bir başka ikircikli durum, 1995'te, bir diyet ilacı olan dexfenfluramin'de (Re-

dux) yaşandı. Ana molekül olan fenfluramin, ihmal edilebilir bir kilo kaybına neden olmakla beraber ölümcül pulmoner hipertansiyona yol açabiliyordu ve bu yeni izomerinin daha iyi olacağına dair bir kanıt da yoktu. Üretici firmanın yaptığı tek bir klinik çalışmada, ilacı alan hastaların, plasebo kullananlara kıyasla 3 kilo daha fazla verdiği ortaya konmuştu. Firma, bu kilo kaybının, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı gibi birçok hastalığın insidansında azalmaya yol açacağını iddia ediyordu ancak bu konuda bir çalışma yoktu. Bu nedenle, bilimsel komite, ilaca onay vermedi. Ancak 2 ay sonra FDA, komiteyi tekrar toplantıya çağırdı. Yeni bir veri sunulmadı, ancak komitenin birçok üyesi, toplantıya katılmamıştı ve ilaç bu kez komiteden onay aldı. İlaç, piyasada yeteri kadar ilgi görmedi, buna karşılık, beklenen pulmoner hipertansiyon olguları gerçekten görüldü; ayrıca beklenmedik şekilde kalp kapak bozuklukları da ortaya çıktı ve ilaç 1 yıl sonra piyasadan çekildi. Üretici firma, o günden bugüne, ilaçtan zarar görenlere ve avukatlarına 20 milyar dolardan fazla tazminat ödedi.

Antidiyabetik ilaçların yeni bir grubu olan glitazon grubundan troglitazon (Rezulin, Parke Davis), 1997'de piyasaya girmesinden kısa bir süre sonra, bazen ölümcül olabilen fulminan karaciğer nekrozuna yol açtığına dair raporlar yayınlanmaya başlandı. Bunun üzerine, birçok ülkedeki idareciler, bu ilacı yasaklama kararı aldılar. Ancak FDA ve bilimsel komitesi, üretici firmanın da gayretleri ile, ilaç tüm dünyada piyasadan çekildikten sonra 2 yıl daha herhangi bir işlem yapmadılar. Bu olaydan yaklaşık 10 yıl sonra, aynı gruptan bir başka ilaç olan rosiglitazon'un (Avandia, GlaxoSmith-Kline) konjestif kalp yetersizliği ve myokard infarktüsü riskini artırdığına dair çalışmalar ortaya çıktı. 30 Temmuz 2007'de toplanan bilimsel kurul,

20'ye karşı 3 oyla, rosiglitazonun tip 2 diyabetli hastalarda kalp iskemisi riskini artırdığını kabul etti, ancak yine aynı kurul, ilacın piyasada kalmasını da 22'ye karşı 1 oyla onayladı. Bu ilaç, 1999 yılından beri piyasada olmasına rağmen, birçok bilim adamı, ne üretici firmanın ne de FDA'nın yeterli kadar güvenlik çalışması yapmadığının altını çizdi.

Bir ilacın ruhsatlandırılması, yazılması ve güvenlik incelemesi süreçleri, bilimsel, idari, hukuki, klinik, ticari ve politik olaylardan etkilenmektedir. Bu karmaşıklık içinde, yalnızca bilimin ön plana çıkmasını ve yol gösterici olmasını sağlamak her zaman mümkün gözükmemektedir. Ancak, olayların şeffaf bir şekilde ele alınması herhalde daha doğrudur. Bilimin de, tüm bu süreçlerde bağımsız kalması, ciddi araştırmalar yapması ve verilerini kanıta dayandırması, herhalde saygınlığını artıracak ve sesinin daha gür çıkmasını sağlayacaktır.

Kaynak

Avorn J. Keeping science on top in drug evaluation. *N Engl J Med* 2007; 357: 633-635

Emin Olgun: "Türkiye'de eczacılık, dermokozmetik ve besin takviyelerine kaydı!"

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Bir önceki sayımızda SUT hakkında dernekler ne diyor diye araştırırken, özellikle ÖZGÖRDER'in yaptığı "SUT ile görüntüleme ve ilaçta rant özel hastanelere kaydı" açıklaması, bizim ilaç sektöründe de bir rant olup olmadığı, varsa bu rantın nereye kaydığı ya da kaymadığı, SUT'un ilaç sektörüne etkilerinin nasıl olduğu, sağlık sektörünün saç ayaklarından eczacıların durumdan nasıl etkilendikleri gibi sorunların

yanıtlarını araştırmamıza sebep oldu. Tabii sadece bunlar da değil; son yıllarda eczanelerin ve dolayısıyla eczacılığın konsept değiştirdiği sizin de gözünüzden kaçmamıştır. Eczaneler, ilaçtan ziyade kozmetik ürünler, vitaminler, besin takviyeleri ile bambaşka bir silüet kazandı. Özellikle altı çizilerek verilen 'ilaç değil, besin takviyesidir' denilen ürünlere eczacıların hakimiyeti var mıdır? Eczacılık nereye gidiyor? sorularının cevaplarını öğrenmek üzere İlaç ve Eczacılık Kurumu Derneği (İVEK) Başkanı Emin Olgun'la görüştük. Olgun, ilaç ve ecza-

cılık sektörü ile ilgili tüm sorularımızı büyük bir titizlikle cevapladı.

Öğrendik ki, ilaçta da birçok sorun varmış. Bu yıla kadar açılan eczane sayısı kapanan eczane sayısından hep fazlayken bu oran tam tersine dönmüş. Yakın zamana kadar sürekli yükselen ilaç fiyatları, artık hep düşüşteymiş. Bütçe Uygulama Talimatları eczacıların önündeki en önemli engelmış...

Akif Tan: Sohbetimize sizi ve derneğinizi tanıyarak başlamak için öncelikle



şunları sormak istiyorum: İVEK nedir? Ne zamandan beri tanınıyor? Nereye doğru gidiyor?

Sağlık sisteminde en azından bilimsel literatür ve diğer genel literatürde sağlığı ele alan sizin gibi bir yayın yok. Aynı şekilde sağlık mesleklerine doktor olabilir, eczacı olabilir bunlara bilimsel ve teknik yaklaşım sergileyen bir kurum veya kuruluş yok. Meslek örgütlerimiz var ama meslek örgütlerimizin olmasıyla her zaman her şeye çözüm getiremiyorsunuz. Bunun üzerine biz beş yıl önce, bilimsel ve teknik alt yapısı olan bir dernek oluşturalım dedik. Yani bu 5 yıllık bir süreç. İki yıldır da, resmi faaliyete başlamış durumdayız. Dernek tam olarak faaliyete geçmeden önce dernek fikrini oluşturan arkadaşlar olarak toplantılar, diyaloglar (hem resmi hem de özel kurumlara) kurma şeklinde faaliyetlerimiz oldu.

Üyelerimizin yüzde 60'ı İstanbul'da. Ancak Türkiye'nin her tarafında üyelerimiz var. Mesleğe katkısı olan insanları üye yapıyoruz yani her üye olmak isteyeneye açık bir dernek statüsü oluşturmamak. Üyelerimizin bir teknik donanımı olsun istedik.

Mesleğinizin ufkunu açacak, geleceğine yönelik projeler üretebilecek kişileri bulmak zordur. Biz hangi kanattan olursa olsun bu arkadaşlarımıza ulaşmak istiyoruz. Alt yapısı olan, teknik donanımı olan insanlarla çalışmak, onları kendi üyemiz yapmak gibi bir çalışmamız var. Bu konuda da başarılı olduğumuza inanıyoruz.

Yasemin K. Şahinkaya: Sağlık sektöründe son zamanlarda yaşanan değişimlerden eczacılar nasıl etkilendi? Siz dernek olarak değişim adına neler yapmayı planlıyorsunuz?

Kabul etmek lazım ki sağlık, son 3-4 yıl içinde en hızlı dönüşen, en hızlı değişime uğrayan alanların başında geliyor. Değişen teknoloji var, mevzuat var. Bir başka alan yok bu kadar hızlı değişime uğrayan. Bundan 10 yıl önce insanların hayal edemeyeceği değişimler gerçekleşti. Ama her değişimde sancılar, sıkıntılar vardır. Oluşmuş alt yapılar vardır. Oluşmuş alt yapıların tamamen değişmesinden kaynaklanan problemler vardır. Dolayısıyla bu sıkıntıları biz içinde olanlar olarak yaşıyoruz. Sadece eczacılar olarak da değil üstelik, sağlık sektöründeki herkes bunu yaşıyor. Sağlıkla ilgili hangi meslek grubunu ele alırsanız alın o değişimin yaşandığını, bazı değişim sancılarının görüldüğünü gözlemliyoruz. Ama en çok etkilenen alanlardan biri eczacılık.

"Sağlıkta dönüşüm" denilen sistemde

ilk önce ne yapıldı? Hastanelerdeki eczaneler kapatıldı, oradan hizmet alan hastalar serbest eczanelerden hizmet alır oldu. Bunun getirdiği çeşitli sıkıntılar oldu. İlaçlarla ilgili düzenlemeler gibi çok sık değişiklikler oldu. Tabii bunların hepsi değişimin sancılarını da beraberinde getirdi.

(A.T.) Bunlar eskiden beri biriken problemlerin çözümü için atılmış bir adımdı, yapılması gerekenlerdi aslında... Yani bu hastane içindeki eczanelerin kapatılması ve hastaların özel eczaneleri yönlendirilmesi doğru bir adım mı? Olması gereken mi? İleride meseleleri çözüme ulaştırması için karşılayacak adımlardan biri mi demek lazım?

(Y. K. Ş) ÖZGÖRDER'in SUT için yaptığı, "SUT ile rant hastanelere kaydırıldı. Bu özellikle görüntüleme ve ilaçta..." açıklaması hakkında ne diyorsunuz? Gerçekten durum böyle midir?

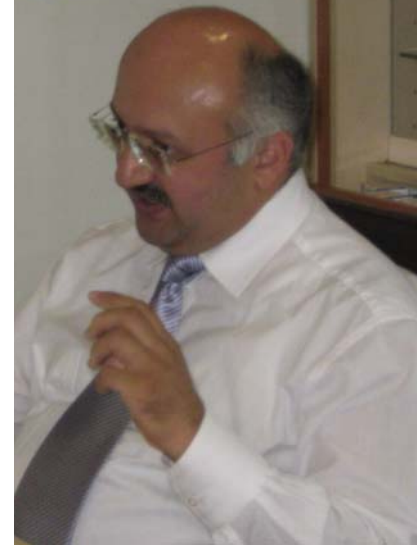
Dönüşüm öncelikle hastanelerde başladı. Arkasından eczaneler yansıldı. Şöyle görmek lazım: Türkiye nüfusunu oransal olarak yüzde 40'ı SSK'lı, belki yüzde 35'i.

Türkiye'de klasik bir SSK Hastanesi anlayışı vardı. Sadece o hastanelere gidebilir, sadece o hastanelerde muayene ve tedavi olabilirsiniz. Onun dışında tedavi ve muayene olmanız, ilaçlarınızı almanız mümkün değildi. SSK Hastaneleri'nin sayısına baktığınız zaman bir Devlet Hastanesi sayısı kadar olmadığını görüyoruz. Belki büyük kentlerde büyük hastaneleri vardı SSK'nın ama büyük kentlerde de SSK'lı oranı nüfusa kıyasla çok yüksekti. İstanbul'un yüzde 55-60'ı SSK'lı. Belki bir Güneydoğu'da, Karadeniz'de, Doğu Anadolu'da bu kadar değildir. Memur oranı, Bağ-Kur'lu oranı yüksektir. Ama büyük kentlere geldiğiniz zaman çalışan oranı artıyor, dolayısıyla SSK'lı oranı artıyor. Hizmet alacak halk kitlesi daha fazla. Hepimiz biliyoruz SSK hastanelerinde yaşanan zorlukları, sıkıntıları. İnsanların bu nedenle sürekli özel hastanelere gitmek zorunda kaldıklarını ve her türlü giderini kendisi karşılamak zorunda kaldığını.

Bir dönüşüm yaşandı. Önce devlet hastanelerine açıldı. Devlet hastaneleri de yetmedi, sonra özel sektöre açıldı. Bu bir süreç bence, onu görmek lazım...

(Y. K. Ş.) Bu arada şimdi Üniversite Hastaneleri de açıldı...

Evet. Tüm hastanelere vatandaşımız hiçbir ayırım olmadan gidebilir hale geldi. Böyle bir dönüşüm yaşandı. Niye buna gerek duyuldu. Ben şöyle



"Son fiyat kararnamesine kadar ilaç fiyatları hep enflasyon üzerinde zam almış. Hep! Enflasyon yüzde 50 ise ilaca yüzde 60 zam gelmiş. Aslında eczacı için de bu bir rant kapısı olmuş."

bakıyorum: Şu an İstanbul'da 12 milyonluk kent, ancak kamu yaklaşık 20 yıldır tek bir hastane yatırımı yapmamış. Sadece Ümraniye Devlet Hastanesi'ni açmış. Onu da tam açamamış. Sadece poliklinik hizmeti verir bir pozisyonda açmış. Yirmi yıl önce insanlar yine hastanelerde kuyruktayken, yirmi yıl sonra artan nüfusla birlikte hastanelerin yetersiz kalmasını anlamak çok zor değil. Çok ciddi bir hasta stoğu oluşmuş. Bunu bir şekilde eritmeniz lazım.

Ayrıca Türkiye'de belli bir hekim kapasiteniz var. Biz görüyoruz ki hâlâ bir hekim günde 80-100 poliklinik yapılıyor. Bir hekim bir hastaya 5 dakika ayırsa, 500 dakika bir hekimin hiç ara vermeden 8 saat çalışsa 480 dakika yapar. Yani bu mantıkla bir hekim bir hastasına 5 dakika ayıramıyor. Hekim çay mı içmeyecek, diğer ihtiyaçlarını mı gidermeyecek, elini yüzünü mü yıkamayacak? Hasta geldi, neyin var, reçete yaz şeklinde sağlık sisteminin bu şekilde sağlıklı döndüğünü söyleyemeyiz. O zaman mantıken bu hasta stoğunu dağıtmak gerekir. Ben özel sektöre açılmasını çok mantıklı buluyorum.

(A. T.) Revize edilmesi gereken yerler var tabii ki. Peki gerçekten rant var mı? İlaçta yaşanan problemler aşıldı mı?

Bazı şeyler vardır ki insan alt yapınızla da alâkalıdır. Mutlaka açık noktalar olacaktır. İnsanlar suiistimal etmeye kalkacaklardır. Ama burada devletin aslî vazifesi kontroldür. Gerekli caydırıcı cezaları vermek gibi bir eğiliminin de olması lazım. Bence devletin bunu



sağlaması lazım...

Çok iyi bir kontrol mekanizması oluşturması lazım ki ona da alt yapı olarak gittiğine inanıyorum ben.

Eczanelerde bu kısmen oldu, şimdi hastaneler de 'medula' sistemi ile kontrol edilebilir oluyor. Yani siz 80 poliklinik yapmışsınız, o 80 polikliniğin hepsinden akciğer grafisi istemişsiniz. Bunu sistem kontrol edebildiği, hesabını sorabildiği zaman kara delikler kapanacaktır. Bu noktaya gidilmesi lazım.

İlaçta da benzeri şeyler var. Belki bir hekim o gün oturdu 50 tane poliklinik yaptı 50'sine birden aynı ilacı yazdıysa, o zaman sistem o hekimi sorgulayabilir olmalı ve sorgulayabilir olduğu zaman bazı şeyler kontrol edilebilir hale geliyor.

Bunlar tamamen teknolojik alt yapıyla alâkalı. Daha dün belki kağıt kalemle yapılan her şey provizyon sistemine geçmiş durumda. İlaç alıyorsunuz provizyon veriyorsunuz. Siz tıp merkezinde, hastanede hastayı kabul ediyorsunuz provizyon alıyorsunuz sistemden ve hastayı ondan sonra muayene ediyorsunuz. 'Şunları yaptım, bunları yaptım' diye fatura ekinde gönderiyorsunuz. Yani bunlar neticede bir gün gelecek kontrol edilecek. Belki kontrol mekanizması şu an yavaş yürüyor, bazı sıkıntıları var ama yürüyor.

Son düzenleme ile görüntüleme merkezinin yönetmeliğinde değişiklik yapıldı. Görüntüleme merkezleri SGK ile değil de hastanelerle anlaşma yapabilir statüye döndü. Bizim insanımız maalesef açık kapıları sonuna kadar kullanmayı çok sever. Sistemde vur dediği zaman öldürmeyi sever. Böyle bir ikilem vardır.

Tabii doktorla görüntüleme merkezlerinin hiç hoş olmamasına rağmen, hiç istenmeyen, gayr-i nizami ve gayr-i yasal ticari ilişkiler içine girmesi sistemin bunu nasıl önlerim mantığına doğ-

ru kayılmasına sebep oldu. Tam önleyebilir mi bunu zaman gösterecek.

(Y. K. Ş.) Peki, ilaçta durum...

İlaçta da durum pek farklı değil. Sorunlar var ama ben kesinlikle aşılabacak diye düşünüyorum.

Öncelikle şunun ayrımını yapmak lazım: Bir yatan hasta ilacı var, bir de ayakta tedavi için kullanılan ilaçlar var. Yatan hastanın her şeyinin hastaneden verilmesi gerekmektedir. Ama ayakta hastanın da hiçbir şeyinin hastaneden verilmemesi lazım. Genel mantık bu olması lazım. Bu hasta konforu için bence gerekli. Mevzuat vardı fakat hastaneler ihale yapamadıkları, ilaçları alamadıkları için dışarıya gönderiyordu. Şimdi yeni bir yönetmelik yayımlandı. Bununla birlikte yatan hasta reçeteleri hastane eczanelerinde geçiş süreci sonucunda başarılabiliyorsa alınacak diye bir şey var. Ama ben bunun tam 120 gün sonra hayata geçebileceğine inanmıyorum. Çünkü ihale kanununa bağlı gerekli yönetimlik düzenlemeleri yapılmadı. Dolayısıyla hastanelerin şu an o bahsedilen ihalelere fiilen çıkması mümkün değil ve o ilaçları almaları mümkün değil.

(Y. K. Ş.) Ne olacak size göre?

Şöyle bir şey var: Hastanız gidiyor, bir ameliyata giriyor, ameliyathanenin kapısında bekliyorsunuz. Bir kişi kapıyı açıyor, tutuşturuyor elinize bir reçete. 'Gidin bunu alın. Hastanıza lazım, acil' diyorlar. Siz gidip alıp geliyorsunuz. Belki o sırada hastanız ameliyattan çıktı, belki o reçete doktor tarafından bile istenmedi, belki alınan ilaçlar hastanıza hiç kullanılmadı. Ne olduğu belli değil. Ne olduğunu anlamak da mümkün değil. Veya yatan hastanın yakını yok. Reçetesi çıktı. Nasıl olacak? Ya hasta bakıcı gidip alacak, ya dışarıdan birileri gelecek o reçeteyi alacak, götürececek ilacı getirecek. Eksik getirecek, tam getirecek, getirmeyecek, neyse... Yani tamamen girift bir iş. Hasta konforu açısından hastanede yatan hastanın her ilacının has-

taneden verilmesi gerekir. Hastanede yattığı sürece kullanılan tıbbi malzemenin de ilacın da hastane tarafından karşılanıyor olması lazım.

Şu an gelen durum bu, fakat burada sıkıntı var. Yani bu yönetmelik bir şey daha getirdi. Ayaktan tedavide kullanılan paranteral ilaçlarının tedavisi ve kemoterapi ilaçlarının tedavisi gibi bazı olmaması gereken ilaç grubunu da tekrar hastane eczanelerine dahil etmek gibi bir eylem içine girdiler. Bu sektör için sıkıntılı. O zaman çeşitli sıkıntılardan dolayı kapattığınız SSK Hastaneleri'nin eczanelerini tekrar ayaktan tedaviye açıyormuşsunuz gibi bir hava oluşuyor. Şu anda talimat-taki sıkıntı, eczacıların, meslektaşlarımızın karşı durduğu nokta bu. Ayaktan tedavideki bir grup ilaçların eczanelerden alınıp hastane eczanelerine verilmesi operasyonudur. Ama yatan hastaların ilaçlarının verilmesinde aynı şeyi söyleyemem.

(A. T.) Reçete yazılması, reçetelerin karşılanmasında da sıkıntılar var. Eczacılar baktığınız zaman bu konuda doktorların yeteri kadar itinalı, mevzuata uygun reçete yazmaması, doktorlara baktığınız zaman da eczanelerin bu ihtiyaçları karşılamaması gibi aslında suçlamak değil ama kendini daha haklı görmek gibi bir anlayış var. Sıkıntı nerede ve nasıl çözülebilir?

Aslında Bütçe Uygulama Talimatları hem hekimin hem eczacının karşısında en büyük problemlerden birisidir. Çok sık değişmesinden, yazım dilindeki açık olmayan ifadelerden kaynaklanan sorunlar kümesi... Bir bütçe uygulama talimatı yayınlanıyor, öyle bir cümle yazılmış ki, o cümleyi siz verebilir de anlayabilirsiniz, verebilir de anlayabilirsiniz... İnceleyen kişiler de genellikle verilmemesi gözüyle yorumladıkları için, o cümleler hep karışımıza engel olarak çıkıyor. Hekim reçetesini, raporunu düzenlerken pozitif bakıyor. Ama Kurum tersten anladığı için problem yaşıyor, hastalar da mağdur oluyor.

(Y. K. Ş) Yani Bütçe Uygulama Talimatları sorun... Peki bu sorun nasıl aşılr?

Bütçe Uygulama Talimatları yayınlanıyor ve yayınlanır yayınlanmaz hemen yürürlüğe giriyor. Belki yayınlandığı anda okunsa, incelenirse, bir geçiş süreci konsa problem olmayacak. Hekim öğrenecek, eczacı öğrenecek, hasta bir sonraki aşamada ilacını nasıl alacağını öğrenecek. Hatta ona göre düzenlemeler bile yapılabilir belki. Son bütçe uygulama talimatında bir geçiş süreci oldu ama bundan öncekiler yayınlandığı gün yürürlüğe girdi. Veya bir değişiklik olurdu, de-ği-

“Eczanelerde bir konsept değişimi yaşandı. Eczacılar mecburiyetten bu alana kaydı. Dermokozmetik ve besin takviyeleri ile eczacı da yeni bir alana girdi. Türkiye’ye o kadar çok ürün geldi ki bunların her birini bilmek eczacı için imkânsız.”



şiklik olduğu gün yürürlüğe girerdi. Bunu hekim bilmiyor, hasta bilmiyor, eczacı belki iki üç gün sonra öğreniyor. Hasta reçetesiyle geliyor eczaneye eczacıyla, eczanenin personeliyle negatif iletişime giriyor, belki bağışmalar çağrışmalar oluyor. Belki hasta kızıyor ağza alınmayacak laflar sarf edebiliyor. Bunlar olabiliyor. Hastayı gönderiyorsunuz hekime, mevzuatı takip etmeyen pek çok hekim ‘bu veriliyor, gidip başka bir eczaneden alabilirsiniz’ diyor. Hekim ‘neden mevzuatı takip etmiyor’ diye sorgulayamıyorum. Doktor belki süreç içinde kendi mesleğindeki ilaçların nasıl yazılabileceğini, hangi ilaçları yazamayacağını ya da hangi şartlarda yazabileceğini öğrenecek. Ama şu anki uygulamada bu tür bir eğitim çalışması da yok, bilgilendirme de yok.

(A. T.) Evet hekimler geri dönüşlerde sorunu fark ediyor. İlacını alamayan hasta ya da eczanenin doktoru uyarılmasıyla doktor durumu öğreniyor. Hiçbir hastanede doktorların bu konuda bilgilendirilmesi gibi uygulama yok. Peki nasıl olacak bu durum? Bir gelişme olacak mı?

Biz ümit ediyoruz. Yani Türk milleti çok ümitkârdır. Çok cefakârdır. Bu sıkıntıları her 5 yılda bir gelen ekonomik krizlere rağmen, bu kadar morallerinin düzgün olması millet olarak umut dolu olmasından kaynaklanıyor. Dolayısıyla umutluyuz. Sosyal Güvenlik Kurumu artık tek çatıya doğru gidiyor. Sağlık sektöründe hizmeti satın alan tek kurum haline dönüyor. Belki bu yıl sonunda cumhurbaşkanımızın veto ettiği düzenlemeler de tekrar geçecek. Dolayısıyla Türkiye’de herkes sağlıkla ilgili olarak bir sosyal güvence altında eşit olacaklar. SKK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kartlı, çalışan ya da emekli... Nüfusun yüzde 98’i diyelim, belki 1-2 herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vardır.

(Y. K. Ş.) Özel sigortalılar...

Onlar muhakkak bir sosyal güvenlik kurumunun mensubu zaten

(A. T.) Tamamlayıcı sağlık sigortası kullanılıyor artık...

Evet, olabilir. Yurtdışında uygulamalar farklı biliyorsunuz. İnşallah biz o noktaya gelmeyiz. Bir Amerika’da kişi başına devletin harcadığı para çok yukarıda (4-5 bin dolarlar seviyesinde) ama belki nüfusun yüzde 30’u sağlık sistemine ulaşmıyor. Bizde tam bilmemekle birlikte kişi başına harcanan paranın 400 - 500 dolar civarında olduğunu sanıyorum ama herkes, her türlü tedaviye ulaşabiliyor. Aslında bizde sağlık sisteminde tam bir sosyalist bir yapı var. Yani bütün vatandaşlar ister pirim ödesin, ister ödemesin, her türlü sağlık ve tedavi sistemine ulaşabiliyor.

SGK sıkıntıları aslında yavaş yavaş görüp, eğer bir değişiklik yapacaksa, bir ilacı kontrol altına alacaksa ya da herhangi bir şey yapacaksa orada bir geçiş süreci koymalı. Bu sürece bilgilendirme süreci de diyebiliriz. Bu süreç içinde reçetesini yazan hekim, ilacı veren eczane ve hasta bilgilendirilmiş olacak ki sorunlar bu sayede azalacaktır. Hasta eczaneye geldiği zaman diyecek ki eczacı “bak iki ay sonra bu raporun değişecek, şöyle bir şey gerekecek, bir ay sonra şunu şöyle alman gerekecek ona göre hazırlığını yap.” Bu hekimi de bilgilendirecektir.

Biz şunu yapıyoruz; civardaki sağlık kuruluşlarına hekimlere bütçe uygulama talimatında kendi alanlarıyla ilgili değişiklikleri gönderiyoruz. ‘Şöyle olacak, siz de biz de mağdur olmayalım,’ diyoruz. Hasta çünkü doktoru bilmemekle suçluyor. Belki hekim bilmek zorunda değil ama bilmemesi halinde hastanın gözünde hekimin itibarı zedeleniyor. Hekim de bir yerde öğrenmeye doğru itiliyor, öğrenmek zorunda kalıyor.

Bir geçiş süreci ile yani daha erken kontrol ile bu sorunların ortadan kalkacağını düşünüyorum.

Mesela kolesterol ilaçlarında bir yıl içinde 3-4 defa değişiklik yapıldı. Şimdi tekrar değişiklik yapıldı. Bunların amaçları belki sistemi kontrol etmek belki ama bundan sonra daha tepeden bir perspektifle bakıp, ‘Ben şunun gidişini şöyle görüyorum, şu tarihe geldiği zaman kontrol altına alıp, şöyle yapmalıyım’ deyip, ona göre projesini üretip ona göre de duyurusunu yapması lazım. O zaman sektörde sıkıntı da biter. Ya da en azından azalır.

İlk SSK’lar halka açıldığı zaman bizim ilaç kararnamesi dediğimiz bir kararname var. Onda da bir değişiklik yapıldı. Eczanelerdeki ilaçların alım koşulları da yeniden düzenlendi.

Kârlılıklar yeniden ayarlandı. Kademeli kârlılık diye bir şey yapıldı. Yani pahalı ilaçta daha düşük bir meslek hakkı, ucuz ilaçta daha yüksek bir meslek hakkı tanındı. Şöyle bir problem getirdi bu, pahalı ilaçlar Bütçe Uygulama Talimatı’yla zaten verilmesi çok zor hale geldi. Noktasında, virgölünde, şu şöyle mi oldu, bu böyle mi oldu gibi ibareler kondu. Bunun yanı sıra pahalı ilaçlarda ortalama brüt eczacı kârlılığı yüzde 10’lara indi. Bundan tutuyor eczacı yüzde 4,5 civarında kuruma indirim yapıyor. 30 günde alınan pahalı ilaçların kuruma fatura edilip, geri dönüşü 75-100 günü buluyor. Dolayısıyla en az iki aylık vade farkı oluşuyor. O vade farkı da minimal aylık yüzde 2 şu anda. O da yüzde 4 yapıyor. Oradan sizin yapacağınız kârlılık yüzde 4 zaten, onu da sıfırlıyor. Pahalı ilaçlarda eczacı bir şey kazanmıyor. Ayrıca bırakın kazancı reçete yanlışlıkla geri dönse, bir noktası, bir virgölü kaçırılmış olsa, düzeltilebilirse sadece vadeden kaynaklanan kaybınız oluyor, düzeltmedikleriniz, düzeltmeyecekleriniz var. Tabii mağdur



“Eczanelerde ciddi bir kaos yaşanıyor. Önceden açılan eczane sayısı, kapanandan her zaman fazla iken bu sene bu tersine döndü. Kapanan eczane sayısı daha fazla hale geldi. Bugün bankalar kredi vermek için eczacıların peşinde koşuyor. Önceden eczacının kredi kullanmaya ihtiyacı yoktu. Çünkü kazanırlardı.”

oluyor eczacı.

Veya bütçe uygulama talimatında onunla ilgili hüküm düzenlenmemiş. Bu durumda tahakkukta bunun nasıl yorumlanacağı önem kazanıyor.

Mesela interferonlar, bir önceki talimatta kronik hepatit B tedavisinde ödeneceği ile ilgili düzenleme yapılmamış ama interferonlar daha sonra kronik hepatit B tedavisinde kullanımıyla ilgili Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon onayı almış. Şimdi eczacılar bu ilacın endikasyon onayı var diye ilacı vermişler. Sosyal Güvenlik Kurumu diyor ki bizim bütçe uygulama talimatını çıkardığımız dönemde hepatit B endikasyonu yoktu. Dolayısıyla Hepatit B ile ilgili kayıt konulmadı. Hepatit B'de biz bunu ödemiyoruz. İlacın endikasyonu var. Talimatta yeterli hüküm yok. Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon onayı almaya kalksanız, Sağlık Bakanlığı diyor ki ilaç genel olarak endikasyon onayını zaten almış. Hastaya özel izin veremem diyor. Bu durumda da ciddi bir karmaşa yaşanıyor. Çözüm bulamıyorsunuz. Bir de pahalı ilaçlar bunlar. Her biri çok pa-

halı... Dolayısıyla eczacı bu tür ilaçları vermek istemiyor. Hem getirisi yok, kaybı çok. Piyasa güveni yok! Ona bağlı sıkıntılar yaşanıyor.

Eczacının şu anda önündeki en büyük engellerden birisi fiyat kararnamesinde 5. kademe dediğimiz kademedeki ilaçlar eczacının önünde engel olarak duruyor.

Şimdi hastalar mağduriyet yaşamasın diye her eczacı eğer kendi hastası ise o ilacı veriyor ama kendi hastası değilse o ilaçları veremiyor. Bu durum devletin çözüm getirmesi gereken en önemli noktalardan biridir.

(A. T.) İlaç fiyatları neden bu kadar değişken? Ya da şöyle söyleyeyim, fiyatlardaki indirimler nereden kaynaklanıyor?

Son fiyat kararnamesine kadar ilaç fiyatları hep enflasyon üzerinde zam almış. Hep. Enflasyon yüzde 50 ise ilaca yüzde 60 zam gelmiş. Aslında eczacı için de bu bir rant kapısı olmuş. 2004 yılında fiyat kararnamesi yayımlandı. İlaç fiyatlarında beş Avrupa ülkesi referans alında. Bu 5 Avrupa ülkesinde o ilaç hangi ülkede en ucuzsa, o fiyat üzerinden Türkiye'de satılır diye bir kural getirildi. Bunun akabinde bazı ilaçlarda yüzde 80'e varan fiyat indirimleri oldu.

İlaçta fiyat niye iner?

Bir ilacı siz üretiyorsunuz, 6 yıl boyunca patent korumasını alıyorsunuz. Bir AR-Ge maliyeti var. Bunu maliyet olarak ilacın fiyatı üzerine ilave ediyorsunuz. 6 yıl da (Tüm Avrupa'da ve Amerika'da) devlet sizi koruma altına alıyor. Bu süreç içinde o firma tek üretici ve fiyat Ar-Ge maliyetini karşılarsın diye yukarıda oluyor. 6 yıldan sonra başka firmalar da o ürünü üretebilir hale geliyorlar. İzin çıkıyor. O firmalar artık Ar-Ge maliyetleri olmadığı için çok ucuz bir fiyattan üretilip piyasaya sürüyor. Orijinal ürün de kendi ürününü satabilmek için fiyatını aşağıya çekiyor. Tüm dünyada ilaç rakamları çıkar belli bir rakamda seyrederek aşağıya doğru iner.

Biz fiyat kararnamesine kadar bunun hep tersini yaşadık. İlaç 10 Lira'dan çıktı piyasaya diyelim, enflasyon +5-10 puan hep yukarı çıkan bir ivmede oldu fiyatlar.

Aslında ilaç fiyatlarını dünyada kontrol edilmesi çok zordur. Devletler açısından. Sadece bizim ülkemizde değil. Diğer devletlerde de bu durum vardır. Ar-Ge maliyeti konusunda bir ölçekleme yok. Dolayısıyla ilaç firması bu benim maliyetim dediği zaman yapacak bir şey kalmıyor.

Bunu bir rekabet ortamı haline getirip aşağıya çekmek gibi bir eğilim içine girildi. İlaç kararnamesi ilaç fiyatlarını çok ciddi mânâda aşağıya çekti. Bu uygulamadan dolayı ilaç fiyatları sürekli aşağıya iner pozisyona geldi.

Biz artık ilacın fiyatının çıktığını hiç görmüyoruz. Bu devlet için, alıcı için avantaj. İlaç kararnamesinde ilk yıl SKK'nın halka açılmasına rağmen enflasyon üzerinde sadece yüzde 5 oranında ilaç gideri artmış. Tamamı serbest eczanelerden ilaçların alır hale geldi. Fakat enflasyon üzerinde yüzde 5'lik bir ilaç fiyat harcamanız oldu. Normalde belki iki kat üç kat olması gerekirdi, dolayısıyla devlet için çok anlamlı olduğu açık.

(Y. K. Ş.) Eczacılar açısından?

Eczacılar açısından şu sıkıntılar var. Siz ilacı alıyorsunuz, bugün 100 liradan. Ertesi gün veya iki saat sonra bakıyorsunuz yüzde 10 düşmüş fiyat. Eczacı o ilacı firmaya iade edemiyor. Oradaki kayıplar tamamen eczacıya yansıyor. Bu sektörde ciddi bir sıkıntı oluşturuyor. Eczacılar da ciddi mânâda kayıplara neden oluyor. Bu görünmez, hesaplanamaz gider olarak sürekli yansıyor eczacıya.

Yeni bir fiyat kararnamesi çıktı, onda 45 günlük geçiş süreci ön gördüler. Bu biraz rahatlatıcı. Ama bu fiyat kararnamesine kadar oradaki zararları eczacının telafi ediliyordu. Aslında o ürün üreticisidir. Eczanenin rafında durduğu sürece üreticisidir. Hatta en son noktaya kadar üreticinin sorumluluğunda olması gerekir.

Şimdi yeni fiyat kararnamesi ile bu konuda birazcık düzenleme yapıldı. Bunun eczanelere getirdiği bir durum var. Oransal olarak bakarsak: Ben günde 100 reçete yapıp 10 lira ciro yapıyorsam, bu fiyat düşüşlerinden dolayı 200 reçetede 10 lira ciro yapmaya başladım. İlaç fiyatları sürekli aşağıya düştüğü için benim de eczanede kârlılığım o oranda sürekli aşağıya düşüyor. Kırım, personel giderlerim enflasyon oranında artıyor, teknik donanımı artırıyorum, teknoloji yatırımı yapmak zorunda kalıyorum, yani giderlerim artıyor ama gelirim azalıyor. Bunun getirmiş olduğu bir sıkıntı var. Eczanelerde ciddi bir kaos yaşanıyor. Önceden açılan eczane sayısı, kapanandan her zaman fazla iken bu sene bu tersine döndü. Kapanan eczane sayısı daha fazla hale geldi.

Bugün bankalar kredi vermek için eczacıların peşinde koşuyor. Önceden eczacının kredi kullanmaya ihtiyacı yoktu. Şimdi ise bu ilave maliyetten dolayı en çok kredi talep eden meslek gruplarından biri oldu eczacılık. Ön-

ceden hesabını kitabını yapmıyordu eczacı. Alıyordu satıyordu, bir şekilde kâr ediyordu. Şimdi eczacı yüzde1 kaybını bile hesaplamak zorunda ve hesaplıyor. Yoksa işletme ayakta kalamaz.

(Y. K. Ş.) Eczanelerde yaşanan konsept değişimi bu yüzden mi? Yani reçetesiz satılan dermokozmetiklerin, vitaminlerin ve besin takviyelerin nedeni bu mu?

Evet, eczanelerde Batı'da olduğu bir konsept değişimi yaşandı. Batıda da öyledir, gidersiniz bir eczaneye, eczanede ilacı görmezsiniz. Hasta reçetesini alır gelir. Onu eczacı hizmet olarak sunar. İlacını verir gönderir. Daha ziyade dermokozmetik, vitamin takviyesi, beslenme destekleyici ürünler olarak yaygın bir pazara hitap eder eczacılar orada.

Şu an Türkiye'de de eczacının geldiği nokta budur maalesef. Şu anda ilacın yüzde 88 alıcısı devlet, yüzde 10 özel sigortalar. Geri kalan yüzde ikilik kesimde de vatandaş kendi cebinden alıyor. Geriye eczacının rahat hareket edebileceği, hizmetini sunup karşılığını alabileceği tek bir alan kaldı. Bunlar beslenme takviyeleridir, sağlık destek ürünleridir, vitaminlerdir, dermokozmetiktir... Eczacılar mecburiyetten bu alana kaymaya başladı.

(Y. K. Ş.) Bu ürünleri alıp satmanın ötesinde eczacının belli şeyleri de mesela izinlerini, yan etkilerini takip etmesi ya da bu konuda müşterisini uyarması gerekmiyor mu? Nihayetinde bu ürünler reçete ile satılmıyor. Sizin dernek olarak bu konuda bir yaptırım gücünüz var mıdır?

Türkiye'de dermokozmetiklerle ilgili bir yasa çıktı. Dermokozmetik ruhsatı şu şekilde alınıyor: Siz firma olarak getiriyorsunuz ürünü, 'bu ürünün tüm sorumluluğu bendedir, herhangi bir sıkıntı olursa sorumlusu benim' diyorsunuz. Herhangi bir talep olduğu zaman dosyayı Sağlık Bakanlığı'na vermek üzere hazır tutuyorsunuz. Ruhsat aşamasında onu bile vermiyorsunuz. Türkiye'de sistem çok yavaş çalıştığı için ve bürokrasi çok fazla olduğu için onları denetleme mekanizması da çok yavaş. Bu sayede birçok ürün geliyor, gelen ürünler kontrol edilemiyor.

Bu ürünlerle eczacı da yeni bir alana girdi. Türkiye'ye o kadar çok ürün geldi ki bunların her birini bilmek de eczacı için imkânsız hale geldi.

(Y. K. Ş.) Son zamanlar Lida ile ilgili yaşananları takip ediyorsunuzdur. Burada olduğu gibi izinleri iptal edilen, aslında besin takviyesi olmayıp da o kategoride satılan ilaçlarla ilgili

eczacıların bir sorumluluğu yok mu? En azından satmamak ya da müşterilerin uyarmak gibi...

Dermokozmetiklerde, beslenme takviyelerinde vs. bir eczane ağı üzerinden geçen ürünler var bir de saadet zinciri tarzında satılan ürünler var. Lida normal şartlarda eczane kanalında satılan bir ürün değil. Birkaç eczacı internet üzerinden topluca satın almış ve satmış. Ama normal şartlarda ya internet üzerinden ya da saadet zincirinden alabileceğiniz bir ürün. Onun içindeki etken madde, ilaç ruhsatı ile satılması gereken bir ilaçtaki etken maddedir. Onun iki katı oranında etken madde var Lida'nın içinde.

Normalde Sağlık Bakanlığı'nın buna ithal izni vermemesi gerekir. Sağlık Bakanlığı önce buna ithal izni verdi. Sonra etken maddeyi karşılaştıktan sonra ithal iznini geri çekti. Eczaneler tam dağılacakken geri toplatıldı ürün. O aşamaya da gelmişti. Besin takviyesi olarak ruhsatlandırılmışken iptal edildi. Normal şartlarda o bir ilaçtır. İlaç gibi ruhsat alması gerekir. Bir ürünün ilaç gibi ruhsat alabilmesi için minimal iki yıllık bir süreç var. Siz bugün müracaat ettiniz. Bütün evraklarınız tamam. Normal süreç işlerse, hiçbir eksik hata olmazsa iki yıl sonra ilacınıza ruhsat alabiliyorsunuz.

Ama beslenme takviyesi olarak müracaat edip alırsanız, o zaman iki üç ay içinde ürüne ruhsat alıp, Türkiye'ye getirebiliyorsunuz. Sıkıntı burada. Bahsettiğimiz ürün ve pek çoğu ilaç olarak müracaat edecek, ilaç olarak ruhsat alıp getirilebilecek. Hekimler reçete edebilecek, belli dolaşım grubu hastalığı olanların dışındaki hastalar kullanabilecek, belki! Ama normal ilaç prosedürüne tabii olacak. Firma ilaç olarak almamış kolay olsun diye beslenme takviyesi olarak çıkarmış. Lida tehlikeli midir, değil midir? Neticede o gruptaki ilaçların hepsinin bir sürü yan etkisi var. Hekim kontrolünde kullanılması gereken bir üründür. Belki Lida ilaç olarak ruhsat alacak ve satılacak eczanelerde.

(Y. K. Ş.) Hâlâ satılıyor gerçi... Peki, sizce Türkiye ilaç üretmiyor mu?

Bir ilacın ilaç olarak ticari piyasaya çıkabilmesi için en az 10-15 yıllık emek gerekiyor, bunun için bir Ar-Ge bütçesi ayırmanız gerekiyor. Bazen 10 milyon dolarlardan 55 milyon dolarlara çıkan rakamlar olabiliyor. Türkiye'de Ar-Ge'ye yeterince bütçe ayrılmıyor ya da ekonominin yapısından dolayı belki ayrılmıyor. İnsan Ar/Ge yatırımını 10-15 yıllık bir yatırım olarak yapıyor. Bu da bir ülkede 10-15 yıl sonrasın görebilmeniz anlamına geliyor. Biz de böyle bir öngörü mümkün



“SGK sıkıntıları aslında yavaş yavaş görüp, eğer bir değişiklik yapacaksa, bir ilacı kontrol altına alacaksa ya da herhangi bir şey yapacaksa orada bir geçiş süreci koymalı. Bu sürece bilgilendirme süreci de diyebiliriz. Bu süreç içerisinde reçetesini yazan hekim, ilacını veren eczane ve hasta bilgilendirilmiş olacak ki sorunlar bu sayede azalacaktır.”

olmadığı için insanlar Ar-Ge'ye yatırım yapmıyorlar.

Türkiye'de yerli ilaç sanayi güçlüdür. Birçok ülkeden güçlüdür. Mustafa Nevzat bugün Amerika'ya ilaç ihraç ediyor. Ama dönüp bakarsanız, ilgili firma hammaddeyi üretmiyor. Hammaddeyi bir ülkeden alıyor, tablet, kapsül ya da şurup haline getirip satıyor. Şu an Türkiye'de üretilen az miktarda madde vardır. Gerçekten ilk aşamadan başlayıp son aşamaya kadar sentezlenen az miktarda madde vardır ama çok az. Yerli firmaları da yabancı firmalar satın almış durumda.

Gülay Göktürk: "Sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlıkta olmalı!"

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Gülay Göktürk ile konuşmaya giderken, genel konseptimize uygun olarak sağlık sektörüne dışarıdan entelektüel bir bakış alacağımızı düşünüyorduk ki, sektöre entelektüel olmanın yanı sıra son derece hakim, profesyonel bir bakış açısıyla karşılaştık. Hatta o kadar ki özellikle organ bağıışı konusunda bir yasa teklifi oluşturacak kadar bu konu üzerine düşünülmüş, çalışmış geniş perspektifte bir bakış açısı... Özellikle sağlık sektörü ile ilgili gündemi, mevzuatı yakından takip eden, bu konuda düşünen entelektüel bir göz... Biz ko-

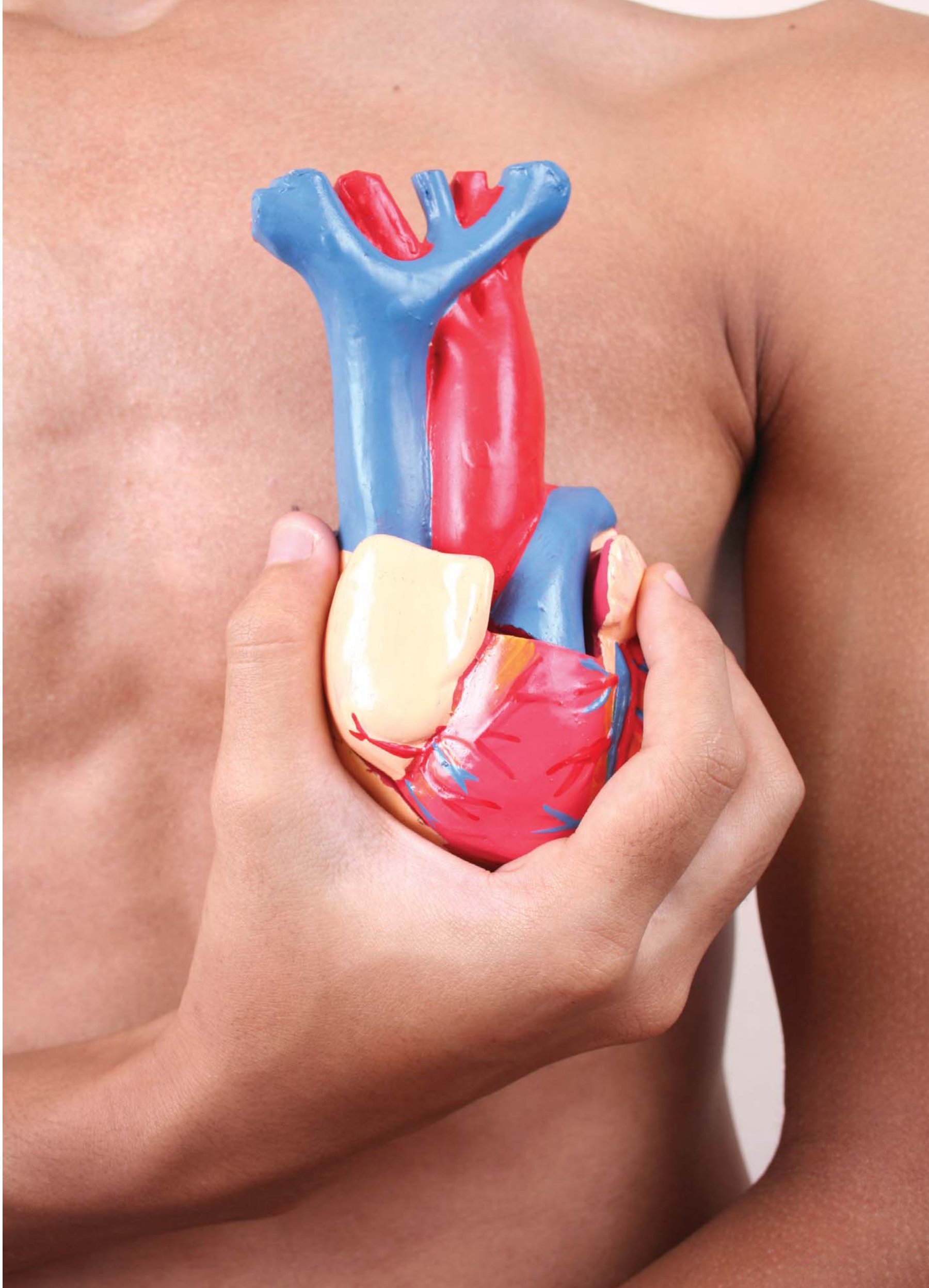
nuşurken son derece keyif aldık, umarız sizler de okurken aynı keyfi ve bizim gibi 'evet, olabilir, gerçekten de öyle' diyebileceğiniz fikirlerin doyumsuz tadını alabilirsiniz.

Akif Tan: Bugün Türkiye'deki sağlık sektöründe herhangi bir vatandaşın en sık karşılaştığı sorun sizce nedir? Hastaneler mi, doktorlar mı, tıbbi ekipman mı, sektörün kendisi mi, bir anlayış mı? En çarpıcı handikapımız nerede? Veya her şey çok yolun da mı gidiyor?

Ben dünyada sağlık sistemini halledebilen bir ülke görmedim. Özellikle İngiltere'ninkini ve Amerika'ninkini ol-

dukça iyi biliyorum, tanıyorum. Ben bir kez İngiltere'de hastalandım, acil serviste bir doktoru görebilmek için tam 4 saat beklemek zorunda kaldım. Refah devletinin bir ürünü olan, tamamen sosyalle olmuştur sağlık sistemi birçok yerinden çökmüş İngiltere'de, çalışmıyor. Öte yandan Amerika'da orta sınıftan çalışan insanların dışsız olduklarını gördüm. Çünkü dış yaptırmak, eğer sigortanız yoksa, yeni işe girmişseniz, bir servet olduğu için dışlarını yaptıramıyorlar. En basit bir operasyonda bile 1.000 dolar vermeniz gerekiyor. Çok çok pahalı. Türkiye'de, bir liberal olmama rağmen, sağlık sisteminin sosyal devletin son kalacağı yer olması gerektiğini vicda-







“Türkiye’de, bir liberal olmama rağmen, sağlık sisteminin sosyal devletin son kalacağı yer olması gerektiğini vicdanen kabul ediyorum. Yani sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlık alanında olmalı. Biz öyle bir sistem kurmalıyız ki ihtiyacı olan herkesin, her türlü sağlık hizmetinden, sonuna kadar, hiçbir ödeme yapmadan yararlanabilsin. Bunun yanı sıra parası olanlar da belli bir bedel ödeyerek sistemi sübvansesin.”

nen kabul ediyorum. Yani sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlık alanında olmalı. Dışarıdan baktığınızda ne görüyorsunuz dersiniz söyleyeceğim şudur: Biz öyle bir sistem kurmalıyız ki ihtiyacı olan herkesin, her türlü sağlık hizmetinden, sonuna kadar, hiçbir ödeme yapmadan yararlanabilsin. Bunun yanı sıra parası olanlar da belli bir bedel ödeyerek sistemi sübvansesin. Şu an biraz öyle. Biz olmayanlarınkini temin ederek ama olanlarda katkı payı diye aldığımız şeyi de bugünkünden biraz daha fazla alarak böyle bir sistem kurabiliriz diye düşünüyorum. Tümüyle herkese bedava diye bir şey zaten olamaz, dünyanın hiçbir yerinde olamıyor. Fakat bizim şu andaki mevcut sistemde, parası olanlardan katkı payı diye aldığımız miktar bana biraz az geliyor. Daha artırılabilir.

Çünkü genel olarak bizim halkımızda sağlığı para harcama eğilimi çok kuvvetli değil. Yani dar gelirli olsa da insanlar düşün yapmayı, çeyiz yapmayı, altın takmayı, bilezik takmayı ihmal etmiyor ama sıra kendisinin bir tedavisi-

ne geldiği zaman eğer hastane o ilacı vermiyorsa, pahalıysa almayabiliyor.

(A. T.) Tarama programlarına falan da hiç itibar yoktur...

Evet, hiç itibar yoktur. Devlet bana bakmak zorunda, gibi bir anlayış var. Kendi sağlığı için, tatiline harcar gibi, düşününe harcar gibi para harcamıyor. Bunu bir lüks gibi görüyor. Sanki devletin yapması gereken bir şeyi kendi yapmış da kazık yemiş gibi davranıyor. Bunun kırılması lazım. Ödeme gücü olanların daha çok ödemesi lazım, ödeme gücü olanların da hakikaten en ileri sağlık hizmetlerinden çok rahat yararlanması lazım.

(A. T.) Devlet sağlık sektöründen öğrendiğince çekilme eğilimi içinde. Hizmet satın almak politikasıyla ciddi değişimler yaptı. Bunun da iyi sonuçları da, aksayan yönleri de var. Beklenenden daha iyi bir adaptasyon süreci var. Genelde bu trendi nasıl buluyorsunuz?

Ben esas olarak hizmet satın alma fikrine taraftarım. Yani aynı şeyi devlet eğitimde de yapmalı. Madem bu kadar özel okulumuz var, bunlardan hizmet satın almalı. Hizmet satın alma fikri güzel. Nitekim bu sistem ekonomik anlamda daha ucuz. Ama burada istismara kapalı bir sistem kurmak gerekiyor. Çünkü bu konu istismara çok açık. Özel hastanelerle ilgili en basit sıkıntıyla gelen hastalara bile parasını nasılsa devletten alacak diye bütün tetkikleri birden yaptığı gibi pek çok olay duyuyoruz. Bunun faturası çok ağır olur devlete. Bu yapılmalı ama bunun çok ciddi bir denetim sistemiyle birlikte yapılması lazım.

(Yasemin K. Şahinkaya) Özel sektör bunun altından kalkabilir mi? Özel sektör sağlık sektöründe yetkin olabilir mi?

Şu an son teknolojiyi hemen getiren, bu konuda dünyayı çok yakından takip eden, tıp teknolojisini çok yakından takip eden gelişmiş bir özel sektör var. Elbette ki devletin elindeki o köklü hastaneler yok olacak değil. Onlar varlıklarını zaten devam ettirecekler. Ama bunun yanı sıra gelişen özel sektörün, ben çok daha hızlı gelişeceğini, aynı zamanda bir bölgeye hizmet vereceğini düşünüyorum. Biliyorsunuz bir sağlık turizmi yaşanıyor. Bunun ileriye daha da gelişeceğini düşünüyorum. Çünkü fiyatlar çok ucuz. Hem Avrupa’da hem de Ortadoğu ülkelerinden ciddi bir şekilde ucuz.

Hızla gelişen özel sektör kendi içinde çok ciddi bir rekabet yaşıyor. Bu rekabet de onu geliştiriyor. Bu sektör içinde çürükler de, sağlamlar da olmaktadır. Ama zamanla çürükler elene-

cek, tutunamayacaktır. Sağlıklı bir gelişim mutlaka olacaktır. O konuda benim bir kuşku yok. Fakat geçiş döneminde devlet kanalıyla paralar geldiği için o konuda bir istismara dikkat etmek lazım. Yoksa potansiyeli var.

(Y. K. Ş.) Peki ya doktorlarımız?

Türkiye’de şaşılacak biçimde dünya çapında yarışabilecek düzeyde doktorlarımız var. Bunun en temelinde ne yatıyor bilmiyorum. Başlangıçta çok köklü, çok iyi tıp fakülteleri mi kurmuşuz, nedir? Herhalde oradan gelen bir şey... Ancak genel olarak teşhisten sonra özellikle yatan hastalarda, tedavide aksamalar var. Ama özel sektörün bu alanda da çözüm bulacağına inanıyorum.

(A. T.) Sizce Türkiye’deki doktor sayısı yeterli mi, değil mi? Dışarıdan doktor getirmeye gerek var mı? Doktor kalitesi çok sayıdaki üniversiteden dolayı düşüyor mu? Yoksa böyle mi olması gerekir?

Ben doktor kalitesi düşüyor mu düşmüyor mu bilemem. Ama genel olarak bundan üç-beş sene önceye kadar üniversite sayısının hızla artırlmasını pek anlamlı bulmuyordum. Yeteri öğretim üyesi, ekipman yoksa, pek bir faydası olmaz diye düşünüyordum. Fakat bir takım örnekler gördükten sonra artık böyle düşünmemeye başladım. Anadolu’da çeşitli sempozyumlara gelmiş öğretim üyeleri ile karşılaştım. Ve oralarda, kurulan üniversitelerle birlikte vahalar yaratıldığını dinledim. Anadolu’nun ücra kentlerindeki üniversitelerde bir takım YÖK burslarıyla yurtdışına gitmiş parlak insan dönmüş, bir araya gelmiş ve ciddi bir akademik çalışma başlatmış. Hem de çevresi için bir ışık olmuş, vaha olmuş. O Anadolu kentinin toplumsal ve kültürel hayatına çok ciddi katkılarda bulunmuş. Tıp alanı için de aynı şeyi söylemek zannederim doğru. Yani, bu insanlar eğer bir takım eksiklerle mezun oluyorsa, daha sonra bunların ilerlemesi, yetişmesi, belki eğitimlerinin devam ettirilmesi, meslek içi eğitimlerinin sürdürülmesi konusuna kafa yormak gerekmektedir. Ve de tabii hayatın içinde yaparak öğreneceklerine güvenmek lazım. Ama kısıtlı tutarak bir yere varamayız. Sonuçta belli şehirlerde yoğunlaşma var. Bunu metazori değiştiremezsiniz. Hiç kimseyi zorla başka bir yerlere yollamazsınız. Bu birçok defa denendi. Sayıca diğer yerlere de yollayacağınız doktorlara ihtiyacınız var demektir. İşte bu yeni üniversitelerden mezun olanların gidebilecekleri alanlar var, orada kendilerini yetiştirecekleri ortamlar yaratmak lazım. Artık dünyada hiçbir meslekte eğitim mezun olduğunuz zaman bitmiyor. Zaten

o doktor çok iyi bir üniversiteden de mezun olmuş olsa, üç sene update etmezse bilgilerini zaten kötü bir doktor olacak. Ama nispeten zayıf bir üniversiteden mezun olmuş ama sürekli olarak kendini geliştiren, meslek içi eğitimini devam ettiren bir doktor da iyi bir doktor olabilir.

Yeni okullar açmaktan korkmamak lazım; bu yeni okullardan mezun olanların da yetişmesi için bir takım ortamlar yaratmaya çalışmak lazım.

(A. T.) Yabancı doktorlar konusu... Tabipler Odası yabancı doktora lüzum yok, çünkü Türkiye'ye kaliteli yabancı doktor gelmeyecek. İkinci ve üçüncü dünya ülkelerinden ucuz ücretle çalışacak doktor gelecek, bu da bizim doktorlarımızın işsiz kalmasına neden olacak diyor. Ama Sağlık Bakanlığı özellikle Doğu'da çalışacak doktor bulamıyorum, buraları cazip bulan yabancı doktorlar gelip buralarda görev yapsın diyor. Ayrıca biz kaliteli yabancı doktoru 1. sınıf büyük kentlerdeki hastanelerde dünya markası olarak getirmek istiyoruz. Eğer böyle bir şey gerçekleşirse 'sağlık turizmi'nin olabilirliğinin önü açılacaktır diyor. Sizin görüşünüz nedir?

Bir kere belli mesleklerde ister yabancı ister yerli olsun okuldan mezun olmak yeterli değil. O işi yapabilirlik sertifikası türü bir şey oluşturulması lazım. Hukukta yaparlar bunu. Mesela hukuk fakültesinden mezun olduktan sonra avukatlık yapabilmek için baronun oluşturduğu bir sınava girmek zorunluluğu vardır. Aynı şekilde tıpta da dünyanın birçok ülkesinde var. Bu nereden kaynaklanıyor? Bu kadar oynak bir dünyada, mezun olduğunuz okulun, ister Türkiye'de ister başka bir yerde, hangi düzeyde olduğu belli değildir. Üniversitelerin vasıfları farklı. Eğitimde farklılaşma yaşanıyor. Geçekundu üniversite var, köklü üniversiteler de var. Üniversiteler kendi aralarında bir akreditasyon sağlamaya çalışıyorlar fakat buna da güvenmiyorlar. Özellikle halk sağlığını, halkın doğrudan güvenliğini ilgilendiren mesleklerde okul bitirmiş olmak yetmiyor, mesleğini icra edebilmek için bir başka sınavdan daha geçiriyorlar.

Bir deprem ülkesinde yaşıyoruz. Evlerimiz yapan mühendisler, mimarlar yeterli mi diye düşünebilirsiniz. O zaman o konuda eğitim çeşitlendiğine ve farklı niteliklerde öğrenciler çıktığına göre siz onları bir noktada elekten geçireceksiniz. Kendini kanıtlayan o mesleği yapma hakkı kazanacak. Böyle bir şey koyarsanız, sırf ucuz diye vasıfsız yabancı doktorlarla halkı karşı karşıya getirmeyi önlemiş olursunuz. Ama bunun dışında bir yasak doğru değildir. Hem serbest rekabete

karşıdır hem globalleşmenin genel mantığına karşıdır ve böyle bir milli koruma altına alamazsınız. Bu tıpkı bizim Anadolu'ları üretip yabancı araba ithalini yasaklamamızla aynı mantıktır.

Eğer yabancı doktor getirilecekse ki gelmelerinin önü açılmalı, bir bariyer konup bu bariyerin üstünde çıkanları çalıştırmak; ikincisi de söz konusu doktor olacağı için ve hastayla temas edeceği için dil probleminin bir biçimde çözmek gerekiyor. Çünkü hasta kendini ifade edebilmek ve doktorunu anlamak zorundadır. Yani verirsiniz evinizin projesini yabancı bir mimara çizdirirsiniz. Konuşmasanız da olur belki ama hasta doktoruyla, doktor hastasıyla konuşmak durumundadır. İletişim kurmak zorundadır. Bunu nasıl halledecekler onu bilmiyorum.

(Y. K. Ş.) Ama size göre bu adaptasyon olmak zorunda... Zaten doktorlarımızın da böyle bir rekabete açık olmaları, hatta böyle bir rekabete yabancı doktorları çağırıyor olması gerekmez mi? Asıl böyle bir rekabetten sonra mı doktorlar kendilerinin nerede olduklarını görebilirler?

Kesinlikle bu adaptasyon olmak zorunda. Bu alanda da rekabet sırasında zararları önlemek için de mutlaka bir yeterlilik sınavı, bir bariyer olması lazım. Bu da özellikle bu alanın özelliğinden dolayı. Mesela gelmiş son derece yetersiz bir doktor. Altı ay sonra rekabetten elenecek ama o sırada altı tane hastayı öldürmemesi lazım. Onun için de gereken tedbirlerin alınması lazım.

(A. T.) Böyle bir sınav da var zaten... Yabancı doktor bu sınava giriyor. Hatta kuralları da son derece katı üstelik. Bir defa bu sınavı kaybeden bir daha giremiyor. Daha sonra 5 senede bir uzmanlık sınavları var. Böyle bir süreç var yani...

Zaten bunun önünü de kapatamazsınız. Nasıl sizin bir sürü meslek sahibi insanınız gidip, Amerika'da, Avrupa'da hatta dünyanın istedikleri her yerinde çalışıyorsa, oradan da buraya gelip çalışacak tabii insanlar. Bizim çocuklarımız gidip oralarda iş tuttukları zaman son derece memnun oluyoruz, onlar buraya geldikleri zaman problem. Bizimkiler gidiyorlar Almanya'da ev alıyor, az değil iki milyon Türk, sorun yok. Ama onlar gelip buradan ev almaya katılığı zaman 'bir dakika, ne oluyor?' deniliyor. Vatan toprağı gidiyor diye feryada başlanıyor. Yıllardır Avrupa'ya giden işçilerimizin çoğu ev aldı oralarda. Bunun gibi... Türkiye'den doktorlar gidip çalışıyor, dünyanın her yerinde, elbette onlar da gelecek. Hiçbir mesleği milli duvarlarla koruyamazsınız. Hiçbir



"Kişinin aksini beyan etmedikçe iradesini organ bağışçısı olma yolunda kullandığı bir yasa çıkartırsınız ve bol bol duyurursunuz, istemeyen gitsin, bağış yapmak istemiyorum diye kartını alsın diye... Bağış yapmak istiyorum diye değil, yapmak istemiyorum diyen uğraşmalı."

sektörü böyle gümrük duvarları arkasına hapsedemezsiniz.

Bu o sektörün sadece kavrulmasına, güdük kalmasına ve gelişmemesine sebep olur. Ama kurallarını da iyi koymak lazım. Kurallı olması lazım. Adım başı bir klinik açmış adam. Oraya da ne idüğü belirsiz birtakım doktorlar getirmiş çalıştırıyor. Böyle bir şey olamaz.

(A. T.) Tekrar deminki konuya dönecek olursak; hastaya yaklaşımda da, hastanın kendisinin ve hastalığını metalaşması, değer yargılarının ciddi erozyona uğraması konusu... Kavramsal olarak baktığınızda, özel sektöre doğru gidiyor olmak, bir anlamda, vahşi kapitalizm olmasa da bunun kurullarıyla yarışıyor olmak uzun vadede bunu getirecek midir sizce? Sistem içinde devlet ve özel sektörün dengelerinin değişmesi, insanlık açısından ciddi bir erozyona sebep olur mu?

Aynı şey eğitim için de söyleniyor. Eğitimin satılan bir hizmet haline gelmesi hususunda da. Öyle ya da böyle ben bunu kaçınılmaz görüyorum. Mutlaka yeni durum kendi etliğini yaratacaktır. Bugün ilaç ve tıp endüstrisi petrolden sonra ikinci sırada. Böyle büyük bir pazardan, böyle büyük bir sektörden bahsediyoruz. Belki hiçbir zaman emin olamayacağız ama kanserle ilgili birtakım alternatif tedavilerin bastırıldığı şeklinde iddialar var. Bunu bilemeyeceğiz belki ama şunu



“Tıp camiasında biraz Ortodoks bir tutum var. Zaman zaman insana şunu hissettiriyor: Bir bilgi tekeli ellerinde tutuyorlar ve bu bilgi tekelinin iktidarını kuruyorlar. Her uzman bir bilgi tekeli kurar ama doktorların kurdukları bilgi tekeli sıradan insanların kolay kolay nüfuz edebilecekleri, kolay kolay vakıf olabilecekleri dolayısıyla tartışabilecekleri bir şey değil.”

biliyoruz: Bir kısmı Harvard Üniversitesi’nde bulunan Çinli doktor, yaptıkları birtakım alternatif çalışmaların Amerika’da kanser sektörü tarafından bastırılması, sınırlandırılması, yasaklanması üzerine, gittiler Çin’de bu tedaviyi uyguluyorlar. Böyle şeyler olabiliyor, olabilir. Ama bu geri dönüşü olmayan bir süreç aynı zamanda. Bu kadar büyük sermaye, bu kadar büyük bir sektörü devletler yapamazlar. Devletlerin tek başlarına altından kalkabileceği bir hizmet değil. Çok uluslu sermayeler lazım. O ilaç firmalarının bir yeni molekül bulmak için on sene çalıştıklarını ve bilmem kaç milyon dolar para harcadıklarını biliyoruz. Ve sonu belki fiyasko oluyor. Sonunda hiçbir şey çıkmayan milyar dolarlar gidiyor. Bunun için çok dinamik bir sektöre ihtiyaç var. Ve bu nitekim oluştu ve geri dönüşü mümkün değil. Ne olması gerekiyor? Böyle meselelerinin tartışılmasıyla birlikte bu konuda toplum denetimi olacak. Ve kendi etliğini oluşturacak. Yani o zaman diyelim ki o özel hastane de hastayı gereksiz yere pahalı bir tedaviye yönlendirdiği ortaya çıktığı zaman kapana sıkışacak duruma gelecek. Rezil olacak toplumda. Böyle bir etığın kendi içinde oluşması, böyle bir toplumsal denetimde bunların halledilmesi lazım.

Ona bakarsanız biz devlet elinde birtakım SSK Hastaneleri’nde nasıl yolsuzluklar olduğunu, ilaç alımlarında ne yolsuzluklar olduğunu biliyoruz. Yani orası, tertemiz değil ki, orada da yıllardır doktorların kendi muayenehanelerine hasta kanallara ettiklerini de biliyoruz. Dolayısıyla bu konudaki yozlaşma, devlet elindeyken de olabiliyor, özel sektör olunca da başka birtakım sorunlar çıkacaktır.

(Y. K. Ş) Belki böyle bir durumda devlet daha iyi denetim ve kontrol mekanizması kuracaktır...

Belki de... Devlette torpilin olduğunu da biliyoruz. Oradaki doktorların kendi muayenehanelerine gelen hastalara farklı, gelmeyenlere farklı davranışlarını biliyoruz. Açıktan paralar alındığını biliyoruz ve en önemlisi de alet alımında ve ilaç alımında çok büyük yolsuzluklar olduğunu biliyoruz. Şimdi burada böyle olabilir derken, eskiden pek mi matahtı diye sormak lazım. Kendi etliğini, kendi toplumsal denetimini yaratacaktır. Zaten başka bir çare yok. Bugün bilimler arasında en hızlı ilerleyen bilim biyogenetik ve tıp. Bunun gürbüzleşmesi ve önünün tıkanmaması lazım.

(A. T.) Tıp dünyası, akademik çevreler, dışarıdan kendilerine müdahale edilmesine, düşünce bazında, siyasi bakımdan, uyarı, ikaz ve eleştiri bazında biraz fazla mı kapalı veya çok rahat tıp dünyasındaki her şey tartışılabilir mi? Yani kurumlarının kendi içindeki omurgası, dışarıdan söylenecek doğru veya yanlış herhangi bir şeyi tanımadan hemen yargılayıp tepki mi gösteriyor yoksa bunları özümseyip tartışabiliyor mu?

Tıp camiasında biraz Ortodoks bit tutum var. Zaman zaman insana şunu hissettiriyor: Bir bilgi tekeli ellerinde tutuyorlar ve bu bilgi tekelinin iktidarını kuruyorlar. Her uzman bir bilgi tekeli kurar ama doktorların kurdukları bilgi tekeli sıradan insanların kolay kolay nüfuz edebilecekleri, kolay kolay vakıf olabilecekleri dolayısıyla tartışabilecekleri bir şey değil. Ve o alandaki bilgi tekelinin kırılması eğilimlerine de tepkililer. Bu alternatif tıp için de geçerli...

(Y. K. Ş) Peki kendileri için mi, halkın lehine olması açısından mı öyleler?

İki yönüde var gibi geliyor bana. Mesela birçok doktorun hasta gelip de karşısına internette okudum, şöyleymiş, böyleymiş dediğinde bir sinirlendiğini görüyoruz. ‘Bırakın interneti, öyle şey olur mu?’ tarzında bir yaklaşım sergiliyorlar.

(A. T.) Ben öyleyim biraz... Bilinçli

hastayı çok severim ama internetten okudum diyerek gelen hastaya bir tepkim oluyor...

Doğrudur. Doktorların yaptıkları iş, hiçbir maceracılığa imkân vermediği için belli bir tutuculuk içindeler. Öyle ‘hadi şunu deneyelim, hadi bunu deneyelim’ diyemezler. Kurallara uygunluk ve tutuculuk içindeler. Ama bunun zaman zaman yenilikleri engelleme noktasında zararları da oluyor.

Genel olarak tıp camiasında öğrenilen, bilinen, var olan ve uygulanan konvansiyonel bilgiler dışında bir tutuculuk hissediyorum. Özellikle yeni denemeler konusunda. Ama bu hastaya yönelik. Öte taraftan araştırmalar son derece özgürce, son derece uçuk noktalarda yapılıyor.

(A. T.) Çin’deki kanser tedavisi Türkiye’de de çok popüler. Fakat ne olduğu karışık. Bizim şu anda uyguladığımız tedavinin çok dışında kalıyor. Ama olabilir mi? Olabilir belki... Eğer yol bittiyse birtakım şeyler denenebilir yani bu kadar da katı olmamak gerekiyor. Siz ne düşünüyorsunuz?

Bunlar hassas noktalar. Genel olarak doktorlar daha rahat olsunlar, esnek olsunlar demek de çok doğru değil. Sonuçta bizim güvenliğimiz söz konusu. Aksi takdirde ‘bizi deneme tahtası yaptılar, bizi kobay gibi kullandılar’ diye başlarız. Yani doğrusunu isterse-niz öyle bir güvenceye, belli bir tutuculuğa da ihtiyacımız var. Tabii bir de tersi oluyor: Tıptaki çeşitli araştırmalar da birtakım başka çevreler tarafından etik adına çok kısıtlanıyor. Özellikle genetik çalışmalarda tıp biliminin üstünde çok ciddi bir toplumsal baskı var. Ve bir korku var: İnsanın doğasıyla oynuyorlar, insanın doğasını değiştirecekler diye. O da bilim üzerinde bir baskı. Mesela Amerika’da çalışması kısıtlanan birtakım insanlar Rusya’ya gidip orada çalışıyorlar. Beyinle ilgili çalışmalar Amerika’da yasaklandı. Yani bir de tersten bakmak lazım. Genleriyle oynanmış bitkiler ve hayvan deneyleri için çevreciler son derece tutucu bir rol oynuyorlar mesela...

(Y. K. Ş.) Size göre doktor-hasta ilişkisi nasıl olmalı? Siz nasıl bir doktor ararsınız?

Bir kere doktor, hasta olarak benim içimde ne olup bittiğini bana benim anlayacağım gibi anlatmalı. Ve uygulayacağı tedaviyi de anlatmalı. Daha fazla vakit ayırarak o hastalığı içinden çıkararak önüne koymalı ve anlatmalı. ‘Bana ne oluyor ve bana ne yapıyor?’ konusunda hastayı meçhulde bırakmamalı. Bütün sorularını cevaplamalı. Doktorların bir kısmı bunu yapıyor



ama önemli bir kısmı 'bu benim işim, ben bunu biliyorum ve yapacağım, sana ne oluyor?' havasına giriyorlar. 'Sen sadece şu ilaçları al, şunları yap, şunları yapma ama ötesi benim işim. Ne olup bittiğini anlamam gerekmiyor' tutumuna giriyor ki son derece rahatsız edici bir tutum. Bunu en had safhası yine İngiltere'de var. Hasta doktora gidiyor. Doktor ona bir külah içinde birtakım haplar veriyor. Hasta, hastalığını bilmiyor, içtiği o hapların adını bile bilmiyor. Gözlük numarasını bilmiyor insanlar doktor verdi herhalde doğrudur diyorlar. Hastanın hastalığına yabancılaşması süreci yaşıyor. Bizde o kadar değil.

Bir şeyi önünüze koyup baktığınız zaman onunla daha rahat baş edersiniz. O yüzden ben başıma ne geldiyse, ne gelecekse bilmek isterim. Hastalığımı tanımak isterim.

(A. T.) Peki ölümcül hastalıklar hastaya söylenmeli midir?

O bambaşka bir konu. Ölümcül hastalıklarda mutlaka hastanın yakınlarından söylenip söylenmemesi konusunda fikir alınması lazım. Öyle pat diye insanlara söylenmemesi lazım diye düşünüyorum. Onun bizi aşan ince bir psikolojik süreçten geçmesi lazım.

(Y. K. Ş.) İnsanların sağlıkla ilgili pek çok şeyi öğrendiği mecra genellikle televizyon ve gazeteler. Türkiye'deki sağlık haberciliği bu konuda size göre olması gereken gibi mi?

Dünyanın her yerinde basın en popüler konularından biridir sağlık. Amerika'da dünya kadar sağlık dergisi çıkar. Onların içinde de yalan yanlış bir sürü şey yazar. Bizde de özellikle basında uzman muhabir meselesi çok fazla olmadığı için, birtakım aksamlar oluyor. Yalan yanlış birtakım şeyler yazıldığı gibi iyi birtakım haberler diziler de yapılıyor. Meslek kuruluşlarının sağlık muhabirleriyle yakın temas içinde belki birtakım kurslarla, brifinglerle ve doğru bilgi alma kanallarını sürekli açık tutarak işbirliği içinde olmaları gerekmektedir.

Ama popüler basın sağlık haberlerine her zaman ilgi gösterecektir ve her zaman bunu oldukça kaba saba bir biçimde, aşırı vurguyla verdiği için yanlışları içerecektir. Bu da kaçınılmaz bir süreç. Dünya kadar sağlık haberi yapıyor, sağlık programı yapılıyor, bir o kadar doktor kendi sitesini açıyor, sitesinden görüş belirtiyor, ilaç tavsiye ediyor hastayı görmeden, internet üzerinden tedavi şemaları vermeye çalışıyor. Bütün bu bilgi akışına ve bilgi dolaşımını temizlemek, rafine etmek ve hepsini doğru hale getirmek ne yazık ki mümkün değil. Hastaya verilme-

si gereken "bütün bunları oku dinle ama yine senin bir derdin olduğu zaman doktora git" mesajı olmalıdır.

Bu arada ben sağlık haberlerine güvensizlik oluşması güven oluşmasından daha iyi olduğunu düşünüyorum. Yani her okuduğuna inanan bir okur daha kötü. Merakına yenilip okusun ama, her okuduğuna güvenmek sağlık alanında tehlikeli.

(A. T.) Gerçi Türkiye'de bu konuda herhangi bir konu veya tartışma yok ama dünyada zaman zaman gündeme gelen, tartışılan bir konudur ötenazi... Bizde de yeterince tartışılmadığını düşündüğümüz kavramlardan biridir. Siz ötenazi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Olacaksa bile asla yoğun bakım süreçlerinin uzun ve masraflı oluşundan ya da organ transplantasyonu ihtiyacından dolayı olmamalı. Yakınlarının çektiği sıkıntı gibi, uzun süreli tedavinin maddi yükümlülüğü gibi sebeplerden olmamalı. Hastanın çektiği acılara son verme hakkı olabilir. Tamamen hasta olan biri açısından düşünmek lazım bu kararı. Bireysel bir hak. İnsanın kendi iradesiyle hayatına son verebilme hakkı olmalı gibi geliyor. Kesin konuşmak istemiyorum bu konuda.

(Y. K. Ş.) Sizin özellikle üzerinde durulmasını istediğiniz bir konu var mıdır tıp alanında, sağlık sektöründe?

Ben, organ nakli meselesinin çok iyi bir çözümü olabileceğini düşünüyorum. Şöyle ki, insanların sağlıklarında gidip de 'ben herhangi bir şekilde ölürsem organlarımı veririm' demeleri soğuk bir şey. İnsanların kolay kolay yapamadıkları bir şey. Ölümü düşünmeyi, ölüm sonrasında vücudunun parçalanacağını düşünmeyi filan gerektiriyor ve insanlar bu fikirle iç içe yaşamaktan hoşlanmadıkları için böyle bir belge vermek, toplumun çok az bir kesiminde gerçekleşiyor. Ama bu konuda hiçbir şey yapmama tutumu kolay bir tutum. Şöyle bir yasa düşünün: Aksini belirtenlerin organları alınmayacak. İsteyen dini nedenler ya da başka nedenlerden dolayı 'ben organlarımı dokunulmasını istemiyorum' diye belge taşıyacak yanında. Aksi belirtilmedikçe de bağışlamış kabul edilecek dediğinizi düşünün. Ben o zaman gidip de aksi bir beyan vermem. Hiçbir şey yapmama tutumunu benimserim. Düşünmem, hiçbir şey yapmam, doğal olarak bağışçı durumuna düşerim. Vermemek isteyen aktif tutum alın dersanız siz, pasif tutum alan çok geniş bir kesim organ bağışçısı olacaktır. Böyle bir küçük yasa değişikliği ile bu konuya önem veren, istemeyen, gidip bununla uğraşır, öyle bir belge alır ama milyonlarca insan do-

"Doktorların yaptıkları iş, hiçbir maceracılığa imkân vermediği için belli bir tutuculuk içindeler. Öyle 'hadi şunu deneyelim, hadi bunu deneyelim' diyemezler. Kurallara uygunluk ve tutuculuk içindeler. Ama bunun zaman zaman yenilikleri engelleme noktasında zararları da oluyor."

ğal bir biçimde, pasif kalarak bağışçı konumuna düşer. Çok da mahsuru yok ki gidip de o kartı almıyor gibi düşünülmelidir.

Böyle bir durumda kimseye danışılmaz. Kendisi o belgeyi almamışsa 'bağışçiyım' iradesini beyan etmiş olacak. Bunun anlatılması yazılıp çizilmesi gerekiyor tabii.

Bu tıpkı evlilik sözleşmesi gibi. Sizin boşanma halinde mal paylaşımı nasıl yapacağınız konusunda bir yasal sözleşme vardır. Siz aksini ye de farklı bir sözleşme istiyorsanız. Eşinizle birlikte notere giderseniz, bir sözleşme yaparsınız ve o genel kuralın dışında kalırsınız. Kimse bunu yapmaz, normal yasanın öngördüğü şekilde davranmayı seçer. Oysa aksi sözleşme yapma hakkınız var. Başına geldiğinde de "aa böyleymiş" der. Bunun gibi

Hem çok sayıda organ bulunmuş hem de irade ile bulunmuş olacak. Her kişi yaşarken, tabii 18 yaşından büyükler için konuşuyoruz, 18 yaşından küçükler için elbette ki yakınlarına danışmak lazım. Aksini beyan etmedikçe iradesini bağışçı olma yolunda kullandığı bir yasa çıkartırsınız ve bol bol duyurursunuz, istemeyen gitsin, bağış yapmamak istemiyorum diye kartını alsın diye...

Bunun dışında Türkiye'de tüp bebek konusu, sperm bankası konusu, kök hücre bankası konusu gelip dayatmış meseleler. Bu konularda hem mevzuatın uydurulması hem de etik tartışmaları sonlandırıcı açıklama ve çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sürdürülebilirlik kavramı

Prof. Dr. Çağatay Güler



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Güler, Halk Sağlığı'nın özellikle Çevre Sağlığı alanında çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Tıp alanında kitap ve makaleleri, çok sayıda şiir ve mizahla ilgili kitapları yayınlamıştır.

Didem Söylemez Sur



1999 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunu bitirdi. Çalışma hayatına Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak başladı. 2002 yılında Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisansı'nı bitirerek Bilim Uzmanı unvanını aldı. 4 kitap 50'yi aşkın makale ve bildiri sahibi olan Didem Söylemez Sur, 2004 yılında özel sektöre geçti. Halen MedicalPark Sağlık Grubu'nda çalışmaktadır.

Rachel Carson'un "Sessiz İlkbahar" ya da gerçek anlamıyla "Sesini Yitiren Bahar" kitabının 1962 yılında yayınlanmasından başlayarak geçen yıllarda çevreye yaklaşım büyük oranda değişmiş, sonunda günümüzün "sürdürülebilirlik" kavramına ulaşılmıştır. Günümüzde iklimle ilgili önemli ve tehlikeli değişim sürecinin başladığının fark edilmesi duyarlılığı daha da artırmıştır.

Sürekli ekonomik büyüme ve gelişme

hedefi, doğal kaynakların tükenmesine ve çevresel bozulmaya yol açmaktadır. Bu durumda birey ya da ülke düzeyinde değil, global olarak ilkesel kararların verilmesi ve uygulamaya sokulması gerekmektedir. Ancak gerçek çözüm için gelişmiş ve gelişmemiş bütün ülkelerin birbirinin "olmazsa olmazını kabul etmesi" (negotiation) şarttır. Çünkü gelişmekte olan ülkeleri sürekli ham madde ihracı ve işlenmiş madde alımına mahkum edecek bir yaklaşımın, etkili olabilmesi mümkün değildir. Nitekim habitat toplantılarında da sürdürülebilirlikle ilgili olarak yapılmış olan tartışmaların temelinde bu endişe yatmaktadır.

Enerji, temel ekonomik itici güç ve enerji bağımsızlığı toplumların en zorunlu gereksinimlerinden biridir. Çevre müdahalelerinin temelinde enerji gereksinimi yatmaktadır. Enerji savurganlığı bir yana enerji elde edilmesi ve kullanımıyla ilgili her türlü uygulamanın çevre maliyeti çok yüksektir.

İngilizce'deki "sustainability" terimi dilimize sürdürülebilirlik olarak çevrilmiştir. Bu terim sonsuz olarak sürdürülebilen bir süreç ya da durumun niteliğini tanımlamak için kullanılmaktadır. Kavram olarak toplumun söz konusu terimi nasıl algıladığına, nasıl değerlendirdiğine







Sürdürülebilirlik sözcüğüne yüklenecek bir diğer anlam, bir organizasyonun yüksek kalitede hizmeti ve bileşenlerinin, organizasyonun tüm gereksinimlerini sağlayacak biçimde, geçerli bir misyon tanımının, zararsız ve etkili yönetim sistemlerinin ve seçenekli girdi kaynaklarının oluşturulması ya da sağlanmasıdır.

yönelik bir çalışma bulunmamaktadır.

Toplumumuzda sürdürülebilirlik kavramını savurganlığın önlenmesi anlamını daha büyük oranda içermektedir. Sözcüğün kavram olarak toplum bilincine yerleştirilmesinde hemen her disiplinin sistemli çabası gerekmektedir.

“Doğanın kontrol altına alınması” savı; “var olan kaynakların tümünün insan için olduğu ve istendiği biçimde kullanılabilmesi” şeklindeki yaklaşımlar, sürdürülebilirlik kavramının tam algılanmasını engelleyici özelliktedir. Eskiden beri insanlar doğal kaynakları bu biçimde kullanmaya alışmışlardır. Ancak meyve ağaçlarının dikilmesi gelecek kuşaklara yönelik bir “sürdürülebilirlik” uygulaması olarak düşünülebilir. Onun dışında birçok uygulama sadece günlük sorunların çözümüne yönelik olarak kalmıştır. Örneğin: Tükenen meralar, verimliliği düşen tarlalar terk edilmiş; savaşta düşmanın saklanması engellemek için ormanlar yakılmış; büyük su kitleleri lağım atıklarının taşınması amacıyla kullanılmıştır. Daha otuzlu yıllara kadar tüm dünyada denizin kirlenebilirliği “olabilir” bir durum olarak dahi düşünülmemiştir. O yıllarda çevre sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler de, hiçbir ülke tarafından göz önüne alınmamıştır. Birçok dilde “deniz (derya)” teriminin çok büyük miktarları - sonsuzu, anlatabilmek için kullanılması da bunun bir göstergesidir.

Kuşkusuz sürdürülebilirlik, birçok toplum ve kültür tarafından bilinen ve uygulanan bir süreçtir. Kızılderililer ve Afrika yerlilerinin kültürleri de bu kavrama sahiptir. Ancak yapılan kültürel müdahaleler ilk olarak bu kültürel öğenin zayıflaması sonucunu verebilmektedir.

Sürdürülebilirlikte canlı kürenin, günümüz kuşakları için kullanılırken, gelecek kuşakların gereksinimlerini karşılamaya da yetecek şekilde, özelliklerinin korunması temel amaçtır.

Sürdürülebilirlik teriminin bir diğer anlamı da, olumlu durumun destek ortadan kalktıktan sonra da sürüp gitmesi yani olumlu bir program ya da projenin teknik destek ortadan kalktıktan sonra da sürebilmesidir. Bu da personel, donanım, olanak ve sarf malzemelerinin, uygulamaları belirtilen sürede tamamlanabilir yeterlikte olması anlamına gelmektedir.

Bu anlamda sürdürülebilirlik statik ve dinamik olmak üzere iki değişik biçimde açıklanabilir.

Statik sürdürülebilirlik tamamlanan bir program ya da projenin öngördüğü başlangıç yararının, aynı hedef gruba yarar sağlayacak biçimde sürdürülmesi anlamına gelir.

Dinamik sürdürülebilirlik ise tamamlanmış olan proje ya da program sonuçlarının, farklı bir kapsamda ya da farklı bir hedefe yarar sağlayacak biçimde, başlangıç hedef ve/veya kapsamından kaydırılarak yeni gruplara yönelik sürdürülmesidir.

Sürdürülebilirlik sözcüğüne yüklenecek bir diğer anlam, bir organizasyonun yüksek kalitede hizmeti ve bileşenlerinin, organizasyonun tüm gereksinimlerini sağlayacak biçimde, geçerli bir misyon tanımının, zararsız ve etkili yönetim sistemlerinin ve seçenekli girdi kaynaklarının oluşturulması ya da sağlanmasıdır. Gelişmekte olan toplumlar da birçok etkinliğin başarılması, sistemin zorlamasından çok bireysel inisiyatifle olmakta ve kişilerin etkinliğini yitirmesi, kimi zaman başarılı uygulamaların etkinliğini yitirmesine, hizmetin gerilemesine, hatta sonlanmasına yol açabilmektedir.

Çevre ve insan açısından sürdürülebilirlik

Çevrenin korunması toplumun sosyal ve ekonomik sağlığı ile ilişkilidir. Günümüz gereksinimlerini karşılayacak uygulamaların, toplum ve çevrenin uzun süreli sağlığını ve canlılığını sürdürecektir bir şekilde yürütülmesi gerekir. Çevresel değişim ve etkilenimlerin anlamlı çevresel göstergelerle ölçülmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır. Toplum bireyle-

rinin uygulamaları sahiplenebilmesi için, kaynakları yönlendirerek ve işbirliğini sağlayarak, tarafların çözüme katılması sağlanmalıdır; destekleyici bir çevrenin sürekliliğini sağlayacak önemli dayanakları tahrip etmeksizin bir grup, toplum ya da ekonominin sağlığının ve verimliliğinin sürdürülmesi esastır.

Sürdürülebilirlik günümüzün gereksinimlerini karşılayan ve gelecek kuşakların kendi gereksinimlerini karşılayabilme olanaklarını da tehlikeye düşürmeyen gelişme ve ilerlemeler olarak da tanımlanmaktadır (Our Common Future, Brundtland Commission of the UN General Assembly Raporu, 1987). Başka bir deyişle sürdürülebilirlik gelecek kuşakların gereksinimlerini sağlayabilmelerini sağlayacak ve onların varlıklarını tehlikeye düşürmeyecek biçimde gezegenimizin kaynaklarından yararlanmak ve yaşamaktır. Bu kavram, belirli bir alanın belirtilen uygulama süresince belirli bir bölgenin çevresine ilerleyici herhangi bir fiziksel, biyolojik, ekonomik ve sosyal zarar vermeksizin, gerekçe girdilerle kabul edilebilir hizmet ve verimlilik sağlayacak biçimde kullanılıp kullanılmadığının bir ölçütüdür.

Bir diğer tanıma göre “uzun süreli ekonomik, sosyal ve çevresel sağlık ve hayatiyet” (New Jersey Future). Sürdürülebilir bir toplum sağlıklı, canlı, huzurlu ve uzun süreçte değişen koşullara yaratıcı bir biçimde uyum sağlayabilen bir toplumdur. Bahsi geçen kavram kültürel, ekonomik, çevresel ve toplumsal sistemlerin uzun süreli sağlığı ve hayatiyetidir.

Çevre, toplum ve ekonominin uyumlu biçimde varlığı esastır. Global ekonomi ve enformasyon ağı, söz konusu yaklaşımın önemini daha da artırmış durumdadır. Doğal kaynak kullanımını, kendisini yenileme kapasitesini aşmayacak düzeyde tutarak, bütün toplumların yaşam kalitesini artırmayı hedefler.

İnsan nüfusu artmayı sürdürdükçe yiyecek su ve diğer gereksinimlere olan ihtiyaç da artar ve çevrenin oluşan atıkları işlemesi, yeniden döngüye sokmasıyla ilgili olarak zorlanmasına neden olur. Talebin böylesine artması ve kaynak sınırlılığı, temel bazı toplumsal değişiklikleri de beraberinde getirir. Sonuçta bireysel, ailesel, toplumsal ve uluslararası eylemleri ve buna yönelik bir stratejinin belirlenmesini gerekli kılar.

Çevresel bozulmanın insan sağlığı ve varlığıyla bağlantısının anlaşılması, tüm toplum bireyleri için kolay bir süreç değildir. Bu nedenle çevresel bozulma ve etkilenimin yerel bağlantılarının kurulması, toplum bireyleri tarafından bilinçli olarak algılanması sağlanmalıdır. Çoğu uluslararası anlaşmaların etkisiz kalma-

şı, uygulanabilir olmaktan çıkmasının temel nedeni bireysel etkinliğin olmamasıdır. Sözgelimi kurşunsuz benzinle ilgili olarak hangi karar alınırsa alınsın, toplum bireyleri kurşunsuz benzini seçmedikçe, alınan kararın hiçbir anlamı olmayacaktır. Kurşunsuz benzinle ilgili özendirmeler kalktığında satışının büyük oranda düşmesinin nedeni budur.

Dünyada global olarak alınan kararlar arasında 1987 yılında ozon tabakasını zayıflatan maddelerle ilgili Montreal Protokolü, biyolojik çeşitlilikle ilgili 1992 Konvansiyonu, 1992 İklim Değişikliği Konvansiyonu, Kuzey Atlantik Deniz Çevresinin Korunmasına Yönelik Konvansiyon (1992) ve 1992 Helsinki Konvansiyonu örnek olarak verilebilir. Ancak alınan kararlar kimi gelişmekte olan ülkelerce seçeneksizlikten, kimi de gelişmiş ülkelerce ekonomik çıkarlarına aykırı olduğu için tam uygulanamamaktadır. 1997 Kyoto Protokolü, ABD tarafından iklim değişikliği ile ilgili verilerin yetersizliği ileri sürülerek, adeta geçiştirilmektedir. Politik karar olmaksızın istenilen etkinliğin sağlanabilmesi mümkün olamamaktadır.

Sürdürülebilirlik terimi çoğu kez “sürdürülebilir kalkınma” ya da “sürdürülebilir yaşama” anlamında da kullanılmaktadır. Birleşmiş Milletlerin desteklediği Brutland Komisyonu’nun raporunda (1987) “gelecek kuşakların kendi gereksinimlerini tehlikeye düşürmeksizin, günümüzün gereksinimlerini karşılayacak bir kalkınma” olarak tanımlanan sürdürülebilirlik tam olarak yerine getirilebilmesi mümkün olmayan kuramsal bir tanım olarak kalmaktadır.

Sürdürülebilirlik günümüzde birçok disiplin tarafından eklentilerle kullanılmaktadır. Kullanıldığı alan ve uygulamalar arasında ekonomik gelişme, çevre, sosyoloji, sağlık, eğitim, gıda üretimi, enerji, ulaşım, yaşama biçimi, toplum güvenliği sayılabilir. Rosenbaum’un getirdiği tanıma göre sürdürülebilirlik; kaynakları tüketmeyen ya da doğal döngülere herhangi bir zarar vermeyen yöntem, sistem ve materyallerin kullanılmasına yönelik uygulamalardır”.

Bütün bu tanımlar sürdürülebilirliğin esas olarak dünyanın, biyosferin sonuza kadar varlığını sürdürmesine yönelik tüm yaklaşımları kapsamaktadır. Bu durum ekonomik, sosyal ve ekolojik katma değerlerin birlikte yaratılmasını gerektirir. Sosyal ve ekonomik ölçütler her zaman göz önüne alınamamaktadır. Bunun temel nedenlerinden birisi söz konusu kriterlerin ölçüm amacıyla kullanılmasındaki güçlüklerdir. Ekonomik hesaplarda çoğu kez sosyal ve ekolojik kayıplar “zarar” olarak hesaba katılmamaktadır. Diğer bir neden ekonomik gerçeklerin çoğu kez diğer tüm gerçeklerin önüne geçmesidir.

Bir kuruluş ya da şirket için sosyal katma değer çalışanlara bir anlamda sosyal güvence vermektedir ve çalışanlar için doyumsuz bir iş hayatı doyumsuz bir yaşamla bağlantılı bir öğedir. Buna örnek olarak kadınların annelik ve iş uygulamalarını bir arada sürdürme eğilimini, şirketlerin desteklemesi gösterilebilir. Ayrıca günümüzde şirketler toplumda büyük oranda sorumluluk alma eğilimi ve baskıdadır. Üstelik işyerinde bir “şirket hemşehriligi” yaratma gereksinimleri vardır ve çevre açısından yasaların gerektirdiğinin çok üzerinde çevresel bir yaklaşım içerisinde bulunmak zorunluluğu doğmaktadır. Bir anlamda kritik doğal sermayenin korunması sorumluluğu şirketlerin sorumluluk alanlarına denk düşmektedir.

Sürdürülebilirlik aslında çevresel bir hareket değil, bir topluluk hareketidir ve toplumlarda bu anlayışın oluşması uzun bir süreç gerektirmektedir (minimum 25 – 50 yıl). Toplumun taşınabilir kapasiteyi göz önünde tutması; ekonomi, çevre ve sosyal görüşler arasındaki bağlantıları kabul etmesi ve bunların ölçülebilmesi, toplumun tüm üyelerinin bakışının değişmesi ile mümkündür. Toplum bireyleri doğal kaynakların sürdürülebilir tüketimi konusunda bilinçlendikçe söz konusu yaklaşımlar daha da güçlenecektir. Bu kavram toplum kültürünün bir parçası olduğunda, vazgeçilemez bir etik kural haline gelecek ve baskı unsuru olacak etkinlikte, bir toplum talebi yaratılabilecektir.

Kaynaklar

Carson, Rachel (1962). *Silent Spring*. Boston, MA, Houghton Mifflin, 1962

Carbon Dioxide Information Analysis Center, Oak Ridge National Laboratory, U.S. Department of Energy, February 26, 1999

Intergovernmental Panel on Climate Change, *Climate Change 1995: The Science of Climate Change*, Cambridge University Press: New York, 1996

Miller, G. Tyler, Jr., *Living in the Environment, An Introduction to Environment Science*, sixth edition, 1990

U.S. Environmental Protection Agency, *Inventory of U.S. Greenhouse Gas Emissions and Sinks: 1990 - 1998*, EPA 236-R-00-001, April 2000

Davis, Stacy, *Transportation Energy Data Book*, Oak Ridge National Laboratory, U.S. Department of Energy, Edition 17, 1997

Energy Information Administration, *Annual Energy Review 1997*, DOE/EIA-0387(97), U.S. Department of Energy, Washington, DC., July 1998

Energy Information Administration, *Emissions of Greenhouse Gases in the United States 1997*, DOE/EIA-0573 (97), U.S. Department of Energy, Washington, DC. October 1998

Elliott, Lorraine. (1998). *The Global Politics of The Environment*, New York, NY, New York University Press, 1998



Toplum bireyleri doğal kaynakların sürdürülebilir tüketimi konusunda bilinçlendikçe söz konusu yaklaşımlar daha da güçlenecektir. Bu kavram toplum kültürünün bir parçası olduğunda, vazgeçilemez bir etik kural haline gelecek ve baskı unsuru olacak etkinlikte, bir toplum talebi yaratılabilecektir.

Rosenbaum, Walter (1998). *Environmental Politics and Policy*. Washington, DC, CQ Press, 1998

Hays, Samuel P. (1959). *Conservation and the Gospel of Efficiency: The Progressive Conservation Movement, 1890-1920*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1959

Cooper's Comprehensive Environmental Desk Reference, Arthur R. Cooper, Sr., Van Nostrand Reinhold: New York, 1996

Sağlık hizmeti bağlamında sır saklama yükümlülüğü ve kapsamı

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Daha sonra Dicle ve Selçuk üniversitelerinde görev yapmıştır. 2001 yılında göreve başladığı Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde 2006 yılında profesör unvanını almıştır. YÖK üyesi olan Özgenç, Türk Ceza Hukuku'na ilişkin yeni kanunların hazırlanmasında etkin rol almıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza Hukuku Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bakanlar Kurulu'nun 13.1.1960 tarih ve 4/12578 sayılı Kararı ile kabul edilen "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi"nin (yayınlandığı Resmi Gazete: 19 Şubat 1960 /10436) 4. maddesine göre;

"Tabip ve dış tabibi, **meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları**, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.

Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz."

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin (yayınlandığı Resmi Gazete: 01 Ağustos 1998/23420) "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" başlıklı 12. maddesine göre;

"Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta **mahremiyetinin** korunmasını açıkça talep de edebilir.

Her türlü tıbbî müdahale, **hastanın mahremiyetine saygı** gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) **Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbî değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini**,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makûl bir **gizlilik ortamında** gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbî müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbî müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır."

Türk Tabipler Birliği'nin 47. Genel Kurulunda 10/11 Ekim 1998 tarihinde kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" başlıklı karar metninin 9. maddesi de "hekimin sır saklama yükümlülüğünü ifade etmektedir:

"Sır saklama yükümlülüğü:

Madde 9- Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.



Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelememesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağırıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.”

İşaret etmek gerekir ki, Türk Tabipler Birliği'nin 47. “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” başlıklı karar metninin, hak veya yasak oluşturma bakımından bir gücü bulunmamakla birlikte; bunlara, yukarıda iktibas etmiş bulunduğumuz mevzuat hükümlerinin uygulanmasında bir **yorum aracı** olarak başvurulabilir.

Bu metinlerden başta tabip olmak üzere, sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından **sır saklama yükümlülüğü** mevcuttur. Sağlık mesleği mensubu olarak tabibe teşhis ve tedavi amacıyla başvuran kişinin, hakkında doğru teşhiste bulunulabilmesi ve etkin bir tedavi yönteminin belirlenebilmesi için, kendisiyle ve hatta gerektiğinde yakınları ile ilgili bilgileri tabibe bildirirken, bunların gizli tutulacağı ve yetkisiz kişilerin eline geçmeyeceği hususunda güvenle hareket etmesi gerekir. Bu güven tesis edildiği takdirde hasta kişi, kendisiyle ve hatta gerektiğinde yakınları ile ilgili bilgileri tabibe açıklamakta ve bu suretle, hakkındaki doğru teşhiste bulunulması ve etkin bir tedavi yönteminin belirlenmesi mümkün olabilmektedir.

Sır saklama yükümlülüğü kapsamında gizli tutulması gereken bilgiler, kişinin hasta olup olmadığı, hastalığının mahiyeti, biyolojik, fiziki ve ruhsal özellikleri, aile ilişkileri gibi kişisel verileri kapsamaktadır. Dikkat edilmelidir ki, teşhis ve tedavi amacıyla tabibe başvuran kişiye ilişkin veriler, Türk Ceza Kanununun 135 vd. maddelerinde tanımlanan suçlar bağlamında **kişisel veri** niteliği taşımaktadır.

Burada birinci sorun, başta tabip olmak üzere sağlık mesleği mensubu kişilerin, tanık olarak dinlenilmesi istendiğinde hasta ile ilgili bilgileri açıklayabilip açıklayamayacağı hususuna ilişkindir.

Klasik anlayış, bu durumda “tanıklıktan çekinme hakkı”nın varlığından söz etmektedir. Bu anlayış, sırdaş olan kişiden hareketle bu sonuca varmaktadır. Halbuki, doğru olan, bilginin ilişkin olduğu kişiden hareketle soruna çözüm getirmektir. Bu itibarla, hasta bakımından, kendisiyle ve yakınlarıyla ilgili bilgileri yetkisiz kişilere açıklamamalarını tabip

ve diğer sağlık mensubu kişilerden isteme hakkı mevcuttur. Bu hakkın doğal sonucu olarak, hasta ve yakınlarına ilişkin bilgileri, izinleri olmadığı sürece, herhangi bir kişiye açıklamamak, tabip ve diğer sağlık mensubu kişiler bakımından bir **yükümlülük** oluşturmaktadır. Bunun sonucu olarak, başta tabip olmak üzere sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından **hasta ve yakınları aleyhine tanıklık yapmama yükümlülüğü** söz konusudur. Başka bir ifadeyle, ister özel hukuk uyumsuzluğu olsun, ister bir suça ilişkin soruşturma veya kovuşturma olsun, sağlık mesleği mensubu kişiler, mesleklerinin icrasıyla bağlantılı olarak vâkıf oldukları hasta veya yakınlarının biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ilişkin bilgileri aleyhlerine sonuç doğuracak şekilde açıklamak üzere tanık sıfatıyla dinlenemezler (18.6.1927 tarihli ve 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu [HUMK], m. 245; 4.12.2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu [CMK], m. 46). Bu itibarla, sağlık mesleği mensubu kişilerin hasta ve yakınları aleyhine sonuç doğuracak şekilde tanıklık yapmamaları yönünde bir yükümlülük altında olduklarının hakim veya Cumhuriyet savcısı tarafından kendilerine hatırlatılması gerekmektedir.

Ancak, sağlık mesleği mensubu kişinin kendisinden açıklanması istenilen hususun hasta veya yakını aleyhine sonuç doğuracak mahiyette olup olmadığının tayin edilmesi, bir sorun olarak ortaya çıkacaktır. Bu değerlendirmenin sağlıklı bir şekilde ancak hakim veya Cumhuriyet savcısı tarafından yapılabileceği ortadadır. Bu nedenle, **sağlık mesleği mensubu kişilerin hasta veya yakınları ile ilgili olarak hakim veya Cumhuriyet savcısı dışında örneğin kollukta (polis veya jandarmada) tanık olarak açıklamada bulunmaması gerekmektedir.**

Sır saklama yükümlülüğü kapsamına giren bilgilerin, **hastanın veya yakınının biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ilişkin bilgilerden** ibaret olması gerekmektedir. Kişinin **hastalığına ilişkin bilgilerin** bu kapsama girdiği izahtan varestedir. Kişinin doğrudan hastalığına ilişkin olmamakla birlikte, örneğin kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi de, hastanın biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özellikleri bakımından sonuç çıkarmaya elverişli olduğu için, sır saklama yükümlülüğü kapsamında değerlendirilmelidir. Keza, kişinin örneğin psikiyatri hastalarının tedavi gördüğü bir sağlık kuruluşuna başvurup başvurmadığı, belirli tarihler arasında bu sağlık kuruluşunda yatıp yatmadığı hususlarına ilişkin bilgiler de sır saklama yükümlülüğü kapsamında değerlendirilmelidir. Bu bakımdan önemli olan, bir bilginin, açıklanması halinde bundan **kişinin biyolojik, fizyolojik veya ruhsal özelliklerine ve dolayısıyla**

la hastalığına ilişkin sonuç çıkarılabilecek nitelikte bilgi olmasıdır.

Ceza Muhakemesi Kanununun tanıklıktan çekinebilmek için bilginin **hastaya** veya **yakınına** ilişkin olması gerekmektedir. Buradaki “yakın” ibaresinden neyin anlaşılacak gerektiği hususunda madde metninde ve gerekçesinde bir açıklık bulunmamaktadır. Sır saklama yükümlülüğü bağlamında önemli olan, hasta veya bir başkasına ait bilginin teşhis ve tedavi amacına yönelik tıbbi müdahale kapsamında öğrenilmesidir. Bu nedenle, Ceza Muhakemesi Kanununun burada “yakın” ibaresine sınırlama getirmemesi, bir eksiklik olarak teklakki edilmemelidir.

Bu arada işaret etmek gerekir ki, hastanın veya yakınının **rizasının** varlığı halinde, sağlık mesleği mensubu olan kişiler “... *bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler*”le ilgili olarak, lehe veya aleyhe sonuç doğurabileceğine bakılmaksızın, tanıklıktan çekinemezler (CMK, m. 46, f. 2).

Başta tabip olmak üzere, sağlık mesleği mensubu bütün kişiler, sır saklama yükümlülüğü ile yükümlüdürler. **“Sağlık mesleği mensubu kişi”** ibaresine de açıklık getirmek gerekir. Türk Ceza Kanununda, bu kavramdan, “*tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler*”in anlaşılması gerektiği vurgulanmıştır (m. 280, f. 2). Bu tanımda, belirleyici olan, **sağlık hizmetidir**. Görülen hizmet sağlık hizmeti olduktan sonra, bu hizmetin görülmesinde görev alan kişinin sıfatı önemli değildir. Türk Ceza Kanununda sağlık hizmeti görenler, sadece örnek olarak gösterilmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmeti veren kişiler, sadece “*tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire*”den ibaret değildir. Sağlık bilimleri alanında eğitim ve öğrenim görmemiş olmakla birlikte, bir sağlık veya sosyal güvenlik kuruluşunda görev yapan ve bu görevi dolayısıyla kişilerin hastalığı ile ilgili bilgilere vakıf olan kişi bakımından da sır saklama yükümlülüğünün olduğunu gözden uzak tutmamak gerekir.

Dikkat edilmelidir ki, yaptığımız bütün bu değerlendirmelerde göz önünde bulundurulacak bilgi, bir suç olgusuna ilişkin değildir. Sağlık mesleği mensubu kişinin görev ile bağlantılı olarak bir suçun işlendiğine dair bilgiye ulaşması halinde, ihbar ve tanıklık yükümlülüğü bağlamında nasıl bir yol izlemesi gerektiği hususu, bir sonraki sayıda yayımlanmasını planladığım yazıma konu olacaktır.

Not: Yazımızın, dergimizin bir önceki sayısında yer alan “Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin kriterler” başlıklı yazısı teknik bir hatadan dolayı dip notları ve kaynakları açısından eksik yayınlanmıştır. Yazımızdan ve okuyucularımızdan özür diliyoruz. Yoğun ilgi alan bu yazıyı ilgililerin yeterince yararlanması açısından önümüzdeki sayılarımızda tekrar yayınlayacağız.

İbni Sina ile düünden bugüne...

Doç. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1978 yılında Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve Tıp. Tırm. olarak Silahlı Kuvvetler'de göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladı. 1994 yılında genel cerrahi uzmanı olarak, Şırnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliği'ne atandı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda Yrd. Doç. olarak göreve başladı. 2000 yılında İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel Medipol Hastanesi'nde çalışan Tan, evli ve 2 çocuk sahibidir.

Bir tıp kültürü ve tıp felsefesi dergisinde kendisinden sıkça bahsedilecek hekim, aynı zamanda alim ve filozof herhalde İbni Sina'dır.

İbni Sina, 980 yılında bugün Özbekistan olarak anılan Türkistan'ın Buhara şehri yakınında Afşan kasabasında doğmuştur. Küçük yaşlarda dinî ilimleri öğrenen ve genç yaşta geometri, fizik ve tıp ilimlerinde bilgi ve beceri-

siyle öne çıkmaya başlayan İbni Sina 16 – 17 yaşlarındayken devrin Samani hükümdarı Nuh İbni Mansur'un hastalığını, saraya davet edilmesi üzerine tedavi ederek, devrinde haklı bir ün kazanmıştır. 21 yaşında babasını kaybetmesi ve sosyal iç karışıklıklar nedeni ile Buhara'dan ayrılmış özellikle İsfahan olmak üzere İran'ın çeşitli yerlerinde bulunmuştur.

Mükemmeliyetçi bir kişilik yapısında olması, bütün hayatı boyunca kendisini birçok alanda yetiştirmesi ve bu

alanların hepsinde en üst seviyelerde olmasına da sebep olmuştur. Daha Buhara'da iken Emir'in huzurunda, gençliğinde geçen bir konuşma sırasında, yine orada bulunanlar tarafından Arapça'sının yeterince iyi olmadığı eleştirisi üzerine, yaklaşık 3 yıllık yoğun bir Arapça dilbilgisi ve edebiyatı çalışmasına girişmiş, bu konuda kendisini geliştirdikten sonra, Arapça şiirler ve risaleler kaleme almıştır.

İbni Sina ilgi duyduğu alanlarda dikkatli bir gözlemci, düşünür ve uygulama-



yıcı olduğu kadar verimli bir yazardı. Yazmaya çok genç yaşlarda başlamış, 50 yaşlarında eserlerinin sayısı 200 ü aşmıştı. Birçok hükümdar kendisinden, danışman ve vezir olarak saraylarında bulundurmak suretiyle O'nun arkadaşlığından ve önerilerinden faydalanmışlardır. En büyük eseri muhakkak ki "El – Şifa"dır. Tıp konusunda bilinen en önemli yapıtı ise milyondan fazla kelimeden oluşan "El – kanun fi't – tıbb" adlı eseridir, ki bu kitap kendi klinik gözlem ve deneylerine dayanarak hazırladığı, İslam dünyasında ve Avrupa'da 600 yıla yakın bir süre tıp eğitiminde kullanılmıştır. Bu kitabı, 15. yüzyıla kadar on beş defa çevirisi yapılarak basılmış ve 1650 yılında Montpellier ve Louvain Üniversiteleri'nde hâlâ okutulan bir eseri ve 1593'te Arapça'sı yeniden basıldığında o güne kadar Arapça olarak basılan ikinci kitap olma özelliğini gösteriyordu.

Bir simyacı mı?

Bütün bu hızlı ve verimli çalışmaları 10. yüzyılda hem Doğu hem de Batı'da çeşitli alanlarda tanınması nedeni ile bir İbni Sina efsanesi ortaya çıkarmıştır. Henry Corbin'in dediği gibi, "Ortaçağın batısını ve günümüze değinde doğuyu etkileyen İbni Sina'nın eseri, felsefenin ve zamanının ilimlerinin tümünün alanını kapsamaktadır ve bu haliyle O, ortaçağın evrensel insan tipini gerçekleştirmiştir ". Kimi kültür çevrelerinde O bir masal kahramanı, prens, kimi kültür çevrelerinde metali altına çeviren büyülü bir simyacı olarak tanıtılmıştır. Hatta Biythinie Kralı, Sevilla Prensi olarak tanıtıldığı eserler dahi olmuştur. Kendisinden 600 yıl kadar önce yaşamış, ünlü Hristiyan teolog ve düşünür Saint Augustine ile mektuplaştıranlar olduğu gibi, 'Lokman Hekim' olduğunu söyleyenler de olmuştur.

Bekir Karlığa'nın kitabında oldukça detaylı olarak anlattığı gibi; Padoalı ve Venedikli hekimlerin hazırladıkları El – Kanun'un 1476 baskısının sonunda "Sevilla Prensi İbni Sina'nın eseri burada son bulur" denilmektedir. Aynı ifadeler 1490 Venedik baskısında da yinelenir. Aynı kitabın Champier tarafından 1522'de Lugduni'de yapılan baskısında "Kurtubalı Prens'in bu kentte bir hastane kurduğu, berabesinde El – Gazzali ve El – Farabi gibi iki dostunun da çalıştığı" belirtilmektedir. Latin dünyasında Kurtubalı, Sevilalı prens tanımlamalarının İbrani literatüründe de yaygın olduğu, oryantalist bazı yazarlarca İbni Sina'nın hayatı, İspanyol mu, Arap mı, Türk mü olduğu konusundan bahseden eserle-



rin yazılmış olduğu görülür. Bu efsanevi kişiliği nedeni ile hem İran edebiyatında hem Türk edebiyatında masallar ve destanlarla da sıkça karşılanmaktadır.

Yaygın tanınmışlığın getirdiği efsanevi anlatımları aralayarak hekimliği ile İbni Sina'yı tanıdığımızda, ortaçağ tıbbını etkilemiş olduğu kadar günümüzde de anne sütünün önemini bin yıl öncesinden vurgulayan bir hekim olduğunu görebiliriz. İbni Sina anne sütü için "bebeğin doğum öncesi beslenmek için anneden aldığı kana en yakın maddedir " derken, günümüz immünolojisi ile bizlerin artık kesin olarak bildiği bir gerçeği, sağ duyulu bir gözlem sonucu bin yıl önce ifade ettiğini fark ediyoruz. İbni Sina sadece bununla kalmayıp " anne sütü ile beslenen bebekler daha sakin olmaktadır" diyerek beslenmenin psikolojik ve psikosomatik detaylarını da göstermektedir.

Hâlâ kullanılan tedaviler...

Yine ünlü El – Kanun kitabında İbni Sina tetanos, plörezi ve tüberküloz gibi birçok hastalığı doğru olarak tanımlamış, tüberkülozun bulaşıcı olduğuna dikkat çekmiş, şeker hastalığını, şarbonu ve bazı parazitler hastalıkları tanımlamıştır. Hekimliğinin icrası ile ilgili yasa, tıbbi tanımlamalar, nabız ve kolikler üzerine eserler yazmış olan İbni Sina trigeminal nevraljiyi ilk kez tanımlamış ve yüzde meydana gelen paraliziyi merkezi ve periferik olarak ilk defa ikiye ayırmış, gözbebeğinin ışık refleksini tanımlamış, menenjitin klinik tablosunu en ince ayrıntısına kadar tarif etmiştir. İbni Sina'nın ishal tedavisi için peynir suyunun içilmesini tavsiye etmesi de hayli dikkat çekicidir.

İbni Sina'nın büyük bir külliyat halinde elimize ulaşan 250 civarında eseri bulunmaktadır. Bunların 130 unun kendisine ait olduğu kabul edilmektey-

İbni Sina tetanos, plörezi ve tüberküloz gibi birçok hastalığı doğru olarak tanımlamış, tüberkülozun bulaşıcı olduğuna dikkat çekmiş, şeker hastalığını, şarbonu ve bazı parazitler hastalıkları tanımlamıştır. Hekimliğinin icrası ile ilgili yasa, tıbbi tanımlamalar, nabız ve kolikler üzerine eserler yazmış olan İbni Sina, trigeminal nevraljiyi ilk kez tanımlamış ve yüzde meydana gelen paraliziyi merkezi ve periferik olarak ilk defa ikiye ayırmış, gözbebeğinin ışık refleksini tanımlamış, menenjitin klinik tablosunu en ince ayrıntısına kadar tarif etmiştir.

ken, yüzden fazla eseri; kitap isimlerinin değişik şekillerde kaydedilmiş olması veya bölümlerinin ayrı ayrı eserler olarak yayınlanması nedeni ile kendisine ait olduğu tartışmalıdır

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun mimarı

Tıp bilimleri felsefe doktoru Nusret Hasan Fişek

Derleyen: Yasemin K. Şahinkaya

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1914 yılında İstanbul'da doğdu. 1932'de, Kabataş Erkek Lisesi'nden mezun oldu. 1938 yılında birincilikle bitirdiği İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son beş yılı, 1933 Üniversite Reformu aydınlanmasına denk düşer.

1941 yılında aynı Üniversite'de Bakteri-yoloji İhtisası'nı tamamlayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1946'da Hayati Tıbbi ve Gıda Kimya Mütahassısı (Biyokimya Uzmanı) oldu, 1952'de ise Harvard

Üniversitesi'nden Tıp Bilimlerinde doktora derecesi aldı. Kendisi; tıp bilimleri felsefe doktoru olan ilk Türk'tür. 1955 yılında Biyokimya doçenti, 1966 yılında ise Halk Sağlığı profesörü oldu. Tetanoz toksoidi konusunda yaptığı özgün çalışma ile uluslararası başarı kazandı. Biyokimya dalında ise laboratuvarlar kurdu ve geliştirdi.

Sağlıklı yaşam hakkı

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olduğunu savunmuş; tüm bilimsel çalışmalarını ve uygulamalarını herkese nitelikli sağlık hizmeti ulaşması hedefine yöneltmiştir. Savaş

döneminin sona ererek insan gücü ihtiyacının aza indiğini ve tıptaki gelişmeler sonucu ortaya çıkan hızlı nüfus artışı sorununu ülkemizde ilk fark eden ve bu konuda harekete geçen bilim insanı yine Dr. Nusret Fişek olmuştur. Bu konuya yönelmesindeki en önemli ivme, aşırı doğurganlığın ve çağdışı yöntemlerle hamileliğe son vermek isteyen kadınların sağlığının dramatik bir biçimde bozulmasıdır. Hızlı nüfus artışıyla sağlık, sosyal ve ekonomik sorunların bağlantısını kurarak bir dizi araştırmaya önderlik etmiştir. 1958 -1960 yıllarında yerel düzeyde yapılan bu çalışmaların bulguları, ülkemizde daha önce egemen olan nüfus artırıcı politikaların de-







Sağlığı bir insan hakkı
sayan Prof. Dr. Nusret H.
Fişek, 1983 yılında
Türk Tabipleri Birliği
başkanlığı görevini kabul
ederek bu meslek
örgütünü, başkanlığını
yaptığı altı yıl içinde
demokrasi mücadelesi
veren seçkin bir
toplum örgütü
haline getirmiştir.

ğıştırılmasına kaynaklık etmiştir.

Demografi ve Halk Sağlığı disiplinlerinin ortak sorun alanlarını saptayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, doğumlarla ölümler hakkında sağlıklı veri toplamasının önemine dikkat çekmiştir. Daha 1960'lı yıllarda nüfus ve aile planlaması programlarının kadın sağlığı ve kadın hakları çerçevesinde ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur. Dr. Fişek; bunu gerçekleştirmek üzere planlamacıların da içinde olduğu bir çalışma grubu oluşturarak kapsamlı bir kampanya başlatmış, gazetelere onlarca yazı yazmış ve konuyla ilgili din yetkililerinin desteğini almıştır.

Nüfusbilim sözlüğü

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde 'Nüfus Etüdları Enstitüsü'nde beş yıl boyunca müdürlük yapmıştır. Bu süre içinde bir yandan insan yetiştirmiş, bir yandan farklı bilim dallarında faaliyet gösteren uzmanlar ve kuruluşlar arası ilişkiler sağlamış, araştırmalar yürüterek sağlıklı bir veritabanı oluşturmuş, bir yandan da 'Nüfusbilim Sözlüğü'nün oluşturulmasına önyak olarak demografideki kavramlara Türkçe karşılıklar bulunması için katkılarda bulunmuştur. Ayrıca gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili halk eğitimi çalışmalarının hem kadınlara hem de erkeklere yönelik olarak yapılmasını sağlamıştır. Nüfus sorunu ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin

örgütlenmesi konusunda 1960 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın 'sağlık sektörü' kısmını hazırlayarak planlılardan uygulayıcılara kadar birçok insanı eğitmiştir.

Doğru kararlar alabilmek için güvenilir bilgi toplamanın gerekliliğini iyi bilen bir kişi olarak Prof. Dr. Nusret H. Fişek, ilk olarak 1963 yılında yapılmaya başlanan ülke çapındaki nüfus ve nüfus-sağlık ilişkilerini ortaya koyan araştırmalarının (Türkiye Nüfus Araştırması) yönlendiricisi ve uygulayıcısı olarak konunun öneminin ülkemizde kavranmasında en büyük rolü oynayan kişilerden biridir. Demografi eğitiminin sağlıklı ve kaliteli olması için yurtdışından konusunda uzman olan kişilerin Enstitü'ye getirilmesi için gayret göstermiştir. Eğitim ve araştırmalarda kalitenin yükseltilmesini sağlayan bu tutumun yanında, Prof. Dr. Nusret H. Fişek, öğrencilerin pek çoğuna da yurtdışında eğitim yapma olanağı yaratmıştır. H.Ü.Nüfus Etüdları Enstitüsü'ndeki 'Dokümantasyon Merkezi'nin kurulması onun çaba ve destekleri ile sağlanmış olup, bu merkez halen ülkemizde konusunda tek ve en büyük bilgi kaynağı olma durumunu korumaktadır.

Herkese yaygın ve nitelikli sağlık hizmeti

Prof. Dr. Nusret H. Fişek "herkese yaygın ve nitelikli sağlık hizmeti" anlayışının yansıması olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un mimarı olmuştur. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı bu yasa, sağlık yönetimi ve toplum katılımı açısından son derece ileri bir konumdur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bir 'düş'ü. Yasanın gerekçe metninde bu düşü gerçekleştirilen ülkeler olarak Sovyet Rusya ve İngiltere örnek olarak gösteriliyordu. Nusret Fişek'in bu düş ve eylemi, koruyucu hekimliği ve çevre sağlığını ön plana çıkarmıştır. Böylece, ülkenin en ücra köşelerine kadar sağlık hizmetinin yayılmasını sağlamaya çalışmıştır. Alma-ata bildirgesinden 15 yıl önce ortaya konan bu proje gerçekten günün şartlarında değerlendirildiğinde, ileri görüşlü bir projeydi. Bu uygulama 1980 yılına kadar pilot uygulamalarla yaygınlaştırılmış, son olarak aralarında İstanbul'un da bulunduğu 20 ilde 80'lerden sonra uygulamaya konmuştur. Sosyalizasyonun beklenen sonucu vermede yetersiz kalması konusunda tartışmalar, suçlamalar bugüne değin süregelmiştir.

1960 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü görevinin yanında, Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'nı da yürütmesi istenmiştir. 1965 yılına değin çeşitli bakanlar ile çalıştıktan sonra, Faruk Sükan'ın Sağlık Bakanlığı dönemin-

de müsteşarlıktan alınmış; Danıştay kararı ile görevine geri dönmüştür. Yeniden müsteşarlık görevinden alınmasının ardından yeniden Danıştay kararıyla müsteşarlığa dönmüş; ancak kendi isteğiyle bu görevini bırakmıştır. 1963 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde kurulmuş olan Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün Müdürlüğü'ne geçmiştir. 1965 yılında Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin, 1975 yılında ise Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin kurulmasını sağlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile birlikte gerçekleştirilen bir projeye, Enstitü'nün içinde 'Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi' oluşturulmuştur. Bu Enstitü 1982 yılında Yüksek Öğretim Kurumu'nun kararıyla kapatılmıştır.

Hekim hakları

Hacettepe Tıp Fakültesi'nin kurulmasında ve gelişmesinde büyük katkıları olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, tıp eğitiminin niteliği üzerinde önemle durmuştur. Nitelikli teorik bilgiyi gerekli görmekle birlikte uygulamalı eğitim olmaksızın yetersiz kalacağını düşünmektedir. Ayrıca tüm sağlık personelinin, hizmet verilecek bölgeye ve sağlık hizmetinin niteliğine göre ayrı bir uyum eğitimi programından geçirilmesi gerektiğini de öngörmüştür. Hekimlerin; yaşam boyu eğitim programlarıyla bilgilerini tazelemeleri, teknolojiye ve bilimsel gelişmelere uyum sağlamaları ve halkın sağlık sorunlarından haberdar olup çözüm üretmeleri gerektiğini düşünmektedir. Sağlık planlamasının halkın hekim kullanma alışkanlığına, ülkenin istihdam gücüne ve ihtiyacına göre planlanması gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin, yeterli altyapısı, öğretim üyesi, araç ve gereci bulunmayan fakültelerde eğitim görmesinin yanlış olduğuna defalarca dikkat çekmiştir. Hekimler, mesleklerini ekonomik bir araç olarak görmemeli, topluma karşı hizmeti birincil ödev olarak benimsemeli ve çalışma saatlerini çok iyi değerlendirmelidirler. Böyle bir yaklaşımla sağlık hizmetleri sosyalleştirilebilecek ve hekimlik düzeyinin yükselmesine katkıda bulunulabilecektir. Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlık hizmetlerinde hekimin yalnız başına görev yapan biri olmadığını ve çalışma grubuyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuş, ekip çalışmasının, çağdaş sağlık anlayışının bir parçası olduğuna dikkat çekmiştir.

Ölüm cezalarına karşı...

Sağlığı bir insan hakkı sayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1983 yılında Türk Tabipleri Birliği başkanlığı görevini kabul ederek bu meslek örgütünü, başkanlığını yaptığı altı yıl içinde demokrasi mücadelesi veren seçkin bir toplum örgü-

tü haline getirmiştir. Örgütü'nün başında, 1980'li yılların baskıcı günlerinde idam cezalarına ve ölüm cezalarının yerine getirilmesinde doktorlara görev verilmesine karşı çıkmış; TBMM'de onay bekleyen kesinleşmiş ölüm cezası kararlarının yerine getirilmesini engellemekte önemli bir rol oynamıştır (1984 yılından beri Türkiye'de ölüm cezası uygulanmamaktadır). Ankara Cumhuriyet Savcılığı'nın açtığı davaya karşı bilimi, tıp meslek ahlakını, barışı, demokrasiyi ve insan haklarını savunan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, işkencelere karşı çıkarak cezaevlerinde yaşanan sorunlarla yakından ilgilenmiş, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Hekimler Derneği'nin, Atatürkçü Düşünce Derneği'nin ve İnsan Hakları Derneği'nin kurucu üyesi olmuştur.

Türk Tabipleri Birliği, onun başkanlığı döneminde birçok girişime imza atmıştır. Kamu kuruluşu niteliğinde, hükümetten bağımsız bir kuruluş olan Türk Tabipleri Birliği'nin yasasından gelen yetkilerinden yararlanarak, bir yandan

üyelerinin hak ve çıkarlarını korurken, öte yandan halk sağlığına katkısını sağlamak için yürürlüğe konulan bu programlar 'üretici etkinlikler' olarak nitelenmiştir. Merkez Konseyi'ne bağlı olarak kurulan kollar (İşçi Sağlığı Kolu, Pratisyen Hekimlik Kolu, Sendikalaşma Kolu, İnsan Hakları Kolu, Özlük Hakları Kolu vb), bir yandan programlar uygulamaya koymuş ve kongreler gerçekleştiren; öte yandan yerel tabip odaları düzeyinde de eş-kolların oluşmasını sağlamıştır.

Meslek ahlakı

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, yaşamının son diliminde 'insan hakları sorunları ve tıp meslek ahlakı' konuları ile çok yakından ilgilenmiştir. Ulusal ve uluslararası platformlarda sunduğu bildiriler, TTB'nin özellikle 'herkese sağlık' ve 'cezaevi koşullarının geliştirilmesi' çabalarına ek olarak yeni bir 'Tıbbi Deontoloji Tüzüğü' (Tıp Meslek Ahlak Kuralları Tüzüğü) hazırlamış ve kendisinin de üyesi olduğu Yüksek Sağlık Şurası'nın



(Sağlık Bakanlığı'na bağlı) gündemine sokmuştur. Ne yazık ki, ilerlemiş hastalığının etkinliğini kısıtlaması ve dönemin yetkililerinin tutumu bu taslağın tüzük haline getirilmesini sağlayamamıştır. Nusret Fişek'in ardından TTB'nin önceliklerini halk sağlığı ve hekim sorunlarının dışına kaydırması da sürece olumlu etki yapmamıştır.

Türkçe ve yabancı dilde çok sayıda bilimsel çalışması bulunmaktadır. Prof. Dr. Nusret H. Fişek 3 Kasım 1990'da vefat etmiştir.

Kaynaklar

www.fisek.org.tr

www.sansursuz.com

Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek (21 Kasım 1914 - 3 Kasım 1990)

- Türk siyaset ve bürokrasi tarihinde en popüler ve yaptırım gücü en fazla müsteşardır.
- 1933 Üniversite Reformu'nun mezun ettiği ilk kuşaktan olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, bu ilerici yaklaşımı, bütün yaşamı boyunca korumuştur. Tüm insanların sağlık hakkı için savaşım vermiştir.
- Tüm yaşamını, gücünü, bilgisini ve olanaklarını paylaşmaya; herkese sağlık hizmetinin ulaştırılması için savaşmaya adamıştır.
- Her dönem, sağlıklı yaşam için nerede bir hizmet gereksinmesi varsa oraya koşmuştur. Onun için de, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı ve Kontrol Laboratuvarı Şefliği'nden Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'na, Üniversite Öğretim Üyeliği'nden Türk Tabipleri Birliği Başkanlığı'na kadar birçok yerde çalışmıştır.
- Savaşımındaki önemli köşetaşlarından ikisi 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun' ile 'Nüfus Planlaması Kanunu'nun çıkarılmasıdır. Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı dönemindeki bu kalıcı yapıtlarını, Üniversite'de de Toplum Hekimliği ve Nüfus Etüdları Enstitüleri'ni kurarak bütünlemiştir.
- Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Kontrol Laboratuvarı şefliği, Avrupa Biyolojik Standardizasyon Birliği Ekspert Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü Danışmanlığı ve Yönetim Kurulu Üyeliği, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Öğretim Üyeliği, Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı, Hacettepe Üniversitesi Mezuniyet Sonrası Eğitimi Fakültesi Dekanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü Kurucu Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı, International Editorial Advisory Committee of the Population Information Program of the George

Washington University Medical Center Üyeliği, Dünya Nüfus Araştırmasının değerlendirilmesi, WHO/HRP Hizmet Araştırmaları Steering Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü İcra Komitesi Üyeliği görevlerinde bulunan Prof. Dr. Nusret H. Fişek 1983-1990 yılları arasında Türk Tabipleri Birliği Başkanlığı da yapmıştır.

- Nüfusbilim (demografi) alanındaki çalışmaları nedeniyle Michigan Üniversitesi 150. yıl ödülünü, sağlığın sosyalleştirilmesi alanındaki çalışmaları nedeniyle ise İngiliz Kraliyet Akademisi üyeliğini (FRCP) alan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği Şeref Diploması, Hacettepe Üniversitesi Akademik Hizmet Belgesi, Türk Tabipleri Birliği Hizmet ve Onur Belgesi ve Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği Şeref Rozeti sahibidir.

- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türk Nüfus Planlaması Kanunu'nun hazırlanması, sağlık hizmetlerinin daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenen çağdaş ilkelere göre düzenlenmesindeki önemli hizmetleri, tıp eğitiminin topluma dönük eğitim biçimine dönüştürülmesindeki hizmetleri, Mikrobiyoloji, Halk Sağlığı ve Nüfus Sorunları alanlarındaki derin bilgisiyle sayısız uzman yetiştirmesi ve çok sayıda bilimsel eser vermesi nedeniyle 'Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) 1993 HİZMET ÖDÜLÜ' verilmiştir.

- Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 'The Faculty of Community Medicine of the Royal College of Physicians' (FRCP), 'American Medical Association', 'Harvard Chapter of the Society of Sigma', 'The New York Academy of Sciences', 'The National Geographic Society', 'The Incorporated Liverpool School of Tropical Medicine', 'The American Public Health Association', İnsan Hakları Derneği, Atatürkçü Düşünce Derneği, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Hekimler Derneği (NÜSED) ve Ankara Jinekoloji Cemiyeti üyeliği yapmıştır.

Ama hep bir şeyler eksik kalmıştı!

Herkesin hayatta işgal ettiği bir yer var: Hacim içinde bir hacim... Biz onları, bu yerleri de referans olarak tanır/ tanımlarız. Bu basit, sade ve dolayısıyla kullanışlı bir kategorizasyondur. Ama oyunu bozan, hayatın ve insanın böyle bir hacimden, üç boyuttan ibaret olmayışdır. İç-içe geçmiş sistemleri, hatta çoğu zaman kaotik bir yapısı olan hayatın içinde, tam-tamına onun kadar karmaşık bir başka varlığın, insanın ve insana ait olanın tanımlanması, kategorize edilmesi, yerleştirilmesi ve hiç durmadan akan zamanın da içinde, tanımlanmış olan özelliklerini sürdürmesi neredeyse imkânsız.

Ama anlamak için de bir sistem gerektiğine hiç şüphe yok. Eğer bir sisteminiz yoksa, anlayamaz, ama anlamadığınızı da bilemezsiniz. Zaman içinde sanat, bilim, felsefe kendilerine mahsus sonsuz çeşitlilikte anlama biçimleri geliştirdiler. Biz de yirmi küsur yıllık tababet pratiğinden sonra artık kendimizi sınırları aşağı yukarı belli olan, akıl yürütme, araştırma şekilleri netleşmiş, ne dediğini, ne istediğini bilen bir disiplin içinde, deneyim kazanmış ve kendi bilgisini hazmetmiş olarak bulmak istedik.

Böyle olmadı

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



Ama bir şeyler de hep eksik kaldı.

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

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

Bir kimyager ya da makina mühendisi için de böyle midir? Tıp bilimi, özellikle de nöropsikiyatri, içerdiği yoğun belirsizlik ve tekrar edilemezlik, bir örnekliğin imkânsızlığı gibi pek çok karakter özelliği dolayısıyla farklı bir yere oturuyor. Dolayısıyla bu fark edişlerin günlük pratiğimizde de kıymeti çok büyük.

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

Bu fark edişleri, alıştığımız

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

Bunun çeşitli yolları bulunabilir tabii ki. Biz de bunlardan birini denemek, bazen çarpışma, düşme, oyundan atılma ihtimallerini de göze alarak, başka sınıflarla ortak teneffüs alanlarında buluşmayı denemek istedik.

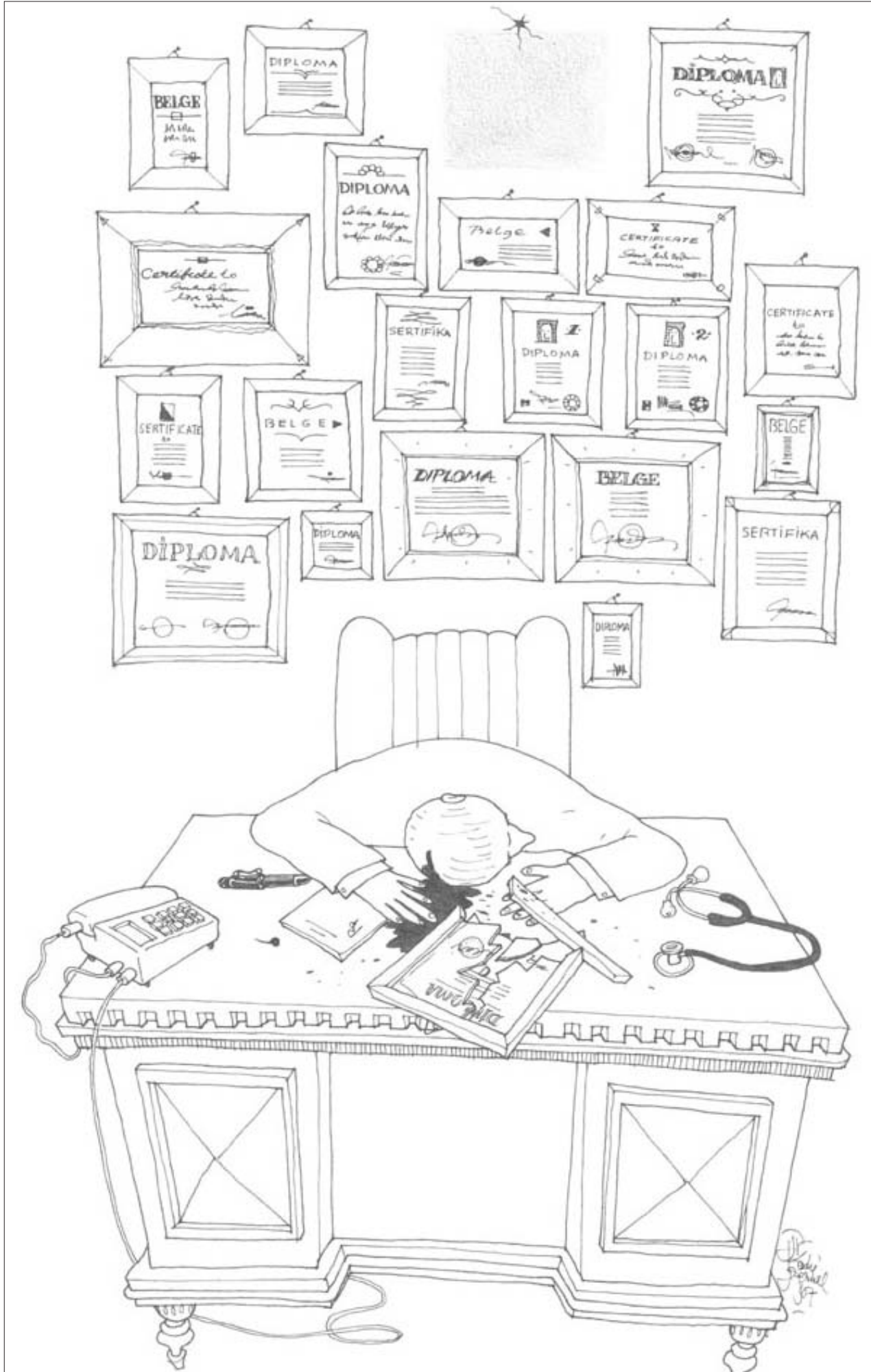
Bilimsel bir tıbbî makale için asla kabul edilemez olan, hikaye, roman veya film için vazgeçilmezdir. Ana malzeme doğal olarak yine insan ve onun hayatıdır. Ama sanat özellikle aykırılıkları izler. Kavramlar, sınıflamalar içerisinde kalanlarla değil, cevabı olmayan sorularla, aykırı olanla, başka bakış açılarıyla ilgilenir. Yani bilim toplar, kuralları belirler, sınıflandırır, standardize eder ve anlamamızı sağlarken; sanat dağıtır, deforme eder, karıştırır, kural dışılığı, aykırılığı, yeniyi gösterir ve anlayışımızı başka bir seviyeye ve zaviyeye taşır.

Biz de bu iki alanın kesişen yüzlerinde, bizi şaşırtan, düşündürdüren, sistem dışına çıkaran, görüşümüzü bulandırıp, netleştiren, aklımızı karıştırıp, zihnimizi ısıtan kitaplar ve filmler hakkında sizlerle konuşmayı umuyoruz. Amacımız, bir yandan, gelecekteki mesleki yaklaşımın sınırlarını çizdiği alana bazen içerden bazen dışardan

bakmayı denemek, diğer yandan da bu alanı, ona değip dokundukları ve hatta içinden geçtikleri ölçüde hikayeleri, romanları, filmleri kapsayacak kadar genişleterek farklı şekilde tarif etmek. Yani bu sayfada, lipid düşürücülerin kullanımlarına şüphe ile yaklaşan kitaplardan da Çehov'dan ya da Fellini'den de, bahsedildiğini görebilirsiniz.

Bir ana fikirden yoksun ve dağınık görünümlü bu yazıyı; John Berger'in resimsiz bir sayfadaki yazısını aktararak bitirelim.

"Geçenlerde bir sırt ameliyatının (hepsini sırtımızda taşıyıp, kameralar, mercekler ve filmleri içine sığdırdığımız o lanet olası olumsuz çantası yüzünden) peşinden iki hafta boyunca bir hastanede yatımdım. Hareketsiz, kılımı kıpırdatmama izin verilmeden sırtüstü yatıyordum. Fotoğrafi çekilebilecek şeyleri düşünmeye koyuldum ben de: koğuşun boyutlarını, talihsiz hasta arkadaşlarımı (kafatası ve omurga hastalıklarına bakılan nöroşirurji bölümündeydim), bal dök yala temizliğindeki koridorları, lekesiz tavanı, her tarafın beyazlığını, lekesiz ızdırabı. Fotoğraflar bunlar gösterebilir. Sonra da, aynı anda çitin iki tarafında birden bulunabileceğinizin farkına vardım. Dünya Sağlık Örgütü adına çalıştığım yıllar boyunca hep hasta, ameliyattan çıkmış, yaralı insanların fotoğraflarını çekmiştim. Bu defa onların tarafında bulunmak daha iyi gelmişti; bu deneyimi silinmeyecek şekilde kaydetmiştim, ama film üzerine değil, hafızama."



Dr. Kadir Doğruer



Türkisch-Deutscher Gesundheitskongress 2007

Qualität, Effizienz, Wirtschaftlichkeit, Kooperation

Türk-Alman Sağlık Kongresi 2007

Kalite, Yenilik, Ekonomi, İşbirliği

Kongrenin partneri



8.-10.11.2007 İstanbul

www.ta-saglik-kongresi.com

Sınırlar Ötesi Sağlık

Türk-Alman Sağlık Kongresi 8. ve 10. Kasım 2007 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilecektir.

– Yeni Pazarlar ve İmkanlar mercek altında –

Sağlık endüstrisi hem Türkiye'de hem de Almanya'da giderek gelişmektedir. Bu iki ülkenin sağlık alanında işbirliğini kuvvetlendirmek, iki taraf için yeni ticari alanlar yaratmak, sağlık sektöründe girişimleri kolaylaştırmak üzere Türk-Alman Sağlık Kongresi düzenlenecektir.

8-10 Kasım 2007 tarihler arasında İstanbul'da gerçekleşecek olan kongrede uzmanlar tema olarak hastane odağı çerçevesinde hasta bakımı ve hastane hizmetlerinde bugünün ve geleceğin durumunu ele alacaklar ve önemli sorunlar üzerine değerlendirme yapacaklardır.

Kongre Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından desteklenmekte ve etkinlikleri Sağlık Bakanlığı çatısı altında yürütülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 850 devlet hastanesinin kongreye katılımı çağrısında bulunulacağı açıklanmıştır. Etkinliğe 1000'i aşkın uzmanın katılımcı beklenmektedir. Kongre özellikle Türk ve Alman sağlık ekonomisinin üst düzey yöneticilerine hitap etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun değişik alanlarından işletme yöneticileri, klinik ve departman yöneticileri, sağlık sigortacıları, kalite yöneticileri ve sağlık yönetimi akademisyenlerinin katılımı hedeflenmiştir.

Made-in-germany.com AG, Duesseldorf (Almanya) tarafından düzenlenen kongrenin bilimsel koordinasyonu Prof. Dr. Haydar Sur tarafından aşağıda adı geçen kurumlar ve kuruluşların işbirliği ile gerçekleştirilecektir:

- Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
- Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, İstanbul (OHSAD)
- Sağlık İşletmeleri Federasyonu, Ankara (SİF)

- Sağlık Yöneticileri Derneği, İstanbul (SYD)
- Hasta Güvenliği Derneği, İstanbul (HGD)
- Türk-Alman Ticaret ve Sanayi Odası, Köln (TD-IHK)
- Sağlık Ekonomi Kulübü, Berlin (cdgw)

Kongre'nin ana eksenini hastane'dir. Bu bağlamda „Hasta Bakımında Kalite“, „Süreçlerde, Organizasyonlarda ve Yapıda Etkinlik“, „İki Ulusun İşbirliği Olanakları“, „Yatırımlar“ ve „Sağlık İşletmesinin Yönetimi“ ağırlıklı içeriği oluşturmaktadır. İki ülkenin uzmanları karşılıklı bilgi alışverişinde bulunacaklar, birbirlerini daha iyi anlayacaklar, yeni işbirliğinin görüş ortaklığının nedenlerini tespit edecekler ve geleceğe yönelik yeni ticari alanları geliştireceklerdir.

Katılımcı/Sergileyici ücretleri/Sponsor koşulları

Katılımcı ücreti 400 Euro'dur/720 YTL. 30.08.2007 tarihinden önce kayıt yapanlara erken kayıt indirimini sağlanacaktır. Erken kayıt olanların biletleri 325 Euro'dur/575 YTL'dir (her ikisine de KDV eklenecektir).

Asgari sergileyici alanı 6 (altı) metre karedir. Bunun için 3000 Euro tutarındaki standart bir ücret talep edilecektir. Sergileyici paketinde iki adet giriş bileti dahildir. Her bir diğer metre kare sergileme alanının ücreti 600 Euro'dur, her bir sergileyici ek giriş kartı için 300 Euro hesaplanmaktadır (her ikisine de KDV eklenecektir).

Ayrıca 'Kongre Sponsoru' olarak kuruluşunuzu daha etkili bir şekilde tanıtabilirsiniz. Özel sponsor paketleri hakkında ayrıntılı bilgileri ve sponsor kategorilerini aşağıda verilen adres'ten temin edebilirsiniz.

Kongre organizasyonu Türkiye:

made-in-germany.com AGBusiness Center İstanbul
Aktaş Juki Plaza – Bağlar Mah. Kocman Cad. No. 57
34212 Bağcılar, İstanbul
Tel. +90(0)212-515 58 89
Sema.Seher@made-in-germany.com
www.made-in-germany.com





Estetik
dokunuşlarla
sağlıklı
güzellik
için.

www.mediestetica.com.tr

mediestetica