

Biz burada her gün
“sağlık” üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com



MART-NİSAN-MAYIS 2017
İLKBAHAR, SAYI:42
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Yrd. Doç. Dr. İker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özalp
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzafer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul edilmektedir. 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

Acil sağlık hizmetlerini yeninden düşünmek

Bütün ülkelerde istisnasız acil sağlık hizmetleri veriliyor olsa da, bu hizmet türünde sorunlarla tam başa çıkabilmiş olanı yoktur. Denilebilir ki, acil hizmetlerin örgütlenişi ve yönetilişi, sağlık yönetiminde en sıkıntılı konuların başında gelmektedir. Ülkemizde son on beş yılda bu alanda yaşanan gelişmeler baş döndürücü hızla gerçekleşmiştir. Ancak hizmetlerin akılcı da olsa, statik bir şekilde örgütlenmesi yetmemektedir. Sürekli olarak verilere dayalı değerlendirme ve bilimsel çalışmalar yaparak mevcut politikaların gözden geçirilmesi ve yeni politikaların üretilmesi gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmet örgütlenmesinde gösterdiğimiz başarının acil hizmetlerle ilgili etkinlik, verimlilik ve hakkaniyet bakımından bilimsel çalışmalarla ortaya konulduğu söylenemez.

Halk sağlığı çalışmaları ne kadar iyi yürütülürse yürütülsün, yine de yaşa, soya çekime ve hayat tarzı gibi birçok faktöre bağlı olarak sağlık sorunlarından tam olarak kaçılmıyor. Bu sorunların bir kısmı aniden ortaya çıkmakta ve hemen müdahale edilmezse ölümler veya kalıcı komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir. Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin başarı grafiği yükseldikçe acil vakalarda azalma beklenir ama hiçbir zaman sıfıra indiği görülmeyecektir.

Bütün toplumlarda sağlık hizmetlerinin yüksek oranda vicdani boyutu bulunmaktadır ve bu boyut hem politikacılar hem de sağlık profesyonelleri üzerinde toplumsal bir baskı oluşturmaktadır. Acil sağlık hizmetleri ise böyle bir ortamda özel bir önem arz etmektedir. Bildiğimiz kadarıyla, dünyada acil sağlık hizmetinin verilmediği bir ülkeden söz etmemiz mümkün değildir.

Başlangıçta yüksek maliyetli gibi görünen acil sağlık hizmetleri, aslında kurtarılan hayatlar, kaybedilmeyen üretim gücü olan insanlar, topluma uzun dönemde ağır bir mali yük getirecek olan komplikasyonlar ve sakatlıklar göz önüne alındığında bütün bunlardan bizi kurtarması bakımından her durumda akılcı seçeneği oluşturmaktadır. Günümüzün teknik terimi ile ifade edecek olursak, acil hizmetler maliyet etkilidir. Zaten önemli bir kısmından hiçbir önlem ile kaçınılamayacağı düşünüldüğünde alternatifi de yoktur. Önlenebilir aciller için ise aynı iyimser bakışı taşımamız söz konusu olamaz. Bu vakaların zamanında uygun müdahale ile acil servislere muhtaç edilmemesi, pahalı hizmetler arasında olan acil servisler yerine rutin hizmet ve takip kanallarının işletilmesi ve kişilerin mümkün olduğu kadar ölüm-kalım sınırından uzak tutulması gerekmektedir.

Hastanın sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anın zaten en kırılgan anını oluşturduğu göz önüne alınırsa, acil hizmet anında hasta ve bilhassa hasta yakınlarının kırılganlığı ve tepkiselliği zirve yapmaktadır. Bu da genellikle acil sağlık hizmetlerinden şikâyetle sonuçlanır. Yani bu alanda gece gündüz demeden fedakârca hizmet verenler, nadiren teşekkürle muhatap olan sağlık emekçilerini oluşturmaktadır. Gelişmişlik ve organizasyon sorunlarının oluşturduğu yük de ayrıca omuzlarına binmektedir.

Acil sağlık hizmetleri rutin hizmet kanallarına göre daha hızlı işler; daha yoğun bir ilgi ile hasta/yaralılar ele alınır

ve aslında toplumun sağlık hizmetleri açısından ihtiyat unsuru, sigortası ve emniyet şerididir. Ne var ki, sağlık sistemlerinin zaafı arasında ihtiyat için düzenlenmiş yüksek maliyetli hizmetlerin olağan ihtiyaçlar için kullanılması yer almaktadır. Sağlık politikacılarına düşen görev, bu ihtiyat seçeneğimizin israf edilmesinin önüne geçmektir. Doğrudan sadece acil sağlık hizmetlerine odaklanmanın bu israfı önlemede yetersiz kalacağı aşîkârdır. Olağan şeritlerin tıkanması durumunda, yasal olmasa da, emniyet şeridini kullananların varlığının önüne geçmek kolay değildir. Rutin şeritlerin rahatlatılması, yani sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, acil sağlık hizmetlerinin bekası için önemlidir.

Ayrıca emniyet şeritlerinin gereksiz işgali bu şeritlerin işlevsizliğiyle sonuçlanacaktır. Ülkemizde 112 acil hattından yılda yaklaşık 120 milyon çağrı alındığı ve bunun sadece 20 milyonunun gerçekten acil vakalardan oluştuğu düşünüldüğünde ne denli karmaşık bir durumla karşı karşıya kaldığımız anlaşılacaktır.

Toplumların acil servis kullanma kültürünün de, bu hizmetlerin kapasitesi, niteliği ve örgütlenme biçimi gibi gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olduğunu kabul edebiliriz. Acil servisleri tefriş edip yaygınlaştırmak yetmez; toplumun bu hizmetleri uygun şekilde kullanma alışkanlığını ve bilincini geliştirmeye ihtiyaç vardır. Kısacası hizmet verme kültürünü hizmet alma kültürüyle birlikte geliştirmek zorundayız.

İçindekiler

6

ÜLKEMİZDE ACİL TIBBIN GELİŞİMİ
DR. DERYA ÖZTÜRK

8

FARKLI SAĞLIK KURUMLARINDA ACİL
SERVİS YAPILANMALARI
PROF. DR. MEHTAP BULUT



12

TÜRKİYE'DE ÇOCUK ACİL YAPILANMASI:
SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. HAYRİ LEVENT YILMAZ

16

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE
NEREDEYİZ, NE YAPMALIYIZ?
YRD. DOÇ. DR. TUNÇAY PALTEKİ

18

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ÖLÇÜTLERİ
DOÇ. DR. SELMA ALTINDIŞ

20

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN VERİLMESİNDE
MALİYET-ETKİLİLİK VE ÜLKEMİZDE DURUM
PROF. DR. HAYDAR SUR

24

TÜRKİYE'DE ACİL TIBBİ MÜDAHALE
DR. HASAN AYDINLIK

26

TEK ACİL ÇAĞRI NUMARASI UYGULAMASI
DR. MUSTAFA KEMAL YENMEZ

28

BİR HEKİMİN, 112 AMBULANS SERVİSİ HATIRALARI
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ



34

AMBULANS HİJYENİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

38

HEKİM VE SİYASETÇİ GÖZÜYLE ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
DR. KENAN ŞAHİN



40

HASTANE AÇISINDAN AFETLERDE ACİL HİZMETLERİ
PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ
DR. YONCA SENEM AKDENİZ

44

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HUKUKİ SORUNLAR
PROF. DR. HAKAN HAKERİ

46

HATTAT HASAN ÇELEBİ: MODERNLEŞECEĞİZ
DERKEN ESKİYİ UNUTTUK, YENİYİ DE
KAVRAYAMAYIP ARADA KALDIK



50

SD'NİN 10'UNCU YAŞI KUTLANDI

52

BİR HALK SAĞLIĞI DESTANI: KÜBA
DR. ÖMER ATAÇ - DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR

56

SAĞLIK YÖNETİMİ TERİMLERİ
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

62

ABD'DE HEKİM OLMAK
PROF. DR. ABDULKADİR ÖMER

66

UZMANLIK EĞİTİMİNDE BİLİMSEL
ARAŞTIRMA EĞİTİMLERİ
DR. AHMET MURT

70

SAĞLIK SİSTEMİNDE ÖDEME MEKANİZMALARI
DR. ORHAN KOÇ

74

SGK'NİN ÖDEDİĞİ TRAFİK KAZALARINA
BAĞLI SAĞLIK GİDERLERİ
PROF. DR. ABDULLAH COŞKUN YORULMAZ
YRD. DOÇ. DR. ESRA ÇİĞDEM CEZLAN

78

DOKTOR NE YAŞAR, NE YAŞAMAZ!
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK

82

İYİYİM, İYİSİN, İYİ Mİ?
PROF. DR. HASAN BOYNUKARA

84

SAĞLIK BAKIMINDA KONFORUN BAŞKA BİR
BOYUTU: PALYATİF BAKIM
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN

86

GEÇMİŞ ZAMAN OLUR Kİ HAYALİ
CİHAN DEĞER... Mİ?
DR. MİNE HANOĞLU



90

BİLİNCİN KUANTUM HALİ
DR. KADİR YILDIZ - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

94

BİLİNÇ; NE KADAR İLGİNÇ!
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

98

BİLİM ADAMI, HÂZİK HEKİM, DÜŞÜNÜR,
GÖNÜL İNSANI: PROF. DR. AYHAN YÜCEL
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK



102

TÜRKİYE TIP AKADEMİSİ 150. YILINI KUTLUYOR
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Ülkemizde acil tıbbın gelişimi

Dr. Derya Öztürk



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Eskişehir Kızılay Tıp Merkezi ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinde çalıştı. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde ihtisasını tamamladı. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmaktadır.

Yirminci yüzyılda “gelişmek” kelimesinin tanımı; ileriye doğru değişimlerle beraber iyiye gitmek, olgunlaşmak, genişlemek ve ilerlemek kavramlarını kapsayan evrensel bir tanımdır. Bu gelişim süresince acil tıbbi, öncesi ve sonrasıyla geniş bir bakış açısıyla mercek altına almayı amaçladık. Acil tıp, yıllar içinde gelişen ve bu süreçte hayatımıza kattıkları ile önemi gittikçe artan ve 20. yüzyıla yeniliklerle açılan bir ana bilim dalıdır. Uluslararası Acil Tıp Federasyonu acil tıbbi; “tüm yaş gruplarındaki hastaları ilgilendiren ayrıştırılmamış tüm fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların akut ve ivedi şekillerinin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve becerileri ayrıca hastane-öncesi ve hastane-içi acil tıp sistemlerinin anlaşılması ve geliştirilmesi için gerekli becerileri içeren yeni bir anabilim dalı” olarak tanımlamaktadır (1, 2). Kişilerin hiç tahmin edilemeyen bir zamanda sağlık bakımına gereksinim duyabileceği gerçeği, acil tıp hizmetlerinin günün her anında verilebilecek şekilde sürekli olmasını gerektirir. Acil tıp hekimleri hastayı hızlıca değerlendirip tanısını koymalı ve tedavisini düzenlemelidir. Bu hizmet, kendine özgü donanımıyla acil tıp konusunda eğitimini almış profesyonel bir ekip tarafından uygulanmalıdır. Bu da acil tıbbın gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Günümüzde acil tıp sistemlerindeki uygulama şekillerinin aksine, hastaların uzun dönemli izlenmesini gerektiren sağlık hizmetleri acil tıbbın alanına girmemelidir. Peki, kimdir bu acilciler? Birçok meslektaşımız tarafından çoğu zaman “çılgınlıkla” tanımlanırken, hasta ve yakınları tarafından ise “mucize yaratmakla” değerlendiriliriz. Biz acil tıpçıların varlığının nedeni, ihtiyacı olan hastaları stabilize ederek genel

muayeneye hazırlamak ya da daha ileri bakım gerektiren hastaları saptayarak ilk muayenelerine başlamak adına tüm yaşamsal fonksiyonlarını geri getirmek için müdahalelerde bulunup gerekli girişimleri yapabilmektir. Gelişmiş ve etkili tıbbi bakım hizmetlerinin düzenlenmesinin organizasyonunda, gelişmesinde, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde bu uzmanlığın oldukça geniş bir alanı vardır. Acil tıp uzmanı, akut hastalık ve yaralanma durumunda hastanın zaman kaybetmeden tanınması, değerlendirme, bakım ve sonuçlandırılmasını sağlayan; acil tıbbi bakımın her yönüyle ilgili yönetim, araştırma ve öğretim etkinliklerini yöneten, hastane öncesi acil tıp sistemlerinin yönetiminde önemli bir role sahip olan hekimlerdir. Acil tıbbın varlığı ve farkındalığı, hastalarımızın sağaltımında azımsanamayacak bir öneme sahiptir. Acil tıp, çok geniş bir yelpazede dâhili ve cerrahi sorunların akut bakımı ile ilgilenir. Acil tıp uzmanları hastanelerin en yoğun yerleri olan acil servislerde çok sayıda hasta değerlendirip tedavilerini düzenler ve taburcu edilmelerini planlar. Acil tıp tanımlamasındaki taburculuk kavramı, “hastaneye yatırılma”, “başka bir merkeze sevk etme” ya da “tedavi sonrası evine taburcu etme” olarak üç başlıkta toplanmaktadır. Acil tıp uzmanının oldukça geniş medikal bilginin yanında pek çok cerrahi girişim, travma yönetimi, ileri kardiyak yaşam desteği ve ileri havayolu uygulamaları gibi ileri düzeyde girişimsel işlem becerileriyle de donatılmış olması gereklidir. Bu bilgi ve beceriler, birçok ihtisas dalıyla birliktelik göstermektedir. Örneğin resüsitasyon (kritik bakım), havayolu yönetimi (anestezi), kompleks laserasyon tamiri (plastik cerrahi), kırıkların ve çıkıkların redükte edilmesi (ortopedi), kalp krizi, kalp yetmezliği, ritim bozukluklarının yönetimi (kardiyoledi), felç yönetimi (nöroloji), vajinal kanamalı gebe

hastaya yaklaşım (kadın-doğum), burun kanamaları (kulak-burun-boğaz), göğüs tüpü takılması (göğüs cerrahisi), hasta başı ultrasonografi kullanımı, direk grafi ile bilgisayarlı tomografi analizi (radyoloji) bunlardan bazılarıdır.

Tarihçesi acil tıptan daha eski olan ivedi bakım (urgent care), acil durumu olmayan ancak hızlıca değerlendirilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi gereken hastalıkları kapsar. Acil tıptan farklı bir kavramı ortaya koyar ve acil tıbbi tamamlayıcı özellikler içerir. Ülkemizde bu hizmeti, acil tıpla beraber aile hekimlikleri ve mesai dışı poliklinik hizmetleri üstlenmektedir. Bu süreçte biz acil tıpçıların katkısı oldukça yüksektir. Bu konuya açıklık getirmek gerekirse, acil servislerde triaj değerlendirmesi sonrası yeşil alanlarda değerlendirdiğimiz yüzlerce sayıdaki hastalarımız acil servislerden hizmet alan ivedi bakım hastalarımızdır. İvedi bakım gerektiren birçok hastanın acil tedavi ve takibi gerekmeseyse de, daha doğrusu acil tıbbın kapsamı dışında olsa da, günümüzde bu hastaların takibi tedavisi ve hatta kontrolü tarafımızca acil servislerde yapılmaktadır. Başka hastalığın eşlik etmediği veya riskli hasta popülasyonlarında bulunmayan nezle-grip, ishal gibi mevsimsel hastalıklar, hayati risk oluşturmaz basit yaralanmalar, mekanik kökenli bel, sırt, boyun ağrısı gibi kas iskelet sistemini ilgilendiren tablolar, ivedi bakım durumları olmakla birlikte, acil tıp kapsamının dışında kalmasına rağmen, çalışma düzenlerimizde işimizin büyük kısmını oluşturmaktadır. Acil tıp yönetim sisteminde bu hastaların, triaj sistemlerinde beş vital bulgularına bakılıp (ateş, nabız, kan basıncı, periferik oksijen saturasyonu, GKS), kısaca anamnezleri alındıktan sonra, acil tıbbi yardım sıralamasında acil hastalara hizmet verilen alanlar dışında bulunan alanlarda

bakımları yapılmaya çalışılmaktadır. Acil tıbbın tarihçesine bakarsak, 1960 yılı domino taşı olarak görülmektedir. 1960 öncesi, 1960-1990 yılları arası dönem ve 1990 sonrası dönemden oluşan üç dönemi içeren bir gelişim sürecindedir. Acil tıbbın gelişiminde 1940 II. Dünya Savaşı, 1950 Kore Savaşı, 1960 Vietnam Savaşı, 1990 terör savaşları gibi olaylar önemli rol oynar. 1960 öncesi tek odada tek hekim ve hemşireden oluşan özel bir bakımın olmadığı bir dönem iken; 1960- 1990 yılları arasında toplumdaki kaza ve travmalara bağlı ani ölümlerin artışı tek oda sisteminin yetersiz olması, savaş alanlarındaki deneyimlerin artması, yaşanan olumsuzluk ve yetersizlikler tek oda sisteminden çok odalı acil servislere geçişi ve acil servis yönetiminde bilgi ve deneyimli ekiplerin çalışmaya başladığı dönemi içerir. Bu dönemde ayrıca acil servis yönetimlerinde sistematisasyon dönemi başlamış, hasta yönetiminde kurallar belirlenmiş bu da yönetimdeki düzeni getirmiştir. Günümüzü de kapsayan 1990 sonrası dönem ise acil tıbbın geliştiği, evrenselleştiği, dil ve anlam birliğinin sağlandığı ve çok önemli gelişmeler kaydettiğimiz dönemdir. Günümüzde acil tıp, acil durum, acil hasta ve acil tıp doktoru gibi tanımlara dair terminolojilerimiz standardize edilmiş, dünyanın her yerinde ortak bir anlam birliğine kavuşulmuştur.

Dünyada acil tıbbın başlangıç adımları 1960'larda atılmıştır. Ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiş ve bu adımdan sonra yıllar içinde tüm dünyaya yayılmıştır. 1966 yılında Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi'nin yayımladığı "Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı" isimli yazı oldukça ilgi görmüştür. İlgili yazı, Vietnam Savaşı'nda yaralanan bir askerin New York'ta vurulan bir sivilten daha çok yaşama şansı olduğunu ifade etmektedir. Bu yazı acil tıbbın önemini bir kez daha gözler önüne sermiş, "Otoyol Güvenliği Yasası"nın düzenlenip ortaya çıkışına neden olmuştur. Bu döneme kadar acil servisler yetersiz ve kontrolsüz yönetilen birimlerken, bu dönem sonrasında acil servislere acil tıp disiplini getirilmeye başlanmıştır. İlk acil tıp anabilim dalı, Cincinnati Üniversitesinin önderliğinde 1970 yılında kurulmuş ve buradan birçok acil tıp uzmanı yetişmiştir (2).

Avrupa'da ise acil tıp EUSEM (European Society For Emergency Medicine)'in kuruluşu ile başlar. EUSEM kuruluşu ile birlikte acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak Avrupa'da da tanınmıştır. Avrupa Birliği (AB) 1993'te acil tıp uzmanlığını tanımıştır. Avrupa'da ilk acil tıp kongresi 1998 yılında yapılmıştır. 2001 yılında ise Stresa-İtalya'da ilk "Akdeniz Acil Tıp Kongresi" yapılmıştır. 2004 yılında İrlanda ve İngiltere, 2007 yılında ise İzlanda,

İsveç, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Malta, Polonya ve Slovenya acil tıp sistemini tanımıştır. Ülkemizdeki acil tıbbın başlangıcı ne yazık ki dünyaya göre oldukça geç bir dönemde gerçekleşmiştir. Acil tıp kurulmadan önce Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlemesi yapılan ancak merkezi sistemle yönetilmeyen sadece araç telefonları ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri ile acil sistemi denenmiştir. Bu sistem öncelikli olarak trafik kazaları için düşünülmüştür. Ankara, İstanbul ve İzmir'deki Büyükşehir Belediyelerince sağlanan ambulans, şoför gibi teknik destek ve maddi imkânlarla, Sağlık Bakanlığının da doktor, yardımcı sağlık personeli ve tıbbi malzeme desteği ile 1986 yılında "hızır acil ambulans servisleri" uygulamasına başlanmış ve iletişim numarası 077 olarak belirlenmiştir. Bu sistemin devreye girmesi ile şu an sahip olduğumuz acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır (2). Ülkemizde bu uzmanlık dalının başlangıç ve gelişimine baktığımızda, Dr. John Fowler'dan bahsetmeliyiz. Türkiye'de acil tıp uzmanlığının bir anabilim dalı olarak kurulmasına büyük katkılarda bulunan Amerikalı Dr. John Fowler bu amaçla 1990 yılında üç yıllığına geldiği Türkiye'den bir daha kopamamıştır. Bu alanın önemini anlatmak için ülkedeki tıp fakültelerini gezen Fowler halen İzmir Kent Hastanesinde Acil Servis Koordinatörü olarak çalışmaktadır. Fowler, bugün Türkiye'nin acil tıp eğitimi konusunda pek çok AB ülkesinden ileri düzeyde olmasından büyük bir gurur duymaktadır. Dr Fowler'ın 1990'da Dokuz Eylül Üniversitesinin (DEÜ) davetlisi olarak ülkemize gelerek, DEÜ Hastanesi Acil Servisinde çalışmaya başlaması, acil tıbbın Türkiye'de başlangıç noktasını oluşturmuştur. Fowler'ın etkili temasları neticesinde, Dr. Yıldırım Aktuna'nın Sağlık Bakanlığı yaptığı, Süleyman Demirel Başbakanlığındaki Bakanlar Kurulunun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete'de 93/4270 karar sayısı ile yayımlanarak "ilk ve acil yardım" adıyla uzmanlık dalı olarak hayata geçmiştir (3). Kuruluş aşamasında 24 ayı ana dal ve 18 ayı rotasyon olacak şekilde üç yıllık uzmanlık eğitiminin planlanması yapılmıştır. 1993 yılında, Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitelerinde olmak üzere ülkemizdeki ilk "ilk ve acil yardım" anabilim dalları kurulmuştur. 1994 yılından günümüze asistan eğitimi vermeye devam etmektedirler. 1994 yılında 077 hızır acil sisteminden 112 acil sağlık hizmetlerine geçiş de sağlanmıştır. 1994 -1995 yıllarında İstanbul, Ankara ve İzmir'de 112 ekipleri kurulmuştur. Ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebeler ve hemşireler, bir kısmında ise hekimler yer almıştır (4). 30 Nisan 1998'de ilk acil tıp uzmanımız mezun olmuştur (5). Bu süreçten sonra hızla diğer üniversitelerde ve 2006 yılından itibaren de eğitim araştırma hastanelerinde acil tıp anabilim dalları açılmış ve uzmanlık eği-

timleri verilmeye başlanmıştır. Türkiye'de acil tıbbın yakın gelecekte uzmanlık sisteminde "board" sertifikasyonu, acil tıpta yan dal ihtisaslarının başlaması, hasta bakım sistemlerinin geliştirilmesi ve acil tıp yönetiminde kalite sistemlerinin geliştirilmesi ve acil servislerin standardizasyonunun sağlanması ana hedefleri oluşturmaktadır.

Türkiye'deki acil tıba akademik pence-reden bakarsak, bu bölümdeki uzman sayısındaki artışla orantılı olarak, acil tıptaki akademisyenlerin sayısında da paralel bir artış söz konusudur. Bu da, acil tıp alanında ulusal ve uluslararası indekslere giren dergilerdeki yayın sayılarında yıllar içerisinde artışı beraberinde getirmektedir. Acil tıp alanında üç adet akademik dergi bulunmaktadır. Bu dergiler Türkiye'de faaliyet gösteren acil tıp derneklerinin (iki adet) destekleriyle yayın hayatını sürdürmektedir. Bunlardan bir tanesi uluslararası indekslerde listelenmekte (6), biri ulusal yayın platformunda yer almakta (7) ve bir tanesi de ulusal olarak yayımlanan olgu sunumlarının kabul edildiği dergilerdir (8). Yolculuğa bu kadar geç başlamışken, geldiğimiz bu tablodan gurur duymamak imkânsızdır. Yaşanılan gelişmeler, yetişen acil tıp uzmanlarının ülkenin dört bir yanında görev yapmaları, acil servislerin sahiplerine kavuşması ve bu işin profesyonel olarak tarafımızca yapılması ülkemiz adına onur duyduğumuz bir süreçtir. Artık acil servislerdeki hastalar bu işin eğitimini almış uzman kadro tarafından yönetilmekte, ayrıca ülkemiz için unutulmaması gereken ve acil tıbbın bir önemli alanı olan afet durumlarındaki görev şemasında da acil tıp uzmanları çok önemli roller almaktadır. Acil tıp uzmanlığı, tüm dünyada kabul edildiği üzere 21. yüzyılın uzmanlığı olacaktır. Bu uzmanlığın ülkemizde daha kaliteli ve etkin bir şekilde gelişmesi için mutlaka desteklenmesi gerektiği de akıllardan çıkarılmamalıdır.

Kaynaklar

- 1) Uluslararası Acil Tıp Federasyonu <http://www.ifem.cc/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 2) Türkiye Acil Tıp Derneği <http://tatd.org.tr/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 3) 30 Nisan 1993 tarihli Resmi Gazete [tuk.saglik.gov.tr/web2/pdfdosyalar/tuzukler/21567.pdf](http://www.saglik.gov.tr/web2/pdfdosyalar/tuzukler/21567.pdf) (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 4) Kocaeli 112 Acil Sağlık Hizmetleri <http://kocaeli112.org/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 5) Acil Tıp 4 Yıl - Doç. Dr. Cem Oktay medimagazin.com.tr/authors/cem-oktay/tr-acil-tip-dort-yil-72-50-2836.html (Erişim Tarihi: 23.05.2011)
- 6) Turkish Journal of Emergency Medicine <http://trjemergmed.com/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 7) Eurasian Journal of Emergency Medicine <http://akademikaciltip.com/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)
- 8) Journal of Academic Emergency Medicine Case Reports <http://akatos.com/> (Erişim Tarihi: 01.04.2017)

Farklı sağlık kurumlarında acil servis yapılanmaları

Prof. Dr. Mehtap Bulut



1970'te Adıyaman'da doğdu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi (1994). Sandıklı/Afyon Devlet Hastanesi Acil Servisine pratisyen hekim olarak atandı (1994). 2000 yılında acil tıp uzmanı, 2004 yılında yardımcı doçent, 2006 yılında ise doçent doktor oldu. 2007-2009 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürüttü. 2009-2013 yılları arasında ise önce Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, ardından Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Acil Tıp Klinik Şefi olarak görev yaptı. 2013 yılında profesör oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı olarak çalışan Dr. Bulut evlidir ve bir çocuk annesidir.



Ani gelişen, beklenmedik bir hastalık, kaza veya yaralanma durumlarında oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla, hastanın acil serviste değerlendirilmesi, tanısının konulması, ilk tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için hastane acil servislerinde sunulan sağlık hizmetlerine acil servis hizmetleri denmektedir. Bu makalede özellikle son yıllarda acil servislerde yapısal ve fonksiyonel olarak yapılan değişiklikler ve yenilikler ile yaşanan aksaklıklar ve çözüm önerilerine yer verilecektir. Ülkemizde mevcut yasa ve yönetmelikler çerçevesinde özel ve kamuya ait tüm hastaneler 24 saat/365 gün kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti verirler. Acil servis hizmeti gerek devlet hastanelerinde gerekse özel hastanelerde hastaların, yaş, cinsiyet, başvuru şekli, ödeme gücüne ve sosyal güvencesi olup olmadığına bakmaksızın, sunulan bir sağlık hizmetidir. Acil servise başvuran her hastanın acil tıbbi değerlendirme ve ilk müdahalesi yapılır. Hayatını tehdit eden veya etmesi olası

sorunlar saptanarak gerekli tedavisi ve sonrasında stabilizasyonu sağlanır.

Ülkemizde acil servislerin fiziki şartları, personel, sarf malzeme, ilaç ve tıbbi donanım bakımından asgari standartlarını belirleyen herhangi bir mevzuat düzenlemesi bulunmadığından mevcut acil servislerin günümüzün modern şartlarına uygun olarak yeniden yapılandırılması, ülke genelinde birlik sağlanması amacıyla 16 Ekim 2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır. Bu tebliğle birlikte; ülkemizde gerek kamu gerekse özel hastanelerde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak iyileştirilmesi, acil servislerin fiziki altyapı, personel, sarf malzeme, ilaç ve tıbbi donanım bakımından asgari standartlarını belirlenmesi ve seviyelendirilmesi sağlanmıştır. Acil servislerimiz bu tebliğin yürürlüğe girmesinden sonra I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilmiştir. Türkiye genelinde toplam 1401 adet Sağlık

Bakanlığı, 1215 tane özel ve üniversite hastanesi acil servisleri seviyelendirme işlemleriyle hastanelerin acil servislerinin yüzde 87’si tescil edilmiştir. Seviyelendirme işleminden başka, yurtdışında birçok ülkenin acil servislerinde uygulanan triyaj uygulaması esasları ve renk kodu uygulaması ilk defa bu tebliğde belirtilmiştir.

Trijaj uygulamasında hastalar acil servise başvuru zamanına göre değil, mevcut şikayet ve tıbbi durumlarının aciliyetine göre sınıflandırılmaktadırlar. Acil serviste değerlendirme bu triyaj işlemiyle başlar. Triyaj uygulaması, ideal olarak varsa ambulans ve acil bakım teknikeri (paramedik) veya acil tıp teknisyeni (ATT) tarafından yapılmalıdır. Eğer bu sağlık personelleri yoksa hemşire, sağlık memuru gibi diğer yardımcı sağlık personeli tarafından da yapılabilir. Triyaj uygulaması ile hastalar, kırmızı, sarı ve yeşil renklerle kullanılarak hekim tarafından değerlendirilme/muayene edilme ile tetkik ve tedavi bakımından öncelik sırasına konulmaktadırlar. Bu değerlendirme sonrası gene bu tebliğde belirtilen acil servis içerisinde oluşturulan ilgili alanlara (kırmızı alan/resusitasyon odası, sarı ve yeşil alanlara/odalara) hastalar alınarak uygun tıbbi müdahale ve tedavi sürecine başlanır. Artık günümüzde tüm dünyada triyaj uygulaması acil tıp hizmetlerinin ilk ve vazgeçilmez bir basamağı olmuştur. Acil servislerde kullanılmak üzere birçok ülke kendi ulusal triyaj sistemlerini geliştirmiştir. Bu triyaj sistemleri hastaları üç ya da beş sınıfa ayırmaktadır. Ülkemizde ise 3 basamaklı ve renk kodlamasının yapıldığı bir triyaj sistemi uygulanmaktadır. Son yıllarda



Trijaj uygulamasında hastalar başvuru önceliğine göre değil, tıbbi durumlarının aciliyetine göre sıralanmaktadırlar. Acil serviste değerlendirme, hastaların tıbbi önceliklerinin belirlenmesi anlamına gelen bu triyaj işlemiyle başlar. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renklerle kullanılmaktadır.



özellikle 5 basamaklı triyaj sistemlerinin uygulanması önerilmektedir. Bu nedenle şu an uyguladığımız 3 basamaklı triyaj sistemimizi tekrar gözden geçirmek gerekmektedir. Yine dünyadaki tüm triyaj sistemlerinde doktorun hastayı görme süresi sınıflandırma önceliğine uygun olarak belirtilmiştir. Örnek verecek olursak kırmızı alan hastasının veya triyaj sınıfı 1 olan hastanın doktor tarafından hemen değerlendirilmesi gerekirken, yeşil alan veya en son önceliği olan triyaj sınıfı 5 olan yani acil olmayan hasta doktorun değerlendirmesi için 2-4 saat acil servis bekleme alanında beklemektedir. Ancak mevcut triyaj sistemimizde hastaların doktor tarafından değerlendirilmesi için bekleme süreleri ile ilgili bir bilgi yoktur. Ülkemizde şu anki mevcut triyaj sisteminde en önemli sorun bu bekleme sürelerinin olmamasıdır. Bu nedenle en kısa zamanda bir yasal düzenleme ile uluslararası diğer triyaj sistemleri ve ülkemizin iç dinamiklerine göre doktorun hastayı görme süreleri belirlenmelidir.

Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir ülkenin sağlık sisteminin geliştirilmesinde en önemli aşamalardan birisi olmakla birlikte maalesef ülkemizde yıllarca hak ettiği ilgiyi görmemiştir. Son yıllarda acil servislerde artan bir hasta yoğunluğu gözlenmekte, bu durum da acil hastaların değerlendirilmelerinde ve tedavilerinde gecikmeye ve dolayısıyla prognozunda kötüleşmeye neden olmakta, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hasta yoğunluğu; nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, iç göçler ve acil

yakınması olmayan hastaların da acil servise başvurmaları ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle ülkemizde diğer ülkelere oranla acil servislere çok fazla sayıda hasta başvurmaktadır. 2015 yılı verilerine göre; Sağlık Bakanlığı hastaneleri toplam muayene sayıları 307 milyon (yüzde 80), acil servis muayene sayısı 92 milyon (yüzde 83) olup bu rakamlar sırasıyla özel hastanelerde 72 milyon (yüzde 19) ve 13,5 milyon (yüzde 12), üniversite hastanelerinde ise 3,5 milyon (yüzde 1) ve 5 milyon (yüzde 5) olarak saptanmıştır. 14 Genel bir bakış açısından baktığımızda ülkemizde 382 milyonun üzerinde hastane polikliniği, 110 milyonun geçen -ülke nüfusumuzun 77 milyon olduğunu varsayarsak- acil servis başvurusu mevcuttur. Bu verilerden yola çıkarak toplam hastane başvurusunun yüzde 30-35'i acil servise yapılmaktadır. Bu oranın gelişmiş ülkelerde yüzde 5-8'lerde olduğu bildirilmektedir. ABD'nin 300 milyon nüfusu ve yıllık 130 milyon acil servis başvurusu, İngiltere'nin ise 50 milyonun üzerinde nüfusu, 20 milyon acil servis başvurusu olduğu bildirilmektedir. Bir diğer çarpıcı veri, devlet üniversitelerinin gerek toplam muayene gerekse de acil servis muayene sayılarının çok düşük olmasıdır. Özellikle de kamu hastaneleri acil servislerine başvuran hastaların yüzde 65-70'inin acil olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle triyaj uygulaması ile hastaların kırmızı-sarı-yeşil alanlara bölünerek bakılması ile sorun çözülmek istenmiş ancak başarılı olunamamıştır. Sonrasında 2012 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan "Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması" genelgesi ile acil servislere başvuran ancak acil olmayan hastalar-

dan katkı payı alınması uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulamalarla yoğun yeşil hasta baskısından dolayı ciddi mağdur olan özellikle sarı ve kırmızı alan hastalarının zamanında ve daha kaliteli bir acil servis hizmetinin verilmesi amaçlanmıştır. Maalesef ki "Yeşil Alan Katkı Payı Uygulaması" ile acil servislerdeki aşırı yoğunluk azaltılamamıştır. Başarısızlığın en büyük nedeni kanımca; genelge ile tanımlanan "yeşil alan hasta" kavramının tüm dünyada uygulanan kanıtlanmış triyaj sistemlerindeki "yeşil alan hasta" tanımı ile uyuşmaması ve daha dar bir hasta grubunu kapsamamasıdır. Bunun yanı sıra diğer nedenler olarak; hasta acil serviste hekim tarafından değerlendirilecek, tedavisi uygulanacak sonrasında hasta "yeşil alan" ise katkı payı alınacak olması (Bu katkı payı ya ilaç alırken eczanelerde ya da emekliye maaşlarından ödenecek) ve bu katkı payının devlet hastanelerinde 5 TL, özel hastanelerde ise 12 TL gibi görece düşük olması sayılabilir.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı durumda, kişilerin sağlık sorunları acil bir hal almadan sağlık kurumlarına başvurmaları beklenir ki bu durum da acil servislere başvuru oranlarını düşürecektir. Genel olarak gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede acil servise başvuru maliyetleri normal polikliniğe başvuru maliyetinden yüksektir. Bu durum, acil servise başvuran hasta sayısını düşürmektedir. Bu duruma örnek olarak ABD'de yapılan bir çalışma sonuçları gösterilebilir. Çalışmada, sağlık sigortası olmayan ve sağlık hizmetine ulaşamayan kişilerin sigorta kapsamına alındıktan

Hastanelerin “vitriini” olarak ifade edilen acil servisler, son yıllarda yapılan birtakım yasal düzenlemelerle fiziki altyapı, donanım ve tıbbi teknoloji imkânları bakımından ciddi anlamda iyileştirilmişler ve çağın gereklerine göre yeniden yapılandırılmışlardır. Ancak acil servis hasta başvuru sayılarının her geçen gün artması nedeniyle gerçekte hizmet verilmesi gereken kritik hastalara hızlı, doğru ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasında ciddi sorunlar ve aksaklıklar yaşanmaktadır.

sonra sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştığı dolayısıyla arttığı ve acil servislere başvuru oranlarının anlamlı şekilde düştüğü gösterilmektedir. Ayrıca ABD’de acil servise başvuru maliyeti normal polikliniğe başvuru maliyetinin dört katına kadar çıkmaktadır. Bu nedenle acil servise başvuruların azalması harcamalar açısından da önem taşımaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim artmış ve kolaylaşmış olmakla birlikte maa-lesef ki acil servislere başvuru oranlarının düşmesi beklentisi gerçekleşmemiştir. Tam aksine oldukça yüksek rakamlara ulaşmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı’nın Sağlıkta Verimlilik Bülteni Kasım 2014 tarihli sayısında acil servislere yaşanan sorunların kaynakları olarak şunlar ifade edilmektedir:

1. Basamak sağlık hizmetlerinin olmaması nedeniyle hastaların aile hekimleri veya hastane poliklinikleri yerine acil servisi tercih etmesi,
2. Hastaların hastane içi polikliniklerden (enjeksiyon yaptırılması, kısa süreli serum tedavileri ve tetkik yaptırılması gibi) ve hastane dışından acil servislere uygunsuz olarak yönlendirilmesi,
3. Hastaların hastanelerde randevu almadan muayene olma olanaklarının



olmaması dolayısıyla randevusuz hizmet veren tek yer olan acil servislere başvurmak zorunda kalması,

4. Özellikle devlet hastanelerinde yoğun olarak yapılan adli vaka giriş-çıkış muayeneleri, enjeksiyonlar, ameliyat olmuş hastaların pansuman ve dikiş alma işlemleri, idrar sondası takma veya çıkartılması gibi acil olmayan durumların acil servis üzerinde çok ciddi anlamda bir iş yükü oluşturması şeklinde sıralanmaktadır.

Sonuç olarak; klasik bir deyimle hastanelerin “vitriini” olarak ifade edilen acil servisler, son yıllarda yapılan birtakım yasal düzenlemelerle fiziki altyapı, donanım ve tıbbi teknoloji imkânları bakımından ciddi anlamda iyileştirilmişler ve çağın gereklerine göre yeniden yapılandırılmışlardır. Ancak acil servis hasta başvuru sayılarının her geçen gün artması nedeniyle gerçekte hizmet verilmesi gereken kritik hastalara hızlı, doğru ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasında ciddi sorunlar ve aksaklıklar yaşanmaktadır. Öncelikle halkımızı acil servisleri poliklinik veya aile hekimi yerine değil de gerçek tanımına uygun olarak kullanmaları için eğitim vb. yollarla bilinçlendirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve mevcut yasal düzenlemelerin en kısa zamanda tekrar gözden geçirilerek çözüme odaklı hale getirilmesi neticesinde daha doğru, uygun, verimli ve kaliteli acil servis hizmetleri sağlanacaktır.

Kaynaklar

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayısı: 24046. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000

Acil Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 27.01.2012 Tarih ve 2012/10 Sayılı Genelge.

Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 26.03.2014 Tarih ve 2014/13 Sayılı Genelge.

American College of Emergency Physicians Board

of Directors. Definition of Emergency Medicine and Emergency Physician. Ann Emerg Med. 1986; 15: 1240-1241.

Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. Eurasian J Emerg Med 2015; 14 (Özel Sayı 1): 1-38

Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. Prospective Identification and Triage of Nonemergency Patient Out of An Emergency Department: A 5 Year Study. Ann Emerg Med. 1995; 25: 215-223.

Kellermann AL, Conway C, Young E, et al. Nonurgent Emergency Department Visits. Meeting An Unmet Need. JAMA 1994; 271: 1953-1954.

McWilliams JM, Meara E et al, “Use of Health Services by Previously Uninsured Medicare Beneficiaries” New England Journal of Medicine, 2007

Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, et al. Definition of Emergency Medicine. Acad Emerg Med. 1998; 5 (4): 348-351.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency Department Crowding, Part 1 Concept, Causes, and Moral Consequences. Ann Emerg Med. 2009; 53: 605-611.

Pines JM, Prabhu A, Hilton JA, et al. The Effect of ED Crowding on Education. Am J Emerg Med. 2010; 28 (2): 217-220.

Shiber JR, Longley MB, Brewer KL. Hyper-use of the ED. Am J Emerg Med. 2009; 27: 588-594.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. s:3-51. Ankara, 2011

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Sağlıkta Verimlilik Bülteni. Acil Servisler. s:20-24;2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Genel Sağlık İstatistikleri. saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php. (Erişim Tarihi: 14 Şubat 2017).

Türkiye Ekonomileri Araştırma Vakfı. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? TEPAV Politika Notu. s:1-6; 2010.

Türkiye’de Özellikle Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri: 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. s:28-33;2011

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete Sayısı: 27378. Resmi Gazete Tarihi: 16 Ekim 2009.

Türkiye’de çocuk acil yapılanması: Sorunlar ve çözüm önerileri*

Prof. Dr. Hayri Levent Yılmaz



İlk, orta ve lise öğrenimini Kadirli ve Adana’da tamamladıktan sonra Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Ardından aynı yerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ile çocuk acil uzmanlığı ve çocuk yoğun bakım yan dal uzmanlıklarını tamamladı. 1999-2000 yıllarında ABD, Milwaukee’de Wisconsin Çocuk Hastanesinde Çocuk Acil Bilim Dalı’nda bulundu. 2004 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları doçenti, 2009 yılında ise profesörü oldu. Halen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir.

Acil servisler çok çeşitli yakınmaların, hastalıkların ve sosyal sorunların bulunduğu bir öğütölme veya eritilme alanıdır. Acil bir durumda yaşam kurtarıcı sağlık hizmetinin sağlanması, ülkelerin sağlık sistemlerinin önemli bir parçasıdır. Erişkinlerden çok önemli farklılıklara sahip olan çocukların; yaşamları tehdit altında olduğunda, “çocuk odaklı tıp eğitimi” almış, “çocuk acil hastalıkları ve durumları” konusunda donatılmış deneyimli hekimler tarafından tedavilerinin yapılması en doğal haklarıdır. Eğer çocuklara bu hak verilmezse, toplum ve yöneticiler kamusal ve evrensel sorumluluklarını yerine getirmemiş olacaklardır. Acillere başvuruların yaklaşık yüzde 20’sinin erken ve uygun müdahale edilmediğinde önemli hasarlara veya ölüme neden olabilecek “çok acil” hastalardan oluştuğu göz önüne alınırsa, yılda yaklaşık 6 milyon çocuğun nitelikli acil sağlık hizmeti alma konusunda çok ciddi tehlike altında olduğu anlaşılır. Bu çocukların en doğal hakları arasında yer alan “yaşam hakkı”nın ve “konusunda uzman, nitelikli, çocuk hastalar için özel eğitim almış hekimler tarafından verilen sağlık hizmeti hakkı”nın sağlanması; ülkemizde halen istenen düzeye indirilememiş olan

5 yaş altı çocuk ölümlülüğü oranının azaltılmasında ne derece yararlı olacağını apaçık göstermektedir. Çocuk aciller, tüm acil hastaların yaklaşık yüzde 30’unu oluşturur ve çocuk yaş grubunda görülen ölümlerin yüzde 80 gibi önemli bir kısmı acil tıbbi sorunlara bağlıdır. Acil hasta veya yaralı çocuğun en temel özelliği, yaşamsal bulgularının güvende olmayışı ve hastalığın ya da hastanın durumunun nasıl bir seyir göstereceğinin genellikle önceden belirlenemeyişidir. Bununla birlikte çocuk hastanın içinde bulunduğu acil durumun “hızlı bir şekilde, doğru olarak tanınmasına ve tedavi edilmesine” bağlı olarak ölümler ve sakatlıkların azaltılması mümkün olabilir. Bu nedenle çocuk acillerde çalışan hekimler, acil tıbbi yardım gerektiren çok sayıda ve geniş bir yelpazede olan çocukluk çağı sorunları konusunda özel olarak eğitilmiş olmalı; acil çocuk hastalara müdahale eden hekimlerin, çocukların yaşına göre ve acil hastalıklar sırasında değişen gereksinimlerini bilen ve öncelikleri doğru olarak belirleyebilecek, eğitimli ve deneyimli kişiler olarak yetiştirilmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu konunun önemi 1970’li yıllarda fark edilmiş ve çocuk acil servislerinde haftada yedi gün, günde 24 saat çocuk acil hekimlerinin görev yapması standart bir uygulama haline gelmiştir. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri’nde pediatri anabilim dalı içinde çocuk acil yan dalı en çok tercih edilen ilk üç yan daldan biridir. Avrupa’da da çocuk acil tıp örgütlenmeye başlamış ve hızla ilerlemektedir. Şu anda dünyada aralarında ABD, Kanada, Avustralya,

Yeni Zelanda, İngiltere, İsrail, Türkiye, İsviçre, İsveç, Almanya, Belçika gibi ülkelerin de bulunduğu birçok gelişmiş ülkede resmi olarak çocuk acil tıp yan dal eğitimi verilmektedir.

Ülkemizde Durum

Türkiye’de 26 merkezde çocuk acil uzmanı hizmet vermektedir. Bunlardan sadece 11’i eğitim veren ve çocuk acil yapılanması gerçekleşmiş merkezlerdir. 100 bin çocuğa düşen “çocuk acil uzmanı” sayısı Türkiye’de 0,13 iken ABD’de 2,23’tür. Türkiye’de her 800 bin çocuğa sadece bir çocuk acil uzmanı düşmektedir (Şekil 1). 100 bin çocuğa düşen çocuk acil uzmanı sayısı bakımından Türkiye’nin ABD ile arasındaki fark 19 kattır! (Şekil 2). Türkiye’de üst düzey ve 2. düzey hastanelerde çocuk acil sağlık hizmetlerin haftada 7 gün, günde 24 saat güvenceye alınabilmesi için toplam 600-630 çocuk acil yan dal uzmanına ihtiyaç vardır. Bu hedef gerçekleştiğinde 100 bin çocuk başına düşen uzman hekim sayısı da gelişmiş ülkelerle benzer duruma gelebilecektir (Şekil 3). Ülkemizde pediatrik yan dal uzman hekim insan gücü, bazı branşlarda çok yetersizken bazı branşlarda gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmış hatta onları aşmıştır. Önümüzdeki yıllarda yan dal eğitim kadrolarının sayı ve dağılımı son 5 yıldakine benzer şekilde gerçekleşirse on yıl sonra çocuk acil yan dalı eleman ihtiyacının ancak yüzde 17’si karşılanmış olacak; pediatri anabilim dalına bağlı

* Bu yazı Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Demeği’nin hazırladığı ve web sitesinde yayınlanan “Türkiye’de ve Dünyada Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler” ile “Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsan Gücü” raporları temel alınarak hazırlanmıştır.

16 yan daldan 5'inde eleman fazlası oluşurken, 11 yan dalda mevcut eleman eksikliği devam edecektir (Şekil 4). Bu olumsuz durumu düzeltmek için insan gücü hedeflerinin belirlenebilmesi amacıyla "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yan Dallar İnsan gücü Hedefleri Çalıştayı" toplanmalıdır. Her yıl açılacak yan dal eğitimi kadrolarının dağılımı insan gücü açığının branşlara dağılımı ile orantılı belirlenmelidir. Nitelikleri yeterli olmayan kurumlarda yan dal eğitim programı açılmamalıdır.

Türkiye'de acil servislere başvuru sayısı diğer ülkelerle karşılaştırılamayacak oranda yüksektir. Daha hızlı hizmet alabilmek ve istediği saatte muayene olabilmek için acil servisler toplum tarafından kötüye kullanılmaktadır. Diğer yandan uzman hekimler kendi alanındaki hastaların tetkik ve tedavisi için karşılaştıkları ve/veya yönetsel sorunlarının çoğunun çözümü için acil servisleri adres göstermekte ve acil servislerden bu sorunların çözümünü talep edebilmektedir. Örneğin yatak bulunamadığı için yatırılmayan hastaların acil servislere gönderilmesi, polikliniklerde randevu verilmeyen hastaların acile başvurmaları istenmesi, tetkiklerin daha hızlı yapılması için acil servise yönlendirilmesi, acilden yatış gereken hastaların acil olmayan tüm tetkiklerini-görüntülemelerini-konsültasyonlarını acil servislerde yaptırmak istemeleri gibi... Acil servisin görev alanına girmeyen çok sayıda işlemin yaptırılma çabası ve karşılaşılan sorunların çözümünün kolaycılığa başvurularak acillerde aranması, acil servis kalabalığını ve iş yükünü yönetilmesi zor boyutlara taşımaktadır. Bu olumsuz durumu düzeltmek için acil servislerin kötüye kullanımını önleyecek acil servis görev alanını belirleyen yönetmelik, bu kurallara uyulmadığında verilecek cezaları içerecek şekilde genişletilmelidir. Ek olarak tüm hastanelerde uyulması zorunlu olan "Konsültasyon Hizmetleri Yönetmeliği"nin yayımlanması hastaların acilde kalış süresini ve dolayısıyla acil kalabalığını azaltmaya katkı sağlayacaktır. Acil kalabalığının bir diğer nedeni olan toplum tarafından acil servislerin kötüye kullanımının önlenmesinin ise "yeşil alan" hastasından daha fazla ücret alınmasıyla sağlanamadığı görülmektedir. Bu nedenle yeni bir düzenleme yapılması gerekmektedir. Bir diğer sorun ise, yeni yan dal uzmanı olmuş hekimlere alt yapısı yetersiz hastanelerde görevlendirme yapılarak yeterince verim alınamaması durumudur. Bu sorunların çözümüne katkı sağlayacak öneriler aşağıda sıralanmıştır:

Öneriler

1. Türkiye'de ve dünyadaki tıp eğitimi, "erişkin hasta" ağırlıklı bir sistem çer-

çevesinde verilmektedir. Bu durum, hekimlerin "çocuk hasta" konusunda kendisini yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Daha da kötüsü "çocuk sağlığı ve hastalıkları", "çocuk psikiyatrisi" ve "çocuk cerrahisi" dışında kalan diğer tüm anabilim dallarında "uzmanlık eğitimi" süresince verilen eğitim yine "erişkin ağırlıklı" bir eğitim olarak devam etmektedir. Oysa ülkemizde yüzde 24 oranında 14 yaş altı çocuk yaşamaktadır, 18 yaş altının çocuk nüfus olarak kabul edildiği göz önüne alınarak 15-19 yaş grubunu da eklediğimizde ülkemizde çocuk nüfusu toplam nüfusun %30'unun üzerine çıkacaktır. Avrupa ve ABD ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek bir çocuk nüfusu barındırmaktayız. Ülkemizde uygulanan tıp eğitimi "erişkin yaş nüfusu" yüksek olan Avrupa ve Amerika tıp sistemi temel alınarak hazırlanmış ve uygulanmaktadır. Bu noktada, ülkemizde verilecek olan tıp eğitiminde çocukluk çağı hastalıkları ve bunlara uygun tıbbi yaklaşımların genişletilmesi, pediatri bilgilerinin ve uygulamalı eğitimin daha büyük bir hacme kavuşturulması çok yararlı olacaktır.

2. Ülkemizdeki devlet ve üniversite hastanelerinin acil poliklinikleri incelendi-

ğinde çoğu yerde çocuk acillerin kuytu bir köşede küçük bir alana sıkıştırıldığı görülmüştür. Birçok hastanede erişkin aciller "büyük acil", çocuk aciller "küçük acil" olarak isimlendirilmekte ve ayrılan alan da bu isimlendirmeye uygun tarzda yapılmaktadır. Oysa çocuk acil polikliniklerine başvuran çocuklarımız en az erişkin hastalar kadar acildir ve müdahale için en az onların kadar geniş bir alana gereksinim duyulmaktadır. Bazı hastanelerde ise kalabalık bir acile (yıllık hasta sayısı yüksek) sahip olunmasına rağmen görsel ve işitsel olarak ayrılmış bir çocuk acil polikliniği bulunmamaktadır. Acil polikliniğine yılda 5 binden fazla çocuk hastanın başvurduğu hastanelerde görsel ve işitsel olarak ayrılmış çocuk acil polikliniği kurulmalıdır. Daha az sayıda çocuk acil hastanın başvurduğu hastanelerde ise "genel acil polikliniği" içinde erişkin hastalardan ayrı bir alanda hizmet verilebilir.

3. Acillere getirilen çocukların çok büyük bir çoğunluğu 112 ambulansları ya da diğer ambulanslarla değil özel araçlarla taşınmaktadır (112'ler tarafından taşınan çocuk oranı yaklaşık yüzde 10). Çocukların acil durumlarında erken ve uygun tedavinin çok özel bir öneme sahip



Türkiye’de acil servislere başvuru sayısı diğer ülkelerle karşılaştırılamayacak oranda yüksektir. Daha hızlı hizmet alabilmek ve istediği saatte muayene olabilmek için acil servisler toplum tarafından kötüye kullanılmaktadır. Diğer yandan uzman hekimler kendi alanındaki hastaların tetkik ve tedavisi için karşılaştıkları ve/veya yönetsel sorunlarının çoğunun çözümü için acil servisleri adres göstermekte ve acil servislerden bu sorunların çözümünü talep edebilmektedir.

olması, çocukların acillere ambulanslarla taşınmasının teşvik edilmesini zorunlu kılmaktadır. Bunun için görsel ve yazılı basından yararlanılmalı ve afişler, broşürler, billboardlar kullanılmalıdır.

4. 112 acil sağlık ve transport hizmetlerini gelişmiş ülkeler seviyesine çıkartan düzenlenmeler sağlık sisteminde bir devrim gerçekleştirmiştir. Ancak bu sistemde çalışan personelin “erişkin ağırlıklı” tıp eğitimi dezavantajından bir an önce kurtarılması için hızlı adımlar atılması zorunludur. Bunun için hastane öncesi ve hastanede kritik hasta çocuklara hizmet veren sağlık çalışanlarına “çocuklarda ileri yaşam desteği kursları”nın yanı sıra çocuk acil hastalıklarına yaklaşımı kolay, anlaşılabilir ve akış çizelgeleriyle pekiştiren “çocuk acil kursları”nın eklenmesi yararlı olacaktır. Çocuklara ilk müdahale, “bulunduğu yerde” başladığı zaman “yaşamda kalma oranı” belirgin olarak artacaktır. Çocukların yaşama tutunma mücadelesinde hastane öncesi verilen sağlık hizmetinin ve hastane öncesi veya hastaneler arası naklin çok önemli bir rolü vardır. Hastane öncesi sağlık hizmetinin geliştirilmesinin, hastanede verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini ve başarısını artıracak çok açıktır.

5. Hastane öncesi sağlık hizmetinin en önemli direği olan 112 acil sağlık hizmet-

leri ambulansları arasına “yenidoğan” ve “çocuk yoğun bakım” ambulanslarının eklenmiş olması ve hava ambulanslarına geçişin sağlanmış olması çok önemli bir gelişmedir. Gereksinimin çok olacağı İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Konya, Mersin, Antalya, Diyarbakır, Şanlıurfa, Gaziantep gibi büyük şehirlerimizde bu özellikli ambulansların sayıları artırılmalıdır. Ayrıca ambulanslarda görev alacak personellerin çocuk hastanın özelliklerine, tıbbi bilgilerine hâkim olması sağlanmalıdır. Bu personellerden ilk kez göreve başlayacak olanlara çocuk hasta deneyimi oluşturabilmek için üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde üç ay uygulamalı eğitim verilmelidir. Daha önce üç aylık eğitim almış personel ise iki yılda bir olmak üzere bir ay süreyle eğitim hastanelerinin çocuk acil ve çocuk yoğun bakım birimlerinde deneyim geliştirme amacıyla görevlendirilmelidir.

6. Hastanede çocuk acil polikliniğine getirilmiş bir çocuğa ideal olarak “çocuk hastalar için özel eğitim almış hekimler” tarafından hizmet verilmelidir. Ancak bu durum günümüzde Türkiye’nin her yerinde uygulanması zor bir gerekliliktir. Bu durumun düzeltilmesi için aşağıdaki hususlar uygulanmalıdır:

6a. Çocuk acil hastalarla karşılaşma olasılığı olan tüm hekimlerin (aile hekimleri, acillerde ve sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler ve acil tıp uzmanlarının) “çocuk hasta bilgi ve deneyimleri” artırılmalıdır. Bunun gerekçesi;

i. 1. maddede belirtilen “erişkin ağırlıklı tıp eğitimi” nedeniyle pratisyen hekimler ve “aile hekimliği uzmanlık eğitimi” almamış olan aile hekimlerinin çocuk hasta bilgi ve deneyimi yetersizdir.

ii. Acil tıp uzmanları ise beş yıllık uzmanlık eğitimi süresince sadece üç aylık çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonları ile en hızlı kararların alınması ve en uygun girişimlerin yapılması gerekli olan “çocuk acil hastalıkları” ile ilişkili bilgi ve deneyimlerinin sağlanmış olmasını beklemek yanlıştır.

6b. “6a. maddesi”nde belirtilen hekimler çocuk acil hastalıkları konusunda eğitildikten sonra, “yılda 5 binden az” çocuk acil hastanın başvurduğu hastanelerin acillerindeki tüm hastalara hizmet verebilirler.

6c. Yılda 5 bin-10 bin arasında çocuk acil hasta başvurusu yapılan hastanelerde ayrı bir çocuk acil polikliniğinin yapılması ve hastalıkları uzmanının sorumlu hekim olarak görevlendirilmesi yararlı olacaktır.

6d. Yılda 10 binden fazla çocuk acil hasta başvurusu yapılan hastanelerde

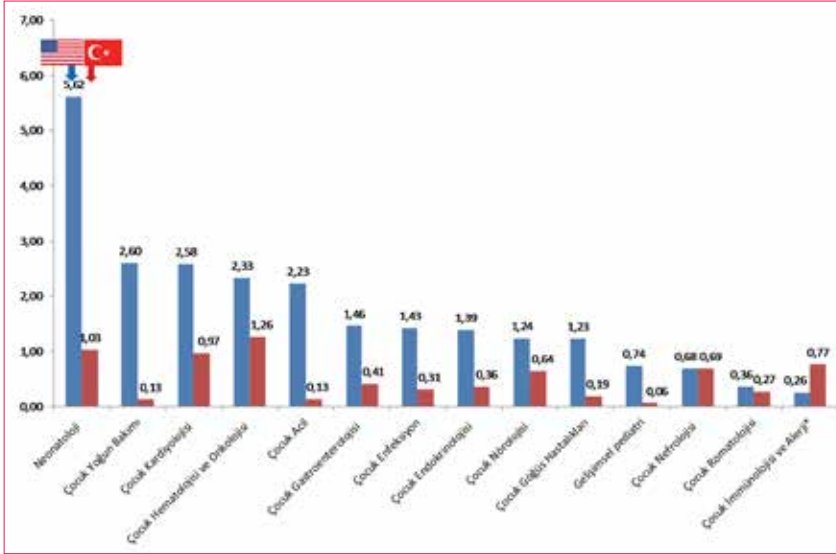
çocuk acil birimlerinde bir çocuk acil yan dal uzmanı veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmalıdır.

6e. Tüm üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde erişkin acilden görsel ve işitsel olarak ayrılmış çocuk acil birimleri olmalı ve sadece çocuk acil hastalardan sorumlu bir çocuk acil yan dal uzmanının veya çocuk acil yan dal uzmanı sağlanamıyorsa sadece çocuk acilden sorumlu olacak bir “çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı” görevlendirilmelidir.

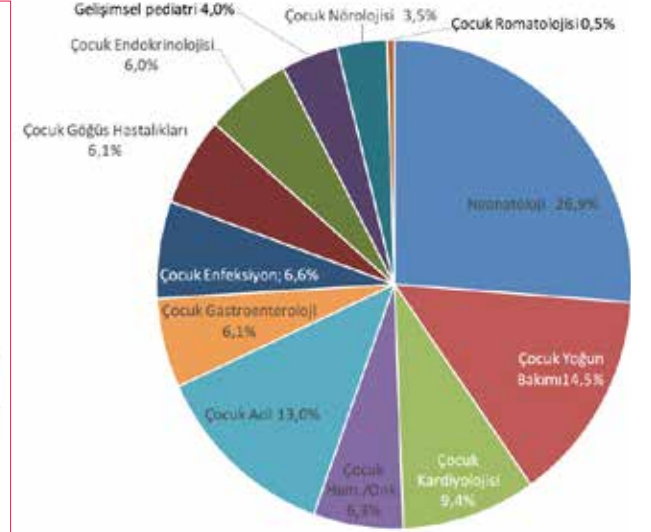
7. Ülke kaynaklarından ve eğitilmiş sağlık personellerinden en iyi şekilde yararlanabilmek için şu anda mevcut hastanelerden uygun olanların belirlenip kritik hasta bakımının eksiksiz yapılabilmesi için “bölgesel sağlık merkezleri” oluşturulmalıdır. Bu merkezlerde tam donanımlı çocuk acil yan dal uzmanının bulunduğu çocuk acil ve “I. düzey travma merkezi”, çocuk yoğun bakım uzmanının bulunduğu çocuk yoğun bakım, plastik ve rekonstrüktif cerrahisi veya çocuk cerrahisi uzmanının sorumlu olduğu bir “yanık ünitesi” bulunmalıdır. Diğer hastaneler ise daha alt düzeylerde acil hizmeti verebilecek şekilde personel ve cihaz yönünden donatılmalıdır. Bölgesel sağlık merkezlerine nakledilecek hastaların transferi, 112 acil sağlık hizmetleri biriminden yardım alınarak ve hastaneler arası iletişim sağlanarak yapılmalıdır.

8. Hem hastane öncesi hem de hastanede çocuk acil hastalarına kolay yaklaşım için akış çizelgeleri ve/veya rehberler oluşturulmalıdır. 112 acil sağlık hizmetleri noktasında “acil tıp teknisyenleri” ve “ambulans ve acil bakım teknikerleri” için daha önce hazırlanmasına katkıda bulunduğumuz (Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği olarak) “çocuk acil akış çizelgeleri” buna örnek gösterilebilir.

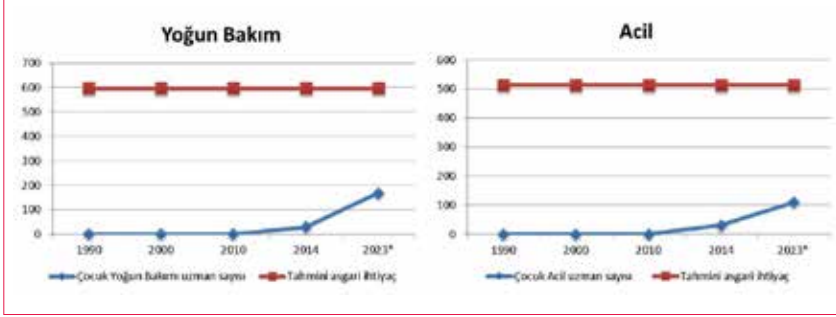
9. Her türlü sorumluluğu erişkin yaştaki insanların üzerinde olan çocuklarımıza hem en uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi hem de henüz gelişmekte olan çocuk acil bilim dalının hedeflenen düzeye en kısa sürede ulaşabilmesi için az sayıdaki yan dal uzmanının çalışma koşullarının ve alt yapısının uygun olduğu yerlerde görevlendirilmesi gereklidir. Çocuk acil yapılanması olmayan, çocuk acil uzmanı sorumluluğundaki bir çocuk acil sistemini istemeyen, çeşitli zorluklar çıkarılan hastanelerde “zorunlu hizmet” kapsamında görevlendirilmemeleri gereklidir. Böylece az sayıda yetişmiş yan dal uzmanının bulunduğu bir alanda insan gücü, emek ve zaman kaybı yaşanmasına izin verilmemelidir. Sağlık Bakanlığının “zorunlu hizmet görevlendirme çalışma grubu” oluşturup az sayıda yetişmiş uzmanın bulunduğu alanlarda hekimlerden en üst düzeyde verim alınabilecek şekilde görevlendirme



Şekil 1: 100 bin çocuk başına düşen çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dal uzman sayıları ve 2013 yılı ABD verilerinin Türkiye ile karşılaştırması. (Çocuk metabolizma hastalıkları ABD’de ayrı bir yan dal olmadığından doğrudan karşılaştırma yapılamamıştır.)



Şekil 2: Türkiye’de bazı çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının toplam uzman açığının oransal dağılımı. (Mevcut 3918 yan dal uzman açığının yüzde 13’ü çocuk acil alanındadır. İnsan gücü açığının sayısal değerleri 100 bin çocuk nüfus başına düşen uzman hekim sayımız 2013 yılı ABD verileri ile karşılaştırılarak elde edilmiştir.)



Şekil 3: Çocuk acil ve çocuk yoğun bakımı yan dal uzman sayılarının 2024 yılı projeksiyonu. YDUS 2011-2014 arasında ortalama açılan kadro sayısı esas alındığında yan dal uzman sayılarının olası gelişimi. (İhtiyaç duyulan uzman sayısı çocuk acil ABD seviyesi esas alınarak projeksiyon yapılmıştır.)

yapılabilmesi sağlanmalıdır. Şu ana kadar bu çalışma yapılmadığı için birçok yan dal hekimi zorunlu hizmet kapsamında görevlendirildikleri hastanede uygun bir çalışma ortamı bulamamış; mesleki birikim, deneyim ve becerilerinde körelme oluşmuş, psikolojik olarak travma yaşamışlardır. Çocuk acil gibi yeni kurulmuş bilim dalı uzmanlarından en yüksek verimi almak için, uzun bir süre olan zorunlu hizmet görevini tam donanımlı, alt yapısı ve personel yapılanması uygun hastanelerde yaptırılmasının sağlanması gereklidir. Böylece önümüzdeki beş yıl süresince öncelikle üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde ve/veya 7. maddede önerdiğimiz “bölgesel sağlık merkezleri”nde görevlendirilmeleri ve az sayıdaki eğitim veren birimlerin güçlendirilmesi sağlanmalıdır. Böylece bu hekimlerin üst düzey yetenekleri değerlendirilmiş ve kurtarılmayı bekleyen daha çok bebeğin/çocuğun hayata tutunmaları sağlanmış olacaktır. Öncelikle yan dal eğitimi verebilecek hastanelerin güçlenmesi sağlanıp, sonraki süreçte diğer hastanelerde görevlendirmelerin yapılması daha başarılı sonuçların alınmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507> (Erişim Tarihi: 23.03.2017)

ABP Workforce data: American Board of Pediatrics; 2013

Committee on The Future of Emergency Care in The United States Health System. Emergency Care for Children: Growing Pains. 2nd ed. Washington DC: The National Academies Press; 2007

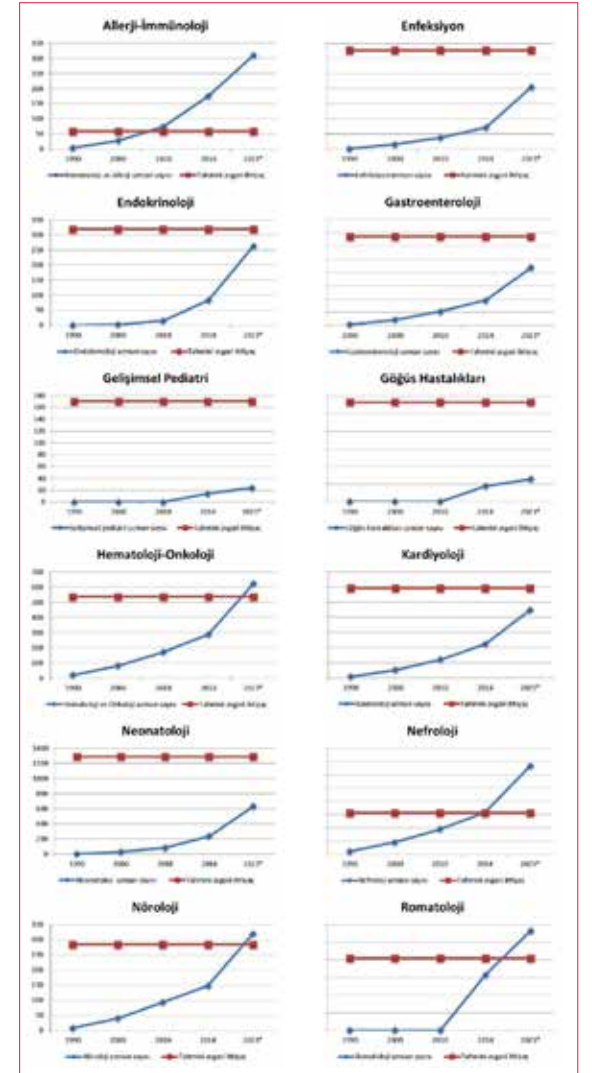
Sağlık Bakanlığı Yan Dal Tescil Sayıları İstatistiği. T. C. Sağlık Bakanlığı; 2014

Tıpta Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (YDUS) Başvuru Kılavuzları. ÖSYM, Ankara: ÖSYM; 2010-2014.

Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsan Gücü Raporu, cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/2015cybinsangucu[1].pdf (Erişim Tarihi: 02.02.2017)

Türkiye’de ve Dünyada Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler, cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/TURKIYE_ve_DUNYA_COCUK_ACIL.pdf (Erişim Tarihi: 02.02.2017)

Yılmaz HL. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk Acil Bilim Dalı’nın Gelişimi. Karaböcöoğlu M, Yılmaz HL, Duman M editörler. Çocuk Acil Tıp Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi; 2012. p.3-6.



Şekil 4: Bazı çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının uzman sayılarının 2024 yılı projeksiyonu. YDUS 2010-2014 arasında ortalama açılan kadro sayısı esas alındığında yan dal uzman sayılarının tahmini gelişimi. (İhtiyaç duyulan uzman sayısı olarak ABD seviyesi esas alınarak projeksiyon yapılmıştır.)

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde neredeyiz, ne yapmalıyız?

Yrd. Doç. Dr. Tunçay Palteki



1960 Hendek'te doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1983'te bitirdi. 1987-1991 yılları arasında Ankara Numune Hastanesinde iç hastalıkları ihtisası yaptı. 1999-2015 yıllarında çeşitli kurumlarda başhekimlik, Acil ve Afetler Sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2012-2014 yıllarında İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Kurucu Genel Sekreterliği görevini yaptı. Dr. Palteki, 2015 Kasım ayından bu yana Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölüm Başkanlığı görevini sürdürmektedir.

“Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan 112 Hızır Acil Servisi, ambulans başına 400 bin nüfus düştüğü İstanbul'da teknik ve maddi imkânsızlıkların yanı sıra trafik magandaları, adresini bilmeyen vatandaşlar, dar ve ismi belli olmayan sokaklar, hastaları kabul etmeyen hastaneler ve telefon sapıklarına karşıda mücadele ediyor...”

6 Nisan 1994 Hürriyet Gazetesi

Toplum açısından acil sağlık hizmetlerinin yeri farklıdır. Bu farklılığı yaratan en önemli unsurlar; sağlık hizmetine olan ihtiyacın ivediliği, hasta ya da yaralının hayati tehlike içerisinde olmasıyla birlikte hasta ve yakınlarının endişeli, gergin, sabırsız olmaları sayılabilir. Diğer taraftan hem hastane öncesinde hem de hastane sürecinde acil sağlık hizmetleri ile ilgili olumsuzlukların yazılı ve görsel medyada önemli bir yer tutmakta olduğuna hepimiz şahit olmaktayız. Yukarıda alıntılıdığım 23 yıl öncesinin gazete haberi, günümüzde yaşanan bazı sorunların geçmişte de var olduğunu bütün açıklığı ile ortaya koymaktadır. Hastane öncesiyle ilgili acil sağlık hizmetlerinin bugünkü durumunu değerlendirecek olursak öncelikle 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte başta araç-gereç olmak üzere, nüfus başına düşen ambulans ve istasyon sayısında artış, müdahale süresinde ise kısalma olduğu gözlemlenmektedir (Tablo).

Ancak hala kişi başı acil çağrı arama (112 aramaları) sayısı, Avrupa ülkelerinin bazılarına göre 3-4 kat fazladır. Bunlar içerisinde gereksiz ve acil olmayan aramalar maalesef yüzde 95 oranındadır. Bu durum asıl ihtiyacı olan kişiler için

önemli bir engel teşkil etmekte, 112 çağrı merkezine ulaşım zamanını olumsuz etkileyebilmektedir. Aslında bu problem yıllar öncesinden süregelmektedir. Bunun yanı sıra özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi kentlerde ambulansların trafik içerisindeki zorlukları günümüzün önemli problemleri arasında sayılabilir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkililiğini ve etkinliğini etkileyen belli başlı dört unsur vardır. Bunları; (1) araç-gereç ve malzeme, (2) hizmetin verililiş modeli ya da yöntemi, (3) hizmeti sunan insan kaynağının sayıca ve nitelik açısından yeterliliği ve (4) toplumun acil sağlık hizmetleri konusundaki farkındalığı şeklinde sıralayabiliriz.

Daha İyi Bir Acil Sağlık Hizmetleri Organizasyonu İçin Neler Yapmalıyız?

Öncelikle konunun hastane öncesi ve hastane organizasyonu olmak üzere iki boyutu vardır. Bu yazıda hastane öncesi organizasyonla ilgili neler yapılabileceği konusuna değinilecektir. Hastane öncesi acil sağlık sisteminde ülkelerin ve bölgelerin ihtiyacına göre dünyada farklı modeller kullanılmaktadır. Bu modeller; hizmet sunumunu gerçekleştiren yapılara göre (ulusal, bölgesel, özel, gönüllü, hastane temelli ya da hibrid

Tablo: Ülkemizde Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bazı Parametreler Üzerine Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisi

	2002	2016
Ambulans sayısı	618	4.840
Ambulans helikopter*	-	17
Uçak ambulans*	-	3
Kar paletli ambulans*	-	265
Deniz ambulans*	-	6
Ambulans başına nüfus	107.000	16.000
İstasyon sayısı	481	2.400
İstasyon başına nüfus	188.000	33.000
İlk 10 dakikada erişilen nüfus oranı	-	%69

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

*Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 verileridir. Diğer veriler güncel verilerdir.

sistemler) çeşitli sahipliklerde olabildiği gibi hizmetin sunum şekli (Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli) itibarıyla da olabilmektedir. Dünyada yeniden yapılanma sürecindeki ülkelerin çoğunda Anglo-Amerikan modeli acil sağlık sistemleri tercih edilmektedir. Anglo-Amerikan modelinde hastalar daha yüksek kalitede bakım alabilme-

leri için alanda çok fazla oyalanmadan hastanelere taşınırlar. Stabil et, kap ve götür kavramına göre hareket edilir. Ambulanslarda acil sağlık eğitimi almış paramedikler ile acil tıp teknisyenleri hizmet verirler. Hastane acillerinde ise yine acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış acil tıp uzmanları çalışmaktadır. Avusturalya, Kanada, İsrail, Hollanda, İngiltere ve ABD bu modeli kullanan ülkelere örnek olarak verebiliriz. Franko-German modelinde ise hastanedeki olanaklar hastaya getirilir. Acil tıp ayrı bir uzmanlık alanı değildir. Sahada ve hastanede resüsitasyon görevi anestezi uzmanlarının kontrolündedir. Sahadan alınan hastalar çoğunlukla acil servislere uğramadan yataklı servislere alınırlar. Avusturya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Portekiz ve Rusya bu modeli kullanan ülkelerden birkaçıdır.

Ülkemizde her ne kadar özellikle hastaneler düzeyinde insan kaynağı eksikliği olsa da Anglo-Amerikan modeline uygun bir hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yapılması mevcuttur. Bu modelin en önemli özelliği, hasta ya da yaralıyı bir an önce hastaneye ulaştırmaktır. Bu yönüyle değerlendirildiğinde, müdahale süresi ile hastaneye ulaştırma süreleri önem taşımaktadır. Müdahale süresi ile çağrıyı takiben görevlendirilen 112 ekibinin olay yerine ulaşma süresi kastedilmektedir. Olay yerinden vakaya ilk müdahaleyi yapıp ambulansın hastaneye ulaşma süreside diğer zaman boyutudur. Burada hiç kuşkusuz en önemli problem trafikte geçen süredir. Bu sürenin azaltılmasında toplum bilincinin ve hassasiyetinin oynadığı rol kadar caydırıcı birtakım önlemlerinde etkisi büyük olacaktır. Öncelikle ambulanslara yerleştirilecek yüksek çözünürlüklü kamera sistemleri ile "Dinamik Elektronik Denetleme Sistemi"nin oluşturulması şüphesiz bu konuda önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu sayede ambulansların trafikte daha rahat hareket ederek trafikte kalma süreleri azaltılabilir. Ayrıca bu sistemler sayesinde olay yeri görüntüleri "online" olarak 112 Komuta Kontrol Merkezine aktarılabilir.

Günümüz acil sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir diğer sorun, 112 Çağrı Merkezlerine yapılan gereksiz aramalardır. Hiç şüphesiz toplum bilinci ile yakından ilişkili bir konu olsa da burada da caydırıcı önlemlerin alınmasında fayda vardır. Yasal yaptırımlarla birlikte (ülkemizde uygulandığını gözlemlemekteyiz) ilköğretimden itibaren toplum içerisinde yaşamının gereklilikleri doğru bir şekilde genç kuşaklara verilmeli ve bu kültür oluşturulmalıdır. Bu kültürün oluşturulabileceğine yönelik örnekleri bazı ülke uygulamalarında görmekteyiz. Bununla beraber gereksiz ambulans çıkışlarını önlemek için 112 triaj sistemlerinin uygulamaya sokulmasının



faydası olacaktır. 112 çağrısının hangi durumlarda yapılacağına dair toplumun bilinçlendirilmesinin 112 taleplerinin daha gerçekçi olması yönünde katkı sağlayacaktır. 112 çağrı merkezinin öncelikli aranma nedenleri arasında; travma nedenli ya da mide-barsak sistem kaynaklı ağır kanamalar, kafa yaralanmaları, ciddi yanıklar, donmalar, sıcak çarpmaları, ağır nefes darlıkları, büyük kemik kırıkları, kronik hastalık alevlenmeleri, göğüs ağrıları, intihar girişimleri, zehirlenmeler, inme ve bilinç kaybı gibi durumlar sayılabilir. Diğer taraftan acil aramaların (sağlık, güvenlik, yangın) tek bir merkezden sevk ve idare edilmesi de müdahale süresine etkisi olacaktır. Bu konuda ülkemizde il bazında pilot çalışmalar devam etmektedir.

Ülkemizde 112 istasyonlarının ve ekiplerinin yerleşimleri nüfus bazlı yapılmaktadır. Bununla beraber bölgenin trafik dinamikleri ile acil hastalık ve yaralanma epidemiyolojisine ait bulguların da dikkate alınması daha hassas bir yerleşimi beraberinde getirecektir. Ayrıca mobil 112 ekipleri ile gerçek zamanlı verileri kullanarak ambulans optimizasyonu yapılabilir. Böylece müdahale süreleri kısaltılabilir. Ülkemizde hastane acillerine ambulans dışı hasta başvuruları ileri düzeydedir. Bu başvuruların çoğunu triajda "yeşil hasta" dediğimiz acil serviste muayene olması gerekmeyen hastalar oluşturmaktadır. Bu durum hastane acillerinin gereksiz yoğunluğuna sebep olduğu gibi esas acillerin öncelik problemi yaşamalarına neden olmaktadır. Aslında ideal olan acil olarak tanımladığımız tüm hastaların sadece ambulansla transferinin sağlanmasıdır. Toplumun acil sağlık hizmetleri konusundaki farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı da başarılı bir

hizmet için önemli bir unsurdur. Şöyle ki popülasyonun ilk yardım bilgi ve becerisi acil sağlık hizmetlerinin sonuçlarını etkilemektedir. Toplumdaki sertifikalı ilk yardım eğitimi alan ve etkin bir ilk yardım müdahalesi kabiliyetine sahip nüfus attıkça başarı artacaktır. Çünkü acil sağlık hizmetlerinde müdahalenin niteliğinin yanı sıra zamanlaması da önemli bir unsurdur. Özellikle kalp-solunum durmalarında ilk dakikalarda yapılacak bilinçli müdahaleler yüz güldürücü olarak sonuçlanmaktadır. Ayrıca ambulans bakım-onarım süreçlerinde etkinliğin artırılarak uygulamada kalan ambulans sayısının maksimize edilmesi, hastaların doğru hastaneye hızlı transferinin sağlanması ve hastaneler arası acil hasta sevklerinin azaltılması, acil sağlık ekiplerinin bilgi, beceri, moral ve motivasyonlarının eğitim ve simülasyonlarla geliştirilmesi gibi iyileştirme çabaları da sürece önemli katkılar sağlayabilecektir. Sonuç olarak acil sağlık hizmetlerinin başarılı ve sorunsuz bir şekilde sürdürülmesi, ancak çok paydaşla (bizzat toplumunda desteğiyle), doğru modellerle, yeterli nitelikte ve nicelikte insan kaynağı ve araç-gereç desteği ile sağlanabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

Ekşi, A., (2016); Kamu Hizmetinde Etkililik ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı, DEÜ SBE Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 3, 387-408.

Gray ve ark., (2003); Descriptive Epidemiology of Adult Critical Care Transfers from The Emergency Department, Emerg Med J; 20:242-246

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2015); saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf (Erişim Tarihi: 19.02.2017)

Sur, H., Palteki, T. (Ed.), (2013). Hastane Yönetimi, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Acil sağlık hizmetlerinde kalite ölçütleri

Doç. Dr. Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Konya'da ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesinde diş hekimliği yaptı. İngiltere ve Hollanda'da eğitim ve araştırma çalışmalarına katıldı. 2012 yılında sağlık yönetimi doçenti oldu. Halen Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyeliği ile Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü görevlerini yürütmektedir.

Günümüzde artan hasta sayıları, hasta bakımında eşgüdümlü ve daha düşük maliyetlerle kaliteli bakım gereksinimi, değişen müşteri istek ve beklentileri gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde kalite konusunu gündeme getirmiştir. Acil sağlık hizmetlerinin amacı; bir yandan hastane öncesi hasta ve yaralıların ilk müdahalesini ve uygun sağlık kuruluşuna nakillerini gerçekleştirirken, bir yandan da hastane içinde mevcut mesleki bilgiyle uyumlu ve istenen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde hastaların sunulan hizmetten yarar görmelerini sağlamaktır. Burada temel öncül, bakım kalite ilkelerinin acil hizmetler içinde geçerli olmasıdır. Institute of Medicine'a (IOM) göre, bu ilkeler sağlık bakım kalitesinin iskeletini oluşturur.

Acil durumlarda sağlık hizmetlerinin verimli ve koordineli bir şekilde verilmesini sağlayan bu ilkeler şöyledir: Birincisi, sağlık bakım sistemi "etkili" olmalıdır. İkincisi, sunulan hizmet, tüm hastalar için bütün süreçlerde ve her zaman "güvenli" olmalıdır. Üçüncüsü, verilen sağlık hizmeti "zamanında" sunulmalıdır. Çünkü kaliteli sağlık hizmeti boşa harcanan ve genellikle endişe uyandıran uzun bekleme süreleri içermez. Dördüncüsü, kaliteli bir sağlık sistemi "verimli" olmalıdır. Sunulan hizmet için harcanan para ile en iyi sonuç, çıktı ya da değer elde edilmelidir. Kaynaklar en iyi sonuçlar üretmek üzere kullanılmalıdır. Beşincisi, sağlık hizmeti

sunumunda "adil" olunmalıdır. Kaliteli sağlık sisteminde bakım, cinsiyet, ırk, sigorta durumu gibi kişisel özelliklere değil, hastanın ihtiyaçlarına dayanmalıdır. Altıncısı, "birey odaklı" olmalıdır. Hasta odaklı olmak şu alanları kapsar: Hastaların değerlerine, tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlarına saygılı olma, bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu, hastanın bilgilendirilmesi, hasta ile iyi bir iletişim kurulması, hasta ve yakınının eğitimi, hizmet aldığı yerde ve süreçte ihtiyacı olan konforun sağlanması, hastanın fiziksel rahatlığını sağlaması, duygusal olarak desteklenmesi (diğer bir deyişle korkuyu ve endişeyi hafifleten psikolojik destek sunulması), sürece hasta yakınlarının da katılımı.

Kaliteli bir acil sağlık hizmeti sunumu için kalite göstergeleri ya da ölçütleri önemlidir. Bu ölçütler, hastalara en kısa zamanda müdahale imkânı sunma, süreçlerin iyileştirilmesi, iş gücü niteliklerinin artırılması, sonuçların istenen

düzeyle ulaşmasına katkı sağlamak üzere geliştirilir. Bu ölçütler, gerek kurumun zaman içindeki değişimini, gerekse de diğer kurumlar ya da uluslararası karşılaştırmalara olanak vermesi nedeniyle son derece önemlidir.

Kalite göstergelerinin tanımı ve seçimi müşteri odaklı kaliteyi belirlemek ve ölçmek için bir gerekliliktir. Bir hizmetin kalitesi, müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılama veya aşma yeteneği ile en iyi şekilde değerlendirilir. Kalite göstergelerinin kullanımı ile yapılan sağlık bakım ölçümleri, müşteriye önem veren tıbbi bakımın boyutlarını tanımlayan tüm veri kaynaklarını içerir. Her ölçüm, IOM'un sağlık bakım kalitesinin iskeletini (yapısını) gösteren unsurlara dayanan önceden tanımlanmış bir gösterge ile sınıflandırılmıştır (Tablo). Her bir kalite ölçüsü yalnızca bir alana tahsis edilmektedir.

Acil bakım hizmetlerinin bakım kalitesini

Tablo: IOM'un Sağlık Bakım Kalitesinin İskeletini (Yapısını) Oluşturan İlkeler

Güvenilir	Hastalara yardım etmeyi amaçlayan bakımın hastalara verebileceği yaralanmaları önleme
Etkili	Fayda sağlayabilecek herkese bilimsel bilgiye dayalı hizmetler sunmak ve faydalanma ihtimali bulunmayan kişilere hizmet sunmayı önleme
Hasta merkezli	Hastanın bireysel tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım verme
Zamanında	Hem bakım verenlerin hem de alanların bekleme ve bazen zararlı olabilecek ertelemelerini azaltma
Verimli	Ekipman, malzeme, fikir ve enerji israfı dahil olmak üzere tüm israflardan kaçınma
Adil	Toplumsal cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özelliklerinden dolayı kalitede farklılık olmayan bakımın verilmesi

ve kaynak kullanımını iyileştirmek için kullanılan kalite ölçütlerine yaklaşımlar farklıdır. Kaynak kısıtlılığına sahip olan ülkelerde acil hizmetlerinin kalite ölçütleri, bakım etkinliği ve zamanı konusuna odaklanırken kalite ölçütlerinde genel yaklaşım, yapı, süreç ve sonuca dayanan ve daha çok bakımın güvenliği, etkinliği ve eşitliği üzerine odaklanan ölçütlerin geliştirilmesi ve kullanılmasıdır. Sürekli ölçümler ve değerlendirmeler yapmak, kalite uygulamalarında bir gerekliliktir. Kalitenin temel ilkeleri arasında yer alan sürekli iyileşme ölçümü mümkün olabilir. Çünkü ölçemediğinizi anlayamazsınız, anlayamadığınızı iyileştiremezsiniz. Aslında ölçüm, mevcut kalite düzeylerini ve iyileştirme fırsatlarını belirleme, değişikliklerin ya da sonuçların iyileştirilip iyileştirmediğini değerlendirme imkânı sunar. Bu anlamda ölçüm, kalitenin esaslarından biridir. IOM tarafından 2006'da yayımlanan "Acil Sağlık Hizmetlerinin Dönüm Noktası" başlıklı raporda bu ölçümlerin yapılabilmesi için standartlaştırılmış kanıta dayalı performans göstergelerinin geliştirilmesi önerilmiştir. Çünkü sistematik performans ölçümü, acil sağlık hizmetinin kalitesine yön verir. Göstergeler ve yapılan ölçümler, acil durumlarda sağlık hizmetlerinin etkin ve koordineli bir şekilde sunulmasını da hedefler. Bunun sonucu olarak hastalar, mevcut en iyi yayınlanmış kanıtlara dayalı ve doğru tedavi alır. Bu bakımdan sadece hastalar değil, tüm taraflar yarar sağlar. Bu taraflar arasında özellikle hastalar, aile üyeleri, doktorlar, danışman hekimler, hastane idaresi ve ödeme yapanlar bulunmaktadır. Ayrıca bu göstergelerin geliştirilmesi ve uygulanması, acil sağlık hizmetlerindeki hesap verebilirliği artırır ve acil sağlık hizmetlerinin (acil bakım sistemlerinin) genel performansının ölçülmesi ve stratejik kalite geliştirme planlamaları yapılabilmesi için gerekli verileri de sağlar. Ancak acil sağlık hizmetlerinin doğası gereği standart ölçümler yapmak son derece zordur. Ayrıca sistemin değerlendirilmesine yönelik acil sağlık hizmetlerine özgü zorluklardan biri de, veri toplama standartlarının olmayışı ve acil sağlık hizmetleri araştırmasında kullanılan değerlendirme ölçütlerinin ya da performans göstergelerinin geçerliliği konusunda bir uzlaşının olmamasıdır. Bunlara ilave olarak, acil sağlık hizmetleri koşullarının geniş bir alana yayılması (acil sağlık hizmetleri iş sahasının genişliği, vaka çeşitliliği gibi) ve hastane öncesi bakımın, acil servis ve hastane içi bakımından ayrı tutulmasının güçlüğü gibi nedenler bulunur. Bu zorluklar, acil sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü karmaşıklığını daha da artırmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet ya da bakım, belirli bir personel, tesis ve ekipman düzenine sahip sistem tasarımı ile gerçekleştirilebilir. Ancak acil



sağlık hizmetlerinde, ideal bir sistem tasarımı da kolay değildir. Bunun temel nedeni; acil sağlık hizmetlerinin önceden tasarlanmış bir sistem altyapısı yerine, toplulukların ihtiyaçlarına cevap vermek üzere geliştirilmiş ve yapılanmış bir sisteme sahip olmasıdır. İhtiyaca göre gelişen yapılanma nedeniyle dünyada mevcut olan acil sağlık hizmetlerinin tasarımları, ülkesel, bölgesel farklılıklar içeren heterojen bir yapıya sahiptir. Oluşan bu heterojen yapı, acil sağlık hizmetlerinin sistemlerini daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu durum ise uluslararası düzeyde karşılaştırma ya da değerlendirme yapmayı güçleştirmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde travma ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü, acil bakım hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik ihtiyacını ortaya koymaktadır. Özellikle acil hizmetlerde sunulan hizmetlere bağlı gelişen akut hastalık ve yaralanma ile ilişkili yüksek morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak için bunun bir gereklilik olduğu belirtilmektedir. Bu ülkelerde acil bakım hizmetleri yaygınlaştıkça bu alanda verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi de önem kazanmaktadır. Günümüzde yüksek gelirli ülkelerde, acil sağlık hizmetlerinde iyi gelişmiş kalite güvence sistemleri mevcuttur. Bunun yanında bu alanda kalite göstergelerinin geliştirilmesi ve kullanılması ile acil bakım standartlarında büyük gelişmeler görülmüştür. Ancak gelişmiş ülkelerde kullanılan bu kalite ve güvenlik göstergeleri, kaynak kısıtları nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkeler

için uygun olmayabilir. Çünkü ayrılan kaynakların yetersizliği ya da azlığı, acil servislerin kalite güvence programlarını uygulama kabiliyetini kısıtlar. Aslında düşük ve orta gelirli ülkelerde acil bakım kalitesini ortaya koyan ölçümde kullanılan standartlar konusunda çok az şey bilinmektedir.

Kaynaklar

- Aaronson EL, Marsh RH, Guha M, Schuur JD, Rouhan SA (2015) Emergency Department Quality and Safety Indicators in Resource-limited Settings: An Environmental Survey. *International Journal of Emergency Medicine*. 8: 39.
- El Sayed, MJ (2012) Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*. Article ID 161630. doi:10.1155/2012/161630.
- Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J (2002) Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 9(11): 1091-1107.
- Heyworth J (2011). Emergency Medicine-quality Indicators: The United Kingdom Perspective. *Acad Emerg Med*. 18(12): 1239-41.
- Institute of Medicine (IOM). *Emergency Medical Services at A Crossroads*, The National Academies Press, Washington, DC, USA, 2006.
- Spath, P (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC.
- Teleki SS, Damberg CL, Reville RT (2003). *Quality of Health Care: What Is It, Why Is It Important, and How Can It Be Improved in California's Workers Compensation Programs?* dir.ca.gov/chswc/caresearchcolloquium/p5/stephanieteleki.pdf (Erişim Tarihi: 3.2.2017)

Acil sağlık hizmetlerinin verilmesinde maliyet-etkililik ve ülkemizde durum

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Halen Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Tıbbi anlamda acil vaka; "fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde bulunan durumlarda, gereksinim duyduğu sağlık bakımı ve desteğinin çok kısa süre içinde verilmesi gereken kişi" olarak tanımlanabilir. Organizmanın işlevlerini ve bütünlüğünü, yaşamı tehlikeye sokacak şekilde bozan etkilere karşı vücudun geliştirdiği onarıcı ve önleyici yanıtların yetersiz kaldığı durumlar ise acil tıbbi bakım girişimleri gerektiren durumlardır. Bireyin fiziksel ya da ruhsal yönden tehlike içinde bulunması anlamı taşımaya karşın, acil gereksinimi olmayan birçok insanın da acil sağlık hizmeti almak için başvurduğu bilinmektedir. Acil bakım, bir ülkenin olmazsa olmazları içinde olan,

verilmesi zorunlu hizmetlerdendir ve ülkelere getirdiği maliyet yükü açısından sürekli bir tartışma konusu olmaktadır.

Acil Hizmetler ve Tıbbi Açidan Önemi

Acil olarak verilecek sağlık hizmeti, acil durumun olduğu yerde başlayan ve gerektiğinde rehabilitasyon aşamasına kadar devam eden, birbirine bağlı çeşitli hizmetlerden oluşan bir zincirdir. Bu hizmet zinciri; olay yerinde ilk yardım, taşıyıcı ve hastane ile haberleşme, acil bakım bölümüne taşıma, acil bakım bölümünde ilk girişim, acil tedaviden sonraki hastane tedavisi ve bakımdan oluşur. Acil tıbbi durumlar, bedeninin veya

zihnin ani bir sorunu olarak karşımıza çıkar. Bu sorunlar genellikle yaralanma, enfeksiyon, doğumla ilgili komplikasyonlar veya vücudun kimyasal dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkmaktadır ve genellikle kronik rahatsızlıkların ihmalı sonucu oluşmaktadır. Acil sağlık hizmetleri bu tıbbi durumları düzeltmek üzere hızlı bir değerlendirme ile uygun müdahaleyi ve bu müdahalenin zamanında yapılabilmesi için en yakın sağlık kuruluşuna taşınmasını içermektedir. Bu hizmetlerin etkililiği, hizmetin zamanında verilmesiyle sıkı sıkıya ilişkilidir. Son yıllarda teknolojik gelişmeler artık acil hizmetlerin hastane içinde konumlandırılması zorunluluğunu azaltmış, hastaneden daha ön basamaklarda müdahaleyi ve gerektiğinde taşımayı öne çıkarmıştır. Temel sağlık



Tablo 1: Franko-Germen ve Anglo-Amerikan Yaklaşım Modellerinin Temel Farkları

Model	Franko-Germen	Anglo-Amerikan
Hasta sayısı	Daha çok yerinde müdahale az vakayı hastaneye getirme	Daha az yerinde müdahale çok vakayı hastaneye getirme
Hizmeti sunan	Paramediklerle desteklenmiş hekimler	Tıbbi gözetim ile paramedikler
Temel anlayış	Hastaneyi vakaya getir	Vakayı hastaneye getir
Taşınan hastaların getirildiği yer	Acil servisi sıklıkla atlayarak doğrudan servise	Doğrudan acil servise

hizmetlerinin ve halk sağlığı planlamalarının başarıyla yürütüldüğü durumlarda bile acil vakaların önüne geçilemez. Bu nedenle acil tıp hizmetleri sağlık hizmetlerinin “olmazsa olmaz” bir parçasıdır. Ancak bu hizmetlerin standart bir şekle sokulması güçtür. Ormanın derinliklerinde yaralanmış bir kişinin saatlerce kara yollarından geçirilmesi yerine nehir ulaşımıyla taşınmasının düşünülmesi, altı ay karla kaplı bölgelerde ambulans helikopterlerinin devreye sokulması gibi çok çeşitli çözümler üretilmesi gerekmiştir. Son dönemlerde metropollerde trafik tıkanıklıklarında vakaya ulaşım zorluklarına çözüm olarak motosiklet ambulanslarının düşünülmesi bile bir yeniliktir. Acil hizmetlerin sunumunu gerçekleştiren kişilerde de çeşitlilik vardır. Sokak ortasında yere düşen birine ilk yardım eğitimi almış bir sivilin müdahalesinden, en yoğun donanımlara sahip acil cerrahi merkezlerinde yapılan karmaşık müdahalelere kadar geniş bir yelpaze ile karşı karşıyayız. Hizmetin sunumunda ve hizmet veren kişilerde oluşan bu çeşitlilik planlamayı da, finansmanı da zorlaştırmaktadır.

Dünyada Durum

Dünyanın birçok ülkesinde, özellikle gelişmemiş ülkelerde acil tıbbi hizmetler ihmal edilmiş durumdadır. Hizmete bakış açısı da belli yerlere birkaç ambulansın konuşlandırılmasından ibaret dar bir görüşle yönetilmektedir. Yalnızca ambulansın hastaya ulaşması ve onu hastaneye taşımakla sınırlı sorumlu saymak, acil hizmetlere diğer disiplinlerin katkısını, sivil toplumun vereceği desteği ve pahalı teknolojiler yerine basit ama hayat kurtaran yöntemleri görmezlikle sonuçlanmaktadır. Etkili bir planlamaya dayanmayan ve kriz anlarında gelişigüzel çabalardan oluşan acil hizmetler elbette beklenen sonuçları vermez. Kullandığı teknolojiler nedeniyle aslında yüksek maliyette olan acil hizmetler, yine de hayat kurtarma, komplikasyon ve sakatlıkları önleme ve erken ölümlerin önüne geçme açısından değerlendirildiğinde ziyadesiyle maliyet-etkili bulunmaktadır. Acil hizmetlerin hayat kurtarma düzeyinde klinik etkisinin incelenmesi yanında, maliyetlerin de ele alınması aynı kaynaklarla daha fazla canı kurtarmak açısından mutlaka incelenmesi

gereken bir konudur. Maliyet-etkililik yaklaşımı “ne ölçüde sağlık yararını ne miktar kaynak kullanarak elde ediyoruz?” sorusunun cevaba kavuşturulmasıdır. Bunu yaparken acil sağlık hizmetlerinin örgütlenme modeli yanında bu hizmetin kimler eliyle verileceği, taşımanın kara ambulansı dışında deniz ve hava ambulansını kullanıp kullanmayacağı, hizmet veren kişilerin hangi düzeyde bilgi ve becerisinin olacağı ve hangi teknoloji düzeyi ile çalıştırılacağı gibi konular ele alınmaktadır. Bu konularda sağlık politikacılarının tercihleri bir yandan klinik başarıyı bir yandan da maliyetleri etkilediğinden birçok kombinasyon ele alınarak çözüm seçenekleri ortaya konulmaktadır. Her ülkenin kendine özgü politik, ekonomik örgütlenme modeli vardır ve ülkeden ülkeye birçok farklılıklar karşımıza çıkmaktadır. Ancak temelde gelişmiş ülkelerin modelleri incelendiğinde Anglo-Amerikan ve Franko-Germen olarak iki ana sınıfa ayırarak inceleme yapmak mümkündür. Bu iki yaklaşımın temel farkları teşhis ve tedavi çabalarının nereye yoğunlaştırıldığı, bu hizmetlerin ağırlıklı olarak kimler eliyle verildiği ve taşımanın nasıl ve nereye yapıldığı konularında ortaya çıkmaktadır. Tablo 1’de Anglo-Amerikan ve Franko-Germen yaklaşımların temel farklılıkları özetlenmektedir.

İngiltere’de 2007-2008 yıllarının verilerine göre hastane yataklarının kullanımını açısından orandırıldığında yatışların yüzde 65’inin (4.75 milyon vaka ve 34 milyon hastane yatış günü) önceden tahmin edilemeyen ani rahatsızlanma/ yaralanma vakalarınca gerçekleştiği bildirilmektedir. Bu vakalar yalnızca maliyetlerin artışı değil aynı zamanda planlı vakaların hastaneden hizmet almasını engelleyerek öne geçmek açısından da önem taşımakta ve bekleme listelerinin uzamasına yol açmaktadır. İngiliz Milli Sağlık Teşkilatı NHS’in sağlık hizmetlerini hastaneler değil de, aile hekimliği merkezleri üstünden yürütmeye çalıştığı herkesçe bilinmektedir. Birinci basamak hizmet kuruluşlarının buna tampon olması ümit edilse de burada istenilen oranlardan çok uzak bulunmaktadır. 2015 yılında yayımlanan bir makaleye göre İngiltere’de özellikle hafta sonlarında acil vakaların ölüm hızlarında belirgin

Dünyanın birçok ülkesinde, özellikle gelişmemiş ülkelerde acil tıbbi hizmetler ihmal edilmiş durumdadır. Hizmete bakış açısı da belli yerlere birkaç ambulansın konuşlandırılmasından ibaret dar bir görüşle yönetilmektedir. Yalnızca ambulansın hastaya ulaşması ve onu hastaneye taşımakla sınırlı sorumlu saymak, acil hizmetlere diğer disiplinlerin katkısını, sivil toplumun vereceği desteği ve pahalı teknolojiler yerine basit ama hayat kurtaran yöntemleri görmezlikle sonuçlanmaktadır.

artışların yaşanması, haftanın yedi günü sürekli açık hastane hizmetlerinin yaygınlaştırılması yönünde görüşlerin ağırlık kazanmasına yol açmaktadır. Nisan 2010’dan başlayarak bir yıl boyunca hastane acillerine yapılan başvurudan itibaren 30 gün içinde gerçekleşen bütün ölümlerin incelenmesinde, hafta sonu acil vakalarında kurtarılabilecek hastaların QALY kayıpları hesaplanmıştır. Acil hizmetlerin zayıflığı nedeniyle bir yıl içinde kurtarılabilecek 5.353 kişinin öldüğü belirtilmektedir. Ölümlerin acısına ek olarak bu durum yılda bir milyar 700 bin – bir milyar 430 bin sterlin arasında maliyet getirmektedir. İngiltere milli sağlık örgütü NHS’in 731 milyon sterlin olan bütçe limitine göre yeni yapılanma isteği fazla bir miktar olmaktadır. Hafta sonları dâhil yedi gün verilecek hizmetlerin ölümleri azaltıp azaltmayacağına dair kesin kanıt yoktur. NHS yetkililerine düşen bununla ilgili kanıtları üretmek ve hafta sonu ölümlerinin etkisini yok etmektir. Ancak ilk bakışta kolay gibi görünen karar ve işlemlerin arka planı karmaşıktır ve karşı çıkanlar vardır. Onlara göre örgütlenmede bu sorunu taşıyan acil vakaların sayısı abartılmış sayıdır. İngiltere’de hafta sonu acil hizmetlerin kalitesinde şu veya bu şekilde bir düşüklük ve zayıflık olduğu



görüşü, hafta sonu vakaları önlenabilir acil vakalardan oluşmuyorsa yanlıştır. Önlenabilir komplikasyonların genel oranı İngiltere'de yüzde 8'dir ve bu vakaların yüzde 5'i ölümlü sonuçlanmaktadır. Bu sorunu ele alırken yüzde 8'lik bir payı olan grubun durumunu yüzde 100'müş gibi ele alarak hesap yapmak sorunun boyutunu abartmaktır. İngiltere'de bu tartışmalı ortamda, yeni bir sağlık görevlisi ile yeni bir model uygulamadadır. Paramediklerin bilgi ve beceri açısından biraz daha donanımını kuvvetlendirerek onlara Acil Hizmet Pratisyeni denmiş ve bunlara belirli bir karar verme yetkisi tanınmıştır. Hastane acil servislerinden bir ön basamakta Acil Birimleri bulunmaktadır ve acil hizmet pratisyenleri kendilerine ulaşan vakaların yüzde 50'sini hastaneye göndermeden taburcu etmektedir. Hastane acillerine gereksiz vaka yığılmasının önüne geçecek bir model seçeneği böylece ortaya çıkmış olmaktadır. Bu modelin araştırıldığı başka bir çalışmada acil hizmet pratisyeni hastane acilindeki doktorlara göre anlamlı şekilde daha az tahlil istemekte, daha fazla süre hasta/yaralı ile ilgilenmekte, daha fazla tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu vakalar ikinci bir yere sevk edilme açısından da anlamlı şekilde daha düşük orandadır ve taburculuk sonrası ilk 28 günde bir sağlık kuruluşuna başvuru oranlarında hastane acil vakalarına göre bir farklılık bulunmamıştır. Bu modelin maliyet-etkili bulunduğu ama yeni çalışmalarla ve daha fazla vaka ile kanıtların güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

ABD'de 1-44 yaş grubu için ölüm nedenleri arasında travma birinci sıradadır. Altmış beş yaş altı nüfusta ise toplam kaybedilen yaşam yılları hesaplarında kanser ve kalp hastalıklarından daha fazladır ve yine birinci sıradadır. Bu kayıpların yıllık maliyeti ise 406 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Travmadan sonra ağır vakalarda sağkalım ise vaka-

ya ne hızla erişerek sağlık merkezine taşındığına bağlıdır. ABD'de I. veya II. düzey acil hizmet merkezine "altın saat" (ilk saat) içinde ulaşırsa kurtarılabilecek olan vakalar travma vakaları içinde yüzde 27 olarak hesaplanmıştır. Burada bazı yazarlar ambulans helikopterlerin tartışmasız yararından söz ederken bazıları da kara ambulansına göre bir fark oluşturmadığını bulmuşlardır. 2010 yılında I. ve II. düzey acil travma vakalarının sayısı 44.700'dür ve toplam sayının yüzde 64'üdür. Vaka başına helikopter ambulans kullanıldığı her durumda ortalama 5 bin- 6 bin dolar daha fazla ödeme yapılmaktadır ve eğer bütün travma vakaları helikopterle taşınırsa bu fazla ödeme yılda 200-240 milyon dolar tutmaktadır. Ayrıca yıl boyunca vakalar taşınırken helikopter kazaları da 29 vakanın ölümüne yol açmıştır. Ancak benzer durum kara ambulanslarında da görüldüğünden ikisinin birbirini dengelediği varsayılmaktadır. Henüz hangisinin gerçekten daha maliyet-etkili olduğu yönünde net kanıtlar elde edilmiş değildir. Helikopter ambulansının maliyet-etkili sayılabilmesi için hesaplara göre QALY başına 100 bin doların altına düşmesi (yani bugünkü maliyetlerini yüzde 33 azaltması), minör vakaların helikopter çağrılarında bir şekilde elenmesi ve ölümleri önlemede en az yüzde 17 daha yükseliş göstermesi gerekmektedir. Bu tartışma ülke çapında acil hizmetlerin yapılandırılmasında kritik önem taşımaktadır ve Türkiye için de böyle çalışmaların yapılması gerekmektedir. ABD'de felç vakalarında QALY kazançlarının potansiyelinin incelendiği bir çalışmada yedi değişik strateji senaryosu ele alınmış ve bunların hesapları yapılmıştır. Bütün vakalarda tromboliz ve senaryoya göre yüzde 9-21 arasında değişen oranda beyin görüntülemesi yapılması varsayımıyla her 100 bin kişilik nüfusa 46 bin dolar tasarruf ve ortalama 3,4 QALY kazancı elde edilebileceği bulunmuştur. Senaryolara göre kazanılan her QALY

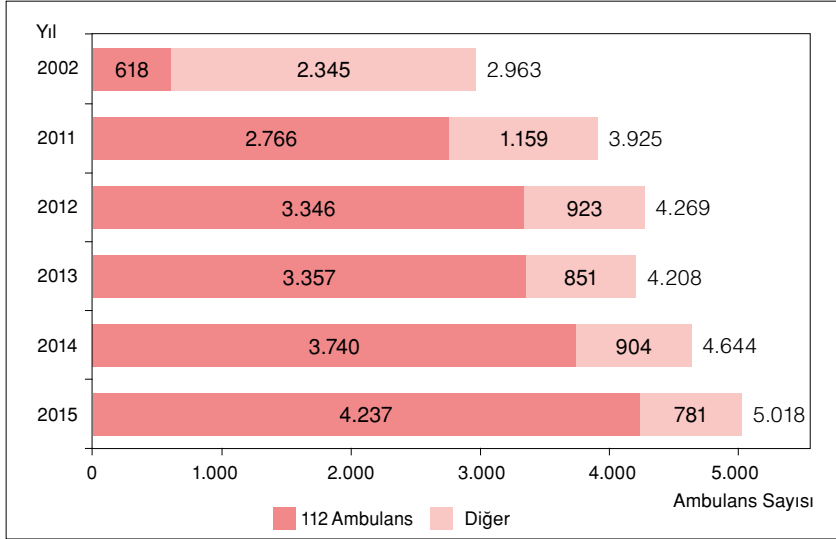
için 30 bin dolar ödendiğinde toplam maliyet en az 50 bin, en fazla 144 bin dolar tutmaktadır.

Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunuluşu

Yazının amacı örgütlenme türleri ve seçenekleri üzerinde çözüm aramak olmadığından, bu kısım özet olarak ele alınmaktadır. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı 112 Acil Hizmet sistemi içinde yürütülmekte ve ücretsiz olarak sunulmaktadır. Hasta taşınmasında rol alan özel ambulans, hasta nakil şirketleri ile acil servis hizmeti vermek açısından özel tıp merkezleri, hastaneler ve üniversiteler bu ana kütleye eklenen diğer unsurları oluşturmaktadır. Çok özel durumlarda belediyelerin de işin içine çeşitli şekilde girdiği görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 112 sisteminde, herhangi bir acil hastalık veya yaralanma halinde hizmet; günün 24 saatinde ve ücretsiz olarak verilmektedir. 112 ücretsiz telefon numarasına gelen çağrılar her ilde bulunan komuta kontrol merkezine iletilir, aciliyetine karar verilen başvurularda olay yerine en yakın istasyondan doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni bulunan tam donanımlı ambulans görevlendirilerek olay mahalline ulaşır. Hasta ya da yaralıya olay yerinde gerekli tıbbi müdahaleyi yaparak ihtiyaç varsa tedavi göreceği hastaneye nakledilmesi sağlanır. 112 acil sağlık hizmetlerine gelen çağrılarda vakanın aciliyetine ve yerine göre ambulans gelinceye kadar olay yerine hızlı ulaşımı sağlamak ve yerinde müdahale yapmak amacıyla motosikletli acil sağlık ekipleri de oluşturulmuştur. Bu ekipler özellikle trafiğin yoğun olduğu metropol illerimizde ve turizm bölgelerinde mobil olarak görev yapmaktadır. Bu hizmetler ülke geneline tüm kentsel ve kırsal bölgeleri kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Acil hizmetlerin mantığını tam olarak oturtabilmenin anahtar kavramı triajdır. Sağlık alanında hastanın aciliyet durumuna göre öncelik belirlenmesine "traj" denir. Bu uygulamanın ana gerekçesi arz talep dengesizliğidir. Acil hizmetler, ölüm kalım mücadelesinde bütün imkânların seferber edilmesi anlamına geldiği için maliyetlerin en yükseğe çıktığı kısımlar içinde yer almaktadır. Sağlık hizmetinde ihtiyaç ve istekler sunulan kaynaklardan fazla olduğu zaman hangi ihtiyaçların öncelikle ele alınacağı kararı gündeme gelir. Ülkemizde ambulans çağırma ve hizmetin taşıma ve acile alınma kısmında süzgeç görevi gören mekanizmalar çok yetersizdir ve maalesef vatandaşların sunulan imkânları kötüye kullandığı durumlar az değildir. Bu nedenle hastane acil servisi içinde yer alan triaj aşaması, ambulansa hasta kabul edilirken triajın

Şekil: Türkiye'de Son 6 Yılda Kara Ambulansları Sayılarının Dağılımı



Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

*2015 yılında satın alma işlemi tamamlanıp faaliyete 2016 yılında geçen 836 adet 112 Acil Yardım Ambulansı mevcut olup ilgili veri grafikte gösterilmemiştir.

Tablo 2: Türkiye' de Kara Ambulansları Dışındaki Ambulans Türleri ve Taşınan Hasta Sayısı Dağılımı (Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Ambulans Helikopter	17	3.715
Uçak Ambulansı	3	1.601
Kar Paletli	265	1.931
Deniz Ambulansı	6	2.515

Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

neredeyse hiç mesabesinde ele alınması sonucu belki de tek etkili eleme basamağımızı oluşturmaktadır.

Acil Servis Triaji

Genellikle hemşireler tarafından uygulanır. Hasta değerlendirilerek tedavi önceliği ve hangi birimde tedavi edileceği belirlenir. Ülkemizde karşılık bulan şekliyle; kırmızı, sarı ve yeşil alan hastaları belirlenir. 2011 yılı SUT tanımlamalarına göre üç renkle vakalar ayrılmaktadır. Kırmızı (stabil olmayan, çok acil) renk kodu alan hastalar hemen değerlendirilerek tedavi alınan ciddi hastalığı ya da yaralanması olan hasta/yaralılardan oluşur. Bu gruptaki hasta veya yaralıların öncelikli olarak acil tedavi veya hızlı transport ihtiyacı vardır. Sarı (geciktirilebilir acil) renk kodu alan hastalar göreceli olarak daha az aciliyeti olan ve belirli bir süre bekleyebilir hasta grubunu oluşturur. O anda yaşamı tehdit eden hastalığı ya da yaralanması olmayan, ancak zamanında nakledilmez ise potansiyel yaşam tehdidi olanlardır. Yeşil (hafif yaralı veya ağır hastalığında ciddi zaman baskısı olmayan) renk kodu alan hastalar acil olmayan ve ayakta tetkik ve tedavi yeterli olacak gruptur.

Türkiye'de yaklaşık 80 milyon nüfusa hizmet veren 112 ve diğer kuruluşların

toplam 5.018 kara ambulansı vardır ve ambulans başına 15.942 kişi düşmektedir. 112 acil sağlık hizmetlerinde kullanılan ambulans sayısı son altı yılda 619' dan 4.237'e çıkarılmıştır. Son yedi yılda 112 istasyon sayısı 481'den 1.361'e çıkarılmıştır. Yaygın istasyon ağı ve ileri düzeyde eğitilmiş ekipler ile gelen acil çağrılara kentlerde ilk 10 dakikada ve kırsal alanda ilk 30 dakikada ulaşma oranları yüzde 90'ların üzerine çıkarak gelişmiş ülkelerdeki vakaya ulaşma süreleri yakalanmıştır. 2002 yılında ambulans başına düşen toplam vaka sayısı 620 iken 2015 yılında 1.017'ye düşmüştür. Bunun nedenleri arasında nüfusun artışı yanında halkın hizmetleri kullanma kültürünün genişlemesi ve sistemdeki bariyerlerin azaltılması olsa gerektir. Ülkemizin bütün illerinde 112 komuta kontrol merkezlerinin dijital sistem altyapısı tamamlanmış, vakalar 24 saat internetten anlık takip edilir hale gelmiştir. Dijital sistem altyapısı ile illerden gelen çağrılar dijital haritalar üzerinden yer tespiti, ses kayıtları, ambulans ve helikopterlerin takibi ile hastanelerdeki kritik yatak durumları izlenebilmektedir. Ayrıca sistem yalnızca kara araçları ile çalışır olmaktan ileriye götürülmüş helikopter, uçak ve deniz ambulansları ile sistem yetenekleri artırılmıştır. Tablo 2'de kara ambulansı dışında kalan ambulans türleri ve sayıları ile bunlarla

taşınan hasta sayıları gösterilmektedir.

Tablo 2 'de görüldüğü gibi 2015 yılında 17 ambulans helikopter, toplam 3.715 hasta taşımıştır. Bu sayı üç uçak ambulansı için 1.601, kar paletli 265 araç için 1.931, 6 deniz ambulansı için 2.515'tir.

Türkiye için acil vakaların durumu, ölüm riski, bu risklerin ulaşma zamanı ile korelasyonu, maliyetlerin vakalara, ulaşım zamanına, kabul eden acil servisin olanaklarına göre vakanın yaşatılma şansı ve bunun maliyet-etkililiği gibi konularda hiç çalışma yapılmadığından bu yazıda sadece gelişmiş ülkelerden maliyet-etkililik sonuçları ve çalışma örnekleri takdim edilebilmiştir. Ülkemizin son yıllarda üstün başarı gösterdiği hizmet türlerinin başında gelen acil hizmetlerin yeniden örgütlenişinde bir tıkanma noktasına geldiğimizi ileri sürerler çoktur ve bazı açılardan haksız sayılmazlar. Yeni örgütlenme tercihlerimize temel bilgi sağlamak üzere kapsamlı bir analiz ve maliyet-etkililik çalışması gerekmektedir. Bu çalışma ile araçların güçlendirilip yerinde müdahale veya hastane acillerinin güçlendirilip vakayı bir an önce buraya taşıma tercihimiz; kara, hava, deniz ve kar paletli araç tercihimiz; acil hizmetlerde paramediklerin güçlendirilmesi ve tıbbi gözetim ile onların özerk hizmet sunmasının benimsenmesi veya hekim ile hizmete devam kararının alınması gibi üç büyük politik karar alınması bizi beklemektedir.

Kaynaklar

Nermin Olgun, Fatma Eti Aslan, Erişkinlerde Yoğun Bakım, Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2014.

Maria Cristina Penalzoza-Ramos, James P. Sheppard, Sue Jowett, et al. Cost-Effectiveness of Optimizing Acute Stroke Care Services for Thrombolysis, Stroke. 2014;45:553-562. DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.003216.

M. Kit Delgado, Kristan L. Staudenmayer, N. Ewen Wang, et al. Cost-Effectiveness of Helicopter Versus Ground Emergency Medical Services for Trauma Scene Transport in The United States, Ann Emerg Med. 2013 October ; 62(4): 351-364.e19. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.02.025.

PKM Pang, Air Medical Service: A Review on its Cost-effectiveness, The Role of in-flight Physician and Safety, Hong Kong Journal of Emergency Medicine 2001;8:27-33.

Rachel Meacock, Tim Doran, Matt Sutton, What are The Costs of and Benefits of Providing Comprehensive Seven-day Services for Emergency Hospital Admissions, Health Economics. 24:907-912 (2015).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015.

Sarah Purdy, Avoiding Hospital Admissions What Does The Research Evidence Say? The King's Fund Report, December 2010.

Suzanne Mason, Colin O'Keeffe, Pat Coleman, Richard Edlin, Jon Nicholl, A National Evaluation of The Clinical and Cost Effectiveness of Emergency Care Practitioners (Phase Two), Final Report, The University of Sheffield, 2005.

Türkiye’de acil tıbbi müdahale*

Dr. Hasan Aydınlik



1973 yılında Denizli’de doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Denizli’de tamamladı. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2004-2005 yıllarında Karamürsel Devlet Hastanesi Acil Servisinde çalıştı. 2005 yılı Ekim ayında Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü görevine atandı. Van depreminde Sağlık Bakanlığı adına iki ay koordinasyon görevini yürüttü. 2 Kasım 2012’de 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin uygulamaya geçmesiyle atandığı Kocaeli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği görevini 31 Aralık 2014 tarihinde tamamladı. 2015 Ocak ayından 2015 Kasım ayına kadar Türkiye İlaç ve Tıbbi İlaç Kurumu Başkan Yardımcılığı görevinde ve Sağlık Bakanlığı Müsteşarlık Danışmanlığı görevlerinde bulundu. Kocaeli Büyükşehir Belediye Başkanlığı Genel Sekreter Yardımcılığı ve Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevlerini yürüttü. Halen Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı olan Dr. Aydınlik, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Acil tıbbi müdahale; hastalık, kaza, yaralanma ve beklenmeyen benzeri durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın/yaralının tedavisinin yapılabileceği sağlık kuruluşuna en hızlı şekilde ulaştırılması ve gereken müdahalenin zamanında yapılmasıdır. Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan sağlık kuruluşları, acil vakaları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul ederek, gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız şartsız yapmaktadır. Acil servis hizmetleri; hastanın acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Nüfus artışı ve ortalama yaşam süresinin uzaması, acil servislere başvuruları her geçen gün artırmıştır. Hastaların daha rahat bir ortamda, farklı alanlarda ve iş bölümüyle bakılması bir zorunluluk olduğu gibi kalabalık acil servislerde yaşanacak olumsuz olayların önüne geçecek bir çözüm olarak görülmüştür.

* Bu yazı, Sağlık Bakanlığınca hazırlanan “Türkiye’de Özellikli Planlama Gerekli Tıbbi Hizmetleri 2011-2023” isimli Sağlık Bakanlığı raporu temel alınarak hazırlanmıştır.

Ülkemizde acil servislerin fiziki şartları, ulaşımı, personel, donanım ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartları belirlenmiştir. Mevcut acil servislerin çağın gereklerine ve hasta beklentisine uygun olarak yeniden yapılandırılması, yeni kurulacak acil servisler için belirli standart ve kriterler konulması için 11 Mayıs 2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15’inci maddesindeki “Acil servislerin malzeme, personel, hizmet kıstasları, fiziki şartları ve diğer hususlar Bakanlıkça belirlenir” hükmüne istinaden, “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” 16 Ekim 2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Kamu ve özel sektöre ait yataklı sağlık tesisleri bünyesinde hizmet veren tüm acil servis, acil poliklinik ve üniteleri kapsayan tebliğle birlikte; ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarınca sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak iyileştirilmesi, acil servislerin fiziki altyapı, ulaşım, personel ve donanım ve tıbbi teknoloji imkânları bakımından asgari standartlarını belirlenmesi, acil servislerin, bünyesinde hizmet verdikleri sağlık kurumunun statüsü, hizmetin yoğunluğu, bölgenin şartlarına göre sınıflandırılarak yeniden yapılandırılması, hasta triyajı ve renk kodu uygulamasının sağlanması, acil servislerde yürütülecek

nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarının belirlenmesi, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının acil servis hizmetlerindeki standartların belirlenmesi hedeflenerek yeniden yapılanma çalışmaları başlatılmıştır.

Renk Kodlaması ve Triage Uygulaması

Acil servis kalabalığı, gelişmiş ülkeler dâhil olmak üzere tüm dünyada en önemli sorunlardan biridir. Bu kalabalıkta acil müdahale edilmesi gereken hastalarda gecikmeleri önlemenin en önemli yöntemi triyaj uygulamalarıdır. Acil sağlık hizmeti talep eden hastaların tıbbi durumlarının aciliyetine göre sınıflandırılması için yapılan uygulamanın adı kısaca “triyaj” olarak adlandırılmaktadır. Triyaj uygulamasında hastalar başvuru önceliğine göre değil, tıbbi durumlarının aciliyetine göre sıralanmaktadır. Triyaj, acil birime başvuran kişilerde hastalık ya da yaralanmanın şiddetini tanımlamak ve yaşam riski en fazla olanların belirlenmesini sağlamak için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir. Diğer bir deyişle, hasta ya da yaralının, tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla, sağlık bakım kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasını sağlayan sınıflandırma sistemidir. Triyaj, hızlı tanı koyma ve kısa görüşme üzerine temellendirilmiş klinik önceliklidir.

“Hekimsiz ve hâkimsiz yerde yaşanmaz” diyen bir medeniyet tasavvuru olan toplumumuz; acil sağlık hizmeti sunumunu ulaşılabilir, etkin ve en güncel uygulamalarla herkese eşit sunulmasını talep etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm’ün ikinci fazında bu talebi karşılamak ve hizmet sunumumuzu geliştirmek en önemli gayemiz olacaktır.



Acil Servislerin 112 KKM ile Koordinasyonu

Kamu ve özel bütün sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır. Ortak kayıt sistemi, müdürlüğün denetim ve kontrolünde, Bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilmektedir. Sağlık tesisleri, acil servislere getirilen vakalara ait bilgileri her istendiğinde Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 KKM'ne bildirmek zorundadırlar.

Türkiye’de Acil Tıp

Acil servislerin günümüz acil tıbbına uygun olarak başarılı hizmet verebilmesi; ancak acil tıp konusunda eğitilmiş, kalıcı bir kadroya sahip olunmasıyla mümkündür. Türkiye’de genel sağlık ve acil sağlık hizmetleriyle ilgili düzenlemeler yakın tarihe kadar oldukça yetersizdi. 1982 Anayasasının 41. ve 56. maddeleri ile “Sağlık, yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir.” şeklindeki tanım benimsenmiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitlik sağlanarak bu hizmet devlet güvencesi altına alınmıştır.

Türkiye’de Acil Sağlık

Ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana arterler ve turistik bölgelerde, bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri bir süre denenmiş ve bu organizasyon daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır. 1986 yılında

da 077 Hızır Acil Servis olarak Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyelerinin sağlık personeli dışındaki desteği ve Sağlık Bakanlığı’nın işbirliği ile daha çok, doktorlu hasta taşımacılığına benzer bir sistem ülkemizde kullanılmıştır. 1994’te hastane öncesi hizmetlerde 077 Hızır Acil’den “112 Acil Yardım ve Kurtarma”ya geçildi. 1994-1995 yıllarında İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekipleri kuruldu. Ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebeler ve hemşireler, az bir kısmında ise doktorlar görev yapmaktaydı. 1996’da Sağlık Bakanlığına bağlı okullarda ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açıldı. 2000’de acil sağlık hizmetlerinin bütün yurttan eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” çıkarıldı. 2004’e gelindiğinde ilk defa Sağlık Bakanlığı’nın 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine ambulans ve acil bakım teknikeri ve acil tıp teknisyenlerinin atamaları yapıldı. 2007’de ise 2000 yılında çıkartılan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”nde değişiklik yapılarak 28. maddesine ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve acil tıp teknisyenlerinin (ATT) görev, yetki ve sorumlulukları eklendi. 2009’da “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği” hazırlanarak “Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu”nda AABT ve ATT’nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma haline getirilmiştir. Günümüzde acil sağlık hizmetlerinde ülkemiz; ulaşılabilirlik, fırsat eşitliği ve ücretsiz hizmet sunumunda dünyada lider konumuna yükselmiştir. Gelişen Türkiye’de acil sağlık hizmetleri

konusunda; kentlerin trafik ve coğrafi yapılarına ve nüfus hareketlerine göre mobil ambulans uygulamaları, OED (otomatik kalp şok cihazı), inme merkezleri, kalp krizine müdahale merkezleri, mikro cerrahi merkezlerinin kurulması ve yaygınlaştırılması suretiyle çalışmalarımız devam edecektir. “Hekimsiz ve hâkimsiz yerde yaşanmaz” diyen bir medeniyet tasavvuru olan toplumumuz; acil sağlık hizmeti sunumunu ulaşılabilir, etkin ve en güncel uygulamalarla herkese eşit sunulmasını talep etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm’ün ikinci fazında bu talebi karşılamak ve hizmet sunumumuzu geliştirmek en önemli gayemiz olacaktır.

Kaynaklar

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (11 Mayıs 2000). Resmi Gazete, 24046

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (15 Mart 2007). Resmi Gazete, 26463

Akdağ, Prof. Dr. Recep - Tosun, Prof. Dr. Nihat - Çinal, Prof. Dr. Adnan - Yeşilyurt, Yrd. Doç. Dr. Hakkı - Şencan, Prof. Dr. İrfan - Koç, Uzm. Dr. Orhan - Dilsiz, Uzm. Dr. Alaattin - Bayraktar, Gültekin - Küçük, Aziz, Yastı, Doç. Dr. A. Çınar - Baş, Uzm. Dr. A. Yağmur - Kervan, Uzm. Dr. Ümit Ve Göksel, Uzm. Dr. Fatih, Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:836, Ankara 2011, AG DESIGN

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği (26 Mart 2009). Resmi Gazete, 27181

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982)

www.kocaeli112.org/hakkımızda/tarihçe (Erişim Tarihi: 03.03.2017)

Yatılı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (16 Ekim 2009). Resmi Gazete, 27378

Tek acil çağrı numarası uygulaması

Dr. Mustafa Kemal Yenmez



1973'de Kahramanmaraş'ta doğdu. 1998'de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1999-2000 yılları arasında pratisyen hekim olarak Gaziantep Sekili Köyü Sağlık Ocağında yaptı. 2000-2004 yılları arasında Okmeydanı Eğitim Hastanesinde Üroloji İhtisası yaptı. 2005 yılında Şırnak Asker Hastanesinde askerlik görevini yerine getirdi. 2005 yılından bu yana İstanbul'da üroloji uzmanı olarak özel sektörde çalışmaktadır.

Ekonomik Topluluğu olan Avrupa Birliği, 1991 yılında birlik ülkelerinin tamamında kullanılacak ortak bir çağrı numarası oluşturma konusunda çalışma ve girişim başlatmıştır. Avrupa Komisyonunun bu çalışmayı başlatma amacı; orta ve uzun vadede birlik ülkeleri arasında serbest dolaşım olacağını öngörüsüne dayanmaktadır. Serbest dolaşım gerçekleştiğinde ve acil sağlık hizmetlerine ulaşma söz konusu olduğunda, ortak çağrı numarası ile ülkeden ülkeye farklılıkların birlik vatandaşlarını zor durumda bırakmasını engellemek amaçlanmıştır. Bütün bu çalışmalar "Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası (112) Uygulaması" (ATAÇNU) olarak isimlendirilmiştir. Avrupa Birliğine bağlı olan Avrupa Komisyonu, "Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası (112) Uygulaması"nın uygulanabilirliği ve işlevselliği açısından 1998 yılında aldığı bir kararla, tüm birlik ülkelerinde acil çağrı numarasının (AÇN) kolay ulaşılabilir olmasını ve tüm üye devletler tarafından ücretsiz olarak sunulmasını zorunlu tutmuştur. Avrupa Birliği ve çalışmayı yürüten Avrupa Komisyonunun çabalarındaki amaç, ileride kurulacak ve tüm Avrupa ülkelerinin katılımının planlandığı "ortak pazar" ve "serbest dolaşım" ile birlikte birlik vatandaşlarının acil sağlık hizmeti ihtiyacını giderebileceği ortak çağrı sistemini oluşturmaktır. Bu çağrı sisteminin iki temel özelliği olmalıdır. İlki, tüm ülkelerde çağrıya ulaşım ücretsiz olmalıdır; ikincisi ise sabit veya mobil telefonlardan aynı numara ile ulaşılması sağlanmalıdır. Avrupa Komisyonunun 2007 yılında yaptığı değerlendirmede; sorunların, üye vatandaşların tek acil çağrı numarası eğitiminden ve bazı üye ülkelerdeki telekomünikasyon altyapısından kaynaklandığı gözlenmiştir. Bu konuların üzerine çözüm üretilerek acil çağrı numarasının üye ülkelerde kullanımı artırılmıştır.

Türkiye Tek Acil Çağrı Numarası Uygulama Süreci

Türkiye'nin acil çağrı numarası uygulamasına geçişi, Avrupa Komisyonu üyeliğine bağlı ve Avrupa'daki uygulamalara paralel olarak seyretmiştir. Avrupa Komisyonu üye ülkeler ve üyeliğe aday ülkeler acil çağrı sistemi için 2002 yılında bağlayıcı bazı uygulamaları işleme koymuştur. Karar sonrası Türkiye de acil çağrı numarası sistemi için adım atmıştır. Ulaştırma Bakanlığına bağlı Türkiye Telekomünikasyon Kurulu 2002 yılında 112 çağrı numarasının Türkiye'de "Tek Acil Çağrı Numarası" olarak kullanılmasına karar vermiş ve bu kararını, ilgili kurum ve kuruluşlara bildirilmiştir. Acil çağrı numarası sisteminin daha efektif çalışmalarını 2003 yılında görmekteyiz. Hollanda Hükümeti ile İçişleri Bakanlığımızın birlikte yürüttüğü MATRA Projesi 2003 yılında başlatılmıştır. Antalya ve Isparta illerimiz pilot uygulama bölgeleri ilan edilmiştir. Proje kapsamında çalışma ekibi oluşturulmuştur. Proje ekibinde sağlık, emniyet, jandarma, itfaiye, orman güvenlik, sahil güvenlik ekiplerinin olması ve iş birliği yapmaları planlanmıştır. Türkiye koşulları değerlendirilerek ülkemizde pek çok birimin aynı ortamda bulunmasının ve hızlı iletişim ve etkileşim için Gateway Karma Modeli uygulamasının uygun olacağı düşünülmüştür. Santral görevlilerinin 112 acil çağrı merkezine gelen ilk çağrıyı karşılayacağı bu sistemde santral görevlileri ile emniyet mensupları, sağlık yetkilileri, jandarma, itfaiye görevlileri aynı ortamda bulunmaktadır. Santral görevlileri ilk gelen çağrıya yanıt verdikten sonra, bildirilen olayın oluş şekli, yeri ve büyüklüğüne göre çağrıyı bilgisayar ortamında diğer ilgili operatöre yönlendireceklerdir. Olay mahalline gidecek araçlar, sayısı oluşturulacak ekipler ve donanımın idaresi operatörlerin sorumluluğuna verilmektedir. İki kademeli acil çağrı sistemi uygulaması kullanılmaktadır. Acil çağrı numarasının bilinmesi ve akılda kalıcılığı da sistemin işlevselliği için

önemli bir yer tutmaktadır. 2010 yılında acil yardıma ulaşma konusunda yapılan bir çalışmada, ambulans hizmetlerinde kullanılan AÇN (112) bilinirliğinin, tüm acil çağrı numaraları içerisinde yüzde 89,4 oranıyla en yüksek değere sahip olduğu gösterilmiştir. Avrupa Komisyonu bazı kararlar alarak 112 acil çağrı sistemi ve acil çağrı merkezleri hakkında birliğe üye ülkeleri ve aday üye ülkeleri bağlayan uygulamaları işleme alma gayreti içerisinde girmiştir. 112 acil çağrı sistemlerinin işlevselliğini, kullanılabilirliğini, güvenilirliğini artırmayı amaçlayan kurallar dizisi Avrupa Komisyonunca şu şekilde belirtilmiştir:

- Avrupa Birliği'ne üye ülkeler veya aday üye ülkeler, kuracakları 112 acil çağrı sistemi ile sabit veya mobil telefonla Avrupa'da tüm vatandaşların 112 numarasına ücretsiz ulaşabilmelerini sağlamak zorundadır. Aynı zamanda 112 acil çağrı sisteminin merkezleri çağrıyı belirli standartlarda uygun şekilde karşılamalı ve tatmin edici yanıtlar vermelidir. Ülkemizde 1994 yılı itibarıyla "Elektronik Haberleşme Kanunu" ile birlikte acil sağlık çağrı hizmetlerinin numarası ülkenin her yerinden ücretsiz olarak aranabilmektedir.

-Acil çağrı sistemi 112 numarasını arayan kişilerden gelen çağrıların, kurulacak sistemle 20 saniye gibi bir süre içerisinde yanıtlanması gerekmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde çok çeşitli oranlarda görülmekle birlikte en düşük oranın yüzde 91,4 ile Güney Kıbrıs'a ait olduğu, Hollanda'da çağrıyı karşılama süresinin ortalama 8 saniye olduğu düşünüldürse sistemin bu açıdan problemini çözdüğünü düşünebiliriz. Türkiye'de çağrı karşılama süreleri açısından yeterli veri olmamakla birlikte Avrupa standartları yakalanmaya çalışılmaktadır. Ancak ülkemizde sorunun bir başka boyutu ile karşı karşıya kalmaktayız. Bu sorun, acil çağrının karşılanma zamanı ile ambulans veya diğer medikal işlemlerin başlaması arasında geçen sürenin uzunluğudur. Bu

sonuç; sorunun, santral görevlilerinin medikal bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

- Avrupa Birliği ve 112 acil çağrı sistemini oluşturmaya yetkili Avrupa Komisyonu; birliğe üye ülkelerde, 112 çağrı sistemini arayan kişinin yerinin en kısa zamanda tespit edilmesi konusunda altyapı oluşturulmasını istemektedir. Sabit hatlar dışında mobil hatlarda da bu ulaşılabilirliğin önemi büyüktür. Kendi ülkesi dışında seyahat eden kişilerin yer bildirme zorlukları göz önüne alınarak bu konuya önem verilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde acil çağrı sistemi 112'yi sabit telefonları kullanarak arayacak kişilerin, konumlarının telefon numarası ile eş zamanlı olarak ekranda görülebilmesi için Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ve Türk Telekom A.Ş. verilerinin birleştirilmesi faaliyetini Türk Telekom yapmaktadır. Türk Telekom bu çalışmayı ADSL bağlantısını baz alarak yürütmektedir. Türkiye'de organizasyonları bulunan GSM operatörleri ve ASELSAN ise aynı sistemi mobil telefon açısından kullanıma hazırlamaktadır.

- 112 acil çağrı sisteminin kötüye kullanımı hem Avrupa Birliği ülkelerinde hem de ülkemizde sistemin önemli bir sorunu haline gelmiştir. Bu durum acil çağrı sistemi merkezlerinde gereksiz yoğunluk yaratırken acil yardıma gerçekten ihtiyaç duyan kişilere ulaşmada engel oluşturmaktadır. Yanlış arama ve asılsız ihbarların tüm çağrılara oranı, Estonya'da yüzde 1 iken, Finlandiya'da yüzde 16, Yunanistan'da yüzde 99'dur. Avrupa'da diğer ülkelerde değişik sonuçlar alınmıştır. 2008 yılında Antalya'da yapılan acil çağrılardan, 112'ye gelen çağrıların yüzde 55'i yanlış ve gereksiz aramalardan oluşmaktadır. Bunun yanı sıra 2014 yılında Türkiye sınırları içerisinde 112 ambulans sistemi ile 110 milyon hasta taşınması yapılmıştır. Bu hastaların ICD-10 sınıflamasına göre acil değerlendirilebileceklerin sayısı 16 milyon civarındadır. Bu sayılar, zaman ve personel israfını işaret ettiği gibi gerçek acillere ulaşımın da zor olduğunu ve yardımın geciktiğini göstermektedir.

Sonuç ve Tartışma

Sağlık, kamu açısından çok önem verilmesi gereken bir alandır. Acil çağrı hizmeti kamu yararının en üst seviyede olduğu hizmetlerdendir. Tüm Avrupa'da tek bir acil çağrı numarasının kullanılması ve yardıma ihtiyacı olan AB vatandaşına her surette acil yardım ulaştırılabilmesi çok önemli ve olması gereken bir hizmettir. 112 numarası ile hâlihazırda tüm ülkeden ücretsiz olarak acil yardım istenebilmektedir. Numaranın vatandaş tarafından bilinirliği oldukça yüksektir. Konu ile ilgili Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası (112) Uygulaması (ATAÇNU) standartlarının sağlanması,

acil çağrı hizmetinden yararlanma hakkı ve yaşam hakkı çerçevesinde önemlidir. Türkiye'de 112 aranmasında; yanlış arama, asılsız ihbar ve kötüye kullanım oranları oldukça yüksektir. AB ülkelerinde konu ile ilgili teknolojik önlemlerle birlikte son dönemde cezai yaptırımlar da gündeme gelmiş, bazı ülkelerde sistemi gereksiz yere meşgul edenlere para cezaları uygulanmaya başlanmıştır. ATAÇNU'da yapılan çalışmalar, yaşam hakkının korunması adına büyük önem taşımaktadır. Türkiye, uygulamayla ilgili müzakere bölümü açılmadan çalışmalara başlayarak uygulamaya verdiği önemi ortaya koymuştur.

AÇN Sisteminin Verimli Kullanılabilmesi için Çözüm Önerileri

- Toplumun bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Gereksiz kullanımın birilerinin -belki de bizim veya yakınlarımızın- acil çağrılarına yetiştirmemesine sebep olabileceği ilkokul düzeyinden başlayarak tüm toplum kesimlerine aydınlatılarak anlatılmalıdır.

- Ambulans merkezleri nüfus yoğunluğuna bağlı olarak periferik olarak yerleştirilmelidir.

- Çağrı merkezleri, aile hekimliği merkezleriyle bağlantılı olarak çalışmalıdır. Aile sağlığı merkezlerine birleştirilmiş ambulans hizmeti verme yetkisinin tanınması, ambulans ihtiyacı ve yetiştirme sürelerinde iyileşme sağlayabilecektir.

- Çağrı merkezi yanıtlama sistemi üç aşamadan oluşmalıdır: İlk aşamada, temel sağlık hizmetleri eğitimi almış bir çağrı görevlisi bulunmalıdır. Bu kişinin görevi; gereksiz ya da farklı konularda gelen soruları yanıtlamak, gerektiğinde yönlendirmeleri yapmak, aç-kapa telefonları karşılamak, sim kartsız telefondan arayanları karşılamak, sim kartlı telefondan gelen çağrılara dönüş yapmak ve gerekli hallerde bir üst çağrı görevlisine yönlendirme yapmak olmalıdır. Sonraki aşamada, geniş bir sağlık ve bilgi ağı ile donatılmış bir görevli (*Emergency Medical Dispatcher*-Acil Tıbbi Yönlendirme Personeli) yer almalıdır. Bu aşamada çalışacak kişilerin yetkilerinin de artırılması, AÇN sisteminin etkinliğine katkı yapacaktır. Bu personeller ambulans çıkarma yetkisine sahip olmalı, hastaları gerekli hallerde polikliniklere yönlendirmeli ve randevularını kolaylaştırmalıdır. Bu basamak çalışanları, T.C. Kimlik Numarası ile hastaların daha önce kaç kez acil çağrı yaptıklarına, kronik hastalık öykülerine, e-nabız sistemiyle kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçlara, son bir hafta içindeki poliklinik muayene bilgilerine ulaşabilmelidir. Aile sağlığı merkezi hekimleri ile temasa geçip hasta hakkında bilgi ve yardım isteyebilmelidir. Öncelikle bu

meslek grubu için üniversitelerde eğitim programlarının oluşturulması ve mezunların istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu grup çalışanların hizmet eğitimlerine önem verilmelidir. Bu aşamada çalışan kişiler tereddüt yaşadıkları durumda ise bir üst çağrı merkezi olan hekimlere başvurabilmelidir. Hekimlere başvurma istatistiklerine göre çalışanlar hizmet içi eğitime alınabilirler. Son aşamada ise hekim bulunmalıdır. Tablo, hekim tarafından değerlendirilmelidir. Bir önceki basamak işlemleri ve yetkilerinin hepsi bu basamakta da geçerli olmalıdır. Bu basamak, son basamak olduğundan sorun çözümsüz bırakılmamalıdır. Cezai işlemler en son ve istenilmeyen olmalıdır. İnsanların etkileneceği ve fayda sağlayacağı sistemleri kurmada eğitim temelli düşüncenin önemi günümüz sosyal bilimler faaliyetlerinde oldukça ön planda değerlendirilmektedir. Acil çağrı sistemi kurulum ve kullanımı da insanların eğitimi ve bilinçlenmesi ile başarıya ulaşabilecek bir uygulamadır. Kişilerin acil çağrı merkezlerini yanlış veya kötüye kullanımlarının nele mal olabileceği, başka insanları mağdur duruma düşürebileceği noktasında bilinç kazandırmak önem arz etmektedir. Vatandaşların eğitimi ve kamunun doğru adımları ile sistemin daha faydalı olacağı kaçınılmazdır.

Kaynaklar

aahd.org.tr, 112 Tek Numara, Antalya Gerçeği, (Erişim Tarihi: 05.04.2016).

edirne.112.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 04.04.2016).

Ekşi, A., (2016) Kamu Hizmetinde Etklilik ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı DEÜ; Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, s.387.

Ekşi, A. Torlak, Evinç.(2012) Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası Uygulaması, Türkiye Pilot Uygulaması, Acil ve Afet Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, s.24.

Ekşi, A.(2010) 'Kamu Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı Çerçevesinde Acil Çağrı Merkezlerinin Yönetimi' Pamukkale Üniv. Sosyal Bilimler Böl, Tez Çalışması.

Erbay, H. (2015). Hastane Öncesi Acil Tıp ve Sosyoloji – 1, www.112acilservis.net, (Erişim Tarihi: 25.02.2016).

eurobusiness.com/112 Emergency Guide, (Erişim Tarihi: 04.06.2016).

europa.eu, European Commission, 'Knowledge of The Single European Emergency Call Number 1-1-2' (Erişim Tarihi: 10.05.2016)

europa.eu. Avrupa Komisyonu 2002/221 CE sayılı karar (Erişim Tarihi: 05.04.2016).

europa.eu. Avrupa Komisyonu 91/396 CEE sayılı karar (Erişim Tarihi: 05.04.2016).

europa.eu. Avrupa Komisyonu 98/10 CEE sayılı karar (Erişim Tarihi: 05.04.2016).

Government of The Nederland (2015), government.nl/issues/emergency-number-112-abuse, (Erişim Tarihi: 23.02.2016).

saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 02.03.2016).

turktelekom.com.tr, Telekomünikasyon Kurulu 2002/103 sayılı karar (Erişim Tarihi: 05.04.2016).

Bir hekimin, 112 ambulans servisi hatıraları

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümünde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Ambulans hekimi, komuta kontrol merkezi hekimi ve başhekim olarak 1997-2003 yılları arasında İstanbul'da 112 ambulans servisinin her kademesinde çalışmış bir hekimin hatıraları eşliğinde 112'lerdeki durumu aktarmaya çalışacağım. Ortaokul ve lise yıllarımda mühendis olmayı hayal ediyordum, özellikle de elektronik mühendisi. Ancak dayım ve annem merhumların doktor olmamı arzu etmeleri hatta hastanede bir tanıdığınız yoksa muayene veya tedavi olabilmem için çok zor olduğu o yıllarda dayımın "Hastanede bir yakınımız olsun da gerekirse müstahdem olsun." şeklindeki temennisi üzerine onları kırmamak için o dönemde tek kademeli olan üniversite sınavına girmeden önce yapılan tercihlerde "nasılsa kazanamam" düşüncesiyle ilk birkaç tercihim tıp fakültelerini yazıp peşine mühendislikleri sıralamıştım. Mazeretim hazırды, "yazdım ama kazanamadım" diyecektim. Sonuçlar geldiğinde, ilk tercihim olan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni kazandığımı gördüm. Ne yapalım, nasibimiz buymuş dedim. Fakülteye başladığımda zaten ders çalışmayı sevmeyen benim için tıp eğitiminin hiç de uygun bir seçim olmadığını anladım. Bugünkü gibi kolayca değiştirmek mümkün olsa çoktan mühendislik fakültelerinden birine geçmiş olurdu ama ne yazık ki yeniden sınava girmek icap ediyordu. Ona da bir türlü cesaret edemedim. Ha bu sene girerim, ha sonraki sene girerim derken dördüncü sınıfa gelmiştim. O sene çıkan mecburi hizmet yasası

dolayısıyla benden 1-2 sene üstte olup mezuniyet sonrası mecburi hizmete başlayan ağabeylerimiz arada İstanbul'a geldiklerinde onlarla yaptığımız sohbetler beni gerçekten endişeye sevk etmişti. Çünkü onlar merkezlere oldukça uzak küçük köy sağlık ocaklarında karşılaştıkları zorlu vakalara nasıl müdahale ettiklerini anlattıkça "Ben böyle vakalarla karşılaşsam ne yaparım?" diye düşünmeye başlamıştım. O zamana kadar sadece geçer not almayı düşünmüş, asla hekimlik yapacağımı hayal etmemiştim. Bu psikoloji içindeyken kendimi yetiştirmek için Cerrahpaşa'nın acilinde birçok geceler gönüllü nöbet tutmaya başladım. Bir süre sonra acil hekimliğini sevmeye başladım. Özellikle ıstıraplı olan insanların dertlerini dindirmek, onların dualarını almak hoşuma gitmeye başlamıştı. Zaten kişilik olarak insanlara yardımcı olmayı çok seviyordum ama yardımın sonucunu anında görmeyi arzu ediyordum. Poliklinikte reçete yazıp gönderdiğim hastada bu sonucu göremediğim için tatmin olmazken acilde hemen sonucu görmek beni müthiş derecede mutlu ediyordu. Hele bir de içimdeki adrenalin tutkusu, acil hekimliğini benim için çok daha çekici kılıyordu.

Nihayet 1985 yılında dönem arkadaşlarımdan birkaç ay gecikmeli de olsa mezun oldum ve mecburi hizmet kurasında Erzincan Devlet Hastanesi Acil Servisi çıktık. Bu, tam da benim için biçilmiş kaftandı. Orada benden önce gelmiş olan üç arkadaşın da tecrübelerinden istifade ederek kendimi acil konusunda

iyice yetiştirmiş oldum. Mecburi hizmetim biter bitmez, tutku ile bağlı olduğum ve mecburi hizmetim boyunca her ay mutlaka bir bahane bulup geldiğim İstanbul'a nakil olmak için tayin dilekçemi verdim. Mutlaka acil servis olsun diye de teamüllere aykırı olarak nokta tayini istedim ve istediğim yere de tayin oldum. Ancak bu tayin benim için tam bir hayal kırıklığına yol açtı. Çünkü tayin olduğum Haseki Hastanesinde acil servis diye bir yer yoktu. Dâhiliye, cerrahi, kadın-doğum ve çocuk poliklinikleri aynı zamanda acil görevi de görüyordu. Beni cerrahi polikliniğinde görevlendirdiler. 1988 yılında enjektörü, sutur iğnesi, ipliği, sargı bezi bile olmayan; gelen yaralıyı önce eczaneye gönderip malzeme aldırılan bir ortamda Çapa ve Cerrahpaşa'dan seken birkaç acil vaka dışında normal poliklinik hastalarına bakan cerrahi asistanları ile birlikte çalışırken; benim iş yapmadığım, kendilerinin ise çok çalıştığı yönündeki cerrahi asistanlarının serzenişleri ve baş asistanın benim de cerrahi asistanları gibi poliklinik yapmam gerektiği söylemesi üzerine, "benim işimin acil hastalar olduğunu, hemoroid tedavisinin benim sorumluluk alanına girmediğini" söylediğim için "persona non grata" ilan edildiğimden oradan ayrılarak İstanbul'un değişik birinci basamak sağlık kuruluşlarında uzun yıllar çalışmak zorunda kaldım.

Poliklinikte hasta bakmaktan pek hoşlanmadığım için birinci basamak sağlık kuruluşlarında açıkçası çok da mutlu sayılmazdım. Son çalıştığım yer

olan Karabayır Sağlık Ocağında idareci arkadaşın ayrılması üzerine tek kaldığım için idari işler de hiç istemediğim halde üzerime kalmıştı. O sıralarda bugünkü ilçe sağlık müdürlüklerinin öncesi olan sağlık grup başkanlıkları yeni oluşturuluyordu ve bana teklif edilen “Grup Başkanlığı”nı reddetmem üzerine yeteksiz ve kompleksli birisi grup başkanı yapılmıştı. Bu arkadaş benimle uğraşıp ilçenin Kaymakamını da ayartarak(!) benim ilçe dışına sürülmemi sağlamıştı. Sürgün dediysem, İstanbul’da bir pratisyen hekim için sürgün yeri olan Şile ya da biraz daha insafli olduğunda gönderilen Çatalca’ya değil de Sağlık Müdürlüğündeki arkadaşların teveccühü ile Bahçelievler’deki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesine sürülmüş yani bir anlamda taltif edilmişim. Böylece ne şiş yanmıştı ne de kebab. Hem benim sürgünüm gerçekleşmiş ve böylece Kaymakam ve Grup Başkanının isteği yerine gelmiş, hem de bu haksız sürgünle yakinen tanıdıkları beni mağdur etmemişlerdi. Ben Sağlık Müdürlüğündeki arkadaşlarıma gidip teveccühleri için teşekkür ettiğimi ancak bunun nihayetinde haksız bir sürgün olduğunu ve bunu kabul etmeyip istifa kararı verdiğimi belirttim. Sadece o günlerde yeni çıkmış olan altı aylık ücretsiz izin hakkımı kullanıp akabinde istifa edeceğimi bildirdim. Arkadaşlar beni vazgeçirmek istedilerse de kararımın kesin olduğunu belirterek ücretsiz izne ayrıldım.

Aradan birkaç ay geçmişti ki Sağlık Müdürlüğünde çok sevdiğim yetkili bir arkadaş çağırarak beni sürdüren Sağlık Grup Başkanını görevden alacaklarını ve yerine beni görevlendireceklerini belirterek ücretsiz iznimi kesme dilekçesi vermemi rica etti. Ben istemediğimi belirtsem de ısrarcı olunca kıramadım ve ücretsiz iznimi kesip göreve döndüm. Tam görevlendirme işlemleri yapılıncakken, her dönemde iktidar olanların desteğini alan memur sendikasının borusunu öttürdüğü gibi, o dönemde de iktidarda olanların desteğini alan Türk Sağlık Sen temsilcisinin bana imzalamam için bir form uzatması üzerine ne olduğunu sorduğumda, sendikaya üye olmam gerektiğini söylemesi üzerine hiddetlenerek: “Beni hiç tanımamışsınız, ben birinin zoruyla sendikaya üye olacak birine mi benziyorum, olmuyorum.” deyince ortalık bir anda hareketlendi ve gidiş gelişler başladı. Sonunda o zamanlar Sağlık Müdürlüğünün “Kralı” olan Fikri Abi’nin (Kıral) beni çağırdığını söylediler. Fikri Abi’nin yanına girdiğimde “Mahmutcuğum, senin dosyanda Esenler ilçesine yaklaştırılmaman yolunda bir not var, o yüzden görevlendirmeni yapamıyoruz.” deyince ben de “Bu notu daha önce görmediniz mi de beni çağırdınız, benim zaten talebim ve isteğim yoktu.” diyerek teşekkür



Fotoğraflar: Mahmut Tokaç arşivi.

edip çıktım. Beni çağıran arkadaş çok mahcup oldu ve “Abi, hem senin ücretsiz iznini kestirdik, hem de görevlendirmeni yapamadık.” dedi. Ben de “Nasıl olsa iki ay sonra istifa edecektim, iki ay önce istifa etmiş olurum. Canını sıkma.” diye mukabelede bulundum. Yine de istifa etmememi, başka bir yerde görevlendirilebileceklerini söyleyince Sağlık Vakfının yönetimini üstlendiğimi ve mesaimi oraya ayıracağımı belirttim. İstifa etmemem için, gece nöbeti tutulan bir yerde görevlendirebileceğini belirtti. Esenler sınırlarına yaklaştırılmayacağımı espi ile hatırlatınca Bayrampaşa ilçesi sınırları içindeki Sabit Büyükbayrak Sağlık Ocağında gece nöbetçi hekimisi olarak görevlendirilmem konusunda anlaştık. Yazımı alıp Bayrampaşa Sağlık Grup Başkanlığına gittim ve oradaki yetkiliye verip gece nöbetlerinde çalışacağımı bildirdim. Yetkili yazıya bakıp; “Siz burada değil Bayrampaşa 112 Ambulans İstasyonunda görevlendirilmişsiniz.” deyince şaşkına döndüm. O zamana kadar yazıyı açıp bakmamıştım. Çünkü görevlendirmemin sağlık ocağına yazılmış olduğundan adım gibi emindim. Ancak yazıya bakınca 112 Bayrampaşa İstasyonunda görevlendirildiğimi gördüm. O zamana kadar hiç ambulans tecrübem yoktu. Sadece mecburi hizmet döneminde Ankara’da 3 hafta Hızır Acil eğitimi almıştım. Yine de ambulans çalışmaya psikolojik olarak kendimi hazırlamamıştım. Sağlık Müdürlüğündeki arkadaşları arayıp Sağlık Ocağı yerine 112

Ambulansta görev yaparken tam yemek yiyecekken ya da çay demlenmişken çıkan vakalar dolayısıyla yemeği yiyememek ya da o güzelim çayı içememek sıkça karşılaştığımız bir durumdu. Özellikle Ramazanlarda iftar ya da sahur yapamamak ise vaka-ı adiyedendi.

Ambulans yazılmış olduğunu bildirince o da şaşırıp ve “Abi, sen bir nöbet tut, ben onu hemen düzelttiririm.” dedi. Ben de onun üzerine Sağmalcılar Devlet Hastanesinde bulunan 112 ambulans istasyonuna giderek orada göreve başladım.

Bayrampaşa 112 İstasyonunda bir nöbet tutup ayrılmak üzere geldiğimi söylemeye utandım. Nöbete başladım ve ilk vakaya çıktığım zaman ruhumdaki acil servis heyecanının yeniden canlandığını fark ettim. Bir de ambulans ekibiyle frekanslarımız uyuşunca ilk nöbetin ardından



Sağlık Müdürlüğündeki arkadaşımı arayıp görevlendirmemi düzeltmemesini, burada devam etmek istediğimi belirttim. Böylece 112 maceram başlamış oldu. O zaman 112 sisteminde mevcut olan benzinli ve 8 silindirli Chevrolet ambulansların en güçlüsü ve en gösterişlisi olan ambulansımızla ve aracına hastalık derecesinde bağlı olan şoförümüz Hasan Deviren ve kafa dengi sağlık memurumuz Cengiz Aladağ'la birlikte ekip olarak tam bir uyum içinde beş günde bir, 24 saatlik nöbetler tutuyorduk. İstasyondan telefon ya da telsizle, ambulansla iken sadece telsizle komuta merkezi tarafından vakalar veriliyordu. Bazen vaka dönüşlerinde başka ambulansın bölgesindeki vaka anonsu duyduğumuzda birbirimize bakıp, haydi alalım diyerek gönüllü olarak vakayı almaya talip oluyorduk. Bu vakalardan biri, hiç unutamadığımız bir hatıramızdır. Gece geç vakitte bir hastayı Küçükköy civarındaki bir hastaneye bırakmış dönüyorduk ki polis telsizinden gelen bir anonsta, TEM yolu Silivri sapağında 4 ağır yaralı olan trafik kazası olduğu bildirilmişti. O günlerde İstanbul'un en batıdaki 112 istasyonu Avcılar'da idi ve doğal olarak komuta merkezi Avcılar istasyonunu anons ederek vakaya çıkmalarını bildirdi. Biz o yıllarda henüz yaygın olmayan cep telefonum ile ambulans komuta merkezini arayarak bizim de müsait olduğumuzu ve vakaya ikinci ambulans olarak gidebileceğimizi bildirdik. Komuta merkezi beklemede kalmamızı ve vaka mahallindeki polislerle irtibat kurup bize döneceklerini söylediler. Bugünkü Medipol Üniversitesi Hastanesinin bulunduğu mevkide olduğumuz için şoförümüze Mahmutbey gişelerine doğru ilerlemesini söyledim ve eğer görev verilmezse gişelerden çıkmadan istasyonumuza dönebileceğimizi belirttim. Mahmutbey köprüsü civarına gelmiştik ki merkezden gelen anonsla olay mahalline intikal etmemiz bildirildi. Şoförümüzün delice

süratiyle Mahmutbey'den 17 dakikada Silivri sapağındaki vaka mahalline ulaştık. Yoldayken merkezimiz tarafından yapılan anonsla vakaların başka araçlarla nakil edildiği gerekçesiyle her iki ambulans da geri çağırılmış. Avcılar bu anonsu duyup geri dönmüş ancak biz sanırım telsizin çekmediği bir noktada olduğumuz için duymamışız. İyi ki de duymamışız. Yaralılarından üçü başka araçlarla Silivri Devlet Hastanesine nakledilmiş ancak birisi araç içinde sıkıştığı için itfaiye görevlileri kurtarmaya uğraşüyor ve Silivri Belediyesine ait, üzerinde "Ambulans" yazan ama bana göre sadece şoförü olan sedyeli bir kamyonetten başka bir özelliği olmayan bir araç da orada bekliyordu. Muhtemeldir ki polisler bu aracı ambulans sayıp bize gerek olmadığını bildirmişlerdi. Biz ulaştığımızda kurtarma çalışması devam ediyordu ancak yaralı kanamaya bağlı hipovolemik şoka girmek üzere idi. Ben itfaiye personeline kurtarmaya ara vermelerini, öncelikle damar yolu açarak şoku önlememiz gerektiğini söyledim. Hemen bir kolundan damar yolu açarak hızlı bir biçimde sıvı vermeye başladık. Kurtarma çalışması sonlanıp yaralıyı sedyeye aldıktan sonra diğer taraftan bir damar yolu daha açıp iyice şoktan uzaklaştırdık. Kafa ve batin travmaları yanında açık ve kanamalı ekstremiteleri kırıkları mevcuttu. Kanamaları kontrol altına alıp boynu ve ekstremiteleri atelledikten sonra hastayı ambulansa alıp multidisipliner bir yaklaşım gerektiği ve o yıllarda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin acilleri Haseki örneğinde olduğu gibi çok yetersiz olduğu için İstanbul Tıp Fakültesine (namı diğer Çapa'ya) götürdük. Acildeki meslektaşlarımız, her zaman yaptıkları gibi önce "Neden buraya geldiniz" diye bizi bir güzel azarladılar. Benim hastanın tedavisinin multidisipliner olması gerektiğini ve en uygun yerin de bir tıp fakültesi olduğunu söylemem üzerine mecburen vakayı aldılar. Aldılar ama hastanın tetkiklerini

bizim ambulansımızın sedyesi üzerinde gerçekleştirdiler. Bu usul, hastayı başka bir hastaneye göndermek istediklerinde daha kolay bize verebilmek için acil servislerde sıkça uygulanan bir taktikti. Hâlbuki zaten az sayıda olan ambulanslar bir de bu şekilde bloke edilince vakalara gönderilecek ambulans bulunamıyordu. Bir de hastane hastane gezdirip hiç birine kabul edilmeyen hatta bu yüzden ambulansla vefat eden hastalar da işin cabası idi. Neyse ki tetkiklerden sonra hastayı ameliyathaneye aldılar ve biz de sedyemizi kurtarmış olduk! İki-üç hafta sonra istasyonumuzda otururken bir genç geldi. Kendisinin o gece taşıdığımız yaralı olduğunu, biz gelmemiş ve Çapa'ya yetiştirmemiş olsak kendisinin bugün hayatta olmayacağını belirterek teşekkür etti. Silivri'ye nakledilen arkadaşlarından ikisinin Silivri'de vefat ettiğini, daha hafif yaralı olan diğerinin ise iyi olduğunu belirtti. O geceki görev iptal anonsunu duymadığımızı ne kadar sevindiğimizi anlatamam. Sadece bu vaka bile istemeden girdiğim tıp mesleğinin benim için ne kadar önemli olduğunun delilidir.

Ambulansla görev yaparken tam yemek yiyecekken ya da çay demlenmişken çıkan vakalar dolayısıyla yemeği yiyememek ya da o güzelim çayı içememek sıkça karşılaştığımız bir durumdu. Özellikle Ramazanlarda iftar ya da sahur yapamamak ise vakayı adiyedendi. Bir gece aldığımız anonsta Bayrampaşa, Bayır Sokak'ta bir adreste acil vaka olduğu bilgisi verildi. Haritadan baktığımızda istasyonumuza oldukça yakın olduğunu gördük ve bir-iki dakikada söz konusu adrese ulaştık. Adreste böyle bir vaka olmadığı bildirildi. Merkezi aradık, adres yine aynı şekilde teyit edildi. Acaba daire numarası mı yanlış diye diğer dairelere sorduk. Hiçbirinde acil vaka yoktu. Birisine "Yahu burası Bayır Sokak şu numara değil mi" deyince "Burası Hayır Sokak, Bayır Sokak bir alttaki." demez mi? Biz gece vakti tabeladaki Hayır'ı Bayır olarak görmüşüz. Yan yana iki sokağın bu kadar benzer isimde olacağı da aklımıza gelmezdi. Alt sokağa gelip doğru adresi bulduğumuzda ne yazık ki vaka başka araçla nakledilmişti. (Başka araçla nakil anonsu belki de en çok duyduğumuz anonslardan biriydi. Çünkü insanımız ambulansın gelmesini bekleyemeyip ilk bulduğu araçla hastayı hastaneye götürmeye eğilimlidir.)

Ambulans personelinin en sevmediği vaka, 24 saatlik nöbet bitmek üzereyken gelen vakadır. Yeni ekibe nöbeti ne zaman devredeceğinin belli olmadığı bu vakalar hiç arzu edilmez ama ne yazık ki birçok acil vaka da bu saatlere denk gelir. Bir sabah tam nöbet çıkışına yakın bir zamanda gelen serebral atak geçiren bir hasta anonsu üzerine hızlıca



adrese gittik. Sabah trafiği dolayısıyla epey zorlu, sürekli siren çalarak trafiği yara yara adrese vardığımızda acele ile sedyeyi indirip bizi karşılayan beyefendiye hastanın nerede olduğunu sorduk. Paltosunu giymiş grand tuvalet ayakta bizi karşılayan bu amca, hastanın kendisi olduğunu, iki ay önce felç geçirdiğini, bu sabah da hastaneye kontrol muayenesine gideceği için ambulans çağırdığını bildirmez mi? Bir iletişim kazası yaşanmıştı ama ne yapalım, hastamızı kontrolünün yapılacağı hastanesine bırakıp hayır duasını da alarak nöbeti devretmek üzere istasyonumuza dönmüştük.

Bir de ilk başladığım dönemlerde İstanbul'a her yağmur yağdığında taşan Alibeyköy deresi yatağında mahsur kalanlara yardım için oraya giderdik. Aslında taşkınların sebebi dere yatağına yapılmış olan gecekonduardı ve hep bu evler suyla dolardı. Belediye bu evlerin yıkılması ve orada oturanlara başka yerde konut verilmesi kararı aldığında, bu sefer de yıkıma direnirken fenalaşanlara yardım etmek için Alibeyköy deresi civarına giderdik. O evler yıkıldıktan sonra Alibeyköy deresinin taşıdığına hiç şahit olmadığımı da aktarayım.

Ambulansta çalıştığım dönemde komuta merkezimiz Şişli Etfal Hastanesi bahçesinde idi ve o civara hasta bıraktığımız zaman komutadaki arkadaşları ziyaret

eder kısa bir hal hatırdan sonra istasyonumuza dönerdik. Bu ziyaretlerde komutada birlikte nöbet tuttuğumuz komuta ekibindeki şeflerimiz Dr. Çağrıbey Kıryaman, Dr. Osman Kan ve Dr. Sezai Ceceloğlu ve yardımcı sağlık ekibinin kıdemlisi Hatice Ablamızla sohbetlerimizin yanında merhum Başhekimimiz Dr. Aytaç Göçecek, başhekim yardımcılarını, şube müdürü ve Acil Sağlıktan Sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Abdurrahman Kavuncu ile de yaptığımız kısa sohbetlerin sonradan başıma iş açacağını nereden bilebilirdim ki? Müdür Yardımcımız ve Başhekimimiz, diğer bir gruptaki konsültan hekim eksikliğini gidermek beni düşünmüşler ve bana komuta merkezinde çalışma teklifinde bulundular. Yaklaşık 16 aydır çalıştığım ambulansla mutlu olduğumu ve ekibimi de sevdiğimi söylememe rağmen ısrarcı olmaları karşısında sırf çok kibar bir insan olan merhum Başhekimimi kırmamak için tekliflerini kabul ettim.

Komuta merkezinde ilk nöbetim 1 Mayıs 1998 tarihine denk düşmüştü. Yolların çoğu kapatılmış ve komuta merkezimizin yeri 1 Mayısta yapılan illegal gösterilerin en hararetti yaşandığı bölge olan Şişli'de bulunduğu için kapalı yollar dolayısıyla zar zor komuta merkezine gecikmeli de olsa geldim. Daha bismillah demeden bana Vatan Caddesinde bulunan Emniyet Müdürlüğündeki kriz masasında görevli olduğum tebliğ edildi. Kriz masası

Komuta merkezinde en sevmediğimiz nöbetler, olaylı geçmesi muhtemel tarihlerdeki nöbetlerdi. Çünkü bu nöbetlerde mutlaka teyakkuzda olmak durumundaydık. Her an kriz çıkabilirdi. Gerçi kriz çıkarmak için bahanemiz çoktu. YÖK'ün kuruluşundan Öcalan'ın yakalanmasına, Dünya Kadınlar Gününden bazı olayların yıldönümlerine kadar pek çok gün kriz çıkabilirdi. En çok da Dünya Barış Gününde kriz çıkmasına ve ortalığın savaş alanına çevrilmesine bir türlü anlam veremiyordum.



Dr. Mahmut Toka, 118'den telefon numarasına göre adres alamamaktan da yakındı.

Hasta taşıyor, dayak yiyoruz

ÜMRAN AVCI İstanbul

1 12 Acil Yardım Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezi Başhekimini Dr. Mahmut Toka, götürdükleri hastaların hastaneler tarafından kabul edilmediğini, bu yüzden yaşanan tartışmalarda zaman zaman personelin dayak yediğini ileri sürdü. Toka, şu iddialarda bulundu: "Hastane 'Doluyuz, yerimiz yok' diyor. Çapa, Cerrahpaşa genellikle böyle davranıyor. Haseki Hastanesi'nde de 'Niye buraya hasta getirdiniz?' diye çıkan tartışmada şoför arkadaş dayak yemişti."

Sedyemizi vermiyorlar

Toka, iddialarını şöyle sürdürdü: "4 saat Çapa'da sedye beklediğim oldu. Hasta sedyenin üzerinde diye başka sedyeye alınmıyor. 'Filme de, ameliyataneye de hasta bu sedye üzerinde gidecek' diyorlar. Bir ambulans bu yüzden 5 saat bloke olabiliyor. Üniversite hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı değil. Bakanlığa bağlı olanlarda müdürlüğü devreye sokup sorunu çözüyoruz. Ama üniversitelerde yaptırım gücümüz yok."

05.07.2002, Milliyet, Sayfa 17, ayrıntılı haber

denilen şey, bir vali yardımcısı başkanlığında emniyet ve asayişten sorumlu birimler ile itfaiye ve 112 temsilcilerinden oluşan bir ekibin ekrana yansıyan kamera görüntüleri eşliğinde olayları yönetmesi olarak özetlenebilir. Daha önce böyle bir tecrübe olmaması dolayısıyla oldukça tedirgin olarak Emniyet Müdürlüğüne gittim. Sıkıcı bir görevi tamamlayıp geri geldiğimde ikinci sürpriz beni

bekliyordu. Tümü bayanlardan oluşan bir ekipte ikinci erkek personel olarak ekibe katılmıştım. Aslında ekip şefi olan ve halen de 112'de çalışmaya devam eden Dr. Sema Selvioğlu'nun otoriter tutumu dolayısıyla kimsenin çalışmak istemediği bu ekipte gayet keyifle çalıştığımı ve şefimizden pek çok şeyi de öğrendiğimi itiraf etmeliyim. Kimi zaman arabuluculuk rolü üstlenmek, kimi zaman da şefimizin bazılarına sert gelen tavırlarını yumuşatmak gibi görevler yapmak durumunda kalmışım.

Komuta merkezine istemeden gelmiş olsam da ambulansla yaşadığımdan daha fazla heyecanı komuta merkezinde görev yaparken yaşadığımı fark edince yeni görevimi daha fazla sevmeye başlamıştım. Bu arada komuta merkezinde farklı neler yapabileceğimi düşünerek katkıda bulunmaya çalışıyordum. Örneğin İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile irtibata geçip bastırdıkları "A'dan Z'ye İstanbul" isimli harita kitaplarından ambulanslara ve komuta merkezine birer tane temin etmiştim. Böylece ambulanslarımız adresleri daha kolay bulmaya başlamışlardı. Bir de benim İstanbul'un yollarını iyi biliyor olmam dolayısıyla ambulanslara telsizle yön desteği olmuşluğum da çoktur.

Komuta merkezinde en sevmediğimiz nöbetler, olaylı geçmesi muhtemel tarihlerdeki nöbetlerdi. Çünkü bu nöbetlerde mutlaka teyakkuza olmak durumundaydık. Her an kriz çıkabilirdi. Gerçi kriz çıkarmak için bahanemiz çoktu. YÖK'ün kuruluşundan Öcalan'ın yakalanmasına, Dünya Kadınlar Günü'nden bazı olayların yıldönümlerine kadar pek çok gün kriz çıkabilirdi. En çok da Dünya Barış Günü'nde kriz çıkmasına ve ortalığın savaş alanına çevrilmesine bir türlü anlam veremiyordum. Komuta merkezinde 24 saatlik nöbetleri uzun süre birlikte tutan ekipler neredeyse bir aile yakınlığında olmaya başlar. Biz de ekibimizle acı tatlı birçok hatırayı birlikte paylaştık. Bazen kritik bir vakaya ambulans yetişip hastanın hayatının kurtulmasının sevincini hep birlikte yaşadık, komuta merkezinde bir bayram havası esirdi. Bazen de kurtaramadığımız hayatlar için hep birlikte üzüldük.

Bir tanesini hiç unutamıyorum. Bir gece merkeze gelen bir telefon Barış Manço'nun evinde fenalaştığını söylüyordu. Adresi sorduğumuzda bilmediğini ifade etmişti. Barış Manço'nun çocukları için yaptığı televizyon programlarında çocuklara verdiği çok kısa bir adresi vardı "Barış Manço, Moda" şeklinde. Derhal Kadıköy'deki istasyonumuzu arayıp Barış Manço'nun evini bilip bilmediklerini sorduk. Bildiklerini öğrenince derhal oraya intikal etmelerini söyledik. Çok tecrübeli bir ekibi olan

ambulansımız kısa bir sürede ulaştı. Barış Manço'nun kalp krizi geçirdiğini ve müdahale ederek Siyami Ersek Hastanesine götürdüklerini bildirdiler. Biz de Siyami Ersek Hastanesini arayıp acildekileri bilgilendirdik. Heyecan içinde güzel bir haber gelmesini beklemeye başladık. Siyami Ersek Hastanesinin acil ekibi hazır bir şekilde bekleyip gelir gelmez müdahaleye başladıkları halde ne yazık ki kurtarılamadı. O zamana kadar kurtulacağını ümit eden komuta merkezi ekibi olarak bu ülkenin yetiştirdiği güzide sanatçımızın ölümüne çok üzülmüştük.

Çok sayıda yaralının olduğu büyük olaylarda, tüm komuta olarak en güzel şekilde krizi yönetme konusunda müthiş bir performans gösterilirdi. Zaten komutada çalışmak kriz yönetimi konusunda bizleri haddinden fazla yetiştirici oluyordu. Ben, daha sonraki yöneticilik görevlerimde komuta merkezinde çalışmış olmamın çok faydasını gördüm.

Komuta merkezinde sıklıkla diğer kurumlarla koordinasyon kurulması gerekir, özellikle polis ve itfaiye ile ki bu yüzden bazı ülkelerde bunların hepsi tek merkezden yönetilir. Ülkemizde de bu konuda bir gayret olduğunu duyuyorum ama ne zaman gerçekleşir bunu bilemiyorum.

Bazen de polis ve itfaiye dışındaki diğer kurumlarla da işbirliği yaptığımız olurdu. Örneğin bir nöbetimizde Antalya'dan kalkan bir Fransız uçağının Atatürk Havalimanına inmek istediği sırada tekerlerinin açılmaması üzerine yakıtını denize boşaltarak köpük sıkılmış piste gövde üzeri inmesi durumu hasıl olmuştu. Biz her ihtimale karşı İstanbul'daki resmi-özel tüm ambulansları havalimanına toplamıştık. İstanbul'daki hava trafiğinin yoğunluğu dolayısıyla tekrar Antalya'ya dönüp oraya gövde üstü sağ salım inince biz de rahat bir nefes almıştık.

1999 yılının Ağustos ayının başında komuta merkezimizi Şişli'den Bakırköy'e taşımıştık. Şişli'deki merkezimiz; çok daracık bir mekânda, sınırlı sayıda telefonu olan, sıkıntılı bir yerd. Bakırköy'deki yeni merkezimiz ise öncekine göre oldukça donanımlı idi. Ses kayıtları yapılabilen, gelen çağrıları geliş sırasına göre operatörlere aktaran gelişmiş bir santrali, U şeklinde dizili masalarda modern telefon cihazları ve bilgisayarları olan bir komuta kontrol merkezimiz olmuştu. Karşı duvarımızda kocaman bir İstanbul haritası vardı. Bu haritada istasyonlarımızın yerleri üç renkli ışıklarla belirlenmişti. Her bir ışığın ayrı anlamı vardı. Yeşil istasyonda, kırmızı vakaya gidiyor, sarı vakadan dönüyor yani yeni vaka verilebilir anlamına geliyordu. Taşınmamızın üzerinden daha henüz iki hafta geçmişti ki 19 Ağustos Depremi yaşadık. O gece bizim ekip nöbetçi

değildi. Deprem olunca ben hemen komuta merkeze geldim. Benim yolum uzun olduğu için daha yakındaki Sağlık Müdür Yardımcımız ile Şube Müdürümüz benden önce gelmişlerdi. Geldiğimizde komuta merkezi karanlıklar içindeydi ve komutadakiler bir ambulansın telsizi ile krizi yönetmeye çalışıyorlardı. Ben hemen depodan bir akü ve seyyar lamba bularak telsizleri işler hale getirdim. Bu arada ekip arkadaşım Dr. Nurhan Demirhan da komutaya gelmişti. Evlerinden haber alamadığı için durumu merak eden nöbetteki arkadaşlardan nöbeti devralarak onları evlerine gönderdik. Ambulanslara civarlarını dolaşarak durum bilgisi vermelerini istedik. İlk haberler Avcılar ve Bağcılar'dan geldi. Özellikle Avcılar'da çok sayıda binanın yıkılmış olduğu bilgisi üzerine yakındaki tüm ambulansları Avcılar'a yönlendirdik. Ambulanslardan gelen haberler, durumun çok ciddi olduğunu gösteriyordu. Yıkımın olmadığı tüm bölgelerdeki ambulanslarımızı Avcılar'a çektik. Sürekli yaralı taşımaya başladık. Sabaha karşı Kocaeli'den bir özel ambulans firmasından arayan bir meslektaşımız Kocaeli'de çok yıkım olduğunu ve ambulans göndermemizi istedi. Biz Avcılar'a ancak yetebildiğimizi belirttik. Gün iyice ağardıktan sonra Gölcük ve Adapazarı'ndan haberler gelmeye başlayınca gerçek tabloyu görebilmeye başladık ve olayın vehametini anladık. Avcılar'da yaralıların taşınması bittikten sonra cesetlerin taşınması işi başladı. Önce hastanelerin morglarına koyduk cesetleri. Ama oralar yetmeyince nakliyat firmalarından soğuk hava tertibatı olan konteynırlar bulduk ve o konteynırlara cesetleri koyduk.

Ben o zamanlar Sağlık Vakfında da yöneticilik yaptığım için, Sağlık Vakfının Gölcük'te kurmuş olduğu seyyar sağlık merkezine de destek oluyordum. Nöbetten çıkar çıkmaz otomobilime alabildiğim kadar sağlık personeli ve malzeme ile sabah Gölcük'e gider, akşama geri gelen personeli alır İstanbul'a dönerdim. Bu gidiş gelişler tam 40 gün boyunca nöbet harici her gün devam etti. Ta ki resmi makamların seyyar sağlık merkezimizi kapatmasına kadar. Kendisi hizmete yetişemeyen devletin sivil toplum kuruluşlarının hizmetini engellemeye kalkışmasını anlayabilmiş değildim. Yaklaşık 3 ay sonra yaşanan Düzce Depreminde ise devlet daha organize idi ve deprem olur olmaz ilk andan itibaren İstanbul'dan kalabalık bir 112 ekibi Düzce'ye gönderildi. Ben de bu ekiple 4 günlüğüne Düzce'ye koordinatör olarak gönderildim. İstanbul 112 olarak Düzce'de güzel hizmetlerimiz oldu.

2001 yılının başında çok sevdiğim 112 komuta merkezinden ayrılmak zorunda kaldım. Gereğini kısaca şöyle izah

edebilirim: 112'den Sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcımız Abdurrahman Kavuncu, 99 Depremi sonrası oluşan ekonomik kriz dolayısıyla kamuya kaynak sağlamak amacıyla çıkartılan bedelli askerlik hizmetini yapmak üzere bir aylığına ayrılınca, yerine vekâleten bir başka müdür yardımcısı bakmaya başlamıştı. Siyaseten oldukça güçlü olan bu müdür yardımcısı, kısacık vekâleti döneminde bir başhekim atamıştı. Kavuncu göreve geldiği zaman bu oldubittiyi hazmedememişti. Kavuncu'nun başarısız olan başhekimin yerine beni başhekim yapmak istemesi üzerine mevcut başhekimin arkasındaki gücün buna müsaade etmeyeceğini, böyle bir girişimde bulunmamasını, aksi takdirde benim komutada kalmamın mümkün olamayacağını söylediysem de girişimde bulundu ve başarılı da olmadı. Kendisi de 112 sorumluluğundan alınarak çevre sağlığından sorumlu konumuna getirildi. Benim de artık 112'de kalmam uygun olmadığı için evime yakın bir ilçe sağlık grup başkanlığına görevlendirilmemi istediğim dilekçemi işleme koyması için kendisine verdim. O ise benim dilekçemi işleme koymak yerine kendi yanına alarak gıda ve su kontrol ekiplerinden sorumlu yaptı. Ancak 112'de işler iyi gitmeyince yaklaşık 1,5 yıl sonra onu yeniden 112'nin sorumlusu yapmak istediklerinde, o da benim başhekim olmam şartıyla kabul edebileceğini bildirince ben 112'ye başhekim olarak dönmüş oldum.

12 Mayıs 2002'den 12 Mayıs 2003'e kadar tam bir yıl sürecek olan başhekimlik dönemimde, 112 için düşündüğüm projeleri hayata geçirmek için gayret ettim. Göreve başladığımda sistemde sadece 17 ambulans vardı. Bunların da bir kısmı arızalı olunca ya da personel bulunamayınca sayı daha da azalmaya başladı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi bünyesinde de hızır acil adı altında başka bir ambulans sistemi vardı ancak onlar daha çok itfaiye ile koordineli çalışıyordu. Belediye yetkilileri ile görüşerek onların da sisteme dâhil edilmelerini sağlamış oldum. Bir yıllık süre içinde Belediyeninkiler de dâhil sistemde 38 ambulansımız olmuştu. Yine de İstanbul gibi bir metropol için çok az ambulansımız vardı. Gelişmiş ülkelerdeki rakamlara bakarak onlara yetişemezsek de hiç olmazsa 100 bin kişiye bir ambulans olması için 150 ambulansımız olsa diye aklımdan geçirir ama bunun hayal olduğunu, yarisına bile ulaşmanın mümkün olmadığını, hava ve deniz ambulanslarımızın ise asla olamayacağını düşünürdüm. Başhekimliğimin ilk altı ayı bittiğinde 3 Kasım 2002 seçimleri sonucunda AK Parti iktidarı başladı. Sağlık Bakanı olan Sayın Recep Akdağ ilk İstanbul ziyaretini yaptığında, resmi/özel çeşitli kurumlarda çalışan bir grup doktor arkadaş olarak periyodik toplandığımız mekânda yine

Bugünden geriye doğru baktığımda, başhekimken 112 için hayal bile edemediğim hususların bugün fazlasıyla gerçekleşmiş olmasından son derece memnunum. Bir nebzecek katkı olduysa kendimi bahtiyar hissederim. Bu vesileyle de 112'deki ilk başhekimim Aytaç Göçecek Ağabeyimi de rahmetle anmayı bir borç bilirim.

grubumuzdan milletvekili seçilen bir doktor arkadaşımızın vasıtasıyla bizleri de ziyaret etmişti. Konuşmasının hemen başında bir 112 istasyonu ve iki ambulans denetlediğini ve hiç iyi bulmadığını söyleyince, 112 Başhekimim olarak hemen savunma ihtiyacı hissettim. O ortamın uygun olmadığını, iki sayfayı geçmeyecek şekilde yazılı olarak sorunlar ve çözüm önerilerini kendisine iletmemi söyledi. Bunun üzerine ben de sorunları ve çözüm önerilerimi yazıya döktüm. Ancak yaklaşık beş sayfayı bulunca kısalta kısalta iki sayfaya indirdim. Sonrasında Ankara'ya gelerek bir rapor çalışması yapmam istendi. Müdür Yardımcımız Abdurrahman Kavuncu ile gidip Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı yetkilileriyle birlikte tüm Türkiye genelindeki 112'lerin rehabilitasyonu üzerine bir rapor kaleme aldık. Bu raporda hayal ettiğim tüm hususları, ambulans sayıları, hava ve deniz ambulansları, ambulans kiralama önerilerime kadar hepsini belirttik. Bu rapordan kısa bir süre sonra Ankara'da iki günlük bir çalıştay organize ettik. Burada da 112'lerle hastane acillerinin entegrasyonu konusunu çalıştık. Tam bu çalışmayı bitirmiştik ki beni Ankara'ya Bakanlıkta başka bir birimde, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcısı olarak çalışmaya çağırdılar. Bir yıl önce 12 Mayıs'ta başladığım başhekimlik görevimi bir yıl sonrakı 12 Mayıs'ta bırakarak Ankara'daki görevime başladım. Bugünden geriye doğru baktığımda, başhekimken 112 için hayal bile edemediğim hususların bugün fazlasıyla gerçekleşmiş olmasından son derece memnunum. Bir nebzecek katkı olduysa kendimi bahtiyar hissederim. Bu vesileyle de 112'deki ilk başhekimim Aytaç Göçecek Ağabeyimi de rahmetle anmayı bir borç bilirim.

Ambulans hijyeni

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, 2013 yılından beri Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarının yanı sıra Diş Hekimliği Fakültesi Dekan Vekilliği görevini yürütmektedir.

Hipokrat zamanından beri tıbbın temel amacı bireyin sağlığını iyileştirmek, en azından zarar vermemektir. Ancak insanın ve bir uygulamanın olduğu her yerde hatalar ve kazalar kaçınılmazdır. Bu kapsamda iş gücü kullanımı ve teknolojik uygulamaların yoğun olduğu bir sektör olan ve tehlike unsurları da barındıran sağlık endüstrisinde tıbbi hataların oluşması kaçınılmazdır. Ambulans da hasta naklinde kullanılan ve hayati önemi olan bir araç olmakla beraber zaman zaman kaza, düşme, düşürme, tıbbi uygulama hatası ya da enfeksiyon kaynağı olarak gündeme gelmekte, bu anlamda ambulans temizliği ve hijyeni önem kazanmaktadır.

Hasta Güvenliği Açısından Ambulans Hijyeni

“Hastalara gelecek zararın önlenmesi” olarak tanımlanan hasta güvenliğinde amaç, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır. Bu kapsamda sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık sisteminin önceliğidir. Çünkü hasta güvenliği ihlalleri, sakatlık ve komplikasyonlara neden olması, mortalite ve morbidite oranlarını artırması gibi bir takım olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Ayrıca bu ihlaller, hastaların gereksiz ekstra ilaç alması, tedavilerinin uzaması, sağlık harcamalarının artması, sağlık çalışanlarında moral ve motivasyon kaybı, hasta / yakını ve toplumun sağlık sistemine olan güvenini olumsuz etkilemesi gibi ekonomik ve insani özellikleri olan son derece önemli sonuçlar doğurur. Bu anlamda hasta güvenliği uygulamaları, ambulans hizmetlerinin de yer aldığı sağlık hizmetlerinin tümünün sunumunda önemli bir gerekliliktir. Bunlar arasında sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamalarını da içine alan enfeksiyon kontrolü önemli bir yer tutar. Özellikle dünyada enfeksiyonların yüzde 5-15'inin sağlık hizmeti sunumuna bağlı olarak geliştiği, bu enfeksiyonların ise üçte birinin önlenemez olduğu dikkate alınırsa konunun önemi daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca çoklu antibiyotiklere karşı dirençli bakterilerin ortaya çıkması ve hastalar tarafından taşınabilmesi, diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ambulans hizmetlerinde de enfeksiyon kontrolünü zorunlu kılmaktadır.

Ambulans Hijyeni Sağlama Yaklaşımları

İlk acil yaklaşımlar ve diğer gerekçelerle hasta nakli için ambulans kullanımı sürecinde ambulansın hasta veya başka nedenle enfekte olması, sonrasında da bu etken mikroorganizmanın sağlık çalışanı ya da sonraki hastaya bulaşması hasta ve çalışan güvenliği için çok önemli

konulardır. Ambulanslar, çeşitli hastalık veya enfeksiyonların bulunduğu pek çok hastanın nakli sırasında kullanıldıkları için farklı patojenlerin kaynağı olabilirler. Ambulansın hastalara veya çalışanlara enfeksiyon bulaşmasında bir kaynak olmasını önlemek için sıkı enfeksiyon kontrol protokolleri uygulanmalı ve izlenmelidir. Hastane öncesi enfeksiyonla ilgili mevcut araştırmalar çoğunlukla “ambulansların veya cihazların yüzeyindeki örneklerde patojenlerin yaygınlığı” ve “spesifik patojenlerin kontaminasyon oranları” ile ilgilidir. Ambulansın kontaminasyon kaynağı olmasını önlemek için, ambulanslar ve ekipmanı için kanıta dayalı ve maliyet-etkin bir enfeksiyon kontrol protokolü olmalıdır. Tıbbi cihazlar ve malzemeler genellikle kontamine olabilme olasılığına göre üç kategoride (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan) sınıflandırılır. Örneğin laringoskop bıçağı gibi hastaların hava yolu mukoza zarlarıyla doğrudan temas halinde olan cihazlar, “kritik” olarak kabul edilir. Ambulans cihazları ve materyalleri çok fazla ve çok çeşitli olduğundan kontaminasyon için bu risk gruplandırmasına dayalı süreyansa göre şematik yaklaşım, enfeksiyon kontrolünün uygulanması ve kalite güvencesi için çok yardımcı olacaktır. Ambulans hizmetleri sırasında hem hastanın hem de sağlık personelinin, kabin içi kapalı ortamı paylaşımları, girişimsel aletlerle temasları ve zaman zaman olabilen delici kesici alet yaralanmaları nedeniyle, sağlık personelinin, hem ambulans hijyeninin



sağlanması hem de enfeksiyonlara karşı koruyucu önlemlerin alınmasındaki farkındalığı oldukça önemlidir. Bu nedenle ambulans temizliği, araç içi ve dışında yapılan dekontaminasyon işlemlerinin yanı sıra hastaya yapılan müdahaleler sırasında kullanılan tıbbi malzemelerin dekontaminasyon veya sterilizasyon işlemlerini de kapsar.

Genel Ambulans Temizliği

Ambulansların rutin temizliği iç ve dış olarak haftada bir detaylıca yapılmalıdır. Her vakadan sonra ve her sabah da temizlenmelidir. Temizlik işlemi nöbetçi sağlık personeline yapılmaktadır. Ambulans içerisinde hastanın / personelin temas ettiği tüm yüzeyler temizlenmelidir. Temizlik eksiksiz ve hijyen kurallarına uygun, eldivenle yapılmalıdır. Zemin süpürülür, ambulans içerisindeki dolap ve yüzeyler 1/100'lük çamaşır suyu ile silinir. Hasta sekresyonları ve kan kontaminasyonu varsa temizlikte 1/10'luk çamaşır suyu kullanılır. Ardından yumuşak bir bezle kurulanır ve araç havalandırılır. Ambulansın dış temizliğinde, tepesinden başlanarak sabun veya araç şampuanı kullanılarak ılık veya soğuk su ile dış yüzey yıkanır, temiz su ile durulanır ve yumuşak bezle kurulanır.

Ambulansta Kullanılan Ekipmanların Temizliği

Ambulansta tüm ekipmanların temizliğinin nasıl ve ne sıklıkta yapılacağı, kullanılacak temizlik malzemeleri istasyonda görevli herkes tarafından bilinmelidir. Çünkü bu işi yapmak için maalesef başka personel görevlendirilmemektedir. Vaka dönüşlerinde ambulans ekipmanlarının temizliği nöbetçi ekip tarafından yapılmakta ve malzeme temizlik kontrol listesine kaydedilerek imzalanmaktadır. Kullanılan ekipmanların kirlilik oranına göre yüksek veya düşük düzey dezenfektan uygulanmaktadır. Kan ve vücut sıvıları ile bulaşmış ekipmanlar için yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanırken, bu bulaşın olmadığı durumlarda düşük düzey dezenfeksiyon uygulanmaktadır. Burada yaygın olarak; yüzde 5 klor içeren çamaşır suyu 1/10 oranında sulandırılarak yüksek düzeyde dezenfeksiyon için, 1/100 oranında sulandırılarak ise düşük düzey dezenfeksiyon için kullanılmaktadır. Dekontaminasyon sırasında eldiven, önlük, maske, gerekirse ayakkabı koruyucu veya özel ayakkabı giyilmelidir. İdeal olan, dekontaminasyon işlemi sırasında tek kullanımlık giysilerin kullanılması ve işlem bittikten sonra bunların biyolojik atık torbasına konularak otoklavlanması veya yakılmasıdır. Tek kullanımlık giysilerin bulunmadığı

Dikkatsizce, rastgele çöplere atılan kesici ve delici aletlerin bu çöpleri toplayan kişilere batması sonucu birçok bulaşıcı hastalığın bulaştığı bildirilmiştir. Kan yoluyla bulaşan mikroorganizmalar başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklar sağlık personeli üzerinde ciddi hastalık tablolarının oluşmasından sorumludurlar. Hepatit B, Hepatit C, diğer tehlikeli viral hepatitler, HIV/AIDS, *Mycobacterium tuberculosis* (tüberküloz) ve tetanoz bunların başında ilk sıralarda sayılabilirler.

durumda, temizlik ve dezenfeksiyon sırasında giyilmiş olan giysilerin çamaşırhaneye biyolojik atık torbalarının içine konularak nakledilmesi, burada 71°C'de yıkanması gerekmektedir. Kontamine giysilerin çamaşırhaneye gönderilmeden önce ıslatılması, çamaşırhanede yıkama öncesinde giysilerin ayrılması sırasında olası bir aerosol saçılımının engellenmesi bakımından yararlıdır. Dekontaminasyonu yapan personel, işlem bittikten ve kontamine giysilerini çıkardıktan sonra su ve sabunla duş almalıdır. Bulaşıcı hastalık tanısı konmuş veya enfeksiyon şüphesi görülen bir hasta taşıma sonrasında ambulans, bildirilmişse özel bir yöntem dahilinde ve özel dezenfektanlar kullanılarak, böyle bir bildirim yoksa genel dezenfeksiyon yöntemleri uygulanarak temizlenmelidir.

Ambulans Temizliği Esnasında Alınması Gereken Önlemler

Bulaşıcı hastalık varlığı ambulans personeli için oldukça önemlidir. Dikkatsizlik ve beklenmeyen kazalar sonucu yaralanmış deriden ya da doğrudan bir mukoz membran üzerinden bulaşma olabilmektedir. Bulaşıcı hastalık varlığında personelin hem kendisini hem de başkalarını çapraz enfeksiyonlardan koruması önem arz etmektedir. Bu yüzden bazı bulaşıcı hastalıkları, onlardan korunma yollarını bilmek zorundadır. Paramedikal ekip kendisini korumak için her zaman eldiven giymelidir, solunum yolu ile bulaşma riski varsa maske takmalıdır. Kendisinde üst solunum yoluna ait bir enfeksiyon mevcut ise hastalığı süresince bu yakın hizmetin hastalar üzerinde yaratacağı riskleri kaldırmak amacıyla raporlu olup çalışmamalıdır. Hastanın fişkırtı tarzındaki kanaması ya da şiddetli kusması halinde, mutlaka tıbbi gözlük takmalıdır. Ambulans içerisinde kullanılan kesici ve delici nitelikteki iğne, bistüri, tek kullanımlık bıçak ve benzeri aletlerin dışarı çıkması önlenemez şekilde "biohazards-sağlık zararlısı" amblemi bulunan özel kaplara atılması gerekmektedir. Bu tip malzemeler tıbbi atık olduklarından çöpte diğer atıklardan ayrı değerlendirilmesi gerekir. Bu tip malzeme ve aletlerin uçlarının kapatılması gereken durumlarda ise çok dikkatli olunup kazaya sebebiyet verilmemelidir. Bu atıkları toplayan kişilere batmasını önleyecek önlemler de alınmalıdır. Dikkatsizce, rastgele çöplere atılan kesici ve delici aletlerin bu çöpleri toplayan kişilere batması sonucu birçok bulaşıcı hastalığın bulaştığı bildirilmiştir. Kan yoluyla bulaşan mikroorganizmalar başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklar sağlık personeli üzerinde ciddi hastalık tablolarının oluşmasından sorumludurlar. Hepatit B, Hepatit C, diğer tehlikeli viral hepatitler, HIV/AIDS, *Mycobacterium tuberculosis* (tüberküloz) ve tetanoz bunların başında ilk sıralarda sayılabilirler. İş

esnasında meydana gelebilen ve istenilmeyen bu kazalardan korunmak için düzenli, dikkatli ve sakın çalışılmalıdır. Eldiven giyilmesi en önemli koruyucu önlemlerdendir. Sıçrayan ya da dökülen kan, bir dezenfektan yardımı ile silinmeli ve kullanılan malzemeler kesinlikle ortada bırakılmayıp tıbbi atıklar içerisine konulmalıdır. Çalışma alanları devamlı olarak temiz ve lekeli tutulmalıdır. Sonuç olarak ambulanslar, enfeksiyon yayılımı için risk faktörüdürler. Tüm ambulans çalışanlarının sürekli hizmet içi eğitime tabi tutulması gerekmektedir. Bunun için, eğitim konularının detaylı belirlenmesi ve her kademedeki eğitimcilerin, bu eğitimleri belli bir plan dahilinde vermeleri gerekmektedir.

Ambulans ile Taşınan Enfeksiyonlar: Mevcut Durum

Yapılan çalışmalarda, ambulanslarda temizlik öncesinde ciddi kirlenmelerin olabildiği hatta temizlik sonrasında dahi patojen mikroorganizmaların varlığını devam ettirebildikleri bildirilmiştir. Bununla birlikte kontaminasyon araç temizliği sonrasında genellikle azalmaktadır. Ambulansdaki çeşitli alanlarda gösterilen kontamine bakteri türlerinin birçoğu zararsız, non-patojenik olup, deri florası ve doğada bulunan türlerdir. Bununla birlikte, *S. aureus* ve diğer patojen etkenlerinde saptanması söz konusudur. Kore'deki bir araştırmada ambulans süreyansında mikroorganizmaların varlığı yüzde 49 iken, bunların birkaçı patojen, birçoğu çevresel veya normal flora üyeleri olarak belirlenmiştir. Bizim yaptığımız bir çalışmada ise değerlendirilen sürüntü örneklerinde 20 *S. paucimobilis*, 2 *A. woffii*, 2 *S. aureus*, 2 *K. pneumoniae*, 20 (KNS) olmak üzere ambulanslarda yüzde 16,7 oranında üreme saptanmıştır. ABD'de yapılan çalışmada, Metisilin dirençli *S. aureus* (MRSA) pozitiflik oranı yüzde 12,4 olarak bildirilmiştir. Kore'de yapılan çalışmada ise, sadece bir örnekte MRSA pozitif saptanmıştır. Çevresel mikroorganizmalar bağışıklık sistemi zayıf olan hastalar için sorun yaratacaktır. Noh ve ark. çalışmalarında, *Acinetobacter* veya *Pseudomonas* gibi çevresel mikroorganizmaları, ambulans çalışanlarında tespit etmişlerdir. Bu mikroorganizmaların bulunması, ambulans için temizleme ve yıkamanın yetersiz olduğu anlamına gelebilir. Nakil ve müdahaleler sırasında kullanılan aletlerle hem hasta hem de sağlık personeli temas etmekte, delici kesici alet yaralanmaları oluşabilmektedir. Kan ile bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için, evrensel önlemlere uymak, bariyer, kullanılmış araçların, eldivenlerin ve diğer gereçlerin temizlenmesi ve atıkların yok edilmesi, bağışıklama ve maruziyet sonrası koruyucu önlemlere dikkat etmek gerekir.

Çalışmamızda ambulans personelinin yüzde 82,5'i hepatit B, yüzde 11,5'i de influenzaya karşı aşılı bulunmuş, yüzde 79,8'i tıbbi atık eğitimi aldığını, yüzde 51,9'i ise el hijyenine dikkat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların yüzde 39,4'ü aynı ambulans kabini içerisinde vaka-vaka bulaşma riskine ortam sağlayan bir durumu, yüzde 15,4'ü ise vaka-personel bulaşması yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda, kullanılan tıbbi aletlerin her uygulama sonrası temizlendiği vurgusu; laringoskop gibi yüksek düzey dezenfeksiyon gerektiren aletler için yüzde 75, tansiyon aleti gibi düşük düzey dezenfeksiyon gerektiren aletler için yüzde 28,8 olarak belirlenmiştir. Düzenli araç temizliği de çok önemlidir. Çalışmamızda ambulansın hasta kabini temizliğini -aynı istasyonda çalışmalarına rağmen- her vaka sonrası yaptıklarını bildirenler yüzde 29,8 iken günde bir kere ancak yapılabildiğini söyleyenlerin oranı ise yüzde 49 olmuştur. Çalışma sonucunda; ambulans çalışanlarının, hem kendilerini ve hastaları bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarına karşı koruma hem de ambulans hijyeni konusunda farkındalıklarının artırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan ambulans personelinin yüzde 36,5'inin ambulans hijyeni konusunda ek eğitime ihtiyaç duyduğunu beyan etmesi de alanda ciddi açığı göstermektedir.

Ambulans Hijyeninde Öneriler

1. Ambulansda temizlik yapılması gereken alanlar ve malzemeler: Kapı kolu, kabin duvarı ve tutunma alanları, hasta taşınan branda, tansiyon aleti manşonu, stetoskop başı, monitör, atlama çantası, hasta emniyet kemeri, boyunluk, ambu, aspiratör bağlantı kısmı.
2. Epidemik etken (çoklu antibiyotiklere dirençli bakteriler-MRSA, VRE, CPE...- Kuş gribi, domuz gribi, Kırım Kongo Kanamalı Ateş etkeni virüs...) ilintili hasta taşınırken daha aşırı hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir.
3. Her yeni acil vaka, olası bir kontaminasyon kaynağıdır ve ambulans çalışanları, muhtemel bakterilerle temastadırlar. Araç kabinine enfekte vücut sıvısı dökülmesinde, kan ve vücut sıvılarının dezenfeksiyonu, klorlu dezenfektanla hemen yapılmalıdır. Hepatit B ve HIV virüslerini kurumuş kanda bile aylarca kalabilmektedir. Ayrıca bir sonraki acil durum çağrısı öncesinde aracın temizlenmesi için mevcut süre, gereken özenin gösterilmesinde kritik bir faktördür.
4. Sıklık ve yöntemleri içeren bir ambulans temizleme programının olması, temizlik ve dekontaminasyona sistematik bir yaklaşım sağlar.



5. Çalışmalar, mevcut temizleme düzeylerinin yetersiz olduğunu ve potansiyel patojenler ile çevresel kontaminasyona neden olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, zararlı bakteri kontaminasyonunu azaltmak ve temizlik ekipmanlarından bakterilerin girmesini önlemek için, araç temizleme işlemleri ve yönetmelikleri incelenmeli, gerektiği şekilde uygulanmalıdır.

Kaynaklar

Alves DW, Bissell RA. Bacterial Pathogens in Ambulances: Results of Unannounced Sample Collection. *Prehosp Emerg Care*. 2008; 12: 218-24.

Ankara Sağlık Müdürlüğü, Ambulans ve Tıbbi Malzeme Temizlik Dezenfeksiyon Talimatı, 2011.

Avcı, K. ve Aktan, T. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5(2): 48-54.

Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma Modülleri. *SB Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Yayınları*. 2008 sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t10.pdf, (Erişim Tarihi: 25.12.2016).

Cömert F. Ambulans ve Ambulanslarda Kullanılan Malzemeler ile Ambulanslarda Müdahalelerde DAS Uygulamaları. (İçinde) 7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi (16-20 Mart 2011, Antalya) Kongre Kitabı. Ed. Esen S, Perçin D, Özinel MA, Günaydın M, Zenciroğlu D. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2011, 215-223.

Coşkun F. Acil Servislerde ve Ambulanslarda Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Konusunda Yapılan Hatalar. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi (20-24 Nisan 2005, Samsun) Kongre Kitabı. Ed. Murat Günaydın, Ahmet Sanic, Bülent Gürlü, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2005, 375-7.

Greenwood D, Slack RB, Peutherer JF. Hospital Infection. In: *Medical Microbiology: A Guide to Microbial Infections: Pathogenesis, Immunity,*

Her yeni acil vaka, olası bir kontaminasyon kaynağıdır ve ambulans çalışanları, muhtemel bakterilerle temastadırlar. Araç kabinine enfekte vücut sıvısı dökülmesinde, kan ve vücut sıvılarının dezenfeksiyonu, klorlu dezenfektanla hemen yapılmalıdır. Hepatit B ve HIV virüslerini kurumuş kanda bile aylarca kalabilmektedir. Ayrıca bir sonraki acil durum çağrısı öncesinde aracın temizlenmesi için mevcut süre, gereken özenin gösterilmesinde kritik bir faktördür.

Laboratory Diagnosis, and Control, Greenwood D (ed), 16th ed, NY: Churchill Livingstone, Edinburgh, 2002; p. 662-9.

Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, Ed. Günaydın M, Öztürk R, Ulusoy S, Gültekin M. Antalya, 2007; 411-422.

Jonsson A, Segesten K. Daily Stress and Concept of self in Swedish Ambulance Personnel. *Prehospital Disaster Med*. 2004; 19: 226-34.

Karaca, A. ve Arslan, H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 1(1):9-18.

Martin-Gill C, Reiser RC. Risk Factors for 72-hour Admission to The ED. *Am J Emerg Med*. 2004; 22: 448-53.

Nigam Y, Cutter J. A Preliminary Investigation into Bacterial Contamination of Welsh Emergency Ambulances. *Emerg Med J*. 2003; 20 (5): 479-82.

Noh H, Shin SD, Kim NJ, Ro YS, Oh HS, Joo SI, Kim JI, Ong ME. Risk Stratification-based Surveillance of Bacterial Contamination in Metropolitan Ambulances. *J Korean Med Sci*. 2011; 26 (1): 124-30.

Polat ZM. Ambulans Hijyeni. *Sakarya Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2017(Danışman; Prof. Dr. Mustafa Altındış).

Polat ZM, Gürel S, Altındış S. Hasta Güvenliğinde Ambulans Hijyeni. *J Hum Rhythm* 2017; 3(1): 8-14.

Roline CE, Crumpecker C, Dunn TM. Can Methicillin-resistant Staphylococcus aureus be Found in An Ambulance Fleet? *Prehosp Emerg Care*. 2007; 11: 241-4.

Hekim ve siyasetçi gözüyle acil sağlık hizmetleri ve çözüm önerileri

Dr. Kenan Şahin



1967 yılında Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. SSK Amasya Suluova Dispanserinde mecburi hizmetini, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık eğitimi, Gebze Teknik Üniversitesinde İşletme Yüksek lisansını tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yaptı. 2000-2004 Pendik Belediye Başkan Danışmanlığı, 2005-2008 SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürü görevlerini yaptı. Mart 2009'dan beri Pendik Belediye Başkanı olan Dr. Şahin, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Alışılmış hayatın dışında maddi ya da manevi anlamda büyük zararlara yol açan doğa olaylarına afet diyoruz. Afet deyince ilk akla gelenler; deprem, sel, toprak kaymaları, tayfun, fırtına, yangın vb. ancak modern yaşamın oluşturduğu hız ve kitlesellik, doğal afetlerden çok daha fazla kişiyi etkileyen ve daha sık karşılaştığımız olağanüstü durumları hayatımızın bir parçası haline getirdi. Günümüzde şehirlerde yoğun bir nüfus ve oldukça dinamik bir hayat var. Binler, on binler aynı mekânda bir arada. Hızlı erişim araçlarıyla çok sayıda yolcu birlikte taşınıyor. Devasa inşaat şantiyeleri, imalathaneler, sanayi ve iş yerlerinde binlerce işçi bir arada çalışıyor. Savaşların şekli değişti. Artık vekâlet savaşları var. Terörizm küresel hal aldı. Kitlesel büyük göçler yaşanıyor. Küresel ısınmayla birlikte yağış düzeyleri sıklıkla sele yol açıyor. Afetlerin önemli yansımalarından biri de toplumda kargaşa oluşturma riski ve umutsuzluk potansiyeli. Bu da karar verici ve uygulayıcıların daha etkin ve hızlı çözümler üretmesini, toplum psikolojisini iyi yönetmesini zorlaştırıyor. Medyanın reyting açmazıyla ajite edici son dakika haberciliği de yeni bir afet etkisi oluşturuyor.

Bu kitlesellikle gelişen hadiseler, etki sahalarıyla depremleri aratmıyor. Hemen her gün afet düzeyinde acillerle karşılaşıyoruz. Afetlerde daha etkili olmanın yolu, gündelik hayat içerisindeki çalışma düzenini afetle aktif olarak ilişkilendirmekten geçiyor. Sonuçta acilde ne kadar iyiysek afette de o kadar iyi olabiliriz. Afetlerde acil hizmetlerini saha yönünden ele alırken, artık afetlerin de, acillerin de

değiştiğini dikkate almak gerekir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile on yılda pek çok başlıkta iyi mesafe alınmasına rağmen, özellikle acil başlığında problemler hala güncel. Acillerimiz ile ilgili problemlerin başında, "acile yaklaşım" sorunu geliyor. Acile yaklaşımımız üç açıdan sorunludur. Birincisi, acile başvuran vatandaşa bakışımız sorunlu. Sağlık çalışanları olarak "Acile başvuranların çoğu acil değil" ifadesiyle söze başlıyoruz ve vatandaşın bundan rencide olmayacağını bekliyoruz. İkincisi, hastanelerin acil servise bakışı sorunludur. Hastaneler acili angarya ve yük olarak görüyorlar. Özel hastaneler ödeme sistemlerinin de katkısı ile neredeyse acile kapalılar. Nöbetçi ekip bulmak sıkıntılı, nöbet izinleri günlük hizmeti aksatıyor, problemi çok, memnuniyet az. Üçüncüsü, hekim için acil hizmeti eşittir nöbet. Acil tıp uzmanları ve sadece acilde görevli pratisyenler hariç nöbet sistemi, süresiyle sınırlıdır. Bitinceye kadar özveriyle çalışılır. Nöbet sahiplenilir. Ancak sonra başka bir ekip gelir. Her şey sıfırdan başlar. Hizmeti verdiklerimiz standardize olmadığı gibi, hizmet de tek tip değil. Yaklaşımımız; sorunu çözme, beklentiye karşılama, azami memnun etme olmalı. Acille ilgili talep varsa bize düşen bunu en nitelikli şekilde, vatandaş beklentisine odaklı bir organizasyon ve hizmet sunumuyla gerçekleştirmektir. "Dünya bu işi böyle yapıyor", "Gelişmiş ülkelerde acillerde bekleme sürelerine göre çok iyiyiz" denilebilir ama bu cümleler sorunu çözümüyor. Bu konuda da dünyaya liderlik ederek doğru çözüm modeline ulaşacağımıza inanıyorum.

"Acile çok hasta geliyor, acile gelen hasta sayısını azaltalım" yaklaşımının boşa

uğraş olduğuna inanıyorum. Mesai dışı gelen vatandaşın problemini çözmezsek, vatandaş vazgeçmiyor. Yarın gel demek, sağlık sistemini ertesi gün de meşgul etmekten başka bir işe yaramıyor. Acilde talebi karşılanmayan vatandaş, aile hekimini, hastaneyi zorluyor, sağlık sistemini meşgul ediyor. Aile hekimliği sistemi, acillerdeki pratisyenleri aldı. Nöbetler uzman hekimlerce yürütülmekte. Acil servis ile ilişkisi sadece nöbet süresiyle sınırlı olan hekimin özellikle uzman hekimin sisteme katkısı az olmakta. Acil tecrübeli bir pratisyen hekim ya da bir acil tıp uzmanının eksikliğini çok sayıda uzman kapatamıyor. Acil servis; başvuran bireyin yaşamsal fonksiyonlarında var olan problemi gideren, bireyin yaşamını etkileyecek bir patolojisinin olup olmadığını ayırt eden ve ilave uzmanlık gerektirmeyen basit tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan merkezlerdir. Acil servisler çoğunlukla bir hastane bünyesinde. Acil hekimliği ve acil tıp uzmanlığı dışındaki tüm uzmanlık dalları acile katkıdan çok karmaşa getiriyorlar. Acil servislerde uzmanlık gerektiren karışık tıbbi hizmetlerin verilmesi acil hizmetleri aksatıyor. Komplike işlemler öne alınmakta, bu da birikmeye yol açmaktadır. Acil servisin şartları da uzmanlık gerektiren bu hizmetleri vermek için ideal yerler değildir. Dakikalar içinde yapılması gereken işlemler hariç orta ve büyük müdahaleler acil ortamı dışında yapılmalıdır. Acil hekim ve acil tıp uzmanı sayımızı artırmalıyız. Tıpkı aile hekimliği seferberliği gibi, acil hekimliği için de bir seferberlik gerekiyor. Acil hekim sayısının artması, verimsiz uzmanlık nöbetlerini ortadan kaldırır. Acil hizmeti için açılmış verimsiz hastanelere ihtiyacı da azalır. Acil servisler, hastaneyle aynı arsada olsa bile yapısal ve yönetsel olarak bağımsız



olmalıdır. Hastanelerden bağımsız binalarda da hizmet verilebilir. Acil servislerin mesai sonrası poliklinik muayene talebini karşılamak için akşam poliklinik hizmeti sistemi destekler. Uzman hekimlerden burada yararlanılmalıdır. Acil sisteminin önemli aksaklıklarından biri de sevk zinciri zorluklarıdır. Ambulans hekimlerinin hasta kabul ettirme hikâyeleri çok dramatiktir. İlgili merkezlerin reddedebilmesi kabul edilemez. Başvuru zinciri net tanımlanmalı, alternatifsiz olmalıdır. İki ayrı yerin kabul edebileceği hastayı pratikte hiçbir kabul etmiyor. Hastaneler müdahale ve yatarak takibi gereken hastalarla ilgilenemiler. Burada da hastanın hangi servise yatacağı sorunu çıkıyor. Hastaneler geçici izlem ve takip ünitelerini kendi bünyelerinde oluşturmalı, acil servisleri bunun için meşgul etmemeliler. Birden çok nitelikli hastane olan büyük şehirlerde tüm hastanelerde her gece acil nöbete kalınmayabilir; nöbetler hastaneler arasında dönüşümlü yapılabilir. Yeterli hekim ve donanımına sahip özel hastaneler de bu dönüşümlü nöbet sistemine dâhil olabilir.

Deprem gibi büyük afetlerde pek çok kurtarma ve kamu hizmeti dışsal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Öncelikle depremden etkilenen yerel ve mülki idare yöneticileri, deprem şoku geçiren belki ailesi ve yakınlarını kaybetmiş kişiler olmaktadır. Bu da yönetim zafiyeti oluşturmaktadır. Yöreyi bilmeyen geçici yöneticiler inisiyatif almakta ve etkili olmakta zorlanmaktadır. Kural olarak özel bir sorun olmadıkça afet bölgesinde bir önceki vali ve kaymakamlar koordinatör olarak görevlendirilmelidir. Bazı afetlerde yerel sağlık hizmeti de etkilenecek hizmet veremez duruma gelmektedir. Bu durum-

da diğer şehirler ekipleriyle deprem bölgesinde sağlık hizmetini üstlenmektedir. Bu ekiplerin seçimi önemli bir konudur. Genellikle cerrahi ekipler seçiliyor. Sahra hastaneleri de kurulup operasyonlar yapılmaya çalışılıyor. Bunu yerine vakayı donanımlı bir merkeze ulaştırmak daha akılcıdır. Dakikalar içinde müdahale gerektiren vakalar olabilir. Bunlar azdır. Tüm afetlerde olduğu gibi depremde de travma dışı büyük bir hasta grubu ile karşı karşıya kalıyoruz. Kronik hastalar, yaşlılar, çocuklar tıbbi hizmete ihtiyaç duyuyorlar. Majör ihtiyaç ise psikolojik destektir. Resme buradan bakınca afet bölgesine ilk gitmesi gerekenler acil tıp hekimleridir. İyi triyaj ve drenaj ile afet sonrası ilk dönemi yönetmeliler. Sonraki günlerde oluşacak tıbbi hizmet talebini de yine acil hekimlerin merkezde olduğu grup yönetmelidir. Karmaşa potansiyeli dikkate alınarak, hareketli alanın biraz dışında, ulaşılabilirliği iyi, altyapı ihtiyacı az yerler sağlık hizmeti için seçilmelidir. Afet sonrasında en mağdurları maalesef sahada hizmet eden ekiplerdir. Uyumdan, yemek yemeden, dinlenmeden, banyo yapmadan günlerce devam eden çaba beklenmektedir. Elbette kimse konfor beklemiyor, ancak asgari insani şartlar çalışanlara da sağlanmalıdır. Afet anında hizmetlerde çok sayıda gönüllünün desteği ile karşılaşıyoruz. Ancak kimin, ne kadar nitelikli olduğunu bilen yok. Bazen gönüllü mağdurları oluyor. Böyle bilinmezlik durumlarında yapılacak tek şey, sadece profesyonellerle iş yapmaktır. Sonuç olarak ülkemizin içinde bulunduğu coğrafi konum ve dünyanın siyasi konjonktürü; afetlere hazırlıklı olmak ve bu konuda da sorunsuz işleyen acil sistemine sahip olmayı kaçınılmaz kılmaktadır.

Deprem gibi büyük afetlerde pek çok kurtarma ve kamu hizmeti dışsal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Öncelikle depremden etkilenen yerel ve mülki idare yöneticileri, deprem şoku geçiren belki ailesi ve yakınlarını kaybetmiş kişiler olmaktadır. Bu da yönetim zafiyeti oluşturmaktadır. Yöreyi bilmeyen geçici yöneticiler inisiyatif almakta ve etkili olmakta zorlanmaktadır. Kural olarak özel bir sorun olmadıkça afet bölgesinde bir önceki vali ve kaymakamlar koordinatör olarak görevlendirilmelidir.

Hastane açısından afetlerde acil hizmetleri

Prof. Dr. İbrahim İkizceli



İlk ve orta öğrenimini Bursa'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde acil tıp uzmanlığını tamamladı. 2006 yılında acil tıp doçenti, 2013'te profesörü oldu. Erciyes ve İstanbul Üniversiteleri hastaneleri ile Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yaptı. 2012-2015 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde başhekim yardımcılığı ve 2016 yılında başhekimlik yaptı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı yapmaktadır.

Dr. Yonca Senem Akdeniz



Saint Benoit Fransız Lisesinin ardından Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2005 yılında mezun oldu. Acil tıp uzmanlığını Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladı. 2013-2015 yılları arasında Esenyurt Devlet Hastanesinde görev yaptı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

Türkiye coğrafi özellikleri ve bulunduğu konumun stratejik önemi açısından potansiyel olarak afet gelişme riski yüksek bir ülkedir. Yakın zamanda ve tarihsel süreçte ülkemiz gerek terör olayları gerekse doğa olayları yüzünden ciddi can ve mal kayıplarına uğramıştır. Afet sonrası zararı en az seviyeye indirmek; afetleri öngörerek hazırlıklı olmak ve korunma yöntemleri geliştirmekle mümkündür. Afet öncesi planlama, üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir konudur. Hastane acil servisleri, afet durumunda en aktif olarak çalışan birimlerdir. Dolayısıyla afet durumlarında hızlı bir şekilde organize olabilmeleri, öncesinde iyi bir planlama ve hazırlık süreci gerektirir.

Afet Tanımı

Dilimize Arapçadan geçen afet sözcüğü Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre "doğanın sebep olduğu yıkım" anlamına gelmektedir (1). Ancak afet olgusu farklı bakış açılarına göre ulusal ve uluslararası kaynaklarda değişik şekillerde tanımlanmıştır. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Birlikleri Federasyonunun yaptığı tanıma göre afet; "insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları olumsuz etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi olanak ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik

veya insan kökenli olaylar ve doğurduğu sonuçlardır" (2). Afet denince çoğumuzun aklına deprem, hortum, sel gibi doğal olaylar veya yangın, su baskını gibi olaylar gelir. Ancak beklenmeyen ve yanıt kapasitesini aşan her türlü durum, afet olarak nitelendirilebilir (1). Afet basitçe, bir sistemin müdahale ve yanıt kapasitesini aşan her türlü olay olarak tanımlanabilir (3). Örnek vermek gerekirse, büyük bir il merkezinde 4-5 aracın karıştığı 7-8 ciddi durumda yaralının ve 9-10 hafif yaralının olduğu bir trafik kazası afet olarak kabul edilmez ancak aynı kaza küçük bir ilçe merkezinde olduğunda eğer olanaklar yetersizse afet olarak kabul edilebilir. Benzer bir şekilde ateşi ve ishali olan 9-10 bebeğin aynı anda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmaları; yeterli personel, sedye ve malzeme olmadığı için afet olarak değerlendirilebilirken, üçüncü basamak sağlık kuruluşları için bu normaldir. Yanıt ve müdahale kapasitesi değişkenliği, bölgeler ve kurumlar dışında zamana göre de oluşabilir. Mesela gündüz diyaliz hizmeti verebilen bir kuruma gece geç saatlerde acil diyaliz ihtiyacı olan bir hastanın başvurusu da afet oluşturur. Yine ünlü ve önemli birinin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusu da kaynakların çoğu onun için kullanılacağından dolayı afet olarak kabul edilebilir. Afet, bir olayın kendisinden çok, doğurduğu sonuçtur ve önemli olan cevap kapasitesinin aşılmasıdır (4). Sonuç olarak afet, beklenmeyen bir zamanda gelişen, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı

ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olaydır (4).

Afet Sınıflaması

Afetler oluşum şekilleri, tipleri, büyüklükleri, etkiledikleri alan, yıkım güçleri, uyarı düzeyleri, seviyeleri, verdikleri hasar derecesine, oluşturdukları ölüm ve yaralı sayısı ve bunlar gibi başka birçok özelliklerine göre sınıflandırılmışlardır (1). Hastaneler açısından afetler, dış ve iç olarak ikiye ayrılmışlardır (5). Hastane sınırları içinde gerçekleşenler iç afet olarak tanımlanır. Su ve elektrik kesintileri, sistem arızaları, laboratuvar kazaları, yangın, su basmaları, patlama ve silahlı saldırılar iç afetlerdir. Hastane dışında gerçekleşenler ise dış afetler olarak adlandırılır. Toplu zehirlenmeler, büyük çaplı trafik kazaları, terör olayları, kimyasal zehirlenmeler ve endüstriyel kazalar bu gruba girer. Deprem ve savaş gibi durumlar ise her iki gruba da girer. Etkilenen insan sayısına ve afetin gelişim şekline göre yapılan sınıflandırmalar da hastaneler için önemlidir. Ani gelişen çok sayıda yaralının olduğu olaylarda hafif yaralıların çoğu en yakın hastaneye genelde kendi imkânları ile başvurlar. Bunun hemen sonrası da tipik olarak daha ağır hastalar ambulans sistemi ile aynı hastaneye getirilirler. En yoğun başvuru; genelde olaydan iki, üç saat sonra gerçekleşir. Bu durum acil servis



başvurularını normalin çok üzerine çıkmasına sebep olur. Salgın hastalıklar gibi daha yavaş gelişen ve fazla sayıda insanı etkileyen durumlarda günlük acil servis ve hastane başvuru sayıları daha yavaş artar ancak uzun süre yüksek kalır (5). Afet sınıflandırmaları hazırlık, planlama ve müdahale açısından yol göstericidir.

Afet Yönetimi

“Afet yönetimi; afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele sürecidir. Bütünleşik afet yönetimi, mevcut ve muhtemel tüm afet tehlike ve risklerini, afet yönetiminin tüm temel evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon) kapsayan, tüm sektörlerden (kamu, özel, sivil, akademik) kurum ve kuruluşların, toplumun afet yönetimi süreçlerine katılımını ve tüm kaynakların seferber edilmesini ifade eden bir yaklaşımdır” (6). Başka bir ifadeyle afet yönetimi kavramı; her türlü tehlikeye karşı hazırlıklı olma, zarar azaltma, müdahale etme ve iyileştirme amacıyla mevcut kaynakları organize eden analiz, planlama, karar alma ve değerlendirme süreçlerinin tümünü kapsar. Bu nedenle, afet yönetimi çalışmaları bir

bütündür ve birçok disiplinin bir arada uyumlu çalışmasını gerektirir (4).

Modern afet yönetimi, risk ve kriz yönetimi olarak ikiye ayrılmıştır. Risk yönetimi, afet öncesi önleme ve korunmaya yönelik tüm çalışmaları kapsar. Kriz yönetimi ise afet oluşuktan sonraki müdahale ve iyileştirme çalışmalarını kapsar (4, 7). Türkiye afet yönetimi konusunda yasal mevzuat açısından en gelişmiş ülkeler düzeyinde olmasına rağmen doğal afet zararları beklenen düzeyde azaltılamamıştır. Bunun nedeni, afet yönetiminin önleme çalışmaları yerine afet sonrası yardım çalışmalarına önem veren anlayıştır (8).

Risk yönetiminin iyi yapılması, afetlerden doğan zararı en aza indirmeyi ve kriz yönetiminin de etkili olmasını sağlar. Afet yönetiminin dört ana evresini; risk ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme oluşturur. Bunlar; tahmin ve erken uyarı, afetlerin anlaşılması, etki ve ihtiyaç analizi ve yeniden yapılandırma gibi alt evrelerden oluşur. Bu evreler birbirini takip etmeyebilir ve çoğunlukla iç içe girmiştir. Sonuç olarak her evre birbirine bağlıdır ve zararı en aza indirmek için hepsi bir bütün olarak ele alınmalıdır (4, 7).

Her bölgenin ve toplumun karşılaşabileceği potansiyel tehlikeler farklıdır. Örneğin Türkiye için kasırgalar önemsizken Amerika'nın Atlantik kıyıları için öncelik verilmesi gerekir. Nükleer santrallerin,

Hastaneler açısından afetler, dış ve iç olarak ikiye ayrılmışlardır. Hastane sınırları içinde gerçekleşenler iç afet olarak tanımlanır. Su ve elektrik kesintileri, sistem arızaları, laboratuvar kazaları, yangın, su basmaları, patlama ve silahlı saldırılar iç afetlerdir. Hastane dışında gerçekleşenler ise dış afetler olarak adlandırılır. Toplu zehirlenmeler, büyük çaplı trafik kazaları, terör olayları, kimyasal zehirlenmeler ve endüstriyel kazalar bu gruba girer.



Triaj, acil servislere başvuran hastaların aciliyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılabildiği gibi çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır. Afet triajındaki yaklaşım acil servistekinden farklıdır. Tıbbi olanaklar kısıtlı olduğu için tedaviden fayda görme olasılığı yüksek olan hastalara öncelik verilir. Amaç, daha çok sayıda insan için daha çok şey yapmaktır. Kurtulma şansı düşük hastalara müdahale yapılmaz.

kimyasal ve endüstriyel tesislerin varlığı, terör saldırılarına hedef olma olasılığı gibi birçok risk faktörü değerlendirilmelidir. Ayrıca her afet farklı tip ve büyüklükte yıkımlara sebep olur. Her ülke kendi bölgesi için olası riskleri belirlemelidir. Bu araştırmaya "zarar görülebilirlik analizi" denir ve planlama çalışmalarında öncelikleri belirlemede kullanılır (5). Ülkemizde son yıllarda terör olayları ciddi zarara yol açsa da depremler doğal afetler açısından en büyük yıkıma yol açan afetlerdir (8). Olası riskler belirlendikten sonra önleme için koruma yöntemleri geliştirilmeli, bu konuda insanlar bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Olası afet durumunda zararı azaltacak projeler üretilmelidir. Bütün bunlar risk azaltma evresini oluşturur. Afet durumunda görev alacak kurumlar belirlenmeli ve görev tanımları yapılmalıdır. Üyelere eğitim verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır. Bunlar hazırlık evresini oluşturur. Müdahale evresi, afet sonrasında can ve mal kaybını en aza indirmek için yapılanları kapsar. İyileştirme ise afet sonrası düzenleme çalışmalarını ifade eder. Kazanılan deneyimlere bağlı olarak diğer aşamalarındaki eksiklikler gözden geçirilmeli, tartışılmalı ve planlar bu doğrultuda değiştirilmelidir (7).

Hastane Afet Planı

Hastane afet planı; afet fark edildiğinde hemen devreye giren, belirli bir sistematik içinde olaya yaklaşan, görev alan kişilerin görevlerinin önceden çok iyi tanımlan-

dığı, kayıtların düzenli tutulduğu ve her alanda ortak dilin kullanıldığı hastane afet sistemidir (9). Afetlerde hastaneye başvuran hasta ve yaralıların teşhis ve tedavisinde başarılı olmak ve hastanede ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirebilmek için her hastanenin yazılı, uygulanabilir bir afet planı olmalıdır (10). Hastane afet yönetim birimi, bir hastanenin afet durumuna karşı hazırlık, planlama ve müdahaleyi yapmaktan sorumlu birimdir. Üyelerini hastane yöneticileri ve çalışanları oluşturmaktadır (5). Görevi afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında hastanenin ve alt birimlerinin, sürece hazırlanmasını düzenlemek ve izlemektir (11). Ayrıca kurum içindeki tüm birimler ve dış kurumlar arası haberleşmeyi sağlar, düzenler ve kontrol eder. Hastane afet planı aktivasyonu yönetim birimi başkanı tarafından yapılır ve sonlandırılır (6). Hastane afet yönetim birimi birçok alt birimden oluşur. Bunlar idari ve teknik hizmetlerden hemşirelik ve acil tedavi hizmetleri gibi geniş bir yelpaze oluşturur. Alt birimlerin görev tanımlamaları net bir şekilde yapılmalıdır. Afet sonrası görev alacaklar ve yedekleri belirlenmeli, iletişim numaraları kayıtlı olmalı ve güncel tutulmalıdır. Tüm görevlilerin afet durumları için eğitim almaları sağlanmalıdır. Üstünde durulması gereken en önemli konu ise tatbikat yapılarak eğitimin pekiştirilmesi ve güncel tutulmasıdır. İş akış planı oluşturulup duyurulması sağlanır. Kullanılacak malzemeler ve cihazlar belirlenip temin edilir. Toplanma alanları belirlenir ve duyulur. Aktif kullanılmayan

bu cihazların bakımı ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılır. Gerekli formlar hazır tutulur. Tüm bu işlemlerin sürekli denetlenmesi gereklidir. Tatbikatlarda eksikler belirlenmeli yeni eğitimler bunlar doğrultusunda değiştirilmelidir (4, 6, 11). Birim olası tehlikeleri değerlendirmek, afet planlarını güncellemek, eğitimleri planlamak, tatbikat yapmak, ülkede yaşanan olaylara göre afet planını düzenlemek için rutin olarak toplanmalıdır. Afet sırasında ilk iki saatte (birinci aşama) birim başkan yönetiminde toplanır, görevlendirmeler alınır, görev tanımları okunur, alt birim sorumluları görevlendirilir. Afet eylem planı uygulamaya konur. Durum bildirir raporlar ve kayıtlar toplanır. Destek hizmetlerinden araç gereç, ilaç, su, gıda vs. hakkında son durum bilgileri alınır ve başkana rapor edilir. Sonrasında ikinci aşamada (2-12 saat) birimler arası bilgilendirmeye devam edilirken hastanenin güvenlik durumu, tıbbi kapasitesi ve iş gücü akış planı gözden geçirilir. Sorumlular tarafından belirlenen ihtiyaçlar karşılanır. İl Afet Koordinasyon Kurulundan güncel bilgiler alınır ve son duruma göre afet eylem planı gözden geçirilir. Tüm bunlar başkana rapor edilir. Son aşama olan üçüncü aşamada (12 saat sonrası) birimler arası bilgilendirmeler, emniyet ve güvenlik analizi devam eder. Gelen raporlar değerlendirilir, bunların doğrultusunda yeni raporlar hazırlanır. Geline aşamalar değerlendirilir ve kritik sorunlar için çözüm arayışına gidilir. Sağlık kurumunun hasar görmesi veya kapasitesinin yetersiz hale gelmesi durumunda başkan ile birlikte gerekli girişimlerde bulunulur ve son duruma göre afet eylem planı yeniden düzenlenir. Kurum içi ve dışı iletişim koordine ve kontrol edilir. Görev devri durumunda yeni yetkiliye bilgi verilmelidir. Olağanüstü durumu sonlandırma aşamasında ise normal işleyişe dönüş sağlanır. Donanım ve malzemeler toplanır, kontrol edilir ve varsa eksikler tamamlanır. Müdahale sonrası faaliyetler planlanır. Kayıtlı belgeler toplanır. Değerlendirme toplantıları yapılarak gerekli revizyonlar belirlenir. Faaliyet raporu ve gelişim planı yazılır. Müdahale sonrası toplantı ve faaliyetlere katılım sağlanır. Stres yönetimi gerçekleştirilir. Basın yayın organları aracılığı ile halk bilgilendirilir. Etkilenenlere psikososyal destek sağlanır. Bağlı bulunan üst yönetici son durum hakkında bilgilendirilir (4, 6, 11). Afetler ve benzer travmatik olaylarla sıklıkla karşılaşan ve çoğunlukla da ilk müdahaleyi yapmak durumunda olan personellerin ruhsal yönden desteklenmesi ve olası diğer afetlere hazırlanması da gereklidir (12). Depremi etkilerini azaltma amaçlı yeni yapılan hastane binalarında sismik izolatör kullanımı önerilmiştir. Ayrıca yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması amaçlı her türlü araç gereç ve malzemenin sabitlenmesi, cam kırığı yaralanmalarına karşı camların koruyucu film tabakası

ile kaplanması veya kalın perde ya da kırılmaz cam kullanılması, tüm çıkışlara acil durum ışıkları yerleştirilmesi, doğal-gazı sarsıntı sırasında otomatik olarak kesen sistem kullanılması, sıhhi tesisatın sarsıntı, bükülme ve kopmaya dayanıklı malzemeden seçilmesi gibi önlemler önerilerden bazılarıdır (4, 9).

Triaj

Afet sırasında alandaki karışıklığı önlemek için triaj yapmamız gereklidir. Triaj; Fransızcada seçmek, ayıklamak, sınıflandırmak anlamına gelen “trier” fiilinden köken alır. Önceleri kahve tanelerinin kalite ve boyutlarına göre ayrılması için kullanılmıştır. Triaj, acımasız gibi görünen ancak akla dayalı kuralları olan, zor bir sistemdir. Tıp alanında ilk kez Napolyon savaşlarında, yetersiz sayıda sağlık kaynakları nedeni ile ciddi şekilde yaralanmış askerleri ölüme bırakarak ve daha hafif yaralı olanlara müdahale ederek yeniden savaş alanlarına geri dönmelerini sağlamak için uygulanmıştır. II. Dünya Savaşından sonra triaj, tıbbi girişim sonrası savaş alanına geri dönme olasılığı yüksek olanları belirlemek için kullanılan “süreç” anlamına kavuşmuş; bu gelişme, savaşa geri dönecek askerler için tıbbi kaynakların artırılmasına neden olmuştur. Öncelik daha kurtarılabilir hastalara verilmiştir. Son olarak, Kore ve Vietnam Savaşları'nda bu kavram, yaralı asker ya da bireyler arasında “öncelikli olanların belirlenmesi” olarak kullanılmıştır (3, 4).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre triaj; çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir. Günümüzde acil servislerde kullanılan triaj sistemlerinin amacı hastaları şikâyetleri ve başvuru şekillerine göre hızlı bir ön değerlendirme ile müdahale önceliklerine göre sınıflandırmaktır. Bu sistem gerçekten acil durumda olan hastaların acil serviste daha çabuk değerlendirilebilmesini sağlar (3). Triaj, acil servislere başvuran hastaların aciliyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilirdiği gibi çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır. Afet triajındaki yaklaşım acil servistekinden farklıdır. Tıbbi olanaklar kısıtlı olduğu için tedaviden fayda görme olasılığı yüksek olan hastalara öncelik verilir. Amaç, daha çok sayıda insan için daha çok şey yapmaktır. Kurtulma şansı düşük hastalara müdahale yapılmaz. Fazla sayıda yaralının olduğu durumlarda daha basit ve hızlı bir triaj tekniği olan START (simple triajand rapid treatment) yöntemi

daha uygundur. Bu teknikte hastanın solunum, dolaşım ve bilinç durumu hızlı bir şekilde değerlendirilir. “Basit triaj ve hızlı tedavi” yönteminde önce yürüyebilen tüm yaralılar çağırılır ve olay yerinden uzaklaşmaları sağlanır. Bu hastalar “yeşil” olarak kabul edilir diğer hastalara bakıldıktan sonra tekrar değerlendirilmek üzere ayrı bir alanda bekletilirler. Sonrasında kalan hastaların solunum, dolaşım ve bilinç durumu hızla değerlendirilerek “kırmızı (acil)”, “sarı (bekleyebilir)”, “siyah (ölü)” olarak üç gruba ayrılırlar. Bu tip durumlarda girişim olarak sadece ciddi dış kanamalara direkt baskı ve hava yolunun açılması yapılabilir ve genelde yaralıların hastanelere transferi yapılır. Genellikle hastaneye renk kodlu triaj etiketleri ile ulaştırılan hastaların hastane personeli tarafından yeniden değerlendirilip triajları yapılır. Alandaki triyajı yapılan hastalar sık aralarla tekrar değerlendirilmelidir (3). Bunların dışında yaralının çok küçük veya çok yaşlı olması, altta yatan hastalık varlığı, çoklu yaralanma olup olmaması prognozu kötü etkileyeceğinden dolayı triaj sırasında dikkat edilmelidir. Triajda asıl amaç, daha çok kişiye en yüksek düzeyde yarar sağlamaktır. Bu nedenle sağlık müdahalelerinin tüm evrelerinde uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Eryılmaz M, Dizer U. Afet Tıbbi. Ünsal Yay. Ankara, 2005.
- 2) World Disasters Report 2009, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2009.
- 3) Oktay C. Afetlerde Hastane Öncesi Müdahale ve Triaj. Std 2002, cilt 11, sayı 4; 136-139.
- 4) Işık Ö, Aydınlioğlu HM, Koç S, Gündoğdu O. Afet Yönetimi ve Afet odaklı Sağlık Hizmetleri Okmeydanı Tıp Dergisi, 28(ek sayı 2) 2012; 82-123.
- 5) Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013; 27-61
- 6) Sağlık Bakanlığı Hastane Afet Planı Hazırlama Kılavuzu, Aralık 2015.
- 7) Kadioğlu M. Afet ve Acil Durum Yönetimine Giriş. Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 2014; 1-22.
- 8) Öztürk N, Türkiye'de Afet Yönetimi: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 12, sayı 4, Ekim 2003; 42-64.
- 9) Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastane Afet Planlarının Önemi Üzerine Literatür Taraması ve İstanbul İlinde Bir Devlet Hastanesinde Gerçekleştirilen Deprem-Yangın-KBRN Tahliye Tatbikatı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, cilt: 2, sayı: 4, 2015; 190-193.
- 10) Lök U, Yıldırım C, Al B, Zengin S, Çavdar M. Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Afet Planı. Akademik Acil Tıp dergisi, cilt 8, sayı 3, 2009; 38-46.
- 11) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Yönetim Birimi Görevleri.
- 12) Çakmak H, Er AR, Öz YC, Aker AT. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. Akademik Acil Tıp dergisi 2010;2;83-8.

Acil sağlık hizmetlerinde hukuki sorunlar

Prof. Dr. Hakan Hakeri



1966 yılında doğdu. 1987 yılında İstanbul Hukuk Fakültesinden mezun oldu. 1996'da Almanya'da Köln Üniversitesinde doktorasını tamamladı. 2007'de profesör oldu. 2009 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 2011 yılında da İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi kurucu dekanlıklarına atandı. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi Başkanı. Tıp Hukuku Derneği Kurucu Başkanı olan Dr. Hakeri, aynı zamanda İstanbul Medeniyet Üniversitesi tarafından yayımlanan Tıp Hukuku Dergisinin editörüdür.

Acil tıbbi müdahaleler, tıp hukukunda getirilen kural-
ların çoğunun istisnalarına
rastlanılan bir alandır. Bu
nedenle, özellikli bir tıbbi
müdahale olarak acil tıbbi
müdahalelerden kaynaklanan hukuki sor-
runlara değinmekte yarar var. Öncelikle
acil müdahaleden ne anlaşılması gerekti-
ğini belirlemek gerekir. Kanaatimce,
hastanın vücut bütünlüğü veya hayatı
bakımından tehlikeli bir durumun varlığı
halinde yapılacak tıbbi müdahaleler acil
tıbbi müdahalelerdir. Tehlikenin mevcut
olması da aranmaktadır. Acil müdahale-
lerde de kural olarak tıbbi müdahalenin
hukuka uygunluğu için aranan şartlar
aranmaktadır. Bu çerçevede müdahaleyi
sağlık çalışanının yapması, endikasyon-
nun varlığı, hasta aydınlatılarak rızasının
alınması esastır. Ancak bu konularda acil
müdahalelerin yapısından kaynaklanan
istisnalar gündeme gelmektedir. İlk
sağlık çalışanı olma şartı burada daha
gevşek ele alınır. Acil durumlarda başka
çare yoksa hiç bir tıbbi eğitimi olmayanlar
dahi tıbbi müdahalede bulunabilir. Ayakta
Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık
Kuruluşları Hakkında Yönetmelik 31/ğ:
“Tabip harici sağlık çalışanı, ilk yardım
ve acil tıbbi müdahaleler hariç olmak
üzere, tabip kararı ve talimatı olmaksızın
hangi surette olursa olsun hastalara
doğrudan tıbbi hizmet sunamaz. Tabip
harici sağlık çalışanının, bu kurala aykırı
olarak sunduğu hizmetlerden doğan
neticelerden kendisi ile birlikte, mesul
müdür ve işleten sorumludur” demek-
tedir. Burada tıp hukukunda zorunluluk
durumu kabul edilir. Ancak hukukumuzda
acil hallere ilişkin özel hükümlerin de sevk
edildiği görülmektedir. Örneğin 1219
sayılı Kanun’un 3.maddesine eklenen
şu hükümde olduğu gibi: “Türk Silahlı
Kuvvetlerinin muharip unsurlarından ve
Emniyet Genel Müdürlüğü Özel Harekât
Daîresi Başkanlığının merkez ve taşra
teşkilatı personelinden, görevlendirilen

ve ilgili eğitimi başarıyla tamamlayanlar,
görev yaptıkları süre ve görevle sınırlı ol-
mak üzere, sağlık personeli yokluğunda,
sağlık hizmetine ulaşınca kadar acil
tıbbi müdahaleleri yapmaya yetkilidir.”
(Maddeye yönelik iptal istemi Anayasa
Mahkemesi tarafından reddedilmiştir.
AYM, 7.11.2014, 61/166). Yine aynı
Kanun’un 23.maddesine göre, “Acil tıbbi
yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık
Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde
belirtmek kaydıyla acil tıp teknikleri
ile acil tıp teknisyenleri hastaya müda-
hale edebilir. Bu hususta lazım gelen
iş ve işlemleri yapabilirler.” Endikasyon
şartı konusunda ise acil müdahalelerde
herhangi bir istisna söz konusu değildir.
Bu müdahalelerin yapılabilmesi baki-
mından da endikasyon bulunmalıdır.
Aydınlatma esasen acil müdahalelerde
de zorunludur. Ancak müdahalenin
acilliğine göre aydınlatmaya hiç vakit
ayrılmayabilir. Bunu sağlık çalışanının
takdir etmesi gerekir. Hasta Hakları
Yönetmeliği’nin 24/3. maddesi hastanın
rızasına ilişkin olarak, “Kanuni temsilciden
veya mahkemeden izin alınması zaman
gerektirecek ve hastaya derhal müdahale
edilmediği takdirde hayatı veya hayatı
organlarından birisi tehdit altına girecek
ise izin şartı aranmaz” demektedir. Bu
hükme kıyasen, bu takdirde aydınlatma
yükümlülüğünün de bulunamayacağı
sonucunu çıkarmaktayız. Aydınlatmanın
içeriği de acil vakalarda farklılaşacaktır.
Örneğin hastanın alternatif yöntemler ko-
nusunda aydınlatılarak karar vermesinin
beklenmesi, acil hallerde söz konusu
olmayabilecektir.

Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu
kararına konu olan bir olayda; genç kadın
hasta düşme sonucu sağ ön kolunu
kırmış, altı haftalık gebedir. Düz grafi
çekilmiş, genel anestezi altında düzeltme
ve alçı uygulaması yapılmış. Birkaç
gün sonra ise vajinal kanama ve düşük
gerçekleşmiş. Hasta, bilgilendirilseydi

çocuğunu kaybetmeyeceğini ileri sürerek
ortopedi hekiminden şikâyetçi oluyor.
Hekim acil olarak başvuran hastanın ge-
beliğinden hiç bahsetmediğini ve yaptığı
işlemin düşüğe neden olamayacağını ileri
sürüyor. Bilirkişi, abortusa anestezinin,
çekilen grafiyle alınan radyasyonun veya
olayın travmatik etkisinin neden olabi-
leceğini ve bunu ayırmanın olanaksız
olduğunu tespit ediyor. Yüksek Onur
Kurulu, isabetli olarak, olayın acil şartlar
altında gerçekleşmesi nedeniyle bilgilendi-
rirmenin eksiksiz yapılması için hastanın
da gönüllülük ve yeterliliğinin gerektiği,
hastanın gebelik durumunu acil şartlar
altında çalışan hekimlerin sormasının
beklenmeyeceği, bu bilginin verilmesi
sorumluluğunun esasen hastada olduğu
gereğleriyle hekim hakkında bir kusur
varlığından söz edilemeyeceği kanaatine
varmıştır.

Endikasyon ne kadar acil ise müdahale
ne kadar gerekli ise aydınlatma yüküm-
lülüğü de o ölçüde hafif olacaktır. Bu
söylenenlerden, sözgelimi kanser teşhisi
ile ameliyata alınması gereken bir hasta-
nın aydınlatılmasının, gribal enfeksiyona
maruz bir hastaya göre daha hafif olacağı
sonucu çıkarılmamalıdır. Elbette kanser
hastası, grip olmuş bir hastaya nazaran
çok daha geniş aydınlatılmalıdır. Ancak
tıbbi müdahalenin acilen yapılması
gereken hallerde, müdahalenin acilliği
ile ters orantılı bir biçimde, aydınlatma
yükümlülüğünün kapsamı daralacaktır.
Rıza konusunda öncelikle altını çizmek
isterim ki, acil tıbbi müdahalelerde de rıza
ana şartlardandır. Müdahalenin acilliği
halinde rıza aranmayacağı gibi bir yanlış
kanaat zaman zaman ifade edilmektedir.
Müdahalenin acilliği veya müdahale
yapılmaması halinde hastanın hayatını
kaybedecek olması gibi durumlarda
da hastanın rızasına ihtiyaç vardır. Acil
müdahalelerde rıza bakımından iki halde
ayrık bir değerlendirme yapmak gere-
kebilir. Bunlardan ilki, kişinin bilincinin

kapalı olması ve müdahalenin acilen yapılmasının gereğidir. Bu durumda varsayılan rıza kabul edilerek müdahale yapılır. İkinci olarak, bilinci kapalı olan hastanın çocuk olması halinde ebeveynin acilen gerekli müdahaleye rıza göstermemesi durumunda ebeveynin rızası aranmayacak ve müdahale yapılacaktır. Benzer şekilde, reşit olmakla beraber bilinci kapalı hastanın yakınlarının da hastanın hayatı veya sağlığı açısından zorunlu müdahaleye rıza göstermemesi de geçerli olmayıp, sağlık çalışanlarının müdahale etmeleri gerekir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre, "... Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda bu beyan imzalı olarak alınır. İmzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır". Bu girişten sonra acil müdahalelerle ilgili bazı özel hususlara da işaret etmekte yarar görüyorum. İlk, örneğin acile gelen her hastaya acil hasta muamelesi yapılabilir mi, yoksa sağlık çalışanının bu konuda takdir yetkisi var mıdır? Acil servislerde acil olmayan hastalara bakılmayarak, gerçekten acil hastalara tıbbi müdahale yapılması mümkündür. Ancak bunun için hastanın gerçekten de acil bir yönü olup olmadığı iyi değerlendirilmelidir. Nitekim Yargıtay da, çocuğun ateşlenmesi üzerine acil servise giden aileyi hemşirenin nöbetçi hekime haber verdiği, ancak hekimin kalp krizi ve trafik kazası dışındaki hastalara bakmayacağını söyleyerek çocuğu muayene etmediği olayda, acil serviste nöbetçi olan hekimin muayene etmeden hangi hastanın veya hastalığının acil kapsamında olduğunu belirleme ve bunu hastaları görmeden yapma hak ve yetkisinin bulunup bulunmadığı, acil servis hizmetlerinin uygulanması hakkındaki kanun, yönetmelik ve tebliğler nazara alınarak ve kurumdan ya da bilirkişiden görüş sorularak belirlenmesi ve hekim hakkında karar verilmesi gerektiğine hükmetmiştir. İkinci soru, acil durumlarda özen yükümlülüğünün içeriği farklı belirlenebilir mi? Hastanelerin acil servislerinde özen kriteri kural olarak acil durumlarda yumuşatılamaz. Gerçekten de acil hallerde hekimin özen yükümlülüğünü daha düşük düzeyde belirlemek doğru olmaz. Acil hallerde kullanılacak ölçüt, öngörülebilir olanın ne olduğu ve buna karşı nelerin mümkün olabileceğidir. Burada olsa olsa müdahalenin hızlı olması ve eldeki imkânların hepsinin kullanılamaması gibi nedenlerle, sağlık çalışanının kusuru noktasında bu aciliğin göz önünde bulundurulacağıdır. Bir diğer soru, diğer alanlardaki sağlık çalışanlarına tanınan hizmetten çekilme hakkı, acilde çalışan sağlık çalışanlarına da tanınmış mıdır? Hekimin mesleki özzerkliğinin bir sonucu olarak hekime özel durumlarda hastayı seçme hakkı da tanınmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği ile tanınmış bulunan hekim seçme özgürlüğü hekimler bakımından

da kıyasen kabul edilmelidir. Ancak bu özgürlük acil durumlar dışında özel bir sağlık kuruluşunda çalışan hekimler açısından mutlak iken; kamu kuruluşlarında çalışan hekimler sadece acil hallerde değil, onun dışında da bir kamu görevlisi olmaları dolayısıyla hastaya bakmakla yükümlüdürler. Nitekim Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu konuyu açıkça düzenlemiştir (md. 18):

Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifinin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir. Acil müdahalelerle ilgili olarak ele alınması gereken konulardan biri de, acil hastaların başka hastanelere gönderilmelerine ilişkindir. Belirtmek gerekir ki; acil hastalara ilk teşhis ve müdahale imkânının olduğu hallerde, hasta görülmeden sevki doğru değildir. Mevzuatımızda da aynı hususa işaret edilmektedir: Başvuran her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır... İlk tıbbi müdahale yapıldıktan sonra ileri tıbbi bakım ve tedavi konusunda yetersizlik söz konusu ise sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlanarak verilen tıbbi bakımın tamamı ilgili birim sorumlusu tarafından yazılı olarak belgelendirilir. Bu belge nakil yapılacak kuruma hasta ile birlikte gönderilir. Nakil ancak, stabilizasyon sağlandıktan sonra veya hayati tehlike veya sakatlık tehlikesi taşıyan hastaların uygun bakımlarının, stabilizasyonlarının ve tedavilerinin mevcut tıbbi-teknik imkânlar ile gerçekleştirilemeyeceğinin tespit edilmesi halinde yapılır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği md. 15). Acil servis, hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşunun nev'ine ve hastanın diğer özelliklerine bakmaksızın, stabilizasyon sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetleri sunar (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği md. 24).

Acil durumlarda klinik araştırmalar yapılabilir mi? Biyotıp Sözleşmesi'ne Ek Protokol (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair 5013 Sayılı Kanun, RG. 09.12.2003, S. 25311; Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokol'ün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair 6212 Sayılı Kanun, RG 11.06.2011, S.27961 (mükerrer)), bir kimsenin rıza açıklama durumunda olmaması veya acil durum nedeniyle, yetkili kişilerden rıza alınması imkânının bulunmaması halinde ne tür ek şartlar altında araştırma yapılabileneğine ilişkin yasal şartların belirlenmesi gerektiğini amirdir. Buna göre, bu durumda şu ek şartlar aranmalıdır (md. 19): Birincisi, karşılaştırılabilir etkinlikte bir araştırmanın, acil durumda olmayan kişiler üzerinde yapılamaması; ikincisi, özel olarak acil durumlara yönelik yetkili mercilerden izin alınmış olması; üçüncüsü, kişinin daha önce açıklamış

olduğu ve bilinen itirazlarının göz önünde bulundurulması; dördüncüsü, araştırmanın, ilgili kişinin sağlığına doğrudan bir yarar sağlaması söz konusu değilse, araştırmanın amacının, kişinin durumu, hastalığı veya bozukluğunun bilimsel olarak anlaşılmasında bir gelişme sağlamak suretiyle, o kişinin veya aynı durumdaki diğer kişilerin veya aynı hastalık, bozukluk veya durumdan etkilenmiş diğer kişilerin azami fayda görmeleri ve asgari risk ve külfet altında olmalarını sağlayacak sonuçlara ulaşmaktır. Acil araştırma projesine katılan kişilere ve gerekiyorsa temsilcilerine araştırma projesine katılımları ile ilgili verilmesi gerekli tüm bilgi, en kısa zamanda verilir. Katılımın sürdürülmesi ile ilgili rıza veya yetkilendirme, mümkün olan en kısa ve makul sürede talep edilir. Acil hallerde uzaktan müdahale yasağı geçerli olacak mıdır? Uzaktan muayene gibi, uzaktan teşhis de yasaktır. Bununla beraber, hekim acil durumlarda kendisi gelinceye kadar alınması gereken tedbirler konusunda telefonla talimat verebilir. Acil servise getirilen hastaların mahremiyetiyle ilgili olarak da tedbir alınmalıdır. Gerek meraklı vatandaşların ve gerekse basın mahremiyet ihlalinin önüne geçilmelidir. Burada mahremiyet daha önem kazanmaktadır, zira kişiler çoğu kez hastaneye hazırlıksız olarak getirildiklerinden, başkalarının görmesini istemeyecekleri bir halde olabilirler. O nedenle, acil servis önünde de mahremiyetin korunması sağlanmalıdır. Acil hallerde sır saklama yükümlülüğü ile ilgili olarak da bir istisna mümkündür. Buna göre, acil durumlarda hastalara ait gizli bilgilerin kullanımı veya açıklanması söz konusu olabilir. Bununla beraber, acil durumla başa çıkabilmek için sadece asgari düzeyde kalan gerekli bilgi kullanılmalı veya açıklanmalıdır. Yine hastanın bilincinin kapalı olduğu hallerde, durum aileye aktararak aileden bilgi alınabilir.

Son olarak acil hallerde ceza sorumluluğuna da değinelim. Hekim Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. maddesinin, "*Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifinin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir*" hükmü nedeniyle acil hallerde hastaya kasten bakmamaktan dolayı sorumlu olabilirler. Resmi görevli olduğu halde veya acil durumlarda hastanın ölümü için kasten tıbbi müdahaleyi yapmayan hekim olduğundan TCK 83 hükmü dolayısıyla cezalandırılabilecektir. Hekim kasten ihmal etmese bile bu kez de TCK 98 hükmü nedeniyle, tehlikede olana yardım etmeme nedeniyle sorumlu olabilir.

Kaynaklar

Hakeri, Hakan, *Tıp Hukuku*, 10. Baskı, Ankara 2016.

Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete İlişkin Avrupa Rehber Kuralları.

Hattat Hasan Çelebi: Modernleşeceğiz derken eskiyi unuttuk, yeniyi de kavrayamayıp arada kaldık

Ömer Çakkal

Hattat Hasan Çelebi; Halim Özyazıcı, Hamit Aytaç ve Kemal Batanay gibi hat üstatlarından sülüs, nesih, ta'lik ve rik'a icazetleri almış, eserleri yurt içinde ve dışında birçok önemli koleksiyona alınmış, Güney Afrika'dan, Kazakistan'a, Türkiye'den Suudi Arabistan'a kadar birçok ülkede cami ve mescit duvarlarındaki yazıları yazmış, dünyanın farklı ülkelerinden pek çok öğrenci yetiştirmiş bir sanatkar. SD'nin röportaj teklifini geri çevirmeyen Çelebi ile hem Erzurum'un bir köyünden başlayıp dünyanın farklı coğrafyaların uzanan hikâyesini, hem de 80 yıllık tanıklığı ekseninde Türkiye'nin modernleşme ve sağlığa erişim serüvenini konuştuk.

Bir röportajınızda “Bir köy çocuğu, köyden başlayıp kimsenin elinden tutmadığı biri. Garip gureba, yurdundan uzak. Gelmiş buralarda gayret ederek kendi başına bir şeyler öğrenmiş. Hayatının özeti bu” diyorsunuz. Hayatınızı bir de bizim için özetleyebilir misiniz? Sizin hikâyeniz Erzurum'dan başladı değil mi?

Erzurum'un bir köyünde 8 çocuklu bir ailede dünyaya geldim. Yukarıdan aşağıya 2 numarayım, yani ailedeki ikinci çocuğum. Dünyaya geldiğim dönemi ise hatırlayamıyorum. Ancak 4-5 yaşında olduğum 40'lı yılları hatırlıyorum. O dönemler bir köy çocuğunun uğraşı ya hayvanlardır, ya çifttir ya da çubuktur. O dönemde köy çocuklarına o işi yaptırılırdı. Bunların haricinde başka bir şey düşünemez, dünyadan ve tarihten haberdar olamazdınız. Zaten o senelerde Anadolu'daki düşünür vasfını kazanmış olan insanların bile salim bir düşünceye

sahip olduklarını zannetmiyorum. Çünkü o günlerde tek düşünce derdi çoluğu çocuğu geçindirmek idi. O dönemler hiçbir şey yoktu ve her şey bitmişti. 40'lı yıllarda Alman Harbi başlamıştı ve dünya yeniden kasıp kavruluyordu. Kıtlıkla birlikte doktor ve ilaç da yoktu. Koca karı ilacı dedikleri yöntemlerle hastalar tedavi ediliyordu. Bunları düşününce insanların salim bir kafayla dünyayı, kültürü ve tarihi düşünmesine imkân yoktu. Büyüklelerimiz kendi dertlerine düşmüşken ben o yıllar henüz çocuktum. O dönem çocuklar gündüzleri dışarıda koşar, eve geldiğinde ise bir lokma yemek yiyerek yatardı. Bu büyükleimizin tek derdiydi. Çocuk dışarıda kalmadan, hasta olmadan akşam sağ salim yatması onlar için kâfi idi. Tabi insanların yaratılıştan mevcut olan duygusu boş durmuyor. İnsanların bir şey yapması lazım geliyor. Bir şey okuyup yapman gerekirdi ama neyi okuyacaksın ve neyi yapacaksın? Kimse kimseyi bu konularda yönlendirmiyordu. Ama köyde yakınarımdan 6-7 kişinin çocukları hafızlığa başlamıştı. Ben de onlara heveslendim ve onların yanına gidip gelmeye başladım. Hayatım aslında bu şekilde başladı. Onları okutan da dayım idi. Bir hevesle hafızlığımızı yaptık. Ancak biraz uzun sürdü. “Çirkin ile bal yemem, güzel ile taş taşıyım” diye bir şarkı vardır. Bir işi yaparken yanında bir arkadaşın olursa o iş dayanışma ile yapılır ve o çabuk biter. Benim hafızlığı yaparken yanıma bir arkadaşım yoktu. Okuyanlar benden büyüktüler. Ben ise onlar hafızlıklarını bitirdikten sonra başlamış oldum. Hafızlığa yalnız başladım ama ailemin sıkıntıları da o dönem çok idi. Gündüzleri hayvanları otlatmaya gidiyordum. Bu köyde o dönemler büyük bir hizmetti. O dönemler Kuran ve ezanı okumak yasaktı. “Tanrı Uludur! Tanrı Uludur!” diye ezan okunuyordu.

Kuran dışarıda olduğu gibi evde bile mi yasaktı?

Duyarlarsa evde de yasak! Ama evler köyde olduğu için o kadarına mani olamıyorlar. Ama şehirlerde yasaktı. Yazın bu yasaklar daha sıkı uygulanıyordu. Kışın kar ile yollar kapanırdı ve köylere kimse gelemezdi. Elhamdulillah 1950'de hafızlığı bitirdim. 50'den sonra Türkiye'nin siyasi gelişmesinde olan bazı durumlar bizim gözümüzü açtı. O güne kadar duymadığımız şeyleri duyduk çünkü tek tük de olsa radyolar vardı. TRT Radyosu'nda Cuma günleri sabah Kuran okunuyordu. O dönemler Menderes iktidarı yaşanıyor. Okuyan kişi Burhan Aslanoğlu idi. Biz bunu nasıl öğreniriz diye bir hevese kapıldık. Askerlik yapan dayımın oğlu geldi ve bana askerlik yaptığı şehirde medreselerin olduğunu söyledi. Ben onun peşine takıldım ve İstanbul'a geldim.

Yazıyla hatla olan serüveniniz nasıl başladı?

O zamanlar köyde hattat nedir diye sorsanız kimse bilmezdi. Ama o benim içimde bir aşktı. Ancak malzeme yoktu. Mısır koçanlarını saran kabukların son gömleği incedir. Köydeki yaşlı tiryakiler kâğıt bulamadıkları için onunla tütün sararları. Onu kâğıt olarak kullanıyordum ancak kalem yoktu. Mermi çekirdeklerinin içindeki kurşunu ateşe koyar ve eritirdik. Ardından içindeki kurşun dışarı çıkardı ve su gibi akardı. Sonra bir kâğıdın üzerine kibrit gibi çizer ve içerisine dökerdik. Bu şekilde kalem ve kâğıt ihtiyacımız ikame ederdik.

İstanbul'a ne zaman geldiniz?

1954'te geldim ancak İstanbul'da



gelmişti. Beni Hamit Bey'le tanıştırdı. O da Halim Bey'e (Hattat Mustafa Halim Özyazıcı) gönderdi. Kendisi vefat edince Hamit Bey'le (Hattat Hamid Aytac) yola devam ettik. Bu arada ben bu işi bilerek yapmıyorum, içimdeki hevesi tatmin etmeye çalışıyordum. Sanatı öğreniyordum ama Hoca da isteksizce ders veriyordu. Ancak Hoca'nın hastalığına kadar ben bu işi anlayamamıştım. Daha evvelden biri elimden tutsaydı Hocayı zorlardım ve bir şeyler öğrenmeye çalışırdım. Hoca hastalanınca onun yaptığı bazı işler bana dönmeye başladılar. Öyle olunca bu işin piyasada bir değerinin olduğunu anladım. Ama Hoca'nın yaptığı işi nasıl yapabilirdim! Hoca'nın vefatından sonra sırtımda bir yük hissettim. Çünkü Hoca hayattayken yaptığım işte çözemediğim noktaları kendisine götürüp sorardım. Fakat vefatından sonra soracak kimse kalmadı. Daha sonra talebelerle başladık ve 3-5 kişiyi yetiştirdik. Biz bu talebeleri yetiştikten sonra anladık ama bizim de vaktimiz geçmişti.

Hangi camilerde yazılarınız var? İstanbul'da birkaç büyük caminin yazılarını eskidikten sonra tekrar yazdığınızı biliyorum...

Yazdıklarımın biri vazife yaptığım Fıstık Ağacı Cami. Yıkılınca tekrar yazdım. Sultanahmet'in tamiratında ana kubbenin dışındaki kubbeleri yazdım. Medine'de de yazılarım var. Medine'de 1987'de Kuba Mescidinde yazılar yazdım.

Bugün 80 yaşındasınız. Yüce Mevla iman, ruh, akıl sağlığı ve beden sağlığı-nızın süreceği daha nice bereketli yıllar nasip etsin. Sormak isterim: Sağlığınız nasıl? Kronik bir rahatsızlığınız var mı? 50'li, 60'lı, 70'li yaşlarınızı nasıl geçirdiniz?

80 senelik ömürde, 70'li yaşlara kadar sağlık sorunum olmadı. Olduysa da hissetmedim. Vücut kendini tedavi etti herhalde. Ancak 70'li yaşlardan itibaren birçok insanda olduğu gibi tansiyon vs. problemim çıktı. O da sinirsel tansiyon.

10-15 senedir tansiyon ilacı kullanıyorum. Bunlar yaşlılığın getirdiği şeyler. Sağlık hususunda en birincil olanı akıl sağlığıdır. Akıl sağlıklı olmazsa vücudu da, aklı da koruyamazsın. Bu bakımdan önce akıl sağlığına dikkat etmek lazım. Bugüne kadar tıbbın en aciz kaldığı nokta akıl meselesidir. Çünkü kalbi bile değiştirip yenisini takıyorlar. Oysa bir Alzheimer'a henüz bir tedavi geliştirilemedi. Parkinson'a bir şeyler yaptık dediler ama görünürde bir şey yok.

“Hastane önlerindeki kuyruklar azaldı ama hastalıklar azalmadı”

Bugünün dünyasında sizce sağlık, sağlıklı olmak nedir? Siz bu çerçevede sağlıklı mısınız?

Keşke 50'li 60'lı yıllarda olsak da doktor da ilaç da olmasa. O dönemler doktor azdı ama hastalık da azdı. Kimse doktora koşmazdı. Herkes kendi kendine tedavi olur ve ilaç almazdı. Bugün ise ilaçla yaşıyoruz. Bugünkü gıdaların genlerle oynanması insanlardaki hastalıkları çoğaltmıştır. Babam 75 yaşında vefat etti. Vefat edene kadar bir hastalığını da duymadım. Sigarası ve kötü alışkanlığı yoktu. Bizde sebze pek bilinmez. En fazla bilineni ise patates, lahana ve fasulyedir. Et dersin 2-3 ay da bir et yenirdi. Senede bir defa dahi et görmeyenler vardı. Hali vakti yerinde olanlar ayda, iki ayda bir et yerlerdi.

Üstadım ben 35 yaşındayım. Daha eskisini bilmem ama 1980 sonrasını yaşadım. Bizim eve annem senede birkaç kez 50 kiloluk torbada un ve şeker alırdı. Bakliyatın bazısı köyden gelirdi. Şimdiki gibi her gün market, her gün bakkal alışverişi yoktu. Şimdi galiba sanayi ve endüstri hayatımıza çok fazla girdi...

E tabi. Gıdalardaki bozukluk da bu hastalıkları meydana getirdi. Ekmeğin içinde bile o kadar çok katkı maddesi var ki. Babamın gençliğinde bir baş ağrısı bile yoktu. Şimdiki nesil ise

“1950'lerde Anadolu'nun bir köyünde hat, hattat nedir diye sorsanız kimse bilmezdi. Ama o benim içimde bir aşktı. Mısır koçanlarını saran kabukların son gömleği incedir. Köydeki yaşlı tiryakiler kâğıt bulamadıkları için onunla tütün sararlardı. Onu kâğıt olarak kullanıyordum ancak kalem yoktu. Mermi çekirdeklerinin içindeki kurşunu ateşe koyar ve eritirdik. Ardından içindeki kurşun dışarı çıkardı ve su gibi akardı. Sonra bir kâğıdın üzerine kibrit gibi çizer ve içerisine dökerdik. Bu şekilde kalem ve kâğıt ihtiyacımız ikame ederdik.”

hastalıktan kınıyor. Eskiden çarşıdaki elma, armudun belli bir ölçüsü vardı. Ama bugün neredeyse 1 kiloluk armut var. Bu eskiden olmuyordu da şimdi nasıl oluyor? Hormonla oluyor. Peki, yetkiler bunları neden engellemiyor? Hastane önlerindeki kuyruklar azaldı tamam ama hastalıklar azalmadı, aksine çok arttı.

Hocam sağlık hizmetlerinin 2 aşaması var. Biri hasta olanı iyileştirmek, diğeri ise hasta olmadan onu hasta etmemek. Buna koruyucu sağlık deniyor. Sanırım Türkiye'de son dönemde hasta olanı iyileştirmek noktasında çok ciddi işler yapıldı ama hasta olmayana iyi tutabilmek noktasında zayıf kaldık...

Ben Erzurumluyum. Bizim memlekette “Kazi tutirem bilik kaçır; biliği tuturem kaz kaçır” diye bir söz var. Bugün ipin ucu kaçtığı için nereden tutulacak belli değil. Böylece sürekli hastaların peşinden koşuluyor.

“Modern bir cemiyet olma peşinde koşarken geleneğe sırtımızı döndük”

Kıymetli görüşleriniz için teşekkür

ederiz Üstadım. Şimdi size sıralı bir şekilde bazı hususları soracağım. Çalışmak için, üretmek için günün en kıymetli vakti hangi vakittir?

Günün en kıymetli vakti, sabah ile öğlen namazı arasındır. İkindiden sonrası ise en bereketsiz vakittir. Çalışmak istesen de çalışamazsın. Güneşin ışığı aşağı düştüğü zaman göremezsın, görüş açın azalır. O da insanın içine kasvet verir. Bugün akşam erken yatamıyoruz. Televizyonun başında saat 12'lere kadar oturuyoruz. 1'de yatarsan saat 8-9'da bile zor uyanırsın tabi. Ama saat 10'da uyursan 5'te kalkabilirsin. Bunlar İslami kültürde tertip edilmiş. Ama bizler modern bir cemiyet olma peşinde koşarken geleneğe sırtımızı döndük. Modernleşeceğiz derken eskiyi unuttuk, yeniyi de tam kavrayamayıp arada kaldık!

Bir hat tablosuna bakanlar farklı şeyleri görür sanırım. Hat sanatının bir sırrı var mıdır?

İyi bir şekilde hazırlanmış hat sanatına uzaktan bakan oradan bir şey anlar. Hattı anlamayan biri burada yine de bir sanat eseri var diye yorum getirir. İkincisi ilmiyeden gören ise onun içerisindeki dizilim şekline göre bir değerlendirme yapar. Eski geleneğimizde umumiyetle camilerin kürsüleri ve minberleri ahşaptır. Osmanlılar minberleri mermerden yapmışlardır. Selçuklu döneminde yapılan camilerin hepsinde minberler ahşaptır. Çünkü taşın üzerinde verilen mesaj ile ahşabın üzerinde verilen mesajın arasında fark vardır. Taşın görüntüsü soğuktur. Soğuktan alacağın mesaj başka, ahşaptan alacağın mesaj başkadır. Ahşap insanın gönlüne bir rahatlık verir. Manadan anlayan o yazının içerisindeki harflerin normuna uygun olup da diziliş şeklini görünce verilmek istenen mesajı almış olur. Üçüncü nokta olarak bu işin ustası hatta baktığı zaman onu anlaması da başkadır. Çünkü o bu üçünün toplamına bakmaktadır. Birinci derecede ilk görünüş, ikinci derecede harflerin diziliş, üçüncü derecede ise harfler esas kaidesine uygun mu diye bakar.

“Kuran Mekke’de indi, Mısır’da okundu, İstanbul’da yazıldı” sözünün hikmeti nedir? Neden böyle denmiş?

Buna bir ilavem var. İstanbul’da yazıldı ve okundu. Mısırlıların okuyuşunu İstanbul kabul etmemiş ve kendimize uygun bir tavır geliştirmişiz. Mısırlıların eline teslim olsak, onlar ‘Kur’anı yazmayı da size biz öğrettik’ diyorlar.

Hattın modern yorumuna ne dersiniz?

Ben moderniteye karşı değilim. İnsan oğlunun arzuları tehdiye gelmez,

onları zapturapt altına alamazsın. Klasik bozmadan bir başka şekilde modernize edebilirsin. Klasikğin içinde denersen, bozarsın ki ona yazık olur. Ecdadın bin senedir uğraşıp bize kadar ulaştırmış olduğu eseri perişan edersin.

“Osmanlıcanın imlasını bugünkü hattatların yüzde 98’i bilmez”

Hat, usta-çırak ilişkisi ile bugüne taşındı. Nesil yetiştirme konusunda ne dersiniz?

Nesil yetiştirme meselesi yine var. Biz yine aynı metodu devam ettiriyoruz. İyi bir hattat olabilmek için günde 30 saat çalışmak gerekir! Bugünkü talebeler ev-vela harfleri bilmiyor. Bu işe 15 yaşından daha önce başlamamak gerekir. Bu iş ciddi bir iştir. Talebenin bu işin ciddiyetini kavrayabilecek bir yaşa gelmesi lazım. O yaşlar ise 15’inde başlar. 15 yaşına gelmiş ama harf bilmiyor. İlk önce harf öğreteceksin. Daha sonra bu işin sanatını öğreteceksin.

Ama eskiye göre bir avantajımız yok mu? Eskiden bir medreseye varmak için 3 ayda kat ettiğin yolu bugün 3 saatte gidiyorsun...

Doğru ama kaybedilen dönemler 3 ay ile telafi edilecek gibi değil. Çünkü harfi ve kelimeyi bilmiyor. Konuştuğumuz Osmanlıcanın imlasını bugünkü hattatların yüzde 98’i bilmez. Daha hangi harfin kullanılacağını bilmiyor. 3 aylık yolda bunlar öğrenilemiyor. Bazı yerlerde eskilere yetiştik ama kıyaslama yaptığımız zaman eski hattatların 4’te 1’i olamadık!

Hat sanatının zirvesi 16 ve 17’inci yüzyıl mı?

Evet. Çünkü Farsça, Arapça ve Türkçe biliyorlardı. Osmanlıca 3’ünden müteşekkil bir lisan. Bugünküler ise Türkçe dâhil hiçbirini bilmiyor! Bugünküler ancak Kuran’a bakarak kopya ediyor.

Niye böyle oldu?

Bakın Amerika’da ve Mısır’da Osmanlı akademileri var ancak Türkiye’de yok. Hani biz Osmanlı’nın devamıydık! Cumhurbaşkanıya söyledim, yine söyleyeceğim. Üniversitelerimizden birini buna tahsis etmeleri lazım. Sanatıyla, lisanıyla, lehçesiyle, grameriyle buna ihtiyaç var. Adam ABD’de Osmanlıca öğretiyor, sen ise burada Osmanlıcaı unutuyorsun. 80 milyonuyla her ferdin buna sahip çıkması lazım. Diyanet Reisimize bir gün “80 bin tane imamın var. Bunlardan birisine eski yazıyla bir mektup yazdırabilir misin?” diye sordum. Bana, “Birisine ‘Semiallahü limen hamideh’ yaz dedim de Elif’le yazdı” dedi. Efendim, buna



Hattat Hasan Çelebi

1937 yılında Erzurum’da doğdu. 1964’ten itibaren hattat Halim Özyazıcı, Hamit Bey ve Kemal Batanay’dan hat meşketi. Hamit Bey’den sülüs ve nesih, Kemal Batanay’dan ta’lik ve rik’a icazetleri aldı. Mescid-i Nebi’nin yazılarının tamiri için Medine’de çalışmak üzere görevlendirildi. Ayrıca Medine’de yeniden inşa edilen Kuba Mescidinin yazılarını yazdı. Kültür Bakanlığı ve UNESCO tarafından ödüllendirildi. 2011 yılında geleneksel sanatlar dalında Cumhurbaşkanlığı Kültür Sanat Büyük Ödülüne layık görüldü. IRCICA’nın üç yılda bir düzenlediği Uluslararası Hat Yarışmalarında da jüri üyeliği yapan Çelebi pek çok sergi açtı, eserleri pek çok koleksiyona dâhil edildi. Yurt içinde ve yurt dışında yeni yapılmış ya da restore edilen birçok camide muhtelif yazıları bulunan hattat Hasan Çelebi, Çamlıca Tepesinde yapımı devam eden camiinin yazılarını bazı öğrencileri ile birlikte yazmaktadır.

sahip çıkmak lazım. Süheyl Ünver’in bir hikâyesi vardı. Kendisi Los Angeles’a giderek oradaki kütüphanede yer alan yazmaları tatbik ediyordu. Süheyl Hocanın en büyük vasfı buydu. Nereye giderse kütüphanesine gider, hangi dil olursa olsun onları tespit ederdi. O notları da Osmanlıca yazı ile tutuyordu. Los Angeles’ta kütüphanedeki birisi Süheyl Hocayı görüyor ve bu yazıyı kendisine öğretmesini rica ediyor. Süheyl Hoca ise kendisine kim olduğunu soruyor? Yahudi olduğunu söylüyor. Süheyl Hoca yazıyı öğrenme nedenini sorduğunda ise adamın cevabı şu: “Yarın siz öldükten sonra arşivlerinizi okutmak için dışarıdan adam isteyeceksiniz. Ben onlardan biri olmak istiyorum” diyor. Başka bir şey demeye lüzum var mı? Bugün ilahiyat profesörleri bile mihraba geçemiyor vesselâm.

SD'nin 10'uncu yaşı kutlandı

Sağlık Düşüncesi Dergisi 10.Yıl Töreni geçtiğimiz Şubat ayında Medipol Üniversitesi Konferans Salonunda gerçekleştirildi. Programa sağlık dünyasının yöneticileri, üniversitelerden akademisyenler, sivil toplum kuruluşlarından temsilciler ve SD Dergisinin yazarları katıldı. Kokteyl ve dergi kapaklarından oluşan serginin ardından başlayan törenin sunuculuğunu, SD'nin Yayın Kurulu Üyelerinden Prof. Dr. Akif Tan üstlendi. Gecede açılış konuşmasını Medipol Üniversitesi Rektörü ve SD'nin editörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın yaptı. Konuşmasında sağlığın yönetim bilimlerinden teknolojiye, doğa bilimlerinden mühendisliğe kadar geniş bir alanı kapsadığını ancak tıbbın daha çok insan bedenine odaklandığını anlatan Aydın, pozitif bilimin kalıpları arasına sıkışarak ufkun genişlemesinin her zaman mümkün olmayacağını söyledi. SD'nin misyonuna değinen Aydın,

toplumda iyileştirmeye yönelik algıya sahip sağlık kavramını bir düşünce platformuna taşımayı hedeflediklerini, dolayısıyla da işin içine mantık ve felsefe gibi birçok alanı dahil ettiklerini kaydetti. Mevlana'nın pergel metaforuna atıf yapan Aydın, SD'yi bir ayağını sağlığa koymuş ama tüm evreni dolaşan bir anlayışla tasarladıklarını söyledi. Aydın şöyle dedi: "SD'de sağlıkla ilgili aklınıza gelen her şeyi bulabilirsiniz. Ama odak noktası hayatın niteliğini artırmayı hedefleyen sağlıktır. 10 yıldır aralıksız bir şekilde yayımlanan SD Dergisi, vakıf anlayışına sahip amatör bir ekip tarafından hazırlanıyor. Fakat bu amatör ruhun arkasında takdir edilmesi gereken bir profesyonel destek var."

Aydın ve Erdöl söyleşi gerçekleştirildi

Aydın'ın konuşmasının ardından SD Yayın Kurulu Üyelerinin görüşlerinden ulaşan "10.Yıl Filmi" izlendi. Program

kapsamında Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Cevdet Erdöl ile mini bir söyleşi yaptı. SD'de röportajı yayımlanan isimler arasından vefat eden 5 kişinin kısa bir film ile anıldığı gecede bir dijital anket gerçekleştirilerek katılımcılara ülkemiz sağlık politikaları ve SD'ye dair sorular yöneltildi. SD Yayın Kurulu Üyelerine ve dergiyi hazırlayan teknik ekibe plakette-
rinin takdim edildiği programın sonunda tüm konukların katılımı ile fotoğraf çekimi gerçekleştirildi.



Fotoğraflar: Ufuk Karatoprak - Yasin Keler



Sağlık dergileri ve SD Konya'da konuşuldu

14 Mart Tıp Bayramı etkinlikleri kapsamında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde bir panel düzenlendi. Aynı zamanda SD'nin Yayın Kurulu Üyesi Rektör Prof. Dr. Muzaffer Şeker'in ev sahipliğinde düzenlenen panele SD Yayın Kurulu Üyeleri Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Prof. Dr. Recep Öztürk ve Prof. Dr. Hanefi Özbek katıldı. "Sağlığın Gelişiminde; Sağlık Dergileri ve Bilimsel Dergilerin Geleceği" başlıklı panelde ilk sözü alan Prof. Dr. Sabahattin Aydın, İngilizce dergi çıkarmanın kolaylık olduğunu söyledi ve bilimin anadilde yapıldığını vurguladı. Aydın sözlerini şöyle sürdürdü: "Bilimi kendi dilinizde yaparsanız, o bilimsel kavramları kendiniz üretirsiniz ve sizin kavramlarınızla dünya düşünmeye başlar. Sizin düşünce biçiminizle dünya şekillenir. Siz başkasının diliyle bilim yaparsanız o bilim sizin olsa bile düşünce yapısı sizin olamaz. Siz o zaman başkasının düşünce metoduyla kendi ürettiğinizi pazarlamaya kalkarsınız ki bu çok zor bir süreçtir. Kültürel bir yok oluşa bile gidebilir."

"Bilimsel Yayınlarda Nicelik Arttı, Nitelik de Artmalı"

Bilimsel yayınların niceliğinin arttığını ancak niteliğin kötü durumda olduğunu söyleyen Prof. Dr. Recep Öztürk ise Türkiye'deki yayınların yüzde 50'sine pratik olarak atıf yapılmadığını ifade etti ve bu durumu düzeltmek için

yapılması gerekenleri anlattı. Prof. Dr. Hanefi Özbek de bir yayın hazırlanırken araştırmacıların etik konularda duyarlı olması gerektiğini kaydetti. İnsanların dertlerini unutabileceği bir uğraşının olması gerektiğini de belirten Özbek şiir, müzik, fotoğraf ve resim gibi bir uğraş edinenlerin bilimsel eserlerinde de niteliğinin arttığını söyledi. Konuşmaların ardından hediye takdimi ile program sona erdi.



Bir halk sağlığı destanı: Küba

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde tamamladıktan sonra özel bir firmada tıbbi cihaz direktifi kapsamında denetim ve değerlendirme süreçlerinde klinik uzman olarak yer aldı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışan Ataç, Halk Sağlığı doktora eğitimini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde sürdürmektedir.

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanlık eğitimini tamamladı. 2001'de Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2009'da Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2008-2009'da bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2012-2014 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yapan Taşdemir sonrasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde çalıştı.

Ülkelerin sağlık sistemlerini incelediğimiz yazılarımıza Küba ile devam ediyoruz. Her ülke kendi sistemiyle, kendine has ve öne çıkan bazı özelliklere sahiptir. Bu açıdan Küba; politikacıların, araştırmacıların ve politik açıdan sempati duyanların ilgi odağı haline gelmiştir. Fidel Castro liderliğinde 1959 yılında gerçekleşen devrim, Küba için önemli sonuçlar doğurmuştur. Devrim sonrası süreçte ABD'nin uyguladığı sıkı ambargolarla karşı Sovyetler Birliği'nden büyük destek gören Küba, soğuk savaş yıllarında dünya siyasetinde önemli bir role sahip olmuştur. Bu süreçte Küba sağlık göstergelerinde belirgin ilerlemeler kaydetmiştir. Sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından ve tamamen parasız sunulduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezde yer aldığı bir yaklaşımla, yazımızda ayrıntılı ele alacağımız gelişmeler yaşanmıştır.

Konuyu objektif olarak ele almaya çalıştık. Can alıcı soru şudur: Küba sağlık sistemi gerçekten başarılı bir örnek midir yoksa ideolojik yaklaşımlarla abartılan bir sistem midir? Türkçe kaynaklarda methiyelerin bol olduğu, salt sosyalizm taraftarlığıyla yazılmış çok sayıda yazı bulunmaktadır. Bu yazıların birçoğunda sistemin zayıf yönleri ve gelecekte sistemi bekleyen tehlikeler ele alınmamaktadır. Yabancı yayınlarda ise kapitalist sistem

(!) örgütlerinin (DSÖ, UNICEF, Dünya Bankası gibi) verileri kullanılarak ortaya koyulan sonuçlara göre Küba'nın sağlık hizmetleri açısından örnek gösterildiğini ve başarılı bulunduğunu belirtmek gerekir. Ülkenin ana gelir kaynağı tarım sektörünün ABD şirketlerinin kontrolünde olduğu 1959'a kadar Küba, ABD etkisinin dünyada en çok görüldüğü ülkelerden biridir. Bundan sonrası için Küba'da iki dönüm noktası vardır. Birincisi 1959 devrimi, ikincisi 1991'de Sovyetler Birliği'nin (SSCB) yıkılmasıdır. Özellikle Sovyetler Birliği'nin yıkılması sonrası Küba ilk yıllarda ekonomik açıdan ciddi sıkıntılar yaşanmış, bu durumu fırsat olarak gören ABD ise Küba'ya uyguladığı ambargoları 90'ların başında daha da artırarak ülkeyi adeta boğma noktasına gelmiştir. Tüm zorluklara rağmen Küba bu süreci az hasarla atlattığını bilmiştir. ABD Senatosunun 2009 yılında yayımladığı bir raporda, Küba'ya uygulanan ambargonun başarısızlıkla sonuçlandığı ifade edilmiştir. Barack Obama, görev süresinin dolmasına kısa bir süre kala Küba'yı ziyaret ederek 88 yıl sonra ülkeye giden ilk ABD Başkanı oldu. Bu ziyaret sonrası iki ülke arası ilişkilerin ne seviyeye geleceğini şimdilik bilmemekteyiz. Fakat sağlık sistemi açısından dünyada sağlık hizmetlerinin pazara en çok bırakıldığı ülke olan ABD ile sağlık hizmetlerinde devletin rolünün en yoğun olduğu Küba'nın yakınlaşmasının sonuçları ilginç olacaktır.

Genel Bilgiler

Küba, Florida'nın güneyinde Karayipler'de yer alan bir ada ülkesidir. Yönetim biçimi sosyalist cumhuriyettir. 2015 yılında nüfusu 11,238 milyondur. 15 yaş altı nüfus yüzde 16; 60 yaş üstü nüfus yüzde 19'dur. Okuryazarlık oranı yüzde 99'dur ve BM'nin milenyum kalkınma hedeflerini yakalayan ilk ülkelerden biridir.

Küba Dünya Bankası'nın gruplamasında üst orta gelirli ekonomiler arasında yer almaktadır. Şekil 1'de görüldüğü üzere, Küba'da kişi başına milli gelir 2000 yılından sonra hızla artmıştır. Benzer artış gerek dünya geneli gerekse Türkiye için de söz konusudur. Dünya Bankası tarafından; 2013 yılı için kişi başına milli gelir 6,789\$, satın alma gücü paritesine göre kişi başına milli gelir ise 20,645\$ olarak açıklanmıştır. Bu rakamlar gelir yüksek olmasa da satın alma gücünün yüksek olduğunu göstermektedir.

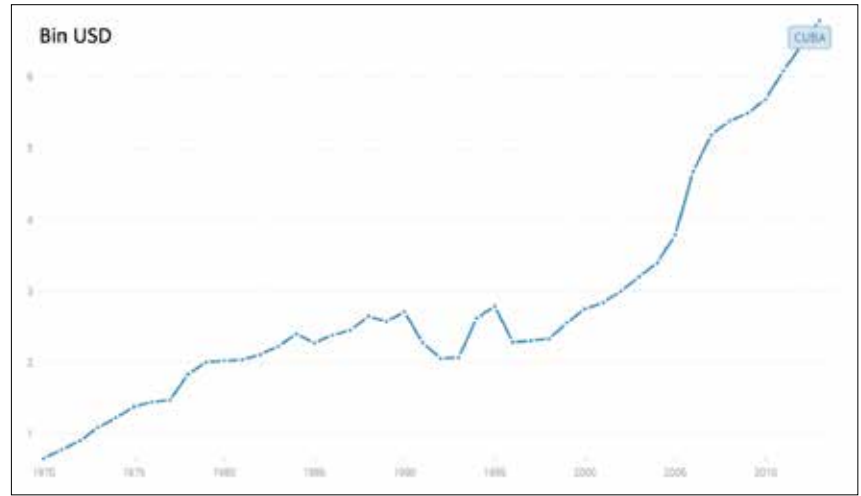
Sağlık Sisteminin Yapısı ve Tarihçesi

1950'lerde Küba'da sağlık sistemi; maddi durumu iyi olan kişiler için özel sağlık kuruluşları, çalışanlar için sosyal güvenlik sistemi ve yoksullar için halk sağlığı hizmetleri olmak üzere üç ana yapı üzerine inşa edilmiştir. Bu dönemde



Küba'da hekimlerin büyük çoğunluğu şehir merkezlerinde çalışmaktadır. Kırsal kesimde ciddi bir hekim açığı ve sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı söz konusudur. Sağlık hizmeti, özel ve devlet hastaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Hekim sayısı yaklaşık 6 bin civarında, hastane yataklarının yarısı özel sektöre ait ve hekimlerin yüzde 23'ü kamuda çalışmaktadır. Bu yıllarda, sağlık göstergeleri her şeye rağmen Orta-Güney Amerika ve Karayipler ülkelerinden daha iyi durumdadır. Örneğin 1961 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 61,8 yıl olarak hesaplanmıştır. Fakat o yıllarda örneğin İngiltere'de bu veri 66 yıldır ve Küba'nın gelişmiş ülkeleri henüz yakalayamadığı dönem yaşanmaktadır. 1959 sonrasında sağlık hizmetleri, yaklaşım ve sunum açısından büyük değişiklikler geçirmiştir. Ülkenin sahip olduğu imkânlar ölçüsünde adımlar atılmıştır. Temel yaklaşım noktası, "sağlığın vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu ve sağlığı iyileştirmek için sosyal belirleyicilerin de iyileştirilmesi gerektiğinin politika olarak benimsenmesi" olmuştur. Bu kapsamda tüm vatandaşların okuryazar olması için önemli çalışmalar yapılmıştır ve 2000'li yıllarda bu hedefe ulaşılmıştır. Sağlık sistemi ulusal, il ve yerel idare olarak belediye düzeyinde üç tabakalı inşa edilmiştir. Her üç düzeyde de sağlık yöneticileri ve diğer paydaşların oluşturduğu sağlık komisyonlarıyla tüm paydaşların katılımı sağlanmıştır. Sağlık sistemi koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici hizmetlerin iç içe olduğu bir yapıdadır. Bu yapıda ana rol aile

Şekil 1: Küba'nın Kişi Başına Milli Geliri (1970-2010)



Kaynak: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2013&locations=CU&start=1970&view=chart>

hekimlerine aittir. Bazı araştırmalarda sağlık sisteminin geçirdiği dönüşümler kronolojik olarak incelendiğinde dört döneme ayrıldığı görülmektedir. Birinci dönem devrim sonrasındaki ilk 10 yıldır. Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından sunulması için adımlar atıldığı bu dönemde, Bakanlığın belirlediği kriterlere uygun özel hastaneler devlet tarafından işletilmeye başlamıştır, uygun olmayanlar ise kapatılmıştır. Devlete ait olmayan özel ve çeşitli kuruluşların hastane ve klinikleri zamanla devletin idaresine geçmiştir. ABD ambargosuna karşın SSCB tarafından sağlanan ilaç ve çeşitli tıbbi malzemeler sadece hükümetin kullanımına verilmiş ve bunun

sonucunda da özel sağlık kuruluşları kapanmak durumunda kalmıştır. Kırsal kesimde sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için iki yıl mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. Ne koşulda olursa olsun hizmetlerin ücretsiz sunulmasına çalışılmıştır. 1961 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının adı Halk Sağlığı Bakanlığı (İspanyolca: *Ministerio De Salud Publica*) olarak değiştirilmiştir. Desantralizasyon başlatılmıştır. Sekiz il sağlık merkezi ve bu illerin altında nüfusları 60-500 bin arasında değişen 32 alt bölge oluşturulmuştur. Her bölgede birer hastane açılmıştır. Bir sonraki adımda 25-35 bin kişilik 308 sağlık alanı oluşturulmuştur ve en dar



düzeyde yaklaşık 4 bin kişiden oluşan sağlık sektörleri meydana getirilerek toplumun kılcallarına ulaşılmıştır. Toplam 2.209 “sağlık bölgesi” oluşturulmuştur. Devrim sonrası ilk yıllarda bazı sağlık göstergelerinde kötüleşmeler de yaşanmıştır. 1958 yılında binde 33 olan bebek ölüm hızı 10 yılın sonunda binde 38,3’e yükselmiştir. Bunda ABD ambargosunun payı yadsınamaz durumdadır. Aynı dönemde ülkede bulunan 6 bin hekimden yaklaşık yarısı, devrim sonrasında yurt dışına göç etmiş ve ülkenin tek tıp fakültesi olan Havana Üniversitesi Tıp Fakültesinde sadece 16 tıp profesörü kalmıştır. 1968 yılına kadar ise üç fakülte daha açılmıştır ve yılda 2 bin mezun verilmeye başlanmıştır. İkinci 10 yıllık dönem, konsolidasyon dönemi olarak adlandırılmaktadır. Sistem oluşturma çabalarının sürdüğü, yapısal ve kanuni düzenlemelerin yapıldığı bir dönemdir. Sağlık personeli yetiştirme faaliyetleri de bu yıllarda hızlanmıştır. Bir yandan da bağışıklama programları uygulanmaya başlamıştır. Üçüncü 10 yıllık kalkınma dönemi, hem sağlık göstergelerinin iyileşmesi hem de aile hekimliği sistemine geçiş nedeniyle önemlidir. 1983 yılında Halk Sağlığı Yasası yürürlüğe girmiştir ve aile hekimliği sistemine geçilmiştir. İlaç araştırmaları da bu yıllarda başlamıştır. Dördüncü 10 yıllık dönem, 80’lerin sonuyla 90’ların ortalarına tekabül etmektedir ve “özel periyod” olarak da ifade edilmektedir. SSCB’nin yıkılması Küba’yı ekonomik olarak doğrudan etkilemiştir. Durumu fırsat bilen ABD’nin ambargoları daha da sıkı hale getirmesi ile ekonomik darlık bazı sağlık göstergelerinde kötüleşmelere neden olmuştur. Temel besin maddelerine erişimin azalması sonucu, düşük doğum ağırlıklı bebek sayısı artmıştır. Vitamin eksikliğine bağlı nöropati vakalarında artış yaşanmıştır. Temizlik maddelerinin eksikliği sonucu sanitasyon ve hijyen bozulmuş, ishal

sıklığı artmış, tüberküloz, hepatit ve suçiçeği gibi bulaşıcı hastalıklar daha sık görülmüştür. Kalori alımı yüzde 40 azalmış, gebelerde anemi sıklığı yüzde 23 artmıştır. İlaç kodeksinde yer alan ve erişilebilen ilaç sayısı 1.300’den 900’ün altına gerilemiştir. Bazı hesaplamalara göre 1989-1993 yılları arasında ülke ekonomisi yüzde 34,7 küçülmüştür. 1995 itibarıyla ekonomik büyümenin yavaş yavaş tekrar başlamasıyla bu duraklama dönemi son bulmuştur.

Aile Hekimliği Modeli

Aile hekimliği modelinde başarıyı belirleyecek iki önemli etken, hekim başına düşen nüfus ve hizmet alanıdır. Küba’da bir aile hekimi yaklaşık 120-150 aileden (600-800 kişiden) sorumludur ve hizmet sunduğu binanın üst katında yaşamaktadır. Böylece, kişiler bağlı bulundukları aile hekimine kolayca ulaşmakta ve sadece hasta olduklarında değil sağlıkla ilgili her konuda her zaman hizmet alabilmektedir. Eğitim ve danışmanlık hizmetleri de bu sayede etkili ve verimli olmaktadır. Aile hekimleri genellikle öğleden önce “*consultorio*” olarak adlandırılan kliniklerinde hasta muayene etmekte, öğleden sonra da ev ziyaretleri yapmakta veya “*poli-clinicos*” denilen ve uzman hekimlerin görev yaptığı kliniklere sevk ettikleri hastalarını ziyaret etmektedir. Aile hekimliğinin bir sonraki basamağı bu polikliniklerdir ve hastalar aile hekimlerinden sevkle buraya başvurur. Her poliklinik birden fazla “*consultorio*”dan sorumludur. Bu merkezlerde ayrıca pratisyen hekimler ve diş hekimleri de çalışmaktadır. Toplam 440 poliklinik vardır ve her biri 30-40 “*consultorio*”dan sorumludur. Yerel yönetimler tarafından toplum sağlığına yönelik sunulan koruyucu hizmetlerin belirlenmesinde sağlık çalışanları da söz sahibidir.

Sağlık Hizmeti İş Gücü ve Kapasitesi

Bakanlığın 2015 verilerine göre ülke genelinde 87.982 hekim, 89.999 hemşire, 17.542 diş hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimi sayısı 12.883’tür. Ülke genelinde 151 hastane mevcuttur. Sağlık kuruluşuna kişi başı başvuru sayısı yıllık 10,5’tir. Bunun 6,1’i poliklinik, 1,8’i acil, 2,5 ise diş hekimlerine yapılmıştır. Başvuru sayısı ilk bakışta fazla gelebilir fakat ayakta başvuruların yüzde 92,3’ü acil başvuruların ise yüzde 61,4’ü aile hekimleri ve polikliniklere yapılmıştır. Geri kalan başvurular hastanelerdir. Küba’daki 25 tıp fakültesinden yılda yaklaşık 4 bin mezun verilmektedir. Ülkeye tıp eğitimi için 89 farklı ülkeden öğrenci gelmektedir. Tıp eğitimi altı yıl mezuniyet öncesi dönem ve dört yıl mezuniyet sonrası genel tıp uzmanlığından oluşmaktadır. Mezunların yüzde 97’si 10 yılın sonunda aile hekimi veya pratisyen hekim olarak göreve başlamaktadır. Geri kalan yüzde 3’ü ise diğer uzmanlık alanlarına yönelmektedir. Hekim maaşı 2014 yılında Raul Castro tarafından yapılan yüzde 150’lik zam öncesi, 23\$ civarında iken bugün yaklaşık 65 \$’dır. Tıp fakülteleri haricinde, ülkede 12 tane araştırma enstitüsü ve 10 tane de DSÖ İş Birliği Merkezi bulunmaktadır. Sağlık teknolojisi ve ilaç Ar-Ge çalışmaları ileri düzeydedir ve tek başına bir yazı konusu olarak ele alınabilir. Ülke kendi ilaç endüstrisine sahiptir ve temel ilaçların yüzde 67’sini üretmektedir. İlaç ihracatı da giderek artmaktadır. Streptokinaz, antiretroviral ilaçlar ve aşı üretimi yapılmaktadır. Küba’da tek başına bir yazı konusu olabilecek bir başka durum da medikal enternasyonalizmdir. Küba sağlık alanında birçok ülkeye sağlık personeli desteği sağlamaktadır. 2015 yılı itibarıyla 65 ülkede Küba’da yetiştirilmiş 35 bin sağlık çalışanı hizmet vermektedir. Hizmetin kapsamı ülkelerin taleplerine göre değişmektedir. Venezuela gibi tıp eğitimi konusunda destek isteyen ülkeler olduğu gibi sadece tedavi hizmeti talep eden ülkeler de mevcuttur. Afetlerde de Küba sağlık ekipleri dünyanın dört bir yanına gitmektedir. Bu çalışmalar ilk olarak 1960 depremi sonrası Şili’ye ve Fransa’dan bağımsızlığını ilan etmesinden sonra 1962’de Cezayir’e savaşın yaralarını sarmak için ekiplerin gitmesiyle başladı. Daha sonraki yıllarda bu destekler beş kıtaya yayıldı. Venezuela ile yapılan karşılıklı anlaşmalar sonucunda, sağlık için verilen desteğin karşılığı Küba’ya petrol olarak geri dönmektedir. Hizmet sunulan ülkeler aynı zamanda Küba’nın ilaç ihracatı için bir pazar olarak da görülebilir. Medikal enternasyonalizmin Küba’ya bir başka yararı da BM’de Küba’yı destekleyen ülke sayısının artması için diplomatik bir taktik olarak kullanılmasıdır.

Tablo 1: Sağlık Düzeyini Gösterebilecek Bazı Ölçütler ile Küba, ABD, İngiltere, Türkiye ve OECD ile Dünya Ortalamaları

Ölçüt	Küba	ABD	İngiltere	Türkiye	OECD	Dünya
Bebek Ölüm Hızı ¹	4,0 (4,3) ¹	5,6	3,5	11,6	4,0	32,0
5 Yaş Altı Ölüm Hızı ¹	5,5 (5,7) ²	6,5	4,2	13,5	6,0	42,5
Anne Ölüm Oranı ¹	39,0 (41,6) ²	14,0	9,0	16,0	14,0	216
Doğumda Yaşam Beklentisi ²	78 (78) ²	79,3	81,2	75,8 (78) ¹	80,6	71,4
1.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı ³	7,8	2,5	2,8	1,7	3,3	1,5
GSYİH'dan Sağlığa Ayrılan Pay (%) ⁵	11,1	17,1	9,4	5,4	12,4	9,9
Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$) ⁵	817	9.403	3.935	568	3.814	1.061

UNICEF 2015, 2 Küba Halk Sağlığı Bakanlığı 2015, 3 DSÖ 2015, 4 TÜİK 2015, 5 Dünya Bankası 2014

Sağlık Göstergeleri

Tablo 1'de Küba, ABD, Birleşik Krallık ve Türkiye'ye ait bazı sağlık göstergeleri yer almaktadır. Küba'da sağlık kayıtları iyi düzeydedir ve 2015 yılına ait sağlık verileri Bakanlık tarafından yayımlanmıştır. Bakanlık verileriyle uluslararası kuruluşların verilerinin uyumlu olması da sağlık sisteminin bir pozitif yönüdür. Bu göstergelerden de anlaşılacağı gibi Küba halk sağlığı alanında gelişmiş ülkeler düzeyini onlardan çok daha az harcama ile gerçekleştirmiş bir ülkedir ve dikkatle incelenmelidir.

Yukarıdaki bilgiler dışında, Küba'da iki yaşına kadar çocukların yüzde 98'i on üç hastalığa karşı aşılanmaktadır. Gebelerin ilk trimester sonuna kadar doğum öncesi bakım alma oranı yüzde 95'tir. Ülkede en sık görülen ölüm nedenleri sırasıyla; kalp hastalıkları, kanser nedenli ölümler ve serebrovasküler hastalıklardır.

Dezavantajlar

Küba'nın geçmişte en sık yaşadığı sorun, ekonomik darlıklara bağlı olarak bazı temel ilaç ve malzemelere erişimde dönem dönem yaşanan sıkıntılardır. Ayrıca hekimler de dâhil tüm sağlık çalışanlarının maaşlarının -diğer sektörlerde olduğu gibi- düşük olması, bu meslek grubunun sahip olduğu bilgi ve ortaya koyduğu emekle doğru orantılı bir refah seviyesinde yaşamasının önünde bir engeldir. Hekimlerin beyin göçü her zaman potansiyel bir tehlike arz etmektedir. Çalışan memnuniyeti araştırmaları yapıldığında durum daha net olarak ortaya konabilir. Küba sağlık sisteminin yumuşak karnı, tedavi hizmetlerinde kullandığı teknolojilerin eski olması ve hastane hizmetlerinde konfor çerçevesinde kalan üstünlüklerden yoksun bulunmasıdır. Yatan hastalara yönelik rahatlık sağlamanın sağlık hizmetleri içinde önemsiz sayılması kabul edilemez bir durumdur. Ayrıca komplike ameliyatların ve nadir görülen hastalıklarda tedavi

olanaklarının gelişmiş ülkeler düzeyinin gerisinde olduğu bilinmektedir. Demografik açıdan, toplam doğurganlık hızının geçtiğimiz yıl 1,6 olması ve 65 yaş üstü nüfusun giderek artması ilerleyen yıllarda rehabilite edici hizmetlere daha fazla yük binmesine neden olacaktır. Koruyucu hizmetlere ait tecrübesi üst düzeyde olan Küba aynı başarıyı, sabır gerektiren ve maliyetli bir alan olan yaşlı bakımı ve rehabilite edici hizmetlerde de elde edebilecek midir? Hizmetlerin ücretsiz ve başvuru sayısının yüksek olduğu sistemin suistimal düzeyinde kullanımı ve sağlık harcamalarının artması da başka bir tehlikedir. Tartışılan başka bir konu ise hak ve özgürlüklerle ilgilidir. Ülkede hiçbir özel sağlık kuruluşu yoktur. Gelir düzeyi yüksek grubun tercih edebileceği alternatifler bulunmamaktadır. Daha iyi şartlarda hizmet almak isteyen ve bunun için para harcamaya imkânı olan istekli kişilerin taleplerinin karşılanabileceği bir kuruluşun olmaması yüzünden, kullanıcıların tercihleri devlet tarafından belirlenmekte, seçim hakkı verilmemektedir. Bu açıdan Küba'nın ABD ile karşılıklı ilişki içine girdiği görülmektedir. Son yıllarda Küba'nın varsılları ABD'de, ABD'nin yoksulları da Küba'da tedavi olma eğilimine girmiş bulunmaktadır.

Sonuç

Küba'yı ilgi çekici kılan noktaların belki de en önemlisi, ekonomik büyüklük olarak dünyanın ilk 80 ülkesine girmeyen bir ülkenin sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkeler seviyesinde olmasıdır. Mamafih 2000'li yıllarda kişi başına gelir hızla artmıştır. Gelir artışıyla birlikte sağlığa ayrılan kaynak da artmıştır. Asıl başarı 2000 öncesinde sağlanmıştır; ancak mahrumiyet dönemlerinde sağlık göstergelerinde sağlanan başarı 2000 sonrasında devam etmiştir. Küba sağlığa çok para ayırmadan da akılcı politika ve uygulamalarla istenilen düzeye gelinebileceğini dünyaya gösteren bir örnek olmuştur. Sınırlı kaynakları doğru bir şekilde kullanarak, ülkenin ihtiyaçlarına göre bir sistem meydana getirildiğinde

olumlu sonuçlar elde edilebilmektedir. Ülkeler sağlığa kaynak ayırmakta zorlandıklarını bahane ederken, ekonomik olarak daha zayıf bir ülkenin ayırdığı kaynak ve verimin üst düzey olması dikkat çekicidir. Bu yüzden her ülkenin Küba örneğinden çıkaracağı bir ders mutlaka olacaktır.

Tablo 1'deki verilere bakıldığında verimlilik bakımından ülkemiz dikkati çekmektedir. Küba'yı örnek alacağımız hususlar mutlaka vardır; ancak dünyanın da Türkiye'den öğreneceği çok şey vardır.

Son söz olarak; Küba kapitalizme yelken açtıkça göstergelerin değişip değişmeyeceğini, hangi yönde değişeceğini merakla izlemeyi tavsiye ediyoruz.

Kaynaklar

Belek, İ., Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarıları, I. Sosyal Haklar Sempozyumu, Antalya, 2009

Campion, E. , Morrissey S. , A Different Model - Medical Care in Cuba, The New England Journal Of Medicine, Perspective January 24, 2013

Cooper, R. , Kennelly, J. , Ordunez-Garcia, P. , Health in Cuba, Int. Journal Of Epidemiology, 35:817-824, 2006

De Vos, P. , "No One Left Abandoned": Cuba's National Health System Since The 1959 Revolution, International Journal of Health Services, Volume 35, No:1, 189-207, 2005

De Vos, P. , De Ceukelaire, W. , Bonet, M., Van Der Stuyft, P. , Cuba's Health System: Challenges Ahead, Health Policy And Planning ;23:288-290, 2008

De Vos, P. , Farinas, A.G. , Perez, A.A. , Salva, A.R. , Gorbea, M.B , Van Der Stuyft, P. , Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis - Lessons From Cuba, 1989-2000, Tropical Medicine and International Health, Volume 17 No:4, 469-479, 2012

Drain, P., Barry, M., Fifty Years of U.S. Embargo: Cuba's Health Outcomes and Lessons, Science, Vol: 328, 572-573, 2010

Erkoç, M., Çağlayan, Ç., Küba Sağlık Sistemi: Paradoks mu, Sosyalizm mi?, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 21, Sayı 6, 2006

Kara, B., Küba'nın Devrim Öncesi ve Sonrası Sağlık Sistemleri, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 17, Sayı 3, 2002

Keck, C.W., Reed, G.A. , The Curious Case of Cuba, American Journal of Public Health. 102:E13-E22, 2012

Kirk, J. , Cuba's Medical Internationalism: Development and Rationale, Bulletin of Latin American Research, Vol. 28, No. 4, 497-511, 2009

MINSAP, Anuario Estadístico De Salud - 2015

Pagliccia, P., Perez, A.A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have A Role?, International Journal of Health Services, Volume 42, No:1, 77-94, 2012

Pan American Health Organization, Cuba - Health in The Americas, 2012

Sanchez A., A New Approach to Health Services and Pharmacy in Cuba, Pharmacotherapy, Volume 35, N:12, 2015

Upper Middle Income Countries - The World Bank DataBank Open Data 2015

Sağlık yönetimi terimleri

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Kavramlar ve terimler, mesleki ve bilimsel konularda doğru bilgi aktarımının sağlanması ve iyi iletişimin kurulabilmesi için önemli araçlardır. Yeniliklerin ve gelişmelerin ortaya çıkması, sağlıklı tartışma zeminlerinin oluşturulmasına bağlıdır. Sağlıklı tartışma zeminleri ise kullanılan dil, terminoloji ve kavramlarda birlik sağlanması ile mümkündür. Bu amaçla, ülkemizde geçmiş diğer sağlık bilimlerine kıyasla daha yeni sayılabilecek sağlık yönetimi konusunda sık kullanılan bazı terim ve sözcüklerin taşıdığı anlamlar, ulusal ve uluslararası kullanım amaçları, sözlük tanımları, konuya ilişkin kaynaklar ışığında gözden geçirilerek aşağıda kullanım birlikteliğine göre sıralanarak özetlenmiştir. Sosyal bilimler alanında, doğa bilimlerinde olduğu gibi mutlak doğruların olmaması ve özellikle kavramların tartışmaya açık olması nedeniyle bu tanımların da tartışmaya açık olduğu ortadadır. Bu nedenle okuyuculardan gelecek görüş ve katkıların değerli olacağı ve arzu edildiği bilinmelidir.

Temel sağlık hizmetleri: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlanan temel sağlık hizmetleri; bir ülkede vatandaşların tamamına, yaygın biçimde ve yaşadıkları yerin yakınında, sektörler arası iş birliği ve vatandaşın katılımı ile sunulması gereken, ülke koşullarına göre değişebilmekle birlikte en azı belirlenmiş olan bir hizmet paketini ifade eder (1). Bu hizmet paketinin ülke koşullarına göre farklılık göstermesi normal olsa da en azından birinci basamak tedavi edici hizmetler ile kişiye yönelik koruyucu hizmetleri kapsamı beklenir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Bir ülkedeki sağlık sisteminde hastalıkların tanı ve tedavisi için ilk başvuru yeri olarak örgütlenmiş olan muayenehane, sağlık ocağı, aile sağlığı birimi gibi genellikle ayakta tanı-tedavi hizmetlerinin verildiği birimleri ifade eder.

İkinci basamak sağlık hizmetleri: Yatarak tanı ve tedavi hizmetinin sunulduğu sağlık kuruluşlarında verilen hizmetleri ifade eder. Bu tür hizmetler genellikle uzman hekimlerin denetiminde sunulan hizmetlerdir. Ülkemizdeki devlet hastaneleri, özel hastaneler bu tür hizmetleri sunan başlıca kurumlardır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Akademik uzmanlık gerektiren tanı ve tedavi hizmetleri demektir. Ülkemizdeki üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastaneleri bu tür hizmetlerin verildiği kurum örnekleridir.

Sevk zinciri: Tedavi edici hizmetlerin sunumu sırasında her bireyin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma zorunluluğu olması, buradaki muayene sonucuna göre gerek görülenlerin tanı veya tedavi için ikinci basamağa gönderilmesi, ikinci basamakta uygun görülenlerin de tanı veya tedavi için üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmalarının sağlanması şeklinde işleyen bir zincirdir. Kaynakların etkili ve verimli şekilde kullanılması açısından önem taşıyan ve yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir.

Sağlık okuryazarlığı: Bireylerin, kendilerinin, ailelerinin ve toplumun sağlığını geliştirmek ve iyi bir biçimde sürdürebil-

mek için gerekli olan bilgilere ulaşabilme, anlayabilme ve kullanabilme yeteneklerini ifade eder (2, 3). Tanımından da anlaşılacağı gibi sadece tıbbi metinleri, broşürleri, ilaç prospektüslerini ya da yiyecek etiketlerinde yazanları okuyup anlamaktan çok öte bir kavramdır.

Sağlık politikası: Sağlıkla ilgili konularda, amaçların, hedeflerin, önceliklerin saptanması ve bunlara başarılı şekilde ulaşılması için yapılması gerekenler konusunda varılan uzlaşma veya anlaşmadır (4). Siyaset anlamındaki politika sözcüğü ile karıştırılmaması gerekir.

Sağlık hizmet sistemi: Bir ülkede ya da bölgedeki sağlık sektörüne verilen isimdir. Bu sistem içerisinde sağlık hizmeti sunumunda rolü olan hastaneler, muayenehaneler, hizmet sunucuları, sağlık teknolojisi ve ilaç endüstrisi gibi her türlü kurum ve kuruluş yer alır (5). Daha kısa bir deyişle, sağlıkla ilgili "sunum" cephesine verilen isimdir.

Sağlık sistemi: Bireylerin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan tüm paydaşları, kurum, kuruluş ve sektörleri ifade eder (5). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ek olarak, eğitim, tarım ürünleri, gıda endüstrisi, çevresel riskler, sağlık okuryazarlığı gibi sağlık hizmetinin "talep" cephesini etkileyen, ilgilendiren konular da sağlık sisteminin içinde yer alır.

Hakkaniyet: Kısaca "adil olma" anlamına gelen hakkaniyet Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, "hak ve adalete uygunluk, doğruluk" olarak tanımlanmaktadır. Hakkaniyet, eşitlikten farklı bir kavramdır. Eşitlik "aynı" olmayı gerektirirken hak-



kaniyet “adil” olmayı gerektirir. Örneğin eşitlik gözetilerek herkese aynı miktarda ve türde sağlık hizmeti verilmesi adil olmayabilir. Eşitliği sağlamak için kaynak ya da hizmet dağılımına matematiksel yaklaşmak gerekirken, adaleti sağlamak için etik gerekçelerin ön planda olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde yatay ve dikey hakkaniyet ayrımı önemlidir. Benzer sorunları olanlara benzer sağlık hizmeti verilmesi yatay, farklı sorunları olanlara farklı hizmet verilmesi ise dikey hakkaniyet anlamına gelir. Başka bir deyişle, eldeki kaynakların ihtiyaçları aynı olan kişilere eşit şekilde kullanılması yatay hakkaniyet, ihtiyaçları farklı olanlara farklı kaynakların kullanılması ise dikey hakkaniyet anlamına gelir (6). Örneğin bir bölgedeki tüm insanları kapsayacak şekilde sağlık hizmeti örgütlenmesi ve sunulması, herkesin ihtiyacını karşılamayı amaçladığından yatay hakkaniyeti sağlamış olur. Oysa yoksulların sorunlarını ön planda tutan ve kaynakların onların ihtiyaçlarına yönelik kullanılmasını hedefleyen bir sağlık sistemi, yoksul olmayanları dikkate almadığından ya da daha az dikkate aldığından dikey hakkaniyeti sağlayacaktır. Dikey hakkaniyetin gerçekleşmesi için kaynakların herkese eşit dağıtılmaması nedeniyle ciddi politik ve toplumsal engellerle karşılaşılması söz konusudur. Bir durumun, örneğin kaynakların dağılımının hakkaniyetsiz

sayılabilmesi için şu özelliklerin bulunması gerekir: Dağılım farklılığının önlenabilir, kaçınılabılır olması; özgür tercihler sonucu ortaya çıkmamış olması; sorumlu bir aracı (ajan) ile bağlantısının olmasıdır.

Cevap verebilirlik: Cevap verebilirlik, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar konusuna sağlık hizmet sisteminin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, tersine, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunun bir göstergesidir. Herhangi bir sorunu nedeniyle sağlık hizmet sistemine başvuran bir bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerinin iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu; diğeri ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel kanıtlar açısından en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin “iyi olma” durumu için gerekli ancak her zaman yeterli değildir. Hizmeti sunan kişilerin hizmeti alanla kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önemlidir. İşte bu özelliklere “cevap verebilirlik” denmektedir (7). Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin; etkinlik, verimlilik, kalite, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekir. Sağlık sistemlerinin cevap verebilirliği en basit

Eşitlik “aynı” olmayı gerektirirken hakkaniyet “adil” olmayı gerektirir. Örneğin eşitlik gözetilerek herkese aynı miktarda ve türde sağlık hizmeti verilmesi adil olmayabilir. Eşitliği sağlamak için kaynak ya da hizmet dağılımına matematiksel yaklaşmak gerekirken, adaleti sağlamak için etik gerekçelerin ön planda olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde yatay ve dikey hakkaniyet ayrımı önemlidir.

şekilde kişinin birey olarak gördüğü saygı ve yakın çevresinin, ailesinin hizmet sunulan yere ilişkin değerlendirmeleri ile ölçülebilmektedir (8). Kişinin birey olarak gördüğü saygı denilince insanlık onuruna duyulan saygı, ilişkilerin mahremiyetine gösterilen saygı ve bireyin verilecek kararlar konusundaki özerkliğine gösterilen saygı anlaşılmalıdır. Hiç kimsenin sağlık sorunları nedeniyle küçümsenmemesi, aşağılanmaması, dışlanmaması, kişisel bilgilerinin gizliliğinin ihlal edilmemesi, yapılacak tedaviler, işlemler konusunda görüşünün alınması, söz hakkına saygı duyulması her sistemin temel özellikleri arasında yer almalıdır. Öte yandan hizmete ihtiyacı olan bireylerin bu hizmetlere en kısa sürede ulaşabilmeleri, istedikleri hizmet sunucusunu seçebilmeleri, hizmeti alırken aile-arkadaş gibi sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini aynı kalitede sürdürebilmeleri, hizmet aldıkları mekânlardaki temizlik, havalandırma, insani ihtiyaçların karşılanması gibi ortam özelliklerinin yeterliliğinin sağlanmış olması da gerekmektedir (9).

Evrensel kapsayıcılık: Sunulan sağlık hizmetlerinin toplum içindeki tüm grupları, sosyal sınıfları, sağlıklı olsun ya da olmasın tüm bireyleri, her türlü gelir düzeyindeki insanları kapsayacak şekilde sunuluyor olması, hiç kimsenin hizmetlerden dışlanmaması anlamına gelir.

Hizmetlere erişim: Sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmada söz konusu olabilecek çeşitli engellerin ne ölçüde kaldırıldığını ifade eder. Bu engeller, sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara olan uzaklıktan kaynaklanan coğrafi engeller olabileceği gibi hizmetlerin bedelini ödeme gücünün veya sağlık güvencesinin olmaması şeklinde ekonomik engeller; sağlık okur-yazarlığı, dil ve eğitim düzeyi düşüklüğünden kaynaklanan eğitsel engeller; sunulan hizmetlerin yarar algısı açısından anlamlı görülmemesi; farklı inanç ve beklentiler nedeniyle benimsenmemesi şeklinde ortaya çıkan sosyokültürel engeller de olabilir. Erişimin sadece coğrafi ve ekonomik erişim anlamında ele alınmaması önemlidir.

Kâhyalık/vekil harçlık/gözetmenlik: En kısa tanımla, kaynakların başkaları adına yönetilmesi anlamına gelen bu kavram, ulusal sağlık politikalarının başarıya ulaşması için hükümetlerin üstlendiği ve sorumlu olduğu çeşitli işlevlerin genel adıdır. Toplumsal iyilik halinin gerçekleştirilmesi amacıyla eldeki kaynakların sağlık bakanlıkları kanalıyla dikkatli ve sorumlu bir şekilde yönetilmesidir. Bu yapılırken hizmetlerin hükümet tarafından finanse edilmesi veya sunulması değil bunları yapacak olan kamu, özel ve gönüllü sektör kaynaklarının yönlendirilmesi ve yönetilmesi demektir. Başka bir deyişle,

hükümetlerin eldeki tüm kaynakları toplum adına ve onların sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla kullanılmasını yönetmesi, bunu yaparken de hakkaniyet, kapsayıcılık, kalite, erişim ve hasta hakları gibi konulara özen gösterilmesini sağlamasıdır (10). Bu kavram, çoğu zaman yönetim kavramı ile benzer amaçla kullanılmakla birlikte başlıca farkı, burada toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve iyilik halinin gerçekleştirilmesi konusundaki temel sorumluluğun devlete verilmiş olması ve sistemin bütününe devlet tarafından yönlendirilecek olmasıdır (11).

Sağlık savunuculuğu: Hasta haklarının korunup geliştirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için kapasite oluşturulması, kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine ulaşılabilmesi için politikalar belirlenmesi doğrultusunda yürütülen çalışmalara verilen ad. Özellikle 1970'li yıllardan sonra yaygınlaşan bir toplumsal akım şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu amaçla, özel olarak kurulmuş sivil toplum örgütleri, aracı kuruluşlar, hukuk ve danışmanlık büroları, toplum gönüllüleri olabileceği gibi, günümüzde tüm sağlık meslekleri ile sağlık yöneticilerinin de savunuculuk fonksiyonu olmak zorundadır.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, arzu edilen sonuçların, geçerli mesleki bilgi ile uyumlu şekilde ve uygun bir maliyetle elde edilmesi demektir.

Kalite güvencesi: Çok kısa olarak, hizmet sunumu sırasında “hatasız çalışılması” şeklinde tanımlanır. Standartları belirlenmiş olan bir hizmetin sunumu sırasında gerçekleşen performansın, standartlarla ve beklenen performansla ne derece örtüştüğünün bir ifadesidir. Beklenen performansla, gerçekleşen, ölçülen performans arasında fark olması halinde bunun nedenlerinin saptanarak ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir.

Kalitenin iyileştirilmesi: Kalite güvencesinde kullanılan yöntemlere başvurularak, yani ölçülen performans ile beklenen performans arasındaki farkın nedenleri ortadan kaldırılarak, hizmet kalitesinin sürekli olarak iyileştirilmesi, geliştirilmesi anlamına gelir. Bu faaliyetlerin güncellenen amaçlar doğrultusunda yenilenen, tekrarlayan, sonu olmayan faaliyetler olması nedeniyle bu kavrama “kalitenin sürekli iyileştirilmesi” (CQI) ya da “performans iyileştirilmesi” de denilmektedir.

Toplam kalite yönetimi: Hizmet veya ürün alan ve sunanların beklentilerinin gerçekleştirilmesini esas alan, çalışanların bilgilendirilmesi, yetkilendirilmesi ve ekip çalışması ile tüm süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesini hedefleyen bir yönetim anlayışıdır.

Pareto analizi: Pareto analizi, sorunun

ortaya çıkışında “hayati önem” taşıyan etkenlerin belirlenmesi için kullanılan bir yöntemdir. İtalyan-İsviçreli ekonomist Vilfredo Pareto, sorunların çoğunluğunun, örneğin yüzde 80'inin aslında “hayati azınlık” adını verdiği yüzde 20'lik bir neden grubu yüzünden ortaya çıktığını savunmuş ve tüm nedenlere eğilerek zaman kaybetmek yerine bu nedenler üzerinde yoğunlaşmanın önemine değinmiştir. Daha sonra Juran bunu kalite yönetimi sırasında kullanmış ve yöntem Pareto analizleri olarak anılmaya başlanmıştır.

Planlama: Planlama, bir işe yön vermek için amaçlar saptamak ve bu amaçlara ulaşmak için gereken faaliyetleri tasarlayarak uygulamaya koymak demektir.

Stratejik plan: Bir kuruluşun, örgütün amaçlarına ulaşmak için gerekli olan eylemlerin üç, beş yıl boyunca nasıl yapılması gerektiğini ayrıntılı biçimde gösteren ve genellikle üst düzey yöneticilerin sorumluluğunda olan eylem planıdır.

Strateji: Bir kuruluşun amacına ulaşmak için izlemesi gereken yol ve yöntemler anlamına gelir.

Stratejik yönetim: Stratejik düşünce ve stratejik plan kavramlarını da kapsayan bir yönetim anlayışıdır.

Operasyonel plan: Bir kuruluşun, örgütün stratejik planındaki amaçlarına ulaşmak için kimlerin, hangi birimlerin, nasıl katkı sağlayacağını ayrıntılarını gösteren plana verilen isimdir.

Taktik plan: Stratejik plandaki hedeflere ulaşmak için gerekli olan kısa vadeli veya anlık faaliyetlerin planıdır.

SWOT (GZFT) analizi: Bir kurum, kuruluş ya da örgütün iç ortamına ilişkin güçlü, zayıf yönleri ile dış ortamda karşı karşıya olduğu fırsatlar ve tehditlerin ayrıntılı biçimde incelenmesine, durum değerlendirilmesine dayanan bir analiz yöntemidir. Stratejik planlamanın önemli bir parçasıdır. SWOT, İngilizce “güçler”, “zayıflıklar”, “fırsatlar”, “tehditler” sözcüklerinin baş harfleridir. (Türkçesi: GZFT)

Vizyon: Bir kuruluşun, örgütün faaliyet gösterdiği sektörde uzun vadede olmak istediği durumunun özet bir ifadesidir.

Misyon: Bir kuruluşun, örgütün neler yapmak istediğini, nasıl olmak istediğinin ifadesidir.

Paydaş: Herhangi bir faaliyetin yürütülmesinden ve sonuçlarından olumlu ya da olumsuz, dolaylı ya da doğrudan etkilenmesi söz konusu olan tüm taraflar anlamına gelir.

Paydaş analizi: Stratejik planlama veya politika analizi süreçlerinde, paydaşların ilgilerine, güçlerine ve olası katkı düzeylerine göre sınıflanarak değerlendirilmesi şeklinde yapılan bir analiz yöntemidir.

İhtiyaç: İhtiyaç en kısa tanımla “yararlanma kapasitesi” demektir (12). Günlük konuşma dilindeki anlamından farklı olarak, sağlık veya sağlık hizmetleri konusunda karşılanması gereken herhangi bir eksiklik ya da yetersizlik yerine, yararlanma kapasitesi olarak tanımlanması daha doğru olmaktadır. Eksikliği, yetersizliği olan bir sağlık hizmeti konusunda eğer etkin bir müdahale yapılmıyorsa, kullanılabilecek kaynak bulunamayacak ise ya da sorunun özelliği nedeniyle yarar sağlanması söz konusu değilse, o zaman bunu ihtiyaç kategorisinde değerlendirmemek gerekir. Tanımındaki bu özellik nedeniyle “ihtiyaç” kavramı, genellikle birlikte anıldığı “talep” kavramı ile karıştırmamalıdır (13). Örneğin estetik amaçlı dudak kalınlaştırma, burun düzeltme gibi bazı uygulamalar talep edildiği halde ihtiyaç olmayabilir. Öte yandan yenidoğan sorunları, Alzheimer hastalarının durumu, komadaki hastaların sorunları gibi talep edilemeyen ihtiyaçların bulunması da söz konusudur.

İhtiyaç analizi: Sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesinin değerlendirilmesi ya da bir toplumdaki sağlık sorunlarına ilişkin ihtiyaçların, insidans, prevalans ve diğer epidemiyolojik ölçütlerden de yararlanılarak tahmin edilmesi ve var olan hizmetlere ek olarak gerekecek olan müdahalelerin maliyet etkinliklerinin de dikkate alınacak şekilde belirlenmesi anlamına gelir (14).

Hastalık yükü: Herhangi bir hastalık ya da sağlık sorununun topluma getirdiği maliyet, neden olduğu yüküdür. Sanıldığı gibi tersine parasal bir değer olmayıp o sorunun topluma getirdiği ortalama yükün “engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları-DALY” cinsinden ölçülerek ifade-sidir. İlk kez 1990 yılında geliştirilen bu kavram o zamandan beri kullanılmakta ve belirli aralıklarla küresel düzeyde ölçümler yapılmaktadır.

Yönetim: Yönetim, saptanan amaçların insanlarla birlikte ve onlar sayesinde gerçekleşmesi için gereken örgütsel bir süreçtir.

Kanıt dayalı yönetim: Elde edilebilen en doğru araştırma kanıtlarının, karar vericilerin uzmanlıkları ve hizmet alanların tercihleri ile bir araya getirilerek arzu edilen sonuçların elde edilebilmesi için kullanılması ilkelerine dayanan yönetim anlayışıdır.

Sağlık yönetimi: Sağlık yönetimi, bireylere ve toplumlara, her türlü sağlık hizmetlerinin sunulması ve daha iyi bir ortamda

yaşamalarının sağlanması için yapılacak işleri, kullanılacak kaynakları, ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir.

Yerinden yönetim (desantralizasyon): Planlama, yönetme ve karar verme gibi konularda merkeze ait yetki ve gücün periferiye yani hiyerarşik açıdan daha alt kesimlere aktarılması demektir (15). Dört farklı şekilde olabilir: Dekonsantrasyon, devolusyon, delegasyon ve özelleştirme (16, 17).

- Dekonsantrasyon: Yönetimsel desantralizasyon anlamına gelir, karar verme yetkisinin daha alt yönetim kademelerine devri şeklinde tanımlanır. Örnek: İl Sağlık Müdürlükleri.

- Devolusyon: Politik desantralizasyon anlamına gelir ve karar verme yetkisinin daha alt politik kademelere devri şeklinde tanımlanır. Örnek: Karayolları Bölge Müdürlükleri.

- Delegasyon: Örgütsel desantralizasyon anlamına gelir ve her türlü görevin daha alt seviyedeki örgütlere devri şeklinde tanımlanır. Örnek: Üniversite hastaneleri.

- Özelleştirme: Kamu kuruluşlarının yapması gereken her türlü görevin özel sektöre devri anlamına gelmektedir.

Örgütlenme: Örgütlenme, yetki, sorumluluk ve raporlama ilişkilerinin kurulması ve bunun için gerekli yapılanmanın oluşturulması demektir.

Liderlik: Liderlik, davranışları etkileyebilme yeteneğidir. Liderler, konularından bağımsız olarak sözlerine değer verilen ve peşinden gidilen kişilerdir.

Motivasyon: Motivasyon, ihtiyaç duyulan doyum sağlamaya yönelik bir içgüdüdür. Davranışın uyarıcısıdır.

Yönetişim: Birleşmiş Milletler (BM) onaylı olarak faaliyet gösteren Küresel Yönetişim Komisyonunun tanımına göre yönetişim; özel ya da kamusal, bireylerin ve kurumların ortak işlerini yönetmek için gerekli olan yolların tümüne verilen isimdir (18). Bu anlamda, birbirinden farklı, hatta çatışan ilgi alanlarının ortak bir zeminde buluşturulmasını amaçlayan ve bitmeyen bir süreçtir. Gerekli uyumun sağlanması için resmi kurum ve kuruluşların zorlayıcı kararlar almasının yanı sıra gayri resmi kuruluş ve bireylerin gönüllü katılımlarını, ilgilerini artırıcı düzenlemeleri gerektirmektedir. Daha kısa bir deyişle “birlikte, etkileşim içerisinde yönetmek” demektir ve bir organizasyondaki yetkilendirme, liderlik, gözetim, yönlendirme, denetim ve hesap verebilirlik işlevlerinin nasıl sağlandığını belirtmektedir.

“İhtiyaç” kavramı, genellikle birlikte anıldığı “talep” kavramı ile karıştırmamalıdır.

Örneğin estetik amaçlı dudak kalınlaştırma, burun düzeltme gibi bazı uygulamalar, talep edildiği halde ihtiyaç olmayabilir. Öte yandan, yenidoğan sorunları, Alzheimer hastalarının durumu, komadaki hastaların sorunları gibi talep edilemeyen ihtiyaçlar da söz konusudur.

Sağlık için yönetişim: Hükümetlerin veya sağlıkla ilgili diğer oyuncuların, toplumları, ülkeleri veya ülke gruplarını, iyilik halinin önkoşulu olan sağlık konusunda, toplumsal ve devlet düzeyinde yönlendirme çabalarıdır (19). Bu tanım doğrultusunda sağlık ve iyilik hali sadece sağlık sektörünün değil tüm sektörlerin, resmi ve özel kesimlerin, tüm vatandaşların ortak ilgi alanı olmak durumundadır. Sağlık sektörü ve hükümet dışı kurum ve kuruluşların sinerji oluşturacak politikalarla bir araya gelmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

Klinik yönetişim: Sağlık hizmeti sunan kuruluşların ve mesleklerin, mükemmel ve güvenli hizmet sunumu konusunda standartları yüksek bir ortam oluşturmaları ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliğini ifade etmektedir (20, 21). İlk olarak İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından gündeme getirilen klinik yönetişim uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle sağlık hizmet sunucuları tarafından hatalı, gereksiz veya yetersiz hizmet sunulması sonucu ortaya çıkan hasta ölümlerinin ve sorunlarının tahminlerin çok ötesinde olduğunun anlaşılması, hasta güvenliğini ve hizmet kalitesini artırıcı önlemlerin gözden geçirilmesine neden olmuştur. Buna ek olarak hasta beklentilerindeki değişimler, teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin maliyet ve harcamalarındaki artışlar gibi bir dizi neden, başta hekimlik olmak üzere sağlık mesleklerinin ve tıbbi uygulamaların niteliğini sorgulanır hale getirmiş, hesap verebilirliklerini değiştirmeye başlamıştır.

Üretim verimliliği, sağlıkla ilgili en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun şekilde kullanılması yani belirli bir girdi maliyeti için en iyi çıktıların elde edilmesi demektir. Bunu, aşağı yukarı aynı anlamda kullanılan teknik verimlilik ile karıştırmamak gerekir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması yani “aynı sonucun daha az girdi ile elde edilmesi” anlamına gelir.

Küreselleşme: Sermayenin, malların, bilginin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır olmaksızın dolaşması, yayılması anlamına gelmektedir (22). Başka bir tanıma göre ise zaman, mekân ve düşünce açısından var olan sınırların kalkması ile günlük hayatın her alanında insan ilişkisi ve etkileşimlerinin yoğunlaşması sürecidir (23).

Küresel yönetim: Sınırlar ötesindeki ilişkilerin egemen bir güce, bir iktidara bağlı olmadan yönetilmesi olarak tanımlanmaktadır (24). Bu kavramın “küresel hükümet” ile karıştırılmaması özellikle önem taşımaktadır. Küresel hükümet, her türlü küresel düzenleme ve faaliyetin bir otorite tarafından yapılmasını, yaptırımların bulunmasını ve denetim için, örneğin, polis örgütü gibi zorlayıcı veya caydırıcı unsurların bulunmasını gerektirmekte iken, küresel yönetim, paylaşılan ve üzerinde anlaşılan ortak amaçlar doğrultusunda sürdürülen, kesinlikle polis gücü gibi zorlayıcı güce dayanmayan bir takım faaliyetlere verilen isimdir. Küresel yönetimin bir diğer özelliği “hükümet dışı kuruluşlar ile iş birliği” olarak öne çıkmaktadır.

Küresel sağlık yönetimi: Henüz üzerinde görüş birliği sağlanmış bir tanımla olmamakla birlikte “sağlıkla ilgili sorunlar

konusunda, uluslararası ve uluslar ötesi başımlılığın gerektirdiği ortak düzenlemelerin yapılması için gereken tüm çabalar” anlamına gelmektedir (25).

Kamusal (mallar/hizmetler/iyilik): Dışlanmanın ve rekabetin söz konusu olmadığı, herkesin kullanımına veya tüketimine açık olandır.

Sağlık alanında özel sektör: Kâr-amaçlı özel sağlık kuruluşları ve özel girişimcilerin yanı sıra, yardım ve dayanışma amaçlı dernek ve vakıflar, üniversiteler tarafından kurulmuş olan “kâr amacı gütmeyen kuruluşları” da kapsayan bir kavramdır.

Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar: Birincil amacı kâr etmek olmayan ve genellikle sivil toplum örgütleri, vakıflar, yardım kuruluşları, üniversiteler tarafından kurulup işletilen kuruluşlardır.

Ahlaki tehlike: Sağlık hizmetini alanlar ile sunanlar arasındaki para alışverişinin üçüncü taraflara -devlet, sigorta- devredilmesi sonucu ortaya çıkan ve hizmeti alan kişinin, sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerini kullanma konusunda artan bir savurganlığı ile sağlığını koruma konusunda özensizliği şeklinde kendini gösteren sorun. Benzer bir sorun, hizmeti sunanların fazla gelir sağlamak amacıyla abartılı ve gereksiz hizmet sunumu şeklinde de ortaya çıkabilmektedir.

Bilgi asimetrisi: Sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasında hizmetin miktarı, kapsamı, önceliği, alternatifleri konusundaki bilgi farklılığıdır.

Sunucu tarafından uyarılan talep: Sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilendirme nedeniyle sunucuların, özellikle de hekimlerin aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesidir (26).

Sunum (arz) tarafından uyarılan talep: Bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan taleplerdir (27).

Yönetimli rekabet: Hizmet sunucuları ile sigortacıların, devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesi demektir (28). Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanırken diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunması anlamına gelir.

Sağlık diplomasisi: Türk Dil Kurumu tarafından uluslararası ilişkileri düzenleyen anlaşmalar bütünü olarak tanımlanan diploması kavramı; ülkeler arasındaki sorunların savaş yerine karşılıklı görüşmeler, değiş tokuşlar ve uzlaşmalar yoluyla daha

rahat çözülebileceği fikrinden hareketle ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sınır güvenliği, ticaret gibi konularda önem taşıyan diploması, zaman içerisinde bulaşıcı hastalık salgınları, çevre kirlenmesi gibi sorunların da güvenlik sorunu haline dönüşebilmesi nedeniyle sağlık konularında da gündeme gelmiştir. Hastalıkların ve hastalık etkenlerinin sınır tanınamaları, güvenlikçi yaklaşımlardan fazlaca etkilenmemeleri, bu alanın sadece devletlerin değil, özel kuruluşların, bireylerin ve sivil toplumun da faaliyet alanı olması gibi nedenler sağlık alanındaki diplomasinin önemini artırmıştır. Diploması sadece sorunların çözümü için görüşmeler yapmak, uzlaşma zeminleri ve iş birliği yolları aramaya çalışmaktan ibaret olmayıp bu uzlaşma ve iş birliğini sürekli kılmak için gerekli olan izleme, denetleme, gerekli durumlarda yasal düzenleme gibi bir dizi faaliyeti de kapsamaktadır.

Küresel sağlık diplomasisi: Sağlık için gerekli olan küresel politika ortamını şekillendirmek ve yönetmek amacına yönelik çok aşamalı görüşme süreçleri olarak tanımlanmaktadır (29). Küresel sağlık diplomasisi konusunda yetkin olmak şu bilgi ve becerileri gerektirmektedir (30):

- Diplomatik ilişkilerin anlamını, güvenlik, ticaret ve kalkınma konularının küresel sağlık sorunlarıyla bağlantısını bilmek
- “Küresel kamu malları” ve “küresel sağlık yönetimi” kavramlarını bilmek
- Küresel sağlık bileşenlerini ve dış ilişkiler ile ilgisini anlayabilmek
- Küresel sağlık konusunun insan hakları açısından etik ve moral temellerini kavramak ve farklı kültürlerle göre açıklayabilmek
- Küresel sağlık diplomasisinin çok uluslu ve çok yönlü yapısını anlayabilmek
- Görüşme süreçleri, iletişim teknikleri ve becerileri konusunda eğitilmiş olmak

Uluslararası hastalık sınıflandırması (ICD-10): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş, epidemiyolojik, klinik ve yönetsel amaçlarla kullanılan bir hastalık tanıları listesidir. Halen kullanılmakta olan sınıflama listesi Mayıs 1990'daki Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilerek 1994'de uygulamaya konulan 10. versiyon olduğu için ICD-10 olarak anılmaktadır. Daha önceki versiyon olan ICD-9'da 6.969 olan hastalık kodu sayısı ICD-10'da 14.199'a ulaşmıştır. Yeni revizyon olan ICD-11'in 2017 yılında tamamlanarak kullanılmaya başlaması planlanmıştır.

Tanı ilişkili gruplar (TİG-DRG): Farklı sağlık kuruluşlarında tedavi gören benzer vakalar için izlenen süreçlerin ve sonuçların ne ölçüde benzer ve karşılaştırılabilir olduğunu değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen bir ölçüm

yöntemi. TİG'ler, Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Listesinde (ICD-10) yer alan tanıları, yapılan işlemleri, hastaların yaş ve cinsiyetini, komplikasyon veya komorbidite durumları ile yatma sürelerini dikkate alan bir gruplama yöntemi ile hazırlanmaktadır.

Açıklanması zor farklılıklar: Aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin verilmesi ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantıkla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesidir (31).

Sağlık sistemi performans değerlendirilmesi: Bir ülkedeki sağlık sistemi için belirlenmiş amaçların, öngörülen stratejiler doğrultusunda ne ölçüde gerçekleştiğinin izlenmesi, incelenmesi, tartışılması ve gözden geçirilmesi süreçleri için kullanılan bir kavramdır.

Verimlilik: Verimlilik, en kısa tanımla, “bir işin enerji ve zaman israfına yol açmadan iyi yapılması” ya da sağlık hizmetleri için “en kaliteli hizmetin en düşük maliyetle verilebilmesi” anlamına gelmektedir. Ekonomi bilimindeki anlamı biraz daha farklı olup, “eldeki kaynakların alternatif yollara kıyasla en fazla değeri üretecek şekilde kullanılması” demektir (32). Verimlilik konusu, üretim verimliliği, teknik verimlilik ve dağıtım verimliliği şeklinde farklı açılardan ele alınmakta ve özel yöntemlerle değerlendirilmektedir. Üretim verimliliği, sağlıkla ilgili en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun şekilde kullanılması yani belirli bir girdi maliyeti için en iyi çıktının elde edilmesi demektir. Bunu, aşağı yukarı aynı anlamda kullanılan teknik verimlilik ile karıştırmamak gerekir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması yani “aynı sonucun daha az girdi ile elde edilmesi” anlamına gelir. Üretim verimliliği buna ek olarak “birim maliyet” üzerinde durur. Dağıtım verimliliği (tahsis verimliliği/kaynak dağılımı verimliliği), en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun biçimde dağıtılması anlamına gelir. Bu da, Pareto verimlilik ya da Pareto-olmayan verimlilik şeklinde ortaya çıkabilir. Pareto-verimlilik, aynı kaynaklarla bazı sonuçların iyileştirilmesi için diğer bazı sonuçların iyileştirilmesinden fedakarlık edilmesi gerektiği anlamına gelir. Pareto olmayan verimlilik, kaynakların farklı dağıtımı sonucunda belirli kesimlerden elde edilen sonuçlarda iyileşme sağlanırken diğerlerinde kötüleşme olmaması demektir (32). Bir başka kavram olan Kaldor-Hicks verimliliği ise bir grup için iyileşme sağlanırken bu iyileşmenin, kötüleşme beklenen grubu telafi edebildiği durumlar için kullanılmaktadır (32). Klasik

pazar mantığına göre, üretim verimliliği ve dağıtım verimliliğinin pazar koşullarında kendiliğinden gerçekleşmesi beklenir. Bunun için en iyiyi en ucuza almak isteyen talep cephesindekilerin satın alacakları malın fiyatı ve alternatifleri konusunda bilgi sahibi olması; kazançlarını artırma amacıyla olan arz cephesindekilerin ise pazara giriş ve çıkışı engellenmeyen diğer sunucular ile rekabet içinde olması yeterlidir. Oysa sağlık sektöründe durum bundan çok farklıdır. Talep cephesindeki hastalar bilgi asimetrisi nedeniyle ne gerçek ihtiyaçları, ne alacakları hizmetin niteliği, ne de alternatifler konusunda yeterince bilgi sahibi değildir. Arz cephesinde ise bilgisi az olan tüketiciyi koruma amacıyla her sunucunun pazara rahatça girip çıkması engellenmiştir. Örneğin hekimlik, hemşirelik, eczacılık yapabilmek ve hastane açabilmek pek çok diploma, ruhsat ve izin gibi belge ve standartlara bağlanmıştır. Üstelik klasik pazar anlayışında sunucuların kârlarını artırma amacı bulunmakta iken sağlık alanında “kâr amacı gütmek” önem taşımakta ve kâr amaçlı sunucuların pazara girişi engellenebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde verimlilik konusu, ölçümleri ve değerlendirmeleri özel teknikler gerektiren, karmaşık işlemlerdir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva:WHO
- 2) Nutbeam D. Health promotion Glossary. Health Promot. Int., 1998;13(4):349-364.
- 3) Sorensen K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012;12(80).
- 4) http://www.who.int/topics/health_policy/en/ (Erişim Tarihi: 02.03.2017)
- 5) Arah O, Westert G, Hurst J, Klazinga N. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, 2006;18 (Suppl. 1): 5-13.
- 6) Culyer AJ. Equity-some theory and its policy implications. Journal of Medical Ethics 2001;27:275-283.
- 7) WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000.
- 8) Valentine NB, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Soc. Sci. Med. 2008;66 (9):1939-1950.
- 9) Gostin L, Hodge J G, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. Health and human rights working paper series No. 2, World Health Organization, Geneva, 2003.
- 10) <http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/> (Erişim Tarihi: 22.02.2017)
- 11) Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: Concepts and critical issues. WHO, Geneva, 2002.
- 12) Williams A. "Need" as a demand concept. In:

Culyer A (ed) Economic policies and social goals. Martin Robertson, London, 1974.

13) Wright J. Assessing health needs. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (eds) Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. Oxford, 2001:38-46.

14) Williams R, Wright J. Health needs assessment: Epidemiological issues in health needs assessment. BMJ, 1998;316 (7141): 1379-82.

15) Conyers D. Decentralisation: The latest fashion in development administration. Public Administration and Development, 3, 1983, s.97-109.

16) Mills A, Vaughan PJ, Smith DL, Tabipzadeh I, (eds). Health system decentralization. Concepts, issues and country experience. WHO, Geneva, 1990.

17) Rondinelli DA. Government decentralization and economic development: the evolution of concepts and practices. Comparative Public Administration. 2006;15:433-445. doi:10.1016/S0732-1317(06)15018-6.

18) Commission on Global Governance. Our global neighbourhood. Oxford, Oxford University Press, 1995. (<http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm> (Erişim Tarihi: 03.03.2017))

19) Kickbush I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe, 2012.

20) Scally and L. J. Donaldson, Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England BMJ (4 July 1998): 61-65.

21) National Health Service (NHS). A First Class Service. Quality in the new NHS. London. UK, 1998.

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

23) Lee K. Globalization and health: an introduction. 1st edition, Palgrave MacMillan: London, 2003.

24) Finklestein L. What is global governance? Glob Gov 1996;9(3):367-372.

25) Hein W, Kohlmoorgen L. Global health governance. Conflicts on global social rights. Global Social Policy 2008;8(1):80-108.

26) Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supply Induced Demand for Medical Services. Productivity Commission, Melbourne, Australia, 2002.

27) Dartmouth Atlas Project Topic Briefing 2007. Supply Sensitive Care. www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/supply_sensitive.pdf. 2007. (Erişim Tarihi: 22.02.2017)

28) Alain C. Enthoven, The History and Principles of Managed Competition, Health Aff., Supp. 1993: 24-48.

29) Kickbush I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches, and skills in global health. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(3)-243-244.

30) Roskam E, Kickbush I. (eds.). Negotiating and navigating global health: Case studies in global health diplomacy. London: WorldScientific/Imperial College Press, 2011.

31) Wennberg JE. Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press. 2010: 4.

32) Gyrd-Hansen D. Efficiency in Health Care, concepts of. İçinde: Culyer AJ. (ed.)Eyclopedia of Health Economics. First edition, Elsevier, London 2014:267-271.

ABD'de hekim olmak

Prof. Dr. Abdulkadir Ömer



1962 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlığını aynı yerde tamamladı. İç hastalıkları uzmanı ve özel bir şirkette tıbbi müdür olarak çalıştı. Kariyerine araştırmacı olarak Harvard Üniversitesinde Joslin Diyabet Merkezinde devam etti. Adacık laboratuvarında post doktoral fellow, insan adacık laboratuvarı müdür yardımcısı ve Harvard Üniversitesinde instructor olarak görev yaptı. 1999-2007 yılları arasında ABD Kanada ve Avrupa ülkeleri tarafından çok merkezli olarak yürütülen insanda pankreas adacık nakli ilgi çalışmada (collaborative islet registry) yer aldı. Endokrinoloji diyabet ve metabolizma yan dal uzmanlığını 2013'te Massachusetts Üniversitesinde tamamladı. 2013-2016 yılları arasında aynı üniversitede yardımcı doçent ve St. Vincent Hastanesinde endokrinoloji uzmanı olarak çalıştı. 2004'te doçent, 2016'da profesör oldu. Dr. Ömer halen Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 18 yıllık yaşamımdan sonra yeniden İstanbul'a dönmenin heyecanını yaşıyorum. Evvela, bu 18 yılın analizini yapmak için bana bu fırsatı veren ve sayfalarını açan SD Dergisine teşekkür ediyorum. 18 yıl içinde hekim, bilim adamı, eş ve baba olarak yaşadıklarımdan bahsetmek istiyorum. 18 yılın dokuz yılını, bir bilim insanı olarak hiç unutamayacağım Harvard Üniversitesi Joslin Diyabet Merkezi Pankreas Adacık Hücre Nakli ve Hücre Biyolojisi Laboratuvarında geçirdim. Bir tedavi metodu olarak pankreas adacık hücre naklinin deney tüplerinden başlayarak farelere, oradan maymunlara ve en sonunda insanlara dek uzanan tahmin edilemez ölçüde heyecan verici aşamalarını izleme fırsatını yakaladım. Bana her zaman sorulan, "Yani en sonunda ne buldun?" sorusuna cevap olarak "O kadar kısa olmadığını buldum" diyebilirim. Araştırma ile ilgili olarak dokuz yıldan aklımda kalanları şöyle özetleyebilirim.

Bilim asla durmaz: Laboratuvarda işe başladığım gün elime üç anahtar verilmişti. Birisi laboratuvarın anahtarı, diğeri kütüphanenin ve en sonuncusu da deney hayvanlarının bulunduğu bölümün. Bunun anlamı istediğim zaman gelip çalışabilme olanağının bana sunulması ve bilimsel aktivitelerin asla durmaması gerektiği idi.

Zarfa değil mazrufa dikkat etmek gerek: Dokuz yıllık araştırma dönemimde araştırma projelerini yürütmek için çok

ciddi ve istikrarlı çaba gerektiğine tanık oldum. Çoğu zaman bir kot pantolon ve bir haftalık sakal tıraşı ile laboratuvara gelen doktora öğrencisinin bilgi ve deneyimine müracaat edildiğine ve sorduğu sorularla kongrelerde çok ünlü hocalarımızı sıkıntıya sokabildiğine tanık oldum.

Sihirli mermiyi bulmak çok zor: Araştırmaların büyük kısmında işler çok yavaş ilerliyor. Sorunun nihai çözümünü bir binanın tamamının inşası olarak düşünürseniz, her buluş binanın duvarlarına bir tuğla koymak gibi oluyor. Bir buluşla soruna nihai çözüm getirilmesi çok nadiren mümkün olabiliyor. En sık karşılaşılan konu şudur: Sizden evvelki araştırmacının bulduğu verilere dayanarak siz bir veri ekliyorsunuz ve bu şekilde nihai çözüme yaklaşıyor. Eğer bildirdiğiniz sonuçlar diğer araştırmacılar tarafından doğrulanmazsa siz kendi sonuçlarınızı yayımladığınız eseri, yayımlanmış dergilerden geri çekmek zorunda kalabiliyorsunuz. Yedi yıl araştırma sonrası ülkelere ciddi bir veri elde etmeden giden insanlar ve ilaç araştırmasında sekiz yıl sonra piyasaya çıkmadan durdurulan araştırmalar ve boşa giden ciddi miktarda paraların olabileceğine şahit oldum. Bu yüzden kendimi şanslı grupta varsayıyorum. Bilinmeyen (bizce) aramada ve orijinal bilgiye ulaşmada, özellikle temel bilimlerle ilgili araştırmacıların emeklerine ve sonuçlarına ciddi olarak önem verilmesi gerektiğine inanan biri olarak bende, temel bilimlerle ilgili araştırmacılara iyi imkân ve ortam oluşturulması gerektiği fikri oluştu.

Geniş yetki, tam özgürlük: Proje planlanırken hangi araştırmacının projeyi ilk sorumlu olarak yürüteceğine karar veriliyor. Tahmin edileceği gibi herkese yetecek kadar iş ve proje var. Makalede planlayıcı ve icracı olarak önde gelen sorumlu kişi, makale yayımlandığında ismi ilk sırada olacak kişi oluyor. Bu araştırmacı, projenin gün içinde ilerleyişinden, deneylerin planlanmasından, deneylerin doğruluğundan, verilerin emniyetli şekilde muhafazasından, verilerin sunumundan ve makalenin yayıma hazırlanmasından birinci derecede sorumlu kişidir. En son sırada yer alan kişi ise projenin yürütmesini, ilk sıradaki araştırmacı ile beraber projenin izlenmesini sağlayan, gerektiğinde öneriler getiren, projenin masraflarını karşılayacak bütçe kaynağını (grant) sağlayan kişi olup genellikle en kıdemli araştırmacı ya da laboratuvarın yöneticisidir. Makalede ismin yer alması için en önemli ve belki de tek ölçü, projeye yapılan entelektüel katkı. Bilim çevresinde, yayımlanmış eser sayısı "kişinin isminin ilk sırada veya son sırada yer alarak yayımlandığı eser sayısı" anlamında kullanılıyor.

Sayıdan çok kalite ön planda olmalı: Bir eserin değeri, genel anlamda, yayımlandığı derginin etki değeri (*impact factor*), bu değer ise diğer araştırmacılar tarafından bu eseri, kendi yayımlarında güvenilir yayın olarak atıfta bulunma sayısı ile (*citation*) orantılı olarak değişiyor. Etki değeri yüksek olan dergilerdeki makaleler çoğunlukla bilimsel değeri yüksek olarak kabul görüyor.

Uluslararası hakemli dergilerde yaptığım



hakemlik deneyimleri ışığında iyi bir bilimsel makale yazmada ve sonuç elde edebilmede aşağıdaki noktaların önemli olduğu izlenimini edindim.

- 1- Araştırılan konu (soru) ne kadar önemlidir?
- 2- Deneysel modelin yeterlilik ve kabul edilebilirlik derecesi nedir?
- 3- Kullanılan deneysel yöntemler ne ölçüde gelişmiştir?
- 4- Sonuçlar ne ölçüde güvenilir, sonuçlar alternatif yöntemlerle teyit edilmiş midir?
- 5- Sonuçların mevcut verilerle ilişkileri yeterince tartışılmış mıdır?
- 6- Sonuçların bu alandaki gelişmelere ve ilerlemelere katkısı ne olacaktır?

Hasta bakımı ile ilgili olan hekimlik izlenimlerim

ABD’de tıp eğitimi pahalı ve çok uzun süreli. Doktor adayları ise gerçekten hekimlik yapmak isteyenlerden oluşuyor. ABD’de doğup büyümüş kişiler için tıp eğitimi psikolojik yönden en külfetli olanı. Tıp doktorluğu (uzmanlık), 12 yıllık ilk ve orta öğretimden sonra dört yıllık kolej eğitimini (Türkiye’dekinden farklı: Türkiye’de kolej eğitimi bazı özel liselerce kullanılan ve lise düzeyindeki bir eğitim sistemini ifade ederken ABD’deki kolej sistemi ise liseden sonraki iki, dört yıllık eğitim sürecini ifade eder) takiben dört yıllık tıp fakültesi ve üç, beş yıllık ihtisastan sonra kazanılmış bir derecedir. Tıp fakültelerine girmek, çok pahalı ve gerçekten zor. Tıp fakültesi

öğrenci adaylarının önemli bir kısmı, tıp fakültesine müracaat etmeden önce tıp fakültelerine girme şanslarını artırabilmek için bir veya iki yıl araştırma veya gönüllü hizmet yapmayı tercih ediyorlar. İhtisas yapmayan pratisyen (tıp fakültelerinden yeni mezun doktorlar) hekimler, tıbbi hatalara karşı sigortalanamadığından dolayı hasta bakmıyorlar. Tıp fakültelerine giriş sınavları teorik ve mülakat yöntemi ile yapılıyor. Teorik sınav (MCAT- *Medical College Admission Test*) merkezi olarak yapılıyor ve değerlendiriliyor. Mülakat ise her okul tarafından yapılıyor. Mülakat esnasında aday öğrenci ile çeşitli seviyelerde görüşmeler yapılabilir. İkinci sınıf okul öğrencisi, hastane hekimi veya okulun akademik yöneticilerinden biri veya birkaçı aday öğrenci ile görüşüyor. Mülakatlar, sınavdan ziyade karşılıklı gayri resmi görüşme ortamında yapılıyor ve her bir öğrenci aday için bir gün sürüyor... Öğrencilere sıklıkla sorulan soru neden doktor olmak istedikleri sorusu. Adaylar arasında bilimsel araştırma yapmış (ilk isim olarak makale yayımlamış), ülkenin veya dünyanın hizmete muhtaç yerlerinde gönüllü hizmet yapmış, ambulanslarda veya ilk yardım şirketlerinde çalışmış kişilere sıklıkla rastlanıyor.

İhtisas Süreci

İhtisas süreci asistanlar için ciddi derecede yıpratıcı ama yapmaya değer. İhtisas süresince sistem “usta-çırak ilişkisi” içinde ilerliyor. Her hastanenin yeterliliği, düzenli olarak ABIM (*American Board of Internal Medicine*) tarafından denetleni-

Son beş yıl içinde ABD’de elektronik kayıt sisteminin kullanımı zorunlu hale geldi. Bununla beraber hekimlerin iş yükü ciddi olarak arttı. Elektronik sistemin kullanımı kesinlikle daha ayrıntılı bir dokümantasyon gerektiriyor. Hastalarla ilgili iletişimlerin de kayıt altına alınması gerekiyor. İç hastalıkları ile ilgili branşlarda günlük ortalama iki saat gibi bir ek süre, hastalarla ilgili kayıtların tamamlanması için harcanıyor. Bu durumda hekimin sosyal ve aile içi aktivitelerinden fedakârlık yapması gerekiyor.



Buradan tıp fakültesi mezunu olarak ABD’de hekim olarak ihtisas yapmak isteyenler USMLE sınavlarını tıp fakültesi süresince veya hemen sonra çok yüksek puanla ve ilk haklarında geçmeleri gerekiyor. Ayrıntılardan yukarda bahsettim. İhtisas süreci kesinlikle Türkiye’deki süreçten zor ama keyifli. Daha sonrasında ise orada kalmak isterlerse uzun bir vize değiştirme sürecinde kalmayı göze almaları gerekiyor

yor. Örneğin iç hastalıkları ihtisası üç yıl sürüyor. İlk yıl intörnlik (Türkiye’dekinden farklı anlamda) yapılıyor. İç hastalıkları birinci yıl asistanları yanında diğer branş (göz, dermatoloji, nöroloji, radyoloji, fizik tedavi vb.) asistanları bir yıl süre ile iç hastalıklarında eğitim görmek zorunda. Haftalık çalışma süresi genellikle 60-80 saat civarında. Ciddi yorgunluk ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kişisel sağlık sorunları ve yüksek tıbbi hata riski yüzünden haftalık çalışma süresi 80 saatle sınırlı. Asistanların çalışma planı, eğitimi, izinleri ve her türlü sosyal sorunları ile ilgilenen “baş asistanlar” (*chief resident*) var. Baş asistanlar, asistanlığını yeni bitirmiş, çalışkan, özverili ve bir yıl ek süre ile programda kalan ve yukarıdaki görevleri sürdüren kişilerden oluşuyor. Öncelikli görevleri, asistan eğitmek. Hafta sonlarında ise hastanede hastalara hizmet veriyorlar. Asistanlar, asistanlık süresince her gün iki saat eğitim alıyor. Bu derslerin bir kısmı hastane içindeki uzman doktorlar tarafından diğer yarısı ise baş asistanlar tarafından veriliyor. Asistanlık süresince asistanların, bağımsız olarak hasta bakma yetkisi yok, hastane dışında (nöbet tutmak gibi) çalışmıyorlar veya reçete yazamıyorlar. Asistanlık süresince her iki haftada veya ayda bir kez bölüm değiştiriyorlar (rotasyon). Her rotasyon sonunda asistan hocasını, hoca da asistanı değerlendiriyor. Her yıl ABIM tarafından öğrencinin ihtisas içindeki gelişimi, merkezi bir sınavla izleniyor. İhtisas sonunda ABIM tarafından merkezi

bir sınav yapıyor (*board examination*). İhtisası veren hastanenin başarı durumunu, ihtisası bitiren asistanın girdiği alt ihtisas dallarının yeri ve sayısı ve ABIM tarafından yapılan board sınavındaki başarı durumu belirliyor.

Çalışma Saatleri

Doktorlar ortalama her gün doğrudan ya da dolaylı olarak 10-12 saat çalışıyorlar. En önemli konu, çalışma saatleri. ABD de uzman (ihtisasını bitirmiş) hekimler tam zamanlı (haftada dört gün) veya yarım zamanlı olarak iki veya üç gün çalışabiliyor. Buna üniversite hastaneleri dâhil. Araştırma yapanlar, hastaneye gelir getirdikleri sürece (araştırma ödenekleri olduğu sürece) haftada sadece yarım veya bir gün hasta ile ilgileniyorlar. Uzman doktorlar hastadan birinci derecede sorumlu kişi. Asistanlar, yukarıdaki nedenle yatan hastaların sorunları hariç kendi adına veya bir uzman doktor adına bağımsız olarak hasta bakamıyorlar. Son beş yıl içinde ABD’de elektronik kayıt sisteminin kullanımı zorunlu hale geldi. Bununla beraber hekimlerin iş yükü ciddi olarak arttı. Elektronik sistemin kullanımı kesinlikle daha ayrıntılı bir dokümantasyon gerektiriyor. Hastalarla ilgili iletişimlerin de kayıt altına alınması gerekiyor. İç hastalıkları ile ilgili branşlarda günlük ortalama iki saat gibi bir ek süre hastalarla ilgili kayıtların tamamlanması için harcanıyor.

Bu durumda hekimin sosyal ve aile içi aktivitelerinden fedakârlık yapması gerekiyor. Bu tür bir yaşamın hekimler için yıllar içindeki sonucu ise normal bir vatandaştan farklı olmuyor. ABD de 65 yaş üstü nüfusun yaklaşık % 28’i (1) yalnız yaşıyor ve sosyal yönden sınırlı iletişime sahip. Eğer 50’li yaşlarda kendinize uygun bir sosyal çevre oluşturmazsanız daha sonraki yıllarda yalnız kalma olasılığı daha muhtemel oluyor. 74 yaşında yeni emekli olmuş hekim olan bir hastam, kendi aile hekiminin vefatı üzerine, yıllardır aynı yerde yaşamasına rağmen tanıdığı hiçbir hekim olmadığını söylemiş ve benden bir aile hekimi bulmam konusunda yardım istemişti.

Yukardaki satırlardan sonra doğal olarak birkaç soru ortaya çıkıyor. Örneğin, Türkiye’den ABD’ye sağlık alanında kariyer için gitmeyi planlayan gençler için izlenecek en uygun yöntem ne olabilir sorusu akla gelebilir. Araştırma amaçlı gidecek kişilerin buradayken doktora (PhD) öncesi veya sonrası mı gideceklerine iyi karar vermeleri gerekiyor. Doktorasını tamamlamış kişilerin doktora sonrası araştırma görevlisi olarak (post doctoral fellow) ABD’de doğrudan iş bulmaları nispeten kolay. Ancak yukarıda da belirttiğim gibi çalışma süreleri çok uzun ve işler yoğun.



Dr. Abdülkadir Ömer’in ABD yıllarından bir kare

Adaylarda gerçekten istikrarlı olarak çalışma isteği olanlar seçiliyor. Buradan tıp fakültesi mezunu olarak ABD’de hekim olarak ihtisas yapmak isteyenler USMLE sınavlarını tıp fakültesi süresince veya hemen sonra çok yüksek puanla ve ilk haklarında geçmeleri gerekiyor. Ayrıntılardan yukarıda bahsettim. İhtisas süreci kesinlikle Türkiye’deki süreçten zor ama keyifli. Daha sonrasında ise orada kalmak isterlerse uzun bir vize değiştirme sürecinde kalmayı göze almaları gerekiyor.

Son olarak Türkiye’ye dönüş kararının nasıl oluştuğunu anlatmak istiyorum. Öncelikle meslekle ilgili faktörlerden bahsetmek isterim. ABD’de Joslin Diyabet Merkezinde çalışırken yanıma Türkiye’den çok değerli arkadaşlar geldiler ve onlarla deneyimlerimi paylaştım. Ayrıca hemen her yıl Türkiye’de diyabetle ilgili toplantılara ve projelere katılma fırsatı buldum. Yıllar içinde Türkiye’de öncelikle temel bilimlerle ilgili araştırma yapanlar için fırsatların arttığını, araştırmalar için ayrılan maddi kaynakların yıllar içinde ciddi olarak yükselmiş olmasını dikkate değer buluyorum. Örneğin Türkiye bilimsel araştırma kurumuna bağlı Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığının bilim insanlarına destek amaçlı olarak kullandığı maddi kaynak 2003 yılında 3,2 milyon TL iken 2011’de 82 milyon TL’ye çıkmış durumda (2). Sonuç olarak, ilgilendiğim alanla ilgili olarak (şeker hastalığının hücre nakli başta olmak üzere halen Türkiye’de olmayan ileri yöntemlerle tedavisi) yaptığım çalışmalara Türkiye’de devam etme konusunda ciddi bir alternatif ortaya çıktı. Gerçekten de buraya döndükten sonra benim gibi düşünen birçok bilim

insanının yıllar sonra ABD’den Türkiye’ye dönmüş olduklarını gördüm.

Ailevi ve kişisel faktörler de ABD’de yaşayan bir kişinin Türkiye’ye dönme kararını etkileyebiliyor. Aslında ABD’de yaşayan Türklerin büyük çoğunluğunun bir gün kalıcı olarak Türkiye’ye dönme isteği taşıdıklarını biliyorum. Bu konudaki tartışma ve muhabbet hemen her fırsatta gündeme gelir. Aile bireyleri arasında bu konudaki karar noktasında farklı seçimlerden dolayı birçok aile üyesinin belli bir süre bazen yıllarca ayrı yaşamak zorunda kaldığına hatta dağıldığına tanık oldum. ABD’de yaygın olarak sözü geçen bir tabir bu gibi durumlarda daha doğru karar verilmesine yardımcı olabiliyor. “Kişinin yaşamında en çok etkisi olan 3 faktör, önem derecesine göre, kişinin sağlığı (en önemlisi), ailesi ve işidir”. Yaşamla ilgili aileyi ilgilendiren kararlarda bu sıralamayı doğru yapanların yaşamlarının daha mutlu ve daha az sorunlu olacağı söylenir.

Sonuç olarak hayatımın önemli ve uzunca bir bölümünü geçirdiğim bir yerden, doğduğum yere geri dönmek karışık duygulara neden olsa da faktörleri öncelik sırasına koyarak bir seçim yaptığıma inanıyorum. Bu süreçte ülkeme dönmem için çok ciddi yardım ve destek verenleri ömrüm oldukça hep hatırlayacağım.

Kaynaklar

1) https://aoa.acl.gov/aging_statistics/profile/2014/2.aspx (Erişim Tarihi: 17.03.2016)

2) http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/BIDEB/istatistikler/genel/14.pdf (Erişim Tarihi: 17.03.2016)

Uzmanlık eğitiminde bilimsel araştırma eğitimleri

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. İç hastalıkları uzmanlık eğitimini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2014-2016 yılları arasında 2 dönem Dünya Genç Hekimler Birliği başkanlığı da yapan Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Bu yazıda, iç hastalıkları uzmanlık eğitiminden hareketle, asistanlık döneminde bilimsel beceri ve yetkinlikleri geliştirecek eğitimlere ilişkin düşüncelerimi sizlerle paylaşmaya çalışacağım. İç hastalıkları çekirdek eğitim müfredatı, uzmanlık eğitiminin bir bileşeni olarak uzman adaylarının bazı akademik faaliyetlerde bulunmalarının gerekli olduğuna dikkat çekmektedir. Bunlara hızlıca göz atmak

gerekirse şu dört başlıkta özetleyebiliriz: Elektronik kaynaklardan literatür taramanın öğrenilmesi ve bu alışkanlığa eğitimi boyunca devam edilmesi ve bu sayede kanıta dayalı tıp doğrultusundaki yetkinliklere ulaşabilmesi beklenmektedir. Bilimsel sunum yapabilme becerisini kazanması ve bunu kıdemine uygun olarak sergileyebilmesi istenmektedir. Tezini planlayıp yürütmesi zaten Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nin de uzmanlık için gerekli kıldığı bir ön şarttır. Tez dışı

en az bir araştırma planlayıp bilimsel makaleye dönüştürmesi ise sadece tez danışmanının yönlendirmesi ile değil kendisi bağımsız olarak da bir bilimsel çalışma planlayabilme yetisini kazandığının ispatı olacaktır. Bunları yapabilmek için asistanın, temel istatistik ve epidemiyoloji alanında yeterli bilgi ve donanımına sahip olması gerekliliği de çekirdek müfredatta vurgulanmıştır. Genel olarak tıp eğitimi planlamalarında eksik bırakılan; "Peki, tüm bunlar nasıl bir





strateji kullanılarak asistana kazandırılacak?" sorusunun cevabı, kurumlara ve her bir eğitiminin kendisine bırakılmıştır. Buna ek olarak, mezuniyet öncesi temel tıp eğitimi müfredatı ile uzmanlık eğitimi arasındaki sürekliliğin nasıl sağlanacağı üzerine de çok az fikir üretilmektedir. Temel istatistik ve epidemiyoloji bilgi ve becerilerinin mezuniyet öncesinin de hedefleri arasında olduğu düşünülürse; iyi araştırmacıların yetiştirilebilmesi süreci henüz tıp fakültesi sıralarında başlatılmalı, uzmanlık eğitimi bunu tamamlar nitelikte olmalıdır. Uzmanlık eğitimi, tez yazılmasının mecburi olması nedeniyle akademik ilerleme kapısını da kendiliğinden açan bir süreçtir. Bu haliyle sunduğu özlük hakkı düşünüldüğünde doktora eş değeri kabul edilebilir. Öte yandan, özellikle 21. yüzyılda oldukça katı kurallarla planlanmış uluslararası doktora programlarına göre ciddi eksiklikleri olduğu aşikârdır. Ülkemiz eğitim sisteminde hekimlerin gerek tıp fakültesine girişte gerekse de uzmanlık eğitimlerine yerleştirilme dönemlerinde oldukça üst düzey rekabetten geçerek o kademeye ulaştıklarını düşünürsek, her birinin birer bilim insanı adayı olarak yetiştirilmesinden daha doğal bir şey olamaz. 21. yüzyılda ülkeler arası mücadele bilim sahasında şekillenmektedir. Teknik ve sosyal alanlarda bilimsel bilginin üretilmesi alanında rekabet gücü nispeten zayıf kalmış ülkemiz için bilimsel rollerin hekimler tarafından üstlenilmesini beklemek oldukça doğaldır ve kişisel görüşüme göre gereklidir. Böyle düşünüldüğünde

her bir uzman adayının aynı zamanda tez yazarak akademik ilerlemeye hazır durumda tutulması, kendisine yüksek hedefler belirlemiş ülkemiz için halen geçerli bir hamledir. Mecburi tezlerin kaldırılarak isteğe bağlı veya doktora yapma şartını taşıyacak akademik beceri gösterenlerin kabul edildiği eş zamanlı doktora programları oluşturulması gündeme getirilebilecek olsa da; bu doktora programları uluslararası akredite edilmiş, üst düzey rekabete hazır programlar olmak zorundadır. Böylesi bir uygulamada, akademik ilerlemeye aday kişi sayısı azalacağından üretimin kesintisiz devam edebilmesi için her bir aday ciddi yapılandırılmış eğitimlerden geçirilmelidir.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin sürekli gelişebilmesi verilecek klinik kararların kanıt düzeylerini de düşünmeyi gerektirmektedir. Literatür tarama ve taradıklarını değerlendirebilme becerisi, kanıta dayalı tıbbın kullanım inceliklerini uzman adaylarına kazandırabilir. Öte yandan, biraz daha önemli olan verilerin nasıl toplandığının ve hangi metodolojik süreçlerden geçirilerek analiz edildiğinin eleştirel incelenbilmesidir. Bu sayede bilimsel bilginin nasıl üretildiğini kavramış olan uzman hekimler, okudukları bilgileri gündelik hayatlarında kullanırken daha bilinçli olacaklardır. Bunu sağlayabilecek etkili bir yöntem belirli aralıklarla toplanacak dergi kulüpleri olabilir. Dergi kulüpleri akademik camiada Cushing, Osler'in 1875 yılında Montreal'de

Bir bilimsel öğrenme metodu olarak dergi kulüpleri 160 yılı aşındır mevcuttur. 1940'lı yıllarda dergi kulüpleri Johns Hopkins'te her klinik birim tarafından ayrı ayrı düzenlenen bir geleneğe dönüşerek eğitimin de ayrılmaz parçası olmuşlardır. Dergi kulüpleri zaman içerisinde fonksiyonel gelişim de göstermiştir. Osler'in veya Paget'nin dergi kulüpleri mevcut literatürü ekiplerine sunabilme amacını taşırken; Harrison'ın dergi kulüpleri yayınların klinik uygulanabilirliklerinin değerlendirildiği toplantılara dönüşmüştür.



Bilimsel araştırma becerilerinin uzmanlık eğitimi sürecinde kazandırılmış olması gerektiği kurumlarımız tarafından ciddiyle ele alınmalı ve her kurumun kendi karakterine uygun yöntemler sürekli geliştiriliyor olmalıdır. Bu beceriler literatüre hâkim olabilmekten bağımsız bir araştırma planlayabilmeye kadar geniş bir yelpazeye dağılmıştır. Bu kademeler arasındaki ilişki ve geçişlere de dikkat edilmelidir. Bazen her türlü bilgi ve becerinin birkaç yıl içerisinde sığdırılabilmesi mümkün olmayabilir.

yaptığı dergi kulüplerinin çok verimli geçtiğinden bahsederken; Paget'nin 1850'lerde Londra'daki St. Bartholomew Hastanesinin köşesindeki pastanede asistanları ile buluşarak literatürü tartıştığı da kaydedilmiştir. Cerrahi tarafta Paget'nin öncülüğünü, dahili bilimler için 1900'lü yıllarda Harrison üstlenmiş ve kendi evinde düzenli literatür tartışma toplantıları organize etmiştir. Yani bir bilimsel öğrenme metodu olarak dergi kulüpleri 160 yılı aşkındır mevcuttur. 1940'lı yıllarda dergi kulüpleri Johns Hopkins'te her klinik birim tarafından ayrı ayrı düzenlenen bir geleneğe dönüşerek eğitimin de ayrılmaz parçası olmuşlardır. Dergi kulüpleri zaman içerisinde fonksiyonel gelişim de göstermiştir. Osler'in veya Paget'nin dergi kulüpleri mevcut literatürü ekiplerine sunabilme amacını taşıırken; Harrison'ın dergi kulüpleri, yayınların klinik uygulanabilirliklerinin değerlendirildiği toplantılara dönüşmüştür. Günümüzde dergi kulüpleri, yayınların metodolojik olarak eleştirel değerlendirmeye tabi tutuldukları oturumlardır. Asistan eğitiminde etkin bir bileşen olarak kullanılabilecek dergi kulüpleri yetişkin öğrenme teorilerine uygun olarak asistanların aktif katılımını sağlayabilen tartışma toplantıları olabildikleri için de önemlidir. Kanıta dayalı tıbbın (KDT) önemi de giderek artmaktayken, bu kavramın asistanlara

nasıl öğretildiği veya gerçekten öğretilip öğretilmediği halen oldukça çetrefilli sorulardır. Farklı kurumlardaki gözlemim şu yöndedir ki, KDT eğitimleri bir türlü klinik ortamlara dahil edilememiştir. Verilen eğitimler; hasta bakımından izole, toplantı salonlarında bazı teorik bilgilerin paylaşılmasından ibaret kalmaktadır. Hâlbuki KDT; gündelik işleyişe dâhil edilebilmeli, klinik karar verme süreçlerini nasıl şekillendirdiği asistanlarla uygulamalı olarak paylaşılabilmelidir. Birçok farklı çalışmada gösterilmiştir ki, genel olarak uzmanlık eğitimi sürecinde asistanlara yeterli düzeyde istatistik ve epidemiyoloji yeterlikleri kazandırılmamaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak geleceğin uzmanları, kendileri için hazırlanmış kolay lokmalara, özet rehberlere, hatta özet rehberlerin de özet satırlarına rağbet göstermektedirler. Ülkemizin bilimsel bilgi üretilmesindeki rekabet gücünü artırabilmemiz için orijinal çalışmaları okuyan, bunları metodolojik olarak eleştirel süzgeçten geçirebilen uzmanlara ihtiyacımız olduğunu vurgulamamız ve planlamalarımızı bu çerçevede yapabilmemiz gerekmektedir. Bu konuda daha iyi olduğunu düşündüğümüz ülkelerde durumun çok farklı olduğunu düşünmeyin. Biyoistatistik becerilerine 1980'lerden bu yana ciddiyle büyük önem veren ABD gibi ülkelerde dahi

uzman hekimlerin ancak yüzde 15'inin makalelerin istatistiksel metotlarını anlayabildiği gösterilmiştir.

Farklı eğitimlerden, belki eş zamanlı doktora programlarından geçmesi beklenen akademisyen adayının uygun vakitleri nasıl bulabileceği üzerine de düşünmemiz gereklidir. Bugün küresel ölçekte de; iş-egitim-hayat dengesi güncel olan ve büyük tartışmaların yaşandığı bir alandır. Yorulmadan çalışan hekim kavramının yerini yeteri kadar dinlenebilmiş hekim giderek daha fazla almaktadır. Bu sayede hekimlerin daha kesintisiz ve daha hatasız çalışabildikleri düşünülmektedir. Bu kapsamda, uzmanlık eğitimi sürecinde de dahil olmak üzere haftalık çalışma saatleri sınırlamaları gündemdedir. Diğer taraftan geleneksel eğitimciler, asistanın çalışma süresinin kısıtlanmasının bazı becerileri edinmemesine sebebiyet vereceği iddiasındadırlar. ABD'de çalışma sürelerinin 80 saatin altına indirilmesinin uzmanlık eğitimi ile ilgili olumsuz bir sonuca neden olmadığı gösterilmekle birlikte Avrupa'daki 56 veya 48 saat sınırlamaları ile ilgili yapılabilmiş net çalışmalar henüz mevcut değildir. Çalışma sürelerinin azalması, gün içerisinde her fırsatın etkili eğitim ortamlarına çevrilebilmesini gerekli kılmış durumdadır. Bilimsel metodolojinin uygulamalarının klinik işleyiş içerisine entegre edilebilmesi, sınırlı vaktin verimli kullanılmasını da sağlayacaktır. Bilimsel yeterliklerin asistanlara hangi yöntemler kullanılarak kazandırıldığı da önem taşımaktadır. Geleneksel ekol, didaktik oturumlarda teorik bilgilerin uzman adaylarına kazandırıldığı yöntemlerden oluşmaktadır. Bununla beraber, entegre metotlarla direkt hasta bakımı üzerinden, gündelik çalışmalara dahil edilerek geliştirilen eğitim çalışmaları da mevcuttur. İki farklı yaklaşım karşılaştırıldığında hem teorik hem de uygulamalı entegre yöntemlerin belirli bilgileri uzman adaylarına kazandırdığı ileri sürülebilir. Ancak okuma alışkanlığının kazandırılması, bilgi kaynağına ulaşmada kullanılan araçların doğru seçimine yönelik davranış değişimi ve hasta bakımına ilişkin karar verme algoritmalarının bilimsel bilgiler ışığında oluşturulması eğilimi, entegre metotlarla uygulamalı eğitim alan asistanlar için net bir şekilde daha yüksek seviyelerdedir.

Peki; gerek kurumlarımız, gerekse de kurumlarda oluşturduğumuz bakım ve eğitim sistemleri bu entegre eğitimlerin sunulabilmesi için ne kadar uygun durumdadır? Asistanlıkta yapılan tez çalışmasının hem asistana hem de asistanın görev yaptığı kliniğe faydaları olduğunu düşünmekteyim. Tez yazma zorunluluğu; asistana en az bir defa bir klinik problemi bilimsel çalışma olarak planlama, etik kurulun işleyişini kavrama, temel istatistik bilgilerini nasıl

kullanabileceğini anlama, çalışma bütçesi planlanması, uygun fonların bulunabilmesi için başvurulabilecek kaynaklar, konuya ilişkin literatürü tarama ve bilimsel bir ürün ortaya koyabilme imkânını sunmaktadır. Asistana tez veren bölüm veya anabilim dalı ise bu sayede sahip olduğu klinik birikimi bir ürüne dönüştürebilmektedir. Asistanların yazdığı tezler sayesinde ülkemiz tıbbının bilimsel bilgi üretimi de artmaktadır. İyi bir tezin yazılabilmesi için klinik problemin tez danışmanı aracılığı ile etkili bir şekilde ortaya konabilmesi ve danışmanla uzman adayı arasında etkin iletişimin sağlanabilmesi önem taşımaktadır. Çalışma planının oluşturulması, bu plana asistanın azami ölçüde uyma gayreti ve gerekli görüldüğü zaman diğer bölüm ve anabilim dallarından fikir alınması, en az bir defa konuyla ilgilenen farklı bölümlerin katılımı ile çok disiplinli bir değerlendirme toplantısı yapılması faydalı olacaktır. Asistanın genel memnuniyet düzeyinin -ki bunlar çalıştığı bölümdeki huzuru ve çalışma ortamı ile de direkt ilişkilidir- başarılı tez yazım sürecinde belirleyici etkenlerden olduğu unutulmamalıdır. Yaptığımız anketler ve asistanlarla görüşmeler; tez yazımı sürecinde asistanların yaşamakta oldukları sorunların şunlar olduğuna işaret etmektedir: Kendini yalnız ve tezinin tek sorumlusu hissetme, danışmanı ile iletişim problemleri, etik kurul ve sponsor kurul/komitelerle sorunlar, akademik başarısızlık kaygısı, yeterli vakit bulamama, motivasyon eksikliği.

Tez yazmanın, uzman olmanın ön şartı olan sistemin faydalı olduğunu düşünenlerdenim. Seçeneklerden bir diğeri, akademik yönde gelişecek uzman adaylarının uygun yöntemlerle belirlenip sadece onların tez yapabileceği doktora programları oluşturarak, zorunlu tez yazımı ile uygulanagelmiş uzmanlığın değiştirilmesidir. Böylesi bir sistemin önemli katkılarından biri, daha kaliteli tezlerin üretilmesi sonucuna ulaştıracak doktora programlarının oluşturulacağı ön görüştür. Bu programlar, üniversitelere bağlı enstitüler tarafından (belki de bazı anabilim dalları tarafından) oluşturulacak ve kabul için ciddi kriterler ortaya koyacaktır. Bu programlarda farklı anabilim dallarından (örneğin biyoistatistik, epidemiyoloji, temel bilimlerden vs.) öğretim üyeleri görevlendirilebileceğinden tez çalışmaları da daha verimli bir çerçeveye kavuşabilir. Ne var ki, daha az uzman adayının akademik kariyere ilerlemesi durumu, ülkemiz tip bilimini nicelik sorunuyla karşılaştırabilir. Sizlere "nitelik mi, nicelik mi" sorusunu sordurarak tartışmayı farklı bir alana taşıma düşüncem yok. Bu sorunun rasyonel veya politik birçok cevabı olabilir. Bence unutulmaması gereken, birçok defa niteliğin artan nicelikle birlikte geliştiğidir. Daha az aday, bir süre sonra akademisyen yetiştirilmesine yönelik

açmazları gündeme getirebilecektir. Esas hedefler doğru belirlenebilirse kullanılabilecek yöntemler de çeşitlidir. Örneğin seçmeli bazı dersler veya kurslarla asistanların bilimsel araştırma becerileri geliştirilebilir. Bu kurslar veritabanlarını kullanma, bilimsel bilginin kanıt düzeylerinin analiz edebilme, bilim metodolojisi, istatistiksel yöntemler gibi alanlarda olabilir. Veya her sene belirli dönemlerde kurumlar tarafından devam eden bilimsel çalışmalar açıklanarak başvuru ile bu çalışmaların araştırmacı ekibine asistanlar dâhil edilebilir. Bilimsel araştırma becerilerinin uzmanlık eğitimi sürecinde kazandırılmış olması gerektiği kurumlarımız tarafından ciddiye alınmalı ve her kurumun kendi karakterine uygun yöntemler sürekli geliştiriliyor olmalıdır. Bu beceriler, literatüre hâkim olabilmekten bağımsız bir araştırma planlayabilmeye kadar geniş bir yelpaze-ye dağılmıştır. Bu kademeler arasındaki ilişki ve geçişlere de dikkat edilmelidir. Bazen her türlü bilgi ve becerinin birkaç yıl içerisinde sığdırılabilmesi mümkün olmayabilir. Farklı senelerde ve kariyer basamaklarının farklı aşamalarında tamamlanabilecek modüller geliştirilmesi de seçenekler arasındadır.

Kaynaklar

Alguire P. A Review of Journal Clubs in Postgraduate Medical Education. JGIM. 1998

Coomarasamy A, Khan K. What's The Evidence That Postgraduate Teaching in Evidence Based Medicine Changes Anything? A Systematic Review. BMJ. 2004; 329: 1017.

Green M. Evidence Based Medicine Training in Graduate Medical Education: Past, Present and Future. J of Evaluation in Clinical Practice. 2000; 6(2): 121-138

Genç Hekim Platformu Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuç Raporları 2013-2014

Harden RM. Trends and The Future of Postgraduate Medical Education. Emergency Medicine Journal 2006; 23: 798-802

İç Hastalıkları Çekirdek Eğitim Programı. [tuk.saglik.gov.tr/muf2.1/ic_hastaliklari/index.html] (Erişim Tarihi: 01.03.2017)

Linzer M. The Journal Club and Medical Education: Over One Hundred Years of Unrecorded History. Postgraduate Medical Journal. 1987; 63: 475 – 78

Moonsinghe SR, Lowery J, Shahi N, Millen A, Beard JD. Impact of Reduction in Working Hours for Doctors in Training on Postgraduate Medical Education and Patients Outcomes: Systematic Review. BMJ 2011; 342: D1580

Rockinson-Szapkiw AJ. Improving Doctoral Candidates' Persistence in The Dissertation Process. [http://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1206&context=educ_fac_pubs] (Erişim Tarihi: 24.03.2017)

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. Resmi Gazete, 26 Nisan 2014, Sayı: 28983.

Windish D, Huot S, Green M. Medicine Residents' Understanding of the Biostatistics and Results in the Medical Literature. JAMA. 2007; 298(9): 1010-22

Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları

Dr. Orhan Koç



1966 yılında Gümüşhane'de doğdu. İlkokulu Arpalı köyünde, orta ve lise tahsilini Bursa'da tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesinde 1992'de tıp eğitimini, 2004'te çocuk cerrahisi uzmanlığını tamamladı. Ordu, Aydın ve Ankara'da hekimlik ve hastane yöneticiliği yaptı. Sağlık Bakanlığında Personel Genel Müdür Yardımcılığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Evli ve üç çocuk babası olan Dr. Koç, halen Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu; kurulduğu günden bu yana sürekli bir gelişim ve değişim içerisinde hem mevzuat hem teknik hem insan gücü kapasitesini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmakta hem de eş zamanlı olarak mümkün mertebe bunu -başta sağlık sigortacılığı olmak üzere- ilgili alanların gelişimine ve sürdürülebilirliğine hasretmektedir. Bugün itibarıyla tüm bileşenleri ile SGK, sağlık sisteminin regülasyonunda önemli bir rol oynamakta ve özellikle geri ödeme politikaları ile sistem içerisinde başat bir aktör olarak yerini almaktadır. SGK'nın sağlık sigortası teminat paketi çok kapsamlı olup başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere tedavi edici hizmetler, rehabilitasyon ve bu hizmetlere ilişkin ilaç, tıbbi malzeme ve özellikli tüm ürünleri içermektedir. Bu bağlamda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun özellikle 63. ve 73. maddeleri ana politikayı belirlemektedir. Bu iki madde sağlık sigortacılığının yapı taşı olmakla birlikte sistemin temel işleyişi ve etki alanını net bir şekilde ortaya koymaktadır. Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerine ilişkin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63. maddesi irdelendiğinde, sağlık sigortası teminat paketinin ne kadar geniş ve kapsayıcı olduğu görülmektedir. Bu madde; genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla binaen; kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu

sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak yapılabilecek tüm iş ve işlemler (ağız ve diş sağlığı hizmetleri dahil); analık sebebiyle ayakta veya yatarak yapılabilecek tüm iş ve işlemler; belli şartları yerine getirmeleri kaydıyla yardımcı üreme yöntemi tedavileri; sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri finanse edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesine yönelik 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. maddesi ise; geniş, esnek ve yönetilebilir bir sistem kurulmasını teşvik edici hususlar içermektedir. Bu maddede; SGK tarafından ödenecek bedelleri belirlemeye ilgili Bakanlık, kurum ve sağlık hizmet sunucularının yer aldığı dokuz kişiden oluşan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmıştır. Ayrıca Komisyonun, tıp eğitimini, hizmet basamağını, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırmaya esas olmak üzere ayrı sınıflandırılabilmesine ve 63. madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin SGK tarafından ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları,

maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemek görevi verilmiştir. Global bütçelemeye ilişkin kanun hükmü de 73. maddenin 8. fıkrasında yer almaktadır. İlgili fıkrafta SGK, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkili kılınmıştır. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlü olduğu ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında SGK'dan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Kanun'da belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemeyeceği öngörülmüştür. Ayrıca götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için SGK'ya ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmeyeceği ve uygulama ilişkin usul ve esasların Sağlık Bakanlığı ile müştereken belirleneceği ortaya konmuştur. 73. maddenin 12. fıkrasında ise SGK'ya, fatura denetimi konusunda kriterler koyma, alternatif geri ödeme modelleri oluşturma ve bu konularda tespitler ve denetimler yapma yetkisi verilmiştir. Bunun yanı sıra özellikle 5510 sayılı Kanun'un 63. ve 73. maddelerinin uygulanmasına yönelik çıkarılan ikincil mevzuatlar (SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), SGK sağlık hizmeti satın alım sözleşmelerinin/protokollerinin hazırlanması ve akdedilmesine ilişkin yönetmelik ve bu yönetmelik esas alınarak hazırlanan sözleşme ve protokoller vb.) taraflar arası uygulamaların ana çerçevesini çizmekte ve belirleyici olmaktadır.

Birçok gelişmiş ülkede geri ödeme kullanan TİG'in ülkemizdeki serüveni; 2004 yılında Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının yer aldığı Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HÜAP) kapsamında 665 gruptan oluşan Avustralya modeli (ICD-10-AM 4. Versiyon ve AR-DRG 5,1) ile başlamıştır. Bu proje 2008 yılında tamamlanmış ve 2009 yılından itibaren Sağlık Bakanlığının bu konudaki gayreti sayesinde daha da geliştirilmiş ve ciddi mesafeler kat edilmiştir.

Mevcut Durum ve Global Bütçe

Bugün itibarıyla sağlık finansmanında önemli bir yere sahip olan ve geri ödemenin anayasası olarak adlandırabileceğimiz Sağlık Uygulama Tebliği; kamu, özel ve üniversite sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamakta ve kısmen de olsa sektör bazında farklı fiyatlandırma ve kuralları içermektedir. Aynı zamanda ayakta hasta, yatan dahili branş hastalar ve yatan cerrahi branş hastalar bağlamında da farklı fiyatlandırma konseptini içinde barındırmaktadır. Buna ilaveten ülkemizdeki gerek kalite çalışmaları gerek elektronik kayıt sistemlerinde kat edilen ciddi ve önemli mesafeleri fırsata dönüştürme adına geri ödeme; hasta güvenliğinin geliştirilmesi, özellikli sağlık hizmetlerini teşvik etme, hastalık yükü fazla olan hastalıklara sahip hastaların daha nitelikli hizmet almasını sağlama ve bazı tıbbi işlemlerin sonuçları üzerinden değerlendirilmesini öngören hususların yer alması artık bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

SUT temelinde ele alınan global bütçe uygulamasının ülkemizdeki genel seyrine baktığımızda; ilk olarak 2009 yılında Sağlık Bakanlığı ile başladığını ve son yıllarda üniversite hastanelerinin de kısmen katılımıyla biraz daha kapsamının

Tablo 1: Geri Ödemede Mevcut Durum

Sektör Adı	Sağlık Kurumu Faturalandırma Yöntemi		SGK Ödeme Yöntemi	Açıklama
	Ayaktan Hasta (EK-2A+EK-2A-2)	Yatan Hasta (EK-2B)		
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) Bağlı Sağlık Kurumları	Vaka Başı + Ayrıca Faturalandırılacak İşlem Listesi	Hizmet Başı	Paket	*Global Bütçe
Üniversitelere Bağlı Sağlık Kurumları	Vaka Başı + Ayrıca Faturalandırılacak İşlem Listesi	Hizmet Başı	Paket	**Global Bütçe veya Fatura Karşılığı
Özel Sektöre Bağlı Sağlık Kuruluşları	Vaka Başı + Ayrıca Faturalandırılacak İşlem Listesi	Hizmet Başı	Paket	Fatura Karşılığı

*Ağırlıklı olarak hizmet hacmi dikkate alınarak belirlenmektedir.

**Ağırlıklı olarak hizmet hacmi ve üniversitelerin varsa özel durumları dikkate alınarak belirlenmektedir. Aynı zamanda 3-6 aylık dönemlerde SGK'ca belirlenen hedeflere ulaşma durumu da gözetilmektedir.

genişlediğini görüyoruz. Sağlık Bakanlığına yönelik uygulanan global bütçenin hastane bazlı değil, Sağlık Bakanlığına/ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na (TKHK) bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının genel olarak hizmet hacmi dikkate alınarak yıllık bir tutar belirlenmek suretiyle 12 ay üzerinden aylık bazda ödeme yapıldığını görüyoruz. Hastane bazlı ödemeyi ise Sağlık Bakanlığı SUT kurallarını dikkate almak kaydıyla, kendi politikaları, sağlık kurumunun gelir gider dengesi, kuruma özel durumlar ve tahakkuk miktarı gibi hususları gözeterek global bütçe üzerinden yapmaktadır. SGK-Sağlık Bakanlığı global bütçe mantığında genel olarak hizmet hacmi üzerinden bütçenin belirlendiğini ifade edebiliriz. Bazı üniversite hastanelerinin global bütçeye geçmesiyle birlikte üniversite hastanelerinde de global bütçe uygulaması başlamış olup her geçen gün global bütçeye geçen üniversite hastanesi sayısı da artmaktadır. Üniversite hastanelerine yönelik global bütçe uygulaması hastane bazında uygulanmakta, bütçe miktarı da yıllık ve genel olarak hizmet hacmi dikkate alınarak belirlenmektedir. Özel sektörde ise SUT kapsamında faturalar da gerekli incelemeler yapıldıktan sonra fatura karşılığı ödeme gerçekleştirilmektedir. Global bütçeleme Sağlık Bakanlığının dan sonra üniversite hastanelerini de kapsamı, özel sektörün de bu modele göre sistem içerisinde yer almasını gerektirmektedir. Çünkü sektörler arası parçalı yapı, bazı handikapları içinde barındırmaktadır. Parçalı yapının yönetim ve kontrolünün zorlaşmasıyla birlikte özellikle hizmet dengesi ve rekabet olumsuz etkilenebilmektedir. Diğer bir husus ise global bütçe uygulamasında belirlenecek global bütçe miktarının genel olarak hizmet hacmi üzerinden belirlenmesi, ilk yıllarda yeterli ve önemli

bir aşama olarak değerlendirmekle birlikte zaman içerisinde kapsam ve içerik olarak geliştirilememesi bütçeleme eksik bir noktası olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün itibarıyla gecikmiş olmakla birlikte global bütçe içeriğinin kaliteli, nitelikli ve hasta güvenliğini esas alan aynı zamanda pozitif ve negatif teşvik mekanizmaları ile desteklenen bir hüviyete bürünmesi sağlık sistemini ve sağlık finansmanını olumlu etkileyecektir. Her şeye rağmen global bütçe deneyimi daha da geliştirilmeli, sağlık finansmanı ve hasta güvenliğine olumlu katkılar yapacak şekilde evrilmelidir. Denetim boyutu da muhakkak sistem içerisinde yer almalıdır.

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)

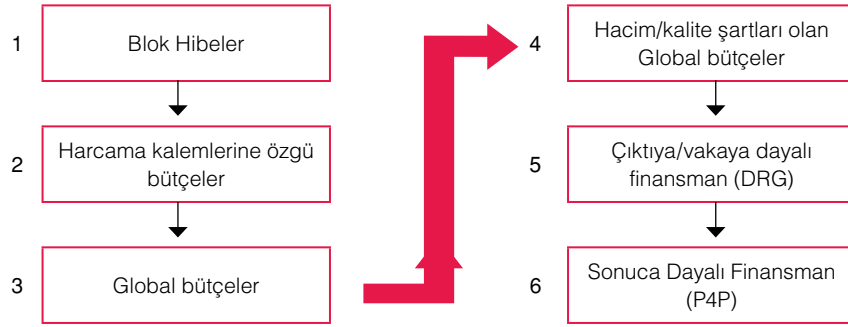
Bilindiği üzere TİG; benzer klinik ve kaynak kullanım özelliklerine sahip vakaların gruplandırıldığı, yatan hastalara yönelik geliştirilmiş bir sistemdir. TİG sisteminde yaklaşık olarak 16.013 tanı, 6.055 işlem ve 2.408 morfoloji tanısı belli bir algoritma çerçevesinde bir araya getirilerek dahili, cerrahi ve diğer kategorilerde olmak üzere tüm yatan hastaları kapsayan ülke ihtiyaçlarına göre yaklaşık 490-1.200 arasında değişen yönetilebilir sayıda TİG grubuna dönüştürülmektedir. Birçok gelişmiş ülkede geri ödeme kullanan TİG'in ülkemizdeki serüveni; 2004 yılında Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının yer aldığı Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HÜAP) kapsamında 665 gruptan oluşan Avustralya modeli (ICD-10-AM 4. Versiyon ve AR-DRG 5,1) ile başlamıştır. Bu proje 2008 yılında tamamlanmış ve 2009 yılından itibaren Sağlık Bakanlığının bu konudaki gayreti sayesinde daha da geliştirilmiş ve ciddi mesafeler kat edilmiştir.

Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmaların birkaçını özetleyecek olursak; TİG veri giriş programı yazılımı gerçekleştirilmiştir. Programa tüm kamu, özel ve üniversite hastaneleri sorunsuz, düzenli bir şekilde veri gönderimi yapmaktadır. Veri gönderimi için 5.200'e yakın sağlık çalışanına beş günlük temel eğitim verilerek sektörde yeterli sayı ve nitelikte insan gücü kapasitesi oluşturulmuştur. İleri ve branş bazlı eğitim çalışması yapılarak kodlayıcı kalitesi artırılmıştır. Geliştirilen kodlama değerlendirme sistemi (KoDeSis) ile veri kalitesi izleme ve değerlendirme sistematigi kurulmuştur. Maliyet çalışması yapılarak 665 TİG'e ait Türkiye Bağıl Değer Skalası oluşturulmuştur. Avustralya'dan güncel TİG versiyonlarının (ICD-10-AM 7. Versiyon ve AR-DRG 6,0) lisansı alınmıştır. TİG alanında basılı materyaller (kitaplar) hazırlanmış, sempozyumlar, kurslar ve bilgilendirme toplantıları gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığının TİG konusundaki tecrübesi ve gerçekleştirdiği faaliyetler bir bakıma SGK'nın geri ödemede TİG'i kullanması için ciddi bir altyapı oluşturmuştur. Bu faaliyetlerin geçiş sürecinin daha sağlıklı olması ve bu konu da atılacak adımların daha hızlı atılması noktasında ciddi katkıları olacaktır.

Sağlık Sigortacılığında Paradigma Değişikliği

SGK olarak süreç içerisinde edindiğimiz tecrübe ve kat ettiğimiz mesafe, MEDULA veri havuzu, mevcut kaynaklarımız, paydaşların faaliyetleri, katma değeri ve değişen ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak sağlık sigortacılığında kaçınılmaz görünen paradigma değişikliğini kurgulamamız ve yönetmemiz gerekiyor. Bu paradigma değişikliği tüm unsurları muhakkak bilgiye dönüştürmek suretiyle paydaşlarla işbirliği içerisinde hasta güvenliği ekseninde sürdürülebilir bir sağlık finansmanını hedeflemelidir. İlgili Kanun ve ikincil mevzuatlar; esnek, yönetilebilir ve uygulanabilir politikalar geliştirmemize cevaz vermekte ve bu bağlamda elimizi güçlendirmektedir. Sağlık sigortacılığında paradigma değişikliği; bu kadar geniş ve kapsayıcı nitelikteki sağlık sigorta teminat paketinin sürdürülebilirliğinin sağlık finansman modelinin geliştirilmesine dayandığı gerçeğinden hareketle şekillenmelidir. Sürdürülebilir sağlık finansman modelinde önem arz eden ilk konu, geri ödeme kurallarının içeriği ve etkinliğidir. İkinci sırada ise, bu kurallara uyulup uyulmadığının denetimi ve sonuçları itibarıyla gerekli müdahalelerin yapılmasıdır. Sağlık finansman modeli aşağıdaki parametreleri de içinde barındırmak suretiyle daha şeffaf, yönetilebilir ve paydaşlar arası risk paylaşımının optimize edildiği bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bunlar; rehberlik, kaynakların etkin ve verimli kullanımını teşvik

Tablo 2: Geri Ödeme Mekanizmalarının Gelişimi



Robert Dredge, Kıdemli Mali Yönetim Uzmanı, Keele Üniversitesi (İngiltere)

etme, maliyet kontrolünü teşvik etme, hasta güvenliğini güvence altına alma, sağlık politikalarını destekleme, özellikli sağlık hizmetlerini nitelikli ve ulaşılabilir kılma, güven indeksleri ve risk odaklı denetim, pozitif ve negatif teşvik, merkezi otokontrol, elektronik faturalandırma. SGK olarak yukarıdaki amaçlara ulaşmak adına aşağıda yer alan ana başlıklarda yapılan/yapılacak çalışmalara ana hatlarıyla değinilmektedir.

a) Yeni Global Bütçe Konsepti

Sağlık sigortacılığının geri ödeme mekanizması Tablo 2'de görüldüğü gibi ihtiyaçlara ve zamanın ruhuna göre değişip gelişmektedir. Şu anda Tablo 2'deki 3 no'lu aşamadayız. Hedefimiz ise 4 ve 5 no'lu aşamaları birleştirerek ihtiyaçlarımızı giderecek bir model tasarlamaktır.

Tasarladığımız modelde aşağıdaki parametreler yer alacak olup bütüncül bir bakış açısı oluşturulması hedeflenmektedir.

- Hizmet hacmi ve nitelik (ayaktan vaka başı+TİG)
- Özellikli sağlık hizmeti sunma durumu (yoğun bakım ünitesi, yanık merkezi, inme merkezi, kalp krizi, komplike-riskli işlemler vb.)
- Hastalık yükü yüksek hastalıklara yönelik verilen hizmetlerin niteliği (diyabet, KOAH, KKH, inme vb.)
- Hasta güvenliği uyum düzeyi
- Sağlık kurumu güven indeksi
- Pozitif ve negatif teşvik
- Hastaneye veya Sağlık Bakanlığına spesifik hedefler

Bu modelde yer alan parametrelerin etki düzeyi kendi içinde ağırlıklandırılarak önem derecesine göre belirlenecektir. Ancak ağırlığın büyük bir kısmını da hizmet hacmi (ayaktan vaka başı + TİG) oluşturmaktadır. Global bütçe-TİG ilişkisini bu konseptte ele aldığımızda, global bütçenin yatan hasta ayağında TİG belirleyici olacaktır. Bu vesileyle ülkemizdeki global bütçe ve TİG tecrübesini bir araya getirmek, sonuçları

olumlu etkileyecek ve paydaşlar arası risk paylaşımını da bir dengeye oturtacaktır. Aslında global bütçe TİG ile daha yönetilebilir bir yapıya dönüşecektir. Aynı zamanda TİG, global bütçeyi tamamlayan önemli bir argüman olarak karşımıza çıkmaktadır. Tersten baktığımızda ise global bütçe uygulaması TİG'e geçişi kolaylaştıracak ve hızlandıracaktır. Her iki kavram da, uygulama başarısı adına birbirinin katalizörü durumundadır. Bu bağlamda global bütçe içerik ve kurallar açısından geliştirilmekte ve TİG'in kullanımını içinde gerekli adımların atılmasına katkı sunmaktadır.

b) Sağlık Kurumu ve Hekim Güven İndeksi

Dört düzeyli (yüksek, orta ve düşük risk, risk yok) sağlık kurumu ve hekim bazlı güven indeksi oluşturulacaktır. Güven indeksi ile sağlık kurumu ve hekimler bir sınıflandırmaya tabi tutulacaktır. Bu sınıflandırmada esas alınan parametreler aşağıda yer almaktadır. Bu parametreler esas alınarak oluşturulan güven indeksi sayesinde "risk odaklı" denetime de altyapı hazırlanmış olacaktır.

- SUT kurallarına uyma düzeyi
- Tıbbi endikasyon uygunluk düzeyi
- Altapı-cihaz-insan gücü kapasitesi ve hizmet üretim korelasyonu
- Usulsüz ve yersiz işlem yapma durumu (belgelerin gerçeğe aykırı düzenlenmesi, sunulmayan sağlık hizmetlerinin faturalandırılması, kapsam dışı hizmetlerin kapsamda gösterilmesi vb.)

c) Risk Odaklı Denetim

Risk odaklı denetimde güven indeksi esas alınacaktır. Güven indeksi temelinde risk düzeyine göre bir yaklaşım sergilenecektir. Bu denetim modelinde, hem insan ve zaman kaynağı hem de hastane ve hekimlerde olumlu yönde davranış değişikliği sağlama yönünde kazanımlar olacaktır. Aşağıdaki tabloda risk odaklı denetimin genel çerçevesini görmekteyiz. Risk odaklı denetim sonucunda başarısız olanlara; öncelikle rehberlik yapma, sonrasında hastane

Tablo 3: Risk Odaklı Denetimin Çerçevesi

Güven İndeksi	Denetim Türü	Yaptırım-Teşvik	Kapsam
Yüksek Riskli	Yerinde Denetim Yakın İzlem Açıklama İsteme	Rehberlik Uyarı Ceza-i Müeyyide Sözleşme İptali	Tüm Yerinde Denetlenir.
Orta Riskli	Yerinde Denetim Yakın İzlem Açıklama İsteme	Rehberlik Uyarı Ceza-i Müeyyide Sözleşme İptali	%40-60'ı Randomize Yerinde Denetlenir.
Düşük Riskli	Yerinde Denetim Yakın İzlem Açıklama İsteme	Rehberlik Uyarı Ceza-i Müeyyide Sözleşme İptali	%20-30'u Randomize Yerinde Denetlenir.
Risk Yok		Teşekkür-Pozitif Teşvik	%5-10'u Randomize Yerinde denetlenir

ve hekim bazlı uyarı, cezai müeyyide ve sözleşme iptaline varıncaya kadar bir dizi yaptırım uygulanacağı gibi başarılı olanlara da pozitif teşvik verilmesi öngörülmektedir. Risk düzeyine göre de sağlık kurumlarının belli oranda rastgele olarak yerinde denetimi sağlanacaktır.

d) Rehberlik

Rehberlik büyük bir önem arz etmektedir. Bu kapsamda sağlık sektörüne yönelik düzenli ve dönemsel olarak ilgili mevzuat ve kuralları içeren eğitimler verilecektir. Ayrıca hazırlanacak olan kullanıcı dostu kılavuzlar ve elektronik arama motorları ile de doğru iş ve işlemler yapmalarına destek olunacaktır.

e) Elektronik Fatura ve İnceleme Döngüsü

Faturaların elektronik ortamda gönderilmesi, incelenmesi ve saklanması ilişkin 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ek madde 1'de gerekli düzenlemeler yer almaktadır. İlgili maddede özetle; SGK'nın, Sağlık kurumlarından hizmete ilişkin fatura ve benzeri belgeleri 4.1.1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'nun mükerrer 242. maddesine uygun olarak elektronik ortamda düzenlemelerini ve bunların dayanağı belgelerle birlikte elektronik ortamda göndermelerini isteyebileceği, bu takdirde ilgililere yapılacak ödemelerin bu belgeler üzerinde yapılacak incelemelere göre sonuçlandırılabilmesi ifade edilmektedir. Elektronik ortamda belge düzenlenmesine, bu belgelerin saklanmak veya incelenmek üzere ilgili birimlere iletilmesine, bilgi aktarımında uyulacak format ve standartlar ile uygulamaya ilişkin usul ve esasları Maliye Bakanlığının görüşlerini alarak belirlemeye SGK yetkili kılınmıştır. Bu maddeye uygun olarak yapılan inceleme ve ödemenin 10.12.2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'na uygun olarak yapılmış sayılacağı hükme bağlanmıştır. Bu çerçevede MEDULA sistemini daha da geliştirerek elektronik faturalama aşamasına geçilmesi, belirlenen format

ve standartlara göre SGK'ya gönderilen faturaların ön değerlendirmeye tabi tutulması ve ön değerlendirmeyi geçen fatura ve eklerinin hekim değerlendirmesine sunulması öngörülmektedir. Ayrıca hekim değerlendirmesi ile birlikte oluşturulacak bilimsel danışma komisyonları ile de tıbbi konuların ilgili danışma komisyonlarından alınacak görüş doğrultusunda uygunsuzluk kategorisi üzerinden sonuçlandırılması düşünülmektedir. Bu suretle belirlenecek uygunsuzlukların sağlık kurumuna bildirilmesi, sağlık kurumunun itirazı söz konusu ise ilk aşamada alt komisyona çağırılması, itirazlarının devam etmesi durumunda üst komisyon (anonim ve alanında uzman belli bir iş tecrübesine sahip hekimlerden oluşturulacaktır) değerlendirmesi sonucu nihai kararın verilmesi sağlanacaktır.

- Elektronik fatura gönderme
- Ön değerlendirme
- Hekim değerlendirmesi
- Danışma komisyonu
- Uygunsuzlukların belirlenmesi ve sağlık kurumuna bildirimi
- İtiraz süreci
- Alt komisyon değerlendirmesi
- Üst komisyon değerlendirmesi
- Ödeme tutarının kesinleşmesi

f) Fatura İnceleme Birimi Otokontrolü

Fatura inceleme birimindeki hekimlerin fatura değerlendirme sonuçları, hata kategorileri üzerinden rastgele dönemler halinde incelenecektir. Bu inceleme sonucunda tespit edilen hataların raporlanması suretiyle hekimlere gerekli geri bildirimlerin yapılması ve ortaya çıkan eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi öngörülmektedir. Ayrıca hataların minimize edilmesi sağlanarak standart bir değerlendirme yapılması amaçlanmaktadır. Süreç içerisinde bu uygulamanın pozitif ve negatif teşvik ile ilişkilendirilmesi sağlanacaktır.

- Hekim fatura değerlendirme sonuçları

- Hata kategorileri üzerinden hataların tespiti ve raporlanması
- Hekimlere geri bildirim yapılması ve eğitim
- Pozitif ve negatif teşvik

Sonuç

Ülkemizdeki sağlık sigortacılığının mevcut durumu, global bütçenin uygulanma serüveni, TİG'in gelişimi, bu iki kavramın birbiriyle ilişkisi ve SGK'nın sağlık sigortacılığındaki paradigma değişikliğini ele aldığımız bu yazıda; genel olarak sistem ve yapılacak çalışmalar ana hatlarıyla ele alınmıştır. Her ödeme yönteminin risk düzeyi; geri ödeme kurumu, sağlık kurumları ve hastalar açısından farklılık arz etmektedir. Önemli olan risk paylaşımının makul düzeylerde ve sürdürülebilir olmasıdır. Ayrıca bu yazıda değinmediğimiz, "hizmetlerin fiyat realizasyonunun önemi ve sekonder olumsuzlukları" konusu da bu yeni konseptte ele alınacaktır. Sonuçta sağlık sigortacılığının yeni konseptinde hedeflenen; sistemin ölçülebilir, uygulanabilir, sürdürülebilir ve tüm bileşenlerinin eş zamanlı olarak birbiriyle ilişkilendirilebilir olması ve bu suretle bütüncül bir bakış açısının oluşturulmasıdır. Buna binaen yeni konseptin ana parametrelerini özetleyecek olursak; etkin bir global bütçeleme, hizmet hacmi ve nitelik (ayaktan vaka başı + TİG), özellikli sağlık hizmeti sunma durumu, hastalık yükü yüksek hastalıklara yönelik verilen hizmetlerin niteliği, hasta güvenliği uyum düzeyi, sağlık kurumu güven indeksi, pozitif ve negatif teşvik, hastaneye veya sağlık bakanlığına spesifik hedefler, elektronik faturalama, risk odaklı denetim, merkezi otokontrol ve rehberlik olarak ifade edebiliriz.

Kaynaklar

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16.6.2006 tarih 26200 sayılı Resmi Gazete.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 20.5.2006 tarih 26173 sayılı Resmi Gazete.

Güler, H. (2016) Fatura Değerlendirme Sistemi (FaDeSis) Yayınlanmamış Notlar

Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında 2016 Yılı Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmetleri Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları

Sosyal Güvenlik Kurumu ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Arasında 2017 Yılı Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmetleri Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 24.03.2013 tarih 28597 sayılı Resmi Gazete, (Erişim Tarihi: 01.03.2017)

Tosun, N.(2011). TİG Uygulama Rehberi, tig.saglik.gov.tr, (Erişim Tarihi: 01.03.2017)

Ünal, D., Güler H.(2014). Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi, tig.saglik.gov.tr, (Erişim Tarihi: 01.03.2017)

SGK'nın ödediği trafik kazalarına bağlı sağlık giderleri

Prof. Dr. Abdullah Coşkun Yorulmaz



1965'te Hatay'da doğdu. Adana Erkek Lisesini bitirdikten sonra Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1989 yılında mezun oldu. 1993 yılına kadar Çanakkale'nin Biga ilçesinde hekimlik yaptı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı'nda adli tıp uzmanı (1996), doçenti (2005) ve profesörü oldu (2010). 2000 yılından itibaren KKTC Sağlık Bakanlığı ile İÜ arasındaki bir protokolle adli otopiler ve çapraz sorgu uygulamalarının yürütülmesi görevini sürdüren Yorulmaz, aynı zamanda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalında görev yapmaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Esra Çiğdem Cezlan



1980'de Siirt'te doğdu. Vefa Anadolu Lisesinden mezun oldu. 2001 yılında Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Yüksekokulu Satış Yönetimi Bölümünden mezun oldu. Özel sektörde hasta hizmetleri, hasta hakları ve sağlık sigortası departmanlarında görev yaptı. İşletme yönetimi doktorasını 2014 yılında tamamladı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Trafik kazaları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halk sağlığı konusu olarak ele alınmaktadır. Bu olgular için harcanan sağlık giderleri açısından bakıldığında ise ortaya çıkan ekonomik yük, azımsanmayacak kadar fazladır. Ülkemizde trafik kazası sonucu ortaya çıkan sağlık giderleri, ilk planda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) poliçesi kapsamında değerlendirilip SGK tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu yük oldukça fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre motorlu araç kazalarının ekonomik sonuçları, ülkelerin gayri safi milli hasıllarının yaklaşık yüzde 1-3'üne denk gelmekte ve bu tutar toplam olarak 500 milyar doların üzerinde seyretmektedir (1, 2). Ülkemizde trafik kazalarına bağlı tedavi giderlerinin ekonomik boyutu ayrıntılı olarak analiz edilmemiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre, Türkiye'de 1.130.348'i maddi hasarlı, 183.011'i ölümlü olmak üzere toplam 1.313.359 trafik kazası meydana gelmiştir. 183.011 adet ölümle sonuçlanan trafik kazasında; 3.831 kişi kaza yerinde, 3.699 kişi ise sağlık kuruluşlarına sevk edildikten sonra kazanın sebep ve tesiriyle 30 gün içinde hayatını kaybetmiştir. 2015 verilerine göre yaralı sayısı ise 304.421'dir (3). Sadece

bu rakamlar dahi SGK bütçesi içerisinde trafik kazalarının nasıl bir öneme sahip olduğunu gösterebilir. Ancak biraz daha ayrıntılı verilerin incelenmesi, konuyu daha iyi açıklayabilir.

Türkiye'de sosyal güvenlik giderleri 2000 yılında yaklaşık 10 milyar TL iken 2014 yılında 204 milyar TL'ye yükselmiştir. Sosyal güvenlik giderlerinin gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) içindeki payı ise 2000 yılında yüzde 6,6 iken 2014 yılında yüzde 11,9'a yükselmiştir. Sosyal güvenlik giderleri; temel olarak emekli aylık giderleri, sağlık giderleri ve diğer giderlerden oluşmaktadır. Bu giderlerin yüzde 24-27'si sağlık giderleridir (4). Sağlık giderleri içerisindeki trafik kazalarına ait maliyet tam olarak bilinmemektedir. Maliyetin bilinmesi; hekimlerin travmaya yaklaşımının daha maliyet-etkin olmasını sağlayabilecektir. Zira gereksiz tetkiklerin ortadan kalkması ile maliyetin düşürülmesi mümkündür (5). Trafik kazaları birçok ülkede ekonomiyi önemli oranda etkilemekte, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde diğer kalkınma ihtiyaçlarını öteleyebilmektedir. ABD'de trafik kazalarının maliyeti 518 milyon dolar olup bu miktar ulusal kaynakların yüzde 1 ile yüzde 3'ü oranına karşılık gelmektedir (6). Trafik kazalarının Türkiye ekonomi-

sinde yol açtığı yıllık kayıp ise 350-450 milyon dolardır (7). Dünya Bankasının yaptığı bir araştırmaya göre Türkiye'de trafik kazaları sonucunda meydana gelen zararın sosyoekonomik maliyeti gayrisafi milli hasılanın yüzde 2,2'sidir (8). Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM), Trafik Hizmetleri Bakanlığı ve Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü tarafından yapılan bir araştırmada ise trafik kazalarının 2003 yılı için sosyoekonomik maliyetinin 10 milyar 625 milyon dolar olduğu tespit edilmiştir (9). Bu verilere rağmen, ayrıntılı bir maliyet analizi için gerçekte ihtiyaç duyulan, söz konusu yaralanmalara bağlı kişi başı tedavi giderleridir. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi aciline başvuran trafik kazasına bağlı yaralanması olan olgularla ilgili yapılan bir araştırmada, ; ortalama tedavi maliyeti 983,5 - 4.364,4 TL (755-3.357 dolar) olarak bulunmuştur. Söz konusu maliyetin yaralanma bölgesi ve yıllara göre değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (5). Ne yazık ki bu veriyi kıyaslayabileceğimiz çok sayıda ve sağlıklı başka hastane verisi bulunmamaktadır. Benzer bir durum, tıbbi uygulama hatası sonucu doğan zararlar için de geçerlidir. Ülkemizde tıbbi uygulama hata sayısı tam olarak bilinmemekle birlikte, 2017 yılında olgu sayılarının çok fazla artması sonucunda



Dünya Bankasının yaptığı bir araştırmaya göre Türkiye’de trafik kazaları sonucunda meydana gelen zararın sosyoekonomik maliyeti gayrisafi milli hasılanın yüzde 2,2’sidir. Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM), Trafik Hizmetleri Bakanlığı ve Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü tarafından yapılan bir araştırmada ise trafik kazalarının 2003 yılı için sosyoekonomik maliyetinin 10 milyar 625 milyon dolar olduğu tespit edilmiştir.

adli tıp kanununda değişikliğe gidilmiştir. Bu şekilde 7. ve 8. ihtisas kurulları kurularak, ölümle sonuçlanmayan ve sonuçlanan olgulara bakmak üzere iki ayrı ihtisas kurulu kurulması zorunluluğu doğmuştur (10). 2002-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayısının incelendiği bir çalışmada, açılan dava sayısı 4.470 olarak gösterilmiştir. Sonuçlanan davaların 3.546’sında herhangi bir kusura rastlanmamıştır. 764 dava, hizmet kusuru tespit edilerek hekim aleyhine sonuçlanmıştır. Aleyhte sonuçlanan davalar neticesinde 3.266.791 TL manevi tazminat, 3.987.209 TL de maddi tazminat olmak üzere toplam 7.254.000 TL tazminat ödenmiştir (11). Bilindiği gibi ülkemizde 2010 yılından bu yana hekimler için “tıbbi mesuliyet sigortası” zorunludur. Yukarıda sözü edilen yaralanmaların, tedavi giderlerinin bu sigortalarca karşılanmış olması beklenmektedir. Ancak aşağıda ayrıntılı açıklanacağı üzere trafik kazası sigortası ile SGK’nın tedavi giderleri arasındaki sorumluluk ilişkisi görece net olmasına karşın, tıbbi mesuliyet sigortaları için aynı şeyin söylenmesi mümkün değildir. Üstelik burada konu daha da karmaşıktır. Zira tıbbi uygulama hataları iddialarının kusur açısından karara bağlanması süreci oldukça zordur. Bu süreçte yaralanmaya bağlı tedavi giderlerinin, sosyal devlet ilkesi gereği sigorta şirketleri ile yük paylaşılmasından SGK tarafından ödenmek zorunda kaldığı görülmektedir.

Trafik Kazası Sigortası ile SGK’nın Tedavi Giderleri Arasındaki Sorumluluk İlişkisi

Trafik kazası sonucunda yaralanan kişilerin tedavisine bağlı sağlık giderlerini karşılama sorumluluğu 6111 sayılı Karayolları Trafik Kanunun (KTK), 59 ve Geçici 1. maddesinde yapılan düzenleme ile Sosyal Güvenlik Kurumuna verilmiştir (12). Bu maddeye göre; “*Trafik kazaları sebebiyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedelleri, kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır*”. Bu kapsamda, trafik kazası sonucu yaralanan kişi, tümüyle iyileşip eski sağlığına kavuşuncaya kadar yaptığı tıbbi tedavi ile sınırlı sağlık hizmet bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunun sorumluluğu, Karayolları Trafik Kanunu’nun 98. maddesinin ikinci fıkrasında belirtildiği gibi, sigorta şirketlerinin tahsil ettikleri primlerden yüzde 15’ini geçmemek üzere “güvence hesabı” tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna aktararak sınırlandırılmıştır. Sigorta şirketleri, trafik sigortasından tahsil ettikleri primlerin en fazla yüzde 15’ini SGK’ya aktarmaktadır. Aktarılan miktarın yüzdesi gerekli görüldüğü takdirde Bakanlar Kurulu Kararı ile yıllık olarak düzenlenebilmektedir (12). Trafik kazalarına bağlı oluşan yaralanmaların tedavi giderlerinin karşılanması amaçlı oluşturulan bu havuzun yönetimi SGK’ya aittir. SGK tarafından yayımlanan 2014/20 sayılı Adli Vaka ve Trafik Kazası İşlemleri Konulu Genelgede, 2918 sayılı Kanun’un 98. maddesine atıfta bulunularak; “*trafik kazası sonucunda oluşan tedavi giderleri için sigorta şirketlerine, sigortalılara ve üçüncü kişilere rücu edilmeyeceğini; ancak poliçe limitini aşan tedavi giderlerinde zarara sebep olduğu belirlenen üçüncü kişi var ise bu kişiye rücu edileceğini*” belirtmektedir (13). SGK tarafından yayımlanan 2012/5 Sayılı Trafik Kazalarına Bağlı Tedavi Giderleri Genelgesi’nin 7. maddesinde ise “*Trafik kazalarına bağlı ilaç giderlerinin ödemelerinde SHS’lerde düzenlenen reçeteler üzerinde reçeteyi yazan hekimce trafik kazasına bağlı tedavi reçetesi olduğu mutlaka belirtilecektir. İlaç giderleri eczane provizyon sistemi üzerinden SUT hüküm ve ekleri esas alınarak Kurumca karşılanacaktır*” denmektedir (14).

Bu aşamada genelgelere uyulmaması sonucu kurumu zarara uğratacak birçok hatanın oluşması muhtemeldir. Bu hususun bir örnekle açıklanması konunun daha iyi anlaşılmasına yol açacaktır. Trafik kazası sonrası beyin hasarı ve bu hasara bağlı epileptik (sara) nöbetleri olan bir hastaya, tanı ve ilk antiepileptik

tedaviyi aldıktan birkaç ay sonra farklı bir nörolog tarafından yazılan antiepileptik ilaçlar, reçetenin tanı bölümüne “epilepsi” şeklinde yazılarak verilirse SGK bu ilacı yüzde 15’lik havuzdan karşılamayacaktır. Yani bu hastalığın kaza ile illiyeti sorgulanmayacaktır. Ayrıca eczane çalışanları bazı durumlarda hekimlerin reçeteye yazdığı tanıları provizyon sistemine farklı şekilde girebilmektedir. Hekim “trafik kazasına bağlı epilepsi” yazsa dahi, eczaneler yoğun olduğu zamanlarda bu tanıyı “epilepsi” olarak provizyon sistemine girebilmektedir. Aynı durum e-reçete için de geçerlidir. Kodlayıcı epilepsi dışında trafik kazasına bağlı değişimleri seçmediğinde; epilepsi trafik kazası ilişkisi görünür olmaktan çıkmaktadır.

Böylece SGK bu ilaçların giderlerini havuz dışında kalan parayla ödemek zorunda kalacaktır. SGK Tarafından Yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Bakımından Rücu ve Yersiz Ödemelerin Geri Alınması 2012/40 Sayılı Genelge’de 5510 sayılı Kanun’un 76. maddesine atıfta bulunularak “*Bu şekilde meydana gelmiş bir olayın hemen arkasından ortaya çıkmış veya aynı olaya bağlı olarak ileride gerçekleşecek sağlık hizmeti giderleri ile Kanun’un 65. maddesinde belirtilen yol, gündelik ve refakatçi giderleri, bu giderlerin ortaya çıkmasına sebebiyet veren gerçek ve/veya tüzel kişilerden kurumca kanuni faizi ile birlikte rücu tahsil edilecektir*” denilmektedir. 2012/40 sayılı genelgede idari kusurlara da değinilmektedir: “*Hizmet kusuru; idarenin örgüt yapısına ya da bizzatıhi hizmetin sunumuna ilişkin sürecin işleyişinde meydana gelen ya da var olan nesnel nitelikli bir aksama veya bozukluk nedeniyle, idarece tam olarak sunulması gereken bir hizmetin eksik, yanlış ya da kötü verilmesidir*.” Hizmet kusuru sayılan durumlar; hizmetin kötü işlemesi, hizmetin hiç işlememesi, hizmetin geç veya yavaş işlemesi olarak kabul edilen fiillerdir. Ayrıca Danıştay’ın, kusur derecesinin belirlenmesinde kamu hizmetinin zamanını, mahallini, idarenin elinde bulunan vasıta ve imkânları, yazılı mevzuat ve zarar gören şahsı dikkate aldığı bilinmektedir. Diğer taraftan idarenin, hukuka aykırı davranışlardan doğan zararları karşılaması, hukuk devleti anlayışının doğal sonucudur. Ancak idarenin sorumluluğundan bahsedebilmek için, kural olarak ortada bir zararın neden olduğu kurum gideri oluşması ve bu zararın bir idari faaliyet nedeniyle meydana gelmiş olması şartı aranmalıdır (15). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 76. maddesinin değişik altıncı fıkrasında “*Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmali nedeniyle Kurumun sağlık*

hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir" denmektedir. Böylece bütün adli vakalarda, tedavi giderlerinin zarara neden olan kişi tarafından ödenmesinin önü açılmaktadır. Bu geniş yelpazede tüm şiddet olgularının ve tıbbi uygulama hatasına bağlı yaralanmaların ele alınacağı muhakkaktır. SGK'nın bu haklı beklentisinin yerine getirilebilmesi için mevcut yasal düzenlemelerin yanı sıra başta bu kapsamdaki tüm yaralanmaların tam olarak belirlenmesi ve yaralanmalarla tedavi giderleri arasında illiyet bağı kurulabilmesi gereklidir. Planlanan bir TÜBİTAK projesinde bu teknik konular, ayrıntıları ile belirlenecektir. Çalışmada adli bilimler, finans, sağlık hukuku, tazminat hukuku, sağlık yönetimi, biyo-istatistik, veri madenciliği, sağlık bilişimi gibi alanlarda uzmanlar yer alacaktır. Çalışmanın çok önemli başka bir getirisi de SGK'nın haklı beklentisi konusunda kamuoyu desteği sağlanmasıdır. Zira ortaya çıkarılacak datalarla söz konusu yaralanmalara bağlı kurumsal giderler net olarak ortaya konulup bunun genel bütçe içindeki yeri ve bu yükün nasıl paylaşıldığı gösterilebilecektir. Kaçakların gösterilmesi ise SGK'nın talebi açısından en önemli argümanı olacaktır. Ülkemizde bu datalar henüz bulunmamaktadır. Ancak bazı ülkeler için kısıtlı da olsa bu datalara ulaşılabilmektedir.

Aslında son yıllarda, dikkat çekici bir şekilde farklı ülkelerde çeşitli adli vakaların devlet ekonomisine ne kadar yük getirdiğinin hesaplanması çalışmaları yapılmaktadır. Bogota-Colombia'da yapılan bir çalışmada, motosiklet sürücülerinin karıştığı kazalarda kişi başı yıllık 561 \$ sağlık harcaması yapılırken dört tekerlekli araç kazalarında ise bu oranın 357 \$ gibi çok daha düşük bir gider olduğu belirlenmiştir. Toplu taşıma servisi sürücülerinin medikal giderlerinin ise 189 \$ olduğu bildirilmektedir. Yine aynı çalışmada yayalar bakımından giderleri farklılık göstermekte ve sağlık harcamaları ortalama olarak; motosiklet çarpmasına bağlı kazalarda 1.150 \$, dört tekerlekli araçların çarpmasına bağlı kazalarda 1.800\$ ve toplu taşıma araçlarına bağlı yaralanmalarda 608 \$ harcadığı açıklanmıştır. Ayrıca bu kazaların alkol etkisi altında işlenip işlenmemesine göre medikal harcama giderlerinin farklılık gösterdiği, alkol etkisi altında işlenen kazalar için diğerlerine nazaran 1,8 kat daha fazla bakım masrafı gerektirdiği bildirilmektedir (16). Hollanda'da gerçekleştirilmiş başka bir araştırmada; her yaralı hasta başına maliyet 4.300 € olarak bulunmuş olup, bu giderlerin 2.500 €'su direkt sağlık harcamalarını içermektedir. 1.800 € ise üretkenlik kaybına bağlı giderlerdir.

Yaralanmaların yıllık toplam maliyeti ise 3,5 milyar € (kişi başına 210 € ve hasta başına 4.300 €), 2 milyar € sağlık giderleri ve 1,5 milyar € verimlilik maliyeti olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar içinden trafik kazaları filtrelendiğinde; 2012 yılına ait 373 milyon €'nın direkt medikal bakım masraflarına harcandığı, 411 milyon €'nın ise üretkenlik problemleri ile bütçe kaybına neden olduğu belirtilmiştir (17). Güney Afrika'da yapılan bir diğer çalışmada, trafik kazalarının toplam maliyeti hesaplanmış, ayrıca yaralanma bölgelerine göre de bir maliyet çıkartılmıştır. Bu çalışmaya göre, üst ekstremite yaralanmalarının daha maliyetli olduğu iddia edilmiştir (18). İspanya'da araştırmacılar, trafik ihlallerine bağlı olarak trafik kazalarını incelemişler ve hangi ihlalin hangi oranda kazaya sebebiyet verdiğini ortaya çıkarmışlardır. Buna ek olarak bu ihallere bağlı yaralanmalarda maliyet hesabına da gitmişlerdir (19). Dünyada, trafik kazalarında olduğu gibi tıbbi uygulama hatalarının maliyeti üzerine de çalışmalar yapılmıştır. İtalya'da bir bölgede 2004-2010 yılları arasında 10'un üzerinde kamu hastanesinde yapılan inceleme neticesinde, tıbbi uygulama hatasına bağlı 2144 yaralanma vakasına ulaşılmıştır (2). Benzer maliyetler, başka çalışmaların da konusunu oluşturmaktadır (20). Gerçek tıbbi malpraktis davalarının birçoğunun yargıya yansımaması, uzlaşma ile sonuçlanması gibi önemli gerçekler düşünüldüğünde; malpraktise bağlı yaralanmaların birçoğunun adil olmayan bir şekilde SGK tarafından finanse edildiği görülmektedir.

SGK tarafından ödenen sigorta edilmiş yaralanmalara bağlı sağlık harcamalarının analizi, gelecek yıllarda oluşacak riskin hesaplanması için temel oluşturacaktır. Hastane, olay, yaralanma bazlı maliyet istatistikleri birçok bilim alanına ve maliyet analizine ışık tutacaktır. Örneğin kafa travmalarının hangi hastanelerde, hangi bölgelerde hangi ödemelerle tedavi edilebildiği bilinecektir. Yine doğumla ilişkili tıbbi uygulama hatasından kaynaklanan yaralanmaların ülkeye getirdiği yük gibi birçok tıbbi konu aydınlatılabilecektir. Henüz böyle bir inceleme ülkemizde mevcut değildir. Sözü edilen verilerden yola çıkılarak, SGK tarafından ödemesi gerçekleştirilen trafik kazasına ve tıbbi uygulama hatalarına bağlı sağlık harcamalara dikkat çekmek elbette ilk hedeftir. Türkiye'de SGK tarafından ödenen trafik kazası ve sonrasında ortaya çıkan sağlık giderleri ile malpraktis olgularına bağlı sağlık giderleri hakkında SGK ve Sağlık Bakanlığı'na da kapsayan bütüncül bir analiz bilgisine ihtiyaç olduğu tartışmasıdır. Bu bilgi, SGK'nın mali yükünün azaltılması açısından nasıl çözüm bulunabileceğine ilişkin tartışmalara ve kararlara yönelik model olacaktır.

Kaynaklar

- 1) U.N.R.S. Collaboration, "Global Plan for The Decade of Action for Road Safety 2011-2020", Geneva WHO, p. 25, 2011.
- 2) M. V. Corazza, A. Musso, K. Finikopoulos, and V. Sgarra, "An Analysis on Health Care Costs Due to Accidents Involving Powered Two Wheelers to Increase Road Safety", in *Transportation Research Procedia*, 2016.
- 3) "Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri", *Haber Bülteni, TÜİK*, pp. 10-11, 2014.
- 4) M. Curalı, *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları*, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler, Fakültesi Dergisi, Y.2016, C.21, S.2, s.693-706
- 5) G.A. Karadana, "2000-2010 Arası Trafik Kazası Sonrası Acil Servise Başvuran Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi ve Maliyet Analizi", T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, ANKARA, 2011).
- 6) T. Toroyan, "Global Status Report on Road Safety", *World Heal. Organ.*, vol. 15, no. 4, pp. 286-286, 2009.
- 7) G. Aygencel, M. Karamercan, M. Ergin, and G. Telatar, "Review of Traffic Accident Cases Presenting to An Adult Emergency Service in Turkey," *J. Forensic Leg. Med.*, vol. 15, no. 1, pp. 1-6, 2008.
- 8) B. Murat, "Trafik Hukuku ve Temel Trafik Bilgileri" EGM, Polis Akademisi. Başkanlığı, SFN Yayıncılık, Ankara, (2004), 138.
- 9) EGM, Trafik Hizmetleri Bakanlığı, Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü, Trafik Kazalarının Sosyoekonomik Maliyeti" THK Basımevi, ANKARA (2003),1-3.).
- 10) "Bilirkişilik Kanunu (3.11.2016), T.C Resmi Gazete", 29898/6754.
- 11) İ. Yıldırım, "Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası", s. 121-129, 2015.
- 12) "Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (13.02.2011), T.C. Resmi Gazete", 27857/ 6111.
- 13) SGK (2014), "Adli Vaka ve Trafik Kazası İşlemleri Konulu Genelge", (2014/20).
- 14) SGK (2012), "Trafik Kazalarına Bağlı Tedavi Giderleri Genelgesi", (2012/5).
- 15) SGK (2012) "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından Genel Sağlık Sigortası Bakımından Rücu ve Yersiz Ödemelerin Geri Alınması Genelgesi", (2012/40).
- 16) C. G. Omez-Restrepo et al., "The Influence of Alcohol in Traffic Accidents and Health Care Costs of it in Bogota-Colombia", 2016.
- 17) S. Polinder, J. Haagsma, M. Panneman, A. Scholten, M. Brugmans, and E. Van Beeck, "The Economic Burden of Injury : Health Care and Productivity Costs of Injuries in The Netherlands", *Accid. Anal. Prev.*, vol. 93, pp. 92-100, 2016.
- 18) F. Parkinson, S. J. W. Kent, C. Aldous, G. Oosthuizen, and D. Clarke, "The Hospital Cost of Road Traffic Accidents at a South African Regional Trauma Centre: A Micro-costing Study", *Injury*, vol. 45, s. 342-345, 2014.
- 19) M. Ayuso, M. Guillén, and M. Alcañiz, "The Impact of Traffic Violations on The Estimated Cost of Traffic Accidents with Victims", *Accid. Anal. Prev.*, 2010.
- 20) S. P. Kuo, L. A. Bradley, and L. O. Trussell, *The Economic Burden of Injury: Health Care and Productivity Costs of Injuries in The Netherlands "NIH Public Access"*, *Hear. Res.*, vol. 29, no. 30, s. 9625-9634, 2010.

Doktor ne yaşar, ne yaşamaz!

Prof. Dr. Şaban Şimşek



1956 yılında Rize’de doğdu. İlkokulu doğduğu köyde, ortaokul ve liseyi İstanbul’da tamamladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1980). Göz hastalıkları ihtisasını Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin kurucuları arasında yer aldı. Klinik şefliği, baştabiplik, tabip odası başkanlığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999’da doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu, Yükseköğretim Kanun çalışmalarını yürüttü. Halen Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olan Dr. Şimşek evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Hekimlik zor iş. Olunması da, uygulanması da, sürdürülmesi de zor... Bunun için yeterli bir zekâ, kuvvetli bir hafıza, uzun bir eğitim, sürekli kendini yenileme, sonsuz bir sabır, gayret ve ömrünü insanlığa adanmışlık gerekiyor. Çok iyi hekim olmaya gelince... O, bütün bunların yanında kültür, felsefe ve sanatla, kısaca hayatla iç içe olabilmekten geçiyor. Hastanın ve yakınlarının ne düşündüğünü, ne hissettiğini, ne beklediğini anlamak; psikolojisi, kültürü, yaşam tarzıyla onları tanımak ve de verilecek hizmeti bu bağlamda empati kurarak sunmak; iyi hekimliğin olmazsa olmazlarından. Bilim adamı olmanın dinamikleri ise bambaşka tabii... Tıpta genel bilginin yarılanma ömrü ortalama üç yıl. Bazı özel dallardaysa bunun onda biri kadar! Oysa bütün bu anlattıklarımız için çok uzun bir zaman, deyim yerindeyse bir ömür gerekiyor. Yani “*Arts longa vita brevis*.” Helenistik Çağ’da, İskenderiye’de zamanın en önemli matematik okulunu açan Öklid, okulu ziyarete gelen ve kendisinden geometri eğitimini kolaylaştıracak kısa bir yol bulmasını isteyen Kral Ptolemaios’a şöyle cevap vermişti: “*Bilim için ‘Kral Yolu’ yoktur.*” Eminim Öklid’e tıp mesleği sorulsaydı “Tıp bilimi için, hayatını adamaktan başka yol yoktur” derdi. Evet, uzun yol ve hayatı adamak... Hekim, bunlarla birlikte çok şey yaşar ama gerçekte, kişisel anlamda “Ne yaşar ne yaşamaz!” Bunu ancak hekim olan ya

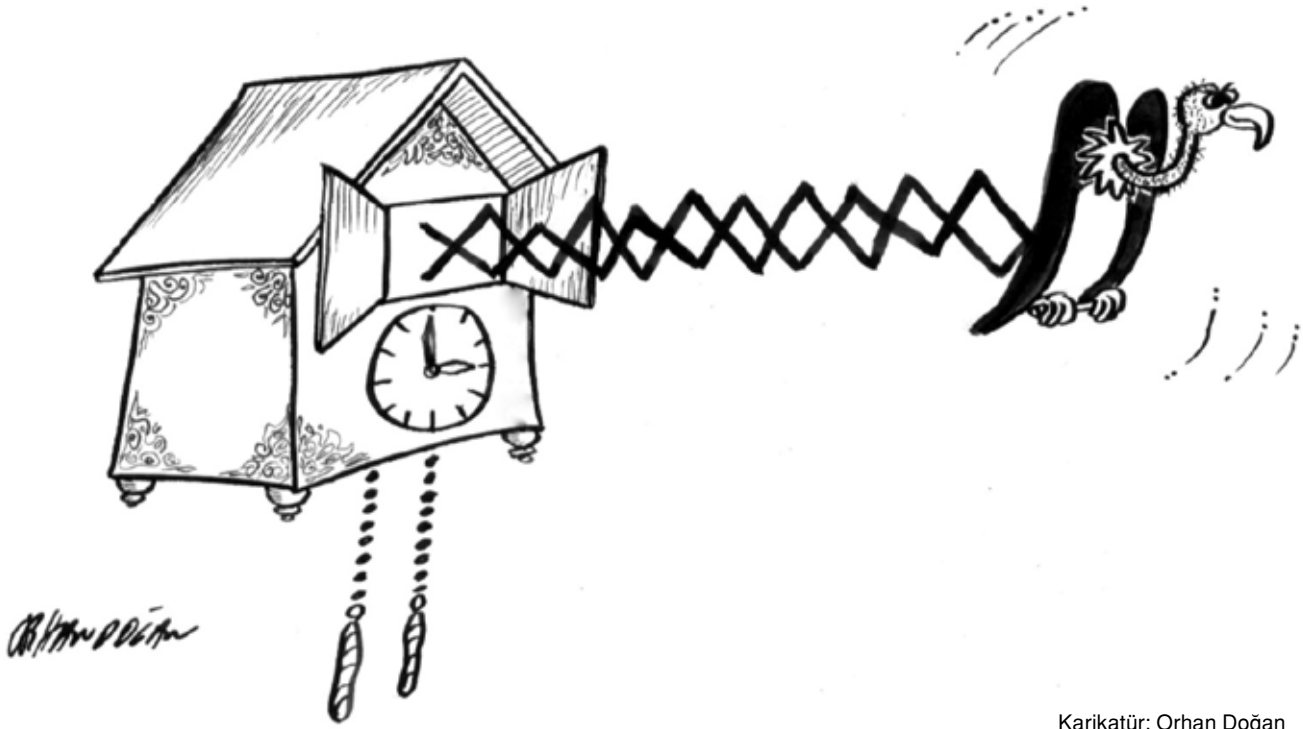
da onunla hayatı paylaşanlar bilir; anne, baba, eş, çocuk, kardeş, yakın arkadaş gibi. Biz de bu uzun yolu yürüdük; mesleğe ömrümüzü verdik, yaş altmış oldu. Şimdi, Aşık Veysel gibi, “*Veysel, günler geçti yaş altmış oldu / Yaprakım döküldü, çiçeğim soldu / Gemi yükün aldı gam ile doldu / Gayri harekete mâni olunmaz*” diyebilir miyiz bilmiyorum. Doktorun yaprağı dökülse, çiçeği solsa, gemisi yükün alıp gam ile dolsa da can bedende oldukça meslekten sıyrılıp bir yere gidemez. Otuz yedi yıllık hekimlik hayatımızda dolu dolu hizmet vermenin yanı sıra karınca kararınca bilim, felsefe ve sanatı da mezcetmeye çalıştık. Millete (idarecilerimiz de dâhil) doktoru-doktorluğu, (özellikle) genç doktorlara da hastayı-hastalığı anlatmanın böyle bir yolu olduğunu, olabileceğini, olması gerektiğini düşündük... Kanımca, gayretlerimiz boşa gitmedi çok şükür. Hasta ve yakınlarıyla rahat ilişki kurabilme yetisi kazanmanın ötesinde bir takım medikal ve paramedikal eserler de çıktı ortaya... Süreç içerisinde “Bunca iş arasında?”, “Amaaaan!”, “Okuyan mı var”, “Duyan mı var”, “Ne işe yarayacak?” gibi sesleri de işitmedik değil tabii. Bu bâb’da, Hazreti Mevlâna’nın o güzel sözlerinden biri rehberimiz oldu: “*Bir beste ol, arkandan hasretle söylesinler.*” Bir beste olmak o kadar kolay değildi elbette ama bir tını da olsa hoş bir seda bırakmak güzel olacak diye düşündük; kendimizi öyle motive ettik. Bu belki düşünür Thomas Campbell’in “*Arkada*

bırdıklarıımızın yüreğinde yaşamak, ölmektir” vecizesinden, belki J. L. Mc Greery’in “*Yıldızlara ölüm yoktur. Onlar daha güzel bir kıyıda doğmak için batarlar*” sözünden, belki de artık altmışına gelmiş bir insan olarak Rifat Ilgaz’ın ölüm döşeginde söylediği son üçlüğünden mülhemdir, bilemiyorum; “*Elin elime değsin / Isıtayım onları / Boşa gitmesin sıcaklığım.*” Hayatta maddi, manevi neye sahip olduysam tıpkı bu üçlükteki gibi hep verdim, vermeye çalıştım şükür. İşte onlardan biri; son eserim, “*Doktor Ne Yaşar Ne Yaşamaz.*”

“Online” Bıçak Parası!

Ameliyatta kullanılan malzemeler son zamanlarda hep tek kullanımlık (*disposable*) hale geldi. Ne var ki yeterli stok olmadığından ya da maliyeti düşürmek için bunları beş-on defa kullandığımız da olmuyor değil! Üstelik alımlarda, genellikle en düşük fiyatlı olanlar tercih edildiğinden kalitesi de düşük. Sonuç itibarıyla cerrahlar çoğu zaman malzemedan yana sıkıntılıdır. Bu konuda ameliyathane sorumlu hemşiresinin de bir günahı yoktur, zira ona teslim edilen malzeme budur. Göz doktoru arkadaşım basit bir ameliyat yapmaktadır. Hastaya lokal anestezi uygulanmış, dolayısıyla akli başında; konuştuklarımızı duyuyor. Doktor:

- Hemşire hanım bu bıçak kesmiyor!
- Hocam ben ne yapabilirim ki?



Karikatür: Orhan Doğan

Bu arada hasta kıpırdar, bağlı olan elini ameliyat örtüsünün altından beline doğru çeker. Ameliyat ekibi hep bir ağızdan:
- Hey. Ne yapıyorsunuz? Lütfen hareket etmeyin!

Hastanın cevabı sosyal bir sorununuzun ifadesidir:

- Hocam ben hareket etmesem nasıl kesecek o bıçak? Elimi kurtarın da vereyim.

Hastanın elinde cüzdan vardı. "Bıçak kesmiyor" sözünü yanlış anlamış, ameliyat için para (bıçak parası) isteniyor sanmıştı.

"A" De Bakayım!

(Bir Doktor Arkadaşımdan Uyarılma)
Pratisyenliğimde Doğu'da görev yapıyordum. Yaşlı bir teyzeyi getirmişlerdi. Genel dahiliye muayenesi yaptıktan sonra bir de boğazına bakmak istedim:

- "A" de bakayım.

Yanındaki kocası:

- Onun okuma yazması yoktur Bey'im!

Telefon Etmediysem Bil ki Öldüm!

Bir Adil (Ataseven) amcamız vardı. Şimdi tam olarak hatırlamıyorum ama sanıyorum ki gözünde hem glokom hem de katarakt vardı. Bir takım ameliyatlar, tedaviler yapılmış ancak ardı ardına çıkan komplikasyonlar gözü içinden çıkılmaz vaziyetlere getirmişti. Çalışma arkadaşlarımdan Dr. İnci, kendisiyle can-ı yürekten ilgilenmiş ama bir sonuç alamamıştı. Benden yardım istedi.

Uğraştık, didindik ama görme anlamında bir katkı sağlayamadık ona maalesef. Bütün bunlara rağmen bize müteşekkirdi hastamız. İnci ve ben, başka hastanelere tayin olduktan sonra da (aslında sürgün!) kliniğe gelip gitmeye devam etmiş. Sık sık telefon açıyordu bana. Anlattığına göre, gözünden değil de özellikle de bir doktorun muamelesinden hiç memnun değildi. O günlerden bu yana yaklaşık altı yıl geçti. Adil Amca her bayram, her kandil gecesi mutlaka arar ve kendisine yaptığımız iyiliklerden dolayı teşekkür eder durur, sağ olsun. Son görüşmemizde kendisine, bu aramalarından gerçekten mahcup olduğumu söyleyince, büyük bir içtenlikle şunu dedi:

- Hocam, Allah sizden bin kere razı olsun. Ben yaptığınız iyilikleri ölünceye kadar unutmam. Eğer bir bayram telefon açmazsam bil ki ben öldüm!

Kıssadan hisse: Artık günümüzde ender olarak karşılaştığımız böylesine yüce gönüllü, vefalı davranışlar; çektiğimiz onca cefayı bir an için de olsa unutturuyor ve mesleğe yeniden sarılmamıza vesile oluyor. Ne diyelim, sen sağ ol Adil Amca ve diğer Adil Amcalarım.

Karadenizli Teyzem: "Benden Bir Şey Geçer Oğa, Yazuktur!"

Son zamanlarda çok zayıflamış, boğazında yumrular oluşmuştu Karadenizli teyzenin, ateşi de vardı. Gittiği doktorlar birtakım ilaçlar vermişlerdi ama gram faydasını görmemişti. Sonunda hastaneye yatırdılar onu. Durumunun pekiyi olmadığını kendisi de hissediyor, artık vaktin geldiğini düşünüyordu. Eee! Seksen üç yaş, dile kolay.

Hekimlik zor iş. Olunması

da, uygulanması da,

sürdürülmesi de zor...

Çok iyi hekim olmaya

gelince... O, bütün bunların

yanında kültür, felsefe ve

sanatla, kısaca hayatla iç

içe olabilmekten geçiyor.

Hastanın ve yakınlarının

ne düşündüğünü, ne

hissettiğini, ne beklediğini

anlamak; psikolojisi, kültürü,

yaşam tarzıyla onları

tanımak ve de verilecek

hizmeti bu bağlamda

empati kurarak sunmak;

iyi hekimliğin olmazsa

olmazlarından.



Karikatür: Orhan Doğan

Doktor vizite gelmişti. Teyze doktoru görür görmez şiddetle itiraz etti:

- Bu doktor olmasın!

Kimse ne olduğunu anlayamamıştı. Küçük büyük herkese sevgi, saygı gösteren bu sevimli, kibar teyzeden hiç beklemedikleri bir davranıştı çünkü bu. Sordular:

- Neden teyze?

- Bu doktor daha çok gençtur! Benden bir şey geçer ona, yazuktur uşağa. Yaşlı bir doktor olsa daha iyi olur.

Anlaşılan bizim tatlı teyzemiz bulaşıcı bir hastalığa yakalandığını düşünüyor ve oğlu gibi gördüğü genç doktora kıyamıyordu...

Görmemeye Sevinen Göz Doktoru

Kızım hiç beklenmedik bir hastalığa düşer olmuştum. Radyoloji Hocası Dr. MK anjiyografisine bakıyor:

- Şaban Hocam, hiçbir şey göremiyorum.
- Valla Mustafa'cıgım, ne yalan söyleyeyim: Otuz küsur senelik bir göz doktoru olarak ilk defa "Hiçbir şey göremiyorum" lâfına seviniyorum.

- Abi ömürsün. Bu durumda bile! Çok geçmiş olsun.

Biri Gözümden Etti, Öbürü Zürriyetimden

Bir Mele (Molla) Hasan amcamız vardı... Sanki şimdi yokmuş gibi "vardı" diyorum. Allah ömürler versin, halâ var ve maşallah oldukça da sağlıklı. O son dönem siyaset dünyasının önemli şahsiyetlerinden birinin babası. Hani derler ya "eski kulağı kesik" diye, vallahi tam da onlardan biri işte. Aslında kendisi bir "seyda"dır (Doğu'da din âlimlerine verilen isim) ama bunun dışında özellikleri de mebzul; delikanlılık, dobralık, (Seydadır ya "belden aşağı" demeyelim, ayıp olur) göğüsten aşağı espri-şaka-fıkra ne varsa. Ben zaten görme ümidi olmayan gözünü ameliyat etmiş, batma şikâyetlerini önlemiştim. Sevgili dostum Dr. S. Aydın ise prostatını almış, o da en azından rahat bevletmesini sağlamıştı. Ne var ki seydanın beklentileri pek de bizimkilerle bağdaşır cinsten değildi. O, görmeyen gözünün badem, işlemeyen prostat ve ektentilerinin de âdem olmasını istiyordu. Beklentilerini karşılayamadık tabii. Ameliyat sonrası, ilk viziti yapmak üzere aile büyüğümüz gibi sevdiğimiz seydayı evinde ziyarete gidiyoruz. Biz yatakta olacağını düşünüyorduk ama ne gezer! Seyda çoktan bahçeye çıkmış, çardakta keyif çatıyor. Kapıdan girdiğimizi gören oğlu kendisine soruyor:

- Baba, bak gelenleri gördün mü?

- Hıı!
- Tanıdın mı onları?
- Tanımaz olur muyum; benim hayırsız doktorlarım!
- Niye "hayırsız" baba?
- Niye olacak? Biri gözümde etti, öbürü zürriyetimden!

Şikâyet Müessesesi İşliyor, Birileri de Fener Tutuyor

Dr. İnci:

- Şaban Hocam, H... Bey geldi. IVTA yaptığımız, endoftalmi gelişen hasta. Hatırlarsanız sonradan vitrektomi de yapmıştık.

- Bu defa karısı gelmemiş mi?

- Yok. Tek başına gelmiş.

- Eyvaahh!

- Niçin eyvah?

- İnci bu hayra alamet değil.

- ...

- Karısı bizi şikâyet edecek ya da etmiştir bile!

- Yok, yok, adam çok sakın; kendisi gelmek istemiş.

- Sanmıyorum. Daha önce tek başına geldi mi hiç?

- Bilmiyorum.

- İnci, bak! Sonra "Haklıymışsın" diyeceksin ama... İnşallah öyle olmaz.

- Nasıl?

- Bu kadın bizi şikâyet etmiştir ve onun için gelmemiştir.

- Affedersiniz ama sanmıyorum, o iyi bir insana benziyor. Belki bir işi çıkmıştır.

- İnci, bak! Tekrar söylüyorum: Öyle bir kadın, işi mişi olduğu için kocasını yalnız göndermeeeez!

- Hocam, adamda hiç öyle bir hava yok ama...

- Tamam, adamda yok da...

O hasta da karısı da kliniğimize bir daha gelmedi ama onların yerine Ankara Valiliğinden bir sarı zarf geldi. Karısı tarafından şikâyet edilmiştik ve ifade vermek üzere müdürlüğe çağırılıyorduk...

Kıssadan hisse: Şimdi, "Bu şartlarda, doktorluk / sağlıkcılık icra edilebilir bir meslek olmaktan çıkıyor" desem sistemi ve bu psikolojik zemini oluşturanları çok mu eleştirmiş olurum?

Yerine Kim Bakıyor?

Bir doktor için kendini mesleğine adanması, bu bağlamda hasta ve yakınlarıyla iyi ilişkiler kurması, mesela cep telefonu numarasını vermesi, bir şikâyetiniz olduğunda "Vakit ne olursa olsun arayabilirsiniz" demesi elbette güzel bir şey. Kliniğimizden Dr. MY'nin kocası Kardiyo-

log Dr. M. tam da anlattığımız özelliklere sahip bir meslektaşımız. Muayenehanesi de olmamasına rağmen her hastasına telefon numarasını verir, sabah akşam, gece gündüz aramalarından rahatsız olmayacağını söylerdi. Ancak bir gün o kadar çok aranmış ve eften püften sebeplerle o denli rahatsız edilmişti ki canına tak demiş ve “Bundan sonra bir daha hastaya telefon numarası vermek mi?” diye yemin etmiş, cep telefonunu da hışımla kapatmıştı. Tam da o anda zırt bir dâhili telefon:

- Efendim?
- Aloo, M... Bey’le görüşebilir miyim?
- Ne içindi?
- Telefon numarasını bir arkadaşımдан aldım, “Her zaman arayabilirsin, o çok iyi bir insan” dedi bana. “Ancak verdiği telefona ulaşamıyorum.”
- Yaa! Öyle mi? M... Bey yok, kardeşim!
- Nerede?
- Öldü!
- Hıı! Peki, yerine kim bakıyor?

İlk Defa Siz Muayene Ediyorsunuz

(Dr. Selim Nalbant’tan uyarılma) Bir Romatoloji hastam vardı. Dizlerinden uzun süredir şikâyetçiydi. O doktor senin bu doktor benim, her yerde muayene olmuş ama bir netice alamamıştı. Bana da şikâyetlerini anlattı. Çantasından birkaç tomar kâğıt çıkardı, elinde de büyük bir zarfın içinde filmler vardı. İncelemek bir hayli vaktimi aldı.

- Neyse, bacağınızı bir muayene edelim.
- Efendim?
- Pantolonunuzu sıyırın da bir muayene edelim.
- Hocam, hayret! Bu kadar doktora gittim. İlk defa siz “Bacağınızı muayene edeyim” diyorsunuz.
- Nasıl? Anlamadım!
- Yani herkes kan tahlili, röntgen, MR filan istiyor sonra da onlara bakıp ilaç veriyor. Şimdiye kadar eli dizime değen ilk doktor sizsiniz. Allah sizden razı olsun.

Kıssadan hisse: Hipokrat hekimliği yerini tamamen laboratuvar hekimliğine bırakınca gerçek doktorluk ortadan kalkıyor, deyim yerindeyse “doktorculuk” ya da “tıp teknisyenliği” başlıyor.

II. Abdülhamid’in “Doktorların Siyaset Yapmasına” Bakışı?

İttihat ve Terakki Cemiyetinin önemli üyelerinden Abdullah Cevdet, siyaseti bırakıp teklif edilen Viyana Sefareti Hekimliğini kabul ettiğinde Sultan II. Abdülhamid kendisine şunları söylemişti: “Siz hekimsiniz değil mi? Benden meşrutiyet yerine hastane talep etseydiniz hem insani şefkat ve mürüvvete sahip

olduğunuzu ispat hem de mesleğinize la-yık olduğunuzu tescil etmiş olurdunuz...”

Kıssadan hisse: Abdullah Cevdet’ler rejimi değiştirmeye kalkmıştı. O kadarına cevaz vermek elbette doğru değil ama bugünkü politikacıların siyasete aynı mantıkla yaklaşması da doğru değil. Mesela bir doktor, kendini ne kadar yetiştirmiş olursa olsun, genellikle ona “Siyaset bizim işimizdir. Sen kendi işini, doktorluğunu yap!” deniyor. Sanki kendilerinin siyaset okulundan damgalı, mühürlü, imzalı fermanları varmış gibi...

Bilginin Zekâtı

Asistanım Erkan Duman ile konuşuyoruz:

- Hocam, niçin bu kadar her bildiğinizi hemen herkese söylüyorsunuz?

- Nasıl?
- Hocam, insanlar bildiği şeyi kendine saklıyor. Yayınlarda, kongrelerde boy göstermek, hava atmak için kullanıyor. Bir de bildiği ameliyatı kimseye göstermiyor ki başkası yapmasın, bütün hastalar kendine gelsin.
- Yaa! Erkan’cığım, olur mu öyle şey? Bak sana bir şey söyleyeyim.
- Buyurun Hocam.
- Erkan, dinimizde zekât diye bir şey var, biliyorsun. Kaçta kaçtır o?
- Hocam, kırkta bir.
- Doğru, kırkta bir; yani yüzde iki buçuk.
- Evet, Hocam; doğru.
- Evet, para, pul, mal, mülk için böyledir ama bilginin de, bilimin de, becerinin de zekâtı vardır ve de onun oranı... Erkan sen bu zekâtı biliyor musun?
- (Cevap yok)
- Evet, vardır ve bunun oranı yüzde yüzdür!
- Nasıl?

- Bildiği her şeyi asistanına öğretmek durumundadır hoca. Sadece hoca da değil bilen her kim ise... Ve sadece asistanına değil ihtiyacı olan herkese... Eğer ben sana, hoca olarak bildiğimin yüzde yüzünü değil de yüzde doksan dokuzunu öğretirsem ve sen de hastanı tedavi ederken bir puanlık bu bilgi noksanlığı dolayısıyla başarısız olursan, hasta bundan zarar görürse, mesela gözü kör olursa, bunun vicdani sorumluluğu bana ait olur.

- Hocam çok haklısınız. Ancak kimse bunu yapmıyor ki!
- Boş ver başkasını, biz kendimize bakalım. Herkes kendine yakışanı yapar ve her koyun kendi bacağından asılır. Mahşer gününde; oğulun babaya, babanın oğula faydası olmayacak.
- Hocam ellerinizden öperim.
- Eyvallah, Erkan’cığım.

Helenistik Çağ’da, İskenderiye’de zamanın en önemli matematik okulunu açan Öklid, okulu ziyarete gelen ve kendisinden geometri eğitimini kolaylaştıracak kısa bir yol bulmasını isteyen Kral Ptolemaios’a şöyle cevap vermişti: “Bilim için ‘Kral Yolu’ yoktur.” Eminim Öklid’e tıp mesleği sorulsaydı “Tıp bilimi için, hayatını adamaktan başka yol yoktur” derdi.

Organ Bağışının Neresindeyiz?

Gazeteci: Türkan Hanım, gözlerinizi bağışlamayı düşünür müsünüz?

Türkan Şoray: Bugün mü!

Kıssadan hisse: Yorum yok! Çünkü bizim kuşakta, “Hülya (Koçyiğit) olsaydı, belki” diyenler çıkabilir ama Türkan’a dil uzatılmaz.

Performans Sisteminin Aslı

Sümerlerde, hekimlerin yapacakları her iyileştirme ve girişimin ücreti saptanmıştı.

Kıssadan hisse: Bu gerçekten performans sisteminin atası mıdır yoksa şimdiki sistem, atalarından torunlarına geçen bir irsî özellikten mi neşet etmiştir bilemeyiz.

“Sanki Ben Bunlan Sinek Mi Vuracağım?”

Tabancasının ruhsatını uzatmak için, “Senin gözün ancak yüzde altmış görüyor” diyen doktordan bir türlü “sağlam raporu” alamayan ve sonunda vilayet yüksek makamına kadar çıkan Rizeli Hacı’nın, Vali’nin de “Gözün görmüyorsa biz ne yapalım?” demesi üzerine verdiği cevap: “Yahu! Sayın Vali Beycuğum, sen da mi aynı kafadasun? Şimdi ben, bu tapancalan sanki sinek mi vuracağım; vursam vursam adam vuracağım! Yüzde altmış da başa yeter da!”

İyiyim, iyisin, iyi mi?

Prof. Dr. Hasan Boynukara



1955'te Adıyaman'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adıyaman'da tamamladı. 1980 yılında Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümünden mezun oldu. 1981'de asistan, 1988'de doktor, 2000 yılında doçent, 2006 yılında profesör oldu. Yurt içinde ve yurt dışında devlet ve vakıf üniversitelerinde lisans ve lisansüstü dersler verdi. Çeşitli düzeylerde yöneticilik yaptı. Başlıca ilgi alanları popüler kültür, sömürgecilik ve etnik kimliktir.

Her alanda olduğu gibi sağıkta da gelişmeler olmaktadır. Bunu hayranlıkla değil ama takdirle karşılarım. Çelişkili bir ifade gibi görünebilir ama açıklanması mümkündür. Görevi bu olan politikacı ve bürokratların, görevlerini yapmaları takdirle karşılanabilir ancak hepimizi hayran bırakacak düzeyde bir gelişmişlikten bahsetmemiz, yeterli olduğumuz söylenemez. Bilindiği üzere iyilik ve kötülük, geri kalmışlık ve ilerlemişlik ancak mukayese yoluyla tespit edilebilir. Ülkenin dünyle bugünü arasında yapılacak bir karşılaştırma ise yanıltıcı olur. En kötü yönetim bile görevi devraldıktan sonra, belli bir gelişme kaydedecektir. Dünyada hiç bir ülke elli yıl önceki durumunda değildir. Az veya çok bir ilerleme kaydetmiştir. Bunun ölçümü "geriye bakarak değil sağa sola bakarak" tespit edilebilir. Sağımızda solumuzda kimin/kimlerin olduğu da son derece önemlidir. Kendimizi hangi kategoride görüyorsak bu kategoriye girenlerle mukayese yapmak durumdayız. Eğer Afganistan'ı, Bulgaristan'ı, Guatemala'yı ölçü alırsak kendimizle ne kadar gurur duysak azdır. Durumun böyle olmaması gerektiğini söylemeye gerek bile yok.

Sağık Hizmeti Almada Sorunlar

Sağık hizmetlerinin pahalı olduğunu kabul etmek gerekir. Resmi kimliği olanların bu hizmetlerden yararlanma şansı doğal olarak daha yüksek. Onların muayene, operasyon, ilaç ve bakım hizmetleri devlet tarafından ödenmektedir. Özel

hastanelerde ise durum değişmektedir. Sosyal güvencesi olmayanlar için mecbur kalmadıkça gidilmeyen, gidildiğinde ise bütçeyi etkileyen faturalar çıkarılmaktadır. Hastaya fazladan tahliller ve gereksiz operasyonlarla ayakta kalmaya çalışan küçük ya da orta çaplı hastaneler, Bakanlığın sıkı denetimleri sonucu, bir bir kapandı. Mevcutların beş yıldızlı otel konforunda olması, yüksek ücretli personel istihdamı ve kurumun diğer masrafları kaçınılmaz olarak hastaya faturalandırılmaktadır. Sıradan bir operasyon ve bir iki günlük yatışın maliyeti orta halli bir ailenin gelirini tehdit edecek boyutlardadır. Özel hastanelerden rol çalan devlet de lüks hastaneler yapmaya koyulmuştur. Bunun da bir maliyeti olduğu/olacağı açıktır. Bunun ceremesini ya devlet üstlenecek ya da halk çekecektir. Hastane binası yapmak ve bunların içini lüks malzemeyle tefriş etmek için ihtiyaç duyacağınız tek şey kaynaktır. Bu bir yenilik veya atılım değildir. Kaynağınız varsa ülkenin dört bir yanını lüks hastanelerle donatabilirsiniz. Bu noktada hastayı ilgilendiren, aldığı sağık hizmetin kalitesi ve maliyetin karşılanabilmesidir.

Sağık Hizmeti Pahalı Mı?

Pahalılık söz konusu olduğunda sığındığımız argüman bellidir: Avrupa ülkeleriyle karşılaştırma. Bir doğum maliyetinin Türkiye'dekinin çok üstünde olduğu ileri sürülür. Nedense karşılaştırılan ülkelerin fert başına milli geliri hesaba katılmaz. Birçok insanımızın dışından tırnağından artırdığı üç beş kuruşu, -hasta olsa bile- "Yarına iyileşirim"

umuduyla hastaneye harcamak istemediğini biliyoruz. Hekimlerimiz sık sık hastalığı ileri aşamaya gelmiş hastalarla karşılaşmaktadır. Bunun temel nedeni, ne hastanın doktor sevmesliğidir ne de hastane fobisi; çoğunlukla ekonomiktir. Herkese bedava sağık hizmeti ise şimdilik bir beklentidir. Devletin sağık konusunda kesenin ağzını açması bir yandan büyük maliyetler getirirken, diğer yandan dolaylı olarak vatandaşa vergi olarak yansımaktadır. Devletin, "masrafı ben karşılıyorum" demesi sadece sanal gerçekliktir. İşin aslı ise paranın/masrafın vatandaşın cebinden çıkmasıdır. Bütün yatırımların ve hizmetlerin kaynağı vergidir. Devlet kendine vergi veremeyeceğine göre yatırımı da, lütfu da, ihsanı da, ağalığı da topladığı vergi kadardır. Benzine ödediğiniz yüksek vergiler, bir başkasının bedava sağık hizmeti almasını sağlamak içindir. Dolayısıyla bedava hizmet sunulmamaktadır. Böyle bir hizmet alan, bir başkasının verdiği vergiyi kullanmış olmaktadır.

Yok mu Bunun Ucuz Yolu?

Hepimizin farkında olduğu veya bildiği bir gerçeklik var; sağık alanında kullanılan cihazların ve ilaçların pahalılığı. Hâlihazırda teşhis ve tedavide kullanılan malzemeler ithal edilmektedir. Elimde kesin veriler yok ancak ithal oranının yüzde doksanlar civarında olduğu söylenmektedir. Belli bir kullanım süresi olanların sürekli değiştirilmesi zorunluluğu sağık hizmeti alma maliyetinin düşmesini de engellemektedir. Bir tomografi cihazının parasını çıkarmak için kaç yüz hatta kaç



bin hastanın parayla muayene olması gerektiğini düşününce tablo kendiliğinden ortaya çıkıyor. Bir implantın, hekim ücreti hariç yaklaşık üç bin iki yüz lira olduğu gerçeğini görmek zorundayız. Maliyeti düşürme, hizmetin daha kolay ve zamanında alınmasını kolaylaştıracaktır. Türkiye'nin en kolayından başlamak üzere tıbbi cihazlarını kendisinin üreteceği araştırma/teknoloji üretim merkezleri kurması gerekmektedir.

Beslensek de mi Hasta Olsak, Hasta Olmadan mı Beslensek?

Beslenmenin sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltma veya artırmayla yakından bağlantılı olduğu malumdur. Eksik/yetersiz beslenme veya aşırı beslenme (obezite) hastanelere/sağlık personeline fazladan iş çıkarmaktadır. Sağlıklı beslenemeyen, giyinemeyen, sağlıklı koşullarda yaşayıp çalışmayan insanlar potansiyel hasta olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı bir toplumun sağlıklı hastaları olur. Bizde, gözlemlediğimiz kadarıyla, hasta bir toplumun hastaları çoğunlukta. Buna bir de hastalık hastaları ve temel sağlık bilgisinden yoksun olanlar eklenince, ortaya maliyet artırıcı ve hizmeti aksatıcı bir kitle çıkmaktadır. Yüzlerce yeni hastaneye ve giderek büyüyen bir sağlık ordusuna rağmen hastane koridorlarının tıka basa dolu olması kolay anlaşılacak bir durum değildir.

Tanıdığın İyi Bir Doktor Var mı Abi?

Tıp eğitiminin nasıl olması gerektiği

konusunda vaaz edecek halim yok. Mesleğin içinde ve sorunların çözümüne ilişkin bilgi deneyim ve birikimi olan yüzlerce insan var. Ben sadece bir gözlemci, sonuçlarından etkilenen birisi olarak bir şeyler söyleyebilirim. Toplumun her kesiminde, hatta doktorlar arasında bile bir "iyi doktor" arayışı var. Ne zaman duysam rahatsız olduğum bir ifadedir bu. Bu sadece doktorlarla sınırlı değil tabii. İyi avukat, iyi müteahhit, iyi öğretmen... Bazen binlerce kilometre kat edip iyi bir doktora muayene ya da ameliyat olma arayışında olanlar var. Peki, kötü doktora kim gidecek? Böyle bir sorunun sorulması bile can sıkıcıdır. Ne yazık ki bizzat mesleğin içinde olanlar, tıp eğitiminde ciddi aksaklıkların olduğunu dile getirmektedirler. Kadavrayı uzaktan görenlerin mezun edilip piyasaya sürüldüğü bir ortamda, iyi doktor arayışını normal karşılamak gerekir. Her mesleğin sağlamları var, çürükleri var. Fakat sağlıkta çürüklerin olmasının bedeli ya çok ağırdır ya da telafisi imkânsızdır. Bu konuda âcizane kanaatim, tıp fakültelerinde -özel ya da devlet- mutlaka bir baraj puanının getirilmesi, geçme notunun yükseltilmesi (asgari 70) ve mezuniyette sadece not ortalamasının esas alınmaması, bir pratik testinden de geçirilmesi gerektiğidir.

Son olarak, ihmale ve şakaya tahammülü olmayan bir mesleği icra edenlerin/edeceklerin hem eğitim döneminde hem de sonrasında bir adanmışlık duygusuyla davranmalarının yanında, donanımlı olmaları da hayati derecede önemlidir.

Herkese bedava sağlık hizmeti şimdilik bir beklentidir. Devletin sağlık konusunda kesenin ağzını açması bir yandan büyük maliyetler getirirken, diğer yandan dolaylı olarak vatandaşa vergi olarak yansımaktadır. Devletin, "masrafı ben karşılıyorum" demesi sadece sanal gerçekliktir. İşin aslı ise paranın/masrafın vatandaşın cebinden çıkmasıdır. Bütün yatırımların ve hizmetlerin kaynağı vergidir.

Sağlık bakımında konforun başka bir boyutu: Palyatif bakım

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, aynı zamanda kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Eylül 2012'den itibaren Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapmakta, aynı zamanda erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini yürütmektedir. Akademik ilgi alanları psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları ve palyatif bakımdır.

"Acı çeken bir insanın yüzü; bize her şeye gücümüzün yetmediğini, sınırlılıklarımızı, başarısızlıklarımızı ve ölümlülüğümüzü hatırlattığı için dikkatimizi bu acı çeken yüzden daha çok, mekanik şeylere yöneltiyor olabilir miyiz?"

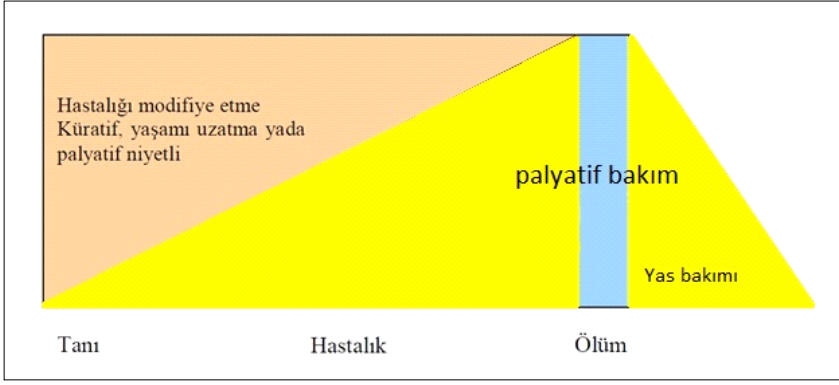
E. Kübler-Ross

Her insanın hayattan beklentisi sağlıklı, mutlu, huzurlu ve konforlu bir şekilde yaşamaktır. Ancak hayat hepimiz için sürprizlerle doludur. İnsan, hayat akışı içinde bir taraftan mutlu olacağı durumları yaşarken, diğer taraftan üzüntü ve sıkıntı hissedeceği olumsuz durumlarla karşı karşıya gelmektedir. Sağlık penceresinden baktığımızda, bu olumsuz olaylar sağlıklı ilgili ani bozulmalar, ciddi veya kronikleşmiş sorunlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Günümüzde hem birçok hastalığın kronik nitelik kazanması ve kronik hastalıkların katlanarak artmasıyla hem de ciddi hastalıklardan sağ kalım sürelerinin de uzamasıyla ortaya çıkan çok boyutlu bakım gereksinimlerinin yanında -bunlara ilaveten- ülkemizde ve dünyada nüfusun en hızlı büyüyen bölümü olan 65 yaş üstündeki bireylerin bakım gereksinimleri, hasta ve aileleri için yeni zorlu süreçleri ortaya çıkarmıştır. Bu süreçler hem hasta hem de ailesinin konfor ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen süreçler olabilmektedir. Günümüzde bu süreçlerin getirdiği bakım rolünü üstlenen aile üyeleri "sıkışmış nesil" (*sandwich generation*) olarak adlandırılmaktadır. Çünkü bu kişiler,

bireysel yaşamlarında ya aile kurmayı çocuk yapmayı erteleyen/ertelemiş olan bireylerdir ya da bir yandan hasta veya yaşlanan aile üyesine bakarken diğer yandan kendi çocuklarını yetiştirmeye çalıştıklarından, bu iki durum arasında sıkışmaktadır. Buna bağlı olarak hasta kadar, aile üyeleri de pek çok sorun deneyimleyebilmektedir. İşte bu zorlu süreçler, hasta ve ailelerinin palyatif bakıma duyduğu gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Palyatif bakım, tıp alanında bir kür sağlamaksızın semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılan bir terimdir. Palyatif sözcüğü Latince *örtü* ya da *perde* anlamına gelen "*pallium*"dan türetilmiştir. Latince "*palliare*" ve İngilizce "*palliate*" sözcüklerinden köken alır, bu sözcükler örten hafifleten veya gideren anlamındadır. Palyatif bakımın gelişimi hospislerin kurulmasıyla başlamıştır. Hospis, yaşam sonuna çok yaklaşıldığında, hasta ve ailesi için özel bakım ve destek uygulanan bir programdır. Cicely Saunders tarafından 1967 yılında İngiltere'de ilk modern hospis kurulmuştur. Amerika ve diğer batı ülkelerde de hospis bakımı hızla yayılmıştır. Palyatif bakım kavramı, 1980 ortalarına kadar hospis bakımını yerine kullanılmıştır. Zamanla palyatif

bakım anlayışı değişmiştir. Günümüzde palyatif bakım, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için semptom yönetimi ve destek sağlar. Hospis bakımı ise ölümcül hastalığa sahip altı ay ya da daha kısa yaşam öngörüsünde bulunan, küratif tedavisi tamamlanmış veya durdurulmuş hastalara sunulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı ilk olarak 1986 yılında "tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama" olarak tanımlarken, 2002 yılında bu tanım revize edilmiş ve hastalıkların tanısından itibaren palyatif bakıma başlanması önemi vurgulanmıştır. 2009 yılında Amerika'da palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek kaliteli palyatif bakımın verilebilmesi için ulusal bir toplantı yaparak ortak bir rehber hazırlamışlardır. Bu rehber gereği palyatif bakımın, yaşamı tehdit eden hastalığın ilk tanısından itibaren tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanması gerektiği vurgulanmıştır.

Palyatif bakım, terminal bakım anlamına gelmez ancak terminal bakımı da kapsar. Palyatif bakım, sadece spesifik bir hastalığa yönelik de değildir. Herhangi bir kronik veya ileri hastalığın tanısından yaşamın sonuna kadar olan bir dönem



Şekil: Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu

kapsar (bkz. şekil). Palyatif bakım hasta ve ailesinin yaşam niteliği ve konforunu mümkün olduğunca iyileştirilmesine odaklanan, multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımdır. Yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkı olmasına rağmen günümüzde ne yazık ki sağlık bakım ortamlarında her zaman hasta ve ailesi için huzurlu, konforlu bir ortam ve buna yönelik hizmetler sunulamamaktadır. Konfor gereksinimi, kişilerin karşılamaya çalıştığı veya karşılanmasını istediği temel bir insan gereksinimidir. Latince de güç "forting (strong)" kelimesinden türeyen, İngilizcede ise *comfort* kelimesiyle ifade edilen konfor; rahatlatmak, teselli, avuntu, cesaretlendirme, ferahlık ve ferahlatıcı, huzur, memnun etme gibi anlamlara gelmektedir. Kolcaba (2003) tarafından yapılan tanıma göre ise konfor; fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutta ortaya çıkan sorunların; ferahlama, rahatlatma ve sorunların üstesinden gelme ile üç düzeyde karşılanması olarak açıklanmıştır. Ferahlama; gereksinimleri karşılanan bireyin sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği duygudur. Herhangi bir ihtiyacın karşılanması sonucu yaşanır. Rahatlatma; sakin ve huzurlu olma durumudur. Hastanın iyileşmesi için gerekli konfor ve onun iyileşmeye olan katkısı ile pozitif ilişkili, kalıcı bir durumdur. Üstünlük; bireyin kendi gücünü artırması ile sorunların üstesinden gelebilmesi durumudur. Bu da ancak konfor ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması ile mümkün olabilmektedir. Sağlık bakım uygulamalarının odaklandığı şey, hastanın ve ailesinin konforunu sağlamaktır. Hasta ve ailesinin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve karşılanamayan gereksinimlerine yönelik konfor artırıcı bakım uygulamaları, palyatif bakımın da olmazsa olmazlarındandır. Palyatif bakımda konforu sağlamak ve sürdürmek için ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlar ile psikolojik, sosyal ve manevi sorunların kontrolü çok önemlidir. Kimi ihtiyaçlar çok somut fark edilip giderilebilir. Örneğin hasta üşüdüğünde battaniye temin etmek gibi... Ancak psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlar gibi kimi ihtiyaçları

fark etmek ve gidermeye yardım etmek farklı disiplinlerin iş birliğiyle etkin biçimde gerçekleşebilmektedir. Palyatif bakımda hasta ve ailesinin yaşam niteliği ön plandadır. Bu anlamda diğer tedavi yöntemlerinden farklılık göstermektedir. Diğer hastalıklarda hekim önce hastalığı saptamaya ve etkeni ortadan kaldırmaya çalışır. Palyatif bakımda ise hastayı rahatsız eden semptomu bulup semptomu ortadan kaldırmaya çalışılır. Yani hastanın rahatlamasında öncelik semptom kontrolündedir. Bu anlamda hastayı rahatsız eden semptom ne olursa olsun hasta tarafından önemseniyorsa, sağlık çalışanları tarafından da önemsenmeli ve ortadan kaldırılmaya çalışılmalı yani palyasyon sağlanmalıdır. Bu semptomun ortadan kaldırılması, hastalığın seyrinde en küçük değişikliğe neden olmasa bile hastanın yaşama olan bağlılığının artmasına ve konforuna önemli katkılarda bulunmakta ve hastanın yaşama umudunu kuvvetlendirebilmektedir. Palyatif bakımda amaç, hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılarak hastaya kaliteli yaşam sunulmasıdır.

Yakın geçmişte palyatif bakımın gerekliliği ve ilkeleri daha iyi anlaşıldıkça, bütün dünyada ve ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar ve düzenlemeler önemli bir ivme kazanmıştır. Palyatif bakım politikaları; DSÖ ve Avrupa Konseyinin ortaya koyduğu değerler olan insan hakları, hasta hakları, insan saygınlığı, eşitlik gibi değerlerden beslenmektedir. Palyatif bakım bir insan hakkıdır. Tüm dünyada olduğu gibi Sağlık Bakanlığımız da palyatif bakımı bir insani hak olarak kabul etmiştir. Palyatif bakımda hizmetlerinin erişilebilir olması ve sunulan hizmetlerin kalitesi önemlidir. Yakın geçmişe kadar ülkemizde de tıp ve sağlık alanlarında verilen eğitimin, daha çok akut hastalık teşhis, tedavi ve bakımına yönelik yapılması, kronik süreçteki hastaların ihmal edilmesine yol açmıştır. Ancak palyatif bakım kavramı son yıllarda ülkemizde, Sağlık Bakanlığı

ğımızın başlattığı projeler ve yürüttüğü politikaların da etkisiyle oldukça önemli bir noktaya gelmiş ve sağlık çalışanları arasında farkındalık oranı giderek yükselmiş, palyatif bakıma yönelik sunulan hizmetler de yaygınlaşmaya başlanmıştır.

Kaynaklar

Fine RL. The Imperative For Hospital-Based Palliative Care: Patient, Institutional, and Societal Benefits. *Proc Bayl Univ Med Cent* 17(3): 259-64, 2004.

Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu; *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*.(1);1-6, 2010.

Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; *Palyatif Bakım Yoğun Bakım Dergisi*. 11(2);56-70, 2013.

Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım; *Palyatif Bakım Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 2014.*

Krinsky R., Murillo I., Johnson J. A Practical Application of Katharine Kolcaba's Comfort Theory to Cardiac Patients. *Appl Nurs Res*. 2014; 27(2):147-150.

Kolcaba K., Wilson L. Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing. *J Perianesth Nurs*. 2002; 17(2):102-111.

Lagman R, Walsh D. Integration of Palliative Medicine into Comprehensive Cancer Care. *Semin Oncol*.32: 13-48, 2005.

Lynn J, Adamson DM. Living Well at The End of Life. *Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*. Washington: Rand Health, 2003.

Meghani, sh. A. Concept Analysis Of Palliative Care in The United States Journal Of Advanced Nursing.46: 152-161, 2004

Murray SA, Kendall M, Body K, Sheikh A. Illness Trajectories and Palliative Care *BMJ*.2005 Apr 30;330(7498):1007-11

Özgül N. Gültekin M. Koç O. Et Al. (2012) Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. *Annals of Oncology*, 23(Suppl 3); 76-78. *Palyatif Bakım Derneği* (2014). *palyatifbakim.org* (Erişim Tarihi: 15.03.2017)

Santrock J.W., Çev. Yüksel G. Yaşam Boyu Gelişim Psikolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul, 2014

Not: Palyatif bakımın hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasına, biz de bir katkı vermek istedik. Palyatif bakım: "Konforda keşiften yollar" temasıyla, 25 Mayıs 2017'de, üniversitemizde ev sahipliğini yapacağımız bir sempozyum planladık. Palyatif bakım hizmetlerinin içerisinde yer alan ve yer almak isteyen, bu alana ilgi duyan herkesi sempozyumumuzda ağırlamaktan mutluluk duyacağımızı, bu satırlar aracılığıyla da sizlere iletmek istiyorum.

Geçmiş zaman olur ki hayali cihan değer... mi?

Dr. Mine Hanoğlu



İstanbul'da doğdu. Almanya'da başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesinden mezun olduktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1984 yılında bitirdi. O tarihte Mardin'e bağlı olan İdil ilçesinde mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri Özel Nisa Hastanesinde anestezi uzmanı olarak çalışmaktadır.



Bugün tıbbi alanda sahip olduğumuz imkânların ne kadar farkındayız? Otuz yıl önce ihtisasa başladığım zamanki çalışma şartlarını düşününce kendimi başka bir evrende zannediyorum. Oysa ihtisas yaptığım yer, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yani ülkemizin en büyük ve en sanayileşmiş kentinin üniversite hastanesi idi. Bundan otuz yıl önce Cerrahpaşa'da küçük cerrahi birimlerin ameliyathanesi kendi bünyesi içinde bulunurdu. Ana ameliyathanede beş genel cerrahi, iki ortopedi, bir de çocuk cerrahisi olmak üzere sekiz oda vardı. Plastik cerrahi haftada iki gün genel cerrahi masalarından birini kullanırdı. Benim hatırladığım en büyük sorun, bu sekiz oda için beş EKG monitörünün bulunmasıydı. Çocuk cerrahisi bir monitöre el koymuştu, diğer yedi oda kalan dört monitör için yarışırdı. Şöyle ki masalara dağıtılmış olan kıdemsiz anestezi asistanlarından erken gelen, hemen bir monitör kapar ve bir kere el koyduğu monitör o gün

onun masasında kalırdı. Bu sebeple masanın uzmanı gayretli ve çalışkan bir asistanla çalıştığı ay epey huzurlu olurdu yoksa her problemlili hastada diğer masalardan monitör rica etmek, düpedüz dilenmek zorunda kalırdı. Monitörsüz hasta uyuturken kalbi durup da geç fark edilen vakalar yok değildi. Anlayacağınız otuz yıl öncesinin Cerrahpaşa Anestezi Kürsüsü, kelle koltukta dolaşılacak bir yerdi. Sekiz masaya bakan ve doğrusu sekiz adama bedel "Alaaddin" adlı bir personel zamanın Türkiye'sinde akıl almaz bir iş üstlenmişti. Her sabah erkenden ameliyathanede oluyor, akşamları tek tek topladığı anestezi masalarını odalara çekip oksijen ve azotprotoksit bağlantılarını yapıyor, her birine bir laringoskop ve yıkayıp temizlediği bir kaç boy kauçuk entübasyon tüpü bırakıyor, bir kaç boyun bağı kesiyor, tansiyon aletini de eksik etmiyordu. Alaaddin'in asıl sıra dışı işi her masa için içinde onluk, beşlik ve ikilik cam şiringaların bulunduğu çelik kutuları su ile doldurup kaynatması, enjektörleri soğuttuktan sonra onluğa

Nöbetçi anestezi asistanları zırt pırt acil sezaryen çıkarıp gece vaka alan kadın-doğumculara da çok gıcık olurlarmış. Acil sezaryen çağırısı bir kaç kez tekrarlanır, anestezi oflaya poflaya gecikir, o tarihlerde düşük apgarlı bebeklerle de anestezi ilgilendiği için epeyi sorun yaşanmış.

pentotal, beşliğe listenon ve ikiliğe pavulon çekip kapağı açık kapta uçları açık olarak öylece enjeksiyona hazır bırakmasıydı. Her biri ayrı ayrı öldürücü bu ilaçları çocuk cerrahisi hariç her masa için, muhtemelen ilkokul terk bir adam olan Alaaddin'in hazırlaması şimdi okuyucu için ne kadar ürkütücü ise o günkü kürsü başkanı Sadi Sun Hoca için de o kadar güvenli idi. Anestezi kürsüsünü kurarken ve hasta entübe etmeye başladığı dönemlerde yanında yetiştirdiği Alaaddin, her biri savruk ve başına buyruk, her ay yenilenen acemi asistanlardan daha güvenilir ve yaptığı işin künhüne varmış biriydi. Sabahki ağır mesaisinden sonra gün boyu fazla işi olmaz, biten ameliyatlardan sonra yıkadığı tüpler dışında köşesinde oturur, değme mahalle teyzelerine taş çıkartan anestezi uzmanları ile kıdemli asistanların her konu ve herkes hakkındaki dedikodularını dinlerdi. Alaaddin'i eşsiz kılan diğer bir özelliği, herkesin diğeri hakkında söylediklerini bildiği halde asla laf taşıması idi. Ben herkesi büyük hocaya değerlendirdiğini ve hocanın bu sayede ameliyathaneye girmeye gerek kalmadan kürsüyü, karmaşık ilişkiler yumağına rağmen oldukça adaletli yönetebildiğini düşünüyorum. Ameliyatları biten odanın anestezi masasını toplamak, bağlantılarını sökmek ve masayı koridora çekmek yine Alaaddin'in göreviydi. Bu nedenle masayı darmadağın bırakan asistanlardan hiç hoşlanmazdı. Yıllar içinde bir "anestezi sarrafı" kesilmiş olan Alaaddin'den "Siz eski anesteziistlere benziyorsunuz, ilerde çok iyi olacaksınız" iltifatını almıştım ki, bu hakikatte çok değerli bir tespitti.

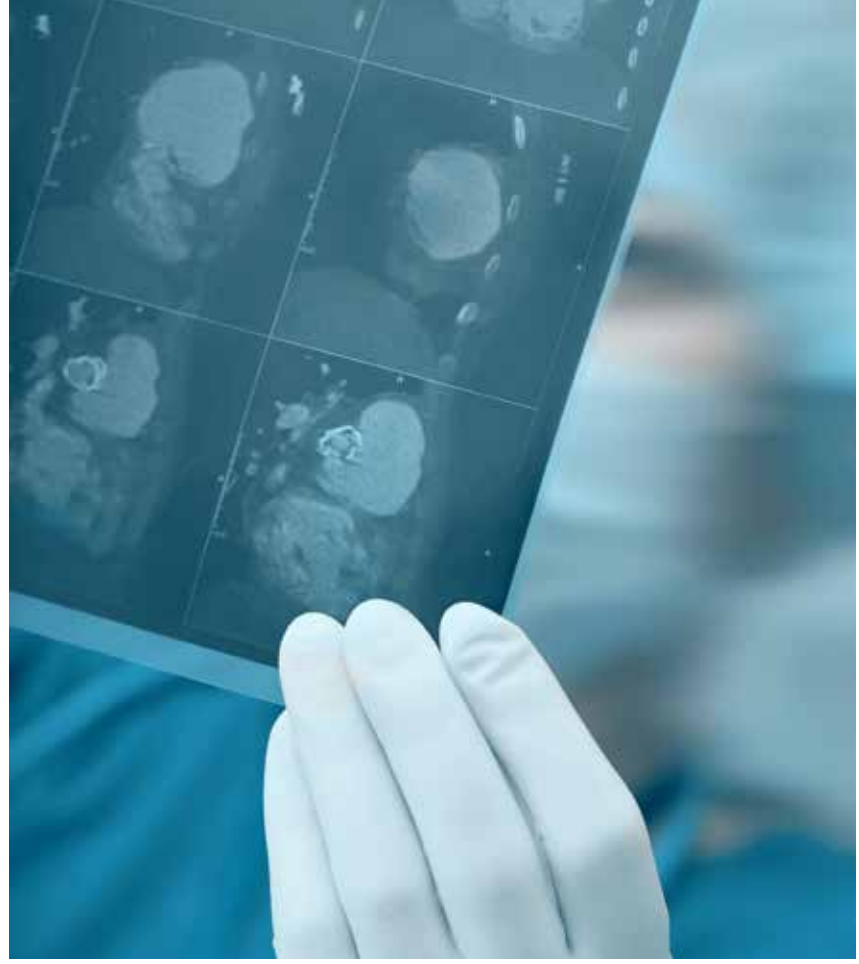
Alaaddin boş yere iltifat etmezdi. Bir ameliyat masasında işe başlar başlamaz durumun vahametini anlayıp gerekenden daha erken evden çıkmaya başlardım. İstisnasız en erken ben, neredeyse Alaaddin'le beraber ameliyathaneye giriyor ve kısa sürede bellediğim en kullanışlı



Anesteziist, cerrahın emir eri değil meslektaş olarak daha fazla saygı görmeye başladı. Bu gelişmede bizlerin, bazı öncüllerimizin aksine cerrahlarla dışarıya, özel hastanelerde ameliyat yapmaya asla gitmememiz de etkili oldu. Preoperatif hasta muayenesi, açılan anestezi polikliniği ile rutin olarak uygulanmaya başlandı.

monitörü kapıp masama taşıyordum. Masamdaki hastaya bir şey olacak diye ölesiye korkuyordum. Çünkü anestezi bir öngörülemezlik yumağıydı ve koridorda dedikodu yapan, özellikle Almanya'dan gelmiş uzman ağabeyler biteviye anestezi komplikasyonları anlatıp ameliyathane koridorunu bir nevi korku tüneline çevirmekte yarışıyorlardı. Kısa süreli sevinçle uzayıp giden hüznler arasında gidip gelen kişiliğim, burada aslında İslami olan bir "hal" üzerinde durmayı kendiliğinden öğrendi: Korkuyla ümit arasında. Özellikle yoğun bakım nöbetlerim derin korkular ve yine de kötü bir şey olmayacağına dair ümitlerle geçmiştir. Yaşamın köşesi olan ameliyathane ile hayatın dibi olan yoğun bakımlara nasip olmam sıradan bir tesadüf değil, muhakkak.

Benim anesteziye başladığım dönem yine de önemli değişiklikler yaşanmış, mesela serum iğne ile değil damar içine takılan steril plastik kanüllerle verilmeye başlanmıştı. Steril enjektörler kullanılıyor ve artık asistanların hazırlamaya başladığı pentotal-listenon-pavulon üçlüsünün (bugün artık hiçbirini kullanılmıyor, yerlerini yeni nesil ilaçlara bıraktılar) dışında, ilaçlar plastik enjektöre çekilip üzerine bir parça flasterle ilacın adı ve miktarı yazılıyordu. En büyük problem, masalarda yaşanan acil ilaç sıkıntısı idi. Anestezi uzmanı baş gösteren yan etki veya komplikasyona göre acilen bir ilaç istese ve siz onu veremeseniz bundan direkt hasta zarar görür. Bütün masaların ortada ve kiltsiz durduğu bir ortamda özellikle pahalı acil ilaç ve gereçleri muhafaza edemezsiniz. Siz masanızın ilaç çekmecesini her türlü ilaçla donatıp arkasını dönseniz ilaçlarınızın yerinde yeller eser. Aynı şekilde zor entübasyonlarda tüpe takılan mandren adlı yardımcı aygıt



ve anestezi maskesinin yüze uymasını kolaylaştıran çeşitli boyutlardaki hava yolları (airway) da anında sırta kadem basarlar. Acil durumlarda bu alet ve ilaçlar bağırsı çağrışı yan masalardan ve zulalardan temin edilir. Mesela Alaaddin, büyük bir çoğunluğu mecbur kalıp anestezi ihtisasına başlamış (ki ben de onlardan biriyim) ve bu nedenle olaydan kopuk gidip gelen asistanlara güvenilemeyeceği için zengin bir zulaya sahiptir. Önceden tedbir alma ve böylece bari vicdan azabı çekmeme konusunda çok duyarlı olan ben de hemen bir zula oluşturmaya başladım. Her boy mandren, airway, hatta entübasyon tüpü çünkü nöbetlerde gittiğimiz küçük cerrahi branş masalarında laringoskop dışında hiçbir şey bulunmazdı. Piyasada bulunan her çeşit flaster, entübasyon tüpünü tespit etmek için boyunbağı, gerekebilecek bütün ilaçlar, bunlardan atropin, kortizon, betabloker enjektöre çekili ve etiketli olarak yanımda hazır bulunurdu. Bütün bu ekipman için benden kıdemli bir iki asistan gibi ben de omuzdan askılı bir çanta hazırlamıştım. Böylece sağa sola koşturmadan her ihtiyacı kolayca temin ediyor ve akşam dolabıma kilitleyip gidebiliyordum. Yeni nesil asistanlar da bu alışkanlığı sürdürünce, bize "çantalı anesteziist" demeye başladılar. Bu çantayı güncel halde tutabilmek için sigortalı hastalara yazdığımız reçeteler, hastaya kullanacağımız ilaç ve malzemelere göre

değil çantamızın eksiklerine göre şekilleniyordu. Sigortalı hasta reçeteleri her türlü suistimale açıktı ve bizim kadar iyi niyetli olmayan kişiler yüzünden Sosyal Sigortalar Kurumu iflas etmiş durumdaydı. Sistem acil hastalar için bile ilaç temin edemeyecek tuhaf bir düzenle, daha doğrusu düzensiz bir şekilde kurulmuştu ve kimse ona müdahale edemiyordu. Sağlıkta gerçekleşen büyük devrime sadece hekim çıkarları açısından değil asıl bu yönden bakmak daha doğrudur. "Çantalı anesteziistler" gerçekten yeni bir nesli teşkil ediyordu. Birkaç genç anestezi ve cerrahi hocasının da desteği ile hem kendi aramızda hem de hastalara karşı daha medeni bir ortam oluşmaya, ilkel olarak tanımlayabileceğimiz koşullar bir nebze düzelmeye başladı. Anestezi ihtisasına başladığım zamanki şartlar ve alışkanlıklar, anestezinin başlayıp giderek gelişmesiyle kendiliğinden oluşmuştu ve alışkanlıkları değiştirmek bu kadar kapsamlı ve çeşitli birimlerin bulunduğu bir yerde kolay değildi. Masalarda cerrahlar hasta aldırarak, anesteziistler ise almamak üzere sürekli bir çekişme halindeydi. Anestezi asistanı masasındaki her hastaya girdiği için geç saatlerde alınacak ameliyat onun için bir iş yükü idi. Kıdemsiz cerrahi asistanına ise ancak akşamüstü veya nöbetlerde ameliyat yaptırılırdı. Acemi cerrahın vakası doğal olarak iki misli uzun sürüyor ve nöbette hiç uyumayan, nöbet ertesi

akşama kadar masada çalışan aneste-
zist için bir nefret nesnesine dönüşüyordu.
Anestezi ile cerrahi, ayrı kalması mümkün
olmayan iki branş olarak birbirinden
nefret ediyordu. Asistanlar arasındaki
çekişme hocalara, hocalar arasındaki
çekişme (İşin özel hastaneye anestezi
çağırma boyutu vardı ve çağırılmayan
küşkün anesteziistlerin sayısı az değildi)
ise asistanlara yansıyor. Bu arada
kimse günler önce ameliyat randevusu
almış, korku ve heyecan içinde sırasını
bekleyen hastayı düşünmüyor, ameli-
yat listesindeki isim önem taşımayan
bir madde olarak kolayca çizilip iptal
edilebiliyordu. Öte yandan özellikle yaşlı
cerrahi hocaları için “insanlar ikiye ayrılır,
cerrahlar ve diğerleri” düsturu geçerliydi.
Cerrahi hocasının ameliyathaneye
girişi ancak Zeus’un İda Dağı’ndan
geriye kalan dünyayı seyretmesi ile
kıyaslanabilirdi. Azamet ve haşmetle
ve tamamen giyinik olarak ve parlatılmış
ruga ayakta duran bile çıkarmadan
sorumlu olduğu salonun kapısına kadar
gelen hocaya kimse gık demeye cesaret
edemezdi. Çünkü “hoca” bizzatihi “steril”
olan kişiydi. Hoş, o günün şartlarında
herkes kendi servisinde yeşillerini ve
ameliyathane terliklerini giyip uzun kori-
dorlar aşarak ameliyathaneye giriyordu.
İlk kez gördüğüm “galoş”, üstü kesilip
ayakkabı ile giyilebilecek hale getirilmiş
kırık beyaz lastikten dev bir ayakkabı idi
ve misafir cerrahların giymesi için kapıda
birkaç adet bulunurdu. Yıkandıkları şü-
peli olan bu galoşlar, muhtemelen sokak
ayakkabısından daha mikrop taşıyordu.
Bone ve maskeler beyaz gazlı bezden
hastanenin terzihanesinde dikilir ve
asistanlara birer adet kendileri saklayıp
yıkamak üzere teslim edilirdi. Savruk
erkek asistanların bu talimata uyduklarını
hiç sanmıyorum. Ameliyathanede en
korkulan kişiler, Zeus gibi esip gürleyen
hocalardan ziyade, herkesi fırçalaya
fırçalaya saçları, -o günlerde zorunlu
olarak takılan- hemşire keplerinin altında
fırça gibi kabarmış sorumlu hemşirelerdi.
Her cerrahi branşın sorumlu hemşiresi
ayrıydı ve biz en çok ortopedi hemşire-
sinden çekinirdik. Enfeksiyondan en çok
imtina edilen ameliyathaneden sorumlu
olmak, bu kadıncağzın sesinde en tiz
çıkarak olarak tezahür etmişti ve acemi
asistanları masadan uzaklaştırmak üzere
çın çın çınlardı. İlk zamanlar anestezi
binasının içinde dört yataklı bir “reani-
masyon” servisi kurulmuştu. Anesteziyi
Türkiye’de başlatan kişi olan Sadi Sun
Hoca, önceleri kendisinin ilgilendiği bu
ünitenin başına daha sonra Almanya’dan
geldiği söylenen gizemli bir hanım hocayı
getirmişti. Bu hoca, Cerrahpaşa tarihinin
en ürkütücü kişilerinden biri olarak
reanimasyon servisini adeta bir CIA
karargâhı gibi bütün dünyadan izole bir
şekilde yönetti. Reanimasyona giren bir
hastadan haber almak, diğer doktorlar
için bile imkânsızdı. Hastayı burada
ancak Azrail ziyaret edebilirdi. Binde

bir, bir ihtimalle iyileşme şansı da vardı
tabii. Diğer cerrahlar acil birimi içinde, bu
sefer daha modern bir vurgu ile “yoğun
bakım” adı verilen, kendilerinin de girip
çıkabileceği ikinci bir ünite kurulmasına
ön ayak oldular. Bizler de yoğun bakım
adına ne öğrendiysek burada öğrendik,
nöbetlerimizi burada tuttuk.

Bu ilk zamanlara ait anekdotlar ben yeni
asistanken anlatılır dururdu. Sayıları nis-
peten az olan kıdemli ve azılı cerrahi ve
anestezi asistanları uyanıklık konusunda
yarışılarmış. Bunlardan bir cerrah, bir
anesteziistle, acil olmayan bir vakayı
nöbette acil diye yutturup ameliyata
alacağına dair iddiaya girmiş. Mide
ameliyatı olmak üzere servise yatan bir
hastaya nasogastrik sonda takıp, bu
sonradan hastaya uyumlu torba kanını
hastanın midesine göndermiş. Sonra da
iddiaya girdiği anesteziisti çağırıp mide-
den gelen kanı göstermiş. Hasta, mide
kanaması teşhisi ile acilen ameliyata
alınmış ve cerrahinin anesteziye attığı
bu gol efsane haline gelmiş.

Nöbetçi anestezi asistanları zırt pırt acil
sezaryen çıkarıp gece vaka alan kadın-
doğumculara da çok gıcık olurlarmış.
Acil sezaryen çağırısı bir kaç kez tekrar-
lanır, anesteziist oflaya poflaya gecikir,
o tarihlerde düşük apgarlı bebeklerle
de anestezi ilgilendiği için epeyi sorun
yaşanırmış. Hatta azılı diye nitelediğim
asistanlardan biri acemi kadın-doğum
asistanı fasyayı kapatır kapatmaz hastayı
uyandırıp ekstübe etmiş ve “haydi eyval-
lah” diyerek başka bir binada olan nöbet
odasına doğru yola koyulmuş. Kadın-
doğumcular uyanıp bağırırmaya başlayan
hastanın cilt altını ve iz kalmaması için
düzgün dikilmesi gereken cildini apar
topar, kan ter içinde kapatmış. İşte
çantalı anesteziistlerle birlikte bütün
bunlar değişmeye başladı. Acil bildirim
alır almaz harekete geçip çantamızdaki
bütün teçhizatla, yenidoğanı dahi entübe
etmeye donanımlı halde, üstelik iki kişi
olarak çağırıldığımız yerde hazır olmaya
başladık. Hatta kadın-doğum ekibi bizi
görünce “Hayret, ne çabuk geldiniz,
biz daha bir kere aramıştık” diye şaşı-
rılıyordu. Ameliyat bitmeden hasta asla
uyandırılmıyor, postoperatif ağrısı için
önlem alınıyordu. Cerrah grubunda da
aynı saygılı ve hastayı kayırmacı yaklaşım
yerleşmeye başladı. Tamamen ortadan
kalkmasa da iki grubun çekişmesi ho-
caların da desteği ile azaldı. Anesteziist,
cerrahın emir eri değil meslektaş olarak
daha fazla saygı görmeye başladı. Bu
gelişimde bizlerin, bazı öncüllerimizin
aksine cerrahlarla dışarıya, özel hasta-
nelerde ameliyat yapmaya asla gitme-
memiz de etkili oldu. Preoperatif hasta
muayenesi, açılan anestezi polikliniği ile
rutin olarak uygulanmaya başlandı. 40
yaş üstü her hastaya EKG ve akciğer
grafisi çekirmek, gerekirse dahiliye ve

Bizde kurşun yelek sayısı
hala personel sayısından
azdır ve personel uzun
ameliyat boyunca ağır
gömleği taşımaktan imtina
etmektedir. Sonuç olarak
birkaç yüzyıldır Batı
medeniyetini takipte olan
ülkemiz, Batılının insana
verdiği teknik değere
ancak ulaşabildi. Allah’tan
toplumun belleğinden asla
silinmemiş ve bizi ayakta
tutan bir maneviyatımız var.

kardiyoloji konsültasyonu yaptırmak
yaygın hale geldi. Birimlerin dağınık
halde bulunduğu hastane bölümleri
arasında dolaşmak yaşlı hastalara zor
gelse ve yatırıp hasta almaya alışmış
KBB ve üroloji gibi branşlar preoperatif
hasta hazırlamada zorlansa da, herkes
yeni duruma alıştı. Asistanlığımın son iki
yılında büyük monoblok ameliyathane
hizmete açılınca bütün eski alışkanlıklar
ortadan kalktı ve Cerrahpaşa, bir üniver-
site hastanesine yaraşır modern ameliyat
salonlarına kavuştu. İhtisasa başlama-
dan üç yıl önce, öğrenciyken Almanya’ya
cerrahi stajı yapmaya gitmiştim. Cerrah
olmak istediğimden değil en son tercih
edeceğim branş olduğu için kafama göre
takılırım diye düşünmüştüm. Böylece
Cerrahpaşa acil servisi gibi ürkütücü
bir bölümde çalışmaktan da kurtulmuş
olacaktım. 33 yıl önce Almanya’nın bir
üniversite hastanesinde ameliyathane
koşulları bizim bugünkü gelişmiş ameli-
yathanelerimizden farksızdı, hatta daha
da fazla özen gösteriliyordu. Anestezi
muhakkak ameliyat salonunun giriş
bölümünde konuşlanıyor, steril örtüler
örtülüp ameliyat başladıktan sonra hiç
kimse anestezi sahasından öteye
geçmesine izin verilmiyordu. Daha o
tarihte skopi altında yapılacak ameliyatın
personeli kurşun yelekli çalışmaktaydı.
Bizde kurşun yelek sayısı hala personel
sayısından azdır ve personel uzun ame-
liyat boyunca ağır gömleği taşımaktan
imtina etmektedir. Sonuç olarak birkaç
yüzyıldır Batı medeniyetini takipte olan
ülkemiz, Batılının insana verdiği teknik
değere ancak ulaşabildi. Allah’tan
toplumun belleğinden asla silinmemiş
ve bizi ayakta tutan bir maneviyatımız var.

Bilincin kuantum hali

Dr. Kadir Yıldız



Boğaziçi Üniversitesi Matematik Bölümü'nde başladığı lisans eğitimini Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı. Halen sinirbilim doktora eğitimine devam etmektedir. Kognitif nörobilimin ileri fizik ile ilişkisiyle ilgilenen Yıldız, çalışmalarını hocası Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu ile kognitif sinirbilim alanında sürdürmektedir.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Nöroloji ihtisası yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

“Absence of evidence is not evidence of absence”
D. G. Altman

Tıbbın pozitif bir bilim olmadığı, iki artı ikinin kimi zaman beş ve hatta aynı anda altı edebileceği tıp eğitiminde çok temel bir öğretilerdir. Nitekim uygulama alanına indiğinizde doktorların klinikte bilim yapar gibi bir havasının olmadığını; tecrübe, hissiyat ve bilgiyi harmanlayarak hizmet vermeye çalıştıklarını gözlemleyebilirsiniz. Çünkü her başı ağrıyan hasta migren hastası olmadığı gibi her başı dönen hasta da beyin tümörüne sahip değildir. Çoğu zaman yapılan laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri gibi tetkikler hep kliniğe destektir. Yani doktorun kafasındaki manzarayı ancak destekleyebilirler. Doktorlarla biraz içli dışlı olduğunuzda bu durumun onları içten içe mutlu ettiğini fark edebilirsiniz. Belki daha çok manevi tatmin elde ettiklerinden, belki kendilerini daha merkezde hissettiklerinden olabilir. Ancak filmi biraz geriye sardığınızda bu “klinik” kavramının gittikçe kendini laboratuvara ve görüntülemeye bırakma eğiliminde olduğunu anlarsınız.

18. yüzyıla gelene kadar mikrobik hastalıkların sebebinin ne olduğu konusunda çok da isabetli tahminlere sahip değildik. Dört sıvı teorisinden tutun da havada görünmeyen ve kokmayan bazı gazların bu tip hastalıklara sebep olduğu ve hatta kötü ruhların insanların içine girerek onları hasta ettiği yaygın inanışlar

arasındaydı. 18. yüzyıla geldiğimizde, dört su teorisi her ne kadar artık yavaş yavaş kendine inanan kitleyi kaybetse de bu tip hastalıkların sebebinin çıplak gözle göremediğimiz bir takım organizmalar olduğu ancak 19. yüzyılda anlaşılacaktı. İnsanlık olarak bulaşıcı hastalıkların sebebinin mikroorganizmalar olduğunu keşfetmeden önce de bu hastalıkları gayet iyi açıkladığımızı düşünüyorduk (Belki bir grup insanı bunun dışında tutmak doğru olabilir, böyle şeylere kuşku ile yaklaşan kimseler zaten daha sonra mucit oluyorlar). İnfektif hastalıklarla mücadelemizin temelini klinik gözlem, deney ve fiziki bir altyapı oluşturuyor. Yani aslında baktığımızda, mercekleme gözümüzün çözebildiği çözünürlükten daha yüksek bir çözünürlüğü bizim algı dünyamıza katması vesilesiyle tıpta bir çağ atlamış oluyoruz. Mikroskop örneği gibi tıbbın içinde birçok örnek bulmak mümkün. Bu örneklerin hepsi de aynı şeye işaret edecektir. Tıp bu bağlamda her zaman temel bilimlerden kaynak alır bir pozisyonadadır. Temel bilimlerdeki gelişmeler tıpta da gelişmelere vesile olmaya adaydır.

En başta bahsedilen tıbbın pozitif bir bilim olmaması ve her zaman kesin sonuçlara ulaşamaması, aslında temelde insan bedeninde meydana gelen hemen hemen her olayın çok faktörlü ve dolaşısıyla çok nedene dayalı olmasından

ileri gelir. Evrimsel sürecin hesaplanabilirliğindeki ve şematik olarak ortaya konulabilirliğindeki problem gibi, insan vücudunda da ki hemen her fonksiyonun ayan beyan ortaya konulması da bu tip bir yaklaşım için imkânsız gibidir. Çok nedenlilik bu yönüyle karmaşık süreçlerin anlaşılabilirliğini ve açıklanabilirliğini zorlaştırır. Buna en güzel örneklerden biri, beyin ve bilincin ortaya çıkışı arasındaki ilişki sorunudur. Henüz nasıl meydana geldiğini açıklamaktan uzak olduğumuz bilinç, geçmişten beri türlü teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teorileri kabaca üç kısımda toplayabiliriz. Birinci grup; bilincin, beynin ve sinir hücrelerinin evrimsel gelişim sürecinde gösterdikleri bir adaptasyonunun sonucu olduğuna inanır. Bilincin evrim sürecinin hangi basamağında meydana çıktığına, beynin veya sinir hücrelerinin neresinden kaynaklandığına dair farklı düşünceler olmakla beraber genel inanış bu biçimdedir. Bu teoriye göre bilinç, beynin ve sinir hücrelerinin henüz açıklama getiremediğimiz, karmaşık bir takım hesaplamalarının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. İkinci grup; bilincin fiziksel bileşenlerden bağımsız düalist bir yapıya sahip olduğuna, fiziksel yasalardan etkilenmediğine inanır. Bilincin spiritüel kaynaklı olduğuna inananları da bu gruba dâhil etmek yanlış olmayacaktır. Üçüncü bir grup ise bilincin evrende zaten var olan bir “durum”



(state) olduğuna ve insan beyninin ve nöronlarının bunu bir biçimde "manipüle" ederek kullandığına inanır. Burada üç grup için de "inanmak" fiili bilinçli olarak kullanılmıştır. Çünkü üç teorinin de elle tutulur bir sonuca yaklaştığını söylemek çok mümkün değildir.

Öte yandan fizik dünyasına baktığımızda fiziğin matematiğe ve belki de tıbbı göre daha motivasyonlu bir ilerleme içinde olduğunu söyleyebiliriz. Klasik fizik görüşünün güçlü eline rağmen, açıklamakta zorlandığı tanecik/dalga ikilemi gibi fenomenleri açıklamak için Newton'un "kanunlarının" ötesinde bazı teoriler ileri sürülmüş, yeni kapılar açılmıştır. Bu açılıma katkısı olan bilim insanlarını tek tek saymak şuan için mümkün değil ancak bir noktaya temas etmekte fayda var. 1894 yılında Albert Michelson ve 1900 yılında Lord Kelvin fiziğin artık tamamlandığını, bundan sonra yapılacak araştırmaların yalnızca daha detaylı bir takım ölçümler mahiyetinde olacağını söylemişlerdir. Ancak daha sonra ironik bir biçimde Michelson ışığın hızı ile ilgili yaptığı hesaplamalarla rölativite teorisine katkıda bulunacaktır. Bu katkıyla beraber kuantum teorisi ve rölativite ile klasik fiziğin "alanı" içerisinde bulunmayan bir fiziksel gerçekliğin olabileceği anlaşılmış oldu. Klasik dönem fiziğinin önde gelen bilimcilerinin bile bilgilerinin tüm gerçekliği açıklama konusunda yeterli olduğu

konusunda yanıldıklarını görebiliyoruz. Bu noktadan bakınca aslında bilinç için bize bu güveni verebilecek bilgiye dahi sahip değiliz. O halde bu fenomenleri açıklaması için temel bilimlerin her bir silahını denemek oldukça makul bir yaklaşım olacaktır. Ancak kuantum teorisinin Albert Einstein'ın deyimiyle "henüz tamamlanmamış" bir teori olması ve hem bilim adamlarınca hem de öğrenciler tarafından anlaşılması henüz zor bir teori olması bu silahın kullanımını bizim için zor hale getirmektedir. Feynman bir konuşmasında, kuantum fiziğinin hem dinleyiciler hem öğrenciler ve hatta profesörler tarafından tam olarak anlaşılamadığını esprili bir biçimde dile getirmiştir. Bunun en muhtemel sebebi, kuantum teorisi içinde henüz açıklanamayan boşlukların mevcut oluşudur. Bu boşluklardan en dikkat çekici olanı da muhtemelen gözlemcinin, bir biçimde deneylerin sonuçlarını etkilemesidir. Gözlemlenmenin deney sonucunu etkilemesi hemen ilk bakışta bilinç kavramının kuantum fiziği üzerindeki etkisini sorgulamaya itiyor. İleride bu noktaya daha detaylı değineceğiz. Biz bilinç gibi bazı fenomenleri açıklamak için kuantum teorisini kullanmayı hedefliyor da olsak, belki de kuantum teorisi içindeki bazı boşlukların cevapları bilincin altında yatıyor olabilir. Daha önce de söylediğimiz gibi kuantum teorisinin gelişmesi ile fiziğin klasik fizikten daha

Bilinci açıklamada öne sürülen kayda değer teorilerden biri "*Integrated Information Teorisi*"dir (IIT). Bu teoride temel olarak bilincin ortaya çıkması için iki elementin olması gerektiği iddia edilir. Bunların ilki yüksek derecede bilgi işlemesi/akışının mevcudiyeti, ikincisi ise bu bilginin oldukça yüksek entegrasyon halinde olmasıdır.

farklı bir cephesinin varlığından haberdar olduk. Klasik fizik makro dünyadaki olayları mükemmele yakın derecede açıklamada oldukça başarılı oldu. Ancak iş atomik boyutlara geldiğinde, elektronların nasıl olup da atom etrafında, çekirdeğe çökmeden dönebildiği gibi bazı fenomenleri açıklayamadı. Bu noktada yeni bir yaklaşımın devreye girmesi gerekiyordu. Kuantum fiziği her ne kadar klasik fiziği dışlamak ya da yanılsamak gibi bir işlevde olmasa da klasik fiziğin sahip olduğu evrenin “devamlılık” (*continuity*) ihtiva eden bir yapısı olduğu fikrini değiştirmiş oldu. Örneğin enerjinin paketler halinde taşındığını öğrendik. Bu, ilk bakışta küçük bir gelişme gibi görünse de aslında bilimin doğaya ve evrene bakışının kökten değiştiğini söylemek hiç de yanlış değil. Yani atomik seviyede işler klasik fizik kurallarına göre işlemiyor. Ancak biz hala nöronları ve dolayısıyla beyin içinde meydana gelen olayları, klasik fiziğin elektrik ve manyetik teorileri ile açıklamaya çalışıyoruz. Nöronların nasıl elektriksel bir iletişim halinde olduklarını veya neden ölebileceklerini az çok açıkladığımızı düşünüyoruz. Ancak belki de bu durumun bir analojisi enfeksiyon hastalıklarının sebebini açıklama durumumuz olabilir. Oysa klasik bir sinirbilim makalesinde anahtar sözcükleri gözümüzün önüne getirirsek hemen hemen bütün materyallerin atomik boyutlarda olduğunu fark ederiz. Nöronlar üzerindeki kanallar, proteinler, iyonlar ve daha birçok şey aslında kuantum fiziği çerçevesi içerisinde yer almakta. Bu açıdan yaklaştığımızda sinirbilimi kuantum fiziğinden tamamen ayrı tutmak bir metodolojik hata olabilir.

Klasik fizik ve kuantum fiziği alanları arasında kesin bir ayrım olduğunu söylemek biraz yanlış olabilir. Hatta aslında, kuantum fiziği alanı klasik fizik alanını kapsıyor demek daha doğru bir yaklaşım. Ancak makro dünyadaki varoluş kuantum fiziğini, klasik fizik ile istatistiksel olarak eşdeğer kılıyor. Bu noktada yine kuantum fiziğinin ne ölçüde pragmatik, yani pratiğe yönelik olduğunu açıklamakta fayda var. Kuantum teorisinin emekleme dönemlerinde yapılan deneyler fotonlar üzerindeydi. Daha sonra yavaş yavaş elektronlar üzerinde, atomlar üzerinde, atom grupları üzerinde ve son olarak da lipit parçacıkları üzerinde yapılan deneyler bunların kuantumun teorisinin öne sürdüğü özellikleri gösterdiklerini kanıtladı. Bu sonuçlar teorik olarak da beklediğimiz sonuçlardı. Daha önce de söylediğimiz gibi kuantum teorisinin sadece düşük kütleli maddeler üzerinde geçerli olduğunu söylemek doğru bir önerme değildir. Güncel deneyler ise canlılığı tartışmalı olan, ancak belki en ilkel canlılık formu olarak tarif edebileceğimiz virüsler üzerinde devam etmektedir. Bu noktada nöronlarında ve dolayısıyla beyinde meydana gelen

olayların da bir biçimde kuantum teorisi ile ilişkili olduğu oldukça açıktır. Bilinci veya açıklayamadığımız diğer bir takım fenomenleri açıklamakta kuantum teorisi henüz yetersiz olabilir. Ancak bu durum, beyindeki olayların üzerinde kuantum teorisinin etkisinin olmadığını göstermeyecektir. Bugün klasik fiziğin elektrik ve manyetik alan teorileri ile ve klasik kimya ile beyinin işleyişini açıklamaya çalışıyoruz. Ancak özellikle nöronların eş zamanlı ateşlemeleri ve beyinin eskiden düşünüldüğü gibi her bir işlem için çok da lokalize bir yapısının olmadığı gibi bazı faktörler anlaşıldıkça bu klasik teorilerin beyne ait fenomenleri açıklamadaki yeterliliği sorgulanmaya başladı.

Bilinci açıklamada öne sürülen kayda değer teorilerden biri “*Integrated Information Teorisi*”dir (IIT). Bu teoride temel olarak bilincin ortaya çıkması için iki elementin olması gerektiği iddia edilir. Bunların ilki yüksek derecede bilgi işlemesi/akışının mevcudiyeti; ikincisi ise bu bilginin oldukça yüksek entegrasyon halinde olmasıdır. Teoriye göre entegrasyonun artışı bilincin derecesini belirliyor. Beyinde meydana gelen bilgi akışının ne kadar yüksek olduğunu belirtmeye gerek yok. Ancak beyinde bir bilgisayardan farklı olarak bu bilgi akışının oldukça entegre olduğunu vurgulamalıyız. Teorinin kurucusu Giulio Tononi, bilgisayarlarda bir bilincin ortaya çıkmamasının sebebini bilgisayar gibi yapay işlemcilerin bu entegrasyondan yoksun olmasına bağlıyor. Bu biçimde bir yaklaşımla teknoloji ilerledikçe aslında kul yapısı nesneler, yani makineler üzerinde de bilinci ortaya çıkarabileceğimizi söyleyebiliriz.

IIT diğer teorilerin aksine bilinç problemine farklı bir açıdan yaklaşmaktadır. Bilince modern tıpta genel yaklaşım, hep beyin üzerinden olmuştur. Penrose gibi bilinç problemini matematiksel alana çekmeye çalışan bilim adamları bile bunu nöronlar üzerinden ya da nöronların bileşenleri üzerinden yapmışlar. IIT ise bilinç problemine öncelikle bilincin bizatihi kendisini tanımlayıp onu organik korelatlarından (nöronlardan ve diğer bileşenlerinden) bağımsız olarak matematiksel ve felsefi alanda oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla bir takım, doğrulukları kabul (!) edilen, ispata ve haklarında şüpheye gerek duyulmayan beş “aksiyom” tanımlamışlardır. Bu aksiyomları kullanarak bilincin matematiksel çalışma alanının altyapısını oluşturmak için ise her bir aksiyoma karşılık bir “postülat” üretilmiştir. Bu yöntemle bilinç tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılmaktadır.

IIT’de dikkate şayan bir husus diğer teorilerin aksine canlılarda insan bilin-

cinin ortaya çıkışını yerleşik evrimsel yaklaşıma uygun olarak sırayıcı ya da kesikli olmayan, devamlılık gösteren bir bakış açısı ile açıklamaya olanak tanımaktadır. Teoride daha önce de belirttiğimiz gibi bilincin derecesini beyin entegrasyon miktarının belirlediği öne sürülür. Sözgelimi, yüksek primatlarda bu entegrasyonun daha düşük bilişsel kapasiteye sahip canlılara göre daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu biçimde bir beyin ağı yapısı ile yüksek primatların çevrede olan biten şeyleri beyin ağının her bir alanı ile diğer daha düşük bilişsel kapasiteye sahip canlılara göre daha iyi bağlantı halinde tutabildiği ve bu sayede yeni tecrübeleri eskileri ile daha iyi eşleştirebildiği iddia edilir. Bu durum, bilincin evrimsel süreçte nasıl gelişmiş olabileceği hakkında daha iyi bir yaklaşım sunabilir.

Penrose ve Hameroff ise kuantum teorisinin açıklanmakta zorlanılan gözlemcinin deney sonucuna etki edebilme durumunu bilinç ile bağdaştırmışlardır. Artık fizikle az çok ilgilenen herkesin bildiği gibi atomik boyutta yapılan deneylerde deneyin birinci elden bir gözleme/ölçüme maruz bırakılması ölçülen/gözlenen parçacığın farklı davranışlar sergilemesine yol açar. Fizik bunun henüz “nasıl” böyle olduğunu anlayabilmiş değil ve felsefe de bunun “neden” böyle olduğuna dair elle tutulur önermelere sahip değil. Hameroff ve Penrose bu noktada bilim çevrelerince çok da destekçi bulamayan ancak yenilikçi bir fikir ortaya attılar. Kuantum fiziği ve bilinç/gözlem bir biçimde ilişkiliyken nöron içinde meydana gelen her şey aslında kuantum çerçevesi içerisinde yer almaktayken; neden bilincin açıklaması da kuantuma dayalı bazı hesaplamalarda yatmıyor olsun? Böylelikle ilk defa Penrose tarafından cesur bir biçimde bilinç, beyinde meydana gelen kuantum hesaplamalarla ortaya çıkan “nesnel indirgeme” (Objective Reduction) un(OR) (ileride daha açık bir şekilde ifade edilecektir) bir meyvesi olarak tanımlandı. Penrose bu girişimiyle ilk defa bilinci farklı bir bilimsel alana taşıma girişiminde bulunan bilim adamı oldu diyebiliriz. Penrose bu teorisi ile kognitif bilimciler arasında destek bulmakta zorlanmaktadır. Yukarıda kısmen tanımlanan klasik yaklaşım; bilincin beyin ile ilişkisini açıklamada çekilen güçlüklerle bir çözüm olarak gelişen, fMRI, PET gibi yeni nörogörüntüleme teknikleriyle gündeme gelen bir öneriden, yani beyin ağları teorilerinin köken alır. Beyin ağları teorileri, genel olarak bilinci ve beyinde meydana gelen diğer bir takım fenomenleri nöronlar arasında meydana gelen hızlı ve eş zamanlı bilgi akışının bir sonucu olarak açıklama çabasıdır. Penrose ise aslında beyin ağları teorilerinin görmekte zorlandığı bir noktayı görmüştür diyebiliriz. Beyin ağları teorileri için adı üzerinde bir ağ yapısı

üzerinde durmak için elinizde hatırı sayılır miktarda nöron olması gerekir. Ancak tek hücreli canlılara da baktığımızda, yüksek canlılardaki gibi bir bilinçten söz etmesek de hücre içerisinde meydana gelen bir bilgi akışı olduğunu, bir takım tek hücreli canlıların hücresel bir hafızaya, karar verme mekanizmalarına sahip olduklarını söyleyebiliriz. Toshiyuki Nakagaki, Hokkaido Üniversitesinde yaptığı bir takım deneylerle P.polycephalum'un kaynaklar arasındaki en kısa yolları bulduğunu, labirent deneylerini çözmekle kalmayıp doğru yolları bir biçimde kayıt altında tuttuğunu ve ileriye yönelik bir takım kararlar verebildiğini göstermiştir. Tek hücreli bir canlının bilgi işlemesi yapabilmek için bir nöron ağına sahip olmadığı açık. Bu açıdan yaklaşınca belki de beyin ağları teorilerinin kaçırdığı bir noktayı Penrose yakalamış ve bu boşluğu doldurmaya çalışıyor olabilir. Çünkü Penrose, bilgi akışının sadece nöronlar arasında değil aynı zamanda nöron içinde de meydana geldiğini, bizim şu anda görevinin sadece hücreye bir iskelet desteği sağlamak, taşıyıcı proteinler için otoban gibi hizmet etmek olduğunu düşündüğümüz mikrotübüllerin aynı zamanda bilincin ortaya çıkmasında görev aldıklarını ileri sürmektedir. Yani özetle bilincin, nöronlar arası bir işlemenin değil, nöron içi bazı olayların bir sonucunun olduğunu söylemektedir.

Kuantum fiziğinin Penrose'un teorileri ile neden ilgili olabileceğinden biraz daha etraflıca bahsetmek gerekirse kuantum fiziği, maddeyi parçacık ve/veya dalga olarak tanımlar. Klasik fizikte bir maddenin durumu herkesçe bilinen $F = m \cdot a$ formülü ile elde edilir. Kuantum mekaniğinde ise parçacığın durumu (genellikle atomlar, moleküller gibi) basit cebirsel bir ifade ile değil kısmi diferansiyel denklemlerle sistemin dalga fonksiyonu şeklinde tanımlanır. Şunu belirtmek gerekir ki; Schrödinger'in 1926'da bilim dünyasına sunmuş olduğu bu denklem maddenin dalga ve parçacık dualitesini aynı anda tanımlamaktadır. Ancak bu tarihe kadar Schrödinger'in denkleminin uygun aksiyomlar kullanılarak yapılmış hiçbir derivasyonu kabul görmüş değildir. Yine de matematiksel olarak tam bir çözüm ve doğruluk sunmaktadır. En genel formunda Schrödinger'in denklemi hem klasik mekanik ile hem özel rölativite ile uyumludur. Schrödinger denklemlerinin çözümleri yalnızca moleküler, atomik, subatomik sistemleri değil aynı zamanda makro sistemleri ve belki de bütün evreni açıklamaya muktedir durumdadır. Schrödinger denklemlerinden anladığımızı sözlü olarak ifade edecek olursak, evrende parçacıklar uzay-zamanın bir anında, bir noktada bulunmamaktadırlar. Olasılıksal olarak birden çok noktada vardılar. Bu olasılığın bir noktaya inmesi için çevre etkileşimi, kütle çekimi gibi farklı şartlar gereklidir. Penrose da

beyinde meydana gelen bu olasılığın tek noktaya inmesi durumunun bir takım hesaplamaların bir sonucu olarak meydana geldiğini söylemektedir.

En başta bahsettiğimiz şekliyle; ölçümün, parçacıkların özelliklerini değiştirilmesi durumuna kuantum bileşenleri arasındaki uyumun bozulması (quantum decoherence) denir. En özetile fenomen; parçacıkların gözlemlenmeden önce birden çok konumda (ve belki zamanda) olduğu, yani bir dalga fonksiyonu gösterdikleri ancak gözlemlendikleri takdirde bu dalga fonksiyonunun çöktüğü ve parçacıklara dair konum veya momentum gibi bazı niteliklere ulaşılabilirdiği ve bu durumun geri dönüşsüz olduğu bir hadise şeklinde tanımlanabilir. Penrose ve Hameroff, nöronlar içerisinde meydana gelen doğal kuantum hesaplamaların; mikrotübüllerin tübülünlerinin sahip olduğu dalga fonksiyonunun "*quantum decoherence*" uyarınca çökmeyip çok sayıda mikrotübül üzerinde meydana gelen kuantum hesaplamalarının sonucunda yeterli sayıda kütle pozisyon değişimi vesilesiyle uzay-zamanda ateşlemeden önce bir seçime yol açtığını, -aynı kuantum bilgisayarlarda olduğu gibi- sıradan bilgisayarlardaki gibi 0-1 şeklinde "*binary*" olmayan ve nöron içerisinde akan bir bilgi akışına sebebiyet verdiğini ve aynı zamanda nöronların ateşleme paternlerini etkilediğini söyler. *Objective Reduction*'dan kasıtları budur. Penrose ve Hameroff, bahsedilen dalga fonksiyonu çöküşünün beynin farklı alanlarında "*quantum entanglement*" (kuantum kilitlenme) sayesinde tam manasıyla eş zamanlı etki gösterebileceğini, bunun da beynin uzak komşuluklarında bile bilgi akışını gerçekleştirerek bilince yol açabileceği iddiasındadır. Aslında bu, diğer beyin fonksiyonlarında tanımlayabildiğimiz gibi lokalize bir alanı bilinç için tanımlayamamıza bir çözüm gibidir. Sanki bilincin ortaya çıkması, beynin bütününde, eş zamanlı bir işleme gerektirmektedir. Ancak bu durumu nöronların arasındaki basit elektriksel aktivite ile açıklamak çok mümkün değildir.

Quantum entanglement, bu probleme bir çözüm sunabilir. *Quantum entanglement*; basitçe iki parçacığın kilometrelerce uzaklıkta bile bir biçimde kilitlenerek aynı kuantum süperpozisyonlarında kalması, birinin bir *quantum state*'e indirgenmesiyle anında diğerinin de indirgenmesini tarif eder. Bu durum, deneylerle kanıtlanmış bir kuantum olayıdır.

IIT'nin Penrose'un OR teorisinden farklı yanlarından belki de en çarpıcı olanı IIT'nin bilinci doğada içrek olarak var olan bir olgu olarak görmesidir diyebiliriz. IIT'ye göre bilinç, dış gözlemciden ba-

ğımsız olarak vardır ve dış gözlemcinin bilinç üzerinde etkisi yoktur. Bu biçimiyle kuantum teorisi ile çelişir pozisyonunda bir rol biçilmiş olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ancak IIT'nin bilince bakışı, doğayı gözlemlememizde farklı ve güzel bir açı da yakalamamızı sağlayabilir. IIT'ye göre bilgi akışının olduğu her yerde, öyle ya da böyle bir bilinçten söz edilebilir. Bilinci var/yok "*binary*" zorunluluğundan uzaklaştırıp biraz daha kademeli bir anlayışa oturtma çabasıdır. İnsandan daha ilkel sinir sistemlerine sahip olan canlılardan tutun da, ufak sistemlerde bile bir miktar bilincin olabileceğini iddia etmektedir.

Bu şekliyle belki "*panpsychic*" evren görüşüne benzer bir algı oluşturmamak için belirtmek gerekir ki; IIT teorisi, bilincin maddeden kaynaklanan ve bilgi akışının neticesi bir olgu olduğunu iddia etmektedir. "*Panpsychic*" bakış açısı ise bütün evrende bir bilinç durumunun mevcut olduğunu söyler. Bunun madde ile nasıl bir iletişim/etkileşim halinde olduğunu açıklama çabasında değildir. IIT ise bu zor soruya bir çözüm arayışındadır. Hem IIT hem Penrose'un OR teorisi hem de diğer bilinç teorileri için yapılabilecek en güzel itiraz, sanırız bütün bu anlatılanlara rağmen kişisel tecrübenin nasıl olup da ortaya çıktığı, nasıl olup da hissedildiği konusunda hala tatmin edici bir açıklama vermemeleridir. Şimdilik böyle bir açıklama beklentisi için erken olduğunu düşünebiliriz. Teorilerin her birinin bir diğerine üstün olduğu noktalar mevcut ancak içlerinde hiçbir soruyu kulak ardı etmeyen, öyle ya da böyle bir cevap arayışında olan Penrose'un OR teorisi gibi duruyor. Henüz biyolojik bir kanıt elde edilememiş olsa da, en azından diğer teoriler kadar üzerine düşülmeyi hak eder görünüyör.

Kaynaklar

Hameroff S, Penrose R. *The Need for A Physical Basis of Cognitive Process: Comment on "Consciousness in The Universe. A Review of The 'Orch OR' Theory"* *Physics of Life Reviews* 2014 (11):39-78

Penrose R. *The Emperor's New Mind: Concerning Computers, Minds, and The Laws of Physics*. Oxford: Oxford University Press; 1989. & Penrose R. *Shadows of The Mind: An Approach to The Missing Science of Consciousness*. Oxford: Oxford University Press; 1994.

Reimers JR, McKemmish LK, McKenzie RH, Mark AE, Hush NS. *The Revised Penrose-Hameroff Orchestrated Objective-Reduction Proposal for Human Consciousness is Not Scientifically Justified: Comment on "Consciousness in The Universe: A Review of The 'Orch OR' Theory" by Hameroff and Penrose*. *Physics of Life Reviews* 2014 (11): 101-103

Schrödinger E. *The Undulatory Theory of The Mechanics of Atoms and Molecules*. *Phys. Rev.* 1926 28, 1049

Tononi G, Koch C. *Consciousness: here, there and everywhere?* *Phil. Trans. R. Soc.* 2015 B 370: 20140167.

Bilinç; ne kadar ilginç!

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'de doçent (2000), Medipol Üniversitesi'nde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne kurucu başhekim olarak atandı. Halen 2014 yılı içinde geçtiği Gelişim Üniversitesi'nde İİBF Psikoloji AD'de görevini sürdürmektedir. Ayrıca 2014'te Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisi'nde psikiyatr olarak çalışan Bilici'nin ilgi alanları biyolojik psikiyatri ve uyku bozukluklarıdır. Psikiyatride Sinema, Sinemada Psikiyatri adlı kitabın editörlüğünü yapan Bilici, evli ve 3 çocuk babasıdır.

nsanın diğer canlılardan ve varlıklardan farkını anlama ve anlamlandırma çabası ilk insana kadar uzatılabilir. Bugün insanın farkını bilinçli olmasının oluşturduğuna dair yaygın bir kabul olduğunu söyleyebiliriz. Hâl böyle olunca nörobilim, tıp, felsefe ve ilâhiyat gibi pek çok disiplin bilinç konusunu kendi zaviyelerinden değerlendirmeye çalışmaktadır. Bu yazıda tüm bu disiplinlerden derlenen bazı bilgiler paylaşmaya çalışılacaktır. İslâm inancında ilk insanın Hz. Âdem olduğu kabul edilir ve Bakara Sûresi 30-33. ayetlerde insanın yaratılışı şu şekilde anlatılır: *"Hani Rabbin meleklerle, 'Ben yeryüzünde bir halife yaratacağım' demişti. Onlar, 'Biz seni övgü ile tenzih ederken ve senin kutsallığını dile getirip dururken orada fesat çıkaracak ve kan dökcek birini mi yaratacaksın?' dediler. Allah 'Şüphe yok ki, ben sizin bilmediklerinizi bilirim' buyurdu. Ve Âdem'e bütün isimleri öğretti. Sonra bunları meleklerle gösterip 'Sözünüzde doğru iseniz şunların isimlerini bana söyleyin' dedi. 'Seni tenzih ederiz! Bize öğrettiğinden başka hiçbir bilgimiz yoktur. En kâmil ilim ve hikmet sahibi şüphesiz sensin' cevabını verdiler. Allah, 'Ey Âdem! Bunların isimlerini onlara bildir' dedi. Âdem bunların isimlerini onlara bildirince de 'Size ben göklerin ve yerin gizlisini kesinlikle bilirim; yine sizin açıkladığınızı da gizlediğinizi de bilirim demedim mi!' buyurdu."* Bu ayetlerde insanın meleklerden farkı iki temel üzerine inşa edilmiştir. Bu temellerden ilki Âdem'in yeryüzünün halifesi olması,

diğeri ise isimleri söyleyen akıllı bir varlık olmasıdır. Ayetler birlikte değerlendirildiğinde yeryüzünde halife olmak ve fesat çıkarmak ile akıllı olmak arasında doğrudan ve ayrılmaz bir bağ kurulması gerektiği anlaşıyor.

Akıllı olmak nedir? Ya da daha doğru bir şekilde sorarsak akıllı olmanın göstergeleri nelerdir? Yukardaki ayetlerden bu sorunun cevabının izini sürmek mümkün. Ters gibi görünse de akıllı olmanın ilk göstergesinin kan dökmek ve fesat çıkarmak olduğu görülüyor. Ancak dikkatlice düşünüldüğünde gerek kan dökmenin, gerekse fesat çıkarmanın akıllı olmayan bir varlığın becereceği türden eylemler olmadığı anlaşılır. Yeryüzünde en büyük kan dökücünün ve fesat çıkarıcının, meleklerin de öngördüğü gibi, insan olduğu defalarca ispatlanmıştır. Kan dökmek ve fesat çıkarmak insanın yürütme, plan yapma, karar verme gibi son derece karmaşık akıllı bilişsel yetileri sayesinde gerçekleşiyor.

Akıllı olmanın ikinci göstergesi ise, meleklerin öngöremediği, varlıkları isimlendirme kabiliyeti ile ortaya çıkıyor. Varlıkları isimlendirme konusu doğrudan insanın lisanla, yani dil becerisi ile ilgili bilişsel sistemine vurgu yapıyor. Lisan becerisi de tıpkı fesat çıkarmak gibi insanı meleklerden kesin bir şekilde ayırıyor. Gerek fesat çıkarmak, gerekse lisan becerisine sahip olmak, eğer bir bilinç söz konusu değilse, ayırt edici olmaktan uzaklaşabilir. Nitekim aslan, goril ve şempanze gibi

hayvanların da hemcinslerinin kanını dök-tüğü ve yaşadıkları toplulukta karışıklık çıkardıkları bilinir. Ayrıca ötücü kuşlar, yunuslar ve balinalar gibi hayvanların bazı sesler çıkarma yetenekleri üzerinden bir tür lisan sahibi oldukları bile söylenebilir. Muhayyel bir varlık bile olsa zombilerin de fesat çıkardıklarına ve üstün lisan becerilerine sahip oldukları söylenebilir. Hâl böyle olunca bu ifadelerden, insanın ayırt edici özelliğinin karmaşık bilişsel ve dilsel bir sisteme sahip olmasından değil, bilişsel sistemine yön veren bir bilince sahip olmasından kaynaklandığı gün yüzüne çıkmış oluyor. Yani ancak bilinç sayesinde bilişsel ve dilsel işlevlerimiz belirleyici ve ayırt edici bir konuma gelebilir. Meselâ kan dökmeyi ele alırsak, bilinç sayesinde belirli bir amaç ve niyetle kan dökmemiz neticeyi doğrudan belirleyecektir. Daha açık söylersek, niyetimize göre kan dökmek bir yönüyle barbarlık için gerçekleştirilebilirken, diğer yönüyle bir tür savaş sanatına ya da mazlumları zalimlerin boyunduruğundan kurtarmaya yönelik soylu bir eyleme dönüşebilir. Kan dökmek aynı bilişsel sisteme sahip iki insanın farklı bilinçleri sayesinde birinin elinde zulme ve barbarlığa, diğerinin elinde ise mazlumları kurtarmaya ve şehadete dönüşebiliyor. Yani diğer varlıklardan ve hatta öteki insanlardan farkımızı, ne kadar karmaşık ve üstün bir bilişsel sisteme sahip oluşumuz değil, zira sağlıklı tüm insanlarda aşağı yukarı benzer bir bilişsel sistem vardır; bilişsel sistemimize yön veren bilincimiz tayin ediyor.



Peki, gerçekte bilinç nedir? Bilincin ne olduğu, birçok disiplin için araştırılması gereken en önemli gizem alanı olarak varlığını günümüzde devam ettiriyor. Bilinci incelemek insana dâir en derin gizemi ele almak demektir. Fakat insan, tüm yönleriyle bilimlerin ele alıp inceleyeceği türden bir varlık değildir; çünkü bilimler nesnel varlıkları inceler. Bilinci incelemek ise öznel varlığımızı incelemektir. Bilinçli bir varlık, içsel psikolojik bir gerçekliğe, içinde bilincin aktığı öznel deneyimler içeren zihinsel bir yaşama sahiptir. Bize kendini doğrudan sunan ve sürekli kendini ifşa eden bu içsel öznel deneyim akışı “bilinç” olarak tanımlanabilir. Tecrübe ettiğimiz olaylar, bilincimizde doğrudan ve canlı bir biçimde ancak çok kısa bir süre için, belki sadece birkaç saniyeliğine varlığını sürdürür. Ayrıca deneyim akışının içeriği her zaman ileriye doğru seyreder. Deneyim örüntüleri sürekli değişir; bir kısmı yalnızca kademeli olarak, diğer bir kısmı ise aniden, ama asla seyirlerine ara vermeden değişir. Bununla birlikte hiçbir zaman değişmeden varlığını sürdüren bir özne ya da benlik varmış gibi görünür. Tecrübelerin akışının altında, tüm deneyimleri tek bir içsel dünya şeklinde bütünleştiren ve böylece geçip giden kısa ömürlü ve değişken içerikleri aşan birleşik tek bir psikolojik gerçekliği oluşturan bir şeydir bilinç.

Bilinç konusundaki arayışımız, evrendeki yerimizi anlamaya yönelik ezeli meraktan ve derin gizemleri araştırma ve çözme

arzusundan neşet ediyor. Bu arzunun bizi getirdiği son aşama şurasıdır: Bilinç bedene ve beyne eklenilen bir şey midir, yoksa bedende mündemiç midir? Yani bilinç dışardan insan bedenine giydirilmiş bir şey midir, yoksa insan şeklindeki bedende bilinç içkin olarak bulunur mu? Eğer bilinç insan bedenine giydirilmiş bir şeydir diyorsanız tıpkı Descartes gibi insanın iki ayrı tözden mürekkep olduğunu kabul ediyorsunuz demektir. Yok, eğer mündemiçtir diyorsanız o zaman da “beden yoksa bilinç de olamaz” diyorsunuz demektir. Bu ayrımın ne önemi var diye sorulabilir, ister “giydirilmiş” isterse “mündemiç” olsun ne fark eder? Eğer giydirilmiştir dersanız, bir bedeniniz olmadan önce ve sonra da bilincinizin varlığını sürdüreceğini kabul ediyorsunuz demektir. Bu kabul, sizi bilincinizin ölümsüz bir şekilde bir bedenden diğerine seyahat edip duran bir şey olduğu sonucuna ulaştırabilir. Mündemiç olduğunu kabul ederseniz, bedeniniz işlevlerini yitirdiğinde artık bir bilincinizin olmasının mümkün olamayacağını, eğer tekrar bilinçli olmamız söz konusu olacaksa bunun ancak bedenimizin yeniden inşa edilmesinden sonra yani tekrar dirildikten sonra gerçekleşebileceğini kabul ediyorsunuz demektir.

Bilinci anlamak için en elverişli kavram “fenomenal bilinç”tir. Bu kavram öznel deneyimi ifade eder. Fenomenal olmak, deneyimlenmiş olmak demektir. Dolayısıyla deneyimlenmiş olmak, öznel psiko-

Rüya yaşantısı sırasında beynin bazı bölgelerinin aktif, bazı bölgelerinin pasif kalması bazı sonuçlar çıkarmamızı sağlayabilir ama yine de beyin-rüya ilişkisinin hangi ilkelere göre işlediğini net bir şekilde söylemek mümkün değildir. Bugün uyanık durumdaki bilinçli bir zihnin ve selfin etkinliği sırasında aktifleşen beyin bölgeleri ile rüya yaşantısı sırasında aktifleşen beyin bölgelerinin büyük oranda örtüştüğünü biliyoruz.

lojik bir gerçekliğe dâhil edilmelidir. Öznel psikolojik bir gerçekliğin içinde bulunmak demek, varlığı bir organizma tarafından hissedilebilir veya duyumsanabilen bir şey olmak demektir. Fenomenalite salt varoluşunun bir şey gibi hissedildiği bir niteliktir. Yâni fenomenalite ile “his” iki ayrı şey değildir. Aksine fenomenal bir olayın varlığı, onun hissi tarafından kurulur. Fenomenal olmak, hissedilmiş olarak var olmaktır. Fenomenaliteden hissi çıkartırsanız fenomenaliteyi de ortadan kaldırmış olursunuz. Fenomenal bilinç, bir bütün olarak belirli bir anda sahip olduğumuz tüm öznel deneyimlerimizi veya hislerimizi içerir. Fenomenal bilinç, aynı kişinin öznel bilinç akışında eşzamanlı bir biçimde sunulan geniş bir deneyim alanı veya katmanı gibidir. Yani fenomenal bilinç aydınlığın ve karanlığın, seslerin ve renklerin, bedensel hislerin, duyguların, arzuların ve isteklerin, içsel zihinsel imgelerin ve zihnimizden geçen iç konuşmanın duyumlarını içerir. Bütün bunlar birlikte düşünüldüğünde, en azından normal uyanık halimizde, bize merkezinde beden imgemize bağlı kendi benliğimizi bulduğumuz yekpare bir dinamik duyuşsal-algısal dünya verir. Bu yüzden, fenomenal bilincin kendine özgü kapsamlı içeriği, bir dünya içerisinde “bedenlenmiş bir benlik” biçimini alır ve bu benliğe kafasının içindeki düşünceler ve imgeler ile çevresindeki dünyaya yönelik bir “birinci tekil şahıs” bakış açısı eşlik eder.

Toparlarsak bilinçli olmak, bir organizmanın zihin-beyin sisteminde öznel deneyimlerin fenomenal hislerin veya nitelcelerin (qualia) ortaya çıkmasına imkân tanıyan bir durumda bulunmak demektir. İnsan olmayı Freud'un ileri sürdüğü gibi “bilinçdışı” olmaya indirgemek ya da daha açık bir ifadeyle hiçbir öznel deneyimi bulunmayan bir varlık olarak tanımlamak tam anlamıyla saçma olacaktır. Zira bilinçdışının egemen olduğu bir canlı, insan değil olsa olsa bir tür primat olur. İnsan beyninin işleyişinin büyük bölümünün bilincimizin fark etmediği bir şekilde gerçekleşiyor olması, bizi sadece insanın diğer canlılarla ya da zombilerle ortak birçok özelliğinin olduğu sonucuna götürür.

Nörobilim temel olarak, bilinci beynin çalışmasının bir ürünü olarak görür. Bu bakış açısına göre bilinç temel olarak beynin bir fonksiyonudur ve bilinçliliği meydana getiren nöral mekanizmalar beyinde bulunur. Ancak bu bakış öznel bir bilinci anlamamıza yetmez. Nöron denen hücreler nasıl oluyor da öznel bir bilinç deneyimi yaşamamızı sağlıyor? Bu soru cevabını bulamamışken, Giulio Tononi, bilincin “phi” diye adlandırılan bütünleşik bilgi miktarına indirgenebileceğini, Bütünleşik Bilgi Kuramı (BBK) dediği bir varsayımla ortaya koymaya çalışmıştır.

Ayrıca beyindeki bilinç miktarının düzeyini nesnel bir şekilde ölçmeye yönelik bir yöntem olan Pertürbasyonel Karmaşıklık indeksi (PKİ) geliştirildi. PKİ'nin doğrudan BBK'nin ortaya koyduğu phi miktarını ölçme girişimini temsil ettiği kabul edilmektedir. Koma veya uyku durumundaki beyinde PKİ düşer, beyin tamamen bilinçli veya uyanık olduğunda ise yükselir. Bu tür çabaları, bilinci geçerli bilimsel teknik ve mantıkla açıklama çabası olarak görmek gerekir. Ancak mevcut bilimsel mantık ve teknik referans alındığında ortaya konan bilinç anlayışı böyle yavan ve garip bir durum alıyor. Bu yavanlığı kan dökme örneği üzerinden anlamaya çalışırsak, zalim bir insanın kan dökme eylemi sırasında beyinde ortaya çıkan değişikliklerle mazlumlara karşı çıkmak için kan döken birinin beyinde ortaya çıkan değişikliklerin neredeyse aynı olduğunu söyleyerek ortaya koyabiliriz. Dolayısı ile nörobilimden elde edeceğimiz bulgular üzerinden bu iki insanın fenomenal bilinçleri arasındaki farkı göstermemiz mümkün değildir.

Bilinci anlamak için en iyi çalışmalar “deneysel bilinç çalışmaları”ndan gelir. Bu çalışmalar bilinçli ile bilinçsiz durum arasındaki farkı araştırarak bilinci anlamayı hedeflemektedir. Bu yüzden araştırmalarda koma veya bitkisel hayatta bulunan bilinçsiz hastalar ele alınır ve şu sorunun cevabını aranır: Bu hastaların içsel olarak bilinçli olup olmadıklarını nerden biliyoruz? Bugün bitkisel hayattaki hastaların % 10-20 kadarının içsel olarak bilinçli olduğu daha sonra bu hastaların ayrıntılı olarak ele alınması ile ortaya çıkmıştır. Bu bulgular bilincin dışa dönük tepkilerden ayrı bir şey olduğunu düşünmemiz gerektiğini gösteriyor. Ayrıca bu konudaki çalışmalar, genel anestezi ile bilincin kaybedilmesi ve anestezi sonrası geri kazanılması şeklindeki tecrübelerin zamanlamasına odaklanır. Böylece beyinde bilinç ışığını “kapalı” veya “açık” hale getiren şeyin ne olduğu ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda, beyin kabuğu içindeki ve talamus ile beyin kabuğu arasındaki bağlantıların bilinç için kritik bir önem taşıdığı anlaşılmıştır. Ancak bu bulgulara rağmen bilincimizin mekanistik bir fiziksel dünyada nasıl ortaya çıktığı, biyolojik beyin etkinlikleri sonucunda veya onlara bir şekilde bağlantılı bir yolla nasıl belirlendiği hâlâ net olarak açıklanamıyor. Dolayısıyla bilinç hakkında çok daha fazla şey keşfedilmeyi bekliyor.

Bir insana “bilincin yerinde mi” diye sorsak ve “evet” cevabını alsak, büyük ihtimalle bu şahsın bilinçli olduğundan emin olabiliriz. Dikkat edilirse bu aşamada bilincin varlığı ister istemez dille sıkı sıkıya bağlantılı hâle gelmektedir. Konuşamayanların bir bilinci olup olmadığını anlamamız bu yüzden çok zordur. Bilinç araştırmaları en fazla veriyi rüya çalışma-

larından elde edecek gibi görünüyor. Bu şaşırtıcı bir şey değildir. Zira rüya gibi son derece öznel bir yaşantının rüya sahibinin bilinç durumunu yansıttığını düşünmekten daha doğal ne olabilir? Ayrıca rüyaların anlatılan bir deneyim olması ya da daha farklı bir ifadeyle dille çok sıkı bağlantılarının olması da bizi bilincin öznelliğine ulaştırıyor. Son yıllarda rüyaların, uyuduğumuzda bilincimize akan içsel, biyolojik olarak programlanmış öznel bir dünya simülasyonu olduğuna yönelik görüşler artan bir destek kazanmıştır. Üstelik rüyalar, uyanıklığın kısıtlılıklarından da azade olduğu için daha net bir bilinç yaşantısı olarak görülebilir. Rüyaları çok iyi bir şekilde incelemek ve anlamak “o” kişinin fenomenal bilincini anlamının en iyi yoludur. Ancak yine de dilin sınırlarının rüyaları, dolayısı ile fenomenal bilinci anlamamızı sınırlayacağını göz önünden kaçırmamak gerekecektir.

Rüya ve bilinç ilişkisi ile ilgili son bilimsel gelişmeler, özellikle nörobilim alanında kaydedilen ilerlemeler, gerek rüya-beyin gerekse rüya self (benlik) ilişkisinin netleşmesinde önemli katkılar sağladı. Nörobilimsel gelişmelerin yol açtığı neticeleri kısaca maddeler halinde hatırlamakta yarar var. Öncelikle rüya yaşantısının uykunun içinde ortaya çıktığını ama derin uykudan açıkça farklı olduğunu belirtmek gerekiyor. Rüya yaşantısının uykunun REM dönemiyle daha sıkı bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir. REM döneminde beyin derin uykudan farklı olarak uyarılmış durumdadır. Bu uyarılma self ya da benlik işlevleriyle sıkı bağlantıları olan beyin bölgelerinde aktivite artışı şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgular, rüya yaşantısının iddia edildiği gibi bilinçsiz ya da bilinçdışı bir durumla değil, aksine kendine özgü bir bilinçlilikle ilişkili olduğunu açık bir şekilde göstermiştir. Bu gelişmeler rüyaların terapide kullanımı konusunda deyim yerindeyse bir devrim oluşturmaya aday gibi görünmektedir. Eğer rüyalar bilinçdışından değil de özümüzün bilinçli bir durumdan kaynaklanıyorsa, rüyaları üreten bilinçlilik durumunu iyi anlamak tam da insanı anlamak demek olacaktır. Zira rüyadaki bilinç durumunu anlamak, bu bilincin sahibini ya da selfini anlamayı ve dolayısı ile de bu selfin yaşadığı sorunları çözmeyi mümkün kılacaktır.

Ancak bu iş anlatıldığı kadar kolay olmayabilir. Zira uyanık zihin, dışardan ve içerden gelen çeşitli uyaranları alıp işleyerek bir neticeye varabilir ve vardığı bu neticeyi lisan, duygu ve davranış gibi çeşitli araçlar kullanarak ifade edebilir. Elbette uyanık zihnin bu ifade ediliş sürecinin gerçekleşmesini etkileyen ve bozan çok çeşitli etmenler olabilir. Ama yine de bu etmenleri bir düzeyde ortaya çıkarmak, incelemek



ve düzeltmek mümkün olabilir. İş rüya yaşantısına geldiğine, zihnin uyanıkken yaşadığı bu zorlukların çok daha fazlasıyla ve karmaşık olanlarıyla karşı karşıya kalacağımız unutulmamalıdır. Her şeyden önce rüya nesnel temelli öznel bir yaşantıdır. Yani bizler bir insanın rüya gördüğünü ancak onun “ben rüya gördüm” şeklindeki ifadesinden anlayabiliriz. Tamam, meselâ uykunun diğer evrelerinde ortaya çıkanları saymazsak, rüyaların büyük oranda REM uykusunda ortaya çıkması gibi bir takım nesnel bulgular yok değil; ama bu nesnel bulguların tam anlamıyla rüya yaşantısının tabiatını ortaya koyamadığını tespit etmek gerekiyor. Şöyle ki: Çok gelişmiş bir teknolojiye sahip olduğumu ve rüya gören kişinin yaşantısını bir ekrana yansıtmayı başardığımızı düşünün. Bu başarı bize bir rüyayı film gibi izleme imkânı verse bile, denek anlatmadığı sürece rüya görenin duyguları ve düşünceleri gibi öznel yaşantılarını tam olarak değerlendirme sorununuz varlığını sürdürmeye devam edecektir. Rüyaların tabiatından kaynaklanan bir diğer zorluk onun oluşma biçiminden kaynaklanmaktadır. Uyanık zihnin bir ürün ya da çıktı ortaya koyması nispeten anlaşılır ilkeler doğrultusunda gerçekleşir. Ama uyuyan bir zihnin hangi süreçleri kullanarak rüya gördüğü tam olarak anlaşılamamıştır. Rüya yaşantısı sırasında beyin bazı bölgelerinin aktif, bazı bölgelerinin pasif kalması bazı sonuçlar çıkarmamızı sağlayabilir ama yine

de beyin-rüya ilişkisinin hangi ilkelere göre işlediğini net bir şekilde söylemek mümkün değildir. Bugün uyanık durumdaki bilinçli bir zihnin ve selfin etkinliği sırasında aktifleşen beyin bölgeleri ile rüya yaşantısı sırasında aktifleşen beyin bölgelerinin büyük oranda örtüştüğünü biliyoruz.

Meseleyi biraz daha basite indirgemeye çalışarak şu soruyu soralım: Uyanıklığın fenomenolojisi ile rüyalarinki arasında nasıl bir ilişki vardır? Bu soruyu sorma nedenim şu: Eğer bu iki yaşantının benzer fenomenolojisi olduğunu ortaya koyabilirsek o zaman rahatlıkla rüya ve uyanıklığın benzer yaşantılar olduğunu, selfe dair önemli bilgiler sunduğunu anlamış oluruz. Uyanıklığın ve rüyanın hangi temel indirgenemez niteliklere sahip olduklarına baktığımızda ikisinde de bir yerde olma, bir anda bulunma, algılıyor olma, hissetme ve yönelme gibi fenomenlere sahip olduğunu görürüz. Bu da bize rüyaların ve uyanıklığın aynı zihinden/selften/bilinçten neşet ettiğini, dolayısıyla rüyalarla uyanıklığın farklı fenomenolojilere sahip olmadığını düşündürür. Buraya kadar sorun yok, ancak uyanık zihnin fenomenolojisini öğrenmek için bizzat uyanık zihne soru sorma ve karşılık alma imkânımız varken rüyaların fenomenolojisini öğrenmek için bizzat rüyayı görenin rüyasına girme ya da rüya esnasında onunla görüşme imkânına

Bilinç konusunun insanların çözmeye çalıştığı en önemli gizemlerden biri olmayı sürdürdüğünü söyleyebiliriz. Bu gizem, mevcut nesnel ilkeleri rehber edinen bilimsel metodoloji ile çözülemeyecek gibi görünüyor. Bu durumda bilimsel metodoloji anlayışını toptan değiştirmek gibi radikal bir devrimci tavır takınmak gerekiyor. Bu tavrı hangi babayiğit bilim adamlarının takınacağını merakla bekliyorum.

sahip olamamamız ciddi bir sorun oluşturabilir. Yani sorun, uyanık zihnin rüya gören zihnin fenomenolojisini “aktarıyor olması”ndan kaynaklanmaktadır. Çünkü rüya gören zihnin fenomenolojisini uyanık zihne aktarırken kaçınılmaz bir biçimde lisanın sınırları ile kuşatılma tehlikesi baş göstermektedir. Zira hemen herkes rüyada yaşadığı duygu ve düşüncelerin bazen anlatılacak türden olmadığını, ancak yaşanması durumunda anlaşılabilirliğini deneyimlemiştir.

Bilinç konusunun insanların çözmeye çalıştığı en önemli gizemlerden biri olmayı sürdürdüğünü söyleyebiliriz. Bu gizem, mevcut nesnel ilkeleri rehber edinen bilimsel metodoloji ile çözülemeyecek gibi görünüyor. Bu durumda bilimsel metodoloji anlayışını toptan değiştirmek gibi radikal bir devrimci tavır takınmak gerekiyor. Bu tavrı hangi babayiğit bilim adamlarının takınacağını merakla bekliyorum.

Kaynaklar

Bilici Mustafa. *Terapide Rüyalarla Çalışmanın Önündeki Engeller. Dinlenenben Rüya ve Terapi Dergisi*, 2016, Cilt 3, Sayı 1, s: 9-14.

Hanoğlu Lütfü. *Bilişsel Bilinçaltı, Nedensellik ve Özgür İrade. Başka Dergisi*, 2011; 6: 10 -21.

Kara Hayrettin. *Üç Farklı Rüya Yaklaşımı: İçeriğin Yorumu, Biçimin Analizi, Yaşantının Betimlenmesi. Dinlenenben Rüya ve Terapi Dergisi*, 2016, Cilt 3, Sayı 1, s: 1-6.

Kur'an-ı Kerim Meali, *Diyanet İşleri Başkanlığı Yayını.*

Revonsuo Antti. *Consciousness*, 2015, *Turku, Finland.*

Bilim adamı, hâzık hekim, düşünür, gönül insanı: Prof. Dr. Ayhan Yücel

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını tamamladığı Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. Cerrahpaşa'da Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak çalışıp 2016 Ekim'de emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı, yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'de Yükseköğretim Kurulu (YÖK) üyeliği, 2011-2015'de Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, halen Hastane Enfeksiyonları, Grip ve Boğmaca Bilimsel Danışma Kurulları üyesidir.

Merhum Prof. Dr. Ayhan Yücel'in tıp fakültesi ve ardından tıpta uzmanlık öğrenciliği ve öğretim üyeliği döneminde talebesi olma ve öğretim üyesi olarak birlikte çalışma onurunu yakalayanlardan biriyim. Emekli olmasına rağmen sözleşmeli olarak çalışmaya devam eden Merhum Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat ve Ayhan Yücel Hocalarla aynı anda birlikte çalışmak, onlardan feyz alma imkânını yakalamış olmak, şahsım adına Allah'ın büyük bir lütfudur. Bu yazıda Prof. Dr. Ayhan Yücel'in özgeçmişini özetleyip, bilim yönü ile yaşam felsefesi ve bilge kişiliği konusuna bilgi ve gözlemlerim çerçevesinde değineceğim.

Prof. Dr. Ayhan Yücel, 22.01.1934 yılında Konya'da doğmuştur. Babası Hüseyin Lütfü Bey, annesi Cevriye Hanım (aslen Üsküplü) öğretmendi. İlk, orta ve lise (Konya Erkek Lisesi) öğrenimini Konya'da üstün başarıyla (iftiharla) tamamlamıştır. Yükseköğrenimini İstanbul Tıp Fakültesinde yapmış, 1958 yılında mezun olmuştur. Askerlik görevinden sonra, 1961 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Salgınlar Kürsüsünde göreve başlamış, 1963 yılında mikrobiyoloji uzmanı olmuştur. Aynı fakültede Tropikal Hastalıklar ve Parazitoloji Kürsüsünde çalışmaya devam etmiş, 1965 yılında ikinci uzmanlığı olarak

parazitoloji uzmanı olmuş ve aynı kürsüde çalışmasını sürdürmüştür. Uzmanlık tezi ve doçentlik tezi mikoloji konusunda olup, meslek hayatı boyunca ağırlıklı olarak mikoloji alanında araştırmalara devam etmiştir. Ülkemizin az sayıdaki mikoloğu arasında yer almıştır. Daha sonra yeni kurulan İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kürsüsünde görev almış ve burada mikoloji laboratuvarını kurmuştur. 1973 yılında doçent, 1979 yılında profesör olmuştur. Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'ın emekli olmasından sonra, 1983 yılında ilgili anabilim dalının başkanlığı görevine başlamış, 1994 yılında Temel Tıp Bölümleri Başkanlığı'na atanmıştır. 22.01.2001 tarihinde emekli olan Prof. Dr. Ayhan Yücel, emekliğinden dört ay önceye kadar bölüm başkanlığı, emekli olana kadar anabilim dalı başkanlığı görevini sürdürmüştür. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Profesörler Kurulu üyeliğinde bulunmuş ve Fakülte Yönetim Kurulunda görev almıştır. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, Türk Parazitoloji Derneği, Türk Tabipler Birliği, Türk Tıp Tarih Kurumu, İstanbul Bulaşıcı Hastalıklar Savaş Derneği ve The International Council of Biodeterioration of Cultural Properties (ICBCP) üyeliklerinde bulunmuştur. Türk Tıp Tarihi Kurumunda 1986-1987 ve 1996-1998'de ikinci başkan, 1981'de genel sekreter, 1989-1993'te sayman olarak görev

yapmıştır. İstanbul Bulaşıcı Hastalıklar Savaş Derneğinin 1988-2001 yılları arasında başkanlığını yapmıştır.

Müşterek olarak yazılmış üç kitabı, 25 kitapta yer alan kitap bölümleri, 258 makalesi vardır. Yayınlarının üçte birden fazlası mantarlar ve mikozlarla ilgilidir. I. Ulusal Mantar Hastalıkları ve Klinik Mikoloji Kongresi'nde Serda Kantarcıoğlu ile birlikte tebliği ettikleri "Türkiye'de Konak Dışında Elde Ettiğimiz *Histoplasma capsulatum* Kökeninde Ayrıntılı Bir Çalışma" isimli bildirisi Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat adına konulan "en iyi araştırma ödülü"ne layık görülmüştür. Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat ile birlikte Prof. Dr. Ayhan Yücel tarafından yazılan "Unat'ın Tıp Parazitolojisi" isimli kitap, 2003 KLİMİK Kongresi'nde ödüle layık görülmüştür. 2007 yılında Ulusal DAS Kongresi'nin onur kurulu başkanlığını, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile birlikte yapmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 40 yılı aşan çalışma süresince binlerce öğrenci, yüzlerce asistanın yetişmesinde katkıda bulunmuştur. Ayhan Yücel Hoca tıp dışında tarih/tıp tarihi, sosyoloji ve psikoloji ile de yakından ilgilenmiştir. 1967 yılında Mebrure Hanım'la evlenmiştir, iki kızı vardır. Ayhan Yücel Hoca, 22 Mart 2011'de vefat etmiş, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılan törenden sonra



Ayhan
YÜCEL hoca
ailesiyle
birlikte

Erenköy Galip Paşa Cami'sinde cenaze namazı kılınmış ve Küçükyalı Mezarlığına defnedilmiştir.

Ekrem Kadri Unat Hoca'nın çok sevip değer verdiği ve halefi olan Ayhan Yücel; her şeyden önce mükemmel, sakın, nezaket sahibi ve edep timsali bir insandı. Yücel Hoca, hocalarına karşı daima saygı, sevgi, samimi minnet ve vefa dolu olmuştur. Unat Hoca'nın çok geniş ve derinlikli ilmi tecrübesinden büyük bir gayretle yararlanmış, sabırlı ve istikrarlı çalışmalarıyla mikrobiyoloji alanında örnek bilim adamlarından biri olmuştur. Ayhan Yücel Hoca, yetişmesinde Unat Hoca'yla birlikte öğretmen olan anne ve babasının etki ve yol göstericiliği olduğunu ifade etmiştir. Kültür ve sosyal yönden gelişiminde Rahmi Eray (1918-1958) ve düşünür Doç. Dr. Nurettin Topçu'nun (1909-1975) çok önemli katkıları olmuştur. Türk dili ve edebiyatı hocası Orhan Okay ve siyasetçi Ferruh Bozbeyle (Eski TBMM Başkanı) kültürel açılarından karşılıklı etkileşimde olduğu yakın dostlarından.

Büyük insanların yetişmelerinde ailenin önemi çok büyüktür. "Annesinin torpili ile başarılı oldu" denmesin ve annesinin öğretmen olduğuna güvenip rehavete kapılmasın diye, annesi oğlu Ayhan'ı kendisinin öğretmen olduğu okul yerine iki sınıflı başka bir ilkokula vermiştir

(Anafartalar İlkokulu). Ayhan Yücel ilkökul öğretmenlerini derin bir saygıyla anar. Anlatılarında, öğretmenlerinin; el becerisi geliştirme, görsellikten yararlanma için değişik imkânlar oluşturma, ses ve kulak eğitimi ile ilgili uğraşlarına vurgu yapmıştır. Ayhan Hoca, ilköğretimden itibaren kazandığı güzel yazı yeteneğini geliştirmiştir. Tıp fakültesi öğrenciliği yıllarında tuttuğu histoloji notları çok ilgi çekmiştir. Lise yıllarında Türkiye kompozisyon yarışmasında üçüncülük ödülü, onun ilerideki iyi konuşma ve yazma yeteneğinin temeli olmuştur.

Ekrem Kadri Unat Hoca, Ayhan Yücel için "Her zaman ciddi, sakın, dürüst, saygılı, mütevazı, düzenli, fakat inançlarının ve kanılarının aksine asla konuşmayan ve yazmayan bir Türk aydınıdır. Esaslı kültürü vardır. Güzel konuşur ve iyi yazı yazar. Türkiye'nin sorunlarıyla, insanların acılarıyla ve sevgileriyle ilgilidir. Etrafındaki insanlara saygı ve sevgi takdim eden bir yönetici niteliklerine sahiptir. Evine, çocuklarına düşkün bir babadır. Verilen görevleri en iyi şekilde yapmaya çalışır" ifadelerini kullanırken, Ayhan Songar Hoca, Yücel'i "Fikir adamı, bilgili, kültürlü, halim tabiatlı, çalışkan, değerli şahıs" şeklinde tavsif etmiştir. Uzun yıllar birlikte çalıştığı merhum Prof. Dr. Suat Vural, Ayhan Yücel Hoca'yı şöyle tanımlamaktadır: "Dr. Yücel'in karakter salabeti gıpta edilecek düzeydedir. Dürüst, geçimli,

Prof. Dr. Ayhan Yücel; ilim alanında, yüzeysellikten kaçan, derinlemesine sabırla ve istikrarlı çalışma anlayışına sahipti. Yücel Hoca bir fikir ve düşünce insanı olup düşüncelerini güzel bir şekilde kaleme almıştır. Kültür ve paramedikal konularda 1955-1972 yılları arasında yazdığı 22 denemesinin çoğunu "Hareket Mecmuası"nda yayımlamış, daha sonra bu yazılardan önemli bir kısmını "Sevincini Bulmak" adlı kitapta bir araya getirmiştir.

Ayhan Yücel Hoca; çok iyi yetişmiş, uzmanlık alanları dışında derin bir kültüre sahip düşünce ve gönül insanıydı. Hocaları ve arkadaşlarının, aziz milletimizin temel değerlerine çok bağlı ve o değerleri içselleştirmiş zatlar olması, hocanın ilim adamlığı dışında bir düşünce ve gönül adamı olarak yetişmesine imkân sağlamıştır.

işbirliğine yatkın, fakat inançlarından fedakârlık etmeyen, açık kalpli bir insan oluşu, ona kendisiyle birlikte çalışmanın zevk olduğu bir kişilik kazandırmıştır. Ayhan Yücel iyi bir öğretim üyesidir; iyi araştırmacıdır; iyi bir yöneticidir. Üstün bir görev anlayışı sahibidir.” Prof. Dr. Rüknettin Ögütman ise onun için “*Mütevazı, fedakâr, nezaket sahibi, efendi bir insan*” nitelemesini yapmıştır. Eski TBMM Başkanı Ferruh Bozbeyli “*Ayhan Yücel, her cümleyi değil, her kelimayı de değil, her harfi düşünerek söyleyen dikkatli ve özenli bir insandır... Konuşmayı kolaylaştıran bir insandır. Mesleğinde en ileri noktaya ulaşan kişilerden biridir*” demiştir. Arkadaşlarından Devlet Eski Bakanı Prof. Dr. Ercüment Konukman Ayhan Hoca için, “*Derin bir muhakeme gücü, parlak bir zekâsı, ağır, vakur ve çelebi davranışı vardı. İyi bir vatandaş, vatanını çok seven bir yurttaş, Anadolu topraklarına ve Türk bayrağı ile Türk örf ve töresine hayran gerçek bir Türk milliyetçisi idi*” demiştir.

Prof. Dr. Ayhan Yücel; ilim alanında, yüzeysellikten kaçan, derinlemesine sabırla ve istikrarlı çalışma anlayışına sahipti. Yücel Hoca bir fikir ve düşünce insanı olup düşüncelerini güzel bir şekilde kaleme almıştır. Kültür ve paramedikal konularda 1955-1972 yılları arasında yazdığı 22 denemesinin çoğunu Hareket Mecmuası'nda yayımlamış, daha sonra bu yazılardan önemli bir kısmını “Sevincini Bulmak” adlı kitapta bir araya getirmiştir. Bu yazılarda, fikir, düşünce, felsefe, kültür ve maneviyat alanında ciddi bir krizin yaşandığı dönemde kadim medeniyetimizin değerlerini ihya etmenin kilidi mesabesinde olan sevgiye, merhamete, hakikati aramaya, insanlığa

çağrıda bulunmaktadır. “Sevincini Bulmak” yolunu, “*İnsan olmak, insan olarak ölmek, başka bir ifade ile insan olarak yaşamak için şuura kavuşmayı yani bir ıstırapı yüklenmeyi kabul etmek gerekecek, belki ıstırapı içinde sevinçli olmak lazım gelecektir*” şeklinde tanımlamıştır. Yücel Hoca, manevi yaşantısından çok etkilendiği merhum Rahmi Eray'ın “*Yaşamak hizmet etmek ve af dilemek için bir mühlettir; sevinç hizmetle, sevinç vermekle başlayıp büyür*” sözüyle birlikte merhum Nurettin Topçu'nun “*Kurtulmak için kurtarmak lazım. Bize sevinç getirecek lütfu ilahiyi dilemek lazım. Bir lütfu ilahiyi dilemek için de bin fedakârlık lazım*” sözüne atıf yaparak sevincin, huzurun nasıl kazanılacağına işaret etmiştir. “Sevincini Bulmak” kitabındaki nefret ve merhamet başlıklı yazısında Yücel Hoca, Abdülaziz Hayri Bekgine'nin “*Eğer insanlar kendileri için ıstırap çekenlerin varlığını bilselerdi bu kadar kötü olmazlardı*” sözüne atıf yaparak, nefretten kurtulup merhamet sahibi olmak için gayret gösterilmesi gerektiğini belirtip, gayret gösterilmesi gereken temel maddelere işaret etmiştir:

“1. Nefsimizi kontrol edebilmek, 2. Kesilen bir parmağın acısını duymak yani bir ıstırap hayatını bizzat yaşamak, 3. Affetmek, 4. Tezatlara göz yummamak, 5. Dua etmek; hazırlandığı işin iznini istemek, onun maketini yapmak, 6. İradeyi kader şuuruna ulaştırmak, 7. İdrak ve basirete ulaşmak, zaruri olanı görmek, gereğini ifa etmek, ilaç olmaya yetenekli olmak ve yeterli kazanmak, iyi hali yaşamak, merhameti eserleştirmek, bu esere vesile olmak için gereken bilgi hayatına sahip olmak”. “Bütün bu maddeler ise bir dini terbiyeyi zaruri kılmaktadır.” “Rakamların, aletlerin, ihtirasların, binaların, nitelikten ziyade niceliğin esaret altında manevi dünyası paramparça olmuş asrın insanına”. “Sevincini Bulmak” felsefik eseriyle seslenen Ayhan Yücel Hoca son söz olarak “*değerlerimize sahip çıkalım, insan varlığının biricikliğini unutmayalım*” gerçeğine vurgu yapmıştır. Arkadaşlarından Türk Dili ve Edebiyatı profesörü merhum Orhan Okay (1931-2017) bu denemeler ve kitapla ilgili şunları ifade etmiştir. “*Bu sevimli denemelerde belki hepimizin günlük hayatta karşılaşabileceği basit gibi görünen olaylardan, tablolardan hareket ederek ebedi ve beşeri gerçekler anlatılıyor. Sokrat gibi, fakat bir yabancı ile değil, adeta kendi kendine bir diyalogla ve kırıp dökmeden, ikna edici bir üslupla.*”

Ayhan Yücel Hocanın tıp fakültesi (1977-1984) ve tıpta uzmanlık öğrenciliği (1986-1991) döneminde öğrencisi, 1991-1998 yılları arasında yardımcı doçent ve doçent olarak öğrencisi ve mesai arkadaşı olarak 12 yıl aralıksız kendisiyle çalışma şerefine nail oldum. Ayhan Hoca, sevgi, saygı, merhamet, yardımseverlik, titizlik, istikrar ve daha onca erdemli davranışı

içselleştirmiş kişiliği ile biz öğrencilerine “rol model” olmuştur. Güzel konuşma ve yazma konusunda aşırı hassas ve çok başarılıydı. Mikoloji başta olmak üzere, mikrobiyoloji ve infeksiyon hastalıklarında derinlemesine bir bilgi, birikim ve tecrübe sahibiydi. Uzmanlık alanlarıyla birlikte genel tıpta kendini sürekli güncelleme azmi, mezuniyet öncesi, tıpta uzmanlık ve lisansüstü eğitim için büyük özen göstermesi, ülke sorunlarına yönelik çözüm aramaya yönelik araştırmalarını büyük bir heyecanla kurduğu ekiplerle birlikte yürütmesi eğitimci ve bilim adamlığının öne çıkan özellikleriydi. Bilimsel yaşam felsefesini kendi sözü olan “*örtüleri kaldırmak, sırları aralamak ve hep öğrenmek*” ifadesi çok güzel açıklar. Ayhan Hoca, “*mikrobiyolog, bilgili, sabırlı ve ısrarcı olmalıdır*” ve “*bakteriyolog isterse üretir*” derdi.

Ayhan Hoca ile birlikte çalışmak, huzuru yakalamanın, disiplinli olmayı elde etmenin vesilesiydi. Sabırlı, mütebessim, nazik bir “İstanbul beyefendisiydi. Çalışanları strese sokmadan ürettirebilen bir hoca ve müşfik bir idareciydi. Anabilim dalını kuran Ekrem Kadri Unat'tan sonra görevi devralan Ayhan Yücel Hoca, günün gerektirdiği teknolojik yenilenmeyi büyük özveri ve gayretlerle gerçekleştirmişti. Anabilim dalı laboratuvarlarının teknolojik yenilenmesi, beraber üniversite araştırma fonuna verdiğimiz projelerle (1991-1994) sağlanmıştır. Bu projeler sürecinde yaşadığımız insan gücü kayıpları nedeniyle telaşa düşüp hocaya gidince anlattığı yaşanmış olayları örnek vererek beni teselli etmiştir. Bu süreçte şu sözleri hatırlımdadır: “*Duvara dayanma yıkılır, insana dayanma ölür*”; “*Güvendiğin şeye o kadar dayanma, dayandığın şeye o kadar güvenme.*”

Ayhan Yücel Hoca, kişilik gelişiminde çok etkili olan Rahmi Eray ve Nurettin Topçu'yu yazılarında, yeri geldiğinde günlük yaşamında verdiği örneklerle sıklıkla anardı. Rahmi Eray'ın “İnsanlar, çoğu kere tekrar gireceği kapıyı kendi elleriyle kapatır” sözü ile birlikte “Tasfiye (yalınlaştırma, arındırma, bünyeye yabancı şeylerden kurtarmak), teke irca (ayrıntıdan kurtarmak, öze indirgemek) ve son fayda (kullanılıp atılacak her şeyin başkasının işine yarayabileceği düşüncesi; son fayda kutusunda zaman zaman tasfiye yapılmalı!) yaşam felsefesi ilkesini tekrar anlatırdı.

Ayhan Yücel Hoca, kurum aidiyeti çok yüksek bir kişiliğe sahipti. Birimi, kurumunu, ailesi, hocaları, öğrencileri, hastaları onun “sevincini bulduğu dünyasıydı”. Kısa bir zorunlu dönem dışında tam gün olarak kurumunda mesaiye aşırı özen göstererek çalışmıştır.

Ayhan Hoca, kaliteli iş yapma tutkunu

olmakla birlikte sonuca çok önem verirdi. "İş mutlaka yapılmalıydı, bunun bahanesi olamazdı." Daha iyi yapmak uğruna zamanında bitirilemeyen iş ve araştırmalar olunca "mükemmel iyiyi kovar" derdi.

Hocayı elinden eksik etmediği çantasıyla Cerrahpaşa Otobüs Durağında mesai saati sonrası görürdük. Emekli Sandığına yaptığı kredi başvuruları hocanın maddi açıdan zaman zaman sıkıntı çektiğini düşündürmektedir. Kısa bir sohbetimizde "Merhum anne ve babamdan kalan evimiz olmasaydı, bugün maddi açıdan büyük sıkıntılar yaşırdım" cümlesi beni ürkütmüş ve kendini ilme adanmış bir Türk bilim adamının yaşadıkları nedeniyle ziyadesiyle üzmüştür. Ayhan Yücel Hoca, bütün bunlara rağmen hiçbir zaman şikâyetçi olmamış, yılgınlığa düşmemiş, ülkemizin geleceği için ümidini hep muhafaza etmiştir.

1983'te emekli olup 1992'ye kadar sözleşmeli çalışan Ekrem Kadri Unat'a gereken hürmeti en üst düzeyde göstermiş, anabilim dalı başkanlığı odasına Unat Hoca'nın isteğine rağmen hoca tamamen ayrılan kadar geçmemiştir. Merhum Ekrem Kadri Unat, merhum Mutahhar Yenson ve diğer birkaç hocanın, şahit olduğum bir sohbetinde, Unat Hoca "Arkadaşlar, Hocalara Saygı Derneği kursak, ona en uygun başkan Ayhan Yücel olur" sözünü hatırlıyorum.

Ayhan Yücel Hoca; çok iyi yetişmiş, uzmanlık alanları dışında derin bir kültüre sahip düşünce ve gönül insanıydı. Hocaları ve arkadaşlarının, aziz milletimizin temel değerlerine çok bağlı ve o değerleri içselleştirmiş zatlar olması, hocanın ilim adamlığı dışında bir düşünce ve gönül adamı olarak yetişmesine imkân sağlamıştır. Ayhan Yücel hoca, aldığı emaneti layıkıyla temsil etmiş, bayrağı daha ileriye taşımıştır.

Gayret, sabır, istikrar, metanet, nezaket sahibi bir ilim adamı ve bilge kişi olan Ayhan Yücel Hoca'ya Allah'tan rahmet dilerim, mekânı Firdevs cenneti olur inşallah.

Kaynaklar

Barlas U, Başağaoğlu İ. Prof Dr Ayhan Yücel ve Bilimsel Yaşamı, Tıp Tarihi Araştırmaları, Berdan Matbaası, İstanbul, 2009

Barlas U, Başağaoğlu İ. Prof Dr Ayhan Yücel 1934-2011 Anısına, Tıp Tarihi Araştırmaları, Hilmi Barlas Eğitim Vakfı, Berdan Matbaası, İstanbul, 2012.

Everdi E (derleyici). Elbistanlı Rahmi ERAY, Dergâh Yayınları, 2000.

das.org.tr/2007/onursal/ayhanyucel.htm (Erişim Tarihi: 11.03.2017)

Yücel A. Sevincini Bulmak, Dergâh Yayınları, 2007.

Ekrem Kadri Unat Hoca'nın 40. Meslek yılında Ayhan Yücel Hoca Anabilim Dalı'nın diğer mensupları



Suat Vural Hoca'nın Emeklilik Töreni



Ekrem Kadri Unat, Ayhan Yücel Hoca ve çalışma arkadaşları (1992)



Ekrem Kadri Unat, Ayhan Yücel Hoca ve çalışma arkadaşları (1992)



Ekrem Kadri Unat, Ayhan Yücel Hoca çalışma arkadaşlarıyla birlikte, TÜBİTAK MAM, Gebze ziyareti, 1992



Ekrem Kadri Unat Hoca'nın, "Hocalıkta 50. Yılı Kutlama Töreni"



Ekrem Kadri Unat Hoca'nın, "Hocalıkta 50. Yılı Kutlama Töreni" sonrası



İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Temel Bilimler Büyüm Amfisine, "Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat Amfisi" adı verilmesi anında, 1996



Türkiye Tıp Akademisi 150. yılını kutluyor

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde tamamladı. Aralık 1975'te Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör oldu. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı olan Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Türkiye Tıp Akademisi, bundan 150 yıl önce Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye adı ile kurulmuş ilk tıp cemiyetimizdir. Tıp eğitim dilinin Türkçeleşmesi amacıyla hareket eden, ilk tıp kitaplarının Türkçeleşmesini başaran, ilk ilmi tıp toplantılarını ve ilk milli tıp kongrelerini düzenleyen, Türk tıbbına çok büyük katkıları olan bir dernektir. Bu dernek faaliyetlerine hiç ara vermeden bugün de hizmete devam etmektedir. Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye 3 Mart 1867 tarihinde Sultan Abdülaziz'in iradesi ile kurulmuştu. Bilindiği gibi Osmanlı Devletinde hekimlerin Batılı anlamda dernekleşmeleri 19. yüzyılda olmuştur. Bu anlamda ilk kurulan dernek 1855 yılında "Cemiyet-i Tıbbiye-i Şâhâne" idiysen de bu tıp derneği Kırım Harbi sebebiyle İstanbul'da bulunan İngiliz ve Fransız hekimlerinin aralarında bilimsel toplantı ve çalışmalar yapabilmeleri için yapılandırılmıştı. Konuşma ve yazışma dili Fransızca idi. Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye ise Türkçe konuşan ve tıp eğitimimizin Türkçeye geçmesi için büyük mücadele veren bir dernekti. Bilindiği gibi çağdaş tıp eğitimimiz 1827 yılında Tıbhâne-i Âmiri ile başlamış, bu eğitim hiç ara vermeden ve devamlı kendini yenileyerek bugüne kadar gelmiştir. Türk tıp eğitimi tarihi tabiidir ki 1827 ile başlatılamaz. Tarihinin her döneminde o devre uygun tıp eğitimi yapıyordu. Fakat bu müesseseler kendini yenileyerek tıp eğitimine devam edememişlerdi. 1827 yılında başlayan ve süreklilik taşıyan tıp eğitimimiz gelişerek devam

ederken 1839 Tanzimat hareketleri paralelinde eğitim dili Fransızcaya çevrildi. Bu eğitim Avrupa'da yapılan tıp eğitimlerini esas alıyor, Fransızca dili ile eğitim yapıyor, o dildeki kitapları takip ediyordu. Burada başarılı olan öğrenciler Avrupa tıp fakültesi öğrencileri ile aynı sınavlara giriyor ve aynı başarıyı gösteriyorlardı. Fakat sorun kalite değil sayı meselesinde idi. Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'den mezun hekimler o kadar az oluyordu ki Osmanlı Devletinin hiçbir müessesesine hizmet verilemiyordu. Devlet kayıtlarına göre ortalama senede 7-8 öğrenci mezun oluyordu. Bu durumu düzeltmek amacıyla hareket eden bir grup tıbbiyeli, derslerin Türkçe olmasının tek çözüm olduğuna inanmışlardı. Bu konudaki mücadeleleri sonucunda önce Sivil Tıp Okulu "Mülki Tıbbiye" açıldı. Bu okulun açılma kararının hemen arkasından 3 Mart 1867 tarihinde "Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye" kuruldu.

Türkçe Tıp Eğitimi

Cemiyetin kurulma amacının ilki, nizamnamesinde yazıldığı gibi "...bunların asıl işleri tıba mütedair mevcut olan kütüb ve resâilin Türkçe'ye nakil ve tercümesi..." idi. Türkçe tıp eğitimi için tıp kitaplarının Türkçeye çevrilmesi gerekiyordu. Bu görev o tarihte çok zordu. Çünkü hem Tıbbiye'nin hocaları hem de aydın sınıfı, tıp eğitiminin Türkçe yapılamayacağına inanıyorlardı. Cemiyetin kurucuları ise öğrenciliğinden beri tıp dilinin Türkçeleşmesinin mümkün olduğunu biliyorlar,

bu konuda çalışıyorlardı. Cemiyetin kurucuları bu mücadeleyi vermiş olup o tarihte mezun olan Kırımlı Aziz İdris, Hüseyin Remzi, İbrahim Latif (İbrahim Lütfi), Hüseyin Sabri, Vahit Efendi, Emin Efendiler ve onları destekleyen birkaç hoca idi. Bu grubun çoğu Türkçe tıp eğitimi veren "Mülki Tıbbiye'de hocalığa başladılar ve üç sene gibi bir zamanda Tıp derslerinin Türkçe yapılabileceğini ispat ettiler. 1870 yılında da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de derslerin Türkçe yapılmasına karar verildi.

Türkçe Tıp Sözlükleri

Tıp dilinin Türkçe olması ile ortaya çıkan büyük sorun, tıp terimlerinin saptanması ve bu konuda herkesin kullanacağı bir sözlük hazırlanması idi. Bu konuda büyük bir özveri ile çalışmalar başladı. Cemiyet bu amaç altında birleşerek kadrosunu genişletti ve çalışmalarına devam etti. Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane Nazırı Salih Efendi'nin başkanlığında Ahmet Paşa, İbrahim Lütfü Bey, Mehmet Muhtar Efendi, Ahmet Hilmi Bey, Mehmet Nuri Bey, Hüseyin Remzi Bey, Agop Bey (Handanyan), Mehmet Nazif Bey, Mehmet Nedim Bey, Vahit Efendi, Bekir Sıtkı Efendi, Hüseyin Sabri Efendi ve Hacı Arif Efendi tıp sözlüğünün hazırlanmasını başardılar. 1870 yılında lügat çalışmalarına başlayan heyet, üç senelik yoğun bir çalışma sonucunda 1873 yılında da ilk tıp sözlüğümüz "Lügat-ı Tıbbiye"yi bastırdı. 640 sayfa olan bu sözlük, Fransızca tıp kitaplarının Türkçeye kazandırılmasında çok önemli rol oynadı. Bu sözlük esas alınarak 1870-1880 yılları arasında 46 tıp kitabı kazandırılmıştı. Bunlardan Fenn-i İspençiyâri, Fenn-i Kimya, Mirât-ı Sıhhat, Talim-üt-teşrih,



Müfredat-ı tıp ve ilm-i tedavi, Nebatat-ı Tıbbiye, İlm-i Emraz-ı Umumiye, Hıfz-ı Sıhhat, Kavânin-i Cerrâhin, İlm-i Hayvanat, Düstür-ul-Edviye önemli ders kitaplarındandı. Cemiyet bu sözlüğün hemen arkasından Fransızca-Türkçe tıp sözlüğünün genişletilmiş ikinci baskısını hazırlayarak “Lügat-ı Tıp” adı ile 1900 yılında II. Abdülhamid’in 25. cülus yıl dönümünde yayımlamıştır. Bu sözlüklerin ortak bir tıp terminoloji saptaması ile 1881-1892 yılları arasında toplam 77 Türkçe tıp kitabı daha eğitime kazandırıldı. Cemiyet kitap çalışmalarına devam ederken tıbbi konferansların gereği duyulmuş, 1892 yılında “Tıbbi Müzakereler” adıyla toplantılar düzenlemişlerdir. Bilimsel de olsa toplantılar yapılmasının mahsurlu olduğu görüşüyle Cemiyet 29 Mayıs 1897 tarihinde II. Abdülhamid’in emriyle kapatılmıştır. Cemiyetin tercüme çalışmaları “Tedkik-i Müllefât Komisyonu” adıyla devam etmiş, II. Meşrutiyetin ilanı ile yasak kalkarak çalışmalar tekrar başlamıştı.

Cemiyetin Yeniden Organizasyonu

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye 12 Aralık 1910 tarihinde Darülfünun Tıp Fakülte Reisi Cemil Paşa’nın başkanlığında toplanmış, yeniden organizasyon yapılmıştı. Bu seçimde Reis-i evvel Hayrettin Paşa, Birinci reis-i sâni Ziya Nuri Bey, İkinci reis-i sâni Süleyman Numan Bey, Kâtib-i umumî Tevfik Vacit Bey, Kâtip-i hususi Kemal Cenap Bey, Hafız-ı kütüb Mustafa Münif Paşa, veznedar Tevfik Recep Bey olmuşlardı. Çalışmalarına hızla başlayan cemiyeti savaşlar ve İstanbul’un işgali bekliyordu. 1912-1922 yılları arasında Osmanlı Devletinin içinde bulunduğu savaşlar ve Tıbbiye’nin beş yıl boyunca İngiliz askerlerinin işgali altında bulunması, Tıbbiye binası içinde çalışan cemiyete zor günler yaşatmıştı. Fakat her şeye rağmen çalışmalara devam edildi ve tıp kitapları yayımlanmaya çalışıldı.

Cemiyet bir tıp derneğinin faaliyetlerini yerine getirmesi gereken etkinlikleri yapmak istiyor fakat başaramıyordu. Cumhuriyetin ilanından sonra çalışmalarına büyük bir şevkle devam eden cemiyet, artık rahatlıkla çalışabilecek bir ortama kavuşmuştu. Cemiyet tıbbi toplantılar, seminerler, kongreler, kitaplar ve süreli yayınlar ile kendini ispat edecektir. Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye, Cumhuriyetin kurulmasından kısa bir süre sonra ismini “Türkiye Tıp Encümeni” olarak değiştirmiş Tüzüğündeki kurucular ve amaç aynen devam etmiştir.

Milli Tıp Kongreleri

Cemiyet 1925 yılında ilk milli kongresini gerçekleştirdi. Ankara’da Atatürk’ün himayesinde “Birinci Milli Türk Tıp

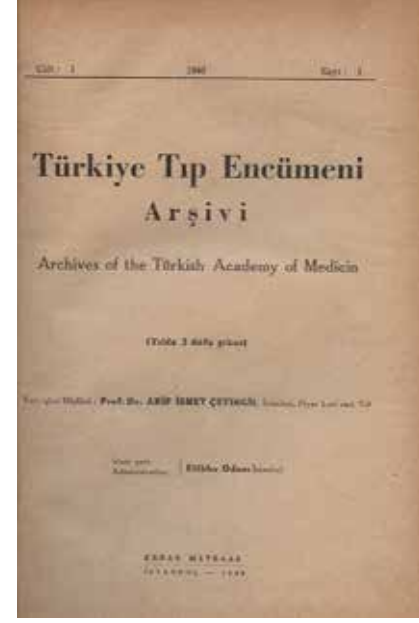
Kongresi” düzenlendi. 1 Eylül 1925 günü Cumhurbaşkanı Gazi Mustafa Kemal Paşa’nın teşrifleri ve Başvekil İsmet Paşa’nın nutku ile açılan bu kongre, Türkiye Tıp Encümeninin kararı ve idare heyetinin organizasyonu ile Ankara’da TBMM Başkanı Kazım Paşa (Karabekir’in) özel izni ile TBMM binasında yapılmıştır. Kongreye yurdun dört bir yanından özellikle İstanbul ve Ankara’dan 592 doktor katılmıştır. Katılımcılar arasında Ankara’dan Dr. Naime Hanım, İstanbul’dan Dr. Hayrünissa Hanım olmak üzere iki kadın hekim de vardı. Doktorlardan başka hiçbir meslek gurubunun katılmadığı kongrenin düzenleyicisi ve Birinci Reis’i Müderris Dr. Süleyman Numan Paşa olup kendisi kongrenin yapılışından iki ay önce vefat etmişti. Türkiye Tıp Encümeni 1925-1968 yılları arasında 20 milli tıp kongresi gerçekleştirmiş ve gerçekleştirdiği her kongrenin kitaplarını bastırmıştır.

Süreli Yayın

Türkiye Tıp Encümeni çalışmalarını tıbbi konularda yoğunlaştırdı. Düzenledikleri tıp konferansları devam ederken bu konuda yayın olmadığı fark edilmiş ve bir süreli yayın çıkarma kararı alınmıştır. “Türkiye Tıp Encümeni Arşivi” 1946 yılından itibaren Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil başkanlığında yayımlanmaya başlamış, bu dergi hiç ara vermeden 1965 yılına kadar devam etmiştir. Arşiv, senede iki defa yayımlanıyor ve zamanın en önemli hekimlerinin çalışmalarını, yazılarını kapsıyordu. Cemiyetin bilimsel toplantılarında konuşulup tartışılan konular ve İngilizce özetler de yer alıyordu. Cemiyetin merkezi “Etibba Odası” (Cağaloğlu Tabibler Birliği Lokali) olup toplantılar ve derginin idaresi burada yapılıyordu. Bu süreli yayın, cemiyetin isminin Akademi olmasından sonra “Türkiye Tıp Akademisi Arşivi” ismiyle devam etmiştir. Türkiye Tıp Encümeni 1956 yılında “kamu yararına çalışan dernek” (umumi menfaate hadim cemiyet) haline gelmiş, toplum sağlığı konusunda tartışmalar başlatmıştır. Cemiyetin yaptığı kongrelerde ele alınan konular da genellikle toplum sağlığı idi ve Sağlık Bakanlığının sağlık politikasının oluşturulmasında bu çalışmalar yol gösteriyordu.

Türkiye Tıp Akademisi Adını Alıyor

Cemiyet aldığı kararla 10 Aralık 1966 tarihinden itibaren Türkiye Tıp Akademisi adını almış, çalışmalarına aynı amacı koruyarak devam etmiştir. Tıp dallarının çoğalması ve ihtisas dallarının kendi kongrelerini yapmalarına rağmen Akademi kendi geleneksel kongrelerine devam etmişti. İki senede bir yapılan toplantılar kendi çapında yararlı olmuştur. Türkiye Tıp Akademisi ismi 1974 yılında Bakanlar



Kurulu kararı ve Cumhurbaşkanı onayıyla resmileşti. Türkiye Tıp Akademisi yaptığı son toplantılarda “Türkiye Tıp Akademisi’nin Dünü Bugünü”, “Türkçe Tıp Dili” konularını ele alarak üyelerini cemiyetin amacı ve hedefi konusunda bilgilendirmiş ve tartışma başlatmıştır.

Sonuç

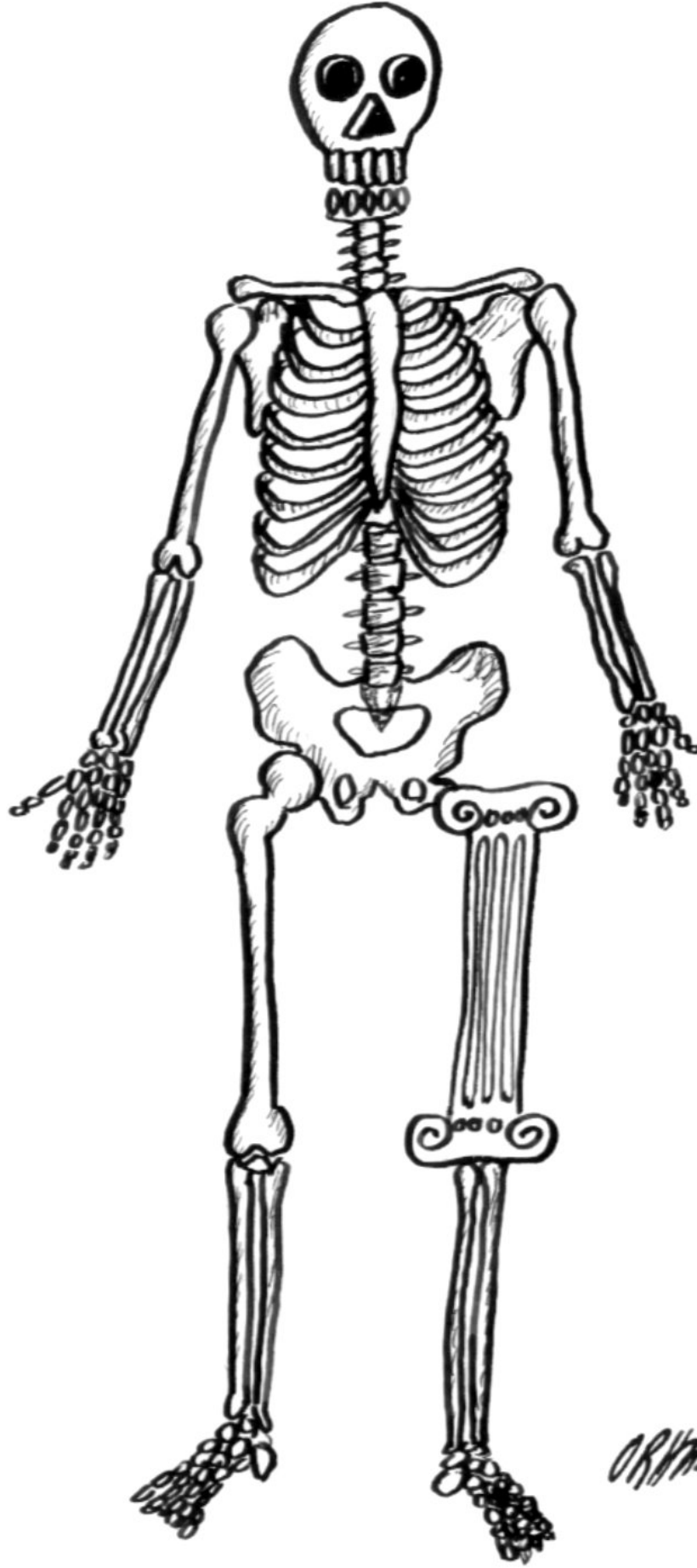
Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye ismiyle başlayan bu ilk tıp derneği, tıp eğitiminin Türkçeye geçmesi için büyük mücadele vermiş, tıp sözlükleri ve Türkçe tıp kitaplarını yayımlamıştı. Zamanla Türkiye’nin her yerinden hekimlerin katıldığı ve Türkiye’nin sağlık politikasına şekil veren milli kongreler ve tıp konferansları düzenlemiş, tıp dergileri yayımlamıştır. Derneğin adı 1923’ten sonra “Türkiye Tıp Encümeni”, 1966 yılından itibaren de “Türkiye Tıp Akademisi” olmuştur. 12 yıldır yönetim kurulunda olduğum bu dernek, çalışmalarına aynı ideal ile devam etmektedir. Ayrıca Akademi, Türk tıp dünyasındaki yeni yeri için yeniden yapılandırma çalışmalarına başlamıştır. İhtisaslaşmalar ve alt ihtisaslaşmalarla bütünü kaybeden tıp uygulamalarına “bütüncül yaklaşım”la insanı anlamak, insanı kazanmak konularında çalışmalar yapmayı planlamaktadır.

Kaynaklar

Altıntaş, Ayten; “143 yıllık tıp derneği: Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye”, *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Mart-Nisan-Mayıs 2010, sayı: 14, sayfa: 98-101

Altıntaş, Ayten; “Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye’den Türkiye Tıp Akademisi’ne”, *Türkiye Tıp Akademisi internet sitesi*, Tarihçe.

<http://turkiyetipakademisi.org/default.asp?id=2> (Erişim Tarihi: 31.03.2017)



Karikatür: Orhan Doğan