

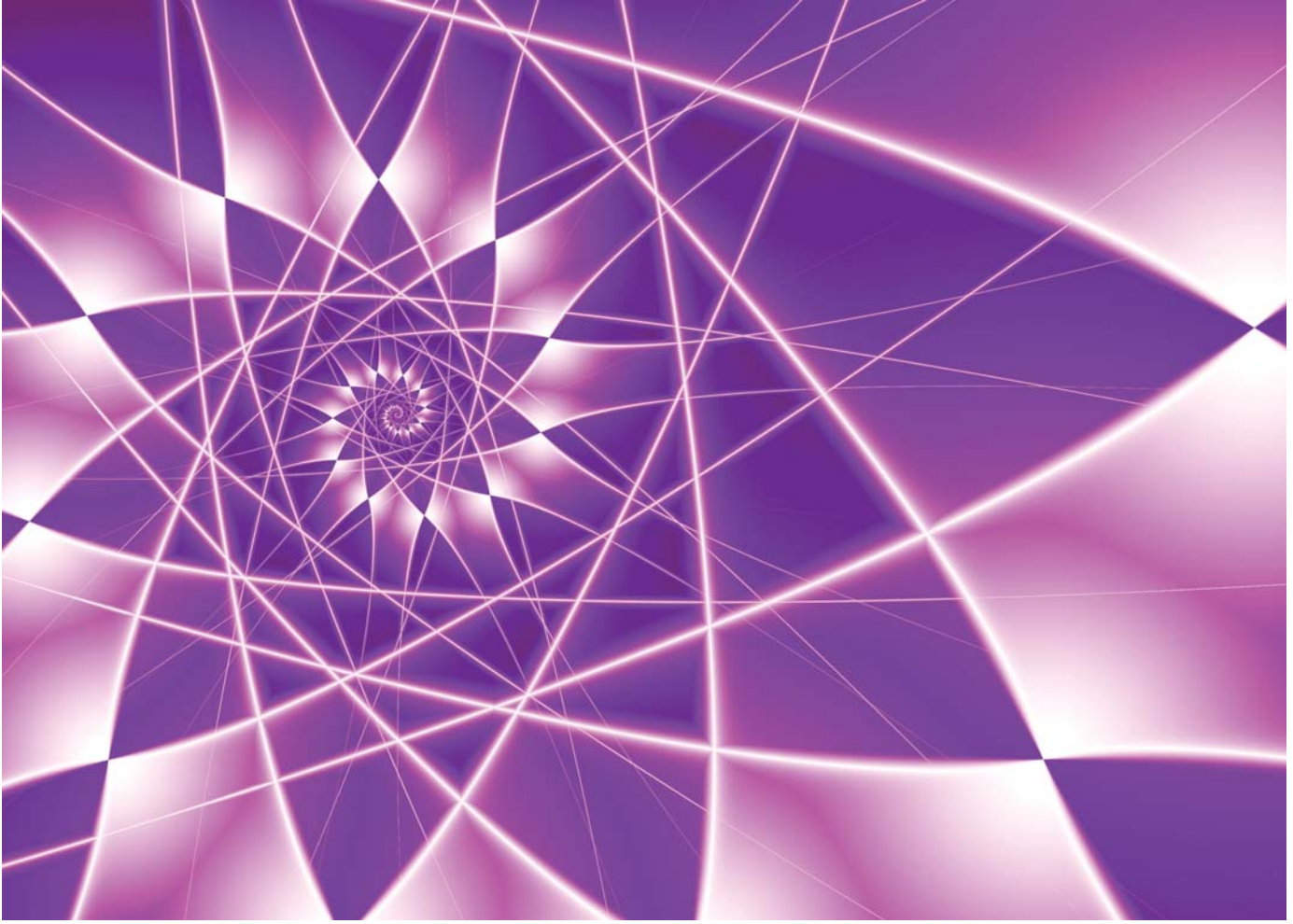
SD

MART
NİSAN
MAYIS
2008
12 YTL
(KDV DAHİL)

İLKBAHAR

6

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



DR. KAMİL BİLİR ÖZEL HASTANELER NEREYE KOŞUYOR? | **DR. SEBAHATTİN IŞIK** ERTELEME MÂLULÜ GENEL SAĞLIK SİGORTASINI VE SAĞLIK SİSTEMİNİ BEKLEYENLER | **PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK** TAM GÜN ÇALIŞMA: SORUNLAR, ÇELİŞKİLER, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ... | **YASEMİN K. ŞAHİNKAYA** CEVDET ERDÖL: "HÜKÜMETLER SİGARADAN GELİR DAHİ ELDE ETSELER BU TİCARETE İZİN VERMEZLER, VERMEMELİDİRLER DE..."

YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR TÜTÜN TUZAĞINDA KADIN | **DOÇ. DR. KEMAL TAHAOĞLU** TÜBERKÜLOZ HASTASININ YÖNETİMİ

PROF. DR. ABDULLAH SONSUZ MEDİKAL, SOSYAL VE EKONOMİK BOYUTU İLE TÜRKİYE'DE KRONİK VİRAL HEPATİT SORUNU | **PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN** SAĞLIKTA PERFORMANS: NE İÇİN, NEREYE KADAR? | **DR. MEHMET DEMİR, DR. HASAN GÜLER** 'SAĞLIKTA PERFORMANSIN PERFORMANSINA ELEŞTİRİLER

DR. SALİH KENAN ŞAHİN SGK VE YOĞUN BAKIM | **DOÇ. DR. AKİF TAN, YASEMİN K. ŞAHİNKAYA** MEHMET BARLAS: "TIP BUGÜN DÜNDEN DAHA İYİ..."

DOÇ. DR. MURAT ALPER EĞİTİM HASTANELERİNDE EĞİTİMİN YENİDEN YAPILANMASI: "DIŞKAPI PRATİĞİ" | **DR. ÜLKÜ ÇINAR** EĞİTİM HASTANELERİ EĞİTİMİN NERESİNDE? | **PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK** GIDA SEKTÖRÜ ÇALIŞANLARINDA PORTÖR TARAMASI | **DOÇ. DR. FAİK ÇELİK** ÖRGÜTLÜ MESLEK, ÖRGÜTLÜ TOPLUM! | **İLKER KÖSE** SAĞLIK BİLİŞİMİ İLE SGK SAĞLIKTA TEK AKTÖR OLMAYA DOĞRU İLERLİYOR | **MURAT BÜTÜN** VERİ MADENCİLİĞİ

DR. HÜSNÜ DAĞLI KORUYUCU TIP: HER ZAMAN KÂRLI MI? | **PROF. DR. ÜMİT ŞİMŞEK** ESKİ YÖNTEM YENİ UMUT: PROSTAT KANSERİNDE KRİYOTERAPİ

DOÇ. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK GEN TERAPİSİNDE TEMEL TEKNİKLER | **DR. ESRA AGEL** SU, TEMİZLİK ARACI MI, HASTALIK NEDENİ Mİ? | **PROF. DR. MUSTAFA BAHÇECİ** ORGAN NAKLİ YASA TASARISI ÜZERİNE... | **YRD. DOÇ. DR. ÇAĞATAY ÜSTÜN** TIBBIN TEDAVİ EDİCİ BOYUTUNDA ETİK

DOÇ. DR. AKİF TAN DÜŞÜNCE VE İMAJ | **GÜLBÜN MESERA** KIZININ GÖZÜNDEN ORDİNARYÜS **PROF. DR. SÜHEYL ÜNVER:** "TÜRK İLİM VE SANATINDA SÖNMEYEN IŞIK" KÜLTÜR SANAT



SD

MART - NİSAN - MAYIS 2008
İLKBAHAR SAYI 6
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
SAĞLIK PLATFORMU
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

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

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Yasemin Karakaş Şahinkaya

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK UYGULAMA
Erol Altun

YAPIM
Medicom

BASKI
SFF Printing House
Bağlar Mevkii, Firüzköy Yolu, No: 44
Avcılar - İstanbul
0212 690 89 89

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Yaşayanı sevmek...

Var olmanın dayanılmaz hafifliğini romanlara, hikmetini ise düşünörlere bıraksak da kendimizi bu fenomenin dışına atamayız. Yaşadığımız evrende insanın fiziksel olarak varoluşuna anlam veren, bu varlığının zıddı olan fiziksel yok oluşudur. Bu varlıkla yokluk arasındaki çizgide ölüm yok olmaksız, doğum varlığın başlangıcı, sağlık da varolmanın kanıtıdır. Hastalık hali ise iki uç arasında bocalayan bir sürece işaret eder.

Hastalıklı, acılarla bezenmiş bir ömrü tanımlarken, "bu yaşamaksa eğer" diye duygularımızı özetleriz. Hayat çizgisinde gerçek anlamda "varolmak", yani "yaşanası bir ömür sürmek" ise ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı olmaktır.

Sevgi ve sağlık birbirini bütünleyen unsurlardır. Sevgiyi yaşatmak sağlıklı olmakla mümkündür. Yaşayanı sevmek ise ancak onun sağlıklı olması için çaba harcamakla, emek vermekle yani sağlık hizmeti ile vücut bulur. İşte sağlık düşüncesinin önemini, kapsamını bu bağlamda anlamak mümkündür.

Görölüyor ki, düşünmek, sağlıklı olmak ve sevmek varolmanın ön şartlarıdır. Bu varoluş ise düşünce ufkumuza, sağlık anlayışımıza ve sevgi gücümüze bağlı olarak biçim almakta, gelişme göstermektedir.

İlk yıllarını yaşamakta olduğumuz yüzyılımız, bilgi ve iletişim çağı gibi vasıfların yanında beklentiler çağı olarak da adlandırılıyor. Bilgi ve iletişim, insanların geleceğe yönelik hayal kurabilme gücünü artırmaktadır. Bu gücün de ivmesiyle, yaşamak anlık bir olgu olmanın ötesinde geleceğe doğru daha kolay uzanabilen bir kimliğe bürünmektedir.

Hayattan nasibini alan hemen herkesin gelecekle ilgili ciddi beklentileri var. Bunların bir kısmı karşılanabilir, bir kısmı ise

karşılanamaz beklentiler. Modern kalite yönetim sistemlerinin vazgeçilmez bileşenlerinden biri olan "vizyon" da aslında, kurum veya kişilerin gelecekle ilgili beklentilerinin kısaltılmış, özetlenmiş bir şeklidir.

Politikalar, bu beklentileri karşıladığı ölçüde anlamlı oluyor, kabul görüyor ve yaygınlaşıyor. Aksi durumda ise eleştiriliyor, önem verilmiyor veya reddediliyor. Dergimiz SD, sağlık sisteminden beklentiler konusunda bir platform, bir aracı olma ve sağlık alanında yeni beklentiler oluşturma misyonunu sürdürecektir. Bu yolda elde edilecek olan fikir ve güç birliğinin sağlık politikalarını yönlendirmesi kaçınılmazdır.

Aslında, sağlık politikalarına yön verenlerin de kendi adlarına veya toplum adına beklentileri mevcuttur. Son yıllarda sağlık politikalarımızdaki hızlı ve radikal değişikliklerin ardındaki hakim itici güç bu beklentilerdir. Çoğu zaman mikro ölçekteki beklentiler, makro düzlemdeki beklentilerle çatışabilmektedir. Özellikle sistemin planlayıcıları ile aktörleri arasındaki beklenti çatışması daha belirgindir. Bu beklentilerin birbiriyle çatışmaması, karşılıklı uyum içinde olması, her zaman ve her alanda olmasa bile, yine de mümkün olabilir.

Toplum sağlığının ve sağlığın korunup geliştirilmesinin çok daha fazla önem kazanmakta olduğu günümüzde, bir yandan sağlıklı yaşam biçimleri üzerinde durulur ve insanlar buna teşvik edilirken diğer yandan kadınlar, erkekler ve hatta çocuklar sigara ve alkolün zararlı etkilerinden korunmaya çalışılmaktadır. İnsanların hastalıklardan korunması ve daha sağlıklı bir hayat sürebilmesini temin için büyük gayretler sarf edilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesi, akut ve kronik, bulaşıcı olan veya olmayan hastalık-

larla mücadele edilebilmesi için ülkelerin önemli derecedeki insan ve finans kaynakları seferber edilmektedir. Toplumsal refah, sağlık ve mutluluk birbirini bütünleyen ama hep çalış- ma, gayret, çaba, hatta fedakârlık isteyen çok sektörlü dinamiklerdir.

Sizce devlet sağlığın neresindedir? Özel sektör ne kadar bu alandadır? Eli taşın altında kalan kim, sistemden nemalanan kimdir? Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlığın içinde ama neresindedir, ne kadardır? Sağlık çalışanları ve bilhassa doktorların bu süreçteki sorumluluğu ve etkisi nedir? En önemlisi de, sağlık hizmetini talep eden, beklentilerinin karşılanmasını bekleyen vatandaş ne kadar işin içindedir?

Bu soruların cevaplarını ayaküstü verilebilmek mümkün değildir. Kısacası, sağlığımızın sağlıklı olmasının sorumluluğu altında olanların çok geniş bir alana yayıldığı görülmektedir. Ortak akıl bu noktada da devreye girmeli ve herkesin beklentilerini optimum seviyede karşılayabilecek çözümler üretmeli. Üretmeli ki, kişiler ve kurumlar geleceklerinden emin olsunlar, beklentilerini karşılasınlar... Sağlık Düşüncesi Dergisi, bu süreçte üzerine düşeni yapmakta, ortak aklın yeşertileceği mümbit alana ev sahipliği yapmaktadır. Her geçen günün bu duruma daha fazla şahitlik yapma şansı taşıdığını hep birlikte göreceğiz.

Özür... Dergimizin 5. sayısı, 40-45. sayfalarda ve yine aynı sayının 34-39. sayfalarında yayımlanan makalelerde editoryal bir hata nedeniyle yazar isimlerinin sıralaması yanlış olarak basılmıştır. Bu yanlışlıktan dolayı özür dileriz.



Genç annelerde meme kanseri daha az

American Journal of Epidemiology'de yayımlanan bir makaleye göre, menarş ile ilk doğum arasında geçen sürenin uzaması, meme kanseri riskini artırıyor. 1994 - 98 tarihleri arasında yapılan, 4.013 meme kanserli hasta ile 4.069 kontrol vaka-sının alındığı bir çalışmanın verilerinin incelenmesi sonucu, ilk adet tarihinden 16 yıl ya da daha sonra doğum yapmış pre-menopozal kadınlarda meme kanseri riskinin, menarşdan sonra 5 yıl içinde doğum yapanlara göre 1,5 kat arttığı belirlenmiş. Menopoz sonrasında bu risk 1,4 kat olarak hesaplanmış. Özellikle hormon reseptörü pozitif ve lobular tümörlerde risk artışı görülmüş. Zenci Amerikan kadınlarında ise menarş - ilk doğum süresinin meme kanserinde belirgin bir risk artışı ile ilişkisi bulunmamış.

Daha önce yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, menarş yaşının her bir yıllık artışının, pre-menopozal ve post-menopozal kadınlarda meme kanseri riskini % 5-20 arası azalttığı saptanmıştı. Bu çalışmada ise menarş yaşının ileri olmasının koruyucu bir etkisi gözlenmemiş.

Annenin stresi bebeği şizofren yapıyor

Archives of General Psychiatry'de yayımlanan bir makalede, ilk trimesterde sevdiği birinin kaybı gibi ağır stres yaşayan kadınların çocuklarında, ileriki yaşlarda şizofreni gelişme riski artıyor. Manchester Üniversitesi'nden araştırmacılar, gebelik sırasında bir yakınlarını kaybeden ya da bir yakını ağır hastalık geçiren kadınlardan doğan 35.000 Danimarkalı çocuğun sağlık verilerini taramışlar. Cinsiyet, annenin gebelik yaşı, ailede ruh hastalığı öyküsü, doğum yeri gibi faktörler eşitlendiğinde, gebeliğin ilk üç ayında bir yakını kaybeden annelerin çocuklarında erişkin dönemde şizofreni riski % 67 daha yüksek bulunmuş.

Kalp yetmezliği olanların ömrünü uzatan etmenler

Yale Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, kalp yetmezliği tanısıyla 1998 - 2001 yılları arasında hastaneden taburcu edilen 65 yaş üzeri, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun görece korunduğu 13.533 hastanın, takip eden yıllardaki sağlık verileri incelenmiş.

American Journal of Cardiology'de yayımlanan araştırma sonuçlarında, statin kullananların kullanmayanlara göre mortalite riskinin birinci yılda % 31, üçüncü yılda % 27 azaldığı saptanmış. Statinlerinin bu etkisinin, kolesterol düzeyi, yaş, diyabet, hipertansiyon ya da koroner kalp hastalığı varlığından bağımsız olduğu bildirilmiş. ACE inhibitörü kullananlarda ise risk birinci yılda % 12; üçüncü yılda % 7 azalmış. Beta bloker kullananlarda ise birinci yılda % 7; üçüncü yıl sonunda ise % 8 azalmış. Sol ventrikül fonksiyonları korunmuş hastalarda üç ilaç arasında en fazla faydanın statin kullanımı ile ortaya çıktığı bildirilmiş.



Prostat kanserinde yeni bir idrar testi

Prostat kanseri taramasında yeni ortaya konan bir idrar testinin, halen kullanılan prostat spesifik antijen ölçümlerinden daha hassas olduğu bildirildi. Cancer Research'de yayımlanan makalede testin pozitif prediktif değerinin % 79,8; negatif prediktif değerinin % 60,8 olduğu bildirildi.

PSA düzeyi yüksek 276 hastadan rektal muayeneden sonra, iğne biyopsisi (n=216) ya da radikal prostatektomi (N=60) yapılmadan önce idrar örneği alınmış. Bu gruptan 111'inde biyopsi negatif gelirken, 165'inde (105'i biyopsi, 60'i prostatektomi ile) prostat kanseri tanısı konmuş. Çalışmaya alınan toplam 138 prostat kanserli, 96 biyopsi negatif hastanın idrarında kantitatif PCR ile 7 genin ekspresyonuna bakılmış.

Bakılan yedi genden dördünün oluşturduğu panelin (GOLPH2, SPINK1 ve PCA3 ekspresyonu ile TMPRSS2:ERG füzyonu varlığı) prostat kanserli hastaların saptanmasında sensitivitesi % 65,9; spesifitesi % 76 olarak bulunmuş. Multipleks modelde pozitif ve negatif prediktif değerler % 79,8 ve % 60,8 olarak hesaplanmış. Bu dörtlü panel içinde halen kullanılan sadece PCA3 bulunuyor.



DSÖ, sigaranın sabıkalarını açıkladı

Dünya Sağlık Örgütü, önlem alınmazsa bu yüzyılda 1 milyar insanın sigaraya bağlı nedenlerden ölebileceğini açıkladı. DSÖ'nün açıklamasına göre, 20. yüzyılda tütün 100 milyon insanı öldürdü. Halen yılda 5,4 milyon insan tütüne bağlı nedenlerle ölüyor. Tütün kullanımı, dünyada en çok ölüme neden olan kalp hastalığı, inme, kanser gibi sekiz hastalığın altısının gelişimini hızlandırıyor. Halen sigara içen 1 milyardan fazla insanın yaklaşık 500 milyonunun sigaradan öleceği tahmin ediliyor. Tedbir alınmazsa 2030 yılında sigaraya bağlı ölümlerin yılda 8 milyona çıkması bekleniyor. Bu ölümlerin % 80'i gelişmekte olan ülkelerde olacak. DSÖ'nün sigaraya bağlı ölümlerin azaltılması için 6 tedbiri var: Tütün kullanımı ve önleme politikalarının izlenmesi, insanların sigara dumanından korunması, tütünü bırakmaya yönelik yardımlar, tütünün zararları ile ilgili bilgilendirme, tütün reklamı ve sponsorluklarına yasak getirilmesi ve tütün üzerindeki vergilerin artırılması.

İtalya'da yasak, kalp krizlerini azalttı

Circulation'da yayımlanan bir makalede İtalya'nın başkenti Roma'da, toplu mekânlarda sigara yasağı konduktan sonraki yılda koroner olaylarda belirgin düşme görüldüğü bildirildi. Ocak 2005'teki sigara yasağından önceki beş yılda ve sonraki bir yılda Roma'da görülen akut koroner olayların sayısı araştırılmış. Bu yıllar içinde sıcaklıklar, hava kirliliği, grip salgınları gibi koroner olayları etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurularak yapılan analizlerde, yasaktan sonra akut koroner olaylarda 35 - 64 yaş grubunda % 11,2; 65 - 74 yaş grubunda ise % 7,9 azalma izlenmiş. Araştırmacılar, farkın doğrudan sigara yasağı ile pasif içiciliğin azalmasıyla ilişkili olduğundan emin olduklarını söylüyorlar. Yaşlılarda riskin daha az azalmasını, bu yaş grubunun toplu mekânlardan çok, evlerinde vakit geçirmesi ile açıklanabileceğini belirtiyor. Yasaktan sonra sigara tiryakiliği erkeklerde % 34,9'dan % 30,5'e; kadınlarda % 20,6'dan 20,4'e düşerken, sigara satışları da % 5,5 gerilemiş.

Sigara uykuyu da bozuyor

Johns Hopkins Üniversitesi'nde yürütülen Uyku ve Kalp Sağlığı Çalışması'nın bir alt grup analizinde, başka bir hastalığı olmayan ve günde en az 20 sigara içen bireylerde uyku kalitesinin bozulduğu saptanmış. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve ırk olarak benzer, sigara içmeyen 40 erişkin bireyin elektroensefalogramlarıyla karşılaştırıldığında, sigara içenlerin hafif uykuda daha fazla, derin uykuda daha az zaman geçirdikleri belirlenmiş. En belirgin fark, erken uyku evresinde olduğu için uyanıklıkta rol alan nörotransmitterlerin nikotine bağlı artışının etkili olabileceği belirtilmiş. Nikotin yarı ömrü yaklaşık 2 saat olduğu için, gecenin devam eden saatlerinde hafif bir nikotin yoksunluğu tablosunun ortaya çıkarak uyku yapısını bozabildiğini ileri sürüyorlar.

Sigarayı bırakma ilacı, psikiyatrik bozukluk yapıyor

Pfizer'ın sigarayı bırakmada yardımcı olmak üzere endikasyon aldığı, varenicline etken maddeli Chantix adlı ilacına ilişkin yeni bir FDA uyarısı yayımlandı. Varenicline kullanımına bağlı olarak günler - haftalar içinde duygu durum bozukluğu, ajitasyon, intihar düşüncesi ve intihar vakaları ortaya çıkabiliyor. Bu olaylardan bazıları sigarayı kesmeye bağlanırken, henüz sigarayı kesmemiş bireylerde de görülmesi, varenicline'i şüpheli hale getiriyor. Vakaların çoğu ilacı kullanırken, bazıları ise ilacı kestikten sonra görülüyor.

FDA, doktor ve hastaların ilacı kullanırken oluşabilecek duygu ve davranış değişiklikleri konusunda dikkatli olması gerektiğini bildiriyor. Ayrıca bazı hastaların değişik, garip ve canlı rüyalar görebildiğini ve bu hastaları araç kullanmada güçlükler yaşayabileceği konusunda uyarıyor. İlacın prospektüs bilgisine gerekli uyarıların eklenmesi için çalışmalar sürüyor.



Yapay tatlandırıcılar kilo aldırıyor

Diyabet ve obezitede, karbonhidrat ve kalori alımını azaltmak için kullanılan kalorisiz tatlandırıcılar, kilo kontrolünü zorlaştırıcı etki gösterebiliyor. İnanılması zor bu sonuç, küçük bir hayvan çalışmasından kaynaklanıyor. Behavioral Neuroscience dergisinde yayımlanan çalışmada, bir grup rata normal yem ve şekerli yoğurt verilirken diğer gruba normal yemle birlikte sakarinle tatlandırılmış yoğurt yedirilmiş. Sakarinli yoğurt yiyen fareler deney süresince daha çok kilo almış. Araştırmacılar, tatlandırıcı gıdaların vücudun tatlı-kalori ilişkisini ve kalorik alımı tahmin yeteneğini bozduğunu, bunun da sonunda fazla yemeye neden olduğunu düşünüyorlar. Obezitenin toplumdaki sıklığı ile birlikte tatlandırıcı gıda ve içeceklerin satışının da hızla artmasının dikkat çekici olduğunu belirten araştırmacılar, buradaki neden-sonuç ilişkisinin sanıldığı aksine yönünde olabileceğini ileri sürüyorlar.

Bu çalışma, yapay tatlandırıcıların kilo alma riskini artırdığına ilişkin ilk hayvan çalışması değil. Başka bir çalışmada, önceden sakarin verilen ratların yüksek kalorili şekerli bir besin yedirildikten sonra normale göre daha az enerji harcadıkları gösterilmişti. Konuyla ilgili bilim adamları, hayvan çalışmalarının sonuçlarının insanlara uygulanmasının zor olduğunu, insanlardaki iştah kontrol mekanizmalarının çok daha karmaşık olduğunu belirtiyorlar. Ancak yeme krizi yaşayan bazı obezlerde, tatlandırıcıların bu krizleri tetikleyebileceğinin altı çiziliyor.

Kalsiyum kanal blokerleri parkinson riskini azaltıyor

Neurology dergisinde yayımlanan bir makalede, kalsiyum kanal blokeri grubundan antihipertansif ilaç kullanımının, parkinson hastalığı riskini belirgin olarak azalttığı bildiriliyor.

Bu çalışmada, İngiltere'de pratisyen hekimlere kayıtlı 5 milyon hastanın verileri incelenmiş. Hastaların beta bloker, ACE inhibitörü, anjiyotensin II antagonistleri, kalsiyum kanal blokeri gibi antihipertansif ilaçları kullanma durumları ile parkinson hastalığı tanısı alınması durumu araştırılmış. Bu veriler içinden 1994 - 2005 yılları arasında 40 yaş ve üzeri parkinson tanısı alan 3.637 hasta seçilmiş. Kontrol grubu olarak aynı veri tabanından yaş ve cinsiyet olarak benzer aynı sayıda parkinson olmayan birey seçilmiş. Antihipertansif ilaçlara ne zaman başlandığı ve ne kadar kullanıldığı kaydedilmiş. Hastaların vücut kitle indeksi, sigara, kardiyovasküler, metabolik, psikiyatrik hastalıkları göz önünde bulundurularak regresyon analizleri yapılmış. Analiz sonucunda en az 30 kez kalsiyum kanal blokeri reçete edilmiş ve halen kullanılan hastalarda hiç antihipertansif ilaç kullanmayanlara göre parkinson hastalığı gelişme riski % 23 daha düşük saptanmış. Diğer antihipertansiflerde böyle bir ilişki gözlenmemiş. Etki, kadınlarda ve 80 yaş üzeri grupta daha belirginmiş.

Dopaminerjik nöronların aktivitesinde L-tipi kalsiyum kanal blokerleri önemli rol oynuyor. Bu kanalların bloke olması halinde nöronların çalışması bozulmazken, muhtemelen başka mekanizmalarla hücre hasarından korunuyorlar. Çalışmada, antihipertansiyon dışında bir endikasyonla kalsiyum kanal blokeri kullanan bir grup hastada da parkinson hastalığı gelişme riskinin normalden % 40 az olduğu saptanmış.



Şekerli meşrubatlar gut riskini artırıyor

British Medical Journal'da yayımlanan bir araştırmada, şeker ve fruktozla tatlandırılmış meşrubatların gut riskini önemli ölçüde artırdığı bildirildi. Fruktozun; akut olarak, oral veya intravenöz olarak verilmesi insanlarda, serum ürik asit düzeyini hızla artırıyor. Bu etki, hiperürisemik ya da önceden gut öyküsü olan hastalarda daha da abartılı bulundu.

Çalışma, daha önce gut öyküsü bulunmayan 43.393 erkeğin 12 yıllık izlemi ile yapıldı. Gıda alım şekli ve sıklıkları anketlerle izlendi. 12 yıl içinde 755 gut vakası ortaya çıktı. Şekerli meşrubat tüketimi ile gut riski arasında belirgin ilişki saptandı. Ayda bir bardaktan az şekerli meşrubat içenlere göre, gut riski günde bir bardak içenlerde % 29; iki ya da daha çok bardak içenlerde % 85 daha fazla bulundu. Fruktoz içeren meşrubat ve meyve suyu tüketimi de 2 katta varan bir risk artışı oluşturuyor. Yapay tatlandırıcıli diyet içecekler ise gut riskini artırmıyor.

Gut profilaksisinde pürinden zengin gıdalar özellikle kısıtlanır. Bu çalışmada, et tüketim miktarlarına göre 1/5'lik dilimlere ayrıldığında, en üst 1/5'lik dilimdeki bireylerin gut gelişme riski en alt 1/5 dilimdekilere göre % 41 artmış bulunmuş. Araştırmacılar gut profilaksisinde halen önerilen pürinden fakir ancak fruktozu kısıtlamayan diyetlerin gut ataklarını artırabileceğini belirtiyorlar.

Yaşlı kadınlarda kalsiyum takviyesi kalp krizini artırıyor

Yeni Zelanda'da yapılan bir araştırmada, 55 yaş üzeri postmenopozal kadınlarda osteoporoz tedavisi ya da profilaksi için verilen kalsiyumun koroner olayları artırdığı bildirildi.

1.471 kadının (ortalama yaş 74) iki gruba ayrılarak; bir gruba günde 1 gram kalsiyum, diğer gruba ise plasebo verilerek 5 yıla kadar izlendiği çalışmada, kalsiyum verilen grupta MI riskinin 2.12 kat; inme riskinin ise 1.42 kat arttığı bildirildi. İnfarktüs riskindeki artış anlamlı bulunurken, inme riskindeki artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. Hasta bildirimleri ile elde edilen bu rakamlara, hastane kayıtlarındaki bildirilmemiş olaylar da eklendiğinde kalsiyum alanlarda MI riski almayanlara göre 1,49 kat yüksek bulundu ki, bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu çalışmanın verileri ilgi çekmekle birlikte, 25-OH vitamin D düzeyi 25 nmol/l'nin altında olan kadınların çalışmaya alınmaması, başlangıç randomizasyonun iyi yapılmayarak kalsiyum kullanan grupta daha fazla sigara kullanımı, LDL yüksekliği gibi risk faktörlerinin bulunması, diğer kardiyovasküler riskler açısından analizlerin yapılmaması, NSAİİ kullanımının sorgulanmaması gibi sonuçları ihtiyatla karşılamak gerekiyor. Framingham çalışması daha büyük ve kontrollü çalışmalarda, vitamin D eksikliğinin kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı gösterilmişti.

Alzheimerda hızlı iyileşme

Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF-a) antagonisti olan romatoid artrit tedavisinde kullanılan etanercept, perispinal uygulandığında alzheimer hastalığına bağlı zihinsel ve davranışsal bozukluklarda anında görülen iyileşmeye yol açıyor.

Journal of Neuroinflammation'da yayımlanan makalede, 81 yaşındaki orta derecede alzheimerı bulunan bir erkek hastada etanercept, patent alınmış özel bir yöntemle perispinal olarak enjekte edilmiş. Hasta uygulamadan önce hangi eyalette oturduğunu ve yaşadığı yılı bilmiyormuş. Boston İsimlendirme Testi'nde gösterilen 10 eşyadan dokuzunun adını söyleyemeyen hasta, ilaç uygulandıktan 10 dakika sonra yaşadığı yeri bilmiş, yılı bir yıl hatayla söylemiş ve resmi gösterilen 10 eşyadan dokuzunun adını doğru olarak cevaplamış. Uygulamadan iki saat sonra da hastanın durumu iyileşmeye devam etmiş.

Bu tek vaka haricinde aynı araştırmacılar 2006 yılında 15 hastayla yapılan 6 aylık bir çalışmanın sonuçlarını da yayımlamışlardı. Ancak bu çalışmanın protokolünde hastalara ayda bir perispinal etarsept yapılıyor ve aylık olarak izleniyordu. Bu çalışmalarında hastaların kognitif fonksiyonlarında izlem boyunca iyileşmenin devam ettiğini bildirmişlerdi. Ancak araştırmacılar pek çok hastada uygulama sonrası dakikalar içinde düzelme gözledikleri için bu etkiyi bir vaka sunumu şeklinde yayımlamayı uygun görmüşler.



Amerika'da probiyotikli yoğurt reklamlarına karşı dava açıldı

California'da, "probiyotik" mikroorganizma taşıyan yoğurtların sağlığa yararları ile ilgili yanlış bilgiler içeren reklam kampanyaları yaptığı için Dannon (Türkiye'de Danone adıyla biliniyor.) şirketi aleyhine dava açıldı.

Dava gerekçesinde, Dannon firmasının reklamlarında Activia, Activia Lite ve DanActive gibi probiyotikli yoğurtların yararlarının "klinik" ve "bilimsel" olarak kanıtlandığını iddia etmesine karşın, firmanın kendi çalışmalarında bile yeterli kanıt ortaya konmadığı belirtiliyor.

Activia'nın ABD'deki paketinde "bifidus regularis" mayasının "sindirim sisteminin doğal olarak düzenlemeye yardım eder" ifadesi bulunuyor. DanActive içeceğinin üzerinde ise "günlük olarak tüketildiğinde vücut savunmasını doğal yolla güçlendirir" yazıyor. Dannon'u takiben diğer firmalarda benzer iddialar taşıyan ürünler piyasaya sürüldü. Dava dilekçesinde mikroorganizmanın herhangi bir hastalığı önleyici etkisi ya da yararının ispatlanmadığına ilişkin bilimsel veriler bulunuyor. "Probiyotikli" yoğurtlar, ABD'de normal yoğurtlara oranla % 30 daha pahalıya satılıyor. Firmanın, ABD'deki yoğurt satışlarının % 40'ını bu ürünler oluşturuyor.



Diyabet hastalarında kan şekerinin sıkı kontrolü zararlı mı?

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)'ne bağlı olarak çalışan Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI)'nin 2001'den beri yürüttüğü Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes – ACCORD çalışmasının sıkı kan şekeri kontrolü kolu, mortalitenin arttığının gözlenmesi sonucu sonlandırıldı. ABD ve Kanada'da 77 merkezde yürütülen 40 - 82 yaş arası (ortalama yaş 62), ortalama 10 yıldır diyabeti bulunan, gösterilmiş kalp damar hastalığı olan ya da diyabetin yanı sıra kalp damar hastalığı için en az iki risk faktörü (yüksek kolesterol, hipertansiyon, sigara, obezite gibi) daha bulunan 10.251 hastanın izlendiği çalışmada, kan şekerinin sıkı kontrolü ile standart tedavi, hipertansiyonun yoğun kontrolü ile standart hipertansiyon tedavisi, tek başına statin ile statin + fibrat kullanımının major kardiovasküler olaylar ve mortalite üzerine etkileri araştırılıyordu. Çalışmanın 2009'da sonlanması, sonuçların 2010'da yayımlanması bekleniyordu.

Çalışmanın kan şekeri kontrolü kolunda ortalama HbA1c düzeyi % 6,4'e düşürülmüşken, standart tedavi alan grupta % 7,5'te seyrediyordu. Ancak sıkı kan şekeri kontrolü yapılan grupta her yıl 1.000 katılımcıdan 14'ü ölürlen, standart tedavi alan grupta 11 hastanın ölmesi (toplam 257 ölüme karşın 203 ölüm) üzerine, çalışmanın bu kolu durduruldu. Bu sonuç, herkesi şaşırttı. Çünkü şu ana kadar yapılan çalışmaların hepsinde kan şekerinin dü-

şürülmesinin ölümcül olan ya da olmayan kardiyak olayların yanı sıra göz, sinir ve böbrek komplikasyonlarını azalttığı izlenmişti.

ACCORD çalışmasına alınan hasta grubunun kendine has bazı özellikleri bulunuyor. Bu hasta grubunun yaşı ileri ve yüksek kardiovasküler risk taşıyorlar. Araştırmacılar, bu özellikle sahip diyabetik hastalarda normalde yıllık mortalitenin 1.000'de 50 civarında olmasına karşın, çalışmada hastaların çok iyi tedavi edildiği için olsa gerek, tüm gruplarda beklenenden daha düşük mortalite izlendiğini belirtiyorlar. Aynı çalışmada intensif kan şekeri kontrolü ile ölümcül kardiyak olaylarda artış görülürken, ölümcül olmayan koroner olaylarda % 10 azalma izlenmiş. Yani kan şekeri sıkı kontrol edilen yüksek riskli diyabetik hastalarda MI daha seyrek görülüyor ancak daha ölümcül seyre-di-yordu. Mortalitedeki artış, şimdilik kullanılan herhangi bir ilaçla (rosiglitazon dahil) ilişkili bulunmadı.

American Diabetes Association, glisemik kontrol için glikolize hemoglobinin %7'nin altında tutulmasının hedeflenmesini öneriyor. ACCORD çalışmasının verilerine göre ise, özellikle yaşlı ve yüksek riskli grupta % 7 civarında daha gevşek bir tedavi stratejisinin doğru olabileceği anlaşıyor.

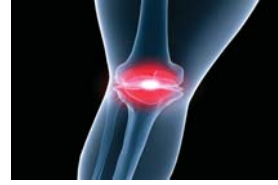
ACCORD çalışmasının şaşırtıcı sonuçlarının ardından, benzer bir çalışma olan ADVANCE'nin ilk verileri açıklandı. ADVANCE çalışmasında 11.140 yüksek

riskli diyabetik hasta sıkı kan şekeri kontrolü ya da standart tedavi protokollerine ayrılarak izleniyordu. Çalışma sona yaklaşıyor, verilerin % 99'u tamamlandı ancak veriler henüz yayımlanmadı. ACCORD çalışmasının yarattığı endişe üzerine ADVANCE araştırmacıları kendi çalışmalarında sıkı kan şekeri kontrolünün mortalite üzerine olumlu etki yapıp yapmadığını henüz analiz etmediklerini ancak mortaliteyi artırmadığını şimdiden açıklayabileceklerini bildirdiler.

ADVANCE ile ACCORD çalışmaları büyük oranda birbirine benzemekle birlikte bazı önemli farklılıkları var. ADVANCE'da yaş grubu daha ileri (66'ya karşı 62), diyabet süresi daha kısa (8 yıla karşı 10 yıl), başlangıç HbA1c'leri biraz daha düşük, kan basınçları biraz daha yükselmiş. Tedavi olarak ADVANCE grubunda her hastaya mutlaka sülfonilüre grubundan gliklazid verilirken, ACCORD'da belirli bir ilaç seçimi yapılmadan tedavi yürütülmüş. Her iki grupta da hastaların büyük bölümünde monoterapi yetersiz kalmış ve çoklu ilaç kullanılmış. ACCORD çalışmasında tiazolidinedionların ADVANCE'a göre daha fazla kullanılmış olduğu tahmin ediliyor.

New England Journal of Medicine'da yayımlanan Danimarka kaynaklı yeni bir çalışmanın sonuçları da ACCORD ile çelişiyor. Steno-2 çalışmasında 160, tip 2 diyabetik hasta 13.3 yıl izlenmiş. Mikroalbuminüri olan bu hastaların başlangıç yaşı 55 imiş. Hastalar sıkı kan şekeri kontrolü ya da standart tedavi gruplarına randomize edilmişler. 7,8 yıl bu şekilde takip edildikten sonra tüm hastalara sıkı kan şekeri kontrolü yapılarak 5.5 yıl daha takip edilmişler. Hastalara ACE inhibitörleri ve statin tedavisi de verilmiş. HbA1c değerleri, 7.8 yıllık randomizasyon dönemi sonunda % 7,9'a karşı % 9.0 iken, randomizasyon kaldırıldıktan sonra (13.3 yıl sonunda) % 7,7'ye % 8.1 olarak saptanmış.

13.3 yıl sonunda başlangıçta yoğun tedavi alan hastalardan 24'ü ölürlen, başlangıçta standart tedavi alanlardan 40'ı ölmüş (tehlike oranı 0,54 p = 0,02). İntensif tedavi alanlarda ölümcül olan ya da olmayan kardiovasküler ölümler de anlamlı derecede azalmış (tehlike oranı 0,43 ve 0,41). İntensif tedavi grubunda 1; standart tedavi grubunda ise 6 hasta son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemiş. Araştırmacılar, başlangıçta standart tedavi alan grupta izleme süresi içinde mortalitenin % 50'ye ulaşmasının çok ürkütücü olduğunu, bu oranın pek çok kanserin yaşam beklentisi ile karşılaştırılabileceğini belirterek, kan şekerinin başlangıçtan itibaren sıkı kontrolünün gerektiğini altını çiziyorlar.



Diz osteoartritinde hyalan işe yaramıyor

Hylan, hyaluronik asidin daha yüksek viskoziteli modifiye şeklidir. İntraartiküler uygulanan hylan'ın daha visköz olduğu için, eklem aralığında daha uzun süre kalması gerektiği düşünülüyordu.

Arthritis and Rheumatism dergisinde yayımlanan bir metaanalizde ise, hylan'ın hyaluronik asitten daha etkili olmadığı gibi daha fazla lokal yan etkilere neden olduğu ortaya kondu. 2.085 hastanın dahil olduğu 13 çalışmanın incelenmesi ile elde edilen sonuçlarda lokal yan etki ve hastalık alevlenmesi riskleri hyaluronik aside göre 1,91 ve 2,04 kat daha yüksek bulundu. Hylan'ın tedavi etkinliği ise hyaluronik asitten daha yüksek değildi. Araştırmacılar, diz osteoartritinde intraartiküler hylan kullanılmaması gerektiğini belirtiyorlar.

Yeni yasal düzenlemeler ışığında özel hastanelerin geleceği

Özel hastaneler nereye koşuyor?

Dr. Kamil Bilir

A

nayasa Mahkemesi sürecinden sonra Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde yeniden görüşülmeye başlanan 5510 sayılı yasanın sağlık hizmet sunucularını ilgilendiren 72. ve 73. maddelerinde radikal değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişiklik kısaca Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapacak olan kamu hastanelerinin bazı istisnalar dışında hastalardan ek ücret talep etmemesini, özel hastanelerin ise sadece % 20'ye kadar ek ücret talep edebilmesini hüküm altına alıyor. Bu kuralın sürdürülebilirliği son günlerde yoğun tartışma konusudur. Sayın Sağlık Bakanımızın bu değişikliğin savunuculuğunu üstlenmesi, devlet hastaneleri ile özel hastanelerin gelir ve giderler açısından karşılaştırılmasının tartışmaların odağına çekilmesine yol açmıştır.

Vatandaş nezdinde güven unsurunun oluşturulması ve memnuniyetsizliği önlemesi açısından hastanelerden talep edilen fark ödemelere bir sınır getirilmesi kaçınılmaz olmuştur. Sigorta güvencesi altına alınmış vatandaşlarımızın özel hastaneye başvurduğunda fark ödemesi veya çok sınırlı bir fark ödemesi de politik açıdan savunulması hoş olan bir durumdur. Niyetler ne olursa olsun, bu yaklaşım gerçekçi bir zemine oturtulabilecek mi, yoksa popülist bir politika çerçevesinde mi kalacak, henüz netleşmiş değildir.

Haddimi aşmak olarak nitelendirebilirsiniz, ama yine de gözlemlerime dayanarak ve hayallerimi zorlayarak bu uygulama sonrasında özel sağlık sektöründe olacakların senaryosunu yazmak istiyorum.

Sektörlerin hizmet maliyetlerine etki eden en önemli farklar, özel hastaneler aleyhine işleyen ortalama % 10 ci-varındaki amortisman ve finansman







Sigortalı hastalara yoğun olarak hizmet veren özel hastaneler tek tek incelendiğinde, hizmet kalemlerinden % 0 ile % 300 oranında fark ücreti talep ettikleri görülmektedir. Hastanelerin toplam cirosu içinde fark ücretlerden elde ettikleri gelir oranına bakıldığında, bu oranın üniversite hastanelerinde %15, özel hastanelerde ise % 13 - 60 arasında olduğu görülmektedir.

giderleri, kamu hastaneleri aleyhine işleyen % 6-20 arasındaki zorunlu kamu kurumları kesintileri, tahakkuk ve tahsilat farkı (% 6-20) ve kamu hastaneleri lehine işleyen genel bütçe subvansiyonları (%15-30) ile yerel yönetimler ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü katkılarıdır.

Bunlara bakarak teorik olarak aynı tarzda işleyen özel ve kamu hastane giderleri arasında bir karşılaştırma yapılabilir. Ancak bu karşılaştırmanın hastanelerin gerçek durumu ile ilgisi olmamaktadır. Zira hem devlet hastaneleri hem de özel hastaneler kendi aralarında bulundukları bölge, ulaşım şartları, nüfus yoğunluğu, hizmet verdikleri alanlar, hizmet yoğunluğu, hedef kitlenin beklenti düzeyi gibi çok fazla farklılıklara muhatap olmakta, bu da maliyetlerine yansımaktadır.

Bu yüzden küçük, orta, büyük hastane örneklerini ele alıp muayene sayıları, ameliyat sayıları, yatak sayıları üzerinden gelir gider hesabı yaparak çok farklı ve gerçeğe bağdaşmayan

sonuçlar üzerinde çalışmak zaman kaybına ve uzlaşmazlığa yol açmaktan başka işe yaramıyor.

Birim fiyatlar bir şekilde belirli olursa, uzun süreçte bu fiyatlarla hizmet verebilecek özel hastaneler, en azından arz açığının bulunduğu bölgelerde açılabilir. Ya da bu konumdaki hastaneler yeni duruma uyum sağlayabilir. Ancak şu andaki cirolarını oluşturan kalemler ve gider yerleri gözden geçirildiğinde mevcut hastanelerin çok azı kısa sürede uyum sağlama potansiyeli taşımaktadır.

Sigortalı hastalara yoğun olarak hizmet veren özel hastaneler tek tek incelendiğinde, hizmet kalemlerinden % 0 ile % 300 oranında fark ücreti talep ettikleri görülmektedir. Aynı hastanede rekâbet şartlarına göre bütün bu yelpaze uygulanabilmektedir. Dolayısı ile buradan hareketle hastane gelirlerini hesaplamak mümkün görünmüyor. Hastanelerin toplam cirosu içinde fark ücretlerden elde ettikleri gelir oranına bakıldığında bu oranın üniversite hastanelerinde %15 (öğretim üyesi farkı), özel hastanelerde ise % 13 - 60 arasında (ortalama % 50) olduğu görülmektedir. Cironun geri kalan kısmı ise sadece resmi hastalardan değildir. Önemli bir kısmı özel sigorta ödemelerinden oluşmaktadır. Bunları göz ardı etsek bile cironun yarısının sosyal güvenlik diğer yarısının da cepten karşılanması, % 100 net fark alınması anlamına gelmektedir ki, dengeli dağıldığını farz edersek bu pratikte % 0'dan % 200'e kadar (ortalama % 100) fark alındığını göstermektedir. Aynı yaklaşımla yasa tasarısında olduğu gibi % 20'ye kadar fark (% 0 - 20) alınması ciroya ortalama % 10 etki edecek demektir.

Özel hastanelerin bugünkü cirolarının % 50 veya altına düştüğü bir senaryoda, duruma uyumun teorik olarak gerçekleşebileceğini varsayacak bile, işlem hacmini istenen düzeyde artırmak her zaman mümkün olamayacaktır. En önemli gider kalemi olan personel giderlerini azaltabilmek için personel indirimi veya personel ücretlerinde indirim, hizmet yükünü artırma hedefi ile birlikte tezat oluşturmaktadır.

Hastaların beklenti düzeyine cevap veremeyen, memnuniyetin gittikçe düştüğü hastaneler oluşacaktır. TÜİK memnuniyet araştırmalarında zaten bu düşüş (muhtemelen hizmet yoğunluğuna bağlı) görülmektedir. Memnuniyetsizlik hizmet yükünün artışı engelleyerek bir başka tezat oluşturmaktadır. Bu süreçte sürdürülebilirliği sağlamak zorunda olan hastaneler en kritik personel olan doktorları ellerinde tutmak için her türlü "fedakârlığa" katlanacaklardır. Bu da doktor ücretlerinde beklendiği gibi bir azalmaya yol açmayacaktır. Hastaneler bu gideri karşılayabilmek için her türlü yolu deneyeceklerdir. Ya da karşılayamayarak sistemden çıkacaklardır.

Hastanelerin gelir kalemlerinin büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bağımlı olması, ödeme zamanlamasını hayati önem taşıyor hale getirecektir. Yeni durum sıcak para tahsilatını minime indirdiği için her ödeme gecikmesi personel maaşlarına ve hastane maliyetlerine yansımaktadır. Yani günlük bürokratik ihmaller sektörde deprem etkisi yapar hale gelecektir.

Bu şartlar altında ortaya çıkması muhtemel durumu hayal edelim:

1- Bugünkü cirolarında SGK ödemeleri az yer tutan az sayıda hastane özel sigortalı, yabancı hastaları ve ücretli hastaları hedef kitle olarak alacak ve SGK ile sözleşme yapmayacaktır. Bu hastanelerin toplamda %10'u geçmeyeceğini ve yüksek karlı kurumlar olacağını sanıyorum.

2- Nüfusun yoğun olduğu, arzın talebi karşılamadığı yerlerde konuşlanmış olan hastanelerin bir kısmı hizmet artışını üstlenebilecek hacimlere sahipse ve sıcak nakit girişinin azalmasını absorbe edebilirlerse sisteme uyum sağlayacaklardır. Nakit girişinin absorpsiyon süresi işletme sermayesinin gücü ile orantılı olacaktır. Bu da çok az sayıda hastanede mevcut olabilecek bir imkândır.

3- Büyük ölçekli olan ve kredibilitesi yüksek olan hastaneler, personele bir süre borçlanacak; yeterli işletme sermayesi oluşturabilmek için kredi çekecek ve yeni finansman gideri oluşturacaktır. Bu sürede yeni duruma uyum sağlamayı başarabilirse kurtulacak, aksi durumda iflasa sürüklenecektir.

4- Ana hizmet alanları sağlık sektörü dışında olan büyük işadamları veya holdinglere ait olan hastaneler (sayıları fazla değil) bugünkü gibi karlı olmasa da var olmaya devam edeceklerdir. Eğer 1. maddede bahsedilen

durumu elde edebilirlerse kârlı duruma geçebilirler. Ancak bu alanın hedef kitlesi kısıtlı olduğu için bu kolay olmayacaktır.

5- Gelir-gider dengesini ancak sağlamakta olan, çoğunluğunu doktorların bir araya gelerek oluşturduğu sermayelerle kurulan hastanelerin ciro kaybını absorbe edebilmesi, tanıtım, promosyon gibi araçları kullanarak hizmet yükünü yeteri kadar artırabilmesi, sıcak nakit girdisinin azalmasını tolere edebilecek yeni işletme sermayesi bulması ve SGK ödemelerindeki gecikmeleri tamponlayabilmesi mümkün olamayacaktır. Bu yapıdaki hastanelerin büyük bir kısmı sistemde kalamayacaktır. Gelir-gider tablolarına hakim olabilenler durumu baştan fark ederek hemen sistemi terk edecekler, hakim olmayanlar ise hizmeti bir süre sürdürecektir ve oluşan borç yükü fazlaştıktan sonra sistem dışında kalacaktır.

6- Yeni durumdan en fazla etkilenecek hastanelerin gerçek işleri hastaya odaklı olup varlıkları tamamen hasta gelirine bağımlı olan hastaneler olduğu anlaşılıyor. Bu tür hastanelerin özellikle sınırlı sermayeli kuruluşlar olması ayrı bir risk oluşturuyor. SGK ödeme aksaklıkları en kısa sürede bu grup hastaneleri olumsuz etkileyecektir. Krize girdiğinde güven unsuru nedeniyle çalışanların ve özellikle doktorların en öncelikle terk edeceği hastaneler bunlar olacaktır. Bu durum, her halükârda bu hastaneleri tehlikeye açık hale getirmektedir.

7- Arkalarında büyük patronlar, holdingler, sermaye grupları bulunan hastanelerin gelir azalmasından etkilene derecesi yukarıdaki gibi olmayacaktır. Güce güven duygusu personelin gelir azaltıcı operasyonlara, ücretlerin geciktirilmesine daha uzun süreli sabretmesine imkân tanıyacak, piyasaya mal veya finansal borçlanma kredibilitesi olumsuz etkilenme hızını yavaşlatacaktır. Gerekliğinde işletme sermayesi desteği yapılabilir, bu da yeni duruma uyumu kolaylaştıracaktır.

8- Sağlık sektörünün önemli aktörleri olmalarına rağmen, sağlık hizmeti ile yüksek ciro oluşturup esas gelirini bu cironun piyasada pazarlanması yoluyla kazanan hastane grupları, güçleri nedeniyle itirazlarını sesli yükseltecekler, ancak cirolarını hızlı bir şekilde artırma fırsatı yakalayarak borsa değerlerini yükseltebileceklerdir. Burada hastane başına ciro azalması olsa da, grubun önüne çıkan büyüme imkânları toplam ciroyu yükseltecektir. Zira yukarıda sözü edilen ve sistem dışına çıkmak zorunda kalan “za-

rar etmekte olan” hastaneler kolaylıkla bu gruplar tarafından satın alınabilecek ve kârlı işletmeler olmasalar da, oluşan ciroları sayesinde borsa değerleri yükseleceğinden sonuçta avantajlı duruma geçeceklerdir.

9- Yukarıdaki senaryo özel hastane işletmeciliğinde hızlı el değiştirmelerin yaşanacağı, ancak kapanmak zorunda kalan hastanelerin çok fazla olmayacağını düşündürüyor. Fakat varlık nedeni ürettiği hizmete doğrudan bağımlı olmayan sağlık işletmeleri, piyasa dinamiklerinin etkisiyle her zaman risk oluşturmaya devam edeceklerdir. Bu işletmelerin borsa değerlerinin düşmesi sistemi alt üst edebilecektir. Bundan da üretilen sağlık hizmeti zarar görecektir.

10- Mali sıkıntı içine giren güçlü özel sektör, lobi oluşturarak SGK birim fiyatlarını güncelleme ve yukarı çekme baskısı oluşturacaktır. Bu baskı sonucunda birim fiyatlardaki bugünkü çelişkili durumların giderilmesi kamu hizmet sunucuları açısından da istenen bir durumdur. Ancak fiyatların yukarı çekilmesi SGK toplam tedavi giderlerini artıracaktır. Eğer SGK bunu önleyici ve bütçe sınırları içinde kalmayı sağlayıcı bir tedbir geliştiremezse gittikçe artan bir açık oluşacaktır.

11- SGK'nın açık vermesi, kaynak bulma ve kaynak transferlerinde gecikmelere ve geri ödemelerde aksamlara yol açacağından hastanelerin yukarıda anlatılan sıkıntılı durumu yönetmesini güçleştirecektir.

12- Bugün için SGK tedavi transferinin % 18'ini (2,5 milyar/14 milyar YTL) alarak, uzman doktorların % 34'ünü (18 bin/53 bin) istihdam eden ve yatan hastanın % 15'ine (1,2 milyon/7,2 milyon), ayakta hastanın % 11'ine (30 milyon/260 milyon) hizmet vermekte olan özel hastanelerin krize girmesinin kısa vadede sunulan kümülatif sağlık hizmetine etkisi çok fazla olmayacaktır. Ancak özel hastanelerin daha çok belli illerde toplanmış olması, mevzi problemler çıkaracaktır. Ayrıca buralardan hizmet talep eden vatandaşların beklenti düzeyi genel toplum beklentisinden daha fazla olduğu için hizmet aksamasından doğan şikayetler oransal olarak büyük olacaktır. Medya bunu fazlasıyla kullanarak daha da büyütecektir.

13- Özel hastanelerde finansal baskı ile rekabetin ve gelişmenin sınırlandırılması, hastaların yine sadece “tek tip” olma eğilimindeki kamu hastanelerine mahkûm edilmesi, bugün için onlarla yarışa sokmaya çalışılan ve bunu bir ölçüde başarak hızlı bir şekilde yenilenme sürecine itilmiş olan



Özel hastaneler sistemde yer almalı, farklılık oluşturmali, gelişmeye açık olmalı, vatandaşa güven vermelidir. Sistemde kullanılan finansal kaynaklar ve insan kaynakları, paylaşılan hizmet yüküne oranlı olmalıdır. Sadece sınırlı kaynakların paylaşımı değil fırsatların veya zorlukların da sektörler arası adaletli paylaşımı şarttır.

kamu hastanelerinin iyileşme sürecini yavaşlatacak veya durduracaktır.

Görülüyor ki, dikenli bir yoldayız. Özel hastaneler sistemde yer almalı, farklılık oluşturmali, gelişmeye açık olmalı, vatandaşa güven vermelidir. Sistemde kullanılan finansal kaynaklar ve insan kaynakları paylaşılan hizmet yüküne oranlı olmalıdır. Sadece sınırlı kaynakların paylaşımı değil fırsatların veya zorlukların da sektörler arası adaletli paylaşımı şarttır. Sadece kârlı alanlara yatırımı teşvik edecek bir sağlık sistemi, sosyal olma vasfını yitirecektir. Yükün bir sektöre, külfetin diğerine yıkılması sürdürülemez ve kabul edilemez bir durumdur. Hizmetlerin ve insan kaynaklarının dengeli dağılımından bütün sektörler sorumlu olmalıdır. Vatandaş tercih kullanmalı, ancak bu tercihi ne özel sektörde ne de kamu sektöründe mahkûmiyete dönüştürmelidir.

Kısacası özel hastaneler bir yolunu bulurlar, var veya yok olurlar ama karar vericilerin işi sanıldığından da zor görünüyor.

Erteleme mâlulü genel sağlık sigortasını ve sağlık sistemini bekleyenler

Dr. Sebahattin Işık

Hangi model olursa olsun devlet vatandaşlarının sağlık hizmeti almasını temin için sağlık kuruluşlarını açacak veya açılmasını sağlayacaktır. Bunların finansmanı da bir şekilde sağlanacaktır. Bütün çabalar daha iyi hale getirme çabasıdır; mevcut kaynaklarla optimum yarar sağlama mücadelesidir. Bu yolda rol alanlar görevlerini çok iyi yürütmek ve öncelikleri ve misyonlarından taviz vermemek zorundadırlar. Aksi takdirde bu hizmet durmayacak

ve o işi yapan bulunacaktır.

İlk zamanlarda SSK hastanelerinin mali imkânları ve hastalara sundukları hizmetler devlet hastanelerinin üzerinde idi. Ancak zamanla SSK ana misyonu olan “mensuplarına hizmet etme” yerine, mevcut kaynakları tasarruflu kullanma ve açık vermeme, yani “mali sürdürülebilirlik” ilkesini ana misyon haline getirdi. Bu öncelik kayması hizmet araçları olan hastanelerin başka kuruma devri ile sonuçlandı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu ile kurulmak is-

tenen yapı, finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması ve iki ayrı dinamiğin iki ayrı ilkeyi ana misyon olarak korumaya çalışması idi. Hizmeti monopol olarak SGK alacak; kayıt, ortak veri tabanı, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin finansmanı, takip sistemleri sayesinde verimlilik sağlayacak, sorumluluğunu üstlendiği sigortalıların hak ettiği hizmeti almalarının teminatı olacak ve sürdürülebilirlik hedefini koruyacaktı. Hizmet sunan devlet, üniversite, belediye, özel sektörü kapsayan çoğulcu yapı, daha iyi hizmet ve daha uygun fiyatla hizmet sunmaya zorlanacak ve







Hangi model olursa olsun devlet, vatandaşlarının sağlık hizmeti almasını temin için sağlık kuruluşlarını açacak veya açılmasını sağlayacaktır. Bunların finansmanı da bir şekilde sağlanacaktır. Bütün çabalar daha iyi hale getirme çabasıdır; mevcut kaynaklarla optimum yarar sağlama mücadelesidir. Bu yolda rol alanlar görevlerini çok iyi yürütmek, öncelikleri ve misyonlarından taviz vermemek zorundadırlar.

hizmetin kabul edilebilir kalitede, kolay erişilebilir tarzda ve karşılanabilir fiyatta sunulması sağlanacaktı.

Bu zor ilişki düzeyinde düzenleyici, yönlendirici, standartları belirleyici rolüyle sağlık otoritesi, yani Sağlık Bakanlığı dümeni tutacaktı.

Bu ilkeler göz önüne alınarak yasal çalışmalar yapıldı, bir dizi uygulamalar hayata geçirildi.

Atılan adımlardan bu politikaların yönüne etki eden en önemli hususlardan biri, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasıdır. Bu, hastanelerin hizmet sunum tarzı ve finansman modellerinin homojenleşmesi açısından çok gerekli ve yararlı bir adımdı. Ancak bunun yerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında olması, Sağlık Bakanlığı'nı dümenden uzaklaşıp motorun başına geçmeye zorladı. Enerjisinin büyük miktarı buraya harcandı.

Sağlık sistemimizde büyük oranda hizmet yükü çeken devlet hastanelerinin sahibi ve yürütücüsü konumdaki Sağlık Bakanlığı, öncelikleri, uygulamaları, beyanları ve sektördeki konu-

mu nedeniyle sağlık hizmet sektörünün aktörlerinden biri olarak görülme-ye başlandı. Öyle ki, düzenleyici misyonu açısından bakıldığında aslında mülkiyet açısından olmasa da hizmet sorumluluğu bakımından "Sağlık Bakanlığı'na ait" olan üniversite hastaneleri ve özel hastaneler kendi bakanlıklarını kendilerinin düzenleyicisi ve hamisi olarak değil, rakibi olarak görmeye başladılar. İhtilaflarının karşısında muhatapları olması gereken SGK yerine Sağlık Bakanlığı rol alır oldu. Bu Sağlık Bakanlığı'nın onlar üzerindeki düzenleyici rolünü artırmak yerine zayıflatmaktadır.

Devlet hastanelerinin patronu olarak görülen Sağlık Bakanlığı, düzenleyici misyonunun aksine bir tutumla Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yönetim kurulu-nda bile rol almadı. Hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasasında Sağlık Bakanlığı bir otorite olarak değil, gerektiğinde görüşüne başvurulacak kamu kurumlarından biri olarak yer aldı. Ödeme modeli ve kaynakların paylaşımına müdahale etme yetkisi olmayan bir otoritenin düzenleyici rol üstlenmesi mümkün değildir.

Kurumların bugünkü algılanış biçimleri bu değişimin bütünüyle pratiğe yansımaya engel olsa da, politika-nın mevzuatlaşan teorisi bu tabloya ışık tutmaktadır. Böylece mevzuat uygulama alanı buldukça sorun büyüyecektir. Sağlık Bakanlığı her geçen gün sağlık sisteminin düzenlenmesinde zayıflayan bir varlık gösterecektir. Buna karşılık kişisel veya kurumsal tepkiler çatışma oluşturmaya devam edecektir. Yani gerçekteki rolünün, teorik olarak kurgulanan rolü ile uyumlu olması zorlaşacaktır.

SGK bu dönemde kendine biçilen rolü iyi oynayamamaktadır. Yasal düzenlemedeki teoriden sapma "yetki sarhoşluğuna" itmekte ve hizmet sunumunda olmasa da finansman tarafında eski SSK anlayışı yeniden canlanmaktadır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici misyonu göz ardı edilmekte, hizmet sunucularla yapılan sözleşmelerde bu misyon dışlanmaktadır. Bakanlığın ruhsatlandırması dışında talepte bulunulmaması ısrarla gündeme getirilmesine rağmen ve hatta SUT gibi uygulama rehberlerinde bu hususlar kayıt altına alınması-na rağmen, uygulamada buna uyulmamaktadır. Bakanlığın branş tanımı göz ardı edilip yoğun bakım, tüp bebek, taş kırma gibi hizmet birimleri uzmanlık dalı gibi kabul edilmekte, staf hekimlerin acil hizmeti vermesi yerine "acil doktoru" tanımlaması yapılmakta; yaş sınırı, part-time / full-time uygulaması ile sağlık insan kaynaklarını düzenleme rolü üstlenilmektedir. Bu

sözleşmelerin dışında uygulayıcıların sorumlu olmayan davranışlarına yete-ri kadar müdahale edilememektedir. Mesela raporlu ilaçların reçetesiz alınması uygulaması yazılım hatası nedeniyle hayata geçirilememiş, hastalar mağdur edilmiş, SGK zarara uğratılmıştır. Fatura inceleme birimlerinde çalışanlar kendi bağımsızlıklarını ilan etmiş ve adeta sağlık sistemi düzenleyiciliğine soyunmuştur. SUT'da yer almayan garip uygulamalar ortaya çıkmıştır. Faturalarda hâlâ standardı olmayan iptaller yapılmakta, epikrizlerde SUT tanımları dışında bilgiler istenmekte; tetkik belgeleri, ameliyat defterleri talep edilebilmektedir.

En vahimi de tanı kodu ile faturadaki hizmet kalemleri ilişkilendirilerek hizmet sunucuları "ödenebilir tanı kodları" kullanmaya zorlanmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı'nın tanı standardizasyonu ve istatistiklerin güvenilirliği ni artırmak amacıyla uygulanmasını istediği kodlama (ICD 10), amacının aksine bütün istatistiklerin güvenilmez hale gelmesine yol açmıştır. Artık sağlık istatistikleri, ülkemizin hastalık dağılımını değil, faturası kolay ödenabilir hastalıkları gösterir olmuştur.

SUT'da branş bazında sınıflama olmamasına rağmen, bazı hizmetleri bazı branşların vermesinin kabul edilmemesi, laparoskopik ameliyatlara önemli bir kısmının ödenmemesi, MEDULA ve provizyon aksaklıkları, yerel yöneticilerin yazılı olmayan farklı yorumları gibi daha çok sayıda sıkıntı yaratan uygulama, hizmet sektörünü taciz etmeye başlamıştır. Bu doğal olarak hizmeti alanlara da yansımaktadır. Kısacası eğer SSK sağlık hizmetinde bir zor durumun çağrışımıcısı olarak hatırlanırsa, SGK SSK olma yolunda hızla ilerlemektedir. Dün sadece kendi hastaneleri ve sözleşmeli sınırlı özel kuruluşa yeten gücü bugün kamu, özel, üniversite ayrımı olmaksızın bütün sektörü kapsamaktadır. Olumsuz etkisi de o oranda büyük olacaktır.

SGK'nın gönüllü üstlendiği "zorlaştırıcı" misyon etkilerini göstermeye başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde "yükü hafifletmek, ödemeleri kolaylaştırmak" gibi gerekçelerle Sağlık Bakanlığı ile global bütçe-lemeye anlaşılmış, diğer sektörle sözleşme yapılmamıştır. Böylece belediyelerde sınırlı da olsa birinci basamak sağlık kuruluşları sistem dışına itilmiştir.

Aile hekimliğinin de teşviki ile özel poliklinikler sistem dışına çıkarılmıştır. Aile hekimliği bugün genel bütçeden karşılanmaktadır. Yarın sözleşme yetkisi SGK'ya devredildiğinde bu SGK'nın tutumunun nasıl olacağı belli değildir. Sağlık Bakanlığı bugün için



ne kadar sağlık ocaklarında dijital kayıt ve faturalamaya özen gösterse de, zamanla bunun yok olmaması için hiçbir neden yoktur. Global bütçeleme, sağlık ocaklarına genel bütçe yanında ikinci bir kaynak transferi halini alacak ve sağlık ocağı yönetimi "sistem olarak" eski haline dönme riski taşıyacaktır. Geçici olarak sorun çözülmüş gibi görünse de, bu uzun vadede sağlık ocaklarını yöneten otoritenin tutumu ile ilişkili bir iyileşmedir. Sistemin kurumsallaşmış doğal seyri değildir.

Hastane hizmetlerinde sıkıntı devam etmekte ve gittikçe artmaktadır. Öyle ki, Sağlık Bakanlığı'nın genelgeleri ve SGK'nın Sağlık Bakanlığı ile uzlaşarak yayımladığı SUT'a rağmen SGK taşra yöneticileri ve özellikle fatura inceleme birimleri sağlık hizmet sunumunu regüle etme, düzenleme görevi üstlenmişlerdir. Birçok uygulama Bakanlık genelgelerine ve SUT hükümlerine göre değil, fatura inceleme birimleri inisiyatiflerine ve yorumlarına göre yapılmaktadır. Merkezi dümen tutucu otorite Sağlık Bakanlığı'ndan SGK'ya kaymakla kalmamış, SGK'nın taşra uygulayıcılarının elinde her biri başka tarafı gösteren çok sayıda dümen oluşmuştur.

SGK'nın yasa ile büyüyen, uygulama ile abartılan yetkisinin kötü yönetilmesi, aynen SSK hastanelerinde olduğu gibi SGK yetkilerinin de devri ile sonuçlanma riski taşımaktadır. Yukarıda sözü edilen birinci basamak global bütçeleme adıyla finansmanın Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi kısmen bunun işareti idi.

Devlet hastanelerini, devlet koruma altına almak zorundadır. Bu koruma SGK'ya karşı koruma olursa kaybeden SGK olacaktır. Bunun en basit yöntemi SGK bütçesinden alınan kaynağın doğrudan hastanelere transferidir.

Transfer edilen kaynağı hangi yöntemle olursa olsun hastanelerine dağıtan Sağlık Bakanlığı yeni bir SSK olma yolundadır. Yani finansmanla hizmet sunumu Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleşecek ve en baştaki finansmanla hizmetin birbirinden ayrılması ilkesi ve bu ilkeden beklenen yararlar ortadan kalkacaktır. Bugün sağlıkta atılım yaptığı ve başarılı olduğu kabul edilen Sağlık Bakanlığı yöneticileri bu uygulamayı nispeten iyi yöneterek sorunların azalmasına ve hastanelerin SGK taleplerini yerine getirmek için harcadıkları enerjilerini hizmete yoğunlaştırmalarını sağlayabilirler belki. Ama bu geçici ve kişiye bağımlı bir durum olacaktır. Kişilere bağımlı uygulamaların uzun vadede kötüleşmesini engellemek mümkün olmayacaktır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın sahibi ol-

duğu hastanelerin aynı zamanda finansörü olması, onun sağlık sisteminin diğer aktörlerini düzenlemedeki rolünü daha da olumsuz etkileyecektir. Şöyle ki; diğer aktörlere anlayışlı davranması ihmal ettiği izlenimi, tavizsiz davranması ise rakiplerini ezdiği izlenimi verecektir. Yani her halükârda Bakanlık uygulamaları hakkaniyetli karşılanmama potansiyeli taşımaktadır. Bu Bakanlığın dümen tutma rolünü zayıflamaktan başka işe yaramayacaktır.

SGK, devlet hastaneleri üzerindeki yönetim gücünü kaybedince üniversite ve özel hastanelere daha fazla ağırlık verecektir. Bugünkü uygulamalar, SGK'nın daha fazla ağırlık vermesinin bu hastanelerin işini daha da zorlaştıracağını gösteriyor.

Bu durumda eğer devlet hastaneleri global bütçeleme ile nefes alabilir ve daha iyi konuma gelebilirse, bu YÖK'ün de SGK'ya benzer taleple gelmesine yol açabilir. Yani üniversite hastaneleri de global bütçeleme yolu ile alacaklarını garanti altına almak isteyebilirler. Yönetimi işi zorlaştırmak haline getiren SGK'nın bu adımı da atması zorlanması şaşırtıcı olmayacaktır.

Bu durumda SGK yıllık sağlık harcaması bütçesinin hazırlanmasında rol alan, kamu kurumlarından alınan hizmetlere karşılık bütçesinin önemli bir kısmını kamu hizmet sunucularına doğrudan transfer eden ve özel hizmet sunucularına karşılık sigortacılık yapmaya çalışan bir kurum haline gelecektir. Prim gelirlerinin Gelir İdaresi Başkanlığı tarafından toplandığı bir uygulamada sigortacılık rolü de önemli ölçüde zaafa uğrayacaktır.

Burada bir başka riskli durum ise hizmet birim fiyatlarının gerçek anlamda sadece özel sektör hizmet sunucularını ilgilendirir hale gelmesidir. Yani bugün nasıl SUT fiyatları ile kamu hizmet sunucuları çok ilgili, fakat hastadan serbest fark ücret alabilen özel sektör az ilgili ise, yeni durumda bunun tersi olacaktır. Sınırlı fark almak zorunda bırakılan özel sektör hastaneleri, SUT fiyatlarının yükseltilmesine çalışacak, bunda başarılı olursa -ki olmak zorundadır- kamu hastaneleri bundan yararlanamayacaktır.

Bu durum sürdürülebilirlik açısından

Devlet hastanelerini, devlet koruma altına almak zorundadır. Bu koruma SGK'ya karşı koruma olursa kaybeden SGK olacaktır. Bunun en basit yöntemi, SGK bütçesinden alınan kaynağın doğrudan hastanelere transferidir.

olumlu gibi algılanabilir, ama tehlike kamu hastanelerinin aynı hizmeti daha ucuza üretmek zorunda kalması ve dolayısı ile hizmet kalitesinin ve sınırının farklılaşmasıdır. Bu kaymanın nerede duracağı, SUT fiyatları ile global bütçeleme formülleri arasındaki dengenin nasıl kurulacağına bağlıdır.

Sonuç itibarıyla finansmanın bir kısmının vergilerle, bir kısmının primlerle oluşturulduğu sağlık fonunu kullanan bir milli sağlık hizmet sistemi ve SGK'nın ödeme miktar ve yöntemleri ve Sağlık Bakanlığı'nın ruhsatlandırma ve denetim kriterleriyle hacmini belirleyecekleri özel hizmet sunucuları ortaya çıkacaktır. SGK'nın GSS kanadı da bu özel sektörden hizmet satın alan kuruma dönüşecektir. Yani tasarlanan ve ilan edilenden farklı bir sistem ortaya çıkacaktır. Ne kadar iyi olur, onu zaman gösterir. Ancak teorik kurgunun kendi içinde bütünlük göstermediğini söyleyebilirim. Zira sağlık, Bakanlık sektörü, üniversite sektörü ve özel sektörden oluşan üçlü yapı birbirinden bağımsızlaşacaktır. Uzun vadede ne Sağlık Bakanlığı beklenen dümen tutma görevini, ne SGK hizmetin kalitesini ve erişilebilirliği koruyarak verimi artırma ve sürdürülebilirliği sağlama görevini tam olarak yapabilecekler.

Güncel sorunlar günlük tedbirlerle aşılabılır. Ancak ilkesel sorunları bir başka ilkesel yaklaşımla aşmak mümkündür. Sorun çözmek ilkeden sapmayı getirirse uzun vadede kendimizi hayal etmediğimiz bir yerde bulabiliriz.

Tam gün çalışma: Sorunlar, çelişkiler, çözüm önerileri...

Prof. Dr. Recep Öztürk



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

Ülke gündeminde son 7 – 8 aydır hekimlerin kamuda tam gün çalışması konusu var. Konuyla ilgili değişik kişisel ve kurumsal görüşler sözel ve yazılı olarak açıklandı. Biz bu yazıda “kamuda tam gün çalışma” hakkında görüşlerimizi ifade edeceğiz.

Mecburi hizmet, tam gün ve diğer pek çok uygulamanın hekimlerde ciddi bir motivasyon eksikliği doğurduğu görülmektedir. Ülkemizde üniversiteye girişteki zorluklar herkesin malûmudur. Ülkenin iyi yetişmiş ve en ba-

şarılı çok küçük bir kesiminin tıp eğitimi hakkı kazanabildiği bilinmektedir. Nispeten pahalı ve altı yıllık eğitimin ardından gelen mecburi hizmet, TUS sınavı ve zorlu uzmanlık öğrenciliği yılları hekimleri bedenen ve ruhen iyice yıpratmaktadır. Tüm meslek yaşamı birebir yakın insan ilişkisi içinde geçen, son zamanlarda çok üzücü saldırılarla karşılaşan, her gün kendini geliştirmek ve güncellemek zorunda olan hekimlerin sorunları ne yazık ki giderek artmaktadır.

Savunma, adalet, eğitim ve sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sürdürülmesi devlet olmanın “olmazsa olmazıdır”. Bununla birlikte bu alanların bir kıs-

mında “hizmet sunumu” devlet denetimi altında özel sektör eliyle yürütülebilir; nitekim günümüzde eğitim ve sağlık alanında özel sektör önemli bir hizmet yürütmektedir.

Hekimlerin tam gün çalışması konusu bilindiği gibi yaklaşık 30 yıl önce de uygulanmış, ama sonuç tam anlamıyla “fiyasko” ile sonuçlanmıştır.

Kamuda tam gün çalışmanın, sadece hekimlere ait bir hak olduğu sanılmaktadır. Bilindiği gibi üniversitelerde iktisat, hukuk, mühendislik gibi değişik alanlarda öğretim üyeleri danışmanlık veya yarı zamanlı olarak özel kurumlarda hizmet verebilmektedir



(2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, madde 36). Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yeni yayımlanan özel öğretim kurumları yönetmeliği (Resmi Gazete, sayı: 26810, tarih: 8.3.2008) ile belli bir ders saatini dolduran öğretmenlere özel okullarda ders verebilme hakkının verilmesi, hekimler için tam gün çalışmanın ülke gündeminde bulunduğu bir ortamda doğrusu hükümet uygulamaları açısından ciddi bir çelişki oluşturmuştur.

Hekimlerin tam gün çalışmasının gerekçeleri olarak öne sürülebilecek temel fikirler şunlardır:

1) Tıp fakültesi ve eğitim hastanelerinde tıp öğrencisi ve uzmanlık öğrencilerinin eğitim kalitesinin yükseltilmesi,

2) Daha kaliteli ve güvenli hasta hizmeti,

3) Muayenehane, hastane, hekim üçgeninde oluşabilecek etik dışı uygulamalara son verilmesi.

Doğrusu ilk bakışta hak verilebilecek bu gerekçelerle ilgili oluşan sorunların nedenlerine bakıldığında; devletin norm kadro, iş tanımı ve denetim konusunda yıllardır ihmal ettiği temel görevindeki aksaklarla ilgili olduğu görülecektir. Denetim yapamayan devlet bir alanda oluşan sorunları, kazanılmış hakları ortadan kaldırarak çözmeye kalkarsa beklenen yararlar elde edilemeyecek, huzursuz kitleler ve sorunlar daha da artacaktır.

Özellikle üç büyük ilde üniversite ve eğitim hastanelerine norm kadro uygulaması olmadığından belli bölümlerde alt yapı ile uyumlu olmayan kadro yığılmalarının olduğu bir gerçektir ve olması gereken "pramit yapı" tamamen tersine dönmüştür. Bu durumun sorumlusunun kim olduğu açıktır: "Norm kadro kurallarını uygulayamayan ve denetim yapamayan devlet".

Getirilmeye çalışılan tam gün uygulamalarıyla yukarıdaki üç konuda kısa vadede başarılı olunmayacağı açıktır. Çünkü eğitim alt yapısında ciddi yetersizlikler vardır. Modern eğitim sistemlerinin gerektirdiği araç, gereç ve fiziki ortamdan pek çok tıp fakültesi mahrumdur. Ayrıca tersine dönmüş "pramit" yapı nedeniyle uzman ve yardımcı personel sıkıntısı eğitimi olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde tıp eğitiminde 4 - 5 öğrenci başına bir öğretim üyesi düşmesi sorunu tek başına çözemez. AB ülkelerinde 10 - 20 öğrenci başına bir öğretim üyesi düşüğünü ifade eden yetkililer, bu ülkelerde hangi alt yapı ve yardımcı personel gücüyle başarı sağlandığını dikkate almak zorundadır. Özetle bugünkü alt yapı ile tam gün çalışma,

eğitimde beklenen düzelmeyi sağlamayacaktır.

Tam gün çalışma ile hasta hizmetlerinde düzelme beklenmektedir. Bugünkü haliyle bile gerek cerrahi, gerek dahili bilimlerde ciddi alt yapı eksiklikleri söz konusudur. Araç, gereç, hemşire ve diğer sağlık personelinin eksikliği düzeltilmeden bakılan hasta sayısında artış olamayacaktır. Eğitim ve üniversite hastanelerinde % 5 - 10 oranında olması gereken yoğun bakım yatağı ve diğer standart alt yapı hizmetlerini sağlamadan yapılan ameliyatlara ve diğer hasta hizmetleri nasıl artırılabilecektir? Hasta bakım kalitesi hastanelerde "toplam kalite yönetimi" anlayışı gerçekleştirilmeden artırılabilecektir. Bahsedilen eksiklikler kısa sürede tamamlanacak gibi değildir; belirtilen alandaki sorunları çözen hastanelerde bu işin 4 - 5 yıllık bir zaman gerektirdiği bilinmektedir.

Hekim-hasta-muayenehane üçgeninde olabilen etik dışı davranışlar tam günle nasıl çözülecektir? Doğrusu bu uzun süreli bir eğitim ve denetimle ancak kısmen çözülebilir. Kanımca tam günün "bıçak parası" ve diğer etik dışı uygulamaları artıracığı zaman içinde görülecektir.

Sorunlarla ilgili çözüm önerilerimiz aşağıda sunulmuştur:

1. Dünya örnekleri incelenerek, tam gün sadece hekimler için değil tüm kamuda ele alınmalıdır. Üniversitede diğer alanlardaki öğretim üyeleri danışmanlık hizmeti veya yarım gün çalışma hakkını korurken, sadece hekimlere yapılacak bir uygulama büyük ihtimalle yargıya taşınacaktır. Üstelik öğretmenlere özel okullarda ders verme hakkı veren yeni yönetmelik çelişkili politik uygulamalar konusunda soruları artıracak; hekim camiası "neden sadece biz?" sorusunu daha yüksek bir sesle soracaktır.

2. Kurumlarda eğitim ve hasta hizmetleri alt yapısı, uzman, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli ihtiyacı karşılanmadan tam güne geçiş sadece "memnun olmayan, huzursuz, motivasyonu azalmış" hekimlerin sayısını artıracaktır. Bu nedenle fiziki alt yapı, araç gereç ve yardımcı sağlık personeli sorunu çözülmeden tam gün uygulanmasına başlanmamalıdır.

3. Devlet artık her alanda norm kadroları belirleyip iş tanımlarını yapıp etkin denetime başlamalıdır. Çalışanı başarisı ölçüsünde ödüllendiren, çalışmayanı ise mümkünse geliştirip düzelden, başarlarmiyorsa iş akdi feshine kadar varan bir sistemin uygulamasına başlanılmalıdır



4. Sağlık Bakanlığı'nın hekimlere ve diğer alanlara yönelik politikaları çok iyi düşünülerek ve konunun taraflarına iyice tartışılarak alınmalıdır. Aksi durumda gayet güzel gerekçelerle son verilen mecburi hizmet uygulaması, "sağlık merkezleri sorunu" vb. gibi kısa sürede vazgeçilen ve haliyle ciddi tepki çeken kararların sayısı artacaktır. Tam gün konusu, "tüm kamuda tam gün" olarak iyice tartışılmadan uygulamaya sokulmamalıdır.

5. Hekimler, ülkenin sosyal gelişmişliğine paralel olarak bir gelire kavuşturulmalı, performans uygulamasında uzmanlık dalları arasındaki dengesizlik giderilmeli, eğitim ve araştırmaya hak ettiği ölçüde performans verilmeli, emeklilik dönemindeki sorunlar düzeltilmelidir. Değişik Batı ülkelerinde hekimlerin aldığı maaş örneği verilirken, o ülkelerdeki hekimlerin diğer tüm sosyal hakları da birlikte ele alınmalıdır. Her halde 3 - 4 maaşını bir çocuğunun eğitimi için (özel okullarda) harcamak zorunda kalan hekim örnek verilen AB ülkelerinde yoktur.

"Sağlıkta dönüşüm" projesiyle uzun yıllardır dokunulamamış pek çok sorunu stratejik olarak çözümü hedefleyen Sağlık Bakanlığı'nın, tam gün örneğinde olduğu gibi bazı kararlarının ne yazık ki günü kurtarma adına "operasyonel" düzeyde kaldığı gözden kaçmamaktadır. Tam zamanlı çalışma şartları (fizik mekân; üniversite ve eğitim hastanelerinin uzman, hemşire, tıbbi sekreter ve yardımcı kadro sorunları; ülke koşullarına göre dengeli ve yeterli gelir düzeyi) oluşturulmadan ilgili yasanın çıkarılması beklenen faydaları sağlamak bir yana sorunları daha da ağırlaştıracaktır.

Yapıcı eleştirileri dikkate alma fazileti gösteren idarecilerin sorunları kırılganlıklar oluşturmaktan kolayca çezeceği, ülkemizin gelişmesine, halkın refah ve huzur içinde yaşamasına büyük katkıları sunacağı muhakkaktır.

Cevdet Erdöl: “Hükümetler sigaradan gelir dahi elde etseler bu ticarete izin vermezler, vermemelidirler.”

Yasemin K. Şahinkaya

Son günlerin en çok konuşulan konularından biri, hiç kuşkusuz ki sigara içmeyi yasaklayan kanun. Özellikle tiryakilerin cansiperhane karşı çıktıkları, pasif içicilerin ve sigara içmeyenlerin ise aynı kararlılıkla destekledikleri kanun ile ilgili olarak pek çok soru var herkesin aklında. Daha önceki yasak (kanun) kapsamında olmayıp da şimdi

kapsam dahiline alınanların neler olduğu, cezai işlemlerin yaptırım gücü ve bu işlemleri uygulayacak mercilerin kimler olduğu; bu yasakların başka bir takım şeylere de sirayet edip etmeyeceği gibi pek çok kişinin kafasını kurcalan soruları, en yetkili kişiye, kanunu hazırlayan Prof. Dr. Cevdet Erdöl'e sorduk.

S. D.: Sigara yasağının tam olarak içeriği ve daha önceki yasaktan farkı nedir? Mevcut yasaklar ne derece et-

kin uygulanıyor ki, yeni yasaklamalar getirilmeye çalışılıyor?

Cevdet Erdöl: Bu kanun tüm çalışanları ve halkı duman solumanın zararlı etkilerinden korumayı amaçlamaktadır ve bütün tütün ürünlerini kapsamaktadır. Sigara, nargile, puro, pipo ve bitki sigaraları yasak kapsamına girmektedir.

Kanun kimseye yasak getirmemektedir. Yasaklamadan ziyade, geleceği-



mize, gençliğimize, insanımıza daha sağlıklı bir gelecek sağlanması amaçlanmaktadır. Kişilerin sağlık haklarına sahip çıkılmakta, bu konudaki sorumluluklar ve haklar belirlenmektedir. Herkesin daha temiz ve sağlıklı ortamlarda yaşayabilmelerine yardımcı olacak, özellikle sigara bırakmayı daha da özendirici kılmaya yardımcı olacaktır. Zira sigara içenlerin yaklaşık yüzde 70'i sigarayı bırakmak istediklerini söylemektedirler.

Yeni düzenlemenin daha önceki kanundan temel farkı; kişileri sigara ve diğer tütün mamullerinin zararlarından korumak ve özellikle pasif içici dediğimiz, sigara kullanmadıkları halde, sigara içenlerin yanında sigara dumanına maruz kalanları da sigaranın zararlı etkilerinden korumak amacını taşımaktadır. Yeni kanun bu anlamda önceki kanunda olduğu gibi kişilerin sadece kendi içtikleri sigaranın zararlarından korumanın ötesine geçmekte, yukarıda da belirttiğim gibi tüm çalışanları ve halkı duman solumanın zararlı etkilerinden korumayı amaçlamaktadır.

Kanunda tütün ve tütün ürünleri konusunda bazı istisnalar da getirilmiştir:

Yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, cezaevlerinde, şehirlerarası veya uluslararası güzergâhlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde tütün ürünleri tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilecektir.

Bu istisnalar Sağlık Örgütü'nün belirlediği ve hemen hemen bütün dünya ülkelerinde getirilmiş istisnalaradır.

Bugüne kadar uygulanan hükümler ile reklam yasakları sayesinde sigara tüketiminin kısmen azaldığı görülmüştür. Bilindiği gibi önceleri uygulanamayacağı söylenen ve yasak getirilen uçak, tren ve otobüs yolculuklarında 1996 yılından beri hiçbir yolcu sigara içmemektedir.

S. D.: Yasağın uygulayıcısı kimler olacak, kimlere yetki verilecek? Cezaların mahiyeti nedir ve cezalar kimler tarafından tahsil edilecek?

C. Ö.: Yasak kapsamına giren bina ve araçların yöneticileri, sigara içilmesini önlemekten kanun karşısında sorumlu olacaktır. Yasak kapsamına giren mekân ve araçlarda sigara içilmesini sağlamanın sorumluluğu, buraları denetleyen veya yönetenlere ait olacaktır. Kanunda, eğer kamu görevlisi cezayı uygulamıyor ise ona ait de cezai tedbirler ve disiplin hükümleri uygulanması öngörülmüştür. Dolayısıyla, cezayı uygulamayana da ceza uygulanacaktır. Bu anlamda kanunda

mahallî mülki amire, belediye encümenine, belediye zabıtasına, genel kolluğa, Tütün Alkol Piyasası Denetleme Kurulu'na, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'na bu konuda yetkiler verilmiştir. Belediye meclisleri, başka bazı konularda da ceza uygulamaları yapmaktadırlar. Ceza verme noktasında belediye meclisleri kuşkusuz yetkilerini kullanabileceklerdir.

Kanunla, ceza tahsil etmek daha kolay hale gelmiştir. Verilecek cezalarda Kabahatler Kanunu ile ilişki kurulmuştur. Cezalar 4207 sayılı kanunun önceki cezai hükümlerinden daha aşağıya çekilerek uygulanabilir bir ceza haline getirilmiştir.

Bununla birlikte elbette ki amaç, ceza vermek değil, sigara içmeyenlerin özgürlük alanını genişletmektir.

Birkaç örnek vermek gerekirse;

- Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında tütün mamulü tüketen kişiye, ilgili idarî birim amirinin yetkili kıldığı kamu görevlileri tarafından idarî para cezası verilecek.

- Toplu taşıma araçlarında tütün mamulü tüketen kişiye kolluk birim yetkilileri tarafından idarî para cezası verilecek.

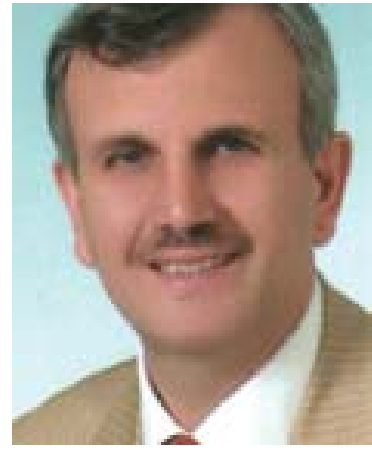
- Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılması yasaklanmıştır. Ancak bu tesislerde de, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilmesine izin verilmiştir. Bu yasaklara ve tedbir şartlarına uymayanlar için belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahallî mülki amir tarafından idarî para cezası uygulanacak.

- Lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti veren işletmelerde kişiye, eli en yakın kolluk birimi yetkililerince idarî para cezası verilecek.

- Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri görüntülerine yer verilemeyeceği hükümlerinin ihlal edilmesi halinde idarî para cezasına karar vermeye Radyo ve Televizyon Üst Kurulu yetkilidir.

- Diğer koruyucu önlemler bakımından reklam ve tanıtım yasağına uymayanlar için idarî para cezasına karar vermeye, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu yetkilidir.

- Aynı şekilde tütün ürünlerinin paket-



Cevdet Erdöl kimdir?

Cevdet Erdöl, 16 Şubat 1958'de Trabzon Sürmene'de doğdu. Tıp doktoru ve öğretim üyesi; İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi'nden askeri doktor olarak mezun oldu. Ankara GATA'da İç Hastalıkları ve Kardiyoloji İhtisası yaptı. ABD'de Washington DC'de eğitim gördü. Ağrı ve Ankara Mevki Askeri Hastaneleri'nde çalıştı. GATA'da yardımcı doçent olarak görev yaptı. Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi'ne atandı. Doçent olarak, K. T. Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yaptı. 2002'de profesör oldu. Yüzden fazla araştırması ve makalesi ulusal ve uluslararası yayınlarda yer aldı. 22. Dönem Trabzon milletvekili. 22. Dönem'de TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanlığı görevinde bulundu. 23. Dönem'de aynı Komisyon'un Başkanlığına yeniden seçildi. İyi düzeyde İngilizce bilen Erdöl, evli ve 3 çocuk babasıdır.

lerinde ve etiketlerinde, bu ürünlerin özellikleri, sağlığa etkileri, tehlikeleri veya emisyonları ile ilgili yanlış ve eksik bilgi verilemeyeceği, aldatıcı tanımlama, marka, renk, figür veya işaret kullanılmayacağı hüküm altına alınmıştır. Bu yükümlülükler aykırı hareket eden üretici firmalar, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından, bu yükümlülükler aykırı olarak piyasaya sürülen malların piyasa değeri kadar idarî para cezası ile cezalandırılacaktır.

S. D.: Yeni kanunla tam olarak hedeflenen ve daha önce bu yasakların uygulandığı ülkelerdeki durum nedir?

C. E.: Elbette ki hedeflenen kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarının özendirilmesine engel olarak, herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanmasıdır.

Kanun ile Türkiye bu konudaki ilk 10



Sigara yasağıyla birlikte sigara sektörü ciddi bir darbe alsa da birtakım sektörlerin geleceğinde canlanma görülmesi bekleniyor. Uzmanlarca özellikle çiklet, kuruyemiş ve şeker sektörüne de hareketlilik geleceği öngörülüyor. Bu sektörlerdeki gelişimin, sağlık açısından sigaradan daha iyi olduğu su götürmez bir gerçektir.

ülke arasına girmiştir. Özellikle açık havada yapılan sporlar, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin seyir yerlerinde sigara içiminin yasaklanması Avustralya'dan sonra ilk kez ülkemizde gerçekleştirilmiştir.

Televizyonlarda yayınlanan programlarda tütün ürünlerinin kullanılmaması ile ilgili madde dünyada ilk olarak bizim ülkemizde olmuştur.

Kanun gelecek on yıl içinde binlerce kişinin yaşamını kurtaracak ve herkesin çalışabileceği veya bir araya gelebileceği daha temiz ve sağlıklı yerler bulunmasına yardımcı olacaktır.

Kanunun uygulanabilirliği anlamında; dünya ülkelerine baktığımızda, örneğin Amerika'da da restoranlarda, barlarda getirilen yasaklar sonucunda,

birçok restoranın, barlarının kapanacağı, işsiz kalacağı öne sürülmüştür. Ancak zaman içerisinde uygulama gayet başarılı olmuştur. Sigara içmek ile ilgili eğitimler ile sınırlayıcı, yasaklayıcı önlemler sonunda sigara tüketimi yirmi yılda yüzde10 azalma göstermiştir. İrlanda, Norveç, Kenya, Hong Kong, Uruguay, İngiltere, İtalya, Fransa, Kanada, İran, İskoçya ve Yeni Zelanda gibi, tamamen sigara yasağı (restoranlar dahil ve sigara içme odası olmayan) uygulayan diğer ülke ve bölgelerde yasaya uyma oranı yüksek olmuş ve kanunları kısa süre içinde kendi kendine uygulanır hale gelmiştir.

S. D.: Dünya Sağlık Örgütü bu konuda nasıl bir destek vermektedir?

C. E.: Dünya Sağlık Örgütü kanuna her türlü teknik desteği vermiştir.

Kanunun her aşamasında Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içerisinde çalışılmış, kanunda yapılan değişikliklerin tümünde Dünya Sağlık Örgütü'nün ve ülkemizin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin gerekleri doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

S. D.: Türkiye'de insanlar neden bu kadar sigara içiyorlar?

C. E.: Türkiye'de ne yazık ki sigara içmek bir gösteriştir. Gençlerimiz olgunluğa eriştiklerini sigara içerek gösteriyorlardı. Maalesef, eğitimsizlikten gelen nedenlerden dolayı kişiliğin tam oluşmaması, özentisi, bilinçsizlik, boşluk doldurma gibi nedenlerle gençlerimiz sigaraya başlıyorlardı.

Özellikle 1980'li yıllardan itibaren ülkemizde yabancı sigaraların üretilmesi ve satışa başlanmasından sonra yoğun bir reklam kampanyası başlatılmış, bu da ülkemizdeki sigara tüketimini ve içme oranlarını yüzde sek-

sen oranında artırmıştır.

Mahalle aralarında gençlerimize ve çocuklarımıza tek tek satılan sigaralar da, çocuklarımız ve gençlerimizin bu kötü alışkanlığa bulaşmalarını kolaylaştırıyordu.

S. D.: Yasakların ilerisi için planlanan bir ikinci adım var mı, yoksa bu yasaklama sigara ile sınırlı mı kalacak? Dünya Sağlık Örgütü'nün alkol konusunda da çalışmalarının sürdüğünü biliyoruz. Alkol için ne düşünüyorsunuz?

C. E.: Bu amacın gerçekleşmesi için her türlü eğitim programları hazırlanmaktadır. Özellikle çocukları ve gençleri korumak amacıyla Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapacaklardır. Halen televizyon yayınlarında sigara görüntüleri buzlanarak, gölgelenerek gösterilmektedir. Kanun ile bu görüntülerin engellenmesi daha kararlı bir biçimde yapılabilecektir. Bu yayınların özellikle çocukların ve gençlerin televizyonu seyrettikleri saatlerde yapılması öngörülmüştür.

Elbette ki sadece sigaranın zararlarını değil, her türlü zararlı alışkanlıkların önlenmesi gerekmektedir. Komisyonumuzda bu dönemde bir başka çok önemli teklif de "Çocukların Uçucu Maddelerin Zararlarından Korunmasına Dair Kanun Teklifi"dir. Teklif ile uçucu veya çözücü maddeler ihtiva eden; solumak ya da koklamak suretiyle kişide bağımlılık yapan ürünlerin üretiminden kullanılmasına kadar olan süreçte bunların kontrolünün sağlanması, çocukların ve gençlerin bu maddelerin zararlı etkilerinden korunması yönünde düzenlemeler yapılmaktadır.

Teklifin kanunlaşması ile toplum içinde 'balıcı ve tinerici' tabir edilen uçucu ve çözücü madde bağımlılığı ile mücadelede hukuki bir zemin oluşturulacaktır. Bu konuda özellikle çocukların bu madde bağımlılığından korunması, kurtarılması ve rehabilitasyonu için izlenecek yöntemlerde Sağlık Bakanlığı tarafından her türlü hukuki düzenleme ve çalışmalar en kısa zamanda faaliyete geçirilecektir.

Sizin de belirttiğiniz gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün alkol konusunda çalışmaları sürmektedir. Özellikle alkollü araç kullanımı, gençlerin küçük yaşta alkol kullanmalarının önlenmesi, çocuklara alkol satışının yasaklanması ve özellikle alkole bağlı olarak aile içi şiddetin, iş kayıplarının ve alkole bağlı hastalıkların önlenmesi gibi konularda çok yo-

ğün programlar yürütölmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, sigarada olduğı gibi "Alkol Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" hazırlıklarını sürdürmekte olup yakında alkolle ilgili olarak ölkelere önerilerde bulunacaktır.

S. D.: Yasak ve televizyon, radyo programları dışında, halkı bu konuda bilinçlendirmek adına planlanan çalışmalar var mı?

C. E.: Tüm dünyada olduğı gibi ölkemizde de kanunun başarı ile uygulanabilmesi için toplumun tüm kesimlerinin bu yasaklara hazır hale getirilmesi gerekmektedir.

Bu amaçla toplumun kanun hakkında bilgilendirilmesi ve hassasiyetin yükseltilmesi amacıyla değışik eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri yapılmaktadır. Bu faaliyetler Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü, Esnaf ve Sanatkar Odaları, Sanayi Odaları, Belediyeler, Yeşilay ile ilgili diğer kurumlar ve sivil toplum kuruluşları işbirliği içerisinde yürütölmektedir. Bu faaliyetler arasında özellikle eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi, bilimsel kongreler ve araştırmalar vardır.

S. D.: Yasaklamak sizce çözüm mü? Özellikle tiryakiler yasaklamanın çözüm olmayacağı konusunda hemfikirler çünkü...

C. E.: Tekrar belirtmek isterim ki; kanuni düzenleme kimseye yasak getirmemektedir. Yasaklamadan ziyade, geleceğimize, gençliğimize, insanımıza daha sağlıklı bir gelecek sağlanması amaçlanmaktadır. Kişilerin sağlık haklarına sahip çıkmakta, bu ko-

nudaki sorumluluklar ve haklar belirlenmektedir.

Kanun herkesin daha temiz ve sağlıklı ortamlarda yaşayabilmelerine yardımcı olacak, özellikle sigara bırakmayı daha da özendirici kılmaya yardımcı olacaktır. Zira sigara içenlerin yaklaşık yüzde 70'i sigarayı bırakmak istediklerini söylemektedirler.

S. D.: Yukarıda istisnalardan bahsettiniz ama biliyoruz ki cami ve hastane bahçeleri de sigara içme yasağının kapsamından çıkarıldı. Bunun nedeni nedir?

C. E.: Kanun neredeyse bütün kapalı kamusal alan ve işyerlerini kapsamaktadır. Birahaneler, kulüpler, barlar, kafeler de buna dahil edilmiştir. Kapalı alanlarda, sigara içme alanları bulundurmaya artık izin verilmemektedir. Bu nedenle sigara içmek isteyenlerin bu kapalı alanlardan dışarıya çıkmaları gerekecektir. Bu kanun ile buralarda sigara ve tütün ürünleri kullanmak tarihe karışacak ve yasalar karşısında suç sayılacaktır.

Burada önemli olan kanunun belirttiğimiz amacına uygun olmasıdır. Bu anlamda örneğin kanun özel konutları kapsamayacaktır.

Getirilen hükümlerin hedeflenen amaçla hizmet edebilmesi için ölçülü ve uygulanabilirliğinin sağlanması şarttır. Kanunun görüşmeleri sırasında cami ve hastane bahçelerinde de sigara yasağının şimdilik kapsamdan çıkarılmasının uygun olacağı görüşü gündeme gelmiş ve ilk aşamada cami ve hastane bahçeleri kapsamdan çıkarılmıştır.

S. D.: Sigara tüketiminin Türkiye'ye



maliyeti nedir? Ne kadarı vergi olarak geri dönüyor? Alınan yüksek vergi nedeniyle devletin sigara içilmesini gizli desteklediği ileri sürölüyordu. Siz bu yasayla bu iddiaları haksız mı çikarmak istediniz?

C. E.: Pasif olarak sigara dumanına maruz kalmak ve sigara kullanımının sebep olduğı hastalık ve ölümlerin yanı sıra sigara kullanımı ölkemizde her yıl yaklaşık 20 milyar dolar ekonomik kayba da yol açmaktadır. Yapılan bazı diğer hesaplamalara göre bu miktar 50 milyar dolara kadar çıkmaktadır. Ancak, sigaradan elde edilen tüm vergi gelirleri yıllık olarak 8 ile 10 milyar dolar arasındadır.

Her ne kadar maddi bir hesap yapmaya çalışılsa da, sigaranın sebep olduğı hastalık ve ölümler ile bunun kişinin yakın çevresine getirdiğı manevi yıkım hiçbir şekilde para ile ölçülemez. Hükümetler bu işten gelir dahi elde etseler insani sebeplerden dolayı gizli ya da açık olarak bu tür ticarete izin vermezler. Vermemelidirler de...

Katkılarından dolayı Dr. Cengiz Şen'e, Prof. Dr. Recep Öztürk'e ve Prof. Dr. Sabahattin Aydın'a teşekkür ederiz.

Dünya Sağlık Örgütü'nden sigara yasağı uygulanan ölkeler konusunda alınan bilgiler

- Avustralya, Kanada, Almanya ve ABD'de iş yerlerindeki sigara tüketimi, yasaktan sonra % 29 azaldığı saptanmıştır.
- İtalya'nın Piedmont bölgesinde ve Kolarado'nun Montana Piedmont ve Helena bölgelerinde kalp krizlerinde ortalama % 20 düşme olmuştur.
- İrlanda barlarında çalışanlarda solunum sistemi yakınmaları % 17 oranında azalmıştır.
- İskoçya'da bar ve restoran çalışanlarının solunum fonksiyon testlerinde yükselme; astımlı bar çalışanlarında hastalıkta düzelme saptanmıştır.
- Kaliforniya bar çalışanları arasında yasaktan sonraki ilk 8 haftada solunum sistemi rahatsızlıkları % 59; duysal tahrişler, örneğin göz sulanması, boğaz yanması % 78 oranında azalmıştır.
- Sigara içilmeyen iş yerlerindeki verimin, sigara içilen iş yerlerindeki orana 9 kat fazla olduğu saptanmıştır.
- İş yerlerinde sigara içilmesinin günlük sigara sayısını 3'e düşürdüğü; sigara içme oranını ise % 3,8'e azalttığı görölmüştür.
- Bu kanunlar gençler arasında sigara içme oranını % 17; kullanma hacmini % 50 azaltmıştır.
- Kişi başına düşen gelirden İrlanda'da % 1,7; İskoçya'da ise % 0,7 oranında artış sağlanmıştır.
- Sigara içme yasağı, iş yeri güvenliği ile ilgili harcamalarda % 3 ekonomi sağlamıştır.
- Sigara kullanımının yasak olduğu iş yerlerinde çalışan gençlerin sigaraya başlama oranı % 68 daha düşük bulunmuştur.
- Kapalı alanlarda sigara kullanımı konusunda sıkı yasaları olan ölkelerde, gençlerin sigara içme oranı % 2 iken yasaları olmayan ölkelerde bu oran % 46 olarak hesaplanmıştır.

Tütün tuzağında kadın...

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Şarkışla ve Ayaş'ta üç yıl süreyle pratisyen hekim olarak çalıştı. 1998'de MÜTF'de Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini tamamladı. Uzmanlık tezini "kalite" konusunda hazırladı. Uzunca bir süre kalite yönetimi danışmanlığı ve belgelendirme firmalarında çalıştıktan sonra M. Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak göreve başladı. Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi ve bu komiteye bağlı Politika ve Metot Çalışma Grubu üyesi olarak, bu konuda yapılan çalışmalara katkı sağlamıştır. Birçok kuruluşa kalite yönetimi, danışmanlık ve eğitim hizmeti vermiştir. Kamusal ve özel çeşitli sağlık kuruluşlarının belgelendirme denetimlerine, denetçi veya uzman olarak katılmıştır.

Kadın ve tütün üzerine şimdiye kadar duyduklarınızın muhtemelen en nahosunu bu yazıda bulacaksınız. Kadınına "tütün gibisin" diye türküler yakagelmiş insanlara egzotik bir başlık altında tatsız kelâmlar etme münasebetsizliğimizi bağışlayınız.

Birçok Doğu ülkesinde tütün kullanmak "erkek hakkı" olarak görülürdü. Kadınlar diğer bazı haklar gibi bu hakkı (!) da elde etme çabasına giriştiler adeta. Dünya genelinde sigara içme trendi önce erkeklerde, arkasın-

dan kadınlarda artış şeklinde olmuş- tur ve sigara içen kadınların oranı erkeklerin oranını yakalamıştır. Birçok gelişmiş ülkede oran son 20 - 30 yılda düşüşe geçmiştir, fakat kadınlarda ve gençlerde düşüş daha yavaş olmaktadır. Düşme eğilimi sürmekle birlikte, oranlar hâlâ çok yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu alanda da "muasır medeniyetler seviyesi"ni yakalama, hatta geçme çabasında olan kadınlar erkeklerle yarışmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışına bağlı olarak da sigara içenlerin sayısı artmaktadır.

Kadınların bu "çok özel" çabaları sonucunda neler olmaktadır?

Çok şeyler oluyor da, biz sadece birkaç sayı vermekle yetineceğiz. 1950'lerde meme kanserine akciğer kanserinden 7 - 8 kat fazla raslanırken, artık aradaki mesafe kapanmıştır. Hatta, bazı ülkelerde akciğer kanseri, ölüme en çok neden olan kanser türü haline gelmiştir. 1980'den bu yana akciğer kanserinden ölüm hızı kadınlarda yüzde 40, erkeklerde ise ancak yüzde 3 artmış durumdadır. Tütünün etkilerinden sadece birinde durum böyle olursa, "Bu gidiş nereye varacak?" diye sormak bile ürkütücü olmaz mı?

Peki, kadınlara ne oldu da, sigara içmeye, hatta bırakın sadece içmeyi



"daha çok" içmeye başladılar? Elcevap: Çoğunu reklamlar çarptı. En önemli etkenin sigara reklamları olduğunu söyleyebiliriz. Anksiyeteye / sıkıntıya maruz kalındığında kadınların sigara içmeye daha yatkın oldukları da biliniyor. Ayrıca, değişen toplumda kadınların (ve gençlerin) geleneksel değerlere karşı çıkmasının bir yolu da sigara içmek oluyor.

Şimdi reklamlar...

Birçok gelişmiş ülkede sigara içen erkeklerin oranının azaldığını ve tüketicilerinden önemli bir kısmının erkenden dünyayı terk ettiğini göz önüne alan üretici firmalar, mevcut pazarları büyütmeye ve daha da önemlisi, yeni pazarlar oluşturma çabasına giriştiler.

Öldürücü ürünlerini daha fazla satabilmek için yılda yaklaşık 2,5 milyar dolarlık reklam harcaması yapıyorlar ve bunun çoğunu da vergiden düşüyorlar. Kadınların yalnızca yüzde 3'ünün sigara içtiği Hong Kong gibi yerlerde dahi, kadınlara yönelik reklamlara büyük paralar yatırıyorlar.

Başlıca reklam stratejileri;

- Özellikle kadınlara cazip gelecek imajlar sunmak,
- Sadece kadınlar için yeni markalar üretmek,
- Kadın dergilerine reklam vermektir.

Kadınlara yönelik reklamların başladığı 1920'lerden bugüne sigara içmek; zamanın şartlarına uygun düşecek şekilde kültürlü, neşeli, sağlıklı, çekici, romantik, özgür, başkaldırıcı vb. olmakla ilişkilendirildi. Çokça vurgulanan bir diğer nokta, sigaranın şişmanlamayı engellediğidir. 1930'larda ABD'de şeker yerine sigarayı tavsiye eden çirkin reklamlarla başlayan süreç bugün masum (!) bir şekilde devam etmekte; ince uzun "light" sigaralar uzun boylu, narin yapılı modellerle sunulmaktadır.

Parasız olarak verilen ipek çoraplar, kozmetikler, marka logosu taşıyan giyecekler ayrı bir promosyon şeklidir. Medyada geniş yer alan tenis gibi kadın sporlarının ve moda gösterileri gibi kadın etkinliklerinin sponsorluğunu üstlenmek de sıkça başvurulan bir yöntemdir.

1960'larda itibaren "kadınlara özel" markalar üretilmesi dönemi başladı. "Ekstra uzun", "ultra ince" adıyla, tadıyla, kokusuyla, görüntüsüyle dışı özellikleri öne çıkaran sigaraların sayısında hızlı bir artış oldu.

Özellikle televizyonda sigara reklamlarının yasaklandığı birçok ülkede kadınlara ulaşmanın en iyi yolu kadın dergileridir.

Bunların büyük çoğunluğu da sigara reklamlarına yer vermektedir.

Kadın dergileri sigara üreticileriyle neden bu kadar içli-dışlı?

- Her şeyden önce özellikle gelişmiş ülkelerde kadın dergilerinin tirajları çok yüksektir.

- Bazı dergiler ürüne sahte bir "sosyal kabul edilebilirlik" veya moda imajı veriyor. Hatta bazı ünlü moda dergilerinde bir ürünün reklamının yer alması adeta "garanti belgesi" gibi görülüyor.

- Sigara reklamının kabul edilmesi sigara ve sağlık konusundaki yazıların daha az yayımlanmasını veya hiç yayımlanmamasını sağlıyor. Sigaranın zararları hakkında sıkça yayın yapan dergilere, üretici firmalarca reklam ambargosu uygulanıyor. Bu ambargo üreticilerin sigara dışındaki her türlü ürünlerinin reklamını da kapsayabiliyor. Ünlü bir yabancı editörün deyişiyle; "Kimse gözünü oyacak kargayı beslemiyor." Çoğu dergiler reklamlarını kabul ettiğine göre, sigara üreticileri bir taşla iki kuş vurmuş oluyor.

- Bütün bunların yanı sıra, sigaranın (ve alkolün) dolaylı reklamı medyada sürekli yapılıyor. Film yıldızları, sanatçılar, yazarlar sigara ile, pipo ile, kadeh ile sık sık boy gösteriyorlar.

Tütünün kadına ve yavrusuna ettikleri

Tütünün kadın sağlığına zararlarından sadece birkaçını sıralayalım:

• Kanser

Eskiden kadınların kalp-damar hastalıklarından ve akciğer kanserinden neredeyse muaf oldukları düşünüldü. Zira kadınlar sigara ile bugünkü kadar haşır neşir olmamışlardı. Artık erkek gibi sigara içen kadınlar, erkek gibi ölüyorlar. Bazı ülkelerde çeşitli şekillerde hazırlanmış tütünü çiğneyen kadınlar da ağız kanserine 3 - 7 kat fazla raslanıyor. Bunlar dışında gırtlak, yemek borusu, pankreas, böbrek ve mesane kanserleri daha sık görülüyor. Bazı araştırmalar, kadınların karsinogenlere karşı erkeklerden daha korumasız olduğunu ve aynı miktarda sigara içen kadınlarda daha fazla kanser görüldüğünü ortaya koymuştur.

• Azalmış doğurganlık

Sigara içmek doğurganlığı azaltıyor. Sigara içenlerde dış gebelik riski içmeyenlere göre iki kat yüksektir. Rahim ağzı kanseri ile dismenore (ağrılı adet) riski de yüksektir ve sigara içen kadınlar yaklaşık iki yıl erken menopoza girerler.



Kadınlara yönelik reklamların başladığı 1920'lerden bugüne sigara içmek; zamanın şartlarına uygun düşecek şekilde kültürlü, neşeli, sağlıklı, çekici, romantik, özgür, başkaldırıcı vb. olmakla ilişkilendirildi.

• Cenine zararı

Bebeğin düşük tartılı olması ve erken doğması riski artar. Perinatal (doğum öncesinden doğum sonrasına uzanan belli bir dönemde olan) ölümlerin bir kısmı da sigaraya bağlıdır.

• Çocuğa zararı

Nikotin, anne sütü ile bebeğe geçer. Sigara içen annelerin çocukları daha sık hastalanır. Ama çocuklara asıl zararı sigara değil, kötü örnek olarak anneler verir.

• Kalp-damar hastalıkları ve osteoporoz

Doğum kontrolü hapı kullanan ve bununla birlikte sigara da içenlerde kalp krizi, inme ve bacak damarlarında pıhtılaşma riski yüksektir. Bu risk özellikle 40 yaşından sonra artar. Sigara içmek osteoporoz riskini de artırabilir ki, bu menopoza girmiş kadınlardaki kırıkların en önemli nedenlerindendir.

• Erken yaşlanma

Cilt kırılganlıkları artar. Cilde yapışan parçacıklar gözenekleri tıkar ve kötü kokuya neden olur. Saçlar kolay kırılır. Duşman gözleri tahriş eder. Dişlerin rengi değişir, diş eti rahatsızlıkları artar. Nefes kötü kokar. Ses de etkilenebilir.

Nitekim, sigaranın sağlığa zararlı olduğu Bakanlar Kurulu'nun 86/10911 sayılı kararıyla da sabittir.

Not: Bu yazı kaleme alınırken tütün tüketilmemiştir.

Tüberküloz hastasının yönetimi...

Doç. Dr. Kemal Tahaoğlu



1960 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Gaziantep'te tamamladı. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1990 yılında Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz uzmanı oldu. Aynı yıl Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmaya başladı. 1995 yılında doçent, 1999 yılında klinik şefi oldu. 2002 yılında Sedat Simavi Sağlık Bilimleri ödülünü aldı. Halen Süreyyapaşa Hastanesi'nde klinik şefi olarak görev yapan Tahaoğlu'nun 20'si Index Medicus'ta dizilenen uluslararası, 58'i ulusal dergilerde olmak üzere toplam 78 yayımlanmış makalesi bulunmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

Tüberküloz basili'nin 1882 yılında keşfedilmesinden itibaren tüberküloz hakkında çok şey bilmekteyiz. Elimizdeki bilgilerin, tüberküloz basili'nin mikrobiyolojik özelliklerinden hastalığın klinik formlarına, radyolojik prezentasyonlarından tedavi yanıtlarına, etkili ilaçlardan ilaç direnç mekanizmaları ve toplumdaki direnç oranlarına kadar birçok konuyu kapsamaktadır. Bütün bunlara rağmen, tüberküloz hastalığı 21. yüzyılın

başında hâlâ tüm dünyanın en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Dünya nüfusunun üçte biri M. tuberculosis ile enfektedir. Enfekte nüfus hastalık tehdidi altında yaşamaktadır. Her yıl 8 milyon kişinin hastalandığı, 2 milyon kişinin de bu hastalık nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Daha kötüsü, ilaca dirençli hastalık formları ortaya çıkmaktadır. Son 15 yıl içinde tanımlanan, en az İzoniazid (H) ve Rifampisine (R) dirençli basillerin neden olduğu "Çok İlaça Dirençli Tüberküloz" (ÇİD-TB), kötü prognozu, yüksek tedavi maliyetleri nedeniyle ciddi bir sorun

olarak karşımıza çıkmıştır. Son birkaç yılda ÇİD-TB olgularındaki direnç sorununa, paranteral aminoglikozid ve kinolonlara karşı dirençlerin de eklenmesiyle "Yaygın İlaç Dirençli Tüberküloz" (YİD-TB) ortaya çıkmıştır. 22 Ekim 2007 tarihinde Berlin'de yapılan, ülkemizin de katıldığı tüberküloz konulu "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bakanları Forumu" toplantısında, DSÖ Avrupa Bölge Direktörü ve üst düzey katılımcıların huzurunda, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde tüberkülozun, giderek artan bir halk sağlığı tehdidi olduğunun altı endişe ile çizilmiştir.



Genellikle kolay teşhis edilerek % 99'a varan oranlarda iyileşilebilir bir hastalık olan tüberkülozun, halen bir halk sağlığı sorunu olarak gündemde olmasının sebebi nedir?

Tüberküloz hastalığı, farklı klinik tablolar ve fizyopatolojik süreçler içerse de esas olarak Mycobacterium tuberculosis'in solunum yolu ile hasta bireylerden sağlıklı bireylere bulaşması ile başlar. Aslında tüberküloz, iki evreli bir hastalık olarak ele alınabilir. Tüberküloz basili, solunum yolu ile daha önce basil ile hiç karşılaşmayan bir birey tarafından alındığında, öncelikle enfeksiyon gelişmektedir. Bu durum "primer enfeksiyon" olarak adlandırılmaktadır. Basilin alveoler makrofajlar tarafından fagosite edilmesi ile başlayan patolojik süreç, akciğer parankiminde granülomların oluşması, bu granülomlardan lenfo-hematojen yayılım ile hem sistemik hem de lokal (hiler) lenf bezlerine yayılım olması ile karakterizedir. Hiler lenf bezi ile granülomlar arasında lenfanjitis geliştiğinden bu oluşuma "Primer Kompleks" denilmektedir. Çoğunlukla bu dönemde klinik tablo yoktur. Hastalığın birinci evresi olarak tanımlayabileceğimiz bu evre çoğunlukla kendiliğinden iyileşir. Enfekte bireylerin % 5'inde fizyopatolojik gelişmeler "Progresif Primer Hastalık" olarak adlandırılan ve çoğunlukla "Çocuk Tipi Tüberküloz" olarak bilinen klinik tablolar oluşturmaktadır. Enfekte bireylerin diğer % 5'inde ise özellikle ilk bir yıl içerisinde daha sık olmak üzere hastalık ortaya çıkmaktadır. Birey daha önce basil ile karşılaşmış ve aşırı duyarlılık geliştirdiğinden, basil ile tekrar karşılaşmada organizmada basile karşı şiddetli bir cevap gelişmemektedir. Özellikle akciğerlerde yaygın lezyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonlar kazeifikasyon nekrozu sonucu gelişen çok sayıda basil içeren kaviteler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Artık hastalığın birinci evresinden farklı bir durum söz konusudur. Hastalığın ikinci evresi olarak nitelendirebileceğimiz bu durum, "Erişkin tipi akciğer tüberkülozu", "Post primer akciğer tüberkülozu", "Kaviter akciğer tüberkülozu", "Reaktivasyon tüberkülozu" gibi adlandırılmaktadır. Bu hastaların balgamlarında çoğunlukla basil vardır. Hastalar, konuşma, öksürme gibi faaliyetleri sırasında aerosolize olan, basil içeren solunumsal sekresyonlarını ortam havasına saçmakta ve hastalığın diğer sağlam bireylere bulaşmasına neden olmaktadır. Bulaştırıcı olması nedeniyle duyarlı toplumlarda hızla yayılması yanında, tedavi edilmediği takdirde yüksek mortalite oranlarından dolayı da önem arz etmektedir. Toplumdaki bulaştırıcı akciğer tüberkülozlu olguları, toplum içinde oluşturduğu tehdidi

görmeden, tek başlarına birer olgu olarak ele alıp tedavi girişimlerinde bulunmak doğru olmayacaktır. Bu noktada hastalığın bulaştırıcılığının önlenmesi, hastaların tedavi edilerek yeni hastaların ortaya çıkmasının önlenmesi, toplum sağlığı açısından oldukça önem kazanmaktadır. Tek bir hasta düzeyinde olayı ele almak, uygun olmayan kemoterapi uygulamaları ya da gözetimsiz tedavi girişimleri topluma ilaç direncinin girmesine neden olacaktır. Yazının başında da belirtildiği gibi günümüzdeki ÇİD-TB ve YİD-TB bunun bir neticesidir. Bu nedenlerle "Hastalığın Kontrol Edilmesi" kavramı ortaya çıkmaktadır. Tanım olarak kontrol; hastalık insidansında, prevalansında, morbititesinde ve mortalitesinde azalmanın sağlanması ve bu azalma eğiliminin sürekli kılınması olarak ifade edilmektedir. Hastalık kontrolü ile ilgili diğer seviyeler ise eliminasyon, eradikasyon ve genosit (soyu yok etmek) olarak adlandırılmaktadır. Tüberkülozda iyi kontrol, toplumdaki tüberküloz olgularının % 70'inin saptanması ve % 85'in kür olması şeklinde ifade edilmektedir.

Tüberküloz hastalığının tedavisine, özellikle bireylerin iyileştirilmesine yönelik olarak girişimler 19. yüzyılda başlamıştır. Bu amaçla sanatoryumlar ve hastalara yardım sağlayan kuruluşlar oluşmuş, ancak hastalığı bir program çerçevesi içerisinde çözmeyi amaçlayan örgüt modeli ilk kez İkinci Dünya Savaşı yıllarında ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında, bulaştırıcı hastalıklar ile mücadelede vertikal örgütlenmeler gündeme gelmiştir. Bu örgütlenme modelinde, hastalığa özgü bir örgüt oluşturulmaktadır. 60'lı yılların ortasından sonra, hizmetlerin entegrasyonu süreci başlamıştır. Bu süreçte, Wallace Fox'un Hindistan'daki Madras Tüberküloz merkezinde yaptığı çalışmalar rol oynamıştır. Bu merkezde, hastaların hastanede yatmadan ayakta tedavi olabileceği gösterilmiştir. İntermittant olarak isoniazid ve streptomisin enjeksiyonları ayaktan başvuran hastalara uygulanmıştır. 70'li yılların sonuna doğru, Alma Ata Bildirgesi'nden sonra, entegrasyon tekrar gündeme gelmiştir. Ancak bu kez periferik entegrasyondan öte, merkezde idari anlamda entegrasyon uygulamaları söz konusudur. Çeşitli programlar arasında entegrasyona gidilmiştir. Örneğin bağışıklama programı, temel ilaç programı entegre bir şekilde çalışmaya başlamış, tüberküloz laboratuvarları genel laboratuvarlar hizmetleri içine alınmış ve periferdeki çalışmalar bu şekilde düzenlenmeye çalışılmıştır. Söz konusu alanlardaki entegrasyonun getirdiği faydalardan öte tüberküloz kontrolünün temel aktivitelerinde (tedavi ve



22 Ekim 2007 tarihinde Berlin'de yapılan, ülkemizin de katıldığı tüberküloz konulu "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bakanları Forumu" toplantısında, DSÖ Avrupa Bölge Direktörü ve üst düzey katılımcıların huzurunda, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde tüberkülozun giderek artan bir halk sağlığı tehdidi olduğunun altı endişe ile çizilmiştir.

gözetim) iyileşme sağlanamaması, bu dönemde dünya genelinde ortaya çıkan ekonomik bunalım nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki genel gerileme ile birlikte, tüberküloz kontrol aktiviteleri de gerilemiştir. Ayrıca bu dönem (70'lerin sonlarından 80'li yılların sonuna doğru) tüberküloza gerek uluslararası, gerekse de ulus düzeyinde bilimsel imhale olarak adlandırılacak bir süreç olmuştur. Tüberkülozla ilgili aktivitelerde, ayrılan kaynaklarda genel bir azalma söz konusudur. 80'li yılların sonundan başlayarak, HIV salgının özellikle Afrika'da çok önemli boyutlara ulaşması, Sovyetler Birliği'nin çökmesi ve ekonomik krizin bu coğrafyayı etkisi altına alması, dünyada yaşanan yoksullaşma sürecinin yoğunlaşması gibi faktörlerle, tüberküloz insidansında tekrar bir yükselme eğilimi ortaya çıkmıştır. Bu artış sadece söz konusu sosyo-ekonomik bozuklukların yaşandığı coğrafyalarda sınırlı kalmamış, artan göç, uluslararası seyahatin kolaylaşması gibi faktörlerin de etkisiyle, gelişmiş ülkelerde de tüberküloz insidansı artış eğilimi göstermiştir. Bu artış karşısında tüberküloza azalan ilgi yeniden ortaya çıkmıştır. Bu dönemde IUATLD'nin (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) birkaç ülkede yaptığı uygulamalar ve edinilen deneyim yol gösterici olmuştur. Karel Styblo ta-



Gerek IUATLD deneyimleri, gerekse sözü edilen diğer deneyimler sonucunda, geçtiğimiz on yılda tüberküloz kontrolünde elde edilen en büyük gelişme DOTS stratejisinin geliştirilmesi ve özellikle hastalığın yaygın olduğu ülkelerde DOTS'un uygulanmasıdır.

rafından özellikle Malawi, Mozambik ve Tanzanya gibi ülkelerde yapılan ve saha koşullarında % 80 kür oranına erişilebileceğinin gösterildiği çalışmalardan elde olunan deneyimler, modern tüberküloz kontrol programlarının ana noktalarının belirlenmesinde önemli rol oynamıştır. Bu ana noktalar;

- Kısa süreli tedavi rejimleri ile kür oranını artırmak,
- Düzenli bir ilaç temini,
- İlaç içiminin gözetimi (en azından tedavinin başlangıç fazında),
- Titiz bir kohort analizinden oluşmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, bu ana noktalar çerçevesinde yönetsel entegrasyon kavramını yeniden gözden geçirmiştir. Bu çerçeve içinde hasta tedavisi ve tedavinin yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde korunmuştur. Ancak tüberküloz kontrolünün yönetsel vertikal yapısı korunmuştur. Gerek IUATLD deneyimleri, gerekse sözü edilen diğer deneyimler sonucunda geçtiğimiz on yılda tüberküloz kontrolünde elde edilen en büyük ge-

lişme DOTS stratejisinin geliştirilmesi ve özellikle hastalığın yaygın olduğu ülkelerde DOTS' un uygulanmasıdır. Günümüzde DOTS, 182 ülkede uygulanmaktadır. 2004 yılına kadar 20 milyon tüberküloz hastası DOTS stratejisi altında tedavi edilmiş, 16 milyondan fazlası kür olmuştur. DOTS'un uygulandığı hemen tüm ülkelerde tüberküloz mortalitesi ve insidansı azalmaktadır. 2003 yılında yayma pozitif olgularda tedavi başarısı %83'tür. 1997 yılında DSÖ, DOTS'a ilave olarak ÇİD-TB prevalansının yüksek olduğu bölgelerde ikinci sıra ilaçlarla ÇİD-TB olgularının tedavi edilmesi stratejisi olan ve DOTS-PLUS olarak isimlendirilen tedavi stratejisinin gerekliliğini kabul etmiştir. DOTS-PLUS yalnızca DOTS'u başarı ile uygulayan ülkelerde önerilmektedir.

Bir halk sağlığı sorunu olarak tüberkülozun eliminasyonu hedefinin gerçekleştirilmesi ve tüberkülozun olmadığı bir dünya için 2000 yılında Stop TB ortaklığı kurulmuştur. Bu ortaklık, uluslararası organizasyonlar, ülkeler, kamu ya da özel sektör donörleri, sivil toplum örgütleri, hükümetler ve bu amaca ulaşmak için yapılan çalışmalara ilgi duyan kişilerden oluşmaktadır. Ortaklar 2001 yılında Washington'da "Stop TB Partners Forum"da bir araya gelmişler, tüberkülozu durdurmak için küresel bir plan önermişlerdir. İkinci Stop TB forumu 2004 yılında Delhi'de gerçekleşmiş, 2005 yılı hedeflerine ulaşmak için bakanlardan teminat alınmış, 2015'e kadar milenyum hedeflerine ulaşmak için ortaklara yol gösterecek ikinci küresel plan yapılmıştır. Stop TB ortakları yedi spesifik konuda gelişmeleri hızlandırmak için birleşmiştir; DOTS'un yaygınlaştırılması, TB/HIV, ÇİD-TB, yeni TB ilaçları, yeni TB aşılı, yeni tanı araçları, destek, iletişim ve sosyal mobilizasyon. Tüberkülozun olmadığı bir dünya STOP TB vizyonudur. STOP TB, 2015 yılında tüberkülozun prevalansı ve tüberküloz mortalitesinin 1990 yılının % 50'sine düşürülmesini, 2050 yılında

tüberküloz insidansının milyonda 1'den az olmasını hedefliyor; her tüberküloz hastasının etkin tanı, tedavi ve kür şansı elde etmesi, tüberkülozun yayılmasının engellenmesi, sosyal ve ekonomik eşitsizliğin azaltılması, TB'ü durdurmak için, koruma, tanı, tedavi araçlarının ve stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması için çalışır.

22 Ekim 2007'de kabul edilen Berlin Deklarasyonu, tüberküloz sorununun DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki boyutunu aydınlatmaktadır. Bölgede 2005 yılında 445.000 yeni tüberküloz olgusu ve 66.000 tüberkülozla ilgili ölüm görülmüştür. Bölgedeki 53 ülkeden 18'i yüksek tüberküloz yüküne ve bundan dolayı da tüberküloz kontrolü için yüksek önceliğe sahiptir. Türkiye'nin de dahil olduğu bu ülkeler Ermenistan, Azerbaycan, Beyaz Rusya, Bulgaristan, Estonya, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Moldova, Romanya, Rusya Federasyonu, Tacikistan, Türkmenistan, Ukrayna ve Özbekistan'dır. Tüberküloz hızları tüm bu bölgeki ülkelerde bulunan göçmen topluluklar, evsizler, mahkûmlar ve diğer sosyal açıdan hassas gruplar gibi yüksek risk altında olanlarda hızla yükselmektedir. Bölgedeki birçok ülke, tüberküloz kontrolü için insan kaynağı eksikliği ile karşı karşıyadır. Tüberküloz, bölgedeki HIV/AIDS'le yaşayan insanlar için en yaygın hastalık ve ölüm sebebidir.

Tüberkülozu, "DSÖ Avrupa Bölgesi'nde sağlık güvenliğine karşı bir tehdit" olarak tanımlayan Berlin Tüberküloz Deklarasyonu'nu, 300 delegenin katıldığı "Tüberküloza Karşı Hepbirlikte" başlıklı DSÖ Avrupa Bölgesi Bakanları Forumu sonucunda kabul etmiştir. Deklarasyon, insan yapımı olan ÇİD-TB ve YİD-TB de dahil olmak üzere, tüberküloz hastalığının yaygınlığını durdurmak ve tüberkülozu geri döndürmek için acil eylem çağrısı yapmaktadır. Deklarasyonda üye devletler ve uluslararası ortaklar, hastalığı kontrol altına almak ve sonunda

elimine etmek için daha fazla politik destek ve kaynak sağlama sözü vermektedir.

Tüberküloz kontrolünü halk sağlığı gündeminde daha yükseğe yerleştirme amacıyla olan foruma, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki 53 ülkeden 49'unun sağlık bakanları ve üst düzey karar vericileri, diğer Birleşmiş Milletler organları, hükümetler arası örgütler ve sivil toplum örgütleri temsilcileri katılmıştır. Forumun gündemi, sağlık sistemlerinin tüberküloza tepki vermekte karşılaştığı mevcut sorunlar ve Milenyum Kalkınma Hedefi 6'nın 8. alt hedefi olan, "2015 yılına kadar tüberküloz insidansındaki yükselişi durdurmak ve tersine çevirmeye başlama"nın başarılmasına yönelmiştir.

Bugün, Avrupa Bölgesi, Afrika dışında tüberküloz hızlarının Hedef 8'e ulaşmak için fazlasıyla yavaş azaldığı tek DSÖ bölgesidir. Deklarasyon her bir ülkenin politik iradeyi, halk sağlığı ve sosyal hizmet sistemlerini, insan kaynağı kapasitesini, tüberküloz surveyansı ve izlemeyi, sektörler arası işbirliğini güçlendirme sorumluluğu ve hastalığı kontrol etmek için bölge çapında sınır tanımayan bir yaklaşıma duyulan ihtiyaç ile ilgili faaliyetlere hız kazandırmak üzere birkaç yön belirlemektedir. Küresel ve Avrupa düzeylerinde uygun çok yanlı mekanizmalardan daha fazla fon aktarımı da önem taşımaktadır.

Deklarasyon, bir yandan önceki başarıları tanıırken spesifik alanlarda daha fazla faaliyet çağrısında bulunmaktadır. Daha iyi bir tüberküloz kontrolü için yatırım yapılması ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ilk kez olarak, bölge çapında bir taahhüt oluşturmuştur. Deklarasyonun etkin bir şekilde ve hızla uygulanmasını sağlamak için Avrupa Birliği, diğer örgütler, sivil toplum, topluluklar ve özel sektörün katıldığı bir mekanizma kurulacaktır. İlerleme 2009'dan başlayarak her iki yılın sonunda bölgesel düzeyde değerlendirilecektir.

Ülkemizde de son birkaç yıldır tüberküloz kontrolü bilincinde ciddi mesafe kat edilmiştir. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulamaları yaygınlaşmaktadır. Laboratuvar ağı ve kalite kontrolüne ilişkin önemli sorunlarımız olmasına rağmen, gelişmeler umut verici görünmektedir.

Kaynaklar

Smith PG., Moss AR. Epidemiology of tuberculosis. In: Tuberculosis. Pathogenesis, Protection and Control. Ed: Bloom BR. 1994 American Society for Microbiology, Washington, DC 47-59.



Dowdle WR., The principles of disease elimination and eradication. Bull. WHO. 1998; 76: (suppl): 22-5.

Rieder HL., Epidemiology of tuberculosis in Europe. Eur Respir J., 1995, 8, Suppl. 20, 620 s-632 s.

Castelo A., Mathias PA., Lunes R., Kritski AL., Dalcorno M., Melol FF., Drmond M. The global challenge of tuberculosis: cost effective and affordable treatment. INCLEN Monograph Series on Critical International Health Issues. Monograph No: 5 July 1996. INCLEN Philadelphia. 1996.

Rieder HL., Interventions for Tuberculosis Control and Elimination. 2002. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris. 2002. 5 – 13.

Rieder HL., Epidemiologic Basis of Tuberculosis Control. First Ed. 1999. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris. 1999,9.

Mitchison D.A., Nunn A.J.: Influence of initial drug resistance on the response to short-course chemotherapy of pulmonary tuberculosis. Am Rev Respir Dis (1986); 133. 423-430.

Toman K.: Tuberculosis Case-Finding and Chemotherapy. Questions and Answers. 1989, Jaypee Brothers, New Delhi.

Eren N., Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Bölümü Yayını No: 18, Ankara 1982.

Raviglione MC., Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948 - 2001. Lancet 2002; 359: 775 – 80.

WHO Report 2003 Global Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2003.316.

An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.297.

Etkind SC.: Med.Clin. North Am. 1993; 77(60) 1303 – 14.

Enarson DA., Rieder HL., Amadottir T., Trébucq A. Management of Tuberculosis. A Guide for Low Income Countries. Fifth Ed. 2000. International Union Against Tuberculosis and Disease. Paris. 2000, s12.

Sağlık sistemlerinin tüberküloza tepki vermekte karşılaştığı mevcut sorunlar ve Milenyum Kalkınma Hedefi 6'nın 8. alt hedefi olan, 2015 yılına kadar tüberküloz insidansındaki yükselişi durdurmak ve tersine çevirmeye başlamanın başarılmasına yönelmiştir.

Sbarbaro J., Directly observed therapy. Who is responsible. Clin.Ches.Med. 1997, 18:131-3.

Frieden T., Sbarbaro JA., The slippery slope to DOTS. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6 (5): 371 – 2.

Stop TB at the source. WHO report on the Tuberculosis Epidemic, 1995. WHO/TB/95.183.

Brenner E., Pozsik C. Case holding. In: Tuberculosis. A Comprehensive International Approach. Ed: Reichman LB., Hershfield ES., Marcel Dekker, Inc. New York 1993, 183-205.

Kantor IN., Kim SJ., Frieden T., Laszlo A., Luelmo F., Norval Py., Rieder H., Valenzuela P., Weyer K: Laboratory Services in Tuberculosis Control. Organization and Management. Part I. WHO. 1998 Geneva, Switzerland, WHO/TB/98.258.

Kumerasan J., Luelmo F., Smith I. Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme. World Health Programme. 1998. WHO/TB/98. 240.

Medikal, sosyal ve ekonomik boyutu ile Türkiye’de kronik viral hepatit sorunu

Prof. Dr. Abdullah Sonsuz



1957 Erzurum, Oltu doğumludur. 1981 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 1989’da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde İç Hastalıkları Uzmanlık eğitimi tamamlayarak aynı yıl Hepatoloji Bilim Dalı’nda çalışmaya başladı. 1992 yılında doçent, 1988’de profesör oldu. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı’nda çalışmaktadır.

Kronik viral hepatitler sadece bir hastalık olarak değil, sosyal ve ekonomik yönleri ile de ele alınması gereken bir ülke sorunudur. B ve C hepatiti birlikte değerlendirildiğinde, dünyada 500 milyondan fazla insanı doğrudan, bunun birkaç katını da dolaylı olarak ilgilendiren boyutu ile günümüzün en önemli sağlık problemlerinden birisini oluşturmaktadır. Bir ülkede viral hepatit sorununun boyutu, niteliği, hepatitlerin sıklığı, risk gruplarının sosyoekonomik özellikleri, sağlık harcamalarının finansmanı temelde biçimlenmekte ve bir ölçüde o ül-

keye özgün bir sorun olarak karşımıza gelmektedir.

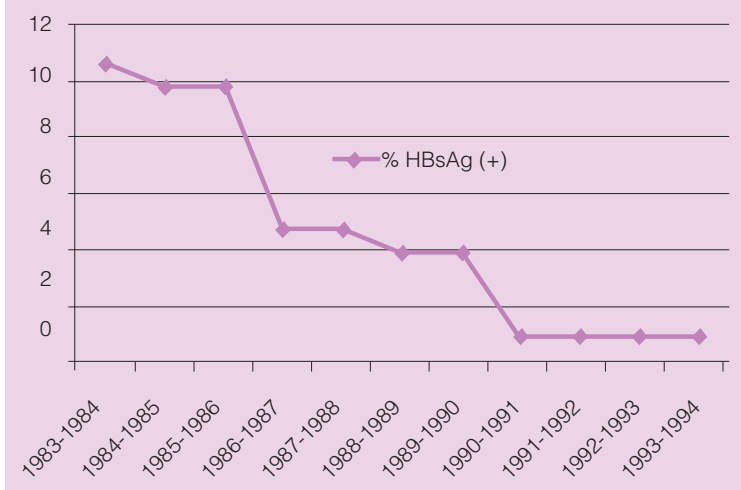
Ülkemizdeki HBsAg (+)’lik oranının bu konuda yapılmış çok sayıda araştırma ve yayına rağmen sağlıklı bir şekilde belirlenebilmiş olduğu kuşkuludur. Bu oranın yaklaşık olarak % 5 civarında olduğunu ifade ederek 3.5 milyon kişiye kronik HBV (Hepatit B Virüsü) enfeksiyonu bulunduğu sonucuna varabiliriz. Uygulanmaya başlanmış olan hepatit B aşılama programının zaman içerisinde bu hastalığı azaltacağı beklenilebilir, ancak bunun gerçekleşmesi uzun bir süre alacak ve önümüzdeki 15-20 yıl boyunca halen enfekte olan hastaların yaşayacağı sorunlar ağırlığı-

nı korumaya devam edecektir.

Yaygın hepatit B aşılama programlarının ilk ve en başarılı örneklerinden birisini oluşturan Taiwan aşılama programı 1984 yılında HBsAg (+) annelerden doğan çocukların, 1986’da tüm yeni doğanların, 1988-1990 tarihleri arasında ilköğrenim çağındaki çocukların programa katılması ile genişletilmiştir.

Bu uygulama neticesinde çocukluk çağı HBsAg pozitifliği 1980’lerde % 10’un üzerindeyken, 1990’ların ikinci yarısından itibaren % 1-2 düzeyine indirilebilmiştir (Şekil 1), bu oran başlangıçta düşünülenin biraz üzerinde olsa bile sağlanan başarı dikkat çekicidir.

Scarlet (English) / Streptococcus	
Diphtheria (English) / Difteri / W. Difteri	
Chicken Pox (Adult) >14	
Cholera & ETEC (Dukoral)	
Hepatitis A - Havrix 1440	
Hepatitis A - Havrix Jnr/Vaqta Jnr/Avaxim	(2)
Hepatitis B - Engerix B / HB VaxII	(3)
Hep A/Hep B (Twinrix)	0,7,21 days and 12 Months or 0,1,6 Months (3)
Hep A/Hep B (Twinrix Jnr)	0,1,6 Months (3)
Influenza	



Şekil - 1: Taiwan aşı programı için öngörülen koruma başansı (N Engl J Med 1997; 336: 1855-9, verileri kullanılarak oluşturulmuştur.)

Uygulama benzerliği nedeniyle bu program için öngörülen ve gerçekleştirilen koruma başansı Türkiye için de geleceğe dönük tahminlerde örnek alınabilir. Ulusal aşılama programımızın 10. yılına ulaştığımızı dikkate alırsak bu konuda sağlanan gelişmeleri ortaya koymak ve amaca ne ölçüde ulaşıldığını saptamak önem taşımaktadır.

Günümüz için geçerli kabul ettiğimiz % 5 HBsAg pozitiflik oranı ve bunun karşılığı olan 3.500.000 HBsAg (+) olgusunun büyük bir kısmını inaktif taşıyıcılar oluşturmaktadır. Bu konuda araştırmaya dayalı bir veri bulunmamakla birlikte yapılan tahmini değerlendirmeler HBsAg pozitif bulunanların % 10-30'unun kronik hepatit B, % 70-90'ının ise inaktif taşıyıcılardan oluştuğunu ifade etmektedir. Bu oranlar içerisinde ülkemizde yaklaşık olarak 700.000 kronik B hepatiti olgusunun bulunduğu varsayabiliriz. Bu hastaların tümünün klinik takip gerektirdiği ve en az 2/3' ünün (~ 500.000) zaman içerisinde tedavi adayı olacağı varsayımı hepatit B için gereken sağlık harcamalarını belirlemek için yapılacak tahminlere temel oluşturabilir. Ülkemizdeki hepatit C sıklığını genelde % 0.5 - 1.8 arasında ifade edilmektedir. Sağlıklı bir epidemiyolojik verinin bulunmadığı bu alanda kişisel görüşüm, % 0.5 gibi bir rakamın temel alınabileceğidir ki, bu da 350.000 hepatit

C'li hasta anlamına gelmektedir. Sağlık giderlerinin hesaplanmasında bu hastaların da 2/3'ünün (~ 250.000) tedaviye aday olarak hesaba dahil etmemiz gerekmektedir.

Şubat 2008 için geçerli olan ilaç fiyatları dikkate alındığında, viral hepatit tedavisi için kullanılan ilaçların 48 haftalık maliyeti ve bunun kişi başına sağlık harcamasına oranı Tablo-1'de özetlenmiştir.

Akılci bir uygulama ile ülkemizdeki ilaç fiyatlarının dünya ölçeğinde olduğundan daha düşük bir düzeyde tutulabilirdiği bir gerçektir. Bununla birlikte sağlığa ayrılabilen kaynaklarımız dikkate alındığında ilaç giderlerinin sağlık harcamaları içerisindeki boyutu önemini korumaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılı verileri dikkate alınarak yapılan karşılaştırmada, kronik hepatit B hastasının bir yıllık tedavi maliyeti ülkemizdeki bir yıllık sağlık harcamasının 5 - 62 katı arasında değişen bir harcamayı gerektirirken; bu oran ABD'de 0.5 - 3.6 kat arasındadır. Benzer şekilde hepatit C'li bir hastanın yıllık tedavi maliyeti Türkiye'de kişi başına yıllık sağlık harcamasının 100 katına yakın, ABD'de ise 5.6 katı civarında bir sağlık gideri ile karşılanabilmektedir.

Hepatit C tedavisi büyük ölçüde belirli

"Yapılması gerekenlerin başında bir ulusal viral hepatit programının hazırlanması ve yürütülmesi gelmektedir. Bu sorun sadece ilaç sanayinin yönlendirmeleri veya bu alanda faaliyet gösteren derneklerin uğraş konusu olarak kalmamalıdır."

standartlara kavuşmuş bulunmaktadır. Hepatit B'de ise durum daha belirsizdir. Mevcut tedavi alternatifleri çok farklı maliyetler taşıyor görünse de buradaki sağlık giderlerinin tek başına ilacın yıllık maliyeti üzerinden karşılaştırılması doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Her bir ilacın kullanım endikasyonları, öngörülen tedavi süresi, beklenen yanıt oranı, direnç gelişmesi veya yanıtızlık durumunda oluşabilecek sorunlar bakımından ayrı ayrı değerlendirilmesi zorunludur.

Hepatit C tedavisinde virüsün genotipine göre değişen bir tedavi şeması içerisinde, genotip 1 olgularda % 45'e yakın; genotip 2 ve 3 HCV enfeksiyonlarında ise % 70-80 civarında bir kalıcı yanıt beklenmektedir. Tedavi süresi ve ribavirin dozunun farklılığına bağlı olarak hasta başına tedavi maliyeti (ilaç gideri) sırasıyla 29.876 YTL ve 13.332 YTL olmaktadır. Tedavi amacının kalıcı virolojik yanıt olduğu dikkate alınırsa beklenen yanıt oranları ile bir hastadaki kalıcı yanıtın elde edilebilmenin maliyeti genotip 1 olgularda 66. 390 YTL, genotip 2 ve 3 HCV enfeksiyonlarında ise 17.774 YTL civarında gerçekleşmektedir. Hastanın özelliklerine göre bu harcamaların % 5 - 10 arasında değişen bir ilaç dışı sağlık harcamasını da dikkate almamız gerekmektedir. Ülkemizdeki hastaların büyük bir kısmının (> %85) genotip 1 enfeksiyonlardan oluştuğu düşünülürse ortaya çıkacak harcamaların ne ölçüde büyük olacağı kolayca tahmin edilebilir. Bütün bu harcamalara rağmen olguların yarısında hastalığın varlığını sürdürmeye devam edecek olması ise sorunun diğer cephesini oluşturmaktadır.

Son yıllarda ortaya çıkan bazı veriler, hepatit C tedavisinde daha ekonomik bir yaklaşımın mümkün olabileceği umidini vermektedir. Başlangıç viral yükü

İlaç / Maliyet (YTL)	Türkiye	SHO	ABD*	SHO
Entekavir 0,5 mg	9323	X 28,7	10432	X 1.7
Adefovir Dipivoksil	9908	X 30,5	7967	X 1.3
Lamivudin	1565	X 4,8	2978	X 0.5
Peginterferon Alfa 2a	20236	X 62,3	22104	X 3.6
Ribavirin	9639	X 19,7	13020	X 2,1

Tablo-1: Hepatit tedavisinde maliyet (SHO: Kişi başına sağlık harcamasına oranı)
 • ABD Doları, 2006 fiyatları ile.
 • Kaynak: http://www.hepb.org/pdf/HBV_Drug_Comparison_Costs.pdf



düşük olup hızlı virolojik yanıt gösteren genotip 1 HCV enfeksiyonlarının 24 haftalık tedavisi ile alınan neticelerinin 48 haftalık tedaviye benzer olduğunun gösterilmesi, gelecekte böyle bir yaklaşımı mümkün kılarak ilaç giderlerinde belirli bir azalmayı getirebilir. Diğer taraftan başka bazı çalışmalarla desteklenen 12. haftada erken virolojik yanıt vermekle birlikte HCV RNA'nın pozitif kaldığı hastalarda tedavi süresinin 72 haftaya uzatılması yönündeki eğilimler baskın olursa önümüzdeki yıllarda hepatit C'nin sağlıklı giderlerinin daha da artması kaçınılmaz olacaktır. Her iki konuda da hangi yaklaşımın daha doğru olduğunu şüphesiz ki bu konuda yapılan klinik araştırmalar belirleyecektir. Ancak bu konularda karar verdirici düzeydeki klinik çalışmaların hemen daima ilaç sanayinin sponsorluğu altında yürütülüyor olduğunu da unutmamak gerekir. Önümüzdeki yıllarda tedavi alanına girmesi beklenen yeni ilaçlar (proteaz inhibitörleri ve diğerleri) ile tedavi giderlerine yeni ve büyük yükler ekleneceğine hazır-

lıklılık olmak gerekir. Hepatit C tedavisinin 20 yıla yaklaşan geçmişine baktığımızda yeni tedavi protokollerinin her zaman öncekilerinden daha yüksek bir maliyet gerektirdiğini görmek mümkündür (Şekil-2).

Bu eğilim muhtemelen bundan sonraki dönemde de devam edecektir. Bu tür yeni ilaçların kullanıma dahil edilmesi bir yandan yeni olgularda hasta başına gereken harcamayı artıracak, bir yandan da günümüzdeki standart tedavi ile yanıt alınamamış hastaların yeni protokollerle tedavisi için hastadan veya hekimlerden kaynaklanan taleplere neden olacaktır.

Hepatit B için maliyet etkin bir tedavi yaklaşımının ortaya konulması daha zor ancak çok daha önemli bir konudur. Daha öncede değinildiği gibi konuyu sadece belirli bir kullanım süresi ile sınırlı olan ilaç giderleri ile değerlendirmek mümkün değildir. Hepatit B için geçerli tedavi alternatifleri içerisinde sadece interferonlar için tedavi süresinin önceden belirlenmesi mümkündür. Diğer ilaçlarda bu süre HBeAg (+) kronik B hepatitlerinde HBeAg serokonversiyonundan sonra 6 - 12 ay olarak kısmen belirli, ülkemizdeki olguların çoğunluğunu oluşturan HBeAg (-) hepatitler için ise belirsiz ve muhtemelen süresizdir. Bu belirsizliğin yaratacağı sorunun boyutunu anlamamız için bir yıllık hepatit B tedavisinin gerektirdiği ilaç giderleri ile birlikte muhtemel yanıt oranlarını da göz önünde tutmak gerekir (Tablo-2).

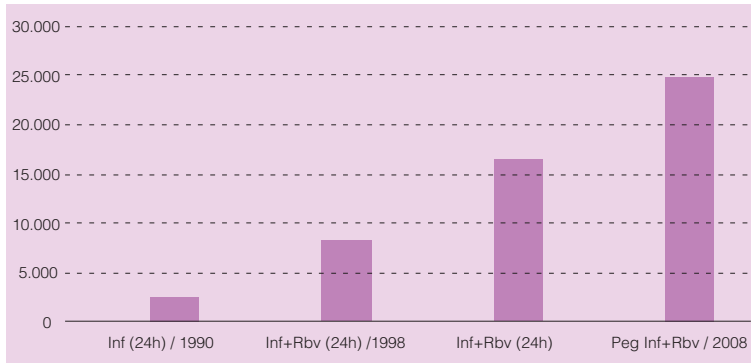
İnterferon için tedavi süresinin belirli olması başlangıçta çok önemli bir

avantaj gibi görünse de temel sorun 48 hafta sonunda yanıt alınmamış olan hastaların ne olacağı sorusudur. Bu hastalar tedavi endikasyonu taşıyorlarsa kaçınılmaz olarak diğer alternatiflerden birisi ile tedaviye devam edilecektir. Tedavi başlanılan HBeAg negatif hastalarda ise interferon tedavisi 48 haftada sonlandırılacak ancak bunların çok azında kalıcı yanıt alınmış olacaktır (HBV DNA kaybı % 63, yanıtın kalıcılığı % 20). Neticede hastaların büyük bir kısmı tedavi süresini önceden bilemeyeceğimiz ve günümüzde geçerli genel yaklaşım içerisinde HBsAg negatifleşene kadar oral antiviral tedavi almak zorunluluğu ile karşı karşıya kalacaktır.

Nukleos(t)id analogları ile tedavi başlanılan HBeAg (+) hastalarda en iyi ihtimalle 2. yılın sonunda hastaların % 20'sinde tedavi sonlandırılabilir, diğerlerinde ise aynı tedaviye devam edilmesi, başka bir ilaca geçilmesi veya kombine tedaviler gündeme gelecektir. İkinci yılın sonundaki toplam ilaç gideri dikkate alınırsa Lamivudine dışındaki bir ilacı kullanan hasta grubunda kalıcı yanıt alınmasının maliyeti hasta başına 93.230 YTL'ne ulaşmış olacaktır. Tedavi süresi uzadıkça yapılacak değerlendirmelerde maliyetin çok daha yüksek rakamlarda gerçekleştiği görülecektir.

Aynı ilaç grubunun HBeAg (-) hastalarındaki kullanımında tedavi süresinin belirli olmaması, bir gider modellemesi yapmayı güçleştirmektedir. İyimser bir tahminle 2. yılın sonundan itibaren her yıl hastaların % 10'unda yanıt görüldüğü ve tedavinin sonlandırıldığını varsayımı ile 100 hastalık bir tedavi grubunda, 10 yıl içerisinde ortaya çıkacak ilaç gideri Tablo-3'te görülmektedir (Tablo-3). Bu modelleme ile HBeAg (-) kronik B hepatitinde bir hastada elde edilecek yanıtın maliyeti 116.550 YTL olacaktır. Antivirallerin kullanımı ile yaşanılması kaçınılmaz olan direnç gelişimi ve bunun getireceği ek maliyetler bu tahmini giderleri çok daha yüksek rakamlara taşıyabileceklerdir. Daha da önemlisi nüks eden olguların tedavisinin getireceği maliyet bu modellemenin içerisinde yer almamaktadır. Bunlarda hesaba katılacak olursa ortaya çıkacak ilaç maliyeti çok daha yüksek rakamlara ulaşacaktır.

Buraya kadar anlatmaya çalıştığım viral hepatit tedavisinin görüldüğünden, daha doğrusu gösterilmek istenilenden çok daha yüksek maliyetli bir sorun olduğudur. Viral hepatitlerin ülkemizdeki yaygınlığı ve sağlığa ayırabileceğimiz kaynakların kısıtlılığı karşısında akılcı bazı yaklaşımları geliştirmek ve uygulamak zorundayız. Kolaya kaçan bir yaklaşım "sağlığa ayrılan kaynaklar artırıl-



Şekil-2: Hepatit C tedavi maliyetinin zaman içerisinde değişimi (ABD Dolan olarak)

(%)	İnterferon	Lamivudine	Adefovir	Entecavir
HBeAg serokonversiyonu	30	19	12	22
Yanıtın kalıcılığı	80-90	50-80	90	70
HBeAg (-) Kronik B hepatitinde 48 hafta tedavi / HBV DNA Negatifliği				
HBV DNA kaybı	60	65	50	90
Yanıtın kalıcılığı	20	< 10	5	?

Tablo 2: Kronik B Hepatitinde yanıt oranları (10) HBeAg (+) Kronik B hepatitinde 48 hafta tedavi/HBeAg serokonversiyonu

malıdır" görüşünü dile getirmek olabilir. Elbette bu da yapılmalıdır, ancak bilmemiz gereken bunun getireceği olanakların da sınırlı kalacağıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerindeki bilgileri temel aldığımızda, Türkiye'de sağlık harcamalarına ayrılan pay gayri safi yurtiçi hasılanın % 7,7'si kadardır. Bu oran Yunanistan'da % 7,9, İngiltere'de ise % 8,1'dir. Sorun bu oranın düşüklüğünden çok, bunun karşılığında ortaya çıkan rakamın küçüklüğüdür. Aynı istatistiklere göre ortalama dolar kuru üzerinden kişi başına yıllık sağlık harcaması ülkemizde 324 Dolar, Yunanistan'da 1.879 Dolar, İngiltere'de ise 2.889 Dolar'dır. Anlaşılması gereken sağlığa ayrılan payın değil, sağlığa ayrılan payın reel karşılığının dünya ölçeğinde küçük kaldığıdır.

Bu gerçekler karşısında görünen tek çözüm, ülkemiz kaynaklarının daha verimli ve akılcı bir şekilde kullanılması olmaktadır. Verimli bir kullanımdan kasıt hastaların çağdaş tedavi olanaklarından yoksun bırakacak gereksiz kısıtlamaların getirilmesi değil, mevcut bilimsel verilerin gösterdiği doğrular ile uyumlu en akılcı tedavi yaklaşımlarının ortaya konulması zorunluluğudur. Bunu basitçe bir maliyet etkinlik analizi olarak da anlamamak gerekir. Bilinmelidir ki, maliyet etkinlik analizleri çoğu defa neyi kanıtlamak istiyor ise ona göre biçimlendirilir ve kolaylıkla istenildiği şekilde yönlendirilebilir. Burada en azından maliyet etkinlik analizlerinin yapılmasında esas alınan harcama ölçülerinin ulusal verilere göre düzenlenmiş olmasına özen göstermek gereklidir.

Hepatit tedavisinin geleceğini planlarken henüz hastaların küçük bir kısmının tedavi almakta olduğu unutulmalıdır. Bunun nedenleri bu yazının kapsamı dışında kalmaktadır, ancak görevimiz tedaviyi gereken tüm hastaları bu olanaklardan yaralandırmak olduğuna göre konunun mali boyutunu hesaplarken

bu günkü giderleri değil gelecekte ortaya çıkacak sağlık harcamalarının dikkate alınması zorunludur.

Yapılması gerekenlerin başında bir ulusal viral hepatit programının hazırlanması ve yürütülmesi gelmektedir. Bu sorun sadece ilaç sanayinin yönlendirmeleri veya bu alanda faaliyet gösteren derneklerin uğraş konusu olarak kalmamalıdır.

Kaynaklar

Mistık R.: Türkiye'de Viral Hepatit Epidemiyolojisi ve yayınların irdelenmesi. *Viral Hepatit 2007: 10-50*, Viral Hepatitle Savaşım Derneği.

Kronik B Hepatiti: Tanı, Yaklaşım, Tedavi, Takip Kılavuzu. 2007: 2-5. Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği.

Chien Y-C., Jan C-F., Kuo H-S., Chen C-J.: Nationwide Hepatitis B Vaccination Program in Taiwan: Effectiveness in the Nationwide Hepatitis B Vaccination Program in Taiwan: Effectiveness in the 20 Years After It Was Launched *Epidemiol Rev* 2006;28: 126-135.

Chang MH., Chen CJ., Lai MS., Hsu HM., Wu TC., Kong MS., Liang DC., Shau WY., Chen DS.: Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children. Taiwan Childhood Hepatoma Study Group. *N Engl J Med* 1997;336: 1855-9.

Chen HL., Chang MH., Hsu HY., et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in children: Ten years of mass vaccination in Taiwan. *JAMA* 1996;276: 906-8.

Mert A.: İnaktif HBsAg taşıyıcılığı. *Viral Hepatit 2007*. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (ed) *Viral Hepatitle Savaşım Derneği 2007, İstanbul*. 148 - 159.

Yalçın K., Değertekin H., Akkız H.: HCV genotypes in HCV related chronic hepatitis in Southeast Anatolia. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 1999; 10(3): 249 - 252.

Jensen DM., Morgan TR., Marcellin P., Pockros PJ., Reddy KR., Hadziyannis SJ., et al: Early identification of HCV genotype 1 patients responding to 24 weeks peginterferon alpha-2a (40 kd)/ribavirin therapy. *Hepatology*. 2006;43(5): 954 - 60.



"Viral hepatitlerin ülkemizdeki yaygınlığı ve sağlığa ayırabileceğimiz kaynakların kısıtlılığı karşısında akılcı bazı yaklaşımları geliştirmek ve uygulamak zorundayız. Kolaya kaçan bir yaklaşım "sağlığa ayrılan kaynaklar artırılmalıdır" görüşünü dile getirmek olabilir. Elbette bu da yapılmalıdır, ancak bilmemiz gereken bunun getireceği olanakların da sınırlı kalacağıdır."

Nakamura J., Toyabe SI., Aoyagi Y., Akazawa K.: Economic impact of extended treatment with peginterferon alpha-2a and ribavirin for slow hepatitis C virologic responders. *J Viral Hepat*. 2008;15(4): 293 - 9.

Pearlman BL., Ehleben C., Saifee S.: Treatment extension to 72 weeks of peginterferon and ribavirin in hepatitis c genotype 1-infected slow responders. *Hepatology*. 2007;46(6): 1671-4.

Lok ASF., McMahon BJ.: Chronic Hepatitis B. *Hepatology* 2007;45(2): 507 - 538.

Yıl	Tedavi alan hasta	Yanıtlı hasta	Tedavi gideri*	Bir yıl için toplam tedavi gideri
1	100	0	9323	932300
2	100	0	9323	932300
3	90	10	9323	839070
4	81	19	9323	755163
5	73	27	9323	679647
6	66	34	9323	611682
7	59	41	9323	550514
8	53	47	9323	495462
9	48	52	9323	445916
10	43	57	9323	4013245
Toplam	43	57		6 643 379

Tablo- 3: HBsAg (-) olgularda tedavi maliyeti için kuramsal model
*Sabit fiyatla bir hasta için senelik ilaç harcaması

Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



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

Sağlık Düşüncesi Dergisi'nin kış sayısında, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan performansa göre ödeme sistemine eleştirel yaklaşan bir makale yayımlandı. Recep Öztürk ve Volkan Kara imzasını taşıyan, "Sağlıkta Performansın Performansı" başlıklı yazıdan söz ediyorum. Şunu itiraf etmeliyim ki, bugüne dek bu konuda söylenmiş çok sayıda söz dinleme, yazılmış onlarca yazı, gönderilmiş yüzlerce elektronik posta okuma fırsatım oldu. Bakanlıkta ilgili birimlerin bu gibi geri bildirimleri değerlendirmesiyle süreç içinde oldukça belirgin değişmelere ve gelişmelere şahit olduk. Belki bunların içinde sistemi tümüyle ele almaya çalışan ve bir nebze de olsa anlamaya çalışarak eleştirme kaygısını müşahade ettiğim bu yazıdan ilham alarak sağlıkta uygulanan performans değerlendirme konusuna değinmek istiyorum.

Aslında Sağlık Bakanlığı'nın bu uygulaması birçok örnekten etkilenmiş olsa da, kendine has kuralları olan özgün bir model haline gelmiştir. Böyle olması, ne

yazık ki, inceleyip anlayabilmek için fazlaca gayret göstermeyi gerektiriyor. Bu durumu, sistemin fazlaca karmaşık olduğuna atfederek eleştirmeniz de mümkündür. Yapılan eleştirilerin hatta ithamların, çoğu zaman sistemi anlama gayretinden yoksunluğu yansıtmaları üzücü olduğu kadar faydasız da olmaktadır. Çoğu zaman en acımasız eleştiriler bu sistem içinde çalışmayan, performansla göre ödeme almadığı halde dışarıdan gözlemleyen meslektaşlarımızdan yükselmektedir. Bizzat bu uygulamanın içinde bulunarak doğrudan etkilenenlerin eleştirileri ise ne yazık ki, çoğu kez ellerine geçen maddi değere odaklanmakta, neden ve niçinini irdelemekten uzak kalmaktadır. Hatta böyle bir uygulamanın amaçlarına hiç dikkat etmeden konu bir "ek ödeme" düzeyine indirgenebilmektedir. Bazen de birbirine tamamen karşıt, hatta biri diğerini yalanlayan eleştiriler yapılabilmektedir. Örneğin A dalında bir hekim kendisinin B dalına göre haksızlığa uğradığını savunurken, B dalından bir başka meslektaşımız A dalına imtiyaz tanındığını ileri sürebilmektedir. Asistanlardan daha az ek ödeme almaktan yakınan şeflerin ya-

nında, bütün yükü kendileri çektiği halde şeflerine göre çok az ek ödeme almaktan şikayetçi olan asistanlarımız olmaktadır. Bir başka sık karşılaştığımız çelişkili eleştiri, ek ödemenin dengesi ile ilgilidir. Bir yandan çalışanlar arasında iş barışının bozulduğu, ödemelerin herkese eşit yapılması gerektiği yönünde uyarılar yapılmaktadır. Diğer yandan kendi işinin riskler taşıdığı, diğerlerine göre ortaya çıkan farkın yetersiz olduğu ve farkın daha fazla olması gerektiği yönünde ısrarcı eleştiriler yükselbilmektedir. Tartışmaların bu düzeyde tutulması sistemin anlaşılmasını daha da güçleştirmektedir. Hatta algının bu noktaya kilitlenmesi, bir motivasyon aracı olarak ortaya konan yöntemin demotive edici bir uygulamaya dönüşmesi riskini bile taşımaktadır.

Her husus eleştiriye muhtaçtır ve bu geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile gelişir. Ancak yapılan geri bildirimler ne kadar sistem kavranarak yapılırsa, o derece etkili ve yararlı hale gelir. Şu da özellikle bilinmelidir ki; sağlık bakımında, olumsuz yan etkilere yol açmayan hiçbir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir. Bu yüzden her zaman



eleştirilecek yönü bulunacaktır. Önemli olan belirlenen hedeflere en fazla yaklaşılabileceği başarıdır.

Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- 1- Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak,
- 2- Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıkı/akibet) elde etmek,
- 3- İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- 4- Bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek.

Performans ölçütü olarak bunların hangisi kullanılırsa kullanılsın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmek mümkün değildir. Her birinin avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yüzden hakkaniyetli bir performans ölçümünü gerçekleştirmek istenince, genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanırsak, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından mevcut uygulamaları değerlendirirsek, sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığını söyleyebiliriz. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi önerilebilir. Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliğinin tartışılması unutulmamalıdır. Yine süreç analizinde, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Bu yüzden uygulamada eksik gibi görünen hususların aslında çok daha tartışılmalı konular olduğu unutulmamalıdır.

Uygulamaya konduğu 2003 yılından beri geri bildirimler ve elde edilen sonuçlar analiz edilerek sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri, öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından

gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir.

Nicelik olarak ölçülebilen bireysel performans ölçütleri değerlendirilirken, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımada, çalıştıkları kurumun amaçlarını gerçekleştirme başarısı önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden öncelikle kurumun hizmetlerini kayıt altına alarak belgelemesi, ödül kaynaklarını üretmesi, satın almalarda ve sarf kullanımında yeterli verimlilik ve tasarrufu gözetmesi, yani akılcı bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bütün çalışanlar olumsuz etkilenecektir. Bunun yanında "kurumsal performans" tanımı ile Bakanlığın koyduğu hedeflerin gerçekleştirilme oranı da sonucu belirleyici önemli bir faktördür. Kısacası çalışanların performansının yüksek olması için, hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, alt yapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanmış olması ve Bakanlığın güncellediği hedeflerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Bu kadar değişkenin bir arada olduğu bir sistemde, sadece ay sonunda kendi aldığı ek ödeme miktarına bakarak sistemi yargılayabilmenin ne kadar zor ve anlamsız olduğunu fark etmemek mümkün değildir.

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilen aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan



Sağlık Bakanlığı'nın performans uygulaması birçok örnekten etkilenmiş olsa da, kendine has kuralları olan özgün bir model haline gelmiştir.

yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir.

Bakanlığın performans yönetimi çerçevesinde uygulamaya koyduğu model temelde yukarıdaki prensipleri gözetirken, uygulama alanının özelliklerine göre farklı ölçütleri öne çıkarmaktadır. Mesela sağlık ocaklarında belirleyici faktör, kırsalda çalışma ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarıdır. Toplum sağlığı merkezlerinde performans kriterleri, bu merkezlerin denetim görevi ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerine odaklanmıştır.

Hastanelerde bireysel performans, doğrudan gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin nicelik ölçümüne dayanırken bunun çalışana yansımada kurumun gösterdiği performansla bir arada şekillenmektedir. O hastanede doktorların yeterli çalışma ortamına sahip olması ve hizmete erişim, hizmet alan hastaların memnuniyeti, fiziksel alt yapı ve bazı süreçlerin denetimi, hizmetlerde belirlenen kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hastanenin hizmet üretiminde Bakanlıkça belirlenen hedefleri gerçekleştirme oranı gibi çok sayıda etken, kurumun performans çerçevesini oluşturmaktadır. Doğalısıyla bu kadar fazla değişkenin bir araya gelmesiyle oluşan döner sermaye katkı payını sadece muayene ve ameliyattan alınan puana indirgerek bir bonus gibi algılamak, en hafif ifadeyle sistemin anlaşılması demektir. Belki bu konuda yapılabilecek haklı bir eleştiri, bu kadar fazla etkenin bir araya gelerek oluşturdukları sonucun üzerine bu etkenlerden her birinin etki oranının sınırlı olması ve bu yüzden etki düzeyini algılamayı zorlaştırmasıdır. Yani sistemi inceleyenler hangi etkenin sonuca ne oranda etkili olduğunu anlamakta zorluk çekmektedirler. Bu etkenlerin bir formülde eşit ağırlıkla yer almaları yerine, hesaplanan bireysel performans puanının parasal dönüştürme faktörü içinde

bir paya sahip olması aslında etki oranını hesaplamayı imkânsız kılmaktadır. Bu yüzdendir ki, somut bir gösterge olan bireysel performans puanı üzerinden fikir yürütülmektedir. Bu yaklaşım ne yazık ki, sistemin bütününe ihmal edilmesine yol açmaktadır. Buna rağmen, hastanelerimizde kalite sorumlularının gittikçe daha etkili hale gelmesi, uygulamada kalite görevlilerinin hastanelerimizi dönemsel denetimleri bu politikanın sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Birçok hastanemizde kaliteli hizmet için hedeflerin konması, süreçlerin iyileştirilme çalışmaları, fiziksel alt yapıyı daha iyi hale getirme uğraşları bu performans uygulamalarının sonucudur.

Performansın kurumsal çerçevesi eğitim hastanelerinde de aynıdır. Yani yukarıda sözü edilen bütün etkenler bu hastanelerimiz için de geçerlidir. Ancak bireysel performansın tanımı eğitim hastanelerinde farklılık arz etmektedir. Bu farklılık öncelikle doğrudan üretilen tıbbi hizmetlere, bilimsel çalışma ve eğitim ölçütlerinin de eklenmesine bağlıdır. Ayrıca doğrudan tıbbi hizmetle elde edilen performans puanının hesaplanmasında da, bireyin gayretinden çok eğitim kliniğinin ekip başarısı esas alınmıştır. Burada eğitim kliniğindeki hiyerarşik yapı gözetilerek farklı katsayılar kullanılmış, ancak ortak payda olarak bir klinik bütün olarak ele alınmıştır. Burada kliniğin şef yönetiminde olması, dolayısı ile klinik başarısında bireysel gayretlerden çok şefin yönetim başarısının rol alması dikkate alınmıştır. Buna rağmen bir ekip içindeki farklı performans gösteren bireylere karşı haksızlık etmemek, performansı yüksek olan doktoru ayrıca ödüllendirmek ya da tersine performansı klinik ortalamasından düşük olanın bunun sonucundan etkilenmesini temin etmek üzere bireysel işlem puanının klinik ortalamadan sapması ayrı fakat sınırlı bir etken olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca eğitim hastanelerinin temel görevi sağlık hizmeti üretmenin yanında bilimsel çalışma yapmak ve uzmanlık eğitimi vermektir. Bugüne kadar ne eğitim hastanelerimizde, ne de üniversite hastanelerimizde bu hususları ölçen, denetleyen ve bir yaptırıma bağlayan mekanizmalar kurulabilmiş ve uygulanabilmiştir. Kliniklerin kendi aralarındaki rekabetin etkisi ve eğitim sorumluluğu üstlenenlerin akademik anlayışı, bireysel gayreti, motivasyonu ve vicdanı belirleyici rol oynamaktadır. Performansa göre ödeme modelinde eğitim hastanelerindeki bu boşluk doldurulmaya çalışılmış ve bilimsel çalışma ve eğitim puanı, eğitim sorumlularının bireysel performansında önemli belirleyiciler olarak tanımlanmıştır. Bu iki önemli etkenin ölçülebilir bir ölçüt hale getirilmesi için kullanılan referans değer, hastane ortalama puanıdır. Böylece farklı kliniklerdeki doktorların eğitim ve bilimsel

çalışma puanları standardize hale getirilmeye çalışılmıştır. Bunun standart bir puan yerine, hastane ortalama puanının oranı olarak yansıtması, toplam bireysel puan içindeki ağırlığının süreci içinde ve hastaneler arasında dengeli olmasını sağlamıştır. Eğitim ve bilimsel çalışmanın değerlendirilmesinde rekabetçi ölçüt yerine eşik değerler kullanılmıştır. Bu da eğitim görevlilerimizin belirlenen asgari şartları sağlamalarını teşvik etmek ve en azından belli düzeye gelmelerini sağlamak amaçlıdır. Bilimsel çalışma ve eğitimin nicelik ve niteliğinin çok sorgulanabilir olması ve yeterince üzerinde fikir birliği sağlanmamış olması nedeniyle, daha basit bir ölçüt olan eşik değerler esas alınmıştır.

Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için bir klinik şefi veya yardımcısının performans puanının hesaplanmasına değinmek isterim. Şef veya yardımcısının performans puanının esası, klinik içindeki hiyerarşik konumuna dayalı katsayı oranındaki klinik ortalama puanı, belirlenen miktarda bilimsel yayın yapması şartıyla hastane ortalama puanının yüzde otuz, yine belirlenen miktarda hasta viziti, pratik ve teorik asistan eğitimi yapması şartıyla hastane ortalama puanının yüzde otuzunun bileşiminden oluşmaktadır. Bunun yanında bireysel olarak ürettiği hizmet puanının klinik ortalamasından olan farkına göre olumlu veya olumsuz fakat sınırlı bir etkilenme olmaktadır. Görüldüğü gibi bilimsel çalışma ve eğitim sorumluluğunu yerine getiren bir şefin bireysel performans puanının ağırlığı, esasen kendi kliniği ve hastanesinin performansına bağlıdır.

Klinikte asistan sayısının uzman sayısına eşit olduğunu var sayalım. Hastanede bütün kliniklerin benzer performans gösterdiğini, dolayısıyla hastane ortalama puanının klinik ortalama puanına eşit olduğunu bir diğer varsayım olarak kabul edelim. Şefin kliniğindeki diğer uzmanlar kadar tıbbi işlem yaptığı bir durumda bireysel performans puanı hesaplanacak olursa bu puanın asistanından 3.6 kat fazla, olduğu görülecektir. Bu puanın % 14 lük bir kısmı kendi gerçekleştirdiği tıbbi işlemlerden kaynaklanmakta, % 70'lik kısmı klinik ortalama puanından, % 16'lık bir kısmı ise hastane ortalama puanından etkilenmektedir. Bu dağılımın, bir klinik şefini daha çok klinik ortalamasına yansıyacak olan ekibinin performansını yükseltmeye, ikincil olarak hastanenin performansının artırılmasına teşvik edeceği, bu puan dağılımını gerçekleştirebilmek için de, bilimsel çalışma ve eğitim destek puanını alabilecek şartları sağlama ya iteceği açıktır.

Görülüyor ki, performansa göre ödeme sisteminin eğitim hastanelere ilişkin kısmı hizmet hastanelerindekinden çok daha fazla etkenleri dikkate alarak uygulanmaktadır. Bu da eğitim hastane

modelinin daha karmaşık ve zor anlaşılır olmasına yol açmaktadır. Bu etkenleri azaltarak sistemi basitleştirmek kolay anlaşılabilir olmasına yol açacak ve uygulama kolaylığı sağlayacaktır. Ancak böyle bir yaklaşım, işi kolaylaştırmakla birlikte performans ölçüm hedefinden, çalışanları ve kurumları belirlenen hedefe doğru yönlendirme işlevinden uzaklaşmak anlamına gelecektir. Diğer yandan oluşturulan yöntemdeki çok etkenli yapının tasarlanması, her bir etkenin etki gücünü azaltmakta ve bazılarının göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Özellikle sistemi anlama güçlüğü çeken doktor ve yöneticilerin davranışlarında bunun yansımaları görülebilmektedir. Zamanla sistem daha fazla eleştirildiği, irdelendiği ve anlaşılmaya çalışıldığı sürece farklı etkenlerin varlığının ve değerinin kavranacağına inanıyorum. Bu etkenlerin döner sermaye ek ödemesine yansımaları küçük olsa bile, zamanla oluşacak olan farkındalık motivasyon gücünü gösterecektir. Özellikle başarılı yöneticilerimizin bu ölçütleri dikkatli ve titiz uygulaması, gerçekliğini denetlemesi ve sonuçlarını kurum içinde düzenli ilan etmesi sistemin iyileşmesinde çok önemli rol oynayacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilerek uygulamaya konan performans sistemi, özel hastanelerde uygulanan pirim sistemi gibi salt bir "hak ediş aracı" değildir. Diğer yandan bir işletmede yalnızca kârlılığı teşvik etmeye dayalı bir "kâr paylaşımı yöntemi" de değildir. Sonuçta ödüllendirmeye dayalı bir yöntem olması, yukarıdaki hususlardan tamamen bağımsız olduğunu göstermez; kurumun başarısının bu başarıda katkısı olan çalışanına yansıtması sistemin doğası gereğidir. Ancak bu yansıma veya ödüllendirme, kişilerin belirlenen hedefe yönelik davranışlarını sağlamak, bu yönde onları motive etmek, bireysel gayretleri yanında çeşitli kuruma top yekûn sahip çıkmalarını teşvik edici davranış değişikliği oluşturmak amaçlı bir performans yönetiminin aracıdır. Yukarıda sözünü ettiğimiz performans puanının hesaplanmasında payı olan bütün ölçütler sağlık organizasyonunun hedefleri kapsamındadır.

Kurumsal yapıların karmaşıklığı bir yana, bir tanı ve tedavi sürecinde çok sayıda sağlık çalışanının birlikte gerçekleştirdiği ve birbiri ile girift ilişkiler içinde olan bir hizmet ortaya çıkmaktadır. Çıktısı doğrudan insanın mutluluğu olan bu hizmetlerin değerlendirmeleri çok boyutlu olmak zorundadır. Klasik ölçüm sistemlerinin dayandığı verimlilik, kârlılık, maliyet oranları gibi kavramlar, bu alanda son derece yetersiz kalmakta, hatta sağlık sisteminin amaçları ile uyusmamaktadır.

Görev yaptığımız kurumun konumu ve çalışma şartlarımızı kapsayacak şekilde mevcut durumu idealize ederek, döner

sermaye ödemesini personeli tatmin edici bir "maaş olarak algılamamak gerekir. Bu yüzden zaman zaman hakka niyete uymadığı tarzında eleştirilere muhatap olunan bazı noktalar, aslında yönetimin hedeflerine uymayan hususlardır. Burada yeterli hastası olmayan bir yerdeki doktoru ödüllendirmek yerine, doktor bulamayan hastanın olduğu yere doktorun gitmesini teşvik etmek gerekmektedir. Aynı statüdeki doktorların farklı kurumlarda eşit ek ödeme alması sistemin zayıf halkası değil, hekimi kendine ihtiyaç duyulan yere gitmeye teşvik edecek olan güçlü halkadır. Fiziki şartların yetersizliğinin yansıması ise geçici bir olumsuzluktur. Süreçte bu fiziki şartların iyileştirmesine yönelik gayret ve fedakârlık gerekiyorsa, yöneticilerle birlikte bütün çalışanlarda bu sorumluluk ve bilinci üstlenmeye yönelik bir teşvik oluşmaktadır.

Aslında çalışan, çalıştığına inanılan ancak çalışmalarını belgeleyemeyen, kayıt tutmayan personelin ödüllendirilmesi beklenmemelidir. Hiçbir kalite sistemi kayıt altına alınmayan süreçleri değerli bulmaz. Kaliteli sağlık hizmeti verme sorumluluğunu yerine getirmek, sağlık hizmeti sunumunu bütün detayları ile kayıt altına alacak sistematik bilgi toplanması ve bu bilginin sağlık hizmet sunucuları ve kamu ile paylaşılması yoluyla mümkün olabilir. Sağlık kayıtlarının sağlıklı tutulması, yapılacak her türlü değerlendirme, ölçüm ve ödüllendirme için vazgeçilmez bir unsurdur. Performans uygulamasının çalışanları kayıta zorlaması bu yüzden önemli bir başarı göstergesidir.

Farklı hekimlik branşları arasında bir denge gözetilmeye çalışılmıştır. Ülke genelindeki uygulama sonuçları bu dengenin olabildiğince korunduğunu göstermektedir. Bu dengenin meslek güçlüğü ve riski gözetilerek farklılaştırılması yönüne gidilmemiş ve olabildiğince farklı branş hekimleri arasında gelir uçurumu oluşturmaktan kaçınılmıştır. Bu yüzden bir yandan bu farklılığın yapılmaması eleştirisi konusu yapılırken, diğer yandan branşlar arasında adaletli davranılmadığı yönündeki eleştiriler neredeyse birbirini naksetmektedir. Hizmetlerin puanlanmasında uluslararası çalışmalardan faydalanılmış olmasına rağmen, düzeltilmesi gereken nokta kusurlar olabilir; bunların da düzeltilmesine yönelik gayretler olmalıdır. Ancak bu değişikliklerin branşlar arasında büyük farklılık oluşturmaya neden olmamasına özen gösterilmek zorunluluğu vardır.

Performans değerlendirilmesinde zaten sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Eğitim hastanelerinde bu ölçütlerin ne denli fazla olduğu ve bunun etkileri yukarıda tartışıldı. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınıl-

mıştır. Örneğin doktor ve diğer sağlık personeli için kendi içlerindeki hiyerarşi korunarak farklı katsayılar belirlenmiştir. Ayrıca eğitim kliniğindeki farklı düzeydeki doktorlar arasında da aynı kaygı ile farklı katsayılar kullanılmaktadır. Bu katsayı çeşitliliğinin olabildiğince az olmasına çalışılmış ve sadece iş hiyerarşisi ve işe odaklı statü ile sınırlı tutulmaya gayret edilmiştir. İşin doğrudan gereği olmayan sertifikasyonlar, ilave eğitimler ayrıca katsayı veya ek puanla etken haline getirilmemiştir. Aksi takdirde aynı işi yapan aynı statüdeki çalışanların performanslarının farklı olması gibi bir algıya yol açılacak ve bunun sonucunda aldıkları ek ödemenin farklılaşması ortaya çıkacaktır. Mesela bir klinikte aynı sorumluluğu taşıyan, aynı yükü çeken, sağlık koleji, ön lisans ve lisans mezunu üç hemşirenin farklı döner sermaye almasına yol açılacaktır. Bu ise bir başka adaletsizlik tartışması başlatacaktır. Burada amaç ilave eğitimin teşvik edilmesinin önüne geçilmesi değil, doğrudan işin gereği olmayan eğitimin hedefler arasına konarak, diğer etkenlerin sonuç üzerine etkisinin azaltılmasının önlenmesidir.

Performansa değerlendirilmesi ve çalışanların performansa göre ödüllendirilmesi doğaldır ki belirlenen ölçütleri gerçekleştirme yönünde teşvik oluşturmaktadır. Detayları ile anlatmaya çalıştığım çok sayıdaki ölçütü görmezlikten geleerek, sistemin sadece (ama sadece) fazla hasta muayene etmeye ve fazla ameliyat yapmaya yol açtığı, hatta buna bağlı olarak sağlık harcamalarını artırdığı iddiası kabul edilemez. Eğer etkisi sadece buysa bu eleştirileri yapanlar gibi uygulayıcıların da sistemi tanımları ve bütün ölçütlerin farkına varmaları için özel gayret göstermemiz gerekmektedir. Doğaldır ki, doktor ve hemşire sayısının mevcut iş yükü ile kıyaslanmayacak şekilde sınırlı olduğu ülkemizde muayene, ameliyat ve tedavilerde nicelik artışı hedeflerimiz arasındadır. SSK hastanelerinin sancısız devri, SSK mensupları ve yeşil kart sahipleri başta olmak üzere bütün vatandaşlar için sağlık hizmetine erişimin artırılması, bir dönem medyada sağlık haberlerinin gözdesi olan hastane kuyruklarının ortadan kaldırılması, bir üst kuruma hasta sevklerindeki azalma performans sistemi sayesinde başarılmıştır. Performansa göre ödeme sistemi, devlet hastanelerinin sistemde rekabet eden aktörler haline gelmesini kolaylaştırmıştır

Kısıtlı bir kadroyla muayenede hastalara daha uzun zaman ayrıldığı, hasta bakımında güler yüzle ilgilenen hemşirelerin hastalara sahip çıktığı, özlenen kalitede bir sağlık hizmeti verilebilmesinin ne derecede mümkün olduğu tartışılmak zorundadır. Ancak bu gerçeğe yüz yüze olmak, kaliteli sağlık hizmeti vermek adına hastaların bir kısmını sağlık hizmetinden mahrum etmek anlamı-



na gelmemelidir. Sosyal devlet olma iddiası, bütün vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine kolay erişimi ve ihtiyaçları oranında yararlanmaları sorumluluğunu bize yüklemektedir. Kamu hastanelerimizin eski hale dönmesi, doktorlarımızın olağanüstü bir gayretle çalışmalarının teşvik edilmesinin yok edilmesi, hastaların doktora erişiminin önüne engeller konması, kuyruklar, bekleme listeleri oluşturulması ve böylece sağlık harcamalarının azaltılması politik bir tercihtir. Sağlık sisteminde karar vericiler olarak bu tercihi üstlenmemiz mümkün değildir. Sağlık harcamalarını azaltmak uğruna bu çarkı geri döndürecek bir anlayışı en azından sağlık çalışanlarının kabul etmemesi gerektiğini düşünüyorum

Sağlıkta performans yönetiminde önemli bir araç haline gelen performans göre ödeme yöntemi, diğer dinamiklerden bağımsız bir sistem gibi ele alınsa, sağlık hizmetlerinde erişimde adaletin sağlanması, kalite arayışı ve maliyet kontrolü gibi sağlığa yönelik politika yapıcılarının ana gündem maddelerinin ağır yükünün yeterince kaldırılmayacağı görülebilir. Sağlık bakım hizmetlerinde önemli olan, birçok günlük rutin işler ile belirlenen hedeflerle doğrudan ilişkili olmayan başarılar, performans ölçütleri içine alınamayacaktır. Bu açıdan sistemi iyileştirmeyi bir bütün içinde değerlendirmek; performans ölçümü ve buna göre ödüllendirme yöntemini tek başına çözüm yerine, önemli araçlardan biri olarak görmek daha gerçekçi bir yaklaşımdır. Sağlıkta iyi eğitim görmüş, vasıflı, bilgi ve ahlak açısından donanımlı insan gücü, iyi işleyen bir bilgi işlem alt yapısı, iyi tanımlanmış kanıta dayalı klinik süreçler, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri ambarı, maliyet ve kalite unsurlarının hizmet sunana bir şekilde geri tepkimesinin olması, performansa göre ödeme sistemi ile birlikte rol alırsa çok daha etkili olur.

Kaynaklar

Öztürk R., Kara V.: Sağlıkta performansın performansı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 5, 2007.

Hamza Ateş H., Kırılmaz H., Aydın S. (Editörler): *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.

Aydın S., Demir M.: *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Göre Ödeme Sistemi*. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2. Baskı. Ankara, 2007.

'Sağlıkta performansın performansı'na eleştiriler...

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1992-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 1998-2003 tarihleri arasında Kütahya Tabip Odası yönetiminde yer aldı. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda çalıştı. Bakanlığın performans yönetim sisteminin kurulması ve geliştirilmesi çalışmaları ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda yer aldı.

Dr. Hasan Güler



1976 yılında Diyarbakır'da doğdu. 2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2001-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim, 2003-2005 tarihleri arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesi'nde baştabip yardımcısı olarak çalıştı. 2005 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda, Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesi ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda görev aldı. Son olarak Bakanlığın Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi'ne başkan olarak görevlendirildi.

Sağlık Düşüncesi dergisinin bir önceki sayısında yer alan Recep Öztürk ve Volkan Kara'nın makalesinde performansla göre ödeme sistemi konusunda bazı eleştiriler yer almıştı. Eleştirilere açıklık getirmek amacıyla yazarların yoğunlaştığı bazı konularda, makaleden alıntılar yapılmak suretiyle cevap verilmeye çalışılacaktır. Cevaplar di-

rekt olarak yazarların değindiği eleştirel hususlara yönelik olacaktır.

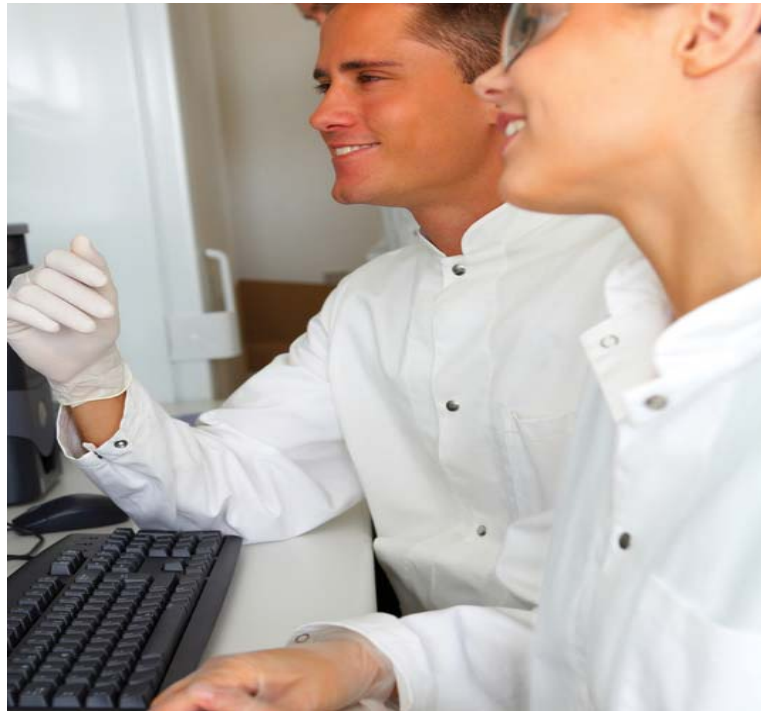
Yazarların eleştiri konularından birisi, **performansın motive ettiği (!) hekimlerin verdiği ekonomik zararın net olarak hesaplanması gerektiği şeklindeydi.** Hekimlerin ücretlendirilmesinde değişik seçenekler kullanılabilir. Bu seçenekler ülkeden ülkeye değişmektedir. Sağlık Bakanlığı performansla dayalı ek ödeme uygulaması ile tercihini sabit ücretlerin üzerine performansa gö-

re ilave ödeme şeklinde yapmıştır. Bakanlık, hedefleri açısından performansla göre ücret sistemini, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak kullanmaktadır. Bu tercih edilen sistemin hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığı görülmektedir. Performans ücretlerinin ülke bütçesine olan yükünü ekonomik bir zarar olarak değerlendirmek doğru bir yaklaşım değildir. Bu ve buna benzer hedefe yönelik araçları tercih etmenin maliyeti ile faydalarını birlikte değerlendirmek



gerekir. Performansa göre ücretlendirme seçeneğinin tabî ki ekonomik bir bedeli olmuştur ve olmaya devam edecektir. Ancak bu bedel karşılığında başta hekimler olmak üzere tüm sağlıkta personeli ve hastalar açısından ortaya çıkan sonuçlar açık bir şekilde tercihin doğru olduğunu göstermiştir. Performans sistemi ile ülkemizde kıt olan sağlık insan kaynağının en verimli şekilde kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca son dört yılda sağlık alanında alınan politik kararlar sonucu bu zamana kadar görülmemiş şekilde artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasında sistemin son derece etkin olduğu görülmüştür. Kısaca ifade etmek gerekirse, toplum tarafından ödenmiş olan ekonomik bedelin karşılığı, kuruşuna kadar net olarak verilmiştir. Sağlıkta performans yönetiminde önemli bir araç haline gelen performansla ödeme yöntemi, diğer dinamiklerden bağımsız bir sistem gibi ele alınırsa, sağlık hizmetlerinde erişimde adaletin sağlanması, kalite arayışı ve maliyet kontrolü gibi sağlığa yönelik politika yapıcılarının ana gündem maddelerinin ağır yükünün yeterince kaldırılmayacağı görülebilir. Bu açıdan sistemi iyileştirmeyi bir bütün içinde değerlendirmek, performans ölçümü ve buna göre ödüllendirme yöntemini tek başına çözüm yerine, önemli araçlardan biri olarak görmek daha gerçekçi bir yaklaşımdır. Sağlıkta iyi eğitim görmüş, vasıflı, bilgi ve ahlak açısından donanımlı insan gücü, iyi işleyen bir bilgi işlem alt yapısı, iyi tanımlanmış kanıta dayalı klinik süreçler, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri ambarı, maliyet ve kalite unsurlarının hizmet sunana bir şekilde geri tepkimesinin olması, performansla ödeme sistemi ile birlikte rol alırsa çok daha etkili olur. Bir sistemin bütün aksaklıklarını performansla ödeme sistemiyle çözmeye çalışmak, gerçekçi bir yaklaşım değildir. Sistemin kontrol ve denetim zaatları, bilgi asimetrisi, yetişmiş insan kaynağı ve alt yapı sorunlarının birlikte oluşturduğu problemleri doğru- dan bu sisteme yıkmak hakkaniyetli bir yaklaşım olamaz.

Yazarların diğer bir eleştiri konusu da, **girişimsel işlem yapan hekim ve kliniklerin hiçbir denetime tabî olmadan her yeni girişimden performans puanı almaları iddiasıydı.** Ancak şunu unutmamalıyız ki, sağlık hizmetlerinin sunulmasında hasta-hekim ilişkisi açısından hekimler mükemmel olamayan bir aracılık yapmaktadırlar. Hekim ile hasta arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Bu konudaki literatür bu hususa dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesi sürecinde hasta adına ona yapılan hizmetlerin yerindeliğinin denetimi ve ödeme konusu sadece performans sistemi ile il-



gili olamayıp ödeme mekanizmaları ile de yakından ilişkilidir. Uyguladığımız performans sistemi ülke olarak uzun yıllardır kullandığımız hizmet başı ödeme sistemi üzerine kurgulanmıştır. Maalesef hizmet başı ödeme modeli en sorunlu ödeme modelidir. Bu bilindiğinden bu ödeme sisteminin sorunlarını ortadan kaldıracak performans sisteminde çeşitli hükümler ve denetim mekanizmaları ortaya konmuştur. Bu denetim mekanizmalarından birisi her hastanede kurulan inceleme heyetleridir. Bu inceleme heyetleri her dönem yapılan tüm tıbbi işlemleri mevcut ödeme kurallarını içeren sağlık uygulama tebliğine göre inceleyerek denetim yapmaktadırlar. İnceleme heyeti ödeme tebliğlerine uygunluk dışında tıp etiği ve normları açısından da yapılan işlemleri denetlemektedir. Bu açıdan hekimlerin her yaptığı işlemin puanlanması veya faturalanması diye bir şey söz konusu olmamaktadır. Diğer taraftan performans sisteminde bizzat hekimler tarafından yapılan işlemlerin puanlandırılması, hekimlerce diğer sağlık personeline yaptırılan işlemlerin puanlandırılması da kendi içinde bir kural olarak denetimi sağlamaktadır. Ayrıca şu husus da performans uygulaması ile sanki hekimlerin her şeyi puanlandırma gayreti içinde olduğu yanılgısına sebep olmaktadır. Bu, performans uygulamasından önce hastanelerde yapılan işlemlerin kayıt altına alınmasındaki duyarsızlığının ve 'bana ne'ciliğinin performans uygulaması ile birlikte her yapılan işlemin önemsenerek kayıt altına alınma sorumluluğunun gelişmesinden kaynaklanabilmektedir. Bu şekilde performansın getirdiği motivasyon ile sağlık hizmetlerindeki kayıtsızlıktan kurtulmamızda ayrıca önemli bir kazanımdır. Görüldüğü gibi, yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona

Bir önceki sayıdaki yazıda yer alan eleştirilerden biri de girişimsel işlem yapan hekim ve kliniklerin hiçbir denetime tabî olmadan, her yeni girişimden performans puanı almaları iddiasıydı. Ancak şunu unutmamalıyız ki, sağlık hizmetlerinin sunulmasında hasta-hekim ilişkisi açısından hekimler mükemmel olamayan bir aracılık yapmaktadırlar.

belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir. Bu yönlendirme ve arzu edilen hedefe ulaşma, zaman alıcı bir süreçtir

Yazarlar diğer taraftan **dahili ve cerrahi disiplinlerde aktif olarak eşit zamanlı hizmet veren hekimler arasında puanlama açısından adaletsizlik doğuracak şekilde ciddi farklar olduğu, uzmanlık dalları arası adaletsizlik olduğuna dair inanışın, öncelikle cerrahi, dahili ve tetkik branşları arasında ortaya çıktığı, birçok branşın yaptıkları iş ve aldıkları riskin puan olarak doğru yansıtılmadığı ve hekimlerin bir gün boyunca ürettikleri hizmetin puan olarak karşılıkları arasında uçurum düzeyinde farkların olduğu hususlarını** dile getiriyorlar. Eleştirileri cevaplamadan önce birkaç konuyu açıklamak gereki-



Performans sisteminin ana unsurlarından birisi de, bugün için sağlık sistemimizde kullandığımız 5.000'e yakın sağlık hizmetinin puanlandırılmasıdır. Sonuçlar hastaneden hastaneye değişmektedir. Bir veya birkaç hastane verisi ile yapılan değerlendirmeler ve gözlemler yanıltıcı olmaktadır.

yor. Performans sisteminin ana unsurlarından birisi de, bugün için sağlık sistemimizde kullandığımız 5.000'e yakın sağlık hizmetinin puanlandırılmasıdır. Sistemin ilk başlangıcından bugüne kadar belli aşamalarda ortaya çıkan sonuçların değerlendirilmesi ve yeni stratejiler sonucu performans puanlarında değişiklikler yapılmıştır. İlk puanlama yapılırken bütçe uygulama talimatındaki işlemlerin puanları, Türk Tabipler Birliği'nin belirlediği referans ücretlere esas işlem puanları ve ABD'de kullanılmakta olan CPT4 listesinde yer alan işlem puanları referans alınmıştır. 2007 yılı ve daha önceki yılların sonuçları değerlendirildiğinde branşlar arası dengenin korunduğu branş ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Sistemin sonuçları açısından çoğu zaman cerrahi branşların düşük ek ödeme aldıkları iddia edilse de, en yüksek alan branş

ortopedi olmuştur. Sonuçlar hastaneden hastaneye değişmektedir. Bir veya birkaç hastane verisi ile yapılan değerlendirmeler ve gözlemler yanıltıcı olmaktadır. Yaptığımız çalışmalar neticesinde branşlar arası dengenin var olduğu görülmüştür. Bunun yanında her branşın eşit alması gibi bir durum mümkün değildir. Diğer ülkeler baktığımızda da hekim ücretleri konusunda branştan branşa ve hekimden hekime farklı ücretlendirmeler söz konusudur. O branştaki hekim sayısı ve o branşa yönelik hastalık yükü ücretleri farklılaştırmaktadır. Ayrıca sistemin ilk kurgulanması ve sonrasında da farklı hekimlik branşları arasında bir denge gözetilmeye çalışılmıştır. Ülke genelindeki uygulama sonuçları bu dengenin olabildiğince korunduğunu göstermektedir. Bu dengenin meslek gücünün ve riski gözetilerek farklılaştırılması yönüne gidilmemiş ve olabildiğince farklı branş hekimleri arasında gelir uçurumu oluşturmaktan kaçınılmıştır. Bu yüzden bir yandan bu farklılığın yapılmaması eleştirisi konusu yapılırken, diğer yandan branşlar arasında adaletli davranılmadığı yönündeki eleştiriler neredeyse birbirine aksetmektedir. Hizmetlerin puanlanmasında uluslararası çalışmalardan faydalanılmış olmasına rağmen, düzeltilmesi gereken nokta kusurlar olabilir; bunların da düzeltilmesine yönelik gayretler olmalıdır. Ancak bu değişiklikler branşlar arasında büyük farklılık oluşturmaya neden olmamasına özen gösterilmek zorunluluğu vardır. Diğer taraftan zaman zaman hakkaniyete uymadığı tarzında eleştirilere muhatap olunan bazı noktalar, aslında yönetimin hedeflerine uymayan hususlardır. Burada yeterli hastası olmayan bir yerdeki doktoru ödüllendirmek yerine, doktor bulamayan hastanın olduğu yere doktorun gitmesini teşvik etmek gerekmektedir. Aynı statüdeki doktorların farklı kurumlarda eşit ek ödeme almaması sistemin zayıf halkası değil, hekimi

kendine ihtiyaç duyulan yere gitmeye teşvik edecek olan güçlü halkadır. Fiziki şartların yetersizliğinin yansıması ise geçici bir olumsuzluktur. Süreçte bu fiziki şartların iyileştirmesine yönelik gayret ve fedakârlık gerekiyorsa, yöneticilerle birlikte bütün çalışanlarda bu sorumluluk ve bilinci üstlenmeye yönelik bir teşvik oluşmaktadır.

Yazarlar eleştirileri yanında **kârlılığı gözetmeyen performansa bağı döner sermaye uygulamasının devletçe özel bir destek (subvansiyon) sağlanmadığı sürece kalıcı olmasının mümkün olmadığını** ifade etmek suretiyle sisteme bir ölçüde ömür de biçiyorlar. Şu unutulmamalıdır ki performansa göre ücretlerin belirlenmesi kamu alanında ülkemizde bir ilk olmuştur. Devletin kamusal sorumluluğu ve hedefleri çerçevesinde vermiş olduklarının karşılığını aldığı sürece bu alana özel bir desteğinin ve kaynak aktarımının şüphesiz devam edeceğini söyleyebiliriz. Sistemin bilançosundaki kâr hanesinde ise her zaman sosyal faydalar ile halkın ve çalışanların memnuniyeti yer alacaktır.

Yazarlar **her bir hastanenin yakın gelecekte bağımsız bir işletme olarak hedeflendiğini, bu işletmelerin hekime bugün ulaştığı seviyede bir performans ödemesi yapamayacağını ve bugünkü fiyatlandırma sistemiyle de zaten bunun olamayacağını** ifade ediyorlar. Bugün için Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışmakta olan ve merkezden yönetilen 900'e yakın hastane yakın bir gelecekte kamu hastane birliklerine dönüştürülerek desantralize olmuş yeni bir yönetim modeli ile yönetilecekler. Bu konudaki kanun tasarısı şu an Meclis gündeminde bulunmaktadır. Tasarı incelendiğinde tercih edilen yönetim modeli ile daha verimli ve ölçek ekonomisine göre işletilecek olan hastanelerin hekimlerine performans ücretlerini aynen ödemeye de-

vam edeceklerini göstermektedir. Hekimlerin ve diğer personelin performans ücretine esas tavanları aynen kanunda korunmuştur. Taslaktaki yeni hastane yönetim modeline baktığımızda hem hastane gelirleri hem de personel ödemeleri konusunda bir kuşku ya yol açacak hususun bulunmadığını düşünmekteyiz.

Yazarlar eğitim ve araştırma hastanelerinde **bilimsel yayınların yeterince ödüllendirilmediğin açık bir kanıt olarak "SCI Expanded" kapsamındaki bir dergideki birinci isimli yazara, sadece 500 puan verildiğini** ifade etseler de bu yanlış anlaşılma, yönetmeliğin oldukça kapsamlı olmasından kaynaklanmaktadır. Sistemde iki aşamalı şekilde bilimsel çalışmalara anlamlı bir destek bulunmaktadır. Birincisi bir önceki yıl yönetmelikteki listede yer alan bilimsel çalışmalardan toplam 500 puan/yıl çalışmayı belgelemeleri halinde her ay, hastane hizmet puan ortalamasının şef ve şef yardımcılara % 30'u, başasistanlar ve uzmanlara % 10'u oranında verilen ek puandır. Hastane ortalamasının % 30'u ek bir puan önemli bir destek olmaktadır. Örneğin hastane ortalamasının 20.000 puan olduğu bir yerde şeflere verilecek bilimsel çalışma destek puanı 6.000 olmaktadır. Bu kural hekimlerin her ay aldıkları ek ödemelerde bilimsel çalışma destek puanının önemli bir katkısının olduğunu göstermektedir. İkinci destek ise yazarların işaret ettiği gibi sadece yayının yapıldığı ayı takip eden dönem verilen ve yönetmelikteki listede yer alan yayının direkt puan karşılığıdır. Ancak yazıda sadece bu bölüme yer verilmesi sonucu bilimsel yayınların yeterince ödüllendirilmediği yanlışlığının ortaya çıktığı anlaşılmıştır.

Yazarlar, **eğitici konumdaki hekimlerin daha fazla puan alabilmek için hasta hizmetlerini eğitim ve araştırmaya tercih edebildiklerini, eğitim ve araştırmaya zaman ayırmadan, sadece hasta muayene ederek ya da ameliyat yaparak eğitim araştırma hastanelerinde en üst düzey puana ulaşabildiklerini** ifade etmişlerdir. Eğitim hastanelerinde bireysel performansın tanımında doğrudan üretilen tıbbi hizmetlere ilave olarak bilimsel çalışma ve eğitim ölçütleri de eklenmiştir. Eğitim ve bilimsel çalışmanın değerlendirmesinde rekabetçi ölçüt yerine eşik değerler kullanılmıştır. Bu da eğitim görevlilerimizin belirlenen asgari şartları sağlamalarını teşvik etmek ve en azından belli düzeye gelmelerini sağlamak amaçlıdır. Doğrudan tıbbi hizmetle elde edilen performans puanının hesaplanmasında da, bireyin gayretinden çok eğitim kliniğinin ekip başarısı esas alınmıştır. Burada eğitim kliniğindeki hiyerarşik yapı gözetilerek farklı katsa-

yılar kullanılmış, ancak buna rağmen bir ekip içindeki farklı performans gösteren bireylerin hakkını korumak için bireysel işlem puanının klinik ortalamadan sapması ayrı fakat sınırlı bir etken olarak kabul edilmiştir.

Yazarlar **yüksek lisans ya da doktora gibi, ilmini artırıcı faaliyette bulunanlara ek bir destek ya da teşvik söz konusu olmadığını** ifade etmektedirler. Performans değerlendirilmesinde sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınılmıştır. Örneğin doktor ve diğer sağlık personeli için kendi içlerindeki hiyerarşi korunarak farklı katsayılar belirlenmiştir. Ayrıca eğitim kliniğindeki farklı düzeydeki doktorlar arsında da aynı kaygı ile farklı katsayılar kullanılmaktadır. Bu katsayı çeşitliliğinin olabildiğince az olmasına çalışılmış ve sadece iş hiyerarşisi ve işe odaklı statü ile sınırlı tutulmaya gayret edilmiştir. İşin doğrudan gereği olmayan sertifikasyonlar, ilave eğitimler ayrıca katsayı veya ek puanla etken haline getirilmemiştir. Aksi takdirde aynı işi yapan aynı statüdeki çalışanların performanslarının farklı olması gibi bir algıya yol açılacak ve bunun sonucunda aldıkları ek ödemenin farklılaşması ortaya çıkacaktır. Mesela bir klinikte aynı sorumluluğu taşıyan, aynı yükü çeken, sağlık koleji, ön lisans ve lisans mezunu üç hemşirenin farklı döner sermaye almasına yol açılacaktır. Bu ise bir başka adaletsizlik tartışması başlatacaktır. Burada amaç ilave eğitimin teşvik edilmesinin önüne geçilmesi değil, doğrudan işin gereği olmayan eğitimin hedefler arasına konarak, diğer etkenlerin sonuç üzerine etkisinin azaltılmasının önlenmesidir.

Burada yazarların yoğunlaştığı bazı eleştirilere cevap verilmeye çalışılmıştır. Tabii ki hiçbir sistem mükemmel değildir. Tüm eleştirilere rağmen performans sistemini aşağıdaki cümlelerle okumamız durumunda daha iyi anlamamız mümkün olacaktır.

- Sistem, sağlık alanında önemli, kendine özgü, güçlü ve dinamik bir düzenlemedir.

- Sistemin modellemesi, pilot uygulamalar ve araştırmalar sonucu ülkemize özgün yapılmıştır.

- Düzenlemeyi yapan açısından sistemin stratejik amaçları vardır. Düzenleyici ilk amaçlarına ulaşmıştır.

- Performans sistemi, bu zaman kadar özel sektörde kullanılan çağdaş performans yönetimi kavramlarını kamusal alana sokmuştur. Bu kamuda ilk



Performans değerlendirilmesinde sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınılmıştır.

örnek olmuştur.

- Sistem, sağlık hizmetlerinde kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanılmasını sağlamıştır.

- Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır.

- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti sağlamıştır.

- Hastanın hekim seçme hakkını güçlendirmiştir.

- Sağlık çalışanları, özlük hakkı olarak önemli bir kazanım elde etmişlerdir.

-Kanuni bir düzenlemeye gerek kalmadan uzman hekimler muayenehanelerini kapatmışlardır.

- Sağlık sisteminin kayıt altına alınması kolaylaşmıştır.

- Sağlık sisteminin performans göstergelerinin düzelmesini teşvik etmiştir.

- Kamu hastanelerini özel hastanelerle rekabet edebilecek duruma gelmelerini kolaylaştırmıştır.

Kaynaklar

Öztürk R, Kara V: Sağlıkta performansın performansı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 5: 34, 2007.

Hamza Ateş H., Kırılmaz H., Aydın S. (Editörler): Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.

Aydın S., Demir M.: Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Göre Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2. Baskı. Ankara, 2007.

SGK ve yoğun bakım

Dr. Salih Kenan Şahin



1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. 1997'de Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başasistan kadrosuyla atanmış olduğu halde devlet memurluğundan istifa etti. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'ten bu yana SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevini yürütmektedir.

Başlık, Sağlık Düşüncesi dergisinin beşinci sayısında yer alan Dr. Kadir Doğruer'in karikatüründeki ifadenin aynısı. Karikatürle oluşan imaj aslında kamuoyundaki genel düşünce tarzını yansıtmaktadır.

2007 yılı Ekim ayından önce hastalara yoğun bakım yatağı bulma ya da istenen farklar için oluşan indirim talepleri tüm sağlık yöneticilerinin en sıkıntılı ve en çok zaman alan işiydi.

2006 yılı başlarında bu alandaki ciddi problemlerin ve hastaların karşılaştığı güçlüklerin farkına varan İl Müdürlüğümüz soruna çözüm üretmek amacıyla bir çalışma başlattı.

Öncelikle İl Müdürlüğümüzde görevli konu ile ilgili uzmanlarımız tarafından, İstanbul ilindeki, sözleşmeli, sözleşmesiz tüm erişkin ve yeni doğan yoğun bakımları yerinde incelendi.

Yoğun bakım uzmanlarıyla temasa geçilerek kamu, üniversite, özel sektör ve ilgili tüm uzmanlık derneklerinden yetkin kişilerin yer aldığı bir çalışma grubu oluşturuldu. Düzenli ve kapsamlı tartışmalar yapıldı.

Yapılan çalışmalar üç ana başlıkta toplanabilir:

- a) Envanter ve mevcut durum.
- b) Mevzuat ve yapılması gerekenler
- c) Fiyatlandırma ve ödeme yöntemleri.

Envanter grubu İstanbul ölçeğinde yatak ve donanım sıkıntısı olmadığını tespit etti. Hatta yıllık doğum sayısının yaklaşık 350.000 olduğu İstanbul için, 1.000 doğuma bir kuvöz hesabıyla asgari 350 kuvöze ihtiyaç olduğu belirlendi. Fiili durumda ise 400'ü özel sektörde olmak üzere kamu ve üniversiteler dahil toplam 600 civarında kuvöz olduğu tespit edildi. Alet yeterliliğine karşın önemli ölçüde hemşire ve nitelikli ara personel sorunu nedeniyle uygulama ve yapısal alanda ciddi standardizasyon problemleri olduğu tespit edildi. İstanbul ilinde kamu hastaneleri yoğun bakım ihtiyacını karşılayamadığı için talebin çoğu özel hastanelere kaymakta burada da alınan farklar yoğun şikâyet konusu olmaktadır.

Mevzuat çalışmalarında, Yoğun Bakım



Derneği tarafından Avrupa Birliği ve dünyadaki gelişmelere paralel olarak yoğun bakımların seviyelendirilmesi amacıyla belli bir aşamaya gelen ciddi çalışmalar yapıldığı ve bu konudaki taleplerin sıklıkla Sağlık Bakanlığı'na iletildiği ifade edildi.

Yoğun bakıma yatırılan hastalar birbirinden farklı tıbbi teşhislerle yatırıldığı için birbirine eşit nitelikte yoğun bakım ihtiyacı içinde değildir. Bazı hastaların durumları daha stabil olmasından dolayı daha fazla hemşirelik bakım ve ilgisini gerektirirken, bazıları daha yoğun bir şekilde uzman hekim gözetimine, tıbbi bakım ve girişime ihtiyaç duymaktadırlar.

O dönemdeki mevzuat içerisinde yoğun bakımlar için tek bir standart belirlenmişti ve tüm vakalar bu standart çerçevesinde işlem görüyor, Sosyal Güvenlik Kurumu da ödemesini yine bu tek tip standart çerçevesinde yapıyordu. Ödeme kriteri ventilatöre bağlılıktı. Yoğun takip gerektiren ancak ventilatöre ihtiyacı olmayan hasta, yoğun bakımda tedavi göremiyor ya da yoğun bakımda tedavi görse bile ücretini alamıyordu.

Yine aynı şekilde fiyatlar gerçek ihtiyaçları içermiyordu. Bunun üzerine gerek üniversite ekibi gerekse özel hastaneler grubu maliyet çalışması yaptılar ve aşağı yukarı yaklaşık benzer maliyetlerle tespit ettiler.

O dönemde kamu ihtiyacı karşılanamıyor, özel hastanelerdeki farklar da toplumu çok ciddi manada rahatsız ediyordu. Nitekim günlük 2.000 YTL'ye, toplamda 100.000 YTL'ye varan yoğun bakım farkları nedeniyle hak sahipleri kurumun kapısına geliyor ve şikâyetler artıyordu. Bunun önüne geçilmesi gerekiyordu.

Çalışmalarda sayısal olarak yetersiz olan hemşire yanında acil tıp teknisyenleri, sağlık memurları ve ebelerin de ihtiyaç nedeniyle bu alanda eğitimlere dâhil edilmeleri ve bu eğitimler sonrasında yoğun bakımda çalışmalarının faydalı olacağı görüldü.

Tespit edilen seviyelere göre yoğun bakım uzmanları ile birlikte birtakım hekim uzmanlık dallarının mevcudiyetinin de gerektiği anlaşıldı. Yeni doğan ve erişkin yoğun bakımla birlikte çocuk yoğun bakım için düzenlemeler yapılmasının zorunlu olduğu tespit edildi.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'ndeki yoğun bakım maddesinin revizyonu için çalışmalar yapıldı. Bu konunun enine boyuna tartışılması çok uzun sürerdi. Aslında bu tip tartışmalarda her kesim kendi beklentileri, sorunları ve öncelikleri doğrultusunda düzenlemeler

yapılmasını arzu ettiği için mutabakat sağlanması zordur. Ancak ortada mevcut olan realitelerin sonucuna göre uzlaşısı sonrası ortaya çıkan metnin kimse için gönülündeki metin olmasa da en doğruya yakın metinde uzlaşısı sağlandığı kanaatindeyiz. Nitekim ciddi çalışmalarımız sonrasında da bu gerçekleşti ve bir taslak metine ulaşıldı. Bu taslak metin ilgili dernekler ve çalışma grubumuzca Sağlık Bakanlığı yetkililerine önerildi. Bakanlık, metin üzerinde yaptığı değerlendirmelerde, metnin önemli bir kısmıyla ilişkili olarak benzer görüşler taşıdığını ve bunun hızlıca hayata geçirilmesi arzusunda olduğunu ilettiler. Sağlık Bakanlığı, yönetmelikle ilgili genel değişikliklerden önce çıkardığı bir genelgeyle hem kendi hastanelerinin hem de özel hastanelerin yoğun bakımlarını bu şekilde kademelendirmesi için gerekli düzenlemeler yapılması yoluna gitti.

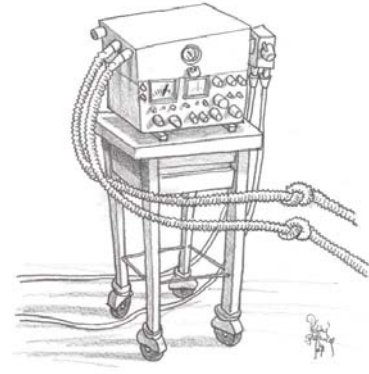
Sağlık Bakanlığı; standartların tüm ülke gerçeklerini kapsamı ve sağlık personeli açısından sıkıntılarının dikkate alınması konularında hassas olduklarını da ifade etti.

Bu genelge yayımlandıktan sonra fiyatlandırma konusunda yaptığımız çalışmalar hayata geçirilmeye çalışıldı. Çalışmalarımızda birinci, ikinci, üçüncü basamak hasta grubu ve merkez tarif edilmişti; bunun yanında bir gün ve fazlası da kriter olarak alınmıştı. Bu da 12 ayrı fiyatın hazırlanması şeklinde tasarlanmıştı.

Ancak henüz 5510 sayılı yasa kabul edilip yürürlüğe girmediği için mevcut Sosyal Güvenlik Mevzuatı içerisinde, aynı tür hastada uygulanan aynı işlem için kurumlar arasında farklı standartlar olsa bile farklı fiyat uygulamasına imkân verilmediği görüldü.

Fark alınması konusunda da değişik senaryolar üzerinde durulmasına rağmen kısa zamanda 5510 sayılı yasanın yakın zamanda çıkacak olması ve uygulamadan çıkacak sonuçların da işiyle daha sağlıklı değerlendirmenin yapılması açısından; uygulamanın fark alınmaksızın o fiyatlarla hayata geçirilmesi konusunda görüş oluştu. Burada tercih hastadan yana kullanılmıştır. Kurumun tercihini bu şekilde kullanmasının, özel sektör açısından farktan dolayı yaşanan olumsuz tartışmaları da azaltacağı inancındayım.

Fiyatlandırılmada ilaçların ve bir takım işlemlerin de hesaplaması yapıldı. Elimizde verilerle kategorizasyon türüne göre oluşan ilaç maliyetleri tespit edildi ve ilaç hariç fiyatlar rakamlar bir miktar daha yukarı çekilerek ilaç dahil fiyatlandırılmaya dönüştürüldü. Çünkü hastanelerin yoğun bakımlarda ana kesinti sebepleri ilaçtı. Böylece fatura düzenle-



me, inceleme ve ödeme sürecindeki fiyata dâhil işlemlerin muhtemel tartışma alanlarını ciddi manada ortadan kaldırmak amaçlandı. Antibiyotiklerin aşırı kullanımının ve direnç problemlerinin azaltılması da hedeflendi.

Uygulama başladıktan sonra olumlu ve olumsuz birçok tepki aldık. Uygulamaya ilişkin, bir açıklama yapılması ya da bunun bir dokümantasyonla duyurulması konusunda talepler iletildi. Gelişmeler hızlı bir şekilde İl Müdürlüğümüz internet sitesinden duyuruldu.

Özel Hastaneler Derneği'nin bu konuda yaptığı ve bizim de katıldığımız bir değerlendirme toplantısında özellikle daha geniş imkânlara sahip sektörün büyük özel hastanelerinde ve üniversitelerde mevcut fiyatın tatminkâr bulunmadığı dile getirildi.

Ancak hastanelerin % 80'e varan çoğunluğu özel hastanelerdeki özellikle de yeni doğan yoğun bakımdaki fiyatlandırmaları gerçekçi bulduklarını ve bu fiyatlarla bu işi sürdürebileceklerini ifade ettiler.

Bu tür çalışmalar çok ciddi emek gerektiren işlerdir. Özellikle bu çalışmalara gönülden katkı sağlayan, emeği geçen çok sayıda kişi oldu. Bu kişi ve kuruluşlara burada en içten teşekkürlerimi de sunmak istiyorum.

Aslında bu Sosyal Güvenlik Kurumu'nun eseri olmaktan çok bir toplu çalışmanın eseridir. Sosyal Güvenlik Kurumu, çalışmalara ön ayak olmak ve sekreteryasını yürütmek misyonuyla bu işe katkı sağlamıştır.

Bu çalışmada geline noktanın yeterli olduğu ve her şeyin bittiği düşünülmemelidir. Geçmişe göre daha iyi bir durumda olursa da daha yolun başındayız ve yapacak daha çok şey var.

Burada yine belirtilmesi gereken diğer bir husus da bütün bu yapılanların kamuoyuna iyi anlatılamamış olunmasıdır. Nitekim Sağlık Düşüncesi Dergisinin 5. sayısındaki karikatür yapılanların iyi anlatılamadığının iyi bir göstergesidir.

Belki bir anlamda bazı hortumların kapandığını biz de düşünüyoruz; ancak bu hortumların ucundaki kişilerin hastalar olmadığı kanaatindeyiz.

Mehmet Barlas: “Tipta bugün, dünden daha iyi...”

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Gerek gazetede ki köşe yazıları gerekse televizyon programındaki yorumlarıyla yıllardır sempati duyan duymayan herkesin, en azından bir kere ortak paydada bulunduğu Mehmet Barlas, SD için sağlık sektörünü değerlendirdi.

Pek çok kişi tarafından “entelektüel birikimi olan, televizyonda dinlenmesi, yazısı yayımlandığında okuması zevkli, düşüncelerine ister katılırsınız ister katılmazsınız ama bir konu hakkında okuduğunuzda ya da dinlediğinizde kesin olarak bir şeyler öğrendiğiniz, mesleğini layıkıyla yapan, okuyan bir yazar” olarak tanımlanan Barlas ile birikimi ve doktor menşeli bir aileden gelmenin verdiği bilgiyle sağlık konularına yaptığı son derece yerinde tespitlerle keyifli bir sohbet yapıldı.

Akif Tan: Sağlık sektörüne 10 yıl önce- siyle bugün arasında bir fark görerek mi bakıyorsunuz, sizce bir şeyler değişiyor mu yıllar içersinde? Yoksa hep aynı

problemler, hep aynı şekilde mi devam ediyor?

Mehmet Barlas: Öncelikle şunu söyleyeyim: Tıp benim için yabancı bir alan değil, çünkü bizim ailenin yarısı doktor, yarısı hukukçu... Mesela Toroslar’ın ötesindeki ilk Türk cerrahı Dr. Mecit Barlas, benim büyük amcam. Babamın amcası. Prof. Osman Barlas, Cerrahpaşa dekanı. Biyolog Dr. Gürbüz Barlas benim amcam. Ben de hukukçular faslındam. Tıbbi, ailem dolayısıyla da Türk tıbbındaki gelişmeleri, hasta-hastane ilişkilerini yıllardır yakından izledim. Müthiş bir gelişme var. Bu sadece İstanbul’da değil Anadolu’da da böyle. Özellikle Anadolu’da Gaziantep’ten biliyorum, hasta-hastane veya hasta-doktor ilişkisi, adeta erlerle subayların ilişkisi gibi bir şeydi. Hastalar doktorlardan korkardı, hastaneden korkardı.

M. B. : Hastane, doktor komutan demektir. Ve Anadolu’da açıkçası -çok geri bırakılmış veya geri kalmış bir bölge olduğu için- insanların müspet ilme karşı tutumları da ürküntü içindeydi. Gerçek dertlerini doktora söyleyemedikleri

için öylece ameliyat edilenleri de gördüm. Şimdi çok değişti. Bu neyle değişti? Bir kere demokrasiyle değişti. İnsanların sadece devletle değil, müspet ilimle ilişkileri de değişti. Müspet ilimle temas edebilme imkanları gelişti.

A. T. : Yani halkta da bir değişim var?

M. B. : Tabii ki. Katılım var bir kere. Hesap sorabilme meselesi var. İkincisi, teknolojiyle değişti her şey. Bu sanıyorum 1980’lerden başlayıp Özal’la gelen bir olay. Türkiye’ye sadece tıbbi aletlerin değil bütün teknolojilerin gümrükten muaf olarak gelmeleri hayatımızı çok değiştirdi. Üçüncüsü döviz sorunu, yani dövizin suç olmaktan çıkması çok değiştirdi. İnsanlar rahatça yurtdışına çıkıp tedavi olabilmeye başladıkları için değişti. Tahmini rakamlara göre Türk hastalarının Amerika’da harcadıkları para 300 milyon doların üzerinde. Dünyanın büyük merkezleriyle Türkiye’deki merkezleri mukayese etmek imkânı doğdu.

A. T. : Rahmetli Özal’ın çok büyük bir düşüncesi vardı: Malatya’yı Ortadoğu ve Balkanlar’da sayılı tıp merkezlerin-





Mehmet Barlas kimdir?

1942 yılında Ankara'da doğdu. Hukuk Fakültesi mezunu olan Barlas, İsmail Cem'in TRT Genel Müdürlüğü yaptığı dönemde iç ve dış haberler danışmanlığı yaptı. "Türkiye Üzerine Pazarlıklar", "Türkiye'de Darbeler ve Kavgalar Dönemi", "Turgut Özal'ın Anıları" gibi eserleri bulunan Barlas, 1968 yılında Gazeteciler Cemiyeti'nin düzenlediği yarışmada, inceleme dalında birincilik ödülü aldı. Cumhuriyet, Günaydın, Milliyet, Güneş, Tercüman, Hürriyet, Sabah, Yeni Şafak ve Zaman gazetelerinde yöneticilik ve yazarlık yaptı. Yakın zamana kadar Posta gazetesinde köşe yazarlığı, NTV'de Emre Kongar ile "Yorum farkı" isimli programı yapan Barlas, Sabah gazetesi baş yazarı ve atv ancormanı'dır.

den biri haline getirmek. Türkiye için çok yeni bir hedefti diye hatırlarım.

M. B. : Yani bir takım maliyetlerin Türkiye'de bulunması rüya gibi bir şey. Her şey oyuncak haline geldi. Hatta enflasyon da... Artık bir sokakta 5 tane MR merkezi filan var. Hatırlıyorum, ilk MR İzmir'de 9 Eylül Üniversitesi'nde kurulmuştu. Koca bir binaydı. Ve kapıda uyarırlardı: "Bahçeye girdiğiniz zaman saatleriniz duracak," diye. O kadar büyük bir aletti.

A. T. : Manyetik alanın etkisiyle...

M. B. : Evet. Herkesin saati bahçeye girince dururdu. İkincisi, yine sesle yani sonografiyle taş kırma, böbrek taşı kırılması ilk defa İsrail'de Adas Hastanesi'ndeydi. Koca bir oda, içinde banyo, su dolu. İçinde bir hanım, tak tak taş kırma sesi geliyordu. Şimdi küçük bir aletin içinde koltukta taşlar kırılıyor. Bütün bunlar Türkiye'ye de yansdı.

A. T. : Yıllar öncesindeki bu olayı biraz detaylandırabilir misiniz?

M. B. : 1970'li yıllardı. Yine ilk transfüzyon, böbrek, kronik nefriti olanların kanlarının temizlenmesi, o suni böbrek dediğimiz aletlerin ilk modellerini görmüş-tüm. Koca tencerelerdi. Şimdi bütün bunlar Türkiye'ye yansımaya başladı. Çok hızlı bir biçimde yansımaya başladı üstelik. Hatta bazı Batı ülkelerinden daha hızlı yansımaya başladı. Türkiye'de sağlık alanında özel sektörün gelişmesi ve rekabet, hastanelerin bütün bu aletlere çok kolay ulaşmasını sağladı. Böyle müthiş bir yenilik görüyoruz.

A. T. : Son değişimlerde özel sektör, sağlık sektöründe lokomotif bir pozisyonu olmaya başladı. Eskiden bu konuda devlet çok belirleyici, çok ağırlıklı bir yer tutuyordu. Şimdi özel sektör ağırlık kazanıyor. Ama bu, birkaç kötü gidişe de neden olabilir; çok iyi şeyler de sağlayabilir. Bu konuda, özel sektörün ağırlık kazanması sizce daha çok nasıl bir sonuç doğurabilir?

M. B. : Sağlık konusunu ele aldığınız zaman iki tane olay var: Bir tanesi sosyal güvenlik. Sosyal güvenlik, ister kapitalist olun ister komünist olun, şu anda insanlığın en fazla özlem duyduğu olay. İnsanların çaresiz kalmaması... Hasta olup parasız oldukları zaman tedavi edilememeleri durumunun önlenmesi. Sosyal güvenlik, mutlaka bulunmalı. Ama sosyal güvenlik de eski modelden farklı. Eskiden sosyal güvenlik deyince anlaşılacak sadece devletin, sosyal sigortalarıyla devlet kadrolarında bulunan insanların güvencesinde bulunmasıydı. Şimdi bu özel sigorta adıyla da yapılıyor, "sağlık sigortası" gibi benzeri sigortalarla... Mutlaka bunun fonlarının oluşturulması ve bu konuda devletin yol

gösterici olması lazım. Bu olduktan sonra insanların, tedavi olacakları merkezleri kendilerinin seçmesi de bir ön şart. Yani devlet, "Madem ki ben buna sosyal güvence sağlıyorum, o zaman ille de şu hastanede tedavi olacak." dediği zaman, orda verilen hizmet kalitesinin düştüğünü, o hastanenin seri imalata dönük bir fabrika haline döndüğünün, dönüştüğünün kanıtıdır. Ve hep böyle oluyor. Eski sosyal sigorta hastaneleri böyle, eski devlet hastaneleri böyle... Şimdi bu açıdan Türkiye o açılımı iyi sağladı. Yani özel sektörün, birbiriyle yarışan hastaneleri arasında, sosyal güvenlik sistemine dahil insanların, tercih yapabilmesi özgürlüğü Türkiye'de kaliteyi de sağladı. İnsanlar biliyor artık nerede hangi uzman var, nerede teşhis merkezleri gelişmiş, tedavi en iyi nerede olur. Bu tercihlerinin olması Türkiye'de sağlığın kalitesini yükseltmeye başlamıştır.

A. T. : Bu durum bazı olumsuz şeyleri de getiriyor. Mesela İstanbul'daki MR merkezi sayısı... İngiltere'deki toplam MR merkezi sayısından daha fazla...

M. B. : Tabii bunun sonucu olarak da buradaki MR çok ucuz. Bu halkın yararına bir şey. Yani onu, MR'ı ekonomik olmayan biçimde o makineleri, o aletleri alan insanlar düşünsün. O benim sorununum değil. Bu kadar çok MR'ın olması hastalara çok yarıyor. Çünkü çok ucuz. Aynı MR'ı İngiltere'de, İsviçre'de falan çekerseniz 4 misli fiyat ödüyorsunuz. Burada fotoğraf çekirmekle aynı hale geldi. Gerisini ise yatırım yapanlar düşünsün.

A. T. : Burada sadece şu mesela bizim için bir dezavantaj olabilir: Her hasta MR çekilmeye doğru gidiyor, MR çekilme endikasyonunu genişletiyor. Bu tıptaki etik yozlaşmayı da beraberinde getiriyor diye düşünüyoruz. Siz ne dersiniz?

M. B. : Olabilir. Ama eskiyi düşünüyorum; Anadolu'daki benim tanıdığım hükümet tabiplerini...

A. T. : Doktor gözüyle bakınca her hastayı MR'la değerlendirmek çok güzel bir şey. Yani keşke bunu yapabilir olsak... Ama hem ekonomik kaygı hem sağlık kaygısı beraber gitmeli gibi bir pozisyon var.

M. B. : Tabii bu bir etik meselesi. Ahlak meselesi. Ben de eskiden Anadolu'daki bazı doktorların mesela hastalarından daha fazla ücret almak için çapraz iğne yaptıklarını biliyorum.

A. T. : Bu tür yaklaşımlar hâlâ, azalmakla birlikte var.

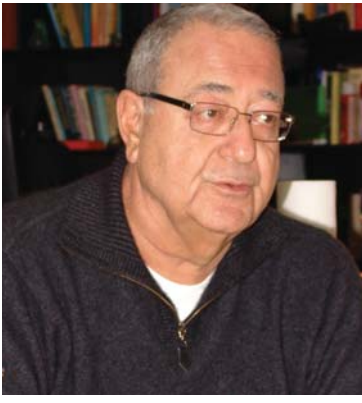
M. B. : İki tane iğne batırdıkları zaman daha çok tedavi ettiklerini söyleyip has-

tadan daha fazla para alıyorlardı. Yani bu bir etik meselesi... Gerçekten her hastaya MR bence anlamlı bir şey değil. Ama bir de şu var; eski teşhisle bugünkü teşhisi mukayese edersek fark çok büyük ve çok olumlu bir gelişme gösterilmiş durumda. Geçenlerde bir beyin cerrahisi ile konuşuyordum. Eskiden beyinde bir arıza olduğu zaman kafa delinirdi, içine bakılırdı. Şimdi MR her şeyi gösteriyor. Diğer sorunlar da zamanla aşılabilecek. Yani tıbbın etik kurallarına uymak lazım, her hastanın MR çekilmesi gerekmiyor ama zamanla kime çekilip kime çekilmeyeceği konusu da daha etik bir şekilde uygulanacaktır diye düşünüyorum.

A. T. : Bir dönem bunları yaşayacağız ondan sonra mı dengeye oturacağız? Sonuçta özel sektörün davet ettiği kapitalizmin bazı piyasa kurallarını da ister istemez işin içine sokacağı bir dönem...

M. B. : Meslek kuruluşlarının bu etikayı, bu ahlak kurallarını da yerleştirmesi lazım. Teşhir etsinler. Tarihi geçmiş ilacı satanlar nasıl teşhir ediliyorsa aynı şekilde gereksiz yere MR çektirenler de teşhir edilsin. Buna zorlayanlar da...

A. T. : Bir başka konu da tıptaki hızlı gelişim... Bunu daha çok tıbbın gelişmesi tarzında mı yoksa teknolojinin gelişmesi tarzında mı; gelişen tıp teknolojisinin tıbbı ciddi olarak etkilemesine mi, neye bağlısınız?



M. B. : Bir kere bilişim çağı çok önemli. Yani, en basit misali kanser ve kalp. İki tane büyük ölüm sebebi... Bu konuda doktorlarla konuştuğumuz zaman istatistiklerin boyut değiştirdiğini görüyoruz. Eskiden yeni bulunmuş bir ilacın, bir hasta üzerindeki uygulanmasının sonuçlarını 100 – 200 kişiye anlayabiliydiniz. Burada internet vasıtasıyla bütün dünyanın, milyon rakamlarına ulaşıyor. Bir ilacın, etkilerini milyon rakamıyla ölçebiliyorsunuz bir kere, bu büyük bir kolaylık. İkincisi, eskiden değişik tıp merkezlerindeki çalışmalar onlar arasında kalırdı, yıllık tıp kongrelerinde görüldü. Şimdi google'a girdiğiniz zaman aynı konudaki değişik merkezlerdeki bütün araştırmalar önünüze çıkıyor. Dünyanın bütün kütüphanelerine girebiliyorsunuz. Böyle bir imkân var.

A. T. : Tıp kongrelerinde konuşmalar ya da bildiriler, kongreye katılmamış dahi olsa üye doktorlara internet üzerinden günün gününe gönderiliyor...

M. B. : Tabii tabii. Ben John's Hopkins'i ziyaret ettiğimde şöyle bir aygıt görmüştüm: Kore'ye kurmuşlar bir kablolu yayın, -herhalde şu anda işliyordur, deneme safhasındaydı çünkü- diyelim ki Kore'de kaza oldu. Trafik kazası. Hastayı cankurtaran aracına yüklüyorlar. John's Hopkins'teki operatör eline eldiveni geçiriyor ve oradaki doktor ameliyat yapıyor, ekranda görüyor. Böyle globalleşme sadece para ve fikirlerin sınırları dolaşması değil ki bilimin, teknolojinin, tıbbın, her şeyin sınır tanımadan uygulanması haline geldi. Bu da müthiş bir olay... Burada Türkiye'nin sorunu şu: Türkiye bu dünyalaşma içindeki insan rekabetine nasıl ve hangi maddi imkânlarla cevap verecek? Çünkü beyin göçü diye bir olay var. Dünyanın büyük merkezleri bu iyi yetişmiş adamları topluyor. Bakın Amerika'da her üniversiteden mezun olana bir sene çalışma izni otomatikman veriliyor. O bir sene boyunca eğer gerçekten farklı bir insansa hemen green card veriyorlar. Bırakmıyorlar. Türkiye'nin yurtdışında 90 bin öğrencisi var. Liseden başlayıp üniversiteye kadar... Sadece Almanya'da üniversitede 20 bin Türk var. Bunların hiç olmazsa % 10 çok iyi ve Türkiye'ye dönebilecek mi yoksa orada mı kalacaklar sorusu aklara geliyor. Kalsalar ne olacak? O da ayrı bir olay.

A. T. : Peki özel sektörün bu konuda da bir faydası olacak mı? Yani Türk tıbbın-

da dışarıda yetişen birçok beyin Türkiye'ye daha zor döndüğünü veya hiç dönmediğini düşünüyorduk. Ama şimdi özel üniversite bazında yahut da özel hastanelerin daha konforlu hizmet verebilmesi açısından baktığımızda doktorlarımız için de tercih sebebi olacak mı?

M. B. : Dönenleri görüyoruz zaten. Amerikan Hastanesi'nde pek çok doktor yurtdışında eğitim almış, Anadolu Sağlık Merkezi, Memorial'da da öyle... Yani çok parlak doktorlar da Türkiye'de görev yapmaya başladı. Bir başka model de İsrail'deki model: Amerika'daki büyük Yahudi uzmanlar, sabatık tatillerini, bir aylık tatillerini İsrail'de geçiriyor. Bu şekilde Amerika'da kalıyorlar. Bu da bir model. Yani dünyanın en büyük uzmanlarını o bir ay süresince Amerikalı Yahudileri...

A. T. : Yani dışarıda çalışan doktorların belirli bir müddet İsrail'de de çalışması sağlanıyor...

M. B. : Ama Türkiye'de şöyle bir sorun var: Eğer Türkiye'deki fakültelerden mezun olup mecburi hizmetlerini yapmadırsa burada çalışmaları imkânsız. Yeniden sınava girmeleri gerekiyor. Aslında bu kanunun da değişmesi lazım.

A. T. : Hani bir ara tartışılan yabancı doktor yasa tasarısı vardı. Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer zamanında veto edilen, daha doğrusu geri gönderilen yasa... Bu yasa hakkında düşünceleriniz neler? Bu konunun birkaç başcağı var: Birincisi, evet iyi hastanelerde birinci sınıf hekimlerin de çalışmasına izin veriliyor. Ama bu hava Türkiye'deki hekimleri korkutuyor. Yani acaba dışarıdan hekim gelecek, biz işsiz kalacak mıyız diye korkuyorlar. İkincisi; Azerbaycan, Pakistan ya da düşük standartlarda doktorların çalıştığı ülkelerden bizim ülkemize gelen hekimler mi olacak? Yani bu konuda olumsuz düşünceler var.

M. B. : Böyle mahsurlar var ama galiba yine de bu durumu ülkelere göre değerlendirme yapmak lazım. Gerçekten söylediğiniz gibi bazı ülkelerde, Asya ülkelerinde yani eski Sovyet Cumhuriyetleri'nde hiç tıp fakültesine gitmeyip mezun olan doktorlar var. Hatta bazısına gittiğim zaman gördüm, ders başına pekiyi nota 250 dolar hocaların kestikleri para. Çünkü doktor maaşı 60 dolar. Böyle ülkeler var. Bunlardan gelenler çok tehlikeli.

A. T. : Genç Sağlık Bakanlığı'nın açıklamasında; yurtdışından gelecek doktorların seviye belirleme sınavına gireceği belirtilmişti.

M. B. : Yıllar önce Paris'teydim. Bir yerde yemek yiyoruz. Yanı başımızda bir aile vardı. Adam çok ünlü bir doktordu,

Avrupa'nın büyük devlet adamlarını ameliyat eden İngiltere'den bir cerrah. Mısırlı. Adını söyleyince hatırladım. Gazetelerde okuduğum bir adam. Çok ünlü, dünya çapında bir cerrah. "Nasıl bu kadar başarılı oldunuz?" dedim. "Valla-hi Mısır'da çok adam öldürdüm onandır." dedi. "Yani Kahire'deki hastanede o kadar çok ameliyat yapıp adam öldürdüm ki bu kadar usta oldum." demişti. Bir de böyle bir durum var tabii.

A. T. : Yabancı doktor gelmesi rekabeti artırmayacak mı? Yani kaliteli doktorlar gelmeli ve Türk doktorları onlarla rekabet yapabildiği oranda rüştünü ispat etmeli, meseleye böyle bakabilir miyiz?

M. B. : Bu sadece doktor meselesi değil. Mesela laboratuvar, tahlil meselesi de aynı zamanda... Ben aynı hastanın, aynı bulgusunun üç ayrı laboratuvar da farklı sonuçlarla geldiğini gördüm.

A. T. : Bunlar eskiden çok daha fazlaydı. Yani Türkiye'de denetlenmeyen ve güven uyandırmayan bir sağlık sektörü vardı. Bunun dışında devletin güvenilirliğinden gelen bir ağırlığı vardı. Ama şimdi kaliteyi ön plana aldığını iddia eden, uluslararası akreditasyonda güvenilirlik sağlamış hastanelerin, laboratuvarların, sağlık kurumlarının olmasından dolayı biraz daha artan bir güven var gibi...

M. B. : Eskisinden çok daha iyi tabii.

A. T. : Yani geçen zaman içerisinde biraz daha iyi bir gidişat var Türkiye için diyebiliriz...

M. B. : Türkiye'de devlet belirli bir süre toplumun potansiyelini yok saydı. Her şeyi kendisi yapabilirim sandı. Mesela tevhid-i tedrisat kanununun çıkartıldığı okulların hepsini devlet açacaktı. Herkese açamadı ki, şu anda Türkiye'de hâlâ ciddi bir sorundur bu. Derken toplumun dinamikleri çıktı. Bazı dini vakıflar, bazı aile vakıfları, okullar, yurtlar açmaya başladılar. Birdenbire devletin o boş bıraktığı alanı doldurmaya başladılar. Sağlıkta da durum böyle. Devlet hastaneleri... Yok öyle bir şey! Yani devlet adaleti sağlasın, güvenliği sağlasın yetiyor. Bir dönemde de derdik ki devlet lütfediyor. Yol yapıyor, havaalanı yapıyor, bize telefon getiriyor Allah'ın ne büyük lütfu! Anladık ki bunların hepsi para kazanılan işlermiş. Yani telefon geldi, Allah'a şükür derdik, Telekom'u bilmem kaç milyar dolara aldılar. Havaalanı mesela; bizim kasabada havaalanı yaptılar. Havaalanını bilmem kaç milyar dolara sattı. Demek ki bunların hepsi para getiren işlermiş. Hastane de öyle, okul da öyle... Bu konsept değişti. İkinci sorun devlet üstüne düşeni yapmaması; YÖK vb. kurumların ataleti yüzünden... Mesela şu anda üniversitelere bütçeden ayrılan para yani söyledik-

lerine göre öğrencilerin dersanelere verdikleri paraya eşit.

A. T. : Üniversitelere ayrılan para?

M. B. : Evet. Bütçeden ayrılan para, lisenin son iki sınıfındaki öğrencilerin dersanelere verdikleri paraya eşit. Yani devlet bir türlü liselerin, liselerdeki eğitimle üniversiteye girebilme imkânını veremedi. Çocuk liseden mezun oluyor ama üniversite imtihanına girince başaramıyor, ille de dershaneye gitmesi lazım. E, devlet bununla uğraşsın. Bunu yapamıyor. Bütün bu şeyler, bu yanlışlar, bu yeni konseptte önümüze çıkmaya başladı. Her şeyin lütf olmadığını gördük. Aslında devletin bize gerçek vermesi gereken hizmetin aksadığını gördük. Adaletin aksadığını gördük ama hastanelere mi daha fazla güveniliyor, mahkemelere mi daha fazla güveniliyor? Bir de buna bakmak lazım. Türkiye'deki kurumlara karşı güven tamam. Ama Türkiye'de hastanelere güvenilmiyor. Bazı zenginler, Amerika'ya Avrupa'ya gidiyor. Peki Türkiye'de yabancı şirketler Türk hukukuna güveniyorlar mı? Neden Türk hakimlerinin verdiği kararların çoğu Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nde bozuluyor? Yani bütün kurumları birleşik kaplar gibi birbirine eşit düzeyde ele aldığınız zaman kurumlara karşı güvenin her sektörde çok farklı olmadığını görürsünüz. Yani tip ne kadar eleştiriliyorsa adalet de o kadar eleştirilmeli.

A. T. : Peki mesela bir hasta gözyle bugün için artık özel hastanelerin kapısından içeri girmekle devlet hastanesi yani sosyal güvenlik kuruluşunun herhangi bir hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında sizce bir fark var mı? Yani ödeyecek para açısından çok büyük bir fark kalmadı artık ama alacağı hizmeti düşündüğünde bir fark var mı?

M. B. : Maalesef var. Özel hastanelerde mükemmeliyeti görüyorum. Sürekli denetimi görüyorum. Patron korkusu görüyorum. Yani o hastanenin bir sahibi olduğunu hissediyorsunuz.

A. T. : Yani şikâyet edilebilirlik mi ön planda? Mesela hasta hakları bildirgesi 98'de resmi gazetede yayınlandı ve aslında biraz domino taşı etkisi yaptı. Yani hasta hakları bildirgesi ile artık hastaların o söyledığınız hesap sorabilirliğinin ortaya çıkması, özel hastanelerde daha ön planda... Çünkü bu o özel hastanenin kuruluş amacına uygun bir şekilde geriye dönecek. Devletçeyse bu bir iyi niyet göstergesi yahut da iyi bir memuriyetin sonucu gibi. Dolayısıyla bu bir performans farkı ortaya çıkartıyor. Siz de böyle görüyor musunuz?

M. B. : Aynı şey eğitim sisteminde, okullarda da var. Çok iyi öğretmense özel okullar onu hemen alıyor. Çok iyi

doktorsa özel hastaneler onu alıyor.

A. T. : Bu, kişide performansını artırma gayretini ortaya çıkartıyor...

M. B. : Kapitalist toplumda başarının ölçüsü ücrettir, paradır, kazançtır. Yani başarılı insan daha çok kazanıyor. Meritokrasi diyorlar buna. Yani başarılı olanlar yükselir. Kapitalizmde böyle bir kural var. Komünizm olsa, farklı bir şey. Bakın madalya diye bir şey var. Herkes madalya vermişler. Çünkü ne para veriyorlar, ne de mal veriyorlar. Meritokrasi parayla, başarıyla ölçülüyor.

A. T. : Sağlık konusunda bizim her röpörtajda gündeme getirdiğimiz ötenazi konusu var. Ötenazi hakkında sizin düşünceleriniz neler?

M. B. : Kevorkian davalarını falan hepsini okudum. Merakla da izledik. Hollanda'da galiba yasallaşmıştı ötenazi.

A. T. : Amerika ve Hollanda'da bu konu çok ciddi tartışmalar yarattı...

M. B. : Valla çok derin felsefi tartışma gerektiren bir olay. Yani idam cezasına karşı olan bir insanın ötenaziye taraftar olması pek kolay değil. Ama bu konuda filmler de var. "Bu benim hayatım değil mi?" diye bir film var, Bir genç adam balıklama atılıyor ve taşla çarpıyor. Bel-den aşağısı felç. Bütün vücudu hasta ve kendini öldürmek istiyor ama olay Fransa'da geçiyor ve orada ötenazi yasak. Arkadaşlarına diyor ki "Beni öldürün!". Ama diyor "eğer biriniz öldürürseniz katil diye tutuklanırsınız." Bunun üzerine bir zehir hazırlıyorlar altı en iyi arkadaşı ve zehri ortak veriyorlar. Ötenazi hakkında böyle filmler, kitaplar çok var.

Ama ötenaziyle intihar arasındaki bağlantıları da düşünmek lazım. İnsanın o anda içinde bulunduğu ruh durumu bazen hasta olmadan da kendi ölümünü getirmesine sebep olduğuna göre ötenaziyle intihar arasındaki bağlantıları çok iyi belirlemek lazım. İnsan kendisinin ölümüne ne zaman karar verir sorusunun cevabı bulunmalı.

A. T. : Uzun süre, hatta yıllarca bakımı sürece ve birinci derece yakınları tarafından bunun karşılanması da bazen bu isteğin çıkış noktası olabiliyor. İşin sadece insani değil ekonomik, sosyal bir sürü boyutu da var. Bu ele alındığında aslında bazen ister istemez bu konu gündeme geliyor Türkiye'de ama geçiliyor gibi sanki...

M. B. : Boyut farkı, başka açılardan da çıkıyor. 19. yy.'ın sonunda insan ömrü ortalama 45; erkeklerde 40, kadınlarda 45. 20. yy.'da insan ömrü 85'e kadar çıktı. Belli ki bu yüzyılın sonunda 110'a kadar gidecek. İnsan hayatı nasıl kurulmuş? Kadın ve erkek 18 – 20 yaş arasında evlenecek, 20 sene yaşayacak,



çalışacak, ölecek. Şimdi 18 yaşında evlendiğinizi, 110 yıl yaşadığınızı düşünün; 65 ya da 70 yaşında da emekli olduğunuzu... 30 yıl kim bakacak size? Hangi sosyal güvenlik sistemi buna dayanabilir? Hangi çift birbiriyle 80 yıl her sabah yüz yüze bakmaya dayanabilir? Yani evlilik kavramı, sosyal güvenlik kavramı, hayat kavramı hepsi değişiyor. Ayrıca teknolojinin ilerlemesiyle birlikte bakıyorsunuz kadın 65 yaşında hamile kalabiliyor. Yumurtasını dondurursanız 90 yaşında bile kalabilir hale geldi.

Bütün kurumlar değişiyor. Belki ikinci evlilikler şart olacak ileride, bilinmez ki! Ötenaziye de öyle düşünmek lazım.

A. T. : Sağlık sektörü bunları tartışıyor görünüyör mü?

M. B. : Mutlaka sağlık sektörü kendi içinde tartışıyor ama dışa yansımıyor. British Medical Journal'a falan baktığınız zaman, bunlar tartışılıyor. Amerika'da Avrupa'da çok yayınlanan popüler bilim dergileri var. Onların hepsi tartışıyor bunları. Bu konular çok tartışılıyor.

A. T. : Biz daha az mı tartışıyoruz veya hiç tartışmıyor muyuz?

M. B. : Bize hiç yansımıyor. Bir kere popüler tıp dergisi yok bizde. Bir de şey var; sanatçılar da doktorlar gibidir. Birbirlerini çekemezler. Sanatçılarda bu benim başıma geldi mesela. Nevzat Altılgı bir de Necdet Yaşar'ın klasik korusu vardı. Birini methettiğim zaman öbürsü küserdi. Öbürsüne edince diğeri küserdi. Aynı branştaki iki doktordan birine bravo dediğin zaman öbürsü kızıyor. Böyle bir şey var yani.

A. T. : Tıp dünyası bu tür tartışmaları en azından kendi dışındaki insanlarla da daha sık yapmalı o zaman...

M. B. : Buna dikkat etmek lazım. Yani toplum buna hazır değilse eğer, doktorların kendi aralarındaki mesleki tartışmaları dışarıya mesleğin zaafı olarak yansıyabilir. "Bu doktorlar hiçbir şey bilmiyorlar, aralarında kavga ediyorlar bir de bizi tedavi edecekler" şeklinde algılanabilir.

A. T. : Bundan mı çekiniyorsunuz doktorlar olarak?

M. B. : Mesleki dayanışma da olabilir. Sonuçta bugün, dünden daha iyi. Her alanda olduğu gibi tıp alanında da...

Eğitim hastanelerinde eğitimin yeniden yapılanması: "Dışkapı pratiği"

Doç. Dr. Murat Alper



Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1998 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden Patoloji uzmanlığını aldı. Düzce Tıp Fakültesi'nde kurucu anabilim dalı başkanlığı, Başkoordinatör yardımcılığı, Dönem III koordinatörlüğü, Tıp Eğitimi Komisyonu üyeliği, AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü müdür yardımcılığı görevlerini 2005'e kadar yaptı. 2005'ten sonra Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde klinik şefliği, eğitim koordinatörlüğü, EPK kurulu başkan yardımcılığı, bilgi işlem sorumlusu ve Bilimsel Araştırma Projeleri komisyonu ve Bilimsel Yayınları Destekleme komisyonu kurucusu olarak çalıştı. 200'den fazla atıf alan 52'si yurtdışı olmak üzere 100'e yakın bilimsel yayın ve 2 bilimsel kitabı vardır.

Kuruluşu 1964 yılında olan Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2005 yılına kadar SSK Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi) 42 klinikte toplam 402 asistana eğitim vermektedir. Ülkemizde şu an aktif olarak çalışan, üniversite ve Bakanlık hastanelerinden ihtisas alan tüm uzman doktorların % 8'i hastanemizden ihtisasını almıştır. Bu bakımdan uzmanlık eğitiminde oldukça önemli bir kurumdur.

Türkiye'de tıp eğitiminde özellikle

asistan eğitiminde, tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde belirli bir düzen ve disiplin, kapsamlı bir mevzuat olmadığı bilinmektedir. Fakültelerdeki eğitim anlayışının sadece öğrencilere yönelik olduğunu, genel olarak asistanları içermediğini, sürekli tıp eğitim adı altında bazı kurumlarda yılda birkaç kez yapılan toplantılar düzenlendiğini uygulamada görmekteyiz. Asistan karnesi çalışmaları olmakla birlikte bu daha çok derneklerin etkinliği olarak kalmakta veya bazı branşlarda olmakla birlikte, tüm branşlarda asistan karnesi oluşturulamamış ve kurumlarımızda yasal olarak uygulanmaya başlamamıştır.

Elbette ki eğitim hastanelerinde çok sayıda nitelikli öğretim elemanı vardır ve yeni şeflik düzenlemeleri ile bu daha da kaliteli hale gelmiştir. Eğitim hastanelerindeki eğiticilerin sayısı ve niteliği büyük şehirlerdeki birkaç tıp fakültesi dışındaki tüm tıp fakültelerinden belirgin olarak daha iyi durumdadır. Eğitim hastanelerinde "asistan eğitimi planlamasına" bakacak olursak, eğitim hastaneleri tıp fakültelerinde olduğu gibi makro bir düzenlemeden yoksundur. Birçok hastanede personel servisinin içinde, personelden sorumlu baştabip yardımcısının kontrolünde, sıradan günlük işlerin içinde örneğin "izin konusu", "sevk







Eğitim hastanelerinde çok sayıda nitelikli öğretim elemanı vardır ve yeni şeflik düzenlemeleri ile bu daha da kaliteli hale gelmiştir. Eğitim hastanelerindeki eğiticilerin sayısı ve niteliği büyük şehirlerdeki birkaç tıp fakültesi dışındaki tüm tıp fakültelerinden belirgin olarak daha iyi durumdadır.

kağıdı çıkarma" gibi bir önemde yürümektedir. Nitelikli eğitimcilerin olduğu fakat planlamanın olmadığı kurumumuzda verilen eğitimin toplam kalitesini yükseltmek amacıyla aşağıdaki düzenlemeleri uyguladık:

• **Eğitim koordinatörü:** Hastanemizde şimdiye kadar personel servisinde sıradan bir personel işi olarak görülen eğitim işi, 25 Kasım 2005 tarihinden itibaren "Eğitim Koordinatörlüğü" adı altında yapılandırılmıştır. İlk olarak eğitim konusunda tıp fakültesi tecrübesi de olan bir klinik şefi eğitim koordinatörü olarak atanmış ve aşağıdaki şekilde gelişmeler yaşanmıştır.

• **Eğitim bürosu:** Eğitim işleri personel bölümünden ayrılmıştır. Eğitim koordinatörü dahil toplam dört kişiden oluşan eğitim bürosu hizmete girmiştir. Eğitim veren ve alanların işlerini tek noktadan çözümlayabildikleri bir büro oluşturulmuştur.

• **Eğitim bürosunun yeri:** Oluşturulan büro eğitime verilen önemi göstermek için baştabiplik idari katına alınmıştır.

• **Duyuru:** Eğitimle ilgili faaliyetler, amaç ve hedefleriyle birlikte tanımlanmış ve bunların artık eğitim bürosundan takip edileceği tüm birimlere duyurulmuştur.

• **Eğitim bürosu - EPK ilişkisi:** Eğitim koordinatörü aynı zamanda hastanenin en üst bilimsel kurulu olan Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'nun (EPK) başkan yardımcısı yapılarak, bürokrasiyi azaltmış, işlerin daha hızlı ve kolay yapılmasını sağlamıştır.

• **Eğitim bürosu sekreteryası:** Daha önce baştabip makam sekreteri tarafından yapılan EPK sekreteryası işleri, eğitim bürosuna devredilmiş ve eğitim bürosu sekreteryası, aynı zamanda EPK sekreteryası olarak da çalışmaya başlamıştır.

• **Rotasyon planlaması:** İlk olarak asistanların yasal olarak yapmaları zorunlu olan rotasyonlara ait planlama kliniklerden istenmiştir. Çakışmalar önlenmiş, rotasyonların ihtisas süresi içinde orantılı dağılımı yapılmıştır. Daha önce genel olarak plansız ve programsız olan asistan rotasyonları ile asistanın ne zaman yapacağı baştan belirli hale gelmiştir.

• **Rotasyonların dağılımı:** Daha sonra bunların konuya üstten bakarak birden fazla olan kliniklerin hangisinde rotasyon yapacağı ve hangi tarihte rotasyon yapacağı "eğitim koordinatörlüğü" tarafından planlanıp dağıtımları yapılmış ve ilgili kliniklere ve kişilere bildirilmiştir. Bu bildirimlerle ilgili klinik şefleri kendilerine ne zaman, kaç tane rotasyon geleceğini bilmekte; özellikle izin ve kongre dönemleri gibi yoğun dönemleri daha iyi planlayabilmektedirler. Aynı şekilde asistan da, asistanlığa başladığında yapacağı rotasyonların tarihini bil-

mekte ve eğitimini, izinlerini ve gideceği bilimsel kongreleri buna göre yönlendirmektedir. Bu uygulama ile özellikle rotasyonların asistanlık süresinin en sonuna bırakılması engellenmiş ve dengeli bir dağılım yapılmıştır.

• **Asistanların 6 ayda bir doldurulması zorunlu olan belgeleri:** Önceden bu belgeler sıklıkla sınava yakın zamanda "sanal olarak" tamamlanmaktaydı. Şimdi asistanların 6 ayda bir doldurulması zorunlu olan ve asistanların gelişme durumlarını gösteren belgeleri kontrol edilmiş, eksik olanlar hızla tamamlanmış ve artık bu konuda düzenli belge akışı sağlanmıştır.

• **Zorunlu belgelerin incelenmesi:** Bu belgeler tamamlandıktan sonra kurumumuzda ilk defa tüm kliniklerdeki asistanların gelişme durumlarını gösteren belgeleri geriye dönük olarak incelenmiştir. Bireysel olarak "gelişme durumları yetersiz olan" veya "yeteri kadar iyi olmayan" asistanlar tespit edilmiş bu konuda kendileri ve klinik şefleri yazılı olarak uyarılarak gerekli önlemlerin alınması istenmiştir.

• **Asistanların çalışma şartları:** Bu konu ile ilgili durum gözden geçirilmiş, bazı olumsuz faktörler düzeltilmiştir. Özellikle mali haklar konusunda gelişmeler olmuş ve daha adaletli uygulamalara geçilmiştir. Nöbetlerin sayısında düzenleme yapılmıştır. Çalışma ofisleri, poliklinik mekân düzenlemeleri yapılarak keyifli ortamlar oluşturulmuştur. Asistan odalarının bilgisayar eksiklikleri giderilmiş; her odaya bir yazıcı sağlanmıştır.

• **Bilimsel makalelere daha rahat erişim için Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü'nün planlaması ile veri tabanları ücretsiz erişime açılmıştır.** Springer, Elsevier, Web of Science ve Lippincott veri tabanına, yaklaşık 2.000 tıp dergisine hastanemizden fulltext erişim sağlanmıştır. Daha sonra bu veri tabanlarına evden erişim imkânı da sağlanmıştır. Bilgi-işlem güvenlik sistemi ve antivirüs programı alınması ile birlikte diğer tüm bilgisayarların yanı sıra poliklinikteki otomasyona bağlı bilgisayarlar da "bilimsel içerikli" internete açık hale getirilmiştir.

• **Veri tabanlarının kullanımı ile ilgili olarak asistanlara eğitim bürosunda grup grup bilgi ve eğitim verilerek, bu veri tabanlarının özellikleri anlatılmış, kişi ve konu taramasının nasıl yapılacağı hakkında uygulamalı bilgi verilmiştir.** Ayrıca "web of science" ve diğer veri tabanları hakkında konferans salonunda uygulamalı bir eğitim verilmiştir.

• **Klinik şeflerine bu konuda duyarlı olmaları ve her asistanın Pubmed,**

Springer, Elsevier, Web of Science ve Lippincott gibi veri tabanlarının kullanımını bilmesi gerektiği, bilmeyenlere uygulamalı şekilde öğretilmesi gerektiği anlatılmıştır.

- Asistanlara grup grup toplantı yapılarak bilimsel etkinliklere daha sık katılmaları gerektiği konusunda teşvikler yapılmıştır.

- İnternet erişim hızı artırılmıştır.

- Kurumsal web sitemizde Eğitim Koordinatörlüğü sayfası açılmıştır.

- Eğitim sezonu açılış töreni yapılmaya başlanmıştır.

- Eğitim kadrosunda olmayan doçentlerin, asistan eğitimine daha aktif katılmaları konusunda toplantı yapılmıştır.

- Bilimsel yayın ödül komisyonu kurulmuş, eğitim alanlar ve verenlerin bilimsel yayınlar yaparak SCI-E'ye giren dergilere göndermeleri teşvik edilmiş, maddi olarak ödüllendirilmesine başlanmıştır.

- Araştırma ve tezlere hastane bütçesinden kaynak ayrılmaya başlanmıştır. Bunu desteklemek için, baştabibin himayesinde ve Eğitim Koordinatörünün başkanlığında; şef, uzman ve bir asistanın bulunduğu "Bilimsel çalışmaları destekleme kurulu" oluşturuldu.

- Hastane içindeki bilimsel toplantıların sayısının ve kalitesinin artırılması teşvik edilmiştir.

- Hasta popülasyonunun özellikleri veya cihaz yetersizliği, öğretim üyesi özellikleri gibi bazı durumlarda oluşabilecek eğitim eksikliğini engellemek için klinikler arası ve dış kurumlara rotasyon uygulaması başlatıldı. Örneğin var olan 4 dahiliye kliniğimizin klinik şeflerinin immünoloji, gastroenteroloji, medikal onkoloji ve nefroloji yan dal ihtisasları olduğunu göz önüne alarak asistanların bunların tecrübelerinden yararlanmaları için klinikler arası rotasyon; eksik olan hematoloji ve endokrin rotasyonlarını ise dış kurumlarda yapmaları sağlandı. Çocuk ve göz hastalıkları bölümü hastanemizde olmadığı için bazı branşlar da bu alanda dış rotasyona teşvik edildi. EPK, bu rotasyon isteklerinin hepsini kabul etti.

- Her yeni gelen asistana 1 ay acil rotasyonu konuldu. Ancak bunun 6. - 18. aylar arası uygulanması sağlanarak, hastaneyi ve işleyişi tanıyan asistanın acilde "genel acil nöbeti" tutması sağlandı.

- Acil serviste 1 yıldan daha az kıdemli asistanın "branş nöbeti tutması" sağlandı.

- Eğiticiler, özellikle kliniklerdeki uzmanlar yurtiçi ve yurtdışı rotasyonlara teşvik edilmektedir.

EPK'da aşağıdaki kararlar alınmıştır:

1- TUS'u yeni kazanan asistanlara "asistanlığının 6. - 18. ayları" arasında bir aylık Genel Acil Rotasyonu uygulanması.

2- Birinci yılını tamamlamayan asistanların acil branş nöbetine yazılması.

3- Eğitim kalitesinin yükseltilmesi amacıyla, asistanların ihtisas süresi azalanlardan başlamak üzere;

- Anesteziyoloji kliniği asistanlarının, Çocuk, Kadın-Doğum, Göz, Ağrı ve Reanimasyon, KVC;

- Nöroloji kliniği asistanlarının, EEG, EMG, Yoğun Bakım;

- Üroloji kliniği asistanlarının, İnfertilite, Üropatoloji, Pediatrik Üroloji, ESWL;

- Ortopedi kliniği asistanlarının, Tümör Cerrahisi, Anatomi;

- Dahiliye kliniği asistanlarının, Gastroenteroloji, Onkoloji, Nefroloji, Endokrinoloji, Hematoloji, İmmünoloji;

- Patoloji kliniği asistanlarının, Jinekopatoloji;

- Dermatoloji kliniği asistanlarının, Dermatopatoloji;

- KBB kliniği asistanlarının, İşitme ve uyku laboratuvarı, İmplant, Pediatrik ORL;

- Göğüs Hastalıkları kliniği asistanlarının, Uyku;

- Beyin Cerrahi kliniği asistanlarının, Yoğun Bakım, Reanimasyon, Sterotaksik cerrahi;

- Radyoloji kliniği asistanlarının, jinekolojik konular ve girişimsel radyoloji;

gibi alanlarda tüm asistanların formasyonlarının tam olması için gerekli düzenlemelerin yapılması, gerekirse iç ve dış rotasyonların planlanması.

4- 2004 Eylül TUS sınavı ve sonraki sınavları kazanıp başlayan asistanların ihtisas süresi uzatma taleplerinde kongre katılım, ÜDS sınavı, ek eğitim alma, bilimsel elektronik veri tabanlarını aktif kullanabilme, CPR eğitimi, poster de dahil olmak üzere bilimsel yayın aktivite durumlarının değerlendirilmeye alınması ve teşvik edilmesi.

5- Eğiticilerin eğitimi kursu düzenlenmesi.



Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma

Hastanesi'nde, eğitim kadrosunda olmayan doçentlerin, asistan eğitimine daha aktif katılmaları; bilimsel yayın ödül komisyonu kurulması suretiyle eğitim alanlar ve verenlerin bilimsel yayınlar yaparak SCI-E'ye giren dergilere göndermeleri teşvik edilmiştir.

6- Tüm asistanlara yönelik sertifika programlı CPR kursu düzenlenmesi kararları oybirliği ile alınmıştır.

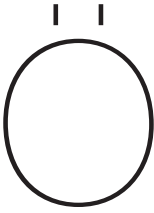
Tüm bu uygulamaların kısa dönemli ön sonuçlarını değerlendirdiğimizde eğitim veren ve alanların önceki duruma göre daha memnun olduğunu, sonuçların iş doyumunu artırdığına dair geri dönüşlerin başladığını belirtiriz. Gerçekleştirilen tüm bu düzenlemelerin mevcut mevzuat dahilinde çok rahat yapılabileceği bilinmelidir; ancak aslolanın mevzuatın güncel ihtiyaçları karşılayacak ve eğitim kalitesini bireylere bağımlılıktan kurtararak kurumsal olarak daha nitelikli yapacak düzenlemelerin gecikmeden yapılması gerektiğidir.

Eğitim hastaneleri eğitimin neresinde?

Dr. Ülkü Çınar



1955'te Nevşehir'in Kozaklı İlçesinde doğdu. Lise öğrenimini Ankara Kurtuluş Lisesi'nde tamamladıktan sonra 1983'te Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1983 -1985 arasında Çankaya Sağlık Ocağı Tabipliği'nde mecburi hizmet görevini tamamladı. 1992 -1995 yıllarında Zehir Danışma Merkezi'nde görev yaptı. 1996 yılında Sağlık Bakanlığı ile Orta Doğu Teknik Üniversitesi İşletme Bölümü'nün işbirliği ile düzenlenen "Yönetim Eğitimi Programı"na katılarak, bu konuda sertifika aldı. 28 Ekim 2005'te Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde öğretim görevlisi oldu. Halen bu görevini sürdürmektedir.



ncelikle 5614 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 4. maddesi ile değişikliğe uğramış olan

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun (1219 sayılı Kanunun) 9. maddesini ele almak istiyorum. Anayasanın Yükseköğrenim ile ilgili maddeleri ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (2547 sayılı YÖK Kanunu) açısından değerlendireceğim. Bu değerlendirme, 1219 sayılı kanunun 9. maddesine dayanılarak yapılmakta olan Tıpta Uzmanlık

Eğitimi ile ilgili düzenlemelerin daha iyi anlaşılıp kavranmasına yardımcı olacağı gibi, bu konuda yapılması planlanan düzenlemelerin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesine de olanak sağlayacaktır.

1219 sayılı kanunun dokuzuncu maddesinin değiştirilmiş şekli şöyledir:

Bilindiği gibi 5614 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (5614 sayılı Kanun), 26/3/2007 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş ve 4 Nisan 2007 gün ve 26483 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yürürlüğe girmiş olan bu kanunun 4.

maddesi ile 1219 sayılı Kanunun 9. maddesi değiştirilmiştir. Değişikliklere uğrayan bu madde aynen şöyledir:

"MADDE 9 – Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, uzmanlık sınavı jürilerini tespit etmek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmakla görevli olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'nın sürekli kur-



lu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur.

Tıpta Uzmanlık Kurulu;

- a) Bakanlık Müsteşarı, ilgili genel müdür ve 1. Hukuk Müşaviri,
- b) Biri dış tabibi olmak üzere eğitim hastanelerinden Bakanlığın seçeceği beş,
- c) Dört tıp fakültesinden ve bir dış hekimliği fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer,
- ç) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesi'nin seçeceği bir,
- d) Türk Tabipleri Birliği'nin seçeceği bir,
- e) Türk Dış Hekimleri Birliği'nin seçeceği bir, üyeden oluşur.

Kurumlar, seçecekleri asıl üye sayısı kadar yedek üye de belirler.

Kurula seçilecek asıl ve yedek üyelerin uzman olmaları, ayrıca en az üç yıllık klinik veya laboratuvar şefi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şarttır. Üyelerin görev süreleri üç yıldır. Süresi bitenler tekrar seçilebilir.

Kurul, Bakanlığın daveti üzerine yılda en az iki kez toplanır. Kurula Bakanlık Müsteşarı veya yapılacak ilk toplantıda üyeler arasından seçilecek başkan vekili başkanlık eder. Kurul, üyelere en az beşinin teklifi ile olağanüstü toplanır.

Kurul, üyelerin üçte ikisinin katılımı ile toplanır. Türk Tabipleri Birliği temsilcisi yalnızca tabiplerle ilgili, Türk Dış Hekimleri Birliği temsilcisi de yalnızca dış tabipleri ile ilgili konuların görüşüleceği toplantılara katılabilirler ve kendi meslek alanları ile ilgili konularda oy kullanırlar. Kararlar oy çokluğuyla alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır. Ancak, kurumların eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin toplantılarda katılanların en az üçte iki çoğunluğu ile karar alınması şarttır.

Kurul toplantılarına üst üste iki kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşer.

Kurulun çalışma usul ve esasları ile ilgili diğer hususlarla ihtisas belgelerinin alınması ve uzmanlık eğitimi ile ilgili diğer usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanıp Bakanlar Kurulu'na yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenlenir. Bu yönetmelik yürürlüğe konuluncaya kadar, mevcut düzenlemelerin uygulanmasına devam edilir."

Değişikliğe uğramış olan bu madde ile eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi, eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin tekliflerin karara bağlanması, uz-

manlık ana dallarının rotasyonlarının belirlenmesi, uzmanlık sınav jürilerinin tespit edilmesi, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak olan fakültelerin ve eğitim hastanelerinin belirlenmesi, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler verilmesi, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapma görevlerini yerine getirmek üzere, Sağlık Bakanlığı'nın sürekli kurulu niteliğindeki Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun kurulmasına izin verildiği görülmektedir. Yine bu maddede, bu kurulun kimlerden oluşacağı ortaya konulmakta ve bu kurulun çalışma usul ve esaslarının ise Sağlık Bakanlığı'nın hazırlayıp Bakanlar Kurulu'na yürürlüğe konulacak olan bir yönetmelikle düzenleneceği belirtilmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitimi ile yükseköğretim arasındaki ilişki

Tıpta uzmanlık eğitimi ile yakından ilgili olan 1219 sayılı kanunun 9. maddesinde yapılan bu değişikliğin daha iyi anlaşılabilmesi için, tıpta uzmanlık eğitimi ile üniversitelerde verilmekte olan yükseköğretim arasındaki ilişkinin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Anayasanın "Yükseköğretim Kurumları" ile ilgili 130. maddesi ve "Yükseköğretim Üst Kurumları" ile ilgili 131. maddesine dayanarak çıkarılmış olan 2547 sayılı YÖK Kanunu, ülkemizde yerine getirilmekte olan yükseköğretimi düzenleyen temel bir yasa olarak görev yapmaktadır. Bu kanunun tanımın kısmının yer aldığı 3. maddesinde ise yapılan bu çalışma için son derece önemli olan "Yükseköğretim", "Ön Lisans", "Lisans" ve "Lisansüstü" kavramları tanımlanmaktadır. Konumuzla yakından ilgili olan 2547 sayılı YÖK Kanunun 3. maddesinde yer alan bu kavramlar, aynen şöyledir:

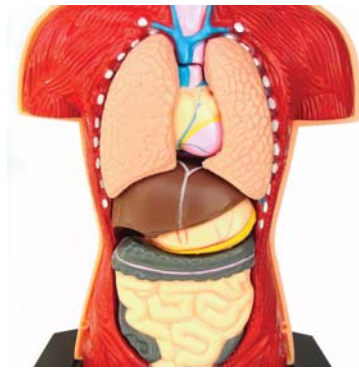
"a. Yükseköğretim: Milli eğitim sistemi içinde, ortaöğretime dayalı, en az dört yarı yılı kapsayan her kademedeki eğitim – öğretimin tümüdür."

"r. Ön Lisans: Ortaöğretime dayalı, en az dört yarı yıllık bir programı kapsayan ara insan gücü yetiştirmeyi amaçlayan veya lisans öğretiminin ilk kademesini teşkil eden bir yükseköğretimdir."

"s. Lisans: Ortaöğretime dayalı, en az sekiz yarı yıllık bir programı kapsayan bir yükseköğretimdir."

"t. Lisansüstü: Yüksek lisans, doktora, tıpta uzmanlık ve sanatta yeterlik eğitimi kapsar ve aşağıdaki kademelere ayrılır.

(1) Yüksek Lisans: (Bilim uzmanlığı, yüksek mühendislik, yüksek mimarlık, master): Bir lisans öğretimine dayalı,



Değerlendirmeler,
1219 sayılı kanunun
9. maddesine dayanılarak
yapılmakta olan
Tıpta Uzmanlık Eğitimi
ile ilgili düzenlemelerin
daha iyi anlaşılıp
kavranmasına yardımcı
olacağı gibi, bu konuda
yapılması planlanan
düzenlemelerin daha
sağlıklı yürütülmesine de
olanak sağlayacaktır.

eğitim - öğretim ve araştırmanın sonuçlarını ortaya koymayı amaçlayan bir yükseköğretimdir.

(2) Doktora: Lisans dayalı en az altı veya yüksek lisans veya eczacılık veya fen fakültesi mezunlarınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre bir laboratuvar dalında kazanılan uzmanlığa dayalı en az dört yarı yıllık programı kapsayan ve orijinal bir araştırmanın sonuçlarını ortaya koymayı amaçlayan bir yükseköğretimdir.

(3) Tıpta Uzmanlık: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir.

(4) Sanatta Yeterlik: Lisans dayalı en az altı, yüksek lisans dayalı en az dört yarı yıllık programı kapsayan ve orijinal bir sanat eserinin ortaya konulmasını, müzik ve sahne sanatlarında ise üstün bir uygulama ve yaratıcılığı amaçlayan doktora düzeyinde lisansüstü bir yükseköğretim eşdeğeridir."

Bu tanımlardan "Tıpta Uzmanlık" eğitiminin, "Lisansüstü" eğitim kapsamında yer aldığı ve "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan" bir "yüksekög-



Sağlık Bakanlığı'nın, bireyin ve toplumun beklentilerine cevap verebilecek düzeyde, en yetkin hale getirilmiş olan sağlık hizmetlerinin, ülkenin en uç noktalarına kadar düzenli bir şekilde verilebilmesi için, her türlü önlemi alması gerekmektedir.

Bu önlemlerin başında da yeterli sayıda ve nitelikteki hekimin yetiştirilmesi gelmektedir. Bu hekimlerin yetiştirilmesini sağlayacak olan eğitim de yükseköğretim kapsamında yer almaktadır. Doğal olarak Sağlık Bakanlığı'nın, ihtiyaç duyduğu nitelikteki ve sayıdaki hekimlerin yetiştirilme konusunu da Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'na iletmesi gerekmektedir.

retim" biçimi olduğu, daha açık bir şekilde anlaşılmaktadır.

Tıpta uzmanlık eğitiminin yükseköğretimin ana ilkeleri açısından ele alınması, 2547 sayılı YÖK Kanunun 3. maddesindeki tanımlarda belirtilen "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen..." ifadesinde yer alan "düzenlenen esaslara göre" kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için, 2547 sayılı YÖK Kanunu'nun "Ana ilkeler" başlığını taşıyan 5. maddesinin (c) ve (d) fıkralarına bakılması gerekmektedir. Bu kanunun "Ana ilkeler" başlıklı 5. maddesinde, "Yük-

seköğretim, aşağıdaki "Ana ilkeler" doğrultusunda planlanır, programlanır ve düzenlenir:" ifadesi altında yer alan (c) ve (d) fıkralarında şöyle denilmektedir:

" c. Yükseköğretim kurumlarının özellikleri, eğitim - öğretim dalları ile amaçları gözetilerek eğitim - öğretimde birlik ilkesi sağlanır.

d. Eğitim - öğretim plan ve programları, bilimsel ve teknolojik esaslara, ülke ve yöre ihtiyaçlarına göre kısa ve uzun vadeli olarak hazırlanıp sürekli olarak geliştirilir."

Bu fıkralar göz önünde tutulduğunda; bir yükseköğretim türü olan ve "Lisansüstü" eğitim kapsamında yer alan "Tıpta Uzmanlık" eğitiminin, "eğitim-öğretimde birlik ilkesi" çerçevesinde ve "ülke ve yöre ihtiyaçlarına göre kısa ve uzun vadeli olarak hazırlanıp sürekli olarak geliştirilmesi" gerekmektedir.

Ülkemizde bireyin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi, bu sağlanamıyorsa tedavi edilip iyileştirilmesi, bu da yapılamıyorsa rehabilite edilmesini sağlamada önemli bir yer tutan sağlık hizmetlerinin organize edilip bireye ve topluma sunulmasından, devletin üç temel organından birini oluşturan yürütme organının bir üyesi konumunda görev yapan Sağlık Bakanı ve onun teşkilatlanmasını sağlayan Sağlık Bakanlığı sorumlu bulunmaktadır. Bu bakından sağlık hizmetlerinde görev yapacak olan sağlık elemanlarının sayısını ve niteliklerini "ülke ve yöre ihtiyaçlarına" göre belirleme yetkisi, bir başka anlatımla sağlık politikalarını belirleme yetkisi, Sağlık Bakanlığı'na ve onun teşkilatı olan Sağlık Bakanlığı'na aittir.

"Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen..." kavramında yer alan "düzenlenen esaslara göre yürütülen" ifadesinin, sağlık politikaları kapsamında ele alınıp değerlendirmesi gerekmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde; Sağlık Bakanlığı'nın, bireyin ve toplumun beklentilerine cevap verebilecek düzeyde, en yetkin hale getirilmiş olan sağlık hizmetlerinin, ülkenin en uç noktalarına kadar düzenli bir şekilde verilebilmesi için, her türlü önlemi alması gerekmektedir. Bu önlemlerin başında da yeterli sayıda ve nitelikteki hekimin yetiştirilmesi gelmektedir. Bu hekimlerin yetiştirilmesini sağlayacak olan eğitim de yükseköğretim kapsamında yer almaktadır. Doğal olarak Sağlık Bakanlığı'nın, ihtiyaç duyduğu nitelikteki ve sayıdaki hekimlerin yetiştirilmesi konusunun da Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'na iletmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerini ülkenin her yerine sağlıklı bir şekilde ulaştırabilmesi için, gereksinim duydu-

ğu nitelikteki ve sayıdaki hekimin yetiştirme görevi, 2547 sayılı YÖK Kanunu çerçevesinde üniversitelere düşmektedir. Üniversitelerin de bu görevi en iyi şekilde yerine getirmeleri gerekmektedir. Bu görevin sağlıklı bir şekilde yerine getirilebilmesi için gerekli planlamanın ve organizasyonun yapılması da gerekmektedir. Ülkemizde ihtiyaç duyulan nitelikte ve sayıdaki hekimin ve uzman hekimin yetiştirilmesi konusunda, gerekli planlamayı ve organizasyonu yapma görevi, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın görev alanı içine girmektedir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın da bu konuda üstüne düşen görevi, en iyi şekilde yerine getirmesi gerekmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin üniversitelerde yapılandırılma biçimi

Bu belirtilen önemli noktalar çerçevesinde, "Tıpta Uzmanlık" eğitimi "Lisansüstü" eğitiminin bir türünü oluşturmaktadır. "Lisansüstü" eğitiminin ise üniversiteler bünyesinde kurulan enstitüler bünyesinde verilmesi gerekmektedir. Bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi için, 2547 sayılı YÖK Kanunu'nun 3. maddesinde belirtilen "Enstitü" tanımı na bir göz atılması yararlı olacaktır. Bu kanunda enstitü kavramı konusunda aynen şöyle denilmektedir:

"f. Enstitü: Üniversitelerde ve fakültelerde birden fazla benzer ve ilgili bilim dallarında lisansüstü, eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve uygulama yapan bir yükseköğretim kurumudur."

Bu tanım göz önünde tutulduğunda, tıp fakültesi bünyesine verilen "Tıp Eğitimi"ni "Lisans" düzeyinde; "Tıpta Uzmanlık" eğitiminin ise "Lisansüstü" eğitimi düzeyinde yapılması gereken bir "yükseköğretim" olarak ele almamız gerekmektedir. Bir başka anlatımla, "Tıp Eğitimi" ile "Tıpta Uzmanlık Eğitimi" birbirinden ayrı olarak düşünmemiz; iki ayrı eğitim biçimi olarak ele almamız gerekmektedir. "Lisans" düzeyinde bir "Yükseköğretim" olan "Tıp Eğitiminin" tıp fakültelerinde; "Lisansüstü" eğitiminin bir türü olan "Tıpta Uzmanlık" eğitiminin ise oluşturulacak enstitü bünyesinde verilmesi gerekmektedir.

"Tıpta Uzmanlık" eğitimi genel anlamda "Tıp Eğitiminin" bir parçası olduğu için tıpta uzmanlık eğitiminin, tıp fakülteleri bünyesinde oluşturulacak olan enstitülerde verilmesinin, daha uygun olacağını düşünmekteyim. Tıp fakülteleri bünyesinde oluşturulacak olan enstitünün adına da yapacağı eğitim açısından bakıldığında, "Tıpta Uzmanlık ve Yan Dal Uzmanlık Eğitim Enstitüsü" adının verilebileceği kanısındayım. Böyle bir ismin verilmesi, çok farklı

özelliklere sahip olabilecek olan “Ana Dalların” ve “Yan Dalların” daha kolay planlanmasını sağlayabilecektir.

Bu enstitülerin kurulması, “Tıp Eğitimi” ile “Lisansüstü” eğitiminin bir parçası olan “Tıpta Uzmanlık” eğitiminin, birbirinden farklı türde bir eğitim olduğunun herkese gösterilmesini sağlayacaktır. Bu farklılığın gösterilmesi ise Sağlık Bakanlığı’nın “Tıpta Uzmanlık” eğitimine yaklaşımını değiştirecek ve hukuka uygun olmayan müdahalelerden de kaçınılmasına yardımcı olacaktır.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmekte olan Tıpta Uzmanlık Eğitimi’nin durumu

“Tıpta Uzmanlık Eğitimi”nin, “Lisansüstü” eğitim özelliğine sahip bir “yükseköğretim” olması nedeniyle, tıp fakültesi yapısı içinde oluşturulacak olan enstitü bünyesinde verilmesine gereksinim duyulması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan “Eğitim ve Araştırma Hastaneleri”nde verilmekte olan “Tıpta Uzmanlık Eğitimi’nin”, bu hastanelerce verilememesi gibi bir durumun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu hastanelerde “Tıpta Uzmanlık Eğitimi”nin verilebilmesi için, bu sağlık kuruluşlarının 2547 sayılı YÖK Kanunu çerçevesinde yeniden şekillenerek, “Yükseköğretim Kurumları” biçimine bürünmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan bu hastanelerin, ya tıp fakülteleri yapısı içinde oluşturulacak olan enstitüler bünyesinde “Lisansüstü” eğitim veren kurumlar haline dönüşmesi, ya da sadece bu eğitime özgü olmak üzere oluşturulacak olan enstitüler aracılığıyla “Yükseköğretim Kurumları” gibi hareket edebilecek bir şekilde ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, “Lisansüstü” eğitim kapsamında verilmesi gereken “Tıpta Uzmanlık Eğitimi”nin, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak görev yapmakta olan “Eğitim ve Araştırma Hastaneleri”nde verilebilmesi, hukuken mümkün olamayabilecektir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan “Eğitim ve Araştırma Hastaneleri”nde bu yapılanma biçimi sağlanmadan, “Tıpta Uzmanlık Eğitimi”nin verilmesi, yükseköğretim kurumlarına ait olan bir yetkinin, hukuka aykırı bir şekilde kullanılması gibi bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu oluşan durum da hukuksal anlamda yetki gaspını ya da en azından yetki aşımını ifade etmektedir. Böyle bir durum ise Sağlık Bakanlığı’na ait olan kurumların, hukuka aykırı olarak, üniversitelerin alanına müdahale etmesi gibi bir durumunun dayatılmasına neden olmaktadır.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi’nin enstitü düzeyinde verilebilmesi ile ilgili 2547 sayılı YÖK Kanunu’nun ilgili maddeleri şöyledir:

“Tıpta Uzmanlık Eğitimi”nin enstitü düzeyinde verilmesini sağlayabilmek için, öncelikle 2547 sayılı YÖK Kanunu’nun “Lisansüstü öğretim” başlıklı 50. maddesine bakmamız gerekmektedir. Bu maddede, “Lisansüstü öğretim” ile ilgili “Usûl ve şartlar” sıralanmaktadır. “Lisansüstü öğretim” ile ilgili “Usûl ve şartların” belirtildiği 50. maddesi ise aynen şu şekildedir:

“Lisansüstü öğretim:

Madde 50 – Usûl ve şartları:

a. Lisans düzeyinde öğrenim gördükten sonra, yükseköğretim kurumlarında yüksek lisans, doktora ya da tıpta uzmanlık öğrenimi yapmak isteyenler, yükseköğretim kurumlarınca usûlüne göre açılacak sınavla ve üniversitelere ait kurulca tespit edilecek esaslara göre seçilirler.

b. Yükseköğretim kurumları, lisansüstü öğretim konusundaki istekleri karşılamak üzere gerekli planlamayı yapar ve önlemleri alır.

c. (01.08.1996 tarih ve 4160 sayılı Kanunun 5. maddesiyle yürürlükten kaldırılmıştır.)

d. Lisansüstü öğretim yapan öğrenciler, kendilerine tahsis edilebilecek burslardan yararlanabilecekleri gibi, her defasında bir yıl için olmak üzere öğretim yardımcılığı kadrolarından birine de atanabilirler.

e. Tıpta uzmanlık öğrenimi yapanlara verilecek aylık veya ödeneklerin tespitinde, aynı durumda bulunan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’ndaki personelin aylık ve ödenekleri göz önünde tutulur.”

Bu maddenin (a) fıkrasına göre, bir “Lisansüstü” öğretim biçimi olan “tıpta uzmanlık” öğrenimi yapmak isteyen kimselerin, “Üniversitelerarası Kurulca tespit edilecek esaslara” göre, usûlüne uygun olarak yükseköğretim kurumlarınca yapılacak olan sınav ile belirlenmesi gerekmektedir. Bu maddenin (b) fıkrasına göre yükseköğretim kurumlarının, lisansüstü öğretim yapmak isteyen kimselerin isteklerini karşılaması gerekmektedir. Bu isteklerin karşılanabilmesi için ise yükseköğretim kurumlarının, gerekli planlamayı yapması ve gerekli olan önlemleri alması da gerekmektedir.

Bu belirtilenlerden, “tıpta uzmanlık” eğitiminin bir “lisansüstü” eğitim biçimi olduğu ve bu eğitimin yapılabilmesi için ilgili kuralların, yükseköğretim ku-



rumlarının bir üst kurulu olan “Üniversitelerarası Kurulca” konulması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu eğitimi yapmakla görevli olan üniversitelerin de yapılacak olan bu sınavda başarılı olan kimselere, bu eğitimi vermeleri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın “lisansüstü” bir eğitim olan tıpta uzmanlık” eğitimini belirlemeye ve bu eğitimi planlamaya çalışması, yükseköğretim kurumlarına ait olan bir alana müdahale etmesi olmaktadır. Böyle bir durum da hukuka uygun olmayan bir durumun yaşanmasına sebebiyet vermektedir.

Yine 2547 sayılı YÖK Kanununun 65. maddesi, çıkarılacak olan yönetmeliklere ve bu yönetmelikleri hangi birimlerin çıkarabileceği belirtilmekte ve bu yetkilerin bir kısmının Yükseköğretim Kurumuna, diğer kısmının da Üniversitelerarası Kurula verildiği görülmektedir. Konumuzun “tıpta uzmanlık” eğitimi olduğu ve bu eğitimin de bir “lisansüstü” öğretim biçimi olduğu hatırlandığında, bizi daha çok, Üniversitelerarası Kurul’a verilen yönetmelik çıkarma yetkisi ilgilendirmektedir. Üniversitelerarası Kurula verilen yönetmelik çıkarma yetkisi ile yakından ilgili olan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 65. maddesinin (b) fıkrasında ise şöyle denilmektedir:

“Yönetmelikler:

Madde 65 –

b. Aşağıdaki hususlar Üniversitelerarası Kurul tarafından çıkarılacak yönetmeliklerle düzenlenir:

(1) Lisansüstü öğretim esasları,

(2) Bu Kanunun uygulaması ile ilgili diğer akademik hususlar.”

2547 sayılı YÖK Kanununun 50. maddesi ile 65. maddesinin (b) fıkrasının birinci ve ikinci bentleri göz önünde tutulduğunda, bir “lisansüstü” öğretim biçimi olan ve tıp fakültesi bünyesinde yürütülmekte olan “tıpta uzmanlık” eğitiminin daha sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için, bir düzenlemeye tabi tutulması gerekmektedir. Yapılacak olan düzenleme, “tıpta uzmanlık” eğitiminin “lisansüstü” yükseköğretim biçimlerinden biri olduğunun herkesçe daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Yüksek Öğretim Kurumu’nun lisansüstü öğretim konusundaki düzenlemesi ve tıpta uzmanlık eğitiminin bu düzenleme içindeki yeri:



Yükseköğretim Mevzuatı incelendiğinde; "Lisansüstü öğretim esasları" konusunda, 2547 sayılı YÖK Kanunu'nun 65. maddesine dayanılarak Üniversitelerarası Kurul tarafından hazırlanmış olan ve 01.07.1996 tarih ve 22683 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak 1996-1997 Eğitim ve Öğretim yılından itibaren yürürlüğe giren Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği bulunmakla birlikte, bu yönetmelikte bir "lisansüstü" öğretim biçimi olan "tıpta uzmanlık" eğitimi yer almamaktadır. Bu yer alması, "Tıpta uzmanlık" eğitimi konusundaki sıkıntılı bir durumun yaşanmasına yol açmaktadır. Yaşanılan bu sıkıntı, yükseköğretimin bir "lisansüstü" öğretim biçimi olan "Tıpta uzmanlık" eğitimi konusunda "Üniversitelerarası Kurul tarafından" hazırlanarak çıkarılmış olan bir yönetmeliğin bulunmamasında yatmaktadır.

Eğer bir kurumun alanına giren bir konuyla ilgili olan, herhangi bir görev yerine getirilemiyorsa, toplumsal bir görevin yerine getirilmesi açısından, oluşan bu boşluğu başka kurumlar doldurmakta ve bu görevi de o kurum üstlenmektedir. Bu da alışkanlık haline gelmektedir. 1982 Anayasası öncesinde "tıpta uzmanlık" eğitimi ile ilgili işlemlerin Tababet Uzmanlık Tüzüğü çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi, bunun alışkanlık haline gelmesine neden olmuş ve bu konuyla doğrudan görevli bulunan diğer kurumlarla bu görevin paylaşılması birlikte yapılması sağlanamamış; yani demokratik bir yaklaşım anlayışı bir türlü kazanılamamıştır. Bu durum ise kurumların birbirlerini tamamlayıcı, bütünlüyci ve birbirleriyle uyumlu bir şekilde görev yapmalarını olanaksız hale getirmektedir.

1982 Anayasası sonrasında ise bu belirtilenler çerçevesinde, "tıpta uzmanlık" eğitiminin bir "lisansüstü" yükseköğretim biçimi olduğunun açık bir şekilde belirlenmesi, bununla ilgili görevlerde yükseköğretim kurumlarının ön plana çıkmasını sağlamış ve bu konu ile ilgili düzenlemelerin de Yükseköğretim Kurulu tarafından yerine getirilmesi gerekli hale getirmiştir. Bu görevin sorumluluğunun Yükseköğretim Kurulu'nun görev alanına girmesi, Yükseköğretim Kurulu'nun bu görevi yerine getirirken, bu alanın diğer sorumlularıyla uyumlu bir çalışma içine girmesini gerekli kılmakta ve bu uyumlu çalışma-

nın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için de her türlü önemi alması gerekmektedir. Buna uyulmaması durumunda ise demokratik anlayıştan giderek uzaklaşıldığı da unutulmaması gereken önemli bir noktayı oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın beklentileri de göz önünde tutulmak kaydıyla, bu belirtilen özellikler ışığında ve katılımcı bir yaklaşımla "Üniversitelerarası Kurul tarafından" hazırlanan bir yönetmelik ile bir "lisansüstü" eğitim biçimi olan "tıpta uzmanlık" eğitiminin düzenlenmesi ve bu alana üniversitelerin hep birlikte sahip çıkması gerekmektedir. Biz kendimize ait olan bir alana sahip çıkmazsak, başkalarının bize ait olan görev alanımıza sahip çıkarak, oluşan boşluğu hukuka aykırı olsa bile, doldurmaya çalışacakları da unutmamamız gereken diğer bir önemli noktayı oluşturmaktadır.

Anayasanın yükseköğretim ile ilgili maddelerinin gözden geçirilmesi

Bu belirtilenlerin hepsini Anayasanın "Yükseköğretim Kurumları ve Üst Kurumları" ile ilgili 130. ve 131. maddeleri ve bu maddelere dayanılarak çıkarılmış olan yükseköğretim ile ilgili kanunlar ve kanun hükmünde kararâmeler vermektedir. Konumuzu yakından ilgilendiren Anayasa'nın bu maddeleri ise şöyledir:

"E. Yüksek Öğretim Kurumları ve üst kuruluşları

1. Yüksek Öğretim Kurumları

Madde 130 – Çağdaş eğitim-öğretim esaslarına dayanan bir düzen içinde milletin ve ülkenin ihtiyaçlarına uygun insan gücü yetiştirmek amacıyla; orta-öğretime dayalı çeşitli düzeylerde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık yapmak, ülkeye ve insanlığa hizmet etmek üzere çeşitli birimlerden oluşan kamu tüzel kişiliğine ve bilimsel özerkliğe sahip üniversiteler devlet tarafından kanunla kurulur.

Kanunda gösterilen usul ve esaslara göre, kazanç amacına yönelik olmamak şartı ile vakıflar tarafından, devletin gözetim ve denetimine tabi yükseköğretim kurumları kurulabilir.

Kanun, üniversitelerin ülke sathına dengeli bir biçimde yayılmasını gözetir.

Üniversiteler ile öğretim üyeleri ve yardımcıları serbestçe her türlü bilimsel araştırma ve yayında bulunabilirler. Ancak, bu yetki devletin varlığı ve bağımsızlığı ile milletin ve ülkenin bütünlüğü ve bölünmezliği aleyhinde faaliyette bulunma serbestliği vermez.

Üniversiteler ve bunlara bağlı birim-

ler, devletin gözetimi ve denetimi altında olup güvenlik hizmetleri de devletçe sağlanır.

Kanunun belirlediği usul ve esaslara göre; rektörler Cumhurbaşkanınca; dekanlar ise Yüksek Öğretim Kurulunca seçilir ve atanır.

Üniversite yönetim ve denetim organları ile öğretim elemanları; Yüksek Öğretim Kurulu'nun veya üniversitelerin yetkili organlarının dışında kalan makamlarca her ne suretle olursa olsun görevlerinden uzaklaştırılmazlar.

Üniversitelerin hazırladığı bütçeler; Yüksek Öğretim Kurulu'nca tetkik edildikten ve onaylandıktan sonra Milli Eğitim Bakanlığı'na sunulur ve merkezi yönetim bütçesinin bağlı olduğu esaslara uygun olarak işleme tâbi tutularak yürürlüğe konulur ve denetlenir.

Yüksek Öğretim Kurumları'nın kuruluş ve organları ile işleyişleri ve bunların seçimleri, görev, yetki ve sorumlulukları üniversiteler üzerinde devletin gözetim ve denetim hakkını kullanma usulleri, öğretim elemanlarının görevleri, unvanları, atama, yükselme ve emeklilikleri, öğretim elemanı yetiştirme, üniversitelerin ve öğretim elemanlarının kamu kuruluşları ve diğer kurumlar ile ilişkileri, öğretim düzeyleri ve süreleri, yüksek öğretime giriş, devam ve alınacak harçlar, devletin yapacağı yardımlar ile ilgili ilkeler, disiplin ve ceza işleri, mali işler, özlük hakları, öğretim elemanlarının uyacakları koşullar, üniversitelere ihtiyaçlara göre öğretim elemanlarının görevlendirilmesi, öğrenimin ve öğretimin hürriyet ve teminat içinde ve çağdaş bilim ve teknoloji gereklerine göre yürütülmesi, Yüksek Öğretim Kurulu'na ve üniversitelere devletin sağladığı mali kaynakların kullanılması kanunla düzenlenir.

Vakıflar tarafından kurulan yükseköğretim kurumları, mali ve idari konuları dışındaki akademik çalışmaları, öğretim elemanlarının sağlanması ve güvenlik yönlerinden, devlet eliyle kurulan yükseköğretim kurumları için Anayasa'da belirtilen hükümlere tabidir.

2. Yüksek öğretim üst kuruluşları

Madde 131 – Yüksek Öğretim Kurumları'nın öğretimini planlamak, düzenlemek, yönetmek, denetlemek, yüksek öğretim kurumlarındaki eğitim - öğretim ve bilimsel araştırma faaliyetlerini yönlendirmek, bu kurumların kanunda belirtilen amaç ve ilkeler doğrultusunda kurulmasını, geliştirilmesini ve üniversitelere tahsis edilen kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak ve öğretim elemanlarının yetiştirilmesi için planlama yapmak maksadı ile Yükseköğretim Kurulu kurulur.

(Değişik ikinci fıkra: 7/5/2004 - 5170/8 md.) Yüksek Öğretim Kurulu, üniversiteler ve Bakanlar Kurulu'nca seçilen ve sayıları, nitelikleri, seçilme usûlleri kanunla belirlenen adaylar arasından rektörlük ve öğretim üyeliğinde başarılı hizmet yapmış profesörlere öncelik vermek sûreti ile Cumhurbaşkanınca atanan üyeler ve Cumhurbaşkanınca doğrudan doğruya seçilen üyelerden kurulur.

Kurulun teşkilatı, görev, yetki, sorumluluğu ve çalışma esasları kanunla düzenlenir."

Bu hukuksal çerçeve göz önünde tutulduğunda; yükseköğretim ile ilgili görevler, yükseköğretim üst kurulu olan Yüksek Öğretim Kurulu'na ve yükseköğretim kurumları olarak görev yapan üniversitelere verilmiş bulunmaktadır. Anayasa ve yükseköğretim ile ilgili kanunların vermiş olduğu yetkilere dayanılarak yapılması gereken düzenlemelerin de bu alan içinde kalması ve verilen bu yetkilerin, yükseköğretim alanı ile ilgili yetkili birimler eliyle kullanılması da demokratik hukuk devleti anlayışının bir gereğidir.

Sonuç

Bu belirtilenler ışığında; 5614 sayılı Kanun'un 4. maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 9. maddesinde yapılan değişiklikle belirtilen,

"Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarının belirlenmek, uzmanlık sınavı jürilerini tespit etmek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbî gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmakla görevli olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'nın sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur." ifadelerinin kullanılarak, Sağlık Bakanlığı'nın bir "lisansüstü" yüksek öğretim olan "tıpta uzmanlık" eğitimi konusunda "Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılması" ile bu konuda "uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlenmesi" ve "uzmanlık sınavı jürilerinin tespit edilmesi", "yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlenmesi" gibi konularda görev yapması düşünülen sürekli kurulu niteliğinde görev yapacak olan "Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun" oluşturulması, Yükseköğretim Kurulu'na ve üniversitelere ait olan görevlerin, bu kurul aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'na devri anlamına gelmekte-

dir. Bu durum Anayasa'nın 130. ve 131. maddeleriyle bağdaşmadığı gibi, "Hiçbir kimse veya organ kaynağını Anayasa'dan almayan bir devlet yetkisini kullanamayacağını" belirten Anayasa'nın 6. maddesine de aykırı düşmektedir. Aynı zamanda bu durum demokratik hukuk devleti anlayışı ile bağdaşmadığı için, Anayasa'nın 2. maddesine de aykırı olmaktadır.

Bu kurulun oluşumu, bu konu ile ilgili olan birimlerin eşit şartlar altında temsil edilmesini sağlamaktan uzak olduğu için, demokratik bir yapıya bürünmekten, oldukça uzak kalacağı gibi bir izlenimin edinilmesine de neden olmaktadır. "Kurulun çalışması usûl ve esasları ile ilgili diğer hususlarla ihtisas belgelerinin alınması ve uzmanlık eğitimi ile ilgili diğer usûl ve esasların Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanıp Bakanlar Kurulu'na yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenleneceğinin" belirtilmesi, bu yönetmeliğin demokratik anlayıştan uzak olarak çıkarılabileceği kaygılarının da yaşanmasına sebebiyet vermektedir.

Bu konu ile ilgili olmak üzere, 1219 sayılı Kanunun 9. maddesine dayanılarak çıkarılmış olan "Tababet Uzmanlık Tüzüğü", 2005 yılında Sağlık Bakanlığı yeniden düzenlemeye çalışmış ve bunu sağlayabilmek için de "Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Taslağını" hazırlamıştır. Bakanlık, Anayasa'nın 115. maddesi çerçevesinde, hazırlamış olduğu bu taslağın yaşama geçirilebilmesi için, incelenmek üzere Danıştay'a göndermiştir. Danıştay incelenmesine gönderilen bu taslak, Danıştay Birinci Dairesi'nce incelenmiş ve bu inceleme sonucunda Danıştay Birinci Dairesi, 29.05.2006 tarihinde, E.2005/543 ve K.2006/545 sayılı kararını vermiştir. Danıştay Birinci Dairesi'nin vermiş olduğu bu kararda, bu tüzüğün bu alanda görevli olan tüm birimlerin katılımının sağlanarak birlikte çıkarılması gerektiği de belirtilmektedir. Danıştay Birinci Dairesi'nin vermiş olduğu bu karar sonrasında, "Tıpta Uzmanlık Eğitimi" ile ilgili herhangi bir düzenlenme yapılmak istenildiğinde, bu alanla ilgili olan tüm birimlerin bir araya gelerek birlikte karar vermeleri gerekli hale getirilmiş bulunmaktadır. Katılımın sağlanması ise çalışmaların kalıcı olması ve o alanla ilgili kargaşanın ve anlaşmazlıkların yaşanmaması açısından da son derece önemli olmaktadır.

Bu belirtilenler çerçevesinde, 5614 sayılı Kanun'un 4. maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 9. maddesinde yapılan değişiklik ile oluşturulmaya çalışılan "Tıpta Uzmanlık Kurulu" sayesinde, "Tıpta uzmanlık" eğitiminin kendine özgü özellikleri olduğu ve hiçbir etki ve baskı altında kalınsızın, demokratik bir ortamda tarafların temsilcilerinin bir araya getirilerek en sağ-



Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık hizmetlerini ülkenin her yerine sağlıklı bir şekilde ulaştırabilmesi için, gereksinim duyduğu nitelikteki ve sayıdaki hekimi yetiştirme görevi, 2547 sayılı YÖK Kanunu çerçevesinde üniversitelere düşmektedir. Üniversitelerin de bu görevi en iyi şekilde yerine getirmeleri gerekmektedir. Bu görevin sağlıklı bir şekilde yerine getirilebilmesi için gerekli planlamanın ve organizasyonun yapılması gerekmektedir.

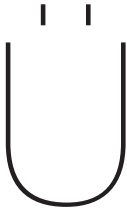
lıklı kararların alınması ve bu kararlara dayanılarak en gerçekçi kuralların konulması ve oluşturulacak kurallar çerçevesinde bu eğitimin en etkin ve verimli bir biçimde verilmesi amaçlanıyorsa, "tıpta uzmanlık" eğitiminin bir "lisansüstü" yükseköğretim biçimi olduğunun hatırlanması gerekmektedir. Bu hatırlamayla birlikte bu kurulun, Yüksek Öğretim Kurulu bünyesinde oluşturulmasının, hukuka daha uygun olacağı ve hukuk devleti anlayışı ile daha iyi bağdaşacağı kanısındayım.

Gıda sektörü çalışanlarında portör taraması

Prof. Dr. Recep Öztürk



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



lkemizde gıda işiyle uğraşanlar ve sıhhi müesseselerde çalışanlar için belli dönemlerde portör (mikrop taşıyıcılığı) taraması yaptırılması zorunludur.

24.4.1930 tarihinde kabul edilip 6.5.1930 tarihli resmi gazetede yayımlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun (UHK) konuyla ilgili 126. ve 127. maddeleri şöyledir:

"Madde 126 - Yenilecek ve içilecek şeyler satan veya veren veyahut taharet ve nezafete müteallik sanatlar ifa edenler, her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sıhhi rapor almaya mecburdurlar. Bunlardan devre-i sirayette frengi ve sarı verem ve cüzzama müptela olanlarla halkın istikrah ve nefretini mucip bir cilt hastalığına duçar olanlar sanatlarını icradan men olunurlar.

Madde 127 - 126'ncı maddede zikrolunan sıhhi muayene, meccanen bele-

diye tabipleri tarafından yapılır. Belediye tabipleri bulunmayan yerlerde bu vazife hükümet tabipleri tarafından icra olunur. Mahalli belediyelerince hangi meslek ve sanat erbabının muayeneye tabii olduğu 266'ncı maddede zikredilen nizamnameye derc olunur."

UHK'nin yürürlüğe girişinden itibaren uygulama içeriği Sağlık Bakanlığı'nın genelge ve görüşleriyle zamanla değişen portör taraması, en son 27.1.2005 tarihli Sağlık Bakanlığı genelgesine göre uygulanmaktadır. Buna göre



portör muayeneleri özel kurumlar-
da da yapılabilmektedir. İçerik olarak:

- 1) Dışkıda Salmonella ve Shigella kül-
türü (yılda bir),
- 2) Dışkının mikroskopik incelemesi
(Entamoeba histolytica, Giardia lamb-
lia kistleri ve helmint yumurtaları yö-
nünden 6 ayda bir),
- 3) Boğaz ve burun kültürü (Staphylo-
coccus aureus yönünden yılda bir),
- 4) Akciğer grafisi (tüberküloz yönün-
den yılda bir).

Mevcut haliyle portör taraması acaba
ne işe yaramaktadır? Beklenen fayda-
yı sağlamakta mıdır yoksa bekleneni
sağlamayan, gereksiz zaman ve eko-
nomik kayba neden olan “bürokratik”
seviyede kalan bir işlem midir? Gıda
çalışanlarında portörlük tespitindeki
standart yöntemler var mıdır? Son ge-
nelgeyle dışkı kültürüyle taranması is-
tenen Salmonella ve Shigella ülkede
kaç laboratuvarı standart yöntem-
lerle üretilip tanımlanabilmektedir?
Daha da önemlisi portör taraması ge-
leşmiş ülkelerde yapılmakta mıdır? Bu
sorulara verilecek cevap ne yazık ki
olumsuzdur.

Konuyla ilgili sorunları ve bunlar hak-
kında görüşümüzü belirtmeden önce
portörlük kavramını özetle ele alacağız.

Hastalığın klinik belirtilerine sahip ol-
madığı halde infeksiyon etkenini taşı-
yan ve vücut çıkartıları ile ya da diğer
yollardan başkalarına bulaştırabilen
kişilere, başka bir ifadeyle “sessiz in-
feksiyonlular” a portör (mikrop taşıyıcı-
sı) denir. Portörler birçok infeksiyonun
bulaşmasında ve yayılmasında önem-
li rol oynarlar. Portörlük çeşitli grupla-
ra ayrılabilir:

- 1) Erken portörlük (kuluçka dönemi ta-
şıyıcıları; hastalık öncesi taşıyıcılar,
çocukluk dönemi hastalıkları: Difteri,
boğmaca, kızamıkçık, kabakulak, ço-
cuk felci, suçiçeği ile HIV infeksiyonu),
- 2) Hastalık sonrası taşıyıcılar (nekahet
portörlüğü, sıtma, Salmonella typhi ve
nontyphi infeksiyonu, kolera, çocuk
felci, hepatit A, hepatit B),
- 3) İmmün portörlük (grip: Aşılı kişiler
veya daha önce aynı tiple infekte ol-
muş kişiler influenza virüsünü hasta-
lanmadan solunum yolundan damla-
cıklarla yayarlar),
- 4) Hastalanmayan taşıyıcılar (temas
portörlüğü; pasif portörlük, epidemik
menenjit salgını sırasında belli bir an-
da toplumdaki kişilerin % 20-60'ının
nazofarinksinde Neisseria meningiti-
dis bulunabilir; poliomiyelitte her felçli
hastanın çevresinde 100 kadar sessiz

infeksiyonlu vardır).

Hastalık sonrası taşıyıcılık (nekahet
portörlüğü) geçici, kronik veya kesinti-
li olabilir. Etkenin hastalıktan sonra bir
süre vücut çıkartılarında bulunmasına
geçici portörlük denir. Eğer bu süre
daha uzun olursa süregelen (kronik)
portörlükten söz edilir. Örneğin, tifo
geçirenlerin dışkısında bir yılı aşma-
yan bir süre S.typhi bulunabilir. Tifo
geçirenlerin % 3 kadarında ise bakte-
ri, dışkıda bir yıldan sonra da bulun-
maya devam eder. (Bu kişiler kronik ti-
fo portörüdürler. S.typhi bu kişilerin
çok defa safra kesesine yerleşmiştir
ve burada üremeye devam eder.) Vib-
rio cholerae biotip eltor infeksiyonu
sonrasında kronik taşıyıcılık oluşabil-
mektedir. Şigelloz, kolera ve diğer dış-
kıyla bulaşan hastalıklar için geçici ta-
şıyıcılık söz konusudur. Etkenin, vücut
çıkartılarında zaman zaman bulunma-
sına ise kesintili portörlük denir. Tifoda
muhtemelen safranin zaman zaman
bağırsağa boşalmasından ileri gelen
bu tür portörlük de görülür.

Yukarıda görüldüğü gibi portörlük ge-
niş bir kavramdır ve infeksiyon hasta-
lıkların bulaşmasında önemlidir.

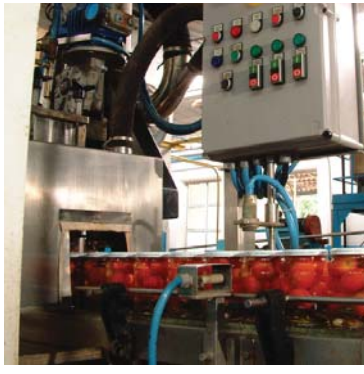
Ülkemizde portör taraması UHK'den
itibaren 70 yıldan fazla bir süredir uy-
gulanmaktadır. Taşıyıcılıkla ilgili yapı-
lan çalışmalarda ciddi standardizasyon
sorunlarının olduğu görülmekte-
dir. Salmonella ve dışkıyla bulaşan di-
ğer etkenleri araştırmak için uzun yıl-
lar değişik merkezlerde Grubel-Widal
testi uygulanmış, tüberküloz açısın-
dan ise mikrofilymler çekilmiştir. Gru-
bel-Widal aglütinasyon testi ile taşıy-
ıcılık durumunu saptamak mümkün
değildir. S.typhi taşıyıcılığı için serolo-
jik olarak anti-Vi antikorlarının bakıl-
ması gerekmektedir. Son dekatta ba-
zı merkezlerde bu uygulama başlatıl-
abilmişti. 1994 - 1997 yılları arasında
İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık
Dairesi Başkanlığı tarafından yaklaşık
30.000 kişide anti-Vi antikorları ve dış-
kı kültürleri yapılmış, otuz şüpheli so-
nuçtan 4-5 kişide nontyphi Salmonella
saptanmıştır (% 0,02-0,03). 1986 yılından
bu yana klinik ve/veya laboratu-
var olarak izlediğimiz ishal olguları
arasında 10'u aşmayan tifolunun bir
kısımının İstanbul dışına seyahat veya
İstanbul'a dışardan gelme öyküsü
mevcuttur. Bu ve benzeri gözlemlerin
diğer araştırmacılar tarafından sap-
tanması ve portör arama yöntemleri-
nin taşıyıcı saptamada duyarlılık ve
özellik sorunları, standart olmayan
uygulamalar, ayrıca yılda bir-iki kez
yapılacak testlerle var olabilecek ta-
şıyıcıların ne kadarının saptanabilece-
ği, konunun maliyet etkinliği gibi soru-
lar dikkate alınarak; İstanbul Büyük-
şehir Belediyesi Sağlık Daire Başkan-



Mevcut haliyle portör
taraması acaba ne işe
yaramaktadır? Beklenen
faydayı sağlamakta mıdır,
yoksa bekleneni
sağlamayan gereksiz
zaman ve ekonomik kayba
neden olan “bürokratik”
seviyede kalan bir işlem
midir? Gıda çalışanlarında
portörlük tespitindeki
standart yöntemler
var mıdır? Son genelgeyle
dışkı kültürüyle taranması
istenen Salmonella ve
Shigella, ülkede kaç
laboratuvarı standart
yöntemlerle üretilip
tanımlanabilmektedir?
Daha da önemlisi portör
taraması gelişmiş ülkelerde
yapılmakta mıdır?

lığı'nda konunun tarafları, uzmanlar
ve bilim adamlarından oluşan bir he-
yet değişik toplantılar düzenlemiş ve
toplantılara Sağlık Bakanlığı yetkilileri
de davet edilmiştir. Hazırlanan rapor
Bakanlık yetkililerine sunulmuştur.
Daha sonra 2006 yılında Klinik Mikro-
biyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları (KLİ-
MİK) Derneği, Sağlık Bakanlığı'nın
görüş istemesi üzerine üç uzman ta-
rafından hazırlanan raporu Bakanlığa
sunmuştur. Bu girişimlere rağmen bu-
güne kadar olumlu yönde bir adım
atılmamıştır.

Mevcut portör tarama sisteminin bi-
limsel ilkeler temelinde yapılmadığı
açıktır. Standart olmayan, hatta uygun
olmayan yöntemler kullanılarak, ge-
reksiz tetkikler yapılmaktadır. Salmo-



Mevcut portör tarama sisteminin bilimsel ilkeler temelinde yapılmadığı açıktır. Standart olmayan, hatta uygun olmayan yöntemler kullanılarak, gereksiz tetkikler yapılmaktadır.

nella, Shigella portörlüğünde önerilen dışkı kültürü ülkemizde kaç laboratuvarıda uygun olarak yapılabilirmektedir? Üretilen bakterileri tiplendirmek kaç laboratuvar tarafından yapılabilecektir? Özel laboratuvarların da yetki aldığını düşünürsek, mevcut portör tarama ücreti ile sadece uygun bir dışkı kültürü yapılabilecek midir? Laboratuvarların etkin denetiminin yapılamadığı ülkemizde acaba ne kadar doğru çalışılmaktadır?

Doğrusu yetkililerden aşağıdaki soruların açık cevabını bekliyoruz. Yetmiş yılı aşkındır uygulanmakta olan portör taraması verileri hiç analiz edilmiş midir? Analiz edilmişse bu veriler hangi politika değişimlerine yardımcı olmuştur? Portör taraması maliyet etkin midir? Uygulanan kaç teste karşı, kaç portör bulunmuştur? S.aureus burun-boğaz taşıyıcılığı normalde toplumda % 15-20 oranındadır; saptanan portörler için ne yapılmaktadır? Akciğer tüberkülozuyla gıda ilişkili infeksiyonların ne ilgisi vardır? Portör taraması ile kaç aktif tüberküloz saptanmıştır ve bunun maliyeti ne olmuştur? Son yönergeyle (2005) hepatit B, HIV, HCV aranması istenmemiş olmakla birlikte, değişik merkez ve kurumlarda yapılmış ve yapılmakta olan hepatit B, HCV, HIV taramalarının gıda aracı bulaşmayla ilgisi nedir? Hepatit B taşıyıcısı olanın, gıda işinde çalışmasının engellenmesinin bilimsel ve yasal dayanağı nedir? Bu soruların cevabı arandığında ülke olarak yanlış bir uygulama yaptığımız açığa çıkacaktır.

Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği tarafından hazırlanan raporlar ülkemizde mevcut uygulamaların uygun olmadığını göstermektedir.

Gıda sektöründe çalışanların portör muayeneleri konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında yayımladığı "Gıda Sektöründe Çalışanlar İçin Sağlık Gözetim ve Denetim Danışmanlık Raporu" ilkeleri mevcut haliyle bir taramayı etkin olmadığı için önermemektedir.

Bunun yerine ilgili raporda işe alma esnasında ve sonrasında sürekli hijyen eğitimi, hasta olanın tedavi edilmesi veya geçici olarak işten uzaklaştırılması gibi ilkeler önerilmektedir.

Avrupa Birliği'nin gıdalarla ilgili yaptığı düzenlemeler, DSÖ önerileriyle uyum içindedir. AB, gıda işiyle ilgili personelin hijyeni, bunun sağlanması için eğitim ve uygun ortam, gıda güvenliği ile ilgili hastalıkların bildirilmesi, işe almadan önce ve sonra belli aralıklarla tıbbi muayene ve belgeleme sistemini önermektedir. Burada eğitilmiş kişinin hastalığını zamanında bildirmesi önemlidir.

DSÖ, AB raporları ve konuyla ilgili diğer bilimsel görüşleri dikkate alarak çözüm olarak aşağıdaki önerileri sunuyorum:

1) Gıda güvenliği / hijyeni konusunda asıl olan, kişilerin gıdayla bulaşan hastalıklar ve hijyen konusunda sürekli eğitiminin sağlanmasıdır. Eğitimin niteliği, kullanılması gerekli yöntem, uygulama sıklığı, uygulanması gereken kişiler, uygulamayı yapacak kurumlar, alınan sonuçlara göre ne yapılacağı kararlaştırılmalıdır.

Çalışanların eğitiminden işyeri sahibi veya yetkilendirilen kişi sorumlu olmalıdır.

Eğitimler işe girişte ve daha sonra belli periyotlarla yapılmalıdır. Eğitim içeriği konuyla ilgili otoriteler (üniversite, resmi kurumlar) tarafından belirlenmelidir. Eğitim alan gıda çalışanına sertifika verilip belli dönemlerde (işyerinin riskli olma durumuna göre 1-2 yılda bir) eğitim tekrarlanarak sertifika onaylanmalıdır.

Eğitimin verilmesi ve sertifikalandırmanın kim tarafından yapılacağı (Belediyeler, Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, özel kurumlar, sivil toplum kuruluşları...) belirlenirken muhtemel suistimaller göz önünde tutulmalıdır.

2) Çalışan kişiler, "fekal-oral" (dışkı-ağız) veya temas yoluyla bulaşan hastalıklardan birine yakalanırsa durumu iş yeri sorumlusuna bildirmekle yükümlü tutulmalıdır. Bildirim sonrasında çalışan tetkik edilip tedavi edilmeli ve iyileşene kadar üretim ve satışta çalıştırılmamalıdır. Çalışan özlük

hakları konusunda mağdur edilmeyeceğini bilerek hastalığını bildirme konusunda teşvik edilmelidir.

3) Gıda kaynaklı hastalıklarda etkenin saptanmasına yönelik testlerin yapılabileceği özelleşmiş laboratuvarlar kurulmalı, ülke genelinde laboratuvar süreyansı yapılmalı, veriler düzenli aralarla analiz edilip gereken kişi ve kurumlarla paylaşılmalıdır.

Ülkemizde gıda zehirlenmesi ile ilgili istatistiklerin toplanması, gıda zehirlenmesi vakalarının incelenmesi, zehirlenmeye neden olan gıdanın ve mikrobiyal ajanın belirlenmesi konusunda ciddi yetersizlik vardır. Gıda kaynaklı salgınlar ve sporadik vakalar için süreyans çalışmaları ve ihbar/kayıt sisteminin iyi işletilmesi, hatalı gıda işleme uygulamaları konusunda önemli bilgiler verebilecek ve gıda ile bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda çok önemli yararlar sağlayacaktır. Gıda ile bulaşan hastalıklarla ilgili süreyans çalışmalarının ve bu hastalıkların Sağlık Bakanlığı'na ihbarının sağlanması gereklidir.

4) Gıda üretiminde HACCP (hazard analysis critical control point) sisteminin işlerliği sağlanmalı, bu konudaki denetimler etkin olmalıdır. HACCP gibi sistematik yöntemler korunma ve kontrolde günümüzde başarıyla uygulanmaktadır. Korunmada tüm dünyada çiftlikten masaya uzanan emniyetli bir gıda zinciri kurulması konusunda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu amaçla gıdanın bulaşma kaynakları, gıda emniyetini bozacak durumlar değerlendirilip bu açıdan gerekli önlemler alınmaktadır. Pastörizasyon, ısıtma, ışınlama, antibakteriyel etkili boya ve katkı maddeleri, günümüz teknolojisi korunma araçları arasında önemli olanlardır.

Ülkemizin ana sorunlarından biri etkin bir denetim geleneğimizin olmayışıdır. Konuyla ilgili etkin denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Denetimleri yapacak kamu kuruluşları, denetim kriterleri (eğitim sertifikaları, HACCP sistemi...), sıklığı, hatalı durumlarda verilecek cezalar net olarak belirlenmeli; cezalar caydırıcı olmalıdır.

Avrupa ülkelerinde DSÖ tarafından yapılan süreyans verilerine göre (Katılımcı ülke sayısı 49, temsil edilen nüfus 850 milyon civarındadır. 1993 ve 1998 yılları arasındaki 30.000 salgın incelenmiştir.) ısı hataları, uygunsuz çiğ malzeme kullanımı, çevresel faktörler ve uygunsuz gıda hazırlanmasıdır.

5) Ülkemizde portör muayenesini zorunlu kılan UHK, günün koşulları dikkate alınarak değiştirilmelidir. Hukuk

dilinden uzak olmakla birlikte konuyla ilgili olarak aşağıdaki yasal değişikliğin yapılmasını öneriyoruz:

“Gerekçe: Günümüzde yiyecek, gıda ve içecek üretiminde çalışanların veya ‘taharet ve nezafete müteallik sanat ifa edenlerin’, bulaşıcı hastalıkları yaymasını engellemek için ilgili kişiler eğitilmekte ve hastalık durumunda tedavi edilene kadar çalıştırılmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (1989) önerilerine göre belirli dönemde yapılan taramaların beklenen yararı sağlamadığı gerekçesiyle uygulanması önerilmektedir.

İlgili öneriler ve gelişmiş ülkelerdeki uygulamalara uygun olarak ülkemizde de gıda ilgili iş yerlerinde çalışanların eğitimi ve hastalıkları halinde tedavisini esas alan ve gıdyla bulaşan hastalıkların süreyansının sağlanması amacıyla UHK madde 126 ve 127'nin değişikliği önerilmiştir.

UHK Madde 126 - 127 değişikliği önerisi:

Değişik gıdaları, yiyecekleri veya içecekleri hazırlayan ticari kurumlar, hazır yemek üreten tesisler / lokantalar üretim, işleme, depolama, hazırlama ve tüketimlerine kadar geçen süreçte uygun şartlarda çalışmak ve mikrobik bulaşma ve bunların üremelerine engel olma yönünde gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Ayrıca **“taharet ve nezafete müteallik sanat ifa edenler”**, otel, pansiyon gibi tesislerin mutfaklarında çalışanlar da hijyenik kurallara uymakla yükümlüdür.

Gıda, içecek ve içecek üretiminde çalışanların / satanların veya **“taharet ve nezafete”** ilgili sanat icra edenlerin, hijyen ve bulaşıcı hastalıklar açısından sürekli eğitimleri ve hijyen kurallarına uyumlarının takibi ve denetlenmesi iş yeri sahibi veya sorumlusu tarafından sağlanır.

İlgili eğitim tarafından verilir. Eğitime katılanlar, eğitim sonunda sertifika alırlar. Sertifika alan kişiler 2 yılda bir sürekli eğitim kurslarına katılır.

Çalışan kişiler “dışkı-ağız” veya temas yoluyla bulaşan hastalıklardan birine yakalanırsa, durumu iş yeri sorumlusuna bildirmekle yükümlüdür. Bildirim sonrasında çalışan tetkik edilip tedavi edilir ve iyileşene kadar üretim ve satışta çalıştırılmaz.

Gıda ve içeceklerle bulaşan hastalıkların ülke çapında süreyansı yapıp ilgili hastalıklara yakalananlar ihbar edilir. İlgili takipler tarafından yapılır.

İlgili kanun maddesinin yürütülme esasları yönetmelikle belirlenir.”



Sonuçlar

1- Ülkemizde gıda çalışanları için uygulanmakta olan portör taraması standartlara uygun olarak yapılmamaktadır.

2- Portör tarama tetkiklerinin yapıldığı pek çok merkezde önerilen fiyatlarla, genelge kapsamındaki testler doğru bir şekilde yapıp sonlandırılmaz.

3- Portör taraması maliyet etkin değildir.

4- DSÖ 1989 rehberi, AB ülkeleri vd. çoğu gelişmiş ülke uygulamaları portör taramasını önermemektedir.

5- Gıda çalışanları işe alma ve çalışma süresinde sürekli eğitime alınmalıdır.

6- Gıda iş kolunda etkin bir denetim sistemi kurulmalıdır.

7- Gıda zehirlenmeleri ve gıdyla bulaşan hastalıklar için referans laboratuvarlar kurulmalı ve ülke çapında süreyans yapılmalıdır.

8- UHK'da gerekli değişiklik yapılmalıdır.

Kaynaklar

Unat E. K., Temel Mikrobiyoloji, 3. baskı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Yayın No (Üniversite: 4018, Fakülte: 207); İstanbul, 1997: 235-7.

Töreci K., Epidemiyoloji. İstanbul Tıp Fakültesi 1998 -1999 Ders Yılı Klinik Mikrobiyoloji Ders notu.

Tosun S. Y., Enfeksiyon hastalıkları yönünden hedefe yönelik taramalar: Gıda çalışanları, 1. EK-MUD Kongresi (24-28 Ekim 2007), Kongre Kitabı, Ankara, 2007: 68-75.

Health Surveillance and Management Procedures for Food-Handling Personnel WHO Technical Report Series 785 WHO Geneva 1989.

Preventing Foodborne Disease: A Focus on the Infected Food Handler. Report of the Food Handlers with Potentially Foodborne Diseases Subcommittees of the NDCS's Scientific Advisory Committees 2004.

Slutsker L., Altekruze SF., Foodborne diseases:

Gıda sektöründe çalışanların portör muayeneleri konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında yayımladığı “Gıda Sektöründe Çalışanlar İçin Sağlık Gözetim ve Denetim Danışmanlık Raporu” ilkeleri mevcut haliyle bir taramayı etkin olmadığı için önermemektedir. Bunun yerine ilgili raporda işe alma esnasında ve sonrasında sürekli hijyen eğitimi, hasta olanın tedavi edilmesi veya geçici olarak işten uzaklaştırılması gibi ilkeler önerilmektedir.

Emerging pathogens and trends. Infectious Disease Clinics of North America 1998; 12: 199-216.

Kaferstein F., Abdussalam M., Food safety in the 21st century. Bull World Health Organ 1999; 77: 347-51.

Tirado C., Schmidt K., WHO Surveillance programme for control of foodborne infections and intoxications: preliminary results and trends across greater Europe. Journal of Infection, 2001; 43: 80-84.

Örgütlü meslek, örgütlü toplum!

Doç. Dr. Faik Çelik



Ağrı doğumludur. 1977'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 1990 yılında yine aynı fakültede Genel Cerrahi Doçenti olmuştur. SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 4. Cerrahi Klinik Şefliği'nden emekli olan Çelik hâlen Hisar Hastanesi Tıbbi Direktörü olarak çalışmaktadır.

Uzun yıllar meslek örgütümüzde çeşitli görevlerde bulundum; hastane temsilciliğinden TTB Yüksek Onur Kurulu üyeliğine kadar geniş bir yelpazede çalıştım. Bazı komisyon veya çalışma gruplarının kuruluşları hariç her göreve seçilerek geldim. Meslek örgütümüz ve mesleki örgütlenme hakkında yaşa-

yarak gördüklerimle elde ettiğim deneyimin yanı sıra odalarımızın ve özellikle Merkez Konseyi'nin çıkardığı kitap ve dergilerle teorik anlamda ciddi birikim sahibi oldum. Bu çalışmalar sırasında hep kendime sorduğum bir soru vardı: "Bir meslek örgütünün önceliği üyelerinin haklarını korumak mı, yoksa meslek mensuplarının topluma karşı olan sorumluluklarını organize etmek mi?" Doğrusunu söylemek gerekirse çalıştığım süre içinde sıklıkla arkadaşlarıma

karşı muhalif konuma düşmemde bu sorunun yanıtındaki seçimim yatıyor. Benim yanımda sorunun birinci kısmından yana olmuştur, tabii ki ikinci kısmı yadsımak mümkün değil, ancak öncelemede ikinciliğin daha uygun olduğu düşüncesindeyim. Ayrıca bu konunun muhatabının primer olarak Tıp Fakülteleri'ndeki eğitimden YÖK'e, Sağlık Bakanlığı'ndan ülkenin sosyal ve ekonomik politikalarının belirlendiği siyasi parti veya oluşumlara kadar



uzanan kapsamlı ve karmaşık bir yapı olduğunu düşünüyorum. Hangi meslekte olursa olsun bir meslek örgütü önceliğini var olma nedeni olan üyelerinin hak ve çıkarlarını korumaya vermelidir ki büyüyen ve birleştirici olan bir meslek örgütü niteliği kazansın. Bu temel düşüncelerle konuyu daha yakından bizim meslek örgütümüz ve bazı ülkelerdeki örnekler üzerinden inceleyelim.

Birey ya da kuruluşların ortak bir amaç veya eylemi gerçekleştirmek için bir araya gelmesi, görev tanımı ve paylaşımı yapmasına 'örgütlenme-teşkilatlanma-organizasyon' denir.

Bu oluşum belirli bir meslek grubunu ve meslek sorumluluklarını kapsarsa meslek örgütlenmesinden söz edilir.

Meslek örgütlenmesi neden önemlidir?

Soruya tersinden cevap verecek olursak; örgütlenmenin yani organizasyonun karşıtı örgütsüzlük yani organizasyonsuzluktur. Disorganisation yani çözülme, başıbozukluk olduğuna göre mesleki örgütlenme olmazsa mesleki çözülme ve başıbozukluk oluşur.

Bir meslekte profesyonel olma yolunda, ilişkili olduğu konunun ya da disiplinin ilerlemesini sağlamak ve o alanda uğraş veren bireylerin-meslek mensuplarının ekonomik ve sosyal statüsünün yükselmesini gerçekleştirmek büyük önem taşır. Bu amacı gerçekleştirmek için toplumun genel iyiliği için de çalışılması gerektiğinden özellikle tıpta meslek örgütlenmesi ayrı bir önem kazanmaktadır.

Bir mesleğin toplumdaki saygınlığının artması, büyük ölçüde örgütsel çabalarla olur.

Profesyonellik açısından, sağlıklı bir toplum yaratmada en önemli sorumluluğu üstlenen meslek grubu olarak hekimliğin sadece "mesleki eğitimi" yeterli değildir, "mesleki örgütlenme" de büyük önem taşımaktadır.

Meslek örgütü, mesleki güçler arasındaki etkileşimin öncülüğünü üstlenerek gelişme stratejilerini belirlemek ve uygulamakla sorumludur. Öncelikli görevleri arasında mesleğin kabulü, unvanların korunması, geliştirilmesi, tanıtılması, yaygınlaştırılması ile mesleki kimliğin geliştirilmesini sağlamak vardır.

Üyelerinin işyerindeki çalışma koşullarının saptanması, çözüm yollarının bulunması, daha iyi çalışma koşulları için destek programlarının geliştirilmesi, uluslararası bilimsel ve sosyal



işbirliğinin sağlanması, ekip çalışma ruhunun yaratılması, meslek mensuplarının yetki ve sorumluluklarının tanımlanması ve geliştirilmesi, mesleki hakların elde edilmesi ve bu kazanımların korunması, meslek alanındaki yasal düzenlemelerin yapılışında aktif olarak rol oynanması, meslektaşlar arası ilişkilerin ve etkileşimlerin olumlu yönde gelişmesinin sağlanması, mesleki bilimsel çalışma ve etkinliklerde bulunabilme koşullarının sağlanması, mesleki sosyal politikalar üretilmesi ve benzeri birçok başlık meslek örgütünün sorumlulukları arasındadır.

Tarihsel süreç

Batı'da Rönesans'a kadar kilise, insanların hasta olduklarında iyileştirilmeleri konularında güç sahibiydi. İsa'nın hastaları mucizevi iyileştirme söylenceleri zamanla "aziz-saint" denen din adamlarının her bir hastalık için şifacı olarak ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ancak 14. yy.'ın ikinci yarısında, başta Avrupa olmak üzere yeryüzünü kırıp geçiren veba (plaque) salgını karşısında rahipler, azizler dolayısıyla da kilise başarısız kalınca, oluşan boşluğu bir başka otorite doldurmaya başlamıştır. Bu güç krallıktır. Krallar dokunmayla şifa vermeye başladılar. Bu onlara ayrı bir güç de kazandı. İngiltere'de VIII. Henry 1514'te hekimlere kral onayı getirerek meslekten olmayan şarlatan tıpcıları dışlamıştır. Berber-cerrahlar bu ülkede 1462'de 'Berberler Loncası' kurarken gerçek cerrahlar ancak 1492'de özel imtiyaz elde edebiliyorlardı. 1518'de "Kraliyet Hekimler Koleji" kuruldu. Daha da ilginç VIII. Henry, 1540'ta berberler ile cerrahları birleştirerek "Birleşik Berber Cerrah Loncaları Ortaklığı" kurmuştur. Bu bilinen ilk mesleki örgütlenmelerdendir.

1832'de "İngiliz Hekimler Birliği" ku-

Bir mesleğin toplumdaki saygınlığının artması, büyük ölçüde örgütsel çabalarla olur. Profesyonellik açısından, sağlıklı bir toplum yaratmada en önemli sorumluluğu üstlenen meslek grubu olarak hekimliğin sadece "mesleki eğitimi" yeterli değildir, "mesleki örgütlenme" de büyük önem taşımaktadır.

ruldu, böylece hem mesleki örgütlenme hem de güç odağı olma yolunda önemli bir adım atıldı.

Amerika'da ise 1847'de bir grup hekim, İngiliz meslektaşlarını izleyerek "Amerikan Tabipler Birliği"ni (AMA) kurdular. Popüler bir sağlık hareketi olarak başlayan AMA, giderek tıbbın düzenli olmasını savunan elitlerce yönlendirilmeye başladı. AMA'nın bilimi sahiplenmesi ve tıba metodolojiyi getirmesi ile 1893'te J. Hopkins Tıp Fakültesi kurularak yeni bir dönem başladı. O zamana kadar hekim, tıbbi pratiği, önemli ölçüde kendi belirlediği şekilde uygularken, o tarihten sonra hekim hem kendi çalıştığı kurum içinden hem de dışından denetlenmeye başlanmış, böylece tıbbi pratiği üzerindeki egemenliği kısıtlanmıştır. Mesleki örgütlenmenin sonuçları yavaş yavaş görülmeye başlanmıştır.

Hatta bu dönem yani örgütlenme dö-



Bugün için Norveç ve İsveç gibi güçlü sendikacılık geleneği olan ülkelerde hekim sendikal örgütlenmeleri % 65 - 90 iken, dünyada % 10 - 25 arasındadır. ABD'de sendikalı hekim oranı % 30'lardadır. Fransa'da ise bu oran %15, İsviçre'de ise sıfırdır. Ülkemizde hekimlere ait bir sendika olmadığı gibi, mevcut sendikalar da güçlü yapılanma içinde değildir.

nemi, hekimlik ve tıp gizeminin sonlanması, profesyonelleşme, bürokratlaşma hatta teknokratlaşma yönünde başlangıç oluşturmuştur.

Mesleki örgütlenmede sendikalaşma

Hekimler toplumsal konuların hızla değişmesi, hukuksal sorunlarla karşı karşıya kalınması ve klasik meslek örgütlenmesi içinde bürokratlaşma tehlikesinin ortaya çıkması üzerine sendikal örgütlenmeyi gündeme getirmiştir. Ancak doğal olarak profesyonel mesleklerin sendikalaşması klasik işçi sendikaları gibi etkin olmamıştır. ABD başta olmak üzere Avrupa'da da meslek örgütleri dışında sendikalaşma faaliyetleri 1930'lu yıllarda başlamış, 60'lı yıllarda hız kazanmışsa da bir yörüngeye oturamamıştır. Bunda hekim ile diğer sağlık mensupları arasında oluşan çıkar çatışmalarının varlığı kadar, hükümetlerin baskıcı politikalarına direnememe ve hekim enflasyonu da rol oynamıştır.

Bugün için Norveç ve İsveç gibi güçlü sendikacılık geleneği olan ülkelerde hekim sendikal örgütlenmeleri % 65 - 90 iken, dünyada % 10 - 25 arasındadır. ABD'de sendikalı hekim oranı % 30'lardadır. Fransa'da ise bu oran %15, İsviçre'de ise sıfırdır. Ülkemizde de memur sendikaları aktif olarak çalışmalarına rağmen sadece hekimlere ait bir sendika olmadığı gibi mevcut sendikalar da güçlü yapılanma içinde görülmemektedirler.

(Türkiye'de meslek örgütlenmesi www.ttb.org.tr den yararlanılmıştır.)

İlk tıp cemiyeti 14 Şubat 1856'da Türk Tıp Cemiyeti adıyla kurulmuştur. Bu, hekimleri bir araya getiren ilk örgütlenme adımıdır. 1870 yılından sonra tıp eğitiminin Türkçe yapılması girişiminde etkin rol almıştır. Kurulan cemiyetler daha çok hekimlerin bilgi alışverişinde bulunduğu yerlerdir.

1869 yılında "Belediye sağlık mensuplarının tayini ve benzeri muameleler ile uğraşmak, haricte tababet tahsil edenlere imparatorluk dahilinde icrayı tababet izni ve eczane açacaklara izin vermek" gibi konularla uğraşmak üzere Cemiyeti Tıbbiye-i Mülkiye kurulmuştur ki, bu kurum bugünkü Sağlık Bakanlığı'nın nüvesi olmuştur. Bu cemiyet haftada iki kez tıbbiyede toplanırdı ve 1890 yılına dek tartışma dili Fransızca idi.

Türkiye'de Tabip Odaları Etibba Odaları adıyla "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı kanuna müteferri Etibba Odaları Nizamnamesinin Madde-i Muakkatesi ahkâmına tevfikân" kurulmuşlardır.

O yıllarda Etibba Odaları'nın yanı sıra bugünkü uzmanlık derneklerinin bir kısmı da faaliyet yürütmekteydiler. Örneğin Türk Oftalmoloji Derneği 1928 yılında kurulmuştu ve 1933 yılında "birinci reisi" Dr. Niyazi İsmet Gözcü (aynı zamanda Etibba Odası Başkanı) idi.

Ayrıca Çocuk Hekimleri Encümeni, Türk Jinekoloji Cemiyeti, Türk Üroloji Cemiyeti... aktif çalışan uzmanlık dernekleri olmuşlardır.

1928 - 1953 seneleri arasında geçen yirmi beş sene beklenen neticenin elde edilememesi ile geçti ve yirmi beş sene Etibba Odaları topal ve hatta mefluç bir halde bu sebeple kaldı. Etibba Odaları Kanunu'nda aşağıdaki hususlar gereği gibi ifade edilememiştir:

1- Ait olduğu zümrenin hakiki dert ve ihtiyaçlarının birinci derecede ele alınması,

2- Meslektaşları yalnız vecibelerin ifası ile mükellef bir insan addederek onun bir de hakkı olduğunu düşünmemesi (Dr. Sırrı Aliç).

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu 23.1.1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Bu yasa; Türkiye sınırları içinde serbest veya resmi vazifeli asker sivil tabip ve dış tabiplerini içine alan TTB yasasıdır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye'deki hekimlerin örgütüdür. Anayasal güvence altında, 6023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde ve ülkedeki hekimlerin % 80'inin (80.000) üye olduğu bu örgütün ana gelir kaynağı üye aidatları olup hükümetlerle hiçbir mali bağlantısı yoktur.

Türk Tabipleri Birliği,

- Halkın sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin kolay ulaşabileceği kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti sağlamak için çalışmak,

- Meslek ahlâkını en iyi şekilde korumak,

- Tıp eğitiminin her alanında söz söylemek,

- Hekimlik mesleğinin çıkarını her platformda dile getirmek,

- Mesleğin, üyelerinin maddi, mânevî haklarını korumak,

- Meslek disiplini sağlamak, hasta yakınmalarını araştırmak, hekimlerin özel çalışma ücretlerini belirlemek gibi konularda çalışmak için kurulmuştur.

Türk Tabipleri Birliği hekimlerin mesleki yeterliliğinin devamı ve eğitimleri-



ni çeşitli şekilde izler. Türk Tabipleri Birliği, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin meslek uygulamasındaki önemini göz önüne alarak yıllardan beri her platformda, tıp eğitimi nitelik ve nicelik yönünden irdeleyip görüşünü dile getirmekte, daha iyiye gitmesi için kamuoyu yaratmaya çalışmaktadır. TTB – UDKK (Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu), Tıpta Uzmanlık Eğitimi ile ilgili raporlar hazırlayıp ilgililere sunmakta ve ayrıca Sağlık Bakanlığı “Tababet Uzmanlık Kurulu”na 9 üyeden biri olarak katılmakta, uzmanlık eğitimi ile ilgili görüş bildirmektedir.

TTB çeşitli konularda, Spor Hekimliği Kursu, Turizm ve Sağlık Kursu gibi sürekli eğitim kursları düzenlemektedir. Bu kurslar arasında “İşyeri Hekimliği Kursu”nun özel bir yeri vardır. Şimdiye kadar 20.000’in üzerinde hekim sertifika almıştır. Ayrıca 1995 - 96 yıllarından beri çeşitli illerde “Adli Hekimlik” ve “Olağandışı Koşullarda Hekimlik” kursları düzenlenmiştir.

Sağlık harcamaları konusunda uzman gruplara hazırlatılan raporların yanı sıra TTB, özel çalışan hekimler ve kurumların uymakla mükellef oldukları “fiyat tarifesini” belirlemektedir. Bu TTB’ye yasalarla verilmiş bir sorumluluktur. Fiyat tarifesini dışında ayrıca TTB, İşyeri Hekimliği, Spor Hekimliği asgari ücret tarifelerini de belirlemektedir.

Türk Tabipleri Birliği’ne üyelik serbest çalışan hekimler için zorunlu olmakla birlikte, halen üyelerinin yarısı, kamuda çalışan, üyeliği zorunlu olmayan hekimlerdir.

Tabip Odaları’nın yönetim kurulları üyeler tarafından doğrudan seçilmekte, üye sayısı ile orantılı olarak 5 - 7 kişilik yönetim kurulları belirlenmektedir. Yönetim Kurulu yanı sıra disiplin konuları ile ilgili Onur Kurulları, özellikle mali denetimi yapan Denetim Kurulları ve merkez organları seçen “delegeler” yerel örgütlenmenin parçalarıdır.

İki yılda bir haziran ayında yinelenen seçimlerle göreve gelen yerel kurullardan delegeler; yine iki yılda bir yedi kişilik Merkez Konseyi, Yüksek Onur Kurulu ve Denetleme Kurulu üyelerini seçerler. Merkez Konseyi’nin temel görevi; Büyük Kongre’nin (Delegeler) belirlediği örgüt politikalarına işlerlik kazandırmak, örgüt çalışmalarının koordinasyonunu sağlamak, merkezi yayınlar çıkarmak, kurslar düzenlemek, mesleki sorunlarla ilgili olarak diğer kurumlarla görüşmeler yapmaktır.

Uluslararası düzeyde; Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Tıp Eğitim Birliği ve

Dünya Sağlık Örgütü ile Avrupa Tabip Birliklerinin oluşturduğu Forum’un üyesi olup toplantılarına aktif üye olarak katılmaktadır. Avrupa Uzmanlar Birliği’nin (UEMS) “assosiye”, Pratisyenler Birliği’nin de “gözlemci” üyesidir.

TTB, Yüksek Sağlık Şurası, Tababet Uzmanlık Kurulu, Sağlık Bakanlığı Merkezi Etik Kurulu gibi doğrudan üyesi olduğu yerler dışında çağrılı olduğu tüm komisyonlarda hekimlik mesleği ile ilgili tutumunu dile getirmektedir. Ancak son yıllarda Yüksek Sağlık Şurası’nda politik ve yanlış bir karar sonucunda yer almamaktadır.

Dünyada ise meslek örgütlenmesine ilişkin iki örnekle yetineceğiz; Kanada ve İngiltere...

Kanada Tabip Birliği, 1867’de kurulmuştur. Gönüllü meslek kuruluşudur. Kanada’daki hekimlerin % 85’i birliğe kayıtlıdır. Gelirinin temelini ise üye aidatları oluşturur. 10 yerel tabip odası, tıbbi dernekler ve uzmanlık dernekleri birliğin üyeleridir. Sağlık politikalarının belirlenmesinde ve eğitim alanında çok etkindir. Hastane akreditasyonlarında aktif katılımı vardır. Yayınları arasında sadece parlamenterlere yönelik bir bülten de vardır. Asgari ücretleri yerel tabip odaları belirlemektedir.

Kanada’da kamuda çalışan hekim sayısı az olduğundan özel sektörde ve muayenahanelerinde çalışan hekimlerin ve emekli hekimlerin gelirlerini güvence altına almak için çok ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Bu amaçla bir hekim limited şirketi kurulmuştur. Bu şirketin bütçesi neredeyse Sağlık Bakanlığı’nın bütçesine yakındır. Halka yönelik yayınların bir kısmı ücretlidir. Basınla ortak çalışma yapmakta ve danışmanlık ücreti almaktadır.

Kanada Tabip Birliği, sağlığın ekip işi olduğunu savunan bir örgüt olup diğer sağlık personelinin (ambulans şoföründen US teknisyenine kadar) eğitimi, hatta akreditasyonu ile de ilgilenmektedir.

İngiltere’de birkaç ana yapı vardır. Örneğin; Kraliyet kuvvetleri de denen 17. yüzyılda kurulan tıpta uzmanlık örgütleri gibi... İngiliz Hekimler Birliği ise 1832’de kurulmuştur. Hekim si-gorta örgütleri de mesleki örgütlenmede yer almaktadır. Bunların yanında Genel Tıp Konseyi ve Tıbbi Araştırmalar Konseyi vardır. İlginç olan resmi nitelikte ve yasaya karşı sorumlulukları olan tek örgütün Genel Tıp Konseyi olmasıdır. Diğerlerinin Kraliyet Kolejlere de dahil yazılı yasa ve tüzükleri yoktur. Yasal dayanağı olmayan bu kuruluşların en önemli dayanakları İngiliz toplumunun kültürü ve

Kanada’da, kamuda çalışan hekim sayısı az olduğundan özel sektörde ve muayenahanelerinde çalışan hekimlerin ve emekli hekimlerin gelirlerini güvence altına almak için çok ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Bu amaçla bir hekim limited şirketi kurulmuştur. Bu şirketin bütçesi neredeyse Sağlık Bakanlığı’nın bütçesine yakındır. Halka yönelik yayınların bir kısmı ücretlidir. Basınla ortak çalışma yapmakta ve danışmanlık ücreti almaktadır.

kuvvetli gelenekleridir.

İngiliz tıp örgütlerinin gücü, uzmanlık eğitime hükmetmelerinden gelmektedir. Uzmanlık sınavlarını ve kredilendirmeyi yapmaktalar. Kredilendirme, en büyük işveren konumundaki ulusal sağlık sisteminde (NHS) çok önemlidir. Devletin herhangi bir denetimi yoktur. Hekimlerin yaklaşık % 60’ı birliğe üyedir. Gelirleri tamamen hekimlerden ve hekimlere yönelik işlerden karşılanmaktadır. Ülke sağlık politikalarında söz sahibi olmamakla birlikte tıp eğitiminde mutlak hakim durumundadırlar.

Sağlık bilişimi ile SGK, sağlıkta tek aktör olmaya doğru ilerliyor

İlker Köse



1977 Nevşehir'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003'te tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimine devam etmektedir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu. 2003'ten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı projeler: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

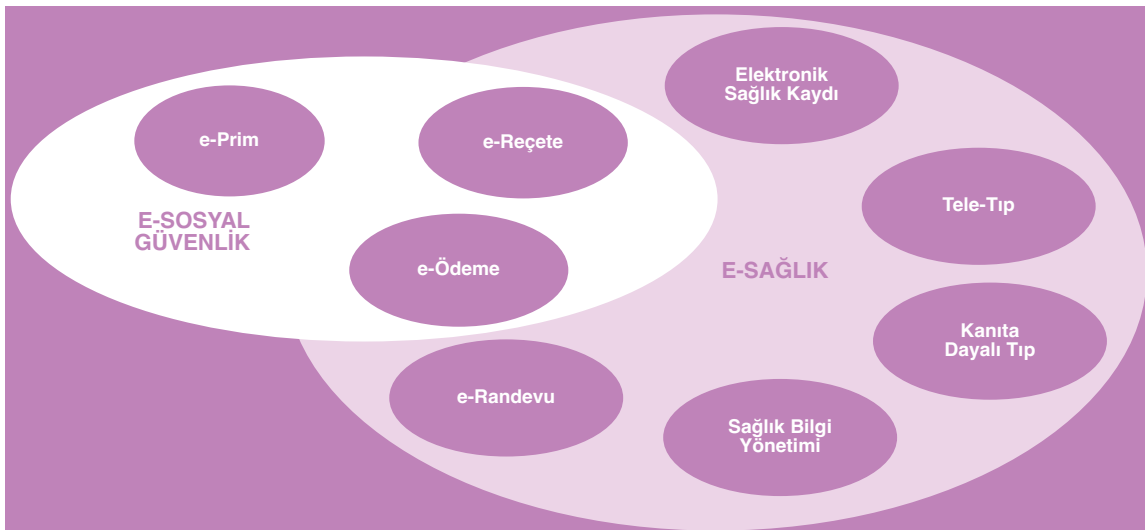
SGK'nın ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki rolleri ve hedeflerini değerlendirirken, alışılmışın dışında çıkarak, bu iki kurumun hizmet politikalarına değil de, yürüttükleri bilişim projelerine bakmak, bizlere farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Nitekim hem Sağlık Bakanlığı, hem de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Kurumu), orta ve uzun vâdeli hedefleri için devâsa büyüklükte bilişim projeleri başlatmışlar ve belirli bir noktaya da gelmişlerdir. Bu bilişim projeleri, her iki kurumun hedefleri açısından çok önemli ipuçları vermekte ve or-

taya koydukları uygulamalarla, yetki sınırları konusunda bir karmaşıklık olduğunu gayet açık bir şekilde sergilemektedir. Bu açıdan baktığımızda, SGK'nın yürüttüğü projelerde, Sağlık Bakanlığı'nın yetki, görev ve sorumluluk alanına girdiğini ve bu yönde hızla ilerlediğini gözlemliyoruz. Hatta diyebiliriz ki, daha dün SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devreden yeni adıyla SGK, yakın zamanda tüm hastaneler üzerinde eskisinden daha güçlü ve hakim duruma gelmeye başlayabilir.

Bu yargıya, SGK'nın politikalarının birer yansıması olarak kabul ettiğimiz bilişim projelerinin içeriğine ve isimlendirmelerine bakarak varıyoruz. Yani neticeden

başlangıca doğru bir çıkarım yapmış oluyoruz. Nitekim SGK, yürüttüğü projelere içeriği ile uyumlu olmasa da "e-sağlık" adını vermektedir. Halbuki, eğer bu projeler birer e-sağlık projesi ise, tüm dünyada olduğu gibi bunları Sağlık Bakanlığı yapıyor olmalıdır. Yok eğer e-sağlık projesi değilse, o zaman başka bir isim kullanılmalıdır. Buradaki durum, acaba sadece basit bir kavram kargaşası mı, yoksa gerçekten yanlış giden bir şeyler mi var?

Öncelikle bu iki kurumun yürüttükleri bilişim projelerine, vizyonlarına ve hedeflerine kısaca göz atalım. Ardından da, her zaman olduğu gibi, olması gerekenlerle ilgili görüşlerimizi dile getirelim.



Sosyal Güvenlik Kurumu Bilişim Projeleri

Medula

Medikal Ulak (MEDikal+ULAK), yani sağlık ağı anlamına gelen MEDULA, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yürüttüğü en önemli bilişim projelerinden birisidir. Resmi internet sitelerinde ve Wikipedi-a'daki tanımlara göre, "Medula, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,

- hizmetlerin ödenmesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünlük sistemidir." Yani, aslında tanıma bakarsak içerisinde kişisel sağlık verilerinin de yer aldığı bir veri toplama mekanizması yok; sadece ödeme ve fatura bilgileri var. Ancak uygulamada, Medula'nın bundan çok daha fazlasını yaptığını şimdiden görmekteyiz. Nitekim Medula'da halen çalışan servisleri şunlardır:

- Hak Sahipliği ve Sözleşme Doğrulama
- Reçete, Tetkik ve Sevk Bildirimi
- Ödeme Sorgusu
- Ödeme Durum Kontrol
- Fatura Bilgisi Kayıt
- Rapor Bilgisi

"Reçete, Tetkik ve Sevk Bildirimi" ile "Rapor Bilgisi" servisleri, doğrudan kişisel sağlık verileri arasında yer alan ve literatürde Elektronik Sağlık Kaydı (Electronic Health Record) olarak geçen verileri içermektedir. Yani, sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık çalışmalarının temeli olan elektronik sağlık kayıtları... Medula, bu verileri toplamayı, ödeme kurallarını işletilebilmek için zaruri olarak görse de, dünyadaki diğer uygulamalar böyle değil. Gelişmiş ülkelerdeki örneklere baktığımızda, ödeyici kurumların, literatürde "claim processing" şeklinde geçen ve sadece hak sahipliği ve fatura işlemleri için gerekli verilerin toplanabildiği sistemler kurduklarını görmekteyiz. Nitekim Avrupa Birliği normlarına göre de elektronik sağlık verisinin sahibi, bizzat hastanın kendisi olup hastanın rızası (patient consent) olmadan erişilmesi yasal değildir. Bu konuda istisna olan tek kurum, gizlilik esaslarına tabi olmak ve hastanın rızasını almak kaydıyla veriyi bizzat üreten sağlık kurumları ve sağlık bakanlıklarıdır. İnternet teknolojisi kullanılan her projenin başına bir "e" harfi eklemek, aslında literatürde özel anlamları olan e-sağlık gibi kavramları yıpratmamıza neden olmaktadır. E-

sağlık kavramını yazının ilerleyen bölümlerinde açıklayacağız.

Medula'nın mevcut durumu dahi, aslında bir yetki karmaşasına işaret etmektedir. Ancak, hem şimdiki hem de bir önceki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları'nın yaptıkları açıklamalar, Medula'nın hedeflerinin, daha büyük bir karmaşaya neden olacağını işaretlerini veriyor. Nitekim her iki bakanın beyanına göre, hastaneye giden bir vatandaşın daha önce yaptırdığı tetkik sonuçları, raporları ve benzer "sağlık kayıtları" Medula üzerinden ilgili hastaneye gönderilecek ve bu işlemlerin yeniden yapılmasına gerek kalmayacak. Böyle bir proje tarifi, dünyada kabul gören ve sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin tanımı ile aynıdır. Bu durum, aslında teknolojinin ve e-sağlık konseptinin, koşulsuz bir şekilde Sosyal Güvenlik Kurumu'na hizmet eder hale getirilmesinden başka bir şey değildir. İlk bakışta tasarruf sağlayacak bir gelişme gibi görünen bu söylem, bir süre sonra hastanelerde atılan her adımın SGK'ya rapor edilmesini, verilen sağlık hizmetinde tamamen ödeme kurallarının hakim olması sonucunu ve ödeyici kurumların kontrolünde bir sağlık hizmeti anlayışını doğurmaz mı? Neden biz dünyanın yaptığıın tam tersine doğru ilerliyoruz? Benzer şekilde, daha dün SSK ve diğer kurum hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrederek hizmette tek yönetim sağladık derken; bu yaklaşım, bütün hastanelerin hizmet verme esaslarını ve hatta denetimini tamamen ödeyici kurumların tasarrufuna bırakmak demek değil midir?

Bu soruları daha vurgulu hale getirmek için SGK'nın içinde yer aldığı başka bilişim projelerine de bakalım.

DRG (Diagnosis Related Groups) - Tanı İlişkili Gruplar Çalışması

Son 4 yıldır Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HÜAP) olarak adlandırılan, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK'nın içinde yer aldığı bir DRG çalışması yürütülmektedir. Projenin amacı, "Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlık bakım kurumlarının verimli birer işletme olarak yönetilmesini sağlayacak finansman yönetimi yöntemleri geliştirmek için araştırma ve altyapı geliştirme çalışmaları gerçekleştirerek kamu maliyesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmak" şeklinde belirtilmektedir. DRG çalışması, hastanelerde özellikle yatan hastalara verilen hizmetin maliyetlerinin, hastalık türlerine göre ve detaylı bir şekilde hesaplaması için geliştirilen bir yöntemdir. İki fazdan oluşan bu çalışmanın birinci fazında bu üç kurum birlikte çalıştılar. Tüm paydaş kurumların projeden beklentilerinin, diğer ülkelerde olduğu gibi hastanelerin ve



Avrupa Birliği normlarına göre elektronik sağlık verisinin sahibi, bizzat hastanın kendisi olup hastanın rızası olmadan erişilmesi yasal değildir. Bu konuda istisna olan tek kurum, gizlilik esaslarına tabii olmak ve hastanın rızasını almak kaydıyla veriyi bizzat üreten sağlık kurumları ve sağlık bakanlıklarıdır. İnternet teknolojisi kullanılan her projenin başına bir "e" harfi eklemek, literatürde özel anlamları olan e-sağlık gibi kavramları yıpratmamıza neden olmaktadır.

rimli birer işletme haline gelerek maliyetlerini düşürmeleri ve finansman yönetimi yapabilme kabiliyetlerini artırmak olmasını bekleriz. Ancak bazı kurumların beklentileri bundan biraz daha fazla... Mesela SGK, GSS Genel Müdürlüğü'nün projeden beklentileri arasında şunlar ifade ediliyor: "Tanı İlişkili Gruplar Projesinin Sosyal Güvenlik Kurumu açısından sağlayabileceği kazanımlardan bir diğeri de, hasta kayıt verilerinin bilgisayar ortamına taşınarak sağlık bilgi sisteminin oluşturulmasıdır..." Buradaki anahtar ifade, "sağlık verilerinin elektronik ortama aktarılması" ve "sağlık bilgi sisteminin kurulması" dır. Çünkü daha önce de belirttiğimiz gibi, elektronik sağlık kaydı (ESK), sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık çalışmalarının ayrılmaz bir parçasıdır. "Sağlık bilgi sistemi" de zaten bizzat e-sağlıktır. Diğer taraftan, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen e-sağlık projesinin adı da Ulusal Sağlık



Bilgi Sistemi'dir. Aynı ismin kullanılması tuhaf değil mi?

Halen 49 hastanede pilot uygulaması devam eden ve iki fazdan oluşan DRG projesinin, ilk fazında saydığımız tüm kurumlar birlikte çalıştılar. Ancak, çalışmalarda fiilen yer alsa da, ikinci fazdaki protokolda her nasılsa Sağlık Bakanlığı'nın imzasının olmadığını görüyoruz. Resmi anlamda SGK projeye yalnız devam etmektedir. Halbuki ilk protokole göre projenin tüm çıktıları Sağlık Bakanlığı'na devredilecekti. Ancak şimdiye kadar teslim edilen bir şey yok! DRG çalışmasının sonuçları da, ileride Medula sistemine dahil edilirse hiç şaşırmayalım. Medula ile, sadece verilen sağlık hizmeti verilerini değil, bu hizmetin kaç mâl edildiğinin de istendiğini düşünabiliyor musunuz?

Ulusal Bilgi Bankası (UBB)

Ulusal Bilgi Bankası (UBB), Türkiye'de kullanımına ruhsat verilen tıbbi cihazların kodlanması amacıyla başlatılan ve yukarıda belirtilen Hacettepe Araştırma Projesi'nin ikinci fazında geliştirilen bir proje... Projede Sağlık Bakanlığı'nın Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bir şubesi dahil olsa da, sistemin veritabanı ve işletmesi Sağlık Bakanlığı'nda değil. Yapılan protokol gereği SGK, hangi hastanenin hangi tıbbi cihazı olduğunu, hastanelerin bu cihazları nasıl kullandığını takip edebilecek. Projedeki gelişmeler, bunun gerçekleşeceğine işaret ediyor. Yani zamanında SSK hastanelerinin envanterinden yeterince haberdar olamayan SGK, bu defa tüm hastanelerin tıbbi cihaz envanterini tutacak.

Kamu İhale Kurumu ile hastanelerin e-ihale projesi

UBB projesi ile kodlanan tıbbi cihazların alımını kolaylaştırmak için, KİK'in yürüttüğü bir e-ihale projesi mevcuttur. Bu projede tıbbi cihaz alımı yapacak olan hastane, hangi cihazı alacağını UBB'deki kodu ile seçerek bu sisteme girmektedir. KİK, ihaleyi elektronik ortamda yürütmekte ve ihale sonucuna göre cihazlar hastaneye satılmaktadır. Buraya kadar her şey gayet normal... Garip olan SGK'nın KİK ile 30.11.2007 tarihinde bir işbirliği Protokolü imzalamış olması. Bu protokole göre SGK, hangi hastanenin, hangi tıbbi cihazları, ne zaman ve hangi maliyete aldığını öğ-

renecek. Hastanelerin kendi alımlarını kendilerinin yapabildiği ve yarı özerk oldukları mevcut yapıda, Sağlık Bakanlığı bile böyle bir bilgiyi bu derece yakından takip etmiyorken (belki de edemi-yorken); hizmet satın alan bir kurum olan SGK'nın bu bilgilerle nasıl bir işi olabilir? Aslında SGK tarafında her şeyin makul nedeni var: "Hastaneler bizi kandırmasın, doktorlar bizi aldatmasın, maliyetleri azaltalım, kaçakları engelliyelim, prim ve ödeme yönetiminde gelişme sağlayalım... vs." Peki az çok her ülkede geçerli olan bu nedenler, başka hiçbir ülkede olmayan bu tür uygulamaları hayata geçirmemize dayanak olabilir mi? "Bilgiye dayalı yönetim" anlayışını getirelim derken, yetkimiz olmayan bilgilere ve hatta kişisel sağlık verilerine de ulaşmamız doğru ve yasal mı?

Tıbbi cihazların gümrük girişlerinin takip edilmesi

Şimdilerde, hem UBB projesi hem de e-ihale projesinin bir uzantısı olarak, SGK ile Gümrük Müsteşarlığı'nın görüşmeleri devam ediyor. Planlanan yapıya göre, UBB'de kodlanmış olan tıbbi cihazlar ülkeye girişlerinden itibaren SGK takip altında olacaklar. SGK böylelikle KİK ile imzaladığı protokoldeki imkânlarını daha da genişletip cihazları gümrükten itibaren izleyebilecek.

"Tehlikenin farkında mıyız?"

Tıbbi cihazlar gümrükten girince SGK'nın haberi olacak. Hastane bunları satın alınca SGK'nın haberi olacak. Bu tıbbi cihazla kaç defa hizmet verildiği, kimlere verildiği, ne zaman verildiği de yine Medula üzerinden SGK'ya iletilecek. Vatandaş, hastaneye gittiğinde, sağlık verileri de dahil olmak üzere SGK'ya bildirilecek. Vatandaş yeniden hastaneye giderse, daha önce yaptırıldığı tetkikler, aldığı sağlık hizmetine dair bilgiler de yine Medula üzerinden hastaneye bildirilecek ve bu işlemler yeniden yapılmayarak tasarruf sağlanacak. Sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi konusunda uzman değilim; ancak sağlık bilişim konusunda az bir şey biliyorsam bu kadar örnek şu şu söyleyebilirim ki, SGK'nın yürütmeye çalıştığı bu çalışmalar, dünyadaki tüm örnekleri itibarıyla doğrudan sağlık bakanlıkları tarafından politikası geliştirilen ve yürütülen e-sağlık çalışmalarından başka bir şey değildir.

Yazımın başında ifade ettiğimiz görev, yetki ve sorumluluk karmaşası, kurumların yürüttüğü bilişim projelerinde kendini gayet açık bir şekilde göstermektedir. Şayet, SGK'nın sosyal güvenlik politikası, yürüttüğü bilişim projeleriyle paralelse (ki öyle olmalı), SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrettikten sonra, bu defa SGK'nın tüm hastanelerin kontrolünü, denetimini ve

hatta yönetimini ellerine almak üzere olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık Bakanlığı ne yapıyor?

Bütün bu gelişmeler olurken, Sağlık Bakanlığı'nın süreçte yeterince etkin olmadığını söyleyebiliriz. Neticede Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği bu hızlı değişimde, bir nevi "kapanın elinde kalır" stratejisiyle hareket edilirken, Sağlık Bakanlığı'nın çok daha proaktif olması gerekirdi. Halbuki, Sağlık Bakanlığı, Medula'nın tam ve kesin destekçisi olmuş, UBB projesinde ve DRG çalışmasında elindeki bilgi ve tecrübeyi koşulsuz paylaşmıştır. Herhalde bu projelerin bir gün birleşerek entegre bir e-sağlık sistemi haline gelebileceğini öngörememiştir. Bir şekilde projelerin gelişmesini yönetememiş ve neticeleri aleyhine çevirmiştir. Üstelik Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü ve literatürdeki anlamı ile örtüşen, Tele-TIP, Elektronik Sağlık Kaydı, e-randevu gibi e-sağlık çalışmaları varken... Bu açıdan bakınca SGK, aslında Sağlık Bakanlığı'nın bıraktığı boşlukları doldurmuştur diye düşünebiliriz.

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulanan illerdeki projesi olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile ilk ciddi e-sağlık projesini tamamlamıştır. Son 2 yıldır ise, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu gibi standart çalışmalarını tamamlamış ve Sağlık-NET projesi için yaptığı ihalenin de teslimatlarını almıştır. Kasım 2007'de yayınlanan bir genelgeye göre, hastanelerin de veri gönderebilmesi ve gereken çalışmaların tamamlanması için Eylül 2008'e kadar süre tanınmıştır. Yani 2008 sonunda Sağlık-NET devreye alınmış olacaktır. Diğer taraftan halen 18 hastanede ve 12 ilde pilot uygulaması devam eden Tele-Radyoloji projesi ve yazılım aşaması tamamlanmış e-Randevu projesi de diğer önemli e-sağlık projeleri arasındadır.

Diğer bir deyişle, Sayın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanımızın Medula namına vaat ettiği fonksiyonlar, bu yılın sonundan itibaren Sağlık-NET tarafından yerine getirilecektir. Yani vatandaşın sağlık verileri, gerektiğinde yasal çerçeve dahilinde yine hastanelerle paylaşılacaktır. Ama bu çalışma Medula ile değil, Sağlık-NET ile olacaktır. Medula ve Sağlık-NET'ten yana bahsetmek ironik oluyor değil mi? Ne de olsa içeriklerinin aynı olmasının yanı sıra, açılımları da aynı (MEDikal ULak = Sağlık-NET)...

Esas kıyamet, bu projeler tamamlanıp da, SGK'nın projeleri ile kapsam kesişmesi yaptıklarında ortaya çıkacak. Bel-

ki de bu mücadeleyi klasik devlet anlayışımıza uygun şekilde "elinde para olanlar" kazanacaktır, kim bilir?

Çözüm...

Kavramlara göz atalım;

Pek çok kişi, çözüm için öncelikle kurumların genel politikalarının düzelmesi gerektiğini söyleyebilir. Ancak biz bilişim penceresinden baktığımız için, bu karmaşanın içinde kullanılan kavramları açıklayıp doğru olanı ortaya koymaya çalışalım ki, kurumlar bilişim projelerini doğru yöne kanalize ederek aslında uygulamada genel politikalarını da bir şekilde düzeltmiş olsunlar. Bunun için de öncelikle e-sağlık kavramının literatürdeki karşılığına bakarak kendimize bir normal belirleyelim:

e-sağlık

Bir e-sağlık araştırmacısı olan Gunter Eysenbach'a göre e-sağlık, "Internet ve benzer teknolojilerin, hizmete ait verilerin elde edilmesi, aktarılması ve geliştirilmesi suretiyle sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesini sağlayan ve medikal informatik, sağlık hizmetleri ve süreçlerinin kesişim kümesini oluşturan önemli bir alandır. Daha geniş anlamıyla ele alırsak, sadece teknik gelişmeyi adresleyen değil, yerel ve genel sağlık hizmetlerinin gelişmesi için bilgi ve haberleşme teknolojilerinin kullanılmasını gerekli gören bir düşünce tarzı, anlayış ve kavrayıştır". Eysenbach, e-sağlık ifadesindeki "e" harfinin sadece "elektro-nik" anlamı taşımadığını söyler ve "e" ile başlayan 10 önemli özellik daha (Efficiency, Enhancing quality, Evidence based, Empowerment, Encouragement, Education, Enabling information exchange, Extending the scope of health care, Ethics, Equity) ekler.

E-sağlık için birbirlerine yakın anlam taşıyan pek çok tanım vardır. Hepsinin ortak noktası, teknolojiyi sağlık hizmetinin "yanında" duran değil; teknolojiyi sağlık hizmetinin "içinde" bir parçası sayan ve hatta sağlık hizmet yönetiminde "merkeze oturtan" bir unsur olarak görmeleridir.

Bu yönüyle bakarsak, aslında e-sağlık bir şemsiye kavramdır ve altında pek çok alt terimleri barındırır. Dünyada kabul gören e-sağlık uygulamaları aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

- Elektronik sağlık kayıtları,
- Tele-tıp,
- Kanıta dayalı tıp,
- Vatandaş odaklı bilgi servisleri,
- Tıp bilgisi yönetimi,
- Sanal sağlık ekipleri,

- Ortak e-sağlık ağı kullanan tıbbi araştırmalar.

Görüldüğü üzere, teknolojinin sağlığı hizmetine sunulması, öncelikle sağlık hizmetinin verim ve kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin ödeme sistemi ve sosyal güvence kurumları ile yakın ilişkisi nedeniyle, içinde teknoloji barındıran sosyal güvenlik ve ödeyici kurumlarla ilgili olan projeleri de e-sağlık kapsamında değerlendirilmektedir. Nitekim e-sağlık alanında verilerin tanımlanması, saklanması ve transferi konusunda geliştirilen tüm standartlar, ödemeyle ilgili süreçleri de düzenlemektedirler. Bunu, ANSI (ABD) standardı olan HL7'de ve AB standardı olan IHE'de görmekteyiz. Ancak, bu durum, e-sağlık'ı ödeme sisteminin iyileştirilmesinden ibaret görmemize neden olmamalıdır ki, bu önemli bir anlam kayması olur. Bu nedenle, içinde internet teknolojilerinin kullanıldığı sosyal güvenlik projelerinin de kavram incelemesini yapmakta fayda vardır.

e-sosyal güvenlik

Sosyal güvenlik kurumlarının da internet teknolojilerini kullanarak yaptıkları projelerin başına da bir "e" harfi eklenebilmektedir. Kimi zaman bu isim "e-sosyal güvenlik" olmakta, kimi zaman ise ödeme süreçlerinin sağlık sistemi ile olan yakın ilişkileri nedeniyle "e-sağlık"... Baktığımızda, literatürde "e-sosyal güvenlik" adında müstakil bir kavram olmadığını görüyoruz. Demek ki "e-sosyal güvenlik", diğer kurumların yaptığı gibi, sadece projenin bir teknoloji projesi olduğunu ifade etmekten öte bir amaç taşımıyor ki bu, kabul edilebilir bir nitelendirme. Ancak ödeyici kurumların yürüttükleri projelere "e-sağlık" ismini vermeleri iki yönden mahsur oluşturmuyor;

Birincisi, e-sağlık yukarıda da açıklandığı üzere, pek çok yönü olan şemsiye bir kavramdır. Sosyal güvenlik kurumlarıyla entegre çalışan e-fatura ve e-reçete gibi uygulamalar, aslında birer e-sağlık uygulaması olsalar da, e-sağlık sadece ödeme esaslı projeleri nitelendirir bir kavram değildir.

İkincisi, tüm dünyada e-sağlık projelerinde politika belirleyici kurum, ödeyici kurumlar değil, sağlık bakanlıkları ya da onlara bağlı yarı özerk kurumlardır. Ödeyici kurumlar ise, e-sağlığın her alanında değil, sadece ödemeye ilişkin olan e-sağlık projelerinde yer alırlar ve "uygulayıcı" rolünü üstlenirler.

Notice

SGK tarafından yürütülen projelerin birer e-sağlık uygulaması olarak nitelendirilmesi, bilmeyerek de olsa zamanla e-sağlık kavramında anlam daralması-



E-sağlık için birbirlerine yakın anlam taşıyan pek çok tanım vardır. Hepsinin ortak noktası, teknolojiyi sağlık hizmetinin "yanında" duran değil; teknolojiyi sağlık hizmetinin "içinde" bir parçası sayan ve hatta sağlık hizmet yönetiminde "merkeze oturtan" bir unsur olarak görmeleridir.

na neden olabilmektedir. Hele hele, sosyal güvenlik kurumlarının e-sağlık konusunda politika belirleyici olmaya kalkışması, tüm sağlık hizmet yönetimini ödeme sistemine endeksli hale getirmeye başladığımız anlamına gelir ki, bu yaklaşımın modern sağlık yönetiminde yeri yoktur. Bu nedenle, ödeyici kurumlar e-sağlık projelerinde politika belirleyici değil, sadece uygulayıcı olmalıdır. E-sağlık kapsamına girmeyen projeler (elektronik prim ödeme sistemleri, eczane geri ödeme sistemleri... vb.) için ise, e-sağlık dışında, e-sosyal güvenlik, e-sigorta gibi başka ifadeler kullanmamalıdır.

Sonuç olarak SGK, görevi ve yetkisi olmadığı halde, e-sağlık bileşenlerini ayrı ayrı yürütüp birleştirmek ve e-sağlık konsepti sayesinde "bilgiye sahip olmak" suretiyle, önemli bir güce sahip olmaya ve sağlık hizmetindeki rolünü oldukça hızlı bir şekilde artırmaya başlamıştır. Şayet, ülkenin sağlık politikası buna müsaade ediyorsa, söylenecek hiçbir sözümüz yoktur. Ancak, bu durum, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği hızlı değişimin bir yan etkisi ise, bir an evvel toparlanmak ve önlem almak gereklidir.

Kaynaklar

www.hl7.org www.ihe.net

ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya... vb. AB ülkelerindeki durum için bkz. <http://www.ehealth-era.org/database/database.html>

Bulgaristan, Romanya (bkz. <http://www.ehealth-era.org/database/database.html>)

Veri madenciliği

Murat Bütün



1980 yılında Ordu'da doğdu. 2002'de Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitim Bölümü'nden mezun oldu. 2006'da Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü'nde yüksek lisans eğitimini bitirdi. Üniversite yıllarının başlarında Sağlık Enformasyon Sistemleri ile ilgilenmeye başladı, ayrıca sağlık alanında çeşitli web sitelerinin ve portallarının kurulumunda ve işletilmesinde aktif görev aldı. Halen www.saglikplatformu.com web sitesinin Genel Koordinatörlüğü'nü yürütmekte ve İstanbul Sağlık A.Ş. Bilgi İşlem Biriminde yöneticisi olarak çalışmaktadır.

Günümüzde bilgisayar sistemleri her geçen gün ucuzluyor ve aynı zamanda güçleri de artıyor. Bilgisayar sistemlerindeki bu gelişmeyle birlikte kullanımı da bu ölçüde yaygınlaşmaktadır. Bu gelişmeyle birlikte işletmelerde üretilen sayısal bilgi miktarının arttığını, buna paralel veri tabanlarının daha fazla veriyi saklayabilecek boyutlara ulaştığını ve bilgisayar sistemlerindeki gelişme ile veriye ulaşmanın kolaylaştığını görmekteyiz. Bu sayede doğru ve daha detaylı bilgiye ulaşmamız mümkün hale gelmiş fakat başka bir sorun ortaya çıkmıştır. Bu so-

run; oluşan bu büyük sayısal veri yığınlarının yönetilmesi ve anlamlı hale getirilmesi sorunudur.

Şirketlerin bilgi sitemleri üzerinden ürettiği bilgi miktarının büyük artış gösterdiğini ve bazı firmaların veri tabanlarının boyutlarının 1 milyon gigabyte'a (GB) ulaştığını görmekteyiz. İşte veri tabanlarındaki teknolojik gelişme ve hacimlerindeki bu olağanüstü artış, firmaları elde toplanan bu verilerden nasıl faydalanacağı ve bu verilerin nasıl anlamlı hale getirileceği sorunuyla karşı karşıya bırakmıştır.

Bilgisayar sistemleri ile üretilen bu veriler tek başlarına değersizdirler. (Özel-

likle veri tabanlarının bilgiyi sadece saklamak için dizayn edildiği düşünüldüğünde...) Çünkü çıplak gözle bakıldığında verilerin bir anlam ifade etmediğini söyleyebiliriz. Bu veriler belli bir amaç doğrultusunda işlendiği zaman anlamlı hale gelmektedir. İşte ham veriyi bilgiye veya anlamlı hale dönüştürme işini veri madenciliği ile yapabiliriz.

Veri tabanlarındaki bu veriler üzerinde analiz yapmak ve karar destek aşamasında faydalanmak, herhangi bir araç kullanmaksızın imkânsız hale gelmiştir. Çoğu zaman iyi kullanılmamaları durumunda veri tabanlarında tutulan veri, insanlar için külfet haline de gelebilmektedir. Bu noktada karşımıza "Veri Ma-



denciliği" (data mining) bir çözüm olarak çıkmaktadır. Fakat madenciliği yapılacak olan verinin de bazı vasıflara sahip olması gerekmektedir. Bu vasıflar veri ambarı (data warehouse) ile sağlanmaktadır. Veri ambarları basit olarak veri madenciliği işleminin yapılacağı verilerin oluşturulduğu özel veri tabanlarıdır. Veri ambarlarının oluşturulması işlemi, verinin çeşitli kaynaklardan toplanarak, veriler içerisindeki uyumsuzluklar ve hatalardan arındırılmasından ibarettir.

Veri madenciliği, belirli bir alanda ve belirli bir amaç için toplanan veriler arasındaki gizli kalmış ilişkilerin ortaya konulmasıdır. Bunun yanında, geleceğe dönük kararlar almamızda bize fikir verir. Veri madenciliği, disiplinler arası doğasından dolayı istatistik, veri tabanları, makine öğrenmesi, bilgi toplama, görselleştirme, paralel ve dağıtık hesaplama gibi birçok disiplinden yardım alır. Aynı zamanda veri madenciliği birçok farklı alanda da kullanılmaktadır.

Bir süpermarket örneğinde veri analizi yaparak her mal için bir sonraki ayın satış tahminleri çıkarılabilir; müşteriler satın aldıkları mallara bağlı olarak gruplanabilir; yeni bir ürün için potansiyel müşteriler belirlenebilir; müşterilerin zaman içindeki hareketleri incelenerek davranışları ile ilgili tahminler yapılabilir. Binlerce malın ve müşterinin olabileceği düşünülürse bu analizin gözle ve elle yapılamayacağı, otomatik olarak yapılmasının gerektiği ortaya çıkar. Veri madenciliği burada devreye girer:

Veri madenciliği büyük miktarda veri içinden, gelecekle ilgili tahmin yapmamızı sağlayacak bağıntı ve kuralların bilgisayar programlarıyla aranmasıdır.

Geleceğin, en azından yakın geleceğin, geçmişten çok fazla farklı olmayacağını varsayarsak geçmiş veriden çıkarılmış olan kurallar gelecekte de geçerli olacak ve ilerisi için doğru tahmin yapmamızı sağlayacaktır.

Veri madenciliği

Veri madenciliği nedir? Öncelikle bu soruyu cevaplamaya çalışalım. Veri madenciliği, büyük veri yığınları arasında gizli kalmış anlamlı kuralların zeki olarak ortaya çıkarılmasıdır. Veri madenciliği; önceden bilinmeyen, geçerli ve uygulanabilir bilginin veri yığınlarından dinamik bir süreç ile elde edilmesi olarak tanımlanabilir. Bu süreçte kümeleme, veri özetleme sınıflama kurallarının öğrenilmesi, bağımlılık ağlarının bulunması, değişkenlik analizi ve anomali tespiti gibi farklı birçok teknik kullanılmaktadır.

Veri madenciliği ile büyük veri yığınlarından oluşan database sistemleri içerisinde gizli kalmış bilgilerin çekilmesi sağlanır. Bu işlem, istatistik, matematik

disiplinleri, modelleme teknikleri, database teknolojisi ve çeşitli bilgisayar programları kullanılarak yapılır.

Veri madenciliği kendi başına bir çözüm değil, çözüme ulaşmak için verilecek karar sürecini destekleyen, problemi çözmek için gerekli bilgileri sağlamaya yarayan bir araçtır. Veri madenciliği; analistine, iş yapma aşamasında oluşan veriler arasındaki şablonları ve ilişkileri bulması konusunda yardım etmektedir.

Günümüzde veri madenciliğinin başlıca ilgi alanları olarak aşağıdakiler sayılabilir;

Pazarlama

- Müşteri segmentasyonunda,
- Müşterilerin demografik özellikleri arasındaki bağlantıların kurulmasında,
- Çeşitli pazarlama kampanyalarında,
- Mevcut müşterilerin elde tutulması için geliştirilecek pazarlama stratejilerinin oluşturulmasında,
- Pazar sepeti analizinde,
- Çapraz satış analizlerinde,
- Müşteri değerlemede,
- Müşteri ilişkileri yönetiminde,
- Çeşitli müşteri analizlerinde,
- Satış tahminlerinde.

Bankacılık

- Farklı finansal göstergeler arasındaki gizli korelasyonların bulunmasında,
- Kredi kartı dolandırıcılıklarının tespitinde,
- Müşteri segmentasyonunda,
- Kredi taleplerinin değerlendirilmesinde,
- Usulsüzlük tespitinde,
- Risk analizlerinde,
- Risk yönetiminde.

Sigortacılık

- Yeni poliçe talep edecek müşterilerin tahmin edilmesinde,
- Sigorta dolandırıcılıklarının tespitinde,
- Riskli müşteri tipinin belirlenmesinde.

Perakendecilik

- Satış noktası veri analizlerinde,



Bilgisayar sistemleri ile üretilen veriler tek başlarına değersizdir. Çünkü çıplak gözle bakıldığında veriler bir anlam ifade etmez. Bu veriler belli bir amaç doğrultusunda işlendiği zaman anlamlı hale gelmektedir. Ham veriyi bilgiye veya anlamlı hale dönüştürme işini veri madenciliği ile yapabiliriz.

- Alışveriş sepeti analizlerinde,
- Tedarik ve mağaza yerleşim optimizasyonunda.

Borsa

- Hisse senedi fiyat tahmininde,
- Genel piyasa analizlerinde,
- Borsada alım-satım stratejilerinin optimizasyonunda.

Telekomünikasyon

- Kalite ve iyileştirme analizlerinde,
- Hisse tespitlerinde,
- Hatların yoğunluk tahminlerinde.

Sağlık ve ilaç

- Test sonuçlarının tahmininde,
- Ürün geliştirmede,
- Tıbbi teşhiste,
- Tedavi sürecinin belirlenmesinde.

Endüstri

- Kalite kontrol analizlerinde,
- Lojistikte,
- Üretim süreçlerinin optimizasyonunda.



Veri madenciliği; disiplinler arası doğasından dolayı istatistik, veri tabanları, makine öğrenmesi, bilgi toplama, görselleştirme, paralel ve dağıtık hesaplama gibi birçok disiplinden yardım alır. Aynı zamanda veri madenciliği birçok farklı alanda da kullanılmaktadır.

Bilim ve mühendislik

- Ampirik veriler üzerinde modeller kurarak bilimsel ve teknik problemlerin çözülmesi.

Veri madenciliği, büyük veri yığınları arasında gizli kalmış anlamlı kuralların zekî olarak ortaya çıkarılmasıdır. Bu çıkarım işlemi tek başına basit bir işlem değildir. Çok yoğun işleyen alt işlemlerden oluşmaktadır. Bu alt işlemler şunlardır:

Uygulama alanının ortaya konulması

Bu adım veri madenciliğinin hangi yönde ve hangi amaçlar için yapılacağını belirlediği adımdır. Bu aşamada belirlenen alan ile ilgili uzmanlar ile görüşmeler yapılarak bundan sonraki aşamalar için stratejilerin ortaya konulması gerekir. Örneğin kullanılacak olan model için bu aşamadan faydalanılmaktadır.

Veri ambarının oluşturulması

Veri ambarı aşaması, veri madenciliği sürecinde önemli bir aşamadır. Bu süreç toplam maliyet ve zamanın önemli bir kısmını almaktadır. Madenciliğini yapacağımız veri tek bir yapı içerisinde bulunmayabilir. Bu nedenle bilginin tek bir çatı altında toplanması gerekir. Fakat veri ambarı oluşturma aşamasında, amaç sadece verinin tek bir çatı altında

toplanması değildir. Aynı zamanda toplanan veriler içerisinde var olan hataların ve belirsizliklerinde temizlenmesi aşamasıdır. Bu aşamada veri bazı alt işlemlere tabi tutulmaktadır. Bu işlemler Veri Toplama, Uyumlandırma, Birleştirme ve Temizlenme, Seçme ve Dönüştürmedir.

- **Toplama:** Bilginin keşfi için gerekli veriler farklı kaynaklarda olabilir. Toplama işlemi; verinin farklı kaynaklardan alınarak bir kaynaktaki birleştirilmesidir. Hastanın tıbbi verileri yanında, yaşadığı yer veya gelir düzeyi gibi bilgilere de ihtiyaç duyulabilir. Bu bilgilerin farklı kaynaklarda bulunması durumunda toplama işlemi gerekmektedir.

- **Uyumlandırma:** Veri ambarındaki verilerin farklı kaynaklardan toplanabileceğini söylemiştik. Fakat bu durumda karışımıza uyumsuz veri tipleri çıkacaktır. Bunun en yaygın örneği cinsiyette görülmektedir. Çok fazla tipte tutulabilen bir veri olup bir veri tabanında 0/1 olarak tutulurken diğer veri tabanında E/K veya Erkek/Kadın şeklinde tutulabilir. Bilginin keşfinde başarı, verinin uyumuna da bağlı olmaktadır. Özellikle tıp alanındaki verilerin çeşitliliği oldukça fazladır. Bu nedenle uyumlandırma aşaması, tıbbi verilerde daha da önem kazanmaktadır.

- **Birleştirme ve temizleme:** Yukarıda bahsedilen uyumlandırma işlemi sırasında, farklı veri kaynaklarından gelen verilerin birleştirilmesi veya fazlalıkların temizlenmesi de gerekmektedir.

- **Seçme:** Bu adım bizim ilerde kuracağımız model için uygun verinin seçilmesi işlemidir. Bir sınıflandırma işleminde öznitelikleri içine alan bir verinin seçilmesi anlamını taşımaktadır. Veri tabanlarındaki işlem hızları artmasına rağmen büyük veritabanları üzerinde birden fazla modelin denenmesi oldukça zaman ve maliyet gerektirmektedir. Bunun yerine verinin bütünü temsil edecek şekilde bir parça üzerinde işlemler yapılabilir. Fakat seçilecek parçanın verinin tamamını temsil etmesi açısından önemi büyüktür.

- **Dönüştürme:** Verinin kullanılacak modele göre içeriğini koruyarak şeklinin dönüştürülmesi işlemidir. Dönüştürme işlemi kullanılacak modele uygun biçimde yapılmalıdır. Çünkü verinin gösterilmesinde kullanılacak model ve algoritma önemli bir rol oynamaktadır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında veri tabanları ile veri ambarları arasındaki bazı farklar göze çarpmaktadır. İçerik olarak veri tabanları bütün detayları kapsamakta, veri ambarlarında ise daha çok özet ve ilgili bilgileri tutulmaktadır. Veri tabanı işlemleri, bir kısım veri üzerinde yapılırken veri ambarları, daha fazla veri üzerinde

işlem yapmaktadır. Veri tabanlarında veriler iki boyutlu tutulurken veri ambarları çok boyutlu veri saklama imkânı sunmaktadır. Bu sebeple verinin analizi kolaylaşmaktadır. Veri tabanları sürekli güncellenirken veri ambarları belirli periyotlar ile güncellenirler.

Modelin kurulması ve değerlendirilmesi

Bilginin keşfi sürecinde hazırlanan verilerin, ortaya konulan probleme uygun modelin ortaya konulması ve bu modelle ait algoritmanın seçilmesidir. Genel olarak Sınıflama ve Tahmin (Classification and Prediction), Küme Analizi (Cluster Analysis), Birliklilik Kuralları (Association Rules) şeklinde modelleri sınıflandırabiliriz.

- **Sınıflama ve tahmin:** Bu iki modeli aslında birbirlerinden farklı amaçları olsa da, aynı tekniklerle kullanıldığı için tek başlık içerisinde alabiliriz. Bu iki model arasındaki bağlantı, tahmin edilen değerlerin sınıflanmış bir yapıya sahip olmasıdır. Sınıflanma modeli iki adımdan oluşmaktadır. İlk adımda gözlenmiş veriler sınıflandırma algoritması kullanılarak sınıflandırma kuralları oluşturulur. İkinci adımda ise oluşturulan sınıflandırma kuralları kullanılarak veriler sınıflandırılır. Tahmin modelinde sürekli veriler alınarak oluşturulan kurallara göre sonuçlandırılır. Bu modellerde kullanılan algoritmalar bazılarının Karar Ağaçları (Decision Tree), Hatayı Geri Yayma (Backpropagation), Bayes Sınıflandırması (Bayesian Classification)'dır.

- **Küme analizi:** Kümeleme işlemi, birbirine benzeyen nesnelerin aynı grupta toplanmasıdır. Bu modelde en büyük etken hangi kriterlere göre kümeleme yapılacağıdır. Bu işlem, konu ile ilgili uzman tarafından tahmin edilir. Veriler kümeleme işleminde aynı sınıfta yer almalarına rağmen farklı gruplarda da yer alabilir. Nüfus bilimi ve astronomi alanında kullanımları yaygındır.

- **Birliklilik kuralları:** Bu model veri nesneleri arasındaki ilginç ilişkileri araştırır; gerek birbirini izleyen gerekse eş zamanlı durumlarda araştırma yapar. Bu model yaygın olarak Market Sepet Analizi uygulamalarında kullanılmaktadır. Bunun yanında finans ve tıp alanında da kullanılmaktadır.

Bilgi keşfi için modelin kurulması çok zahmetli bir işlemdir. Çünkü hangi model ve algoritmanın bize daha iyi performans vereceğini önceden kestirmemiz imkansız olmasa da çok zordur. Bu nedenle mevcut olan bütün modelleri kullanarak bunlar arasında mukayese edilmelidir. Modelin öğrenmesi Denetici (Supervised) ve Denetici (Unsupervised) olmak üzere ikiye ayrılır. Deneti-

cili yöntemde verinin bir kısmı seçilen algoritmanın eğitimi için diğer kısmı da eğitimin testi için kullanılmaktadır. Test işlemindeki başarı, o modelin kalitesini ortaya koymaktadır.

Öğreticisiz yöntemde ise ilgili özellikler arasındaki benzerlikten ortaya çıkarak eğitim yapılmaktadır. Veri tabanı işlemlerindeki hızlanmaya rağmen verilerin çok fazla olması eğitim ve test süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle verinin tamamı yerine onu en iyi şekilde temsil edecek daha küçük bir veri topluluğu üzerinde modelin seçilmesi ve sonra tüm veriye uygulanması iyi bir çözüm olmaktadır.

Şablonların ve ilişkilerin yorumlanması

Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen ilişkilerin ve kuralların uzman tarafından incelenerek yorumlanması aşamasıdır. Bu aşamada modelin bize sunduğu ilişkiler incelenmektedir. Biz model üzerinde verinin bir kısmını kullandığımız için karşımıza gelen bütün ilişkiler anlamlı olmayabilir. Bu nedenle uzmanların bu aşamada yaptığı inceleme ve yorumlar ışığında model üzerinde değişiklikler yapılarak işlemlere faydalı yeni boyutlar kazandırılabilir.

Örnek Uygulamalar

Bağıntı: "Çocuk bezi alan müşterilerin % 30'u bira da satın alır."

Sepet analizinde (basket analysis) müşterilerin beraber satın aldığı malların analizi yapılır. Buradaki amaç mallar arasındaki pozitif veya negatif korelasyonları bulmaktır. Çocuk bezi alan müşterilerin mama da satın alacağını veya bira satın alanların cips de alacağını tahmin edebiliriz. Ancak otomatik bir analiz, bütün olasılıkları göz önüne alır ve kolay düşünülmemeyecek; örneğin çocuk bezi ve bira arasındaki bağıntıların da bulur.

Sınıflandırma: "Genç kadınlar küçük araba satın alır; yaşlı, zengin erkekler büyük, lüks araba satın alır."

Amaç bir malın özellikleri ile müşteri özelliklerini eşlemdirir. Böylece bir müşteri için ideal ürün veya bir ürün için ideal müşteri profili çıkarılabilir. Örneğin bir otomobil satıcısı, şirketin geçmiş müşteri hareketlerinin analizi ile yukarıdaki gibi iki kural bulursa; genç kadınların okuduğu bir dergiye reklam verirken küçük modelinin reklamını verir.

Regresyon: "Ev sahibi olan, evli, aynı iş yerinde beş yıldan fazladır çalışan, geçmiş kredilerinde geç ödemesi bir ayı geçmemiş bir erkeğin kredi skoru 825'dir."

Başvuru skorlamada (application scoring) bir finans kurumuna kredi için başvuran kişi ile ilgili finansal güvenilirliğini notlayan örneğin 0 ile 1.000 arasında bir skor hesaplanır. Bu skor kişinin özellikleri ve geçmiş kredi hareketlerine dayanılarak hesaplanır.

Zaman içinde sıralı örüntüler: "İlk üç taksitinden iki veya daha fazlasını geç ödemiş olan müşteriler, % 60 olasılıkla kanuni takibe gidiyor."

Davranış skoru (behavioral score), başvuru skorundan farklı olarak kredi almış ve taksitleri ödeyen bir kişinin sonraki taksitlerini ödeme/geciktilme davranışını notlamayı amaçlar.

Benzer zaman sıraları: "X şirketinin hisse fiyatları ile Y şirketinin hisse fiyatları benzer hareket ediyor."

Amaç zaman içindeki iki hareket serisi arasında bağıntı kurmaktır. Bunlar örneğin iki malın zaman içindeki satış miktarları olabilir. Örneğin dondurma satışları ile kola satışları arasında pozitif, dondurma satışları ile sahlep satışları arasında negatif bir bağıntı beklenebilir.

İstisnalar (Fark saptanması): "Normalden farklı davranış gösteren müşterilerin var mı?"

Amaç önceki uygulamaların aksine kural bulmak değil, kurala uymayan istisnai hareketleri bulmaktır. Bu da örneğin olası sahtekârlıkların saptanmasını (fraud detection) sağlar.

Örneğin 'Visa' kredi kartı için yapılan CRIS sisteminde bir yapay sinir ağı, kredi kartı hareketlerini takip ederek müşterinin normal davranışına uymayan hareketler için müşterinin bankası ile temasa geçerek müşteri onayı istenmesini sağlar.

Doküman Madenciliği: "Arşivimde (veya internet üzerinde) bu dokümana benzer hangi dokümanlar var?"

Amaç dokümanlar arasında ayrıca elle bir tasnif gerekmeden benzerlik hesaplayabilmektir (text mining). Bu genelde otomatik olarak çıkarılan anahtar sözcüklerin tekrar sayısı sayesinde yapılır.

Sağlık alanında veri madenciliği

Sağlık alanında bilginin kullanım şeklinde meydana gelen değişiklikler sağlık bakım hizmetini verenleri etkilemiştir. Sağlık bakım hizmetinin verilmesinde bilgisayar kullanımı, bilginin paylaşım ekiple yaklaşımını, veri ve bilgi temelli uygulama gibi kavramlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Bilgisayarlar, hasta bakım hizmetlerinin destekleme, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendiril-



Bilgisayarlar, hasta bakım hizmetlerinin desteklenmesi, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi gibi doğrudan sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında kullanılmasının yanı sıra, karar verme, yönetim, planlama ve tıbbi araştırmalar gibi yönetsel ve akademik fonksiyonların yerine getirilmesinde daha fazla kullanılmaya başlanılmıştır.

mesi gibi doğrudan sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında kullanılmasının yanı sıra, karar verme, yönetim, planlama ve tıbbi araştırmalar gibi yönetsel ve akademik fonksiyonların yerine getirilmesinde daha fazla kullanılmaya başlanılmıştır.

Sağlık alanında bulunan mevcut veri oldukça hayati öneme sahiptir. Hastane bilgi sistemleri sayesinde bu veriler düzenli olarak tutulmaktadır. Hayati öneme sahip olan bu verilerden daha fazla yararlanmak mümkündür. Hastane bilgi sistemlerinden veya diğer tıbbi veri toplayan sistemlerden alınan veriler üzerinde yapılan veri madenciliği çalışmaları, hem uzmanlar için hem hastane yönetimi için hem de hastaların daha kaliteli bir hizmet almalarında etkin rol alabilir.

Koruyucu tıp: Her zaman kârlı mı?

Dr. Hüsnü Dağlı

Sağlığın promosyonu, önümüzdeki dönemde üzerinde sıkça durulacak konulardan biri olarak gözükmektedir. Bu alan, aslında yıllardan beri var olan, koruyucu tıp uygulamalarının bir ileri evresi olarak görülebilir. Tıp otoritelerinde, politikacılarda veya sağlık politikası ile uğraşanlarda genellikle şöyle bir kanaat vardır: “Koruyucu tıp daima iyidir”. Bu söylem bazen başka şekiller de alabilir: “Tedavi için ödenen

paralar korunmaya harcansa, devlet büyük miktarlarda kâr eder,” “Koruyucu tıba ağırlık verirsek birçok insanın çilesini, ağrısını dindirdiğimiz gibi, ülke de kazanır” veya “Koruyucu sağlık hizmetleri ile hem sağlık harcamaları düşer, hem de insanlar daha sağlıklı yaşar”. Acaba bu durum, her zaman, her koşulda gerekli ve geçerli midir?

Bir uygulama, eğer sağlığı geliştirirken, maliyetleri düşürüyorsa, “kâr edici” olarak kabul edilir. Koruyucu tıp uygulamaları bazen “tersiyer” önlemler olarak

karşımıza çıkar. Burada, bir hastalık veya durumun yol açtığı olumsuzlukların giderilmesi ön plandadır. Bazen ise, “sekonder” önlemler gündeme gelir ki, burada da bir hastalık veya durumun ilerlemesinin durdurulması veya geriletilmesi söz konusudur. “Primer” koruyucu uygulamalar ise, daha çok aşı gibi, hastalıklar oluşmadan önce alınan önlemleri kapsar. Aslında bilinen bir gerçek vardır ki; ölüme yol açan birçok durum, “önlenabilir” kategoride bulunmaktadır. Bunlar arasında sigara içimi,





kötü beslenme, hareketsizlik ve alkolizm gibi durumlar yer alır. Ayrıca, özellikle çocukluk çağında yapılan aşılar ve diğer koruyucu sağlık uygulamaları, ölümleri anlamlı derecede azalttığı gibi, sağlık bütçesine de önemli katkılar sağlamaktadır. Bu uygulamalar sonucu ortaya çıkan daha sağlıklı bir toplumun toplam iş gücüne yaptığı katkının ekonomik boyutunu da unutmamak gerekir. Diğer taraftan, belirli bir yaşın üzerindeki popülasyonda yapılan, koroner kalp hastalığından ve kanserden korunmaya yönelik uygulamalar, bu anlamda istenilen sonuçları vermekte midir? Bazı durumlarda, tedavi için kullanılan ileri teknoloji ve yapılan masraflar yüksek gibi gözükse de, aslında kaynakların daha efektif kullanımı sonucuna da yol açabilir. Bazen de tam tersi bir durum söz konusudur. Bir uygulamanın maliyet-etkinliği, yapılan girişimler için harcanan ekstra paranın, elde edilen ekstra sağlık kazanımlarına bölünmesi ile hesaplanır. Bu durum, kaliteli yaşam yılları olarak tanımlanır. Maliyet-etkinlik oranlarının “düşük” olması, istenilen bir durumdur, çünkü böylece elde edilen ilave kaliteli yaşam yılları, çok ucuz bir şekilde elde edilmektedir.

Genellemeler ne kadar doğru?

Koruyucu tıp açısından genellemeler yapmak doğru değildir. Koruyucu tıp açısından en fazla maliyet-etkin olan ve bu uygulamaların etkinliğine örnek olarak gösterilen uygulamaların büyük bir kısmı, primer koruyucu uygulamalardır. Sekonder ve tersiyer koruyucu uygulamalarda ise, bazı önlemler kârlı olurken, bazıları ise kârlı olmamaktadır. Ancak bireysel planda “sağlığın parayla ölçülemeyeceği” gerçeği göz önüne alındığında, eğer gerçekten sağlıklı bir gelecek sağlıyorsa, bu uygulamalar da kabul edilebilir. Bu tip koruyucu uygulamalar için, riskli hedef kitlenin iyi tanımlanması çok önemlidir. Gerek uygu-

lamanın fiilen yapılması, gerekse maliyet-etkinlik analizlerinin yapılabilmesi için, hedef kitlenin doğru tanımlanması gerekir. Genellemeler yapmak yerine, her bir uygulama için ayrı ayrı maliyet-etkinlik analizi yapılması ve ona göre karar verilmesi daha doğrudur. Hatta halen mevcut olması bile, büyük kitlelerde etkili olabilecek, maliyet-etkin uygulamaların araştırılıp kullanıma sunulması bile gerekir.

Koruyucu tıp uygulamalarının faydalı olması

Koruyucu tıp uygulamalarının ve sağlık taramalarının faydalı ve etkili olabilmesi için, hedef kitlenin iyi seçilmesi, yapılacak uygulama ile kişilerin veya toplumun sağlığında anlamlı bir iyileşme olabileceğinin gösterilmesi, uygulama veya taramaların güvenilir, tanı koydurucu ve ucuz olması gerekir. Örneğin; prematüre bebeklere surfaktan tedavisinin uygulanması, küçük çocukların aşılınması veya 60 - 64 yaş arası erkeklerde bir kereliğe mahsus kolonoskopi yapılmasının maliyet etkin olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, yüksek yoğunluklu sigara bırakma programının, düşük yoğunluklu programa kıyasla maliyeti, kaliteli yaşam yılı başına 190 dolar; 65 yaşın üzerindeki kişileri diyabet açısından taramanın maliyeti ise kaliteli yaşam yılı başına 590.000 dolar olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde, sağır çocuklara koklear implant takılmasının maliyeti sıfır iken, HIV ile enfekte hastaların antiretroviral tedavisinin maliyeti KYY başına 29.000 dolar; sklerozan kolanjit için karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların maliyeti KYY başına 41.000 dolar; transplantasyon yapılamayacak derecede kalp yetersizliği olan hastalarda kullanılan sol ventrikül yardımcı cihazı konulmasının maliyeti ise KYY başına 900.000 dolar civarındadır. En fazla yapılan uygulamalardan birisi olan koroner arter by

Bir uygulama, eğer sağlığı geliştirirken maliyetleri düşürüyorsa, “kâr edici” olarak kabul edilir. Koruyucu tıp uygulamaları bazen “tersiyer” önlemler olarak karşımıza çıkar. Burada, bir hastalık veya durumun yol açtığı olumsuzlukların giderilmesi ön plandadır.

pass cerrahisinin KYY başına maliyeti 113.000 dolardır. 70 yaşındaki bir hastada tespit edilen prostat kanserinin tedavisi ise, hem maliyeti artırmakta hem de hastanın sağlığını bozmaktadır.

Dünyanın hiçbir ülkesinin kaynakları sonsuz değildir ve bütün ülkeler sağlık harcamaları üzerinde ciddi kısıtlılıklar ve zorluklar yaşamaktadır. Bu konuda, hastalar ile sosyal güvenlik ve geri ödeme kurumlarının karşı fikirlerle sahip olduğu muhakkaktır. Ancak yine de, herhangi bir koruyucu uygulamaya veya taramaya karar vermeden önce, durumun tıbbi ve sosyal tarafları kadar, maliyet analizlerinin de yapılması ve ona göre yapılanmanın kurularak kaynakların aktarımı daha doğru bir yaklaşım tarzı olacaktır.

Eski yöntem, yeni umut: Prostat kanserinde kriyoterapi

Prof. Dr. Ümit Şimşek



1953 Turhal doğumludur. Orta öğrenimini TED Ankara Koleji'nde tamamlamıştır. 1977'de Hacettepe Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1981'de Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üroloji uzmanı olmuştur. Haydarpaşa Asker Hastanesi'nde ve Elbistan Devlet Hastanesi'nde üroloji uzmanı olarak görev yaptıktan sonra 1985'te U. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atanmıştır. Aynı fakültede 1988'de doçent, 1994'te profesör olmuştur. 2003 yılında kendi isteği ile emekli olmuştur. Halen İstanbul Medipol Hastanesi'nde çalışmaktadır.

İnsan dokusu hücrelerinin donma derecesinde bir ısıda kısa bir süre kalmaları onları öldürmeye yeter." İşte bu temel biyolojik kuralı uygulayarak hastalıkları tedavi etme işi yüzyıllardır doktorların gündeminde olan bir gerçek. Herodot, Eski Mısır ve Yunan medeniyetlerinde ağrı tedavisinde soğuk

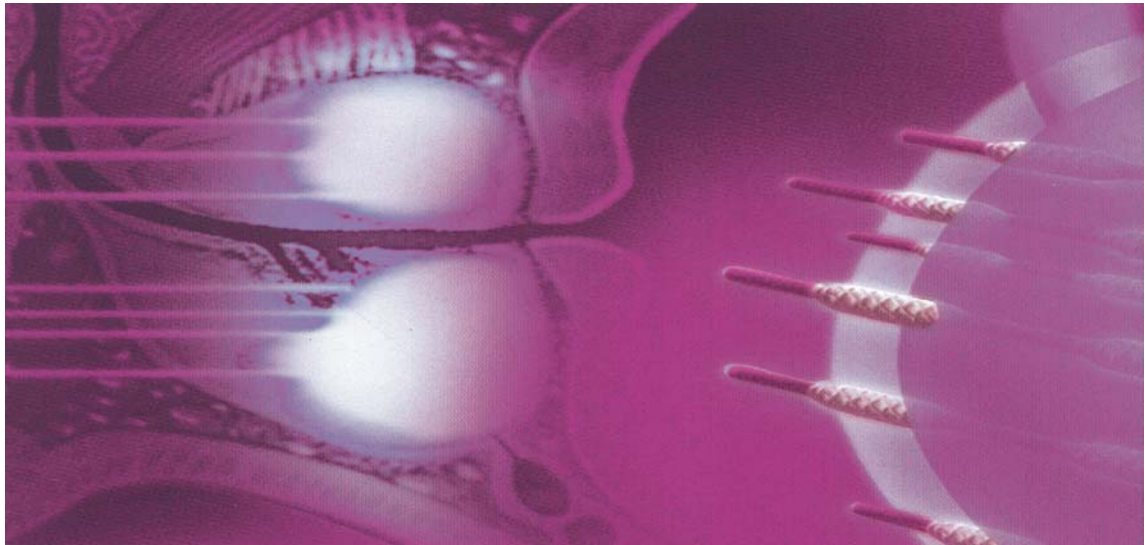
uygulamaların olduğunu yazıyor. Özellikle deri hastalıklarında önceden soğutulmuş demir plakalarla tedaviyi 1865'te İngiliz James Arnott uyguluyordu. Ünlü JAMA dergisi 1901 yılındaki bir sayısında sıvı oksijen ile -180 °C'ye kadar soğutulan bazı ağız ve deri lezyonlarının iyileştiğini belirten ciddi bir makaleyi basmıştı. Deri ve

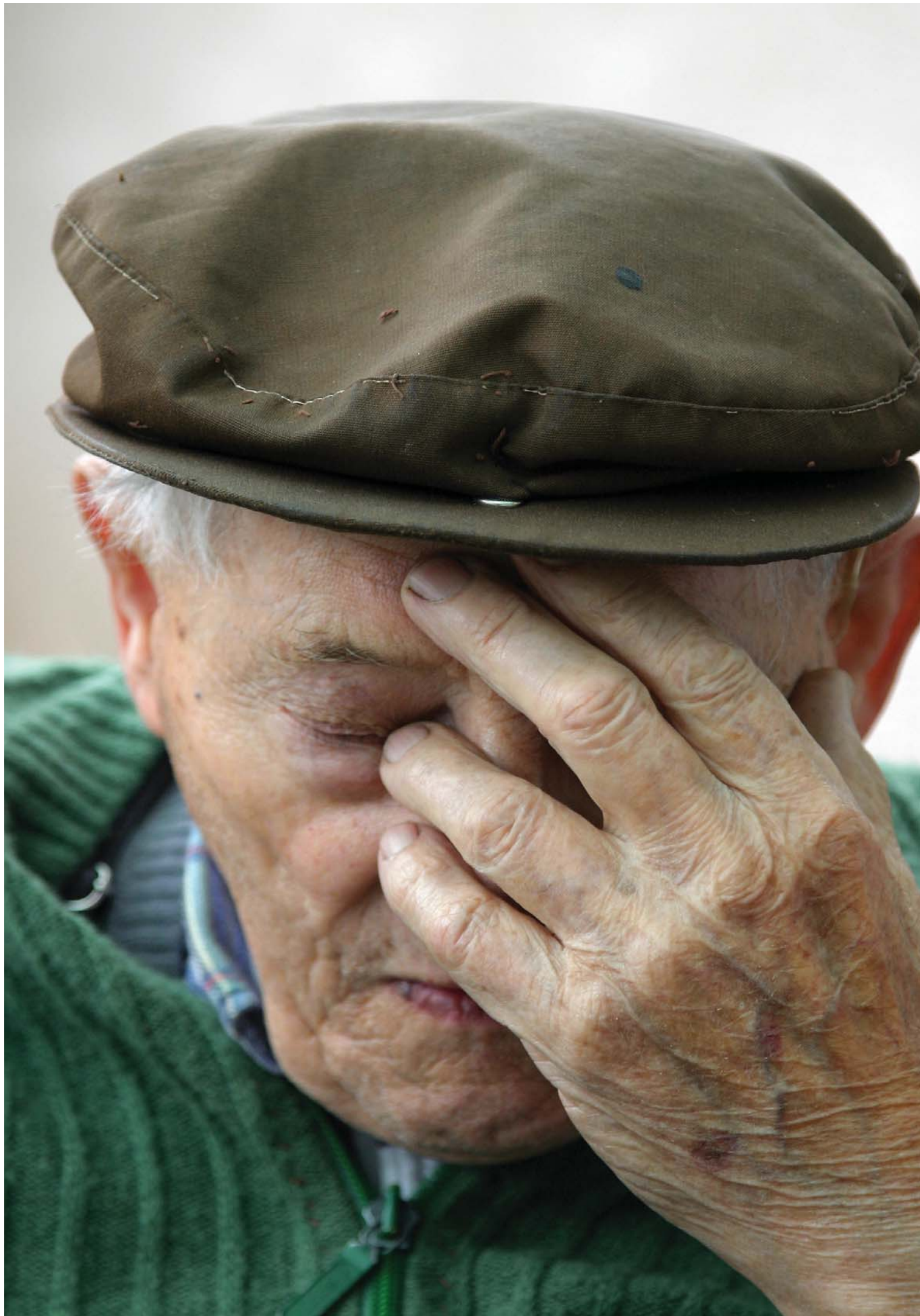
ağız derken 1938'de ilk kapalı devre aygıtı kullanarak sinir lezyonunda deneyen ve kriyoterapide belki de bir çığır açan Amerikalı bir beyin cerrahıydı. Bu kez sıvı oksijenin yerini sıvı azot almıştı. Sıvı azot sayesinde 50'li yıllarda katarakt ameliyatlarında, jinekolojik problemlerde de kriyoterapinin giderek yaygınlaştığını görüyoruz.

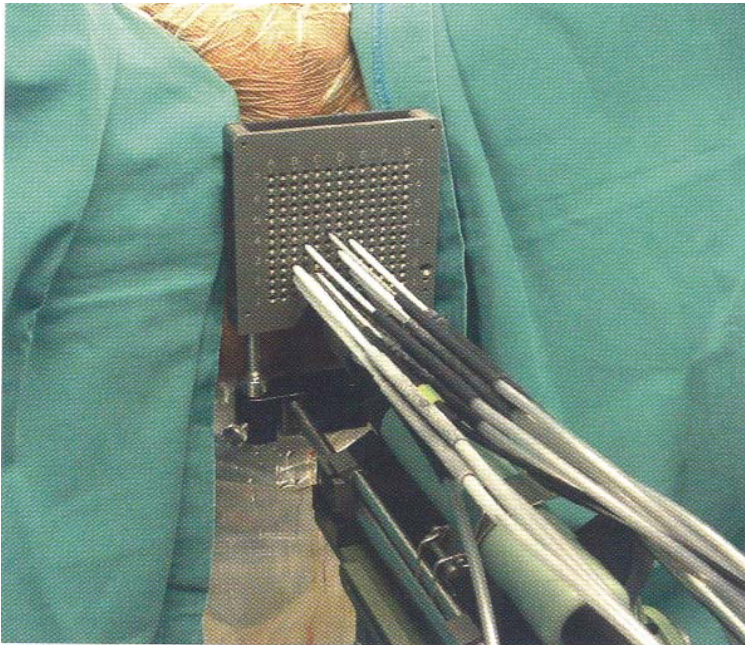
Prostat kanserinde kriyoterapi yapılan hasta grupları

GRUP	DÜŞÜK RİSK GRUBU	ORTA RİSK GRUBU	YÜKSEK RİSK GRUBU
PSA değeri	< 10 ng/dl.	10 - 20 ng/dl.	> 20 ng/dl.
GLEASON SKORU	≤ 6	7	≥ 7
EVRE	T1c, T2a		T2b, T2c

Tablo 1







Buraya kadar kriyoterapinin mutlaka yüzeysel lezyonlarda kullanıldığı anlaşıyor. Daha derin organlara dondurucu gazı iletmek için teknolojinin biraz daha ilerlemesi gerekiyordu.

Prostat büyümesi ister iyi huylu olsun, isterse malign, oldukça sık rastlanan hastalıklardandır. Perine ve rektum bu organa kolayca ulaşılabilen noktalar ve tabii ki üretra yolunu da unutmuyoruz... Ayıca prostat, bulunduğu yer nedeni ile zarar görmeleri halinde ciddi bir zarara uğrayabilecek önemli organ komşuluklarına sahip değildir.

Gonder'in 1964'te hayvanlarda başlayıp 1966'da insanların prostatlarında sürdürdüğü kriyoterapi, 1972'de Flocks'la devam etti. Ancak Flocks, bu kez açık perineal yolu tercih etmişti. Cerrahların korkusu hep yanlış yeri dondurmak ve bir de prostatın tamamını donduramamaktı.

1983 yılında ünlü fizikçiler Rzasa ve Wallach, gazın Joule Thomson etkisi-

nin tam olarak uygulanabildiği "kriyoprobe" lar tanımladılar.

Buzlu prostat dönemi

Kriyoprobaların üretilmesi ve kullanılması 1994 - 1996 yıllarına kadar sarkmıştır. On sene kriyoterapide belki de kaybedilmiş senelerdir. Gecikilmesinin iki temel sebebi vardır: Bunlardan biri, bugüne göre ilkel sayılan yöntemler sayesinde çok yüksek oranlarda komplikasyonların ortaya çıkması ve hekimlerin cesaretlerini yitirme noktasına gelmeleridir.

İkincisi de, ameliyat sırasında yapılan işi görebilmenin mümkün olmamasıydı. O günlerde kullanılan görüntüleme yöntemleri çok yetersiz kalıyordu.

Bir şeyler eksikti

Önce ultrasonografi gelişti; görüntü netleşti ve transrektal probalar sayesinde prostatın burnunun dibine kadar kolayca gidilebildi. Cerrah rahatladı derken bir de 1996 ve 1997 yıllarında

Wong ve Chin tarafından Joule Thompson etkisini kullanabilen 1.47 mm. kalınlığında (17G) ultra ince iğneler üretilince kriyoterapi tekrar giderek artan bir hızla kullanıma geri döndü. Bu ince iğneler sayesinde dondurulacak dokunun içerisine daha çok sayıda iğne batırmak ve organın her noktasına aynı derecede etki etmek mümkün olmaktadır.

Argon gazı ideal bir gaz olarak dondurma işleminde öncelikle tercih edildi. Ayrıca Helium da eritmek için sisteme ilave edildi. Aslında argon gazının Joule Thomson etkisi altında tek başına hem dondurma hem de eritme görevlerini yerine getirebileceğini bilerek artık sadece Argon ile çalışan aygıtlar üretilmektedir.

Bugün üçüncü jenerasyon olarak tanımlanan teknoloji artık ultra ince iğneleri, argon gazını ve transrektal ultrasonografiyi kullanmaktadır.

Üçüncü jenerasyon kriyoterapi ile ilk prostat kanserli olguların tedavisine 1999 yılında dünyanın birkaç yerinde birden başlandı.

Prostat kanserinde iyi bir belirteç olan serum t.PSA seviyesi, yapılan tedavinin başarısını ölçmekte kullanılması ve sonuçların başarısını tedaviden kısa süre sonra anlayabilmek kriyoterapinin yaygınlaşmasında çok önemli bir etkidir.

Artık birinci ve ikinci jenerasyon kriyoterapilerden bahsetmiyoruz, hatta onları hatırlamak bile istemiyoruz.

Buzlu prostat çağı başlamıştır.

Dondurulan dokuda neler oluyor?

Kısaca hücreler ölüyor tabii ki. Dokuda -20 °C'ye ulaşıncaya hücre dışındaki sıvı kristal haline dönerken oluşan hiperozmolarite hücre içindeki suyun dışarıya çıkmasına sebep olarak hücreyi denatüre eder. Erime sırasında da hücre zarı parçalanır. Ayrıca hücre içinin de donması ile hücre ölümü gerçekleşir. Isının düşmesi ve yeniden yükselmesi de vazokonstriksiyon ve damar endotelinde bozulma yaratarak bu kez damar içi pıhtılaşmasına ve dolaşımın durması noktasında doku nekrozuna sebep olur. Kriyoterapi sırasında -20 °C'nin çok üzerine çıkılması, donma ve erimenin iki kez peş peşe tekrarlanması hücre ölümü ve nekrozun kalıcı olması demektir.

Tümör immünolojisi açısından kriyo-

Tablo 2: Hasta gruplarına göre tedavi başarı oranları (Tümörsüzlük oranı = PSA < 0.4 ng/dl.)

İmpotans	% 93
İnkontinans (geçici)	% 1.3
Skrotal ödem	% 48
Perineal rahatsızlık	% 0.4
Üriner obstruksiyon	% 3
Rektal, üretral fistül	% 0.5
Üriner enfeksiyon	0
Üretral darlık	0

GRUP	Beş yıllık tümörsüzlük oranı
Düşük risk grubu	% 90
Orta risk grubu	% 82
Yüksek risk grubu	% 72

Tablo 3: 2.500'den fazla hastadan elde edilen beş yıllık verileri bir meta analize tabi tuttuğumuzda çıkan sonuçlar

terapinin kanser hücrelerine karşı immünomodülatörleri artırarak etki gösterdiği de belirlenmiştir. Chao 2004 yılında kriyoterapi sonrasında prostat dokusunda sitokinlerin çoğalarak antitümör immüniteyi artırdığını; Baust da 2005'te yayımladığı makalesinde bu konuyu daha ayrıntılı bir şekilde inceleyerek kriyoterapi ile elde edilen doku nekrozu sınırının dışında ciddi bir şekilde artmış hücre ölümü görüldüğünü ve bunun da yine artan antitümör immünitesine bağlı olduğunu belirtmiştir.

Hasta seçiminde sınırlar genişliyor, limitler kalkıyor

Bugün hasta seçimine ait yelpaze daha açılmıştır. Endikasyon kriterleri artmıştır.

Özetle söylemek gerekirse, önünde 10 yıldan daha fazla bir ömür olduğu düşünülen, prostat kanseri organ içerisinde veya lokal olarak yayılım göstermiş (evre T1 ve T2) her hasta kriyoterapi adaydır. Ayrıca yine bu kriterlere bağlı kalmak kaydıyla, daha önceden yapılmış ve başarısız kabul edilmiş radyoterapi, brakiterapi, radikal prostatektomi ya da antiandrojenik tedavilerden sonra da rahatlıkla uygulanabilir. Kriyoterapinin önemli bir özelliği de tekrarlanabilir olmasıdır.

Kriyoterapi, tüm dünyada giderek artan bir eğilime sahiptir. Çin ve ABD gibi ülkelerde tedavi edilen hasta sayısı çok artmıştır. Sadece ABD'de 2007 yılında 10.000'den fazla hasta ya kriyoterapi uygulanmıştır. Üçüncü jenerasyon ile elde edilen yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları bu artışın temel sebebidir. Elimizde bugün beş yıllık kontrol süreleri tamamlanmış hasta grupları vardır.

Beş yıl tümörsüzlük oranı düşük risk gruplarında (biyolojik olarak PSA değerleri < 0.4 ng/dl.) % 90'a ulaşmaktadır. (Tablo 1 ve 2)

Sadece iki komplikasyon problem gibi görünüyor. Eretil fonksiyonların yüksek oranda ve hemen post-operatif dönemde gelişmesi önemli bir sorun. Ancak nörolojik kayıpların zamanla rejenerasyonu ve penil rehabilitasyon ile 4 yıl içerisinde % 50'ye yakın hastanın ereksiyonuna tekrar kavuştuğu gösterildi. Ellis'in 2007'deki makalesinde kriyoterapinin iyi bir yanı böylece açığa çıkmış oldu. Ameliyatlardan sonra erkeğin en önemli endişesi olan eretil disfonksiyonun birkaç sene içerisinde düzeldiğini bilmek hastalara cesaret verecektir. Skrotal ödem ise geçici bir problem-



dir. Kriyoterapi sırasında istenilen ve olması gereken damar tıkanıklığının bir sonucudur. Skrotal ödem gelişen hastanın başarılı bir girişimin izlerini böylece görmesi problemi önemsiz bir hale getirmektedir. Ödem birkaç gün içerisinde düzelecektir.

Kriyoterapi diğer radikal tedavilerle (radikal prostatektomi, radyoterapi, brakiterapi, HIFU) kıyaslandığında komplikasyonlar açısından gerçekten "minimal invaziv" bir yöntemdir.

Modern kriyoterapi, kolayca öğrenilebilen, ufak bir hastanede dahi uygulanabilen etkili ve güvenli bir yöntemdir. Bugün uygulayıcılar kriyoterapiyi prostat içerisinde bölgesel olarak kullanmaya çalışmaktadırlar. Kriyoterapi, kanserlerin %20'sinde malign hücrelerin prostat içerisinde sadece bir odağı tuttuğu göz önüne alınırsa, tedaviyi sadece o bölgeye odaklamak ve hastayı böylece takip ederek gerektiğinde daha sonra diğer bölgelere de uygulama şansını vermektedir. Buna "fokal hedefli kriyoterapi" denilmektedir. Böylece erekil disfonksiyon gibi önemli bir komplikasyonun daha az görülmesini sağlayabiliyoruz. Ayrıca, sinir koruyucu kriyoterapinin de şimdilik hayvanlar üzerinde denenmekte olduğunu da belirtmeliyiz.

Kaynaklar

Baust G.J., Gage A.A.: The molecular basis of cryosurgery. *BJU Int.*, 95 : 1187-1191, 2005.

Chao B. H., He X, Bischof J.C.: Pre-treatment inflammation induced by TNF-alpha augments cryosurgical injury on human prostat cancer. *Cryobiology*, 49: 10-27, 2004.

Cresswell J. et al: Third-generation cryotherapy for prostate cancer in the UK: a prospective study of the early outcomes in primary and recurrent disease. *BJU Int.*, 97: 969-974, 2006.

Han R. K., Belldegrün A. S.: Third generation

cryosurgery for primary and recurrent prostate cancer. *BJU Int.*, 93: 14-18, 2004.

Mouraviev V., Polascik J. T.: Update on cryotherapy for prostate cancerin 2006. *Curr Opin Urol*, 16: 152-156, 2006.

Wong et al.: Cryosurgery as a treatment for prostate carcinoma, results and complications. *Cancer*, 79: 963-974, 1997.

JOULE – THOMSON etkisi:

Diğer adı Joule-Kelvin etkisi olan bu kurala göre sabit bir entalpi altında herhangi bir gazın serbest olarak genişmesi sağlanırsa ideal gazın ısısı değişmezken, gerçek gazın ısısı ya azalır ya da artar.

Gaz genişirken moleküllerinin arasındaki mesafe artar ve moleküller arası çekim kuvveti de azalacağından gazın potansiyel enerjisi çoğalır. Böylece kinetik enerji ve ısı azalır. İkinci bir mekanizma ile de moleküllerin aralarındaki mesafe artarken çarpışma olasılıkları düşünce, potansiyel enerjilerinin azalması ve kinetik enerjilerinin ile dolayısı ile ısıнын artması ortaya çıkar. Her iki durumda da gazın toplam enerjisi değişmez. Gazların inversiyon ısılarına göre kimi genişirken soğutur, kimi de ısıtır. Örneğin inversiyon derecesi çok düşük olan Helyum genişirken ısıtır, inversiyon dereceleri yüksek olan oksijen, azot ve argon genişirken soğuturlar.

Daha çok petrokimya endüstrisinde gazların sıvılaştırılması sırasında kullanılan bu etki kriyogenik işlemler içinde idealdir. Sıvı oksijen, azot ya da argon gazları bu sıvılaştırma işlemi için ideal gaz olarak bilinirler. Böylece sıvılaştırılmış gazların depolanması ve transferi kolaylaşmış olur.

Gen terapisinde temel teknikler

Doç. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında Londra King's College'da fizyoloji doktorası yaptı. Halen Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilimdalı'nda öğretim üyesi olarak çalışıyor. Akademik uzmanlık ve ilgi alanı sinirbilim ve sinir rejenerasyonu olup aynı zamanda Sleep and Hypnosis ve Eastern Journal of Medicine dergilerinin yardımcı editörlüğü görevlerini yürütüyor. Evli ve üç çocuk babasıdır.

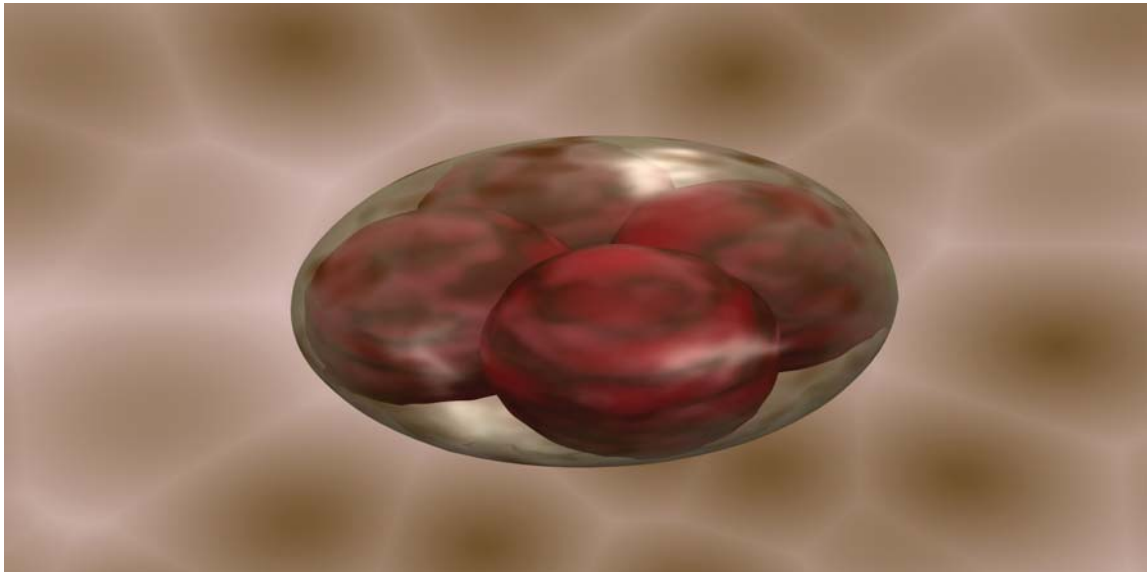
Gen terapisinin temel amacı, bozuk olan ve hastalık oluşturan genin yerine sağlamanın konmasıdır. Gen terapisinin hedefi somatik, yani bir vücut hücresi olabileceği gibi bir eşey hücresi, yani bir yumurta ya da sperm de olabilir. Şu an uygulamadaki terapiler, somatik hücrelere yönelik olup eşey hücreleri üzerinde çalışmak, etik ve hukuki kabul görmemektedir. Oysa eşey hücrelerinde yapılacak genetik düzeltmeler, doğacak çocukta genetik bir kusuru silebileceği gibi, ondan de-

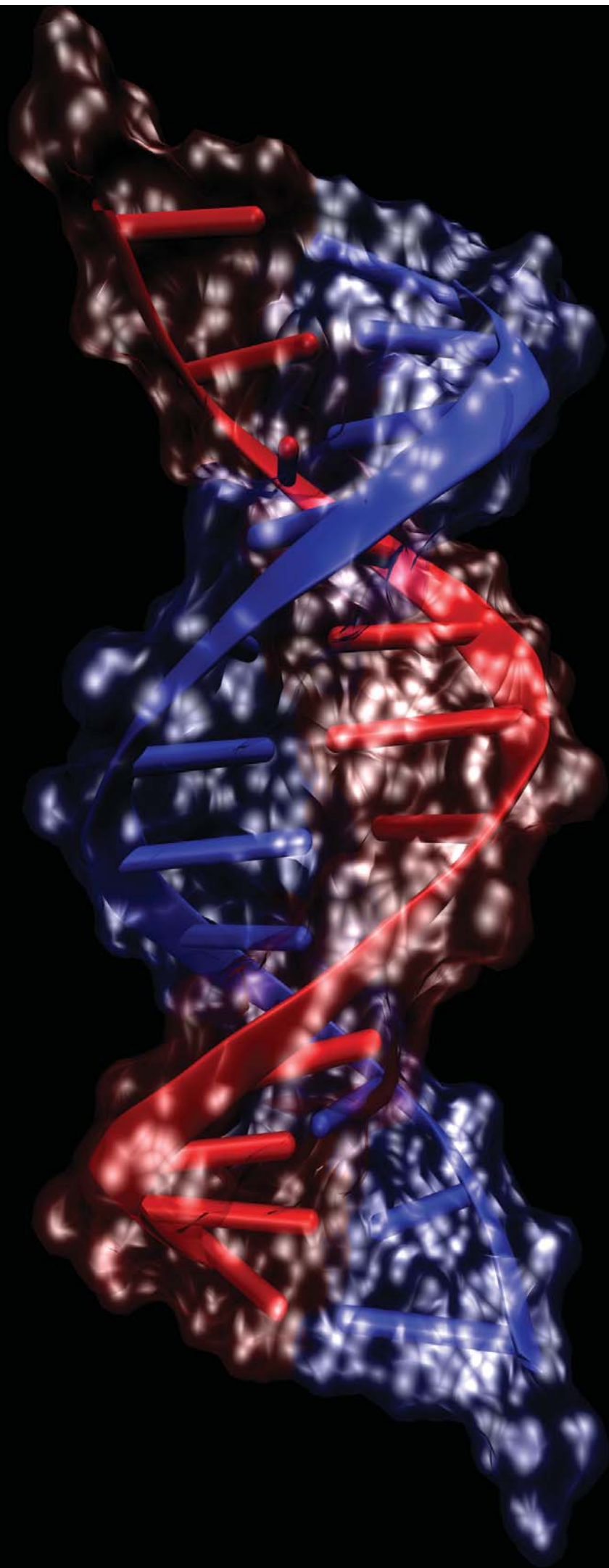
vam edecek nesilleri de hastalıktan koruyabilme potansiyeline sahiptir; bu ise kalıtsal hastalıkların eradikasyonu anlamına gelir.

İstenen genlerin hedef hücreye verilmesinde birkaç strateji uygulanabilir:

- En yaygın uygulama gen nakli, yani normal bir genin DNA içinde herhangi bir yere eklenmesi yoluyla eksik ya da bozuk genin yerine konmasıdır.
- 'Homolog rekombinasyon' adı verilen bir yöntemde, hücrenin kendi DNA'sını tamir edebilme yeteneğinden yararlanılır. Önce kusurlu geni

kromozom üzerinde bulabilecek çinko parmak adı verilen 'DNA kontrol proteinleri' bir araya getirilir, sonra bunlara DNA'yı kesebilecek bir endonükleaz eklenir. Bu kompleks harekete geçip kusurlu geni kestikten sonra, hücredeki doğal tamir mekanizması, aynı genin bir başka kromozomda bulunan kopyasını kullanarak bu kırığı tamir etmek isteyecektir. İşte tam bu sırada eğer hücreye dışarıdan sağlam bir gen verilmişse hücre bu homolog dizini de tamir için kullanabilmektedir. Yöntemde, hücre içine sağlam genin aktarılması elektrik şokuyla denenmiş, ancak daha sonra lentivirüslerle nakletmenin da-







Şu an uygulanan genetik terapiler, somatik hücrelere yönelik olup eşey hücreleri üzerinde çalışmak, etik ve hukuki kabul görmemektedir. Oysa eşey hücrelerinde yapılacak genetik düzeltmeler, doğacak çocukta genetik bir kusuru silebileceği gibi, ondan devam edecek nesilleri de hastalıktan koruyabilme potansiyeline sahiptir; bu ise kalıtsal hastalıkların eradikasyonu anlamına gelir.

ha etkin olduğu görülmüştür.

- Anormal gen, “seçici ters mutasyon” ile tamir edilerek normal fonksiyonuna döndürülebilir.
- Bir genin ürün verme özellikleri değiştirilir; bunun için genin açık ve kapalı kalma özelliklerinde oynamalar yapılır. Antisens oligonükleotidler ve siRNA tekniği hatalı genlerin ürün vermesini engellemek için kullanılabilir.

Kullanılan yöntemlerin çoğunda en kritik aşama sağlam genomun hedef hücreye aktarılmasıdır. Bu ise virüsler yardımıyla ya da alternatif bazı tekniklerle gerçekleştirilir.

Virüslerin gen naklinde kullanımı

Gen terapisinde vektör olarak en yaygın virüsler kullanılmaktadır. Virüsler, doğaları gereği genlerini insan hücre-

lerine ve hatta hücre genomuna sokabilme stratejilerine sahiptirler. Böyle bir virüse insan genleri yüklenir ve bu genler virüs tarafından hastalıklı hücrelere nakledilirse, eksik olan ya da patolojiyi düzeltici etki gösterebilecek bir proteinin sentezi ve sonuç olarak hastalığın tedavisi teorik olarak mümkün olacaktır.

Retro, adeno ve adeno-ilişkili virüsler gen terapisinde en sık kullanılan çeşitlerdir. Ayrıca kılıf proteinlerinin yapısıyla oynanarak enfektif yetenekleri değiştirilmiş yalancı tipli virüsler de yaygın olarak kullanılmaktadır.

Retrovirüslerin genetik materyali RNA formundadır ve hedef hücreye girdiklerinde reverse (ters) transkripsiyon işlemi ile önce RNA'larının DNA kopyalarını yapar, sonra bunları integras enzimi ile konak hücrenin genomuna katarlar. Böyle bir hücre bölündüğünde virüs geni, yeni hücrelere de geçecektir. Gen terapisinde eksik ya da bozuk olan gen, bir retrovirüsün genomuna eklenip hedef hücrelere, örneğin kanser hücrelerine aktarılabilir ve bu hücreler çoğalsa da artık bu genin ürünleri her yeni hücrede ortaya çıkabilir. Retrovirüs kullanmanın en önemli sakıncası integras enziminin, aktarılan geni hedef hücrenin genomunda herhangi bir yere yerleştirebilmesidir. Bunu yaparken işlem sırasında önemli bir geni orta yerinden tah-

rip edebilir; bu gen hücre bölünmesi kontrolü ile ilgiliyse kontrolsüz hücre bölünmesi ve sonuçta kanser ortaya çıkabilir.

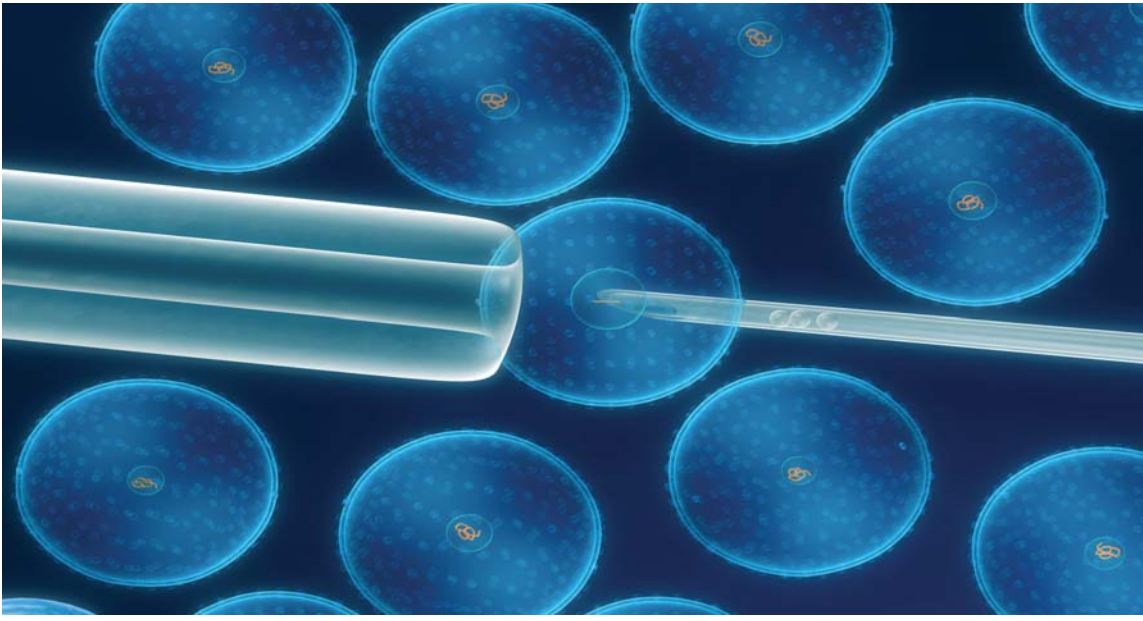
Adenovirüsler, biz insanlar gibi çift iplikli DNA içerirler. Ancak bunlar girdikleri hücrelerde kendi genlerini, konağın genlerine eklemek yerine DNA'larını çekirdek içinde serbest olarak bulundururlar. Hücre içinde protein sentezi için transkripsiyon (kopyalama) işlemi gerçekleşirken bu DNA'ların ürünleri de ortaya çıkar. Bu virüslerin, retrovirüsler gibi normal genomu bozma riski yoktur, ancak taşıdıkları DNA, bölünme sonrası yeni oluşan hücrelere aktarılamaz. Bu ise tedavi edici geni taşıyan adenovirüsün defaten ve büyük miktarlarda hastalıklı dokuya verilmesini gerektirmektedir.

Adeno-ilişkili virüsler porovirüs ailesindendir ve tek iplikli DNA'ya sahiptirler. Bu virüslerin en büyük avantajı genlerini her zaman 19. kromozomun sabit bir bölgesine eklemeleridir ki bu işlem herhangi bir patolojiye neden olmaz. Ayrıca bu virüsler nöronlar gibi bölünmeyen hücrelere de girebilmektedir. Öte yandan az miktarlarda DNA taşıyabilmeleri ve ilk insan deneylerinde immün sistemin bu virüslerle enfekte edilmiş hücreleri tanıması, adeno-ilişkili virüslerle tedavi potansiyelini kısıtlamaktadır.

Virüslerin hedef hücreleri tanıyabilmesi ve onlara tutunup içeri girebilmele-ri, yüzeylerinde bulunan kılıf proteinlerinin yapısıyla ilişkilidir. Bu kılıf yapısının değiştirilmesi ile bir virüsün tanıdığı hücre çeşitleri artırılabilir ya da azaltılabilir. Bu amaçla imal edilmiş, başka virüslerin kılıflarını ya da farklı melez proteinleri taşıyan pek çok viral vektör bulunmaktadır ve bunlara genel olarak “yalancı tipli virüsler” adı verilmektedir. Bu tekniğin en ileri uygulamalarından biri, virüs kılıfına hedef hücreleri tanıyacak bir antikör ek-

Uyuyan güzel transpozon sistemi

Transpozonlar, dolaşarak bir hücre içinde herhangi bir kromozom bölgesine yerleşebilen hareketli DNA sıralarıdır. Bunlara sıçrayıcı genler adı da verilmekte olup önce kendini transkripsiyonla RNA'ya; ardından reverse transkriptaz ile tekrar DNA'ya dönüştüren klas I, doğrudan transpozaz enzimleri ile kesilip başka bir yere kopyalanan klas II alt grupları bulunmaktadır. Uyuyan güzel transpozon sistemi, aslında milyonlarca yıldır inaktif olduğu (uyuduğu) düşünülen bir balık genidir. Amerikalı araştırmacı Perry Hackett, ilk olarak 1997 yılında bu genin insan kromozomuna başka genler katmakta bir araç olarak kullanılabileceğini gösterdi. Hackett daha sonra arkadaşları ile birlikte bu yöntemi ticari bir tedavi alternatifine dönüştürmeyi hedefleyen Discovery Genomics şirketini kurdu. Bugün 100'ü aşkın deneysel çalışma, bu sistemin kalıcı gen naklinde oldukça başarılı olduğunu ve virüs vektörleri kullanmanın getirdiği pek çok riski bertaraf ettiğini, böylece gen terapisinin geleceğinde önemli bir yer tutacağını göstermektedir.



lemektir ki buna popüler dilde “sihirli mermi” adı verilmektedir.

Viral olmayan gen nakil yöntemleri

Gen naklinde virüslerin kullanılmaması bir yandan daha düşük immünolojik reaksiyon avantajı sağlarken bir yandan da bol miktarda üretim yapma imkânı tanımaktadır. Başlangıçta düşük transfeksiyon başarı oranları bir sorun teşkil ederken, yeni bazı tekniklerle en az virüslerle olduğu kadar verimli sonuçlar alınmaktadır.

Elektrik şoku ya da gen tabancasıyla basınç uygulayarak DNA’yı çıplak olarak bir hücrenin genomuna sokmak mümkündür; ancak başarı oranı henüz oldukça düşüktür.

Bir başka yöntem, “Sleeping beauty (Uyuyan Güzel) Transpozon” sistemi, gen naklinde ümit vadeden, bir plasmidden istenen geni kesip kromozoma yerleştirme yeteneğine sahip nispeten daha yeni bir tekniktir.

DNA’nın lipozom tarzında bir lipid tabakasıyla kaplanarak hücreye verilmesi, çıplak verilmesine göre daha etkin bir yöntemdir. Katyonik lipidlerle kaplı bir plasmid DNA ki özel adı ‘lipopleks’ tir, çok az kayıpla hücre zarından endositoz ile içeriye alınabilir. Ancak şu an aşılması gereken sorun, hücre içindeki bu DNA’nın endozomlardan dışarıya çıkmasının sağlanmasıdır. Bunun için kompleks lipopleksler tasarlanmıştır. Lipopleksler, kanserli hücrelere tümör baskılayıcı genlerin aktarılmasında denenmiş ve ümit verici sonuçlar alınmıştır.

Dendrimerler oldukça büyük yuvarlak makromoleküllerdir ve yapılarıyla oynanabilmektedir. Bunların yüzeyleri katyonik hale getirildiğinde DNA ya da RNA’ya bağlanırlar ve beraber endositoz ile hücre içine alınırlar. Dendrimerler daha çok toksik yan etkileri olabilen katyonik lipidlere alternatif

olarak düşünülmektedir. Bu tekniğin önündeki en büyük engel dendrimerlerin tasarım ve üretiminin çok külfetli olmasıdır.

Farklı yöntemlerin bir arada kullanıldığı tekniklerle, örneğin virozom adı verilen lipozom ve inaktif bir virüsü içeren vektörlerle bazı durumlarda başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Gen terapisinin önündeki teknik engeller

Bu ümit vadeden tekniğin önündeki en önemli engellerden biri, terapinin etkisinin kısa vadeli olmasıdır. Özellikle adenovirüslerin hücre genomuna eklenmemesi, bunların etkin kaldıkları süreyi oldukça kısaltmaktadır. Ayrıca geni alan hücrelerin mümkün oldukça uzun yaşaması ve sağlam kalması zorunluluğu vardır. Bu faktörler, terapi seanslarının sayısının çok fazla artmasına neden olmaktadır.

Vücuda giren her türlü yabancı maddede, özellikle viral yapıda olanlar, immün sistemi harekete geçirir. Bu, gen nakillerinde, özellikle çok sayıda tekrar eden uygulamalarda verilen genetik materyali alan hücrelerin savunma sistemi tarafından ortadan kaldırılmasıyla sonuçlanabilmektedir.

Vektör olarak virüslerin kullanılması-nın getirdiği risklerden daha önce bahsedilmişti. Özetle, vektörlerin istenilen kromozoma ve bölgeye yönlendirilememeleri, beraberinde tehlikeli mutasyon olasılıklarını gündeme getirmektedir ki bunun en ciddi olanı kanserlerdir. Nitekim geçen sayımızda anlattığımız gibi adenovirüslerle yapılan klinik denemelerde, terapi alan bazı hastalarda lösemi ortaya çıkmıştır. Bunun dışında immün sistem aktivasyonu, iltihabi reaksiyon ve inaktive edilmiş virüsün tekrar hastalık yapabilme yeteneği kazanması diğer önemli risklerdir.

Gen terapisinin en uygun hedefi, tek

Bu ümit vaat eden tekniğin önündeki en önemli engellerden biri, terapinin etkisinin kısa vadeli olmasıdır. Özellikle adenovirüslerin hücre genomuna eklenmemesi, bunların etkin kaldıkları süreyi oldukça kısaltmaktadır. Ayrıca geni alan hücrelerin mümkün oldukça uzun yaşaması ve sağlam kalması zorunluluğu vardır. Bu faktörler, terapi seanslarının sayısının çok fazla artmasına neden olmaktadır.

gen kusuruna bağlı bozukluklardır. Oysa potansiyel olarak terapi kapsamına girebilecek kalp hastalıkları, hipertansiyon, alzheimer ve diyabet gibi hastalıklar pek çok genin ortak katılımıyla ortaya çıkan durumlardır. Bunlara yönelik multigen terapileri henüz gerçekleştirilmekten uzaktır.

Su, temizlik aracı mı, hastalık nedeni mi?

Dr. Esra Agel



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

Su, hayatın varlığı ve devamlılığı için vazgeçilmez bir kaynaktır. İnsanların en önemli haklarından biri de sağlıklı içme ve kullanma suyuna sahip olmaktır. Dünya nüfusunun yaklaşık % 20'si güvenilir olmayan içme suyu kullanmakta, 300 milyon insan su sıkıntısı içinde yaşamaktadır. Su sıkıntısının 2050 yılında dünya nüfusunun 2/3'ünü etkileyeceği tahmin edilmektedir. Dünya içme sularının % 60'ı ABD, Çin, Endonezya gibi 10 ülke tarafından kullanılmaktadır.

Bir litre atık su, sekiz litre tatlı suyu kir-

letir. Yeryüzündeki kirlenmiş su miktarı 12.000 kilometre küptür ve bu miktar, dünyanın en büyük on nehrinde bulunan tatlı su miktarından daha fazladır. Su kirliliğinin nüfus artış hızıyla birlikte artması durumunda, 2050 yılına kadar dünya çapında 18.000 kilometre küplük tatlı su kaybedilmiş olacaktır. Türkiye'nin kullanılabilir su potansiyeli 110 milyar metreküp olup bunun yüzde 16'sı içme ve kullanma amaçlı, yüzde 72'si tarımsal sulama amaçlı, yüzde 12'si sanayi amaçlı tüketilmektedir. Türkiye, son 40 yıl içerisinde üç Van Gölü büyüklüğüne denk gelen 1.300.000 hektar sulak alanını kaybetmiştir

Dünya nüfusu geçtiğimiz yüzyılda üç

kat artmıştır. Aynı dönemde su kullanımı ise altı katına çıkmıştır.

Bir ülkenin su zengini olabilmesi için kişi başına düşen yıllık ortalama su miktarının en az 10.000 metre küp olması gerekir. Kişi başına yılda ortalama 92.000 metreküp su düşen Kanada, su zenginliğinde birincidir. Kişi başına 138 metreküp su düşen Ürdün ve 124 metre küp su düşen İsrail en az suyu bulunan ülkelerdir.

Türkiye, kişi başına düşen yıllık ortalama 1.430 metreküp su ile su yoksulu bir ülkedir. Gelişmiş ülkelerde doğan bir çocuğun tükettiği su miktarı, gelişmekte olan ülkelerde doğan bir çocu-



gün tükettiğinin 30 ile 50 kat daha fazlasıdır. Nil nehrinin % 84'ünü barındıran Etiyopya, 12 milyon kişinin açlık çektiği, suya muhtaç bir ülkedir.

Gana'da yaşayan birinin yıllık su tüketimi, Amerika'da yaşayan bir kişinin yıllık su tüketiminden 300 kat azdır. Kanada'da bir insanın günlük su tüketimi 150-200 litredir. Çad, Nijer ve Mali'de ise günlük su tüketimi 10 litreyi geçmemektedir. Bu miktar modern tuvaletlerin sifonlarında bir seferde tüketilen su miktarına denktir. Üç Asyalıdan biri sağlıklı içme suyundan mahrumdur. İki Asyalıdan biri ise temiz ve sağlıklı yaşam koşullarından mahrumdur.

2 milyar insanın içme suyu tehlikede...

Uluslararası Kar ve Buz Komisyonu ve Hindistan'ın Yeni Delhi kentindeki Jawaharlal Nehru Üniversitesi Çevre Bilimleri Okulu'na göre; Himalayalar'daki buzullar dünyanın diğer yerlerindeki buzullardan çok daha fazla eriyerek çekiliyor. Erime bu hızla devam ederse, bu buzulların 2035 yılına kadar yok olması büyük bir olasılık... Dünya nüfusunun üçte biri olan 2 milyardan fazla insanın, içme suyu bulabilmesi Himalayalar'dan kaynaklanan ırmaklara bağlıdır. Eğer Himalaya buzulları ortadan kalkarsa, bunun çok yıkıcı etkileri olacaktır.

Yeryüzündeki tüm hastalıkların hemen hemen yarısı sularla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Su ile bulaşan hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı problemidir. Gelişmekte olan ülkelere; atık suların ancak % 5'inin arıtılabilmesi, endüstriyel ve evsel atıkların çevreye, akarsulara ve yeraltı sularına denetimsiz bir şekilde verilmesi de ayrı bir sorundur. Toplumdaki aktif hastaların ya da taşıyıcıların bağırsaklarındaki patojen mikroor-

ganizmalar dışkı ile suya geçmekte ve sonuçta su, enfeksiyon kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür suların içilmesi, gıda hazırlamada kullanılması, banyo yapılması, hatta inhale edilmesi enfeksiyon gelişebilmektedir.

200 milyon insan kirli sulardan kaynaklanan hastalıklara yakalanmakta, 2 milyon insan bu nedenle ölmekte ve her 8 saniyede 1 bebek hayatını kaybetmektedir.

Kuraklığın suyla bulaşan hastalıklara ortam hazırlaması garip gelebilir. Oysa kuraklık döneminde biriktirilmiş içme suyu rezervlerine mikrop bulaşması olağandır. Dahası, kuraklık süresince temiz su bulmanın zorlaşması yüzünden, kolera veya humma yüzünden çok miktarda su kaybetmiş kişinin iyi bir hijyen ve yeterli hidrasyonu sağlaması mümkün olmaz. Ayrıca küresel ısınma, vektörlerce taşınan hastalıkların görülme olasılığını da artırmaktadır.

1997 ve 1998'de, Afrika'nın Horn buruna Hint Okyanusu'ndan gelen sıcak hava dalgasının getirdiği yağmurlar, küresel ısınmaya bağlı sellerin insanları nasıl etkileyebildiğine dair örnekler sunar. Bu yıllarda, bölgede yoğun yağışlar sonrası kolera ve sıvrisineklerin bulaştırdığı sıtma türü enfeksiyonlar görülmüştü. Dünyanın batısında ise, Kasım 1998'de Orta Amerika'da üç günün sonunda hızı kesilen Mitch kasırgası Karayipler'den gelen sıcak hava dalgasıyla şiddetlenerek fırtınaya dönüştü. Sele dönüşen yağış en aşağı 11.000 kişiyi öldürdü. Hemen sonrasında, Honduras'da binlerce kolera, sıtma ve Dang humması vakası bildirildi. Aynı yılın Şubat ayında, dinmek bilmeyen yağmur ve bir dizi kasırga sonucunda Afrika'nın güneyinde sel felaketi yaşandı. Mozambik ve Madagaskar'da yüzlerce kişi öldü, kolera ve sıtma salgını tehlikesiyle binlercesi göç etmek zorunda kaldı. Bu tür felaketler etkili oldukları bölgelerde



Toplumdaki aktif hastaların ya da taşıyıcıların bağırsaklarındaki patojen mikroorganizmalar dışkı ile suya geçmekte ve sonuçta su, enfeksiyon kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür suların içilmesi, gıda hazırlamada kullanılması, banyo yapılması, hatta inhale edilmesi enfeksiyon gelişebilir.

ekonomik gelişmeyi ve gelişmeye eşlik eden halk sağlığı hizmetlerini büyük oranda baltalamaktadır.

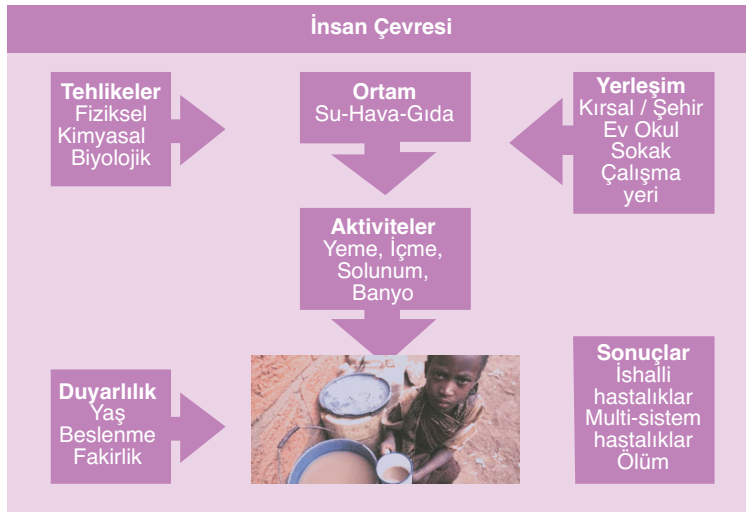
Su ile bulaşan hastalıklar, bulaşma yolları dikkate alınarak dört ana grupta değerlendirilebilir:

1. Suyun biyolojik yönden niteliğinin kötü olmasına bağlı hastalıklar,
2. Su yetersizliğinden veya su bulunmayışından kaynaklanan hastalıklar,
3. Suyun kimyasal yönden niteliğinin kötü olmasına bağlı hastalıklar,
4. Su ile bağlantılı vektörlerle bulaşan hastalıklar.

1. Suyun biyolojik yönden niteliğinin kötü olmasına bağlı hastalıklar

Özellikle ılıman ve sıcak iklimlerde insan ve hayvan dışkı ile kirlenen suda mikroorganizmalar rahatlıkla taşınır. Aynı su şebekesinden çok kişinin yararlanması ve bakteriyi alması nedeniyle patlama tarzında salgınlar ortaya çıkar. Korunma yöntemi suyun niteliğinin iyileştirilmesidir.

- Kolera,
- Tifo,
- Diğer ishalli hastalıklar,
- Hepatit A,





Kendimizi ve çevremizi bulaşıcı hastalıklardan koruma amacıyla almamız gereken önlemlerin başında el yıkama gelir. Elleri sabunla köpürterek ve ovalayarak yıkamak en iyi temizlik yöntemidir. Kalabalık yerlerde sıvı sabun kullanılmalıdır.

- Hepatit E,
- Şistosomiazis,
- Leptospirosis.

2. Su yetersizliği ve kötü kişisel hijyene bağlı hastalıklar

Suyu yetersiz olan yerlerde kişisel hijyenin sürdürülmesi güçleşir. Vücudun, yiyeceklerin, mutfak kaplarının ve giysilerin yıkanamaması nedeniyle hastalıkların bulaşma ihtimali artar.

- Deri enfeksiyonları: Skabies, impetigo
- Oftalmik enfeksiyonlar: Konjunktivit, trahom
- Bit kökenli hastalıklar: Tifüs

3. Suyun kimyasal yönden niteliğinin kötü olmasına bağlı durumlar

Zehirlenme

4. Su ile bağlantılı vektörlerle bulaşan hastalıklar

Durgun su birikintilerinin ortadan kaldırılması ve suyun borularla taşınması ile önenebilir.

- Sıtma
- Dengue humması
- Onchocerciasis
- Sarıhumma
- Japon ensefaliti

Bu hastalıklara ait ortak özellikler

1. Bulaşma genellikle fekal-oral yolla olmaktadır.
2. Yaygın epidemilere neden olurlar. Özellikle su ile yayılma olursa patlama şeklinde salgınlar görülebilir.
3. Belirli iklim koşullarını ve özellikle de kötü hijyen koşullarını severler.
4. Yaz aylarında daha sık görülürler.
5. Ekonomik ve sosyal şartların kötü olduğu yerlerde daha çok görülürler.

Sularla ilişkili hastalıkların en önemlileri şunlardır:

- Kolera
- Hepatit
- Tifo ve Paratifolar
- Sıtma
- Trahom
- Schistosomiasis
- Onchocerciasis
- Dracunculiasis

Suların kirlenme nedenleri ve kaynakları

Su kirliliği: Su kaynağının fiziksel, kimyasal, bakteriyolojik, radyoaktif ve ekolojik özelliklerinin olumsuz yönde değişmesi şeklinde gözlenen ve doğrudan veya dolaylı yoldan biyolojik kaynaklarda, insan sağlığında, su ürünlerinde, su kalitesinde ve suyun diğer amaçlarla kulla-

nılmasında engelleyici bozulmalar yaratacak madde ve enerji atıklarının boşaltılmasını ifade etmektedir.

Evlerden ve endüstrilerden kaynaklanan atık sularla su kaynaklarının kirlenmesi onların sadece estetik olarak görünüşünü bozmakla kalmaz; aynı zamanda hastalık yapan patojen mikroorganizmalarla ve suya geçen bazı ağır metal tuzları ile de suyun kirlenmesine, hastalık risklerinin oluşmasına da neden olur.

Yeraltı depolama tanklarından sızıntılar, tarımsal akıntılar, elverişsiz endüstriyel uygulamalar, madencilik uygulamaları, atık kimyasalların toprak altına enjeksiyonu, korozif sular en önemli kirlenme kaynakları olarak belirlenmektedir.

Evsel kirlenme etkenlerinin başında lağım ve çöpler gelir. Lağımın genellikle insan dışkı ve idrarını içermektedir. Günümüzde geliştirilen bazı araçlar çöplerin öğütülerek lağım sularına verilmesi sağlanmaktadır.

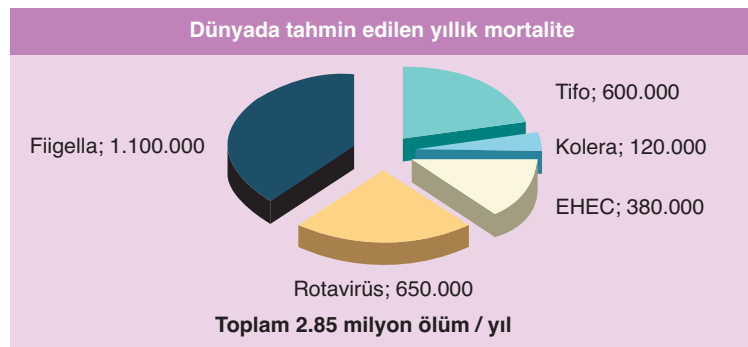
Büyük oranda organik atığın su kaynaklarımıza girmesi bakteri miktarının artmasına neden olur. Organik maddelerin bakteriler tarafından parçalanması ise oksijen kullanımını artırır. Sonuçta ortamda bulunan oksijen miktarının azalmasına bağlı olarak sularda yaşayan canlılar ölür.

Kırsal kesimdeki evlerde şebeke suyunun bulunmadığı durumlarda kuyu sularından yararlanılabilmektedir. Kuyuların sağlığa uygun yapılmaması, yağmur suları ve diğer akıntılarla kuyuların kirlenmesine neden olabilir.

Eğer kuyular tuvaletlere yakın olarak yapılacak olursa helâ çukurlarından sızan kirlenme etkenleri suyun kirlenmesine neden olabilir. Bu nedenle kuyu sularının ağız kısımlarının yerden 50 santimetreden az olmayacak biçimde yükseltilmesi, çevresine sızıntıları engelleyecek bir çimento bölge yapılması, eğimli arazilerde tuvaletlerden yukarı seviyeye yapılması gerekmektedir.

Şebeke suyu ulaşan evlerde, şebeke-deki boru bağlantılarının sızdırmaz özellikte yapılması gerekmektedir. Şebeke borularının kanalizasyon borularıyla aynı çukurdan götürülmemesi, bu mümkün olamıyorsa şebeke borularının üstünden ve en az arada 60 santimetre uzaklık bulunacak biçimde geçirilmesi gerekir.

Su ile bulaşan hastalıklarda en önemli sorun alt yapı sorunlarıdır. Su teminindeki güçlük, dağıtım sistemindeki aksaklıklar, bireysel olarak eğitimin yetersizliği, kişisel hijyen kurallarına uyulmaması da önemli rol oynamaktadır. Su ile bulaşan hastalıklarda su kaynağının kir-



lenmesi toplumun önemli bir kısmında hastalık oluşturan salgınlar yapabileceği gibi büyük ekonomik kayıplara neden olacaktır. Bu nedenle toplum suyun kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir.

Su kirlenmesi:

- İnorganik, organik atıklar
- Ağır metaller
- Arsenik, flor
- Hormonlar
- Pestisitler
- Herbisitler
- Karsinojenikler: DDT
- İnsan dışkısı
- Hayvan dışkısı

Suyun dezenfeksiyon yöntemleri

Fiziksel ve kimyasal yöntemlerle hastalık yapıcı mini canlılardan arındırma işlemlerine 'dezenfeksiyon' denmektedir. Su hastalık yapıcı ve kirlilik nedeni olan mini canlılardan arındırılmalıdır.

Suların bu gibi tehlikeleri yaratabilmesini önleyebilmek için sudaki bütün hastalık

Su içilmesi sonucu bulaşan etkenler ve yaptıkları hastalıklar

ETKEN	KAYNAK	KULUÇKA DÖNEMİ	KLİNİK	SÜRE
VİRÜSLER				
Astrovirus	İnsan dışkısı	1 - 4 gün	Akut gastroenterit	2-3 gün, bazen 1-14 gün
Calicivirus	İnsan dışkısı	1 - 3 gün	Akut gastroenterit	1-3 gün
Enterovirus'lar	İnsan dışkısı	3 - 4 gün	Ateşlenme, solunum sistemi hastalığı, menenjit, konjunktivit, ishal, ensefalit	Değişken
Hepatit A virüsü	İnsan dışkısı	15 - 50 gün	Ateş, bitkinlik, sarılık, karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık	1-2 hafta, birkaç ay
Hepatit E virüsü	İnsan dışkısı	15 - 65 gün	Ateş, bitkinlik, sarılık, karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık	1-2 hafta, birkaç ay
Norwalk ve benzeri virüsler	İnsan dışkısı (kontamine yüzey suları)	1 - 2 gün	Bulantı ve kusmanın baskın olduğu akut gastroenterit	18-48 saat
Rotavirüs Grup A	İnsan dışkısı	1 - 3 gün	Bulantı ve kusmanın baskın olduğu akut gastroenterit (genellikle çocuklarda)	5-7 gün
Grup B	İnsan dışkısı	2 - 3 gün	Akut gastroenterit, kolera gibi (genellikle erişkinlerde)	3-7 gün
BAKTERİLER				
A. hydrophila	Tatlı su		Sekretuar ishal	
C. jejuni	İnsan ve hayvan dışkısı	3 - 5 gün	Akut gastroenterit (genellikle kanlı mukuslu)	1-4 gün, bazen >10 gün
EHEC	İnsan ve hayvan dışkısı	3 - 8 gün	Sekretuar, sonra aşırı kanlı ishal, kusma	1-12 gün
EIEC	İnsan dışkısı	12 - 78 saat	Ateşli dizanteri tablosu	1-2 hafta
ETEC	İnsan dışkısı	1 - 3 gün	Aşırı sulu kolera benzeri ishal	3-5 gün
EPEC	İnsan dışkısı	1 - 6 gün	Aşırı sulu ishal	1-3 hafta
P. shigelloides	Tatlı yüzey suları, balık, kabuklular, vahşi ve evcil hayvanlar	1 - 2 gün	Kanlı, mukuslu ishal, karın ağrısı, bulantı, kusma	11 gün
Salmonella spp.	İnsan ve hayvan dışkısı	8 - 48 saat	Fazla miktarda sulu dışkılama (bazen kanlı)	3-5 gün
S. typhi	İnsan dışkısı ve idrarı	7 - 28 gün	Ateş, bitkinlik, baş ağrısı, bulantı, kusma, karın ağrısı, ateşli dizanteri	Haftalar, aylar
Shigella	İnsan dışkısı	1 - 7 gün	Sekretuar ishal, kusma, hızlı dehidratasyon	4-7 gün
V. cholerae	İnsan dışkısı	9 - 72 saat	Karın ağrısı, mukuslu bazen kanlı ishal, ateş	3-4 gün
Y. enterocolitica	Hayvan dışkısı ve idrarı	2 - 7 gün		1-21 gün
PARAZİTLER				
Giardia lamblia	İnsan ve hayvan dışkısı	5 - 25 gün	Karın ağrısı, şişkinlik hissi, gaz, bol-yagli dışkılama	1-2 hafta, aylar/yıllar
Entamoeba histolytica	İnsan dışkısı	2 - 4 hafta	Karın ağrısı, bazen kanlı-mukuslu ishal	
Balantidium coli	İnsan ve hayvan dışkısı	1 - 2 hafta	Karın ağrısı, bazen kanlı-mukuslu ishal	
Cryptosporidium spp	İnsan ve hayvan dışkısı		Bol sulu ishal	4-21 gün

yapıcı etkenlerin yok edilmesi gerekir.

İçme ve kullanma sularının dezenfeksiyonu kaynaktan, depoda, depo girişi ve çıkışında ya da pompalama merkezinde yapılabilir. Kaynağın tipine göre dezenfeksiyon araç ve gereçleri değişiklik gösterir.

Seçilecek dezenfeksiyon yöntemi önemlidir. Sürekliliği sağlanabilmeli, kolay uygulanabilmeli ve ucuz olmalıdır. Toplum bireyleri tarafından kabul edilebilmelidir. Ülkemizde suların büyük ve sistematik olarak dezenfeksiyonunda klorlama ile dezenfeksiyon yöntemi seçilmiştir. Bu yönetmelik esaslarına bağlanmıştır.

Normalde belirli bir dozda dezenfektan madde uygulaması yeterli olabilirken özel durumlarda bu yeterli olmayabilir.

Bu durumda sulara kullanılan dezenfektan maddenin dozunun artırılması gerekebilir. Buna süper dezenfeksiyon denir. Süper klorinasyonu buna örnek olarak verebiliriz.

Suyun kalitesi denilince üç özelliği akla gelir. Bunlar fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik özellikleridir.

İnsani tüketim amaçlı sular hakkında yönetmelik emirleri doğrultusunda sağlıklı su temini yerel yönetimlere (İl Özel İdarelerine, Belediyelere, Köy Muhtarlıklarına) verilmiş olup, bu kuruluşlar bölgelerinde yaşayan nüfus yoğunluğuna göre sağlıklı su temin etmek zorundadırlar.

Sağlık Ocağında görevli personelin içme ve kullanma sularının klorlanması kesintisiz olarak yapılmasını sağla-

ması en önemli görevlerinden birisidir. Su şebekesinin en ucunda 0,5 ppm.'in üzerinde, süper klorlamada ise 1 ppm. ve üzerinde klor saptanmalıdır. İçme ve kullanma sularının içerisindeki klor miktarı, şebekenin değişik yerlerinden ölçülür. Herhangi bir azalma söz konusu olduğunda belediye ve klorlama ile ilgili kişilerin haberdar edilmesiyle klorlamanın etkin olarak sürdürülmesini sağlamak zorunludur.

Suyun temizliğinden emin değilsek

Kesinlikle kaynatılmadan içilmemelidir. Şehir şebekesindeki sular bilimsel olarak klorlanmalıdır. Kuyu ve akarsulardan sağlanan sular sodyum hipoklorit ile dezenfekte edilmelidir. Sodyum hipoklorit; çamaşır sularının içinde ortala-

Su teması sonucu bulaşan etkenler ve yaptıkları hastalıklar

ETKEN	KAYNAK	KULUCKA DÖNEMİ	KLİNİK	SÜRE
VİRÜSLER				
Adenovirüs (1,3,7,14 serotipleri)	İnsanlar (göller ve yüzme havuzlarından)	4 - 12 saat	Konjunktivit, farenjit, ateş	7 - 15 gün
BAKTERİLER				
A. hydrophila	Tatlı ve acı sular	8 - 48 saat	Yara enfeksiyonları	Haftalar, aylar
Legionella	Tatlı sular, toprak	Lejyoner hastalığı (2 - 14 gün) Pontiak ateşi (5 - 66 saat)	Lejyoner hastalığı; iştahsızlık, bitkinlik, myalji, baş ağrısı, öksürük, göğüs-karın ağrısı ve ishal Pontiak ateşi; ateş, ürperme, myalji, baş ağrısı.	Lejyoner hastalığı (haftalar, aylar) Pontiak ateşi (2 - 7 gün)
Mycobacterium sp.	Deniz veya hafif acı sular, tatlı sular	2 - 4 hafta	Deri veya subkutan doku lezyonları	Aylar
Pseudomonas spp.	Su		Dermatit, kulak enfeksiyonu, konjunktivit	
Vibrio spp.	Deniz suyu	4 - 48 saat	Akut gastroenterit, yara enfeksiyonları, sepsisemi	3 - 4 gün
Clamydia trachomatis			Yüzme havuzu konjunktiviti	
ALGLER				
Cyanobacteria	Deniz suyu ve tatlı sulardaki alg toplulukları	Birkaç saat	Dermatit	
PROTOZOONLAR				
Naegleria fowleri	Ilık iklimlerde tatlı su, toprak, çürümüş bitkiler	3 - 7 gün	Meningoensefalit, baş ağrısı, iştahsızlık, kusma	10 gün
Acanthamoeba	Sular		Deri altı apseler, konjunktivit	8 gün, aylar
PARAZİTLER				
Schistosoma	İnfekte hayvan ve kuşların dışkı ve idrarı	Birkaç dakika, saat	Dermatit, batma hissi, kaşıntı	Yıllar

ma %5 oranında bulunmaktadır. Bu tür çamaşır sularından 1 lt. suya 2-3 damla veya 1 teneke suya 1 çorba kaşığı ilave etmek içme sularının dezenfeksiyonu için yeterlidir. Bireysel klorlama piyasada bulunan ve eczanelerde pazarlanan klor tabletleri ile de yapılabilir. Kutu içindeki tarife göre belirtilen miktarda suyun içine tablet atılır ve yarım saat beklenilerek içilebilir. Seyahatlerde ve geçici yerleşimlerde kişilerin kendilerini koruması açısından pratik bir uygulamadır.

Normalde belediye yerleşim yerlerinde sular düzenli olarak klorlanmaktadır. Ancak su kesintilerinde, tamiratlarda ve aşırı yağış sonunda yapılan klorlama yeterli olmadığından kirlenme olabilir. Bu durumda sular yukarıdaki işlemlere tabi tutularak içilmelidir.

Çiğ sebze ve meyveler yenilmeden önce 1/5.000'lik permanganat solüsyonunda 15 dakika veya hipoklorit solüsyonunun 10 misli yoğun hazırlanmış solüsyonunda yarım saat bekletilmeli ve daha sonra iyice çalkalanmalıdır.

Kanalizasyonlar ile irtibatlı deniz, göl ve nehirlerden sağlanan midye, istiridye ve balık gibi su ürünlerinin de koleranın bulaşmasında önemli rol oynadığı unutulmamalıdır.

Kanalizasyon olmayan yerlerde sızdırmaz tip helâ çukurları açılmalı; bu tür çukurların yakınında kuyu açılması engellenmelidir. Su kuyuları ile foseptikler arasında en az 30 m. mesafe olmalıdır.

Sinek ve hamam böceği gibi mekanik taşıyıcılık yapan artropodlarla etkili mücadele yapılmalıdır. Portör taraması yapılmalı; portör olarak kabul edilen kişilere bir günde oral yolla 8 gr. streptomisin verilerek bulaştırmaları engellenmelidir.

Eğitim

Salgınlar sırasında toplum aydınlatılmalı, hastalığın bulaşma yolları hakkında bilgi verilmelidir. Salgınlar sırasında halka, karışık gıdalar almamaları, alkolü içeceklerle mide asiditelerini bozmamaları önerilmelidir. Büyük salgınlarda okulların kapatılması, gereksiz seyahatlerin önlenmesi ve kolerall bölgeye gidip gelenlerin sınırlarda ciddi bir şekilde kontrol edilmeleri gereklidir.

Bazı hijyen kuralları

Başkalarının (hastaların) kan, tükürük, idrar, dışkı gibi atıkları ile doğrudan temas etmemeye özen gösterilmeli; eldiven giyilmelidir. Hastaların kullandığı malzemeler, öncelikle kirleri temizlendikten sonra sabunlu su (veya deterjan) ile iyice yıkanmalı; durulama sonrası dezenfektan solüsyon içinde bek-

letilmelidir. İdrar veya dışkı ile bulaşmanın muhtemel olduğu hallerde, mümkünse hastalık iyileşene kadar hastanın kullanacağı tuvalet (klozet) ayrılmalıdır. Tuvalet tek ise, hastanın her kullanımından sonra bir dezenfektanla temizlenmelidir. Tarak, jilet, diş fırçası, şapka, iç çamaşırı, yatak takımları gibi özel eşyalar ortak kullanılmamalı, risk altındaki kişiler aşılmalıdır. Özellikle çocukluk çağı hastalıklarını ve Hepatit B'yi geçirmiş kişiler ile sağlık personelinin aşılarmaları gereklidir.

Kuru ve temiz yerlerde mikroplar uzun süre barınmaz!

Bu nedenle hiçbir zaman ortamı kirli ve nemli bırakmayınız! Temizlik ve bulaşık bezlerini kapalı ortamda ıslak ve sıkı halde bırakmayınız, daima açarak havadar bir yere asınız ve kuru muhafaza ediniz!

El yıkama

Kişisel korunma önlemleri su ile bulaşan hastalıklarda çok önemlidir. En önemli kişisel korunma yöntemi el yıkamadır. Yemekten önce, tuvaletten sonra, gıdaları elmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır. Kendimizi ve çevremizdeki insanları bulaşıcı hastalıklardan koruma amacıyla almamız gereken önlemlerin başında el yıkama gelir. Elleri sabunla köpürterek ve ovalayarak yıkamak en iyi temizlik yöntemidir.

Kalabalık yerlerde mümkünse sıvı sabun kullanılmalı veya sabunluklar süzgeçli olmalıdır. Toplu yaşam mahallerindeki lavabolarda elleri iki kez sabunlamakta yarar vardır.

Sabunluğa bırakılmadan önce sabun, suyun altına tutularak köpüğü akıtılmalıdır.

Sonuç olarak;

Türkiye'nin coğrafi konumu nedeni ile bir geçiş yolu olması, komşu ülkelerde savaşın devamı, suyun olmadığı bölgelerde kötü hijyen koşulları, ülkemizde her zaman su kaynaklı bir salgının ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

Sağlıklı, temiz su tüketimi, salgın hastalıklardan korunmada ve hastalıkların tedavisinde uygulanacak en iyi yöntemdir.

Suların arıtılması ve dezenfeksiyonu, sağlıklı bir atık hijyeni sağlanması, sağlık ve hijyen konularında eğitim verilmesi su ile bulaşan enfeksiyonları azaltacaktır.

Yaşamın devamı açısından suyun ne denli önemli bir kaynak olduğu bilinciyle, bizden sonraki kuşaklara sağlıklı içme suyu ve yaşanabilir bir çevre bırakmamız konusunda bizlere çok büyük görevler düşmektedir.



Kaynaklar

Erlandsen, S.L., L.A. Sherlock, W.J. Bemrick, H. Ghobrial and W. Jakubowski. 1990. Prevalence of *Giardia* spp. in beaver and muskrat populations in northeastern states and Minnesota. *Appl. & Envir. Micro.*, 56: 31-36.

Geldreich, E.E., K.R. Fox, J.A. Goodrich, E.W. Rice, R.M. Clark, and D.L. Swerdlow. 1992. Searching for a water supply connection in the Cabool, Missouri disease outbreak of *E. coli* 0157:H7. *Wat. Res.*, 26: 1127-1137.

Bartram, J., Fewtrell, L. and Stenström, T.-A. (2001) Harmonised assessment of risk and risk

management for water-related infectious disease: an overview. In *Water Quality:*

Guidelines, Standards and Health; Assessment of Risk and Risk Management for Waterrelated Infectious Disease (ed. L. Fewtrell and J. Bartram), IWA Publishing, London, on behalf of the World Health Organization, Geneva.

Billy, T.J. (1997) HACCP and Food Safety — Application in a Mandatory Environment.

Remarks delivered before the World Congress on Meat and Poultry Inspection, 10 June,

Kosek, M., Bern, C. and Guerrant, R.L. (2003) The global burden of diarrhoeal disease, as

estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull. W. H. O.* 81(3), 197-204.

Mead, P.S., Slutsker, L., Dietz, V., McCaig, L.F., Bresee, J.S., Shapiro, C., Griffin, P.M. and

Tauxe, R.V. (1999) Food-related illness and death in the United States. *Emerg. Infect. Dis.* (5), 607-625.

Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (ed.) (1996) *The Global Burden of Disease*, vols. 1 and 2.

Harvard School of Public Health, Cambridge, MA, on behalf of the World Health

Organization, Geneva, and The World Bank, Washington, DC.

http://www.who.int/water_sanitation_health/

<http://www.kureselfelaket.com/>

<http://www.bianet.org/>

<http://www.saboces.gen.tr/>

Organ nakli yasa tasarısı üzerine...

Dr. Mustafa Hasbahçeci

Halen yürürlükte olan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun, Sağlık Bakanlığı tarafından kapsamlı bir şekilde değiştirilerek, organ nakli uygulamalarının yaygınlaşması hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda kamuoyunun daha önce değişik yollardan haberdar olduğu bir taslak metin hazırlanıp, bazı sivil kuruluşlardan görüşler talep edilmişti.

Hazırlanan taslak metin incelendiğinde, yürürlükte olan organ nakli ile ilgili Kanun ve 24066 sayılı Yönetmelikten bazı önemli farklılıklar içerdiği gözlemlenmektedir. Bu farklılıkların can alıcı noktası ise, Bakanlığın kadavra ya da canlıdan ne şekilde olursa olsun, organ nakli ile ilgili her bir uygulamayı artırmak ve organ nakli uygulamalarında merkezi denetim rolünü üstlenmek istemesidir.

Yeni taslak metin maddeleri ile ilgili bazı değerlendirmeler yapmak mümkündür:

1. Kadavra donörün bağış tutanağında imzası bulunan yakınına, olanaklar dahilinde sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanma hakkı tanınması: Metinde yer alan “öncelikle yararlanma” hakkının ne anlama geldiği açıklanması gereklidir. Ayrıca yaşarken bağışta bulunmayan ve kadavra donör haline gelen bir kişinin organlarının bağışlama yetkisinin verildiği kişiler, sadece hiyerarşik sıra (eş, reşit çocuklar, ebeveyn ya da kardeşlerden birisi, yanında bulunan herhangi bir yakını) ve bu anda yanında bulunma ile tanımlanmış. Eğer sağlık



hizmetlerinden öncelikle yararlanmanın kişilere cazip gelen özellikler barındırması halinde, bundan kimin yararlanacağı da tartışma konusu olabilecektir.

2. Ulusal Doku Bilgi Bankası'na bağışta bulunup kemik iliği ya da kök hücreleri bağışında bulunanlar da, olanaklar dahilinde sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanma hakkına sahip olmaktadır.

3. Taslak metnin en tartışmalı maddelerinden birisi beyin ölümü tanısı için iki uzman doktorun kararının yeterli olmasıdır. Önceki yasada yer alan dört farklı bölüm yerine anesteziyoloji ve reani-

masyon uzmanı ile birlikte nöroloji ya da beyin cerrahisi uzmanının kararı yeterli olabilecektir. Ayrıca beyin ölümü gibi önemli bir durumun tanı kriterlerinin belirlenmesinde, "bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kural ve yöntemleri uygulamak suretiyle beyin sapı reflekslerinin geri dönüşsüz olarak kaybını teşhis etmek" ve "beynin kan akımının durduğunu kanıtlayan en az bir laboratuvar yöntemi kullanmak" ifadelerinin yönetmeliklerle detaylandırılması gereklidir.

4. Hastanelerde gerçekleşen bütün beyin ölümü vakalarına bildirilme zorunluluğunun getirilmesi, ikinci aşamada

"farz edilmiş onam" gibi organ nakli için aksi olmadığında bağışta bulunulmuş olarak kabul edileceği fikrine yol açmaktadır.

5. Taslağın canlıdan organ alımı ile ilgili olan maddeleri üzerinde önemli tartışmaların yapılması gerekmektedir. Özellikle canlıdan organ nakli yapılabilme durumu neredeyse herhangi bir sınır tanımsızın genişletilmiş durumdadır.

Normal şartlarda en az üç yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eşi ve dördüncü derece dahil kan ve kayın hısımlarından canlı organ nakli yapılabilir.

Ulusal organ nakli bekleme listesi

Yeni 'Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi' çalışması ile organ nakli bekleyen hastalara adil, sağlıklı ve hızlı bir şekilde uygun organ temini amacıyla, bu hastaların sağlık ve kimlik bilgilerinin yer aldığı Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesi olarak adlandırılan bir bilgisayar programı hazırlanmıştır. Böbrek nakli merkezlerine müracaat edip organ bekleyen hastalara ait bilgiler bu merkezler tarafından, bilgisayar programı aracılığıyla girilecek ve Bakanlığa bağlı Ulusal Koordinasyon Merkezi'ndeki (UKM) ana bilgisayarda tüm merkezlerle ait bilgiler toplanacaktır. Ülke genelinde çıkacak bir donöre ait bilgiler, UKM'deki ana bilgisayarda organ bekleyen hastaların bilgileri ile eşleştirilmek suretiyle en uygun alıcı hasta otomatik olarak taranıp bulunacaktır.

Söz konusu bilgisayar programı ile organ dağıtımı, şu aşamada, sadece böbrek bekleyen hastalar için yapılacaktır. Daha sonra, karaciğer ve kalp nakli bekleyen hastalar için de, bekleme listesi oluşturulacaktır. Programa şu anda nakil merkezleri tarafından kendi bünyelerinde kayıtlı böbrek nakli olmayı bekleyen hastaların bilgileri girilmektedir. Bu bilgi kayıtlarının tamamlanmasından sonra uygulamaya geçilecektir. Sistem sayesinde, organ naklinde daha adil, daha şeffaf ve Bakanlık denetiminde bir organ dağıtımı olacaktır.

Organ, doku, hücre nakli hizmetleri hakkında

2002'den bugüne Bakanlık organ ve doku nakli konusunda gerekli mevzuat ve organizasyon çalışmalarını yapmıştır. "Organ, doku, hücre nakli hizmetleri hakkında kanun tasarısı taslağı" hazırlanmıştır. Mevcut 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 1979 yılında yürürlüğe girmesi nedeniyle, günümüz koşullarında yetersiz kalmakta, ayrıca, konu ile ilgili Avrupa Birliği mevzuatına uyum sağlama açısından da yeni dü-

zenlemeler yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, "Organ, Doku, Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmış olup söz konusu yasa tasarısı ile;

Beyin ölümü hali; biri anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, diğeri nöroloji uzmanı veya yokluğunda beyin cerrahisi uzmanı olmak üzere iki hekimin kararı ile belirlenecektir. Ancak bu kararın, hekimler apne testi zorunlu olmak üzere, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve tıbbi yöntemlerini uygulamak suretiyle, klinik olarak verdikleri ve en az bir laboratuvar yöntemi ile kesinleştirerek ve bir tutanak altına alınması zorunlu hale getirilmiştir.

Kök hücre nakli

İnsan klonlanması yasağı ve kök hücre nakilleriyle ilgili yenilikler eklenmiş konunun usul ve esaslarının sınırları belirlenmiştir.

Yasa dışı organ nakli

Yasa dışı organ naklini engellemek amacıyla canlıdan organ nakillerinde hısımlık bağı şartı getirilmiş, kanuna aykırı olarak organ alan ve satanlara maddi men dahil olmak üzere verilen cezalar ağırlaştırılmıştır.

Bilgilendirme

Organ naklinde alıcı ve vericinin bilgilendirilmesine yönelik esaslar, uluslararası etik kurallar ve Avrupa Birliği düzenlemeleri göz önüne alınarak yeniden hazırlanmıştır.

Organ dağıtımı ve koordinasyon

Organ, doku ve hücrelerin güvenli, adaletli ve hakkaniyet kuralları içerisinde dağıtılması, bağış yapacak kişiler için en önemli karar unsurlarından birisidir. Bu nedenle bu fonksiyonu yerine getirmek ve halka ihtiyaç duyduğu güvenli sağlamak ve aynı zamanda organ,

doku ve hücrelerin bilimsel kurallara uygun dağıtımının gerçekleştirilmesi Bakanlık bünyesinde oluşturulacak bir koordinasyon sistemi ile mümkündür. Bakanlık, tüm bu faaliyetlerin yürütülmesinde koordinatör ve denetleyicidir.

Konuyla ilgili faaliyet gösterecek kurum ve kuruluşların belli kalite ve performans standartlarına göre planlanması, hizmet verilmesi planlanan bölge nüfusu, coğrafik koşullar ve benzeri kriterler göz önüne alınarak kaynak israfını ve atıl kapasiteyi önleyici bir planlama dahilinde Bakanlıkça yetkilendirilmesi öngörülmüştür. Bu planlama aynı zamanda sistemde kaliteyi getirecektir.

Diyaliz hizmetleri

Diyaliz hizmetleri, oldukça özellikli bir konu olup böbrek nakli yapılamayan ya da böbrek nakli sırası bekleyen hastaların hayatlarını sürdürmeleri için tek tedavi yöntemidir. Hastaların sürekli bu yöntemle bağlı olması, pahalı olması ve yoğun bir bakıma ihtiyaç göstermesi nedeni ile özel bir sisteme ihtiyaç duyulmuş olup bu madde ile bu sistemin unsurlarına atıfta bulunulmuştur. Halen ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği sebebiyle diyaliz tedavisi görmekte olan hastaların hizmet aldığı diyaliz merkezlerinin açılış planlamalarının, bölgesel ihtiyaçlara göre daha sağlıklı yapılabilmesi, güncel bilimsel verilere göre taşınması ve bulundurulması gereken asgari araç gereç, personel, fiziki yapı özelliklerinin belirlenmesi, denetimlerinin sağlıklı olarak yapılabilmesi amacıyla denetim personelinin eğitiminin standardizasyonunun sağlanması amaçlanmıştır.

Kısaca bu kanun tasarısı taslağı ile organ nakli işlemi kısa süre içerisinde sorun yaşanmadan gerçekleştirilecektir. Taslakta organ naklinde yapılabilecek suistimalleri önlemeye yönelik tedbirleri içeren hükümler yer almaktadır.

Tıbbın tedavi edici boyutunda etik

Yrd. Doç. Dr. Çağatay Üstün



İzmir'de doğdu. İzmir Atatürk Lisesi'nin ardından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli sağlık kurumlarında 1990-1994 yılları arasında pratisyen hekimlik yaptı. Daha sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'nda Deontoloji ve Tıp Tarihi alanında doktora eğitimi tamamladı. Türk Tıp Tarihi Kurumu, Türkiye Biyoetik Derneği, Türk Tabipler Birliği İzmir Tabip Odası, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Toplumsal Saydamlık Hareketi Derneği üyesidir. Halen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Vi veri veni verum vivus vici – Yaşamımda fethettim evreni, doğruluğun kudreti ile...

Goethe (Faust)

Etik, olası sorular ile olası cevaplar arasındaki ince denge- nin kurulmasını sağlayan bir çalışma disiplini- dir. Doğru yanlış teoriler dizisi şeklinde de kısaca ifade edilen bu kavramın, bugün yaşamın pek çok alanına dâhil olduğunu söylemek bir itiraf değil, aksine bir gerçektir.

Özel etik konular bireylerin etiğe olan istemlerinin daha da yoğunlaşmasını

ve yeni fikirler üretilmesini tetikler. Çünkü etik durağan bir vicdani kuvvet değildir. Sürekli devinim halinde olmak belki de etiğin diğer bir var olma gerekçesidir. Düşünme, etik ile davranma ise ahlâk ile özdeşleştirilebilir. Yani teori ile pratik... Buradan hareketle düşüncenin olumlu yönde zenginleşmesinin davranışsal zenginliğin de artmasına sebep olacağı sonucuna varabiliriz.

Günümüz sosyal ve mesleki yaşantısında etik ilkelerin varlığını sürdürmekte zorluk çekmesinin en önemli nedeni; Altın Kural Teoremi olarak ifade edilen ve başkalarına karşı davra-

nışların kişinin kendisi o durumda ol- saydı, böyle bir davranışla karşılaş- mayı onaylayabileceği tavırlardan ibaret olması gerektiği fikrinin yanlış yönlerde algılanmasıdır. Altın kural, vicdanlılık ve tarafsızlıktan meydana gelmektedir. Uyumlu, doğru, iyi ve güzel hareketlerde bulunan bir kişi bunu başkaları için de ister. Çünkü kendisine öyle davranılmasını bek- lemektedir. Kimi zaman akla uygun ha- le getirmek gibi bir yola başvurmak bizleri Altın Kural Teorisi'nden hızla uzaklaştırır. Bunu tıbbi bir örnek üze- rinde açıklamak daha doğrudur: Bir hekimin bilerek ve isteyerek hastasına malpraktis uygulaması düşünülemez.







İnsan fetuslarının organ ve dokular için verici gibi kullanılması ve bunun organ bekleyen hastalar için yeni bir tedavi alternatifi gibi sunulması bu yöndeki etik tartışmaları büyütülmektedir. Buradaki en büyük sorunlar; menfaat çatışmaları, fetusun kimlik sorunu, tutarlılık, aile manipülasyonları, fetal dokuların elde edilmesinde abortus ve olası sonuçların uzun vadedeki etkileri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Özellikle abortus materyalinin terapötik amaçla kullanımı, abortus uygulaması için devamlılık uygulamasını tetikleyebilir.

Çünkü bunu istemek tıbbın "öncelikle zarar verme! (Primum non nocere)" ilkesine ters düşmektedir. Ancak iş yoğunluğu, maddi kaygılar ve diğer bazı dış etkenler nedeniyle bir hekim hastasına malpraktis uygulamasını gerekçelendirebilir. Birinci tanımlamada malpraktis tıbbın vicdani ve etik boyutuna uymayan bir davranış iken, ikinci tanımlamada ise malpraktis nedenselliği sorgulanmış ve yanlış bakış

açılarına dönüştürülmüş bir nitelik kazanmıştır.

Buradan çıkaracağımız sonuç, küresel anlayış gereği insanlığın vicdanlı bir düşünce yapısına ve tutarlı, bilgilendirilmiş, anlayışlı ahlâki davranış sistemine sahip olmasının temel bir kural gibi kabul edilmesidir.

Etığe ilişkin genel bilgilendirmeden sonra tıbbın özellikle tedavi edici boyutundaki ikilemleri ve etik boyutu kısaca vurgulamaya çalışacağız.

Tıbbın tedavi edici kısmında karşımıza çıkan iki ana unsur, ilaç ve cerrahi tedavilerdir. Her iki yöntem de, yüzyıllardır hekimler tarafından hastalarını iyileştirmek amacıyla yoğun bir şekilde kullanılmaya çalışılmış, ampirik uygulamalar sayesinde modern yöntemlerin geliştirilmesi için çaba harcanmıştır. Etik yönden sıklıkla sorgulanan ve vurgulanan konu, klinik araştırmacıların insanları bir tür kobay gibi kullandıklarına ilişkindir. Esasında yeni ve denenmiş tedavi biçimlerinin toplumun hizmetine sunulmasının halk sağlığı yönünden insan hayatını tehlikeye atmakla eşdeğer olduğu düşünülebilir. Bu amaçla başlangıçta bu tür tedavilerin hayvanlarda denenmiş olması yine de bu riskin giderildiği anlamına gelmez. Çünkü hayvan deneyleri insan üzerinde kullanımı doğrulayacak yeterli bir bilgiye sahip olmayabilir. O halde insan üzerinde tıbbi ilaç ve tedavi usullerinin denenmesinin belli etik kurallara bağlı olarak yönlendirilmesi kaçınılmazdır.

Modern tıbbi tedavide hekimin kullandığı gereç ve yöntemler tahminlere dayalı ve uzun denemeler sonucunda belirli fazlardan geçmiş olmasına karşın yine de kimi olasılıkların varlığı inkâr edilemez. Tedavi kararının verilmesinde hekimin tecrübesi, bilgisi, pratiği önemli rol oynar. Hekim hastası ile belli bir tedavi yönteminde yo-

ğunlaştığında, hastaların gerçekçi olmayan beklentileri devreye girer. Amaç hastanın sağlığına kavuşturulması ya da yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Hasta özellikle bu iki amacın gerçekleşmesi adına içinde umut taşımaktadır. Acaba tıbbin hastaya her zaman bu yönde verebileceği bir umut var mıdır?

Helsinki Bildirgesi olarak bilinen temel dayanak insanların gönülsüz bir denek şeklinde tıbbi uygulamalara tabi tutulamayacağını, mutlaka fayda ve zarar yönünden bilgilendirildikten sonra yazılı bilgilendirilmiş olurunun alınması gerektiğini ifade eder. Her şey sadece bununla sınırlı da değildir. Aynı zamanda hastanın özerkliği-ne de saygı gösterilmelidir. Bu tutum uygulanacak tedavide hasta uyumunun artmasına yardımcı olabilir. Aktardıklarımız, artık "hasta hakkı" çerçevesinde de kabul görmektedir.

Hekimin, muayene sırasında kimi zaman hasta ile sağlıklı birey ayrımını yapmaya çalışırken ikilemde kalmasının arkasında, hekim adaylarının hep hastalıklara odaklanmış bir biçimde eğitilmiş olmaları nedeni yatmaktadır. Çünkü hekim ilk önceliği hastanın hastalığını teşhis etmeye vermek durumundadır. Peki, hekim ne yapmalıdır? Yüzyıllar öncesinde bu çelişkiyi fark eden Hippokratıs bir çıkarımda bulunmak adına şöyle diyor: "Hasta başında hekimin şaşırması doğaldır. Hastalık hakkında tecrübesi eksik ise konsültasyon için başka hekimler çağırmalıdır. Böylece hastayı beraberce muayene ederek durumu açıklığa kavuştururlar..."

İnsan fetuslarının organ ve dokular için verici gibi kullanılması ve bunun organ bekleyen hastalar için yeni bir tedavi alternatifi gibi sunulması bu yöndeki etik tartışmaları büyütülmektedir. Buradaki en büyük sorunlar; menfaat çatışmaları, fetusun kimlik sorunu, tutarlılık, aile manipülasyonları, fetal dokuların elde edilmesinde abortus ve olası sonuçların uzun vadedeki etkileri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Özellikle abortus materyalinin terapötik amaçla kullanımı, abortus uygulaması için devamlılık uygulamasını tetikleyebilir. Seçilebilecek abortus teknikleri ise transplantasyon uygulamalarının gereklerini yansıtabilir hale dönebilir. Tıp etiğinin fetal transplantar hakkında söyleyebilecekleri henüz bitmemiştir. Yol gösterici olmak adına yeni fikirlerin ortaya konması bu anlamda önemlidir.

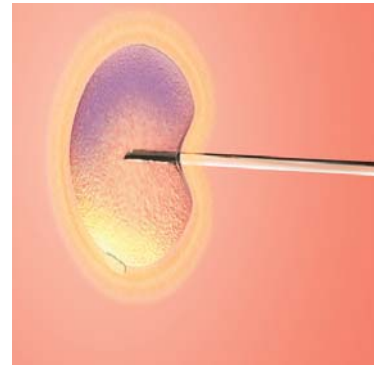
Aynı şekilde infertilite tedavi yöntemlerinin etik boyutları hakkında da kimi zaman tartışmaların yoğunlaştığı görülür. Invitro fertilizasyon (IVF) günün-

müzde medyanın da etkisi ile adeta bir mucizevî tedavi yöntemi, hatta bir başarı öyküsü haline dönüştürülmüş durumdadır. Bu yüzden infertilitenin esas tedavisinin IVF yöntemi olduğu zannedilmekte, doğal yoldan çocuk sahibi olamayanlar için geniş şekilde kullanılabileceği ileri sürülmektedir. Bu beklenti ve ümitler IVF yönteminin mali boyutunu gözlerden uzak tutmaktadır. Kimi düşüncelere göre böyle bir talebi olan fakat tedavi gücü bulunmayan bireylere devletin yardım etmesi doğru mudur? İnfertil bireyler için bir alternatif tedavi sunan IVF tekniği üreme hakkı konusunda artık popüler olmuş durumdadır. Hatta bu tekniğin uygulanabilirliği daha da artırabilmek adına 1980'lerden sonra kiralık anne "surrogate mother" kavramının bile ortaya çıktığını görüyoruz. IVF, etik yönden tehlikeli sınırlarda dolaşmaktadır. Her bireyin insan hak ve özgürlükleri çerçevesinde IVF tekniğini mecburda kalınca istemesi etik dışı çağrışımları da yüceltebilmektedir. Bunu şöyle bir soru ile ifadelendirebilmek mümkündür. Kendini yönetemeyecek ya da çocuğa uygun bir gelecek sağlayamayacak bir durumda olan infertil bir bireyin, bu yolla çocuk sahibi olmayı istemesi ne kadar etik ile örtüşebilir?

İlaç endüstrisinin tıpta üstlendiği önemli roller nedeniyle tıp daha medyatik ve daha reklâma dayalı bir karakter kazanma eğilimine dönüşmüş durumdadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'lı yılların sonlarında tanıttırma kurallarına getirilen serbestlik sonucunda halk her gün yaklaşık ortalama 10 tane ilaç reklâmı izlemek zorunda kalmaktadır. Yeni Zelanda'da da aynı durum söz konusudur. 500 milyar dolarlık cirosu ile ilaç sektörü dünyada üçüncü büyük sektör olmanın getirdiği rahatlık içinde hastaların ve sağlıklı bireylerin dikkatini üzerine çekmek için olağanüstü çaba harcamaktadır. Henüz hastalanmamış ya da hasta bireyler üzerinde ilaç endüstrisinin kurduğu etki büyük boyutlara ulaşmıştır. Ivan Illich'in yıllar öncesinden vurguladığı genişleyen tıbbi yapılanmanın hayatı tıbbileştirmeye başladığı fikri gerçekleşmek üzeredir. Bir örnekle çarpıcı tablo özetlenebilir: Düşünülenin tersine kolesterol tek başına öldürücü bir düşman değildir. Vücut yapısının elzem öğelerinden biri olan kolesterol hayatı bir öneme sahiptir. Çoğu insan için, kan kolesterol seviyesinin yükselmesine paralel olarak kalp krizi geçirme riskinin artmasına ilişkin bilimsel kanıtlar bulunmasına karşın, normalde sağlıklı olan insanlarda yüksek kolesterolün kalp krizi riskini tam olarak ne kadar artıracağı ve bunun kaç insan için gerçekten sorun teşkil edeceğine dair belirsizlik-

ler de vardır. Buna rağmen tıpta kolesterol konusu büyük ilgi görmekte, yüksek seviyedeki kolesterolün ilaç ile düşürülmesine ait ifadeler sıklıkla tıbbi gündemi meşgul etmektedir. Hekimler kolesterolü yüksek olan sağlıklı bireyler için kolesterol düşürücü yöntemler arasında ilaçla tedavi yerine beslenme biçimini değiştirmek ve geliştirmek, sedanter yaşamdan spora yönelimi sağlamak, sigarayı bırakmak gibi önlemlerin alınmasına öncelik tanıyabilirler. İlaç endüstrisi ise tam aksine sağlıklı bireylerde yüksek kolesterol için ilaç önerilmesi konusunda hekimlere baskı yapmaya devam etmektedir. Son 10 yıldır satış patlamaları yapan bu tür ilaçların bireylerin yüksek kolesterol korkusuna odaklanmalarını adeta kullanmıştır. İlaçların uzun süreli kullanımıyla oluşacak yan etki riskleri ikinci plana itilirken tıbbin tedavi edici boyutunun etik ilkelerden ödün vermemekte olduğunu görüyoruz. Oysa tıbbin etik boyutu hastayı hastalık ya da hastalık belirtilerinden kurtulmak değil, sağlıklı bireylerin hastalanmalarını önleyici tedbirleri önermek ve bunu sağlamak olmalıdır. Her şey bu örnekle sınırlı değildir. Piyasaya çıkan pek çok ilacın prospektüslerinde hastalara yönelik ciddi yan etki bildirimleri olmasın karşın hekimler bu ilaçların uzak yan etkilerini gözlemlemeye gerek duymadan reçetelerinde yer verme eğilimindedirler. Hekim, hastanın hastalığının öncelikle ilaçsız tedavi edilip edilemeyeceğini düşünmek yerine anlık belirtilerin giderilmesini hastanın iyiliği ve rahatı için yaptığına kendisini inandırmaya uğraşmaktadır. Bir hipertansiyon ilacının yan etkilerine göz atalım: Deride döküntü, ışığa karşı hassasiyet, baş dönmesi, deride ürperme hissi, kon-santrasyon güçlüğü, kas spazmları, mide bulantısı... Bu sürüp giden yan etkiler zinciri tıbbin tedavi edici gücünden yararlanmak isteyen hekimin küçümseyebileceği şeyler mi olmalıdır? Amaç yüksek tansiyonu kontrol altına almak ise gelişebilecek olası yan etkiler için çözüm ne olacaktır? En doğrusunu bulmak büyük bir ikilemi de beraberinde getiriyor...

Tıbbin tedavi edici yönü artık bir pazar gibi değerlendiriliyor. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak adına yapılması gerekenlerin ücretsiz sunulmasına ilişkin talepler ise bugün için geçerliliğini yitirmiş durumdadır. Ülkelerin bütçelerinin mevcut kaynakların eşit dağılımı ilkesine göre hazırlanması nedeniyle sağlık oldukça pahalı bir hizmet sektörüne haline gelmiştir. Sağlığın tedavi edici boyutunda yaşanan rekabet bunu ayrıca körüklemekte, pahalılaşan sağlık endüstrisi hastalara vereceği hizmetin kimi yerde sorgulanmasına neden olmaktadır.



IVF, etik yönden tehlikeli sınırlarda dolaşmaktadır. Her bireyin insan hak ve özgürlükleri çerçevesinde IVF tekniğini mecburda kalınca istemesi etik dışı çağrışımları da yüceltebilmektedir. Kendini yönetemeyecek ya da çocuğa uygun bir gelecek sağlayamayacak bir durumda olan infertil bir bireyin, bu yolla çocuk sahibi olmayı istemesi ne kadar etik ile örtüşebilir?

Tıbbin tedavi edici yönlerini yeniden keşfetmeye ve geliştirmeye devam eden tıp hakkında son sözü yine Hippokrates'e vermeli: "Tıp, bütün mesleklerin en soylusudur. Böyle olmakla birlikte, cahillik ve uygulayıcıların hafife almalarının etkisiyle şu ana dek son sırada yer almıştır. Yine yanlış bir yargı olarak düşündüğüm bir şey de, sadece tıp mesleği bu kadar büyük oranda ihmal edilmiştir..."

Bu satırlarda da bir gerçeklik payı var sanırım, ne dersiniz?

Kaynaklar

H.J. Gensler, *Ethics: A Contemporary Introduction*, London, New York Routledge, 1998.

Peter Byrne, *Ethics and Law in Healthcare and Research*, John Wiley&Sons, 1990.

R. Moynihan, A. Cassels, *Satılık Hastalıklar*, Hayy Kitap, İstanbul, 2006.

Robert S. Mendelson, *Ayrıklı Bir Doktorun İtirafı*, Kuraldışı, İstanbul, 2005.

Çağatay Üstün, *Tıp Sanatının Ustası Hippokrates*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No: 156, İzmir, 2003.

Düşünce ve İmaj

Doç. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1978 yılında Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve Tbp. Tğm. olarak Silahlı Kuvvetler'de göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1994 yılında genel cerrahi uzmanı olarak, Şirnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliği'ne atandı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda yrd. doç. olarak göreve başladı. 2000 yılında İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel Medipol Hastanesi'nde çalışan Tan, evli ve 2 çocuk sahibidir.

Düşünmenin, insana ait bir kabiliyet olduğunu biliyoruz. Aklın bağımsız ve kendine özgü bir eylemi... Gerçekten de insan düşünebilen tek varlıksa bu, insanoğlunu diğer tüm canlılardan ayırmaz ama daha farklı olduğunu gösterir. Düşünme insanın daha üst idrak hallerinin ilk basamağı olduğu halde subjektif varoluşunda ilk basamağıdır. Hatta Descartes'in dediği gibi; "düşünüyorum o halde varım" yani şüphelenmeyle başlayan sorgulayıcı düşünce, varlığın güvencili kanıtı ile son bulur.

Yani insan düşüncesi, diğer tüm canlı varlıklarda kendini gösteren zihinsel faaliyetlerin, belirgin bir farklılık gösteren türüdür. Davranışı, hareketin anlamlı biçimi olarak kabul edersek, tüm canlılarda davranışı oluşturan nedenin niteliğini de düşünce belirler. Düşünmek, 'düş' kökenli bir kelimedir. Düşünmek

nasıl bir davranış olursa olsun, 'düş' kavramının içeriğiyle örtüşür. 'Düş' insanoğlunun geleceği algılama becerisi ile var olanı ya da gerçek dünyayı olduğundan farklı kurgulama yeteneğidir. Fakat öncelikle geleceği algılamadır. Sonrası yaşamı, belki de gerçekleşmeyeceğini bile bile iç dünyasından ilham alarak tahmin etme sanatıdır. Hayvanlarda gelecek kavramının bulunmaması, koskoca bir şimdi içinde yaşamaları, olduğundan farklı bir dünya kurgulamamaları onları düşlerin bulunmadığı bir dünyada yaşamak zorunda kılar. Düşünce, insanoğlunun geleceği algılamasıyla birlikte bugün anladığımız anlamda belirginleşir. Geleceği kavramak, belki de zorunlu olarak geleceği tahmin etmeyi, bu tahminlerin kalıntılarını, yani gerçekleşmemiş gelecekler de, farklı şimdiler kurgulama becerisine yol açabilir. Düşünmenin, diğer tür dünyayı algılama yöntemlerinden ayırıcı özelliği, şimdi olanla yetinmeyip gelecek olan gerçek ya da gerçeküstü olanı

kurgulayabilme becerisini içinde taşıyabilmesidir.

Düşünce dediğimiz bu etkinlikten gelecek kavramını çeker alır; algımızı olmuş, olan ve olacak değil de yalnızca değiştirilemez şimdiyle sınırlarsak, belki o zaman bir hayvan gibi düşünebiliriz. Buna da düşünce denirse tabii... Hegel'in dediği gibi belki de hayvanlar ilk idealistlerdi. Çünkü onlar gerçeği aramaz ve saygı göstermez. Çevresini kemirip yiyerek, kendiliğinden nesneleri kendisi için nesne durumuna sokar. Yine Hegel'e göre hayvan yıkıcı bir idealisttir, oysa insan yıkmakla kalmaz yapar, kurar. Çünkü insanın varoluşu nedeni çalışmak, üretmek, değişime uğratmaktır. Çalışıp, üretmekse doğal olanı insalsal olanla değiştirmek, insalsal olana dönüştürmektir.

Elbette düşünce üzerine daha birçok şey söylenebilir fakat meselenin aslı şu ki, düşünme insanı insan yapan bütün bu özelliklerine rağmen aslında insanın



en kolay feda ettiği, bilerek ya da bil-meyerek vazgeçebildiği bir şeydir de!. Aktif düşünsel sürecinin yerini alan, da-ha kolay ve daha az emek sarf ettiren bir süreç olduğu için de zamanla onun yerine geçen imaj oluşturma ve düşün-ce yerine kullanmadan bahsediyorum. Düşünce farklı düşünceleri ve dolayısı ile aktif zihinsel bir süreç olan tartışma-yı gerektirir. Tartışma olmadığında yal-nızca o görüşün temelleri değil, bizzat görüşün anlamı da unutulur. Onu akta-ran sözcükler artık bir düşünce uyan-dırmaz, ya da yalnızca ilk başta iletme-leri istenen anlamın çok küçük bir bölü-münü uyandırır. Canlı bir kavrayış ve yaşayan bir inanç yerine, ezberlenmiş birkaç söz kalır geriye, anlamdan geri-ye herhangi bir şey kalırsa, bu yalnızca kabuğudur; öz kaybolur. Konuşmanın yerini sloganların alması gibi, düşünce-nin yerini imajların alması da aslında çok ve dolu bir şeymiş gibi görünse de; Hegel'in daha önce bahsettiğimiz kav-ram – gerçek ilişkisinde gerçeklikten kopuşa neden olduğu gibi, gerçeğin detaylı olarak algılandığını zannettirir.

Elektronik medya düşüncenin basite indirgenmiş halini yansıtır. Kitaplar, edebi ve bilimsel yazılar, bir aklın bir başkası ile entellektüel ilişkiye girerek ve bilginin anlayışa dönüşmesinin tek aracı olmayı sürdürmektedir. Kitaplar okuyucunun aktif işbirliğini gerektirir. Yazının yerini resimlerin aldığı kitaplar-da, düşünce oluşturma yerini imajlar oluşturmaya başlar. Resimden bahse-dince bir kavramı daha açıklamak ge-rekecek; bu da "görsel düşünme" (vi-sual thinking) kavramıdır.

Yani artık sözün burasında düşünme-nin, zaman içerisinde görsel düşün-ceyle yoğun karşılaşması ve bu bir an-lamda tarihsel, kültürel dönemler için-de, önce sanat objelerinin temsili imaj-ları daha sonrada fotoğraf, film ve elek-tronik medya ile yakın zamanda Flus-ser'e göre teknik imajlarla yer değiştiri-diğinden bahsetmeye başladık.

William Flusser'in 'Fotoğrafın Felsefesi-ne Doğru' adlı kitabında üzerinde çok durduğu (sanatsal) temsili imaj ile (fo-toğrafik) teknik imaj arasındaki farktan da kısaca bahsetmek gerekir: Fotoğraf makinesi Nicéphore Niepce tarafından, 1831'de icat edildiğinde, yani fotoğraf ilk ortaya çıktığında, temsili imajlar de-diğimiz resim, heykel gibi sanat objele-ri ile, teknik dediğimiz fotoğrafik imaj arasındaki temel psikolojik fark da bel-irginleşmeye başlamıştır. Temsili imaj-da araya bir düşünce, bir el, bir fırça girmiş, sanatçının ruhundan bir şeyler katmıştır. Fotoğrafçılığın bir sanat olup olmadığı tartışmalarını konumuzun dı-şında bırakırsak, fotoğrafla teknik ima-jın başladığını kabul etmek gerekiyor.

Bu başlangıç, bizi reproduksiyon yani otomatik olması ve çoğaltılabilirlik kav-ramı ile tanıştırıyor. Artık teknik imajlar tüm çevreyi oluşturmaya başlamıştır. Edison'un manyetik şeridi buluşu, bu-nun kamera ve projeksiyon ile bir araya getirilmesi sinemayı doğurmuştur. Si-nemanın ortaya çıkışı kavramsal olarak çok eskilere, daha önceki sayılarda bahsettiğimiz, Eflatun'un mağarasına kadar veya Victor Hugo'nun tren yolcu-luğunu hayal ettiği hızlı yolculuğu tasvir edişine kadar eskilere dayanıyor. Ha-reket eden resimler ve bunların oluşturu-duğu duyuşsal yanılsama sonunda si-nematograf cihazının (Lumiere kardeş-lerin) hayatımıza girmesine neden ol-muştur. Burada duyuşsal yanılsama ded-ik çünkü biz üç tip hareket tanıyoruz: Birincisi, mekanik hareket ki yürümek ve herkes tarafından görülmesi; ikinci-si, çok yavaş gözle takip edilemeyen ancak bilgi ile kaynaştırılınca hareket olduğu anlaşılan hareket; güneşin ha-reketi, ayınki gibi... Üçüncüsü ve konu-muzla ilgisi olan hareket ki, firdöndü hareketi olarak biliyoruz; hızlı dönen te-kerlek veya pervanenin, görme hızına göre daha hızlı olması nedeni ile ters yönde dönüyormuş gibi algılanan ha-reket. Yani sinematografik hareket aslin-da bir göz yanılsaması halidir. Ama resmin istenilebilir hareketi, ses ve mü-zîğin kaynaşmasına, bir de film montaj-lama kavramının ilave edilmesi bugün-kü sinema endüstrisini doğurmuştur. Lenin'in deyişle yedinci sanat böyle-ce doğmuştur.

Buna günümüzde televizyon ve şimdi elektronik interaktif kullanımlı medya daha da artan bir yoğunlukla katılmak-tadır. Aslında sinematografi ile imajlar-ın, düşünce veya düşlerin (hayallerin, tahayyüllerin) yerini alması da hızla art-tı diyebiliriz. Bu hızlı ve birbirini tetikle-yen kültürel değişim, teknolojinin hızlı gelişimi insanı çeşitli yönleri ile etkiler ve değiştirirken, zihinsel olarak düşün-ce nasıl etkilenmiş veya görsel düşün-me kavramı ve etrafını kuşatan imaj bombardımanı ile nasıl bir etkileşim içinde olmuştur?

Burada şimdi bir tanımlama daha yap-malıyız. İmaj, imge olarak söylenebi-lir, Fransızca kökenli bu kelimedir. Sö-zlükte şöyle tanımlanıyor: Duyu organla-rının dıştan algıladığı bir nesnenin bilin-ce yansıyan benzeri, hayal. Duyularla algılanan, bir uyaran söz konusu olmak-sızın bilinçte beliren nesne ve olaylar. İmge (image, imaj) saf haliyle hayalgü-cünün bir ürünüdür ve tahsis edildiği öznenin özelliklerine dayanması gerek-meyebilir. İmaj oluşturma; başkalarının hayallerini biçimlendirmek niyetiyle ger-çekleştirilen akılcı bir faaliyettir, günü-müzde imaj oluşturma, medya ve finans desteğiyle gerçekleştirilen ve giderek büyüyen bir sektör haline gelmiştir.



Bu yazıda benim kullandığım imaj kav-ramı ise, bazı halleri ile bu tanıma uysa da bundan biraz daha farklı... Yani ha-yal ve düşlerin oluşturduğu zihni du-rumların dışında, günümüzün popüler yaklaşımı ile imaja, bir takım vasıtalarla üretilmiş zihinsel şekillendirme diyebil-i-riz. Hani şu herkesin düştüğü imaj kay-gısı gibi... Yani dışarıdan görünürlü-ğün, oluşturulan havanın, verilen mesa-jın tümü gibi bir şey...

Dünyayı mitolojik imajlar ve tasarımlar-la anlayan bilinç biçiminden, onu dü-şünceler yoluyla, ya da kavramlar yo-luyla anlamayı isteyen bilinç biçimine geçiş kapısını Thales'e yükleyen Aristo-tales'tir. İnsanlık tarihi içinde Aristo bu-nu bir gelişim olarak görür. Oysa gün-ümüzde düşünce ve kavramların yerini, görsel medya ve sinematografi ile oluş-turulan imajların aldığını söyleyebiliriz. İmajların ise önyargıları doğurduğunu, (önyargıyı olumsuz haliyle ele alırsak) yani kendine ait olmayı, farklı olanı dışlayarak algıladığını bir anlamda öte-kileştirdiğini, daha ne olduğu konusunu irdelenmeden imaj karşılaştırması yaptı-ğını söyleyebiliriz.

Aslında günümüzde pek de fazla gün-dem bulmayan ama artık, iklim değişik-likleri, global ısınma gibi insanlık için bir tehdit olan, bu kötü gidişler gibi algılan-ması gereken ve direk olarak kendimiz-le ilgili önemli bir algı kusuru var. Düşünme ve düşünebilme, akılcı üretkenlik bu anlamda körelmekte veya yerini daha az emekle elde edilen görsel dü-şünmeye hatta düşünmemeye sadece oluşturulmuş ve bize sunulmuş imajlar-la durumu idare etmeye kadar varabil-mektedir. Hegelci bir yaklaşım ile bu anlatılanlara bakarsak, görsel düşün-medeki artış, kavramlardan uzaklaş-mayı, bir anlamda gerçeklerden kop-mayı da beraberinde getiriyor diyebil-i-riz. Bu haliyle kendini sorgulayan, doğ-rulama çabası içindeki kavramlaşma süreci, artık yerini tüm bunların yerine kendini yerleştirmiş olan imajın hakim-i-yetine yani tüm bu aktif süreçlerin yeri-ne pasif ve sorgulamadan uzak bir sü-rece bırakmış oluyor. Tabii biraz önce gerçekleşmesinden bahsettiğimiz, ger-çeklikten kopma ve kendi kendine kal-ma yani yalnızlaşma ile birlikte... Gün-ümüzün yoğun karmaşası ve bilgi bom-bardımanı arasında, insanın imajlar ile oluşturduğu zihinsel süreçlerde, daha aktif bir tutumla subjektif düşünmeyi geliştirme çabası içinde olması gerekti-ğini hatırlamak önemlidir.

Kızının gözünden Ordinaryüs Prof. Dr. Süheyl Ünver:

“Türk ilim, kültür ve sanatında sönmeyen ışık”

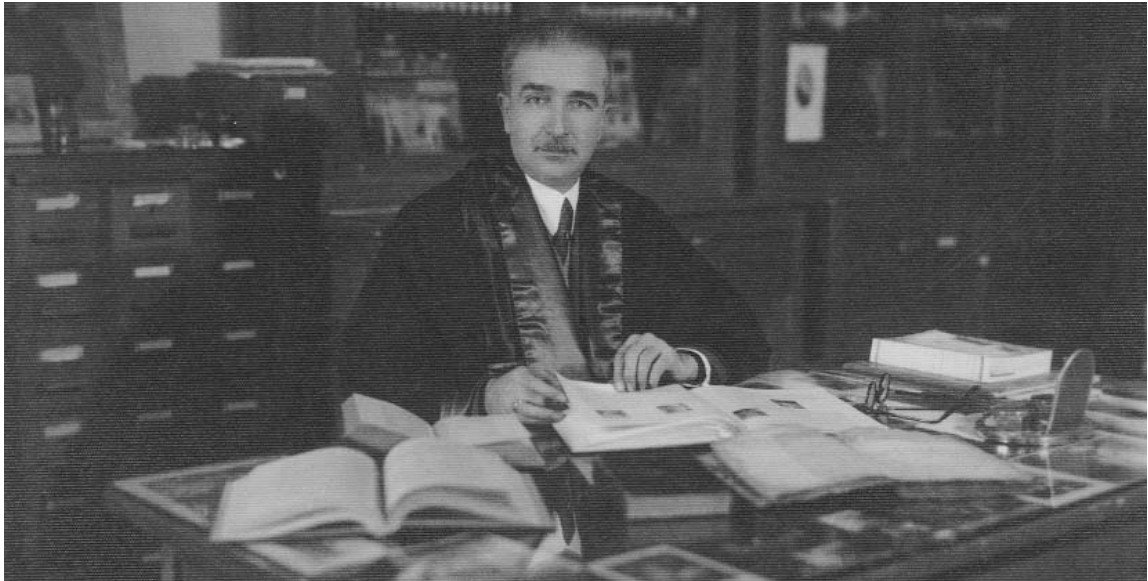
Gülbün Mesara

Hekim, akademisyen, tıp tarihçisi, kültür adamı ve seçkin sanatkâr kimliği içerisinde rahmetli babam A. Süheyl Ünver'in şahsiyeti ve fikrî dünyasının çok yönlü bir portresini lâıkiyle sunmaya bu satırların yeterli olamayacağı muhakkaktır. Yine de O'nun dopdolu geçen hayatında yorulmak bilmeyen çalışma gücü, çeşitli konulardaki görüş ve düşünceleri kadar özel hayatına ait bazı anılarından derlediğimiz kesitlerin, Ünver'in tekrar hatırlanmasına ve

genç kuşak doktorlarca tanınmasına vesile olmasını diliyoruz.

Ahmed Süheyl Ünver, 17 Şubat 1898 tarihinde İstanbul'da doğdu. Babası Posta ve Telgraf Nezareti İstanbul Muhaberat-ı Umumiye Müdürü Tırnovalı Mustafa Enver Bey, annesi Hattat Mehmed Şevki Efendi'nin kızı Safiye Rukiye Hanım'dı. Menbaül İrfan Rüşdiyesi ile Mercan İdadisi'ni bitirdikten sonra 1915 yılında Mekteb-i Tıbbiye'ye girdi. 1920 yılında tıp eğitimini tamamladı. 1921-26 yılları arasında Gureba ve Haseki Hastaneleri'nde cildiye, dahiliye ve intaniye servisle-

rindeki asistanlığından sonra 1927'de hekimlik ihtisasını tamamladı. 1927-29 yılları arasında iki yıl Paris'te Pitié Hastanesi'nde Prof. Marcel Labbe'nin yanında ecnebi asistanı olarak çalıştı. 1930 yılında memlekete dönüşünde İstanbul Darülfünûn'u Tıp Fakültesi'nde hocası Prof. Dr. Akil Muhtar Özden'in Tedavi ve Farmakodinami kürsüsünde doçent olarak akademik hayata geçti. 1 Eylül 1932 tarihinde evlendi. 1933 yılında Atatürk Üniversite Reformu ertesinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde Tıp Tarihi Enstitüsü'nün kurucusu ve di-



A. S. Ünver Tıp Tarihi Enstitüsü'ndeki makamında 1950.

rektörü olarak tıbbî deontoloji derslerine başladı. 1939 yılında profesör, 1954 yılında da Ordinaryüs profesör oldu. 1956 yılında serbest hekimliği bırakarak kendisini tümüyle fakülte mesaisine ve hocalığa hasretti.

Akademik hayatı süresince, Türk tıp tarihinin seçkin bir temsilcisi olarak yurtiçi ve yurtdışındaki sayısız kongre ve toplantıya katılarak bildiriler sundu ve bu sahada sayısız neşriyata imza attı. Bu meyanda Türk Tıp Tarihi Kurumu kuruculuğu ve azalığı, Türkiye Tıp Encümeni'nde, Türk Dil Kurumu'nda, Türk Tarih Kurumu'nda ve Milletlerarası Tıp Tarihi Cemiyeti'nde, Türkiye Tıp Encümeni gibi kuruluşlarda üyelik görevi yaptı.

Hekimlik, tıp tarihi, deontoloji, ilimler tarihi, kültür ve süsleme sanatları konularındaki yayınlarını 1920 yılından başlayarak kesintisiz olarak sürdüren Ünver'in kitap, monografi ve makale şeklinde 2.000 dolayında yayını mevcuttur. Ünver, ayrıca eski yazıyla basılmış tıp kitaplarını derlemiş, binlerce fişten oluşan bir tıp tarihi arşivi geliştirmiştir. Bu çalışmalar yanında Orta Doğu'nun ilk ve en önemli Tıp Tarihi Enstitüsü'nü yönetirken yurtdışı yayınlarıyla sesini duyurmuş, iyi bir hoca olarak pek çok doktorun kültür konularıyla ilgilenmesini temin etmiştir. Bu yayınlar Türklerin Orta Şark tıp ve ilimler tarihinde bilinmeyen, kabul edilmeyen mevkiini ortaya koymaya yardımcı olmuş, böylelikle garp literatürüne geçmiş, bu suretle garp memleketleriyle temaslarımızı artırmış ve ilmi eserler mübadelesini de hızlandırmıştı.

A. S. Ünver, 1967 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin ikiye ayrılmasıyla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne geçerek bu fakültede ikinci bir Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü kurarak, buradaki derslerini emekli olduğu 1973 yılına kadar aralıksız sürdürdü. Emeklilik dönemini ilmi ve sanat çalışmaları, çeşitli araştırma seyahatleri, yayınlar, sohbet ve konferansları ile dolu dolu yaşayan Ünver, 14 Şubat 1986 tarihinde İstanbul'da Kalamış'taki evinde vefat etti.

Ünver'in akademik hayatıyla başabaş giden sanat eğiliminde ailesinden gelen atavistik tesirlerin büyük rolü olmuş, bu daldaki eğitimi için 1916 yılında tıp öğrenimi ile eş zamanlı olarak girdiği Medresetü'l Hattâtın bir başlangıç oluşturmıştı. Bu okulda 1923 yılında tezhip ve ebru dallarından aldığı iki icazetle formal sanat eğitimini de tamamlamıştır. Aynı dönemlerde, hekimlik çalışmaları ve bilimsel araştırmalarının yanısıra ressam Üsküdarlı Hoca Ali Rıza Bey'in öğrencisi olmuş, 1917-1930 yılları



Ahmed Süheyl Ünver, henüz Askeri Tıbbiye'de birinci sınıftayken, 1915.

arasında hocasıyla İstanbul'un çeşitli semt ve mimari yapılarını karakalem ve suluboya resimlerle tespit etmişti.

Çok sevdiği suluboya ressamlığını daha sonraki yıllarda tarihi dokümantasyon için geliştirerek belgesel resimler yapmış ve aynı zamanda bu konuda geniş bir yayını faaliyeti içinde bulunmuştu. Ünver'in klasik Türk süslemesini öğretmek amacıyla 1936 yılında Güzel Sanatlar Akademisi'nde "Şark süsleme bölümüne" minyatür hocası olarak başladığı görevi 19 yıl sürdü. Yine 1936 yılında tarihi Topkapı Sarayı Nakışhanesi'ni ihya ederek, burada da tezhip ve minyatür dersleri verdi. Bu sahadaki eğitim çalışmalarını 1957- 58 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurucusu bulunduğu Tıp Tarihi Enstitüsü'ne 'cuma dersleri' olarak taşımış ve 1986'daki vefatından üç ay öncesine kadar aralıksız sürdürmüştü. Tıp Tarihi Enstitüsü'nün seçkin bir sanat faaliyeti olarak uzun yıllar devam eden bu sanat seminerleriyle Ünver, talebelerine klasik Türk sanatının özünü ve özelliklerini tanıttı; bu alanda uzmanlaştığına ve olgunlaştığına inandığı öğrencilerine özel "icazetnameler" verdi. Hocaları tarafından bu çok anlamlı belge ile onurlandırılmış öğrencilerin çoğu bugün klasik Türk sanatı dalında söz sahibi olmuşlardır.

A. Süheyl Ünver, çalışma düzenini ve hayat programını, çevresine örnek olacak biçimde kurmuş bir ilim adamı ve sanatkar kimliği içersinde, bulunduğu her çevrede etrafına ışıklar saçmıştır. Tıp tarihinin önemli bir konusu olan deontoloji alanında hekimin ahlâki sorumluluklarını hem öğretmiş hem de hayatını ve davranışlarını misal olarak ortaya koyarak derslerinde söylediklerinin canlı bir sembolünü oluşturmıştır. 20. yüzyıl Türk kültürünün eskiyle kopan bağlarının kurulmasının ve unutulmuş geleneksel sanat dallarından pek çoğunun canlandırılmasının en sadık ve vefakâr hadîmi olmuştur. Tıp tarihi ve Türk tezyinat tarihi ona giderek Türk tarihine dair en hurde ayrıntıları öğretmiş, sonuçta, Türk'ü ilgilendiren tek yapraklı bir arşiv malzemesinden mezaristanlardaki tarihi taşlara dek hiçbir şeyi kaçırmayıp tespit etmesi, Türk kimliğini ayakta tutacak her unsura dikkatle eğilmesine neden olmuştur.



Ordinaryüs Prof. Dr. Süheyl Ünver'in eserlerinden birisi. Selimiye Kışlası 1969.



Prof. Dr. Süheyl Ünver'in, Medresetü'l Hattâtin'den aldığı icazetname 1923.

Sayırsız yurtiçi ve yurtdışı gezilerinde, 1950'li yıllarda kurmuş olduğu zengin notlar arşivine tıp tarihi, tıbbi ve mistik folklor konularında yeni malzemeler katacak önemli dokümanlar toplamış, ayrıca Türk tezyinatına hizmet azmiyle kütüphanelerde çalışmış, aradığı bilgilere kavuşmuş olmanın hazzı içinde resimli ve yazılı bütün tespitlerini gezi defterleri içinde toplamıştı. Günümüzde artık mevcut olmayan ama Ünver'in bir belge niteliğinde resimlediği tarihi cami, konak, hamam, çeşme vb. mimarî yapılar ve yine bunlara ait tezyini örneklerin çoğu artık onun defterlerinde ve özel koleksiyonunda yaşamaktadır.

Not tutmak, bunları defterlemek, fişlemek ve arşivlemek, Ünver'in tarihi kültürümüze ait gözlemlediği belge noksanlığının sebebi olarak belirttiği "şifahilik hastalığı"na karşı sürdürdüğü amansız mücadelesi ve bu hususta duyduğu sorumluluğun bir sonucu olmuştur. Türk kültür konularının bugün artık çok önemli belgeleri konumundaki bu toplamaları doğuran merakının nasıl doğduğunu 18 Haziran 1984 tarihli "Benim arşivim nedir, ne değildir?" başlıklı bir anı notunda şöyle dile getirmişti:

"Çocukluğumda bu yana babamın not defterlerini görürdüm. Hatta birgün bunlardan birini yanına almıştı, bir cuma idi. Fatih'ten ileride Çarşamba'da sevdiği, devrin, yüksek âlimlerinden yaşlıca bir zatı ziyaretten dö-



Süheyl Ünver, Tarihî Topkapı Sarayı Nakışhanesi'nde Türk süslemesi dersinde 1944.

nüyorduk. Bayezid Camii'nden giren Şeyhülislam Velîyüddin Efendi Kütüphanesi'ne girdik. Sene 1906. Babam defterine bir el yazması kitaptan yanında taşıdığı hokka ve kalemi ile notlar aldı. Eser herhalde Arapça idi. Bunları ben anlamıyarak görüyordum, ama bunun mânâsını bana seneler anlattı. İşte hayatımın programı böyle başladı. Artık ben de bu usûlü severek benimsedim. Peki ne yaptım? Okuduklarımı, gördüklerimi her zaman yazmayı esas tuttum. Sene 1911-1912'de Mercan Lisesi'nde edebiyat hocamız Süleyman Şevket Tanlı'nın rehberliği bana yol gösterdi. Yazdıklarımı tasnif etmem tavsiyesinde bulundu. 1898 doğumluyum. Şimdi 1984'deyiz. Bütün bu yaptıklarım bir gün gelir lâzım olur".

Süheyl Ünver'in bu anlayışla bir ömür boyu meydana getirmiş olduğu ve "milletten aldıklarını yine millete sunma" görüşü ve düşüncesi içinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Çapa Tıp Fakültesi'deki Tıp Tarihi Anabilim Dallarına, Türk Tarih Kurumuna ve Süleymaniye Kütüphanesi'ne 'A. Süheyl Ünver Arşivi' olarak bağışladığı zengin dosyalar, notlar, defterler ile el yapması suluboya, karakalem resimleri ve tezyini tarzındaki eserleri, bugün Türk tıp, kültür ve sanat tarihine ışık tutan çok önemli belgeler sayılmaktadır.

S. Ünver'in eşsiz kişiliği ve zengin iç dünyası, özel hayatında biz ailesine saygı telkin eden, gönül huzuru veren bir örnek teşkil etmiştir. Her za-

man ölçülü, programlı ve vâkur tavrı ile ağabeyim Aydın Ünver'e ve bana örnek bir baba olmuştur. 54 yıllık ve fakâr eşi, annemiz Müzehher Ünver'i "Hayatım boyunca üzerimden maddi ve manevi ihtimamını esirgemeyen çok aziz zevcem" diye zikrederken, eşinin engin müsamahası sayesinde eve bile taşıdığı çalışma düzenini huzurlu ve yoğun biçimde sürdürmesini her zaman minnetle dile getirmişti. Zira onun için yaşamın anlamı durup dinlenmeksizin çalışmak demektir. Ev günlerinde dahi kendisinin bir meşguliyetsiz, daha uygun bir deyişle kalemli kâğıtsız gördüğümüz anlar sayılı idi. Her zamanki alışkanlığı içersinde tertemiz giyimli, çevresine ışıklar saçan güleryüzü ile sabahları erkenden başlayan çalışma programı içinde sıkılıp yorulmamak için o gün yapmayı programladığı işleri kendi deyişle "mütenevvi" (çeşitli) konulara bölerdi. Oturduğu herhangi bir koltukta dizlerinin üzerine yerleştirdiği küçücük bir attık, onun için en ideal masaydı. Yazmaktan sıkıldığı an, kucakındaki dosyadan çıkardığı tezyini bir motif üzerinde çalışır, sonra tekrar yazılarına döner ve bu hararetle çalışma temposu kısa dinlenmelerle gün boyunca sürerdi.

Renkli ve dopdolmuş geçen günlerinde çeşitli gailelerle onu vakit vakit üzen olayları sükûnetle karşılar, yüzündeki tebessümünü kaybetmemeye çalışırdı. "İçinizde öyle bir yer olsun ki, oraya hiçbir üzüntü, sıkıntı girmesin" sözü, bunaldığı zamanlarda ona huzur veren kendi sanat alemi içinde avunması demekti.

A. S. Ünver'in yayınlanmış eserlerinden bazıları

Türk Tababeti Tarihi Simalarından İbni Sina (1931)
Fatih Darüşşifası (1932)
Kitabül Cerrahiye-i İlhanîye (1932)
Tarihte Eski Türk Hastahaneleri IX-XVII. Asır (1933)
Selçuk Tababeti (1933)
Uygurlarda Tababet (1936)
Tıp Tarihi (1943)
İlim Ve Sanat Bakımından Fatih Devri Notları (1947)
Tarihte 50 Türk Yemeği (1948)
Türkiye'de Çiçek Aşısı ve Tarihi (1948)
Ressam Ali Rıza, Hayatı ve Eserleri (1949)
Ressam Levni, Hayatı ve Eserleri (1949)
Ressam Nakşi (1949)
Müzehhip Karamemi (1951)

İstanbul'da Sahabe Kabirleri (1953)
Müzehhip ve Çiçek Ressamı Üsküdarlı Ali (1954)
Anadolu Hisarında Amucazade Hüseyin Paşa Yalısı (1956)
Fatih Devri Saray Nakışhanesi ve Baba Nakkaş Çalışmaları (1958)
The Origins of the History of Medicine (1958)
Türk Farmakoloji Tarihi (1960)
50 Türk Motifi
Sevakıb-ı Menakıb- Mevlânâdan Hatıralar (1973)
Türk İnce Oyma Sanatı - Kaatı (1980)
Yahya Kemal'in Dünyası (1980)

Tüm yayınları için bakınız:

"A. Süheyl Ünver Bibliyografisi" Gülbün Mesara, Prof. Dr. Aykut Kazancıgil, Prof. Dr. Ahmet Güner Sayar, İşaret Yayınları, İstanbul 1998.





“İçinizde öyle bir yer olsun ki, oraya hiçbir üzüntü, sıkıntı girmesin” sözü, bunaldığı zamanlarda ona huzur veren kendi sanat alemi içinde avunması demektir.

Gerçekten de, yoğun akademik faaliyetlerle dolu geçen ömrünün hiç kuşkusuz sıkıntılarla dolu nice dönemlerinden en yakın çevresine bile bir sezinti vermeden sıyrılabilmesi ve iyimserliğini her daim koruması, hayatının son demlerine kadar koruyabildiği bu gizli yerin varlığına bağlıydı.

“Her şey boştur, ama çalışmak ve bunların güzel semerelerini almak hiçbir zaman boş şeyler değildir. İyilik ve maddi refah daima onu takip eder; ben buna inananlardanım” sözünü sık sık tekrarlardı.

Randımanlı çalışmalarının ertesinde aldığı sayısız ödüllere teşekkür mealinde, “bu ödüllerin, onu yeni hizmetler yapmak için milletine tekrar borçlandığı” anlamına geldiğini ifade ederdi. “Hayatta her türlü hırsımı yendim, öğrenme hırsımı bir türlü yene-medim” derken, tükenmeyen merakı ve çalışma şevki içinde ilgi alanına giren her konuda yeni bir şeyler görmek ve bu mutluluğunu sohbetleri yoluyla öğrencileri ile paylaşmak ona ayrı bir haz verirdi. 1986 yılındaki vefatından üç ay öncesine kadar Cerrahpaşa’da-ki kürsüsünde aksatmadan katıldığı ‘cuma dersleri’, bu sohbetlerin mânâlarından yararlanmasını bilenler için bulunmaz bir fırsattı.

Sanat formasyonu üzerine dikkat çekici bir sohbetini zikredersek: “Sanata olan merakım dolayısıyla çok seneler muahezeler (eleştiriler) içtım. Sanata bağlılığım irsi olarak gelişmişti. Anne-



Aile hayatına son derece önem veren Süheyl Ünver, eşi Müzekker Ünver ve torunları ile... (1983)

min babası hattat Şevki Efendi meşhur bir hattattı. Onun dayısı hattat Hulûsi Efendi ve damadı Emin Efendi, dayım Sait Bey keza. Babam telgrafçılık fenninde mahir ve musikişinas. Babamın babası Hacı Mehmed Efendi de Tırnova’da ressam. Amcam Vasıf Bey zabıt ve hattat. İşte ben bu ruhların telâkisinden doğunca bittabi sanata irsi olarak girdim. Eğer bu saydıklarım hastalık da olsa idi onları da tevarüs edebilirdim. Sanat hevesim hekimlik tahsilim esnasında inkişaf etti. Üsküdarlı Ressam Ali Rıza Bey’den resim dersi aldım. Hattat Mektebine Tıbbiye’de talebe iken girdim. Sanat benim ruhum üzerinde işlediğinden hekimliğimin insanlık tarafında da faydalı oldu ve mesleğim dışındaki meşgalem oldu. Yani insanlığa karşı şefkat ve bağlılık hislerim arttı. Sanat beni mütevazı, sessiz, mücadelesiz bambaşka bir adam yaptı. Yani ahlâkımı düzeltmekte âmil oldu. En büyük sanatkar ahlâklı insandan olur. Bir sanat eseri ahlâk tezahürüdür. Sanat tarafım hekimliğimin yanında benim zevk ve his cephemdir. Beni dinlenden ve ruhumu ilâ eden bu şubeyi bırakmama imkân yoktur. Velev ki dünyayı değiştireyim.”

Not alma ve kaydetme hakkındaki ısrarlı görüşlerini yazılarında şöyle dile getirmiştir:

“Nedir bu şifahlık? Hep dinleriz. Sonra bizde bir intiba bırakmadan unuttur, geçer gideriz. Türk, tarihte ve hatta bugün işittiği her güzel şeyi kalemiyle bir kâğıda yazmanın lüzumunu duymamıştır. Bizim kolay kolay her ulusa nasib olmayan müstesna bir kültürümüz ve cidden derin bir görüşümüz var. Bunların geçmiş asırda olanlarını kaybettik. Tesbit olunmalı idi... Geçen

asırda tevekeli dememişler: Dünyada keşfedilecek iki meçhul vardır. Biri kütüphaneler, diğeri Türkler. Biz şimdi o ikinci meçhulün çocuklarıyız.

Asya tarihi, Türk tarihi bilinmeden anlaşılmaz, demişler. Şimdi onun mirası üzerinde oturan milletler, Türk geçmişi- ni inkâr yolundadır. Toynbee diyor ki, dünyada 3 tarih var: Eski Yunan, eski Roma ve eski Türk tarihi. Bizse elimize kâğıt kalem alamama yüzünden hâlâ bocalıyoruz. Artık kalemlere sarılalım, kâğıtlara, daha iyisi defterlere. Asırlardan beri an’anelerle gelen milli hasletlerimizi ve duyduklarımızı mutlaka kaydedelim. Mazimizden gelen milli ve an’anevi servetimizi kaydetmekle milletimize bu vatanseverlik vergimizi verelim.”

Bizlere armağan bıraktığı hatıraları içimizde bütün canlılığıyla yaşayan aziz babam ve hocamız A. Süheyl Ünver’i sevgi, rahmet ve özlemle anıyoruz.

Kaynaklar

A. Kazancıgil, “Bir Bibliyografyanın Uzun Hikâyesi” A. Süheyl Ünver Bibliyografyası, - (İstanbul. 1998), sf. 8.

C. Yalın, “A. S. Ünver’in Kişiliği ve Kültür Katkısı” İst. Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Umumi Sosyoloji Lisans Tezi (1978), sf. 17.

A. Kazancıgil, a.g.m. sf. 9.

A. G. Sayar, “Tanıdığım A. Süheyl Ünver” Bütün Dünya, Sayı: 9, (2001), sf. 23-24.

A. S. Ünver (Basılmamış notları)

A. S. Ünver “Artık Kâğıtlı Kalemler Millet Olalım” Yeni İstanbul (11.9.1972)

Bir masalmış kolesterol...

"Bir Masalmış Kolesterol" kitabının yazarı, daha önce benzer bir teması olan "Sağlık Efsaneleri İfşa Ediliyor" adlı kitabı da yazmış olan Shane Ellison, aslında bir kimyager ve kendisi de bir şekilde "sağlık işinde" çalışıyor. Ana alanını sentetik tıp ile mücadele olarak belirlemiş, doğal ürünlerle beslenme takviyeleri ile ilgili tavsiyelerde bulunuyor.

"Bir Masalmış Kolesterol" kitabının ana teması; kolesterolle kalp-damar hastalıkları ilişkisinin abartıldığı ve hatta çarpıtıldığı... Ellison bu çarpıtmanın, ilaç endüstrisi tarafından belli bir plan ve program dahilinde, onlardan maddi kazanç sağlayan kimi araştırmacılar aracılığı ile insanları önce hasta sonra da müşteri haline getirerek, yüksek kârlılık sağlamak için yapıldığını iddia ediyor. Bu gerçekleri görebilmek için ise, biraz entelektüel birikim, sağduyu ve ilaç endüstrisinden

bağımsız düşünebilme yeteneğinin yeterli olduğunu belirtiyor. Bu ilişkiye bir örnek olarak kitapta yer alan iddialardan birinde, konuyla ilgili tüm hekimlerin ya da yakın bildikleri NCEP kılavuzunu hazırlayan, dolayısıyla bu kılavuzda yer alan "Total Kolesterol'ün 200mg/dl. altına düşürülmesi" önerisinin altında imzaları bulunanlardan biri hariç hepsinin, kolesterol düşürücü ilaçları üreten ilaç şirketleriyle maddi ilişkisinin bulunduğunu ve kılavuz sunulurken bu ilişkinin topluma açıklanmadığını söylüyor.

Kitap son 8 - 10 yıl içinde yapılmış kolesterol-kalp damar hastalığı ve statinler arasındaki ilişkiye bakılan hemen hemen bütün büyük çalışmalara değinerek, bunların metodolojik hatalar, istatistik yalanlarla dolu olduğunu iddia ediyor. Hatta kolesterolün yararlarına da kısa bir bölüm ayırmış. Ardından yaşam tarzı değ-

şiklikleri ve doğal ürünlerin kullanımını önererek bitiriyor.

Yazarın bu çalışmalarla ilgili itirazlarını, çalışmaların yayınlandığı dergilere ya da kongrelere de gönderip göndermediğini, yani bu kadar vahim ve aynı zamanda kolayca anlaşılabilir hataları, ancak belli hakemlik engelini aşmak kaydıyla yer bulabileceği zeminlerde de ifade edip etmediğini bilmiyoruz. Ama şunu biliyoruz ki maalesef bugün tıp alanında yapılan çalışmaların ezici bir çoğunlukla sponsoru ilaç endüstrisidir. Bu konuda, yakın dönemde başlayan, araştırma sonuçları sunulurken kimler tarafından maddi olarak desteklendiğinin açıklanması geleneğinin yerleşmesi dışında, bir değişiklik olacaktı gibi de durmuyor.

Sonuç olarak, alternatif bir bakış açısını, alanı iyi tanıdığı anlaşılan bir kalem-



okumak ilginç olabilir. Ama aynı dünyada yaşıyoruz ve doğal ürünler de bugün giderek pazarı ve hacmi genişleyen bir endüstri ve onun tatlı kârlarının da benzer şekilde dağılmadığını düşünmek için kuvvetli bir nedenimiz yok.

Bir Masalmış Kolesterol, Shane Ellison, çeviren Arzu Aygen, Hayy kitap 1. baskı, İstanbul, Temmuz 2007.

İlaç kokulu kitap

İLAÇ KOKULU KİTAP



CİNİUS YAYINLARI

Meslekte 30, genel cerrahi uzmanlığında 25, klinik şefliğinde 15 yılı geride bırakarak üç ay önce Göztepe Eğitim Hastanesi 4.Cerrahi Klinik Şefliği'nden emekli oldum. Bu 30 yıla 80'in üzerinde bilimsel yayın, cerrahi kitap bölümleri yazımı, çevirileri, 8 ciltlik "sağlıklı yaşam ansiklopedisi", 350 sayfalık cerrahi tam kitap çevirisi, çok sayıda kılavuz kitap, 3 paramedikal kitap ve 15 genç asistanımın uz-

manlığını ve yaptığım binlerce ameliyatı sığdırdım.

Ülkemizde tıp eğitiminde gördüğüm eksiklikleri yıllar içinde kendimce doldurma gayreti içinde oldum. İyi bir hekim olmak için sadece tıp fakültesinde verilen standart eğitimin yetmeyeceğini, verilen diplomayla her şeyin halledilmiş olmayacağını düşünmekteyim. Tıp tarihi derslerinin kaldırılmasının yanı sıra, tıbbi etik ve deontoloji derslerinin üvey evlat muamelesi görmesinden ciddi kaygı duyuyordum.

Bir hekimde duyarlılığın üst seviyede olması için klasik tıp bilgilerinin dışında alınması gereken başka bilgiler de olması gerektiğine inanmaktayım, bu nedenle ki yıllardan beri "tıp hukuku", "tıp ve sanat", "tıp etiği" konularında yazdım, çizdim, konuştum. Hekimlikte mesleki teorik ve pratik ön planda görülmekte ise de, hekimlik farklı etik, ahlaki ve vicdani ve tabii ki in-

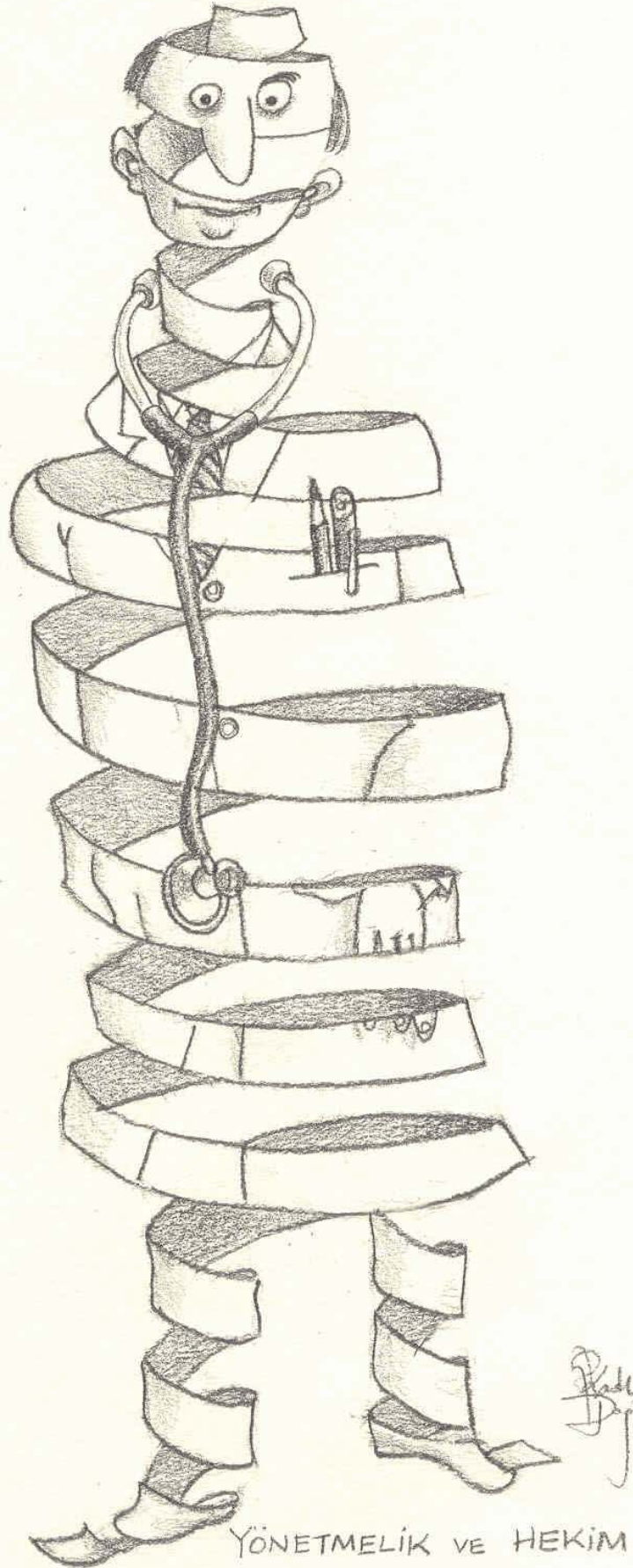
sani yönleriyle gerçekten farklı bir meslektir. Günümüzde hekimlikte gördüğüm tehlikeli gidişin okuma alışkanlığının kaybolması ve mesleğimizin gittikçe mekanikleşmesi ile birlikte hümanist davranışlardan robotik davranışlara yönelmenin artması olduğunu belirtmeliyim.

"İlaç kokulu kitap" üçlü bir projenin ilk kitabıdır. Çoğu güncel olmak üzere mesleki yaşantımda gördüğüm sorunları veya kulağa küpe olabilecek konuları, tarihten ilginç tıp olaylarını deneme tarzında yazdım. Projenin diğer iki ayağını "Antik Anadolu'da uygarlıklar ve tıp" ile "Sanat içinde tıbbın yeri" çalışmaları oluşturmaktadır. Ayrıca vakit bulursam sadece ilaç tanıtım elemanlarına yönelik "Hekimleri tanıma sanatı" isimli, yıllardır onlarla yaşadığım olayları yansıtan, bu sektörde sıkıntılı bir çalışma içinde bulunduklarına inandığım gençlere yardımcı olacak eğitim

kitabını tamamlamak istiyorum. 2003 yılında TTB Yayınları içinde çıkan 50 şairin 120 şiirinden oluşan "hastalık, hasta, hekim" konularını içeren "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/ seçki" kitabımı güncellemem gerekecek. Bu arada çalıştığım kurumun etik değerlerle birlikte nitelikli sağlık hizmeti vermesi için yeni projeler oluşturma gayreti içindeyim. Kısaca zaman en büyük sorunum diyebilirim.

Küçük bir ayrıntı; üç oğlum var, üçü de mühendis oldular, tıbbın cazibesinin azalmasından mı, yoksa bu mesleği uygularken çektiğim sıkıntıları çok yakından gördüklerinden mi bilemem... (Faik Çelik)

İlaç kokulu kitap, Faik Çelik, Cinius yayınları, İstanbul, 2007.



YÖNETMELİK VE HEKİM