

Özlem bitiyor..



Çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftlerin tanı ve özellikle tedavisinde son 10 yıl içinde baş döndürücü gelişmeler elde edilmiştir. Tüp bebek ve ilgili tekniklerde sağlanan gelişmeler ile daha önce ümitsiz olan çoğu çifte günümüzde çocuk sahibi olma şansı doğmuştur. Tedavinin başarısını belirleyen en önemli unsur, doğru tanı ve en etkin tedavinin seçilerek hızlı bir şekilde uygulanmasıdır.



ARALIK - OCAK - ŞUBAT 2008 -2009
2009 KIŞ SAYI 9
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
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
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

BASKI
Forart Basımevi
Davutpaşa Cad. Davutpaşa
Emintaş San. Sitesi No: 180 Topkapı İstanbul
Tel: 0212 501 82 20

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi A
Blok No: 7 / 3 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
info@sdplatform.com

Yaşanılabilir bir dünya için

Gelişen toplumun ihtiyaçları doğrultusunda kendi alanını oluşturan bir ilk olarak ve oluşturduğu alanda kararlı bir şekilde yol alan SD, yeni bir aşamaya daha başlamanın heyecanını yaşıyor.

Küreselleşmenin hız kazandığı, bilgi toplumunun yaygınlaştığı bir ortamda, bir yandan küresel güçlerin insafına ya da insafsızlığına bırakılmış zayıf topluluklar adeta imha hareketine tabi tutulurken diğer yandan medeniyetler çatışması teorilerinin ardına sığınılmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin ana görevi dünyayı insanlar için daha yaşanılır bir ortam haline getirmek olduğu halde, dünyanın efendiliğine soyunan küresel güçler, aktif veya pasif eylemleri ile -bazılarını rahat yaşatmak iddiasıyla- binlere, milyonlara, çocuk ve kadın demeden, ölümü, acıyı, ızdırabı reva görebilmektedir. Bu vahşeti medeniyetler çatışması tezinin ardına gizlemeye çalışmak hiç inandırıcı olmuyor. Bu, olsa olsa medeniyetsizliğin savaşı olabilir.

Bu hengâmede sağlık profesyonellerinin evrensel görev alanı daralmakta, insanın kendi eliyle oluşturduğu faciaların mağduru olan diğer insanların hayatlarını kurtarmaya yönelmektedir. Yani işgal edilen topraklar, yerleşim

yerlerine atılan bombalar, bombalanan okullar, camiler, evler, bir yandan yeni mazlumlara doğururken bir yandan da evrensel sağlık ölküsü, sağlık profesyonellerinin evrensel görev alanı yara almaktadır. Bu da daha yaşanılır bir dünya özlemimizi ertelememize yol açıyor.

Şurası bir gerçek ki, bizi esir almaya çalışan ortalama anlayışlardan sıyrılıp berrak bir göz ve duru bir zihin ile çevremizi gözlediğimiz sürece insanlığa hizmet etme imkânı her zaman var olacaktır. Bu hizmeti herkes kendi alanında en iyi şekilde vermek durumundadır. Dolayısıyla herkes bulunduğu mevkiinin hakkını vermek, yapacağı katkıları en üst düzeyde yapmak, toplumumuzun ve insanlığın gelişmesine katkıda bulunmak zorundadır. Bu bağlamda heyecanı yitirmek olabilecek en kötü şeydir. Sürekli yenilik, sürekli gelişim ve sürekli hizmet peşinde koşma azmi, sağlık çalışanlarının ve sağlık düşüncesine katkıda bulunanların şiarı olmak durumundadır.

Sağlık sektörü, dünyada değişen yönetim anlayışı ve artan hasta bilinci ile birlikte, çalışanların giderek daha fazla meydan okumalara maruz bırakıldığı ve zorlukları göğüslemek durumunda kaldığı yeni ve dönülmez bir yola

girmiştir. Bu yeni dönemde kırmadan ve dökmeden; dayanışma, anlayış, hoşgörü, sevgi ve birlik içinde yeni sisteme uyum sağlamak büyük önem taşımaktadır.

Sağlık politikaları ile birlikte değişik hastalık yönetimlerinden tutunuz sağlık bilişimine, tıp tarihinden tutunuz sanatkâr doktorlara kadar çok geniş bir yelpaze içinde ufuk açıcı, zihin yorucu ve akıl tırmalayıcı konuları, konukları ve gündemleri ile SD, kendi üzerine düşen görevleri yerine getirme uğraşı vermektedir. Bu konulardaki katkılarınız, yazılarımız hakkındaki olumlu veya olumsuz eleştirileriniz ve görüşleriniz bizim için son derecede kıymetlidir. Bunları özellikle istiyor ve bekliyoruz. Biliyoruz ki, daha söyleyecek sözü olan çok fazla meslektaşımız, arkadaşımız ve dostumuz var. Onların katkıları ile daha güzel, daha aydın, daha mutlu günlere doğru ilerlemeye devam edeceğiz.

Daha yaşanılır bir dünyayı, yaşanılabilir bir dünyayı birlikte kuracağız.



İçindekiler

8

AMERİKAN SAĞLIK SİSTEMİ OBAMA İLE DEĞİŞİYOR MU?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

12

ESTETİK VE GÜZELLİK UYGULAMALARINDA KİM, NEREDE, NEREYE, KADAR?
DOÇ. DR. NACİ KARACAOĞLAN

16

DOKTORLAR HAKKINDA YAZI YAZMAK
ERDOĞAN BEKTAŞ

20

SGK, HASTANELERİN HİZMET KALİTESİNE GÖRE ÖDEME YAPMALI MI?
DR. MEHMET DEMİR - DR. HASAN GÜLER

24

PROF. DR. ALÂEDDİN YAVAŞÇA: BİR MİLLETİN YOK OLMAMASI İÇİN MÜZİĞİNE SAHİP ÇIKMAK GEREKİR
ÖMER ÇAKKAL



30

SAĞLIK YÖNETİMİNDE GÜÇLER AYRILIĞI
DR. S. HALUK ÖZSARI

36

TÜRKİYE'NİN ACİL SORUNU: ACİL YARDIM HİZMETLERİNDE REORGANİZASYON-2
DR. SALİH KENAN ŞAHİN

38

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI
PROF. DR. HAYDAR SUR

44

DÜŞÜTE OLAN PAZARLARIN YENİDEN DEĞERLENDİRME STRATEJİLERİ
DR. ÇETİN KÖKSAL

48

DÜŞÜNCENİN TAŞIYICISI OLARAK ANADİL VE EĞİTİMİN DİLİ
DR. LÜTFÜ HANOĞLU

54

SAĞLIK SİSTEMİNDE KALİTE VE
GÜVENLİK STRATEJİLERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

60

KLİNİK LABORATUVAR HİZMETLERİNDE
KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ
DOÇ. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ



66

SAĞLIK YAPILARI VE HASTA GÜVENLİĞİ
DR. ALİ KEMAL ÇAYLAN

72

SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE SIKICI
HASTANE SENDROMU
YRD. DOÇ. DR. OĞUZ ÖZYARAL
DOÇ. DR. YAŞAR KESKİN



78

SAĞLIK YÖNETİMİNDE KARAR VERİCİ OLMAK
İLKER KÖSE

84

YUVARLAK MASA: SAĞLIKTA İNSAN GÜCÜ
PLANLAMASI
SD



90

PROF. DR. HAKAN LEBLEBİCİOĞLU:
HEPATİT B TAŞIYICILIĞI EVLİLİK İÇİN
ENGEL DEĞİLDİR
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

94

ENFEKSİYON HASTALIKLARININ
DEĞİŞEN EPİDEMİYOLOJİSİ VE ULUSAL
ENFEKSİYON HASTALIKLARI
ENSTİTÜSÜ İHTİYACI
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

98

EPİLEPSİLİ HASTAYA GENİŞ
KAPSAMLI YAKLAŞIM
PROF. DR. ÇİĞDEM ÖZKARA



102

MEZURALI HAYAT
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

104

TELETIP VE HASTA HAKLARI
DR. MAHMUT GÜRGAN

108

ÖLÜME GİDEN SÜREÇTE
KARŞILAŞILABİLECEK ETİK İKİLEMLER
PROF. DR. ŞAHİN AKSOY

110

BİR SALGINI ÖNLEMEK
ARDAN ZENTÜRK

112

YERYÜZÜ DOKTORLARI GAZZE'YE
ACİL YARDIMA ÇAĞIRIYOR!
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN



116

ALMA-ATA'NIN 30. YILDÖNÜMÜ ANISINA
DR. SEBAHATTİN IŞIK

118

DOKTOR RESSAMLAR
DR. KADİR DOĞRUEK

120

KARİKATÜR
ORHAN DOĞAN

Karbonhidratların kısıtlanması tip 2 diabette yararlı

Obezitenin beslenme tedavisinde karbonhidrat kısıtlaması öneren Atkins diyeti uzun yıllar tıp camiasından olumsuz tepkiler aldı. Bu diyet karbonhidrat alımı çok azaltılırken protein ve yağlardan alınan kalori miktarı serbest bırakılıyor. Bu ketojenik diyetin fizyolojiye uygun olmadığı, kilo kaybı sağlasa bile lipid profilini bozacağı ve kardiovasküler olayları arttıracığı düşünülmekteydi.

2007 yılında 331 kadının bir yıl süreyle takip edildiği bir çalışmada, Atkins diyeti uygulayanların kalori kısıtlaması yapılan diğer diyet planlarını uygulayanlara göre daha fazla kilo verdiği gösterildi. Beklenenin aksine, Atkins diyeti kardiyovasküler risklerde herhangi bir artışa da neden olmamıştı.

Duke Üniversitesi Tıp Merkezi doktorlarından Eric C Westman'ın Nutrition and Metabolism dergisinde yayımlanan araştırmasında, obez tip 2 diabetli hastalar Atkins diyetine benzer sıkı karbonhidrat kısıtlaması (günde <20g) yapılan ketojenik bir diyet ya da günde 500 kcal kısıtlama yapılan düşük kalorili bir diyet programlarına alındı. Toplam 84 hasta çalışmaya alındı, 49'u çalışmayı tamamladı. Orijinal Atkins diyetinde 20 gramın altında karbonhidrat kısıtlaması ilk iki haftada önerilirken bu çalışmada 6 ay boyunca kısıtlama aynı derecede devam ettirildi.

Çalışma sonunda her iki grupta da hemoglobin A1c, açlık insülini de düşme ve kilo kaybı sağlandı. Ancak düşük karbonhidrat grubunda hemoglobin A1c daha fazla (yüzde 1.5 karşı yüzde 0.5) düştü. Kilo kaybı da düşük karbonhidrat grubunda daha fazla gerçekleşti (-11.1'e karşı -6.9 kg). HDL düzeyi düşük karbonhidrat alan grupta ortalama 5.6 mg/dl artarken düşük kaloriyle beslenen grupta değişmedi. Açlık glukozu, trigliserid düzeyi ve bel çevresindeki değişiklikler ise farklı bulunmadı.



Statinler demanstan koruyor

Günümüze kadar en az 20 çalışmada statinlerin Alzheimer hastalığına etkileri araştırıldı. Bir çoğunda farklı sonuçlar bildirildi; bazılarında lipofilik statinlerin olumlu etkilerinden söz edilirken bazılarında da apolipoprotein E-4 alleli taşıyan bireylerin fayda gördüğü bildirildi.

Rotterdam'daki Erasmus Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise şimdiye kadar en büyük hasta popülasyonu takip edildi. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry'de yayımlanan makalede, 1990-1993 yılları arasında izleme alınan 55 yaş üzeri demans bulgusu olmayan 6 bin 992 birey ortalama 9.2 yıl takip edildi. Bu gruptan 582 kişide Alzheimer gelişti. Diğer klinik faktörler ve sosyodemografik etmenler eşitlendiğinde, statin kullananların hiç kullanmayanlara göre riskinin yüzde 43 azaldığı saptandı. Etki hem hidrofilik hem de lipofilik statinlerle, apolipoprotein E-4 allelinden bağımsız olarak ortaya çıktı. Fibratlar, safra asidi bağlayan resinler ya da nikotinik asit gibi diğer lipid düşürücü ilaçların ise koruyucu bir etkisi görülmemiş.

Ezetimib – kanser ilişkisi hala net değil

Aort Stenozunda Simvastatin ve Ezetimib (SEAS) çalışması geçen yıl Avrupa Kardiyoloji Kongresi'nde sunulduğunda, ilaç kullanan grupta plaseboya göre daha fazla fatal ya da non-fatal kanser olayı görüldüğünün açıklanması herkesi şaşırtmıştı.

Kanser verileri açığa çıktıktan sonra, devam eden iki ezetimib çalışmasının verileri de gözden geçirildi. IMPROVE-IT ve SHARP çalışmalarında, en az üç yıllık izlem süresinde kanser riskinde artış saptanmadığı görüldü. Henüz sonuçlanmayan bu iki çalışmadaki toplam kanser vakası rakamları, SEAS çalışmasında görülen kanser sayısının dört katı olmakla birlikte, ezetimib kullananlarda daha yüksek değildi. Ancak üç çalışmanın verileri bir araya getirildiğinde, tedavi alan grupta kanser riskinin halen yüksek olduğu izlendi.

HIV'in cerrahı hastaya bulaşma riski düşük

CDC'nin 1991'de yayımladığı rehberde HIV+ sağlık personelinin invaziv girişimlerden uzak durması önerildi. İsrail'de HIV+ bir cerrahın tecrübeleri ise, doktordan hastaya HIV bulaşma riskinin çok düşük olduğunu gösteriyor.

İsraili cerrahı, 2007'de HIV enfeksiyonu saptanınca cerrahın çalıştığı hastanelerde 1997'den beri opere ettiği 1669 hasta aranarak HIV testi için çağrıldı. 545 hasta test yaptırdı ve hepsi negatif bulundu. İsrail Sağlık Bakanlığı'nın topladığı bir komisyon, cerrahın mesleğine herhangi bir kısıtlama olmaksızın dönmesine izin verdi.



Çocukluk çağında travma kronik yorgunluk sendromuna yol açıyor

Atlanta Emory Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada çocuklukta geçirilen fiziksel, cinsel, duygusal travmaların erişkin hayatta kronik yorgunluk sendromu (KYS) riskinde büyük artışlara neden olduğu bildirildi. ABD'de erişkin nüfusun yüzde 2.5'ünü etkileyen kronik yorgunluk sendromu, yılda 9.1 milyar dolar ekonomik kayba neden oluyor.

Georgia eyaletinde yaşayan KYS'lu 113 hasta ile 124 sağlıklı birey kontrol çalışmaya alındı. Bireylerin çocuklukta fiziksel, duygusal ya da cinsel bir travmaya maruz kalıp kalmadıkları sorgulandı. Denekler; depresyon, anksiyete ve post-travmatik stres bozukluğu yönünden de araştırıldı. Sabah uandıktan hemen sonra alınan tükürük örneklerinden kortizol çalışıldı.

Çocukluk çağı travmalarının KYS riskinde genel olarak 5.6 kat risk artışı meydana getirdiği saptandı. Cinsel ve duygusal travma ile ebeveynin ilgisizliği en önemli risk faktörleri olarak belirlendi. KYS'na ek olarak post-travmatik stres bozukluğu olanlarda çocuklukta travma öyküsünün 9.6 kat arttığı görüldü.

KYS sendromu olanlarda tükürük kortizol düzeyleri kontrollere göre daha düşük saptandı. Ancak çocukluk travması yaşayanlar ayrıldığında, diğer KYS hastalarının kortizol düzeyi kontrollerden farklı bulunmadı. Araştırmacılar, bu bulgunun KYS'nun farklı alt tiplerinin bulunduğuna işaret edebileceğini belirtiyor.

Gebelikte SSRI kullanımı gestasyonel hipertansiyon riskini arttırabilir

Harvard Halk Sağlığı Okulu'nda yapılan bir araştırmada, hamileliğin ileri dönemlerinde SSRI kullanan kadınlarda gestasyonel hipertansiyon riskinin arttığı belirlendi. SSRI hiç kullanmayanlar ya da ilk trimester bitmeden kesenlerle karşılaştırıldığında SSRI kullanmaya devam edenlerde preeklampsi riskinin 4.9 kat arttığı saptandı. Çalışmada gebelik öncesi hipertansiyonu olmayan ve 1998-2007 tarihleri arasında malformasyonsuz bebek doğuran 5 bin 731 kadının verileri incelendi. 5 bin 532 kadın hiç SSRI kullanmadı. 107 kadın gebelikten 2 ay öncesinde SSRI kullanıyordu ve ilk üç ayda bıraktı. 92 kadın ise gebelikten en az 2 ay önce SSRI kullanmaya başladı ve ilk trimesterden sonra da devam etti.

Gestasyonel hipertansiyon sıklığı hiç SSRI kullanmamış olanlarda yüzde 9, ilk trimesterde ilacı bırakanlarda yüzde 13.1, ilaca devam edenlerde ise yüzde 26.1 olarak saptandı. Preeklampsi sıklığı ise söz konusu gruplarda sırasıyla yüzde 2.4, yüzde 3.7 ve 15.2 bulundu.

Depresyonlu gebelerde hipertansiyon sıklığının arttığını bildiren çalışmalar mevcut. SSRI'ların hipertansiyonda etiyolojik bir rol oynayıp oynamadığı bilinmiyor. Çalışma sonuçları gebe kadınlarda SSRI tedavisinin kesilmesi gerektiğini düşündürmekle birlikte, gebelikte tedavi edilmeyen depresyonun preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, annede beslenme bozukluğu ve postpartum depresyon gibi riskleri mevcut. Diğer yandan ilk trimesterde SSRI kullanımının fetal malformasyonlara yol açabildiği de biliniyor. Araştırmacılar, ilaç tedavisinin devam ettirilip ettirilmeyeceğinin riskler ve yararlar göz önüne alınarak her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini ancak ilaç tedavisine devam edilenlerde hipertansiyon açısından yakın takip yapılmasını öneriyor.

Kahve; ağız, farenks ve özefagus kanserinden koruyor

American Journal of Epidemiology dergisinde yayımlanan Japonya'da yapılan bir araştırma, kahve kullanımının ağız, farenks ve özefagus kanseri riskini azalttığı bildirildi. 40-64 yaş arası 38679 kişinin ortalama 13.6 yıl izlendiği çalışmada 157 vakada; ağız, farenks ve özefagus kanseri tespit edildi. Günde bir veya daha fazla kahve içenlerde, hiç içmeyenlere göre riskin yüzde 49 azaldığı görüldü. Kahvenin bu koruyucu etkisinin her iki cinsten ve alkol-sigara kullanan yüksek riskli bireylerde de mevcut olduğu saptandı. Araştırmacılar, özefagus kanseri riskinin azaltılmasında etkili önlemin sigara ve alkolün kesilmesi olduğunu ancak kahvenin de hem düşük riskli hem de yüksek riskli gruplarda koruyucu bir faktör olarak göz önünde bulundurulabileceğini belirtiyor.



Yaşlılarda kardiovasküler riskin en iyi göstergesi homosistin

Hollanda'da yapılan ve BMJ'de yayımlanan bir çalışmada 85 yaş üzerinde Framingham Risk Skoru'nun kardiovasküler olayları tahmin etmede yararlı olmadığı gösterildi.

Kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan 85 yaş üzeri 215 kadın ve 87 erkeğin 5 yıl izlendiği çalışmada; cinsiyet, sistolik kan basıncı, diyabet, sigara, sol ventrikül hipertrofisi gibi Framingham Risk Skoru parametrelerinin kardiyovasküler ölümleri tahmin etmede yararlı olmadığı saptandı. Diğer yandan yeni kullanılmaya başlanan risk faktörlerinden folik asit, CRP, interlökin 6'nın kardiyovasküler olay riski ile az da olsa korelasyon gösterdiği izlendi.

Çalışmada takip edilen risk faktörlerinden en yararlısının homosistin olduğu bildirildi. Homosistin değeri en yüksek üçte birlik grubun en yüksek kardiyovasküler riske sahip olduğu saptandı. Araştırmacılar, ileride statin tedavisi başlanması gereken hasta grubunun homosistin düzeyine göre belirlenebileceğini iddia ediyor.

Prokalsitonin düzeyi yoğun bakım hastalarında güvenilir olmayabilir

Prokalsitonin düzeyi, sepsis ile sistemik inflamatuvar cevap sendromunun ayırımında kullanılıyor. Ancak BMC Infectious Diseases dergisinde yayımlanan bir makalede, prokalsitonin düzeylerinin daha önce sepsis geçirmiş yoğun bakım hastalarında ikinci sepsis durumunda çok daha düşük seviyelerde kaldığı bildirildi.

Araştırmacılar yoğun bakımda yatan ve ilk kez sepsise giren (n=62) ya da daha önce bir sepsis geçirmiş olup ikinci kez sepsise giren (n=117) hasta gruplarında prokalsitonin düzeyini karşılaştırdı. İlk kez sepsis geçirenlerde prokalsitonin ortalama 55.6 ng/ml iken ikinci sepsisi geçirenlerde 6.4 ng/ml olarak ölçüldü. İkinci sepsiste prokalsitonin düzeyinin düşüklüğünün; yatış süresi, kandidemi, antibiyotik tedavisinden bağımsız olduğu saptandı.

2 mg/ml eşik değeri olarak alındığında prokalsitonin düzeyi, ilk sepsiste sistemik inflamatuvar cevaptan ayrılmada yüzde 83 sensitifti, sekonder sepsiste aynı eşik değeriyle sensitivite yüzde 58'e düşüyor. Araştırmacılar, daha önce sepsis geçirenlerde, eşik değerinin daha düşük tutulması gerektiğini vurguluyor.



Amerikan sağlık sistemi Obama ile “değişiyor mu?”

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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

Tıp alanındaki araştırmalara Amerika Birleşik Devletleri'nin ciddi miktarlarda kaynak aktarması ve bu konuda dünya liderliğini elinde bulundurması, Amerikan sağlık sisteminin de sanki dünyadaki en iyi sistem olduğu önyargısını birlikte getirmektedir. Acaba durum gerçekten böyle midir? Diğer

bir deyişle, Amerikan sağlık sisteminde hiçbir problem yok mudur? Eğer bu yargı doğru ise, yeni başkan Obama'nın tüm ülke için getireceğini vaat ettiği “değişim” sağlık sistemini nasıl etkileyecektir?

Özellikle son yıllarda giderek artan oranda kişi, sağlık sistemine akıtılan paranın büyüklüğü, sigortası olmayan

insanların sayısındaki artış ve harcamaların giderek daha da artması nedeniyle Amerikan sağlık sistemini sorgular hale gelmiştir. İlaç şirketlerinin karlarını artırmak için yaptıkları reklamlar, “icat ettikleri hastalıklar” ve olmayan hastalıkları tedavi etmek için piyasaya sürdükleri “anlamsız” ilaçlar gibi komplo teorileri ayrı bir yazıya konu olabilecek kadar uzundur. Ancak gelinen noktada, artık de-





ğışimin bir “seçim” değil, bir “gereklik” olduğu üzerinde durulmaktadır. Öncelikle, doğru bilinen bazı yanlışlara dikkat çekmekte fayda vardır:

ABD’de son 30 yıl içinde sağlık harcamaları, ekonominin genel büyüme hızından daha hızlı artmış ve yılda ortalama yüzde 2,8’lik bir yükselme göstermiştir. Eğer bu eğilim bir 30 yıl daha devam edecek olursa, gayri safi hasılanın yüzde 30’u sağlık harcamalarına gidecektir ki, şu anda bile hiçbir bütçe kalemi bu kadar yüksek değildir. Buradan hareketle bazı ekonomistler, eğer sağlık harcamalarındaki artış frenlenmez ise, yakın gelecekte tüm mali politikaların iflas edeceğini ve eğitim, güvenlik, altyapı gibi temel alanlara yatırım yapılamayacağına dikkat çekmektedirler.

Sağlık sisteminde yapılacak bir reformun en temel öğelerinden birisi, sigortasız kişilerin de sağlık güvencesi kapsamına alınmasıdır. Kulağa çok hoş gelen bir talep olmakla beraber, bunun gerçekleştirilmesi oldukça zordur. Günümüzde ABD’deki kişi başına düşen sağlık harcaması, yüksek gelir düzeyine sahip diğer ülkelerden 2 kat daha fazladır. Ancak buna rağmen ABD, herkese sağlık güvencesi sağlamayan nadir ülkelerden birisidir. Herkesi sigorta kapsamına alabilmek için bunun azaltılması gerekecektir ancak bu da mümkün değildir. Neden gayet basittir: Sağlık için harcanan her dolar, sağlık veya sigorta sektöründeki bir başka kişi için bir gelir kaynağıdır. Sigorta şirketlerinin yönetim giderleri ve yöneticilerinin yüksek maaşları bir yana, bu sektörde çalışan on binlerce telefon ve bilgisayar operatörü, sigorta acenteleri, konsültanlar ve diğer orta-alt gelire sahip kişiler rakamın yüksek olmasına katkıda bulunmaktadır. Özellikle bireysel sigorta hizmetlerinde, yönetim giderleri sigorta primlerinin yüzde 30-50’sini oluşturmaktadır. İşverenin sağladığı grup sigorta sisteminde ise bu oranlar yüzde 12-15 arasındadır. Hizmetlerin aşırı kullanımı ise ayrı bir problemdir çünkü gereksiz veya çok az işe yarayan testler, ilaçlar, girişimler vb. bunları yapanlar için ayrı bir gelir kaynağıdır. Dolayısıyla eğer bir reform yapılacaksa, belki de amaç harcamaları azaltmak değil, artış hızını frenlemek olacaktır.

Tıptaki ilerlemeler, sağlık harcamalarının yılda yüzde 2,8 artışına neden olmaktadır. Tanı ve tedavi alanında yaşanan gelişmeler, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmıştır. Bu faydaları bir yandan devam ettirirken bir yandan da harcamalar nasıl azaltılabilir? Belki de yapılması gereken, yeni ilaçların ve girişimlerin maliyetlerini ve faydalarını değerlendirecek, yarı bağımsız bir kurum kurmaktır. Fakat bu alandaki yeniliklerin ortaya çıkış hızı dikkate alındığında, yeni kurulacak bu kurumun da çok ciddi bir bütçeye sahip olması gerekecektir. Tek başına doktorların veya küçük derneklerin bu yükün altından kalkması mümkün değildir. Ancak bu da yeterli değildir. Önemli olan, buradan çıkacak değerlendirmeler, tüm sağlık kurumlarının uymayı ve uygulamayı istemeleridir.

rumlarının uymayı ve uygulamayı istemeleridir.

Herkese sağlık güvencesi verebilmek için, ödeme gücünü içinde olanların uygun bir şekilde sübvansan edilme-leri gerekir. Aslında hiçbir ülke, belirli sübvansiyonlar yapmadan herkes için sağlık güvencesi sağlayamaz. Bunun aksini savunan politikacıların gerçekleri sakladığı düşünülmelidir. Günümüzde, sağlık güvencesi olan Amerikalıların yaklaşık yarısı, çalış-tıkları için bu güvenceye sahiptirler ve işin ilginç tarafı, bu güvence bedelini işverenlerin ödediklerini düşünürler. Eğer bir şirket, elemanı için yılda 3000 – 4000 dolar sigorta primi ödüyorsa, bunun maliyetini birkaç şekilde karşılayamaya çalışacaktır: Muhtemel ücret artışlarını azaltarak; şirket ürünleri-ne zam yaparak (bu da tüm çalışanların reel ücretlerin aşağı çekilmesi anlamına gelir) ve karlarını azaltarak. Şirketlerin karlarını azaltmaları en son düşünecekleri seçenek olacağı için, genellikle ilk iki seçenek-ten birini uygulayacaklardır ki, sonuçta, sigorta primlerinin büyük bir kısmı işveren tarafından değil, iş gören tarafından ödenmiş olacaktır. Örneğin, son 30 yılda sigorta primleri yüzde 300 oranında artmıştır. Bu artış, normal bir büyümeye eşlik etmesi gereken ücret artışlarından kısılarak karşılanmış ve ortalama bir işçi, enflasyon oranında bile bir ücret artışı alamamıştır. Şirket karları ise, vergilerden sonra yüzde 284 artmıştır. Birçok kişi, devletin kendisine sağlık güvencesi “verdiğini” düşünür. Devletin sağlık

Sağlık harcamalarını bir şekilde azaltmak mümkündür ancak halen mevcut sistemden nemalanan kesimler, bu isteğe şiddetle karşı çıkmaktadırlar. Bu kesimlere karşı çıkabilecek bir başkan, ABD’de gerçek bir sağlık reformunu yapabilecektir. Acaba bu başkan, yeni seçilmiş başkan Barack Obama olabilecek midir?

sigortasına harcadığı her doların ise, halkın cebinden çıkar. Ancak eğer sorumsuzca davranılır ise, borç para bulunur ve bu kez para, faiz şeklinde gelecek nesillerin cebinden çıkmış olur.

Herkese sağlık güvencesi sağlamanın yolu, geliri, iş durumu, aile durumu ve diğer özellikleri her ne olursa olsun, herkese temel sağlık güvencesi sağlamak ve bunun için mevcut vergi gelirlerinin belirli bir oranını kullanmaktır. Böyle bir sistemde, zengin ve sağlıklı olanlar, fakir ve hasta olanları sübvans etmiş olacaktır. Ortalama geliri ve ortalama sağlığı olanlar ise, kendi kendilerine yetecek bir sağlık güvencesine kavuşacaktır.

Bu gerçekler ışığı altında neler yapılabilir? Hazırlanan bir rapora göre, eğer herkese sağlık güvencesi sağlanır ve bazı önlemler alınabilirse, önümüzdeki 10 yılda 1,5 trilyon dolar tasarruf sağlanabilir. Bu önlemlerin temelinde, maliyetlerin tek bir kaynaktan karşılanması yerine, hem kamunun hem de kişinin kendisinin karşılaması yer almaktadır. Özellikle yeni ortaya çıkan pahalı tedavilerin gerçekten faydalı olup olmadığının araştırılması büyük önem taşıyacaktır. Örneğin İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü, yeni ortaya çıkan ilaçlar, cihazlar ve tanı testlerinin yeterli kanıtı bulunup bulunmadığını araştırmaktadır. Eğer yeni yöntemin sağladığı fayda, elde edilen kaliteli yaşam yılı başına 50 bin dolardan az ise, bu yöntem onay vermektedir. Böyle bir sistem henüz ABD’de bulunmamaktadır.

ABD’de henüz çok yaygınlaşmayan

bir diğer sistem ise, elektronik sağlık kayıdır. ABD’deki birinci düzey doktorların yalnızca yüzde 25’inde elektronik sağlık kaydı bulunurken bu oran İngiltere, Hollanda ve Yeni Zelanda’da yüzde 90’dan fazladır. Eğer böyle bir sistem devreye sokulabilirse, 10 yıl içinde edilecek tasarruf yaklaşık 88 milyar dolar olarak hesaplanmıştır.

ABD, birinci düzey sağlık hizmetinin finansmanında diğer ülkelerden oldukça farklıdır. Birçok ülkede insanlar, birinci düzey sağlık hizmeti için bir doktora bağlanmak zorundadır. Türkiye’de de bu sistem bazı pilot illerde başlamıştır. Örneğin İngiltere’de doktorlar, koruyucu hekimlik, kronik hastalıkların izlemi, hastaların yönlendirilmesi ve geri bildirimlerin takibi gibi konularda belirli performans hedeflerinin üzerine çıktıkları zaman, ücretlerinin yüzde 25’ine kadar varan oranlarda ekstra prim alabilmektedirler. Hollanda’da, doktorların özel ofislerinde çalışan hemşireler, kronik hastalar ile ilgilendikleri zaman, devlet belirli oranlarda desteklemektedir. Birçok ülke, ilaç masraflarını azaltabilmek için, ilaç firmaları ile çeşitli pazarlıklara girişmiştir veya Almanya’da olduğu gibi, devlet, eşdeğer ilaçlar arasında en düşük fiyatlısını ödemektedir. İlaç masraflarının azaltılması, önümüzdeki 10 yılda, ABD’de 43 milyar dolarlık ek bir tasarruf sağlayabilecektir.

Dolayısıyla; sağlık harcamalarını bir şekilde azaltmak mümkündür ancak halen mevcut sistemden nemalanan kesimler, bu isteğe şiddetle karşı çıkmaktadırlar. Bu kesimlere karşı çıkabilecek bir başkan, ABD’de gerçek bir sağlık reformunu yapabilecektir. Acaba bu başkan, yeni seçilmiş başkan Barack Obama olabilecek midir?

Seçimlerden önce yapılan bir kamuoyu araştırmasında Amerikalıların çoğu, sağlık sisteminde ciddi bir kriz olmadığını, yalnızca bazı sorunlar bulunduğunu belirtmişler, ancak üçte iki çoğunluk, başkan Bush’un sağlık politikalarının doğru olmadığını söylemişlerdir. Amerikalıların çoğu, Irak’tan dönen gazilerin yeteri kadar sağlık bakımı almadığına inanırken her 5 Amerikalıdan biri, son zamanlarda aldığı sağlık hizmetinin yeterli olmadığını, yine 5 Amerikalıdan biri, sağlık primlerini ödemekte zorluk çektiğini, her 4 Amerikalıdan biri ise, gelecekte primleri ödeyememekten korktuğunu söylemişlerdir. Amerikan başkanlık seçimlerinde, seçmenler için en önemli 6 konudan biri de sağlıktır. Hatta 2008 seçimlerinde sağlık, en önemli 3’üncü konu olarak öne çıkmıştır. Sağlığı daha önemli bir konu görenler arasında; erkeklere nazaran

kadınlar, yüksek gelir gruplarına nazaran orta ve düşük gelir grupları, gençlere nazaran 65 yaşın üzerindeki ve beyazlara nazaran siyahlar gelmektedir. Sağlıkla ilgili öncelikler sıralamasında ise, sağlık primlerinin karşılanabilmesi ilk sırayı alırken sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi ikinci sırada yer almaktadır. Obama’yı destekleyenlerin büyük bir kısmı, sağlık sisteminde ciddi bir reform yapılmasını savunurken, McCain’i destekleyenlerin büyük bir kısmı, sağlıkta reforma ihtiyaç olmadığını veya küçük değişikliklerin yeterli olabileceğini söylemişlerdir. Sağlıkta reform yapılmasını isteyenler, merkezi hükümetin rolü, sağlık harcamalarının dağılımı ve kurtaj hakkı gibi konularda değişiklikler yapılmasını istemişlerdir.

Obama’nın vaat ettiği sağlık reformunun temelini, herkes için sağlık sigortası oluşturmaktadır. Bu kapsamda, halen sigortasız halde bulunan 67 milyon Amerikalıdan 46 milyonunun sigorta kapsamına alınması, işverenlerin sağlık sigortasındaki payının artırılması, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması ve ortalama bir ailenin sağlık primlerinin yılda 2 bin 500 dolar azaltılması planlanmaktadır. Aslında genel olarak bakıldığında bu planların sağlık sistemindeki sorunlara yalnızca semptomatik bazı iyileştirmeler hedeflediği ve temel sorunları çözmekten uzak olduğu görülmektedir.

Obama’nın sağlık planında, sağlık durumu her ne olursa olsun, herkesin aynı primi ödeyeceği bir sistem önerilmektedir. Bu da yılda yaklaşık olarak 12 bin dolarlık bir prim ödenmesi anlamına gelmektedir. Aslında, geniş kapsamlı bir sağlık sigortası için vergilerin çok önemli bir bölümünü bu sektöre ayırmak gerekecektir. Eğer daha dar kapsamlı bir sigorta yapılır ise, bu kez sigorta kapsamı dışında kalan ağır hastalıklar için kişilerin daha fazla kişisel harcama yapması gerekecektir. Ancak Obama, bu seçeneğe fazla sıcak bakmamakta. Tersine, bireysel sigorta şirketleri arasındaki rekabetin azaltılmasını, grup sigorta sistemlerinin artırılmasını ve gerekirse sağlık sigortalarının “değiş-tokuşunu” öneriyor. Böylece, sigorta şirketlerinin hep düşük riskli veya hep yüksek riskli kişileri kapsama almasını engellemeyi hedefliyor. Bu durum, Amerika gibi rekabete alışmış bir toplumda, şimdiye kadar fazla görülmeyen ve rekabeti ortadan kaldırdığı için de eleştirilen bir durum. Yani insanlara sunulan alternatifler azalacak. Obama, pazarın çökmesinden, hükümetin alacağı risklerin artmasını tercih ediyor. Sigortasızların sigorta kapsamına alınmasının maliyetinin 1.5 trilyon dolar olacağı yukarıda belirtil-



mişti. Bu rakamın emlak vergilerinde yapılacak düzenlemelerden karşılanması düşünülüyor ancak bunun hangi süre içinde yapılacağı belli olmadığı için gerçekçi olup olmadığı da şüpheli görünüyor.

İşverenin üstlendiği sağlık sigortasının payı, 1990'ların başlarında yüzde 75'ler düzeyinde iken, 2007 yılında yüzde 70'e inmiştir. Obama, bu noktada işverenlere 2 seçenek sunmakta: Ya sağlık primlerini daha fazla ödeyin ya da verginizi. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi, işverenin daha fazla prim ödemesinin bedelini yine iş görenler ödeyecektir ve üretim artışına paralel olarak almalari gereken ücret zamlarını alamayacaklardır. Bunun bir diğer sonucu da, yeni iş olanaklarının olmaması nedeniyle, işsizlik oranlarının artması olacaktır. Satışların azalmasına yol açabileceği için, şirketler ürünlerine zam yapmayı pek düşünmeyeceklerdir. Küçük şirketler için, sigorta primlerinin yarısının devlet tarafından karşılanması düşünülüyor ancak bu şirketlerin de bu riski bile almak istemeyecekleri kuvvetle muhtemel.

Kısacası, Obama'nın önerdiği sağlık reformunda, sağlık harcamalarının giderek azaltılması ve daha fazla insanın sağlık sigortası kapsamına alınması yer alıyor. Bunun için de sağlık sigorta sisteminde değişiklikler öneriliyor ancak yapılması düşünülen değişikliklerin yakın zamanda etkisini göstermesi beklenmiyor. Yani, eğer bilgi teknolojileri, koruyucu tıp ve ve-

rimlilik artışı ile 200 milyar dolarlık bir tasarruf sağlanabilirse, federal sağlık harcamalarını 65 milyar dolar artırarak herkes için sağlık hedefine biraz daha yaklaşılabilecek. Amerikalıların bu yükün altına girip girmeyeceklerini ise zaman gösterecek.

Kamuoyu araştırmalarının da gösterdiği gibi, Amerika'da sağlıkla ilgili yapılacak düzenlemelerde, üreme sağlığı ve kürtaj hakkı gibi konular çok önemli bir yer tutmaktadır. Obama, merkezi hükümetin embriyonik kök hücre araştırmalarını desteklemesini, çocuklar dâhil herkesin aile planlaması hizmetlerine sınırsız bir şekilde erişimini ve kürtaj hakkını savunmakta. Bunlara paralel olarak, 2002'de kabul edilen "döllenmeden doğuma kadar geçen süre dâhil, 19 yaşından küçük herkesin çocuk" olarak tanımlandığı düzenlemeyi desteklememekte ve çocuklarda ve ergenlerde yapılacak kürtajlarda ailenin bilgilendirilmesi veya onay alınmasına karşı çıkmaktadır. Obama'nın Yüksek Mahkeme'ye kendininkine benzer fikirleri olan yargıçları atayabileceği düşünüldüğünde, önümüzdeki dönemde Amerikan yargısından bu konularla ilgili farklı kararların çıkması muhtemel gözükmektedir. Ancak biyolojide meydana gelebilecek bilimsel gelişmelere bağlı olarak, görüşlerde değişiklikler olması da her zaman mümkündür ve Obama'nın bu konularda nasıl bir strateji izleyeceğini de yine zaman gösterecektir. O zaman; bekleyelim, görelim...

Günümüzde ABD'deki kişi başına düşen sağlık harcaması, yüksek gelir düzeyine sahip diğer ülkelerdekinden 2 kat daha fazladır. Ancak buna rağmen ABD, herkese sağlık güvencesi sağlamayan nadir ülkelerden birisidir. Herkesi sigorta kapsamına alabilmek için bunun azaltılması gerekecektir ancak bu da mümkün değildir.

Kaynaklar

Antos RA. Symptomatic relief but no cure. The Obama Health Care Reform. *N Engl J Med* 2008; 359: 1648

Fuchs VR. Three inconvenient truths about health care. *N Engl J Med* 2008; 359: 1749

Davis K. Slowing the growth of health care costs. Learning from international experience. *N Engl J Med* 2008; 359: 1751

Blendon RJ et al. Voters and Health reform in the 2008 presidential election. *N Engl J Med* 2008; 259: 2050

Blumenthal D. Primum non nocere. The McCain plan for Health insecurity. *N Engl J Med* 2008; 1645

Estetik ve güzellik uygulamalarında kim, nerede, nereye kadar?

Doç. Dr. Naci Karacaoğlu



1961 yılında Yozgat'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı oldu. 1992-98 yılları arasında On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak görev yaptı. 1997 yılında doçent olan Karacaoğlu 1999-2003 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi plastik cerrahi kliniğinde görev yaptı. Aralık 2003'te Özel Medipol Hastanesi estetik ve plastik cerrahi kliniğinde çalışmaya başladı. Halen aynı hastanede başhekimlik görevini de yürüten Karacaoğlu'nın, 40'ı uluslararası, 25'i ulusal dergilerde olmak üzere toplam 65 yayınlanmış makalesi bulunmaktadır. Evli iki çocuk babasıdır.

MÖ 5000 yılına ait Sümer kalıntılarından kadınların o dönemde dudaklarını boyadıkları, Mısır'da da kadınların dudaklarını, göğüslerindeki damarları mavi boya ile boyadıkları ve göğüs uçlarına altın tozu sürerek güzel görünmeye çalıştıkları anlaşılmıştır.

Eski Roma'da kadınların ciltlerini güzelleştirmek için timsah dışkısıyla bir çeşit çamur maskesi yaptıkları ve pomza taşları ile dişlerini beyazlattıkları bi-

linmektedir. Ayrıca koyun yağı ve kandan hazırlanan bir karışımı tırnak boyası olarak kullanmışlardır.

Çin'de bin yıl önce, kadınların ayakları fazla büyük olmasın diye, kız çocukları altı yaşına geldiği zaman ayaklarını cendere gibi sıkı demir ayakkabılar giydirecek ayakların daha estetik görünmesine çalıştıkları bilinmektedir.

18'inci yüzyılda İngiltere'de kadınlar kırışıkları ve sivilceleri gizlemek için yüzlerini kurşundan yapılan bir çeşit boya ile boyamışlar, 19'uncu yüzyılda kırışıkları

yok etmek ya da gizlemek için kremler, losyonlar ve pudralar kullanmışlardır.

Osmanlı saraylarında güzellik sırrı temizlikti ve sabun önemliydi. Bu nedenle hamam kültürü gelişmiş ve bir sabun sektörü oluşmuştur. Sabuna bağlı sertleşen saçlar için yumuşatıcı olarak hatmi ve ebegümeci kullanılmıştır. Ayrıca saç ve cilt bakımında kil çok kullanılmıştır. Susam ve zeytinyağı el, ayak ve tırnak bakımı yaygın olarak kullanılmıştır. Gülsuyu, yüzü temizlemek, cildi nemlendirmek ve kırışıklıkları giderici olarak kullanılmıştır. Limon, el ve yüz







için beyazlatıcı olarak kullanılırdı. Osmanlı'da ciltlerinin beyaz, saçlarının siyah olması makbuldü. Beyaz ten ise güzellik demekti.

Estetik cerrahi, ilk kez 1930'lu yıllarda yaygınlaşmıştır. Özellikle savaşta yaralanan askerlere ve vücudunda yanık olanlara uygulanan tedavi yöntemleri sayesinde, estetik cerrahi de gelişerek bugünkü konumuna gelmiştir.

İnsanların daha güzel görünme isteği ve çabası artan bir ilgi ve bilgi birikimiyle varoluşundan günümüze kadar gelmiştir.

Son yıllarda güzellik ve estetik uygulamalara olan ilginin artmasıyla bu alanda hizmet veren kuruluşların sayısında ciddi artışlar olmuştur. Gerek yeni teknolojik cihazların uygulanmaya başlaması, gerekse saç ekimi, lazer uygulamaları, mezoterapi ve botox ile kırışıklık tedavisi gibi işlemlerin değişik mekanlarda yaygın bir şekilde kullanılması, Sağlık Bakanlığı'nı bu konuda yeni bir düzenlemeye gitmeye sevk etmiştir.

Bu amaçla 15.2.2008 tarihinde Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik yayınlanmıştır.

Günümüzde uygulanmakta olan estetik ve güzellik işlemlerini iki başlık altında irdelemek gerekir. Birincisi, **cerrahi uygulamalar; diğeri ise cerrahi olmayan uygulamalardır.**

Cerrahi uygulamalara rinoplasti dediğimiz estetik burun ameliyatı, yüz germe, meme küçültme, büyütme ve saç ekimi gibi yeniden şekillendirme ve düzeltme işlemleri örnek gösterilebilir. Burada deri ve dokuların fiziksel yapıları ve şekilleri yeniden düzenlenmekte ve şekillendirilmektedir.

Cerrahi olmayan işlemler de iki ana başlık altında toplanır:

İnvazif işlemler dediğimiz deriye direkt yapılan müdahaleler ki burada derinin bütünlüğü bozulmaktadır. Botox uygulamaları dolgu maddelerinin enjeksiyonu

yakıcı olan lazer uygulamaları, derinin

derin olan kimyasal soymaları, derinin üst tabakasının mekanik olarak soyulması (dermabrazyon) ve slroperapi gibi işlemler örnek olarak verilebilir.

İnvazif olmayan işlemler ise derinin bütünlüğünü bozmayan, deriye doğrudan bir müdahale olmadan yapılan işlemlerdir. Cilt ve vücut bakımı, mikrodermabrazyon, meyve asitleri ile derinin yüzeysel soyulması, yakıcı olmayan lazer uygulamaları, yoğun ışık tedavileri radyofrekans, eksternal ultrason uygulaması bunlara örnektir.

Estetik ve güzellik sektöründe uygulayıcı olarak, özellikle estetik ve plastik cerrahi uzmanları, dermatoloji uzmanları ve kendilerini medikal estetikçi olarak tanımlayan sertifikalı pratisyen hekimler, diyetisyenler, hemşireler, fizyoterapistler ve güzellik uzmanları görev yapmaktadır.

Bu sektörde görev alan temel uygulayıcıların kısaca eğitiminden ve aldıkları eğitimin içeriğinden bahsetmek gerekir.

Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uzmanı olabilmek için 6 yıllık bir tıp eğitimi ve arkasından altı yıl estetik ve plastik cerrahi eğitimi almak gerekir. Bu eğitim sonucunda Sağlık Bakanlığı uzmanlık tüzüğüne göre Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uzmanı unvanı alınır. Eğitim süresince ağırlıklı olarak cerrahi eğitim, yanı sıra da cerrahi olmayan estetik uygulamaların eğitimi verilmektedir. Estetik ve plastik cerrahlar, cerrahi ve cerrahi olmayan tüm estetik müdahaleleri yapmaktadır.

Dermatoloji uzmanına 6 yıllık bir tıp eğitiminin ardından dört yıllık dermatoloji eğitimi sonrası Sağlık Bakanlığı'na dermatoloji uzmanı unvanı verilir. Cilt hastalıkları eğitiminin yanı sıra dermatolojik cerrahi ve kozmoloji eğitimi de alırlar. Dermatoloji uzmanları ise deriye yönelik küçük cerrahi işlemleri yapabildikleri gibi deriye yönelik invazif ve noninvazif tüm işlemleri yapabilmektedir.

Medikal estetikçiler, altı yıllık tıp eğitimi sonrası birkaç gün ya da aylık estetik uygulama kursu eğitimi almış hekimlerdir. Sertifikalı hekimler her ne kadar uzmanlık alanları olmasa da cerrahi olmayan invazif ve non invazif işlemleri yapmaktadır.

Diyetisyenler, ilgili fakültelerin beslenme ve diyet bölümlerinde dört yıllık eğitim sonrası mezun olarak diploma alırlar.

Hemşireler, iki yıllık ön lisans veya dört yıllık yüksek lisans eğitimi alan uygulayıcılardır. Daha çok mezuniyet sonrası estetik uygulamalar konusunda uygulanan merkezlerde deneyim kazanırlar. Örneğin saç ekimi, lazer uygulamaları gibi.

Güzellik uzmanları, ön lisans ve lisans düzeyde konusuyla ilgili eğitim almış veya 3308 sayılı Çıraklık Ve Mesleki Eğitim Kanunu kapsamında güzellik uzmanlığı meslek dalında ustalık belgesine sahip olan kişilerdir. Güzellik uzmanları non invazif işlemleri yapmaktadır.

Diyetisyenler ve fizyoterapistler ise temelde kendi ilgi alanlarının yanı sıra invazif olmayan estetik ve güzellik işlemlerini yapmaktadır.

Bu mesleklerde kim neyi nereye kadar yapabilmeli, bunun tam sınırı belli değildir. Zaman zaman birbirlerinin uğraşı alanlarına girmekteler. Bu, tıbbi hatalar ve kusurlar olduğunda hukuksal anlamda da karmaşaya yol açmaktadır. Eğer kişi yapığı uygulamaya bağlı bir komplikasyon geliştiğinde bunun üstesinden gelebilecek bir eğitimi bilgi ve deneyimi varsa bu uygulamayı yapabilmelidir.

Örneğin bir güzellik uzmanının kendi başına yakıcı olan lazer kullanması veya derin peeling yapması doğru değildir. Çünkü deride yanık oluştuğunda bunun üstesinden gelecek durumda değildir. Diğer taraftan deriye ve saça yönelik mezoterapi uygulaması adı altında birtakım ilaçların verilmesi sonucunda enfeksiyon ve cilt kaybına bağlı açık yaraların ortaya çıkması bunun uygulayan kişiyi tıbbi, etik ve hukuk açısından bağlamaktadır. Uygulayan kişinin bunları göğüsleyebilecek uzmanlık alanına ve bilgiye sahip olması gerekir. Kalıcı bir dolgu maddesinin enjeksiyonu sonucunda gelişebilen bir enfeksiyon veya reaksiyonun üstesinden gelebilecek hatta alternatif başka bir estetik müdahaleyi uygulayabilecek bir eğitim ve birikimi olmayan kişinin bunu uygulaması gerekir.

Bu estetik uygulamalar hangi mekânlarda yapılmalıdır. Kuşkusuz cerrahi işlemleri bir hastane veya yeterli donanımına sahip sağlık merkezlerinde yapılması gerekir. Cerrahi olmayan invazif işlemlerde bir sağlık kuruluşunda yapılmalıdır. Ancak bunların mutlak bir hastane ortamında olmasına gerek yoktur. Poliklinikte, muayenehanede veya tıp merkezlerinde yapılabilir. Bunların dışında noninvazif güzellik işlemlerinin mutlak bir sağlık merkezinde uygulanmasına gerek yoktur. Bunlar güzellik salonlarında rahatlıkla yapılabilir.

Botoxun, collagen gibi dolgu maddelerinin enjeksiyonu ve lazer uygulamalarının hekim muayenehanesi veya poliklinikte yapılmasının bir sakıncası yoktur. Çünkü bu uygulamalar diş hekim muayenehanelerinde uygulanan lokal analjezik enjeksiyonundan daha da riskli işlemler

değildir. Ancak saç ekimi ve dermabrazyon gibi cerrahi bir işlemin bir merkez veya hastanede yapılması gerekir.

Yeni yönetmelik ne getirmiştir?

15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**, 9.03.2000 tarih ve 23988 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**’i bütünüyle yürürlükten kaldırarak ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının türlerini ve açabilecek kişileri, sağlık kurum ve kuruluşlarının planlamasını yer seçimini, sağlık kuruluşunun çalışanlarını sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını, yapılmalarını, faaliyet koşullarını ve faaliyet esaslarını yeniden düzenlemiştir.

Bu yeni yönetmeliğin 7’inci maddesinin ikinci fıkrasında hekimlerin özel muayenehanelerinde saç ekimi, yakıcı lazer gibi cerrahi ve girişimsel tıbbi işlemlerin yapılması yasaklanmıştır. Fakat Danıştay 10. Dairesi, bu maddenin, ‘Muayenehane, bir tabip tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere açılan, cerrahi ve girişimsel tıbbi işlemlerin yapılmadığı işyeridir’ adlı ikinci fıkrasının yürütülmesini durdurmuştur. Diğer taraftan Danıştay’ın daha önceki kararıyla saç ekiminin muayenehane şartlarında yapılamayacağını unutmamak gerekir.

Ayrıca 39. maddenin (a) bendi ile 2000 tarihinde yürürlüğe girmiş olan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik’in (b) bendi ile 2003 tarihinde yürürlüğe girmiş olan **‘Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’ yürürlükten kaldırılmıştır**. Bu durumda “güzellik ve/veya estetik amaçlı sağlık kuruluşu” adı altında sağlık kuruluşunun kurulmasının önü kesilmiş olup “güzellik merkezleri, güzellik ve estetik merkezi, saç ekim merkezi ve güzellik enstitüsü” gibi kullanılan isimler ortadan kaldırılmıştır. Yine bunların herhangi bir şekilde bu unvan veya isim altında çalışmalarını da yasaklanmıştır. Diğer taraftan 2003 tarihli yönetmelik uyarınca tabipler tarafından belli bir kurs (eğitim) sonucunda alınmış olan ve bakanlıkça onaylı olarak verilmiş bulunan “medikal estetik uygulama sertifikaları”nın iptal edildiği anlaşılmaktadır. Ancak mevcut güzellik merkezlerinin geçici 4. maddede daha önceki yönetmeliğe göre açılmış olan mevcut güzellik merkezlerinin ve ünitelerinin 1.1.2010 tarihine kadar faaliyetlerine geçici olarak devam etmesine mü-

(...) Bu mesleklerde kim neyi nereye kadar yapabilmeli, bunun tam sınırı belli değildir. Zaman zaman birbirlerinin uğraşı alanlarına girmekteler. Bu, tıbbi hatalar ve kusurlar olduğunda hukuksal anlamda da karmaşaya yol açmaktadır.

saade edilmiştir. Yönetmeliğin geçici 4. maddesinin 2. fıkrasında, kapatılan güzellik merkezlerinin, mevzuattaki koşullarını taşımak kaydıyla güzellik salonlarına, muayenehanelere veya polikliniklere dönüştürülebileceği öngörülmektedir. Öte yandan yönetmeliğin aynı geçici 4. maddesinin 3 ve 4. fıkralarının, belli bir süredir faaliyet göstermekte olan güzellik merkezlerinin bundan böyle tabelalarında “güzellik ve/veya estetik” ifadesi kullanmaları yasaklanmıştır.

Yine yönetmeliğin geçici 5. maddesinin 1. fıkrası ile yukarıda değinilen 2003 tarihli yönetmelik uyarınca, güzellik merkezleri ile birlikte “özel sağlık kuruluşu” olarak kurulmuş bulunan “güzellik salonları”nın ise “sağlık kuruluşu” statüsünden çıkarıldığı ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı’nın denetim ve düzenleme alanından çıkarılarak herhangi bir ticari işletme statüsünde bütünüyle belediyelerin denetim ve yetki alanına bırakılmıştır. Geçici 5. maddenin 2. fıkrasında da güzellik salonunda tıp fakültesi diploması olan biri çalışsa bile tabip yetkisinde olan hiçbir tıbbi işlemin bu salonlarda yapılamayacağını altı çizilmiştir.

Güzelliks salonlarının Sağlık Bakanlığı’nın denetiminden çıkarılmış olmasını doğru bulmuyorum. Çünkü uygulamalar her ne kadar noninvazif olsa da manikür, pedikür işlemleri esnasında cilt bütünlüğü bozulabilir. Diğer taraftan dövme yapılan yerlerde dövme esnasında deri bütünlüğü bozulmaktadır. Hatta berber ve kuaförlerin de Sağlık Bakanlığı’nın denetiminde olması gerektiği kanısındayım. Çünkü Hepatit ve benzeri enfeksiyonların uygun olmayan mekanlarda ve steril olmayan cihazlarla yapılan işlemler sonucu yayılabilirliği göz önünde tutulmalıdır.

Doktorlar hakkında yazı yazmak

Erdoğan Bektaş



Erdoğan Bektaş 1960 Zonguldak doğumlu. İlk ve ortaokulu Tonya'da, liseyi Trabzon'da bitirdi. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunu. İstanbul'da avukatlık ve hakimlik stajı yaptı. İstanbul Valiliği Kaymakamlık adaylığı, Söğüt, Aliaga Kaymakam vekillikleri, Mut, Karaçoban, Kurtalan, Osmaniye, Manyas, Söğüt ve İnegöl Kaymakamlıkları, Elazığ ve Kırşehir vali yardımcılıklarında bulundu. Bektaş, geçtiğimiz Mayıs ayında Üsküdar Kaymakamlığı görevinin ardından Muş Valiliği'ne atandı. Bektaş, evli ve üç çocuk babasıdır.

Teşekkürler, sayın hocam. Teşekkürler, hem de binlerce kez teşekkürler. Okuduğunuz için, anlamaya çalıştığınız için, üstelik cevap yazmağa değer gördüğünüz için. Her şeyden önce küfretmediğiniz için.

Öncelikle bazı şeyleri belirtmeliyim. Bir kez, ben yazar değilim. Olmayı çok ister-

dim ama değilim. O yayımlanan yazı da kamuya açık bir yayın organında yayımlanmak için kaleme alınmamıştı. Öyle olsa idi, yazılan yazının hangi sinir uçlarını harekete geçireceğini bilir ve daha susuz sabunsuz bir yazı için çalışırdım. SD dergisinin 7'inci sayısında yayımlanan yazı, yalnızca o zaman, yani dört sene önce, boğuştuğum hastane kaynaklı, doktorlar kaynaklı sorunlar tepemi attırdığı için, bir vesile ile sağlık bakanımıza sunduğum, içimi döktüğüm bir yazı idi.

Ah, Salih Kenan Bey (Şahin) ah, bütün kabahat sizde. Her şey Dr. Salih Kenan Bey'in yazıyı görmesiyle oldu. "Yazıyı yayımlayalım" dedi. Ben de "Kıyamet kopmaz herhalde, yayımlayın" dedim. Yayımladılar, üstelik bence hayati önemde bir kısmını da makaslayarak. Ve kıyamet koptu. Çok şükür, derginin bir sonraki sayısında bir hakkaniyetli kişi, Prof. Dr. Recep Öztürk yazıyı ciddiye alıp değerlendirmeye tabi tuttu da, kopan kıyamete değer bir tartışma orta-





Ama ben yine de çağrıya uyuyorum. Bütün 'paracı' olmayan, yürüyen kalabalıkları 'yürüyen dolarlar' (ifadenin orijinali bu) olarak görmeyen doktorlardan, sağlık sektörünün çilekeş mensuplarından bütün gönlümle özür diliyorum. Amacım asla onları üzmemek değildi. Zaten çok zor bir işi yapıyorlar ve her türlü saygıyı hak ediyorlar.

mi doğmuş oldu. Tartışmayı uzatmaya niyetim yok. Ama sayın hocamızın talebine uyarak birkaç hususu değerli okurların dikkatine sunacağım.

Bir defa, yazı siz okuduğunuzda gündel değildi. Üzerinden en az üç yıl geçmişti. Tanrım, üç yılda bu ülkede ne çok şey değişebilirdi. Üç yıl önce günde on, on beş bıçak parası, muayenehaneye yönlendirme vb. hastane kaynaklı şikâyet alıyordum. Bugün ise, altı aydır bu yolda neredeyse hiç şikâyet almadım, inanabiliyor musunuz?

Sonra, yazıdaki bütün örneklemeler yaşanmış olaylardan alınmıştı. Birçoğu da kendi hayatımda yaşadığım, bizzat tanık olduğum olaylardı. Ne yani, olayı daha gerçekçi, daha samimi anlatabilmek için kendi hayatımdan örnekler vererek anlatmak bu kadar mı istismar edilebilir, küfür vesilesi yapılabilir. O olaylar her gün olup duruyorken, birileri rahatsız olacak diye onları yok mu saymalıyız? Olmamış mı kabul etmeliyiz? Samimiyet neden bu kadar ağır bir suç? Doğruları ve düşüncelerimi olduğu gibi ifade etmemeli miyim? Doğruyu söyleyenleri hep dokuz köyden kovmalı mıyız? Her doğru her yerde, doktorların yanında da söylenmez mi?

Koskoca, emekliliği gelmiş, maddi durumu da oldukça yerinde bir kulak burnu boğaz uzmanı, asgari ücretli bir işçiden 400 milyon TL, (YTL değil), bıçak parası istediği için azılı mahkûmlarla dolu bir cezaevinde üç ay hapis yatmadı mı? Bu yaşadığım bir hayal miydi? Üstelik bu yüzlerce şikâyetten sadece değerlendirdiğimiz bir tanesi değil miydi? Şikâyetlerin üzerine gidil-

se çalıştıracak doktor bulamayacağı-mız bir vakia değil miydi?

Muayenehaneler yasaklanınca biz başhekim bulmakta zorlanmadık mı? Şu an bilmiyorum, ama altı ay öncesine kadar başhekim bulunamayan Haydarpaşa Numune Hastanesi vekâletle, part time yönetiliyor, değil miydi? Muayenehaneler kapatılınca ortaya çıkıveren 'benim muayenehanem yok ama şu arkadaşın muayenehanesine gelin, size orada bakayım' türlü ifadelerle ortaya çıkan 'arkadaş muayenehanesi' kavramı bu zeki insanların dilimize hediye ettiği yeni kavramlardan biri değil miydi?

Burada bir hatıramı anlatmalıyım. Dai-remde oturuyorum. Sağlık grup başkanı-mız geldi. Halk sağlığı uzmanı, son derece çalışkan, kibar, dürüst bir bayan hekim. Dedi ki, "Fılanca diş hekimi hakkında bir şikâyet vardı ya?"

"Evet", dedim sıkıntıyla. Çünkü bıkmış-tım doktor şikâyetlerinden. "O şikâyete göre doktor, muayenehanesine hastaları yönlendiriyormuş, ama araştırdım onun muayenehanesi yok", dedi. "Oh" dedim, rahatlayarak, çünkü bir şikâyetin olsun, boş çıkmasından mutlu olmuştum. Ama o da ne? Dr. Hanım rahat değil, sıkıntılı, mahcup bekliyor. "Eee?", dedim. "Ama" dedi boynunu bükerek, "Eşinin muayenehanesi var. Oraya gitmeye zorluyormuş hastaları."

Şimdi sayın hocam, bütün bunları sizin o güzel hatıranız için olmamış kabul edebilir miyiz? Bunların olmasından değil de dile getirilişinden neden bu kadar şikâyetçiyiz?

Ve daha sonra, sayın hocamızın takıldığı ve beni özre davet eden 'yürüyen banknotlar', 'paracı doktorlar' vb. yazıdaki ifadelerin tamamı doktor arkadaşlara aittir. Patent hakkı isteseler hakları vardır. Benim günahım sadece onların ifadelerini aktarmaktan ibaret. Ama ben yine de çağrıya uyuyorum. Bütün 'paracı' olmayan, yürüyen kalabalıkları 'yürüyen dolarlar (ifadenin orijinali bu)' olarak görmeyen doktorlardan, sağlık sektörünün çilekeş mensuplarından bütün gönlümle özür diliyorum. Amacım asla onları üzmemek değildi. Zaten çok zor bir işi yapıyorlar ve her türlü saygıyı hak ediyorlar. Amacım içimi dökmek, bir durum tespiti yapmak, sorunları çözmek için çırpındığını bildiğim bir kadroya yardımcı olmaya çalışmaktan ibaretti.

Ve dahası, yazı bir bütün olarak değerlendirilebilse, tabii o makaslanan kısım-la birlikte yazının doktorları hedef alan bir yazı olmadığı, bir durum tespiti yaptığı, esasen doktorların da mevcut sistemin mağdurları olduğunun vurgulandığı kolaylıkla anlaşılabildi.

Ancak öyle yapılmadı. Sanki bütün sorunların kaynağı ve sorumlusu doktorlar olarak gösterilmiş ve bu nedenle de sorunları çözmesi gereken de doktorlardır varsayımıyla hareket ederek savunmaya geçilmiş, mukabil bir kısım bu kez de valileri hedef alan tarizlerde bulunulmuştur. Bu duruma benim ek-sik yazarlığım da yol açmış olabilir.

Gerçekten şu son 4-5 yıllık sağlık uygulamalarımız ve alınan sonuçlar da çok rahatlıkla göstermiştir ki sorun sistem sorunudur ve asla bireysel çabalarla üstesinden gelinecek bir sorun değildir. Dolayısıyla bireysel yani doktorların kendi sorumlulukları da söz konusu değildir. Ancak konuşulan sağlık sorunuy-sa doktorlar bir şekilde masada olmak zorunda ve sorun doktorlar üzerinden tartışılmak, sorunun doktorlarla ilgili kısmı daha görünür kılınmak zorundadır.

Yoksa ben valileri temize çıkarırsam, siz doktorları temize çıkartırsanız, bir diğeri de diğer meslek mensuplarını temize çıkarır ise çok muhtemeldir ki, bir sonuca ulaşılamaz ve sorun varlığını ağırlaştırarak sürdürür. Toplumun en zeki beyinlerinin sistem inşasında yani sosyal bilimlerde kullanılması gerekirken bunu başaramayan, bu işleri yapanların karnını doyuramayan sisteme doktorlar ne yapabilir ki? Bir doktorun, bir mühendisin, bir hâkimin, bir kaymakamın, bir yöneticinin sendikalı bir işçi-den daha az kazandığı; bir bölge müdürünün kapıcısından, şoföründen, çaycısından yarı yarıya daha az para aldığı bizden başka herhangi bir sistem var mıdır? Bu konuda doktorlar ne yapabilir? Şimdi ben bunları dile getirdim diye, sendikalardan ve işçilerden de özür dilemek zorunda kalacak mıyım?

Bu sistem rezaletini inkâr edecek halimiz mi var! Ancak biz işçimizden çaycımızdan daha az para kazanıyoruz diye kendimize özel çözümler geliştirmemizin ve bir kısım gayri meşru yollarla gelirimizi artırmaya çalışmamızın izah edilebilir bir yanı var mıdır? Yapmaya çalıştığımız, bu tablo karşısında doktorların diğer meslek mensuplarına kıyasla bu yollara daha fazla tevessül ettiklerini ifade etmekten ibarettir. Bu bizim 27 yıllık bürokraside geçen bir ömür sonucu ulaştığımız kanaattir. Herkes kendi kanaatini ifade edebilir. Yine döner sermaye ve benzeri son yıllardaki uygulamalarla bu sıkıntının çok hafıfladığını ve doktorlar hakkındaki yaygın şikâyetlerin neredeyse yok olma aşamasına geldiğini de bir kanaat olarak ifadeden çekinmiyor ve bu yolda emeği geçen ve katkısı olan herkese teşekkür ediyor, minnetlerimizi ifade ediyoruz.

Bu aşamada, yayımlanan yazının kesilen, yayına alınmayan bir kısmını bura-

ya almak istiyorum. Yazının yayımlanmayan ama bence önemli olan kısmı şöyleydi:

“Şu ‘**bıçak parası**’ ya da muayenehaneden hastaneye kurulan hasta sevk zinciri üzerinde biraz duralım isterse- nüz. Aslında bu uygulamalar, bizim mil- let olarak çaresizlikten geliştirdiğimiz bize has ideal çözüm tarzlarıdır. Sis- tem **tarafaların zımni muvafakati** ile çalışır ve çok konuşulunun aksine ala- nın razı, satanın razı olduğu, bu dönen çarktan kimsenin şikâyet hakkı yoktur. Şimdi konunun taraflarını hasta, doktor ve idare olarak birer birer ele alırsak;

Hastanın, ödediği oldukça mütevazı bir ücretle, muayene ücreti ya da ‘bı- çak parası’ karşılığında aldığı hizmeti karşılaştıralım. Hasta, muayenehanesi- sinde ödediği birkaç kuruş muayene ücreti ile doktoru ve hastaneyi özel hastane gibi, babasının malı gibi tepe tepe kullanır, işini görür. Dolayısı ile du- rumdan memnun olması gerekmez mi? Aksi takdirde ya bir sürü para harcaya- rak özel hastaneye veya özel kliniklere gidecek ya da adam gibi Bağ-Kur veya SSK primlerini zamanında ödeyecek ki, böyle bir hizmeti alsın. Bütün bun- lardan muayene ücreti ya da ‘bıçak parası’ gibi cüzi bedellerle kurtulması- na rağmen yine durumdan şikâyet edi- yor. Çünkü aldığı hizmetin bedelini ödemeyi bilmiyor. Daha doğrusu **be- del ödemeyi bilmiyor**. Devlet baba da, popülist uygulamaları ile politikacı- lar da, bu duyguları besliyor ve sürekli kaşıyor. Problem görüldüğünden daha karmaşık.

Konunun **doktor** tarafında zaten şikâyet yok. Doktorlar sistem sayesinde ilave pazarlama tekniklerini de dev- reye alarak kısa zamanda çok para kazanabiliyorlar. Kamunun hastane imkânlarını, ameliyathanelerini kurulu- şuna ve maliyetine katkı vermeden kendi özel işletmeleri gibi, kendi kişisel zenginleşmeleri için paşa paşa kullanı- yorlar. Muayene ücreti ya da ‘bıçak parası’ az olsa da **sürümden** kazanı- yorlar. Biraz **vicdanları** rahat değil ama. Herhalde onun için de şikâyet edecek değiller.

İdare açısından konuya yaklaşırsak, idarenin de esasta diyeceği fazla bir şeyi olmasa gerek. Sen kalk, sadece eğitimi yirmi seneden fazla süren, türlü cenderelerden geçirdiğin, üstelik in- sanların hayatını emanet ettiğin bir meslek mensubunu bin ya da bileme- din bin 500 YTL. gibi komik bir ücretle, üstelik bin bir mahrumiyet şartlarında **çalıştırmaya** heveslen. Gecesi gün- düzüne katmasını iste. Sonra da ‘bıçak parası’ alıyor, muayenehaneyi kapat- mıyor diye sızlan. Bu durumda şikâyet e- nen az hakkı olan, sistemi adam gibi ku-

rup, dengeleri oturtamayan idaredir.”

Evet, dört yıl önce durum buydu ve bize bunları yazdırıyordu. Şimdi ise du- rum ne kadar da değişti. Zaten o yazı- dan da muradımız buydu. Bu kirliliğin bir şekilde gündemden düşmesiydi. Dolayısıyla yazımızın da amacına ulaştığını, problemin kısmen hal yoluna gir- diğini de söyleyebiliriz.

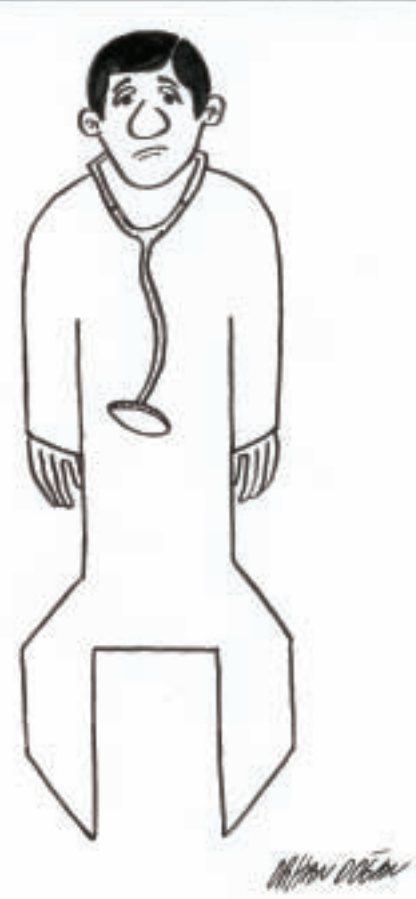
Aslında sayın hocamızın yazısında bi- zim iddialarımızı destekleyen oldukça fazla tespit var. Detayları dikkatli okur- lara bırakarak bir iki hususu dile getire- lim. Sayın hocamızın, baba desteğine rağmen 24 yıllık bir hekimlik ve 8 yıllık profesörlük hayatına rağmen edinebil- diği maddi varlık ile kısa sürede zengin olabilen doktorların kıyaslaması bile bi- zim iddialarımızı doğrulamaktadır. Ho- cam siz neden zengin olamadınız? Di- ğerleri nasıl olup da kısa sürede zengin olabiliyorlar? Ayda, evet yanlış okuma- dınız, yalnızca bir ayda bir doktor, üs- telik orta boy bir kasabada nasıl oluyor da 150 bin YTL. (doktorun kendi ifadesi- dir) kazanabiliyor? Bu sorunun cevabı- nı bilmiyorsanız lütfen benim yazımı bir kez daha okuyunuz. Kim bilir belki siz de sonunda zengin olmanın bir yo- lunu bulursunuz. Ben kendi hesabıma söyleyeyim, 27 yıllık bir meslek hayatı sonunda sayın hocamızın ulaştığı mali tabloya bile ulaşabilmiş değilim.

Milletin üstün beyinlerinin tıp ve fen ala- nına yönelmelerinin millete maliyeti, yalnızca bizim anlattığımız sakıncalar- dan oluşsa belki sonuçlarına katlanıla- bilir. Ancak sosyal bilimlerde uzmanla- şamayan sistem, sosyal karar vericilerini de mühendisler ve hekim- lere kaptıncı çok daha derin bedeller ödemek zorunda kalıyor. Artık herkes kabul ediyor ki; idare bir uzmanlıktır. İş- letme ve siyaset birer bilim dalıdır. Tıp- ta ve mühendislikte aynı verilerden hep aynı ve kesin ve net sonuçlara ulaşılır. İki kere iki her zaman dört eder. Biriki- mi, bilgisi, deneyimi, kodifikasyonu ona göre şekillenen bireyler başka türlü dü- şünemez ve davranamazlar. Rijit, katı, millete kâbuslar yaşatan tavır ve karar- ların arkasını araştırdığınızda hep bu teknik beyinlerin izlerini bulursunuz.

Hâlbuki idarede ve siyasette, sosyal sistemi çalıştırmakta iki kere iki çok na- diren dört eder. Çoğunlukta dörtten başka şeyler eder. Bu da o mesleğin sırrıdır.

Bu meslek en çok zekâyı, en çok geliş- mişliği hak etmektedir. Aksi tabloların millete ödeteceği maliyetler bizim mil- letimizin ödediği bedellere benzer. Bil- mem derdimi anlatabiliyor muyum?

Şunu da eklemeyi geçmemeliyim. Meslek örgütlerinin, mensuplarının so-



runlarını çözmek gibi bir görevi oldu- ğunu sanıyorum. Anlamadan dinleme- den birilerini kınama kararları alıp yayınlayarak, hiç ilgileri olmadığı halde siyasi partilerden daha çok ve daha katı siyasi ve ideolojik gayretlere gire- rek işlerini ne kadar yapabilecekleri ortadadır. İşlerinde başarıları mensup- larının sorunlarını çözmeleriyle doğru orantılıdır. Mensuplarının sorunları or- tada olduğuna göre kendilerini sorgu- lamalarında fayda vardır diye düşün- yorum.

Ve son bir söz daha; sayın hocam, biz aynı taraftayız. Keşke sırayı, Dicle ke- narında bacağı incinen koyunun hakkı- na getirebilsek. Yolumuz çok daha uzun ve işimiz çok daha zor. Doktor- hasta ilişkisini kuramayan sistem, imar- belediye ilişkisini de, diğer kurumsal ilişkilerini de bu kadar kurabilir. İnsanı- nı bu kadar mutlu edebilir.

Onun için, en zekilerimizi bu işe katkı koymaya, emek vermeye çağırıyoruz. Kendimizi kurtarmaya, mazeret üret-meye değil. Milletimizin bütün çocukla- rının emeğine ihtiyacı var. En zeki ço- cuklarının emeğine ise en çok ihtiyacı var, diyerek bu tartışmayı burada son- landırmak istiyorum. Bundan sonra vaki olabilecek serzenişlere cevap ver-meyeceğim. İlgilileri beni değil, sorunu tartışmaya davet ediyorum.

SGK, hastanelerin hizmet kalitesine göre ödeme yapmalı mı?

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. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 2001 yılında bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2001-2005 yıllarında Van'da görev yaptıktan sonra 2005 yılında Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesi ile sağlıkta dönüşüm çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda görev aldı. 2007 yılında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda Daire Başkanı olarak görevlendirildi.

Türkiye sağlık sisteminde ağırlıklı olarak son yıllarda (2004 yılından beri) performansa dayalı ödemeler, kalite, hasta güvenliği, verimlilik kavramlarının pratize edilmiş şekilde uygulandığını görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı kendine idari anlamda bağlı kurumlarında bu çalışmaları, modelleri ciddi bir şekilde yürütmekte, analizler yaparak oluşturmuş olduğu

modelleri geliştirerek yoluna devam etmektedir.

Kamu sektörü bu alanda ciddi tecrübelerle sahip olmaya ve bu konularda gündemi belirleme noktasında büyük bir role sahip bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı; 2003 yılında Türkiye sağlık sistemini tüm detaylarıyla, işleyişiyle ve sorunlarıyla masaya yatıra-

rak bir strateji belirlemiş, bu kapsamda pilot uygulamalarla birlikte 2004 yılında tüm kurumlarında hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sağlık hizmetleri sunumunda verimliliğin, kalitenin artırılması vb konularda başarı elde etmek için yapacağı yapısal dönüşümlerin katalizörü ve başrolcüsü konumunda bir modeli; yani, çalışanlara temel maaşlarının yanında görev ve unvanlarına göre, temel ma-







SGK aslında primini aldığı ve sağlık giderlerini karşıladığı vatandaşların almış olduğu sağlık hizmetlerinin niteliği konusunda da adımlar atmalı ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunu ödüllendirmelidir. Fakat SGK, günümüzde maalesef daha çok, 'Sağlık harcamalarının artışını nasıl regüle ederim' konusuna odaklandığından, bu alana yani sağlık hizmetlerinde kalite konusuna fazla eğilememektedir.

aşlarının 1,5-8 katı kadar ek ücretler verilmesini sağlayan, aslında çok kompleks olan ve sadece ücret ödenmesi bir sonuç olan, içinde çok farklı stratejileri barındıran belli hedeflere ulaşmayı öngören çok değişkenli bir modeli kurmuştur.

Bu modelin uygulanmaya başlanması ikinci yılında ayrıca kurumların, kurumsal performans ve kalitesini irdeleyen, değerlendiren ve ölçen bir model daha öngörerek uygulamaya koymuştur.

Bu iki model birbiriyle ilişkilendirilerek entegre bir model halini almıştır. Bakanlık bu uygulamaları yakından takip ederek dinamik bir süreç işletti ve bu entegre modelin takibi, analizi ve geri bildirimlerle her geçen gün daha da geliştirilmesini sağladı. Böylece Bakanlık bu 4 yılın sonunda bu alanda uluslararası aktörlere de katkı sunacak bir deneyime sahip oldu.

Sağlık Bakanlığı tüm kurumlarını illerde kurduğu Performans ve Kalite Koordinatörlükleri vasıtasıyla, bazen de merkezden görevlendirdiği değerlendiricilerle 4 ayda bir 21 başlık altında 358 kriterden oluşan hizmet kalite standartlarıyla, hastanelerdeki tüm hizmet birimlerini kapsayacak şekilde, hizmetleri birçok açıdan değerlendirmektedir. Bu standartların yerine getirilmesi hastanede verilen hizmetlerin niteliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastanelerdeki poliklinik hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, enfeksiyon kontrolü, hasta ve çalışan güvenliği vb hizmetler hem süreç hem de hizmet açısından değerlendirilerek verilen hizmetlerde bir standartizasyon ve gelişim öngörülmektedir.

Yazımın bu kısmında bu standartların Sosyal Güvenlik Kurumu'nca geri ödeme de kullanılmasının öneminden bahsetmek istiyorum:

Bilindiği üzere ülkemizde sağlık finansmanını sağlayan Sosyal Güvenlik Kurumu en büyük sağlık hizmetleri alıcısı konumundadır. SGK'nın geri ödeme anlayışını ve yaklaşımını irdeleyerek Sağlık Bakanlığı'nın kalite çalışmalarıyla olan ilişkisini ortaya koymak bu noktada büyük önem arz etmektedir.

SGK sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlarken, doğal olarak elindeki bütçeye göre hareket etmekte ve sağlık harcamalarının dengeli bir seyir izlemesini sağlamaya çalışmaktadır. Tüm ülkelerin sağlık harcamalarının kontrolü noktasında büyük çaba sarfettiği bilinmekle beraber; bizim ülkemizde de bu çabalar sarf edilmekte ve yıllık olarak belli bir oranda sağlık harcamalarında artış olacağı kabul edilmekle birlikte; bu oranın aşılması yönünde adımlar atılmaktadır. Bu yaklaşımlar makroekonomik dengeler yönünden gerçekleştirilmesi gereken yaklaşımlardır. Şimdiye kadar SGK daha çok fiyatlandırma üzerinde durmuş, ancak bununla birlikte etkili bir denetim modeli kuramamıştır. Daha çok, oluştur-

muş olduğu belli bölgelerdeki fatura kontrol birimleri vasıtası ile fatura üzerinde denetimler yapmaya çalışmış ama etkili ve yerinde denetimler konusunda belli adımları atamamıştır. Ayrıca fatura üzerinden yapılan denetimlerde de bölgeden bölgeye değişiklikler ortaya çıkmış ve belli bir standart oluşturulamamıştır.

Tam olarak standart oluşturulmaması bile, en azından Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer alan asgari hususlar konusunda ortak hareket edilmesi sağlanmalıdır.

SGK aslında primini aldığı ve sağlık giderlerini karşıladığı vatandaşların almış olduğu sağlık hizmetlerinin niteliği konusunda da adımlar atmalı ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlıklı denetleyici ve organize edici sorumluluğundan dolayı, Sağlık Bakanlığı ile birlikte bu konuda gerekli çalışmaların yapılmasına katkı sunarak bu çalışmaları önemsemeli, hatta mevzuatın geliştirilmesi ve uygulanması konusunda teşvik edici bir tutum sergileyerek, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunu ödüllendirmelidir. Fakat günümüzde maalesef SGK, daha çok 'Sağlık harcamalarının artışını nasıl regüle ederim' konusuna odaklandığından, bu alana yani sağlık hizmetlerinde kalite konusuna fazla eğilememektedir.

Aslında genel olarak baktığımızda, sağlık hizmetleri sunumunda verimliliğin ve kalitenin geliştirilmesine önem verdiğinde, sağlık harcamalarında artış olmayacağı gibi, vatandaşların daha iyi ve nitelikli bir sağlık hizmetine ulaşmasında da büyük katkıları olacaktır.

SGK bu konuyu neden öncelikle gündemine almalıdır:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde katarakt ameliyatı olması gereken bir hastanın rahim ameliyatı olması ve akabinde katarakt ameliyatı olması, bazı açılardan irdelenmeye muhtaçtır.

Birinci husus; bu konu basına yansımamış olsaydı, SGK kesinlikle her iki ameliyat ücretini de ödeyecekti. Rahim

ameliyatı gereksiz yapılmasına rağmen, SGK, denetleme anlayışında belli bir standart ve etkililik oluşturamadığı için sırf yapıldığı için ödemesini yapacaktır. Bu hatanın alınacak basit birkaç önlemle engelleneceği açıktır.

Diğer bir husus, her ülkede hastane kaynaklı enfeksiyonların ciddi maliyetleri olduğu, aslında bunların belli bir disiplin ve program çerçevesinde azaltılabileceği bilimsel bir gerçektir. Örneğin SGK geri ödeme esaslarında bu ayrımı yapamamakta ve bu bağlamda gelişen hastane enfeksiyonu kaynaklı olabilecek ekstra işlemlerin ücretini de ödemektedir (ilaç dahil). SGK açısından bu ayrımı yapmak mevcut denetleme algoritmasında mümkün olmadığından, Sağlık Bakanlığı'nın enfeksiyonları azaltıcı yönde programlarının uygulanmasını teşvik etmelidir.

Bir başka husus ise; tanı ve tedavide olmazsa olmaz olan görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarının doğru ve güvenilir olması hususudur.

Yanlış bir sonuç hem hastanın zarar görmesine, hem de buna bağlı olarak birim hasta maliyetinin artmasına yol açmaktadır. SGK her bir laboratuvar tetkiki için belli bir ücret ödemekte, kurumların laboratuvar sonuçlarının doğruluğuna yönelik atılması gereken adımların atılmasını geri ödemede dikkate almamakta, laboratuvar sonuçlarının doğru çıkmasına yönelik çalışma yapmış kurum ile yapmayan kuruma aynı ücreti ödemekte, ayrıca yanlış sonuçlardan dolayı ekstra ve gereksiz işlem yapan kuruma bu işlemler için de ödeme yapmaktadır.

Bu tür örnekleri artırabiliriz, bu üç örnekteki olumsuz durumların tamamen ortadan kaldırılması zor olmakla birlikte, en aza indirme noktasında, Sağlık Bakanlığı'nın ortaya koymuş olduğu hizmet kalite standartlarının çok büyük katkılarının olacağı apaçık ortadadır.

SGK'nın geri ödeme anlayışını gözden geçirerek, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ve sonuçta ortaya çıkacak olan verimlilik gibi konuları ivedilikle gündemine taşıması ve bunu gündemine taşıırken de Sağlık Bakanlığı ile ortak hareket ederek Bakanlığın bu konularda geliştirmiş olduğu ve uyguladığı modellerden maksimum istifade etmesi büyük önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yapacakları ortak çalışmalar, sağlık hizmeti sunan kurumların verdikleri hizmetlerin daha kaliteli ve verimli verilmesi noktasında büyük sinerji yaratacaktır.

Sağlık Bakanlığının uyguladığı ve kurumların performans ve kalitesini değerlendiren standartlar incelendiğinde, aslında tüm hizmet birimlerini kapsadığı görülecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ve verimlilik konularında Bakanlığın zaman içerisinde geliştirmiş olduğu tecrübeleri dikkatle incelenmeli değerlendirilmelidir.

SGK'nın sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda sağlık sektörü dışında geçerli olan rutin sigortacılık anlayışından sıyrılarak değişik açılardan olaya bakması ve resmin tümünü görmesi gerekmektedir.

Sonuç itibarıyla, kaliteyi önemseyen bir SGK daha güçlü olacaktır. Sağlık hizmeti sunan kurumların belli dönem aralıklarında hizmet kalitesi ve verimlilik açısından değerlendirilerek puanlandırılması, bu puanlamaların tüm kurumları içine alacak şekilde çan eğrisi yöntemi ile geri ödemede bir çarpan olarak kullanılması, SGK'nın cebinden çıkacak toplam parayı artırmadan, iyi olana daha yüksek, kötü olana daha düşük bir ödemenin yapılacağı bir model önerilmelidir.

Bu oluşturulacak model, bu ülkede hizmet standartlarının hızlı bir şekilde uygulanmasına katkıda bulunacaktır.

Bu modelin uygulanması için Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ortak çalışması ülke ve vatandaş menfaatinedir. Bundan hareketle bu modelin uygulanması sonucunda elde edilebilecek kazanımlar şunlardır:

1. Hizmet kalite standartlarının geri ödemede bir parametre olarak kullanılması ne sağlık hizmeti sunanlara nede SGK'ya anlamlı bir maliyeti olmayacaktır. Nitekim herkese faydası olacaktır.
2. Hastanelerin hizmet kalite standartları kapsamında yapılan değerlendirme sonucunda elde etmiş olduğu puanlar dönemsel olarak açık bir şekilde kamuya ilan edilecektir.
3. Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı'nın rehber ve standart geliştirme tecrübesinden faydalanarak fatura kontrol birimleri için standardı sağlamak amacıyla değerlendirme rehberleri oluşturmalıdır.
4. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ortak bir komisyon kurarak bu çalışmaları birlikte yürütmelidir.
5. İki bakanlığın ortak çalışmasıyla, özel ve kamu ayırımı yapılmadan tüm hastaneler hizmet kalite standartları açısından değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin teoriden ziyade, özgün bir yaklaşımla pratize edilerek kalite kavramını elle tutulur bir yapıya kavuşturan Bakanlık, hizmet kalite standartlarının bundan sonra da gelişim sürecinin ve etkisinin giderek artacağını öngörmekle birlikte SGK'nın da bu çalışmalardan imtina edemeyeceği gerçeğiyle karşı karşıya kalacağını öngörmektedir. SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini dikkate almalı ve gündemine taşınmalıdır.

6. Komisyonun oluşturacağı yeni kurallarla birlikte, hastaların hak ettikleri kaliteli sağlık hizmetlerini almaları için, olmazsa olmazlar belirlenerek, belli bir puanın altında olan kurumlardan hizmet alınmamalıdır.

7. Uygulamaya konulacak olan bu model çağdaş sigortacılık anlayışında özgün bir model olmaya aday olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin teoriden ziyade, özgün bir yaklaşımla pratize edilerek kalite kavramını elle tutulur bir yapıya kavuşturan Sağlık Bakanlığı, hizmet kalite standartlarının bundan sonra da gelişim sürecinin ve etkisinin giderek artacağını öngörmekle birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu'nun da bu çalışmalardan imtina edemeyeceği gerçeğiyle karşı karşıya kalacağını öngörmektedir. Bu çalışmaların ülke içinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ve geliştirilmesine katkı sunacağı görülmekle birlikte, uluslararası platformda da örnek uygulama olarak değerlendirilebileceği ihtimali hiç uzak değildir. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetlerinin finansmanında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini dikkate almalı ve gündemine taşınmalıdır.

Prof. Dr. Alâeddin Yavaşça: Bir milletin yok olmaması için müziğine sahip çıkmak gerekir

Ömer Çakkal

Sağlık Bakanlığı'nın 'Sağlıkta Değişim' programı çerçevesinde gerçekleştirdiği Tam Gün mesai, Zevk Zinciri, Aile Hekimliği gibi tüm adımlar hekim ve eczacı örgütlerinin direnişi ile karşılaşılıyor. Örgütler tepkili, Bakanlık ise kararlı. Bu zamanlarda bir bilene danışmakta fayda var. Tartışmasız bir müzik duayeni olan Alâeddin Yavaşça, sektörün iyi bildiği üzere aynı zamanda bir hekim. 82 yaşındaki usta ile haftanın iki

günü ders verdiği Haliç Üniversitesi Konservatuari'nda buluştuk.

Yaklaşık 40 yıl boyunca kadın doğum uzmanı olarak görev yapan, bu süreçte asistanlıktan, başhekimliğe kadar sektörün tüm noktalarında görev yapan Yavaşça'ya göre doktor olmayan özel hastane sahipleri sektörü ticari bir yarışa sürüklüyor. Geçmişte de 'Tam-Gün'ün denendiğini ama fiyasyo ile sonuçlandığını anlatan Yavaşça'nın sağlık yönetimine de mesajları var: "Geçmişteki yanlışları hatırlayın, yaşa-

nacak sorunları bugünden hesap edin ve en önemlisi hakkaniyet ölçüsünden şaşmayın..."

Türk kültürünün bağrından hançerlendiğini düşünen Yavaşça'ya göre dünya tarihinde ilk hemşire Selçuklu Hükümdarları II. Kılıçarslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan. "Türkiye Cumhuriyeti, tarihte, Türk kültürünün katledilmesi ile anılmasın" diyerek oldukça ağır konuşan Alâeddin Yavaşça'nın sözlerinin ardından bu konuları yeniden bir düşünmekte fayda var.







“Mecburiyet olmadıkça sezaryene karşıyım. Bütün dünyada sezaryen endikasyonları bellidir. Hangi durumlarda gerekli olduğu bellidir. Yaratılmış bir insanın vücudunun fizyolojisinin, mecburiyet olmadan dışarıdan bir operasyona tabi tutulması tabiata aykırıdır. Şimdi kadın diyor ki, ben sezaryen istiyorum Bu endikasyonu kesinlikle hekim koymalıdır.”

Alâeddin Yavaşca tıp doktoru olan bestekâr mı, bestekâr olan bir tıp doktoru mu?

Aslında mesleğim doktorluktur, tıptır. Tıbbiye de olduğum zaman da, hekimlik yaptığım 40 yılda da benim için öncelik olan doktorluktu. Ondan ödün vermedim. Ona zarar verebilecek, ona ait olan zamanımı etkileyebilecek şeylerden uzak durdum. Tıp benim yoruluklarımı gideren bir sanat dalıdır.

1950’lerden başlayarak sanıyorum 1990’lara kadar yaklaşık 40 yıl

İstanbul’daki pek çok hastanede pratisyen hekimlikten başhekimliğe kadar pek çok birimde görev yaptınız. 1950’lerden 2000’ler Türkiye’sine sağlıktaki tüm gelişimin canlı şahidisiniz. Buradan yola çıkarak genel hatları ile sizin gözlemlerinizi neler?

Bunu özetlemek lazım. Daimi suretle dünyadaki gelişimi geriden takip etmek sureti ile zamanımıza kadar gelmiştir. Bir sıçrayış, öne geçme yaşanmamış. Almanya, İngiltere, Fransa, ABD gibi ülkelerin ortaya koyduğu şeyleri mümkün olduğu ölçü içinde burada da yapma gayretinin ötesine geçilememiştir. Halen de böyledir. Fakat tıbbi kazanç metası haline getirme konusunda ön sıradayız. Özel hastanelerin pıtrak gibi açılması, hemen her semtte bir özel hastanenin oluşu ticarî anlaşış tıbbi anlayışın önüne geçirmiştir.

Bilhassa son 10 yılda ülkemizde özel hastanelerin sayısı bir hayli arttı. Hükümet de sağlıkta özelleştirme noktasında istekli. Siz sağlıkta özelleştirmeye, özel hastanelere tümüyle mi karşısınız; yoksa itiraz ettiğiniz nokta bunun işleyişi mi?

Ben tatbikine karşıyım. Aslında özel hastane varlıklı kişiler içindir.

Bugün artık herkes özel hastaneye gidebiliyor. Sizce bu yanlış mı?

Valla bu konuyu uzun uzadıya gözden geçirmek gerekiyor. Fakat bakıyorum hiç doktorlukla alakası olmayan kişiler özel hastane açıyor. Tıbbi bir nosyonu olmayan patronlar, sağlıkta yanlış bir

rekabete yol açıyor. Bu sefer hizmet yerine kazanmanın yarışı başlıyor. Bunun önüne geçmek lazım. Öte yandan bir de ‘Tam-Gün Yasası’ hazırlanıyor. Burada da iyi düşünüp doğru adım atmak lazım. Bizim zamanımızda da ‘Tam-Gün’ denendi. Benim de muayenehanem vardı. Hepimiz kapattık, hastanelerde tam gün mesaiye geçtik. Ama sonra birçok ödemelerimizi, tasarruf gerekçesi ile kestiler. ‘Nöbet tazminatı kaldırdım, şunu kısıtım, bunu kısıtım’ dediler. Şimdi ‘Tam-Gün’ hazırlanıyor, yöneticilerin geçmişteki yanlışları hatırlamaları, ileride ortaya çıkabilecek sorunları bugünden hesap etmeleri, hakkaniyet ölçüsünden şaşmamaları lazım.

Yavaşca Hoca cerrahi bir branşın da temsilcisi. Asistanlık döneminizden bugüne teknoloji ve zaman tıptan neler götürdü? Doktor-hasta arasındaki o yaşamayanın bilemeyeceği duygu kaybedildi mi?

Bizim zamanımızda hekimler, hastanın muayenesinden tüm testlerinin yapılmasına teşhis ve tedavinin tüm aşamasında hasta ile bizzat ilgilenirdi. Şimdi teşhisi makine koyuyor. Böyle olunca doktorun tecrübesinden gelen katkısı kalmıyor. Eğer ameliyatsız tedavi gerekiyorsa, doktora sadece ilacı yazmak kalıyor. Onu makine yapamıyor!

Burada Faruk Nafiz Çamlıbel’in eşinin durumu hakkında Savaş Ay’a anlattığınız hatıranızı anımsadım. Şimdilerde yaşam hızlı, teknolojik cihazlar baş döndürücü. Ve duygunun her türlü galiba giderek kay-

“Farabi zamanında müzikoterapi yapılmış ve bu vakalar kayıtlara aktarılmıştır. Kayseri’de Gevher Nesibe Sultan’ın yaptırdığı külliyyede müzikoterapi yapılmıştır. Sultan orada bir müddet tedavi görmüş, daha sonra kendisi de bir fiil orada görev yapmıştır. Türk milleti olarak gaflet içindeyiz. İlk hemşire olarak da Florence Nightingale’i anıyorlar. Oysa dünya tarihinde ilk hemşire Gevher Nesibe Sultan’dır.”

bediliyor. Siz yarım asır öncesinde, hastanın iyileşmesinin mutluluğu ya da tedavi edilememesinin çaresizliği karşısında her şekilde durumu soğukkanlı karşılayabiliyor muydunuz? Kırılma anlarında neler hissediyordunuz?

Soğukkanlı görünmek gayretindeydik. Size ıstırap ile gelen hastaya duygularınızı gösterirseniz onu moral açısından olumsuz etkileyebilirsiniz. Tedavi yalnız ilaçla, ameliyatla mümkün değildir. Hastayı ruhsal bakımdan tedaviye hazırlamak, ona ümit vermek lazım gelir. Her hekim biraz psikolog olmalı. Hasta hekime güvenirse sonuç daha kısa zamanda alınır.

Sizin tıptaki uzmanlık alanınız kadın doğum idi. Bu noktada hep tartışılan sezaryenin etik-viddani yönü noktasında neler söylersiniz?

Mecburiyet olmadıkça sezaryene karşıyım. Bütün dünyada sezaryen endikasyonları bellidir. Hangi durumlarda gerekli olduğu bellidir. Yaratılmış bir insanın vücudunun fizyolojisinin, mecburiyet olmadan dışarıdan bir operasyona tabi tutulması tabiata aykırıdır. Şimdi kadın diyor ki, ben sezaryen istiyorum Bu endikasyonu kesinlikle hekim koymalıdır. Unutulmamalı ki, her türlü operasyonda bir risk vardır. Yeri gelmişken şunu da ifade edeyim: Biliyorsunuz çocuğunu sezaryen yöntemiyle dünyaya getiren bir kadın, sonrakı hayatında normal doğum yapamaz diye bilinir. Ama ben 55 vakada bunun

tersini gerçekleştirdim. Sezaryen ile doğum yapan kadınlar 55 vakada daha sonra normal doğum yaptılar.

Yaklaşık yarım asırlık aktif tıp yaşamınızda çeşitli tıp yayınlarında onlarca makaleniz yayımlandı. Ülkemizde tıp yayıncılığında dünden bugüne gözlemleriniz neler?

Ülkemizde çok değerli hekimler yetişmiştir. Çok değerli tebliğler, makaleler hazırlamışlardır. Bu devam etmelidir. Tıp demek insan hayatı demektir. Dünyada sağlık her şeyin üstündedir. Tıbbın saygınlığını daima muhafaza etmek gerekir. Doktorlar çok fedakâr insanlardır. Mesaisi, gecesi gündüzü belli değildir. Bakın ben bir filme gittiğimde, hangi sinemada, hatta hangi koltukta olacağımı bildirirdim ki gerektiğinde beni bulabilsinler diye. Allah rahmet eylesin, Cevdet Çağla’nın bir jübilesi oluyordu. Ben de sahne alacaktım. O zaman da taksim İlk Yardım Hastanesi’nde görev yapıyordum. Bir telefon geldi. ‘Kritik bir doğum var’ dediler. Cevdet Çağla’dan borç taksit parası aldım. Hastanedeki odamın anahatarım bile üzerimde yoktu, asistanımın pijamalarını giydim. Ameliyata girdim, bitirdim ve Açık hava Tiyatrosu’na döndüm ve sahneye çıktım.

İzin verirseniz buradan itibaren Türk Müziği üzerine konuşalım. Ülkemizde Cumhuriyet devrimi ile eş zamanlı olarak musiki de bir devrim yaşandı mı? Bu, Türk Müziği’ni nasıl etkiledi?

Evet, yaşandı ama bunu normal olarak karşılamak gerekir. Türk kültürü bilimsel olarak 800’lü yılların ikinci yarısından, Farabi’den başlar. Osmanlı bir dönemdi ve çağın gereği olarak yeni Cumhuriyet kuruldu. Dünyanın gidişatına uyulmuş, Batılı bir sistem kurulmuştur. Birçok devletler biçim değiştirmiştir. Bu normaldir. Ancak şu da var ki mazi kültürden kopmamak gerekir. 1200 yıllık kültürden kopmamak gerekir. Türkiye Cumhuriyeti, Türk kültürünün katledilmesi ile tarihte anılmasın. Katil durumuna düşmeyelim.

Bu noktada TRT’nin konumu noktasında neler söylersiniz?

TRT bugün bilimsel ve sanat değeri çok yüksek olan Türk Musikisi’ni ortadan kaldırmıştır. Ne radyolarında, ne TV’lerinde bir tek doğru dürüst program göremezsiniz. Eğlence vasıtası olan müziğin temsilcilerini radyo sanatçısı gibi getirip teşhir ediyorlar. Yahu sen devlet kanalsın. Sen altyapısı olmayan zengin bir patronun kurduğu





bir kanal değilsin. Senin bir ciddiyetin, misyonun var. Eğlendirmek için salata takdim eder gibi bir şeyler yaparsın. Ama ana yemeğin gerçek Türk kültürü, gerçek Türk müziği olmalıydı.

Cumhurbaşkanlığı Kültür ve Sanat Büyük Ödülü'ne layık görüldünüz. Çankaya Köşkü'ndeki törende neler hissettiniz?

Benim için sürpriz oldu. Hekimliğimde de, musikimde de hiçbir zaman para karşılığı iş yapmadım. Öyle devirler oldu ki bana servetler teklif edildi. Gazinolarda en büyük assolist gecede 1500 lira alırken bana 3 bin lira teklif edildi. Ama hiçbirini kabul etmedim. “Ben musikiyi ibadet olarak yapan bir adamım” dedim. İbadeti parayla satabilir misiniz? Ben sarhoşları eğlendiremezdim. Tüm o geçen zamanın sonrasında devlet bizi onurlandırdı. Mutlu oldum tabi.

Alâeddin Yavaşca Osmanlı'dan Cumhuriyet'e intikal eden meşk silsilesinin yaşayan köprülerinden biri. Bu noktada neler söylersiniz; bu meşale ileriye taşıyacak mı?

Ben Doğan Dikmen'e el verdim. Bunu sahnede de açıkladım. Güzel çalışmalar yaptı, yapıyor. O bakımdan müsterihim. Ben Dr. Suphi Ezgü ile meşk ettim. O zamanlar evi Beykoz'da idi. Ben Sultanahmet'te oturuyordum ve oraya günde bir tane vapur vardı. Hocanın bazen iyi günü olurdu, ders yapardık. Bazen de gününde olmazdı tabi. Suphi Bey, Zekai Dede'nin talebesi. Zekai Dede, Dede Efendi'nin talebesi. Dede Efendi Ucu Mehmet Efendi'nin, o ise Tamburi İshak'ın talebesidir. Yani 3. Selim'in tambur hocası. Büyük bestekâr. Yani bu belli bir koldur. Ben de yıllarca evimde talebelerimle meşk ettim. Onlar içinden Doğan'ı seçip elimi verdim.

Konfüçyüs, “Bir milleti tutsak etmek isterseniz, onun müziğini çürütün” der. Müziğin ve makamların insan ruhuna etkilerinden ilerlersek ferdin ve toplumun şahsiyet kazanması, medenileşmesi musiki ile eşdeğer gidiyor. Bu noktada neler söylersiniz?

Benim dile getirmek istediklerimi Konfüçyüs yıllarca evvel söylemiş. Zaten Çin medeniyeti dünyanın en eski medeniyetidir. Onun sözünü tersinden

“Tıbbımız 1950'lerden beri daimi suretle dünyadaki gelişimi geriden takip etmek sureti ile zamanımıza kadar gelmiştir. Bir sıçrayış, öne geçme yaşanmamış. Halen de böyledir. Fakat tıbbı kazanç metası haline getirme konusunda ön sıradayız. Özel hastanelerin pıtrak gibi açılması, hemen her semtte bir özel hastanenin oluşu ticari anlayışı tıbbi anlayışın önüne geçirmiştir.”

okuduğunuzda bir milletin yok olması için müziğine sahip çıkmak gerekir deriz. Bu kültürü yaşayarak, yaşatarak korumalıyız. Onu müzede saklar gibi bir köşeye de terk etmemeliyiz.

Siz yıllarca kurucusu olduğunuz İstanbul Teknik Üniversitesi Konservatuarı'nda hocalık yaptınız. Şimdi de bu hizmeti Haliç Üniversitesi bünyesinde sürdürüyorsunuz. Konservatuvar mezunu genç sanatçıların barlarda şarkıcılık yapması içinizi burkuyor mu?

Burkmaz olur mu? Demin de ifade ettim, eğer bu kültür yaşatılsa bu çocuklar ekmek yiyeceği yerleri bulur. Radyoda yetiştirdiğimiz birçok çocuğu emekliyle sevk ettiler. Memuriyet hayatında devam şarttır oysa. Ama orada hizmet devam etmedi. Yaptıkları programların hiçbirinin bir değeri yok. Bir adam çıkartıyorlar. Gözünün birini açıp kapatıyor. Herkes de kahkahalarla buna gülüyor. Yahu bu bir espri midir? Ve üstelik de bunun için devletten para alıyorlar.

Hekim olmanızın müzisyenliğinize, müzisyenliğinizin hekimliğinize ne gibi katkıları oldu?

Zararları olmadı. Örneğin belli bir muhit edindim. Her ikisi de birbirini destekledi.



Prof. Dr. Alâeddin Yavaşca

1 Mart 1926'da Kilis'te doğdu. Babası Kilisli şair Yavaşca'zade Sezai Efendi'nin oğlu Hacı Cemil Efendi'dir. İlk ve ortaokulu Kilis'te, liseyi Konya ve İstanbul'da tamamladı. 1951 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Yavaşca, Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil'in yanında Haseki Hastanesi'nde ihtisasını yaptı. Yavaşca sırasıyla, Zeyneb Kamil Doğumevi, Taksim İlk Yardım, Şişli Etfal ve Vakıf Gureba hastanelerinde başasistanlık, şeflik ve başhekimlik yaptı. Kaynakça'nın çeşitli tıp dergileri ve bültenlerinde 54 bilimsel makalesi yayımlandı.

Alaeddin Yavaşca'nın müzik hayatı doğduğu Kilis'te 8 yaşında keman dersleri alarak başlamıştır. İstanbul'da Saadeddin Kaynak, Münir Nureddin Selçuk, Dr. Subhi Ezgi, Hüseyin Sadeddin Arel, Zeki Arif Ataergin, Nuri Halil Poyraz, Refik Fersan, Mes'ud Cemil, Ekrem Karadeniz, Dede Süleyman Erguner, Dr. Selahaddin Tanur gibi üstatlar ile çalıştı. İstanbul Belediye Konservatuvarı ve İstanbul Radyosu'nda solist icracılık yaptı, İstanbul Teknik Üniversitesi Konservatuvarı'nın kuruluşunda görev aldı. Meşk geleneği içinde biriktirdiği tecrübeyi onlarca öğrencisi ile paylaşan Yavaşca, Nisan 2005'te yaş haddinden emekli olanlar için çıkartılan yasa dolayısıyla İTÜ'deki görevinden ayrıldı. Yavaşca halen Haliç Üniversitesi Konservatuvarı'nda haftanın iki günü ders vermekte.

630 civarında bestesi olan Yavaşca'nın 25 adet 78'lik taş plağı, 15 adet 45'lik plağı mevcuttur. Seçilmiş eserlerden 200'den fazla CD doldurmuştur. Kendisine 1991 yılında 'Devlet Sanatçısı' unvanı verilen Yavaşca'ya geçtiğimiz Aralık ayında da Cumhurbaşkanlığına Kültür Sanat Büyük Ödülü sunuldu. Yavaşca, Ayten Yavaşca ile evlidir.

Ayten Yavaşca ile evliliğiniz, ilk evliliğiniz mi?

Evet, ilk ve tek.

54 yaşında evlendiniz. Neden bu kadar geç?

Siz niye bu kadar araştırma yaptınız? (Kahkahalar) İşte meşgalemin çok oluşundan.

Tıbbın insanın beden, müziğin de ruh yönünü tedavi ettiği söylenir. Siz iki noktada da dinleyici ve icracı, hekim ve yer yer hasta olarak perdenin hem önünde hem gerisinde bulunma şansını yakaladınız. Siz bu konuda neler söylersiniz?

Efendim müzikoterapi denilen bir şey vardır. Bunu da en çok tatbik eden Türklerdir. Farabi zamanında müzikoterapi yapılmış ve bu vakalar kayıtlara aktarılmıştır. Hatta size bir şey daha söyleyelim; Kayseri'de Gevher Nesibe Sultan'ın (Selçuklu Hükümdarlarından II. Kılıçarslan'ın kızı (ÖÇ) yaptırdığı bir külliye vardır. Orada da müzikoterapi yapılmıştır. Sultan orada bir müddet tedavi görmüş, daha sonra kendisi de bir fiil orada görev yapmıştır. Türk milleti olarak gaflet içindeyiz. İlk hemşire olarak da Florence Nightingale'i anıyorlar. Oysa dünya tarihinde ilk hemşire Gevher Nesibe Sultan'dır. Gitsinler Kayseri'yi bir gezsinler. Bu nasıl bir gaflettir.

Türk tarihinde ünlü tıpçıların hep musikiyle ilgili olduklarını görüyoruz. Bu bir tesadüf mü?

Tıp musikiden ayrılmaz. Benim indimde musikinin sanat olduğu kadar tıp da bir sanattır. Hele hele cerrahi tamamıyla sanattır.

Geçmişte Hakkı Süha Gezgin, Cahit Gözkan, Mirat Ustaoglu, İbn'ül Emin gibi üstatların evlerinde yapılan ve günümüzde örnekleri giderek azalan ev fasıllarına katılıyor musunuz?

Yok ki nasıl katılam. Toplum hayatı değişti. Toplumun yapı taşı ailedir. Biz öyle bir devrin aile yapısından geldik ki o aile öyle üç beş kişiden müteşekkirdir. Örneğin Yavaşca ailesinin 1675 yılına ait vakıfnamesi benim evimde asılı durur. Şimdi biz öyle bir aile anlayışının sonrasında şimdi darmadağın olduk. Toplumumuz Amerika'yı taklide başladı. Bugün Türkiye Cumhuriyeti'nde örf, anane, maziden gelen kültür ve aile çok zedelenmiştir.

Bugün hayatınızı nasıl kazanıyorsunuz?

Emekli maaşım oldukça iyidir. Ayrıca dikkat ediyorsanız bugün de halen çalışıyorum.

Kendinize ait bir eviniz var mı?

Elbette. Hem de üç tane. Biri İstanbul'da, biri Bodrum'da, öteki de Kırklareli Pınarhisar'da. Köyün adı eskiden Yancık'tı. Avcı çantasına yancık derler. Ancak muzip olan arkadaşlar bana takılırdı. Biz de ilin valisine rica ettik, köylüler de destek verince ismi değiştirildi, Ataköy oldu.

'Sağlık yönetimi'nde güçler ayrılığı

Dr. S. Haluk Özşarı



1984 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu olup, Hacettepe Üniversitesi'nde, "Sağlık Yönetimi" alanında yüksek lisans ve doktora yapmıştır. 1984-1999 yıllarında, Sağlık Bakanlığı'nda; il sağlık müdürü, Dünya Sağlık Projeleri'nde genel koordinatör, bakan müşaviri ve müsteşar yardımcılığı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye sağlık reformları sürecinde; değişik hükümetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT Kalkınma Planları Sağlık İhtisas Komisyonu'nda ve Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nda Sağlık konulu Rapor'da görev almıştır. 2000 yılından bu yana, özel sektörde çeşitli şirketler ve sivil toplum kuruluşlarında sağlık yönetim danışmanı ve yönetim kurulu üyesi olarak çalışmış ve Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Danışmanı sıfatıyla TÜSİAD Sağlık Raporu yazarlarından biri olarak görev yapmıştır. Halen Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketler Birliği Danışmanı olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde 'sağlık yönetimi' çok bilinen bir alan değildir. Bugün dönüp geriye baktığımızda, aslında tarih boyunca insanlığın yönetim uygulamalarında bulunduğunu görürüz. Ancak bilimsel anlamda yönetimin insan yaşamına girmesi, diğer bilimler gibi, binlerce yıl-

lık bir geçmişe sahip değildir. Yönetimin bir bilim haline gelmesi, yani araştırmalara ve birbirini bütünleyen bilgilere dayanması, aslında yaklaşık son iki yüzyıllık bir süreçtir. 'Sağlık yönetimi' ise, dünyada yarım yüzyılı biraz aşan, Türkiye'de ise 25-30 yıllık bir geçmişe sahiptir. Bir yazarmız "Cumhuriyet'ten sonra diğer tüm sektörlerde yönetim vardı ama sağlıkta yir-

mi yıl öncesine kadar yönetimin öneminin anlaşılamaması şaşılacak bir şeydir" demişti. Görev yaptıkları dönemlerde, merhum Refik Saydam ve Nusret Fişek gibi yeri doldurulması imkânsız sağlık yöneticilerimizin 'sağlık yönetimi' adına unutulmaz hizmetler verdiklerini ayrı bir yerde tutarsak, kurumsal anlamda 'sağlık yönetimi' açısından sözünü ettiğim yazarıma hak-







Sağlık Bakanlığı verilerine göre, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılamıza oranı 2006 yılı itibarıyla yüzde 5.7'lere ulaşmıştır.

OECD ülkeleri ortalaması da yüzde 8.9'dur. Yani sağlığa harcadığımız kaynak aslında çok da az değildir.

Önemli olan bu kaynağı verimli ve etkili olarak kullanabilmemizdir.

sızlık ettiğini düşünmek pek de mümkün görünmemektedir. Son yıllarda, gerek kamu ve gerekse özel sağlık sektöründe, 'sağlık yönetimi'ne, hizmette etkililik ve verimlilik adına önemli katkılarda bulunduğu bir gerçektir. Doğaldır ki, sağlık sektörü de bu süreçten olumlu etkilenmektedir.

'Sağlık yönetimi'nin neden sağlık sektöründe çok önemli olduğunu biraz daha açmak gerekir. Yönetim bilimi elbette her sektör için önemlidir. Ancak sağlık sektöründeki önemini anlatan çok önemli ölçütler bulunmaktadır. Çünkü hem sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, organizasyonu ve mevzuatı kendine özgü özellikleri içinde barındırır, hem de 'sağlık yönetimi' insan yaşamı üzerinde çalıştığı için hata kabul etmez. Öte yandan, sağlık aynı zamanda bir hizmet sektörü olduğu için de, üretildiği anda tüketilir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti, sıfıra yakın bir hata ile hatta hatasızlıkla üretilmeli ve sunulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin genel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaca yönelik olarak kullanılacak araçların tamamı, bu hedefe

ulaşabilmenin yollarıdır. Genel amaca yönelik olarak hedefler; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkililiğini, verimliliğini yükselterek, ihtiyacı olana ihtiyacı olduğu kadar ama kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak, olarak özetlenebilir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri dendiğinde, aslında ilk akla gelenler, sadece teorik değil aynı zamanda pratik olarak da hep yaşadıklarımızdır. Bu ilk akla gelenleri sıraladığımızda, sağlık hizmetlerinin;

- hem emek yoğun hem de teknoloji yoğun olması nedeniyle arzının pahalılığını,
- talebinin her geçen gün artarken, tüketici tarafından belirlenmediğini ve aynı zamanda esnekliğinin de katı olduğunu,
- toplumsal olup, sadece kar amaçlı olmadığını,
- tesadüflüğünü,
- ikamesinin bulunmadığını,
- ekip anlayışı ile verildiğini

saymamız gerekir. Dolayısıyla, sağlık hizmetini sunma ve bu hizmetten yararlanmanın bedeli, bu kadar sınırlılıklara sahip olunca, ülkeler, kendi sağlık politikalarını belirlerken; kalite, etkililik, verimlilik, harcanana değer olma gibi genel ekonomik değerlendirme kavramlarını sağlık sektöründe de tartışır ve hatta uygulamaya hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde arzın pahalılığı, hizmetin kendinden kaynaklanır.

Çünkü sağlık hizmetleri bir yandan en az hata ile verilebilmek için teknoloji ağırlıklıdır; ama öte yandan hizmet sunumunda insan faktörüne dayanması açısından da emek yoğunudur. Sağlık insan gücü maliyetleri, toplam sağlık hizmet maliyetlerinin içinde ortalama olarak hep yüzde ellinin üstündedir. Sağlık Bakanlığı 2008 Bütçesi'nde bu oran yüzde 68'dir. 2009 Bütçesi'nde ise yüzde 62 olacağı, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na sunulan tasarıda öngörülmüştür. Teknoloji kullanımı ise, hem zaten fazladır, hem de her geçen gün oluşan bilimsel ilerlemelere ayak uydur-

abilmek için yeni teknolojiler gerektirir.

Sağlık hizmetlerinin talebi, çok daha karmaşık ilişkilere sahiptir. Öncelikle, toplumların sosyoekonomik düzeyleri geliştikçe, sağlık hizmetlerine olan talebin arttığını ve her geçen gün de çeşitlilik gerektirdiğini belirtmek gerekir. Sağlık hizmetini kullananlar, örneğin tedavi edici sağlık hizmetinden yararlanıldığında, talebi belirleyemezler; bilgi asimetrisi, sağlık hizmet talebinin her zaman için sağlık meslek mensupları yani profesyoneller tarafından (sıklıkla da hekimler) tespitini gerektirir. Bu da ekonomistlerin deyimiyle, oligopol hatta yer yer monopol oluşumunu gündeme getirir.

Sağlık hizmetleri talebinde, aynı zamanda talep esnekliğinin katı olduğu da bilinmektedir. Sağlık ekonomistlerinin bir deyimi olan talep esnekliğinin katılığı, sağlık hizmetine ihtiyacı olanın cebindeki paraya bakmadan o hizmete ulaşma ihtiyacı olarak ifade edilebilir. Yani bir mal veya hizmete ulaşmak için cebinizdeki paraya uygun olarak karar verebilirsiniz ama sağlık hizmetinde bu geçerli değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmet talebi her ne şart altında olursa olsun gerçekleştiren talep olmak zorundadır. Ayrıca, sağlık hizmetinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih şansı yoktur yani ikamesi bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri, aynı zamanda, toplumsal veya ekonomik ifadesiyle dışsal (eksternalitesi olan) hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerine ulaşanlar kadar ulaşamayanlar da o hizmetten yararlanırlar. Örneğin, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde bir kişinin aşı olması diğerlerini de hastalığa yakalanmaktan korur. Bu yüzden de, sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir ve sadece kar amaçlı olamaz.

Sağlık hizmet talebinin bir başka önemli özelliği de, tesadüflüğüdür. Yani kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez. Dolayısıyla sağlık hizmetleri durmaz, sürekli ve her

türlü tedbirin her an alınmasını gerektirir. Geleneksel sağlık hizmetlerinde tek kişinin verdiği hizmetler daha fazla öne çıkarken, çağdaş sağlık hizmetleri bir ekip tarafından verilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi artmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri sayılan bu özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi risklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kalite, bu hizmetler için ayrılan kaynakların ve verilen hizmetlerin belirlenmiş standartlara ne ölçüde uyulduğunun göz önünde bulunması gerekliliğini gösterir. Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır. İşte bu yüzden sağlık hizmetlerinde kalite güvencesinden toplam kalite yönetimine kadar giden bir süreç yaşanmıştır.

Sağlık harcamalarındaki artış, sadece ülkemizde değil gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ayrımı olmaksızın tüm dünya ülkelerinde, 'sağlık yönetimi'nin çok önemli bir gündem maddesidir. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda bulunan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus yapısı değişiklikleri, sağlık sektöründe insan gücü maliyetinin artışı, hizmet arzına yönelik nitelik artışı ile talebinin teknolojiye gösterdiği maliyet artışları gibi nedenler sağlık hizmetlerinde maliyet artışının göze çarpan ana nedenleridir.

Tüm bu değişkenler bağlamında, sağlık hizmetini; planlarken, parasını verirken, sunarken ve denetlerken iyi yönetmeli ve sağlık alanındaki sorunların çözümünde, odağımıza 'sağlık yönetimi'ni koymalıyız. Çünkü ülkemizde sağlık alanındaki sorunlar ve çözüm seçeneklerinin neler olduğu, yıllardır, belli başlıklar altında, teknik-akademik-siyasi her türlü platformlarda ve de doğaldır ki TBMM çatısında, hep tartışılmaktadır. Ama sonuçta, Sağlık Bakanlığı 2007 yılı verilerine göre;

- İnsanlarımız, gelişmiş ülkelerde 78 yılı aşan ortalama yaşama süresinde, 71.7 yıl ortalaması ile en az 6 yıl daha az yaşamaktadır,
- Bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerimiz, gelişmiş ülkelerde binde 5.1 olan bebek ölüm hızı ile karşılaştırıldığında, binde 18.7 ile en az 3 misli daha fazladır,
- Ülkemiz, içinde sağlık/egitim/refah göstergelerinin bulunduğu Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Kalkınma Endeksi sıralamasında, 1975 yılında 55., 1985 yılında 65., 1995

yılında 74., 2005 yılında ise 84.sırada bulunmaktadır, yani sadece son on yılda 10 sıra gerilemiş durumdadır.

Dolayısıyla, ülkemizin sağlık sorunları ve çözüm önerilerinde, 'sağlık yönetimi' bakışıyla, aşağıda bazıları sıralanan ana başlıkları daha fazla tartışmamız gerekmektedir:

- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılamıza oranı 2006 yılı itibarıyla yüzde 5.7'lere ulaşmıştır. OECD ülkeleri ortalaması da yüzde 8.9'dur. Yani sağlığa harcadığımız kaynak aslında çok da az değildir. Önemli olan bu kaynağı, verimli ve etkili olarak kullanabilmemiz yani hakkaniyetle, kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetine dönüştürebilmemizdir. İşte tam bu noktada, iyi yönetme sorumluluğu ile karşı karşıyayız.

- Türkiye'de 1990'lı yıllarda hazırlıklarına başlanılan sağlık sistemi değişiminde, sağlık hizmetlerine ulaşım ve finansmanda yeni açılımlar gerçekleşmiştir. Ödeme gücü olmayanlara "Yeşil Kart" uygulamasının başlaması ve bu uygulamanın sadece yatarak tedaviyi değil ayakta tedavi ile ilaç alımını da kapsar hale gelmesi, belirli kısıtlayıcılıklarla her türlü sözleşmeli kurumdan herkesin sağlık hizmeti alımına geçilmesi, eski adıyla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, yine eski adıyla SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alımı, sağlık hizmetleri KDV'sinin yüzde 18'den yüzde 8'e inmesi, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın çıkması ve SSK/Emekli Sandığı/Bağ Kur'un Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilerek tek çatıda birleşmesi gibi başlıklar bu açılımın önemli ayaklarını oluşturmaktadır.

- 'Sağlıkta devletin rolü' konusunda, tam uygulamaya geçilemese de; hizmet sunumunda, kural koyarak yönlendiren, gözetleyen ve denetleyen bir yapıya ilişkin hazırlıklarda önemli mesafeler kaydedilmiştir.

- Devletin vatandaşlarına vermekle yükümlü olduğu temel haklardan biri, sağlıklı yaşam hakkı olmalıdır. Bu hakka ulaşmada; finansal veya coğrafi olarak güçlük çekenlere, 'gerçek bir sosyal devlet' tabii ki destek olmalıdır. Gerekirse bu amaçla, öngörülebilir ve yönetilebilir bir kaynak ihtiyacı olduğunda da, mutlaka kaynağını bulmalıdır.

'Sosyal devlet' kavramını nereye kadar götürürsek, sağlık alanında 'Gerçek bir sosyal devlet' olabiliriz? İşte kritik soru budur? Sadece ülkemiz sağlık sistemi için değil, tüm dünyada da cevabı aranan soru budur. Yani, sağlık hizmetlerini kim ve nasıl finanse etsin, kim ve nasıl sunsun? Bu sorunun cevabı

Sonuç olarak, Genel Sağlık Sigortası özelinde aklagelen tüm bu soruları, sağlık sisteminin genelinde de hiç kimse kimseye sormamalı, hatta aklından bile geçirmemelidir. Çünkü 'sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı bu işin en akılcı çözümü olacaktır.

bı tek değildir ve zaten tek olmamalıdır. Dolayısıyla, cevap; ne sadece devlet, ne sadece üniversiteler, ne de sadece özel sektördür, olamaz da... Doğru olan; devletin neyi, ne kadar ve nasıl yapacağına ve hatta neyi yapmayacağına, kendi koşullarına göre doğru karar verebilmesi ve verdiği bu kararı tutarlı bir biçimde uygulayabilmesidir.

Artık sadece sloganları değil, gerçekleri tartışabilmeliyiz. Nedir tartışacağımız? Tartışacağımız, kaynaklarımızı ülkemiz insanlarının sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik olarak; daha etkili, daha verimli ve her şeyden önemlisi daha hakkaniyetli kullanabilmek olmalıdır. Bu tartışmanın, bazı olmazsa olmaz ilkelerini, olabildiğince ödün vermeden, başlangıçta altı çizilen sağlık hizmetlerinin kısıtlılıklarını da hiç unutmadan yapmalıyız.

Olmazsa olmaz denilebilecek bazı ilkeleri, dünya deneyimlerini de göz önüne alarak, şu ana başlıklarda özetleyebiliriz;

- 'Sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı ilkesi hâkim kılınmalıdır,

Kamu-özel ayrımı gibi mülkiyet tartışmalarında boğulmaksızın **kamu yararı gözetilmelidir,**

Yıllık, altı aylık, aylık ve hatta günlük değişen politikalar yerine, çocuklarımızın oynadığı legolar gibi, **parça bütün ilişkisini kuran, uzun dönemli, bilgiye dayalı, katılımcı, istikrarlı ve her şeyden önemlisi ortak akıl temelinde sağlık politikaları uygulanmalıdır.**

vBu ilkesel başlıkları, bir örnek ile irdelemek gerekirse, Genel Sağlık Sigortası'ndan başlamak daha doğru olacaktır. Genel Sağlık Sigortası konusunda, dünya ve ülkemizde bugüne kadar yaşanan deneyimler ışığında ve bugün bulunduğumuz noktada yapılan tercih; gerek sağlık finansman meka-



Sağlık hizmetleri bir yandan en az hata ile verilebilmek için teknoloji ağırlıklıdır. Ama öte yandan hizmet sunumunda insan faktörüne dayanması açısından da emek yoğunudur. Sağlık insan gücü maliyetleri, toplam sağlık hizmet maliyetlerinin içinde ortalama olarak hep yüzde ellinin üstündedir.

nizmalarının çok başlılığı ile standart eksikliği ve gerekse sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikteki eşitsizlikler açısından, doğru bir sağlık finansman sistemi olduğudur. Sorunları çözebilecek teorik dayanaklara sahiptir ama sorunların çözülebilmesi için şu üç ön koşul hiç unutulmamalıdır;

Birincisi, Genel Sağlık Sigortası sadece bir finansman biçimidir ve ülkemizdeki sağlık sorunlarını tek başına ve hemen yarın çözemeyecektir,

İkincisi, gerçekten ve doğru bir sosyal sağlık sigortacılığı yapılabilmesinin tüm araçlarını iyi bir şekilde kullanmayı becerebilmemiz gerekmektedir,

Üçüncüsü de, kamu yararını gözetmenin hassas dengelerini; hem hizmeti kullananlar hem de sunanlar nezdinde ve eşit koşullarda kurabilmemiz şarttır.

Bu sorumluluğu, sağlık hizmetleri finansman modeli konusunda 1967 yı-

lındaki 30'uncu Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nden bu gün 60'ıncısı kadar hemen bütün Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinin, neredeyse devlet politikası şeklinde vaat ettiği bir konuda, yani Genel Sağlık Sigortası'nda; artık tercihini yapmış, sisteminin yasal altyapısını tanımlamış bir ülkenin sektör çalışanları olarak, her an ve her aşamada göstermeliyiz.

Bu sorumluluklarımızı göstermek için kullanabileceğimiz ilk araç, hizmetin parasını ödeyenle hizmeti sunanların birbirleriyle eşit koşullar altında, ama sosyal bir devlet olmanın da gereğine uygun olarak, kamunun koyduğu kurallara uymaktır. Eşit koşullar demek; hem parayı veren, hem kuralı koyan, hem hizmeti sunan, hem denetleyen, hem de tüm bunların üstüne hizmeti sunanlara ruhsat veren yapının aynı elde toplanmamasıdır. İşte,

'sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı bunun sağlanabilmesinden geçer. Yani sağlık hizmetinde parayı verenle hizmeti sunan; ister kamuda ister özel sektörde olsun, birbirleriyle 'en kaliteli' hizmeti 'en iyi fiyat'a verebilmek ve/veya alabilmek adına, bilgiye dayalı olarak müzakere edebilmelidirler. Bunu eşit şartlarda yapamadıkları sürece, ya hizmetin kalitesinde ya da fiyatında doğruyu bulmak mümkün olmayabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme kurumları, tüm dünya ülkelerinde; ya tümüyle 'özerk'tir ya da ülkemizde 2005 yılı öncesi SSK'nın durumunda olduğu gibi, aynı zamanda hizmet sunucu yapıları da yönetebilmektedir. 5502 sayılı yasada öngörülen 'özerk' ve tek bir kamu geri ödeme kurumu yapısı (yani SGK) göz önüne alındığında, aynı zamanda hizmet sunan sağlık kurumu bulunmayacağı da anlaşılmaktadır. Zaten bu yüzden, 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı yasadaki önce, 6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı yasa ile başta

SSK hastaneleri olmak üzere, **kamu kuruluşlarına ait sağlık birimleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmişti.** Öte yandan,

dünyada geri ödeme sistemleri içinde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde sadece hizmet başına ödeme yapan hiç bir mekanizma kalmadığı da bilinmektedir. Ülkemizde yıllardır uygulanmakta olan, önceki adıyla Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) yeni adıyla Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), tedavi edici sağlık hizmetlerinde sadece hizmet başına ödeme yapan bir mekanizmadır. Son bir kaç yıldır, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hazırladığı SUT, hemen hemen her yenilenen versiyonunda yargıya taşınmakta ve bazen kısmen bazen de özünü etkileyecek şekilde iptal edilmektedir. Ne yazık ki, bu haliyle geri ödeme mekanizmalarımız, sık sık alınan yargı kararlarının gerekçelerinde yer aldığı ifadesiyle 'bilimsel yöntemlere dayanmayan' bir biçimde bütünlükten yoksun hale gelmiş olmaktadır. Bunun nedenini ve sonuçlarını, önümüzdeki günlerde, hem yaşayarak öğreneceğiz hem de daha sık tartışacağız.

Bir adım daha ileri gidersek, yapılacak harcamanın baştan sabitlenmesi dolayısıyla kamu harcamalarının kontrol altına alınması adına uluslararası kuruluşların desteklediği söylenen; bilimsel adıyla global bütçe, 17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı yasanın 45'inci Maddesi 8'inci Fıkrasında geçen haliyle de Sosyal Güvenlik Kurumu'na 'kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetleri' için 'fatura ve dayanağı belge göndermeksizin' götürü bedelde ödeme sistemini, tüm boyutlarıyla tartışmamız gerekir. Gerek 'kamu idareleri' kapsamının sınırının henüz tam olarak bilinmemesi ve gerekse 'usul ve esasların Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından müştereken' belirlenmemiş olması yüzünden, yorum yapmak er-

ken olabilir. Ancak, 5754 sayılı yasanın çıkmasının üzerinden altı ayı aşkın bir süre geçmesi ve yeni bir yıla girmemiz konunun önemini arttırmaktadır. ‘Kamu İdaresi’ olarak değerlendirilecek hastanelerin içine sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri girerse, ülkemizdeki hastanelerin sayı olarak üçte ikisini yatak kapasitesi olarak da yaklaşık yüzde yetmişini konuşmamız gerekir. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 yılı ilk dokuz aylık açıklanan verilerine göre; 19 milyar YTL olan toplam sağlık harcamasının 10.5 milyar YTL’si tedavi harcaması olup, bunun da yüzde 53.25’i devlet hastanelerine aittir. Üniversite hastaneleri için ödenen ise, 2008 yılı ilk dokuz ayında toplam tedavi harcamasının yüzde 15.5 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, 5754 sayılı yasanın bu ilgili maddesi yasalaştığı biçimde uygulanırsa ve ‘kamu idaresi’ olarak sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri değerlendirilirse, toplam tedavi harcamasının yüzde 53.25’i, üniversite hastaneleri de ‘kamu idaresi’ olarak değerlendirilirse, yüzde 68.75’i fatura ve dayanağı belge göndermeksizin’ götürü bedelden ödenebilecektir. Bu toplam ve yüzdeler içinde, 2008 yılı Temmuz ayında yapılan bir başka yasa değişikliği ile kendilerine tanınan üç yıl kadarkı geçiş dönemi nedeniyle, devlet memurları ile Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları bulunmamaktadır. Bunlara bir de, son yayınlanan SUT ile getirilen sağlık hizmeti teşhis ve tedavi kısıtlamalarını da eklediğinizde, Genel Sağlık Sigortası’nda hedeflenene ne kadar ulaşılacağına ayrıca tartışmak gerekecektir.

Tüm bu gelişmeler ve tespitleri bir yana koyarak aşağıda sadece bazıları sıralanan soruları soranlara “siz haksızsınız, çünkü...” diye başlayan cümleleri kurabilmeye ne kadar hakkımız olduğunu bir düşünelim;

Yasanın verdiği götürü bedelde ödeme yöntemi hakkını ‘kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini’ sunanlar için kullanabilecek ve ayrıca devlet memurları ile Yeşil Kart sahiplerini de üç yıla kadar daha dışarıda bırakabilecek bir Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası’nı sadece özel hastaneler ve cepten sağlık harcaması yapanlar için mi uygulayacaktır?

Dolayısıyla, ağırlıkla prim bazlı olduğu bilinen 5510 ve 5754 sayılı Genel Sağlık Sigortası, sosyal sağlık sigortacılığı yerine vergi bazlı bir sisteme doğru mu kayacaktır?

6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı yasa ile başta SSK hastaneleri olmak üzere, **kamu kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesinde yer alan gerekçelerden**

acaba uzaklaşmış mıdır?

5502 sayılı yasa gereği standart ve norm birliği içinde tek çatı altında toplanması öngörülen geri ödeme kurumlarının yapısı ne zaman tek çatı olarak tamamlanacaktır?

Yaklaşık son 20 yıldır, siyasi parti ve hükümet programları ile DPT Kalkınma Planları’nda yer alan, ‘Hizmeti sunan ile finanse edenin birbirinden ayrılması’ ilkesinden vazgeçilmekte midir?

Sosyal sağlık sigortacılığında yaygın olarak kullanılan ‘Primini öde, benim kurallarımla hizmet al’ anlayışı yerine ‘prim öde, benim istediğim yerden hizmet al’ anlayışına doğru mu gidilmektedir?

2000’de 13 milyar dolar olan, 2006’da 31 milyar dolara ulaşan toplam sağlık harcamaları, 2008 için City of London College uzmanlarının Nisan 2008’de tahmin ettikleri gibi 50.9 milyar dolar olarak gerçekleşirse, Genel Sağlık Sigortası’nın aktüeryal dengesi ile finansal sürdürülebilirliği sıkıntıya düşecek midir?

2003’den bu yana yüzde 50’yi aşan bir oranda azalarak 2007’de yüzde 16.5’e düşen cepten sağlık harcamaları, yaşanan bu süreç nedeniyle artarsa, sağlık alanında kayıt dışılığı da arttırmaya yönelik bir tehdit olacak mıdır?

Bu bağlamda, son yayınlanan ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik adına ciddi tartışmalara yol açan SUT’daki teşhis ve tedavi ile ilgili kısıtlamalar, 2009 içinde yeni ve başka kısıtlamaları da beraberinde mi getirecektir?

Dolayısıyla bu kısıtlamalar, 1993’de 2.4, 2003’de 3.2 ve 2008’de ise 6.3’e yükselen hekime yıllık başvuru sıklığını ne yönde etkileyecektir?

Sonuç olarak, Genel Sağlık Sigortası özelinde akla gelen tüm bu soruları, sağlık sisteminin genelinde de hiç kimse kimseye sormamalı, hatta aklından bile geçirmemelidir. Çünkü **‘sağlık yönetimi’nde de güçler ayrılığı** bu işin en akılcı çözümü olacaktır. Böylelikle sağlık yönetiminde görev alan tüm güçler; birbirlerinden ayrılarak kendi başlarına her şeyi yeniden kurmakla sadece her birinin tek başına gördüğü bir fotoğraf karesi yerine fotoğrafın tamamında bir arada olarak, “Ortak Akıl” ile uzlaşıp kaynakları sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik verimli ve hakkaniyetli kullanabilir olacaklardır. Yoksa değerli bir akademisyenimizin deyişiyle ‘tavana bakarak olsa olsa yöntemi (TBOY)’ ile gelecek öngörülerini yapmakla, bilgi ve deneyimi paylaşp sinerjiye dönüştürememekle, kaynak-

larımızın hakkaniyetli dağıtımına ve dolayısıyla sağlık statüsünün yükseltilmesi genel amacına, istemeyerek de olsa, mevcut potansiyelimizden daha az hizmet etmiş oluruz.

Kaynaklar

Akdağ, R., “İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 749, ISBN: 978-975-590-273-9, Ankara, 2008,

Akdağ, R., “T.C.Sağlık Bakanlığı 2009 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan Bütçe Komisyonuna Sunumu”, Ankara, 13 Kasım 2008,

City of London College Uzmanları Tahmini, Hospital Manager Dergisi, S:48, Ankara, Nisan 2008

Çelik, F., “T.C.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2009 Yılı Bütçe Kanunu Tasarısının TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu”, Ankara, 18 Kasım 2008,

DPT, “Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması”, Ankara, 1990,

DPT, “Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000”, DPT, Ankara, 1995,

DPT, “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005”, DPT, Ankara, 2000,

DPT, “Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013”, DPT, Ankara, 2006,

Özsarı,S.H., “Sağlık ve Sigorta”, Sigorta Dünyası Dergisi, 472.Sayı, s:20-26, İstanbul, Nisan 2000,

Özsarı,S.H., “Genel Sağlık Sigortası Özel Sağlık Sigortacılığı İlişkisi”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2006-2007 Kış, 1. Sayı, s:42-47, ISSN 1307-2358, Medipolitan Sağlık Platformu Yayını, İstanbul, 2007,

Özsarı,S.H., “Sağlık Hata Kabul Etmez”, Türkiye Gazetesi, Alternatif Bakış Yazı Dizisi Mülakatı, İstanbul, 19 Kasım 2007,

Özsarı,S.H., “Genel Sağlık Sigortası Esasta Prim Bazlı Bir Sistem Olarak Uygulanabilecek mi?”, Hospital Manager Dergisi, Ekim 2008, 4.Sayı, s:58, ISSN 1307-9425, UHS Yayıncılık, Ankara, 2008,

TÜSİAD, “TÜSİAD Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri”, Morlock, L., Waters, H., Lyles, A., Özsarı, S.H., Aktulay, G., ISBN : 975-8458-72-8, İstanbul, Eylül 2004,

United Nations Development Programme (UNDP), “Human Development Report 2007/2008”, ISBN : 978-0-230-54704-9, New York, 2007,

16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı Yasa,

31 Mayıs 2006 tarih ve 5510 sayılı Yasa,

6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı Yasa,

17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı Yasa,

29.09.2008 günü yürürlüğe konulan 2008 Sağlık Uygulama Tebliği,

Türkiye'nin acil sorunu: Acil yardım hizmetlerinde reorganizasyon-2

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. 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'te başladığı SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevinden geçtiğimiz yıl istifa etti.

Bir önceki yazımızda acil uygulamalarıyla ilgili mevcut durumu değerlendirmiş ve ikinci yazımızda bu konuyla ilgili öneri ve değerlendirmelerimizi aktaracağımızı ifade etmiştik. Acille ilgili çözüm önerilerimizi dile getirmeden önce ihmal edilen ancak hayati derecede önemli bir hususun altını çizmek istiyorum. Etkin bir acil yardım hizmetinin verilme yolu öncelikle toplumda ilk yardım bilgi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesinden geçmektedir.

Başarılı bir ilk yardım, acil yardımın temel şartıdır. Çünkü kazalarda, ölüm ve dönüşümsüz sakatlıkların önlenemesinde ilk dakikalar hayati önem taşır. Hayati tehdit edecek kaza ve hastalıklarda acil yardım ekibinin ilk bir kaç dakika içerisinde olay yerine yetişmesini beklemek hayali bir yaklaşım olur. Doğru ilk yardım bilgisiyle yapılacak müdahale yaşamsal öneme sahiptir.

Acillerle ilgili çözüm önerimizi dört ana başlıkta değerlendireceğiz.

- Acilin koordinasyonu
- Acil merkezleri
- Hasta transportu
- Acil personelleri
- Acilin koordinasyonu

Acil hizmetlerin başarısının birincil şartı etkili bir koordinasyon sistemidir. Acil durumlarla karşılaşan kişiler, sağlıklı düşünebilecek rahatlıkta olamazlar. Genellikle panik halledirler ve ilk akla geleni yaparlar. Ülkemizde acil hizmetlerle ilgili birden çok organizasyonun olması kafa karışıklığının önemli sebebidir.

Acil durumlar, sadece sağlığı ilgilendiren bir durum olmayıp adli vaka ya da kurtarmayı gerektiren bir olay da olabi-

lir. Belki bunlardan tümünün de işin içinde olması da zorunlu olabilir. Acil yardım gerektiren durumlar içinde ülkemizde ilk akla gelen trafik kazalarında polis, itfaiye ve sağlık görevlilerinin koordinasyon halinde müdahale etmesi zorunludur. Ancak ortak çalışma gerekliliği ile çelişecek şekilde her birinin ihbar numaraları ve koordinasyon merkezleri farklıdır.

Acil yardım organizasyonunun etkili olduğu ülkelerde tüm merkezler tek bir otoritenin kontrolündedir. Tüm süreç aynı numara üzerinden ulaşılabilen tek bir çağrı merkezinden yönetilmekte ve ilişkili tüm birimler arasında doğrudan işbirliği ve koordinasyon bu merkez tarafından sağlanmaktadır.

Acil yardım birimlerinin farklı kurumsal hiyerarşi içerisinde olması da acil vakaya yapılacak müdahalenin etkinliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkemizde itfaiyeler yerel yönetim, trafik ve emniyet, İçişleri Bakanlığı, acil sağlık yardımı hizmetleri de öncelikle Sağlık Bakanlığı kısmen de yerel yönetimler ve özel sağlık kuruluşlarının bünyesinde yürütülmektedir.

Özellikle afet dönemlerinde ortak koordinasyona ihtiyaç çok daha belirgin hale gelmektedir. Yakın dönemde yaşanan ülkemizdeki en büyük afet örneklerinden biri olan 1999 depremi sonrası yaşanan koordinasyonsuzluk, vatandaşın yöneticilere olan güvenini önemli ölçüde sarsmıştır.

Ülkemizde de tüm acil durumlar için tek merkezin kurulması mümkündür. Örneğin İstanbul ölçeğinde büyükşehir belediyesindeki AKOM yapısı bu operasyonların yürütülmesi için kullanılabilir. Afet dışında gündelik acillerin de bu merkez tarafından tek elden yürütülmesi, merkezin daha dinamik,

personelin de daha verimli ve tecrübeli olmasını sağlayacaktır.

Tüm acil durumlar için tek numara uygulamasına hızlıca geçilmesi gerektiği aşîkârdır. Acil olduğu düşünülen herhangi bir sorunla karşılaşıldığında, sorunun niteliği, aciliyet durumu veya önemi ne olursa olsun, hangi acil yardım birimini aramaları gerektiğini düşünmekle geçirecekleri süre yerine, hatırdı kalacak tek numara, vatandaşın işini oldukça kolaylaştıracak ve zaman kazandıracaktır. Aynı zamanda bu uygulamada, karşılaşılan sorunun türüne göre gerekli yönlendirmelerin yapıldığı çağrı merkezleri gibi alt organizasyonlar da oluşturulmalıdır.

Acil merkezler

Bir önceki yazımızda da ifade ettiğimiz gibi acil üniteler ya da acil servisler, öncelikli yürütülmesi gerekirken sağlık kuruluşlarının rutin hizmetleri arasında karışmıştır. Zoraki yürütülmeye çalışılan ve yük olarak görülen bir anlayışla sürdürülmektedir. Hemen tüm sağlık kuruluşlarında, verimlilik düzeyleri farklı olarak 24 saat esasına göre acil hizmeti sürdürülmektedir. Acil durumlardaki yetkinlik kapasiteleri tartışmalıdır.

Önemli bir kısmında da sağlık personeli verimsiz bir şekilde çalıştırılmaktadır. Özellikle hekim ve hemşire açığının olduğu bir dönemde bu israf kapısının kapatılması gerekmektedir. Acil servislerin nasıl olması gerektiği uzun zamandan beri ülkemizde tartışılmaktadır. Burada iki farklı ancak birbirleriyle bağımlı model söz konusudur.

a) Sağlık kuruluşları bünyesindeki acil üniteleri

b) Sağlık kuruluşlarından bağımsız acil başvuru merkezleri

Hastanelerin devasa sorunları arasında acil servislerle ilgili sorunların ihmal edildiği gerçektir. Sağlık kuruluşlarından bağımsız, birbiriyle ilişkili acil başvuru merkezleri sorunun çözümünde bir model olabilir. Bu modelin içermesi gereken özellikleri şöyle sıralayabiliriz:

Bu merkezler, kendiliğinden başvuran ya da ambulans aracılığıyla getirilen hastaların, herhangi bir uzmanlık dalının müdahalesini gerektirmeyen tüm acil işlemlerinin yürütüldüğü yapılar olarak planlanmalıdır.

Ambulansla alınan hastanın triyajı ambulansla yapılmalı, cerrahi müdahale, yoğun bakım ya da yatarak tedavisi gerektiği tespit edilen vakalar, doğrudan önceden belirlenmiş hastane aciline yönlendirilmelidir. Bunlar dışındaki tüm vakalar ambulansla acil başvuru merkezine götürülmelidir.

Bir ya da daha çok uzmanlığın özel girişiminin gerektiği tespit edilen vakalar doğrudan, bu tür vakalara destek verebilecek şekilde yapılandırılmış (donanım, personel, ortam vb) hastane acil birimlerine götürülmelidir.

Acil başvuru merkezine gelen tüm hastalar, ister ambulansla getirilsin, isterse doğrudan gelsin mutlaka kabul edilmeli, geri çevrilememelidir.

Öte yandan acil başvuru merkezleriyle hastane acili de birbirleriyle kesintisiz bir iletişim halinde olmalıdır.

Gelen vakalar triyajdan sonra gerekli değerlendirme, müdahale ve müşahadeye tabi tutulmalıdır.

Eğer bu değerlendirmeler sonrasında müdahalesinin hastanede yapılması ya da ileri tedavisi gerektiği düşünülen vakalar buradan da uygun yolla hastane aciline sevk edilebilirler.

Hastane acillerine şahıslar hiçbir şekilde doğrudan başvurmamalıdır.

Acil başvuru merkezlerinde yeterli personel bulunmalı ve acille ilişkin tüm işlemler yapılabilir.

Hasta transportu

Acil kavramında vatandaşın aklına ilk gelen acil hastanın transportudur. Bu konuda ambulans sistemlerini tartışacağız.

Sağlık Bakanlığı, yaptığı düzenlemelerle acil yardım ambulanslarıyla hasta nakil ambulanslarını ayırtmıştır. Acil yardım ambulanslarında hala hemşire-

ler ve doktorlar bulunmaktadır. Hâlbuki gelişmiş ülkelerde acil ambulans ekibinin kimlerden oluştuğuna bakıldığında, bunların acil tıp teknisyenleri (paramedikler) olduğunu görmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı ambulansları dışında da kamu özel kuruluşlarının da ambulans hizmetleri mevcuttur. Son zamanlarda ülkemizde kara ambulansları dışında hava, deniz ve kar ambulansları da hizmet vermeye başlamıştır.

Acil transport hizmetleri, tüm ülkeyi kapsayacak şekilde örgütlenmelidir. Örgütlenme modelinde hastanın ulaşması gereken en yakın merkez mesafesi iyi hesaplanmalıdır. Talep yoğunluğu dikkate alınmalı, çalışan emeğini israf etmek yerine hızlı mobil araçlarla vaka, ilgili merkeze ulaştırılmalıdır. Hekimi ve merkezi vakaların ayağına götürmek israftır. Yeterli talebi olmayan imkân, donanım ve personelden yoksun atıl sabit sağlık kuruluşları ülkenin kaderi olmaktan çıkarılmalıdır.

Mobil acil yardım araçları yeterli donanım ve yaşamsal müdahaleyi yapabilecek birikimde personel içermelidir. Bu araçlar acil başvuru merkezleriyle entegre olmalı, acil başvuru ve komuta merkezi tarafından yönlendirilmelidir. Bölge ölçeğine göre en az 1 destekleyici acil yardım ve travmada deneyimli bir kadrosu bulunan ve 24 saat esasına göre çalışan hastane bulunmalıdır. Metropol şehirlerde bu hizmeti hastaneler nöbetleşe üstlenebilirler.

Acil personel

Acil başvuru merkezlerinde acil tıp uzmanları dışında hiçbir uzman hekim görevlendirilmemelidir. Çünkü uzman hekimler kendi branşları doğrultusunda yanıtıcı fiksasyon gösterebilirler.

Acil yardım hastanın tam tedavisinden ziyade yaşamının sürdürülmesi ve nasıl bir tedaviye ihtiyacı olduğunun belirlenmesiyle sınırlanmalıdır. İlk müdahaleler, yaşamsal müdahaleler ve uzmanlık ile hastane ortamı gerektirmeyen işlemler yapılmalıdır.

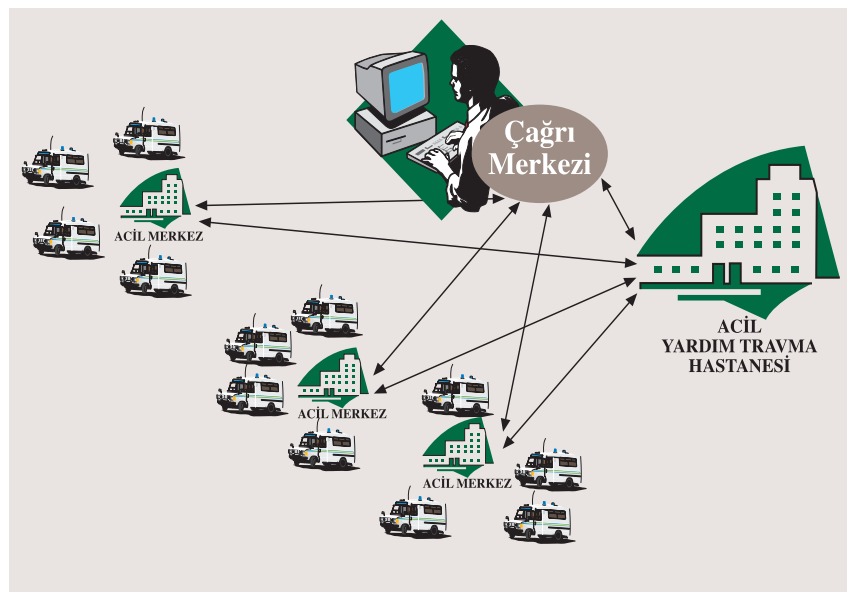
Bu merkezlerde acil konusuna odaklı,

Tüm acil durumlar için tek numara uygulamasına hızlıca geçilmesi gerektiği aşikârdır. Aynı zamanda bu uygulamada, karşılaşılan sorunun türüne göre gerekli yönlendirmelerin yapıldığı çağrı merkezleri gibi alt organizasyonlar da oluşturulmalıdır.

gerekli ve yeterli teorik eğitimlerden geçmiş, deneyimli personel istihdam edilmelidir. Pratisyen hekim (acil hekimi), paramedik (acil tıp teknisyeni) odaklı bir yapılanma oluşturulmalı, ihtiyaç doğrultusunda hemşire, sağlık memuru ve laboratuvar teknisyeniyle desteklenmelidir.

Başarılı bir triyaj merkezlerin verimliliğini arttıracaktır. Çalışma şartları, çalışan tüm ekiplerin çalışma düzeni ve yapılan işin stresinin de ne kadar yoğun ve önemli olduğu da dikkate alınarak iyi planlanmalıdır. 12 ya da 24 saat esasıyla yürüyen vardiya sistemlerinden vazgeçilmelidir. Acil gibi yüksek tempolu bir iş etkin bir şekilde 6 veya 8 saat sürdürülebilir. Bu çalışma süresi de yeterli molalar ve sosyal desteği içermelidir.

Acil servislerin koordinasyonunda başarılı modeller içinde, tüm sistemin operasyon ve koordinasyon yükünü yerel yönetimlerin üstlendiği modeller daha başarılı gözükmektedirler. Ülkemizde belediyeler itfaiye hizmetlerini başarıyla yürütmektedirler. Acil hastanesi dışındaki acil başvuru merkezleri ve ambulans hizmetlerini de il ölçeğinde yerel yönetimler daha başarılı bir şekilde sürdürebilirler. Merkezi yönetim standart ve norm belirleme, denetleme ve ulusal ölçekte koordinasyonla kendini sınırlamalıdır.



Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları planlaması

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olan Sur, Hisar Intercontinental Hospital Genel Direktörü olarak çalışmaktadır.

Bilim ve teknolojinin gelişmesi, özellikle sağlık hizmetlerinde belirgin bir gelişmeye yol açmış, bunun sonucunda yönetimi çok zor, karmaşık sağlık kuruluşları, sağlık enformasyon sistemleri, aşırı uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri gibi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Meslekleşme, sağlık hizmetlerinin doğası gereği kritik bir önem taşıdığından, ne kadar yüksek teknoloji ürünü cihazlarla donanmış olsa da sağlık kuruluşlarının hizmeti ve ürünü olan sağlık, nihayetinde insan kaynağına bağlıdır. Bu bağımlılık o kadar yoğundur ki sağlık hizmetleri yönetim kitaplarında “emek-yoğun” hizmetler arasında sayılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı açısından en önemli unsur sağlık insan gücünün başarısı olmaktadır. Bu başarıyı sağlık görevlilerinin bilgi beceri ve deneyimine olduğu kadar sağlık sistemlerinin yönetimi uygulamalarında sağlık çalışanlarının ve kurumda sağlık görevlilerine destek hizmetlerini sağlayan çalışanların yönetilmesi konusundaki beceri ve isabete de bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinde çalışanların büyük oranda vasıflı mesleklerle sahip olması ve alanında uzmanlaşmış olması beklediğinden sağlık hizmetlerinde insan gücü diğer sektörlere göre daha pahalı bir kaynaktır. Uzmanlaşma düzeyi daha çok basamak içermektedir. Birçok birimde hizmeti kesintisiz sürdür-

mek zorunluluğu vardır ve bu durum nöbet vardiya vb. insan gücü yönetimi konusunda karmaşa oluşturmaktadır.

Bu karmaşa, sağlık insan gücünün pahalı olması ve uygulamasındaki profesyonel özerklik alanlarının geniş olması nedenleriyle sağlık görevlilerinin klinik süreçlerde özgür karar verme ayrıcalığı insan gücüne bağlı hatalı seçim, uygulama olduğu takdirde büyük maddi ve manevi kayıplarla sonuçlanmaktadır.

21'inci yüzyılda sağlık hizmetlerinde etkililik ve verimlilik ilkelerinin daha da önem kazandığı bir sürece girilmiştir. Bu süreçte insan kaynağı kullanmada beceri gösteremeyen kurum ve kuruluşların yaşama şansı yok denecek düzeydedir.





Çalışanlar kendilerini cesaretlendiren, kişisel gelişimi teşvik eden, amaç ve görevlerini yerine getiren ve yüksek ahlaki değerleri temsil eden bir kurumun üyesi olduklarında ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaktadır. Eskiden makineye verilen önemin yerini insana verilen önem almıştır.

İnsan kaynakları yönetimi kavramı

İnsan gücü yönetimi her yöneticiyi ilgilendiren bir sorumluluktur. Organizasyonun önderliğini yapmak ve kurumdaki diğer yöneticilere, kendilerine bağlı çalışanları daha verimli şekilde yönetmesine yardımcı olmak insan kaynakları bölümünün rolüdür.

Çalışanlar kendilerini cesaretlendiren, kişisel gelişimi teşvik eden, amaç ve görevlerini yerine getiren ve yüksek ahlaki değerleri temsil eden bir kurumun üyesi olduklarında ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaktadır. Eskiden makineye verilen önemin yerini insana verilen önem almıştır (Ersen, 1997:18).

Bu anlayışla bakıldığında insan kaynakları bölümünün aşağıdaki rolleri dikkat çeker:

Yasal düzenlemelere uygunluk

Çalışanların hak ve özgürlüklerine tecavüz etmeden iş ortamında güvenli koşullarda çalışılmasını garanti altına almaya çalışır.

Ücret ve primlerin yönetimi

Yasal yollardan doğrudan ve dolaylı ödeme mekanizmaları ile kişilerin hak kaniyet ölçüleri içinde ve benzer kuruluşlardaki ücretler de gözetilerek kurumdaki alacağı ödemelerin belirlenmesi sürecidir. Aynı zamanda performansın izleme ve işi çekici hale getirecek ödeme programları da geliştirilmelidir.

İş gücü planlaması, çalışan eğitimi ve kariyer gelişimi

Kurumun gelecekteki istihdam gereksinimlerine ve nitelikli çalışan bulma olanaklarına göre bu kapsamda çalışılır, insan kaynakları bölümü gerekirse okullarla ve mesleki eğitim programı düzenleyen kuruluşlarla bağlantıya geçerek iş ortamında eğitim ya da iş ortamı dışında eğitim şeklinde programlar geliştirir. Bu eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi yanı sıra izlenmesi ve değerlendirilmesi insan kaynakları bölümünün sorumluluğunda yürür.

İşe alma ve işe yerleştirme

Bu süreçte adayların münhal pozisyonlara uygunluğu incelenmektedir. İşe almakla sorumlu kişiler boş kadroların duyurulması, işe alımlar, kurum içi transferler ve transferler için yetkilidir.

Çalışan ilişkileri

Toplu sözleşme anlaşmalarında kurum adına masaya oturacak ve pazarlığı yapacak, anlaşma sağlanınca imzayı atacak bölüm insan kaynakları bölümüdür (Taylor R.J. ve Taylor S.B., 1994:335).

İnsan kaynakları ve yönetimi tanımları

İnsan kaynakları bir kurumda çalışanların etkililiğini ve verimliliğini arttırmak amacıyla biçimlendirilmiş tüm kurum çapındaki işlevler ve faaliyetlerden oluşan bir bilgi ve uygulama setidir. İnsan kaynaklarının amacı, çalışanların motivasyonunu yükseltecek ve performansını artıracak ortamların yaratılması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için strateji, politika ve bilgiyi sağlamaktır (Fındıkçı, 1999:170).

İnsan kaynakları yönetimi ise, herhangi bir kurumsal ve çevresel ortamda insan kaynaklarının kuruma, bireye ve çevreye yararlı olacak şekilde etkili ve yasalara uyularak yönetilmesini sağlayan işlev ve çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Ekinci, 2001:2). İnsan kaynakları yönetimi, insanı temel alan ve onun daha etkili, verimli, yararlı ve üretken olması, diğer yandan iş doyumuna sahip ve mutlu olabilmesi için gereken düzenlemelerin tamamını kapsar. Çalışma ortamında kişinin işe alınmasından, uyum eğitimine, ücret ayarlamasına, işyeri ile olan hukuki bağına, verimliliğine, performans değerlemesine, maddi ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına ve nihayet işten ayrılmasına kadar bütün süreçler, insan kaynakları yönetimi uygulamaları çerçevesinde gerçekleştirilir. Bu bağlamda insan ilişkilerinin, yönetim ve personel yönetimi konusundaki bilgi ve ilkelerin bir bütün

çinde ve farklı bir bakış açısı ile ele alınması söz konusudur.

İnsan kaynakları yönetiminin yukarıdaki tanımı iki tip çalışmayı içermektedir. Bunlardan birincisi eskiden personel yönetimi olarak adlandırılan işe alma, sınav yapma, sınıflandırma, atama, sicil düzenleme, terfi gibi konularla ilgili bilgi, beceri, yöntem ve uygulamaları kapsayan tekniklerdir. İkincisi ise insan kaynağına ilişkin politikalar, planlar, işçi-işveren ilişkileri, çevresel ve kurumsal gelişmeler karşısında personelin durumu gibi daha geniş kapsamlı stratejileri içerir. Modern anlamda insan kaynakları yönetimi bir taraftan personelin bulunmasını, seçilerek işe yerleştirilmesini içerirken diğer taraftan da personelin eğitimi, geliştirilmesi, değerlendirilmesi, ve haklarının verilmesi gibi güdüleme ve etkileme faaliyetlerini de kapsar (Yüksel, 1997:8-9).

İnsan kaynakları fonksiyonunun etkili olabilmesi organizasyonun diğer fonksiyonlarıyla tam bir işbirliği içinde olmasına bağlıdır.

İnsan kaynakları bölümünün rolü

İnsan kaynakları bölümünün rolü eskiden kayıtların tutulması, bordroların izlenmesi gibi birkaç klasik işlemle sınırlıyken günümüzde çok boyutlu bir şekil kazanmış ve strateji geliştirmekte kilit noktaya gelmiştir. İnsan kaynakları yönetiminin organizasyon içindeki rolü, çalışanların motivasyonunu ve verimini yükseltecek bir ortam yaratılması ve bu ortamın korunup geliştirilmesi için gerekli politikaları ve teknik bilgiyi sağlamaktır. Bu rol onu organizasyon içinde genellikle cephe gerisinde kalan kurmay durumuna getirir ve uygulamaları fiilen yürüten bölümlere yardımcı olmayı gerektirir (Hall ve Toorington, 1998:24-27). Söz gelişi, çalışan verimliliğinin artırılması ya da kalite yönetimi gibi konular genellikle bu bölümün işlem alanında kalmaktadır. Ayrıca insan kaynakları profesyonelleri iş yaşamında yenilenme ve maliyet etkililik çalışmaları gibi konularda katkı sağlaması beklenen kişiler olmaktadır. Büyük boyutlu kurumlarda bu kişiler danışmanlık ve öncülük yaparak kuruluşun genelinde politika birliğinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.

Bugünün dünyasında özel sektörde ve kamu sektöründe arzulan rol dağılımına göre insan kaynakları bölümü yöneticisi kurumun finans yapısı, misyonu, işyerinin fiziki koşullarının planı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu kişi gerçek anlamda resmin tamamını görebilen ve çalışanların amiri olmaktan çok onların arkadaşı olabilen kişidir (Hollinshead ve Leat, 1995: 124).

Kurumun üst düzey yönetiminde insan kaynakları yöneticisine de yer ayrılmaya başlanmış ama kayıtların saklanması, ödeme politikasının oluşturulması ve çalışan ilişkilerinin sürdürülmesi gibi diğer görevler de yine insan kaynakları yöneticisinin sorumluluğunda devam etmiştir.

Diğer üst düzey yöneticiler gibi insan kaynakları yöneticisi de yeni teknolojilerin etkilerine uyum sağlama yönünde çaba göstermek durumundadır. Özel sektörde ve bazen de kamu sektöründe insan kaynakları yöneticisi daha fazla finansal riskler, daha fazla rekabet, işten çıkarma, küçülme, birleşme ve alternatif sunum sistemleri ile ilgili sürekli çalışmalar yapmalıdır.

İnsan kaynakları işlevi stratejik yeniliklere destek vermek üzerine kurulmaktadır. Hem sayıca hem de nitelik yönünden kuruluşun gereksinimine cevap verecek iş gücünü elde etmek kadar işten ayrılanların uygun görevlere yerleştirmesi de bu kapsamda ele alınmaktadır.

İnsan kaynaklarında planlama

Bütün kurumlarda istisnasız her bölümün diğer işlevlerini ve sorumluluklarını eksiksiz yerine getirilmesi için bir yöneticinin asla vazgeçmemesi gereken görevi planlamadır. Bu durum özellikle insan kaynakları yönetiminden sorumlu yöneticiler için daha da önem kazanır.

İnsan kaynakları yönetiminin en önemli görevi olan insan kaynakları planlaması kurumun amaç ve hedefler doğrultusunda mevcut ve gelecekteki personel ihtiyacının ortaya konulmasını sağlar.

Planlama

Planlama, organizasyonun gelecekteki başarısı için amaçların belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli işlerin ve kaynakların kullanımının kararlaştırılmasıdır (Özalp, 1996: 24).

Bu açıdan bakılınca; planlamanın aşağıdaki sorulara cevap arama faaliyeti olduğu söylenebilir:

Ne yapılacaktır?
Kim yapacaktır?
Ne zaman yapılacaktır?
Nasıl yapılacaktır?
Hangi kaynaklar kullanılacaktır?
Neden yapılacaktır?

Planlama;

Bütün faaliyetleri amaca yöneltir.

Diğer yönetim fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştırır.

Tahminde uzmanlaşma sağlar

Kararlarda yol göstericidir, belirsizlikleri azaltır

Yöneticileri günlük işlerin ötesine geçirir

Kaynakların en iyi biçimde kullanılmasını sağlar

Yaratıcılık ve yenilik sağlamayı kolaylaştırır (Özalp, 1996:28).

Kurumun genel işleyişi ve tüm faaliyetlerinin planlanması işleminde temel alınan hususlar, insan kaynakları planlamasında da geçerli olmaktadır. Kuruma belirlenen ihtiyaçlara cevap vermek açısından doğru insanları seçerek, ödüllendirmek ve geliştirmek, kurum vizyonunun uygulama aşamasını hayata geçirebilmek için önem taşımaktadır.

Kurumun insan kaynakları ihtiyaçlarının belirlenmesinde yalnız o günkü durumun ele alınması yeterli değildir. Toplumsal, kültürel, ekonomik değişimleri, yeni teknolojik gelişmeleri izlenerek kurumun gelecekteki insan kaynağı durumu hakkında projeksiyonlar yapılmalı ve ihtiyaç belirlenmelidir. Bu anlamda kuruluşun insan kaynakları yönetimini özel sektörde olduğu gibi kamu sektöründe de ihtiyaca göre bilimsel verilere dayalı olarak planlama yapmalı ve amaca yönelik stratejiyi belirlemelidir (Açıkalın, 1997:89).

Sağlık insan gücü planlaması

Sağlık insan gücü planlaması, kurumun genel amaçları çerçevesinde uygun sayıda ve uygun nitelikteki personeli, işletme için en uygun zamanda ve becerilerine göre en uygun birimlerde çalıştırmak üzere işlerini etkili biçimde yapmalarını sağlayan bir süreçtir (Öztek, 1995:1-6). 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Madde 3, A bendine göre; "Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir" denilerek yasal olarak da düzenlenmiştir.

Bu konuda uzman olan kişiler bir araya getirilir, eldeki veriler ortaya konulur ve değerlendirme yapılmaları istenir. Bu yöntemde, örneğin hekim ihtiyacı için pazarın talepleri, hemşire ihtiyacı için yıllık artış oranı, ebe ihtiyacı için ise belirlenen bir standarda ulaşılması şeklinde sonuçlara varılabilir ve her insan gücü için farklı planlamalar yapılabilir. Tabii bu arada eldeki imkânların göz önünde tutulması gerekecektir. İnsan kaynakları yönetimi kısa ve uzun vade-

li insan gücü gereksinimlerinin planlanmasında dikkatli olmalı ve ihtiyaçtan daha fazla eleman alınması konusunda ihtiyatlı davranmalıdır (Hayran, 1998:116).

Sağlık insan gücünün sayısını yani kantitatif artışını dikkate alan bu planlama yöntemlerinin yanı sıra, kalitatif yöntemler de gereklidir. Bunun için, her tür personelin görev tanımı ve iş analizi yapılmalı, gerekiyorsa planlama ile bunlarda değişikliğe gidilmelidir. Planlama, kalitatif ya da kantitatif, hangi yöntemle yapılırsa yapılsın, mevcut durum ve ihtiyacın saptanması için güvenilir verilere ihtiyacı vardır. Bunların yanı sıra, yetiştirilen sağlık insan gücünün istihdamı ise işin bir başka yönüdür (Hayran, 1998:119).

Sağlık kurumları ya da kuruluşlarında insan gücü planlaması aşağıdaki beş aşamada yapılır:

Profil saptama

Yapılan plan ister kısa vadeli (2 yıldan az) ister uzun vadeli (2 yıldan fazla) olsun ilk iş olarak, kurumda yapılması istenilen iş türleri ile miktarlarının saptanması gerekir. Bu saptama sübjektif bir saptama olmakla birlikte, örneğin, hizmetlerin niteliği, yeni teknolojileri kullanacak insan gerekliliği, personelin iş yükünde değişimler gibi kriterlere dayanarak saptamalar yapılabilir.

Tahminde bulunma

Yapılması beklenen iş türleri ve miktarları saptandıktan sonra, bu işleri yapacak personelin niteliği ve sayısal tahmini yapılmalıdır. Bu amaçla, belli başlı sağlık hizmetleri için geliştirilmiş ölçütlerden yararlanılabilir. Örneğin, hasta yatak sayısı belirlenmiş ise, ihtiyaç duyulacak hemşire ve hastabakıcının tahmini, poliklinik koşulları belirlenmiş ise ihtiyaç duyulacak hekim ve görevli sayısı, ameliyathane, laboratuvar sayısı belirlenmiş ise ihtiyaç duyulacak cerrah, anesteziist, laborant sayılarının tahmini yapılır.

Envanter çıkarma

Kurum ya da kuruluşta halen çalışmakta olan insan gücünün, nitelikleri, yaptıkları iş, eğitim ve tecrübe düzeyi, çalışma süresi, unvanı, özel yetenekleri gibi özelliklerin bir dökümü yapılır.

İhtiyaç belirleme

Mevcut insan gücünün envanteri çıkarıldıktan sonra, bu insan gücünün işe giriş-çıkışları ve emeklilik, işten ayrılma ya da atılma, ölüm gibi hareketliliklerinin bir dökümü yapılır. Bunun ışığında

Çalışanlarına daha kaliteli çalışma yaşamı ve ortamı sunan kurumların diğerlerine göre daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Burada en önemli faaliyet, çalışanın fiziksel ve sosyo-psikolojik güvenliği ve sağlığını maksimize edecek biçimde planlamalar yapmak ve geliştirmektir.

zaman içerisinde hangi alanlarda ne tür insan gücü kaybının ortaya çıkacağı, dolayısıyla ihtiyaç konusunda sap-tamalar yapılır.

Planın ortaya konulması

Yukarıdaki dört aşamanın sonucunda ne türde ve ne sayıda sağlık persone-line ihtiyaç olduğu ve bu ihtiyacın hangi kaynaklardan sağlanacağı kararlaştırılır. Planlamada kalitenin sürekli olarak geliştirilmesi göz önünde tutulmalıdır.

Sağlık kurumları ya da kuruluşları için gerekli olan insan gücünü temin etme-nin başlıca iki yolu vardır: Birinci yol, iç kaynaklar olup, kurum ya da kuruluş içerisindeki kişilere yeni işler verilmesi, başka iş alanlarına kaydırılması, bazı işlerin birleştirilmesi şeklinde olabilir. İkinci yol ise dış kaynaklar olup, gazete ilanı ile, resmi ya da resmi olmayan yol-lardan istenilen uzmanlara ulaşılması ve istihdamlarının sağlanması şeklin-dedir (Hayran, 1998:181-186).

İnsan gücü ihtiyacı belirlenme ve planlama yöntemleri:

İnsan gücü planlamasında iş yükü ölç-me yöntemi, zaman serileri yöntemi, dağılım analizleri, regresyon analizi, simülasyon yöntemi, veri analizi, rasyo analizi gibi yöntemler sayısal ve istatis-tiksel yöntemler olarak personel sayı-sının tahmininde kullanılmaktadır.

İş yükü ölçme yöntemi

Bu yöntem iş etüdü tekniği olan iş yükü ölçümü ve hareket etütlerinden yarala-nılarak personel sayısının belirlenmesi-ni içermektedir. Bu teknikte, her gö-revin tamamlanma süresi (standart zaman) belirlenerek, tahmin edilen iş yüküne göre ne kadar personele ge-reksinim duyulacağı belirlenir. Aşağı-

daki örnekte bu yöntemin kullanılışı gösterilmektedir.

Zaman serileri analizi

Geçmişteki verilerden gelecekte yarar-lanmak için zaman serileri analizleri yapılır. Planlayıcılar tarafından teknolo-jik gelişmeler devresel olaylar ve mev-simlik değişimler değerlendirilerek per-sonel sayısı tahmin edilir.

Zaman serisi yönteminde belirli bir za-man kesiti ile bu zaman kesiti içindeki her noktadaki personel sayısının bir barem oluşturulması ile elde edilir. Daha sonra personel sayısı y eksenin-de zamanda x ekseninde olmak üzere grafik çizilerek ileriki yıllar için personel sayısı belirlenir.

Bu yöntem çok basit, kolay ve ekono-mik biçimde uygulanabilir. Fakat bu yöntem, zaman serisindeki aşırı değ-erlerden etkilenir, gelecekte ortaya çıka-bilecek önemli değişimler dikkate alın-maz ve önceden kurulmuş bir bilgi temeline dayanır.

Dağılım alanları analizi

Bu yöntemde iki faktör tanımlanarak birbiriyle ilişkilendirilir. İşletmedeki te-mel faaliyetler ya da bunların göst-erleriyle çalışan personel sayısı ara-sındaki ilişkiler belirlenerek tahminler yapılır. Bir hastanenin büyümesi ile or-taya çıkacak hemşire gereksiniminin tahmin edilmesi için yatak sayısı kriteri-ne göre farklı büyüklükteki hastanelerin çalıştırdıkları hemşire sayısı araştırılır. Yatak sayısı arttıkça hemşire sayısı da artar dolayısıyla, bu iki değişken ara-sında doğrusal bir ilişki gözlenir.

Buradan hareketle, yatak sayısına göre bir hastane için gerekecek hemşire sa-yısı tahmin edilebilir.

İş gücü analizi yöntemi

İş gücü analizi sonucu saptanacak personel gereksinmesi miktarları, eğer iş gücü analizi sonuçları hesaplamalar dışı bırakılırsa, planlama sorumlularını ulaşılan gerçek durumlarda düş kırıklı-ğına uğratabilecektir. Çünkü İş yükü analizinde temel alınan zaman verileri, önce devamsızlıklar, sonra da iş gücü dönüşümü sonucu oluşacak çalışma zamanı kayıplarını içermeyeceklerdir.

Nitelik ve nicelik yönünden çalışan ihtiyacı

Sağlık hizmetleri ne kadar iyi kurgulan-mış ve mali açıdan desteklenmiş olur-sa olsun, görevler teknik yeterlilik ve davranış açısından uygun kişilere veril-mezse hizmet kullanıcılarının memnu-

niyeti sağlanamaz ve hizmetlerde amaçlanan etki ve verime ulaşılamaz.

Pek çok durumda, çalışan seçimi yö-neticiye bağlıdır. Yeni bir hizmet başla-tılacağına ya da çalışan profili üzerin-de değişiklik yapmanın hizmet çıktıklarına ve sonuçlarına etkisi olacağı düşünüldüğünde hangi pozisyonda kaç kişiye ihtiyaç duyulduğunu belirle-mek için yöneticilerin aday ve/veya ça-lışanların taşıdığı özellikleri biliyor ol-ması gerekir.

Çalışanların taşınması gereken özellikle-ri belirlerken ya da gözden geçirirken dört adımı dikkate almak gerekir:

1. Verilen hizmetin boyutlarını tahmin etmek

Bu tahminde iki aşama vardır. Birinci aşamada, toplumda kaç tane potansi-yel kullanıcı olduğu tahmin edilir. İkinci aşamada ise, hizmet kullanım oranı tahmin edilir. Bu iki aşama birleştirildi-ğinde aşağı yukarı kaç kişinin hizmeti kullanacağı tahmin edilebilir.

2. Hizmetlerde seçimlerin analizi

Bu adım ne tür hizmet ya da program geliştirilmesi gerektiğini bildirir. Özelli-kle sağlık hizmetlerinde sosyo-kültürel özellikler hizmet kullanımının hem dü-zeyini hem de türünü belirleyen baskın etken olmaktadır. Bu nedenle toplumun tercihinin tahmin edilmesi genel başarı düzeyi üstünde kritik bir önem taşır.

3. Hizmet kalitesinin standartlarını belirlemek

Hizmetin kalitesinde programdan bek-lenen yararlar dikkatlice ortaya konul-malı ve her bir yöntem ya da hizmet sunumu için standartlar geliştirilmeli-dir. Programdan beklenenlerin stan-dartları açıkça ortaya konulunca bu beklentiye ulaşmak için çalışan ihtiya-cını belirlemek kolaylaşmaktadır.

4. Çalışan ihtiyaçlarının projeksiyonu

Kurumun ileride ne boyuta ulaşacağı sosyo-demografik verilerden yararlanı-larak tahmin edilirken bir yandan da bunu karşılayacak personel ihtiyacı da projekte edilmelidir. İşe alınacak kişiler seçilirken bu projeksiyonlar göz önün-de bulunmalıdır (Wolf, Suttentfield ve Binzen, 1991:88-89).

5. Çalışan adayları (Dış müşteriler)

İnsan kaynakları bölümünün verdiği hizmetler açısından değerlendirildiğin-de, kurumun çalışanları arasında yer almayan ancak gelecekte bu olasılığı taşıyan kişiler adaylar ya da dış müşte-

riler olarak kabul edilmektedir. İKB ile dışardan temasa geçenlerin büyük bir bölümü iş başvurusunda bulunmak amacını taşıyanlar olmaktadır. Çok değişik nitelikte kişilerle karşılaşılacağı için bu kişilerin beklentileri de sürekli değişiklik gösterecektir. Genellikle bir kişiye bir görev önerilirse ve bu kişi de kabul ederse beklentilerin karşılanmış olduğu yolunda bir ön yargı oluşmaktadır. Ancak bu her zaman gerçek olmayabilir. Sonuç beklentiye uysa bile seçilirken izlenen yollar ve prosedürler bile kişileri rahatsız edebilir. Bir başka kısıtlılık da her başvuruları kabul etme lüksünün hiçbir zaman olmayacağıdır. Bu durumda bazı kişiler kuruma kabul edilmeyecektir. İKB yöneticisi için en doğru yol, bütün başvuruların mutlaka değerlendirme sürecine girdiğini ancak amaca uygun olmadığı durumlarda en kalifiye kişilerin bile kabul edilmeyeceğini yaymaktır. Başka bir deyişle, sonuçlar kadar beklentilerin de yönetimi esas alınmalıdır.

Başka bir dış müşteri kanalı da eğitim kurumlarıdır. Kurumda çalışmaya aday olabilecek mezunlar veren fakülte, yüksek okul veya mesleki eğitim kuruluşlarındaki yetkililerle temasa geçmek ve kariyer planlarında yer almak çok değerli bir strateji olarak kabul edilmektedir. Özel sektörde bu stratejinin yadsınamaz değeri yanında kamu kuruluşlarında da sağlık biriminin çekiciliğini arttırmak yoluyla daha seçkin kişilerin tercihinin kazanmak önemlidir. Atama yoluyla bile olsa resmi olmayan şekilde (informal) kişilerin tercihinin görev yerlerinin belirlenmesinde önemli rol oynadığı unutulmamalıdır (Taylor ve Taylor, 1994:356).

Çalışanlar (İç müşteriler)

İnsan kaynakları bölümünün iç müşterileri çalışanlardır. Sağlık hizmeti birimlerinde çalışanlar genellikle doktorlar, hemşireler, ebeler, destek görevini yürüten personeldir. Bu kişilerin gözünde insan kaynakları bölümünün hizmetinin etkisini anlamak için yine hem resmi (formal) hem de resmi olmayan (informal) yollar kullanılır. Resmi olmayan yolların en dikkate değeri hizmetlerle ilgili görüşleri elde etmeye dayanan anketler ve araştırmalardır. Usulünce yapıldığı taktirde bu anketlerden önemli bilgiler elde edilir. Bu tür çalışmalarda tarafsızlığı sağlamak ve belirli bir deneyim ve beceri gerekli olduğundan kuruluşlara belirli bir ücretle araştırma yapan ve sonuçları raporlayan şirketler vardır. Kamu kuruluşlarında uzmanlık alanı bu konuları kapsayan akademik kuruluşlardan yardım alınabilir (Taylor ve Taylor, 1994:357).

Bunun dışında değişik fırsatları değerlendirerek bilgi alma, kurumda belirli

konularda saygı gören kişilerle zaman zaman görüş alış verişinde bulunma, yürütülen eğitim programı ya da toplantılara kaç kişinin katıldığı vb bilgileri değerlendirme gibi yollardan bilgiler elde edilebilir.

Ergonomi ve çalışma kalitesinin planlanması

Ergonomi, iş hayatında insanı ele alan, iş ortamından kaynaklanan stres faktörlerini ve bunlarla başa çıkma yollarını inceleyen bir alandır. Bir multidisiplin alanı olarak ergonomi, mühendislik psikolojisi, antropometri, işyeri biyomekaniği ve iş psikolojisi olmak üzere 4 bilim dalından destek alır (Last ve Wallace, 1992:533)

Çalışanların hem kaliteyi geliştirmeleri hem de daha düşük maliyete hizmet sunmalarını sağlamak için, çalışan gereksinimlerinin ne olduğunun belirlenmesi ve bunları yerine getirmek konusunda istekli olunması gerekir. İşyeri çalışma koşullarının ve insanların kurum üyeliğiyle ilgili algılamalar, insanların bir ortamda yaşamlarını sürdürebilmek için gereksinimlerin karşılanması, vazgeçilmez oldukları duygusunu kazanmalarına, başarılarının fark edilmesine ve yeteneklerini geliştirmelerine fırsat veren bir yapıya kavuşturulması insan kaynakları yönetimine düşen en önemli görevlerden birisidir (Peker, 1995:34).

Çalışanlarına daha kaliteli çalışma yaşamı ve ortamı sunan kurumların diğerlerine göre daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Burada en önemli faaliyet, çalışanın fiziksel ve sosyo-psikolojik güvenliği ve sağlığını maksimize edecek biçimde planlamalar yapmak ve geliştirmektir.

Kaynaklar

- Açıkalın, A. (1996), *Çağdaş Kuruluşlarda İnsan Kaynağının Yönetimi*, Önder Matbacılık, Ankara.
- Akın A., Ergör G. (1997), *Reproductive Health Transition in Turkey, Feedback, ICOMP Publication, Volume XXIII, No. 2.*
- Bingöl D. (1998), *İnsan Kaynakları Yönetimi, 4. Basım, Beta Yayın Dağıtım A.Ş. İstanbul.*
- Carrell R. M., Kuzmits E. F., Elbert F. N. (1992), *Personnel/Human Resource Management, (Ed:) Stewart E. C., 4. Basım, USA.*
- Çetin C., Akın B., Erol V. (2001), *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi, Ed: Çetin C., 2. Basım, Beta Yayın Dağıtım A.Ş. İstanbul.*
- Drucker F. P. (1992), *Etkin Yöneticilik, Eti Yayınları, Çev: Ahmet Özden, Nuray Tunalı, İstanbul.*
- DSÖ. (1998), *Workload Indications of Staffing Need (A Manual of Implementation), Division of Human Resources Development and Capacity Building, Geneva.*
- Ekinci H. (2001), *"The Begining and Development of Human Resources Management", İşletme Bitirme Tezi, Basılmamış, Newport University Business Administration*

Erdoğan İ. (1991), *İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri. İşletme fakültesi Yayın No:248, s.156-231, İstanbul.*

Ersen, H. (1997), *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi, Sim Matbacılık, İstanbul.*

Fındıkcı İ. (1999), *İnsan Kaynakları Yönetimi, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul*

Hall L., Toorington D. (1998), *"The Human Resource Function: The Dynamics of Change and Development". Financial Times Pitman Pub. London.*

Hayran, O., (1998), *Sağlık İnsangücü Planlaması, (Editörler; Hayran O., Sur, H., Sağlık Hizmetleri El Kitabı), Yüce Yayın, İstanbul.*

Hodgetts R.M., Kuratko D. (1991), *Management, Harcourt Brace Jovanovich Pub., Orlando.*

Hollinshead G., Leat M. (1995), *Human Resource Management: An International and Comparative Perspective on the Employment Relationship, Pitman, London.*

Kaynak T., Adal Z., Ataay İ., ve ark. (2000), *"İnsan Kaynakları Yönetimi", İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.*

Küskü F. (2001), *İnsan Kaynakları Yönetimi, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı, Kocaeli.*

Last J.M., Wallace R.B. (1992), *Maxy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, Appleton and Large, Connecticut.*

Özalp, İ. (1996), (Editör) *Yönetim ve Organizasyon, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.*

Öztek Z. (1995), *Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Materyali No: 5, Ankara.*

Peker, Ö. (1995), *Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği, Takav Matbacılık, Ankara.*

Sur H. (2004), *"İnsan Kaynakları Yönetimi", Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Yönetim/ Eğitim Materyali, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve UNFPA Yayını, İstanbul.*

Şahin M. (1991), *İş İdaresine Giriş, 3. Basım, 1. Fasikül, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:170, Eskişehir.*

Taylor R.J., Taylor S.B. (1994), *Aupha Manual of Health Services Management, Aspen Pub., Boston.*

Tosun K. (1987), *İşletme Yönetimi, 4. Basım, 1. Cilt. İstanbul Üniversitesi Yayın No:3462, İstanbul.*

Wolf J.A., Suttentfield L.J., Binzen S.C. (1991), *The Family Planning Manager's Handbook, Management Sciences for Health, Kumarian Press., Connecticut .*

Wolper L.F. (1995), *Health Care Administration Principles Practices Structure and Delivery, Aspen Pub. Maryland*

Yüksel Ö. (1998), *İnsan Kaynakları Yönetimi, 2. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.*

Düşüşte olan pazarlar için yeniden değerlendirme stratejileri

Dr. Çetin Köksal



1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Dr. Çetin Köksal, 8 yıl devlet kurumlarında başhekim yardımcılığı ve başhekimlik görevlerinde bulundu. Akabinde özel sektörde başhekimlik, mesul müdürlük, medikal direktörlük ve genel müdürlük yaptı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans" programını bitirerek "Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Uzmanı" unvanını aldı. Halen aynı branşta doktora programıyla akademik kariyerine devam etmektedir. 2008 yılına kadar bir devlet hastanesi ve onun üzerinde özel hastane ve tıp merkezi kuruluşunda direktörlük yaptı. Hastane kuruluşu, yönetimi ve mimarisinin planlanmasında önemli yöntemler geliştirerek katkıda bulundu. Halen Medipol Hastaneler Grubu "Stratejik Planlama ve İş Geliştirme Grup Koordinatörü" olarak çalışmaktadır.

Bu yazı, 1965–85 arasında yapılan bir araştırma sonrası yayımlanan İngilizce bir makaleden özetle çevrildi. Yazının, günümüzde yaşanan global ekonomik kriz ortamında değerlendirildiğinde güncellik kazandığını düşünmekteyim. 1224 hastane ile

yapılan anketlerden elde edilen verilere ve diğer iş sektörlerindeki uygulamaların hastaneye uyarlanması prensibine göre; hastane sektörü içerisindeki rekabet, ayakta kalma ve pazarlama stratejilerini anlatan bu makaleyi günümüz şartlarında tekrar gündeme getirmenin faydalı olduğu kanaatiyle aşağıda özet çevirisini hazırladım. Sektörümüze yeni

bakış açıları getireceği umuduyla...

Hastane pazarlaması

1986'da belli başlı endüstriyel magazinlerden biri, kapsamlı stratejiler geliştirmek ve rekabet durumlarını yeniden değerlendirmek amacıyla hastane pazarlamasına ara verdi. Yaptığı araş-



Bir ürünün satılma oranı platoya ulaştınca, ürün yaşam döngüsünde olgunluk derecesine ulaşılmış demektir. Bu olgunluk süreci içerisinde, daha sonraki satışlarda olan değişiklikler ürünün ilişikte olduğu pazarın büyüklüğü ile belirlenir. Bir süre sonra ürünün yerini alacak diğer ürünlerin pazara girmesi ile söz konusu olan ürün satışlarında düşüş başlar.

tırmalar sonucunda hastanelerde promosyon aktivitelerine hiçbir pazarlama stratejisi oluşturmadan girdiği anlaşıldı. Yapılan yeniden değerlendirmeler ciddi olarak göz önüne alınması gereken durumun hastaneler için temel olan yatan hasta servisinde düşüş olduğunun fark edilmesi idi. Düşüşte olan firmalara tavsiye edilen stratejilerin birçoğu hastanelere uygulanmakla birlikte literatürde henüz teorik olarak hastanelere pazarlama konusunda değerlendirme sunulmamıştı.

Gelişen yeni teknolojiler hastanede hastayı yatırmak yerine günübirlik yonteme yönlendirmekte ve daha uygun maliyetler oluşmaktadır. Sosyoekonomik gelişme ve ömür süresi artışına rağmen hastanelerde kalış süresi giderek azalmaktadır. Bu durum aynı zamanda hastaneleri endişelendirmişti. (İşlerlik açısından)

Touche Ross şirketi bin 224 hastane arasında yapılan ankette hastane yöneticilerinin yüzde 43'ünün ilk 5 yıl içerisinde hastanelerinin kapanma tehlikesi olduğu endişesi taşıdığını göstermiştir. İyi pazarlama stratejileri olan hastanelerin bu durumdan kolaylıkla kaçınamayacağı açıktır.

Fabrika ve perakende sektöründe üretim düşüşü için birçok çalışmalar yapılmışna rağmen hastane için henüz yapılan çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı yatan hasta servisindeki düşüşü ispatlamak ve de hastane pazarlamasını başarıya ulaştırmak için gereken stratejileri belirlemektir. Ek olarak bu stratejileri tanımlamak için iş tanımı ve misyonu kullanılmıştır. Bu çalışmada yöntemler özellikle yiyecek sektörü

olmak üzere diğer sektörlerden alınıp hastaneye adapte edilmiştir.

Ürün yaşam döngüsü ve yatan hasta bakımı

Geçtiğimiz 20 yılda en çok üzerinde durulan konu, ürün yaşam döngüsü olmuştur. Ürün yaşam döngüsünün içinde bulunduğu devre uygun iş stratejisi hesaplanmasında en temel değişken olarak görülmüştür. Toplumun sağlık harcamalarının artışına rağmen yatan hasta oranlarında düşüş kaydedilmiştir. Bu çalışmayı yapan araştırmacılar; ürün yaşam döngüsünü, yatan hasta servis pazarlamasını analiz etmek ve hastane marketing stratejilerini değerlendirmek için kullanmışlardır. Ürün yaşam döngüsü üzerine yazılan literatürlerde ürün düşüşü için en az 4 strateji önerirler. Bu çalışmalar, bu dört stratejinin avantaj ve dezavantajları analiz edilen hastane pazarlamasına uyarlanmıştır.

Bir ürünün satılma oranı platoya ulaştınca, ürün yaşam döngüsünde olgunluk derecesine ulaşılmış demektir. Bu olgunluk süreci içerisinde, daha sonraki satışlarda olan değişiklikler ürünün ilişikte olduğu pazarın büyüklüğü ile belirlenir. Bir süre sonra ürünün yerini alacak diğer ürünlerin pazara girmesi ile söz konusu olan ürün satışlarında düşüş başlar. Ancak bu genel durum hastane endüstrisinde aynı değildir. Genelde olanakların artması ve fiiks fiyat uygulamaları ve de üçüncü şahıs (sigorta şirketleri) ödemeleri nedeniyle yatan hasta sayısında düşüş görülse bile hastane işletme marjlerinde artış görülmüştür.

Bir ürünün düşüşte olup olmadığı, satış performansını ölçen değerlere bağlıdır. Şekil 1 ve 2'de, dört ölçek değişkenin (sırasıyla dolar bazında satış, toplam satış ünitesi, kişi başına düşen

satış ve de GNP hissesi (Gayri Safi Milli Hasıla) (Gross National Product-Brüt Ulusal Ürün) zamana karşı çizilmiş grafiği gösterilmektedir. Fakat sonuçlar çelişkilidir. Şekil 1'de kişi başına düşen satış miktarında hızlı bir düşüş gösterilmektedir. Bu satış miktarı kısa süreli kalıflardaki her bin kişiden taburcu olma oranı ile ölçülmektedir.

Şekil 1'de dolar bazındaki satışta artış görülmesine rağmen fiyat değişikliğinin yarattığı etkiler GNP kullanarak ortadan kalktığında düşüş kaydedilmiştir. (**Şekil 2**)

Şekil 3-4'de grafikleri satış ünitesindeki iki ölçeğin (hasta kabul ve günlük ortalama hasta sayısı) düşüşlerini göstermektedir.

Bu grafikler analiz edildiğinde bazı problemler gözlemlenir. Örneğin;

Şekil 1'deki artış enflasyona bağlı olabilir yani bu artış sırasında satışlar stabil ya da düşüşte olabilir. Satış birim ölçekleri bu yanlışlığı düzeltebilirler. Fakat onlarda da benzer problemlere rastlanabilir. Mesela, satış değişiklikleri nüfus artışına bağlı olabilir.

Her bin kişiden taburcu olanların miktarı yataklı hasta bakımının ne durumda olduğunu gösteren en doğru ölçektir. Bu ölçek fiyat değişikliğinin ve de toplam pazarın etkilerini ortadan kaldırır. Aynı zamanda pazarlama problemlerinin de en erken habercisidir.

Bazı durumlarda ise (kalp nakli ameliyatı gibi) yataklı hasta servisi kesinlikle gerekli olup başka hiçbir hizmet çeşidi ile karşılanmaz. Bu durumda hastane pazarını olumlu şekilde etkiler. Toplumlar her zaman akut hazırlıklara maruz akabinde de hastane servislerine muhtaçtır.

Yataklı hasta servisindeki düşüş sü-

Şekil 1: Nonfederal Short-Stay Hastanesi'nin taburcu oranları, 1965-1985



Kaynak: National Center for Health Statistics, 1985 Summary, National Hospital Discharge Survey, Advance data from Vital and Health Statistics, No. 127, DHHS Pub. No. (PHS) 86-1250. Public Health Service, Hyattsville, MD, September 25, 1986



rekli olmasa bile bu durum hastane pazar stratejilerinin sürekli gözden geçirilip değerlendirilmesini öngörür.

Strateji değerlendirmesi

Genelde birkaç strateji belirlenmiştir:

Liderlik stratejisi ürün yaşam döngüsünün başlangıç ve büyüme aşamasında önerilir.

Yaşam stratejisi (ürünü pazarda tutma) ürün yaşam döngüsünün olgunluk aşamasında önerilir.

Hasat stratejisi ürünün düşüşte oldu-

ğu dönemde tercih edilir.

Genel olarak kabul edilen teori; stratejilerin "iş tanımı"na ve de bu tanımının etkili olduğu "başlangıç planına" bağlı olduğudur. Her ne kadar bu konu üzerine birçok teorik çalışma yapılmış olsa da tam kapsamlı pratik bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Şekil 3'te ürün yaşam döngüsü literatüründe düşüşte olan endüstriler için belirlenen bazı anahtar faktörleri gösterip bunları hastane sektörüyle bağdaştırmaktadır.

Pazarlama araştırmaları hangi strate-

jinin daha başarılı olacağını pek göstermez. Stratejik başarılar Pazar özelliklerine; rekabet gücüne ve çevre koşullarına bağlı olarak değişir. Dört çeşit rekabet stratejisi aşağıda özetlenmiş olup Şekil 4.de de şematik olarak gösterilmiştir:

Rekabet stratejileri

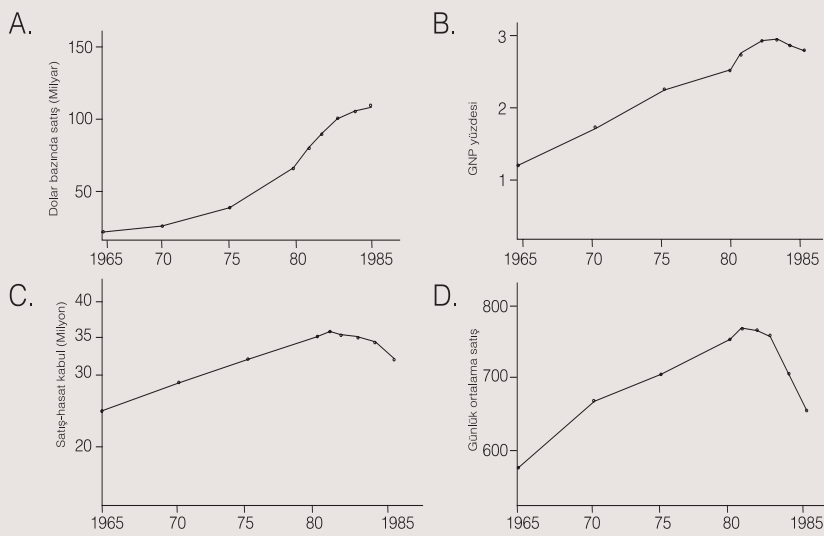
Niche: Genel talep de düşüş olsa da her ürünün talep artışı olan bölümleri vardır. Bu artış bölümlerini araştırıp hedef alan stratejiye 'niche' (Kelime anlamı yaşam ya da yaşayan demek) stratejisi denir. Bu strateji sırasında önemli olan nokta 'ürün artış bölümlerinin' doğru bir şekilde belirlenmesidir.

Hastane sektöründe bu artış bölümleri (büyüme) yataklı hastalar için özel servisler/hizmetler yaratılarak oluşturulabilir. Başka bir örnek de yaşlı hastalar için verilen "uzun süreli bakım" hizmetleri olabilir.

Kalite ve yaratıcılık: Yüksek kalite ve yaratıcılık da büyük artırıma isteyen bir yöntemdir. Genelde hasta bakımındaki kararlar doktorlar tarafından verildiği için hastaların kaliteyi ölçmesi daha zordur.

Kullanım kapasitesi (Efficiency): "Efficiency" stratejik anlamda hastanelerin masraflarını ve hasta bakımı için gereken verileri düşürmesi ve de hâlihazırda bulunan kaynakların artırılması demektir. Pratikte bu şu anlama gelmektedir: Hastane yatak sayısının azaltılması, bazı hizmetlerin paylaşımı, temizlik, yemek gibi işler-

Şekil 2: Yatan hastaların analizi

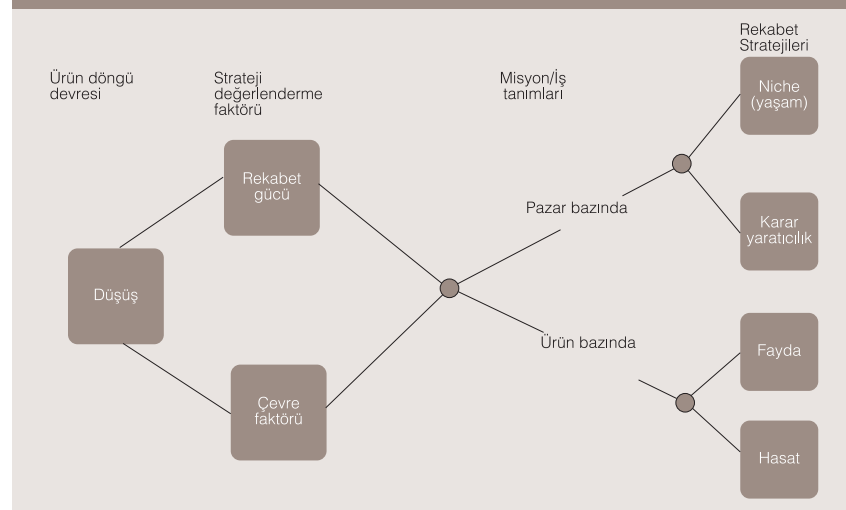


Kaynak: AHA (1986) Waldo, Lewis and Lazenby (1986)

Şekil 3: Strateji değerlendirme faktörleri:

A- Rekabet gücü/işyeri özellikleri:	
1.	Dikey entegrasyon: Hastanenin geniş kapsamlı gününbirlik, yaşlı hasta bakım ve eve hizmet kapasiteleri var mı ?
2.	Pazar hissesi: Hastanenin toplam hasta nüfusu bölgede bulunan toplam hastaların büyük bir bölümünü kapsıyor mu?
3.	İmaj: Hastane yüksek kaliteli ayrıcalıklı bir imaja sahip mi ?
4.	Finansal avantajlar: Hastane hizmet açısından hastaların “kara listesinde”mi?
5.	Üretim avantajları: Hastane rakipleri tarafından karşılanmayacak ölçüde büyük olanaklara sahip mi? Hastanenin ortalama ücreti rakiplerinden daha mı düşük?
6.	Pazarlama kabiliyetleri: Hastanenin formel olarak kurulmuş ve kafi derecede destek gören pazarlama bölümü var mı?
7.	Kapasite kullanımı: Hastane kalım oranı aynı bölgedeki diğer hastanelere kıyasla daha yüksek mi ?
8.	Talep algılaması: Hastane yataklı hasta hizmetine olan talebin düşmeye devam edeceğine mi yoksa stabil noktaya erişeceğine mi inanıyor?
B. Çevresel faktörler:	
1.	Çıkış bariyerleri: Geniş kapsamlı regülasyonlar ve politik bariyerler var mı?
2.	Stabilite: Büyük sayıda hastane bu iş sahasında giriş-çıkış yapıyor mu?
3.	Rakip sayısı: Hastane bölgesinde yataklı hasta hizmeti veren tek yer mi?
4.	Ürün farklılık derecesi: Bölgedeki hastaneler hizmet pazarında iş bölümü yapıyor mu?
5.	Demografi: Hastane hızlı nüfus artışının olduğu ya da 65 yaş üstü nüfusun hızla arttığı bir yerde mi?

Şekil 4: Ürün döngü teorisine bağlı strateji değerlendirilmesi



de sözleşmeli olarak çalıştırılması, teşhis yöntemlerinin daha aza indirgenmesi, çalışan sayısının azaltılması ve de yönetim bilgi sistemlerinin geliştirilmesi.

Harvest (Hasat): Bu strateji teorik olarak düşüşte olan işler için kullanılan tek yöntemdir. Yönetim temelinde yeni yatırım elimine edilmesi ve maksimum para akışının sağlanması yatar. Bu strateji genellikle birden fazla ürün üreten işlerde geçerlidir. Tek ürüne bağlı işlerde oldukça risklidir. Özellikle hastane sektöründe, hizmet kalitesi hızla gelişen yeni teknolojilere ve yaratıcı metotlara bağlı olduğundan, bu strateji hastaneler için çok daha risklidir. Hastane düşüşe geçer geçmez satışa çıkmak ya da başka bir hastane ile birleşmek çok daha iyi bir yöntemdir.

Özet:

Bu çalışma 1965–85 yılları arasında bin 224 kadar hastane ile yapılan anketlerden elde edilen verilere ve de diğer iş sektörlerine bağlı olarak çıkan sonuçlara göre hastane sektörü içerisindeki rekabet ve ayakta kalma stratejilerini anlatmaktadır. Özet olarak, her iş alanında olduğu gibi hastane sektöründe de en önemli unsur hastanenin pazar içinde düşüşte olup olmadığını belirleyip rekabet stratejileri uygulamaktır. Gene verilere bağlı olarak her ne kadar yataklı hasta oranında düşüş kaydedilmiş olsa da, hastanelerin yataklı hasta servisinden gelen geliri kullanarak kendilerine yeni büyümekte olan servis alanları yaratmaları ve de serviste kaliteyi artırmaları gerekmektedir. Bunlar için gerekli pazarlama yöntemleri pazarlama müdürleri ya da danışmanlar yardımıyla belirlenebilir. Rekabet gücünün ve çevre faktörlerinin hastane pazarlaması üzerindeki etkilerini daha kapsamlı inceleyerek araştırmalara gerek vardır. Aynı zamanda, hastane pazarlama personelinin “Ürün döngü teorisi”ni kullanıp kullanmadığını anlamak için de ek araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu konuda var olan “ürün döngü” literatürü henüz yeterli değildir.

Çeviri kaynağı:

Hospital Marketing: Strategy Reassessment In A Declining Market

Van Doren, Doris C.; Spielman, Alan P.

Journal of Health Care Marketing; Mar 1989; 9, 1; ABI/INFORM Global

Düşüncenin taşıyıcısı olarak anadil ve eğitimin dili

Dr. Lütfü Hanoğlu



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

Bugün giderek daha fazla küçülen, internet, TV kanalları vb. aracılığı ile birbirine bağlanan bir dünyada yaşıyoruz. Bu durum aynı zamanda iletişimimizin kaynağı olan dilimizin de toplumun tüm kesimlerinde değişimine yol açıyor; yeni bir dil yani İngilizce aracılığı ile yeni bir kültürel doku oluşturuyoruz; bundan sakınamıyor, korunamıyoruz.

Tabii bunun bir yansımasını da eğitimde yabancı dilin ağırlığının giderek artması ve çeşitli eğitim düzeylerinde kendini göstermesi biçiminde yaşıyoruz. Türkiye'de, Türk öğrencilere Türk bilim adamları tarafından İngilizce an-

latılan üniversite dersleri, ta ilkokuldan (hatta anaokulundan) başlayan sıkı yabancı dil eğitimi verme iddiasında özel okullar, kökleşmiş yabancı dil eğitimi veren ve ilgili devletin desteklediği (yani o kültürün eğitiminin de verildiği), normal müfredattan farklı işleyip Milli Eğitim Bakanlığı lise diplomasının yanı sıra, kendi ülkesine ait lise diploması da veren "devlete ait" orta öğretim kurumları. Ve bu "devlete ait" orta öğretim kurumlarına olan büyük teveccüh, yerleştirme sınavlarında en fazla istenilen, tercih edilen ve üst sırayı alan okulların onlar olmaları. Dolayısıyla nesillerimizin en seçkin beyinlerinin önce bu okullardan geçiyor olması. Artık lisansüstü düzeyde değil, hemen lisele- rin bitirilmesiyle yurt dışında okuma

çabasının ve olanağının çok artmış olması yaşadığımız gerçekler.

Bu durum günümüzde yukarıdaki nedenlerle iyice alevlenen bir "eğitimin dili" sorununu dayatmıştır. Aslında bu konudaki literatür gözden geçirildiğinde, hepimizin yakından yaşadığı günlük hayattaki gerçekliklere zıtlık teşkil edencesine ağırlıklı olarak Türkçe eğitimi savunan ateşli yazılar /yazarlar sahneye hakimdir. Bu konuda sanki söylediğimiz, düşündüğümüz, umduğumuz başka, yaptığımız başka gibidir.

Oktay Sinanoğlu şöyle diyor: "Bugün anadilinden başka dille eğitim yapan ülkeler zamanla İngiliz veya Fransız sömürgesi olmuş, sonra resmen ba-





Bir kültürün mensupları için kendi kültürlerini korumaya çalışmak, onun devamını istemek en doğal hak gibi görünmektedir. Ama günümüzde hemen her yeri birbirine benzeyen bir dünyada, farklı kültürlerin eriyip yok olarak aynılaştığı bir dünyada bu tehlide nasıl karşı durulabilir? Ayrıca sarkacın öbür ucunda yalnızlaşarak yok olma / dağılma korkusu da vardır.

ğımsız sayılmış, ama dil emperyalizmine kurban gittiği için bir türlü sömürge-likten kurtulamayan ülkelerdir... Türkiye ne zaman sömürge olmuştu ki? Olmasın diye niçin Kurtuluş Savaşı verdi ki? Sonunda bir avuç şerefsizden oluşan bir hiyanet şebekesi, İngiliz muhipleri ve Amerikan mandacılarının ahfadı, binlerce yıllık koca Türk milletini toptan uyutsun; tarihini, dilini, töresini, inancını unuttursun; onu çil yavrusu gibi dağıtsın; arasına olmadık nifak soksun; sayısını, tarımını, hayvancılığını yok etsin; parasını çürütsün; Avrupa'ya kör bir Pazar, İngiliz'e hamal etsin diye mi? Eğitimini bir başka dilden yaptırınlar gençlerinin düşünme kabiliyetini her gün körletmekte; onlara sömürge evladı ruhu, acenta-kafalılık ve aşağılık duygusu aşılamaktadır... Sonuçta Türkiye, bilim ve tekniğini geliştirip onu kendi milli çıkarları için kullanır hale getirememektedir." (1)

Görüldüğü gibi dil ya da basitçe yabancı dilde eğitim sorunu asla kendisi ile sınırlı, salt pratik amaçlar örgüsünü içeren bir sorun değildir. İçinde belki de yaşadığımız en temel problemi, Osmanlı'dan bu yana taşıdığımız Batı karşısında yenik düşmenin nasıl aşılacağı problemini taşır. Dolayısıyla üretilen çözümler ya da tercihler aslında bu temel soruya birer çözüm önerisidir de aynı zamanda.

Murat Belge'nin Türkçenin günümüze kadarki serüvenini anlattığı yazısı, sorunun bu geniş tarihsel perspektifini ve ruh halini göz önüne seriyor. "O gün yaşayan Osmanlı aydınının dolaysızca gördüğü durum, eski imparatorluğun

«elden gidişi»dir. Yüzyıllardır yüzü Batı'ya dönük duran Osmanlı devletinin bu konumu ile Batı'ya üstün gelme umudu kalmamıştır. Ancak bu ezikliği duymakta olan bu aydın, aynı zamanda bir vakitlerin güçlü bir imparatorluğunun gururlu mirasını da varlığında yaşatmaktadır. Bu nedenle, Batı karşısında yenilmeye karşılık yeni bir alanda büyümeyi düşlemektedir (İmparatorluk geçmişi olmayan bir başka yoksul ülke; örneğin bir Nijerya ya da Kongo, ezikliğine karşı tepkisini bir imparatorluk kurma özlemiyle dengeleyemezdi.) Bu yeni alan belli ki Doğu'dur. Yani ya İslam ya da Türklük temeline bağlı olarak büyümek ve Batı'nın gücüne karşı böyle bir yeni güç kazanmak, o günün aydınlarına çekici bir hedef gibi görünmeye başlamıştır. Dil de, işte bu çok kendine özgü «sorunsal»ın bir parçası haline gelmektedir. Doğal olarak, İslamcı büyümeden yana olanlar Osmanlıcanın bileşiminden çok da şikâyetçi değillerdir. Türklüğü temel alanlar ise bu dilsel yapıyı uzun vadeli amaçlarına bir engel gibi görme durumundadırlar." (2)

Ama burada iki ucu keskin bıçak durumu vardır. Bir yandan kimliğimizi kaybetme, hâkim kültür içinde eriyip gitme korkusu; diğer yandan küresel olana katılamama, bunun dışında kalıp izole olma korkusu, yani her iki türlü de yenilgi.

Sorunun bu iki yönlülüğünü, Hilmi Yavuz Zaman Gazetesindeki köşesinden, Türk aydınının Batı ile ilişkide temel unsur olarak gördüğü bilimde özellikle önemli olan ıstılahlar, bilimsel ve felsefi terimler ile ilgili tartışmaları aktararak gösteriyor: "Peyami Safa, 'İstilah Davası' başlıklı bir yazısında, terimler meselesinin bir Medeniyet meselesi olduğunu öne sürer. Ona göre, bir millet hangi medeniyete intisap ettiyse, o medeniyetin bilim (ve felsefe) terimlerini kullanması gerekir; bilim ve felsefe bir medeniyet meselesidir ona göre, yerel veya ulusal bir kültür meselesi değil! Peyami Safa, bilim ve felsefe terimleri konusunda bir medeniyete 'mensubiyet'i kriter olarak alırken Rıza Tevfik, bir medeniyete 'aidiyet'i kriter olarak alır. Rıza Tevfik, değerli dostum Prof. Dr. Abdullah Uçman'ın bir çalışmasından öğrendiğimize göre, 'Şi'r-i millide Türklüğün en samimi ruhunu, en asil hissiyatını söyletmek taraftarıyım. Çünkü mümkündür ve lazımdır. Fakat ıstılah (terim) bahsinde bu mümkün değildir ve o kadar da lazım değildir' der ve bilim ve felsefe terimlerinin Arapçadan alınmasında ısrar eder." (3)

Aslında bu konuda yazarların kahir ekseriyeti, Türkçeyi savunmaya, yabancı dilde eğitimin kötücül tarafına karşı bizi uyarmaya çalışırken sorunun diğer tarafını da yok sayamadıklarını gösterir.

Atilla İlhan şöyle diyor: "Tartıştığımız konu, 'Türk öğrencileri ve Türk aydınları yabancı dil öğrenmesin' konusu değildir. Yabancı dil öğrenilmesine bir itirazımız yok. Hepimiz elbette yabancı dil öğrenmek zorundayız. Ben yabancı dil öğrenmeseydim birçok şeyi bilemeyecektim. Çünkü kitaplar Türkçeye çevrilmiyordu. Bu bakımdan yabancı dil öğrenmek ayrı bir şeydir, yabancı dille öğretim yapmak ise farklı bir şeydir. Yabancı dille öğretim yaptığınız takdirde büyük ölçüde kitaplar yabancıdır. Yabancı kitaplar ise size kendini kabul ettirir. Bu kitaplar vasıtasıyla yabancı bir kültürün zararlı boyutları size aşılır. Ve siz kendi ülkenize yabancılaşırsınız." (4)

Yukarda gördüğümüz, yabancı dille eğitime karşı çıkan düşüncelerin hemen tamamı değişik şekillerde, "Dil kültürün taşıyıcısıdır" iddiası üzerinden sıkıntıları dile getiriyorlar. Yani dil kültürün taşıyıcısı ise; onu kaybeder, yabancı bir dille değiştirsek kültürümüzü, kendi benliğimizi de kaybederiz. Bu konuda yazılanların oldukça geniş bir gözden geçirmesini Prof.Dr. Recep Öztürk'ün yazısından izlemek mümkün. (5)

Bir kültürün mensupları için kendi kültürlerini korumaya çalışmak, onun devamını istemek en doğal hak gibi görünmektedir. Ama günümüzde hemen her yeri birbirine benzeyen bir dünyada, farklı kültürlerin eriyip yok olarak aynılaştığı bir dünyada bu tehlide nasıl karşı durulabilir? Ayrıca sarkacın öbür ucunda yalnızlaşarak yok olma / dağılma korkusu da vardır. Sadece kültürene sahip çıkmak yani onun taşıyıcısı olan dile sahip çıkmaya çalışmak sorunu çözecek midir?

Bu soruyu şimdilik bir kenara koyup sorunu daha temel bir açıdan görmeye çalışalım. Sorunu netleştirmek, zihnimizi berraklaştırmak için sorunun temelde iki ana savsöz üzerinde oturmakta olduğunu ve tartışmaların bu iki temel düşünce üzerinden yürüdüğünü söyleyebiliriz. İlki ve hâkim olanı, yukarıda gösterilmeye çalışıldığı gibi, "Dil kültürün taşıyıcısıdır" temel argümanıdır. İkinci argüman ise, "Dil düşüncenin taşıyıcısıdır". Bu savın açılımı, düşünceyi ana dile de bağlar. Biraz daha açarsak, bu argümana göre; dil düşünce ile sıkı sıkıya ilişkilidir ve ana dil de düşüncenin oluşup olabildiğince keskinleşmesi, kemal derecesini bulabilmesi için gereken yegâne yataktır. Ana dilden başka bir dil, düşüncenin amaçlanan ihtisamlı gelişimini sağlamaya yeterli olamayacak, onun köksüz, çağrışımsız ve güdük kalmasına yol açacak düşünce gelişimi için ancak sığ bir su veya çorak bir toprak sunabilecektir. Ve hiçbir güçlü düşünce ya da düşüncenin

gücü ana dilin mümbit toprağı olma-
dan serpilemez.

Bu alanda yazılanlara baktığımızda, ilk yaklaşımın aksine bu ikinci teze atfın çok az, bazen sadece bir sezdirme, işaret etme biçiminde ortaya çıktığını görmekteyiz. Pek çok yerleşmiş bilgi-sayar terimini Türkçeleştirmiş olan Prof. Dr. Aydın Köksal bir söyleşide, Batı aydınlanması ile ilişkilendirerek işin kaynağının her toplumun içinde yetiştiği dili kullanmasının olduğunu söylüyor: "Türkçe terim kullanırsanız köylüsü, kentlisi, kapıcısı anlar ve düşünme olasılığı artar. İşin bir hokus pokus olmadığı, işin bir büyücülük olmadığı anlaşılır. Köylü, kentli, kapıcı ya da çirak, sıradan insan, köyden yeni gelmiş Türk, anlamaya bir başlarsa ve bütün evreni böyle görmeye başlarsa fizik dahil, kimya dahil ilkökul dersleri dahil, işte o zaman insanlar üfürükçülükten, bilmem neden kopup doğrudan doğruya düşünen kafalara yavaş yavaş sahip olmaya başlar. Bu aslında son derece çekici bir olay, bunu yapmaya aydınlanma deniyor. Aydınlanmanın temel direği, ilk anadiliyle konuşmaya başlamaktır. Bili-mi, yönetimi bütün dünyayı algılamayı, anadiliyle yazmaya, çizmeye, konuşmaya başlamak aydınlanmadır. Bunun sonucu özgürlükler gelir, demokrasi gelir. Düşünmeye bir başlandı mı kimin gerçekleri bulacağı kestirilemez." (6)

Bizim üzerinde durmak istediğimiz ve daha temel nitelikte bulduğumuz yaklaşım biçimi budur. Çünkü ancak düşüncenin gücü hem kendi başına evrensel kültüre, insanlığın ortak mirasına katkıyı, hem de geldiği kaynağın yani kendi kültürünün ayakta kalmasını sağlayabilir. Yani biraz önce bırakmış olduğumuz sorunun yanıtı da bu ikinci savın tartışılması ile ortaya çıkabilir. Ve kanımca ilkinin aksine bu savı, yani dilin düşüncenin taşıyıcısı olduğu, düşüncenin oluşumu, gelişimi ve üretimi içinde temel nitelikte olanın da ana dil olduğu savının geçerli olup olmadığını bilimsel platformda, psikolinguistiğin ve kognitif nörobilim verileri ışığında gözden geçirebilir, bir doğruya ve giderek sadece itiraz ve umut etmekle kalmayıp belki bir yol haritasına sahip olabiliriz.

Şimdi bilim bize dil, dilin öğrenilmesi ve ne işe yaradığı konusunda neler söylüyor ona bir bakalım.

Chomsky'nin dilbilim alanında çığır açan düşüncesine göre, dillerin görünüşte birbirlerinden çok farklı özelliklerine karşın, tüm dillerde değişmeyen ortak bir yapı vardır ve bu temel yapı cümlelerin yüzeysel yani gramatik özelliklerinden çok cümlelerin anlamı ile ilgilidir. Yine Chomsky'ye göre bu yapılar insan zihninin doğuştan gelen düzenleyici prensiplerini yansıtır. Çocuklar,

dil öğrenmeye adanmış özel bir nöronal donanımına doğuştan sahiptirler. (7-8) Ama çocuklardaki bu gizil gücün ortaya çıkıp gelişkin bir hal alabilmesi için dilin konuşulduğu sosyal bir ortam zorunludur. (8)

Gerçekten çocukların dil öğrenmede gösterdikleri hız ve beceri şaşırtıcıdır. Bütün kültür ve sosyoekonomik düzeylerdeki istisnasız her çocuk, doğumundan sonra maruz kaldığı dili hızla öğrenir. Oysa dil ortamının yokluğunda çocuğun doğasında açıkça var olduğu anlaşılan bu gizil güç ortaya çıkamaz. Vahşi doğada (kurt çocuk vb.) veya ebeveynlerinin psikiyatrik sorunlarından dolayı dilin kullanılmadığı bir ortamda büyüyen çocuklar eğer dil öğrenimi için kritik olan belirli bir yaşı geçmişlerse, daha sonra dil ve sosyal ortam ile temas etseler bile artık konuşma yeteneğini kazanamazlar. (8)

Daha başlangıçta her şey sesle başlıyor gibidir. Dili oluşturan temel seslere fonem adı verilir. Türkçede 29 fonem mevcuttur. Dünya dillerinin bütünü düşünülüğünde 900 kadar ünsüz ve 200 kadar ünlü vardır. Her bebek başlangıçta bu seslerin tümünü çıkarma ve anlama yeteneğine sahipken o toplumun kullandığı dil, çocuğun başlangıçta çıkarttığı/anladığı bu geniş ses repertuarını ana dilinin seslerine sınırlayan bir rol oynar. Yaklaşık 10 -12 aylıkken anadile özgü olmayan sesler o çocuğun repertuarından tamamen çıkar, çocuk ana diline yönelir ve diline yabancı sesleri algılama yeteneği kaybolur. Değişik uluslardan 6 – 10 aylık bebekler dinlendiğinde herkesin kendi bebeğini ayırt edebildiği saptanmıştır.(9)

Bu durum aslında beyinde ortaya çıkan değişikliklerle paralel giden bir süreçtir. Yani biyolojik gelişim toplumsal koşullar ile karşılıklı etkileşir ve beyni biçimler. İnsan beyni en fazla sinir hücresine ve şekillenmemiş ama yaygın hücreler arası bağlantılara, doğduğu zaman sahiptir. Büyüme ve gelişme bir yönüyle bu hücrelerde kayıp, kaotik ve belirlenmemiş hücreler arası bağlantıların azalıp belirli yönde biçimlenmesi demektir.

Bebekler 5-7 aylıkken konuşmaya benzer sesler çıkarmaya başlar. 7-8 aylarda düzgün hecelerle bazı kelimeler söyleyebilir, bir yaşındaki çocuk cümleye benzer kelime gruplarını arka arkaya getirebilir; 18 aylık çocukta kelime öğrenme hızı aniden artar, bir arada kullandığı kelime kombinasyonları farklılaşır; 2 yaşındaki çocuk cümle içinde anlamlı sözcük gruplarını zengin biçimde kullanmaya başlar ve 3 yaşındaki çocuk gramer kurallarının gerektirdiği kelimeleri kullanmaya başlar. Aynı zamanda konuşma akıcı ve kendini ifade eder şekli almıştır. (8,9)



Chomsky'nin dilbilim alanında çığır açan düşüncesine göre, dillerin görünüşte birbirlerinden çok farklı özelliklerine karşın, tüm dillerde değişmeyen ortak bir yapı vardır ve bu temel yapı cümlelerin yüzeysel yani gramatik özelliklerinden çok cümlelerin anlamı ile ilgilidir. Yine Chomsky'ye göre bu yapılar insan zihninin doğuştan gelen düzenleyici prensiplerini yansıtır.

Çocuğun dil gelişiminde izlenen bu seyri şu beyinsel süreçler paralel olarak takip eder.

Beynin değişik ve uzak bölgeleri arasında 8 ve 9'uncu aylarda kurulan sinirsel bağlantılar, sözcük anlamının oluşumu ve o dile özgü seslerin yerleşmesi ve anadile yabancı seslerin ayıklanması açısından önem taşır. Yine 16 – 24 ay arasında izlenen kortiko-kortikal (bir beyin kabuğu bölgesinden diğerine) sinaptik (hücreler arası) bağlantıların sayısında görülen hızlı artış, sözcük dağarcığındaki artışla ilişkilendirilmiştir. (9)

İnsan beyninin dil ile ilişkili diğer bir özelliği, dilin beyinde büyük ölçüde sol beyin yarıküresi tarafından işlenmesidir. Bu nedenle Sol frontal 44'üncü alanda (Broca) 18 - 36 ay arası daha fazla dendrit (yani bağlantı) gelişir. Buna paralel olarak bu dönemde hece ve sözcük bileşimleri artar ve el tercihi yerleşmeye başlar. Yine sol frontotemporal asosiasyon korteksinde 2 - 5 yaş civarı izlenen "sinaptik patlama" yani hücreler arası bağlantılarda aşırı artış,

dil bilgisinin gelişimini sağlar. (9)

Bu olay beyin kan akımını, yani beyindeki bölgesel aktivite artış miktarını ölçen görüntüleme yöntemleri ile de (SPECT, PET) tespit edilmiştir. 5-7 yaş arasında izlenen serebral metabolizma artışı yine sözcük patlaması kavramlarının kullanımının oturması ile ilişkilendirilmiştir. Gelişimin doruk noktasını temsil eder. 4'üncü yaştan itibaren görülen sinaptik yoğunlukta azalma ise kompleks dil bilgisi yetisinin gelişmesi ve artık ikinci bir dil öğrenme yeteneğinin azalmasıyla ilişkilidir. (9)

Farklı dilsel işlevlerin (semantik, gramer, anlama, okuma gibi) gelişimi ile ilişkili beyinsel alanların gelişimi ve devrelerin organizasyonu farklı yaşlarda tamamlanır. Semantik ile ilgili BA45 için bu asimetri 5 yaş civarında saptanırken gramer ile ilgili BA44 içinse 11 yaş civarında bulunmuştur ki bu çocuktaki dilin anlamsal ve gramatik gelişimlerinin tamamlanması zamanlarıyla uyumludur. (Erişkin düzeyinde gramatik düzgün konuşma 10 yaş civarında tamamlanır) Normal çocuklarda dili işitsel düzeyde işleyen devrelerin 5 yaşına kadar taraf seçmiş olduğu belirlenmiştir. Bu yaştan sonraki hasarlarda ciddi afazi izlenir.

Okuma ile ilgili devrelerde ise 6-7 yaş civarında tam bir lateralizasyon izlenir. Dil 12 -18 aya kadar öğrenilir, kritik dönem 12 -14 yaş arası kapanır. (9)

Görüldüğü gibi çocuğun psikolinguistik açıdan gösterdiği gelişim aşamaları mutlaka beyinde karşılığını bulan bir dizi değişikliklerle ilişkilidir. Dil için doğuştan getirilen beyinsel organizasyon, belli bir yaş civarında ortamda bulunan bir dili öğrenmek, onunla şekillenmek üzere kendini yani beyni değiştirir ve bu değişiklik başka bir organizasyonun oluşmasını dışlayacak bir şeydir. Beyin düşünce organizasyonu ve ana dil için kendini şekiller ve kapandır. Sözün özü, insanda temel olan dil yapısı ana dildir ve bu beyni bir anlamda öğrenme süreci içerisinde fiziksel olarak ta değiştirir, dönüştürür, format-

lar. Ana dil diğer dilleri farklı işitecek şekilde beyin işleyiş tarzını değiştirir. Ana dili İngilizce olanlar l ve r seslerini kolayca ayırırken Japonlar bu sesleri ayırmada güçlük çekerler. (7)

Peki, ana dil insanın bir dil sahibi olabilmesi için bu ölçüde organik bir temel ise, düşünce ile dilin ilişkisi nasıldır? Bununla ilgili ilk veriler, insan dil ortamı dışında yetişen çocuklardan gelmiştir. İlki kurt çocuk örneğinde olduğu gibi vahşi doğada bulunmuş çocuklardan edinilen bilgiler bize göstermektedir ki yukarda anlatılan kritik yaş dönemlerinin üzerinde bu çocuklar yeniden dil ortamına getirilirse hem dili öğrenemiyorlar, hem de düşünsel bir gelişim gösteremiyorlar. (9) Diğer bir örnek, işaret dili de öğrenme olanağı bulamayan sağır dilsizlerden gelir. Görülmüştür ki bu çocuklarda zihinsel gelişim tam olamamaktadır. (10)

Buradaki birinci sebep, sözcüklerin ilk kazanımlarının nasıl olduğu ve onların neyi temsil ettikleri ile ilişkilidir. Çocuğun ilk anlamlı sözcüğe ulaşması dil ve düşüncenin buluşması anlamına gelir. Çocuk genelleme ve sınıflama yetilerini edinmeye önce bir şeyin ismini öğrenerek, sonra bu ismin uygulandığını genişleterek ve daraltarak başlar. (9)

Vygotsky'e göre de, bir sözcük tek bir nesneyi değil, bir nesneler grubunu ya da sınıfını ifade eder. Bu yüzden her sözcük zaten bir genellemedir. Genelleme, düşüncenin sözlü bir eylemidir ve gerçekliği duyum ve algının yansıttığından tamamen farklı bir biçimde yansıtır.

Duyum ile düşünce arasında diyalektik bir sıçrama olduğu şeklindeki önermede böyle bir niteliksel farka işaret edilmektedir. Duyum ile düşünce arasındaki niteliksel farkın düşüncede sözcük anlamının da özünü oluşturan gerçekliğin genelleştirilmiş bir yansımasının bulunmasında yattığı söylenebilir. (11)

İkinci destek ise, dilsel materyalin nasıl anlaşıldığı ile ilgili çalışmalardan gelir. Çalışmaların gösterdiğine göre, dilsel bir metnin kavranması o konu hakkın-

daki bilgi düzeyi ile ilişkilidir. Çünkü dilsel bir materyalin anlaşılması, kişinin dünyayı nasıl düşündüğü ve yeni gelen metinle onun arasında kurduğu ilişkililik zemininde yani soyutlama ve yuktan aşağı eski bilgi ve kendi dilsel perspektifine dayanarak yeniden kurma işidir. (7) Buna göre yabancı bir dilde öğrenilen sözcüklerin çağrışımları ile ana dilin sözcüklerinin çağrışımları, yani temsil ve ifade, yani düşünme güçleri aynı değildir. Sözcüklerimizin çağrışımsal bağlarının azalması bizim zihinsel kurgumuzun azalması ve somutlaşması sonucunu doğurur.

İkinci dilin ana dilden farklı biçimde beyinde temsil edildiği ve farklı biçimde işlediği ile ilgili bir takım nörolojik bulgular da söz konusudur. Yapılan araştırmalara göre iki dillilerde (bilingual) ikinci dil, ana dilin beyinde temsil edildiği, normal dil alanlarından farklı bölgelerde temsil edilmektedir. Bu temsil farkı, öğrenmenin gerçekleştiği yaşla, öğrenmenin düzeyi ile de alakalı bulunmuştur. (12) Bu farklılık daha çok konuşmanın ifade edilmesi ve grameri ile ilişkili olan Broca alanında söz konusudur. Konuşmanın anlaşılması ile ilgili olan Wernicke alanında pek farklılık yoktur. Yine sözcüklerin anlamsal karşılıkları ile ilgili çalışmalarda da farklı metabolik aktivasyon saptanmamıştır. (12) Bu bulgular ikinci dilin aslında ilk dilin öğrenilen kavramsal yapısını kullandığı, ayrı bir donanım oluşturmadığı nihayetinde kendini ortaya koymak için ona ihtiyaç duyduğu, aslında bir tür diğerine çevirmenin söz konusu olduğu düşüncesini destekler görünüyordur. İlk dilin (anadilin) örtük, yani beynin bilinçsiz işleme sistemi ile ilişki içerisinde öğrenildiği ve beyinde bununla ilgili olarak temsil edilirken ikinci dilin, bilinçli olarak, çalışarak beynin açık (explicit) sistemleri üzerinden öğrenildiği bulgusu da bunu destekler. (12) Yani tanımlanan bu beyinsel sistem farklılıkları nedeniyle anadil bilinç dışı ve hızlı, ikinci dil bilinçli ve yavaş süreçlerle işlenir. İkinci dilin anlamsal, kavramsal yapılarının öğrenilebilmesi için anadilin temel semantik yapılanmasını tamamlamış olması gerekir.

Sonuç olarak söyleyebiliriz ki, gerçekten insan düşüncesinin en önemli taşıyıcısı dildir. Düşüncenin olabilecek en üst düzeyde gerçekleşmesi, eski deyimle kemali için de zaten kendileri birer kavram olan kendi ana dilindeki sözcüklere ve onların derinlikli, zengin çağrışımlarına, bu yapı üzerine inşa edilmiş bir eğitime yani düşünceye ihtiyaç vardır.

1933 üniversite reformu sırasında kaydedilen şu anekdot bu durumu veciz bir biçimde ifade ediyor kanımca. Rektör Cemal Bilsel, Türkçe ders vermeyi red-

Tablo: Bilim dilinde iletişim katmanları

Kimler Arasında	Kullanılan Dil	Amaç
Bilim adamından Bilim adamına	Terimler	Bilgi iletişimi
Bilim adamından Uygulayıcı uzmana	Terimler ve Temel kavramlar	Uygulama, kullanım
Bilim adamından Öğrenciye	Terimler, tanımlar ve açıklama	Eğitim
Bilim adamından Halka		Bilginin yaygınlaştırılması

deden Alman profesörlerden Röpke'ye neden Türkçe ders vermek için çaba harcamadığını sorduğunda Röpke'nin cevabı şöyle olmuştur; "Ne söylemek istiyorsam onu anadilimde söyleyebilirim. Ama Türkçe olarak sadece Türkçe'de söylemeyi öğrendiklerimi söyleyebilirim. Ve bu da ne kadar büyük bir çaba gösterirsem göstereyim bilimsel bir ders için yeterli değildir." (13)

Peki, bu noktaya ulaştıktan sonra ne yapmalıyız? Uluslararası yabancı dilleri tamamen ülkemizden eğitimimizden, bilimimizden kovmalı mıyız? Burada anahtar nokta, sorunun çözümünün tüm eğitim basamaklarında aynı olmasıdır. Çünkü ihtiyaçlar farklıdır. Yani öncelikle yabancı dil ve dil eğitimi meselesinde eğitimin bütün düzeyleri için ihtiyaçlarımızın yekpare olmadığını anlamalıyız. 'Erken kalkan yol alır', 'Biz işi sağlama alıp ana sınıfından eğitime başlayalım', 'Çocuk bizim çocuğumuz, nasıl olsa o kültürel olarak, zihinsel olarak kendine gerekeni alır', 'En zor olan yabancı dil öğrenmektir' düşünceleri aslında bir kolaycılık içerir.

Bu noktada Nadiye Sarıtosun'un aşağıdaki şemalaştırması üzerinden gitmek çok uygun görünüyor. (14)

Sarıtosun'un bu çerçeve içerisinde ne yapmamız, neden sakınmamız gerektiği konusunda pek başka bir şey ilave etmeye gerek bırakmayan düşünceleri şöyle: "Çağdaş anlamda bilimsel çalışma, sadece yeni buluşlarla ilgilenme çalışmalarını değil, bilimin halk kitlelerine iletilmesi ve toplumsal yaşamla bütünleştirilmesi için yapılan eğitim ve öğretim çalışmalarını da kapsar. Bu durumda doğal olarak bilim adamından öğrenciye ve bilim adamından halka bilgi iletişimi de söz konusudur. Bilim dilindeki bu iletişim katmanlarının çizgede görülen ilk ikisinde, eş düzeyde ve benzer bilgi birikimine sahip kişiler arasında iletişim söz konusu olduğundan sorun yoktur. Ama son ikisinde; yani bilim adamından öğrenciye ve halka bilgi iletimi ve aktarımı söz konusu olduğunda bilim dili büyük önem kazanır.

Bilim dili ulusal dilin bir parçası olarak görülmeyip yabancı dillere dayandırılmışsa, bilim adamı ile öğrencisi ve halk arasında iletişim kurmak çok zorlaşacaktır. Bu arada eğitimde, özellikle üniversite eğitiminde belli bir düzeyin korunması, en son gelişmelerin ve bilimsel çalışmaların gecikmesiz olarak izlenebilmesi de önkoşuldur. İşte bir ülkede eğitimin yabancı dillere dayalı olmasının nedenleri de bu noktada ortaya çıkar. Çünkü bir ülkede çağdaş araştırmaların verilerini ve bulgularını kesintisiz olarak yayımlayabilmek ve

eğitimde uygulayabilmek için, o ulusun anadilinin bütünlüğünü ve tutarlılığını bozmadan bir bilim dili oluşturmuş olması gerekir. Hatta bilim dilinin, günümüzdeki bilim ve teknik bilim hızına paralel olarak her bilim dalında titiz ve sürekli bir çalışma şeklinde hızla yürütülmesi şarttır. Gelişmekte olan pek çok ülke, bu çok emek ve özveri isteyen bilim dilini oluşturma çalışmasının üzerinde durmadıkları ya da üstesinden gelemedikleri için dil, düşünce, eğitim, bilim ve teknik bilim arasındaki o birbirini sürekli besleyen ve geliştiren etkileşimi göz ardı ederek sorunu yükseköğretimi yabancı bir dilde yaparak çözme yoluna giderler. Hatta uygarlığı bir an önce yakalama, o düşünce sistemine ulaşma ve zaman yitirmeme çabası ile ilkokuldan başlayarak bir yabancı dilde eğitim vermek de bu yanılmanın bir sonucudur. Bu arada dillerini bilimsel gelişme hızına uyduramayan, yani bilim dilini oluşturamayan kimi ülkeler de, bazen düzeyi düşürmeyi göze alarak ve yabancı dillere tümüyle sırt çevirerek ulusal dillerini yükseköğretim dili olarak sürdürmeyi yeğlerler. Her ikisi de kısır bir döngü yaratacak olan bu uygulamaların kökeninde, ulusal dilin bilim ve eğitim dili olarak geliştirilmemiş olması yatar. İşte bir ülke için, anadilinin bilim ve eğitim dili olarak işlenip geliştirilmemiş olması, bu denli önemli bir ulusal sorun yaratır.

Bir kavramı mantık örgüsü içinde hiçbir noktada boşluk duymadan kavrayabilmek, üretkenliği yaratır. Çünkü kullanılan dilin mantığı, kullananın mantığından çok ufak bir noktada bile ayrılrsa, o kavramda, kavram alanında ve onunla ilgili çağrışım alanında boşluk olur; dolayısıyla düşüncede kopukluk yaşanır ya da düşünce hiç oluşamaz. (14)

Burada son olarak, özgün bilimsel üretimin son noktada sergilendiği vitrin olduğu için bu konu ile bağlantılı olarak çok önemli gördüğüm bir soruna, Türkçe bilimsel dergi sorununa değinerek yazıyı tamamlamak istiyorum. Sönmez, kendi bilimimizi üretebilmek için bu konuda, "Sonuç olarak nam olsun diye yabancı dergide ve yabancı dilde yayın yapmak, gelecek nesillerin affetmeyeceği, çok, çok yanlış bir uygulamadır kanısındayım. Uluslararası tıp dizinleri, bilimsel dergilerin İngilizce olmasını şart koşturmamaktadır. Bizler, uluslararası niteliklere ulaşmış Türkçe yayınlanan, bilimsel dergiler yaratmalıyız. Moldova'da böylesi 5-6 dergi bulunmaktadır. Makalelerimizi yurt içinde yayınlanan, tüm dünyaya açık Türkçe dergilerde yayınlamalıyız" diyor. Yazar, yeni geliştirilen otomatik çeviri sitelerinin ve bir zaman sonra ortaya çıkacakları umulan konuşulan dili çeviren aygıtların, yabancı dille yayınlanan yayınların takip edilmesi sorununu za-

ten çözeceğini düşünüyor.(15)

Bu nokta, yani en üst düzeyde, artık olgun hale getirilmiş düşüncelerle yapılan mübadele, bilim adamlarının dünya ölçeğinde bilime katkıları, kendilerini ifadeleri noktasıdır. Bu da karşılıklı anlaşma ortamının sağlanması için ortak dili gerektirir. Yani yabancı dilin işlevi ortaklaşa anlaşma zemini sağlamaktır. Bu nedenle Türkçe bilim dergilerinin gerçek, amaçlanan işlevde bilimi üretmenin ve paylaşmanın bir medyası olmasını istiyor, bir yandan da kendi bilim adamlarımızı kemale ermiş zihinler olarak yetiştirmek istiyorsak, Sönmez'in önerdiği gibi sadece Türkçe dergiler kanımca sorunumuzu çözmeye yetmeyebilir, bu durum içe kapanmayı, izolasyonu getirir. Çözüm bilingual dergiler olabilir.

Kaynaklar

1. Sinanoğlu O. *Dil ve Eğitim, Türk Edebiyatı*, 272:14-15, 1996
2. Belge M. *Türkçe Sorunu, Yazko Edebiyat*, Mayıs 1982
3. Yavuz H. *Atatürk'ün Geometri Kitabı, Zaman* 16 Kasım 2008
4. Taşkın E. *Yabancı Dille Öğretim: Çıkılmaz Sokak* <http://www.turkceyasam.gen.tr/ydilogrt.html>
5. Öztürk R. *Yabancı Dille Öğretim Meselesi, Sağlıkta Nabız Dergisi* 2004; 4. 19-21 (İlgili yazı *Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bülteni* 1996, 4:2-5'den alıntılanmıştır)
6. Prof. Dr. Aydın Köksal'la *Türkçede Terim Sorunu Üzerine Bir Söyleşi*. www.bilimbilmek.com/sayfa/aydin_koksal-turkce_bilim_ve_terim_sorunu.html
7. Solso RL, Maclin MK, Maclin OH. *Bilişsel Psikoloji*. Kitabevi / İstanbul 2005
8. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principles of neural science*. Mc Graw Hill 2000
9. Korkmaz B. *Dil ve Beyin. Yüce Yayım* /İstanbul 2005
10. Sacks O. *Sesleri Görmek: Sağırın Dünyasına Bir Yolculuk, Yapı Kredi Yayınları* / İstanbul 2001
11. Vygotsky LS. *Düşünce ve Dil*. Kaynak Yayınları / İstanbul 1985
12. Ekiert M. *The Bilingual Brain* <http://journals.tc-library.org/index.php/tesol/article/viewPDFInterstitial/31/36>
13. Aşkın N. *Son devrim. A-C Yayınları*/Ankara 2008
14. Sarıtosun N. *Türkiye Türkçesinde Bilim Dili ve Terim Sorunu*, 26-28 Mayıs 1994 /VIII. Dilbilim Kurultayı'nda sunulan bildiri metni.
15. Sönmez HM. *Bilimsel Yayınlarımız, Türkçe Olarak Yurt İçinde Yayınlanmalı*. www.ulakbim.gov.tr/cabim/vt/uv/tip/sempozyum/msonmez1.pdf

Sağlık sisteminde kalite ve güvenlik stratejileri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim 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.

Kalite günlük hayatımızda çok kullandığımız bir kavramdır. Ancak bu kadar aşina olduğumuz ve hemen her alana uyarlamaya çalıştığımız bu kavramı hepimizde aynı çağrışımı yapan ortak değer haline getirebilmek oldukça zor görünüyor. Zira görevlerimiz, rollerimiz, sorumluluklarımız, beklentilerimiz, şartlarımız ve hatta menfaatlerimiz çoğu zaman bu kavrama farklı anlamlar, farklı renkler yüklememize yol açıyor.

Kendi bakış açımızı bir yana bırakıp kurumsal anlamda kaliteyi uzmanlık alanı olarak seçenlerin çok veciz ifadesi ile tanımlamaya çalışırsak, kalite temelde

var olan özelliklerin ihtiyaçları karşılamasıdır (1). Bu anlayışı sağlık hizmetine uyarlırsak, sağlık hizmetleri ve sağlık ürünlerinin ihtiyacı karşılaması ve beklenen sonucu vermesi diyebiliriz (2). Daha açık bir ifadeyle, hizmet için edinilen bilgi, insan, malzeme ve teknolojik bütün alt yapının sağlık hizmeti ihtiyacı olanın bu ihtiyacını tam olarak karşılamasını anlarız. Yani kaliteli sağlık hizmeti, "doğru" kişiye, "doğru" işi, "doğru" zamanda, "doğru" yolla, "doğru" araçlar kullanarak yapmak ve mümkün olan en iyi sonucu elde etmektir (3).

Hizmeti oluşturan bütün bu öğeleri bir araya getirip uyumlu bir süreç oluşturan, düzenleyen, yönetimini sağlayan organizasyon bütünlüğü ve bu organizasyonun

işleyişi sağlık sistemimizi oluşturur. Bu da karşımıza sağlık sisteminin kalitesi sorunsalını çıkarır. Kaliteli bir sağlık sistemi, mümkün olan en iyi sağlık çıktılarına elde etmek üzere yukarıda sözü edilen "doğruların" en iyi şekilde bir araya getirilmesi, organize edilmesidir. Sağlık bakımı ve korunmasına ihtiyaç duyanların hukukunu yüksek düzeyde koruyarak sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için güvenli bir şekilde, israf etmeksizin kaynakları en etkili yolla organize eden hizmetler bütünlüğüdür (4).

Sağlıkta kalite anlayışı farklı bakış açılarına göre değişiklikler göstermektedir. Bu konu hizmet sunanlar penceresinden farklı, hizmeti alanlar penceresinden farklı algılanabilmektedir. Halkının sağlık düzeyini yükseltme sorumluluğu taşıyan





Hizmeti oluşturan bütün bu
öğeleri bir araya getirip
uyumlu bir süreci oluşturan,
düzenleyen, yönetimini
sağlayan organizasyon
bütünlüğü ve bu
organizasyonun işleyişi
sağlık sistemimizi oluşturur.
Bu da karşımıza sağlık
sisteminin kalitesi
sorunsalını çıkarır.

otoriteler ise daha farklı bir anlayışa sahip olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarını esas alarak bu farklı yaklaşımları ortaya koymaya çalışacağım (5). Sağlık bakımında hizmeti önceleyen, bakım sistemini önceleyen ve toplum sağlığını önceleyen farklı yaklaşımlar kalite algısına da yansımaktadır.

1- ‘Sağlık bakım hizmeti’ yaklaşımı

Bu bakış açısı, sağlık hizmeti almakta olan hastaya verilmekte olan hizmetlerin kalitesi ve güvenliğine odaklanır. Genellikle 3 hareket noktası vardır (4). Bunlar hasta kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesidir.

Hasta kalitesi, sağlık bakımı esasında ve sonrasında hastaların istediği ve umdukları hizmetlerin verilmesidir. Profesyonel kalite, sağlık personelleri tarafından belirlenen, hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkili bir şekilde sağlayacak yöntem ve süreçlerdir. Yönetim kalitesi ise, hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını gözeterek, israf etmeksizin, hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin edecek şekilde uygun kaynakların kullanımıdır. Bu hareket noktaları birbiriyle çelişki halinde olabilir. Hastaların beklentileri ihtiyaçlarından farklı olabilir. Her ikisinin de mevcut kaynaklarla uyumsuz olması mümkündür.

2-‘Bakım sistemi’ yaklaşımı

Çoğu kalite stratejileri belirli sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmeyi amaçlar. Ancak çoğu kalite problemleri hastalar belli bir hizmeti alırken değil, hizmet alanları arasında yer değiştirirken yaşanmaktadır. Hastalar kendilerine sunulan belirli bir sağlık hizmetinin kalitesinden memnun olabilirler. Ancak genellikle bir başka hizmet alanına geçerken memnuniyet kaybolur. Genellikle sağlıkla ilgili bilgilerin yeterince

ikinci noktaya aktarılamaması veya uygun yere sevkini yapılamaması bunu doğurmaktadır.

Hasta bakımının kalitesi, hastanın tedavi aldığı serviste ne kadar iyi hizmet gördüğünün yanında hizmetle ilişkili servislerin birbiriyle ilişkisine de dayanmaktadır. Özel olarak hasta kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesini ele almanın yetersizliği karşısında, konuya bütüncül yaklaşıma çalışarak “sistem kalitesinden” söz edilmektedir. Bu yüzden kalite ve güvenlik anlayışı sistemi bir bütün olarak görmek zorundadır. Bir sağlık sisteminin kalitesi, farklı hizmetlerin veya farklı servislerin kalitelerinin toplamından daha önemlidir. Klinikler arası koordinasyon, koruyucu hizmetler ve hatta sağlık promosyonu dikkate alındığında çok daha farklı sektörler arası koordinasyon gerektiren bir organizasyon ihtiyacının doğduğunu görürüz. İşte bu organizasyonun problemsiz olarak istenen sonuçları vermesi sistem kalitesini ifade eder. Sistem kalitesi, nihayetinde toplumun kalitesini yükseltecek şekilde hastala-

rın hastalandıkları anda ve sağlık bakımı ile her türlü ilişkilerinde hizmet alabilmelerinin en etkili yolunu oluşturmak üzere farklı hizmetlerin bir araya gelmesi olarak tanımlanmaktadır.

3- ‘Toplum sağlığı’ yaklaşımı

Bu yaklaşım, sağlık hizmeti almak üzere kendileriyle temas kurulmuş olan hastalara sunulan hizmetlerin kalitesinden daha geniş bir kapsam ifade eder (6). Sağlık kuruluşlarına ulaşanlara göre daha fazla hizmete ihtiyaç duyması muhtemel olup bu hizmetleri talep etmeyen kişileri de kapsayan bir anlayış söz konusudur. Bu kişiler fakir veya riskli gruplar, evsizler olabilir. Ayrıca kronik hastalıkları olanların sağlık düzeyinin korunması ve hastalıkların önlenmesi ile sağlığın teşviki için başka sektörlerle ilişkili olan hizmetleri de kapsar. Toplum sağlığı yaklaşımını sistem kalitesi, entegre hizmetlerin ne kadar iyi sunulduğu ve risk altında olanlar ile ihtiyaç duyanlara bu hizmetlerin ne derece ulaştırılabildiğini göstermektedir.

‘Sağlık bakım hizmeti’ yaklaşımında hareket noktaları

1. Hasta kalitesi: Sağlık bakımı esasında ve sonrasında hastaların istediği ve umdukları hizmetlerin verilmesi
2. Profesyonel kalite: Sağlık personelleri tarafından belirlenen, hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkili bir şekilde sağlayacak yöntem ve süreçler
3. Yönetim kalitesi: Hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını gözeterek, israf etmeksizin hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için uygun kaynakların kullanımı

Kaliteli sağlık hizmetinin hedefleri

1. Güvenli (safe): Hastaya yararlı olabilme kastıyla verilen hizmetin hastaya muhtemel zararının önlenmesi.
2. Etkili (effective): Bilimsel bilgiye dayalı hizmetlerin yararlanacak olan bütün insanlara verilmesi, yarar sağlamayacak olanlara hizmetlerin verilmesinden kaçınılması (hizmetlerin eksik kullanımı ve aşırı kullanımının önlenmesi)
3. Hasta merkezli (patient centered): Hastanın bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygı duyan ve bunlara karşılık gelen hizmetin verilmesi ve hastanın değerlerinin bütün klinik kararlarda yönlendirici olması.
4. Vakitli (timely): Bekleme sürelerinin ve hem hizmet alana hem de hizmet sunana bazen zararlı olabilen gecikmelerin azaltılması.
5. Yeterli (efficient): Cihaz, kaynak, düşünce ve enerji dahil bütün israfın önlenmesi.
6. Hakkaniyetli (equitable): Cinsiyet, ırk, bölgesel yerleşim ve sosyoekonomik statü gibi kişisel özelliklere bağlı olarak kalitesinde farklılaşma olmayan hizmetin sunulması.

Sağlık hizmeti, insanın en kırılgan anında bedenine ve hatta bazen benliğine müdahale fırsatı tanıdığından, yararı kadar zarar potansiyeli taşıyan bir olgudur. Bu yüzden ki, tıbbın en öncelikli klasik ilkesi 'önce zarar verme !' olmuştur. Çağdaş anlamda sağlık hizmetlerinde bir yandan zarar vermemek yani güvenlik (safety), diğer yandan en iyi şekilde yarar sağlamak yani kalite amaçlanmaktadır. Sağlıkta kalite ve güvenliğin sıklıkla bir arada anılması muhtemelen bu yüzden. Öyle ise sağlık sisteminin kalitesinden söz ederken sistemin güvenliğinden de söz etmemiz gerekir. Sağlık sisteminin güvenliği, sağlık bakımının yönetiminden veya sağlık hizmetinin verildiği çevreden kaynaklanan gerçek veya potansiyel zararın önlenmesi veya kabul edilebilir sınırlara indirilmesi olarak tanımlanmaktadır (7).

Bu hususlar sağlıkta son 10 yılın yoğun olarak tartışılan konularının başında gelmektedir. Nitekim 1998 yılında, sağlıkta kalite ve güvenlik konusunda Amerika'da ard arda raporların yayınlandığını görüyoruz. Bunlardan Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine - IOM), tarafından yürütülen sağlık hizmeti kalitesine yönelik çalışmalar, kalite açısından üç önemli probleme işaret ediyordu: Aşırı kullanım (overuse), yetersiz kullanım (underuse) ve yanlış kullanım (misuse) (8). Tüketicinin Korunması ve Kalite Danışma Komisyonu yayınladığı raporunda, kalitenin geliştirilmesi için ulusal kararlılık ve aksiyon önermişti. Komisyonun sağlık sisteminin kalite ve güvenliğine ilişkin ifadesi son derece ürperti vericidir: "Kapsamlı araştırmalar, bugün Amerika'da herhangi bir bireyin herhangi bir sağlık problemi için yüksek kalitede sağlık hizmeti alacağının garantisi olmadığı gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmet sektörü

aşırı hizmet kullanımı, yetersiz hizmet kullanımı ve hatalı hizmetlerin sorunları altında ezilmektedir" (9). Bu ulusal raporları destekleyen bir başka çalışma da 1993 ile 1997 arasındaki ilgili literatürün taranması sonucu ortaya konmuştur (10). Bu çalışma da, sağlık hizmetlerinde kalite probleminin ne denli yaygın ve ciddi olduğunu gösteriyordu.

Amerika'da Sağlık Bakımı Kalite Komitesi'nin 1998 de Teknik Danışma Paneli kurarak kalite ile ilgili literatür taraması yaptırdığını görüyoruz. 1998 Ağustos ayına kadar 8 yıllık dönemde 70'den fazla kaynak taranarak hazırlanan raporun nihai sonucu da diğerlerini doğrular niteliktedir: "Amerikan tıbbında birçok Amerikalının zarar gördüğü yaygın ve ciddi kalite problemleri mevcuttur" (8). Yine Amerika Tıp Enstitüsü'nün oluşturduğu komisyonun tıbbi hatalar konusunda 10-12 yılda yayımlanmış 30 civarında yayını tarayarak hazırladığı ilk raporunda sağlık hizmetlerinde hastalara sıklıkla önlenabilir zararlar veren çok ciddi ve yaygın hatalar yapıldığını ortaya koymuştur (8,11). Bu raporda belirtildiğine göre, kalite problemleri iyi niyet, bilgi, çaba veya sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak eksikliğinden değil, aksine hizmetin organize ediliş tarzındaki temel yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Ülkenin mevcut sağlık sistemi genellikle hizmetlerin güvenli, etkili, hasta merkezli, vaktinde, yeterli ve hakkaniyetli olduğunu garantilemek için gerekli olan ortam, süreç ve yeteneklerden mahrumdur.

Bu acı gerçekler çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği standart hale getirme ve bu standartları pratiğe geçirmeye yönelik olan çeşitli çabalardan söz etmek mümkündür. Sağlıkta kaliteyi sağlamak için başlıca

altı hedeften sıklıkla söz edilmektedir. Bunlar: 1-güvenli, 2-etkili, 3-hasta merkezli, 4-vaktli, 5-yeterli ve 6-hakkaniyetli sağlık hizmetleridir (8).

Avusturalya Ulusal Sağlık Performans Çerçevesi, sağlıkta kalite ve güvenliği sağlık sisteminin performansı ile özdeşleştirmiş ve vatandaşların sağlık düzeyini yükseltme görevini sağlık sisteminin ne kadar gerçekleştirdiğini gösteren temel prensipler olarak tanımlamıştır (9). Bu prensiplerin dokuz boyutundan söz edilmekte ve bunların sağlık sisteminin performansını belirlediği belirtilmektedir. Bu temel boyutlar, etkililik (effectivity), uygunluk (appropriateness), yeterlilik (efficiency), ihtiyaca karşılık verebilirlik (responsiveness), erişilebilirlik (accessability), güvenlilik (safety), süreklilik (continuity), sürdürülebilirlik (sustainability) ve yapılabirlik (availability). Hakkaniyet (equity) bu yapının temelidir. Bu prensipleri yukarıda sözü edilen hedeflerle karşılaştırsak, vaktitli olmanın dışında bütün hedefler bu yaklaşımda da yer bulmaktadır. Burada ayrıca ihtiyaca karşılık verebilirlik, erişilebilirlik, süreklilik, sürdürülebilirlik ve yapılabirlik yer almaktadır. Konu üzerine eğildikçe bu özellikleri daha da çeşitlendirmek mümkündür.

DSÖ, halk sağlığında beklenen sonuçları elde edebilmenin ön şartı olarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiği noktasından hareketle, sağlık sistemlerinin performansına yönelik çalışmalar yürütmeye başladı. Sağlık hizmetlerinde kalite ve sistemin güçlendirilmesi bu çabaların odağını oluşturuyordu. Özellikle sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi son yıllarda DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin ana gündem maddeleri arasında yer almıştır. Hem "Sağlık Hizmetlerinin Kalite Güvenliği: Anlayışlar ve Metodolojiler" (Quality Assurance in Health Care: concepts and methodologies) gibi dokümanlardan, hem de sağlık sistemine ilişkin çalıştaylar ile bu yıl (2008) Tallinn'de yapılan Bakanlar Konferansı gibi faaliyetlerden anlaşıldığına göre DSÖ programları daha çok sağlık hizmet sunumunun yönetim tarafının sistematik geliştirilmesine odaklanmaktadır (13). Diğer yandan "kan güvenliği" gibi hizmetle ilgili bazı spesifik alanlar ile aşı ve ilaç gibi tıbbi ürünlerin ve tıbbi cihazların kalite güvenliği, bunların üretim sorumlularına yani "teknoloji"ye veya bazı dikey programlara terk edilmiştir (14). Diğer bir deyişle DSÖ bu alanda önemli adımlar atmış olmakla beraber henüz yeterince aktif ve kapsayıcı görünmemektedir. Sağlık sisteminde politika yapıcı veya yönetici rolünü üstlenenler tıbbi ürünlerin standardasyonu ve kalite denetimleri konusundaki zorlukları fazlasıyla yaşa-

Sağlık sistemlerinde ortak elemanlar

1. Sağlık insan gücü: Sağlık hizmetinin istenen şekilde sunulabilmesini temin için doktor, hemşire ve bu alanda özelleşmiş diğer sağlık profesyonelleri en önemli unsurdur. Bunların görevlerini tam olarak yerine getirebilmek için sahip olmaları gereken tıbbi bilgi ve becerileri evrenseldir.
2. Organizasyonlar: Sağlık hizmetinin üretildiği sağlık merkezi, hastane gibi özelleşmiş organizasyonlar vardır. Bunlar farklı insan kaynakları, teknoloji ve tıbbi ürünleri bir araya getiren örgütsel yapılanmalardır.
3. Tıbbi ürün ve teknolojiler: Sağlık hizmetinin üretilmesinde başvurulacak çok sayıda tıbbi araçlar, cihazlar ve ilaçlar vardır. Bilimsel araştırmaların ve teknolojik gelişmenin çok fazla uygulama alanı bulduğu tipte çok hızlı değişimler olmakta ve sürekli yeni ilaçlar yeni cihazlar kullanıma sunulmaktadır.
4. Hastalar: Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan, bunu talep eden esas unsur hastalardır. Sağlıklı kalmak, daha iyi olmak veya daha fazla huzursuz ya da özürlü olmamak amacıyla, farklı profesyoneller ve organizasyonlar tarafından çeşitli tıbbi araç gereçler de kullanılarak hizmet alırlar.

Çağdaş anlamda sağlık hizmetlerinde bir yandan zarar vermemek yani güvenlik (safety), diğer yandan en iyi şekilde yarar sağlamak yani kalite amaçlanmaktadır. Sağlıkta kalite ve güvenliğin sıklıkla bir arada anılması muhtemelen bu yüzdendir.



maktadır. Endüstrinin tanıtım amaçlı faaliyetleri ve promosyonları bu alandaki zorluğu daha da artırmaktadır. Bu eleştirel yaklaşıma rağmen, DSÖ'nün sağlık hizmetlerinin kalitesini garanti altına alma girişimlerinin ısrarlı bir şekilde devam ettiğini itiraf etmek gerekir. Nitekim DSÖ sağlık sistemlerinin kalitesini ele alan farklı dökümanlar yayımlamıştır (15). Ülkemizin de üyesi olduğu Avrupa Bölge Ofisi, bu yıl (2008) yayımladığı "Sağlık Sistemi Yaklaşımıyla Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Rehberi" (Guidance on Developing Quality and Safety Strategies with a Health System Approach) ile önemli bir yol göstericilik görevini yerine getirmeye çalışmaktadır (5).

Sağlık sistemleri, içinde farklı paydaşların yer aldığı karmaşık yapılanmalardır. Her bir paydaşın kendine ait farklı bir rolü, talebi ve etkileşimleri mevcut olsa da, bütün sağlık sistemlerinde ortak olan hususlar vardır. Sözünü ettiğim DSÖ rehber kitapçığı bu ortak hususları, 1-sağlık insan gücü, 2-organizasyonlar, 3-tıbbi ürün ve teknolojiler ile 4-hizmet alan hastalar başlıkları altında toplamaktadır (5). İlerleyen satırlarda

ağırlıklı olarak bu dökümanda yer alan görüşleri özetlemeye çalışacağım.

Konumuz olan kalite ve güvenlik stratejileri, yukarıda ortak hususlar olarak sözü edilen profesyoneller, organizasyonlar, ürün ve teknolojiler ve bunların yöneldiği hastalar için ortaya konmaktadır. Bir başka ifade ile kalite ve güvenlik stratejileri, hizmeti almaya talip olan insanların talep ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere organize olan sağlık hizmeti sunucularının performanslarını optimize etmeyi gaye edinirler. Nihai hedef, hizmet alan insanların en yüksek sağlık düzeyine kavuşması veya bu düzeyi devam ettirebilmesidir.

Sağlık çalışanları, organizasyonlar, tıbbi ürün ve teknolojiler ile hastalardan başka sektörde rol alan ve sağlık sistemine şekil veren diğer önemli unsurlar da vardır. Sağlık sisteminin finansmanında rol alan kesimler, yeni sağlık ürünlerini üretilip pazarlayan endüstri ve hatta iletişim araçları bunların başlıcalarıdır. Sağlığın finansörleri deyince sağlık sigortacılarını, işverenleri, yerel, bölgesel veya üniter anlamda devlet güçlerini sayabiliriz. Bu unsurlar da

sağlık sisteminin işleyişinde ve kalite ve güvenlik stratejilerinin etkili olmasında önemli bir yere sahiptir. Bilhassa sağlık hizmetinin finansman tarzı, belirgin bir şekilde kaliteye yönelik teşvik veya caydırıcılık özelliği taşımaktadır. Bu yüzden ulusal otorite açısından bakıldığında, ulusal anlamda kapsayıcı olacak stratejiler belirlenirken bu unsurların sistemin kalite ve güvenliğine etki eden rollerini ihmal etmeyen bir kapsayıcılıkla davranmak gerekir. Yani, kalite ve güvenlik stratejileri oluşturulurken yukarıda belirtilen ortak elemanların yanında sistemi finanse eden unsurları da dikkate almak gerekir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, sağlık sisteminin kalite ve güvenlik stratejilerini başlıca aşağıdaki alt başlıkları kapsayacak şekilde belirleyebiliriz.

- 1- Sağlık çalışanlarına yönelik kalite ve güvenlik stratejileri
- 2- Sağlık hizmet organizasyonlarına yönelik kalite ve güvenlik stratejileri
- 3- Tıbbi ürünlere ve teknolojilere yönelik kalite ve güvenlik stratejileri
- 4- Sağlık hizmetini kullananlara yönelik kalite ve güvenlik stratejileri
- 5- Sağlık hizmetlerini finanse edenlere yönelik kalite ve güvenlik stratejileri

Devletlerin sağlık sistemlerindeki rolü ve sorumlulukları ülkeden ülkeye değişmektedir. Toplumun sağlığının korunmasına yönelik mevzuat düzenleme sorumluluğu bir yana, devletler genellikle sağlık sisteminin finansmanı, hizmet organizasyonlarının tesisi ve sistemin düzenlenmesi sorumluluğunu taşımaktadır. Ayrıca devletler sağlık hizmet sunumunu doğrudan üstlenebilmekte veya bu sorumluluğu bölgesel veya yerel yönetimlere devredebilmektedir. Hangi tarzda davranırsa davranırsa, devletin farklı organlarının

Ulusal kalite ve güvenlik stratejilerinde temel işlevler

1. Yasama ve düzenleme: Sistemin tasarımı ve bu amaçla yasa ve yönetmeliklerin hazırlanmasıdır.
2. Gözlem ve ölçüm: Sistemin ve hizmetlerin farklı yönlerini ölçebilecek ve gözlemleyebilecek bilgiyi taşıyan ulusal bir veri havuzunun oluşturulması ve verilerin analizidir.
3. Bireysel sağlık bakım kalite ve güvenliğinin iyileştirilmesi ve teminat altına alınması: Çeşitli sağlık mesleklerinin, çeşitli sağlık kuruluşlarının sunduğu veya belirli teknolojiler ya da araçlar kullanılarak sunulan hizmetlerinin kalite ve güvenliğinin sağlanmasıdır.
4. Sağlık sisteminin kalitesinin iyileştirilmesi ve teminat altına alınması: İhtiyacı olanların hizmeti ihtiyaç anında alabilmesi, hizmetin sürekliliğini de dikkate alarak bütünüyle sistemin performansının iyileştirilmesidir

Kalite ve güvenlik stratejileri, hizmeti almaya talip olan insanların talep ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere organize olan sağlık hizmeti sunucularının performanslarını optimize etmeyi gaye edinirler. Nihai hedef, hizmet alan insanların en yüksek sağlık düzeyine kavuşması veya bu düzeyi devam ettirebilmesidir.

sağlık hizmetinin farklı düzeylerinde rol alması kaçınılmazdır. Yani çok farklı modellere rağmen devlet hemen her yerde sağlık sektörünün önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Ülkelerin sağlık sistemlerindeki çeşitliliğe rağmen, kalite stratejilerin hayata geçmesinde rol oynayan ve neredeyse bütünüyle devlet tarafından üstlenilen temel işlevler ya da yönetim unsurlarının birbirine çok benzediğini ileri sürmek yanlış olmaz. Bunlar,

- 1- Yasama ve düzenleme,
- 2- Gözlem ve ölçüm,
- 3- Bireysel sağlık hizmeti kalite ve güvenliğinin sağlanması ile
- 4- Sağlık sisteminin bütün olarak kalite ve güvenliğinin sağlanmasıdır.

Bu işlevler, farklı kalite ve güvenlik iyileştirme yaklaşımları kapsamında hayata geçirilebilir. Yukarıda belirtilen kalite stratejilerindeki beş alt başlığın her birini sağlık otoritesi olarak devlet-

lerin üstleneceği bu dört temel işlev

açısından ele alabiliriz. Böylece kalite ve güvenlik stratejilerinin uygulamaya yönelik detayları ortaya çıkmış olur.

Kaynaklar

1-ISO/FDIS 9000 (2000) Quality management systems – Fundamentals and vocabulary.

2-B. Runciman, A. Merry and M. Walton, 2007, *Safety and Ethics in Health Care*, Ashgate, Burlington, VT, p. 297.

3-<http://www.isqua.org.au/isquaPages/General.html>.

4-Ovretveit J: *Health Service Quality*, Blackwell Scientific Press. Oxford, 1992

5-Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. World Health Organization Regional Office for Europe 2008

6-Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, Verhoeff A: Indicators without a cause: Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6): 433-438, 2001

7-National Health Performance Committee, 2001 Australia

8-Excerpt: *Crossing The Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*, Institute of Medicine, 2001, National Academy of Sciences.

9-Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, 1998.

10-Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q.* 76(4): 517-63, 509. 1998

11-Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000.

12-National Health Performance Committee (NHPC) (2001), *National Health Performance Framework Report*, Queensland Health, Brisbane

13- Viori H: *Quality Assurance of Health Services; concepts and methodology*. WHO Regional Office for Europe 1982

14-Quality In Health Care – The Role Of Government In Supervision And Monitoring In Norway, / Norwegian Board Of Health Report Series / Report 8/2002

15-Shaw C, Kalo I: *A background for national quality policies in health systems*. WHO Regional Office for Europe 2002

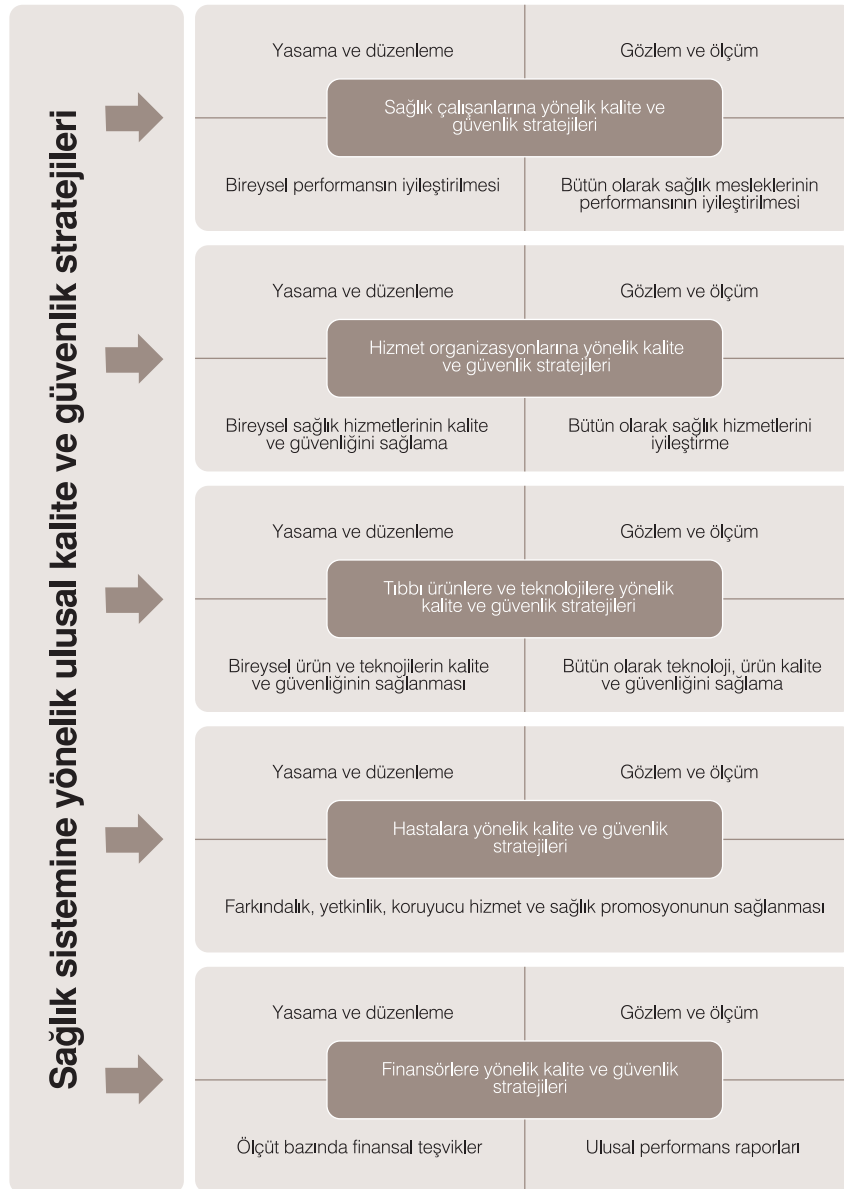
16-WHO Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals. Who Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007

17-Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah A, Guisset A: *A performance assessment framework for hospitals: The Who Regional Office for Europe PATH Project*. *International Journal for Quality in Health Care* (17)6:487-496, 2005

18-Policy brief MARQuIS Project 2006

19-Mannion R, Davies OTH: *Payment for performance in health care*, *British Medical Journal* 336:306,308, 2008

20-Custers T, Hurley J, Klazinga N, Brown A: *Selecting effective incentive structures in health care. A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance*. *BMC Health Services Research* (27)8:66, 200



Klinik laboratuvar hizmetlerinde kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği

Doç. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. 1990 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. Üç yıl süre ile SÜ. Tıp Fakültesi'nde Başhekim Yardımcılığı görevi yaptı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda kurucu öğretim üyesi olarak atandı. Aynı dönemde AKÜ Sağlık Yüksek Okulu ve hastanenin kan bankası kurucu müdürlüğünü yaptı. 2005 yılında Doçent oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Halen görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite çalışmalarını sürdürmektedir.

Kalite kavramı insanların ve sistemlerin "mükemele ulaşma isteği" gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Farklı tanımlar bulunmakla beraber, kalite; belirlenen şartlar altında ve belirlenen bir zaman süresi içinde istenilen fonksiyonları yerine ge-

tirebilme kabiliyeti olarak söylenebilir. Burada amaç, kullanıcı kimsenin veya tüketicinin istek ve gereksinimlerinin doğru karşılanması olmaktadır. Kalite objektif kriterlerle ölçülebildiği oranda standardize edilebilmektedir. Standartlar, kalite kontrolü, belgelendirme ve metroloji çalışmalarının düzenlenmesinin kaliteyi artırma yönünde etkili

araçlar oldukları ortaya çıkmaktadır.

Kalite hareketi 13. yüzyıla kadar dayanır. Gerek Avrupa ve gerekse Osmanlı'daki zanaatkarın lonca teşkilatları, standartları da kontrol etmiştir. Daha sonralarda 19. yüzyılda sanayileşme ile bir takım çalışma kuralları gündeme gelmiştir. ABD'de kalite II.





Günümüzde laboratuvar hizmetlerinde kalite kontrol, vazgeçilmezlerdendir. Son yıllarda kullanılan “kalite kontrol programları” doğruluk parametresini metot bağımlı hedef değerleri dikkate alarak yürütmektedir. Bu sistemde sonuçların doğruluğu göreceli olup karşılaştırılabilirlik ancak aynı analitik yöntemi kullanan laboratuvarlar arasında yapılabilmektedir.

Dünya Savaşında silah üretimindeki standartlarla ilgili olarak gündeme gelmiştir. Toplam kalite kavramı ise ürün kalitesinden çok üretimin her basamağının kalitesi ile ilgilenmiştir. 1970'lerden sonra Toplam Kalite Yönetimi, üretim ve sanayi dışı hizmet sektörlerine de intikal etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite “doğru kişiye, doğru zamanda, doğru şekilde yapılan girişimler sonucunda alınabilecek en iyi sonuca ulaşmak” olarak tanımlanabilir. 1994 yılında yayınlanan ISO 8402 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sözlüğü’nde kalite; “belirlenmiş veya ima edilmiş gereksinimleri karşılama kabiliyetine sahip bir unsurun taşıdığı özelliklerin bütünüdür” olarak yerini almıştır. Kalite kavramı için laboratuvar uygulamaları açısından en anlamlı ifadeyi “doğru alınmış bir örnekte, doğru ölçüm yapılarak, uygun zamanda ve doğru şekilde değerlendirilerek saptanmış kan şekeri sonucu, kaliteli bir ürün veya hizmettir” cümlesinde de bulmaktayız. Sağlık hizmetlerinin herhangi bir aşamasında hizmet kalitesini belirlemek için sorulan üç temel soru vardır;

- Hangi alt yapı imkânları kullanıldı?
- Hangi işlemler uygulandı?
- Hasta için elde edilen sonuç ne oldu?

Alt yapı; fiziksel, insan ve finansal kaynakların tümünü kapsamaktadır. Kullanılan sistemler insan yaşamı için çok kritik, telefisi mümkün olmayan bir zaman diliminde arızalanabilir. Cihaz ve ekipman-

ların bakım ve onarım sisteminin güvenilir olması çok önemlidir. İşlemler ve süreçlerinin sonucu, hastayı olumlu yada olumsuz yönde etkileyecektir.

Laboratuvar hizmetlerinde kalite

Günümüzde laboratuvar hizmetlerinde kalite kontrol, vazgeçilmezlerdendir. Son yıllarda kullanılan “kalite kontrol programları” doğruluk parametresini metot bağımlı hedef değerleri dikkate alarak yürütmektedir. Bu sistemde sonuçların doğruluğu göreceli olup karşılaştırılabilirlik ancak aynı analitik yöntemi kullanan laboratuvarlar arasında yapılabilmektedir. Klinik laboratuvar camiasında iç ve dış kalite kontrol program uygulamalarının başlangıcı 30-40 yıl öncesine dayanmaktadır. Kaliteye yönelik çalışmalar aynı zamanda maliyetlerin azaltılmasını da amaçlamakta, “topluma kaliteli laboratuvar hizmetini daha uygun maliyetlerle sunabilmek” kavramı ana düşüncüyü oluşturmaktadır. Klinik laboratuvarlarda akreditasyon ve kalite sistem uygulamalarının hayata geçirilmesi için üç ana neden vardır:

1. Laboratuvara yarar: Akreditasyon sistemi laboratuvarda daha iyi bir yapı ve organizasyon modeli oluşturulmasını sağlar. Çalışanların eğitim ve gelişimlerini iyileştirir.

2. Sağlık sistemine yarar: Çalışma prosedürlerinin standardizasyonunu sağlayarak laboratuvarlar arası kıyaslanabilir sonuçlar alınmasını sağlar. Daha az hata ile daha doğru klinik kararlar alınmasını sağlar. Maliyetlerin optimize olmasına katkıda bulunur.

3. Hastalara yarar: Laboratuvar ve sağlık sistemi yararına olan tüm sonuçlar dolaylı olarak hasta adına sağlanmış yararlardır.

Laboratuvar hizmetlerinde proses aşaması; hastadan örnek alınması, kayıt, transport, sisteme giriş, analiz, sonuçların doğrulanması ve rapor edilmesi süreçlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu hizmetlerin kusursuz sürdürülebilmesi için alt yapının uygun ve yeterli olması şarttır. Hasta sağlığı ile ilgili çıktılar ise; hastaya yapılan tıbbi uygulamalar nedeniyle hastanın önceki durumu ile uygulamalar yapıldıktan sonraki durumu arasındaki farktır.

Laboratuvardan istenen testler de hekim doğru test talebinde bulunacak, laboratuvar uygun koşullarda bu testler için hastadan gerekli örnekleri alacak ve güvenilir kalitede analizini yapacaktır. Tüm bu çabaların neticesinde rapor edilen sonuçlar, hastanın tanı ve tedavisine katkıda bulunmuş ise kaliteli bir hizmet yapılmış demektir.

Laboratuvar hizmetlerinin güvenilirliği bir kalite sisteminin oluşturulması ve ulusal, uluslararası kalite kontrol programlarındaki performans değerlendirilmesi ile sağlanır. Cihazların düzenli bakım ve kalibrasyon kontrollerinin yapılması, kullanılan malzemenin kalitesi, çalışan personelin sürekli eğitimi, iç ve dış kalite kontrol sistemleri ile analiz performansının denetlenmesi, bilimsel gelişme ve yeniliklerin izlenmesi gibi unsurların bir araya gelmesi kalite sisteminin temelini oluşturur. Laboratuvarlar Sertifikasyon veya Akreditasyon yoluyla kalite sistemlerinin belgelendirilmesini sağlamış olurlar.

Bazı ülkelerde yasal zorunluluk olarak sürdürülen dış kalite kontrol çalışmalarına, Ülkemizde bazı laboratuvarlar gönüllülük esası ile katılarak kendi analitik performanslarını değerlendirmektedirler. Ancak klinik laboratuvarların sorumlulukları sadece kaliteli analitik sonuçlar elde etmekle sınırlı değildir, pre ve post analitik aşamalarda da mükemmel sonuçların alınması sağlanmalıdır. Sektörel gelişim adına dış kalite kontrol programları ile yetinilmeyip onu da kapsayacak şekilde dış kalite güvence sistemleri geliştirilmeye başlanmıştır.

Laboratuvar hizmetlerinde akreditasyon ve sertifikasyon

Uluslararası Standartlar Kuruluşu (ISO) tanımlarına göre;

Akreditasyon: Yetkili bir kurum tarafından bir kuruluş veya kişinin spesifik uygulamaları yapabilme konusunda yetkin olduğunun tanınmasına yönelik prosedürlerdir.

Sertifikasyon: Yetkili, üçüncü parti kuruluşlar tarafından sağlanan ve herhangi bir ürün, proses veya hizmetin spesifik gereksinimlerinin karşıladığının yazılı olarak belgelemesidir.

Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır:

Birincisi Akreditasyon Board'udur. Söz konusu yapı devlet ve özel sektör temsilcilerinden oluşur, tarafsız ve objektif kararlar alınabilmesi son derece önemlidir.

İkinci ana unsur standartlar ve bunlarla ilintili dokümanlardır.

Üçüncüsü ise akredite olacak kurumlarda uygulamanın standartlara uygunluğunu saptayacak seçilmiş ve eğitilmiş denetçi kurum ve kişilerdir.

Akreditasyon kavramının temelini oluşturan üç ana unsurun kapsam ve nitelikleri, çeşitli ülkelere ve bu ülkelerde



yaşanan süreçlere göre çok fazla değişkenlik göstermektedir. Yasal kısıtlamaların artması, tüketici hakları konusundaki farklılıklar, özel sağlık sigorta kurumlarının sağlık sistemleri üzerinde etkinlik kazanması, dünyanın çeşitli yerlerindeki uygulamaların birbirlerinden farklı ve kısmen de karmaşık olmasına neden olmaktadır.

Laboratuvar Akreditasyonu konusunda ilk bağımsız çalışma, 1961 yılında ABD'de College of American Pathologist (CAP) tarafından başlatılmıştır. Temel amaç gönüllü katılım esasına dayanarak eğitim ve hizmet standartlarına uyum sağlanması, laboratuvar hizmetlerinde kalitenin artırılması amacını taşımaktaydı. Test metodları, reaktifler, kontrol serumları, cihazlar, ekipmanlar, hastadan alınan örneklerle uygulanan işlemler, analiz prosedürleri, sonuçların rapor edilmesi, iç ve dış kalite kontrol programları, personel iş güvenliği, yönetim becerileri gibi konular değerlendirmeye alınan kriterlerdi.

Günümüzde, CAP tarafından akredite edilen laboratuvarlar çoğunluğu Amerika'da olmak üzere dünya çapında 6 bin kurumu kapsamaktadır. CAP akreditasyonu aşağıdaki yedi noktaya dayanmaktadır:

- 1- Laboratuvar hizmetlerinin kalitesinin bütünsel olarak iyileştirilmesi ve hatalardan kaçınılmaya özen gösterilmesi amacıyla bir laboratuvar yönetim ve kalite teknikleri programı kurulması,
- 2- Hatalardan kaçınılmaya özen gösterilmesi ve bunun geliştirilmesi,
- 3- Güvenlik ve sağlık yönetiminde mü-

kemmellik,

4- Laboratuvar hizmetleri performansının, personel ve yeterlilik yönetimi tarafından ihtiyatla ele alınması,

5- Hasta bakım kalitesinin hekimlerle yakın temasa geçilerek iyileştirilmesi,

6- Kriterin uygulanmasıyla işletim giderlerinin ve personel giderlerinin azaltılması,

7- Laboratuvarla ilgili hataların azaltılması.

Akredite olmuş bir laboratuvarın avantajları

Laboratuvar akreditasyonu; teknik yeterliliğin güvenilir bir göstergesi olarak yurt içinde ve dışında yüksek saygınlığı ifade eder. Akreditasyon belgesi ile laboratuvarın yeterliliği resmi olarak tanınır ve müşterilere (hasta, doktor, hemşire) güvenilir tetkik, kalibrasyon hizmetlerini belirleme ve seçmede bir rahatlık sağlar.

Yapılan denetimlerin kesin sonuçlara bağlanması sayesinde tekrar edilmesi gereken işlemler ve maliyetler azalır.

İnsan sağlığı ve yaşanan çevreye olumlu katkıda bulunulur.

Kamu ihalelerinde satın alınan ürünlerin kalitesinin ve teknik şartnamelere uygunluğunun kesin tespiti yapılabilir.

Akreditasyona hazırlık aşamasında; öncelikle laboratuvarın akredite olmak istediği deney ve analiz kapsamı belirlenmelidir. Dökümanite edilmiş bir

kalite yönetim sistemi kurulmalı ve işletilmelidir. Analizleri yapacak eğitilmiş, uzman personel bulundurulmalı, görev ve sorumlulukları belirlenmelidir. Malzeme, cihaz ve çevre şartlarına uygunluğu sağlanmalıdır. Analiz yöntemlerinin geçerliliği sağlanmalıdır. Örneklerin kabulü, taşınması ve saklanması için sistem oluşturulmalıdır. Verilen raporlar detaylı ve net ifadeler içermelidir. Ancak hepsinden önemlisi kurulan sistemin devamlılığı sağlanmalıdır.

Ulusal ve uluslararası standartlar

Klinik laboratuvarların uygulayabilecekleri iki temel standart sisteminden söz edilebilir. ISO ve EN Kalite Sistem Standartları. Bu iki temel sisteme ek olarak CAP(CAP UK; <http://www.cpa-uk.co.uk>), CLSI (eski adı ile NCCLS) standartları, GLP, CL 88 gibi birçok yasa, belge ve standartlar mevcuttur. Birçok ulusal, yerel ve bölgesel yönetmelikleri de bunlara ekleyebiliriz. 2000 yılında yayınlanan, ISO Guide 25 ve EN 45001 harmonizasyonu ile hazırlanan SO/ EC 17025 standardı arzu edilen çözümü tam anlamıyla sağlamadığından daha sonra ISO 15189 gündeme gelmiştir.

ISO 15189 standardının amacı, tıbbi laboratuvarlarda güvenliğin, hastaların ve tedaviden doğrudan sorumlu olan klinik personelin ihtiyaç duyduğu doğruluk ve kalitenin sağlanmasıdır. ISO 17025'e göre en önemli farklılığı ise, teknik yeterlilik koşullarına ek olarak, hastaya en fazla tıbbi faydayı sağlayacak koşulları da yerine getirmesidir. ISO 17025, laboratuvar uygulamalarının teknik yeterliliği konusunda etkin olmasına karşın, özellikle tıbbi laboratuvarlarda hasta güvenliğini doğrudan

ABD’de yayınlanan son raporlarda, bu ülkede her yıl en az 100 bin kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğünü göstermiştir. Raporlar sonrasında kısa süre içinde, sağlıkta hasta güvenliğini artırmak üzere yoğun çalışmalar başlatılmıştır. Klinikte hekimlerin verdiği önemli tıbbi kararların en az yüzde 60-70’inin tanınal testlere dayandığı düşünülürse, hasta güvenliği açısından laboratuvarların önemi daha da iyi anlaşılacaktır.

İlgilendiren bazı alanlarda tanımsız kaldığı ve bu standardın klinik laboratuvarlar için geliştirilmesi gerektiği fark edilmiş ve bu konuda yapılan uzun bir hazırlık süreci sonunda ISO 15189 standardı uygulamaya geçmiştir.

Klinik laboratuvarlar ve hasta güvenliği

İnsanların sağlık hizmeti aldığı kurumlara güvenmesi tedavide oldukça önemlidir. Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını anlatır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratarak güvenliği sağlamak; süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak; hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır.

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler arasında; bilgilendirme eksikliği, bilgi/kayıt giriş hataları, laboratuvar ve tanı hataları, bulguların atlanması ve tetkiklerin eksik irdelenmesi sonucu teşhiste oluşan hatalar; tedavi ve ilaç yanlışlıkları, hastane enfeksiyonları, koordinasyon eksikliği, hastanın yeterli beslenememesi, yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlan-

ması/Checklist, hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi sayılabilir.

Son yıllarda ABD’de ardı ardına yayınlanan raporlarda, bu ülkede her yıl en az 100 bin kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü gösterilmiştir. Bu rakama diyagnostik test hataları, yanlış test istekleri, testlerin yanlış yorumlanması gibi doğrudan klinik laboratuvarla ilgili hatalar da dahildir. Klinikte, hekimlerin verdiği önemli tıbbi kararların en az yüzde 60-70’inin tanınal testlere dayandığı düşünülürse, hasta güvenliği açısından laboratuvarların önemi daha da iyi anlaşılacaktır.

Teknoloji, tıbbi hataları bazen de kolaylaştırabilmektedir. Bunun için tıbbi hataların çok iyi yönetilmesi gerekir. Bir medikal teknoloji uzmanının öğrenmesi gereken iki temel kelime “kesinlik” ve “doğruluk” olmalıdır. Bu iki kelime, klinik laboratuvarlarda farklı anlam taşımalarına rağmen genelde eş anlamlı olarak kullanılırlar. “Kesinlik” bir yanlışlık veya hatadan bağımsızlığı, bir doğruya ya da standarda uymayı ifade eder. “Doğruluk” ise yapılan bir işlemin veya gerçekleştirilen bir ölçümün saflığının derecesidir.

Laboratuvar süreçlerinde “hasta güvenliği” perspektifi ile gözden geçirilebilecek çeşitli ayrıntılar ISO 15189 standartlarında bulunmaktadır.

Klinik karar verme ve hasta yönetim süreçlerinin laboratuvar sonuçlarına bu düzeydeki bağımlılığı, daha yüksek laboratuvar kalite standartlarının geliştirilmesini sağlamıştır. “Hasta güvenliği” kavramının ortaya çıkması ile ISO 15189 standardının ilk uygulanmaya başladığı dönem aynı yıllara rast gelmektedir. Hasta güvenliği kavramı ve önemi, ISO 15189 standardına da yansımış ve teknik yeterlilik kavramı yanında tıbbi yeterlilik kavramını da içeren akreditasyon standardı ortaya çıkmıştır. ISO 15189’in ISO 17025’ten temel farkı da “sürekli iyileştirme” kavramının bağımsız bir gereklilik başlığı olarak eklenmiş olmasıdır. Standardın en önemli özelliklerinden biri de, kalite yönetim sisteminin geliştirilmesi, uygulanması veya etkinliğinin artırılması konusunda bir süreç yaklaşımına sahip olmasıdır.

Yapılan çalışmalar, laboratuvarlarla ilgili hataların ancak yüzde 7-13’ünün analitik hatalar olduğunu, aslında en büyük ve en önemli hata grubunu pre-analitik süreçlerdeki hataların oluşturduğunu (yüzde 46-68,2), bu grubu post analitik hataların (yüzde 18,5-47,0) takip ettiğini göstermektedir. Yükselen “hasta güvenliği”ni sağlama kaygısı analitik süreçlerin dışındaki süreç alanlarını da daha fazla denetleme

zorunluluğunu laboratuvara vermektedir. Bu yaklaşım ISO 15189 standardının temel felsefesi olup, temel paradigmanın, teknik kalite kontrolünden hasta merkezli toplam kalite modeline dönüşümünü ifade eder.

Analitik süreçlerle ilgili olarak genellikle sayısal performans hedefleri belirlenebilir. Öte yandan, pre-analitik süreçte veriyi sayısallaştırabilmek ve bir performans hedefi ile takip edebilmek zordur. Bu durum, kurumdan kuruma farklılık gösterebildiği gibi pre-analitik süreçlerin çok da ayrıştırılmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda, geleneksel olarak ölçüm yapılmayan alanlarda ölçülebilir, performans kriterleri yaratmak ve bu süreçleri takip etmek zorunlu bir “hasta güvenliği” kriteri haline gelmektedir. Bu alanlarda yapılacak iyileştirmelerin toplam kaliteye, hastanın tanı ve tedavisine katkısı çok daha fazla olacaktır.

Mikrobiyoloji laboratuvarları, tıbbi hata ve hasta güvenliği

Mikrobiyoloji laboratuvarında hatalar, diğer laboratuvarlarda olduğu gibi, Pre-analitik, Analitik ve Post-analitik fazlarında olmaktadır. Denetimler de bu safhaların her birinde ayrı ayrı olmalıdır. Mikrobiyoloji laboratuvar hizmetlerinde; ilk adım olan analiz öncesi devrede örneklerin alımı, taşınması ve saklanma/depolanması oldukça önemlidir. Laboratuvar hatalarının yüzde 70’e yakını bu safhada olmaktadır. İkinci adım, analiz/test/izolasyon/üretim aşamasıdır. Tüm otomatik, yarı- otomatik ve manuel adımlarda güvence özelliği, duyarlılık ve moleküler-belirleme testleri gerekmektedir. Üçüncü veya post-analitik performansın güvenilirliğinin belirlendiği sonuçların rapora geçirildiği evredir. Mikrobiyolojik örneklerinin yanlış alınıp / etiketlenmesinden yanlış antibiyogram sonucuna kadar her aşamasında hata söz konusu olabilmekte; sonuçta tedavide gecikme veya başarısız tedavi ile epidemiyolojik olarak da dirençli suçların artarak salgınlar oluşturmasına sebep olunmaktadır. Pozitif veya negatif hatalı bir sonuç, söz konusu bir akut hastalık veya malign bir durum varsa hastanın morbiditesini veya mortalitesini etkileyebilmektedir.

Mikrobiyoloji laboratuvarında verilen hizmetler gereği; bakteriyolojik, mikolojik, serolojik, paraziter ve moleküler testlerde hatalar oluşabilmektedir. Bunların her birisinde hata kaynağı pre-analitik, analitik ve post-analitik olabilir.

Bakteriyolojide temel hata kaynakları; Örnek alımı ve transportu, besiyerine ekimi ve inkubasyon ısısı ve süresi, oksijen ya da CO2 oranları, inkübatörün kalibrasyonunun yapılmaması olması,

identifikasyon yanlışlıkları(kalibre olmayan testler), serotiplendirme ve antibiyogram hataları(yanlış antibiyogram diski veya stabil/kalibre olmayan ürünlerle antibiyogram) ve raporlama hatalarıdır(özellikle epidemiyolojik dirençli suşlarda bazı antibiyotikler invitro duyarlı bile olsalar invivo dirençli kabul edilirler; bunlar da zon çapı ne olursa olsun dirençli verilmelidir). Ayrıca bakteri tanımlama ve antibiyogramın bütün aşamalarında flora üyesi olan ya da çevreden alınan mikroorganizmalar ile kontaminasyon kaçınılması gereken çok temel bir mikrobiyoloji laboratuvarı hata kaynağıdır.

Serolojik çalışmalarda; en sık hata pre-analitik safhada olmaktadır. Bunlar; hasta bilgisinin toplanması, örnek alımı ve kimliklendirmesi, etiketlemesi, transportu, saklanma/depolanma ve test için ayırıştırma/santrifüj aşamalarında olabilmektedir.

Mikolojik örneklerde hata kaynakları kabaca bakteriyolojidekilere benzemektedir. Parazitolojik testlerde hata kaynakları ise daha çok örnek alımı, saklanması ve transportu yanı sıra analizi esnasında da olabilmektedir. Dışkıdaki lokositlerin amip trofozitlerine benzetilmesi sık karşılaşılan yapılanı pozitiflik gerektirir. Moleküler tanı laboratuvarında ise en çok hata; pre-analitik unsurlar yanı sıra kontaminasyon ve titiz çalışmadan kaynaklanmaktadır.

Akreditasyon ile sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı yoluyla hasta güvenliği ve hakları odaklı, sürekli gelişim anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir yapı öngörülmektedir. "Hatalara" ve "kaynaklarına" sistem yaklaşımı ile odaklanılır. Akreditasyon bu amaçla kullanabileceğimiz mekanizmaları bize sunar. Bakım ve klinik süreçlerle ilgili olarak tanımlanan gereklilikler, süreç performanslarının veya klinik çıktıların izlenmesi ile bütünleştirilir. Gelecekte akreditasyon standartları bugünden daha fazla hasta güvenliği ve hakları odaklı olacaktır. Hasta güvenliği ve haklarının oluşturulacak politika ve uygulamalarda daima göz önünde bulundurulması ve öneminin her fırsatta dile getirilmesi yararlı olacaktır. Bu çerçevede mikrobiyoloji laboratuvarlarının da akreditasyon süreçlerine hazırlanması ve eğitim/denetimlerden geçerek akredite olması kaçınılmazdır.

Kaynakça

- 1: Wagar EA, Yuan S. The laboratory and patient safety. Clin Lab Med. 2007 Dec;27(4):909-30.
- 2: Howanitz PJ. Errors in laboratory medicine: practical lessons to improve patient safety. Arch Pathol Lab Med. 2005 Oct;129(10):1252-61.
- 3: Wagar EA, Tamashiro L, Yasin B, Hilborne L,

Bruckner DA. Patient safety in the clinical laboratory: a longitudinal analysis of specimen identification errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130(11): 1662-8.

4: Güzel Ö. Klinik laboratuvarlarda Kalite sistemi ve akreditasyon. Klinik Lab Derg. 2002; cilt 1; sayı 1, 6-9.

5: Nowinski CV, Mullner RM. Patient safety: solutions in managed care organizations? Qual Manag Health Care. 2006 Jul-Sep;15(3):130-6.

6: Boone DJ. How can we make laboratory testing safer? Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):708-11. Review.

7: Grzybicki DM, Turcsanyi B, Becich MJ, Gupta D, Gilbertson JR, Raab SS. Database construction for improving patient safety by examining pathology errors. Am J Clin Pathol. 2005 Oct;124(4):500-9.

8: Valenstein PN, Sirota RL. Identification errors in pathology and laboratory medicine. Clin Lab Med. 2004 Dec;24(4):979-96.

9: Hollensead SC, Lockwood WB, Elin RJ. Errors in pathology and laboratory medicine: consequences and prevention. J Surg Oncol. 2004 Dec 1;88(3):161-81.

10: Bender NL. Action to improve patient safety: "safety" prone health care systems. Ambul Outreach. 2000 Spring;6:13.

11: Güç D. İyi Laboratuvar Uygulamaları. Klinik Laboratuvar Dergisi Cilt 1 • Sayı 1 • Ocak - Şubat - Mart 2002.

12: Plebani M, Ceriotti F, Messeri G, Ottomano C, Pansini N, Bonini P. Laboratory network of excellence: enhancing patient safety and service effectiveness. Clin Chem Lab Med. 2006;44(2):150-60.

13: Stankovic AK. The laboratory is a key partner in assuring patient safety. Clin Lab Med. 2004 Dec;24(4):1023-35. Review.

14: Plebani M. Errors in laboratory medicine and patient safety: the road ahead. Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):700-7.

15: Küçükaksu C. Klinik Laboratuvarların akreditasyonu. S B D İ Y A L O G; Eylül 2005 :46

16: Plebani M. Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine? Clin Chem Lab Med. 2006;44(6):750-9. Review.

17: Elston DM. Opportunities to improve quality in laboratory medicine. Clin Lab Med. 2008 Jun;28(2):173-7, v. Review.

18: Noble MA. Does external evaluation of laboratories improve patient safety? Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):753-5. Review.

19: Laposata M, Dighe A. "Pre-pre" and "post-post" analytical error: high-incidence patient safety hazards involving the clinical laboratory. Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):712-9. Review.

20: Stankovic AK, Romeo P. The role of in vitro diagnostic companies in reducing laboratory error. Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):781-8.

21: Wreghitt T, Trull A. Accuracy of electronically transmitted pathology laboratory reports. Lancet. 2003 Mar 22; 361(9362): 1060.

Gelecekte akreditasyon standartları bugünden daha fazla hasta güvenliği ve hakları odaklı olacaktır. Hasta güvenliği ve haklarının oluşturulacak politika ve uygulamalarda daima göz önünde bulundurulması ve öneminin her fırsatta dile getirilmesi yararlı olacaktır.

22. Emerk K. Kalite Nedir? Klinik laboratuvarlarda kalite. Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, İzmir.

23. Unsal İ. Laboratuvar Kalite Yönetimi ve ISO 15189. Klinik laboratuvarlarda kalite. Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, İzmir.

24: Lippi G, Guidi GC, Plebani M. One hundred years of laboratory testing and patient safety. Clin Chem Lab Med. 2007;45(6):797-8.

25. Tutuncu, O., Kucukusta, D. & Yagci, K., (2007). Patient Safety Culture and A Measurement Instrument within the Context of Total Quality Management. Dokuz Eylul Universitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (1).

26. Tutuncu, O. & Kucukusta, D., (2006). Patient Safety Culture and Accreditation: An Evaluation of Medical Laboratories within the Context of Total Quality Management. Dokuz Eylul Universitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (4).

Sağlık yapıları ve hasta güvenliği

Dr. Ali Kemal Çaylan



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olan Çaylan, 2001 yılında İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Aile Hekimliği Uzmanlığı'nı aldı. Boston Harvard Üniversitesi'nde Sağlık Hizmetleri Kalitesi Geliştirilmesi ve Değerlendirmesi, Virginia, Virginia Üniversitesi'nde Hastane Yönetimi, Dünya Bankası Enstitüsü'nde Sağlık Sektörü Reformu konularında eğitim almıştır. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Baş Hekim Yardımcısı olan Dr. Ali Kemal Çaylan, halen Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde Sağlık Yapıları Planlaması ve Sağlık Yapıları Tasarım Standartları konusundaki çalışmaları yürütmektedir.

Yaşadığımız şu hayatta en acıklı, en üzücü ve ibret verici olaylar bir hizmet veya bir mal için gidilen yerde o madde veya ilintili olaylar sonucunda zarar görmek veya hayatımızı yitirmektir. Bu tip nahoş olaylar içinde bekli de en acıklısı sağlık hizmeti almak için başvuran hastanın sağlık hizmeti veren çalışan azimli ve özverili kişilerin istemeden sebep ol-

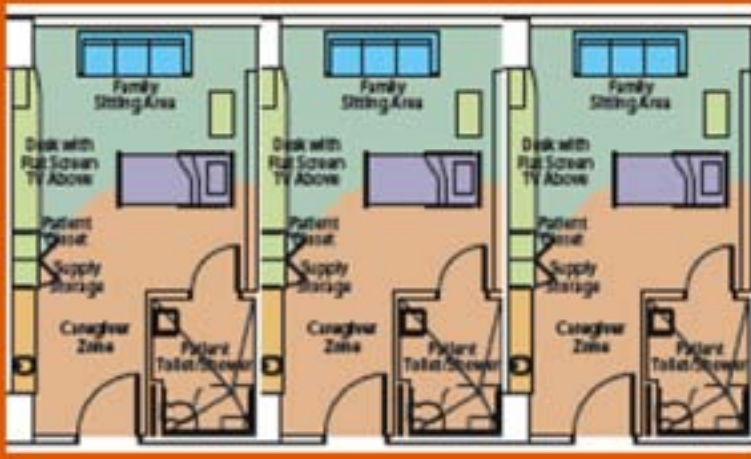
dukları olumsuzluklar sonucu zarara uğramasıdır. Baygın bir hastanın hastaneye sedye ile getirilirken sedyeden düşmesi, isim karışıklığı nedeniyle yanlış ameliyat edilme veya ilaç verilmesi ve bunun gibi istenmeyen birçok olaya hepimiz ya tanık olmuş ya da yakın zaman da okuyup duymuşuzdur. Son yıllarda dünyada ve hemen peşi sıra ülkemizde sağlık hizmeti sunumu sürecinde yaşanan bu trajik olayların önlenmesi amacıyla çeşitli adımlar atı-

larak ve çalışmalar yapılarak hasta güvenliğinin gün geçtikçe daha fazla sağlanmasına çalışılmaktadır.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında insan (çalışan kişi), teknoloji, uygulama prosedürleri ve içinde bulunulan mekân özellikleri etkindir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ise en büyük rol belki de hastane binasına düşmektedir. Hasta zaman ve mekân olarak en çok bu alanda bulunmakta; tedavisi ile ilgili







Same Handed Rooms

Tedavi hizmeti almaya gelen bir kişinin hizmet binası içinde zarara uğraması hiç istenmeyen, nahoş bir durumdur. Bu olasılıkları azaltmak için hasta ve yakınlarının tedavi alacakları alanlara ulaşımını aynı katlarda ve geniş koridorlar ile sağlanmalıdır. Koridor zeminlerindeki desen ve süslemeler mühendislik marifeti ile belirlenen trafik ve diğer özelliklere göre tasarlanmalıdır.

sorgulama, muayene, tetkikler, tekrar değerlendirme ve gerekirse ameliyat ve her türlü bakımı büyük oranda hastane sınırları içerisinde sağlanmakta ve gerçek büyük riski de bu alanda yaşanmaktadır. Hasta ve yakınlarının çok aşına olmadıkları ve farklı psikolojik duygular içinde bulundukları, farklı insan gruplarının bir araya toplandığı, bazen de mahşer yerini andıran ve hastaların fiziki risklerle karşılaştıkları hastane alanları insanlar ve tabii ki hastalar için en güvenilir alanlar olmalıdır.

Teknoloji, tıp ilmi ve hizmet sektöründeki hızlı gelişmeler sağlık yapılarında da önceki yıllara kıyasla büyük değişikliklere sebep olmuştur. Yeni kavramlar gelişmiş, sağlık politikaları ve ekonomik koşullar değişerek insana hizmet sunumu da hem kalite olarak hem de nicelik olarak artmıştır. Hasta güvenliğinin sağlanmasında etkenlerin tümünü etkileyen mekân özellikleri de

gün geçtikçe değişmekte ve gelişmektedir. Bu sebeple aşağıda belli başlı bazı hastane alanlarından bahsetmek istiyorum.

Hastane bahçe girişi ve ana girişi

Hasta güvenliği, hastanın tedavi alacak yere ulaşmak için bulunduğu yerden çıkmak veya bulunduğu yere hizmet ulaşması ile başlamaktadır. Bu sürecin başlı başına ayrı bir konu olması nedeni ile konumuzu hastane girişinden itibaren ele alarak sadece sağlık yapılarının mimari tasarımlarından bahsedeceğim. Hastalar ve yakınları hastaneye biraz ajite, biraz moral bozukluğu ve varsa büyük veya küçük çeşitli özürleri ile birlikte gelmektedir. Hastaların çoğu zaman yanlarında refakat eden birileri bulunmakta fakat küçümsenmeyecek sayıda hasta ise tek başlarına hastaneye ulaşmaya çalışmaktadır. En başta hasta ve yakınlarının hastaneye güvenli bir şekilde ulaşmaları sağlanmalıdır. Bu amaçla hastane bahçesinden itibaren yaya ulaşımında hastanın ayağının takılıp düşmesi ve dengesinin bozulmasına imkân sağlayan alanlardan; merdiven, basamak, rampa başta olmak üzere ve diğer engeller bulunmamalıdır. Bu engeller hastaların merdiven veya basamak çıkarken dengelerinin bozulup düşmelerine, eforlarının yetmemesi sonucu yorgunluğa ve nihayetinde emboli ve kalp krizi gibi sağlık risklerini artışına rampa eğimlerinin, uzunluklarının ve korkuluklarının nizamı olmamasından kaynaklanan fiziki tehlikelere maruz kalmalarına fırsat tanımaktadır. Ayrıca hem bina içinde hem de bina dışında yapılan fiziki çalışmaların etrafında konan geçici engeller de büyük oranda tehlike oluşturmaktadır. Geçici engeller çarpma ve hafif güç kullanımı ile aşılamayacak tarzda olmalı ve temas halinde hasta ve yakınlarına herhangi bir zarar verme özelliği bulunmamalıdır.

Eğer hastalar ve araçlar ulaşım yollarını kısmen ve zaman zaman birlikte kullanıyorlarsa bu yollar parke taşı şeklinde döşenmiş olmalıdır. Bu sayede

taşıtlar 20 km hızın altın seyretmeye zorunlu kılınmış olmakta ve yayalara zarar verme ihtimalleri azalmaktadır. Parke taşlarının özellikleri ve döşeme tekniği yine her türlü engeli bulunan vatandaşların ve ayaklarını adeta sürüyerek yürüyen Parkinson gibi tüm mobil hastaların dahi kolayca emniyetli bir şekilde ulaşımını sağlayabilecek özellikte olmalıdır.

Bina girişlerinde iklim, çevre ve güvenlik koşullarına bağlı olarak çeşitli özellikte kapılar bulunmaktadır. Bu özellikleri giriş ve çıkışların ayrı ve kimi zaman aynı olduğu otomatik olarak dönen, kapanan, açılıp-kapanan ve itilerek açılan kapılar olarak sıralayabiliriz. Giriş ve çıkışların aynı kapı üzerinden yapılan alanlarda yaşlı engelli ve hastaların düşme ve çarpma sonucu yaralanma ve zarar görme riskleri artmaktadır.

Bina içi merdiven ve koridorlar

Yukarıdaki özelliklere benzer özellikler göstermekle birlikte bina içinde bulunan bu alanlar daha tehlikelidir. Nüfus yoğunluğu bina içinde daha fazladır ve hem hasta ve yakınlarının, hem de çalışan personelin hareketliliği, telaşı ve malzeme trafiği artmıştır. Bu sebeple bu alanlarda dış ortama kıyasla daha fazla ve daha hızlı hareket bulunmaktadır. Hastaların ve hasta yakınlarının kayması ve takılması, gene gelip geçen kişilerin çarpmaları sonucu yaralanmalara yol açmaktadır. Tedavi hizmeti almaya gelen bir kişinin hizmet binası içinde zarara uğraması hiç istenmeyen, nahoş bir durumdur. Bu olasılıkları azaltmak için hasta ve yakınlarının tedavi alacakları alanlara ulaşımını aynı katlarda geniş koridorlar ile sağlanmalıdır. Koridor zeminlerindeki desen ve süslemeler mühendislik marifeti ile belirlenen trafik ve diğer özelliklere göre tasarlanmalıdır. Günümüzde merdivenler artık sadece acil durumlarda kullanılmakta ve diğer katlara ulaşım asansörler ile sağlanmaktadır. Bu durum hastaların güvenliği açısından çok önemlidir. Burada dikkat edilmesi gereken durum ise hasta yanında refakatçi veya hostes yok ise hastanın doğru kata ulaşımının sağlanmasındaki düzenlemelerin çok önemli olduğudur. Hastanın güvenli bir şekilde doğru alana ulaşımı da yeterli değildir. Aynı zamanda en kısa zamanda ulaşımının da sağlanması gerekmektedir. Ulaşım zamanının uzaması hastalarda yorgunluk, bitkinlik ve diğer olumsuz ruhsal özellikleri ortaya çıkarmakta ve çeşitli ölümcül sağlık sorunları oluşturabilmekte, hasta zarar görmektedir.

Bekleme alanları

Sağlık kuruluşuna gelen hastalar ve yakınları; muayene, tetkik ve tedavi

için az ya da çok zaman harcayarak sıra beklemekte ve böylece zamanlarının önemli bir kısmını yine sağlık yapısı içinde geçirmektedirler. Bu sebeple sağlık yapılarındaki diğer alanlar gibi bu alanlar da hasta güvenliği açısından önem kazanmaktadır. Çeşitli kesimler tarafından bina içindeki bekleme alanlarının büyüklüğünün maliyetleri ve yine personel ve hasta ulaşım mesafelerini arttırdığı zannedilmektedir. Hâlbuki sağlık yapısının işletme planına göre planlanmış yeterli büyüklükteki alanlar sadece hasta güvenliğini arttırmakla kalmıyor binanın kullanışlılığını, ferahlığı, müşteri ve çalışan memnuniyetini de arttırmaktadır. Bekleme alanlarının iyi planlanması; hastaların muayene için bekleme alanlarının özgün olmasına, gürültü ve karmaşanın en aza indirilmesine ve kalabalıkların dağılmış ve sakin bir ortam görünümünün sağlanmasına yol açmaktadır. Böylece hasta ve yakınlarına daha fazla dinlenme ve konsantre olma fırsatı doğmakta ve ses, gürültü ve karmaşadan uzak bir ortam sunulmaktadır.

Muayene ve işlem odası

Muayene ve diğer işlem odaları, hasta güvenliği konusunun belki de en çok tehlike altında olan alanlardır. Kapı önünde birikmiş hastaların muayene veya işlem yaptırmak için acele etmelerinin sağlık personeli üzerinde oluşturduğu gerilim, kendi aralarında sohbet etmeleri ve tartışmaları, odanın açıldığı kısmın iyi planlanmamış olması ve ses yalıtımının iyi sağlanmamış olması nedeni ile bu odalarda her iki taraf da çok fazla sıkıntı çekmektedir. Hasta ve yakını, doktor veya hemşireye istedikleri soruları sorup bilgi alamıyorsa, dışarıdan gelen gürültüden ötürü verilen bilgiler tam anlaşılmıyorsa, hasta, verilen hizmetten tam anlamı ile yararlanamamaktadır. Benzer durumlar doktor ve sağlık personeli için de geçerlidir. Dışarıdan gelen gürültüler doktorun hasta kalp seslerini, solunum seslerini ve barsak seslerini iyi değerlendirmesini engellemektedir. Hem pediatrik hem de dâhiliye ve geriatrik muayenelerde hastaların sorgulanması da sorun olmaktadır. Bu sebeple sağlık personeli yaptığı muayene ve değerlendirmeyi tekrar etme ve tedavisini de tekrar kontrol etme ihtiyacı hissetmektedir. Dışarıdan gelen tüm olumsuzluklar ve gösterilen çabalar sağlık personeline hızla yorgunluğa ve stresse yol açmakta bu da riskleri beraberinde getirmektedir.

Yukarıdaki oluşumlar neticesinde muayene ve işlem odaları öncelikle sadece o odada muayene olacak hastalar için ayrılmış, sıra bekleyen hasta ve yakınlarına hizmet edecek büyüklükte bir

alana açılmalıdır. Bu bekleme alanlarında ses transformasyonu en aza indirilmelidir. Muayene veya işlem odaları hem boyut hem de donanım olarak hastaya acil müdahale imkânı veren fiziki şartlara sahip olmalıdır. Önde gelen bazı özellikleri kısaca şöyle sıralayabiliriz. Hasta muayene masası veya koltuğunun üç tarafı da masada 110 cm ve koltukta 90 cm açık olmalıdır. Bu durum acil durumda hastaya müdahaleyi imkân kılmakta hasta başına getirilmesi gereken aletler (CPR cihazı gibi) sorunsuz yaklaştırılmakta ve müdahale için fazla sağlık personeli hastaya müdahale edebilmektedir. Bu odaların kapıları (kapılardan diğer bölümlerde de bahsedilecektir) da daima dışarıya doğru açılmalı ve sedye, yatak ve yanında ortalama büyüklükte erişkin personelin sığmasına imkân vermelidir. Bu da 110-120 cm arasında olup alt sınır olarak 110 cm kabul edilmektedir.

Pencereler

Pencere ve dolayısıyla gün ışığının önemi sadece hastalarda değil tüm insanlar üzerindeki olumlu etkilerinin olduğu yaygın olarak bilinmekte ve mimarlar ve mal sahipleri tarafından mümkün olduğu kadar fazlaca yararlanılmaya çalışılmaktadır. Bu kadar olumlu etkileri olan pencereler aynı zamanda hastalar için bir tehdit de oluşturmaktadır. Yakın zamana kadar bazı hastaların ya pencereden atlayıp intihar ettikleri ya da kaza sonucu düşerek yaralandıkları ya da hayatlarını kaybettikleri basılı yayınlarda yer almakta idi. Günümüzde teknolojinin gelişmesi ile gün ışığından yararlanmak için artık pencerelere daha fazla önem verilmekte hatta cam duvarlar kullanılmaktadır. Sağlık yapılarındaki pencereler konutlardaki pencerelerden farkı açılabilir olmamalıdır. Yakın zamana kadar pencerelerin açma aparatları çıkarılmakta ve teknik personel tarafından tamir ve bakım durumlarında ancak kullanılmakta idi. Fakat günümüzde pencerelerin artık hiç açılmayacak şekilde ve darbelere karşı dayanıklı olmaları şart koşulmaktadır. Böylece olası tehlikelerden çeşitli yaş gurubundaki ve farklı hastalıklara sahip olan hastalar ve yakınları korunmakta ve güven altına alınmaktadır.

Hastanın güvenli bir şekilde doğru alana ulaşımı da yeterli değildir. Aynı zamanda en kısa zamanda ulaşımının da sağlanması gerekmektedir. Ulaşım zamanının uzaması hastalarda yorgunluk, bitkinlik ve diğer olumsuz ruhsal özellikleri ortaya çıkarmakta ve çeşitli ölümcül sağlık sorunları oluşturabilmekte, hasta zarar görmektedir.

İlgili tetkik alanlarının özellikleri

Hasta odası

Sağlık yapılarındaki değişiklikler içinde en dikkat çeken kısımlar hasta odalarıdır. Tüm dünya ülkeleri gelişmişliklerine ve ekonomik gücüne bakmaksızın her hasta ve refakatçisi için mahremiyetin korunduğu özgün bir oda tahsis etmeye çalışmaktadır. Bir kaç yıl öncesine kadar hastalar 8-12 yataklı koğu tipi odalarda kalmakta ve bu durum çok sık olarak karışıklıklara sebep olmakta idi. Tek kişilik odalar ise hastanelerde bir elin parmakları kadar az sayıda idi. Koğuşlarda aynı isimde ve benzer yaşlarda hastaların aynı koğuştaki yatmaları, hastaların kendi aralarında yatak değiştirmeleri, hasta yakınlarının boş yataklara yatmaları, hastaların ve yakınlarının diğer hastaların tedavilerine yardım etmeleri gibi durumlar olağan karşılanmaktaydı. Hastane enfeksiyonlarında artış ve verilen antibiyotik tedavilerine karşı da hızlı direnç gelişmekte, neticede hasta hem daha pahalıya daha radikal tedavilere maruz kalmaktaydı. Tüm bu özellikler hasta güvenliğini tamamen ortadan kaldırmakta ve hastaların hayatını tehlikeye atmakta idi. Başlangıçta koğu tipinden tek ya-





Kapı önünde birikmiş hastaların muayene veya işlem yaptırmak için acele etmelerinin sağlık personeli üzerinde oluşturduğu gerilim, odanın açıldığı kısmın iyi planlanmamış ve ses yalıtımının iyi sağlanmamış olması nedeni ile bu odalarda her iki taraf da çok fazla sıkıntı çekmektedir. Dışarıdan gelen gürültüler doktorun hasta kalp seslerini, solunum seslerini ve barsak seslerini iyi değerlendirmesini engellemektedir.

taklı odalara geçiş biraz zor oldu. Yayıncı olarak tek oda sistemine geçişin çok maliyetli olacağı inancı hâkimdi. Fakat kısa sürede yapılan araştırmalar tek yataklı odaların diğer yataklı odalara göre bütünsel maliyetlerinin daha az olduğu yönünde sonuçlar verdi.

Ülkemizde artık aşırı yoğunluk ve imkânsızlıklar dışında çift kişilik odalar bile kullanılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı aldığı tedbir ve verdiği teşviklerle tek yataklı odaları desteklemektedir.

Tek kişilik odaların bazı özelliklerden bahsetmek gerekirse; tek kişilik odalarda sağlık personeli açısından hastaları takip etmek, onlara daha fazla vakit ayırmayı ya da ayrılan vaktin tümünü hastaya vermeyi imkân kılmaktadır. Hastaların tek başlarına muayene ve takipleri daha sessiz ve müdahalesiz

ortamlarda yapıldığından uygulayıcının konsantrasyonunu arttırmakta ve işine daha iyi odaklanabilmektedir. Hasta kimliğinde daha fazla ayırım sağlanabilmektedir. Ayrıca hasta ile ilgili kayıtlar, raporlama ve diğer işlemler, hastanın odasında çalışma masası veya tezgâhında veya kapının hemen yanında niş diye tabir edilen bölümde yapılmaktadır. Gene topluca kayıtların girilmesiyle oluşması muhtemel aksaklıklar ve yanlışlıklar önlenmektedir. Hastaların tek kişilik odalarda kalmaları, ortamlarının daha fazla ev konforuna çevirme imkânı tanımakta, aynı zamanda hastaların bu zor dönemde sevdikleri insanların kendilerine refakat etmelerine imkân sağlamaktadır. Hastanın hastalık durumuna göre konfor tercihlerinin neler olduğu ve ne gibi talepleri olacağı da hasta refakatçisi tarafından kolayca ifade edilebilmektedir. Aynı zamanda hasta zor günlerinde kendisini terk edilmiş hissetmemekte ve yanında sevdiği kişilerin sürekli bulunması ile güven duymaktadır.

Bazı ekonomik gücü yüksek ülkelerde ve bazı özel hastanelerde bilinen ayna tarzı tasarımlara kıyasla daha pahalı fakat hasta güvenliği açısından da önemli olan personelin acil durumlarda ve diğer işlemlerde hata payını sifıra indirmek için **kopya odalar (one handed rooms)** diye adlandırabileceğimiz tarzda odalar inşa etmektedirler. Burada hangi odaya girerse girsin sağlık personeline her türlü malzemenin yerinin aynı olduğunu ve hızla hareket edilmesi gereken durumlarda hiç zorluk çekilmeyip zaman harcanmaması amaçlanmaktadır.

Diğer bir özellik bu odaların içine veya hemen dışına el yıkama alanının yerleştirilebilir olmasıdır. Sağlık personeli her hastayı muayene ettikten veya işlem yaptıktan sonra ellerini çıkmadan hemen yıkama fırsatı bulmaktadır. Yapılan araştırmalar, yapılacak bir sonraki işin yıkama alanından sonra olması ve yıkama alanının yapılan iş alanına 5 metre mesafeden kısa olması durumlarında, personelin el yıkama oranlarında çok fazla artış olduğu, neticede hastane enfeksiyonlarının önüne geçildiği ve hasta güvenliğinin de daha iyi sağlandığını göstermiştir.

Tek kişilik odaların diğer bir imkânı ise oda içinde tuvalet bulunmasıdır. Bilindiği üzere hastanelerdeki kazaların önemli miktarı hastanın tuvalete gitmesi sırasında meydana gelmektedir. Tek kişilik odalarda hastalar daha az mesafe kat etmekte, gerek tuvalete giderken gerek ihtiyaç giderme sırasında refakatçisinin gözetimi altında olma şansını yakalamaktadır. Ayrıca oda içerisinde tuvaletin konumu araştırılmış ve en uygun yerin hasta yatağına ve hastanın ulaşımına en yakın yerin olması uygun görülmüştür. Koğuş tipi odalarda hasta bakıcıların çok hassasiyet göstermelerine rağmen hasta sayısının fazla olması, hastaların yardım için sıra beklemelerinin gerekmesi ve hastaların ihtiyaç giderme konusunda yabancıların yanında utanma duygularının artması gibi nedenlerle hastaların ihtiyaçlarını tek başlarına gidermeye çalıştıkları gözlenmiştir. Bu da hastaların kaza ve riske maruz kalma oranlarını artırmaktadır. Tuvaletler ile ilgili diğer bir husus ise yukarıda da bahsedildiği üzere oda kapılarının dışarıya doğru açılmasının gerekliliğidir. Tuvaletlerde düşen ve bayılan hasta ve kişilerin hızla müdahale edilme fırsatı yaratılması ve hastanın kendisine zarar verme ihtimallerini ortadan kaldırma gereksinimi için bu gereklidir. Hasta odası veya diğer alanlardaki kapılarda ise panik anında kapıların geri çekme, yana itme veya herhangi diğer bir karmaşık sistemden ziyade doğrudan iterek açılmasının deneyler sonucunda büyük fayda sağladığı görülmüştür.

Hemşire istasyonları

Hasta güvenliğinin sağlanması ve gözetilmesindeki kontrol taşlarından biri de hemşire deskeri veya günümüz kavramı ile hemşire istasyonlarıdır. Yakın zamana kadar desker görevli hemşirelerin rahat çalışma imkânı bulamadığı ve işini başka alana taşımasının gerektiği kadar küçük ve iş yapmak için oturduğunda önündeki koridoru ve hasta odalarını göremeyecek kadar yüksek bir konumda idi. Sadece görsel olarak klinikte kontrolün bırakılması hasta güvenliği yanında pek çok alanda da güvenlikten vazgeçildiği anlamına gelmekte sonuç olarak büyük tehlikeler ile yüzleşmeye maruz kalmaktadır. Günümüzde artık bu an-



layış yerini bel hizasında tamamen açık ve yeterince büyük desklere bırakmıştır. Yine çeşitli sağlık görevlilerinin de (tıbbi sekreter, eczacı, ATT gibi) bu desklerde çalışmalarına imkân tanımıştır. Bu alanlarda hasta takibi, sekreterya, güvenlik, eczane ve ilaç dağıtım işleri ve bilgilendirme gibi pek çok iş yapılmaktadır. Bu sebeple de ismine artık hemşire istasyonları denmektedir.

Hemşire istasyonlarının klinik servislerde yer ve konumları değişmiştir. Yukarıda ifade edilen görevleri neticesinde istasyonun lokalizasyonu önem arz etmektedir. Konum itibarı ile güvenlik açısından klinik girişine, hasta odaları ile göz temas kurulması gerekliliği, servise hâkim bir yerde ve klinik hizmetlerinin yürütülmesi, lojistik ve tedavi destek görevleri ile de servisin orta yerinde olması gerekmektedir. Hasta güvenliğini de içeren bu karmaşık görevler neticesinde hemşire istasyonlarının lokalizasyonlarının tespit edilmesi önemli olduğu kadar uğraştırıcı gözükmektedir.

Bina içi acil durumlar (yangın, deprem)

Daha pek çok başlık olmasına rağmen ana hatlara değindiğimizden son olarak yangın ve deprem gibi acil durumlardan bahsetmek istiyorum. Hiç birimizin karşılaşmak dahi istemediği bu gibi durumlarla ister hastane içinde ister dışında karşılaşalım, sonucunda zarar gördüysek geleceğimiz yer yine hastanedir. Bu sebeple tüm hastaneler nerede olurlarsa olsunlar en az 10 şiddetinde bir depreme dayanıklı olma zorunluluğuna sahiptirler. Aksi takdirde bir vatandaş olarak olumsuz bir durumdan sonra yardım almaya geldiğiniz binanın yıkılmış ve içindeki tüm hizmet değerlerini yitirmiş olması bizi sadece hizmet alamayacağımız için üzmez aynı zamanda kamuya olan inanç ve güvenimizi de derinden sarsar.

Her binada olduğu gibi sağlık binalarında da çeşitli sebeplerden dolayı yangınlar çıkmaktadır. Böyle bir durumda hem yatan hem de ayakta hastaların o alanlardan hızla uzaklaş-

rılmaları alev duman ve zehirli gazlardan emniyetli alanlara sevkı gerekmektedir. Hiç de istenmeyen böyle durumlarla karşılaşıldığında hastaları güvenliği, tedavisi, teskini ve korunmasının hem de kendi emniyetlerinin sağlanması ile görevli olan sağlık personeli için çok zor görev haline almaktadır. Neyse ki teknolojiadaki gelişmeler bu tür zorlukları kolayca aşmamıza imkân sağlamaktadır. Yanmaz malzeme ve kaplamaların geliştirilmesi ve hava geçirgenliği olmayan kapıların imal edilmesi ile yangınla savaşta önemli mesafeler kat edilmiştir. Günümüzde yangın durumlarında artık bina boşaltılmamaktadır. Yangının bulunduğu alandaki hastalar ve tüm personel o alanı terk etmekte, daha sonra yanmaz ve hava geçirmez özelliğe sahip yangın kapıları kapatılmakta ve yangın hapsedilmektedir. Böylece hava alamayan ortamda en azından alevlerin ilerlemesi engellenmekte, itfaiye gelene kadar yangın kontrol altında tutulmaktadır. Büyük binalarda ayrıca alınan diğer bir önlem ise tüm binanın yangın tertibatının sensörlerinin bina dışında bir panoda olmasıdır. İtfaiye yangın bölgesine geldiğinde bu panoya ulaşarak yangının hangi katta ve hangi alanda olduğunu hemen tespit etmekte ve zaman kaybettirici arama çalışmaları yapmaya gerek kalmamaktadır.

Dünyada bu gelişmeler olurken ülkemizde de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık yapılarının planlanmasında ve tasarımında büyük değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişikliklerin başlıca sebeplerini, sağlık hizmet sunum anlayışındaki gelişmeler ve sağlık hizmet politikalarındaki yeni uygulamalar sağlık yapılarında hasta güvenliği gibi farklı özellik ve değerlerin korunması ve uygulanma gereksinimi diye sıralayabiliriz.

Bu anlayış ile Sağlık Bakanlığı enfeksiyon kontrolü, sağlık yapıları standartları, hasta güvenliği ve hasta hakları gibi çeşitli çalışma grupları oluşturmuş ve çalışmalar sonucu ortaya çıkan gereklilikler uygulamaya sokulmaya başlanmıştır.

Bir kaç yıl öncesine kadar hastalar 8-12 yataklı koğuş tipi odalarda kalmakta idi. Hastane enfeksiyonlarında artış, verilen antibiyotik tedavilerine karşı da hızlı direnç gelişmekte, neticede hasta hem daha pahalıya daha radikal tedavilere maruz kalmaktaydı. Başlangıçta koğuş tipinden tek yataklı odalara geçiş biraz zor oldu. Fakat kısa sürede yapılan araştırmalar tek yataklı odaların diğer yataklı odalara göre bütünsel maliyetlerinin daha az olduğu yönünde sonuçlar verdi.

Bu çalışma gruplarından biri olan "TC Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları" çalışma gurubu dünya örneklerini incelemiş, ülkemizin sağlık politikaları, uygulamaları ve ihtiyaçları göz önünde bulundurarak fiziki ve mali imkânlar dâhilinde sağlık yapıları asgari tasarım standartlarını hazırlamış bulunmaktadır. Bu çerçevede planlanan sağlık yapıları dünyada olduğu gibi ülkemizde de fiilen hasta güvenliğine hizmet etmekte ve ülkemiz sağlık hizmeti sunumunda dünyada önde gelen ülkeler arasında yerini almaktadır. Güvenlikli yapılar ve sağlıklı günler dileğimle...

Sağlık çalışanları ve sıkıcı hastane sendromu

Yrd. Doç. Dr. Oğuz Özyaral



1979'da İÜ Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Ulusal ve uluslararası platformlarda yayımlanan 158 çalışma ve makalesi, 12 kitapta bölüm ve düzenleme çalışması, bir İngilizce, iki de Türkçe kitabı bulunmaktadır. Çalışma alanları; mikrobiyoloji, çevre sağlığı, iş ve işçi sağlığı, eğitim ve iletişim becerileri, hastane ve sağlık kurumlarında yönetsel çalışmalar ve halk sağlığı konuları üzerinedir. Halen Okan Üniversitesi MYO'da Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Program Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Doç. Dr. Yaşar Keskin



1983'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında Marmara Üniversitesi'nden Halk Sağlığı Doktora unvanı aldı. Aynı üniversitede 1997'de öğretim görevlisi, 1999 da yardımcı doçent, 2008 yılında ise doçent unvanlarını aldı. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bu makalemizde bir sağlık kurum ya da kuruluşunda görev yapan tüm personel hedef kitle olarak ele alınmıştır. Dolayısıyla tüm çalışanların iş güvenliği göz önünde bulundurulmuş ve sağlıklı bir yaşam için hazırlanması gerekli olan sistem analizi için eylem planlamasında konuya yönelik gerekli olan tüm hususlara değinilmiştir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı şartlarından kaynaklı **Hasta**

Bina Sendromu (HBS) ve bağlı olarak **Hasta Hastane Sendromu (HHS)** ile öte yandan bu kavrama dayalı olarak beliren **Sıkıcı Bina Sendromu (SBS)** kavramları açısından kişisel algılara dayalı olarak olaya bakış açıları konusunda daha önce yapılmış araştırmalar kaynak alınmış ve süreçte bir yorum getirilmek istenmiştir. Ayrıca herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin sağlığı ve güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için iş yeri güvenliği kültürünün gelişt-

rilmesine ve yaygınlaştırılmasına gereksinim vardır. Bu nedenle hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına özen gösterilmektedir. Öte yandan çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, sağlık güvenliği ve kalitesinin artırılmasına ve bu süreçte sağlık hizmeti sunum ile karşılaşılabilecek olası risk ve zararlardan korunmasına gereksinim vardır. Bu nedenle tüm bu hususlara yönelik usul ve esasların düzenlenmesi gerek-



tedir. Son derece karışık ve karmaşık nedeni ya da nedenlerinin her zaman çok belirgin olamadığı HBS tanımlaması esaslarına dayalı olarak diğer sıkıntı ya da sorunların çözümü amacıyla bu makalemizde konuya yönelik genel anlamda bir farkındalık yaratılması da hedeflenmiştir.

Sıkıcı Hastane Sendromu tanımlaması ne zaman ve nasıl yapılmalıdır?

Herhangi bir binanın uluslararası kabul gören norm ve yasalar gereği “sağlık zararlısı” olarak tanımlanan bir veya daha çok, çeşitli ve karmaşık bir dizi kirlitici tarafından sarılması ve bu kirliliğin binayı işgal etmesi, diğer bir deyimle iç ortama yerleşmesi sonucu bina hastalanır (1). Dolayısıyla da böyle bir yapı içerisindeki iç ortam atmosferi (IOA) olarak tanımlanan solunan havanın kalitesi bozulur. Bina içi kapalı alan ya da iç ortam atmosferinin kalitesi (İOAK) olarak belirlenen bu konu, toplum ve çevre sağlığı için güncelliğini koruyan ve son derece önem arz eden bir durumdur. Hasta olarak gösterilen/bildirilen bir binada çalışılması ve/veya bulunulmasından ötürü kısa dönem yaşamda kişi/kişilerin sağlıkları sürekli olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir (1-2). İOA'nın solunmasına bağlı olarak kendilerine ait yaşanan herhangi bir bulaştan ve/veya sağlığı etkileyen bir durumdan söz edilmeksizin sadece çevre şartlarının olumsuzluğuna bağlı hastalanmaları sonucu bir takım sağlık sorunları ile karşılaşabilirler. Böylelikle karşımıza “Bina ile İlişik Hastalıklar” (BIH) ile “Bina Bağlı Hastalıklar” (BBH) olarak tanımlanan, bir dizi hastalık tablosu çıkmaktadır (3). Bu klinik tabloların nedeni olarak gösterilen tüm belirti ve sağlık sorunlarının toplamına “Hasta Bina Sendromu” (HBS) denilmektedir (1-4). Ancak bahsedilen bu durum bir hasta-

ne binasında oluşmaktaysa o zaman bina terimini genelden özelle indirgeyip HBS tanımlamasının yerine hastane faktörünü belirleyici şekilde Hasta Hastane Sendromu (HHS) kavramından söz edilir (2).

HHS için “Semptomları belirli olamayan ve sınırlaması mümkün olmayan ancak ortaya çıkan semptom ya da semptomların çıkış nedeni olarak has-

tane binasının kendisinin gösterilmesi ve durumun ispatlanması halinde tanımlanabilecek bir sendromdur” diyebiliriz (2).

Sıkıcı Bina terimi tanımlaması; kapalı, basık, boğucu ve hasta bina vb. terimlerinin yanı sıra ve aynı zamanda içerisinde yaşanan hastane binasına bağlı olarak ortaya çıkan bazı sağlık sorunlarını da ele alarak ilk kez 1984 yılında **Fischer** tarafından yapılmıştır (5). Yazar, doktorların psikolojisini ele aldığı makalesinde iş ortamının çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerinin bir takım sağlık sorunlarının ortaya çıkışında tetikleyici faktör olduğu görüşünü, vurgulamaya çalışmıştır. Böylelikle makalede ortaya çıkan bazı klinik olguların kaynaklarının çalışma ortamına da bağlanabileceği görüşünü savunmuştur. Yazar bu incelemesinde ortaya koyduğu olumsuz etkenlerle ilgili kavramları psikolojik ve fizyolojik faktörlere dayalı olarak iki ayrı yönde ele almış ve değerlendirilmeler bu şekilde yapılmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla ortaya, çalışılan ortamın düzeni, mimari yapısı ve özelliklerine dayalı sorun ya da sorunların çıktığı anlaşılmıştır. Aynı yıl **Hicks** yayımladığı makalesinde herhangi bir çalışma ortamına ait fiziksel şartları olumsuz yönde etkileyen faktörlerden bir ya



Şekil 1: Sıkıcı Bina Sendromu'nu hazırlayan temel unsurlar

Ortam havasının yeterli ve düzenli olarak iyi havalandırılmaması; yoğun rutubet, küf ve/veya çalışma alanında kullanılmakta olan bir takım uçucu organik kimyasal maddelerin ya da kişilerin üzerlerinden gelen diğer bazı kokuların yaşam alanına girmesine/ yayılmasına ya da sinmesine neden olmaktadır. Bu durum, hoş olmayan ve kişide isteksizlik, ret şeklinde ortaya çıkan bazı tepkiler oluşturmaktadır.

da bir kaçından dolayı kişilerde rahatsızlık oluşması ve/veya bu faktörlerin bir şekilde yarattığı stres sonucu işe gitme ya da ortamda bulunma isteğinin kalkması ile başlayan ve bir takım klinik tabloları beraberinde getiren **HBS** için **SBS** tanımlamasını yapmıştır (6). Makalede işin ve bir çalışma ortamının kişi ya da kişileri ne zaman hasta edebileceğinden söz edilmiş ve kapsamlı olarak konu üzerinde tartışılmıştır. Ayrıca çalışanların çalışma ortamından hangi yönde, nasıl ve ne kadar etkilenebilecekleri konuları

gündeme getirilmiş ve bunun önemi üzerinde durulmuştur.

Bir çalışma ortamı kaynaklı Hasta Bina Sendromu temelli Sıkıcı Bina Sendromu olguları hazırlayan temel unsurlar. Şekil 1'de şematize edilmiştir.

Hasta Hastane Sendromu ve Sıkıcı Bina Sendromu arasındaki ilişki:

Hastalanan bina, eğer bir hastane ya da sağlık hizmeti veren bir kurum ya da kuruluş olursa ve sağlık çalışanları da bu durumdan ötürü etkilenir ve sağlıkları bozulursa bu klinik durum için **Hasta Hastane Sendromu (HHS)** tanımı yapılmaktadır (2-5). Ortam havasının yeterli ve düzenli olarak iyi havalandırılmaması; yoğun rutubet, küf ve/veya çalışma alanında kullanılmakta olan bir takım uçucu organik kimyasal maddelerin ya da kişilerin üzerlerinden gelen diğer bazı kokuların yaşam alanına girmesine/yayılmasına ya da sinmesine neden olmaktadır. Bu durum, hoş olmayan ve kişide isteksizlik, ret şeklinde ortaya çıkan bazı tepkiler oluşturmaktadır. Ancak ortaya çıkmış bulunan bu sendromun belirlediği sağlık sorunları sağlık çalışanlarında isteksizlik işe gitmeme, süregelen yorgunluk, bezginliğin yanı sıra değişik tip ve şiddette baş ağrısı şeklinde belirginleşiyor ise o zaman tipik bir **sıkıcı bina sendromu** ile karşı karşıya kaldığımızı söyleyebiliriz (6-8). Kısa süreli yaşamda devamlı isteksizlik ve kronik yorgunluk halinde psikolojik ve fizyolojik bir takım faktörlerin bir karışımı olarak karşımıza çıkan **"Sıkıcı Bina Sendromu" (SBS)** sorunu herhangi bir sağlık kurum yada kuruluşunda yada hastanede gelişmiş olduğundan bu olgunun adı artık **"Sıkıcı Hastane Sendromu" (SHS)** olarak değerlendirilecektir.

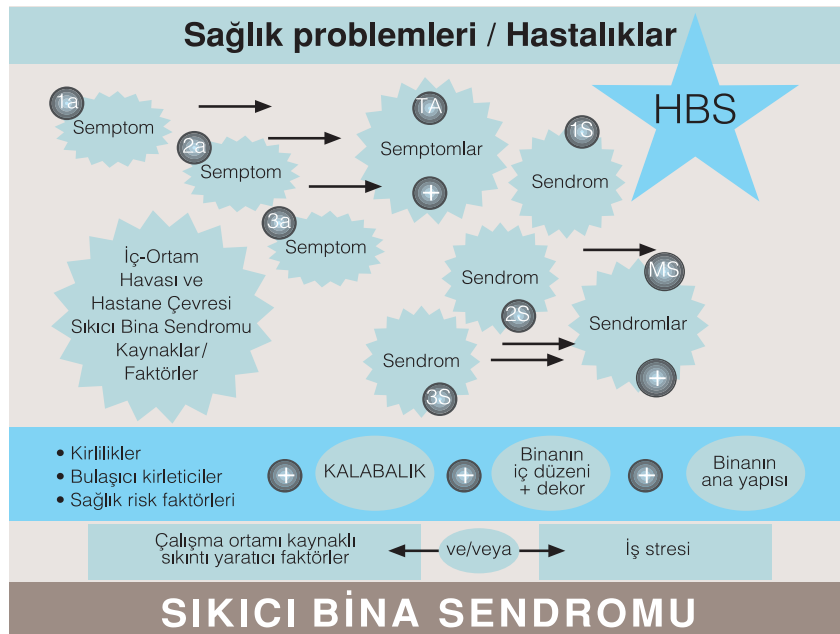
Bir sağlık kurumunda sıkıcı bina sendromunu hazırlayıcı kaynaklar:

Hastane çalışanı personelin belli başlı muhtemel maruziyetinde kaldığı uçucu kimyasalların yarattığı risk alanları/ bölümler ile yapılan/verilen bazı hizmetler **Hasta Bina Sendromu'nun (HBS)** bir parçası olan **Kakosmi Sendromu'nun (KS)** oluşmasında öncelikli faktör olma özelliğini kazanmaktadır (1). Bunlar arasında sırasıyla ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri kapalı alan atmosferine yayılan ve özellikle bu ünitelerde çalışanlarının kullandıkları uçucu organik maddeler/ kimyasallar, anestezi uzmanları cerrahi müdahale esnasında kullandığı özel uçucu organik bileşikler, radyoloji bölümleri film banyo odasındaki uçucu kimyasal buhar/dumanları, teşhis ve tanı için hazırlık yapılan patoloji, biyokimya ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı çalışanlarının kullandığı miyalarlar, çözeltiler ve diğer uçucu kimyasallar, sterilizasyon ünitelerindeki uçucu steril gazların yanı sıra temizlik ve dezenfeksiyon amaçlı hazırlanan kimyasal çözeltilerin buharlarına maruz kalmak sayılabilir.

Sıkıcı Bina Sendromu'nu tetikleyen faktörler arasında gürültü-ses faktörü ile ışıklandırmanın yanı sıra yaşam alanında bulunan negatif iyonların oldukça büyük etkisi bulunmaktadır (3). Yüksek ya da istenilmeyen ses/gürültü faktörü bina dışından kaynaklanabileceği gibi binanın içersinde çalışan alet, edevat, makine aksamı, havalandırma sistemi, ısıtıcı-soğutucu sistemlere ait fanlar, vızıldayan/ses çıkartan lambalar ve elbette aşırı kalabalığa dayalı çok ve yüksek sesle konuşma şeklinde kişilerden kaynaklanabilmektedir. Böyle bir ortamda çalışmak durumunda kalan kişide zaman içerisinde oluşan bir psikolojik rahatsızlığa dayalı **SBS** bulguları gelişebilmektedir (10).

HBS konu içerisinde kısmen de olsa yer alan ışıklandırma tamamen strese bağlı bir faktör olarak belirlemektedir. Yetersiz ve zayıf bir aydınlatma ile aşırı aydınlık, gereğinden fazla beyaz ışık veren flüoresan lamba kullanımı ve yanı sıra parlak, ışığı yansıtan, gözü alan/kamaştıran metal ve/veya özellikle metalik renklere sahip yüzeyler/eşya ve bunların yoğunluğu ortamda bulunan kişi/kişiler üzerinde **stres** yaratır (1-11). Bir sağlık kuruluşunda çalışanların davranışları ve hastane binasının havasını etkileyen faktörlerden oluşan karmaşık bir yapılanmanın yaratacağı etkilerin çıkış şekli **Şekil 2'**de gösterilmiştir.

Kapalı ortam atmosferine ait iyon seviyesinin değişimine neden olan faktörler arasında statik elektrik yaratan ha-



Şekil 2. Sıkıcı Bina Sendromu'nun ardında yatan sağlık sorunları ve hazırlayıcı faktörler

valandırma sistemlerine sahip binalarda özellikle de relatif nem düşüşü ise halılar, mobilyalar, duvar kaplamaları, çalışanların özel giysileri ve kısmen de elektrikli aletler iyonları iç/kapalı ortama çeker. Duman ve toz partikülleri iyonları sünger gibi emer, üzerine toplar. Her kişi bulunduğu ortamda solunum yolu ile iyonları harekete geçirmektedir ve herkes bir miktar statik elektrik yüklüdür. Negatif iyon boşalmasına ait bir çok semptom aynı stresin vücut üzerindeki etkisi gibidir. Muhtemelen bu durum vücudun hormonal sistemini etkilemektedir. Ayrıca elektromagnetik yayılımında **HBS** etkeni olduğu düşünülmektedir. Bazı yazarlar bunun sadece bir faktör olduğunu varsaymaktadırlar (12).

Binaların hastalanmasının oldukça fazla çeşitli ve farklı nedenleri vardır. Havalandırma sistemlerindeki bozukluklar, ortamda yaşanan gürültü, ısı, ışık ile çalışanların çeşitli nedenlere dayalı stresi ve bunu hazırlayan faktörler ile ortamdaki mikroorganizmalar havayı kirleterek kişilerin sağlığını bozmaktadır (1-2-4-6). Hasta binalar çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilediği gibi, çalışanların iş başarılarını ve performanslarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Günümüzde yapılmış bulunan araştırmaların sonuçlarına göre, çalışma alanındaki kişi sayısı arttıkça kişilerde baş ağrısı semptomlarında artış olduğu bildirilmiştir. Çalışma alanlarındaki ışığı yeterince ya da oldukça iyi olarak değerlendirenlerin çalışma ortamlarında metrekaresine düşen kişi sayısının azlığı dikkat çekmektedir. Ortamdaki kişi sayısı arttıkça uyuşukluk şikâyetlerinde anlamlı bir artış izlenmektedir. Genelde çalışma ortamlarındaki yorgunluk, bitkinlik hissi çalışanlarda daha çok

öğleden sonra hissedilmekte olduğu söylenmiştir (13-14).

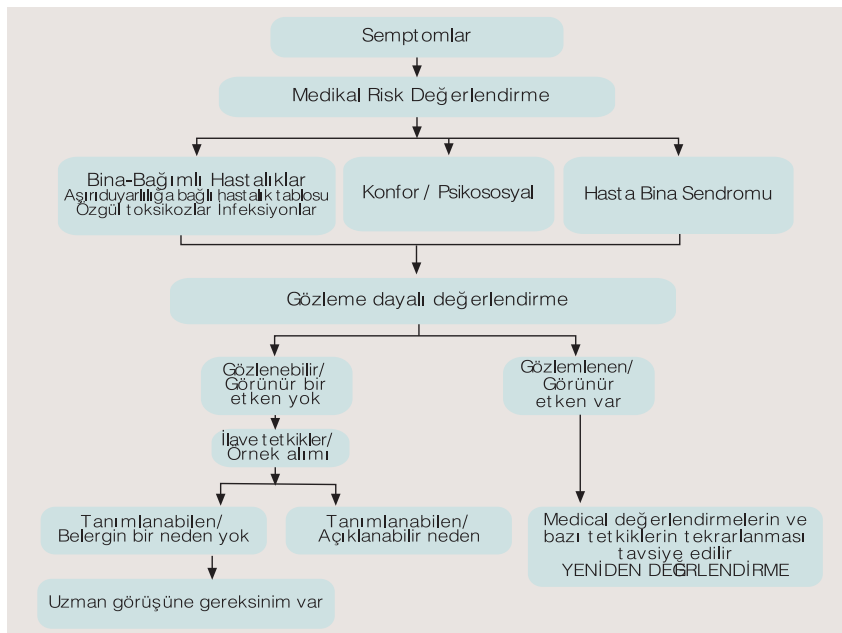
HBS'ye bağlı olarak ortaya çıkan problemlerde neden sonuç ilişkisi net değildir. **HBS** olgusuna sebebiyet veren bu tip sorunları yaşatan hasta binaları düzenlemek, diğer bir tanımlamayla tedavi etmek ve dolayısıyla da sağlıklı yaşanabilir ortamlar yaratmak ancak disiplinli, kontrollü ve planlı çalışmalarla mümkün olabilmektedir (15).

Bilim adamların yaptıkları kişisel algıya dayalı bazı anket çalışmalarında verilen cevapların ortaya oldukça ilginç ve bağımsız bir takım sonuçları gözlemlemiştirler. Özellikle kişilerin bulundukları kapalı alan atmosferine bağlı havalandırmaya dayalı ciddi şikâyetlerinin olmadığına görülmüş, ortam havasının yaşam standartları içerisinde kaldığı ya da yeterli olduğu anlamında asla bir yorum getirilmesini gerektirmemektedir (13-16-17). Ancak solunan havanın kalitesi her ne kadar mikrobiyal içerikten etkilense de bu tip çalışmalarda diğer kirletici faktörlerinde varlığı araştırılmalıdır. Bu nedenle bu soruya açıklık getirmek için yapılan çalışmalarda binanın iç ortamına ait farklı ve değişik yerlerden alınan hava örneklerinin mikrobiyolojik ve toksikolojik analizleri de yapılmalıdır. Termal konforun bir diğer göstergesi de çalışanın kişisel olarak farklı kıyafetler giyme gereksinimi olabilmektedir. Bir başka yorum ise işini tatminkâr bulmayan kişinin işyerini ya da işini sevmesine rağmen bulunduğu ortamı sevmeyen kişinin de ortama dayalı bütün çevre sorunlarına karşı daha duyarlı davranacağı göz önünde bulundurulmalı, bu doğrultuda sonuçların etkilebileceği hatırlatılmalıdır. Elde edilen verilere dayalı sonuçlar bu nedenle

çok dikkatle değerlendirilmeli, yorumlar mümkün olduğunca tartışmaya açık bırakılmalı sert ve kesin tanımlamalar yapmaktan kaçınılmalıdır. Ortaya çıkan sorunun kaynağı kişinin psiko-sosyal davranışlarında bir değişiklik yaratıyorsa bu durum oldukça ciddi bir önem arz etmektedir. Bunun nedeninin içerisinde yaşanılmakta olan binadan kaynaklandığı gösterilebilir ise o zaman durum farklı bir şekilde yorumlanmalıdır. Artık burada meydana gelmiş bulunan olgu için **HBS'ye** bağlı **SBS** tanımlaması yapılmak durumundadır. Kişilerin çalışma ortamına dayalı olarak ortaya çıkmış bulunan stres ile ilgili, konunun uzmanları tarafından derinliğine araştırma yapılması gerekmektedir (6-10-13-16-18). Tıbbi açıdan ortaya çıkmış bulunan olgunun değerlendirilmesi son derece karışık ve karmaşık karıştırıcı faktörlerinde etkisi göz önüne alındığında son derece zaman alıcı ve zor bir süreci gözler önüne sermektedir. Bu nedenle yapılacak araştırma ve elde edilecek analiz sonuçları gerekli hallerde tekrarlanmalı ve araştırmalar derinleştirilmelidir. Böylelikle sonuca varmak mümkün olabilecektir. **Şekil 3'**de şematize edilmiş bir medikal risk değerlendirme tablosu verilmiştir. Analizlerin ve değerlendirmelerin bir kısmının gözleme dayalı olduğunu varsayarsak sorunun çözümünün ne kadar zorlu bir çalışma gerektirdiği anlaşılabilecektir.

Kişisel şikâyetlere dayalı olarak bildirilen semptomları açıklamada, genellikle iş ortamında saptanmış olan fiziksel faktörler bir anlamda yetersiz kalabilmektedir. Psiko-sosyal stres ile hastalıklar arasında belirli bir ilişki olduğu asla unutulmamalı bu nedenle de kişilerin yaşadıkları ortamla ilgili stres durumları mutlaka saptanmalı ve yorumlar, diğer elde edilen bilgilerle birlikte yapılmalıdır. Ancak yüksek derecede stres altında olanların hastalıklara daha kolay yakalandıkları da bilinen diğer bir gerçektir. Ayrıca stres altındayken vücutta hızlı fizyolojik değişikliklerin olduğu bilinmektedir. Bunlara ve değişen koşullara uyum sağlanmağa çalışılması "adaptif reaksiyonlar" olarak isimlendirilmektedir. Eğer stres devam eder ve vücudun uyum sağlama yeteneği tükenirse hastalıkların ortaya çıkması kaçınılmaz bir gerçek olacaktır. Stres bu nedenle genelde **HBS'nin** ve ancak alan kısıtlaması yapıldığında ya da konuya sadece bu boyutu ile bakıldığında **SBS'nin** tetikleyici faktörleri arasında oldukça büyük bir önem kazanmaktadır (7-8-11).

Gözlemin sağlık derecesi diğer değişkenlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmelidir. Çünkü bu tip sorulara dayalı ve kişisel değerlendirmelerin ön planda olduğu



Şekil 3. Hasta Bina Sendromu kökenli Sıkıcı Bina Sendromu olguları için Medikal Risk Değerlendirme Şeması.

Gelişen teknolojinin sağlık sektörüne sokmuş olduğu bilgisayar, cep telefonu, fotokopi ve çağrı cihazları ile bir takım elektronik aygıtların yanı sıra iç ortam dekorasyonu için kullanılan renk seçimi, psikolojik açıdan ortaya çıkan stres faktörlerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle yukarıda bahsi geçen bütün konular tek tek ve sonuç olarak bir bütün halinde irdelenmeli ve dikkatle uygulamalar izlenmelidir.

bir çalışmada sorunlar oluşabilmekte/ yaşanabilmektedir. Elde edilen verilerdeki ilişki çok kuvvetli ise sonuçlar asla tesadüf olarak değerlendirilemez. Bu araştırmadaki bulguların diğer bazı araştırmacıların elde ettikleri sonuçlarla uyum halinde olduğu izlenmektedir. Önemli derecede bir psikolojik yüklenme, her ne kadar **HBS**'de önemli bir risk faktörü olarak gösterilmekteyse de özellikle **SBS**'de çok ciddi bir rol oynamaktadır. Stresin artması ile doz-reaksiyon ilişkisi şeklinde hastalığın belirtileri **SBS**'de semptomların şiddetinin de arttığını ispatlamaktadır (7-11).

Bu tip olgularda başta **HBS**'nin bağlı olarak ortaya çıkmakta olan elbette yaşamsal anlamda çok ciddi bir sorun olan **SBS** mekanizmasının tam anlaşılabilmiş olduğu söylenememektedir (19). Daha önce yapılmış bazı çalışmalarda bilim adamları yoğunlukla birçok sağlık sorununun stres ile ilgili bir hastalığın belirtisi olduğunu bildirmektedir (18). Diğer taraftan, ağır fiziksel ve mental stres ya da fiziki çevreyi oluşturan kötü/olumsuz bileşenlerin neden olduğu yaşam alanı iç ortam atmosferine ait yetersiz koşulların etkisi, binanın olumsuz özellikleri ile bir arada olabilmektedir. Bu sebeple **SBS**'yi neden sonuç ilişkileri arasında değerlendirmektedirler. Sağlık sorunlarının farklılığı ve geniş araştırmalara rağmen çevre etkisinin kesinlikle kanıtlanamayışı, semptomlara ait kaynakların saptanamayışı da olguların temelinde

yatan sendroma ait psikojenik temeli daha fazla düşündürmektedir.

Bir çalışma ortamı ya da kapalı bir yaşam alanı olan her hangi bir binada **SBS**'yi hazırlayan faktörlerden uzak kalınması için eğitim, takip ve sürdürülebilirlik esasına dayalı bilinçli programlara gereksinim duyulmaktadır. Bu konuların sosyal aktivite programları içine alınarak bir dizi hatırlatıcı, farkındalık yaratıcı hizmet içi eğitimlerin yapılması önerilmelidir. Bilindiği üzere genelde terminolojik olarak **HBS** tanımlaması, iç ortam ya da kapalı alan atmosferi olarak belirlenen ve sağlık açısından iyi şartlara haiz olmayan bir binada bulunmanın neden olduğu özgül olmayan birtakım sağlık sorunlarının belirtilmesi için kullanılmaktadır. Bu tanımlama **SBS** açısından neredeyse aynı içeriğe sahip olmakla beraber ayrıca çalışanların psikolojik açıdan da sağlıkları ile ilgili bir dizi sorunu da beraberinde taşımaktadır (15).

Bilim adamların yaptıkları bazı çalışmalarda anketlere verilen cevaplar değerlendirildiğinde ortaya oldukça ilginç ve bağımsız bir takım sonuçlar çıkabilmektedir. İşini tatminkâr bulmayan kişinin işyerini ya da işini sevmesine rağmen, bulunduğu ortamı sevmeyen kişinin de ortama dayalı bütün çevre sorunlarına karşı daha duyarlı davranacağı göz önünde bulundurulmalı; bu doğrultuda sonuçların etkilenebileceği hatırlatılmalıdır. Elde edilen verilere dayalı sonuçlar bu nedenle çok dikkatle değerlendirilmeli, yorumlar mümkün olduğunca tartışmaya açık bırakılmalı, sert ve kesin tanımlamalar yapmaktan kaçınılmalıdır. Ortaya çıkan sorunun kaynağı, kişinin psikososyal davranışlarında bir değişiklik yaratıyorsa bu durum oldukça ciddi bir önem arz etmektedir. Bunun nedeninin içinde bulunulan binadan kaynaklandığı gösterilebilirse o zaman durum farklı bir şekilde yorumlanmalıdır. Artık burada meydana gelmiş bulunan olgu için **HBS**'ye bağlı **SBS** tanımlaması yapılmak durumundadır. Kişilerin çalışma ortamına dayalı olarak ortaya çıkmış bulunan stres ile ilgili, konunun uzmanları tarafından derinliğine araştırma yapılması gerekmektedir (18)

Hastane ortamının sağlık çalışanı sağlığı üzerine etkileri:

Sağlık hizmeti veren personelin iş doyumunu ve iş memnuniyeti son derece önem taşımaktadır. Bu nedenle araştırmacılar sürekli olarak tükenmişlik konusunu ele almakta ve konu üzerinde değerlendirmeler yapmaktadırlar. Burada unutulmaması ve üzerinde durulması gereken konu, hizmet verenin memnuniyetinin hizmetin kalitesini etkileyeceğidir. Hizmet sunucunun iş

tatmini ve bağlı olarak ortaya çıkan memnuniyeti arttıkça, bunun sunulan hizmetin kalitesini olumlu yönde etkileyeceği elbette yadsınamaz. Ekibin çalışma şartları, çalışma ortamının fiziksel özellikleri, gereksinimlerin karşılanması, çalışanlara sağlanan imkânlar, iş düzeni ve iş akışı sisteminin işlerliği, organizasyondaki konum ve sorumluluklar ile işe ve ortam yoğunluğuna bağlı ortaya çıkan psikolojik baskı ve sorunlarla baş etme gibi durumlar ek bir takım stres faktörlerini doğurmaktadır. Ortaya çıkan iş ortamına dayalı bazı olumsuzluklar ile aynı ortama ait diğer bir takım fiziksel sıkıntılar bazen tek bir unsur olarak, bazen de biri diğerinin üzerine eklenen karmaşık sorunlar halinde kişide isteksizliğe dayalı psikososyal problemler yaratabilmektedir (7).

Herhangi bir sağlık kurum ya da kuruluşunda çalışan kişi ya da kişiler bir ya da birden fazla ve /veya birbirinden farklı nedenlerden ötürü çalışma ortamından olumsuz yönde etkilenebilirler. Kişiler bu etkilenmenin farkında olabilir ya da olamayabilirler. Aynı şekilde kişiler etkilenmenin kaynağını fark edebilir algılayabilir ya da fark edemez ve algılayamayabilir. Sonuç ne şekilde bir olguyu hazırlamış olursa olsun, kişi ya da kişilerdeki en belirgin davranış ve sağlık sorununun Sıkıcı Bina Sendromu tanımlamasındaki görünen algılanan unsuru sağlık sorunu yaşayan kişideki belirgin gerginlik ve çeşitli düzeylerdeki psikolojik sorunlarla belirginleşmiş streştir. Bu etkileşim ele alınarak bir hastane ortamının sağlık çalışanları üzerinde oluşturabileceği muhtemel sağlık sorunları ve çıkış kaynakları. **Şekil 4**'de şematize edilmiştir.

İş ortamı ya da çalışma sahasının sürekli aynı olması yaşamda tek düzeylik yaratmakta, bu da stresi tetikleyen bir faktör olarak gösterilmektedir (1-4). Bunun yanı sıra gün boyu içinde bulunulan kapalı alan atmosferine ait kirletici olarak kabul edilen etmenleri solumak zorunda kalan çalışan personel düzenli olarak taze ve temiz havaya gereksinim duymaktadır (1-13). Bunun sağlanmadığı hallerde kişilerde hem fizyolojik hem de psikolojik bir takım sıkıntılar ortaya çıkar. Bir çalışma ortamından kaynaklanan ve birbirini tetiklenen fizyolojik ve psikolojik kaynaklı tüm sorunların bir bileşkesi olarak işe gitme ya da çalışma ortamında bulunma isteğinin kalkması ile başlayan ve bir takım klinik tabloları beraberinde getiren **Hasta Bina Sendromu (HBS)** için **SBS** olmaktadır (14-18).

Öte yandan hastane ortamı sağlık çalışanları çalışma ortamlarının ve günlük yaşanan iş akış hız ve temposunun gereği yeterince risk ve stres altında

bulunmaktadırlar. Hicks (6) çalışma ortamında oluşan fiziksel risk faktörlerinin ve bunun bir sonucu ortaya psikolojik baskı ve sıkıntının çıkmasının SBS'yi yarattığını söylerken bütün bu olumsuzlukların çalışılan ortamdan kaynaklanmasından ötürüdür ki bu olguya HBS tanımlaması yapmıştır. Daha genel bir tanımlamayla ortam şartlarının bozukluğunun kişilerde yarattığı psikolojik sorunların HBS'nin tetikleyicisi olduğu işaret edilmiştir (10).

Bunların arasında en sık duyduğumuz **Hasta Bina Sendromu (HBS)** kavramı, kapalı yaşam alanlarına ait kirlenici ve/veya reddedilen sağlık bozucu unsurların insanlar üzerinde yarattığı olumsuz etkileri tanımlamaktadır. HBS tek başına bir sendrom olarak gösterilebildiği gibi altta yatan hastalık unsuru tetikleyici faktörlerin özelliklerine dayalı olarak birden fazla sendrom ve bu sendromları ortaya çıkaran bir ya da birden fazla semptomunun bileşkesi şeklinde de izlenebilmektedir. Aşağıda tanımlamaları yapılan **Sıkıcı Bina Sendromu (SBS)** ise kendi başına seyreden bir sorun ya da sendrom olarak gösterilebildiği gibi HBS'nin bir parçası ya da HBS etkeni olarak gösterilen bir diğer sendrom ve/veya semptomla birlikte de ortaya çıkabilmektedir.

Sonuç:

Çalışılan ve /veya günün belli bir bölümünde içinde bulunulan herhangi bir binanın fiziksel özelliklerini bozmamak ve kapalı ortam atmosferine ait solunan havanın kalitesini sağlık koruyucu standartlara uygun seviyede tutabilmek amacıyla bazı standartlara uyulması gerekmektedir.

Bu makalemizde ele alınmış bulunan SBS adı altında SHS'nin oluşumunda altta yatan psikolojik bileşenlerin etkinliği günümüzde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışma ve süreli bu bağlamda süreli yaşam alanı olarak gösterilen her hangi bir bina içinde çevre kirliliği oluşturan faktörlerin bu hastalıktaki etkileri araştırıldıkça, psikolojik bileşenlerin daha önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmaktadır.

Ayrıca gelişen teknolojinin sağlık sektörüne sokmuş olduğu bilgisayar, cep telefonu, fotokopi ve çağrı cihazları ile bir takım elektronik aygıtların yanı sıra iç ortam dekorasyonu için kullanılan renk seçimi, psikolojik açıdan ortaya çıkan stres faktörlerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle yukarıda bahsi geçen bütün konular tek tek ve sonuç olarak bir bütün halinde irdelenmeli ve dikkatle uygulamalar izlenmelidir.

Hasta bina, sıkıcı bina, iç ortam kirliliği gibi terimler "mesleki sağlık ve emniyet" açısından son on yılların ortaya çıkardığı kavramlardır. Küreselleşen dünyada hızla gelişen teknoloji ve değişen yaşam koşulları, beraberinde onlarca sorunu da getirmektedir. Camları açılmayan, kapıları sıkıca kapalı, son derece yeni teknolojiye sahip duvarları ve çatıları izole edilen ve korunan binalar sundukları teknolojinin yanı sıra bir takım sorunlar da oluşturmaya devam etmektedir. Bugünün ihtiyaçları doğrultusunda çözüm olarak gördüğümüz her türlü yaptırımın yarının sorunu olabileceğini baştan bilemeyiz.

Kaynaklar:

Özyaral O, Keskin Y. "Hasta Bina Sendromu". Türkiye Tekstil İşverenler Sendikası Yayınları, Tıglat Matbaacılık, İstanbul, 2007.

Brandt-Rauf PW, Andrews LR, Schwarz-Miller J. Sick-hospital syndrome. J Occup Med. 1991 Jun;33(6): 737-9.

Hodgson M. Clinical diagnosis and management of building-related illness and the sick-building syndrome. Occup Med, 1989; 4 (4) 593-606.

Abbritti G. Indoor environments, work and health. G Ital Med Lav Ergon. 2004; 26(4): 346-52.

Fischer W. Psychiatry of the physician J. C. Reil--a critical view. Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipzig), 1984; 36(4): 229-35.

Hicks JB. Tight building syndrome: when work makes you sick. Occup Health Saf. 1984; 51-6.

Lahtinen M, Sundman-Digert C, Reijula K. Psychosocial work environment and indoor air problems: a questionnaire as a means of problem diagnosis. Occup Environ Med. 2004; 61(2):143-9.

Morgan MS, Horstman SW. Systematic investigation needed for tight building syndrome complaints. Occup Health Saf. 1987; 56(5):79-82, 85-8.

HES:Noise construction industry advisory community.Cons:Sheet no:3, 50 M 9/88, 1988.

Rogers SA. Diagnosing the tight building syndrome. Environ Health Perspect. 1987;76:195-8.

Crawford JO, Bolas SM. Sick building syndrome work factors and occupational stress. Scand J Work Environ Health, 1996; 22(4):243-50.

Özyaral O, Akyurt N. Hastane ortamı kapalı alan atmosferi ve karanlık-oda hastalığının radyoloji çalışanları üzerinde neden olduğu beklenmedik semptomlar ve korunma yollarına yönelik farkındalık eğitim model önerisi. VI. Ulusal Radyoteknoloji Kongresi, Akdeniz Üniversitesi, Biliri Kitapçığı, İzmir Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği, 2005.

Reijula K, Sundman-Digert C. Assessment of indoor air problems at work with a questionnaire. Occup Environ Med. 2004 ;61(1):33-8.

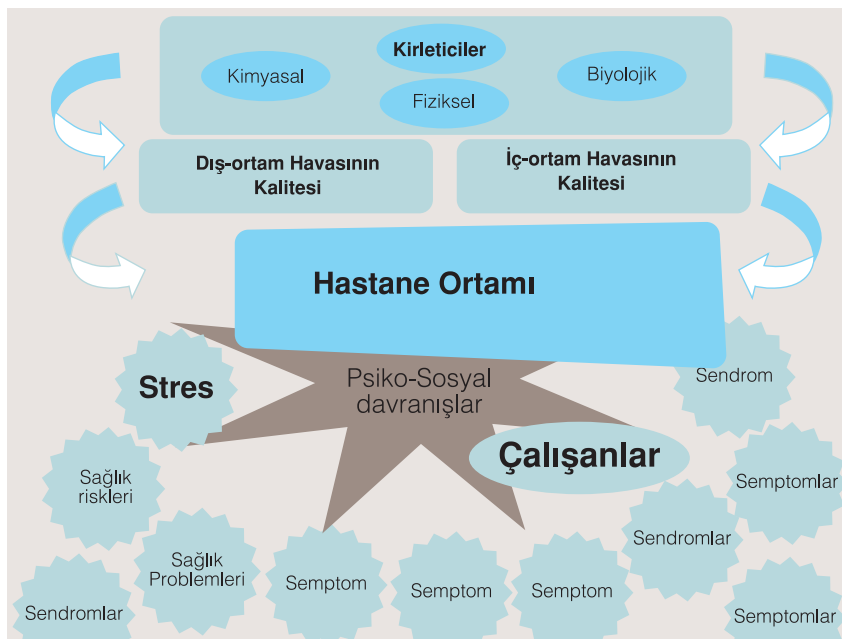
Ooi PL, Goh KT. Sick building syndrome: an emerging stress-related disorder? Int J Epidemiol. 1997; 26(6):1243-9.

Hospitals for a Healthy Environment: www.h2e-online.org Akyurt N, Özyaral O,Keskin Y, Şener N, Köse AA, Lülecı E, Balıkçı M, Avcı S. Radyoloji çalışanlarının hasta bina, sıkıcı bina ve kakosmi sendromu açısından algı ve iş doyumlarının sorgulanması. Hastane Yönetimi Dergisi. 2005 (2):18-29.

Özyaral O, Akyurt N, Keskin Y, Bolol N. Ameliyathane ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hasta hastane sendromu açısından çalışma ortamlarının sorgulanması. 28.Türk Ulusal Otorinlarengoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi, Bildiri Özeleri kitabı, İstanbul, s40, (105-S), 2005.

Whorton MD, Larson SR, Gordon NJ, Morgan RW. Investigation and work-up of tight building syndrome. J Occup Med. 1987;29(2):142-7.

Wittczak T, Walusiak J, Palczynski C. Sick building syndrome"--a new problem of occupational medicine.Med Pr. 2001;52(5):369-73.



Şekil 4. Hastane ortamının sağlık çalışanları üzerinde oluşturabileceği muhtemel sağlık sorunları ve çıkış kaynakları.

Sağlık yönetiminde karar verici olmak

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.

Karar verme'nin en zor olduğu durumlar, şüphesiz verilecek karar sonucu insan hayatının etkileneceği durumlardır. Tek bir insan hayatını etkileyen kararları vermek dahi son derece zorken karardan etkilenecek insanların sayısı arttıkça bu zorluk çok daha kritik seviyelere ulaşmakta ve 'karar verici'yi önemli bir sorumluluk altında bırakmaktadır. Bu açıdan

bakıldığında, örneğin bir 'savaş ilanı kararı' ne denli güçtür, düşünelim. Belki de bu nedenle tarihteki en büyük savaşları çıkaran liderlerin bir miktar 'deli' olduğunu söylemek yanlış olmaz. İlk bakışta çok benzer görünmeseler de sağlık sektörünün yönetimi, en az savaş kararı kadar zor olan pek çok kararın verilmesini gerektiren bir görevdir. Nitekim alınan her kararın ardından sağlık hizmetine ulaşma, doğru ve kaliteli bir sağlık hizmeti alma koşulları değiştiğinden,

binlerce insan hayatı ve sağlığı etkilenmektedir. Bu nedenle, özellikle de kaynak yetersizliğinin her zaman en önemli sorun olduğu sağlık sektörünü yönetmek, bir insanın hayatı boyunca alabileceği en büyük sorumluluk olsa gerek. Bütün bu doğal güçlüklerle ek olarak, bir de karara esas olacak bilgilerden yoksun olabileceğini varsayarsak karar vericinin zaman zaman sezgilerine ve tecrübesine güvenmekten başka bir çaresi kalmayacaktır.





‘Veri toplama’ işinin kâğıt ortamdan elektronik ortama geçmeye başlamasından itibaren, genellikle bilgisayar tamiri ve teknik destek işleriyle uğraşan ‘bilgi işlem’ birimleri önem kazanmaya başladı. Yıllardır, alışılmış yetki ve görevleri ile hizmet veren istatistik birimlerinin yanına bir de bilgi işlem birimleri eklendi. Ancak acaba bu değişim sırasında bu yeni birimin nereye yerleşeceği, bilgiyi yönetme sürecinin neresinde olacağı acaba doğru planlanmış mıdır? Maalesef hayır.

Ancak bir yandan bilgi çağında olduğumuzu iddia ederken bir yandan da bilgisizlikten yakınmak geçerli bir mazeret değildir. Şayet ortada böyle bir sorun varsa, çözümünü bilgiye ulaşma yöntemlerini doğru kullanmayışımızda aramamız lazımdır. Nitekim bilgiyi üretme ve bilgiye ulaşma imkânlarının son derece kolaylaşması, bu kadar büyük hacimdeki ‘bilgiyi yönetmeyi’ de yeni bir yönetim problemi olarak karşımıza çıkarmaktadır. Ama pek çoğunda olduğu gibi, sağlık sektöründe de bilginin yönetimi konusunda alınan önlemlerin ihtiyacın gerisinden geldiğini ya da ihtiyaçların hazırlıklardan daha hızlı geliştiğini söyleyebiliriz.

Sağlıklı karar için ne yapmalı?

Sağlıklı karar verebilmek için, elbette analitik bir düşünce tarzı ve çok geniş bir tecrübe gereklidir. Ancak bir yöneticide bunların zaten olduğunu varsaymamız gerekir. Bunların dışındaki en önemli gereksinim ise, karara esas olacak olan bilginin üretilmesinin ve işlenmesinin de sağlıklı şekilde yapılmasıdır. Bunu sağlayabilmek için bir ‘bilgi yönetimi yaklaşımı’ geliştirmek lazımdır. Tabiri caizse, veriyle ilgili birimler arasında ‘biri tutmuş, biri pişirmiş biri yemiş...’ gibi bir sıralama ile güzel bir harmoni yakalanmalıdır. Bunun, kanaatimce iki boyutu vardır: Biri-

si teşkilatlanmada fonksiyonel rolü esas almak, diğeri ise tüm fonksiyonlarda ortak vizyonu hâkim kılmak.

Doğru teşkilatlanma: İstatistik ve bilgi işlem sendromu

İhtiyacın gerisinden gelme problemi-mizi çözmek adına atacağımız ilk adım, sanırım geri kalmışlığın nedenlerini belirlemek olacaktır. Örneğin, bu konuda doğru kurumlar oluşturulmuş; doğru yetki, sorumluluk ve vizyon belirlenmiş midir, buna bakmak lazımdır.

Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatına baktığımızda görevleri arasında ‘bilgi ve veri işlemek’ ifadeleri geçen iki farklı birim karşımıza çıkıyor. Bunlardan biri istatistik, diğeri bilgi işlem birimidir.

Sağlık Bakanlığı’nın merkez teşkilatındaki İstatistik Dairesi; istatistik, halk sağlığı ve biyoistatistik uzmanlarının yoğun olarak çalıştığı ve eski adıyla Araştırma Planlama ve Koordinasyon (APK), yeni adıyla Strateji Geliştirme Başkanlığı’nın altında yer alan bir birimdir. Konumlandırma olarak doğru bir yerdedir çünkü ‘strateji geliştirme’ işi, istatistik ve bilgiye dayalı olmalıdır. Ancak diğer genel müdürlüklerin de her birinin ayrı ayrı kendi istatistik şubeleri olduğunu söylemeden geçmeyelim. Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesindeki istatistik birimi, kurumun kaynakları ve verdiği hizmetle ilgili rakamları istatistik yıllıkları ile duyurur. Bu istatistiklere esas olacak veriyi de, ilgili hizmetten sorumlu olan genel müdürlüklerden talep eder. Yani bizatihi ‘veri toplama’ işiyle uğraşmaz.

Öte yandan gelişen teknoloji sayesinde ‘veri toplama’ işinin kâğıt ortamdan elektronik ortama geçmeye başlamasından itibaren, genellikle bilgisayar tamiri ve teknik destek işleriyle uğraşan ‘bilgi işlem’ birimleri önem kazanmaya başladı. Yıllardır, alışılmış yetki ve görevleri ile hizmet veren istatistik birimlerinin yanına bir de bilgi işlem birimleri eklendi. Ancak acaba bu değişim sırasında bu yeni birimin nereye yerleşeceği, bilgiyi yönetme sürecinin neresinde olacağı acaba doğru planlanmış mıdır? Maalesef hayır. Sağlık Bakanlığı’nın merkez teşkilatına baktığımızda çok sayıda bilgi işlem ve istatistik daire ve şubesinin olduğunu görmekteyiz. Bir kere en başta aynı isim altında farklı hizmet vermeye çalışan birimler mevcuttur.

Tüm kamu kurumlarında nitelikli bilişim uzmanı istihdamı önemli bir sorundur. Bu yüzden genel anlamda kamunun bilgi işlem birimleri çatısı altında bilişim unsurlarını kullanma, bilgi toplama ve bilgiyi yönetme adına attığı ilk adım-

lar da son derece acemi ve el yordamı ile yapılan yaklaşımlara sahip olmuştur. Şöyle bundan 5-10 sene öncesine gidelim ve kamu kurumlarının resmi web sitelerini bir hatırlayalım. Web sitesi tasarımı öğrenmiş olan her bilgi işlem personeli, haliyle ilk olarak kendi kurumu için statik bir site geliştirmeye koyulmuştu. Sitenin içerik yönetimini, kurumsal kimliği yansıtabilmesi gibi unsurları dikkate alamayan, sadece bir tasarımcının vizyonu ile hazırlanan sitelerdi bunlar. İçerisinde gündemden düşmüş ve eski bilgilerin/duyuruların yer aldığı, kurumu temsil etmekten uzak çalışmalardı. Hepsinden önemlisi, bu sitenin bir hacker tarafından çökertilmesi sonucu kurumun itibarının ne olacağı da düşünül(e)mezdi. Sonunda, kamu sitelerimiz çökertile çökertile bu konunun bir tasarımcı işi olmadığı anlaşıldı. Ancak yine uzman eleman eksikliği nedeniyle bu basit işler dahi dışarıdan tedarik edildi.

Fakat bilgi işlem öyle bir yerdir ki, dışarıdan tedarik edeceğimiz ürünlerin, daha önce tedarik edilenlerle nasıl birleştirileceği ve bir orkestra oluşturacağı son derece iyi düşünülmelidir. Aksi halde destek olmayı bırakın, birimini engelleyen ve zarar veren ayrı bilişim projeleri arasında boğulup gitmek işten değildir. Geliştirilen projelerin sayısı değildir başarı kriteri, verinin doğruluğu, kesinliği, tutarlılığı ve işlenmeye uygunluğudur. Yani veri ve bilgi yönetiminin nasıl yapıldığıdır.

Yeniden Sağlık Bakanlığı özeline incek olursak, bilgi işlem birimi kendi mecrasında içerik ve kalite açısından bir değişim içindeyken bilgi işlemin, istatistik ve diğer birimlerle birlikte ‘karar sürecinde etkili bilgiye erişim’ amacının neresine yerleşeceği de bir başka değişim dönemi geçirdi. Ancak geline nokta, bilgi yönetimi konusunda hangi birimin nerede olduğunu söylemenin hala kolay olmadığını ifade edebiliriz.

Bu karışıklığın saiklerinden birisi de şüphesiz her kurumda az çok olan birimler arası yetki mücadelesidir. Diğer bir etmen de, teknolojinin imkânlarına hâkim olması nedeniyle bilgi işlemin her şeyi tek başına yapabileceği algısına kapılmasıdır. Nitekim artık veri üzerinde gelişmiş bilgi işleme imkânı sunan Karar-Destek Sistemleri sayesinde istatistikle bilgi işlem iç içe girmiştir. Ancak bu, istatistik ve veri içerisinde anlamlı bilgi bulma işini de bilgi işlemin yapacağı sonucunu doğurmalı mıdır? Sorulması gereken soru budur.

Netice itibarıyla, bütün iyileştirmelere ve gayretlere rağmen Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal yapısı, hem



yazılı mevzuata göre, hem de uygulamada bilgiyi yönetme konusunda doğru ve tutarlı bir yapıya sahip değildir. Dolayısıyla her birimin sürecin neresinde olacağı tümdengelim yöntemiyle yeniden masaya yatırılmalı ve fonksiyonları esas alan bir teşkilat yapısı tesis edilmelidir.

Vizyon: 'Bilgi yönetimi' yaklaşımı

Teşkilatlanma ile paralel olarak atılması gereken bir diğer adım da, doğru ve tutarlı bir 'bilgi yönetimi yaklaşımı' ya da politikasının belirlenmesidir. Şüphesiz bu konuda üst düzey yöneticilerin aklında bir model vardır ancak bu modeli uygulayacak birimlerin bunu doğru anladığına dair endişelerimiz vardır. En azından böyle bir politika yazılı bir şekilde mevcut değildir.

Bu bahsettiğimiz yaklaşım, klasik bir tabirle, "Önemli olan işleri doğru yapmak değil, doğru işleri yapmaktır" felsefesinden de öte bir anlayış gerektirir. Belki doğru işi, doğru birimin, doğru zaman ve sırayla yapması, kurumsal hafızaya kaydetmesi gibi değerleri de eklemek lazımdır. Nitekim doğru yapılan doğru işleri yan yana koyduğunuzda bir anlam ifade etmeyebiliyor. Her bir doğru işin, diğer doğru işlerle etkileşimini de hesaba katmak lazımdır.

Ancak bu yaklaşımın geliştirilmesine, ülkemizdeki siyasi konjonktür de müsaade etmiyor maalesef. **Yerleşmiş kamu kültüründe her ne olursa olsun, devlet bakidir, ayakta, fonksiyonuna devam eder anlamında kullanılan 'devlette süreklilik esastır' deyişi vardır. Hâlbuki makro düzeyde doğru gibi görünen bu ifade mikro düzeyde tamamen yanlıştır ve sistem modelleme konusunda kurumları tembelliğe sevk etmektedir.** Özellikle stratejik bir bakanlıkta bilgi

yönetimi gibi mikro düzeyde de süreklilik gerektiren bir işte, kurumsal standart ve hafıza oluşturmak, bir başka deyişle kurumsallaşmak hayati önem taşır. **Bunu yapamadığınız zaman, 'devlette süreklilik esastır' sözü 'sürekli söylenen ama esas olmayan' bir ifade olmaktan kurtulamayacak, hatta kimi zaman yan etkileriyle zarar verici hale gelecektir.**

Politika oluşturma, başlı başına bir inceleme konusudur ancak genel hatlarıyla izlenmesini önerdiğim yöntemi yazmaya çalışayım:

Yapılması gereken ilk şey, 'bilgi ihtiyaç analizi'nin yapılmasıdır. Hangi birim, hangi karar için, hangi göstergelere ihtiyaç duyar, bu göstergeler hangi verilerden ve hangi periyotlarda hesaplanır... vs

Her birimin bilgi ihtiyacı zaman içerisinde değişebileceğinden, bir 'değişim yönetimi' modelini de daha başlangıçta kurmak gerekir. Değişiklik önerileri nasıl toplanır, kim tarafından değerlendirilir ve nasıl kabul edilir... vs

Sonra bilgiyi oluşturacak verilerin standartları, toplama kriterleri, nasıl ve kimden hangi periyotlarla toplanacağı... gibi konular belirlenir. Aslına bakarsanız, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ile bu konuda çok önemli bir adım atılmıştır.

Bu standartlara göre veriyi elde etme süreci başlar. Burada bilgi işlem devreye girer ve işin teknoloji tarafını kotarır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Sağlık-NET, bu amaca hizmet eden/edecek projelerdir.

Elde edilen verilerden her bir karar için ayrı ayrı 'karar verme süreci' modellenir. Bu modelin teknoloji yönü bilgi işlemin, içerik belirleme yönü ise karar vericilerin katkı sağlayacağı bir iştir.

Tüm kamu kurumlarında nitelikli bilişim uzmanı istihdamı önemli bir sorundur. Web sitesi tasarımı öğrenmiş olan her bilgi işlem personeli, haliyle ilk olarak kendi kurumu için statik bir site geliştirmeye koyulmuştu. Bu sitenin bir hacker tarafından çökertilmesi sonucu kurumun itibarının ne olacağı da düşünül(e) mezdi. Sonunda, kamu sitelerimiz çökertile çökertile bu konunun bir tasarımcı işi olmadığı anlaşıldı.

Her bir kararda dikkate alınan göstergeler ve bu göstergelerin karardaki ağırlıkları, göstergelerin birbirleriyle korelasyonu nasıldır? İstatistik ve analiz yöntemlerinin en üst düzeyde kullanılmasını gerektiren bu aşama, işin en zor noktalarından birisidir.

Bu veya buna benzer bir politika ile fonksiyonel rollerine göre teşkilatlanmış kurumsal bir yapı, bilgiyi yönetmeye aday olacaktır. Bilginin peşinden koşma, ona ulaşma gayreti her dönem olmuştur; ama mistik bir ifadeyle bilgidan 'marifet'e vâsıl olmak istiyorsak bu işin sülûk şartlarına uymalı ve gayet sıkı bir riyâzete girmeliyiz.

Teşkilatlanma ile paralel olarak atılması gereken bir diğer adım da, doğru ve tutarlı bir ‘bilgi yönetimi yaklaşımı’ ya da politikasının belirlenmesidir. Şüphesiz bu konuda üst düzey yöneticilerin aklında bir model vardır ancak bu modeli uygulayacak birimlerin bunu doğru anladığına dair endişelerimiz var. En azından böyle bir politika yazılı bir şekilde mevcut değil.

Bilgi yönetimi ve Karar-Destek Sistemleri

Ham veriden bilginin elde edilmesini sağlayan yazılım sistemlerine “karar-destek sistemleri (KDS)” adı verilir. Diğer bir adı da iş zekâsı (business intelligence) olan KDS’ler, gelişmiş hesaplama ve istatistik fonksiyonlarına sahip ve hesaplanan bilgileri gelişmiş yöntemlerle gösterebilen sistemlerdir. Veritabanlarıyla olan yakın ilişkileri nedeniyle KDS’ler bilgi işlem birimlerinde konuşlandırılırlar. Ancak bu, içeriklerinin de bilgi işlem tarafından modelleneneceği anlamına gelmemelidir. Malesef pek çok kurum bu yanılgıya düşmekte ve KDS’leri etkin kullanılamamaktadır. Hâlbuki işin başında KDS’lerin tasarlanması dahi diğer birimlerin/karar vericilerin bilgi ihtiyaçlarına göre yapılması gereken bir iştir ve dolayısıyla daha ilk günden itibaren KDS’lerin sahibi ve şekillendiricisi karar vericiler olmalıdır.

KDS’lerin rolü, yukarıda bilgi yönetimi politikasındaki yöntem önerimizde 1. ve 5. maddelerde yer alan “bilgi ihtiyacı analizi” ile “karar sürecinin modellenmesi” konularıyla son derece ilgilidir ve gerek teşkilat yapısında, gerekse bilgi yönetimi politikasında buna uygun olan doğru bir yere oturtulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, şimdiye kadar Aile Hekimlerinden topladığı veriler için bir Karar-Destek Sistemi geliştirmiş ve iki yıldır kullan(dır)maya çalışmaktadır. Maalesef bu sistemin de “sahibi” bilgi



işlem zannedildiğinden beklenen verim hâlâ sağlanamamıştır. 2009 yılı başından itibaren hastanelerden de veri toplanarak KDS’sini genişletmeyi planlayan Bakanlığın bu konuya daha sistemli bir çözüm getirmesi aciliyet arz etmektedir. Nitekim “sahibi olmayan mal haraptır” ve bu KDS şimdiden doğru bir yere oturtulmazsa, bir süre sonra işletmesi yük haline gelen bir teknoloji oyuncağına dönüşecektir. Toplamak için onca emek harcadığınız verileri “karar sürecinde etkili bilgi”ye dönüştürmedikten sonra, bu kadar bilgi sisteminin ve projenin ne anlama geldiği de sorgulanmaya başlanacaktır. Ne gariptir ki bu sorgulama, bu hükümet tarafından bir önceki dönem için yapılmış ve Sağlık Bilgi Sistemi projesi bu probleme çözüm getirmek üzere başlatılmıştı. Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığında bir önceki dönemin bilgi yönetimi yapısındaki problemin nasıl tespit edildiğine bakalım:

“Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmektedir. Farklı birimler kendi ihtiyaçları doğrultusunda farklı veriler toplamakta, bu veriler il sağlık müdürlüğü aracılığıyla Sağlık Bakanlığına ulaştırılmaktadır. Veriler ilgili birim tarafından toplanmakta ve bu veriler Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından derlenip ista-

tistik yıllığı olarak çıkarılmaktadır. Ancak bu veriler bilgiye çevrilmemiş ve yönetim amacıyla kullanılamamıştır. Veri toplanmasında ve akışında yeterli denetim sağlanamadığı için istatistikî sonuçlar güvenilirlik açısından sorgulanmaktadır. Bu sorgulama ve oluşan güvensizlik, verilerin karar mekanizmalarında kullanılmasını engellemektedir”. Aynı kitapçık, bu probleme çözüm olarak geliştirilecek olan sistemi de şu ifadelerle tanımlıyor: “Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir... Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir

Sonuç olarak, çözüm adına ilerleme kaydetsek de SDP kitapçığında eleştirilen noktayı henüz aşabilmiş değiliz.

Örnek bir karar süreci

Mimari ve işin felsefesi konusunda bunca şey söyledikten sonra, sağlık sektörü yönetiminde basit gibi görünen kararların dahi son derece karmaşık süreçlerini barındırdığını ifade etmeden geçmeyelim. Bilgiden yoksun olarak karar vermeyi bırakın, elinizde gerekli her bilgi olsa dahi, pek çok karar çok sayıda optimizasyon problemleri içeriyor.

Basit bir kıyaslama yapabilmek için, her kurumda söz konusu olan “kaynak planlama” problemini ele alalım. Örneğin, bir araba fabrikası için kaynak planlama problemi şuna benzer: “Arabalara talebin önümüzdeki 6 ay içerisinde artması ihtimali yüzde 15, azalması ihtimali ise yüzde 5’tir. Üretim artırmak için iki alternatif yoldan birisi işçi/mesai artışı yapmak, diğeri ise ek donanım almaktır. Donanım ve işçi maliyetleri bilindiğine göre, alınacak kararların getireceği kar ve zararların miktarlarının ve ihtimalinin ne olacağını hesaplayınız?”

Bu problem, istatistikçilerin ve bilgisayar bilimi uzmanlarının aşına olduğu türden problemlerdir. Ancak benzer bir kaynak-ürün etkileşimini sağlık hizmeti için düşünmek mümkün değildir. Basit kaynak planlama problemleri bile stokastik bir işlem iken, sağlık alanındaki “bilinmeyen etmenlerin” sayısı çok daha fazladır. Üstelik diğer pek çok problemde olmadığı halde, sağlık sektöründe bu etmenler arasındaki çok karmaşık korelasyonlar (etkileşim) vardır.

Örneğin, bir hastanede mevcut olan hekim, yardımcı personel, laboratuvar cihazı... vs gibi değerleri kaynak, verilen hizmeti de ürün olarak ele alırsak şununla karşılaşırız. Kaynaklardan birini artırdığımızda her zaman ürün artmıyor. Çünkü, kaynaklar arasında korelasyon var. Örneğin laboratuvar cihazı aldınız, ama laboratuvar teknisyeniniz yok! Bu nedenle eğer herhangi bir kaynağı artırıyorsanız, ancak onun korelasyon içinde olduğu diğer kaynakları da artırdığınız taktirde ürün göstergeleri de artmaya başlar. Yani laboratuvar cihazı aldınız, laboratuvar teknisyeni de aldınız, bundan sonra ürün göstergesi olan tetkik sayısı artmaya başlar. Ama bir noktadan sonra tetkik sayısının da artmadığını görürüz. Çünkü bu artış yine bir kaynak darboğazına takılmıştır. Bu noktadan sonra da yine bir ürün göstergesi olan sevk oranı artmaya başlar. Çünkü tetkik yaptırılmayan hastalar, başka hastanelere sevk edilir. Buradan da tetkik sayısı ve sevk oranı gibi her ikisi de ürün tarafında olan gösterin kendi aralarında korelasyona sahip olduğunu anlarız. Dolayısıyla, sağlık hizmeti verilen bir yerde “hizmet gös-

tergelerini iyileştirmek için en az maliyetle hangi kaynakları artırmalıyız?” sorusu, istatistikçilerin de bilgisayar bilimi uzmanlarının da alışık olmadığı türden optimizasyon sorularıdır. Buradaki en zor nokta da korelasyonları tespit etmektir.

Sağlık yönetimi problemine bütünüyle baktığımızda karşımıza korelasyona sahip çok değişkenli doğrusal olmayan bir problem çıkar. Bunun kesin çözümünü bulmak yerine, olsa olsa ancak çözüme yaklaşabilirsiniz. Çünkü bu tür problemlerde tüm korelasyonları bilmek mümkün değildir. O yüzden hiçbir zaman “bütün”e ulaştığınızı düşünemezsiniz. Bilim felsefesinde yer alan ve Tantra’ya ait olan “bütün parçaların toplamından büyüktür” veya Adorno’ya ait “bütün yanlıştır” ifadeleri bu tip problemler için son derece uygundur.

Zaten bu yüzden KDS sistemleri altında gelişmiş istatistik ve analiz araçlarının yer aldığını ifade etmiştik. Ancak bunlar sadece birer araçtır ve siz modellemeszeniz size sadece düz listelerden oluşan rapor sunarlar. Onu yorumlamak ve oradan bilgi elde etmek sizin sorunuzun olarak kalmaya devam edecektir.

Veri hacminin artmasıyla orantılı olarak da, verilerin birer “zeki unsur” olan insanlar tarafından incelenmesi imkânsız hale gelmektedir. Bu nedenle bilgisayar bilimi uzmanları bilgisayarlara “zeka unsuru” kazandırılarak bu işi onlara yaptırmaya çalışmaktadır. Sonuç olarak, erken uyarı ve karar destek sistemi olarak bilgisayarlardan yararlanmak zaruret haline gelmiştir.

KDS sistemleriyle yapılacak olan “başarılabilir işler”, sanırım sağlık hizmeti yönetiminde yer alan problemleri küçük problemlere indirmek ve her birini bağımsız olarak ele alıp çözmeye çalışmaktan ibaret olacaktır. En azından yarın daha fazlasını yapabilmek için burası iyi bir başlangıç noktasıdır.

Sonuç

Yukarıda tek bir örnekle sağlık hizmetinde karar vermenin ne denli zor bir problem olduğunu ifade etmeye çalıştım. Yani aslında veriyi toplamak işin kolay tarafı ki, bu büyük ölçüde başarıldı. Daha düne kadar nasıl veri elde edeceğimizi konuşuyorken bugün Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Sağlık-Net projeleri sayesinde elektronik ortamda hayal edemeyeceğimiz kadar çok ve her geçen gün artan miktarda veriye sahip oluyoruz. Ancak KDS’mizi “karar sürecinde etkili bilgiyi” üretecek şekilde modelleyemezsek, yarın içerisinde pek çok bilgi barındıran yüzlerce ra-

Veri hacminin artmasıyla orantılı olarak, verilerin birer “zeki unsur” olan insanlar tarafından incelenmesi imkânsız hale gelmektedir. Bu nedenle bilgisayar bilimi uzmanları bilgisayarlara “zeka unsuru” kazandırılarak bu işi onlara yaptırmaya çalışmaktadır. Sonuç olarak, erken uyarı ve karar destek sistemi olarak bilgisayarlardan yararlanmak zaruret haline gelmiştir.

porumuz olacak, ama karar vericilerin bu raporlardan hangisine bakması gerektiği dahi başlı başına bir “kullanışlılık” problemi olarak karşımıza çıkacaktır. Bu durumda, hele kurumsal hafıza da yitirilirse, yönetimde olan kişiler haliyle eldeki “kullanışsız” sistemin yerine alternatiflerini aramaya başlayacaklar; ama onların da yapacağı şey son 6 yıl yapılan her şeyi tekrar etmekten ibaret kalacaktır.

Kaynaklar

SDP Kitapçığı, Aralık 2003 “3.6 Bilgi Sistemleri”.

Yuvarlak Masa: Sağlıkta insan gücü planlaması

SD

Sağlık sektörünün farklı kesimlerinden temsilcileri ile düzenli olarak bir araya gelen Grup Üsküdar'ın son yuvarlak masa toplantısında "Sağlıkta insan gücü planlaması" konuşuldu.

Kasım ayının son cumartesi günü gerçekleştirilen toplantıda Dr. Haluk Öz-sarı, Dr. Serdar Mercan, Dr. Aslı Ak-kor, Cengiz Babacan, Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Hüseyin Çelik, Dr.

Salih Kenan Şahin ve Dr Cem Köylü-oğlu konuyu tartıştı.

Haluk Öz-sarı: İnsan gücü planlama-sının sahibi kim?

Toplantının başında Dr. Haluk Öz-sarı sağlıkta planlamanın gerekçelerini anlattı. İnsan gücü denildiğinde bir örgütte çalışanların tümünün kastedildiğini kaydeden Öz-sarı, bunların doğru zaman, yerde, nitelik ve nicelikte insana sahip olduğu planlama faaliyetlerine ise insan gücü planlaması adı verildiğini kaydetti.

Dr. Öz-sarı konuşmasını şöyle sürdürdü: "Bu, hem kamuda, hem özelde personelin tümü için yapılır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık insan gücü sınıflamasını 29 başlık altında toplamıştır. Nusret Fişek ise kişiye yönelik, çevreye yönelik, laboratuvar personeli, sağlık uzman destek personeli gibi tanımlamıştır. 224 sayılı kanunda yükseköğrenim görmüş sağlık personeli ve yükseköğrenim görmemiş yardımcı sağlık personeli diye tanımlama yapmıştır. Aslında sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için üç temel oluşum var:





- 1: Yer ve yapı
- 2: Donanım
- 3: İnsan gücü

Sağlık insan gücü, belirli görevler için eğitilmiş, sağlık sektörünün genel sınırları ve ekip anlayışı içinde çalışan, herkesin fonksiyonelliğinin bu ekibe katkıda bulunduğu bir yapıdır. Bu tahterevallinin arz cephesinde iki husus dikkatimizi çekiyor. Bunlardan birincisi, sağlık emek yoğun bir hizmettir. Neden? İnsan kaynağını çok kullandığı için. Ama aynı zamanda teknoloji yoğunudur. Emek yoğunluğunun bir iki rakamını sizinle paylaşmak istiyorum. Eğer bir yanlım varsa özellikle Sağlık Bakanlığı yetkilileri lütfen beni düzeltsinler.

Sağlık personeline ödenen paraların toplamı, 2008 bütçesinde yüzde 68. Sayın Bakan'ın Plan Bütçe Komisyonu'ndaki konuşmasına göre 2009 bütçesinde bu oran yüzde 62. Yeşilkart ödenekleri hariç tabi. Tabi bu sektördeki emek yoğunluğunu gösteren bir tablo. Ama sağlık öyle bir sektör ki tıpkı eğitim gibi ne kadar çok tanınır-sa o kadar az beğeniliyor. Bir başka husus daha var ki sağlık hizmetini kullandıkça daha fazlasını istiyorsunuz.

13 yıl önce yapılan bir araştırmada sağlık meslek gruplarına 'Tekrar bu mesleği seçer miydiniz' diye sormuşlar. Yüzde ellinin üzerinde 'Başka iş yapmak isterdim' diyenler hemşireler, sağlık teknisyenleri ebeler, pratisyen hekimler. Burada Sabahattin Bey'e (Aydın) sormak isterim. Son dönemde buna benzer bir araştırma yapıldı mı ve bu oranlar değişti mi?

Sağlık insan gücünü belirlemede bir takım faktörler etkili oluyor. Bunlar;

Uygulanan sağlık politikası ve varılmak istenen hedef

Mevcut sağlık verilerinin yeterliliği ve güvenilirliği

Sağlık uygulamalarının yeterince ve etkili kontrol edilmesi

Hükümetlerin bu konudaki yaklaşımları

Özel sektörün sağlık hizmetleri içindeki rolü

Ve çok daha global anlamda ülkenin gelişmişlik düzeyi

Sürece baktığımızda sağlık insan gücünde planlama, üretim ve yönetim süreçleri var. İnsan gücü planlamasında, her işte olduğu gibi önce bir hazırlık aşaması var. Sağlığa ayrılan kaynaklarla ilgili bilgi toplamaya kadar giden, daha sonra da bir model oluşturup bununla ilgili uygulama, izleme ile biten bir süreç bu. Sağlık hizmetlerinde insan gücü planlamasında bu güne kadar 5 doğru söyleniyordu. Artık buna altıncısı da eklendi. Sağlık insan gücü planlaması; doğru sayıda kişinin, doğru yer ve zamanda, doğru becerilerle, doğru tutum ve davranışlarla, doğru maliyetle istihdam edilmesini sağlamaktır. 50'li yıllarda bugün adı Dünya Bankası olarak bilinen Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'nın hükümetimiz ile hazırladığı bir rapor var. Ve o zaman bile denmiş ki, 'Sağlık personeli hat derecede azdır'. Buna yönelik başka tespitler de var. 1955'de Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı döneminde Milli Sağlık Programı etüdü yapılmış. Bu konuda öğrenci yetiştiren okulların sayısının artırılacağı söylenmiş. Gene 1963'te ve 1990'da da benzeri bir çalışmalar yapılmış.

Fakat sağlık insan gücü planlamasında çok etkin bir rol alan bir kamu kurumu var: Devlet Planlama Teşkilatı. Bu ilginç tespiti bence hiç unutmamalıyız. Sağlık insan gücü planlaması her dönemde farklı bir yöntemle hesaplanmış. Ve uzman hekim açığının kapatılmadığı söylenmiş. Sonunda çok özet olarak 4 tür sağlık insan gücü planlama yöntemi var:

1) Finansmanla yönlendirilen talep projeksiyonu: Burada maliyeti karşılanan personeli planlıyoruz. 'Ben ne kadar personelin maliyetini karşılayabilirim' denilerek planlama yapılıyor.

2) Kuruma Dayalı Genişleme Modeli: Burada 'benim ne kadar sağlık tesisim var, buralarda ne kadar sağlık insan gücüne ihtiyacım var' denilerek plan yapılıyor.

Salih Kenan Şahin: İnsan gücü planlamasına ihtiyaç var mı sorusunu sanırım

artık hiçbirimiz sormuyoruz.

Yani ihtiyaç var. Bunu

hepimiz kabul ediyoruz.

Özel sektörün önünü

açacak bazı çözüm

önerilerinin işe yarayıp

yaramayacağı noktasında

ben emin değilim.

Bakanlığın denge politikasını

bozacak bir çözüm

önerisinin kabul görmesi

noktasında benim

endişelerim var.

3) İhtiyaç Değerlendirme Modeli: Burada toplumun ihtiyaçlarına bakılarak planlama yapılıyor.

4) İş Yüküne Dayalı Modeli: Burada ise kurumlara yapılan başvurularla personelin iş yükü kıyaslama yapılıyor ve planlama yapılıyor. WHO'nun önerdiği yöntem de, son dönemde en çok kullanılan model budur.

Türkiye'de sağlık insan gücü planlamasının sorunlarına girmeyeceğim. En önemli sorun, bu işin sahibinin kim olduğu konusudur. YÖK mü, DPT mi, Sağlık Bakanlığı mı? Yoksa bunun içinde STK'lar da olmalı mıdır? Olmalı ise nasıl bir katkı sağlamalılar? Bana kalırsa bu işin tek bir sorumlusu olmalı. İş yüküne dayalı planlama ağırlıklı bir süreç yaşanmalı ve önce hizmetin, sağlık insan gücünün standartları belirlenmeli ve bunlar ülke genelinde izlenmelidir. Son olarak şunu söylemek istiyorum: Bizler hepimiz aynı dili konuşuyoruz ama bu planlama sürecini gerçekleştirebilmek için aynı duygu-



Hüseyin Çelik: Uzun yıllar Türkiye’de birçok konuda olduğu gibi sağlıkta da sorundan beslenildi. Bu bir siyaset tarzı belki de. Sorun neydi? İnsanlar doktora, ilaca, yataklı tedaviyle, teknolojik cihazlara ulaşamıyordu. Bu sayede birçok başhekim bir takım insanların işini görme vesilesi ile milletvekili oluyordu. Son dönemde ise ülkemizde siyaset tarzı değişti, sorundan değil de çözümden beslenen bir mantığa oturdu.

ları paylaşmalıyız. Tıpkı Mevlana’nın dediği gibi.”

Serdar Mercan: Doktor görmemiş birçok bölge, kalıcı olarak doktorla tanıştı

Dr. Serdar Mercan, konuşmasında sağlık insan gücü planlaması ile son dönemde ciddi manada bir iyileşme olduğuna dikkat çekti. Doktor görmemiş birçok bölgemize kalıcı olarak, uzun süreli doktorların gittiğini kaydeden Mercan, özel sektörde ise ivmenin aritmetik olarak artmaya başladığını savundu.

Mercan konuşmasını şöyle sürdürdü: “Vatandaşa hizmetin en doğru şekilde sunulması için doğru bir planlama gerekti. Türkiye’de uzman hekim açısından özeldeki istihdam edilen hekim yüzde 30’u geçmek üzere. Ama yatak dağılımındaki yatak hak edışı yüzde 15

oranında. Bunu dengelemek gerekiyor. Bakanlık her yönden ulaşılabilirliği artırıyor. Belli merkezlerde yığılmaların önüne geçilmeye çalışılıyor. Bunun için hizmeti kamu da, özel de verebilir, bu önemli değil.

Personel maliyetleri ciddi bir risk olmaya başladı. Bu kontrolsüz düzenleme personel maliyetlerini yükselteceği için doğal olarak özel sektör sürdürülebilirlik sorunu yaşamaya başladı. Bunları da oturup hep birlikte değerlendirmeli ve bir modelleme yapılmalıdır.”

Aslı Akkor: Kadrolar taşeron firmalara doğru kayıyor

Dr. Aslı Akkor ise sağlık işgücünün ileriye dönük motivasyonunun azaldığını gözlemlediklerini kaydetti. 2007 yılından beri bu konuda çalıştıklarını kaydeden Akkor şöyle dedi: “Özel ve kamunun bir arada harmanlandığı ve farklı bir yapılanmayla gidiş söz konusu idi. 2008 başından beri alınan kararlar ve nihayet Kasım ayındaki düzenlemeler ile birlikte ülkenin içindeki durum farklı bir noktaya doğru gitmiş gözüküyor. Bizim gözlemlerimize göre sağlık işgücünün ileriye dönük motivasyonu azalmış durumda. Türkiye’nin diğer bölgeleri kendi içinde harmonize olmakta. Bunlar kendi sorunlarını çözmektedir. Ancak İstanbul ve çevresinde özel sağlık sektörünün hızlı yükselişi ve personelin beklentilerinin farklılaşması söz konusu. Ancak özellikle Kasım’dan itibaren bu beklentilerin aşağı indiğini görüyoruz.

Özel sektördeki istihdam Eylül ayından itibaren yavaşlama ve durma boyutuna geldi. Sağlık işletmeleri yaşamaya dönük olarak bazı önlemler aldılar. Maaş indirimleri çok arttı. Kadroların toplu olarak taşeron firmalara doğru kaydığını, bunu kabul etmeyenlerin işten çıkarıldığını çok net olarak gözlemlemekteyiz. Bu demotivasyon, sağlıkta hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilecek bir unsur olarak altı çizilmesi gereken bir nokta. Kurumlar bir şekilde motivasyonu sağlayacak önlemlere gitmek durumunda ama çok çarpık önlemlere gidiyorlar.”

Cengiz Babacan: Elimiz kolumuz bağlandı

Cengiz Babacan ise konuya özel hastaneler cephesinden yaklaştı. Sağlık insan gücü planlamasındaki sorunların üzerine ekonomik krizin geldiğini kaydeden Babacan ancak bu iki konuyu birbirinden ayırabilmenin bu noktada çok önemli olduğunun altını çizdi. Babacan şöyle dedi: “Yani bir krizden bahsetmiyor olsaydık planlama ile ilgili sorunlarımız neler olurdu, bunu net olarak belirlememiz lazım. Aksi takdirde bir yandan olayın aslını unutuyor olacağız. Öbür yandan yanlış tedbirler alabiliriz.

Bir özel sağlık kuruluşunun yöneticisi olarak söylemeliyim ki; elimiz kolumuzu bağlanmış olarak hissediyoruz. İnsan gücü planlamasını kendi kendimize yapamıyoruz. Şu iki noktanın üzerinde dikkatlice durmamız gerekiyor. Doğru sağlık insan gücü planlaması yapmak ve eldeki kaynağı verimli kullanabilmemiz gerekiyor. Sanıyorum bu noktada Sabahattin Bey’in (Aydın) söyleyeceği şeyler vardır.

Sabahattin Aydın: “Yeni üniversiteler, okyanusta yüzmeye çalışıyorlar”

Babacan’ın ardından Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın söz aldı. Konuşmasında kendisinden önceki konuşmacıların soru ve eleştirilerine yanıt veren Aydın sözlerini şöyle sürdürdü: “Konuşmalara baktığımda herkesin haklı bir bakış açısı ile bulunduğu yerden resmi görmeye çalıştığını görüyorum. Örneğin eski yıllarda hizmetin kaynakla birlikte kısıtlı olması nedeniyle az çok bir denge oluşabildiği, 2008’de özellikle Marmara’dan başlayarak sorunların başladığı söylendi. Bunlar son derece doğru tespitler. Ancak dikkat ederseniz çok büyük bir resmin küçük bir kesiti bu. Sadece bu kesitle uğraşırsak bence planlamadan kastedilenin ne olduğunu da, sorunların gerçek boyutunu da çok iyi kavrayamayız. Hatta resim o kadar büyük ki, önümüzdeki ana unsur sağlıkta insan gücü planlaması mı, yoksa sağlık planlaması mı,



bunu da düşünmek lazım. Çünkü sağlık hizmetleri doğru planlanmazsa insan gücü de zaten planlanamaz.

Şunu belirtmeliyim ki, sağlık hizmetlerinin planlanması noktasında ciddi bir sıkıntı içindeyiz. Bu konu maalesef Behçet Uz'un döneminde tartışılmaya başlanmış, bugüne kadar tatminkar bir sonuca ulaşmamış. Ben içinde bulunduğumuz bu dönemin bir fırsat olduğunu düşünüyorum. Çünkü hızlı bir bakanlık değişimi olduğunda bir sağlık planlamasına gidemeyeceğiz, hala bunu tartışıyor olacağız.

Sağlık Bakanlığı, 2004'ten itibaren katı bir uygulama ile sağlık personeli planlamasına gitti. O kadar katı ki, doktor arkadaşlarımızın hemen hemen tümü buna tepki gösterdi. Bu katı planlama kısmen hemşireler için de geçerli. Ne var ki, bu noktada elimizde iki kontrolsüz alan var: üniversiteler ve özel sektör. Burada özel sektör temsilcileri var. Onlar bu durumu yaşıyorlar. Ben biraz daha üniversiteler açısından konuya bakmaya çalışacağım. Tabi burada, bu tartışmanın içinde özellikle yeni kurulmuş bir üniversitenin tıp fakültesi dekanının olmasını arzu ederdim. Çünkü onlar henüz problemin tam farkında olmadan okyanusa atlamışlar, büyük balıklar arasında yüzmeye çalışıyorlar. Zor bir süreç giriyorlar. Bu planlamadan, planlama ihtiyacından hiç haberleri yok. Örneğin aklıma ilk gelen yerleri söyleyeyim; Giresun ve Rize tıp fakülteleri. Tıp fakültelerinin prestiji araştırma hastaneleri ile yükseliyor. Şimdi bir hastane açtığınızda 36 tane anabilim dalı kurmak yani daha en başta 36 yönetici doktor atamak durumundasınız. Sadece doktor olarak birkaç yüz kişiye ihtiyacınız var. Üniversite hastanesinde bu kadar personele ihtiyaç var ama Sağlık Bakanlığı planlama çerçevesinde bu ilde nüfusa oranla yeterince doktor var, daha fazlasını

kabul edemem deme durumundadır. Aksi takdirde personel planlamasının anlamı kalmaz.

Sağlık Bakanlığı kendi içinde insan gücü noktasında tavizsiz davrandıkça, sağlık personeli kontrolsüz alanlara kaçıyor. Üniversitelerde akademik kariyer elde edemeyenler büyükşehirlerdeki üniversitelerin medikososyal merkezlerine tayin için uğraşıyorlar. İstanbul'a memur doktor olarak gelebilmenin yolu olarak belediye kadroları kullanılıyor. Belediyenin hiçbir cerrahi birimi yok ama buralarda birçok genel cerrahın çalıştığını biliyorum. Eğer bir sorumluluğu yerine getirme durumundaysanız bu asla sadece Sağlık Bakanlığı'nın kadrolarının planlaması ile olmaz. Öyle olursa kamu otoritesi kendi lokal tedbirlerini almaya başlar ki, bu birçok kurum için ve hatta sağlık sistemi için çok tehlikeli bir durum olur: Bütün işi kendi alanında çözmeye çalışır, kabuğuna çekilir. Mesela bir süre sonra üniversitelerle ve özel hastanelerle sosyal güvenlik anlaşmaları sona ermeye başlar. Bunun olmaması için onların da sistemin içine girmeleri ve doğal olarak bu planlamaya dâhil olmaları gerekir.

Hüseyin Çelik: Sağlıkta uzun yıllar sorundan beslenildi

Prof. Aydın'ın ardından toplantının moderatörü Hüseyin Çelik söz aldı. Konuşmasına "İzin verirsiniz ben biraz siyaset yapacağım" diye başlayan Çelik, Türkiye'nin sağlık politikalarının genel çerçevesini çizdi.

Çelik şöyle dedi: "Uzun yıllar Türkiye'de birçok konuda olduğu gibi sağlıkta da sorundan beslenildi. Bunun da en iyi örneğinin SSK hastaneleri olduğunu düşünüyorum. Vatandaşlar, siyasetçiler sorunun tüm tarafları çözümü bilmesine rağmen uzun yıllar sorunla yaşaya geldik. Sorun neydi? İnsanlar doktora, ilaca, yataklı tedaviyle, teknolojik cihazlara ulaşamıyordu. Bu bir si-

Sabahattin Aydın: Kalite deyince hemen 'x' hastanesinin kalitesini göz önüne alıyorsunuz. Ama sağlık sisteminin kalitesine bakılmıyor. Bakın sağlık sisteminde kalite şartının en önemli ilkesi hakkaniyettir. Hakkaniyet, hizmet sunumunda insanlar arası ayrıcalık gözetmemektir. Bakanlık hakkaniyeti gözetirken kimseyi ayırt etmemek sorumluluğundadır.

yaset tarzı belki de. Bu sayede birçok başhekim bir takım insanların işini görme vesilesi ile milletvekili oluyordu. Son dönemde ise ülkemizde siyaset tarzı değişti, sorundan değil de çözümden beslenen bir mantığa oturdu. Her ne ise bunun da bedeli ödenmek suretiyle toplumun sağlığa, eğitime ulaşmasının önündeki barajlar yıkılmaya başlandı.

'Sağlıkta neler oluyor' sorusuna benim cevabım bu şekildedir. Bir baraj yıkıldı ve akan herkes sudan bir şekilde beslendi. En büyük pastayı Sağlık Bakanlığı hastaneleri aldı. Üniversite hastaneleri bu kaynaktan en az beslendi. Özel sağlık sektörü, tıbbi malzeme, ilaç, inşaat ve sağlığın etrafında hale oluşturmuş pek çok sektör, birikmiş talebin önündeki engellerin kaldırılmasının ardından bu kaynaktan beslendi. Ki burada üç dört kat



artırılan bir kaynaktan söz ediyoruz. Bütün bir sektör, ta ki 2007'ye kadar bu kaynaktan beslendi. 2007'nin seçim sonrasına denk düştüğünü de burada not düşelim. 2007'de barajdaki su, birikmiş potansiyel dağıldı. Arkadan gelen suyun miktarı da azalınca her ülkede, her sistemde olan kontrol mekanizmaları devreyle girmeye başladı. Özetle aslında şu anda yaşadığımız şey, uzun dönem biriken potansiyelin açığa çıkması, bundan da herkesin pay alması, daha sonra da doğal olarak bir daralmanın başlamasıdır.

İlaç sektörü ile konuştuğumuzda bıyık altından bize gülüyorlar. Çünkü onlar bu süreci yaşadı ve sistemi tekrar oturtular. Biz bir taraftan bu sancıları yaşıyoruz. Artan taleple birlikte ortaya çıkan hekim istihdamı oluştu. Barajın hep böyle gür akacağını sanıp pozisyon alanlar şimdi sorun yaşıyor. Yatırım planlamaları, barajdaki suyun bir gün kesileceği üzerine yapılsaydı muhtemelen bu kadar trajik sorunlar yaşanmayabilirdi.

Bir diğer konunun altını çizmek istiyorum. Özel teşebbüs artan talebini karşılamak için kamu ne veriyorsa bir fazlasını vererek istihdamın yolunu buldu. Bakanlık biraz da kendisinin dikkate alınması için ani bir frene bastı. Ve bundan kamu da, özel de zarar gördü. Çünkü bu kadar katı geçiş sorgulanmaya başlandı. Şimdi taraflar aynı masada oturabilir durumda. Ben şimdi kendi adıma, semptomların da tedavi edilmesi adına kamunun biraz daha esnek olması gerektiğini düşünüyorum.

Sabahattin Aydın: 100 bin doktorumuz var, her yıl 2 bin 500'ü sistem dışına çıkıyor

Çelik'in ardından Müsteşar Yardımcısı Aydın söze girdi ve 'doktor sayısı yeterlidir' diyenlere şöyle yanıt verdi: "Ben biraz provoke etmek adına bir rakam vereyim. Şu anda 100 bin doktorumuz var. Bunların 40'ta biri, yani 2 bin 500 doktor her yıl sistem dışına çıkıyor. Yani her yıl sadece 2 bin 500 doktor yetiştirsek bile sonsuza kadar doktor sayımızı artıramayız. Ancak sabit tutarız."

Hüseyin Çelik: Ama Bakanlık personeli bir Allahın kulu da 'hekim açığı vardır' demedi

Sabahattin Aydın'ın işaret ettiği konuya Hüseyin Çelik'ten ilginç bir tepki geldi. "Öyleyse bir provokasyon da ben yapmak isterim" diyen Çelik, konuşmasını şöyle sürdürdü: "2006'da 9. Kalkınma Planı'nı konuşuyorduk. Hatta Haluk Bey'de (Özsarı) aynı komisyonda idi, konuşulanların şahididir. Masada kamu ve özel kuruluşlardan, yine STK'lardan temsilciler vardı. Komisyon başkanının da taraf olduğu görüş olarak, 'hekim azlığı söz konusu değildir. Hekim azlığı değil, az olmadığı rapora geçirilsin' dediler. Ben de sadece bu noktada yönteme eleştiri getirdim ve 'önce bu konuyu bir tartışalım önce' dedim. Olay o kadar büyüdü ki, o dönem Sağlık Bakanlığı temsilcisi olarak o masada oturan bir Allahın kulu da kalkıp 'hekim açığı vardır' demedi. Hekim ihtiyacı ile ilgili tartışma hiç yaşanmadı.

Sabahattin Aydın: Zaten bu toplantılara kızağa alınanlar gönderiliyor

Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Çelik'in bu çıkışını, "Zaten bu toplantılara Bakanlıkta kızağa alınanlar, dolayısıyla

yönetime tepkili olanlar gönderiliyor" sözü ile karşıladı. Ekonomik krizin etkilerini hatırlatan Aydın "Ben olaya tersinden bakayım" dedi ve şöyle devam etti: "Sağlıktaki bu değişim döneminin ekonomik kriz ile eş zamanlı ilerlemesi belki de özel sektör için bir avantaj. Şöyle ki, şimdi bütün özel işletmelerin azalan personellerini nasıl verimli kullanabileceklerine dair plan, program yapması lazım. Örneğin 'x' hastanesinin personel maaşını üçte bir oranda düşürdüğünü duydum, ama personelbunu kabulleniyor ve yerinde duruyor. Eğer ekonomik kriz tablosu olmadan böyle bir planlamaya gitseydiniz o doktorların hiçbirini durmazdı orada. Herkesin beklentilerinde bir düşme oldu. Dolayısıyla aslında bu dönemde işletmeler personel azaltma, ödemeler ile oynama ve yeniden doğru planlama anlamında krizi belki de bir fırsat olarak değerlendirebilir.

Beş yıl önceydi; Bakanlığın merdivenlerinde bir sendika başkanına rastladım. Bir şikâyet gelmiş. Aya-küstü konuştuk, 'sağlık ocaklarına niye döner sermaye vermeyi kestiniz' dedi. Danıştay'ın bu konudaki yürütmeyi durdurma kararını hatırlattım. 'Danıştay'a da davayı siz açmıştınız' dedim. Tabi üyeleri de orada başkanlarına tepki gösteriyordu. 'Ama biz davayı o nedenle açmamıştık' dedi. Malesef sadece Bakanlık politikasına karşı çıkmak adına açılan davanın sonucunun neye yol açacağı kestirilemediği için durum böyle oluyor. Yani icraat baştan iyi tasarlanmaz, etraflı düşünülmezse doğru sonuca ulaşamıyor. Sadece Bakanlık değil, sivil toplum kuruluşları da,

özel yatırımcılar da bu konuda dikkatli olmak zorundadır.

Salih Kenan Şahin: Bakanlığın denge politikasını bozacak bir çözüm önerisi kabul görmez

Aydın'ın ardından Dr. Salih Kenan Şahin söz aldı. Konuşmasında "Niyetlerin sorgulandığı, insanların samimiyetlere inanılmadığı bir ortamda gerçek anlamda bir sağlık insan gücü planlaması yapılması mümkün müdür" diye soran Şahin, şöyle dedi: "İnsan gücü planlamasına ihtiyaç var mı sorusunu sanırım artık hiçbirimiz sormuyoruz. Yani ihtiyaç var. Bunu hepimiz kabul ediyoruz. Özel sektörün önünü açacak bazı çözüm önerilerinin işe yarayıp yaramayacağı noktasında ben emin değilim. Bakanlığın denge politikasını bozacak bir çözüm önerisinin kabul görmesi noktasında benim endişelerim var.

Sabahattin Aydın: Afakî konuşuyoruz, 15 günde bir istatistikî raporlar çıkartılıyor

Şahin'in ardından Prof. Dr. Sabahattin Aydın tekrar söz aldı. Bazı konuşmalar da ülkemizdeki sağlık politikalarına ilişkin rakamların belirsiz olduğuna dair yorum yapıldığını söyleyen Aydın bu duruma itiraz etti. Sağlık Bakanlığı olarak neredeyse 15 günde bir istatistikî raporlar çıkarttıklarını kaydeden Aydın, "Ne Sağlık Bakanı'nın ne de YÖK Başkanı'nın bu konudaki açıklamaları afakî bilgilere dayanmıyor. Bakın olay sayı tartışması ise, sorun bana ben size önemdeki bütün istatistikî verileri sunayım" dedi.

Aydın daha sonra bir başka konuya atıfta bulundu. Türkiye Kalite Derneği KALDER'in bir kongresini hatırlatan Aydın şöyle dedi: "Kongrede ben de konuşmacılar arasındaydım ve sağlıkta kaliteyi anlattım. Orada da bu konular gündeme geldi. Kalite deyince hemen 'x' hastanesinin kalitesini göz önüne alıyorsunuz. Ama sağlık sisteminin kalitesine bakılmıyor. Bakın sağlık sisteminde kalite şartının en önemli ilkesi hakkaniyettir. Hakkaniyet, hizmet sunumunda insanlar arası ayrıcalık gözetmemektir. Bakanlık hakkaniyeti gözetirken kimseyi ayırt etmemek sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığı bu ülkenin kaynaklarını optimal düzeyde kullanırmak, dağıtmak durumdadır. Farklılaşmak isteyen, başka bir kaynak arayışına girmek durumundadır.

Salih Kenan Şahin: Bakanlık provoke ediyor

Aydın'ın ardından yeniden Dr. Salih Kenan Şahin söz aldı. Bakanlığın politikalarına eleştiriler getiren Şahin, şöyle konuştu: "Sağlık Bakanlığı düzeltmeyi

provoke ediyor. İşin olağan akışına bırakmıyor, doğal düzeltmeyi beklemiyor. Planlama adıyla belirsizlik politikası uygulandığı kanaati giderek toplumda yaygınlaşıyor. Sektör, krizin bitmesini Sayın Bakan'ın gidişine bağlıyor gibi bir projeksiyona dönüyor. Tartışmanın ana konularının bilimsel dayanağı ve inandırıcılığı yetersiz. Özel sektör için sınır niye gerekli? Sınırın yüzde 20 olmasının dayanağı ne? Doktor sayımız az mı? Azsa ne kadar az? Tüm alanlarda mı? Artmasının sağlık maliyetleri üzerine etkisi olmayacak mı? Bu tartışma düzeyinin sektör üzerinde olumsuz etkisi ihmal edilebilir düzeyde mi? Başka sektörlerde böyle bir şey mümkün mü? Sağlıktaki işten çıkarmalar önemsiz mi?

Sabahattin Aydın: Aman Sayın Bakan bunu duymasın!

Şahin'in eleştirilerinin ardından Sabahattin Aydın bir kez daha söz aldı. "Ben Salih Kenan Bey'i destekleyen bir şey söyleyeyim" diyen Aydın, "Doktor sayısının az olması aslında belki de sağlık sistemi için bir şans (!)" diye devam etti. Aydın şöyle dedi: "Şu anda doktor sayısı bizim iki katımız oranında olan ülkelerde bile doktor sayısının az olduğu tartışmaları sürüyor. Bence olaya tersinden bakalım: Doktor sayısının az olması bence sağlık sistemi için bir şans. Aman sayın bakan bunu duymasın. (Kahkahalar) Şaka yapıyorum. Bu sözümünden, doktor sayısının azaltılması gerektiği gibi bir yorum çıkartılmasın. Türkiye'de bugün doktor sayısı belli oranda azaltılsa, bir şekilde sağlık harcamaları da azalır. Bakın tecrübelerime dayanarak diyebilirim ki, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri böyle hızla kaldıracak bir başka bir ülke örneği yoktur. Bütün bunlara rağmen sağlık harcamalarının korkulacak seviyeye yükselmemesinin nedenlerinden biri de doktor sayısının azlığıdır. Şimdi mümkün değil ama doktor sayısının bir anda artırılması, sağlık sisteminin finansmanı açısından risklere neden olur. Doktor sayısının azlığı ya da çokluğu o günkü politikalarla ilgilidir. Yani vatandaşınızı ne kadar sağlık sistemi ile buluşturduğunuza bağlıdır. Devlet olarak sağlık harcamalarını çok kısar, vatandaşın hizmete erişiminin önüne engeller yığarsanız, durum değişir, doktor sayısının yeterli olduğuna kani olursunuz. Bence kişinin sağlık hizmetine erişimindeki engel, önüne geçip dur demek şeklinde olmamalı; aşırı kullanımı önlemenin yolu belki arkasından çekmek şeklinde olabilir. Katkı payını o yüzden savunuyorum. Yani katkı payı böyle sırlayıcı bir engel."

Cengiz Babacan: Doktor sayısı arttığında sağlık harcamaları gerçekten yükselir mi?

Toplantının sonuna doğru Cengiz Babacan bir kez daha söz aldı. Babacan, Prof. Aydın'dan doktor sayısı-sağlık maliyetleri noktasında bir açıklama istedi. Babacan şöyle dedi: "Ben Sabahattin Bey'in (Aydın) 'doktor sayısı arttığı zaman sağlık harcamaları yükselir' sözü noktasında bir şeyler söylemek istiyorum. Doktor sayısı azaldığında doktorun hastaya ayırdığı zaman da azalacak, yanlış teşhis ve tedaviler ile sağlık harcamaları daha fazla yükselecektir. Bu noktada Sabahattin Bey'den yeni bir açıklama daha bekliyorum.

Sabahattin Aydın: Ama rapor öyle demiyor

Babacan'ın ardından Aydın hemen söze girdi ve bu konuda yapılmış bir araştırmanın sonuçlarını hatırlattı. Aydın şöyle dedi: "Doktorun hastaya daha fazla zaman ayırmasının sağlık maliyetlerini azaltacağı hep söylenen bir şey ama Yapılan çalışmalar her zaman bunu desteklemiyor, ayrıca harcamayı etkileyen faktörler tek boyutlu değildir. Birçok yönü var. Doktor sayısı ile bağlantı kurmam, harcamalara yol açacak eylemlerde ana yetki sahibi olan doktor olduğundandır. Sayısını artırdıkça bu yetki daha çok kullanılacaktır.

Cem Köylüoğlu: Yabancı meslektaşlarımıza hastanelerde ayakta tedaviyi açıklayamıyoruz

Yuvarlak Masa'da son sözü, etkinliğin ev sahibi Dr. Cem Köylüoğlu aldı. Etkinliğe katılanlara geldikleri için teşekkür eden Köylüoğlu, gelişmeleri özel sigorta şirketlerinin gözüyle değerlendirdi. Köylüoğlu şöyle dedi: "Özel sigorta şirketleri olarak uzun vaat edemediğimiz beklenti ve projeksiyonumuz, sosyal sağlık sisteminin rayına oturması ve iyi bir noktaya gelmesidir. Bizler de finansal sistemi bir noktaya getirmek istiyoruz. Benim önerim, hastanelerin ayakta tedavi hizmetlerinden arındırılması ve sadece yatan hastalara hizmet vermesidir. Biz Avrupa'daki sağlık sigortası ile ilgilenen meslektaşlarımıza ülkemizdeki bu durumu anlatmakta zorlanıyoruz. Orada bu durum izole edilmiştir. Dolayısıyla uzun vadede bu politikaları da planlamak gerektiğini düşünüyorum."

Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu: Hepatit B taşıyıcılığı evlilik için engel değildir

Prof. Dr. Recep Öztürk

Kronik hepatit B enfeksiyonu ülkemizin çok önemli bir halk sağlığı sorunu. Konuyla ilgili en çok sorulan soruları Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve www.hepatitmiyim.com internet sitesinin kurucusu ve yöneticisi Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu'na yazılı olarak sorduk.

Kronik hepatit B neden önemlidir?

Dünyada yaklaşık olarak 350-400 milyon insanın hepatit B virüs (HBV) ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise taşıyıcılık oranı yüzde 5'dir. Ülkemizde yaklaşık 3.5 milyon in-

san bu etkeni taşımasına rağmen maa-lesef hastalığın kendisinde olduğunu bilen insan sayısı 500 bini geçmemektedir. Kronik hepatit B özellikle siroz ve hepatosellüler kanserin önemli nedenidir. Türkiye'de karaciğer transplantasyonunun da en sık nedenidir.

HBV'nin çocuklukta alınması ile erişkinde alınmasının hastalığın seyri üzerine etkisi var mıdır?

Yenidoğan döneminde enfekte olan bireylerde kronikleşme riski yüzde 90 civarındadır. Bu durumun tam nedeni bilinmemekle birlikte bağışıklığın yeterince gelişmemiş olması kronikleşmede rol oynayabilir. 1-5 yaş arası geçirilen akut enfeksiyon sonrası kronikleşme riski yüzde 30'dur. 6 yaş üzerinde ve

erişkinlerde ise bu oran yüzde 2-10 arasında değişmektedir. Enfeksiyonun alınma yaşı kronik hastalığın seyrine de etkilidir.

Erişkin çağda geçirilen enfeksiyonda immuntolerans genellikle görülmez ve immunreaktif fazı kısadır. 2 yaşın altında etkenin alındığı durumlarda ise uzun süreli immuntolerans ve immunreaktif fazı görülür.

Kronik hepatit B'nin fazlarını biraz daha açabilir misiniz?

Bu süreç 4 faza ayrılabilir (Tablo 1). İmmuntolerans, immunklirens, inaktif HBsAg taşıyıcılığı ve reaktivasyon (HBeAg negatif kronik hepatit B). İmmuntolerans fazında HBeAg pozitif,



HBV DNA düzeyi yüksek (≥ 20.000 IU/ml), ALT düzeyi normaldir. Karaciğer hasarı yoktur veya çok azdır. Özellikle gençlerde görülen bu fazda virüsün bulaşma olasılığı yüksektir.

İmmünlirens fazında immunolojik yanıt görülür. HBeAg pozitif, HBV DNA ≥ 20.000 IU/ml'dir. Karaciğerde hepatosit nekrozu, ALT düzeyinde yükselme görülür. İlerleyen karaciğer hasarı sonucu siroz ve siroza bağlı komplikasyonlar gelişebilir.

HBeAg serokonversiyonu sonucu inaktif hepatit B taşıyıcı döneme geçilir. Bu dönemde anti HBe pozitif, HBV DNA < 2.000 IU/ml ve ALT düzeyi normaldir ve karaciğerde hasar minimaldir. Spontan olarak HBsAg kaybı ve anti HBs oluşma oranı yıllık yüzde 1-3'dür. İnaktif taşıyıcı döneme giren olguların 2/3'ünde yaşam boyu komplikasyon ve reaktivasyon görülmez.

Dördüncü faz ise HBeAg negatif kronik hepatit B'dir. Bu faz HBV DNA ve ALT düzeyinde yükselme ve aktif hepatit ile karakterizedir. İmmünyetmezlik veya immünsüpresif tedavi de taşıyıcılarda reaktivasyona neden olabilir. Anti Hbe negatifleşip HBeAg tekrar pozitifleşebilir.

İnaktif hepatit B kavramını biraz daha açar mısınız? Kronik aktif hepatitten ayırt etmede HBV DNA'nın yeri nedir?

Kronik aktif hepatit ile inaktif taşıyıcılığı birbirinden ayırt edilmesi gerekir. İlkinde komplikasyon gelişme riski yüksektir ve tedavi verilmesi gereken bir durumdur. Kronik aktif hepatitte HBeAg pozitif ise HBV DNA düzeyi ≥ 20.000 IU/ml, HBeAg negatif ise ≥ 2.000 IU/ml'dir ve ALT düzeyi genellikle yüksektir. İnaktif taşıyıcılarda ise HBeAg negatif, HBV DNA düzeyi < 2.000 IU/ml ve ALT düzeyi normaldir. Kronik aktif hepatitte HBV DNA düzeyi dalgalanma gösterebileceği, spontan remisyonlar olabileceği için yanlışlıkla taşıyıcı olarak tanı alabilir-

ler bu nedenle, inaktif taşıyıcı tanısı ilk defa konulan olgularda başlangıçta 3 ay ara ile HBV DNA ve ALT düzeyinin takip edilmesinde yarar vardır. Bir yıldan sonra ise yıllık kontrol yapılması yeterlidir.

Kronik hepatit B enfeksiyonunun komplikasyonları nelerdir?

Kronik hepatit B seyri sırasında siroz, karaciğer yetmezliği, hepatosellüler kanser ve ekstrahepatik hastalıklar (poliarteritis nodosa, glomerülonefrit) gelişebilir. Siroz gelişmesi ALT düzeyinden bağımsızdır. Toplumda yapılmış kohort çalışmalarda HBV DNA düzeyi ≥ 2.000 IU/ml ve 40 yaşın üzerindeki kişilerde siroz ve hepatosellüler kanser gelişme riski yüksektir.

HBeAg pozitif olgularda yıllık siroz gelişme oranı yüzde 2-5'dir, bu oran HBeAg negatif olgularda daha yüksektir (yüzde 8-10). Siroz gelişiminde sonra yıllık dekompansementasyon oranı yüzde 3'dür. Dekompansasyonun en sık görülen bulgusu asittir. Sarılık, varis kanaması ve hepatik ensefalopati görülebilir. Dekompansasyon gelişen olgularda prognoz iyi değildir. 5 yıllık yaşam yaklaşık yüzde 15'dir.

Kronik hepatit ve siroz hastalarında yıllık hepatosellüler kanser gelişme sıklığı yüzde 2'dir. Beş yıllık kümülatif insidans yüzde 15-20'dir.

Hastalıkta ilerlemenin durdurulması veya komplikasyon gelişmemesi için ne yapılmalıdır?

Bahsedilen oranlar izlemi yapılmayan ve tedavi verilmeyen olgular için geçerlidir. Özellikle inaktif hepatit B taşıyıcısı olan kişiler mutlaka hekim kontrolünde olmalıdır. Bu olgularda genellikle 6 ayda bir muayene yapılması, ALT düzeyine bakılması gereklidir. Yine bu olgularda her yıl mutlaka karın ultrasonografisi yapılmalı, alfa fetoprotein düzeyi ölçülmelidir. Olguların düzenli olarak kontrol edilmesi halinde karaciğer hasarına ait bulgular erken-



den saptanabilir ve tedavi edilebilir.

Aktif hastalığı olsun veya olmasın tüm HBV tüm HBsAg pozitif olgular için içmemeli, karaciğer hasarına neden olabilecek ilaçları hekime danışmadan kullanmamalıdır. Eğer Hepatit A'ya karşı bağışık değilse hepatit A aşısı yapılmalıdır.

Kronik hepatit B'li hangi olgular tedavi edilmelidir?

HBeAg pozitif kronik hepatit B'li olgularda HBV DNA ≥ 20.000 IU/L ve ALT düzeyi normalin 2 katından yüksek ise tedavi adaydır. Bu olgular 3-6 ay süre ile HBeAg serokonversiyonu açısından izlenir. Eğer HBeAg serokonversiyonu olmaz ise karaciğer biyopsisi yapılarak ve histolojik aktivite indeksi ≥ 4 ve/veya fibroz ≥ 2 olan olgularda tedavi verilmelidir. HBV DNA düzeyi yüksek ama ALT düzeyi normal ile 2 kat arasındaki olgular eğer 35-40 yaş üzerinde ise karaciğer biyopsisi yapılması önerilir.

HBeAg negatif olgularda tedavi için sınır değer 2.000 IU/L'dir. ALT düzeyinden bağımsız olarak olarak HBV DNA sınır değerinin üzerinde ise karaciğer biyopsisi yapılması önerilir.

Siroz olgularında ALT düzeyi yükselmeyebilir, bu nedenle tedavi başlamak için değerlendirme kriteri olarak alınmaz. Kompanse sirozda HBV DNA ≥ 2.000 IU/L ise tedavi verilmelidir. Dekompansasyon sirozda ise saptanabilir HBV DNA düzeyi olan tüm olgulara antiviral tedavi verilmelidir. Tüm bu bilgilerin yanı sıra her hasta tedavi açısından ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Tablo 1: Kronik Hepatit B Fazları

Faz	ALT	Karaciğer histolojisi	HBV DNA	HBeAg
İmmüntolerans	Normal veya hafif yüksek	Minimal aktivite	≥ 20.000 IU/ml	Pozitif
İmmünlirens	Yüksek (devamlı veya aralıklı)	Aktif, nekroinflamatuvar aktivite ≥ 4	≥ 20.000 IU/ml	Pozitif
İnaktif taşıyıcılık	Devamlı normal	İnaktif, nekroinflamatuvar aktivite < 4	< 2.000 IU/ml	Negatif Anti HBe pozitif
Reaktivasyon	Yüksek (dalgalanma gösterebilir)	Aktif, nekroinflamatuvar aktivite ≥ 4 , fibroz mevcut	≥ 2.000 IU/ml	Negatif, Anti HBe pozitif



Tedaviden beklenen nedir?

Tedavinin amacı uzun süreli HBV DNA'nın süpresyonu ve siroz ve hepatosellüler kanser gelişimini önlemektir. HBeAg pozitif hastalarda anti HBe oluşması (serokonversiyon) tedavinin bir diğer hedefidir. Tedavi ile HBsAg'nin kaybı ve anti HBs oluşumu görülebilir ama maalesef oranı düşüktür (< % 6).

Tedavide hangi ilaçlar kullanılmaktadır?

Pegile interferon alfa ve nükleozit/nükleotid analogları (lamivudin, adefovir, entekavir, tenofovir) ülkemizde kronik hepatit B tedavisinde ruhsat almış ilaçlardır. Pegile interferon kronik hepatitte bir yıl süre ile kullanılır. Nükleozit/nükleotid analoglarının tedavi süresi ile ilgili net bir süre tanımlanmamaktadır. Bununla birlikte en az bir yıl süre ile kullanılmaları önerilmektedir. HBeAg pozitif olgularda serokonversiyon gelişikten sonra altı ay daha verilip kesilebilirler. HBeAg negatif olgularda ise süre belirsiz olup, yaşam boyu kullanılmaları önerilmektedir. Antiviral tedavinin kesilmesini takiben virolojik ve klinik relaps görülebilir.

Kullanımda olan çok sayıda ilaç var, hangisi ilk seçenek olmalıdır?

Tedavi seçenekleri her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Pegile interferon tedavisinin süresinin belirli olması

nedeniyle özellikle HBeAg pozitif, ALT düzeyi normalin 2 katından yüksek ve genç hastalarda ilk seçilecek ilaç olmalıdır. Pegile interferonun HBeAg negatif hastalarda etkinliği düşüktür. Ayrıca ALT < 2x ve HBV DNA > 2x10⁷ IU/ml ise pegile interferon tedavisine yanıt oranı düşüktür. HBeAg negatif olgular nükleoz(t) it analogları ile tedavi edilebilir.

Antiviraller içinde hangisi ilk seçenek olmalıdır?

European Association for the Study of Liver (EASL) önerileri 2009 yılında yayımlandı. Ülkemizde ise Viral Hepatit Savaşım Derneği (VHSD)'nin Kronik Hepatit B Tanı ve Tedavi Rehberi Kasım 2008'de güncellendi. Bu rehberleri incelediğimizde yüksek direnç sorunu nedeniyle lamivudinin tedavide ilk seçenek olarak kullanılması önerilmediğini görüyoruz. Adefovirin HBV DNA düzeyini hızla düşürmemesi ve daha potent bir ilaç olan entekavirin kullanıma girmesi nedeniyle adefovir de ilk seçenek ilaçlar arasında yer almamaktadır. Entekavir ve tenofovir hızlı viral süpresyon yapmaları, naiv hastalarda direnç sorunun düşük olması nedeniyle ilk seçenek ilaçlardır.

İlaçlara karşı direnç gelişebileceğini belirtiniz, bu sık görülen bir durum mudur?

“Özellikle birden fazla cinsel partneri olanlar, kontrolsüz cinsel ilişkide bulunanlar, damar içi ilaç alışkanlığı olanlar, kronik renal yetmezlikli olgular, kronik hepatit B olgularının ev içi temaslıları ve eşleri ile sağlık çalışanları, HBV enfeksiyonu açısından risk altındadır.”

Pegile interferon kullanımında direnç görülmez. Nükleozid/nükleotid analoglarının kullanım süresi uzadıkça etkinliği de artmaktadır. Bununla birlikte, antiviral direnç olasılığı da artış göstermektedir. Lamivudin tedavisi verilen olgularda ilk yılın sonunda olguların yüzde 23'ünde direnç görülürken beşinci yılın sonunda da bu oran yüzde 65'e çıkmaktadır. Adefovire ise direnç gelişimi yavaştır. İlk yılda direnç görülmezken beşinci yılın sonunda genotipik direnç yüzde 29'a ulaşmaktadır. Daha önce lamivudin tedavisi almamış olgularda entekavire direnç gelişimi nadirdir (Beşinci yılda yüzde 1.2). Bununla birlikte Lamivudin dirençli olgularda entekavir kullanımı ile direnç daha hızlı gelişir ve birinci yılın sonunda direnç yüzde 6 iken, beşinci yılın sonunda kümülatif direnç oranı yüzde 51'dir. Tenofovir yeni kullanıma girmiş bir antiviraldir ve 2 yıllık kullanım sonunda direnç gösterilmemiştir.

Antiviral direnç geliştiği nasıl anlaşılabılır?

Antiviral verilen ve virolojik yanıt alınan olgularda ALT düzeyi normal olsa bile HBV DNA düzeyinde 10 kat (1 log) artış saptandığında direnç akla gelmelidir. Biyokimyasal kırılma (HBV DNA düzeyinde ≥ 1 log artış) direnç gelişikten yaklaşık 2 ay sonra ortaya çıkar. Bu nedenle antiviral kullanımı sırasında 3-6 ay ara ile HBV DNA düzeyi takip edilmelidir. HBV DNA düzeyinde ≥ 1 log artış saptandığında bir ay sonra test tekrarlanarak doğrulanmalıdır. Bu olgularda tedavi uyumu ve kullanılan ilaç dozunda sorun yok ise antiviral direnç mutasyonu araştırılmalıdır.

Direnç gelişmesi halinde tedavide yaklaşım ne olmalıdır?

Antiviral direnç saptanan olgularda çapraz direnç göstermeyen farklı bir nükleoz(t) id analoguna geçilmesi veya mevcut tedaviye eklenmesi önerilmektedir.

Tablo 2: Hepatit B virus enfeksiyonu risk grupları

Cinsel partnerinde HBsAg pozitifliği olan kişiler
Çok sayıda kişi ile cinsel ilişki kuranlar
Erkek erkeğe cinsel ilişkide bulunanlar
Damar içi ilaç alışkanlığı olanlar
HIV pozitif olgular
Kronik hepatit B olgularının ev içi temaslıları
Bakım evinde yaşayan ve gelişme geriliği olan olgular ile onlara bakım veren personel
Sağlık çalışanları
Kronik renal yetmezlikli olgular
Hemodiyaliz
Periton diyalizi

Kronik hepatit B tedavisinde bitkisel ilaçlar kullanılabilir mi?

Gelişigüzel kullanılan bitkisel ilaçlar karaciğere zarar verebilir. Hastalıkta alevlenmeye neden olabilir. Bitkisel ilaçlar ile tedavide kullanılan ilaçlar arasında etkileşim veya geçimsizlik olabilir, bu nedenlerle hekime danışmadan bitkisel ilaç kullanılmamalıdır.

Kimler hepatit B açısından taranmalıdır?

Hepatit B taraması özellikle hepatit B virus (HBV) enfeksiyonu açısından risk altındaki kişilerde durumun saptanması ve seronegatif olanların aşılama için önerilir. Olası HBV enfeksiyonunun kişinin sağlık durumunu bozacağı durumlarda da HBV taraması yapılmalıdır.

Özellikle birden fazla cinsel partneri olanlar, kontrolsüz cinsel ilişkide bulunanlar, damar içi ilaç alışkanlığı olanlar, kronik renal yetmezlikli olgular, kronik hepatit B olgularının ev içi temaslıları ve eşleri ile sağlık çalışanları, HBV enfeksiyonu açısından risk altındadır (Tablo 2). Hepatit B taraması hepatit B virus enfeksiyonu riski taşıyan kişilere yapılmalıdır. Risk grubunda olmayan bireylerde hepatit B taramasının yapılmasına gerek yoktur.

Serolojik durumu bilinmeyen hamileler ilk kontrollerinde HBV açısından araştırılmalıdır. Bu şekilde HBsAg pozitif hamileler saptanarak doğum sırasında, bebeğe HBV'ni geçişi açısından etkin önlemler alınabilir.

Kronik karaciğer hastalığı olanlarda, hepatit B bulaşı açısından riskli bir yalanma olmadığı sürece HBV enfeksiyonu riski yoktur. Bununla birlikte herhangi bir kronik karaciğer hastalığı olan kişide gelişecek olan akut hepatit B enfeksiyonu fulminan hepatit gelişme riskini artırabilir. Özellikle hepatit C ile enfekte kişilerde eklenecek olan akut hepatit B, hastalığın ilerlemesini artırabilir. Bu nedenle kronik karaciğer hastalığı olan kişilerde HBV taranmalı ve seronegatif olanlar aşılanmalıdır.

İnaktif hepatit B taşıyıcısı olgularda malignite tedavisi amacıyla yapılacak olan kemoterapi, immünsüpresif tedavi hepatit B'de alevlenmeye neden olabilir. Bu olgularda HBV enfeksiyonu olup olmadığı test edilmelidir.

Kan, plazma sperm, organ ve doku vericileri HBV olup olmadığı yönünden test edilmelidir. Transplant hastalarında yoğun immünsüpresif tedavi hepatit B'de alevlenmeye neden olabilir, bu nedenle transplantasyon yapılacak olguların hepatit B serolojisi bilinmelidir. **İmmünsüpresif tedavi sırasında inaktif hepatit B olgularında reaktivasyon**

riski olduğuna göre bu olgularda nasıl bir yaklaşım öneriyorsunuz?

İmmünsüpresif veya sitostatik kemoterapi tüm hastalarda tedavi öncesinde HBsAg pozitifliği araştırılmalıdır. Eğer HbsAg pozitif saptanırsa HBV DNA ve ALT düzeylerine bakılarak, inaktif ve kronik aktif hepatit ayrımı yapılmalıdır. Sonucuna göre eğer kronik hepatit düşünülüyor ise tedavi açısından değerlendirilmelidir. İnaktif taşıyıcılarda ise antiviral profilaksi kemoterapiden en az 1 hafta önce başlanmalı e immünsüpresif tedavi bitiminden sonra en az 6-12 ay devam edilmelidir. Profilaksi süresi bir yıldan uzun olmayacak ise lamivudin tercih edilebilir, dah uzun süreli profilaksi yapılması gerken olgularda entekavir veya tenofovir verilir.

Hepatit B'ye karşı kimler aşılanmalıdır?

Hepatit B'ye karşı biraz önce bahsettiğim risk grubundaki tüm kişiler aşılanmalıdır. Ayrıca hastalıktan korunmak isteyen kişiler de hepatit B aşısı yaptırabilir. Ülkemizde 1998 yılından bu yana yenidoğan tüm bebeklere ücretsiz olarak hepatit B aşısı yapılmaktadır.

Kronik hepatit B olgularında hepatit B aşısı yapılabilir mi?

Bu konuyu iki açıdan ele alabiliriz. Birincisi kronik hepatit B olgularına durumları bilinmeksizin aşı yapılması, istenmeyen bir etkiye neden olmaz. İkinci durum aşının bu olgularda tedavi edici olarak kullanılıp kullanılmayacağıdır. Bu konuda yapılan çalışmaların bir kısmında sınırlı bir etki görülse de rutin olarak kullanımı için öneri yoktur.

HBsAg taşıyan kişilerin evlenmesinde sakınca var mıdır?

Hepatit B taşıyıcılığı evliliği belirleyici resmi muamele olan nikâh işlemine engel değildir. Evlenecek kişilerin birbirlerine ait sağlık sorunlarını özellikle evliliğin bir parçası olan ve cinsel ilişki ile bulaşabilen sağlık sorunlarını bilmeye hakkı vardır. Kişilerden birinde hepatit B taşıyıcılığı var ise evleneceği kişiye hepatit B aşısı yapılarak hepatit B'den korunmak mümkün olabilir. Hepatit B aşısı ile antikor oluşana kadar geçecek sürede erkek prezervatif kullanarak cinsel ilişkide bulunulabilir.

Yayınladığınız hepatit bilgilendirme sitesi hakkında bilgi verebilir misiniz?

İzlemine ve tedavisini yaptığımız kronik hepatit hastalarının çoğunluğunun hastalıkları hakkında bilgilenebilmek için internete başvurduklarını gördük. En sık yakınmaları sordukları sorulara yanıt alamamaları ve internette birbiri

Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan Hakan Leblebicioğlu 1994 yılında doçent, 2000 yılında ise profesör olmuştur. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD), Viral Hepatitle Savaşım Derneği (VHSD), American Society for Microbiology (ASM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) ve World Association of Medical Editors (WAME) dernekleri üyesidir. "Clinical and Laboratory Standards Institute" Kuruluşunda "Diagnostic Microbiology for Limited Resource Laboratories" komitesinde danışman olarak görev yapmaktadır. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) ve TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Grubu (SBAG) Yürütme Kurulu üyesidir. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials Dergisi Editörü ve Flora Dergisi yardımcı editörüdür. Leblebicioğlu'nun ulusal dergilerde yayınlanmış 75 makalesi, uluslararası dergilerde basılmış 66 yayını, 6 kitap editörlüğü ve 20 kitap bölümü mevcuttur. Yayınlarına Science Citation Index (SCI) kapsamındaki dergilerde 393 atıf yapılmıştır. Başlıca ilgi alanları, hastane enfeksiyonları, viral hepatitler ve leptospirozdur. İyi derecede İngilizce bilen Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu, evli ve iki çocuk sahibidir.

ile çelişen bilgiler olduğu şeklindeydi. Bu konuyla ilgilenenlerin aradıkları bilgilere kolayca ulaşabilmeleri için Kasım 2007'de www.hepatitmiyim.com sitesini kullanıma açtık. Bu adreste halka ve hastalara yönelik viral hepatitler ilgili bilgiler, sarılık için risk faktörleri, tedavi, korunma, aşılar gibi konulara yer verilmiştir. Ülkemizde alanında uzman olan öğretim üyelerinin danışmanlığında hazırlanan site de sık sorulan sorular, ayın konusu, son eklenen sorular gibi bölümler ile sarılıklar hakkında merak edilen konular hakkında detaylı bilgi edinilebilmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarının değişen epidemiyolojisi ve Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü ihtiyacı

Prof. Dr. Recep Öztürk



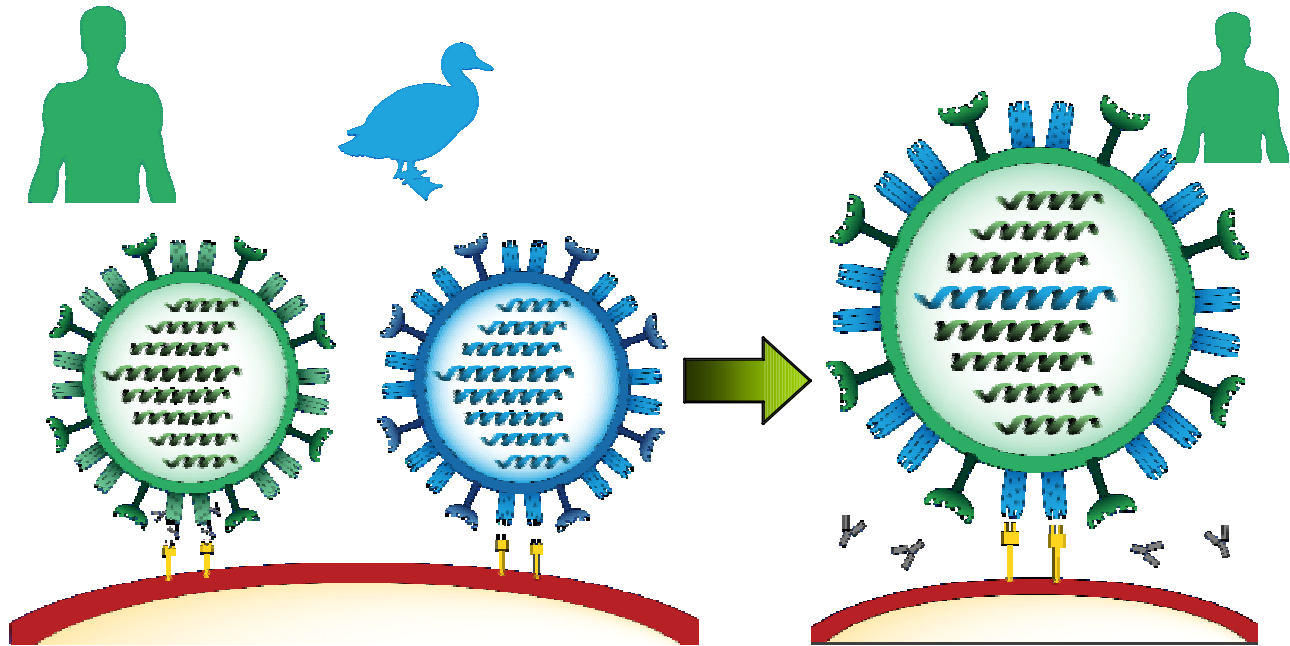
1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpınar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki 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.

Enfeksiyon hastalıkları, insanlık için her zaman sorun oluşturmuş, oluşturmakta ve oluşturmaya devam edecektir.

Medeniyetleri ciddi şekilde etkileyen hatta yıkılmasına sebep olan veba, sıtma, tüberküloz,

kolera, tifüs gibi enfeksiyon hastalıklarından bir kısmı bugün hala önemini korumaktadır. 1900'li yılların başında dünyadaki ölümlerin yüzde 50 den fazlası enfeksiyonlara bağlıydı ve sadece tüberküloz, pnömoni, ishal tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 30'una neden olmaktaydı. 1940'lı yıllardan itibaren kullanıma giren antibiyotik-

lerin giderek artması, antiparaziter, antifungal ve antivirallerin genişleyen spektrumu, daha iyi konaklama ve beslenme koşullarının yaygınlaşması, emniyetli gıda ve su imkanlarının artması, değişik hastalıklara karşı bağışıklıma imkanı, düzelen hijyen ve sanitasyon gibi önlemler enfeksiyonların özellikle gelişmiş ülkelerde azalması-



Grip virüsünde ileri düzeyde antijenik değişim (shift)



Kırım Kongo Kanamalı Ateşi; Kaynak: Mustafa Aydın Çevik ve Hurrem Bodur

na, bir kısmının eradike edilmesine imkan sağlamıştır.

Bu başarının doğurduğu güven sonucu enfeksiyonlara karşı ilgisinin azalması, antimikrobiklere karşı giderek artan direnç sorunu ve sanayinin antimikrobik madde geliştirilmesine daha az önem vermesi gibi nedenlerle enfeksiyonlarda yeniden artma eğilimi belirmiştir.

Antimikrobik maddelerin ilk kullanıma girdiği dönemlerdeki enfeksiyon sorununun kökten çözüleceği ümidi, zaman içinde antimikrobik maddelere karşı gelişen direnç nedeniyle beklenen sonucu doğuramamıştır. Buna rağmen etkin bir aşılama programı ile çiçek gibi ciddi bir halk sağlığı sorunu eradike edilebilmiş (1977), poliomyelit, kızamık vb yaygın hastalıkların eradikasyonları gündeme gelmiştir.

Tanı, tedavi ve korunma alanındaki

Tablo: Yıllara Göre Ülkemizde Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olguları ve Ölüm

Yıl	Vaka	Ölüm
2003	150	6
2004	249	13
2005	266	13
2006	438	27
2007	717	33
2008	1308	63

büyük ilerlemelere rağmen enfeksiyonlar DSÖ verilerine göre halen dünyadaki ölüm nedenlerinin yüzde 20-25'ini (yaklaşık 13 milyon/yıl) oluşturmaktadır. En sık ölüm neden olan enfeksiyonlar, pnömoni (3.5 milyon), AIDS (2,3 milyon), ishalli hastalıklar (2.2 milyon), tüberküloz (1.5 milyon), sıtma (1.1milyon) ve kızamıktır (Bir milyon). Pnömoni ve ishale bağlı ölümlerin çoğu küçük çocuklarda olmaktadır. ABD'de enfeksiyonlara bağlı ölümler 1981-1995 yılları arasında yıl başına yüzde 4,8 artarak 100 bin kişide yüzde 36'dan yüzde 63'e çıkmıştır.

Ülkemizde de enfeksiyon hastalıkları en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Nitekim, ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre hastalık yükü sıralamasına bakıldığında ilk beş neden sırası ile kardiyovasküler hastalıklar, nöropsikiyatrik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları (HIV hariç), yaralanmalar ve maternal-perinatal nedenlerdir. Ayrıca, ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında alt solunum yolu enfeksiyonları beşinci sıradadır (yüzde 4,2).

Son 20-30 yıl içinde yeni enfeksiyon hastalıkları tanımlanmış, ayrıca yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları dünyada pek çok ülkede artış göstermeye başlamıştır.

Lejioner hastalığı, Lyme hastalığı, **Escherichia coli** O157:H7'ye bağlı hemolitik üremik sendrom, **Vibrio cholerae**

Tanı, tedavi ve korunma alanındaki büyük ilerlemelere rağmen enfeksiyonlar DSÖ verilerine göre halen dünyadaki ölüm nedenlerinin yüzde 20-25'ini (yaklaşık 13 milyon/yıl) oluşturmaktadır. En sık ölüme neden olan enfeksiyonlar, pnömoni (3.5 milyon), AIDS (2,3 milyon), ishalli hastalıklar (2.2 milyon), tüberküloz (1.5 milyon), sıtma (1.1milyon) ve kızamıktır (Bir milyon).

O139'a bağlı kolera, insan bağışıklık yetmezliği virus (HIV) enfeksiyonu/ AIDS, hepatit C, hepatit E, **Cryptosporidium** ve **Cyclospora** enfeksiyonu, deli dana hastalığı (bovin spongiform ensefalopati (BSE)/"variant" Creutzfeldt-Jakob hastalığı), Nipah virus, hanta virus, değişik hemorajik ateşler (ülkemizde Kırım-Kongo hastalığı), SARS, kuş gribi bu yeni etkenler veya enfeksiyon hastalıkları arasında ilk akla gelenlerdir. Bu yeni hastalıkların ortaya çıkışı yanında tüberküloz ve klasik kolera (Güney Amerika ve Afrika'da) gibi eski hastalıkların yeniden önem kazanacak seviyede görülmeye başlanması insan ekolojisindeki değişikliklere dikkatleri çekmektedir.

Farklı sebeplerle enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojisinde değişiklikler olmakta; bazı önemli hastalıklarının enfeksiyöz etyolojisi saptanmakta, yeni etkenler ve enfeksiyonlar belirlenmekte veya önemini kaybetmiş bazı enfeksiyon hastalıkları yeniden önem kazanmaktadır. Bazı enfeksiyonları eradike edebilmiş, diğerlerini önemli ölçüde azaltabilmiş gelişmiş ülkeler için bile enfeksiyon hastalıkları yeniden tehdit oluşturmaktadır.

Yaşlanan nüfusun artması, büyük şehirlerin artması (kalabalık yaşam, sağlık hizmetleri yetersizliği), küresel iklim değişiklikleri, uluslararası seyahatte artış, gıda ve gıda ürünlerinin küresel üretimi ve dağıtımı, göçler, savaşlar ve diğer afetler, invazif tıbbi uygulamalarda ve protez kullanımındaki artış, transplantasyon uygulamalarındaki artış, mikropların adaptayon



Çipek hastalığı; Kaynak: CDC

nu ve değişiklikleri (mutasyon sonucu değişiklikler), antimikrobiklere dirençli mikropların ve pestisitlere dirençli vektörlerin yaygınlaşması, insan davranışlarındaki değişiklikler (güvenli olmayan cinsel ilişki ve cinsel davranış değişiklikleri, alkol ve damar içi ilaç bağımlılığı), biyolojik terör tehdidi vb bazı nedenlerle toplum ve hastane kökenli enfeksiyonlarda epidemiyolojik değişiklikler olmakta ve yeni sorunlar yaşanmakta olup bu sorunların halk sağlığını baş edilemeyecek düzeyde tehdit edecek boyutlara ulaşmasından korkulmaktadır. Nitekim dünyadan eradike edilen çipek hastalığının biyoterör tehdidi bağlamında yeniden dünya için tehdit oluşturabileceği korkusu vardır.

DSÖ, enfeksiyon hastalıklarının eskiye göre günümüzde daha hızlı yayıldığı konusunda uyarıda bulunmuştur.

ABD, NIC (National Intelligence Council), yeni ve yeniden önem kazanan

enfeksiyon hastalıklarının gelecek 20 yıl içinde hak sağlığını olumsuz etkilemeye devam edeceğini tahmin etmekte olup daha önce bilinmeyen ve günümüzde tedavisi olmayan yeni enfeksiyon etkenlerinin (HIV, Ebola, Hepatit C, Nipah virus,...) gündemde olduğunu belirtmektedir. HIV/AIDS, Tüberküloz, sıtma, hepatit vs enfeksiyonlar öldürmeye devam edeceğini ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin ana nedeni olacaklarını tahmin etmektedir. Ayrıca akut solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni, grip), kızamık, ishalleri hastalıklar yüksek seviyede görüleceğini bildirmektedir.

Dün ve bugün sorun oluşturan ve gelecekte de ulusal ve küresel sorunlara neden olacak enfeksiyon hastalıklarıyla tanı, tedavi ve korunma alanlarında ciddi mücadele gerekmektedir.

Mevcut hastalıkların, yeni saptanan enfeksiyonların erken teşhisi; antimikrobiklere direncin yaygınlaştığı günümüz-

de farklı tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi; tanı, tedavi ve kontrol alanında gelişmelerin sağlanması için epidemiyoloji ve patogeneze vb konularda ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Son 5-6 yıldır ülkemize giderek önemini artıran Kırım-Kongo Kanamalı (tablo 1) ateşi ve diğer zoonoz hastalıkları; küresel bir sorun olan olası grip pandemisi ve kuş gribi, tüberküloz (özellikle çok ilaca dirençli tüberküloz); hastane enfeksiyonları ve salgınları; antimikrobik maddelere karşı direnç; gıdavesukaynaklı enfeksiyonlar, şu anda ülkemiz için öncelikle uğraşılması gereken enfeksiyon hastalıklarına ve ilişkili sorunlardan önde gelen birkaç örneğidir.

Ülkeler enfeksiyon hastalıkları ve diğer ulusal sağlık sorunlarını çözmek için ülke çapında hizmet veren, ülkenin sağlık politikaları konusunda strateji geliştiren kurumlara sahiptirler. ABD'de NIH (Ulusal Sağlık Enstitüsü)



Güney kutbuna yakın Patagonya'da karasal buzulların 1928-2004 yıllarındaki durumlarının karşılaştırması, buzulların hızla eridiğini ve dolayısıyla hava sıcaklığının arttığını göstermektedir. (Vatan Gazetesi 30.01.2005)

ve CDC(ABD Hastalık Kontrol Merkezi), AB ülkelerinde değişik ulusal kurumlar yanında ECDC bunların örnekleridir. Ülkemizde ise 1928'den beri bu hizmet Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB) tarafından verilmektedir. RSHMB ülkemize çok önemli hizmetler sunmuştur. Bununla birlikte hızla gelişen bilim ve teknolojiye paralel olarak bu güzide kurumumuz son 30-40 yıl içinde ulusal ve kurumsal olarak yaşanan yönetsel sorunlar nedeniyle gelişmelere ayak uydurmada zorlanmış ve bazı alanlarda NIH gibi kurumlara göre geri kalmıştır. Son 7-8 yıldır gayretli idarecilere rağmen bu fark henüz kapanamamıştır. Önceliği ve önemi nedeniyle Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü ihtiyacına özellikle vurgu yapmak istiyorum. Hazırlanan kanun taslağına göre RSHMB Ulusal Halk Sağlığı Kurumu olarak yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmete devam etmesi istenen bu kurumla ve ilgili yasa taslağıyla ilgili görüşlerimizi bir sonraki yazımızda daha ayrıntılı olarak ele alacağız. Şimdilik sadece bu kurumun özerk olması gerektiği ve çağdaş yönetim modelleri dikkate alınarak en etkin bir yönetim organizasyonuna kavuşturulması dileğimi iletiyorum. Dünyadaki örnekleri mutlaka dikkate alınıp, ilgili kurumun yetkinliği ve saygınlığı öncelikle gözetilmelidir.

Son zamanlarda Kırım Kongo Kanamalı Ateşi sorunu nedeniyle ülke çapında bazı merkezlerin kurulma teşebbüslerini basından takip ediyoruz. Hatta bir ilimizde ziraatçılar tarafından bir kene hastalıkları araştırma merkezi kurulacağı ve bu amaçla DPT'den 9 milyon YTL proje desteği alındığı haberleri basına yansıdı. Başka çalışmaların varlığı da gündemdir. Yukarıda bahsedilen ulusal ve küresel ölçekteki sorunlarla ve yaygın enfeksiyon hastalıkları konusunda kanımca uygun fiziksel alt yapı, modern araç ve gereçle donanmış ve ülkenin en yetkin bilim ve araştırma adamlarını multidisipliner bir yapıda bir araya getirebilecek referans kurumlara ihtiyaç vardır. Ülkenin kısıtlı ekonomik kaynaklarını etkin kullanmakta bunu gerektirir. Aksi halde uzun erimli olmayan, multidisipliner anlayışla ciddi bir insan gücü kadrosu kurma imkânı olmayan ve ciddi bir stratejik planlama yapılmadan kurulacak bölgesel merkezler geçici bir başarının sahibi olabilse de ülke çapında etkili olabilen kalıcı çözümler üretmezler. Doğrusu proje destek kurumları (TÜBİTAK, DPT vb) bu tip ulusal temsil gücü olması gereken konulardaki projeleri desteklerken çok daha dikkatle davranmak zorundadır.

Haliyle bu konuda esas yapılması gereken ülkenin öncelikli sağlık sorunlarına çözüm üretecek ulusal halk sağlığı kurumumuz olan RSHMB'nın hızla reorganize olması ve gelişmiş ülke modellerindeki gibi ülkenin sağlıkla ilgili tüm stratejik planlama, araştırma ve geliştirme projelerine öncülük etmesidir. Yeniden organizasyon esnasında, diğer enstitülerle birlikte, "Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü" mevcut ve gelecek sorunlara çözüm üretecek, alanında en yetkin bilim adamlarının çalıştığı bir yapıda teşkilatlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Altekruze SF, Cohen ML, Swerdlow DL. Emerging foodborne diseases. *Emerg Infect Dis* 1997 ;3:285-93.
2. Armstrong G L, Conn LA, Pinner Y. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *J. Am. Med. Assoc.* 1999; 281:;61-6.
3. Blanco JR, Oteo JA. Rickettsiosis in Europe. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 ;1078:26-33.
4. Bouma MJ, Dye C. Cycles of malaria associated with El Niño in Venezuela. *JAMA* 1997; 278:1772-4
5. Brower J, Chalk P. The global threat of new and reemerging infectious diseases : reconciling U.S. national security and public health policy, 2003.
6. Cohen ML. Changing patterns of infectious diseases, *Nature*, 2000;406:762-7.
7. Colwell R, Epstein P, Gubler D, et al. Global climate change and infectious diseases. *Emerg Infect Dis* 1998; 4:451-2
8. O'Dowd A. Infectious diseases are spreading more rapidly than ever before, WHO warns. *BMJ* 2007;335:418.
9. Estrada-Peña A, Zatansever Z, Gargili A, Aktas M, Uzun R, Ergonul O, Jongejan F. Modeling the spatial distribution of crimean-congo hemorrhagic fever outbreaks in Turkey. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2007 ;7:667-78.
10. Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, Corvalan C. Climate change and human health: impacts, vulnerability, and mitigation. *Lancet.* 2006 ;367:2101-9.
11. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2008_09_10/en/index.html (erişim tarihi: 9 Kasım 2008)
12. Kuhn KG, Campbell-Lendrum DH, Armstrong B, Davies CR. Malaria in Britain: past, present, and future. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003 19;100:9997-10001.
13. McGreevy PB, Dietze R, Prata A, Hembree SC. Effects of immigration on the prevalence of malaria in rural areas of the Amazon basin of Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1989; 84:485-91.
14. Öztürk R. Yeni ve yeniden gündeme gelen gıdalarla bulaşan patojenler. *Yeni ve yeniden gündeme gelen enfeksiyonlar:genel Bakış* (Koku



Son zamanlarda Kırım Kongo Kanamalı Ateşi sorunu nedeniyle ülke çapında bazı merkezlerin kurulma teşebbüslerini basından takip ediyoruz. Hatta bir ilimizde ziraatçılar tarafından bir kene hastalıkları araştırma merkezi kurulacağı ve bu amaçla DPT'den 9 milyon YTL proje desteği alındığı haberleri basına yansıdı.

nuk editör: Ulusoy S). 2003:18-24.

14. Öztürk R. Küresel ısınma ve enfeksiyon hastalıkları, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi)*, 2007;2:18-9.
15. Patz JA, Epstein PR, Burke TA, Balbus JM. Global climate change and emerging infectious diseases. *JAMA* 1996, 17;275:217-23.
16. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu, 2004
17. Sallares R, Bouwman A, Anderung C. The spread of malaria to Southern Europe in antiquity: new approaches to old problems. *Med Hist.* 2004 ;48:311-28
18. Slutsker L, Altekruze SF. Foodborne diseases: emerging pathogens and trends. *Infectious Disease Clinics of North America* 1998; 12:199-216.
19. Tauxe RV. Emerging foodborne diseases: an evolving public health challenge. *Emerg Infect Dis* 1997 ;3:425-34.
20. Weiss RA, McMichael AJ. Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases. *Nat Med.* 2004 ;10(12 Suppl):S70-6.

Epilepsili hastaya 'geniş kapsamlı' yaklaşım

Prof. Dr. Çiğdem Özkara



1984'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde ihtisasını tamamlayarak 1991'de nöroloji uzmanı oldu. Ardından bir yıl ABD'de Virginia Üniversitesi Kapsamlı Epilepsi Merkezi'nde araştırma görevlisi olarak görev yaptı, 1996'da yine ABD'de UCLA Epilepsi Merkezi'nde iki ay gözlemci olarak bulundu. 1995'te İstanbul Üniversitesi'ne geçti; 1996'da nöroloji doçenti, 2002'de profesörü oldu. Epilepsi konusunda çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı, seri epilepsi kitapları editörlüğü, 100'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması ve 200'ü aşkın uluslararası sitede yayımlanmıştır. Üç yabancı epilepsi dergisinin editörler kurulunda yer alan Özkara, Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi'nin (ILAE) Avrupa Komisyonu (CEA) Sekreteri ve Avrupa Epilepsi Akademisi (EUREPA) Yönetim Kurulu Üyesi olup çeşitli ulusal ve uluslararası epilepsi konulu bilimsel etkinliklerde düzenleyici veya konuşmacı olarak yer almış, çeşitli projelerin hazırlanması ve yürütülmesinde katkıda bulunmuştur. Dr. Özkara halen İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda Epilepsi, EEG ve epilepsi cerrahisi konularında çalışmalarını sürdürmektedir. İngilizce bilen Özkara, evli ve iki kız çocuk annesidir.

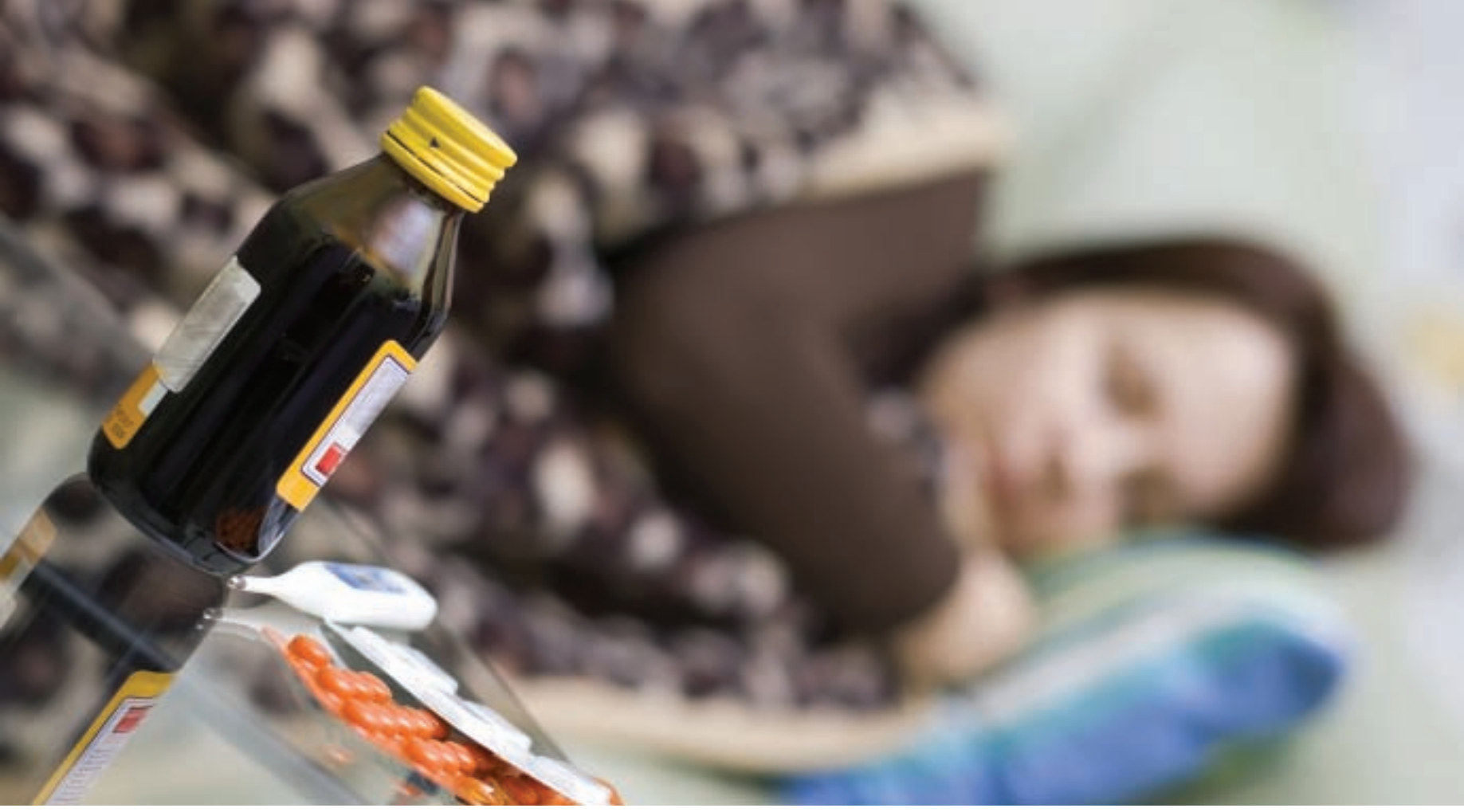
Epilepsi, Babil yazıtlarında sözü edilen, tıbbi anlamda Hipokrat'tan beri varlığı kabul edilen bir hastalıktır. Beyindeki bir grup nöronun aşırı deşarjı sonucu kendiliğinden ortaya çıkan, 'nöbet' adı verilen, gelip geçici ataklarla karakterizedir. Bu ataklar biliş-

sel, motor, psikik, somatik özellikler gösterebilirler. Antik çağlardan beri biliniyor olmasına karşın hastalığa atfedilen doğa üstü özellikler halen bile etkisini korumakta, neredeyse tüm kültürlerde eğitim düzeyine bakmaksızın saklanmaya çalışılmakta, bu da hastaları toplumsal izolasyona götürmekte ve özgüvenlerini yitirmelerine yol açmaktadır.

Oysaki hastaların yüzde 55-60 kadarında nöbetler kolay kontrol altına alınabilir, çocukluk çağında başlayan bazı hastalarda bir müddet sonra kendiliğinden kaybolabilir veya kimisinde de çok seyrek tekrarlayabilir. Yine de önemli bir kısmı yıllar boyu ilaç kullanmak zorunda kalmaktadır.







Hastalığın toplum içerisinde bir tür damgalanmaya (stigmata) yol açması, sosyal izolasyona da yol açar. Bu yanlış inanışların üstesinden gelmek için, epilepsinin topluma doğru bir şekilde anlatılması akıl veya ruh hastalığı olmadığı, bulaşıcı olmadığı bilgisinin verilmesi gerektirmektedir.

Hastalığın görülme sıklığı kabaca yüzde 1 olarak bildirilmektedir. Her cinste, ırkta, coğrafi bölgede ve yaşta görülebilir. Çocukluk çağı ve yaşlılıkta insidansı biraz daha artış gösterir. Yine kaba bir hesaba ülkemiz nüfusunun 70 milyon olduğu varsayılırsa, epilepsili hasta sayısı 700 bin kişi olacaktır. Tedavinin kimi zaman oldukça uzun bir süreyi kapsadığı düşünülürse hastalığın topluma getireceği ekonomik ve sosyal yükler de kolayca anlaşılabilir.

En önemli özelliklerinden biri olan, nöbetin geleceği zamanın önceden kestirilemeyeceği yaşam kalitesini ciddi bir şekilde etkilemektedir. Bu nedenle nöbetleri seyrek bile olsa, epilepsi hastaları nöbet geçirme potansiyeline sahip

olmanın verdiği bir korku içinde günlerini geçirebilirler. Bu korku sadece hastada değil, çevresindeki aile bireyleri, okul ve iş arkadaşları için de geçerlidir. Esasında hastaların önemli bir kısmı, tekrarlayan nöbetler haricinde tamamen normal bir eğitim alabilecek, iş ve ev yaşamı sürdürebilecek kapasitede kişilerdir.

Epilepsi hastalarının bir diğer özelliği, ilaçlarını sürekli ve düzenli kullanma gereksinimidir. Herhangi bir aksama olması, nöbet geçirme ihtimaline yol açacaktır.

Hastalığın bu kendine has özellikleri, kronik yapısına bağlı uzun süreli etkileri nedeniyle hastalarda zamanla çeşitli psikolojik, psikiyatrik sorunlar da baş göstermektedir. Öte yandan yine eğitimde hastalığa bağlı aksamalar gecikmeler bu kişilerin yeterince kalifiye olmalarını engellemekte, dolayısıyla iş bulmaları zorlaşmaktadır. İş olanakları tedbirli olmak adına getirilen bazı kısıtlamalarla da azalmakta ve eğitilmiş bile olsalar sıkıntı yaşamaları kaçınılmaz olmaktadır.

Hastalığın toplum içerisinde bir tür damgalanmaya (stigmata) yol açması, sosyal izolasyona da yol açar. Bu yanlış inanışların üstesinden gelmek için, epilepsinin topluma doğru bir şekilde anlatılması akıl veya ruh hastalığı olmadığı, bulaşıcı olmadığı bilgisinin verilmesi gerektirmektedir.

Klinik özellikleri açısından nöbetler kontrol edilebilir olduğu zamanlarda

dahi gerek hastalarda gerekse ailelerinde baş etmesi güç sosyal ve psikolojik sorunlara yol açabilen epilepsi hastalarına yaklaşımın en doğru yolu ne olmalıdır? Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardan beri **'geniş kapsamlı epilepsi merkezleri'** adı altında yapılan kurumlar bulunmaktadır. Bu kurumlarda hastaların sadece tıbbi değil her türlü sosyal sorunlarına da yardımcı olabilecek elemanlar bulunmakta ve merkeze başvuran her hasta çok yönlü, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmaktadır.

Böyle bir merkeze tedavi için yatırılmış olan hastaların eğitimlerinin geri kalması için, bir öğretmen tarafından merkezde kaldıkları sürede düzeylerine uygun eğitim ve öğretime devam edilmekte; sosyal çalışma uzmanları hastalara çalışabilecekleri işler, ehliyet, askerlik, spor vs. gibi konularda bilgi verip yardımcı olmakta; psikologlar psikolojik açıdan destek olurken epilepsi hemşireleri hastalıkla ilgili her konuda aydınlatmakta, ilaçlarını kullanmak, kontrollerine gelmek, hekimle bağlantıyı sağlamak, tetkiklerini yaptırmak ve düzenlemek konusunda yardımcı olmaktadır. Hekim olarak hasta öncelikle **epilepsi konusunda uzmanlaşmış nörologlar** tarafından izlenirse de, hastaların çoğunda rastlanan psikiyatrik sorunlar açısından psikiyatri uzmanı, bilişsel işlevlerini izlemek ve terapide yardımcı olmak amacıyla **nöropsikolog** da tedaviye katılmaktadır. Öte yandan tanı aşamasında merkezde mutlaka gelişmiş bir nörogörüntüleme sistemi bulunacak,

konusunda uzmanlaşmış **nöroradyologlar** ile hastalar konsulte edilecektir. Epilepsi tanı ve tedavisinde elzem olan elektrofizyolojik inceleme yöntemleri merkezin omurgasını oluşturmaktadır. Tüm odaların eşzamanlı video kayıtlarının da mümkün olduğu dijital EEG kayıt cihazlarıyla donatılmış olması, sadece yatakların bulunduğu odalarda değil hastalar için ayrılmış ortak dinlenme mekânları, koridorlarda da kameraların bulunması nöbet anının kaydedilmesi açısından çok önemli olacaktır. Böylelikle tanı veya tedavi amaçlı video EEG monitorizasyon için yatırılan hastalara hareket serbestisi tanınabilecektir. Elbette yeterli sayıda iyi eğitilmiş **EEG teknisyeninin** dönüşümlü olarak nöbet tutmaları, hizmetin ara vermeden sürdürülmesi açısından vazgeçilmez bir unsurdur.

Epilepsili hastaların yaklaşık yüzde 30-35 kadarının tıbbi tedaviye dirençli olduğu bilinmektedir. Bunların üçte birinin cerrahi tedaviden fayda görebileceği söylenebilir. Bu durumda yukarıda sözü edilen rakamlara dönersek ülkemizde yaklaşık olarak 70 bin epilepsili hastanın cerrahi adayı olduğunu düşünebiliriz. Dolayısıyla bir 'kapsamlı epilepsi merkezi'nde cerrahi girişimin yapılabilmesi de mutlaka gerekli olacaktır. Bu nedenle epilepsi konusuyla ilgili **nöröşirurji** uzmanı de ekpte yer alacak ve operasyon için tüm olanaklar sağlanacaktır. Aday hastalar gerekli görüntüleme, videoEEG, nöropsikolojik ve psikiyatrik incelemelerden geçtikten sonra yapılan bir ortak toplantıda tartışılarak cerrahiye verilirler. Kimi zaman karar vermek için intrakraniyal kayıtlamalalara da gereksinim duyulabilir. Operasyon odasının bu açıdan da her türlü donanımına sahip olması da gerekmektedir. Cerrahi girişim sonrası hastalar belli aralarla izlenmeye çok yönlü olarak devam edilmelidir. Bu aşamada sadece tıbbi değil sosyal destek de önem kazanmaktadır. Kimi zaman nöbetlerden kurtulmak yeterli olmamakta, çeşitli uyum sorunları ve psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkabilmekte, iş bulmakta zorlanmaya devam etmektedirler. Dolayısıyla, kapsamlı yaklaşım her aşamada önemini hissettirmektedir.

Cerrahiye uygun olmayan hastalar için diyet tedavileri, davranış tedavileri uygulanmaktadır. Bu yöntemler için konuya hâkim **diyetisyenler, klinik psikologlar** da ekibin içinde bulunmalıdır. Ayrıca bu merkezin etkinlikleri arasında olan bilimsel ilaç çalışmalarının planlanması ve sürdürülmesi, hasta izlemi sırasında ilaçlarla ilgili oluşabilecek sorunları çözümü ve rasyo-

nel ilaç tedavisini uygulama konusunda danışmanlık yapmak üzere **klinik farmakoloji** bölümü de yapıda yer almalıdır.

Tüm **yardımcı sağlık personeli** epilepsi konusunda özel eğitim almış kişilerden oluşup, yeterli sayıda **tıbbi sekreterler** tüm hastaların dosyalama sistemini ve hekimlerle iletişimini sağlamakla görevli olacaktır. Hizmet içi seminerlerle düzenli olarak çalışanların eğitimleri güncellenecek ve hastalara nasıl yaklaşmaları gerektiği konusunda bilgilendirileceklerdir.

Nörobilimdeki baş döndürücü gelişmeler hastalıkların nedenlerini anlamak, tedavi yöntemlerini geliştirmek açısından klinik bilimlere önemli katkıda bulunmaktadır. Temel bilimlerdeki çalışmalarla klinik arasında köprü kurabilmenin en uygun yollarından biri de böyle kapsamlı bir merkezde epilepsi ile ilgili araştırmaları sağlayabilecek altyapının hazırlanması olacaktır. Deneysel modellerin geliştirilmesi, ilaç için kullanılacak moleküllerin araştırılması, epileptogenez süreçlerinin incelenmesi, koruyucu ve engelleyici mekanizmaların araştırılması gibi birçok konunun ele alınabileceği **nörobilim laboratuvarları**, cerrahi materyalin incelebileceği ve doku çalışmalarının yapılabilceği **nöropatoloji laboratuvarları** merkezi oluşturan yapılar içinde yer almalıdır.

Hastaya çok yönlü yaklaşımı temel alan bu yapılaşmanın odak noktası 'hasta iyiliği' olacağı için sorunlu hastaların tek tek ele alınacağı, yurt dışından konunun uzmanı kişilerin de davet edilebileceği olgu tartışmaları yapılacaktır, ulusal veya uluslararası sempozyum, kurs ve seminerler merkezde düzenlenecektir. Eğer enstitü kapsamı içinde tanınması sağlanabilirse eğitim verebilir, epilepsi nöroloji sonrası bir yan dal uzmanlığı olarak kabul görülebildiği takdirde uzmanlık öğrencisi yetiştirebilir veya yüksek lisans, doktora programları da uygulayabilir nitelikte eğitim ve öğretimle ilgili bir kimliğe de kavuşturulabilir.

Bu yapılaşma kapsamında epilepsi hastalığı için başvuran bir hastanın tanı ve tedavisi aynı çatı altında belli bir bütünlük içinde yapılacaktır. Ayrıca aynı merkezde hastanın her türlü sosyal ve psikolojik sorunlarını danışabileceği ve hastalığı ile yaşantısını nasıl sürdürebileceği konusunda yardım alabileceği uzmanlar da bulunacak ve tüm çalışanlar eşgüdüm içinde hastaya yaklaşacaktır. Öte yandan bu klinik çalışmaların yanı sıra bilimsel araştır-

Epilepsili hastaların yaklaşık yüzde 30-35 kadarının tıbbi tedaviye dirençli olduğu bilinmektedir. Bunların üçte birinin cerrahi tedaviden fayda görebileceği söylenebilir. Bu durumda yukarıda sözü edilen rakamlara dönersek ülkemizde yaklaşık olarak 70 bin epilepsili hastanın cerrahi adayı olduğunu düşünebiliriz.

maların da sürdürülebileceği, klinik ve temel bilimlerin yan yana birbirini besleyip geliştirebileceği ve epilepsi konusunda uzmanların yetiştirilebileceği, ilgililere eğitimlerin verilebileceği bir ortam da sağlanmış olacaktır. Elbette böyle bir sistem epilepsi hastalığı ile uğraşmayı kendisine misyon edinmiş sağlık çalışanlarının daha istekli ve verimli çalışmalarını sağlayacak ve sonuç olarak sayıları yüz binleri bulan hastalara gerek tıbbi, gerekse sosyal yardım üst düzeyde bilimsel koşullarda sunulabilecektir.

Mezuralı hayat

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995'te Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Aralık 2008'de profesör oldu. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Yunanca **anthropo** (insan) ve **metrikos (ölçme)** sözcüklerinden türetilen **antropometri**, insan vücudunun boyutları ile ilgilenen bir bilim dalıdır. İsim babası **Belçikalı Matematikçi Adolphe Quetelet**'dir.

Antropometri, bireyler veya gruplar arasında, anatomi, coğrafi bölge ve meslek grupları gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanan farklılıkları ve benzerlikleri saptayarak daha geniş bir insan kitlesine uygun tasarımlar yapma imkânı sağlar.

Vücut kompozisyonu moleküler olarak ayrıştırıldığında su, yağ, protein, mineral ve glikojenden oluşur. Toplam su erkekte yüzde 60, kadında yüzde 50

orandadır. Bunun yüzde 26'sı hücre dışı. Yüzde 34'ü hücre içidir. Su dışında geri kalanını yüzde 20 ile yağ, yüzde 15 protein, yüzde 5 mineral oluşturur. Kompozisyon dokusal olarak ayrıştırıldığında ise kas dokusu, yağ dokusu, kemik dokusu görülür.

İnsan vücudu kas ve yağ dokusu bakımından yaş dönemlerine göre değişim gösterir. Yağsız kas kitlesi (fat free mass-FFM) 20 yaş civarında en fazladır. 20-30 yaşından sonra yalın kas kitlesi azalırken yağ kitlesi (fat mass- FM) artar. Bu azalma 20-70 yaş arasında yüzde 40'ı bulur. Yağ kitlesinin de en fazla olduğu dönem 60-70 yaş arasıdır.

Günümüzde kalp-damar hastalıkları, diyabet ve diğer hastalıklardan sindirim, solunum, artroz gibi hastalıkların

başlatıcısı durumunda olan obezite artık kozmetik sorunun önüne geçerek sağlığı ve ülke ekonomilerini ciddi tehdit eder hale gelmiştir.

Bugün obezite ile mücadelede en büyük sorun, kişide farkındalık bilincinin oluşmamasıdır. İnsanlar çoğu kez obez olduklarını kabul etmezler. Diğer önemli sayıda bir kesim de obez veya kilolu olduğunun farkında değildir. Yine insanlar, obeziteye yol açan yanlış beslenme ve hareketsizlik gibi etkenler hakkında hatta obezitenin yol açacağı diğer hastalıklar hakkında bilgi sahibi değil. Tüm bu nedenlerden ötürü öncelikle farkındalık bilincinin yerleştirilmesi gerekmektedir. Obezite göstergesi olarak kişilerin rahatlıkla kullanabilecekleri bazı metodlar bu farkındalığa katkı sağlayabilir.



Antropometrik ölçümler

Vücut yağını indirekt olarak gösteren bazı metodlar, hem hekimler hem de obezler tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Bunlar;

- 1- Beden kitle indeksi (BMI)
- 2- Derialtı kıvrım kalınlığı
- 3- Bel çevresi
- 4- Bel/kalça oranı (BKO)
- 5- Bel/ boy oranı

1- Vücut kitle indeksi

Obezite ölçütü olarak ilk kullanılan ve de önemi hala kaybolmayan bir ölçümdür. VKİ: Tarti(kg)/ boy uzunluğunun karesi (metre) formülü ile hesaplanır.

VKİ'ye göre 3 ayrı kuruluşun farklı obezite sınıflamaları mevcuttur. DSÖ, obezite sınırı olarak 30 kg/m²'i, preobez olarak da 25-29.9 kg/m²'yi önermektedir. (Tablo 1).

International Obesity Task force (IOTF) 30 kg/m² obezite sınırı kabul etmektedir. North American Association for the Study of Obesity (NAASO) ise erkek ve kadın ayırımı yaparak erkeklerde 27.8, kadınlarda ise 27.3 kg/m² önermektedir.

Hastanın risk durumunu daha kesin olarak belirleyebilmek için, **BMI'nin**

Bel Çevresi Ölçümü ile birlikte kullanımı önerilmektedir (IOTF).

2- Derialtı yağ dokusu kalınlığı

Vücuttaki belirli bölgelerin derialtı kıvrım kalınlığının ölçülmesi ile yağ miktarı hakkında indirekt fikir veren bir methoddur. Kaliper ile yapılan bu ölçümler ile obezite belirlenebilir. Bu bölgeler sırt (subskapula), önkoldaki

triceps ve biceps kaslarının olduğu bölgeler, göğüs, kasık üstü(suprailiak), karın ve uyluk bölgeleridir.

3- Bel çevresi ölçümü

Göğüs kafesinin bitimiyle kalça çıkıntısı arasındaki bölgenin tam ortasındaki noktadan bir mezura ile bel çevresinin ölçülmesidir. Son zamanlarda elde edilen veriler tek başına bel çevresi ölçümünün, abdominal yağ dağılımı ve buna bağlı sağlık risklerinin belirlenmesinde bel-kalça oranına göre daha pratik bir gösterge olduğunu ortaya koymaktadır.

4- Kalça çevresi

Kalça çevresi ayakta kalça üzerindeki çıkıntılar (trokanter majorisler)üzerindeki en geniş çap olarak alınmalıdır.



Kalça çevresi karın içi yağ kitlesinden çok derialtı yağ ile daha yakından ilişkidir. Kalça çevresinin değeri vücut bileşiminin hesaplanmasında sınırlıdır. Kalça çevresini kişiler arasında değişkenlik gösteren gluteal kas kitlesi, pelvis boyutu ve yağ miktarı etkiler.

5- Bel boy oranı

Özellikle Japonya başta olmak üzere Uzakdoğu ülkelerinde bilinen VKİ veya bel çevresi gibi antropometrik ölçümlerinin obezite ölçütü olarak yetersiz kaldığı görüldüğü başka ölçütler geliştirilmiştir. Bu nedenle bel boy oranı tarif edilmiş, bunun Uzakdoğu dışında dünyanın her yerinde iyi bir ölçüt olarak kullanımı önerilmiştir. Tek kural olarak (bel çevrenizi boyunuzun yarısından aşağıda tutun) hem erkekler hem de kadınlar için uygulanabilir bir söylemdir. Bu indeks Asya dışındaki insanlara özellikle normal kiloya sahip olup yüksek risk taşıyan hastaların taranmasında etkin bir biçimde uygulanabilir. Avrupa ve Japonya'da çocuklarda kardiyovasküler risk faktörlerinin taranmasında yararlıdır. Ayrıca küresel olarak çocuklarda ve tüm yaşlarda uygulanabilir ve etkin bir indeks olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Sonuç

Basit antropometrik ölçümler şişmanlığın tanısında oldukça önemli ipuçları verir. Ara vakalarda veya sınırda şişmanlığı olanlarda vücut kitle indeksi, bel çevresi ve de bel/boy oranı gibi ölçütlerin her üçünü kullanıp değerlendirmek gerekir. Fakat bu ölçümler sadece şişmanlığın tanısında değil kalp damar hastalıkları açısından da önemli risk artışını göstermektedir. Kalp damar hastalıkları, yüksek kan basıncı, yüksek kan yağları için en iyi antropometrik gösterge bel/boy oranıdır.

Kaynaklar

1) Hsieh SD. Health risks among Japanese men with moderate body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 358

2) Lee CM. Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta- analysis. *Clin Epidemiol*. 2008 Jul;61

Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite sınıflaması (1998)

Sınıflandırma	BMI (kg / m ²)	Komorbidite riski
Normal (sağlıklı)	18.5-24.9	Normal
Fazla kilolu	>25	
Pre-obez	25-29.9	Normalin üzerinde
Obez sınıf I	30.0-34.9	Artmış
Obez sınıf II	35.0-39.9	Ciddi
Obez sınıf III	>40.0	Çok ciddi

Tablo 2: Beden Kitle İndeksi özellikleri

- Gerek hastalar gerekse doktorlar tarafından kolay anlaşılır.
- Hesaplanması kolaydır ve ucuzdur. "Normal kilo" sınırlarını verir.
- Obez kişilerde sağlık risklerinin belirlenmesinde geçerli bir yöntemdir.
- Vücuttaki yağ miktarını kesin olarak belirlememektedir.
- Nüfus grubu veya kültüre bağlı olarak değişmeyen, evrensel bir ölçüt getirir Ancak, sınır değerler evrensel değildir (Japonya, Çin,)

Tablo 4: Bel boy oranı'nın özellikleri

- VKİ ≥ 25 ; Bel/Boy oranı ≥ 0.5 (Erkeklerin yüzde 98.5'i, kadınların yüzde 97.5'i)
- Normal ağırlıklı (VKİ 18.5-<25) Erkeklerin yüzde 45.5'i ve kadınların yüzde 28.3' i Bel/boy oranı ≥ 0.5

Tablo 3: Bel çevresi ölçümü özellikleri

- Bel çevresi ölçümü, VKİ ile paralellik gösteren, basit ve kullanıma oldukça uygun bir yöntemdir.
- Ölçüm yapılan kişilere midelerini kasamaları istenir ve ölçüm sırasında sabit gerilimli destekli bir mezro kullanılması hata oranlarını azaltır.
- Bel çevresi ölçümü vücut yağını yansıtır ve kemik yapıların çoğunu (omurga hariç), büyük kas kitlelerini kapsamaz.
- Bu nedenle kişiler arasındaki değişkenlikler hata oranlarını çok etkilemez
- Bel çevresi erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm risk artışını;
- Bel çevresi erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli risk artışını gösterir

Teletıp ve hasta hakları

Dr. Mahmut Gürkan



1956 yılında doğdu. İstanbul Erkek Lisesi'ni ve 1980'de İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1987 yılında aynı fakültede uzmanlık eğitimi tamamlayarak Radyoloji Uzmanı oldu. Yine aynı kuruluştaki çalışarak 2004 yılı Ekim ayında emekli oldu. 2006 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başlayarak akademik yaşama geri döndü. Gürkan, evli ve bir erkek çocuk babası.

Bilgisayar teknolojisinin son yıllarda yaptığı inanılmaz atılımlar, kişisel ve kurumsal bilgisayar sayılarında ve bunları destekleyen yazılımlardaki büyük gelişmeler ve maliyetlerdeki düşüş sağlık alanına da hızla yansımış, bunların yanı sıra internet gibi ağların ve uydu aracılığıyla dünyayı saran haberleşme imkânlarının gelişmesi, her türlü sağlık verisinin en uzak noktalara bile kolaylıkla gönderilmesini son derece kolaylaştırmıştır. Ülkeler de sağlık sistemlerinde bu paylaşımları devreye sokarak sağlık hizmetlerinin kolaylaştırılması ve hizmet maliyetlerinin düşürülmesini amaçlayan projeler başlatmışlardır. Bu bağlamda birbirinden uzak mekânlar arasında, bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak tanı, tedavi, önleyici hekimlik, araştırma, değerlendirme ve sürekli eğitim amaçlarına yönelik bireylerin ve toplumların

sağlığını geliştirme amacını taşıyan sağlık hizmeti sunumu olarak tanımlanan teletıp (telemedicine) kavramı gündemimize girmiştir (1). Benzer bir terim olan telesağlık (telehealth) terimi ise, daha geniş kapsamı ile uzaktan klinik hizmeti, hastalara ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitimi, halk sağlığını ve sağlık yönetimini desteklemek için bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılması anlamında ele alınmaktadır.

Genelde internet hatları (ISDN, T1, T3, veya ADSL), bazen de geniş alan ağları (WAN) ya da lokal alan ağları (LAN) aracılığı ile belirli standartlarda yapılan aktarımlar sayesinde, herhangi bir yerde elde edilen veriler dünyanın başka bir ucunda gönderilebilmekte ve burarlarda değerlendirilebilmektedir.

Elektronik haberleşme yoluyla tıbbi uygulamalar 1960'lı yıllarda, NASA'nın uzay uçuşları sırasında astronotların fiz-

yolojik ölçümlerinin uydu aracılığı yeryüzündeki merkezden izlenmesi ile başlamıştır (2). 1964 yılında, Omaha'daki Nebraska Psikiyatri Enstitüsü ile Norfolk'taki State Mental Hastanesi arasında, 180 km uzunluğunda kapalı devre televizyon sistemi kurulmuş, böylece uzmanlar arasında interaktif konsültasyonlar yapılabilmesi sağlanmıştır (3). Yine bu yıllarda Kuzey Amerika'da, uzman hekim bulunmayan kırsal yerleşim alanlarına sağlık hizmeti vermek amacıyla özel hatlar kurularak teletıp uygulamaları gerçekleştirilmiştir. 1970 ve 1980'lerde, uydu iletişim tekniklerinin de gelişmesiyle, uzak mesafelerde bulunan kliniklerle bağlantıların kurulabilmesi için birçok proje başlatılabilmektedir. Günümüzde ise, bilişim ve iletişim sektörlerindeki gelişmelere paralel olarak teletıp uygulamaları da gittikçe yaygınlaşmaktadır. ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere ve Almanya teletıp uygulamalarında önde gelen ülkelerdir.





Ülkemizde de teletıp sistemleri, Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Dünya Bankası destekli 'Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi' adıyla yürütülen çalışmanın 5'inci ayağını oluşturan 'E-Sağlık Projesi' çerçevesinde, 14 devlet hastanesinde ve ayrıca kendi girişimleri ile bazı özel hastane zincirlerinde uygulanmaya başlanmıştır (4-5). Sağlık Bakanlığı teleradyoloji çalışmalarını pilot bir bölgede uygulamak amacıyla ilk aşamada 9 gönderici (görüntü gönderme istasyonu) ve 5 Alıcı (görüntü alma ve inceleme istasyonu) hastane belirlemiş ve bu hastaneler arasındaki bağlantıyı sağlamak üzere Teletıp Merkezi Dağıtıcı Birimi'ni oluşturmuştur (6-7).

Bu uygulamayla, hekimlerin görev yapmakta olduğu yerlerde, karmaşık olgularda uzaktan danışma ile tanıya katkıda bulunabilecek üst düzey uzmanlık görüşlerinin alınmasının tanının değerini arttıracak dille getirilmektedir (8). Böylece hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde bölgesel farklılıkların ortadan kalkacağı, sağlık merkezlerine uzak olan hastaların da gereksiz taşınmalarından kurtularak sağlık hizmetlerinden faydalanabileceği, aynı zamanda hastaların uzaktan takibi ile hastane masraflarının ve zaman kayıplarının azalacağı öngörülmektedir. Öte yandan hekimlerin yeni gelişmeleri takip etmesi kolaylaşacaktır.

Teletıp uygulamalarının gittikçe yaygınlaşmasının avantajları olarak sağlık hizmetlerini uzak mesafelere ulaştırılması, kalitesinin artırılması, doktor ve hastanın aynı yerde bulunma zorunluluğunun ortadan kaldırılması, hastane masraflarının azaltılması gösterilmektedir. Teletıp uygulamaları uzaktan hasta takibi, hastalığın tanı ve tedavisi konusunda konsültasyon veritabanlarına erişim ve merkezlere uzak olan personel ve hastalara eğitim gibi konularda ve daha çok radyoloji, kardiyojoloji, dermatoloji, psikiyatri, acil tıp alanlarında kullanılmaktadır. Bu alanlar için uygulamalara teleradyoloji, telekardiyojoloji, telepsikiyatri, telecerrahi, telepatoloji gibi özel isimler verilmiştir.

Ancak belirtilen yararlarının yanı sıra teletıp yöntemlerinin üzerinde durulması gereken bazı dezavantajlarını da göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Günlük kullanımda özellikle teleradyoloji, uzaktan hasta izlenmesi gibi yönelik uygulamaların ağırlıkta olduğu düşünülürse, teknolojik imkânların fazlasıyla ön plana çıkarılmasının hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyeceği hesaba katılmalıdır.

Örneğin teleradyolojinin radyolog yokluğunu telafi edecek ya da masrafları kısacak bir yöntem olarak görülmesi/gösterilmesi, uzun vadede bu hizmet-



lerin hasta aleyhine bir eksiklik yaratmasına yol açacaktır. Teleradyoloji yöntemleri ile klinisyenlerle eşgüdümlü olarak önceki incelemeleri de gözden geçirerek hasta verilerinin değerlendirilmesi ve yöntem seçimine ilişkin klinisyenin yönlendirilmesi; hastanın ön hazırlığı; hasta ve görevli personelin iyonizan ve non-iyonizan ışıklardan korunması için gerekli önlemlerin alınması, bunların denetlenmesi, cihazların ayarlanması (kalibrasyonu); incelemenin izlenerek, ek çekim yapma kesit alma gibi eşzamanlı müdahalelerle incelemenin tanısallık veriminin artırılması gibi işlevleri yerine getirmek mümkün değildir. Radyologların hastalar ve klinisyenlerle doğrudan iletişim kuramadığı durumlarda klinik ön veriler ve geri bildirimler aksamakta, uzaktan rapor yazanlar aşırı temkinli davranabilmekte, önceki incelemelerin yokluğu nedeniyle somut tanılarına varmaktan kaçınmakta ve gereksiz ek incelemeler önermek eğiliminde olmaktadır.

Bu durumda, uygun şekilde yapılandırılmayan sistemlerde kalite azalmakta, hastalara ve klinisyenlere verilen hizmetler zarar görmekte, bazen incelemelerin bir kez daha tekrarlanması gereği ortaya çıkabilmekte, maliyet ve harcanan efor katlanarak artmaktadır. Uzaktan raporlama, uzmanlık hizmetinin verilemediği durumlarda hastaya yarar sağlamakta ancak salt maliyet hesaplarını gözetken kısır bir bakış açısı ile uzun vadede kalıcı bir uygulamaya dönüştürüldüğünde hastaların eksik ve yetersiz sağlık hizmeti almalarına yol açmaktadır.

Öte yandan uzaktan hasta izlenmesi maliyetleri azaltacak, hastalığın takibini kolaylaştıracak ve acil durumlarda zaman kazandıracak bir yöntem olmakla birlikte hastanın hekiminden uzak kalması, hekim-hasta ilişkisinin güven ve moral verici etkisinin kaybol-

masıyla iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesi gibi dezavantajlara sahiptir. Hiçbir teknolojik yöntemin, düzgün kurulmuş bir hasta-hekim bağının olumlu etkisinin yerini alamayacağı gözden uzak tutulmamalıdır.

Elektronik ortamda başka merkezlere aktarılacak olan hastaya ait bilgi ve veriler, gerek iç hukukumuzda, gerekse de uluslararası düzenlemelerde kişisel veri kavramı içinde ele alınmaktadır (9-10). Çeşitli uluslararası sözleşmelerde, kişisel verilerin ancak devletler tarafından iç hukukta uygun güvenceler ve şartlar sağlandıkça işlenebileceği ve gerekli güvenlik önlemleri alındığı süreçte saklı tutulabileceği açıkça ifade edilmiştir.

Kişisel verilerinin korunması konusunda hekimlere de bazı yükümlülükler getirilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 'Bilgilerin Gizli Tutulması' başlıklı 23'üncü maddesi, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 5 ve 9'uncu maddesi ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4'üncü maddesinde hekimlerin sır saklama yükümlülüğü düzenlenmiştir...

Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1981 yılında yayımlanan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nde "Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını beklemeye hakkına sahiptir" ilkesi ifade edilmiş, 1994 yılında yayımladığı Amsterdam Bildirgesi'nde de hastaya ait bilgileri usulüne uygun olarak korumanın önemi, hekimlerin bu bilgileri saklamaya ilişkin yükümlülükleri sıralanmıştır. Tıbbi uygulamalarda bireylerin kişilik haklarının ihlal edilmemesi amacıyla düzenlenen ve kısa adı 'BİYOTIP' olan sözleşmenin 1'inci maddesinde 'biyoloji ve tıbbın uygulanmasında bireylerin haysiyetini ve kimliğini korumak' taraf devletlerin en temel yük-

kümlülüğü olarak görülürken, bireylerin bunu talep etmelerinin en temel hakları olduğu belirtilmiştir (11).

Eski dosyalama sistemlerinde ve doğrudan film üzerine çekilen radyografi-lerde hastanın kimlik ve kayıt bilgileri maddi bir ortama yazıldıklarından bunları tahrif etmek zordur ve yapılan değişiklikler kolaylıkla anlaşılabilir. Ancak bilgisayarla oluşturulan sayısal görüntülerin, yine bilgisayar aracılığı ile değiştirilmeleri daha kolay ve bu tür tahrifatın anlaşılması daha zordur. Bu nedenle özellikle verilerin elektronik ortamda uzaklara aktarıldıkları internet gibi çok kullanıcıli ağlarda olası güvenlik boşlukları, üçüncü şahısların hastanın kişisel bilgilerine ulaşılabilmesine, hatta sayısal ortamda görüntülerin üzerinde değişiklik yapılabilmesine olanak tanımaktadır. Bu durum hastanın sırlarının korunması ilkesini zedeleyecek ve kötü niyetli kullanımlara fırsat sağlayacaktır.

Güvenlik sorunları çoğunlukla, uzak bir siteden, kayıtlara izinsiz erişim, mahremiyetin ihlali, kayıtların silinmesi ya da üzerinde değişiklik yapılması, bilgisayarlar da depolanan verilerin yanlışlıkla silinmesi ve yapılan ihmal ve ihlallerin saptanarak kanıtlanması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Elektronik bilgilerin dikkatsizlikle yanlış adreslere gönderilmesi sonucunda binlerce kayıtların gizliliğinin bozulması mümkün olabilmektedir (12). Ağustos 2000'de, dikkatsizlikle yanlış randevu verilmesi sonucunda 858 hastanın kayıtlarının gizliliği ihlal edilmiştir (13). Dikkatsizlik nedeniyle yapılan hataların yanı sıra tıbbi bilgiye erişimi olan kişilerin kötü niyetli girişimleri de gizlilik ihlallerine örnek verilebilir. Bir sağlık çalışanı, 4 bin HIV-pozitifli hastanın adını içeren bir bilgisayar diskini iki gazeteye vermiş, Medicaid adlı bir şirketin elemanları yönetilen veri pazarlayan şirketlere hastaların mali bilgilerini içeren çıktıları satmışlardır. Bir banker ise kanserli hastaların ipotek dökmelerini eline geçirmiş, bunları kullanarak büyük miktarlarda kazanç elde etmiştir (14). Haziran 2008'de İstanbul'da, bir Kemik İliği Bankası'nda kayıtlı yaklaşık 30 bin bağışçının tüm genetik şifreleri, adresleri ve bilgilerinin yer aldığı dosyalar bilgisayardan kopyalanmış, genetik bilgileri çalınan bağışçılar tanımadıkları kişiler tarafından aranarak ilik nakli konusunda görüşmeye çağırılmıştır (15). Bu durum bağışçılar arasında panik yaratmıştır.

Güvenlik açıklarının kapatılması için aşağıdaki önlemlerin alınmasına gerek vardır (16):

Her türlü sağlık kayıt bilgileri ve elde edilen görüntüler hastaya aittir. Bunlar daima kilitli tutulmalı, gizli güvenlik şif-

releri ile korunmalı, zorunlu bir durum olmadıkça kullanılmamalıdır.

Kurumda kimin hangi yetkilerle hangi verilere ulaşacağı çok iyi tanımlanmalı, yetkisiz kişilerin hastanın sağlık kayıtları ve saklanan görüntülere erişimini engelleyecek gelişmiş bir denetim mekanizması kurulmalıdır.

Amaca hizmet edecek şekilde mümkün olan en az bilgi kullanılmalı ve aktarılmalı, aktarım sırasında kayıtlarda bulunan kişisel kimlik tanımlayıcıları kayıtlardan çıkartılmalıdır.

Sistem, hangi kullanıcının sistemin hangi kısmına ne zaman ve nereden eriştiğine dair kayıt tutmalı, şüpheli işlemler denetlenebilmelidir.

Her düzeyde görev yapan personele bu sistemin niteliğine uygun bir etik eğitimi verilmelidir

Ülkemizde uygulamaya konulmakta olan teletip hizmetlerinin ve bu hizmetlerin yürütüleceği sistemin güvenliğine ilişkin yürürlüğe konmuş bir yasa bulunmamaktadır. Üstelik bilişim konusundaki teknik eksiklikler, sağlık personelinin bu konudaki eğitiminin yetersiz olması ve ağ güvenliğine ilişkin önlemlerin yetersizliği gibi sorunlar henüz tam anlamı ile çözülmemiştir. Bunun yanında teletip çalışmalarının yürütüleceği sistemin uluslararası kuruluşlarca belirlenen güvenlik kriterlerine uygunluğunu denetleyecek yetkin bir denetim organı da bulunmamaktadır. Bu nedenle hastalara ait verilerin saklanması ve alıcı hastanelere iletilmesi sırasında çıkacak sorunların hekimlerin sırlama yükümlülüklerinin ihlali sonucunu doğurması olasıdır.

Türk Tabipler Birliği'nin "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" düzenlemesinin 31'inci maddesinde, yasal zorunluluk olmadıkça hekimin bu bilgileri başkasına veremeyeceği ancak hastanın kimlik bilgilerini saklı tutulması koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabileceği belirtilmektedir. Bu maddeye göre açık kimlik bilgilerini de içeren görüntülerin doğrudan aktarımı etik açıdan sakıncalıdır.

Yukarıdaki açıklamalarımızda da ayrıntılarıyla yer verildiği gibi, gerek mevzuatımızda, gerekse sağlıkta kullanılan bilişim sistemimizde eksiklik ve yetersizlikler mevcuttur. Söz konusu eksiklikleri giderecek yasal düzenlemeler ve bunlara temel oluşturacak etik çözümlemeler yapılmadan eksik yapılandırılmış sistemlerin hizmete konması, hastanın yarardan çok zarar görmesine neden olacaktır.

Teletip hizmetleri, hekim azlığını telafi edecek ya da masrafları kısacak bir yöntem olarak görülmesi, uzun vadede hastaların yetersiz ve eksik hizmet nedeni ile zarar görmelerine yol açacaktır.

Kaynaklar

1) Gülkesen K.H. Tıp Bilişimi Güz Okulu, 6-10 Ekim 2003, Antalya

2) Erdoğan P, Erdoğan B. Dünya'da ve Türkiye'de Teleradyoloji. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2003;1(1):13-16

3) Çoban S., Engin M. Teletip: Yöntem Ve Uygulamalar. Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Toplantısı, BİYOMUT 2005, İstanbul – TÜRKİYE

4) <http://www.hedefim.com/v3/hs/32/4.asp>

5) <http://turk.internet.com/haber/yazigoster.php3?yaziid=18750>

6) Amasya Sabuncuoğlu Şerefettin Devlet Hast.; Elazığ Devlet Hast.; Hatay Antakya Devlet Hast.; Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hast.; Kırklareli Devlet Hast.; Konya Numune Hast.; Rize Devlet Hast.; Siirt Devlet Hast.; Tunceli Devlet Hast.; Darende Hulusi Efendi Devlet Hast.; Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hast.; Bahçeşaray Devlet Hast.

7) Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. Eğitim ve Araştırma Hast.; Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast.

Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hast.; Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast.; Ankara Eğitim ve Araştırma Hast.; Darende Hulusi Efendi Devlet Hast. ;

8) <http://www.radyolojionline.com/?act=bbiz>

9) Anayasanın 20.maddesi, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 135. maddesi

10) 28 Ocak 1981 tarihli Kişisel Verilerin Otomatik İşlenmesinde Bireylerin Korunması Sözleşmesi

11) Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir).

12) Raul et al., 2001, p. 2 Raul, A., Volpe, F., & Meyer, G. (2001, August 8). Can hacking victims be held legally liable? BNA Electronic Commerce Law Report, 6, 849-858.

13) Dyer, K. (2001). The scope of medical informatics ethics. Retrieved August 28, 2003, from http://www.journeyofhearts.org/jofh/jofh_old/minf_528/areas.htm

14) (Clark, 2001)Clark, A. (2001, January 29). Security over the Internet. Health Informatics Europe. Retrieved August 29, 2003, from www.hi-europe.info/files/1998_9/security_over_internet.html

15) 12 Haziran 2008 tarihli Star gazetesi.

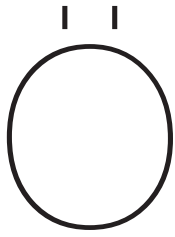
16) T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 07/10/2005 tarihli, 153 sayılı genelgesi

Ölüme giden süreçte karşılaşılabilecek etik ikilemler

Prof. Dr. Şahin Aksoy



1990'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993-1999 arasında tıp etiği alanında doktora çalışmaları için İngiltere'de Manchester Üniversitesi'nde bulundu. 2007 yılında Şanlıurfa Tabip Odası başkanlığına seçildi. 2008 yılında profesörlüğe atandı. Yerli ve yabancı kitap ve dergilerde yayınlanmış 50'yi aşkın bilimsel makalesi bulunan Aksoy, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir. 2006 senesinde Fulbright Profesörü olarak Amerika'daki 3 farklı üniversitede bir dizi ders ve konferans verdi. 2002-2006 yıllarında Asya Biyoetik Derneği'nin başkan yardımcılığını yapan Dr. Aksoy, halen İslam Konferansı Organizasyonu Bilim ve Teknoloji Komisyonu'nun etik kurul üyeliği görevini yürütmektedir.



Ölüm her zaman insanların zihinlerini meşgul ede gelmiştir. Kimine göre varlığın sonu, kimine göre yeni bir hayatın başlangıcı olan ölüm, doğanın en büyük gerçeği olarak karşımızda durmaktadır. Her ne kadar ölüm her an ve herkes için mukadder olsa da, genellikle ölümle yaşlılık birlikte anılmıştır. Sağlık çalışanları için ölüm ve ölüme giden süreç özel bir durum arz eder. Zira onlar sokaktaki insana kıyasla bu gerçeğe daha sık karşılaşır. Bu yüzden her hekimin daha tıp fakültesi öğrenciliği yıllarından başlayarak ölüm ve ölüme giden süreçte kişilerin ve onların yakınlarının ne düşünüp ne hissettikleri üzerine 'derince' düşünmesi gerekir. Bu yazıda, ülkemizde ölüme giden süreçte, tıbbi ifadesi ile 'terminal dönemde', insanların karşılaşılabilecekleri muhtemel durumlarda neler düşündüğünü ortaya koymak amacı ile yapılmış bir çalışmanın bazı sonuçları sunulacaktır. İngiltere'de ya-

ynlanan bir kitapta bir bölüm olarak yer alan çalışmanın tam metnine ulaşmak isteyenler için referans; Aksoy, S. 'End-of-Life decision making in Turkey.' in eds. Blank, R.H. and Merrick, J.C. End-of-Life Decision Making: A Cross National Study The MIT Press, Cambridge, (2005):183-196.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, yaşlı nüfus, ülkelerin sağlık harcamaları üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Yaşlılıkta ortaya çıkan hastalıkların önemli bir kısmı kronik ve uzun süreli olduğu gibi tedavileri de uzun süreli ve masraflıdır. Bu da ister istemez sınırlı sağlık kaynaklarının dağıtımında karşılaşılan etik sorunları gündeme getirmektedir. Palyatif bakım, kronik ve uzun süreli hastalıkların ayrılmaz bir parçasıdır ve bu süreçte pek çok etik ikilem ile karşı karşıya kalınır.

Bilindiği gibi ülkemiz 70 milyonu aşan ve yüzde 55'i 20 yaş altında olan nüfusu ile milli gelirinin önemli bir kısmını sağlık

hizmetlerine harcamak zorundadır. Zaman zaman değişen sağlık politikalarına rağmen ülke nüfusunun önemli bir kısmı, özellikle çocuklar ve yaşlılar, sosyal güvenlik kurumlarının güvencesi altındadır. Dünya Sağlık Teşkilatı'na göre ülkemizde 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 30 civarındayken, bu rakam İngiltere'de 50, Japonya'da 70, Almanya ve Fransa'da ise 100 civarındadır. Bu durum, hekimleri; hastaları, özellikle de terminal dönem hastaları uzun süre hastanede tutamadan taburcu etmeye zorlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2001 senesinde yayınlanan 'Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge', kronik ve terminal dönem hastalarının bakım ve tedavi yükümlülüğünü sağlık ocaklarına vererek sağlık personelinin bu hastaları düzenli olarak ziyaretini, kayıtlarını tutmalarını, gerekli bakım planlarını yapmalarını ve gerektiğinde bir sağlık kurumuna naklini sağlamasını öngörmektedir. Ancak, bilindiği üzere bu hizmetler, belki personel yetersizliğinden, belki araç gereç noksanlığından



dan, belki de ihmalden dolayı yerine getirilememektedir.

Batı ülkelerinde terminal dönem hastalarının tedavi ve bakımında 'Hospis' adı verilen kurumlar önemli bir yer tutmaktadır. Hospislerin amacı, terminal dönemdeki hastaların fiziksel semptomlarını gidermek ve hasta ile ailesine psikolojik ve sosyal destek sağlamaktır. Hospisler ile ilgili yapılan pek çok araştırma, bu kurumlardan yararlanmak isteyen kişiler için son derece yararlı olduğunu göstermiştir. Bilindiği üzere ülkemizde, terminal dönem hastaları da içinde barındıran huzurevleri sayılmazsa, hospis bulunmamaktadır. Biz, yukarıda sözünü ettiğim çalışma çerçevesinde Ankara, İzmir, Şanlıurfa ve Erzurum illerinden seçtiğimiz 200 kişiyle terminal dönem ile ilgili sorular içeren bir anket çalışması yaptık. Araştırmaya katılanların yarısı sağlık çalışanı, yarısı ise sağlık çalışanı olmayanlar arasından seçilmişti. Bu araştırma çerçevesinde, hospis kavramını anlattıktan sonra sorduğumuz "Ülkemizde böyle yerler olsaydı, yakınlarınızı terminal dönemde buralara yerleştirir miydiniz?" sorusuna sağlık çalışanı olmayanların yüzde 47'si olumsuz cevap vermişti. Nedenleri sorulduğunda ise; "Bu büyük bir saygısızlık olur", "Anne babaya bakmak çocuğun görevidir", "El âlem ne der?", "Boşuna para vermem" benzeri cevaplar vermişlerdi. Aynı soruya sağlık çalışanlarının yüzde 55'i olumsuz cevap vermiş ve sebep olarak da en çok, "Kendilerinin daha iyi bakım sağlayacağını" göstermişlerdir. Çalışmamızda sormuş olduğumuz "Eğer terminal dönem bir hastalığınız olsaydı son günlerinizi hastanede mi yoksa evinizde mi geçirmek isterdiniz?" sorusuna ise sağlık çalışanı olmayanların yüzde 54'ü "Hastanede" cevabını verirken sağlık çalışanlarının yüzde 64'ü "Evimde" cevabını vermişlerdi. Birinci grubun hastanede kalma tercihlerinin gerekçeleri arasında "Daha iyi bakım almak" ve "Aile fertlerini üzmemek" varken ikinci grubun eve gitme gerekçesi büyük oranda "Bu aşamadan sonra yapılacak bir şey olmadığı, gereksiz müdahaleler ile canının yanacağı" idi.

Terminal dönem hastalar hakkında hastanelerde verilen karar algılamasının ne olduğuna yönelik sorumuza aldığımız cevaplarda sağlık çalışanı olmayanların yüzde 42'si bu tür hastaların evlerine gönderildiğini düşünürken sağlık çalışanlarının yüzde 70'i bu tür hastaların hastanede tutulduğunu düşünmekteydi. Böyle durumlarda hastanın son günlerini hastanede geçirip geçirmemesine kimin karar vereceği sorusu önemli bir etik ikilem olarak karşımıza çıkmaktadır. Neyin doğru olduğu sorusu saklı olmak üzere, ülkemizdeki uygulama, bu tür durumlarda hastanın karar verme sürecinden dışlandığı ve kararı hasta yakınlarının verdiği yönündedir. Anket sorumuzda

her iki grup da kendileri söz konusu olduğunda bu kararı kendileri vermek isterken yakınları söz konusu olduğunda kararı yakınlarına bırakmak yerine, onların yararını gözeterek kendileri verme eğilimindeydi.

Daha önce ifade ettiğimiz gibi yaşlılık dönemi hastalıkları kronik ve uzun süreli, dolayısıyla oldukça masraflıdır. Biz bu konuda her iki grubun ne düşündüğünü öğrenmek adına; "Sizce terminal dönem hastalar hakkında verilecek tıbbi kararlarda yaş göz önüne alınmalı mıdır?" diye sorduk. Bu soruyu sorarken çok düşük bir oranda katılımcının, yaşlılara karşı negatif ayrımcılık anlamına gelecek olan "Dikkate alınmalıdır" cevabını vereceğini düşünmüştük. Ancak beklentimizin aksine her iki grubun da yüzde 45'i bu cevabı verdi. Biz bunun sebebini kötü ekonomik durum ve yüksek işsizlik oranına bağladık.

Özerklik, modern tıp etiğinin en önde kabul edilen prensiplerinden biri olarak kabul edilir. Bunun bir uzantısı olan bilgilendirilmiş olur ve özerklik ilkesi, hastanın yeterince bilgilendirildikten sonra kendi hakkında verilecek kararlarda esas söz sahibi olması anlamına gelmektedir. Bu ilke, Batı literatüründe ve ülkemizdeki pek çok biyoetikçinin yazılarında, sağlık hizmetlerinin en temel kuralı olarak kabul edilmektedir. Biz bu konuda halkın ne düşündüğünü öğrenmek adına gönüllülere 2 farklı soru yönelttik. Bunlardan ilki; "Kanser gibi ölümcül bir hastalığınız olsa ve terminal dönemde olsanız, bunu bilmek ister miydiniz yoksa durumun sizin yerinize bir yakınınıza söylenmesini mi isterdiniz?" idi. İkinci soru ise; "Bir yakınınızda kanser gibi bir ölümcül hastalık olsa ve hastalığı terminal dönemde olsa, durumun kendisine bildirilmesini ister misiniz, yoksa durumunun kendisinden saklanmasını mı tercih edersiniz?" şeklinde idi. Sorularımıza verilen cevaplarda sağlık çalışanı olmayanların yüzde 61'i kendi durumunu bilmek isterken bu rakam sağlık çalışanlarında yüzde 89'a ulaşmaktaydı. Ancak sağlık çalışanı olmayanların yüzde 58'i ikinci durumda teşhisin yakınlarından saklanmasını benimserken sağlık çalışanlarının yüzde 71'i teşhisin yakınlarına söylenmemesini istemekteydi. Bu cevaplar bir miktar şaşırtıcı olması yanında masum bir çifte standardın göstergesi olarak kabul edilebilir. Kişiler terminal dönemde kendi durumlarını bilmek isterken yakınlarının bu bilgiye sahip olmasını istememekteydi ve bu tutum farkı sağlık çalışanlarında daha çarpıcı orandaydı. Bu tutum biraz adaletsizce görünse de arkasındaki düşüncenin samimi ve iyi niyetli olduğu söylenebilir. İnsanın kendisi kötü haberin yükünü taşımaya hazırlıklı görünürken bu konuda yakınlarına karşı daha korumacı bir davranış biçimi sergilemekte. Terminal dönem hastalarının takip ve te-

(...) Bu konuların gerek günlük yaşamda gerekse sağlık çalışanları arasında konuşup tartışılması ve bu konularda bir tutum geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu düşünceyi hayata geçirmenin başlangıç noktasının da tıp fakülteleri olması, oldukça makul görünmektedir. Bu yüzden tıp fakültesi müfredatında, ölüme giden süreçte karşılaşılabilecek etik ikilemler üzerinde konuşulan ve tartışılan bir dersin olması gerekmektedir.

davisinde, sağlık çalışanlarının bu konuda aldığı eğitim büyük önem arz etmektedir. İdeal tıp eğitiminde bu konunun tıbbi yanı dışında sosyal ve etik yönü konusunda belli dersler alması öngörülmektedir. Biz, çalışmamız çerçevesinde hekim ve hemşirelere; "Eğitiminiz sırasında terminal dönem ve ölümcül hastalarla ilgili her hangi bir ders aldınız mı?" diye sorduğumuzda hemşirelerin tamamı bu soruya olumlu cevap verirken hekimlerin sadece yüzde 5'i bu konuda bir ders aldığını söylemişti.

Yukarıda ortaya konulmaya çalışılan ve anketin yapıldığı bölgeler göz önüne alındığında ülke genelinin düşüncelerini yansıttığı söylenebilecek bu çalışma, ölüme giden süreçte sokaktaki insanın ve sağlık çalışanlarının ölüme giden süreçte karşılaşılabilecek muhtemel durumlardaki düşüncelerini yansıtmaktadır. Bu konuların gerek günlük yaşamda gerekse sağlık çalışanları arasında konuşup tartışılması ve bu konularda bir tutum geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu düşünceyi hayata geçirmenin başlangıç noktasının da tıp fakülteleri olması, oldukça makul görünmektedir. Bu yüzden tıp fakültesi müfredatında, ölüme giden süreçte karşılaşılabilecek etik ikilemler üzerinde konuşulan ve tartışılan bir dersin olması gerekmektedir.

Bir salgını önlemek...

Ardan Zentürk



Marmara Üniversitesi İdari Bilimler Fakültesi'nden 1979'da mezun oldu. Drake, Georgetown ve Oxford üniversitelerinde çeşitli kurslara katıldı. Hürriyet, Tercüman, Türkiye, Dünya, Güneş, Sabah, Günaydın gazetelerinde; M5 Savunma ve Strateji ile Nokta dergilerinde; HBB, Star TV, Kanal D ve Kanal 6'de üst düzey görevlerde bulundu. Başkent Ankara, Kırmızı Koltuk, Politika Arenası (Star TV), Sıcak Gündem (Kanal D) Strateji (Kanal 6) A/Z Dosyalar (Star TV), Ankara Masası (Kanal 24) programlarını yaptı. İran-İrak ve Bosna savaşları ile Dağlık Karabağ sorununda sıcak bölgelerde görev yaptı. ABD eski başkanları Jimmy Carter ve Richard Nixon ile SSCB son Devlet Başkanı Mikhail Gorbacov, Henry Kissinger, Genadi Gerasimov, Andreas Papandreu, İlham Aliyev, Aliya İzzet Begoviç, Ebulfez Elçibey, Gulbeddin Hikmetiyar, Yaser Arafat, Rauf Denktaş, İslam Kerimov, Saparmurat Türkmenbaşı, Hüsnü Mübarek, Şimon Perez, Benyamin Netanyahu gibi liderlerle özel röportajlar yaptı. H. Canan Zentürk ile evli olan Ardan Zentürk, Anadolu Bil Meslek Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yapmakta, yanı sıra Star Gazetesi'nde gündemi yorumlamaktadır.

Babam, doktordu. Tıpkı babası ve hatta dedesi, biraz daha gidelim, dedesinin dedesi gibi...

1800'lü yılların ortalarında patlak veren Avusturya-Macaristan İmparatorluğu ile Çarlık Rusya'sı sonrasında Türkiye'ye göç etmek zorunda kalan "Macar Abdullah Paşa"nın torunları olarak ailemizin bütün erkekleri, sanki "doktor olmak zorundaydılar..."

Fatin Amca'yı, henüz tıbbiye yıllarında yakalandığı tüberküloz alıp götürüvermişti...

Ama, babam Neş'et Adnan Zentürk ile geçtiğimiz haftalarda sonsuz aleme yolcu ettiğimiz Cahit Zentürk, babaları

Dr. Arif Bey'den gelen geleneği sürdürmenin keyfine ulaşmışlardı...

Dr. Neşet Adnan, tıbbiyeden mezun olduğu 1942 yılının omuzlarına yüklediği ağır sorumluluklar nedeniyle, "halk sağlığı" dalında yürümeyi tercih etmişti... Dr. Cahit Bey ise, Ankara Üniversitesi'nin Adli Tıp Bölümü'nü bugünün prestijli günlerine taşıyacak beyin takımından biri olacaktı...

Babamı belki de memleketin genel halk sağlığıyla bu ölçüde yakından ilgilenmeye iten ana neden, askerlik yıllarına kadar uzanan bir dizi talihsiz deneyimdi...

Şöyle anlatmıştı: "1942'de mezun olduk, savaş yılları... Almanya ortalığı kapıp kavuruyor. İsmet Paşa, bütün çaba-

sıyla memleketi bu büyük yıkımdan uzak tutmaya çalışıyor... Haksız mı? Hiç değil... Ordunun elinde avucunda hiçbir şey yok... Çaremiz, Trakya'nın yollarını yapmamak, memleketin alt yapısını onarmamakta bulmuşuz ama Hitler'in Panzer tankları bir memlekete bir yerinden girdi mi diğer yanından, yol, iz, insan, bina demeden çıkıyor... Bak, benim sigaraya başladığım gün bellidir... Trakya sınırındaki askeri birliklerin doktoruyum. Altımda beyaz bir at var... Onunla cepheyi dolaşıp askerlerin sağlığını kontrol ediyorum. Anla... Dünya Savaşı sürerken bu memleketin cephedeki doktorunun altına verecek bir cipi bile yok... Asker, kırılıyor... Sıtmadan... Atımla yetişebildiğim yere kadar yetişiyorum ama öyle bir haldeyiz ki, Alman değil tankla, yürüyerek



girse dahi askerin sıtma nöbetinden yapacak bir şeyi yok... Bir akşam, Yunan sınırındaki sahra hastanesinde, yani çadırda uyurken karşı taraftan çok gürültü geldi... Sabah uyandım. Kürt bir emir erim var, aynı zamanda ona iğne yapmayı falan öğretmişim, bayağı yük alıyor, yüzümü yıkamam için su dökerken ona sordum, "Ne oldu Yunan tarafında" diye. Bana bir şey demeden dürbünü uzattı. Aldım baktım, Alman tankları tam sınırimıza dayanmış, Yunanistan o akşam işgal edilmiş... Hayatındaki ilk sigarayı o anda yaktım..."

Sıtma gibi bir hastalığın yıkıcı etkilerini askerliğinde gören Dr. Neşet Adnan, 3 yıl boyunca kazandığı deneyimle, 1945 yılında, askerliğinin bitmesiyle Mersin-Silifke yöresine tayin edilir...

İlerleyen yıllarda, "sıtma savaşında" büyük başarı kazanacak, yöre halkının "Hızır Doktor" adı takacağı bir şekilde çalışıp, büyük takdir toplayacaktır...

Geçelim... Benim anlatmak istediğim anılar demeti, 1960'lı yılların başlarına denk gelir... Çocuk felci aşı kampanyasında büyük başarılar kazandığı bir dönemde kendisine bizzat dönemin Sağlık Bakanı tarafından verilen bir görevde izlediği çalışma rotası, bugün için çok önemli bir örnek teşkil etmektedir bence...

Doktor, "devlet adamı" değildir...

Bir doktorun, halkın, insanların sağlığı için vereceği mücadeleye, sınırların, devletlerin, kuralların vs. işinin olmadığını gösteren bu anıyı yine bana aktardığı kadarıyla yazayım...

"Çocuk felci aşı kampanyası iyi gidiyordu. Çok yorulmuşum. İstanbul'a ailemin yanına geldim, biraz dinlenip tekrar Anadolu yollarına çıkacağım, bir telefon, Ankara'dan bakanlıktan çağırılıyor... Gittim... Meğer bakan bizzat beni istemiş, makama kabul edildim... Adamda biraz telaş var..."

"Doktor" dedi, "Hindistan'da çiçek salgını başladı, Dünya Sağlık Teşkilatı İran'a da sıçradığını bildirdi. Bizden beklenen bu salgını İran sınırımızda durdurmamız. Bize de sıçrarsa yazarız, bütün memleketi karantinaya alırlar, Avrupa ile bütün bağımızı keserler... Bu mahvımız demek... Git, ne yap ne et, bütün valiler, bütün ekipler herkes emrinde, ben telgrafları çektiyorum, bu işi durdur..."

Verilen görev çok kritik. Derhal İran sınırı bölgesine intikal ettik. Tüm ekipler hazır. Büyük bir aşılama kampanyası... Aşı olmamış bir tek kişi bile kalsa, bütün memleket için büyük bir risk biliyorsun. Tek tek ev ev... İnanılmaz bir hızla

çalışıyor ekipler ama Allah için, vatan da katılıyor... Gerektiğinde Kürtçe hutbeler bile okutuyorum, Kürtçe anonlar... Yetkim var... Vatandaş hangi dili biliyorsa o dilden konuşuyoruz... Özellikle bölgenin kadınları Türkçe bilmiyor, onlara ulaşmamız lazım... Neyse... Bayağı bir yol aldık ama sınır boylarında görev yapan bir komutan bana asıl gerçeği söylediğinde dehşete düştüm... Sınırın iki yakasında yerleşik Kürt aşiretleri vardı... Bu aşiretler, Türkiye-İran arasında kaçakçılık yaparak yandaşlarını kazanıyorlar... O zamanlar İran'ın durumu bizden daha iyi... Sana yi ürünleri, pikaplar falan oradan geliyor, gümrüksüz ucuz giriyor... Buradan da koyun falan gidiyor... Böyle bir ticaret... Devlet de fazla karışmıyor... Ama bu insanlar bir İran'da bir Türkiye'de... Mutlaka dağdaki bütün o insanların aşılanması lazım...

Bölgede sözü geçen bir aşiret reisi ile gizlice buluştum, bütün aşiret reislerine haber salmasını, üzerinde anlaşacağımız bir yere ekiplerimle giderek hepsini aşılama istediğimi bildirdim...

Aldığım cevap koskoca bir güvensizlik... "Doktor bizi aşı bahanesiyle bir yere toplayıp jandarmaya mı verecek..." Adamın tek düşündüğü bu... Bunun üzerine askeri yetkililer ve valiler ile görüştüm, bir yeri ben belirledim, sınıra yakın, oranın tamamen "askersizleştirildiğini" aşı olmaya gelenlerin kılına dokunulmayacağını garantörü olduğumu bildirdim...

Bir süre, durumu incelediler... Sonra baktılar ki, hakikaten dediğim bölgede hiç asker yok, bu sefer beni ciddiye alıp temas kurdular... Bir şartları vardı... Bütün aşılama işlemi bitene kadar, İstanbul'daki ailemin adresini verecektim, aşiretin adamları evimi çevreleyip karım ve çocuklarımı rehlin alacaklardı... Eğer aşı sırasında bir tutuklama yaşanır, bedeli ailem olacaktı... Hemen kabul ettim... İlgili makamlara da bu işe karışmamaları için gereken bütün uyarıları yaptım... Geldiler... Binlerce kişi... Kadın, erkek, çocuk, genç, yaşlı... İran tarafından Türkiye topraklarına benzeri ancak filmlerde görülecek bir şekilde indiler... Hepsini aşıladık, bir tek kişiyi bile bırakmadık... Bütün çalışma süresince devlet sınırından çekildi... Salgını İran sınırında durdurduk..."

Hatırlıyorum... O dönemde küçük bir çocuğum... Üst Göztepe'de Güven Evler'de oturuyoruz. O zaman Üst Göztepe son derece küçük ve mütevazı bir mahalle... Güven Evler, belki de ilk genişleme projelerinden biri... İki katlı evlerden oluşuyor... Sokak lambaları ölgün ve sakin bir sokak... Evimizin çevresindeki o garip görünümüne adamları birer donuk görüntü gibi hatırlıyorum... Çocuk beynim o insanların



"Geldiler... Binlerce kişi..."

Kadın, erkek, çocuk, genç, yaşlı... İran tarafından

Türkiye topraklarına benzeri ancak filmlerde görülecek

bir şekilde indiler... Hepsini aşıladık, bir tek kişiyi bile

bırakmadık... Bütün çalışma süresince devlet sınırından

çekildi... Salgını İran

sınırında durdurduk..."

evimizin çevresinde olmamaları gerektiğini demek algılamış...

Babama sormuştum... Eğer bir aksilik çıksaydı aşiretlerin adamları gerçekten bizlere bir şey yapacaklar mıydı diye...

"Ben de merak etmişim... Bütün işler bitti... Aşiret reisleri en son aşı oldular... Herkes yerli yerine hareket edecek... Benim ve ekibin adına bir yemek verdiler... Orada sordum... Bir aksilik olsaydı çocuklarımı ne yapacaktınız diye... Güldüler... "Doktor, bizde çocuklara silah atacak bir hal var mı? Tabii ki onlara bir şey olmayacaktı. Ama sana bunu böyle gösteremezdik... O zaman askeri, valileri yeterince uyarı-maz, başına tam bir bela açardın..."

Ne belası diye sorduğumda da kararlı bir sesle, "Ailene bir şey yapmayacaktık ama aramızdan bir kişi bile tutuklansaydı, seni vuracaktık..." dediler... Kararlıydılar... Ellerinden kurtulmuştum..."

Bir yanda kaçakçılıkla uğraşan aşiretler... Diğer yanda çiçek salgını... Memleketin bütünü için verilen büyük bir meydan muharebesi...

Babam Dr. Neşet Adnan Zentürk'ün bu anlam yüklü anısı bende her zaman doktorluğun o kutsal yönüne olan derin saygıyı diri tutmuştur... Konu sağlık olduğunda ne jandarma dinlenir ne de vali...

Yeryüzü Doktorları Gazze'ye acil yardıma çağırıyor!

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1986'da İÜ. Tıp Fakültesi mezunudur. Üroloji Kliniği'nde ihtisasını tamamlayarak 1991'de üroloji uzmanı oldu. 1994'te ABD'de, Houston'daki Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak görev yaptı. 1996'da üroloji doçenti, 2008'de profesörü oldu. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, katkıda bulunduğu 15'ten fazla kitap bölümü yazarlığı, 200'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması ve 50'yi aşkın uluslararası sitede mevcuttur. 6 tıbbi derginin editörler kurulunda yer alan Karaman; 4 uluslararası, 10 ulusal tıbbi derneğin üyesidir. İngilizce ve Arapça bilen Dr. Karaman, evli ve iki çocuk babasıdır. Karaman, Yeryüzü Doktorları adlı uluslararası tıbbi ve insani yardım kuruluşunun Türkiye şubesinin yönetim kurulu başkanlığını yürütmektedir.

Dökme Kurşun" operasyonu adı altında İsrail'in Gazze'ye yönelttiği saldırılar benim bu satırları yazdığım da 17'nci gününde de devam ederken dünya ölçeğinde çekingen duran kuruluşlar da dahil olmak üzere Gazze' nin "derin bir insani kriz" yaşadığı gerçeği artık tüm çevrelerce kabul ediliyor.

Yeryüzü Doktorları, saldırıların 3'üncü gününde iki gönüllü doktordan oluşan bir tıbbi değerlendirme ve yardım ekibini Kahire üzerinden Refah Sınır Kapısı'na gönderdi. Burada yapılan inceleme ve Gazze'deki Sağlık Bakanlığı'ndan alınan ihtiyaç listesi ışığında, Kahire'den ilaç ve tıbbi malzeme teminine başlandı. Bu teşebbüsün sonucu olarak Yeryüzü Doktorları Derneği, Deniz Feneri ve İsrâ Dernekleri

ile birlikte Gazze'ye geçirip teslim ettiği 43 ton tıbbi malzeme ve ekipman-dan sonra, bu hafta içerisinde ağırlıklı olarak ilaç ve tıbbi malzemeden oluşacak olan bir kargo uçağının daha bölgeye sevk edilmesi için çalışıyor. Malzemelerin, Mısır'dan tedarik edilen 12 adet ambulansla birlikte bir hafta içerisinde Gazze' de olması bekleniyor. İlk iki TIR'la Gazze içine teslim edilen malzemelerin, Han Yunus'taki Nasır





hastanesine ulaştığı da teyid edildi.

Mısır'ın Refah sınırını sağlık görevlilerine açmasının ardından Yeryüzü Doktorları da saldırıların başladığı günden beri kabul ettiği gönüllü doktor başvurularını yenileyerek Gazze'ye ağırlıklı olarak cerrahlardan oluşan bir tıbbi görev ekibi göndermeye hazırlanıyor.

Bölgedeki ekibimizden aldığımız bilgiler, Gazze şeridinde yaşayan ve çalışan Filistinli sağlık görevlisi dostlarımızla kurulan temaslar ve değişik haber kaynaklarımızdan elde edilen haberleri değerlendirerek şu anda Gazze'de yaşanan trajedinin sağlıkla ilgili boyutunu ve kara hareketinin ardından ortaya çıkan fotoğrafı şöyle özetleyebiliriz:

Vahşetin boyutu her geçen gün artıyor

Filistin Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiğine göre 13 Ocak itibarıyla, saldırılarda hayatını kaybeden Filistinli sayısı 900'ü, yaralı sayısı da 4 bini geçti. Ölen ve yaralananların yarısından çoğu kadın ve çocuklardan oluşuyor.

Vahşetin ve yokluğun derecesini, Türkiye'de okumuş bir Filistinli mühendis olan ve şu anda Gazze'de bulunan Muin Naim'in şu satırlarından anlayabiliriz: "Gazze'den selamlar gönderiyorum. Ama Allah bilir belki size göndere-

bileceğim son selam olabilir. Çünkü bilgisayarımın pilinin son dakikalarını kullanıyorum. Gazze'de elektrik, petrol ve su bitmiş durumdadır. Hastanelerde jeneratörlerin son mazot litreleri kullanılıyor, ondan sonra hastanelerdeki elektrikli de kesilecek. O saatten 24 saat içerisinde 400 diyaliz hastası ölüme mahkûm olacak ve yoğun bakımda olan yaklaşık 200 genç ve yaralıyı kaybedeceğiz. Bununla birlikte sürekli ilaç ve elektrik gerektiren ameliyatlarda durdurulacak. Bu hepsi değil, Gazze'nin dramı daha çok hikâye anlatıyor. Mesela fırınlarda ekmek yok, pazarda un yok, ilaçların çoğu bitmiş durumda, sınırlar İsrail ve Mısır tarafından kapatılıyor..."

UNICEF Radyosu'na telefonla bağlanan 16 yaşındaki bir kız, Reem ise "Şu anda Gazze'deki durum öyle kötü ki, kelimelerle anlatılacak gibi değil. Evimizin birinci katında oturuyoruz, burada bizimle birlikte sınır bölgelerindeki çatışmalardan kaçarak gelmiş dört aile daha yaşıyor" diyor. Ve devam ediyor: "Aynı evin içinde çocuk, kadın, yaşlı, erkek ve kadınlarla birlikte 35 ki-şiyiz. Gazze'deki evlerin çoğunda hayat böyle devam ediyor. Konserve yi-yerek yaşıyoruz. Gaz yok. Ekmek yapmak için elektrik yok. Çocuklar mecburen sabah kalkıp birkaç torba ekmek alabilmek için fırınların önünde sıraya giriyorlar."

Gazze Fırıncılar Odası, üyelerinin ya-

kacaklarının kalmadığını, çatışmalar sebebiyle depolarına gitme imkânlarının olmadığını belirtiyor. Reem, arka arkaya yaşadığı bu 11 günün artık sinirlerini iyice yıpratmaya başladığını belirtiyor: "Bugün hava güzel, güneşli... Çocuklar ve büyükler çatının üstüne çıkıyorlar, evin içinde olmaktan herkes çok sıkıldı. Ama bir komşumuz var, iki tane de çocuğu var, biri 15 biri 16 yaşında, onlar da çatıya oynamaya çıkmışlardı, bir uçak geldi, vuruldular. Çatıda olmak da güvenli değil artık."

İnsani yardım çalışanları hedef alınıyor

Gazze'de bir gün içinde üç farklı Birleşmiş Milletler ekibi İsrail askerleri tarafından saldırıya uğradı. UNRWA yardım teşkilatına ait ve havadan görülebilecek şekilde açıkça işaretlenmiş bir konvoy, insani yardım için iki taraflı ateşkes süreci devam ederken vuruldu. ICRC, Kızılay-Kızılhaç Federasyonu'nun eskortunda Refah'a doğru devam eden 14 ambulanslık bir konvoy yerden açılan ateşle vuruldu, bir sağlık personeli bu saldırıda yaralandı. WFP, Dünya Gıda Programı ve yine UNRWA 'ye ait bir gıda konvoyu Erez Kapısından açılan ateş ile vuruldu, iki personel yaralandı.



Bölgedeki genel insani durum

Birleşmiş Milletler OCHA insani yardım koordinatörlüğünün bildirdiğine göre Erez, Kerem Şalom, Nahal Oz ve Refah kapıları sınırlı da olsa açık. İki gün içinde yaklaşık 150 konteynır yardım malzemesi ve 135 bin litre petrol, kamyonlarla Gazze'ye iletili. Ayrıca Nahal Oz boru hattından 300 bin litre endüstriyel yakıt ile 140 ton mutfak gazı Gazze'ye pompalandı. 19 bin 800 kişi bulundukları yerleri terk ederek Birleşmiş Milletler'e ait 27 barınağa sığınmış durumda. Bu bölgelerdeki gıda stokları yetersiz.

İsrail hava kuvvetleri, Refah bölgesinde uçaktan attıkları bildirilerle güney Gazze'deki Philadelphia Koridoru'nun tamamen boşaltılmasını duyurdular. Burada yaşayan yoğun nüfus evlerini boşaltıyor ve tümünü alabilecek Birleşmiş Milletler sığınağı da bölgede yok. Hemen hemen tüm Gazze, saldırıların başladığı günden bu yana elektriksiz. Gazze Elektrik Santrali yakıt verilmesi ile çalışabilecek duruma gelse de vurulan onun üzerindeki trafo merkezi ve şehir içi iletim hatları nedeni ile elektriğin bölgeye verilmesi onarım yapılmadan imkânsız durumda. Şu an sadece Şifa Hastanesi'ne tek hatla elektrik verilmesi için çalışılıyor. İsrail'in saldırılarını kısıtlı sürelerle durdurmasının ardından yardım kuruluşları izole yerlere ulaşmaya başladı. Örneğin UNRWA, Beyt Hanun'daki Khalil Uweyye okuluna ulaştığında buradaki 570 kişinin dört gündür herhangi bir yiyecek, su ya da tıbbi yardım alamadığı ortaya çıktı.

Enkaz altındaki yaralıların kurtarılmasına izin verilmiyor

Kızılay'ın 3 Ocak'tan bu yana giremediği Zeytun kasabasına ateşkes döneminde girdiğinde 15 cesedin yollardan toplandığı, iki binanın tamamen yıkıldığı, bu bina enkazının altında hayat belirtileri olduğu ancak İsrail askerlerinin arama kurtarma ekiplerini binalara yaklaştırmadıkları bildirildi.

Birleşmiş Milletler UNOSAT topluluğunun WorldView-1 uydusundan yaptığı gözlemlere dayanarak verdiği bilgilere 6 Ocak itibarı ile Gazze'nin kuzeyinde toplam 117 bina saldırıdan etkilendi. Bu binaların 87'si tamamen yıkıldı, 30 tanesi ise ağır hasar gördü. Bunlara ek olarak vurulan ana yollar üzerinde ulaşımı aksatacak 20 derin krater ile diğer tali bölgelerde de 93 derin krater açılmış durumda.

Önlem alınmazsa sağlık hizmetleri duracak

Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiğine göre eğer kısa süre içerisinde önlem alınmazsa Gazze'de sağlık sistemi tamamen çökecek. Askeri olarak izole edilmiş pek çok bölgeye sağlık hizmeti ve acil yardım götürülemiyor. Yine Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Gazze'de sağlık personelinin yalnızca yüzde 25-30'u çalışabilir durumda. Evleri, aileleri bombalanan ve kayıpları olan sağlık personeli tüm bu duruma rağmen insanüstü bir çaba ile hizmetini sürdürüyor. Ancak özellikle hastanelerin acil üniteleri ve yoğun bakım bölümlerinde hizmet veren personel ara-

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Gazze'de sağlık personelinin yalnızca yüzde 25-30'u çalışabilir durumda. Evleri, aileleri bombalanan ve kayıpları olan sağlık personeli tüm bu duruma rağmen insanüstü bir çaba ile hizmetini sürdürüyor. Ancak özellikle hastanelerin acil üniteleri ve yoğun bakım bölümlerinde hizmet veren personel aralıksız çalışmadan ve olağanüstü şartlardan dolayı aşırı gerilmiş durumda.

lıksız çalışmadan ve olağanüstü şartlardan dolayı aşırı gerilmiş durumda.

Gazze halen susuz ve kanalizasyon içerisinde yaşıyor

Pek çok su kuyusu ve atık su pompası enerji yokluğu nedeniyle halen çalıştırılmıyor. Gazze Sular İdaresi CMWU'nun verdiği bilgiye göre düzensiz gelen yakıt



Savaş sonrası rehabilitasyon dönemini de kapsayacak bu çalışma için dünya genelinde gönüllü sağlık personelleri ve yardımseverlerin işbirliği yapması gerekiyor. Gazze'nin sağlık altyapısının tekrar ayağa kaldırılması ve yaraların sarılması için tüm insanlığı acil yardıma çağırıyoruz. Gazze can çekiyor! Gazze'ye acil yardım! Hemen! Şimdi!

nedeni ile halen 500 bin kişiye hiç su verilemiyor. Tesisin vurulması ve pompaların çalıştırılmaması nedeni ile Beyt Lahia ve Şeyh Ajlan Atık Su Arıtma Tesisi'nden geri basan kanalizasyon suları, temiz su ve atık su şebekesinin birlikte vurulmasından dolayı bölgeye yayılmış ve içme suyu şebekesine karışmış durumda. Temiz suyun verilmesi durumunda salgın hastalık tehlikesi var.

Sağlık tesisleri ve personelleri vuruluyor

Dünya Sağlık Örgütü Filistin Bürosu'nun verdiği bilgiye göre Gazze'nin kuzeyindeki Al-Awda Hastanesi'nin acil birimi

İsrail tarafından atılan iki roketle ağır hasar gördü, saldırıda bir hemşire ağır yaralandı. Orta kesimlerde bulunan Bureij Kampı'nın bombalanması sonucu da Birleşmiş Milletler UNRWA Örgütü'ne ait bir sağlık merkezi yıkıldı ve burada en az 5 kişi öldü. Union of Health Care Committees'e (UHCC) ait üç adet mobil klinik İsrail tarafından imha edildi. Yaralı almaya giden bir ambulans vuruldu; bir paramedik hayatını kaybetti, ikisi de ağır yaralandı. 27 Aralık'tan bu yana vurulan ambulans sayısı 11'e, ambulanslar üzerinde hayatını kaybeden sağlık görevlilerinin sayısı 6'ya, yaralananların sayısı da 30'a yükseldi.

Ağır çatışmaların yaşandığı ve tank ve füze ateşlerinin arasına sıkışan Gazze'nin doğu bölgesinde bulunan bölgenin tek rehabilitasyon hastanesi El Wafa' nın başhekimisi, İsrail askeri yetkililerine hastaların ve sağlık personelinin tahliyesi için başvuruda bulundu, başvuru reddedildi. Gazze Elektrik Santrali 30 Aralık'tan bu yana çalışmıyor. Gazze'deki tüm hastaneler yedek jeneratörlerle besleniyor, durmaksızın çalışan jeneratörlerde arızalar başladı. Özellikle Şifa Hastanesi'nde elektriklerin dört dakikadan fazla kesilmesi durumunda yoğun bakımda cihaza bağlı 30 tanesi yenidoğan bebek olan 70 hasta ölümle burun buruna gelecek.

Sonuç ve üstümüze düşenler

Saldırıların şiddetlenmesi ve Gazze'nin fiili olarak bölünmesi nedeni ile sağlık hizmetlerinin sunulması, tıbbi yardım ve lojistik organizasyonu çok zorlaştı. Filis-

Yeryüzü Doktorları Derneği

Uzun yıllar süren dostluk, işbirliği ve istişareler sonucunda, Doctors Worldwide (Yeryüzü Doktorları), aralarında ülkemizden de arkadaşlarımızın bulunduğu uluslararası bir grup yardım gönüllüsü doktor tarafından Nisan 2000'de İngiltere'de kuruldu. Yeryüzü'nün neresinde, temel tıbbi bakım ve sağlık ihtiyaçlarından mahrum bir insan; bir hasta, bir sakat, bir felaketzede, bir mazlum, bir mağdur varsa, bunun acısını yüreğinde hisseden, bunun sorumluluğunu idrak eden bir grup gönül adamıdır, Yeryüzü Doktorları'na vücut verenler. Doctors Worldwide; din, dil, ırk, etnik köken, milliyet ayırt etmeden, yeryüzünün tüm sakinlerine tıbbi ve insani yardım götürmeyi hedef ediniyor.

tin Sağlık Bakanlığı; ihtiyaç duyduğu pek çok ilaç, medikal malzeme, cihaz ve sağlık personeli ile ilgili acil çağrı yaptı. Yeryüzü Doktorları, Türkiye'den yapılabilecek her türlü tıbbi yardım için kapsamlı bir çalışma yürütüyor. Savaş sonrası rehabilitasyon dönemini de kapsayacak bu çalışma için dünya genelinde gönüllü sağlık personelleri ve yardımseverlerin işbirliği yapması gerekiyor. Gazze'nin sağlık altyapısının tekrar ayağa kaldırılması ve yaraların sarılması için tüm insanlığı acil yardıma çağırıyoruz. Gazze can çekiyor! Gazze'ye acil yardım! Hemen! Şimdi!

Alma-Ata'nın 30. yıldönümünü anısına

Dr. Sebahattin Işık

Temel sağlık anlayışının önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilen Alma-Ata Konferansı'nın 30. yılı anısına yine aynı şehirde, bugünkü adıyla Almaty'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 15-16 Ekim 2008 tarihinde bir konferans düzenlendi. Ana teması temel sağlık hizmetleri olan 2008 Dünya Sağlık Raporu'nun tanıtımı da bu konferansta yapıldı. Toplantıda ülkemiz Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcıları Dr. Sebahattin Aydın ve Dr. Turan Buzgan ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel

Müdür Yardımcısı Dr. Bekir Keskinlik tarafından temsil edildi. Toplantıda, 1978'de Kazakistan Sağlık Bakanı olarak Alma-Ata Konferansı'nın organizasyonunda başrol oynayanlardan biri olan Profesör Torageldy Sharmenov ile birlikte Rusya Sağlık Bakanı Yardımcısı ve Profesör Sebahattin Aydın panelist olarak görüşlerini açıkladılar. Konferansta, Dünya Sağlık Raporu'nun tanıtımı ile birlikte ana konusu olan temel sağlık hizmetleri anlayışının doğuşu, değişimi ve bugün gelinen noktada nasıl anlaşıldığı veya nasıl anlaşılması gerektiği hususlarına odaklanan çeşitli konuşmalar yapıldı.

DSÖ 2008 Sağlık Raporu'nun başındaki takdim yazısında Başkan Dr. Margaret Chan, günümüz dünyasındaki sağlık tablomuzu çok veciz bir şekilde özetlemektedir: "2008 yılı DSÖ'nün kuruluşunun 60. Alma-Ata bildirgesinin de 30. yıldönümüdür. Küresel sağlık anlayışımız son 60 yılda oldukça değişime uğramış olmakla birlikte, DSÖ anayasasının özünde yer alan ve aynı zamanda Alma-Ata Bildirgesi'nde bulunan değerler test edilmiş ve doğru olduğu görülmüştür. Ancak sağlıktaki büyük küresel gelişmelere rağmen, bu değerler doğrultusundaki hedeflere ulaşmadaki üzücü kolektif başarısızlı-



Alma-Ata'da ortaya konan değerler, herkes için sağlık anlayışı, bütün sektörlerin sağlık önceliğine yöneltmesi ve bunu yönlendirecek olan temel sağlık hareketi, sağlık sistemlerini etkili bir şekilde yönlendirmede yeterli olamadı. Toplumların artan beklenti düzeyleri de buna beklenen katkıyı sağlayamadı. Hatta bazen beklentilerin yanlış yönetilmesi daha istenmedik dönüşümlere yol açtı.



ğımız aşikârdır. Kaliteli bir sağlık desteğine ulaşamadığı için doğum komplikasyonlarından muzdarip olan annelerle, temel aşılarından mahrum kalmış olan bir çocukla ve şehir varoşunda barakada yaşayan bir garibanla hala karşılaşırız. Trafikin yoğun olduğu caddelerin kenarında yürüyenlerin güvenlikten yoksunluğu, yeterli sağlık güvencesi olmadığı için sağlık hizmetinin karşılığını doğrudan cebinden ödemekten dolayı fakir düşenler hala mevcuttur. Bunlar ve bunun gibi birçok günlük hayatın gerçekleri sağlık sistemlerimizin performansındaki önlenemez ve kabul edilemez kusurları ortaya koymaktadır.”

DSÖ, 2008 Dünya Sağlık Raporu'nun ana temasını Alma-Ata Konferansı'nın 30. yıldönümü münasebetiyle temel sağlığa ayırarak bu konuya yeniden dikkat çekmiş oldu. Zaten son yıllarda sağlıkta iyileşmeleri garanti altına alabilmek için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi hususu, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin gündem maddelerinin başında geliyordu. Talinn Bakanlar Konferansı'nda ve Tiflis Bölge Toplantısı'nda dile getirildiği ve birçok kaynakta işaret edildiği şekliyle “Temel sağlık hizmetlerine yeniden müracaat” veya “Yeniden canlandırma” ifadeleri ile konu gündeme getirilmeye çekilmeye çalışılıyordu.

Alma-Ata Konferansı, 10-12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın o zamanki başkenti olan Alma-Ata şehrinde, Cumhuriyet Sarayı'nda gerçekleşmişti. Toplantıda Türkiye'yi zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı başkanlığında bir heyet temsil etmişti. Konferansın ana teması “2000 yılında herkese sağlık” idi. Konferans sonunda dünyada sağlık örgütlenmelerinin ülke bütünlüğü içinde entegre sistemler olarak ele alınmasına ışık tutan ve temel sağlık hizmetlerini ulusal sağlık sistemlerinin ana parçası olarak gören bildirge yayımlandı. Alma-Ata bildirgesindeki verilen tanıma göre: “Temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir. Bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır”.

Alma-Ata Konferansı, bütün ülkelerde hiç bir surette kabul edilemez olan sağlık eşitsizlikleri ile politik, sosyal ve ekonomik olarak mücadele etmek üzere çeşitli meslek grupları, kuruluşlar, hükümetler, sivil toplum örgütleri ve araştırmacılar nezdinde “Temel sağlık hareketini” başlatmıştır. Ana felsefe “Herkesin sağlık” ilkesi etrafında oluşmuştur.

Ancak, Alma-Ata'da ortaya konan de-

ğerler, herkes için sağlık anlayışı, bütün sektörlerin sağlık önceliğine yöneltmesi ve bunu yönlendirecek olan temel sağlık hareketi, sağlık sistemlerini etkili bir şekilde yönlendirmede yeterli olamadı. Toplumların artan beklenti düzeyleri de buna beklenen katkıyı sağlayamadı. Hatta bazen beklentilerin yanlış yönetilmesi daha istenmedik dönüşümlere yol açtı. Bu şekilde ortaya çıkan sağlık sistemleri, gelenekselleşmiş bir hizmet sunum modelinin ortaya çıkması sonucunu doğurdu ya da daha doğrusu bu modelin devamlılığını sağladı. Geleneksel sağlık hizmetlerinin, farklı mekanizmalarla ve farklı nedenlerle harcanan enerji ve kaynaklara oranla beklenenden daha az etkili olmasının yanında, birçok yaygın kusurları, terslikleri ve çelişkileri birlikte getirildiği bilinmektedir.

Alma-Ata'da başlayan temel sağlık hareketinin bugün beklenen düzeyde sonuçlara bizi ulaştırmamış olmasının mazeretini ortaya koymaya çalışırken DSÖ Direktörü Dr. Chan, “1978'in düşünürleri bugünün dünyasındaki olayları öngöremezdi” diyerek bu süreçte petrol krizlerinin, küresel ekonomik krizlerin, kalkınma bankaları tarafından ülkelere önerilen ve kaynakları sosyal hizmetlerden ve bu arada sağlık alanından uzaklaştıran yapısal değişim programlarının sonuçlarına işaret etmiştir.

Dr. Sevda Arat:**Belki emekliliğimde bir müzede gönüllü çalışabilirim****Dr. Kadir Doğruer**

Hekim olmak bilincinin yerleştiği tıp eğitimi sırasında birçok hekim adayı tüm sahip olduğu yetenekleriyle birlikte fakülte dedir. Bu yeteneklerini fakülte öncesinde fark etmiş, belki de yeteneklerinin yönlendirmesiyle yetenekleriyle ilintili eğitim almış ve birçok ürün de vermiş olabilir.

Tıp fakültesi öncesinde gerek yazı ya da şiir yazarak, gerekse de resim yaparak iç dinamiklerinin yönlendirmesiyle sanatçı olma beklenti veya heyecanını duyumsamaya tam başlamışken tıp fakültesinde ki yoğun ve kaotik eğitim süreci içerisinde sanatçı olma beklentilerini bir kenara bırakıp hekim olma yolunda yürümeye başlarken hekim adayı genellikle bir şaşkınlık içindedir. Hekim adayı, sanatçı kişiliği içinde yerleşen naifliğin pek beslenemediği bir ortamda eğitimini sürdürürken önceliklerinin yer değiştirmesinden dolayı bazen rahatsız olacak, bazen de taşıdığı yeteneklerin ayrıcalığına tadına varacaktır.

Amfiler, dersaneler, laboratuvarlar, klinikler ve sınavlar arasında soluksuz koşarken, kariyer beklentilerini sadece hekimliğin çerçeveleri arasında yerleştirme zorunluluğu sanatçı hekim adayının mesleki şekillenmesi açısından son derecede önemliken, Allah vergisi yetenekleri ve bu yetenekleri doğrultusunda tıp eğitimi öncesinde yaptıkları/ürettikleri unutulma veya ötelenme tehlikesiyle karşı karşıyadır. Hekim olmak heyecanının verdiği dirimsel enerjiyle mecburi hizmete, uzmanlık eğitimine, kırsal alanda hizmete hevesle koşan sanata eğilimli hekim, bu heyecanının yoğunluğunda belki de sadece mesleğine odaklanmış, artık mesleki hedefleri doğrultusunda yatırım yapacaktır.

Ancak, inkâr edilemez bir gerçek var ki, o da; o Allah vergisi yetenek hekimin benliğindeki sıcak turkuaz ışığı hep saklı duracaktır. Eline ka-

lemi ya da fırçayı aldığı anda, o sıkıntılı, gerilim yüklü, umutları erozyona uğramış, yılgınlığın sınırındaki hekim içinde saklı tuttuğu turkuaz ışığı aydınlatacak, belki lal renginde parlaklığı döndürecek. Yazacak, çizecek ve içinde parlayan ışığının etkisiyle yaşamına daha güçle sarılacaktır. İşte bu noktada, böylesi yeteneklere sahip olma ayrıcalığını taşıyan hekim kendini korumayı başarabilirken, aynı zamanda mesleki tazelenmesine de olanak sağlayacaktır.

Sayın dostum Dr. Haydar Sur geçenlerde beni arayıp, "Ressam doktorlarla ilgili dergimize bir yazı dizisi oluşturabilir misin" diye sorduğunda, önce heyecanlandım, ardından düşünmeden kabul ettim. Sonrasında ise nasıl bir sorumluluk yüklendiğimi fark ettim. Karikatür çizerek sanatçı hekimler arasında sayılma hevesini taşıyan biri olarak "Sanki böylesi bir yazı dizisini kolaylıkla kotarabilecek biri gibi görünmüş olmalıyım" diye düşündüm, onur duydum. Ancak, öyle kolay olmadığını bir ucundan tutup yazmaya başladığımda fark ettim. Bu konuda kayıtların neredeyse yok düzeyinde olduğunu gördüm. Mesleki ak-

tivitelerini devam ettirirken yaptıkları sanat ürünlerini genelde kendi çevrelerinde saklı tutma durumunda kalan hekimlere ulaşmak o kadar kolay değildi. Çevremde resimle uğraşan bazı hekimler tanıyordum, ama tüm bunları bir yazı dizisi haline getirmek ise nasıl olabilirdi?

En yakınımından başlamak sanırım en kolay olmalı diye düşündüm. Sevgili arkadaşım Dr. Sevda Arat'ın kapısını çaldım. Benim gibi o da bir anestezi uzmanı. Gerek ihtisas eğitimi yıllarımdan, gerekse de profesyonel olarak çalıştığımız hastanelerden beri süregelen bir arkadaşlığımız olan Sevda'nın resme olan ilgisini duyduğumda çok seviniştim. Kendisinin bu konuda duyduğu heyecanı yakından biliyorum diyebilirim. Çok iyi bir desen yeteneği olup, sanırım gecikmiş olarak resim yapmaya başlamış olması, resimle daha aktif ilgilenenler için bir avantaj olmuştur. Çünkü Sevda sahip olduğu yetenekle çok daha önce resim yapıyor olsaydı, şu anda birçok ressamla çok daha farklı platformlarda karşılaşılıyor olacaktı. Sizlerin de resimle ilgilenen bir doktor olarak Dr. Sevda Arat hakkında bilgi edinmenizi, onu tanı-

manızı istedim. Klasik bir takım röportajlar gibi soru cevap şeklinde Sevda'yı tanıtmak yerine kendi ağzından Dr. Sevda'yı anlatmak istedim.

İşte ressam Dr. Sevda Arat: "1966 yılında Tokat'ta doğdum. Düzce'de ilkokula başladım, orta ve lise öğrenimini Adapazarı'nda tamamladım. Üniversiteyi İstanbul Tıp Fakültesi'nde okudum. Beyoğlu Devlet Hastanesi'nde 1,5 yıl pratisyen hekim olarak çalıştıktan sonra 1991 yılında Haseki Kardiyoloji Enstitüsü'nde anestezi ihtisasına başladım. İhtisas sonrası 2 yıl enstitüde çalıştıktan sonra önce Alman Hastanesi'nde; daha sonra 29 Mayıs Hastanesi'nde çalıştım. 2000 yılından beri Memorial Hastanesinde anestezi uzmanı olarak çalışıyorum. Evliyim ve 14 yaşında bir kızım var.

Ortaokul ve lise yıllarında resim derslerimi sever ve iyi resim yapardım. Ama bu konuda özel bir çalışma yapmamıştım. Hatta ortaokula başladığımda ilk resim derslerinden birinde çizdiğim resmi resim hocam çok beğendi ve babamla görüştü. Resimle



Dr. Arat'ın çalışmalarından biri

“Resim dünyaya estetik bakışımı da değiştirdi. Bazı ufak estetik ayrıntıların hayatı biraz daha güzelleştirebildiğini resim sayesinde farkettim. İnsan yaptığı işten veya günlük monoton yaşamdan zaman zaman yorulup sıkılabiliyor. Ama ben resim sayesinde işe geldiğimde daha konsantre bir şekilde çalışabiliyorum.”

İlgili yeteneğim olduğunu ve değerlendirilmesi gerektiğini babama söylemiş ama babam benim derslerimin de iyi olduğunu ve böyle bir eğitime gerek olmadığını söylemişti. O dönemde Adapazarı'nda yaşıyorduk ve istesek de böyle özel bir eğitim olanağını bulamazdık herhalde.

Üniversite son sınıfta, kendi kendime 3-4 ay kadar kısa bir süre resim çalıştım. Fakat sonrasında resimle ilgilenen vaktim olmadı. Ta ki kızım büyüüp 8-9 yaşlarına gelece kadar. Bu süre içinde tam bir resim hayranı olarak resim yapmak yerine fotoğraf çekmeyi tercih eden sevgili kayınpederim Sn. Servet Sıtkı Arat'ın fotoğraf çalışmalarına yardımcı oldum. Kızımın resme ilgisi nedeniyle hem okulda seçmeli ders olarak hem de özel hoca ile resim yapmaya başlamasıyla ben de hobi olarak bir şeyler yapsam diye düşünmeye başladım.

Bir süre takı tasarımıyla ilgilendikten sonra asıl ilgimin renkli boncuklar değil renkler olduğunu farkettim. “Ben niye resim yapmıyorum” diye düşündüm ve Sn. Barış Sarıbaş'la atölye çalışmalarına başladım. Yani, yaklaşık 2003'ten beri resim çalışıyorum. Kısa bir süre Sn. Selçuk Erdoğan'ın atölyesinde akademiyeye hazırlanan öğrencilerle çalıştım. Şu sıralarda Sn.

Ekrem Kahraman ile Çekirdek Sanat'ta atölye çalışmalarına devam ediyorum. Bir de son zamanlarda Sn. Profesör Turan Aksoy'la çalışmaya başladım.

Çok sayıda karma sergiye katıldım. Bazılarında seçilmiş konular vardı. Geçen yıl kızımın birlikte anneler gününde bir sergi açtık. İkimiz de hayvan temalı bir dizi resim yapmıştık. Kızımın bana Anneler Günü armağanı oldu sergi. Belki yine ortak bir sergi yapabiliriz kızımınla. Yine bir arkadaşımın planladığımız ama bir türlü gerçekleştiremediğimiz bir sergi planı da var. Asıl büyük hedef, kişisel sergi açmak tabi. Ama resme zaman ayırmakta bu yıl biraz zorlanıyorum. Herhalde gelecek sene planlayabiliriz ancak. Meslek olarak; çok zamanımı alan ve bir o kadar da stresli bir iş yapıyorum. Eve gittiğimde beni düşünce olarak tamamen işimden uzaklaştırıyor resim. Çünkü zaman zaman eve gitsek bile, gün içinde yaşananlar kafamızda dönüp durabiliyor. Ama ben bir resmi planlarken, çizerken ya da boyarken konsantre olunca, o resim dışında bir şey düşünmüyorum.

Resim dünyaya estetik bakışımı da değiştirdi. Bazı ufak estetik ayrıntıların hayatı biraz daha güzelleştirebildiğini resim sayesinde farkettim. İnsan yaptığı işten veya günlük monoton yaşamdan zaman zaman yorulup sıkılabiliyor. Ama ben resim sayesinde işe geldiğimde daha konsantre bir şekilde çalışabiliyorum. Zamanımı daha iyi planlıyorum ve kullanıyorum ve öyle de olmak zorunda. Bu tempo bazen yorucu olabiliyor ama evde boş boş oturup televizyon seyretmek yerine bir şeyler üretmek beni mutlu ediyor. Bir gün önce veya o hafta evde ya da atölyede bana keyif veren bir resim ortaya çıkarabiliysem mutlu oluyorum. Bir de hasas işlerde, el becerilerimin resim sayesinde biraz daha geliştiğini hissediyorum.

Resmi hobi olarak yapmakla sanatçı olarak yapmak arasında ciddi fark var. Sanatçı



Dr. Sevdâ Arat

olabilmek için tüm yaşantınızı resim üzerine kurgulamanız gerekiyor. Benim en azından şimdilik bunu yapacak şartlarım ve imkânlarım yok. Henüz bana ait özel bir resim dili oluşturmuş değilim. Ama yine de kısa vadede kendi kişisel tarzımı oturup birkaç sergi hazırlayabilirsem mutlu olurum. Ayrıca vakit bulabildikçe sanat tarihi ve ünlü ressamlar hakkında inceleme yazıları okumak hoşuma gidiyor. Uzun vadede özellikle çocuklara sanatı ve sanat tarihini anlatmak için bir şeyler yapmayı isterim. Çünkü sanat ve estetik ile ilgili eğitimlerin çocukluk çağından başlatılması gerektiğine inanıyorum. Belki emekli olduğumda okullarda ya da müzelerde gönüllü olarak sanat veya sanat tarihi eğitimi için çalışabilirim.”

Dr. Sevdâ Arat'ın yaşamında görüldüğü üzere resimle ilgilenilmek işte böylesi bir derinlik kazandırabiliyor yaşama. Bir hekim ne kadar yüksek sorumluluk gerektiren

bir iş yapıyor olsa da, kabul etmek gerekir ki bir yandan da oldukça monoton bir yaşam sürüyor. Devamlı gerilim yaşamak, gerilimi sadece ve sadece içinizde yaşama zorunluluğu, sorumluluğun getirdiği yükler veya yoğun zaman kaybına, zamanla tolerans geliştirilebiliyor olabilir. Bu durumda, fark etmeden bu toleransın gölgesinde ne kadar çok erozyon yaşanıyor. Bir an geri dönüp baktığınızda, yitip gittiğinizin farkında olabiliyorsanız eğer, işte orada sorun başlıyor: Depresyon, bezginlik... İşte, eğer resim çizebiliyorsanız, Dr. Sevdâ Arat'ın başardığı gibi, solunum sisteminize bir sistem daha ekleyebiliyor ve böylece çok daha rahat nefes alabiliyorsunuz; yaşıyorsunuz.

Keyifle yaşamaktan ödün vermeden, ancak hekimliğin de o hiçbir şeyle karşılaştırılamayacak olan mesleki tatminini yaşayabilmenin ayrıcalığını ayımsayarak nice mutlu yaşamlar hepimize...

