

**Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi
Adına Sahibi**

Doç. Dr. Turan Aslan

Yayın Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necdet Ünüvar

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Yazı İşleri Müdürü

Osman Güzelgöz

Reklam ve Halkla İlişkiler

Mine Tunçel

Sanat Yönetmeni

Mehmet Emin

Grafik Tasarım

Selim Akyüz

Yazışma Adresi

Refik Saydam Hıfzısıhha

Merkez Başkanlığı

Cemal Gürsel Cad. No: 18

Posta Kodu: 0600 Sıhhiye / ANKARA

Tel: 0312 431 28 80 - 81

E-mail

sbdiyalog@saglik.gov.tr

SB Diyalog basın meslek ilkelerine
uymaya söz vermiştir.

SB Diyalog dergisi hekim,
diş hekimi, eczacı, hemşire ve
diğer sağlık personeline Sağlık
Bakanlığı'nın hediyesidir.
Halka açık yerlerde satılmaz.
Kaynak gösterilmeden
yazılar iktibas edilemez,
alıntı yapılamaz. Yazılar yayınlarsın,
yayınlanmasın iade edilmez.
Yazılarda kısaltma yapılabilir. Hukuki
sorumluluk yazarlara aittir.

Editör'den

Sağlığın sosyal gelişmenin en temel öğelerinden birisi olduğu gerçeğinden hareketle, sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmesi, sağlık hizmetlerinin insan odaklı olması gerektiğinin ve hizmetlerin bilimsel yöntemlerle ve teknolojiyle desteklenmesi gerektiğinin bilincindeyiz. Sağlık politikalarının bu temel görüşler doğrultusunda şekillendirilmesi amacıyla yoğun çalışmalar yürütülmektedir. Bu doğrultuda sayın Bakanımızın işaret ettiği öncelikli hedeflerimiz şunlardır:

Sağlık göstergelerini iyileştirerek beklenen yaşam sürelerini uzatmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, bölgeler ve gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını mümkün olduğunca azaltmak,

Kademeli programlar sonucunda toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolü, eliminasyonu ve eradikasyonunu sağlamak,

Bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş görememezliği azaltarak yaşam kalitesini yükseltmek,

Kaza ve doğal afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları ve ölümleri azaltmak ve bunların sürekliliğini sağlamak,

Bütün yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak,

Üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını azaltmak,

Tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaçlar gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en az düzeye indirmek,

Ergen, yaşlı ve özürlülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak,

Toplumun psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin durumlarına uygun bakım ve rehabilitasyon almalarını sağlamak,

Toplumu oluşturan tüm bireylere evde, okulda, işyerinde ve yaşamın sürdürüldüğü her yerde daha sağlıklı bir yaşama ortamı sağlamak,

Toplumun tüm kesimlerine ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir kaliteli sağlık hizmeti sunmak, insan odaklı bir hizmet sunumunu bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak sürekliliğini sağlamak.

Bütün sağlık çalışanlarının ve sağlık sektörünün farklı dinamiklerinin, bu hedeflere ulaşabilme yolunda el birliği yapma gereği içinde olduğuna inanıyoruz.

Eylül-Ekim 2004

6 Sağlıkta Dönüşüm'ü 875'inci ilçeden izlemek

■ Dr. Mehmet DEMİR

Sağlıkta dönüşüme en uzaktan, en ulaşılmazdan, 875'inci ilçemizden bakmaya çalışacağım. Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2003 yılında yaptığı 'İlçelerimizin Sosyo Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması' araştırması sonuçları yayınlandığında, toplam 875 ilçe arasında sonuncu olan Bahçeşaray'ın adını görünce hiç şaşırmadım.



10 Hekim olarak ilaca stratejik bakabilmek

■ Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Toplum hekimliğinde esas olan, koruyucu hekimlik uygulamalarıdır. Sağlıklı bir çevrenin sağlanması, uygun ve dengeli beslenme, bağışıklama uygulamaları ve sağlık eğitimi toplum sağlığının korunmasında en önemli hususlardır. Tıp pratiği ile doğrudan ya da dolaylı ilişki içinde olan bütün kişiler, kurumlar, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşlar, bu noktaların önceliği konusunda fikir birliği içindedir.

12 Haydi çocuklar, dengeli beslenmeye

■ Veysi PAMUKOĞLU

Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği yaparak 'Okul Çağı Çocuklarına Yönelik Beslenme Eğitimi' başlatıyor. Program kapsamında, pilot uygulama olarak Ankara ilinde, 100 ilköğretim okulunda eğitim gören 50 bin öğrencinin, 'sağlıklı ve bilinçli beslenme' konusunda eğitilmeleri hedefleniyor.



14 Dosya: 112 Hızır Acil Zor günde size en yakın dost...

■ Dr. Tanzu ÇAVUŞ

Sağlık sisteminin önemli bir ayağı da Acil Servis hizmetleridir. Türkiye gibi günde sayısız trafik kazasının, ev kazasının, iş kazasının yaşandığı bir ülkede, Acil Servis hizmetlerinin önemi bir kat daha artmaktadır.

23 'Medya daha duyarlı olmalı'

■ Murat SEZER

112 Acil Servis Hizmetlerine özel önem verdiklerini söyleyen Akdağ: Günlük 160 bin çağrıdan ancak 600'ünün gerçek vak'a olduğunu açıklayan Akdağ, vatandaşlarımızı duyarlı olmaya çağırdı. Akdağ, "Acil Servisle ilgili medyada yer alan haberlerin büyük bir bölümü gerçeği yansıtmıyor. Bu konuda medya mensuplarını daha duyarlı olmaya davet ediyorum." dedi.



25 Sağlığa 'yerinde' müdahale

Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Envanteri Çalışmaları devam ediyor. Bu çerçevede, merkezdeki verilerle, sahadaki verilerin birebir örtüşmesi için Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki illerden başlamak üzere, inceleme gezileri düzenleniyor.



Eylül-Ekim 2004

26 TÜSİAD: “Sağlıklı bir gelecek”

■ Beyza EREN

Türk Sanayici ve İş Adamları Derneği 23 Eylül’de İstanbul’da düzenlenen bir toplantıyla “Sağlık Reformu Yolunda Çözüm Önerileri” raporunu açıkladı. TÜSİAD Başkanı Ömer Sabancı açılış konuşmasında sağlık alanındaki gelişmelerin hızlandırılması gerektiğini belirterek, “hepimiz üzerimize düşeni yapmalıyız” dedi.

30 Vefatının 58. yılında kendi dilinden Mazhar Osman

■ Dr. Kader YILMAZ

“Altmış üç senelik hayatın tarihi bir gramofon plâğına sığmaz, lâkin tarih, bir kelime ile söylenebilir, göz açıp kapayıncaya kadar geçen bir ömür... Hayatımın hususiyeti durmaksızın çalışmak oldu. Çalışmaksızın geçen ömrün çok sıkıntılı ve usandırıcı olduğuna kaniim.”

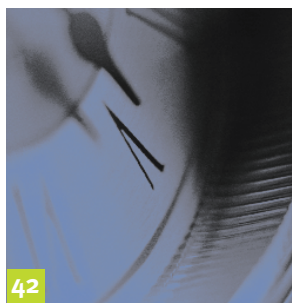
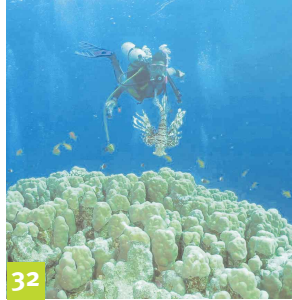
32 Dalış eğitmeni ve sualtı fotoğrafçısı Dr. Çağatay Erden Daphan: “Sualtı fotoğrafçılığı dalışlarıma tarifsiz bir renk katıyor”

■ Soner ABACI

Tıbbiye’den Bir Sualtı Fotoğrafçısı çıktı. Klasik bir girişle “Tıbbiyeden her şey çıkar, arada bir de hekim çıkar” diyerek başlayalım istedim röportajımıza... Bu sefer de çıka çıka dalış eğitmeni ve sualtı fotoğrafçısı çıkmış hem de Ankara’nın göbeğinden.

37 Organ bağışı hayat kurtarıyor

■ Emin AKYÜZ



38 Bir gece yarısı Haydarpaşa’da

■ Dr. Enes TOPRAK

Haydarpaşa’da, Vehbi Koç Acil Servis Kapısı’nın önündeyiz. Biraz dışarıyı kolaçan ettikten sonra, iki vatandaş olarak sessizce kapıdan içeri girdik. Tahmin edilen manzara... Derdinin acısına dayanamayıp soluğu burada alanlar sırada...

42 Sağlıkta koşar adım

■ Dr. Hüseyin DEMİREL

46 Tabipler, hastalar ve şairler

■ Fatma M. ŞEN

49 Avrupa Tiroid Birliği İstanbul’da toplandı

■ Mehmet ÖZTÜRK

50 Sağlık Bakanlığı, CeBIT Eurasia Bilişim 2004 Fuarı’nda...

■ Büşra SÖNMEZİŞİK

52 Kendine iyi bak

■ Doç.Dr. Kemal SAYAR

54 Aile Hekimliği Kayıt Sistemine Doğru: Kritik Başarı Faktörleri ve Türkiye’ye Uygun Bir Yol Haritası Önerisi

■ Esat N. ERYILMAZ

58 Yeni Ufuklar

■ Dr. Mahmut DEMİR

60 İnsan&İnsanlar

■ Dr. A. Cem TOPRAK

62 Kültür ve Sanat

■ Dr. Gül KARAKUŞ

63 Kongreler/İnternet Dünyasından

■ Dr. Sinan KORUKLUOĞLU

64 Çengel Bulmaca

■ Nedret ERDOĞDU



Sağlıkta Dönüşüm'ü 875'inci ilçeden izlemek

Dr. Mehmet DEMİR

Devlet Planlama
Teşkilatı'nın 2003
yılında yaptığı
'İlçelerimizin Sosyo
Ekonomik Gelişmişlik
Sıralaması' araştırması
sonuçları
yayınlandığında,
toplam 875 ilçe
arasında sonuncu
olarak Bahçesaray'ın
adını görünce hiç
şaşırmadım.

Sağlıkta dönüşüme en uzaktan, en ulaşılmazdan, 875'inci il-
çemizden bakmaya çalışacağım. Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2003 yılında yaptığı 'İlçelerimizin Sosyo Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması' araştırması sonuçları yayınlandığında, toplam 875 ilçe arasında sonuncu olan Bahçesaray'ın adını görünce hiç şaşırmadım. Çünkü 2003 yılında Bahçesaray'ı ziyaret etmiş ve bu durumun canlı tanıkları arasına katılmıştım. Bu kanaate varmak için bir kez Bahçesaray'a gitmiş olmanız yeterli oluyor zaten.

Bahçesaray'a, Van İl Sağlık Müdürlüğü ve Van Tabip Odası'nın ortaklaşa düzenlediği Bahçesaray 1. Mirhasan Sağlık Şenlikleri münasebetiyle gidememiştim. Tabip Odası'nın o dönemdeki Başkanı Sayın Mustafa Bektaş'ın ve İl Sağlık Müdürümüz Sayın Kurtoğlu'nun büyük gayretleriyle yapılan bu organizasyon, sonuçları ve içeriği itibarıyla örnek bir uygulamaydı. Van Tıp Fakültesi'nden ve Bakanlığımız Van merkezinde çalışan Profesöründen, Pratisyen ve Diş Hekimine yüze yakın tabibin bulunduğu, 250 sağlık çalışanı, 2 gün boyunca Bahçesaray'da gönüllü olarak halkın ayağına giderek hizmet vermişti. Bu alanda yapılmış örnek bir organizasyondur.

Bahçesaray'a ilk defa gitmek Van Sağlık Müdür Yardımcısı olarak çalıştığım dönemde, Bakanlığımızın Türkiye Sağlık Envanteri kapsamında istenen Bahçesaray'daki hastanemizin mevcut durumunu raporlamak ve fotoğraflarını çekmek vesilesiyle mümkün oldu.

Planlı bir gezi olduğundan o gece Bahçesaray ile ilgili internetten ne var ne yok bilgisayarıma indirmiştim. Bir yazı özellikle çok ilginç ve anlamlı gelmişti. Bahçesaray dönüşünde yazıda yer alan orijinal tespitleri bir kez daha okuma ihtiyacı duydum. Yazıyı Milli Eğitim Bakanımız Sayın Hüseyin ÇELİK, 2001 tarihinde dönemin Adalet Bakanı Sayın Prof. Dr. Hikmet Sami Türk’le birlikte Bahçesaray’a yaptıkları bir ziyaret gezisinden sonra kaleme almış. Sayın Bakanımız yazısında Bahçesaray’a ulaşımı şu sözcüklerle anlatıyordu:

“Çatak ilçesine 10 km kala sağ tarafa ayrılan yolla gezegenimize ulaşmak için tırmanış başlıyor. Bahçesaray’a 36 km kala yol, yol olmaktan çıkıp adeta bir azap haline geliyor. Asfaltı bırakın bir yana stabilize bile değil, tamamen ham yol, Sayın Bakan gelecek diye elden geçmiş. Yolu, sözüm ona düzelten dozeri bir kenarda park edilmiş olarak buluyoruz. Tırmanış şeridinin zirvesine çıktıktan sonra bu sefer yılan gibi kıvrılan, bozuk bir yolu takip ederek aşağıya iniyorsunuz. Bir yığın vahşi kayayı, korkunç uçurumu ve تنها dereyi geride bıraktıktan sonra, dağdan, başını kayalara çarpa çarpa sonsuzluğa akan Müküs çayı ile karşılaşıyorsunuz. Herhalde Çoruh nehrinden başka ülkemizde Müküs çayı kadar acelesi olan başka bir akarsu ile karşılaşamazsınız. Suyun hayat olduğunu, coşku olduğunu burada çok daha iyi hissedersiniz. Müküs çayının çağıltısı, size zamanın akışını ve yeryüzündeki faniliğinizi hatırlatır.”

Sayın Bakanımız yazısında ilçenin ulaşım ve sağlık ile ilgili sorunlarını şu şekilde ifade etmeye devam ediyor. “İl-

çenin nüktedan Belediye Başkanı Naci Orhan’ın anlattığına göre Bahçesaray – Van arasında çalışan minibüsler vasıflı yolcu olmazsa almıyorlarmış. Vasıflı yolcu nasıl oluyor? diye sordüğümüzde Başkan başlıyor anlatmaya: “Vasıflı yolcu, minibüs yolda çamura saplandığında minibüsü itecek veya çekecek kuvvete sahip, dinç ve dinamik insanlardır.” Anlatılanlara bakılırsa yollar çamurlu olduğu zamanlar yarı minibüs insanları, yarı da insanlar minibüsü götürüyor. Belediye Başkanı, her yıl Bahçesaray’ın düşman işgalinden kurtuluş yıldönümünün değil, kardan kurtuluşunun kutlandığını söylüyor. Van’ın her tarafı I. Dünya Savaşı sırasında Ruslar tarafından işgal edilmiş ama yol bulup gidemedikleri için Bahçesaray işgale uğramaktan kurtulmuş.”

Kaymakamlıkta ilçenin genç kaymakamı bize ilçenin sorunları ile ilgili brifing veriyor. Aslında kaymakam olmayanları değil, olanları saysa brifing çok daha kısa sürecektir. Çünkü olmayanlar, olanlardan çok daha fazla. Devlet Hastanesi’nin inşaatının yüzde 90 oranında tamamlandığını, bitirilmesi için ek ödeneye ihtiyaç bulunduğunu söyleyen Kaymakamın kendisi de hastane bitse de buraya uzman hekimin kolay kolay gitmeyeceğini biliyor. Çünkü yıllardır faaliyette olan Özalp, Başkale, Muradiye devlet hastanelerine göstermelik olarak münavebe ile gönderilen uzman doktorların dışında uzman doktor yok ki Bahçesaray’da olsun. İlçede bir eczane bile yok.

17 bine yakın nüfusu var. 1670 metrelik rakımda farklı bir gezegende de olsalar Bahçesaraylılar bizim insanlarımız, bizim kardeşlerimizdir. Bahçesaray’a Çatak, Beğendik



Bahçesaray – Van arasında çalışan minibüsler vasıflı yolcu olmazsa almıyorlarmış. Vasıflı yolcu nasıl oluyor? diye sordüğümüzde Başkan başlıyor anlatmaya: “Vasıflı yolcu, minibüs yolda çamura saplandığında minibüsü itecek veya çekecek kuvvete sahip, dinç ve dinamik insanlardır.”



İlçede yıl ortalaması birin altında olan hekim sayısının dörde çıkması sanırım Sağlıkta Dönüşüm'ün en pozitif göstergesi. Bu hekimlerden 3 meslektaşımız sözleşmeli olarak kendi isteği ile Bahçesaray'a gelmiş. İlçede ikinci eczane açılmak üzere. İlçeye ilk defa bir diş hekimi atanmış ve göreve başlamış.

üzerinden ulaşacak yol ne yazık ki yarıda bırakılmış. 20 km'lik kalan kısmın tamamlanması devletimiz için namus borcudur."

Kısaca, işte 875'inci ilçemiz; sanırım başka söze gerek yok. Van'da çalıştığım 2003 yılında sağlık personeli temininde en fazla zorlandığımız ilçemizdi Bahçesaray. İlçede hekim sürekliliğini sağlamak ne kadar güç ise ebe, hemşire, sağlık memuru sürekliliğini sağlamak ta o kadar güçtü. Özellikle kar yağışının başlaması ile giden gelemiyor, gelen de gidemiyordu. Tıpta Uzmanlık Sınavı zamanında ilde genelde hekim sayısı azaldığından özellikle Bahçesaray'da hekim görevlendirmek bir sanat haline geliyordu. Kazaen göreve başlayan hekimler de ilçeyi benimsemekte zorluk çekiyordu.

Van'dan ayrıldıktan sonra da aslında mahrumiyeti ile ulaşılmazlığı ile bir anlamda gizemli bu ilçemizi uzaktan izledim.

Aradan bir yıl geçti. Bahçesaray'ın mahrumiyetinin, ulaşılmazlığının artık değişmeye başladığını duymak çok sevindirici. Eylül ayının 2'inci haftası Sayın Başbakanımız ulaşılmaz ilçemizi ulaşılır hale getirdi. Bahçesaray yolunun açılışını yaptı. Bu, ilçenin sorunlarının çözümü için çok önemli bir adım.

Buna paralel olarak Bakanlığımızın da çok önemli çalışmaları var bu yöremizle ilgili. Temininde güçlük çekilen yerlere personel teminini sağlamak amacıyla yapılan yasal düzenlemenin etkilerini en mahrum, en uzak yerde, Bahçesaray'da izlemek, yasal düzenlemeden amaçlanan sonuçların sağlandığını görmek çok sevindirici. İlçede yıl ortalama-

sı 1'in altında olan hekim sayısının 4'e çıkması sanırım bunun en pozitif göstergesi. Bu hekimlerden 3 meslektaşımız sözleşmeli olarak kendi isteği ile Bahçesaray'a gelmiş. İlçede ikinci eczane açılmak üzere. İlçeye ilk defa bir diş hekimi atanmış ve göreve başlamış. İlçenin sağlık grup başkanı Dr. Ahmet Yardım, sözleşmeli gelen doktor arkadaşlarının ve diş hekimi arkadaşının Bahçesaray'ı 1'inci tercihlerine yazdıklarını ifade ediyor. Bu çok anlamlı olmalı. Aşağıdaki tablodaki personel sayıları 1 yılda çok şeyin değiştiğinin göstergesi.

Pratisyen Tabip	4
Diş Tabibi	1
Hemşire	4
Sağlık Memuru	4
Tıbbi Sekreter	2
Ebe	2
Laboratuvar Teknisyeni	2
Röntgen Sekreteri	2
Şoför	1
Hizmetli	2

Bunlar çok önemli gelişmeler ilçe adına. Sağlıkta planlı programlı bir dönüşüm devam ediyor. Program işliyor, etkisini gösteriyor. Temininde zorluk çektiğimiz yerlerde istihdamı sağlıyor. Ulaşılmazlar ulaşılır oluyor...

Hekim olarak ilaca stratejik bakabilmek

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Toplum hekimliğinde esas olan, koruyucu hekimlik uygulamalarıdır. Sağlıklı bir çevrenin sağlanması, uygun ve dengeli beslenme, bağışıklama uygulamaları ve sağlık eğitimi toplum sağlığının korunmasında en önemli hususlardır. Tıp pratiği ile doğru-
dan ya da dolaylı ilişki içinde olan bütün kişiler, kurumlar, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşlar, bu noktaların önceliği konusunda fikir birliği içindedir. Ana çerçevesi itibarıyla temel doğru olan bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde öncelikler sırası ileri sürmekte ve hastalanmış bireylerin tedavisinin adeta ikincil bir görev gibi görülmesine yol açmaktadır.

Ana hizmet alanı hastalanmış bireylerin tedavisine odaklanmış olan klinisyenler ise çoğu kez organ sistemlerine yoğunlaşmış teorik bilgilenme yükü ve yorucu pratik uygulamaları altında adeta toplum hekimliğinin önceliklerini fark edemez durumdadır. En azından öncelik sırası yaygın kabul gördüğü şekilde değildir. Klinisyenlerin girişimsel işlemlere, tedavi araçlarına ve özellikle de en önemli tedavi aracı olan ilaca yönelmesi doğaldır. Ancak klinisyenin ilaca olan ilgisi ilacın etkisi, endikasyonu, dozajı ve yan etkisi ile sınırlı kalmaktadır. Örneğin, hastasına önerdiği ilacın fiyatını bilen klinisyen hekimimiz çok fazla değildir. Ülkenin ilaca ayırdığı kaynağın sınırlılığı, uluslararası ticari ilişkilerde ilacın nasıl yer aldığı, hatta dengeler üzerinde ne derece etkili olduğu klinisyenlerimizin gündemine girmemektedir. Özellikle geri ödeme kuruluşlarının sağlık güvencesi söz konusu olduğunda, ilacın fiyatı daha da göz ardı edilebilmektedir. Hatta bazen ilacı reçete eden doktor, görevini yapmış olmanın huzurunu yaşarken o ilacın bulunabilirliği ya da o ilaca erişilebilirlik, hastanın bireysel kaygısı haline dönüşebilmektedir. Hastasının uygun ilaca kolay erişilebilirliği bir çok sorumlu klinisyenimizin gündemini işgal etse bile, bu kaygının ulusal düzeyde anlam bulması, tedavide kullanılan ilaçların ülkemize maliyeti, hangi şartlarda erişilebilir olduğu, mali karşılanabilirliğin ve erişilebilirliğin sürekliliğinin nasıl sağlanacağı, ne yazık ki çoğu hekimimizi fazla ilgilendirmemektedir.

İlaç konusuna
bütünüyle hekimlik
uygulamaları
açısından bakacak
olursak,
klinisyenlerimizin
“akılcı ilaç kullanımı”
ilkelerine uymasının
sadece bilimsel ve
etik bir gereğin
yerine getirilmesi
değil, aynı zamanda
toplumsal ve ulusal
bir sorumluluk
olduğunu bilmemiz
gerekir.

İlaç tanıtım çalışmaları, promosyonlar ve özendirici faaliyetler, ilacın bireysel alandaki etkisi, etkisizliği veya diğerlerine olan üstünlüğüne odaklanmaktadır. Bu faaliyetlerin temel dinamiği, ilaç tüketimini artırma ve üretici firmanın pazar payını genişletme yönünde işlemektedir. Her ne kadar diğer ürünlere olan üstünlükler arasında fiyat unsurundan söz edilse de propagandanın hekimler üzerindeki etkisi gözlemlendiğinde bu hususun fazlaca yer etmediği kolayca anlaşılabilmektedir.

Sağlık hakkı, kişinin doğuştan elde ettiği temel bir insan hakkı olduğuna göre, hasta olan her bireyin tedavisi için gerekli ilacın temin edilmesi sosyal bir sorumluluktur. Gittikçe yaşlı nüfusu artmakta olan toplumlarda önemli bir yük oluşturan kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yanı sıra, endemik veya epidemik bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve tedavisi için gerekli olan ilaçların temini ise diğer ilaçlardan daha fazla önem ve öncelik taşır. Böyle durumlarda bireyleri aşan bir halk sağlığı sorunundan söz edebiliriz.

Konuya farklı bir açıdan yaklaşırsak, gereksiz ilaç kullanımının oluşturduğu toplumsal mali yük bir yana, uygunsuz antibiyotik kullanımının yol açtığı direnç gelişmeleri, gittikçe büyüyen toplumsal bir sorun olma eğilimindedir. Bu sorun, kliniklerin dışına taşmakta ve bütün bir toplumu ilgilendiren hastalıkların kontrolü sorununa dönüşmektedir. Bu sorunun üstesinden gelinmesi vaatleri ile her geçen gün piyasaya sürülen yeni ilaçların yol açtığı ilave mali yük ise başlı başına bir toplumsal sorundur. Sağlığa ayrılabilen sınırlı kaynakların büyük bir oranının ilaçlarca tüketilir olması, sağlık hizmetlerinin ilaç dışı unsurlarının ihmal edilmesi ya da kalite zaafı yaşaması riskine yol açmaktadır. Böylece ilaca odaklı tedavi yoğun bir tıbbi paradigma, beklenenin aksine hastalık yükünün artması gibi bir tehlide dönüşmektedir.

Gelinen noktada toplum hekimliğinin ilgi alanının dışına itilen ve klinik hekimliğinde ise toplumsal yönü göz ardı edi-

len ilaçlar, piyasanın insafına terk edilmektedir. Gerçi çeşitli ülkelerde sağlık otoriteleri, ilaç fiyatlarının kontrol edilebilmesi ve ilaca erişilebilirliğin sağlanması yönünde yaptırımlar ve bir dizi önlemler uygulamaktadır. Ancak bu çabalara sadece idari bir sorun ve düzenleme olarak bakılmaktadır. Bu yüzden, uluslararası örgütler ve antlaşmalar nezdinde ilaç da, diğer ticari mallar gibi muamele görmektedir. Bununla birlikte, fikri mülkiyet haklarının korunması, çeşitli salgınların ve özellikle toplumların başına yeni bela olan AIDS gibi hastalıkların tedavisinde fakir ülkeler için büyük sorunlar oluşturmaktadır. Gerçi diğer malların aksine ilaç için bazı istisnalar ve zorlayıcı tedbirler öngörülmekte ise de bu, ilacın ticaret metaı olarak algılanmasını değiştirmemektedir. Bu algılama biçimi, sağlık harcamalarında büyük bir yer tutan ilaç konusunu, her geçen gün toplum sağlığını tehdit eden bir yöne doğru sürüklemektedir.

İlaç konusuna bütünüyle hekimlik uygulamaları açısından bakacak olursak, klinisyenlerimizin “akılcı ilaç kullanımı” ilkelerine uymasının sadece bilimsel ve etik bir gereğin yerine getirilmesi değil, aynı zamanda toplumsal ve ulusal bir sorumluluk olduğunu bilmemiz gerekir. Bu anlayış ve sorumluluktan uzak bir klinisyen hekim, ne kadar bilgi ve beceri sahibi olursa olsun, toplumun geleceğini tehlikeye atmaktadır. İlacın klinik dışındaki macerasının klinik hekimlerimizin ajandasına sokulması, en önemli tedbirlerden biri olacaktır. Bir diğer tedbir de tedavi edici uygulamaların sıralamadaki yerine takılıp, ihmal etme eğiliminde olan halk sağlığı hekimlerimizin gündemine bir toplum sağlığı sorunu olarak ilaç konusunu yerleştirmektir.

“Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri”nin yolu, ilacın halk sağlığı açısından stratejik bir ürün olarak görülmesi ve her kademedeki doktorların bunu gözetmesi ile mümkün olacaktır.



İlaç tanıtım çalışmaları, promosyonlar ve özendirici faaliyetler, ilacın bireysel alandaki etkisi, etkisizliği veya diğerlerine olan üstünlüğüne odaklanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğiyle
Çocuklara Beslenme Eğitimi başlıyor

Haydi çocuklar, dengeli beslenmeye

■ **Veysi PAMUKOĞLU**

Program kapsamında, pilot uygulama olarak Ankara ilinde, 100 ilköğretim okulunda eğitim gören 50 bin öğrencinin, ‘sağlıklı ve bilinçli beslenme’ konusunda eğitilmeleri hedefleniyor. Konuyla ilgili bir açıklama yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ: “Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı hepimiz için, özellikle çocuklarımız için çok önemlidir. Çünkü bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlıkları yaşam boyu sürdürülmektedir” dedi.

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yaparak ‘Okul Çağı Çocuklarına Yönelik Beslenme Eğitimi’ başlatıyor. Program kapsamında, pilot uygulama olarak Ankara ilinde, 100 ilköğretim okulunda eğitim gören 50 bin öğrencinin, ‘sağlıklı ve bilinçli beslenme’ konusunda eğitilmeleri hedefleniyor. Konuyla ilgili bir açıklama yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ: “Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı hepimiz için, özellikle çocuklarımız için çok önemlidir. Çünkü bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlıkları yaşam boyu sürdürülmektedir” dedi. Akdağ, okul çağındaki çocuk ve gençlerin, hızlı büyüme ve gelişme süreçleri nedeniyle, besin öğelerine olan gereksinimlerinin, yaşamlarının diğer dönemlerine oranla daha fazla olduğunu belirtti.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmenin önemine vurgu yaparak, “Çocukları, yetişkinlerden farklı kılan en önemli özellik, sürekli büyüme ve gelişme süreci içinde olmalarıdır. Bu süreç; beslenme, genetik yapı, cinsiyet, çevresel faktörler, sosyo-ekonomik durum, kültür ve gelenekler gibi çeşitli etmenlerin etkisi altındadır. Bunların arasında en önemlisi de kuşkusuz beslenmedir” diye konuştu.

Çocuk ve gençlerin önemli bir bölümünün hatalı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğuna dikkat çeken Akdağ, şunları söyledi:

“Öğün atlama, şeker, tuz ve yağ içeriği yüksek yiyecek-içecek tüketimi, bu alışkanlıkların başında yer almaktadır. Çocukluk dönemindeki bu hatalı beslenme uygulamaları; yüksek tansiyon, kalp ve

obezite gibi hastalıklar için temel risk faktörü oluşturmaktadır. Gerek ailede, gerekse okulda beslenme eğitiminin yeterli düzeyde olmaması, hatalı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasında önemli rol üstlenmektedir.

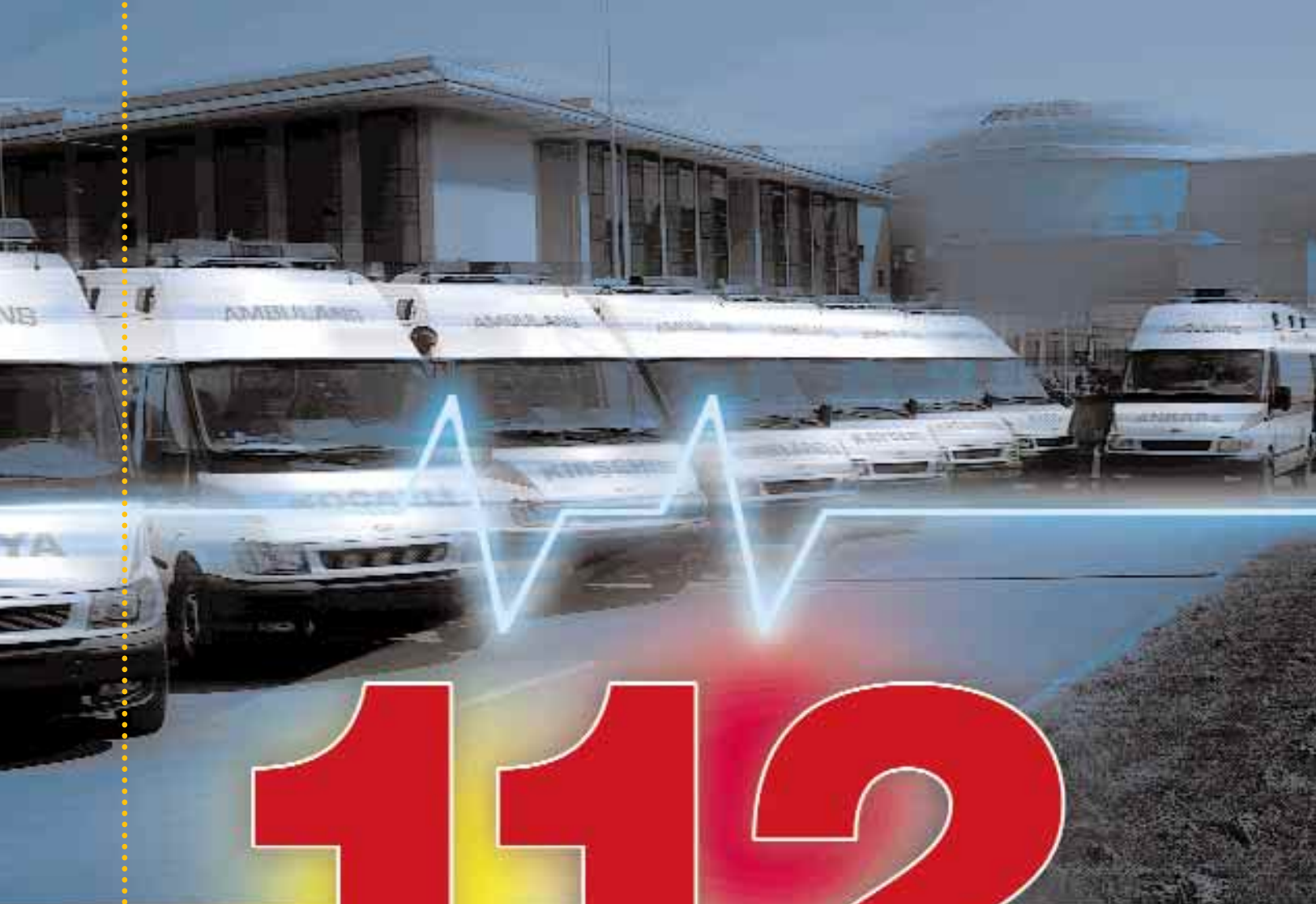
Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda, büyüme ve gelişmenin geri kaldığı, enfeksiyon hastalıklarının sık ve ağır seyrettiğini izlenmektedir. Bu çocuklarımızda, başta demir eksikliği anemisi olmak üzere, vitamin ve mineral yetersizlikleri görülür. Özellikle bu dönemde kalsiyumun az tüketimi, ilerleyen yaşlarda görülen osteoporoz (kemik erimesi) hastalığı için önemli risk faktörü oluşturmaktadır.”

Okul çağındaki çocuklara da seslenen Bakan Akdağ, “Sabah kahvaltınızı mutlaka yapın. Her öğünde, 4 temel besin grubundan besin tüketmeye özen gösterin. Süt içme alışkanlığını mutlaka edinin. Bol miktarda sebze ve meyve ile günde en az 8-10 bardak sıvı tüketin. Günde en az 2 kez

dişinizi fırçalayın. Temiz ve mikropsuz besin tüketmeye özel önem verin. Çiğ sebze ve meyveleri bol su ile yıkamadan kesinlikle yemeyin. Açıkta satılan yiyecekleri satın almayın. Ellerinizi yemekten önce mutlaka yıkayın; unutmayın ki kirli eller pek çok hastalık mikrobunu taşımaktadır. Hareketli olmaya özen gösterin, ilginizi çeken bir spor dalı ile uğraşın” diye konuştu. Pilot uygulamanın sonuçlarına göre kampanya, önümüzdeki günlerde tüm yurdu kapsayacak şekilde genişletilecek.

Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda, büyüme ve gelişmenin geri kaldığı, enfeksiyon hastalıklarının sık ve ağır seyrettiğini izlenmektedir. Bu çocuklarımızda, başta demir eksikliği anemisi olmak üzere, vitamin ve mineral yetersizlikleri görülür. Özellikle bu dönemde kalsiyumun az tüketimi, ilerleyen yaşlarda görülen osteoporoz (kemik erimesi) hastalığı için önemli risk faktörü oluşturmaktadır.





D O S Y A

112

HIZIR ACİL

Zor günde
size en yakın dost...

■ Dr. Tanzu ÇAVUŞ | Ankara 112 Kumanda Komuta Merkezi Başhekimi

Sağlık sisteminin önemli bir ayağı da Acil Servis hizmetleridir. Türkiye gibi günde sayısız trafik kazasının, ev kazasının, iş kazasının yaşandığı bir ülkede, Acil Servis hizmetlerinin önemi bir kat daha artmaktadır.

112 Acil Servis hizmetlerinde % 50 büyüme

Sağlık Bakanlığı, bu bilinçle yola çıkarak, son iki yılda ambulans sayısında ve acil yardım istasyonu sayısında %50'ye varan bir artış sağladı. Bakanlık, Türkiye genelinde toplam 617 olan ambulans sayısını 393 yeni tam donanımlı ambulans alarak 1.010'a çıkardı. Bunu da yeterli görmeyerek 385 yeni acil yardım istasyonu açtı ve 481 olan acil yardım istasyonu sayısını 866'ya ulaştırdı. 2002 yılı sonunda bir istasyon ortalama 140 bin kişiye hizmet veriyordu; bugün bir istasyon ortalama 82 bin kişiye hizmet veriyor. 2005 yıl sonu hedefi 50 bin sayısını gösteriyor.

Acil Servis hizmetlerinde büyük aşama

Bakanlık 112 Acil Servisle ilgili önemli bir uygulamaya daha imza attı; bundan önce hastaneler aracılığıyla yürütülen ambulans çağrı sistemini tek bir merkezde

topladı ve tüm hastanelerin bu merkezle koordinasyonu sağladı. Bu sistemle, il merkezlerinde vak'a yerine ortalama 8 dakika gibi bir sürede ulaşmak mümkün oldu. 112'de gelişmiş ölçü ortalama 10 dakikayı geçmemektir.

112 Acil Hizmeti verilen tüm bölgelerde Ocak-Ağustos 2004 tarihleri arasında vak'a'ya ulaşma süreleri 0-10 dakika arası 26 bin, 11-12 dakika arası 25 bin, 21-30 dakika arası 4 bin, 31-60 dakika arası 2 bin, 61 dakika ve üzeri ise 500 vak'a olarak tespit edilmiştir. Acil Servis konusunda faal olmayan ilçe sayısı, Ağustos 2004 itibarıyla 678'den 354'e gerilemiştir; 2005 yılı sonunda acil hizmetlerinde faal olmayan ilçe kalmayacaktır.

Sağlık Bakanlığı, 112 Sağlık Hizmetlerinin ülke genelinde eşit standartta sunulması, mevcut durumun tespiti ve gerekli iyileştirilmelerin yapılması amacıyla bir toplantı düzenledi. Toplantıya 81 ilimizden Sağlık İl Müdürleri, 112'den sorumlu Sağlık İl Müdür Yardımcıları ve 112 Acil Servis Başhekimleri katıldı. Toplantıda 112 Acil sisteminin işleyişi, istasyonların sınıflandırılması ve entegrasyonu, ambulansların standardı ve ekipmanların bakımı, acil personel eğitimleri, personelin riskleri ve güvenliği ile kayıt ve bildirim formlarına ilişkin bilgiler verildi.

112 Acil Servis'e gelen çağrıların % 90'ı asılsız ihbarlardan oluşuyor. Örneğin Diyarbakır'da Acil Servis'e bir günde 10.000 çağrı geliyor fakat bu çağrılarının sadece 30 tanesi gerçek vak'a olarak karışımıza çıkıyor.





Acil hizmette yeni hedefler

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalarla 2005 yıl sonu itibariyle 112 Acil Servis hizmetlerinde ulaşılması planlanan hedefler şunlar:

- Ülke genelinde faal olmayan ilçe kalmaması.
- Kırsalda tüm vak'alara makul bir sürede ulaşılması.
- Kent merkezlerinde tüm vak'alara ulaşma süresinin 10 dakikanın altına indirilmesi.
- Eşit standartta hizmet sunulması.
- Komuta Merkezlerinin teknolojik altyapı ile donatılması.
- Merkez ve Ambulanslar Arasında Online Veri Aktarımı.
- Personelin hizmet içi eğitimlerinin tamamlanması.
- Transport Kuvözlü ambulansların kullanılması.
- Hava ve deniz ambulanslarının kullanılması.

Duyarsız vatandaşlar hizmeti engelliyor

112 Hızır Acil Servis'e gelen çağrılarla ilgili istatistikler, yurttaşlarımızın bu konuda yeteri kadar duyarlı olmadıklarını ortaya çıkarıyor. İl bazında örneklerle bakıla-

Cem Karaca'nın ölümü...

Ayhan Demir

Beklenmedik ölümler vardır. Haberi ilk aldığınızda donakalırsınız, ne diyeceğinizi bilemezsiniz. Diliniz dolanır, dizleriniz çözülür, içinizden bir ses 'sen de ölecek adam mıydın?' serzenişinde bulunur. Ünlü sanatçı Cem Karaca'nın ölüm haberi pek çoğumuz için işte böyle bir haberdirdi.

Cem Karaca solunum yetmezliği ve kalp durması nedeniyle 08.02.2004 tarihinde hayatını kaybetti. Basına yansıyan ölüm haberlerinde 112 Acil Servisin arandığı fakat ambulansın 20 dakika geçmesi ne rağmen gelmediği söylendi.

Pazar Saat: 7.26 olayla ilgili ilk ihbar alınıyor. Servisin telefonunu

açan hemşirenin karşısındaki ses ağlamaklı ve telaşlıdır, bu yüzden de hemşire ne söylendiğini anlamakta güçlük çeker. Karşıdaki ses Cem Karaca'nın eşi İlkim Hanım'dır. İlkim Hanım üzüntüden derdini anlatamayacak kadar telaşlıdır ve cümleler birbirine karışınca hemşire tüm gayretine rağmen yardımcı olamaz. Güç bela cadde ismini ve verilen telefon numarasının üç hanesini kaydedebilir. Bu bilgiler ambulans görevlendirilmesi yeterli olmadığı için yardım ulaştırılamaz.

3 dakika sonra, 07.29'da gelen ikinci telefonda daha sakin bir bayan adres ve diğer sorulara daha net yanıtlar vermektedir. Diyalog aynen şöyle gelişir:

Hemşire: Alo...

2. Hasta Yakını: Alo 112...

Hemşire: Buyurun.

2. Hasta Yakını: Bir tane ambulans rica ediyorum. Bakırköy Yeni-mahallesi Tayyareci Sadık Sokak.

Hemşire: Tayyareci Sadık Sokak az önceki eeeeeee... hanımefendi neyiniz oluyor sizin; hareket edip kapattı. Taksi ile götüreceğiz dedi.

2. Hasta Yakını: Ayy... Şeyyy... eşi vefat etti, çok kötü durumda. Özür diliyorum. Eeeeeee. Karaca apartmanı, bir tane ambulans rica ediyorum.

Hemşire: Tamam. Hemen çıkartıyoruz bayan. Adresi bir saniye arkadaşlara sorayım: Tayyareci Sokak Karaca apartmanı?

2. Hasta Yakını: Sadık Sokak Karaca Apartmanı.

Hemşire: Karaca apartmanı.

2. Hasta Yakını: Hı hı.

cak olursa, gelen çağrılar % 90'ı asılsız ihbarlardan oluşuyor. Diyarbakır'da Acil Servis'e bir günde 10.000 çağrı geliyor fakat bu çağrılar sadece 30 tanesi gerçek vak'a olarak karşımıza çıkıyor. Erzurum'da bir günde gelen çağrı sayısı 18.000 fakat gerçek vak'a sayısı 35; Malatya'da 10.000 çağrının 50'si gerçek vak'a; Antalya'da 10.000 çağrının 70'i gerçek vak'a; Kayseri'de 15.000 çağrının 60'ı gerçek vak'alardan oluşuyor. Günlük toplam 160.000 çağrının yalnızca 600'ünün gerçek vak'a olduğunu göz önünde bulundurursak; bu tablo karşısında, insan hayatının ne kadar değerli olduğunu, aynı durumun kendi başlarına da gelebileceğini duyarsız vatandaşlarımıza bir kez daha hatırlatmak zorundayız.

'Acil'e aceleci yaklaşan bir medyamız var

Medyanın da Acil Servis vak'alarına bakışı yeterli kadar sorumluluk taşıyor. Son bir yılda medyada yer alan 112 Hızır Acil Servis'le ilgili ambulans haberlerine bakıldığında bakın nasıl bir tabloyla karşılaşılıyor?

Medyamızda son bir yılda, 58 adet "Ambulans ge-

cikti" haberi, 25 adet "Ambulans verilmedi" haberi, 45 adet de "Ambulans Haberi" yayınlandı.

Bu haberler içinde "Ambulans gecikti" başlığıyla yapılan haberlerin analizini yaptığımızda şu sonuçlara ulaşıyoruz:

Bu vak'aların 40 tanesi yanlış istihbarat ya da yanlış bilgilenden kaynaklanan hatalar, 6 tanesi eksik ya da yanlış adres bildiriminden kaynaklanan gecikmeler, 6 tanesi bildirim geç yapılan vak'alar, 4 tanesi hasta ya da yaralıların ambulans beklenmeden başka araçla taşındığı vak'alar, 4 tanesi de geç gidilen ya da kusurlu olunan vak'alardan oluşuyor.

Son bir yıl içinde 112 Acil Servis'le ilgili diğer haberlere baktığımızda ise, 5 adet Ambulans kazaları ile ilgili, 4 adet Paramediklerin eğitimi ile ilgili, 27 adet 112 personeli ile ilgili, 9 adet de bunların dışında haber yayınlandığını görüyoruz.

Acil Servis haberlerine çarpıcı örnekler

Örnek 1. Ankara Öveçler 4. Cadde'de meydana ge-

Hemşire: Eeee.. Bu Yenimahalle Doğumevi'nin karşısı mı?

2. Hasta Yakını: Evet, doğumevi'nin çok yakını.

Hemşire: Çok yakını. Hemen çıkartıyorum.

2. Hasta Yakını: Taşhan Otel'in karşısı.

Hemşire: Ne oteli?

2. Hasta Yakını: Taşhan, Taşhan Otel'in karşısı.

Hemşire: Tamam. Telefonu meşgul etmeyin hemen çıkartıyoruz.

2. Hasta Yakını: Tamam.

Telefon kapanır ve derhal 07.33'de Yenimahalle 100 noktasındaki ambulans vak'a yerine yönlendirilir. 07.43'te olay yerine ulaşan ambulans, vak'anın başka bir araçla taşındığını öğrenir. Bu bilgi komuta kontrol merkezine bildirilir ve görev

iptal edilerek ambulans geri çekilir.

Sevilen sanatçı Cem Karaca'nın ani vefatı başta sanat dünyası olmak üzere hepimizi üzmüştü. Ancak basında yer alan 'Ambulans geç geldi... Acil servis görevini yapmadı...' şeklindeki üstünkörü haberler halkımızın Hızır Acil Servis hakkında yanlış kanaatler edinmesine yol açtı. Halbuki, Cem Karaca'nın eşi İlkim Hanım daha sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bir açıklama göndererek olayda 112 Acil Servis'e ait herhangi bir hatanın bulunmadığını, ambulans gelmeden önce kendi iradesiyle hastayı, taksi çağırarak götürmeye karar verdiğini söyledi.

Sanatçı Cem Karaca'yı bir kez daha rahmetle anıyor,

kederli ailesine baş sağlığı diliyoruz.



Kurtarmaya gittiler, kurtulamadılar

Büyük zorluklarla, gece gündüz demeden çalışan Hızır Acil personeli, bazen kendisini de trafik canavarından kurtaramıyor.

Trafik kazaları ülkemizin kangren sorunlarının başında geliyor. Türkiye’de her yıl binlerce insan trafik kazalarında ölüyor, bir o kadar insan da yaralanıyor ve sakat kalıyor. Hızır Acil hizmetlerinin de en çok karşılaştıkları vak’alar trafik kazaları. Artan istasyon ve ambulans sayıları trafik kazalarına daha hızlı müdahale etme imkanı sağlıyor. Ne var ki ‘kaza geliyorum’ demiyor, bazen de ‘kazaya giden’ kazaya uğruyor. Tıpkı 24 Temmuz günü Ankara’da yaşananlar gibi. Polatlı’da bir motosiklet kazasında yaralanan vatandaşımıza ilk müdahaleyi yapmak ve en yakın sağlık kuruluşuna ulaştırmak için bir ambulans yola çıkıyor.

Kaza yerine varan Hızır Acil Servis ekibi yaralıya ilk müdahaleyi yapıyor ve yaralıyı Polatlı SSK Hastanesi’ne nakleliyor. Hastanın talebi üzerine, Ankara’daki bir hastaneye nakil için gerekli izin alınıyor. Ambulans, sağlık ekibi ve yaralıyla birlikte yeniden yola çıkıyor. Eskişehir yolu Ümitköy girişine gelindiğinde, ambulansı bir başka hazin kaza bekliyor. Ümitköy’den çıkış yapan şehirlerarası otobüs, ambulansa çarpıyor.

Kazaya müdahale için başka ambulanslar yola çıkıyor. Ne var ki takla atan ve devrilen ambulandan yalnızca acil tıp teknisyeni Bahar Aydoğdu yaralı olarak kurtuluyor. Yaralı olarak taşınan Selahattin Sönmez, ambulans hekimi Dr. Emre Demir olay yerinde, ambulansı kullanan Onur Demir kaldırıldığı hastanede hayatını kaybediyor. Bir vatandaşımızı trafik kazasından kurtarmaya çalışan sağlık personeli trafik canavarına yenik düşüyor.

Görevi başında hayatını kaybeden sağlık personeline ve kazazede vatandaşımıza Allah’tan rahmet, ailesi ve yakınlarına başsağlığı diliyoruz.



len trafik kazası sonrasında uzun süre ambulans beklenildiği ve Başbakan Yardımcısı Devlet Bakanı Mehmet Ali Şahin’in olay yerine geç gelen ambulansa tepki gösterdiği şeklindeki haber üzerine Sağlık Bakanlığı Ankara 112 Komuta Kontrol Merkezi kayıtlarından ortaya çıkan sonuç:

Olay Tarihi: 06.09.2004

Saat: 22.33: 112 Acile Çağrının gelmesi.

22.36: Ambulans görevlendirilmesi.

22.42: Olay yerine varış müdahale.

22.43: Olay yerinden ayrılış.

22.58: Hastaneye varış.

23.18: İstasyona dönüş.

Çağrı kayıt formundan da anlaşıldığı üzere 22:33’de meydana gelen trafik kazası ihbarına 112 Komuta Kontrol Merkezi 22:36’da hareket emri verdi. Ambulans, 22:42’de yani 9 dakika sonra olay yerine ulaştı. Yaralıya ilk müdahale yapıldıktan sonra, 22:58’de Anka-



Türkiye genelinde toplam 617 olan ambulans sayısı, yeni dönemde 393 yeni tam donanımlı ambulans alınarak 1.010'a çıkarıldı. 385 yeni acil yardım istasyonu açıldı ve 481 olan acil yardım istasyon sayısı 866'ya ulaştırıldı.

ra Numune Hastanesi'ne nakli sağlandı.

Örnek 2. Basında yer alan; “Ambulans gelmek bilmedi. İstanbul’un göbeğinde kaza yapan alkollü sürücü ağır şekilde yaralandı.” Bu gibi kaldırımın üstünde uzun süre ambulans bekleyen yaralı, kan kaybından ölüyordu, haberinin aslını öğrenmek için 112 Komuta Kontrol Merkezi’nin kayıtlarına bakıyoruz:

13.09.2003 günü saat 04.30’da 154 tarafından 112 Komuta Kontrol Merkezi’ne yapılan ihbar ile Büyükdere Caddesi’nde bulunan 4. Levent Metro duvarına çarpma sonucu trafik kazası meydana geldiği bildirilmiştir. Olay yerinde, gazete haberinde yer aldığı gibi 2 yaralı değil, 3 yaralı olması nedeniyle olay yerine Beşiktaş 1.Acil Yardım istasyonu ve Ambulansı ile Beşiktaş 2.Acil Yardım istasyonu ve ambulansı görevlendirilmiştir. 04.30’da çağrı yapılan Beşiktaş 1. Acil istasyonu personeli saat 04.32’de vak’aya çıkış yapmıştır. Görevlendirilen ambulans ve personel saat 04.39’da olay yerine ulaşmıştır.

Ulaşma süresi 7 dakika. Kaza yerindeki 3 yaralıyı da alan ve saat 04.43’de olay yerinden ayrılan ambulans yaralıları, gazete haberinde yer aldığı gibi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne götürürken yaralıların isteği üzerine Florence Nightingale Hastanesi’ne 4.48’de nakletmiştir. Beşiktaş 2. Acil Yardım İstasyonu ve Ambulansı

04.33’de vak’aya çıkış yapmıştır. 04.41’de olay yerine ulaşan ambulans, yaralıların diğer ambulansla taşınması nedeniyle vak’a almadan 04.44’ de olay yerinden ayrılmıştır.

Olay akışından da anlaşılacağı üzere adı geçen haberde belirtildiği gibi ambulansların ihbar saatinden 30 dakika sonra olay yerine ulaşması söz konusu değildir.

Örnek 3. Basında yer alan, “Başkentin göbeğinde ambulans rezaleti. Yaklaşık 40 dakika sonra Başkentin göbeğindeki Kızılay’a yetişebilen 112 Hızır Acil Servis ambulansı, hastayı Numune Hastanesi’ne kaldırdı” haberinin Komuta Kontrol Merkezi’ndeki kayıtlarına

bakıldığında; söz konusu vak’anın 112 Acil Komuta Merkezine 22.46’da bildirildiği ve ambulansın olay yerine 22.48’de vardığı, yaralının 22.56’da Numune Hastanesi’ne nakledildiği sonucu ortaya çıkıyor.

Medyada yer alan bu ve buna benzer ambulans haberleri, ortak haber havuzları nedeniyle aynı anda bir çok yayın organında yer alıyor fakat Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen açıklamalara yer verilmiyor. 112 Acil çağrılarının zamanında yapılıp yapılmadığı doğrulanmadan yapılan haberlerle kamuoyunu yanlış bilgilendirmek, doğru bir tutum olmadığı gibi sağlık çalışanlarının da şevkini kırmaktadır.

Vatandaşlarımız daha duyarlı olmalı

Acil Servis hizmetlerinin daha başarılı yürütülmesi için vatandaşlarımızın duyarlı davranması, 112 hattını gereksiz yere meşgul etmemesi öncelikli olarak sağlanmalıdır. Ambulanslara trafikte kendimize yol açmak için müsaade vermek yerine, ambulanslara yol verilmesi için çağa gösterilmesi daha doğru olacaktır.

Kaza ve benzeri olaylarla karşılaşan vatandaşlarımızın vak’ayı 112’ye doğru olarak bildirmeleri yerinde bir davranış olacaktır. Olay yeriyle ilgili detaylı ve açık adres mutlaka verilmelidir. Mümkünse adres tarif edilmelidir.

Acil'de herşey çok acil...

M. Yusuf DOĞAN

112 Acil Servis dosyasını hazırlarken önemli bir ayrıntı gözümüze çarptı. Sağlık Bakanlığı, ortaya koyduğu hedefler doğrultusunda Türkiye genelinde 322 ilçede Acil servis ve ambulans hizmetleri başlatmıştı. Nisan ayında yeni ambulansına kavuşan ve 112 Acil Servis hizmetlerine başlayan Ankara Kazan İlçesi Hamdi Eriş Devlet Hastanesi'ndeki acil hizmetlerini yerinde görmek üzere yola çıktık. Kazan, Ankara'nın kuzey batısında yer alıyor ve eski İstanbul yolu ve İstanbul-Ankara otobanı gibi Türkiye'nin en yoğun iki transit karayolu arasında bulunuyor. Özellikle trafik kazaları nedeniyle acil yardımın gerekli olduğu bir bölge. Yakın yerlerde acil yardım istasyonları var, Saray Köyü ve Kızılcahamam gibi. Kazan'da da bu hizmetin verilmesi vatandaşlar için büyük kolaylık.

Şehir merkezinde yer alan hastaneye ulaşıyoruz. Hamdi Eriş Devlet Hastanesi, iki katlı küçük şirin bir binada hizmet veriyor. İlk olarak hastane girişiyle, acil yardım girişinin aynı kapıdan yapılması gözümüze çarpıyor. Hastanenin giriş katında poliklinikler ve acil servis yer alırken, üst katta yataklı servisler ve zemin kat da laboratuvarlar bulunuyor. Başhekim Uz.Dr.Gökhan Taş, bizi güler yüzle karşılıyor ve nisan ayında başlayan 112 Acil Servis'le ilgili bilgiler veriyor. Acil Servis'te yalnızca bir kadrolu hemşire bulunduğundan, sağlık perso-

İlçelerde hizmet vermeye başlayan yeni 112 Hızır Acil Servis Hizmetlerini yakından görmek ve acil servis personelinin yaşadıklarına ortak olmak için Ankara'nın Kazan ilçesine gittik.



nelinin tamamı iki grubu ayrılmış ve birer ay ara ile acil servis nöbetine yazılmış. Başhekim, hastanesinin 112 Acil Servis uygulamasını vermesi için her türlü imkanı seferber etmiş. Acil personelinin her zaman dinç ve dinamik olması gerektiğini bilen Başhekim, sadece nöbet sistemi nedeniyle, hastanenin diğer birimlerinde verimliliğin düşmesinden endişe ediyor. Başhekim, telsiz bulunmadığından acil personeline görev sırasında tahsis edilmek üzere birer cep telefonu vermiş. "Telsiz olmaması, diğer istasyonlarla ve Ankara'yla koordinasyonu zorlaştırıyor" diyor.

Başınıza herşey gelebilir

Başhekim, bizi o an nöbette bulunan Acil yardım ekibiyle tanıştırıyor. Bir doktor, bir hemşire ve bir şoförden oluşan ekipteki en deneyimli isim hemşire Zeliha Taş. Konya'da 2 yıl kumanda komuta merkezinde çalışan ve 1 yıl da ambulans hemşireliği yapan Taş, Ankara Pursaklar, Batıkent ve Oran'daki acil hizmetinden sonra Kazan'a gelmiş. Hemşire Taş'a tecrübesi nedeniyle yaşadığı ilginç olayları soruyoruz:

"Konya'da hayvan gübresi taşıyan bir kamyon Ankara yolu üzerinde kaza yapmış, en yakın istasyondan olay yerine ilk olarak biz ulaştık ve hemen yaralılara gerekli müdahaleyi yaptık. Kaza esnasında hayvan gübresi bütün yola yayıldığından, trafik de zor işliyor. Yaralı sayısı çok olduğu için diğer ambulanslar da gelmek üzere. Bizim şoförümüz kumanda kontrol merkezini telsizle aradı:

-1170 Merkez, diğer gelen ambulanslara söyleyin, yol durumu müsait değil.

-Nasıl yani, nasıl yol durumu müsait değil.

-1170 Merkez, diğer ambulanslara söyleyin yol durumu müsait değil, dikkatli gelsinler.

-Ne demek istediğiniz tam olarak anlaşılamadı, ne var bu yolda?

-Yolda b...k var."

Zeliha Hemşire, başından geçen iki farklı olayı da şöyle anlatıyor:

“İhbar geldiğinde yola çıkmadan önce, hasta yakınlarının bir okul, market, cami yanına gelerek bizi karşılamalarını isteriz. Bir gün bir acil hasta için yola çıktık ve hasta yakınına cami önüne çıkarak bize el sallamasını istedik. Olay yerine yakın bir yerde, orta yaşlı bir vatandaşımız el sallayarak ambulansı durdurdu. Biz de hasta yakını diye ambulansa aldık ve evi tarif etmesini istedik. Vatandaş evi tarif ediyordu, sağdan gidin, ilerden sola dönün..fakat bu işte bir gariplik vardı, tarif edilen adresten epeyce uzaklaşmıştık. Vatandaş, neden sonra ev işte burası, dedi ve ambulandan indi, Allah’a ısmarladık, deyip uzaklaşmak isterken sorduk:

-Hastanız nerede?

-Ne hastası kardeşim, ben eve gidecektim, el salladım, siz de durdunuz, getirdiğiniz için teşekkür ederim.”

Bir kadın, “köpeğim komşumu ısırды, acele ambulans gönderin,” diye aradı. Biz verilen adrese derhal intikal ettik. Kapıyı çaldık ve köpek tarafından ısırılan komşu kadının nerede olduğunu sorduk. Bizi arayan kadın:

-Isırılan kadın nerede bilmiyorum, ben köpeğim için aradım, gerçi aşısı falan tam ama siz yine de bir bakın, dedi.

Hemşire Taş, kumanda komuta merkezinde çalışırken, “kocam çok kötü durumda, kalp krizi geçirdi, bir an önce gelin,” diye panik halinde konuşan bir hasta yakınının heyecanına ortak

olmuş:

-Kocanız erkek miydi? diye sormuş.

Zeliha Hemşireye yaptığı işin zorluklarını sorduğumuzda, vak’anın durumuna göre gayet serin kanlı ve hazırlıklı bir şekilde göreve gittiğini, büyük trafik kazalarına giderken ona göre hazırlık yaptığını, kalp krizi vak’alarına giderken bütün cihazları ve malzemeleri hazır tuttuğunu anlatıyor. Bir dolmuş kazasında bacağı kopmuş bir hastanın bacağını annesinin eline verdiğini, o an bir şey hissetmemesine rağmen akşam eve gittiğinde böyle bir şeyi nasıl yapabildiği konusunda şok yaşadığını söylüyor. Hastalara müdahale ederken yalnızca görevini düşündüğünü söyleyen Taş, akşam eve gittiğinde yaşa-



nan olayın acısını en derinden hissettiğini belirtiyor.

İnsan hayatına değer biçilemez

Zeliha Hemşireye teşekkür ediyor ve acil doktoru Ali Yücel’i dinliyoruz:

“Kan, gözyaşı, ölüm dolu

stresli bir bölümde çalışıyoruz. Yaptığımız işi doğru ve çok hızlı bir şekilde yerine getirmek zorundayız. Özellikle trafik kazalarında dramatik manzaralarla karşılaşmak bizi çok etkiliyor. Kalp krizi geçiren bir hastayı, Numune Hastanesi’ne naklettik. Yolda herhangi bir sorun yoktu fakat hastaneye gidince kalbi durdu. Bir bıçaklama vak’asında kanyan bölümü tamponla tutarak Ankara’ya kadar gittik. Mesafenin uzak olması (45 km) önemli bir sorun. Otobandaki trafik kazalarına biz ulaşana kadar başka istasyonlardan yardım geliyor ve ortalama 100 km yolu geri dönmek zorunda kalıyoruz. Vatandaştta 112 bilinci yok. Çoğu zaman 112 Acil gerektirmeyen konularda arıyorlar ve geri dönmek



zorunda kalıyoruz. İnsanlarımız 112’nin ne işe yaradığını tam olarak bilmiyorlar ya hastayı bir arabaya atıp hastaneye geliyorlar ya da arabayla veya koşarak hastaneye gelip vak’ayı bildiriyorlar.”

Ambulans şoförü Selim İşler’e yaptığı işin zorluklarını soruyoruz:



“Zor ve stresli bir iş. İnsan hayatı her şeyden önemli. Daha seri ve fakat daha dikkatli araç kullanmak zorundayız. Yolda neyle karşılaşacağımızı bilemiyoruz. Hele ilk defa gittiğimiz bir yol ise. Bazı sürücüler, ambulansı görünce sağa çekip duruyorlar. Bazı sürücüler ise bu boşluğu fırsat bilip yolu kendileri kullanmayı daha doğru! buluyorlar.”

Ambulansa ücret yok

Biz Acil Servis personeliyle görüşürken, özel bir arabayla

yaşlı bir kadın acile getirildi. Doktorlar ve hemşireler, hastanın başına toplandılar ve hastaya ilk müdahaleyi yaptılar. Doktorlar, hastanın Ankara'ya sevkine karar verdi. Bir koşturmaca başladı. Ambulans sedyesi çıkarıldı. Acil serviste yatan hasta, ambulans sedyesine alındı. Hasta yakınlarından iki kişinin ambulansla gelebileceği söylendi. Hasta yakınları “eve gidip hazırlanıp gelsek” dediler; “yanında yeşil kartı var, başka bir şey gerekmez, hemen gitmeliyiz” dedi Doktor Ali Bey.

Hasta ambulansa taşındı ve ambulans Ankara'ya doğru yola çıktı.

Yeniden Başhekim Gökhan Bey'in yanına gittik. Mesai saati bitmesine rağmen hastanedeydi. Niyetimiz Başhekime, en can alıcı soruyu sormaktı: Hasta yakınlarından ambulans ücreti talep ediyor musunuz?

Başhekim, konuyu mevcut uygulama ve genelgeler ışığında açıkladı:

“Bakanlığımızın talimatları doğrultusunda, hasta yakınlarından kesinlikle ücret talep etmiyoruz. Bu uygulama acil servis ambulansı ve hastane ambulansı için geçerli. Bütçe uygulamaları doğrultusunda ambulans ücretleri 40 milyon olarak belirlenmiş. Eğer resmi hasta ise bu ücreti kurumundan talep etme hakkımız var. Onun dışında vatandaştan elden para almak gibi bir uygulamamız yok, olmadı, olmaz da.”

Adli olaylarla ilgili uygulama nedir? diye soruyoruz Başhekim'e:

“Adli olaylarda zaten ücret talep edilmiyordu. Son gelen genelgede ücretin Adalet Bakanlığı'na faturalandırılacağı belirtiliyor. Ancak biz şu ana kadar böyle bir faturalandırmaya gitmedik.”

Gökhan Bey'e çalışmalarında başarılar dileyerek Kazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi'nden ayrılıyoruz.

‘Medya daha duyarlı olmalı’

■ *Murat SEZER*

112 Acil Servis Hizmetlerine özel önem verdiklerini söyleyen Akdağ: “Acil Servisle ilgili medyada yer alan haberlerin büyük bir bölümü gerçeği yansıtmıyor. Bu konuda medya mensuplarını daha duyarlı olmaya davet ediyorum.” dedi.



Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, İstanbul’da düzenlenen bir basın toplantısıyla 112 Acil Servis Hizmetleri hakkında kamuoyunu bilgilendirdi. Göreve gelir gelmez 112 Acil Servis Hizmetlerine özel önem verdiklerini söyleyen Akdağ: “Son 2 yılda % 50’ye varan büyüme sağladık. Türkiye çapında ambulans sayısını ve acil yardım istasyonu sayısını ikiye katladık. Bizden önce acil servis hizmeti vermeyen ilçe sayısını 678’den 354’e indirdik. Acil servisin kumanda kontrolünü tek merkezde toplayarak hizmet kalitesini ve hızını artırdık. Böylece ambulansların vak’aya ulaşma süresini il merkezlerinde 10 dakikanın altına düşürdük.” dedi.

Bakan Akdağ, 112 Acil hizmetlerini yerine getirirken en çok sıkıntı duydukları konunun vatandaşlar tarafından yapılan asılsız ihbarlar ve medyanın kaynağından doğrulatmadan yaptığı haberler olduğunu söyledi. Günlük 160 bin çağrıdan ancak 600’ünün gerçek vak’a olduğunu açıklayan Akdağ, vatandaşlarımızı duyarlı olmaya çağırdı ve sağlık konusunun asla şakaya gelmeyeceğini vurguladı. Medyada yer alan asılsız haberlerin hem sağlık çalışanlarını üzdüğünü hem de kamuoyunu yanlış yönlendirdiğini belirten Bakan Akdağ, “Acil Servisle ilgili medyada yer alan haberlerin büyük bir bölümü gerçeği yansıtmıyor. Bu konuda medya mensuplarını daha duyarlı olmaya davet ediyorum.” dedi.

Hastane kapılarında rezalete son



MURAT ÇELİK

"Trafik kazası geçiren (x) kişi, ambulansla götürüldüğü (y) hastanesine, sosyal güvencesi olmadığı gerekçesiyle kabul edilmedi. (x), kendisini kabul edecek bir hastane aranırken yolda hayatını kaybetti."

Ya da;

"Trafik kazasında yaralanan (x), sosyal güvencesi olmaması ve masrafları ödeyememesi nedeniyle, tedavi gördüğü (y) hastanesinde rehin kaldı."

Bu tür haberleri hepimiz hatırlarız. Ama (x) kendimiz ya da bir yakınımız oluncaya kadar üzerinde bile durmayız.

Peki, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 8'inci maddesinin konusu nedir, bilene var mı?

Söyleyelim...

Söz konusu madde; sağlık kurum ve kuruluşlarına acil olarak getirilen trafik kazası geçirmiş kişilere verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderlerin tamamının yükümlü sigorta şirketlerince karşılanması gerektiğini hükme bağlıyor.

Yani aslında yasaya göre, herhangi bir sosyal güvencesi olmasa dahi, trafik kazasında yaralanan herkesin tedavi masrafları, trafik sigortasının yaptırıldığı şirket tarafından karşılanıyor. Daha doğrusu karşılanması gerekiyor ama bu madde uygulanmıyor.

İlk düzenleme sonuç vermedi

2918 sayılı yasanın 8'inci maddesinin fiilen uygulanmadığı tespit edilince, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü harekete geçti.

Genel Müdürlük 27 Şubat 2004 tarihinde 3274 (2004/27) sayılı bir genelge yayımladı.

Bu genelgede özellikle vurgulanan noktalar şunlardı:

a) Sigorta şirketlerinin kendilerine tahakkuk ettirilen fatura belgelerini, ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun göstereceği banka hesabına ödemekle yükümlü oldukları,

b) Sigorta şirketlerinin, tedavi bedeli sigorta teminat limitini aşsa dahi, tamamını ödemekle yükümlü oldukları,

c) Ancak, limiti aşan kısım için "Karayolları Trafik Garanti Sigortası Hesabı Yönetmeliği" uyarınca "Karayolları Garanti Sigortası Hesabı"na başvurmaları gerektiği.

Sağlık Bakanlığı, bu genelgeyle yasanın uygulanabilir hale gelmesini hedefliyordu. Ancak öyle olmadı.

Çünkü;

a) Kaza yapan aracın saptanamaması,

b) Zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırılmaması,

c) Zeyilname düzenlenmemesi,

d) Gasp edilmiş araçlarla kaza yapılması gibi durumlarda, tedavi giderlerinin ödenebilmesi için - söz konusu yönetmelik gereği - sadece hak sahibi kişinin bizzat ve şahsen Karayolu Trafik Garanti Sigortası Hesabı'na başvurması gerekiyor ve bu durumda sağlık kurumları doğrudan fatura tahakkuku yapamıyorlardı.

e) Bunların yanı sıra, kaza tespit tutanağına, kaza geçiren kişi ya da kişilerin isimlerinin yazılmaması veya eksik yazılması halinde de bir hak kaybı söz konusu oluyordu.

Yeni düzenleme

Trafik kazazedelerinin mağduriyetini - yukarıda teknik ifadeleriyle yer aldığı şekilde - Şubat genelgesi de ortadan kaldırmadı.

Adına ister bürokrasi diyelim, ister yasalardaki boşluklar; binlerce insan trafik kazası geçirdikten sonra bir de tedavi masraflarının karşılanması aşamasında yaşanan sorunlu süreçle boğuşuyordu. Hatta kimileri, bu yolda yaşamını bile yitiriyordu.

Sağlık Bakanlığı, bu "sağlıksız yapı"ya ikinci bir müdahalede daha bulunmak zorunda kaldı. İlk yönetmeliğin aksaklıklara sebep olmaya devam eden maddelerinde yeniden düzenlemeye gidildi.

Yönetmeliğin 11'inci maddesine, 7 Ağustos 2004 tarih ve 25546 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan şu fıkra eklendi:

- Tedavi giderlerine ilişkin ödemelerin, hak sahibinin onayının alınması ve fatura ekine konulması kaydıyla, doğrudan tedaviyi yapan sağlık kurum ve kuruluşlarına banka aracılığıyla ödenebilmesi olanağı getirilmiş ve hak sahibinin bizzat ve şahsen başvurusu zorunluluğu kaldırılmıştır.

Yine; eksik tutulan kaza tespit tutanaklarına bağlı olarak hak kaybının önüne geçilebilmesi için yönetmeliğin 13'üncü maddesine de şöyle bir fıkra eklendi:

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı veya özel ruhsatlı ambulans ekiplerince tutulan ambulans raporu ve diğer bütün resmi ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca düzenlenen tutanak ve belgelerin kaza tespit tutanağını tamamlayıcı belge olarak kabul edilmesi hükme bağlanmıştır.

Netice olarak, iki küçük düzenlemeyle; zaten 1983 yılından bu yana var olan bir yasa maddesinin uygulanması hiç yaşanmamacak olan skandal ve rezaletlere son verilmesi hedefleniyor.

Yeni düzenlemenin gereği yapıldığında artık, hiçbir trafik kazazedesi "sosyal güvencesi yok" gerekçesiyle hastane kapısından dönmeyecek.

29.08.2004, D.B. Tercüman

Sağlığa ‘yerinde’ müdahale



Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Envanteri Çalışmaları devam ediyor. Bu çerçevede, merkezdeki verilerle, sahadaki verilerin birebir örtüşmesi için Doğu ve Güneydoğu Anadolu’daki illerden başlamak üzere, inceleme gezileri düzenleniyor.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başta olmak üzere, Müsteşar, Müsteşar Yardımcıları, Genel Müdürler ve uzmanlardan kurulu bir heyet, Türkiye çapında inceleme gezilerine başladı. İlk olarak Erzurum, Kars, Ardahan ve Iğdır, il merkezleri ve bütün ilçelerinde temaslarda bulunuldu. İnceleme gezileri, merkezle taşra arasında daha sağlıklı bir iletişimi yeniden kurmak ve koordinasyonu sağlamak bakımından da önem arz ediyor.

**Sağlık Bakanlığı,
Bakan Prof. Dr.
Recep Akdağ’ın
katılımıyla
gerçekleşen
inceleme gezileriyle
sağlıkla ilgili
sorunlara yerinde
müdahale ediyor.**

İlçelere yapılan gezi ve incelemelerden sonra Valilik binasında, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ’ın başkanlığında, Milletvekilleri, Valiler, Kaymakamlar, Bakanlık üst düzey bürokratları, İldeki mülki ve idari amirler ve üst düzey sağlık yöneticilerinin katılımıyla bir durum değerlendirme toplantısı yapılıyor.

Bu toplantılarda, ele alınan bütün konular birleştirilerek çözüme kavuşturuluyor; varsa sorunların çözümü konusunda gerekli müdahaleler yerinde başlatılıyor. Erzu-

rum, Kars, Ardahan, Iğdır, Artvin, Rize, Trabzon, Diyarbakır, Mardin, Van, Hakkari, Tekirdağ, Edirne, Kırklareli illerinde yapılan inceleme gezilerine katılan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ konuyla ilgili şunları söyledi: “Türkiye Sağlık Envanteri’nin gerçekçi bir şekilde oluşması için bu inceleme gezilerini yapıyoruz. Geziler sırasında, Sağlık Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan icraatların vatandaşımıza olumlu yansımalarını yakından gördüğümüz için mutluyuz. Ayrıca eksikleri yerinde tespit etmek ve çözüm üretmek amacıyla en son noktadaki sağlık kuruluşlarımızı ziyaret ediyor ve sistemdeki aksaklıkları çok yakından görme imkanı buluyoruz. Hizmeti vatandaşın ayağına getirmekle kalmıyor, vatandaşın ayağına kadar gelerek sorunlarını dinliyoruz. Bu çalışma, insan odaklı sağlık hizmeti hedefimizin en önemli atılımlarından birisidir.” Bakan Akdağ, oldukça verimli sonuçlar alınan inceleme gezilerinin önümüzdeki günlerde diğer illerle devam edeceğini bildirdi.



TÜSİAD “Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” raporunu açıkladı:

Sağlıklı bir gelecek



■ Beyza EREN

Türk Sanayici ve İş Adamları Derneği 23 Eylül’de İstanbul’da düzenlenen bir toplantıyla “Sağlık Reformu Yolunda Çözüm Önerileri” raporunu açıkladı. TÜSİAD Başkanı Ömer Sabancı açılış konuşmasında sağlık alanındaki gelişmelerin hızlandırılması gerektiğini belirterek, “hepimiz üzerimize düşeni yapmalıyız” dedi.

Toplantıya katılarak bir konuşma yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde başta zihniyet olmak üzere çok önemli değişimlere imza attıklarını belirtti. Akdağ şunları söyledi: Sağlıkta dönüşüm programıyla öncelikli olarak zihniyet değişimini esas aldık. Sonra da imkan eksikliklerine bağlı mağduriyetlerin giderilmesini. Rehine ayıbına, acil hastaların kabullünde yaşanan sıkıntılara, acil ambulans hizmetlerinden ücret alınmasına son verdik. İlaçta önemli indirimler yaptık. Hastaneleri ortak kullanıma açtık. Özel hastanelerden hizmet alma imkanını sağladık. Hasta hakları birimleri oluşturduk. Aile hekimliği, hekim seçme özgürlüğünün sağlanması gibi hedeflere ulaşılması için önemli çalışmalar yaptık.”

Performans yönetimi ile çalışanların motivasyonlarını artırdıklarını söyleyen Akdağ hizmette dengesizliği gidermeye çalıştıklarını da sözlerine ekledi. “Herkes için sağlık” hedefimizdir diyen Akdağ, özel sektörden sağlık alanına daha ciddi desteklerde bulunmalarını ve yatırım yapmalarını istedi.

Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Sağlıkta Dönüşüm programına da sık sık atıfta bulunulan, TÜSİAD’ın “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Çözüm Önerileri” raporunda şu görüşlere yer veriyor:

TÜSİAD’ın 23 Eylül’de İstanbul’da açıkladığı “Sağlık Reformu Yolunda Çözüm önerileri” raporunun toplantısına katılan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm programının hedefinin “Herkesi Sağlık” olduğunu belirtti.

Sağlığa Ayrılan Kaynakların Artırılması

Türkiye’de kişi başına 112\$ veya 202\$ arasında ölçülen toplam sağlık harcamaları yetersizdir ve sosyo-ekonomik açıdan benzer konumda olan ülkelere göre çok düşüktür. Sağlığa daha fazla kaynak aktarılması ihtiyacı zamanla daha belirgin hale gelecektir. Kamu sağlık finansmanında sağlanacak artış yeni kaynaklardan elde edilmelidir. Sağlık sistemi için önerimiz; ücrete ve/veya gelire dayalı zorunlu prim ödemesi ve ek olarak genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonunun birlikte olduğu finansman modelidir. Türkiye; Fransa, Polonya, Macaristan ve Tayvan modellerini dikkate alarak sağlık sistemini temel olarak ücretlerden ve/veya gelirlerden alınan primler ve buna destekleyecek genel vergilerle finanse edebilir.

Özel Sağlık Sigortalarının Rolü

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı açısından güçlü bir potansiyel olmakla birlikte mevcut durumda özel sigortalı sayısı nüfusun yaklaşık %1’i kadardır. Kısıtlı reasürans piyasası büyüme açısından muhtemel bir engel teşkil etmektedir. Türkiye’de sadece üç yerli reasürans şirketi faaliyet göstermektedir. Bazı yerli sigorta şirketlerinin uluslararası yatırımcılarla aynı reasürans düzenlemeleri vardır. Veri kodlaması ve faturalandırma sistemleri de özel sigortacılığın büyüme potansiyelini sınırlayan sorunlar arasındadır.

İsteğe bağlı özel sigortalar; ek imkanlar sunabilir, GSS’nin maliyet paylaşımı düzenlemelerini (muafiyetler, katkı payları ve paralel sigorta gibi) karşılayabilir ve GSS teminat paketi kapsamında olmayan teminatları kapsayabilirler ancak kamu teminat paketinin içinde yer alan teminatları sunmamalıdır. GSS’nin tüm toplumu kapsayacağı zamana kadar geçen bir başlangıç döneminin ardından, isteyenlerin sistemden çıkabilmelerine ve esas sigortaları olarak özel sigorta yaptırmalarına imkan tanıyan bir seçeneğin de düşünülmesi önerilmektedir.

Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri

Türkiye’de uygulanmakta olan tüm sağlık sigortası programları, Yeşil Kart uygulaması istisna olmak kaydıyla, bir şekilde hasta katkı payı veya maliyet paylaşımı unsuru içerir. Maliyet paylaşımı düzenlemeleri; sağlık hizmetleri sisteminin akılcı kullanımını teşvik amacıyla katkı paylarını ve muafiyetleri de içermelidir. Bu katkı payları ödeme gücü olmayanlardan alınmamalıdır. Katkı payı ödemeyecek olanların belirlenmesi için, bir sistem oluşturulmalıdır. Devlet, her vatandaşa tek bir kimlik numarası vermeyi planlamıştır. Prim ve katkı paylarını ödeyecek durumda olmayanların tespiti için objektif kriterlere dayalı bir sistem oluşturulmalıdır.

Hizmet Sunucu Ödemeleri

Sağlık Bakanlığı hastaneleri, fonlarının yaklaşık %80’ini, devlet genel gelirlerinden yapılan transferler kapsamında Sağlık Bakanlığı’ndan almaktadır. Sağlık Bakanlığı ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması – 10. Sürüm)’u tercüme ettirmiş, ancak henüz tümüyle kullanıma sokamamıştır. Bilgi sistemleri birbirinden kopuktur. Geniş bir hizmet sunucu ağı GSS tarafından kapsam içine alınana kadar, GSS ile kamu ve özel farklı hizmet sunucular arasındaki sözleşmeler sisteme yavaş yavaş dahil edilmelidir. Ödemeler, kaliteli hizmetleri teşvik edecek ve hizmetlerin gereksiz yere fazla sunumunu engelleyecek tarzda yapılmalıdır. Hastane ve diğer hizmet sunucu ödemelerine yönelik olarak; teşhise-dayalı-ödemeler için gerekli bilgi sistemleri yerini alana kadar geçiş döneminde, genel bir sı-

Sağlıkta Dönüşüm Programı, istenen sağlık bilgi sisteminin temel işlevsel özelliklerini belirlemiştir. Kamu ve özel sektörün buradaki kritik mücadelesi; stratejik destek ve sürekli sermaye desteği sağlayarak gelecek vaat eden pilot projelerin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması alanında olacaktır. Türkiye’nin bilgi standartlarını oluşturacak bir kurum olacak şekilde; bağımsız, hükümet dışı, kâr amacı olmayan bir Sağlık Bilgi Kurumu oluşturulmalıdır.



nırlandırmaya tâbi sabit bütçelerin kullanılacağı, teşhise-dayalı-ödeme sistemi önerilmektedir. GSS; taleplerin işleme sokulması ve değerlendirilmesi, gereksiz tedavileri izlemek için hizmet sunucu profillerinin çıkarılması, pahalı ve karmaşık tedavi gerektiren hastaların vak’a yönetimi gibi işlevlere yönelik hizmetleri, Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administrators – TPA) için yapılacak sözleşmeler yoluyla özel sektörden temin etmeyi de değerlendirilmelidir.

Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamunun ve Özel Sektörün Roller

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi için gerekli fırsatlar, çıkarlar, kaynaklar ülke geneline dengesiz olarak dağılmıştır. Başarılı bir özelleştirmenin, yatırımcıların çıkarları ile hastaların çıkarları arasındaki potansiyel çıkar çatışmalarına, gereksiz ve yetersiz tedavilere yönelik potansiyel ters dürtülere (sigorta etkisi=insurance effect) çözüm getirmesi gereklidir. Yalnız başına piyasa koşulları ulusal sağlık hizmetleri hedeflerini gerçekleştiremez; bu yüzden devlet, piyasanın düzenleyicisi ve kuralların yaptırımcısı olarak önemli rolünü devam ettirmelidir. Kamu sektörü, hizmeti sunan değil hizmetin bedelini ödeyen konumda olmalı ancak kırsal, yoksul ve diğer sıkıntılı nüfus kesimlerine ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetinin mutlaka temini için sağlık sektörünün işleyişine yönelik gerekli ortamını oluşturmaktadır. Kamu sektörü kamu sigortacılığını tek bir GSS çatısı altında birleştirmelidir. Özel sektör tamamlayıcı sağlık sigortası sunmalı, “Sağlık İşletmeleri”ni işletmeli ve yönet-

melidir. Devlet tüm vatandaşlarını kapsayan bir Temel Teminat Paketi’ni temin ederken, piyasa koşullarının hizmet sunumunda yetersiz kalması durumunda bir güvenlik önlemi olarak hastane hizmetlerini izlemeye ve sunmaya devam etmelidir.

Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak hizmetlerinin en önemli ve koruyucu sağlık hizmetlerinin esasen tek sunucusudur. Genel olarak Bakanlığın birinci basamak bütçesinin yaklaşık %90’ı personel harcamalarına ayrılmakta, kalan miktar ise, işletme giderleri, ilaçlar ve diğer malzemeler, gerek alımı ve bakımına yetmemektedir. Türkiye’deki ilgili taraflar arasında, temel sağlık hizmetlerinin iyi tasarlanmış, entegre, performansa dayalı bir sağlık sisteminin temeli olması gerektiği yönünde prensip olarak görüş birliği vardır. Önerilen bu stratejinin merkezi unsuru ise, aile hekimliği kavramı ve pratisyen hekimlerin bu yönde eğitilmesidir. Bu çerçevede içinde kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilecektir.

Kamu Hastanelerinin Daha Fazla Özerklik Verilerek Güçlendirilmesi

Kamu hastanelerine daha fazla özerklik verilmesine yönelik birkaç seçeneğin denenmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması, en uygun modellerin belirlenmesi için pilot uygulama projeleri oluşturulması önerilmektedir. Bu konu-



larda ilerleme sağlanabilmesi için uygun yasal çerçevenin tamamlanması, hastane yönetim kurullarının oluşturulması ve eğitilmesi, uygun hastanelere yetkilerin düzenli bir şekilde devri için politikaların ve süreçlerin geliştirilmesi gerekli olacaktır.

İlaçlar

İlaçlar ve ilaç endüstrisi hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de AB'ye katılım sürecinde yer alan unsurlardır. Ayrıca; temel sağlık hizmetleri, genel ulaşılabilirlik, özel sağlık sigortası ve devletin rolünü vurgulayan, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı açısından da önemlidirler. İlaç endüstrisinin temel özelliklerinin anlaşılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflerine ulaşılması için politikalar ve harekete geçirici unsurlar sağlayabilecektir. Ulusal İlaç Kurumu'nun önderliğinde, Ulusal İlaç Politikası (UİP) oluşturulması önerilmektedir. Bu nedenle, UİP öncelikleri belirleyecek ve ilaçlara ulaşılabilirliğin artırılmasının yanısıra ilaçların kalitesini ve akılcı kullanımını güçlendirecek çabaların eşgüdümünü sağlayacaktır. Bu potansiyeli ortaya çıkarmak için; UİP'nin hükümetin desteğine, tercihen yasal düzenlemeler yoluyla, ihtiyacı olacaktır. UİP; ilaç ürünlerine yönelik politikaları, düzenlemeleri, ulaşılabilirliği ve finansmanı entegre edecektir.

Sağlık Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Geliştirilmesi İçin Bir Çerçeve

İsteğe bağlı sertifikasyon ve akreditasyon sistemlerinin yanısıra zorunlu ruhsatlandırma sistemlerinin oluşturulması ya da güçlendirilmesi; sağlık sistemlerinin güvenilirliğini ve kalitesini geliştirme stratejilerinin önemli birer parçasıdır. Bu sistemler hem özel hem de kamu sektöründeki hastanelerin, hekimlerin ve diğer hizmet sunucuların niteliklerini ve performanslarını izlemelidir. Sağlık çalışanlarının ve kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve ruhsatların periyodik olarak yenilenmesi uygun bir kamu sektörü biriminin sorumluluğunda olmalı ve kamu sağlığı ve güvenliği için gerekli asgari standartların sağlanması amacıyla zorunlu olmalıdır.

Bilgi Sistemleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, istenen sağlık bilgi sisteminin temel işlevsel özelliklerini belirlemiştir. Kamu ve özel sektörün buradaki kritik mücadelesi; stratejik destek ve sürekli sermaye desteği sağlayarak gelecek vaat eden pilot projelerin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması alanında olacaktır. Türkiye'nin bilgi standartlarını oluşturacak bir kurum olacak şekilde; bağımsız, hükümet dışı, kâr amacı olmayan bir Sağlık Bilgi Kurumu oluşturulmalıdır. Kurumun temel işlevleri; standartların oluşturulması, sağlık teknolo-

Temel sağlık hizmetleri, genel ulaşılabilirlik, özel sağlık sigortası ve devletin rolünü vurgulayan, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı açısından da önemlidirler. İlaç endüstrisinin temel özelliklerinin anlaşılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflerine ulaşılması için politikalar ve harekete geçirici unsurlar sağlayabilecektir.



jisi ve bununla ilgili bulgu ve kararların yaygınlaştırılması olacaktır.

Sağlık Reformunun Desteklenmesi İçin Gerekli Yasal Çerçeve

Türkiye'de sağlık reformunun başarıyla gerçekleşebilmesi için bazı alanlarda kanun değişikliklerinin yapılması gereklidir. Yeni yasal düzenlemeler; sağlık sektörünün geçiş sürecindeki gereksinimleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Yasalarla genel çerçeve tanımlanmalı, uygulamaya dönük süreçler yönetmeliklerle belirlenmelidir. Bu düzenlemelerin hedeflerinden biri; kamu ve özel sektöre ait kaynaklar arasında sinerji yaratmak olmalıdır. Sağlık sektöründe halen mevcut çok parçalı yapılanmadan kaçınmak için tüm yasal konuların hazırlanması ve uygulanması aşamaları, Başbakanlık düzeyinde oluşturulacak bir Yönlendirme Komitesi tarafından koordine edilmelidir. Bu kapsamda, aşağıda verilen başlıkları da kapsayacak şekilde yeni yasalar hazırlanmalıdır: GSS'nin çerçevesinin oluşturulması ve mevcut kamu sağlık sigortası sistemlerinin bu çerçeve altında birleştirilmesi; Kamu ve özel hastaneler; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Sağlık yönetimi; Sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları; Kamu sağlığı Özel sektör yatırımlarını teşvik için yasal değişikliklerin yapılması.

Vefatının 53. yılında kendi dilinden

Mazhar Osman



Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Tıp tarihimizde kendisine özgü üslubuyla derin izler bırakmış bir bilim adamıdır. 31 Ağustos 1951'de vefat eden Mazhar Osman'ın hayat hikayesini vefat yıldönümü vesilesiyle kendi dilinden aktarıyoruz. Dinler gibi okunması, ibret almak gibi dinlenmesi temennisiyle...

Dr. Kader YILMAZ

"Altmış üç senelik hayatın tarihi bir gramofon plâğına sığmaz, lâkin tarih, bir kelime ile söylenebilir, göz açıp kapayıncaya kadar geçen bir ömür... Hayatımın hususiyeti durmaksızın çalışmak oldu. Çalışmaksızın geçen ömrün çok sıkıntılı ve usandırıcı olduğuna kaniim. İlerlemeye ve faydalı olmaya daima çalıştım. Başardığım azsa suçun pek azı bendedir. İnsanı muhit yapar, fevkalbeşer yaratılanlar müstesna... Ben ise herkes gibi adi (sıradan) bir insandım, şaşırmadım, daima doğru yolda, cesur adımlarla yürüdüm. İyi bir vatandaş, iyi bir aile babası ve nihayet iyi bir insan sayılırsam hakkımdır, bu da bana yeter.

On üç yaşında bülbül deresine gömdüğüm anamın aşkını ölünceye kadar lekesiz en büyük sevgi olarak taşıdım. Hayatımın bütün manevî

kuvvetlerini o sevgi kaynağından aldım. Allah'ı, dini, milleti, insanları sevmeyi o mukaddes kadın bana tannıttı. Bütün varlığımı ona borçluyum. Babam da bana en kıymetli mirası hediye etti: Sıhhat ve namus. Ben ne kazandımsa, ne isem onlara aittir, onlara borçluyum. Bıraktıkları fıkarcılık bile bana en büyük şeref ve iftihar vesilesi oldu, ben onları daima takdis ederim.

Dedeagaç'ın Sofulu kasabasında doğdum. İstasyon karşısında, bir ahşap evde. Anamın babamın dör-



düncü çocuğu idim. Benden evvel dünyaya gelen Hayriye, Sabriye ve Mehmed'in difteriden öldüğünü söylediler. Adımı Yusuf Mazhar koymuşlardı, ebced hesabıyla Arabî 1301 ediyor. Babam Mehmet Hurşit Ağa'nın oğlu Osman Zühtü Efendi. Anam da Çerkez Süleyman Bey'in kızı Atiye Hamide Hanımdı. Benden sonra üç hemşirem daha oldu: Fatma Pakize, Cazibe Hansa, Ayşe Bedra... Annem kalp hastalığından öldüğü vakit küçük hemşirem, henüz yeni yürüyen, söylemesini beceremiyen bir bebektir. Babam evlenmedi; genç yaşta dul kalan babamın bu makul hareketi, bu yüksek fazileti kendisine karşı hürmetimizi bir kat daha artırdı. Güç büyüdük, hayatın çok acılıklarını çekti, lâkin üvey ana hakaret ve tahakkümünden uzak, birbirimizi koruyarak yaşayışımız bize kuvvet ve cesaret verdi. Temiz ır- siyetimiz, bu sıcak sevgi ile birbiri-

mize sarılarak, severek yetişmemizi de besledi. Ben daha on yaşında çalışmaya başlamıştım. Kardeşlerime babalık ettim, büyüttüm, evlendirdim, mes'ut günlerini gördüm. Kardeşlerimin içinde en bedbahtı küçüğü oldu. Ana sevgisinden mahrum büyüyen yavrucak, üç dört lisan bilmesine, güzel yaradılışına, akıllı ve fevkalâde idaresi oluşuna rağmen iki defa evlenişinde de bedbaht oldu. En sonunda evlendirdiğim küçük kızım La Nevşehir'e gitmek ve onunla yaşamak fedakârlığını seve seve göze almış ve oraya gitmişti.

Nevşehir'de, ebedî matemi kalbimde kalmıştır. Zavallı kardeşim, talihsiz doğmuş, hayattan hiç kâm almadan genç yaşında ölmüştü. Fedakâr Bedracığım anadan sonra en acıdığım bedbahttır.

İlk tahsilim Kırkkilise'de idi. İptidaî ve Rüşti tahsilim... Büyük zelzelede İstanbul'a geldik. Üsküdar idadîsini bitirdikten sonra Askerî Tıbbiye'ye girdim. Tıp tahsiline hiç arzu ile

girmiş değilim. Ben Mülkiye'ye girmek idare adamı olmak isterdim. Yaşım küçük olduğu için müsabakaya sokmadılar. İşte kismet beni de hekimliğe, sinir hekimliğine sürükledi. Ben de talihin bu tecellilerini gördükçe herkes gibi kaza ve kadere imanım bir kat daha arttı. Doktor oldum, hoca oldum, refaha kavuştum. Şöhretim bir çoklarını imrendirecek dereceye vardı. Lâkin bütün saadetlerin tadına anacığımın acı hatıraları karıştı. Doktor oldum, zabıt oldum, evlendim, nurtopu gibi evlâtlarım, torunlarım oldu. Her sevinçte "ah, ne olurdu bu günü anam görse idi" derdim.

Çok mes'ut yaşadım. Hayatta herkes gibi heyecanlar, ıstıraplar elbette ben de çektim. Hamdolsun kaderim hepsini yendi, yenemediğime de tahammül etmeyi öğretti. En mes'ut günlerimden biri doktor çıktığım gündü. Artık hürriyete kavuşmuştum. Ekmeğimi kazanacak, aileme ve insanlara yardım edebilecek hale gelmiştim. İkinci mes'ut günüm

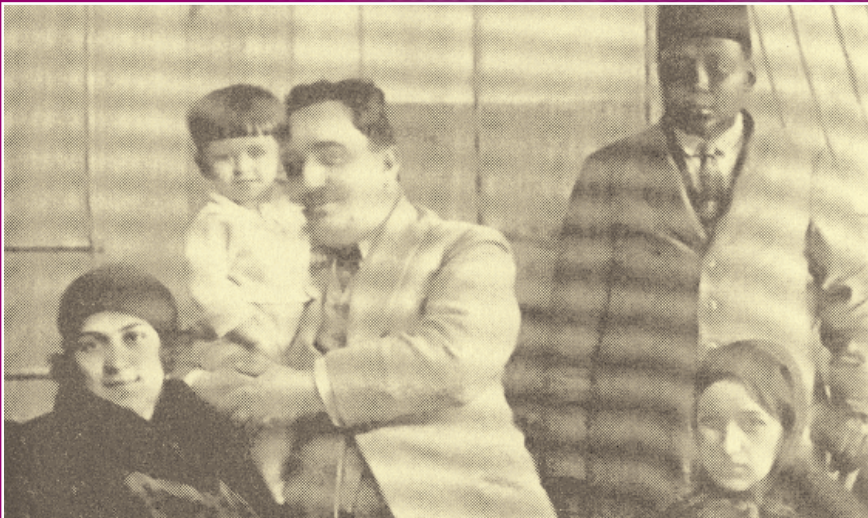
de büyük oğlum Lâhut'un dünyaya gelişi idi. İlk babalık zevkini tadıyordum. Onu dünyaya bırakacağım, benim eserimi o takip edecekti. O benim en kıymetli eserimdi. Nitekim, o da doktor oldu, o da sinir hekimi. Allah'a çok şükür ona bütün benliğimi verebildim. İmrendiğim, yapamadığım şeyleri çalıştım ki o yapsın. Ah, çocuklarımı ne kadar severim... Evlâtlarım, Lâhut'um, Tuba'm, İrem'im, Nasut'um, Cülmüt'um ve onların anneleri, Saadet'im... Hayatımın yıldızları. Hayat sahamın ufuklarında her biriniz doğdukça ben dünyayı daha güzel, yaşamayı daha zevkli buldum. Sizin yükünüzü taşımak bana ne tatlı geldi. Bir gün dünyayı, hayatı terk etmeye mecbur olacağım. Şüphesiz bu hoş bir şey değil, lâkin herkes gibi ona ben şimdiden hazırım. Sade sizden ayrılmak hepsinden güç olacak.

Evlâtlarım, hayatımda size her zaman söylediğim baba nasihatini bir daha tekrarlıyorum:

Şöhreti, serveti, huzuru şeref ve haysiyetinizle değiştirmeyin. İktidal için kimseye boyun eğmeyin. Namuslu ve hür olmanın zevki ölçsüzdür. Hayatta korkaklar ezilir, kendinizi ezdirmeyin. Namuslu, hür, cesur ve azimkâr olun. Hele gülünç olmayın, iğrenç olmayın. Kimse size acı-maya lüzum görmesin, kimsenin merhametine muhtaç olmayınız. Milletinizi, vatanınızı ve bütün insanları seviniz. Alicenap ve şefkatli olunuz. Hayatınızı koruyunuz. Hayat pek kıymetli bir vedia'dır. Fakat icabında onu yalnız şeref ve haysiyetiniz için seve seve feda ediniz, feda etmekte tereddüt etmeyiniz.

İşte evlâtlarım, size babanızın bir nasihati, ebediyen sizde kalacak bir yadigârı..."

(Doç. Dr. Safa Saygılı, Mazhar Osman, İstanbul 1998, ss. 12-15)



Dalış eğitmeni ve sualtı fotoğrafçısı
Dr. Çağatay Erden Daphan:

“Sualtı
fotoğrafçılığı
dalışlarıma
tarifsiz bir renk
katıyor”

■ *Soner ABACI*

Tıbbiye’den Bir Sualtı Fotoğrafçısı çıktı. Klasik bir girişle “Tıbbiyeden her şey çıkar, arada bir de hekim çıkar” diyerek başlayalım istedim röportajımıza... Bu sefer de çıka çıka dalış eğitmeni ve sualtı fotoğrafçısı çıkmış hem de Ankara’nın göbeğinden. Aslında mesleğinin başında sayılabilecek bir genel cerrah ama gönlünü sualtına kaptırmış ve “öldürseniz ayrılmam” diyor. Dalış eğitmenliğinin yanı sıra en büyük tutkusu da sualtı fotoğrafçılığı. Çektiği fotoğraflar bir karma sergide yer almış ve ilk defa katıldığı yarışmada bir üçüncülük ve bir de özel ödül almış. “Hayatımın en değerli ödülleri” ve “Deniz kenarında yaşasaydım denize bu kadar tutkulu olur muydum bilmiyorum” diyor Yrd. Doç. Dr. Çağatay Erden Daphan.

En sevdiğim sualtı canlısı köpekbalıkları. Neden dersiniz milyonlarca yıldan beri denizlerin hakimi olmuş ve çok yanlış tanınan, hatta kendisine oldukça fazla haksızlık edilen bir canlı. Üç yüzden fazla türü var ve üç-dört tanesi hariç insanlar için tamamen zararsızlar.

Sizi kısaca tanıyabilir miyiz?

1966 yılında Ankara'da doğdum. İlk öğrenimimi Çankaya İlkokulu'nda, Orta ve lise öğrenimimi Bahçelievler Deneme Lisesi'nde yaptım. 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra aynı üniversitede Genel Cerrahi İhtisası yaptım. 1997 yılından beri Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda öğretim üyesiyim.

Neden dalış? Nereden çıktı dalışa başlama fikri?

Çocukluk yıllarımın yaz ayları genellikle Milas Güllük'te geçti. Denize ve deniz canlılarına hep ilgi duydum. Televizyonların tek kanallı olduğu dönemde ise Kaptan Cousteau'nun belgeselleri en sevdiğim programdı. Ama nedense dalıştan korkardım. Ancak zamanla bu korku meraka dönüştü ve ani bir kararla dalış eğitimi almaya karar verdim.

Şu an geldiğiniz nokta ne?

2001 yılında BADİM'de (Başkent Dalış ve İlk Yardım Merkezi) başladığım dalış hayatımı bugüne kadar kesintisiz sürdürdüm. Aynı zamanda başladığım sualtı fotoğrafçılığı, dalışlarımın vazgeçilmez tutkusu haline geldi. C.M.A.S. Yıldız Eğitmen, Gümüş Cankurtaran Sporcu, P.A.D.I. Divemaster ve Underwater Photographer brövelerine sahibim.

Dalış eğitimlerini nasıl veriyorsunuz?

BADİM'de her pazartesi yeni kurs başlıyor. Benimle birlikte 7 eğitmen arkadaş daha var. Genelde kim müsaitse derslere de o giriyor. Dalgıç adayları önce yakla-



şık 16 saat süren teorik eğitim alıyor. Teorik eğitim; dalış sistemleri, malzemeler, kuşanma, suya giriş, doğru yüzüş, hava hesapları, dalış hastalıkları, kendini ve başkasını kurtarma gibi konuları kapsıyor. Daha sonra da bir hafta sonu öğrenciler eğitim dalışlarını yapıyorlar. Eğitim dalışlarında da sualtında karşılaşılabilecek sorunlarla başetme yöntemlerini gösteriyoruz. Bunları başarı ile tamamlayanlara tüm dünyada geçerli olan bir yıldız dalıcı brövesi veriyoruz.

Bir de sualtı fotoğrafçılığı var, bu da ayrı bir dal galiba?

Sualtı fotoğrafçılığı, dalışlarıma tarifsiz bir renk katıyor. Makinem elimde olmadan su altına inmek, artık benim için tüpsüz dalmak kadar imkansızlaştı. Her dalışı belgelemek ve arşivlemek, en az dalışın kendisi kadar zevk verici. Dalış sporu ile paylaşmak duygusunun büyüleyici bütünlüğü içinde, dalışlardan sonra sualtında görüntülediğimiz kareleri gerek bilgisayardan, gerek otelimizdeki televizyona bağladığımız makineden ve gerekse hiç vakit kaybetmeden makinenin ekranından, tekrar izlemek dalışın zevkini bir kat daha artırıyor.

Sualtı fotoğrafçılığıyla ilgili eğitim aldınız mı?

Evet aldım, “Eğitim Şart...!” Bir kere sualtı fotoğrafçılığı kara fotoğrafçılığından oldukça farklı. Suyun yoğunluğu özellikle ışığın çok farklı tepkiler vermesine neden oluyor. Ayrıca derine inildikçe ışığın soğurulması renklerin kaybolmasına neden oluyor. Bu yönler de hem özel bir eğitimi hem de daha fazla tecrübeyi gerektiriyor.

Röportaja başlamadan yaptığımız sohbette sualtı

fotoğrafçılığı alanında da ödüllerinizi olduğundan bahsettiniz nedir bu ödüllerinizi?

Sualtısporları Federasyonu’nun düzenlediği Ulusal Fotoğrafla Balık Avlama Yarışması (UFBAY) 2003’te dijital fotoğraf dalında 3.’lük ve Recep Yazıcıoğlu özel ödülünü kazandım. Bunlar benim için çok önemli ödüller oldu. 2003 yılında yapılan, dijital alanda ilk yarışmaydı ve bu yarışmada dereceye girmek beni çok mutlu etti. Hayatımda aldığım en güzel ödül oldu diyebilirim.

Fotoğrafçılıkla ilgili başka çalışmalarınız var mı?

Haziran ayında BADİM’in diğer fotoğraf sanatçılarından Hocam Erhan Öztürk ve değerli arkadaşım Çağatay Erciyes’le birlikte bir karma sergi açtık. Gördüğümüz fazla ilgi beni oldukça şaşırttı. Bu kadar büyük bir ilgi beklemiyordum açıkçası. Bu da devamı için teşvik edici oldu. Bazen de hastanemde arkadaşlarıma dia gösterileri yapıyorum.

Nerelerde daldınız ve en çok sevdiğiniz yer ya da yerler neresi?

Türkiye denizlerinde bir çok yerde dalış yaptım. Sualtı canlı zenginliği bakımından en çok sevdiğim yer Saroz Körfezi ve Ayvalık. Özellikle mercanlar açısından çok zengin ve renkli iki bölge buralar. Değişik dip yapısı, enteresan oluşumlar ve mağaralara dalış yapmak için Adrasan ve Sarıgerme harika seçimler. Sıcak ve konforlu ama bir o kadar da iri balıklar için Fethiye ve Kalkan. Dalış ve doğal güzellikleri bakımından Bodrum, Gümbet ve Turgutreis’i tercih ediyorum. Ancak bir numara neresi derseniz Kaş’taki Uçan Balık Resifi derim.





Sualtı canlı zenginliği bakımından en çok sevdiğim yer Saroz Körfezi ve Ayvalık. Özellikle mercanlar açısından çok zengin ve renkli iki bölge buraları.

Yurtdışında dalış yaptınız mı?

İki defa Kızıldeniz'e gittim. Hurgada ve Sharm El Sheik'te dalışlar yaptım. En kısa zamanda da Endonezya ya da Maldivler gibi Hint Okyanusu'nun gözde dalış noktalarına da gitmeyi planlıyorum.

En sevdiğiniz sualtı canlısı ne?

Bu soruya cevabım biraz garip gelebilir ama en sevdiğim sualtı canlısı köpekbalıkları. Neden derseniz milyonlarca yıldan beri denizlerin hakimi olmuş ve çok yanlış tanınan, hatta kendisine oldukça fazla haksızlık edilen bir canlı. Sualtında bir numara olmak için inanılmaz duyulara ve yeteneklere sahip bir hayvan. Üç yüzden fazla türü var ve üç-dört tanesi hariç insanlar için tamamen zararsızlar. Zaten bu üç-dört tür de Türkiye'de yok.

Biz hemen her sene Gökova'da Boncuk koyuna çiftleşmek için gelen Camgöz köpekbalıklarına dalışa gidiyoruz. Bölgeye tüple dalmak yasak olduğundan mas-

ke palet şnorkelle yüzeyden oyunlarını izliyoruz ve çok büyük keyif alıyoruz. Bazen yüzeye yaklaştıklarında biz de onların yanlarına inip dokunmaya çalışıyoruz onlara. Böyle rahat anlattığıma bakıp da küçük olduklarını falan da düşünmeyin. Herbiri en az 2-3 metre boyunda köpekbalıkları bunlar.

Sizin gibi başka dalgıç doktorlar da var mı?

Doktorlar arasında oldukça fazla dalgıç var. Hatta diğer sağlık personeli de çok fazla. Bazen dalışlara giderken küçük bir sağlık ocağı gibi oluyoruz. Doktorlar, tıp öğrencileri, hemşireler, hatta çoğu zaman tıbbi müessillerimiz de eksik olmuyor yanımızdan.

Bu spora başlamak isteyenlere ne tavsiye edersiniz?

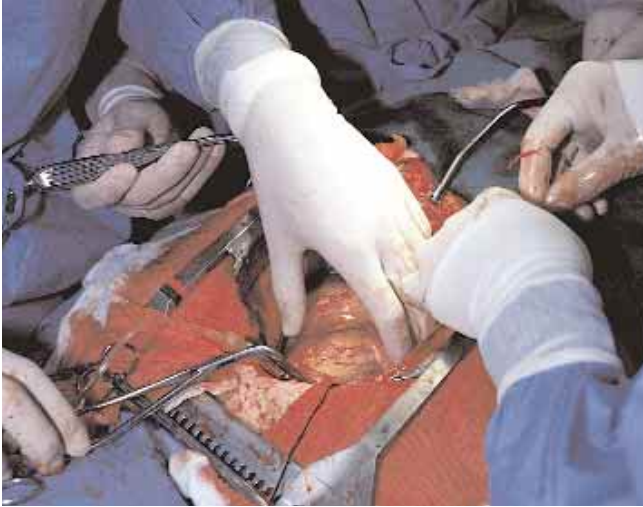
Dalış sporu biraz masraflı olmakla birlikte doğayla insanı birleştiren, stresten ve dertlerden biraz olsun uzaklaştıran ama kesinlikle belli bir disiplin gerektiren bir eğlence sporu. Dalışa başlamak isteyenlerin mutlaka bu konuda uzman olan, Türkiye'de bu konu ile ilgili tek otör olan Sualtısporları Federasyonu'ndan yetki belgeli ve bu merkezlerin yetki belgesine isimleri yazılmış eğitimcilerinden eğitim almalarını tavsiye ederim. Bu konuyla ilgili detaylı bilgi ise www.badim.com.tr internet adresinden alınabilir.

Organ bağıışı hayat kurtarıyor

■ Veysi PAMUKOĞLU

Türkiye’de, 12 kalp, 17 karaciğer, 21 kemik iliği, 25 böbrek nakli merkezi ile 11 göz bankası faaliyet gösteriyor. Sağlık Bakanlığınca organ bağıışının artırılması ve organ nakli hizmetlerinin hedeflenen düzeye çıkarılması amacıyla geniş kapsamlı çalışmalar yapılıyor.

Son olarak, organ nakli çalışmalarında verimliliği artırmak, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamak amacıyla; Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyon ve denetiminde, üniversitelerin, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla,



Son olarak, organ nakli çalışmalarında verimliliği artırmak, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamak amacıyla; Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyon ve denetiminde, üniversitelerin, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla, ‘Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi’ çalışmalarına başlandı.

‘Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi’ çalışmalarına başlandı.

Sistemin amacı, ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, sınırlı sayıda temin edilebilen organ ve dokuları, bilimsel kurallara, tıbbi etik anlayışına uygun olarak, adaletli bir dağıtımla, en uygun hastalara, en kısa süre içerisinde naklini sağlamak.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Türkiye’de yerli sayıda ‘Organ Nakli Merkezi’ ve deneyimli bilim adamı olmasına rağmen, nakil sayılarının henüz istenilen düzeye ulaşmadığını açıkladı. Bakan Akdağ “Organ bağıışı hayat kurtarır. Tüm vatandaşlarımızı organ bağıışı yapmaya ve hayatını kaybeden yakınlarının organlarını bağıışlamaya davet ediyorum” dedi.

Ülkemizde yaklaşık 30 bin kronik böbrek yetmezliği hastası, haftanın 3 günü diyaliz cihazına bağılı olarak, bir gün böbrek nakli olabilmek umuduyla yaşamını sürdürmeye çalışıyor. Bu hastaların, yılda yalnızca 500’ü organ olanağına kavuşuyor. Bakan Akdağ, konuyla ilgili şunları dile getirdi:

“Organ ve doku nakli hizmetlerinde yaşanan en önemli sorun, organ ve doku bağıışının teminidir. Ülkemizde organ nakli bekleyen vatandaşlarımızın 6501’i böbrek, 3635’i kornea, 351’i karaciğer, 191’i kalp, 64’ü kalp kapağı, 65’i pankreas, 277’si kemik iliği hastasıdır. Tüm vatandaşlarımızın ‘organ ve doku nakli’ konusunda çok duyarlı olması gerekmektedir. Bu konu tüm Türkiye’yi yakından ilgilendiren önemli bir sağlık sorunudur. Bu konuda basın yayın kuruluşlarımıza da önemli görevler düşmektedir” diye konuştu.

Bakan Akdağ, Diyanet İşleri Başkanlığı’nın ‘Organ bağıışı konusunda, İslam dini açısından hiçbir sakınca olmadığı, hayat kurtarmaya vesile olunmasının önemli bir insani görev olduğu’ yönünde yayımladığı fetvanın konuya dini yönden önemli bir açıklık getirdiğini sözlerine ekledi.



01:40

Bir gece yarısı Haydarpaşa'da

Dr. Enes TOPRAK

*Haydarpaşa'da,
Vehbi Koç Acil Servis
Kapısı'nın önündeyiz. Biraz
dışarıyı kolaçan ettikten
sonra, iki vatandaş olarak
sessizce kapıdan içeri girdik.
Tabmin edilen manzara...
Derdinin acısına
dayanamayıp soluğu burada
alanlar sırada...*

Aslında her şey dergimizin Halkla ilişkiler ve Reklam Sorumlusu Mine Tunçel'in başının altından çıktı. Dedi ki, "doktorlarımızın, hemşirelerimizin problemlerini onların ağzından dergimize taşımamız." "Tamam, ama nasıl?" denince de, "mesela, ziyaretler yapabilir, nöbetçi sağlık personeliyle sohbet edebiliriz."

Herkesin hoşuna gitti, "güzel olur hemen yapalım" denildi. Görev müsteşar yardımcımız Prof. Dr. Sabahattin Aydın'a ve bana tevdi edildi. "İstanbul'da olduğumuz bir hafta sonunda planlayalım, bir hastaneye gece yarısı gidip arkadaşlarla sohbet edelim" denildi.

Denildiği gibi de yaptık. Bir Cuma günü 23:30 sıralarında "nereye gidelim" diye düşünürken, Ümrani-

ye Devlet Hastanesi ile Haydarpaşa Hastanesi arasındaki çekişmeden, Haydarpaşa galip çıktı.

23.43... Haydarpaşa'da, Vehbi Koç Acil Servis Kapısı'nın önündeyiz. Biraz dışarıyı kolaçan ettikten sonra, iki vatandaş olarak sessizce kapıdan içeri girdik. Tahmin edilen manzara... Derdinin acısına dayanamayıp soluğu burada alanlar sırada... Girişte, solda ilk kapı yarı açık... Doktor ise ağzında sigarasıyla hasta incelemekte! "Nöbetçi başhekim" yazan kapının önünden geçip iç koridorlara doğru devam ettik. Koridorların değişik köşelerine yayılmış sedye üstünde hastalar... Kimisi yalnız, kimisi yakınıyla... Ortak noktaları; acı, kurşun gibi hayatı delip geçen ıstırap, isimlerini çağırabilecek bir sese kabartılmış kulaklar, dertlerine derman olacak bir şifalı el... Düşülmüş bir derde, bitmez bir ümitle deva beklemekteler...

"Bir kat yukarı çıkalım" dedik, dertlerini dinleyebileceğimiz doktorları bulmak için. Çıktık da. Baktık karayağzı bir yurdum insanı önde, bir diğeri arkada, bir bacağı ampute, karnında kolostomi torbası, koluna serum bağlı yaşlı yakınlarının -sorduk babalarıymış- sedyesini çekip duruyorlar. "Nereye?" "Ürolojiye" "İyi" dedi Sabahattin Bey. Ne de olsa kendi branşındı gidilen yer. "Hadi beraber gidelim" dedi. Gittik. Birinci Üroloji Servisi'nin kapısından içeri girdik. Loş ışıklarla aydınlanmış, koskoca bir koridor... "Bağırsan duyan, çağırısan gelen yok."

Hastanın başında düşünürken Bakanlık mensubu olduğumuzdan -muhtemelen şoför yetiştirdi- haberdar olan nöbetçi memur ve bir Nöbetçi hemşire amiri hanım geldi: "Hoş geldiniz", "Hoş bulduk", "Hastanız mı?" Ne diyelim, "bizim değil" mi? Neyse, bekleme devam ediyor... Hemşire hanım, "nerede doktor" sorusunu "telefonla konuşuyor gelecek" diye cevaplıyor. Bir süre sonra, kapının biri açıldı, genç bir arkadaş -asistan olduğunu sonradan öğrendik- soğuk bir yüz ifadesi ve "doktor" edasıyla bize doğru yöneldi: "Ne var?"

Öyle ya! "Ne vardı ki?", bacağı ampute, sağ böğrü açık, karnında bilmem kaç tane yara ve koluna serum bağlı inleyen yaşlı bir amcadan başka... Sonra, sağ elinin şehadet parmağıyla Akdeniz'i gösterircesine, "siz çıkın" dedi. Biz öyle bakıyoruz... Başka ne yapabiliriz ki... Karşımızda bir doktor var. Biz kimiz ki neticede, bir hasta ve yakınları... "Anlamadınız galiba" der gibi yüzümüze bakıp zekamızı teste niyetlenirken, Sabahattin Bey, "ben müsteşar yardımcısıyım ve üroloji uzmanıyım" deyiverdi yavaşa. "Siz kalın,

*Koridorların değişik köşelerine
yayılmış sedye üstünde hastalar...
Kimisi yalnız, kimisi yakınıyla...
Ortak noktaları; acı, kurşun gibi
hayatı delip geçen ıstırap,
isimlerini çağırabilecek bir sese
kabartılmış kulaklar, dertlerine
derman olacak bir şifalı el...
Düşülmüş bir derde, bitmez bir
ümitle deva beklemekteler...*



Anlaşıldı ki, pek çok mevzuat değişikliğinden sağlık personelimizin haberi yok. Sonra, doktor hesabı yapıldı, verdikleri bilgiden hareketle, bir doktora en fazla dört hasta düştüğü anlaşıldı. Onlar da şaşırdılar bu sonuca. Sohbetin en uzun, en renkli ve en tartışmalı konusunu oluşturdu performans yönetimi.



siz çıkın.” Bu kadar... Sonra hastayı muayene odasına aldı. Biz de hasta yakınlarına geçmiş olsun diyerek çıktık oradan.

Yanımızda, kimliğimizi keşfeden nöbetçi memur ve hemşire hanımla birlikte. Acil Servise yöneldik. Cerrahi Acil Nöbetçi Doktor odasının kapısı açık. Küçük bir odada, birisi hanım üç asistan. Çay içiyorlar. Kendimizi tanıtıp oturduk. “Sizinle sohbete, derdinizi dinlemeye geldik” dedik. “Biter mi?” dedi birisi. “Hangisini anlatalım ki!” diye devam etti. Karadenizli zannetmiştim kendisini ama, Siirtli çıktı. Nöbetçi Hemşire amiri “hepsini anlatalım” dedi sevinç ve şaşkınlık arası bir duyguyla... Nasıl inansınlar, nasıl şaşırmasınlar ki... Sabahattin Bey espriyi patlattı, “sahte zannedebilirsiniz, ama değilim... Bakın kartımı da verebilirim” diye. Önce çay söylediler.

Plastik bardakta gelen çayları içerken başladılar anlatmaya. Uzman bir doktorun katılımıyla daha da renklendi sohbet. Önce hastanenin yetersizliği, bakımsızlığı geldi gündeme. Dört yataklı bir ameliyathanenin basit bir işlem yüzünden tek kapasite ile çalıştırıldığından, bir hasta ameliyatta iken acil hasta gelse yapacak bir şeylerinin olmadığından söz ettiler. Sonra ilaç kullanımını getirdiler gündeme. Arkasından doktor yetersizliği, derken döner sermaye... Ne düşünüyorlarsa söylediler, ne şikayetleri varsa dile getirdiler hepsini, kendi üsluplarınca!!!

Sabahattin Bey, haklı oldukları konularda “haklısınız” dedi. Haklı bulmadığı konularda, interaktif iletişimle, onların verdikleri bilgiyle yanıldıkları konuları koydu ortaya. Pek çok konuda, yeni dönemde, yerel ve hastane yönetimlerine devredilen yetkileri ve yurt genelindeki sonuçlarını anlattı. Anlaşıldı ki, pek çok mevzuat değişikliğinden sağlık personelimizin haberi yok. Sonra, doktor hesabı yapıldı, verdikleri bilgiden hareketle, bir doktora en fazla dört hasta düştüğü anlaşıldı.

Onlar da şaşırdılar bu sonuca. Sohbetin en uzun, en renkli ve en tartışmalı konusunu oluşturdu performans yönetimi. Performans yönetiminden memnundular, ama kendi hastanelerinde düşük ücret aldıklarından şikayetçiydiler. Çok yalın bir hesap sonucunda, basit bir planlama ile aldıklarının en az iki katını alabilecek bir imkan olduğu çıktı ortaya.

Pek çok konu konuşuldu bugüne ve geleceğe ait. Doğrusu doktorlarımız rahat değildiler yanılgılarını kabulde... Bir şey daha dikkatimi çekti, gücünüzü konumunuzdan değil de, bilgi, beceri ve haklılığınız-



Saat 01.40. Çevre yolundayım, karmakarışık duygular içinde...

Doktorları, hemşireleri düşünüyorum gecesi gündüzüne karışmış...

Kapıdan her girene acaba bana mı bakmaya geldi der gibi soran çileli, çaresiz bakışlar, hastalar geliyor gözümün önüne... "Bir gece ansızın size de gelebiliriz" diye şarkının sözlerini mırıldanmak istiyorum ama nafile...

"Doktor hasta, ben hasta" türküsü daha çok hitap ediyor bana...

dan alıyorsanız güçlüsünüz.

Vakit bir hayli ilerledi, ameliyat için bir hasta geldi. Kalkmaya hazırlanırken birisi dedi ki, "Başbakanımız çalıştığım eski hastaneye gelirdi, çok ilgiliydi bizimle. Çok nazik, çok sıcak davranırdı. Fakat bugünlerde bakıyoruz da bize karşı özel bir kızgınlığı var. Ne yaptık ki?"

Ayrılırken, daha farklı bir duygusallık ve tavırla uğurladılar bizi. Sanıyorum, kendilerini ve hastane yönetimlerini sorgulamaları gerektiği düşüncesi içerisinde... Ne kadar doğru söylemişler, "Efendilikten daha büyük bir zenginlik olmaz" diye.

Geldiğimiz merdivenleri geri adımladık. Gelirken gördüğümüz yerlere yine uğradık. İnsan sayısı azalmış, dert acısı çoğalmıştı... Kapıdan her girene medet umar gibi bakıyordu gözler. Fotoğraf makinesinin flaşı parlarken "bizi de gör, belki büyükler de görür" der gibi uzanıyordu başlar...

Ürolojide bıraktığımız hasta eski yerine, daha doğrusu ilk gördüğümüz yerine gönderilmişti... Değişen ne mi? Ben de sordum "ne oldu?" diye. "Hiç" dedi karayağız delikanlı ıstıpla. "Hiiiç..."

Hastanenin otoparkından çıkıyorduk ki, kalktı zannettiğimiz bir uygulama en soğuk yüzüyle hatırlattı kendisini. Ya üç milyon otopark ücreti ödeyecektik ya da yine ödeyecektik... "Hani, hastanelerden otopark parası alınmayacaktı." "O sözleşmesi bitenler için. Bizimkisi devam ediyor."

Saat 01.40. Çevre yolundayım, karmakarışık duygular içinde... Doktorları, hemşireleri düşünüyorum, gecesi gündüzlerine karışmış... Kapıdan her girene acaba bana mı bakmaya geldi der gibi soran çileli, çaresiz bakışlar, hastalar geliyor gözümün önüne... "Bir gece ansızın size de gelebiliriz" diye şarkının sözlerini mırıldanmak istiyorum ama nafile... "Doktor hasta, ben hasta" türküsü daha çok hitap ediyor bana...



■ Dr. Hüseyin Demirel | Kamu Yönetimi Uzmanı

Sağlık Bakanlığı Ağustos ayında yine yüksek bir performans göstererek, birbirinden önemli çalışmalara imza attı. Bu çalışmalarını şöyle sıralayabiliriz:

● Sağlıkta Dönüşüm Projesi

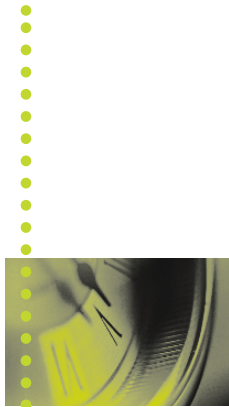
Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, Merkez Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü temsilcilerinin katıldığı Sağlıkta Dönüşüm Programının Destek Projesi Başlangıç Çalıştayı 2-5 Ağustos 2004 tarihleri arasında Çeşme/İzmir’de yapıldı.

● Kızamık Aşı Günleri

19-24 Ağustos tarihlerinde Nevşehir’de 81 il valiliğinden gelen personele “Kızamık Aşı Günleri Hazırlıkları” konusunda Sağlık Bakanlığı Merkez Ekip Grubunda yer alan hekimler tarafından eğitim verildi.

● Verem

Ağustos ayı içerisinde ülke genelinde 129.579 kişi verem taramasından geçirildi, 104.956 kişinin radyolojik incelemesi yapıldı ve 1.117 yeni hasta tespit edilerek, ilaçları ücretsiz olarak verildi.



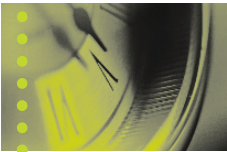
Verem Savaş Daire Başkanlığı röntgen teknisyenleri tarafından Ağustos ayında Emniyet Genel Müdürlüğü'ne bağlı Polis Koleji Müdürlüğü'nde 246 aday öğrencinin mikro akciğer röntgen filmleri çekilerek, şüpheli görülen sekiz kişinin dispansere sevki sağlandı.

● Anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler

Sağlık Bakanlığınca yürütülmekte olan "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" kapsamında, doğum



hizmeti veren hastaneler Ulusal Değerlendirme Ekibi tarafından ziyaret edilerek, çalışmaları "Başarılı Emzirmede 10 Adım" çerçevesinde değerlendiriliyor. Bu amaçla Ulusal Değerlendirme Ekibi, 2-5 Ağustos 2004 tarihlerinde Hatay ilinde Antakya SSK Hastanesi, Özel Doğu Akdeniz Hastanesi ve Dört Yol Devlet Hastanesi'ne, 20-22 Ağustos 2004 tarihlerinde Amasya ilinde Merzifon Devlet Hastanesi'ne, 23-25 Ağustos 2004 tarihlerinde İzmir ilinde Urla Devlet Hastanesi'ne ziyarette bulunarak, çalışmalarını yerinde inceledi ve değerlendirdi.



● Sıtma

Temmuz ayı içerisinde ülke genelinde 117.879 kişi kan muayenesine tabi tutuldu, bunlardan sıtma tespit edilen 1.139 kişinin tedavileri gerçekleştirildi.

● Ağız ve diş sağlığı TV programları

GAP TV'de yayınlanacak olan "Ağız ve Diş Sağlığı" konulu programlara ilişkin Sağlık Bakanlığı ile TRT Genel Müdürlüğü arasında protokol imzalandı.

● Atamalar

Sağlık personeline ihtiyaç duyulan alanlarda Uzman ve Pratisyen hekim ihtiyacının karşılanması amacıyla; 30 Uzman görevlendirilerek, 189 Uzman ile 489 Pratisyen tabibin açıktan ve naklen tayini yapıldı.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının personel ihtiyacının karşılanması amacıyla; 125 Ebe, 151 Hemşire, 77 Sağlık Memuru, 87 Diş Tabibi, Eczacı, Diyetisyen ve Psikoloğun naklen ve açıktan tayini yapıldı.

● E-kütüphane

Hıfzısıhha Mektep Müdürlüğü tarafından yürütülen çalışmalar kapsamında Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi içerisinde yer alan "Çevre Kirliliği ve İnsan Vücudu-1994 & Bireyin İş ve Çevresel Zararlara Cevabını Değiştiren Durumlar-1994 & Çevre Kirliliği"

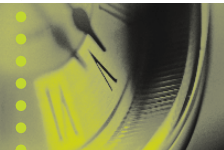




liğine Vücut Cevabı ve Beslenme-1994 & Çevresel Etkenlere Bağlı Ortaya Çıkan Hastalıklar-1994 & Çevre Sağlığının İlkeleri ve Genel Bakış Açısı-1994 & Çevre ve İş Öyküsünün Alınması-1994 & İşletmelerde Hesap Dönemi Sonunda Yapılacak İşlemler ve Muhasebe Kayıtları & Sağlık 2003” adlı kitaplar elektronik ortamda web sayfasına eklendi.

● Açıktan personel atamaları / insan kaynakları

ÇKYS’nin İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi modülü kapsamında elektronik ortamda, Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıktan Kura ile Atanacak Bazı Sağlık Personelinin Atama Esas ve Usullerine İlişkin Yönetmelik hükümlerine göre 20.08.2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Uzman (T.U.T.G.), uzman tabip, tabip, dış tabibi ve eczacı kadrolarına ilk defa veya yeniden açıktan atama yapılmasına ilişkin kura işlemi gerçekleştirildi.



● İhale bilgi sistemi

Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, APK Kurulu Başkanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile koordineli yürütülen çalışmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin temizlik, yemek ve ilaç ihalelerinin sonuçlarının görülebileceği web tabanlı programlar tamamlanarak, “İhale Bilgi Sistemi” uygulamaya geçirildi.

● Kalite koordinatörlüğü

Kalite Koordinatörlüğü tarafından 08 Temmuz 2004 tarihinde ilki düzenlenen JCI Akreditasyon Standartları eğitiminin devamı 06 Ağustos 2004 tarihinde yapıldı. Bahse konu eğitime Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Balıkesir Devlet Hastanesi, Erzurum Numune Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi, Ankara Hastanesi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı’ndan katılım oldu.

● İnternet hizmetleri

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu çerçevesinde "bilgiedinme@saglik.gov.tr" mail adresi kullanıma açıldı; buraya gelen başvurular Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği’nce değerlendirilecek. Ayrıca Sağlık Bakanlığı internet sitesi üzerinde ziyaretçilerin doldurup başvurabileceği bir form hazırlandı.



● Döner sermayeden koruma ve güvenlik hizmeti

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumların döner sermaye kaynaklarından 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun Çerçevesinde Koruma ve Güvenlik Hizmeti satın almalarına izin verildi. (02.08.2004 tarih ve 2004/88 sayılı Genelge)

● Dış ilişkiler

KKTC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Hüseyin CELAL, beraberinde üç kişiden olu-



şan bir heyetle birlikte, sağlık alanında mevcut ikili işbirliği çalışmalarını değerlendirmek, önümüzdeki dönemde yapılacak faaliyetleri belirlemek ve bazı sağlık kuruluşlarında incelemelerde bulunmak üzere, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ın konuğu olarak 24-26 Ağustos 2004 tarihleri arasında ülkemizi ziyaret etti.

Sağlık Bakanlığı ile Dünya Sağlık Örgütü arasında mevcut 2004 – 2005 İki Yıllık İşbirliği Anlaşması çerçevesindeki projeler hakkında DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc DANZON ve diğer ilgililerle görüşmelerde bulunmak üzere Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR başkanlığında bir heyet 12 – 14 Ağustos 2004 tarihlerinde Danimarka'yı ziyaret ettiler.

Türk - Alman Sağlık Vakfı'nın Avrupa Komisyonu ve Avrupa Parlamentosu'nda AB/Türkiye sağlık politikası ile ilgili olarak, geçen parlamento döneminde yapmış olduğu çeşitli toplantıların ardından, söz konusu tartışma sürecinin devamı niteliğinde, 31 Ağustos 2004 tarihinde Belçika'nın Brüksel kentinde Avrupa Parlamentosu milletvekilleri Bayan Heide RUEHLE ve Bay Michael GAHLER'in katılımı ile düzenlenen "Türkiye'nin Sağlık Politikasının Durumu" konulu toplantıya Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR, beraberinde bir heyet ile birlikte katıldı.

● Teftiş Kurulu'na şikayetler

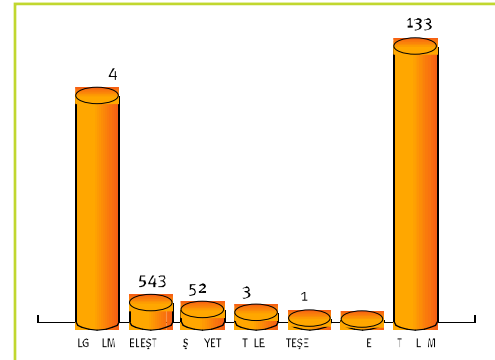
Ağustos ayı içerisinde Teftiş Kurulu Başkanlığı'na intikal eden 146 şikayet dilekçesinden 88'i gereken inceleme yapılmak üzere Valiliklere, 58'i inceleme ve soruşturma için Müfettişlere verildi.

● Mevzuat çalışmaları

Ağustos ayı içinde 12 adet genelge yayımlandı. Sağlık Meslek Mensupları Birliği Kanun Tasarı Taslağı çalışması tamamlanarak, geri bildirimlerin alınması amacıyla, Sağlık Bakanlığı WEB sayfasında yayınlandı.

● SABİM

Sağlık Bakanlığı ile vatandaşlar arasında bir iletişim köprüsü görevi gören SABİM'in Ağustos ayı faaliyetleri aşağıdaki grafikte görülmektedir:



Tabipler, hastalar ve şairler

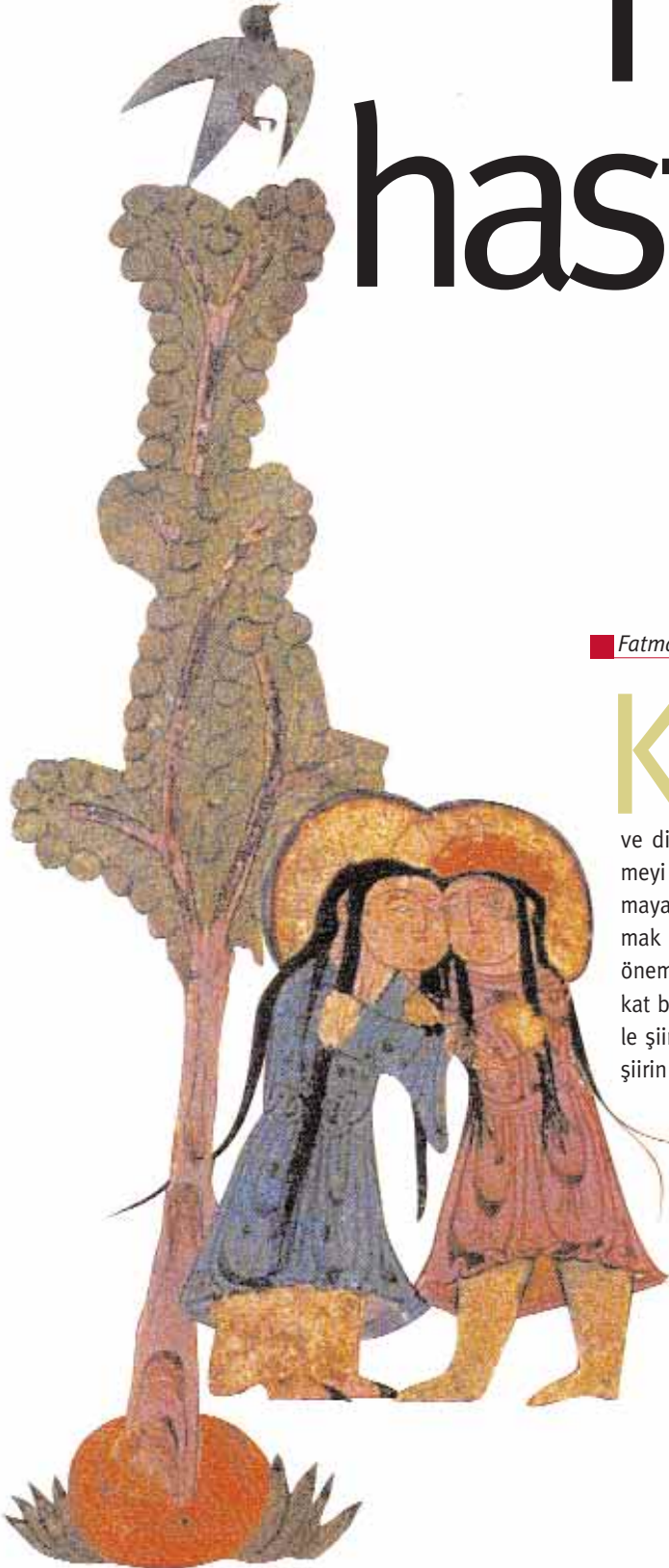
Fatma M. ŞEN

Klâsik şiirimiz, kaynağını ve ideal örneklerini Arap ve Fars edebiyatlarından alan, Türkçe kelimelerin yanında Arapça ve Farsça sözcüklere sıkça yer verilen, kuralları önceden belirlenmiş köklü bir edebiyat gelenegidir. Kelime kadrosu, yapılacak benzetmeler ve diğer edebî sanatlar önceden belirlenmiştir. Şairlerin hüneri bu malzemeyle en iyi biçimde kullanarak, kendisinden önce söylenen şiirlerde bulunmayan ince nükteleri bulabilmesi ile ölçülür. Günümüzde eski şiirleri anlamak aydınlar için dahi oldukça zor, zaman zaman imkânsızdır. Bunun en önemli sebebinin dilde meydana gelen değişiklikler olduğu kabul edilir. Fakat bazen bütün kelimelerin günümüz sözcükleriyle açıklanması hâlinde bile şiirlerden anlam çıkarmak mümkün olmamaktadır. Bu ise tamamen eski şiirin kültüründen uzaklaşmış olmakla açıklanabilir.

Eski şairlerimiz iki dizeden meydana gelen beyitlere birden çok anlam ve sanat gizleyebilmekte, gündelik hayat, inançlar, tarihi olaylar vb. hakkında imalarda bulunabilmektedir. Bunların içinde sağlık önemli bir yer tutar. Şairler sevgiliye hitap ederken kendilerini de-va bulmayan -hatta bulmak istemeyen- hastalar olarak tasvir ederler. Sevgilinin aşkı ile sabahlara kadar uyumadan ağladıkları için gözleri kanlı, benizleri sarı, vücutları rüzgârda savrulacak kadar zayıflamış hâldedir. Sevgilinin oturduğu mahalle -onun evinin önü- hastaların şifa bulduğu hastane (dârüşşifâ) , kendisi ise tabiptir.

Her nefesde ol tabîb-i câna ben öldüm desem
Hâlîme kılmaz nazar vermez cevâb üç günde bir ¹
Hayâlî, g. 137/ 3.

Hayâlî Bey, yukarıdaki beytinde can derdine düşmüşken, her nefes



aldığında sevgilisine “ben öldüm” dediğini belirterek, ilgisiz kaldığından ve üç günde bir bile cevap alamadığından bahsetmektedir. Hastalığının sebebi sevgilidir ve derdine ancak o çare olabilecektir.

Sevdüğümü bileli hıç yüzüme bakmaz habîb
Bu mukarrerdür ölümlü hastaya varmaz tabîb ²
Muhibbî, 136/1

Muhibbî (Kanuni Sultan Süleyman) ise tabip kelimesini iki anlamda kullanmaktadır. Bunlardan birincisi sevgilidir, onun kendisine dönüp bakması hastalığına derman olacaktır. Fakat buradaki ifadelerden tabiplerin ölmek üzere olan hastalara bakmak istemedikleri de anlaşılabilir.

*Bîmâr-ı gamem benden bî-çâre tabîb el çek
İtme emegün zâyî bana olan olmuştur ³
Necâtî, g. 84/ 5.*

Bazı şiirlerde ise tabip, sevgili dışında bir kimsedir. Necâtî Bey de tabibe seslenerek kendisinin sevgilinin ayrılığı yüzünden hasta olduğunu, derdinin dermanının bulunmadığını söylüyor. Tabibin onun için uğraşması, emeğini boşa harcaması ve zaman kaybidir.

Hastalar ve tabipler hakkında yazılanların yanında, sağlık konusuna daha bilimsel yaklaşan beyitlere de rastlamak mümkündür. Eski tıp bilgisine göre, insanın sağlığı “ahlât-ı erba’a” adı verilen dört maddenin vücutta dengede bulunması ile ilgilidir. Kâinat, yani makrokozmos dört unsurdan oluşur. “Ânâsır-ı erba’a” (= erkân, eczâ-yı evvelî) adı verilen bu dört madde ateş, hava, su ve topraktır. Ateş sıcak, kuru; hava, sıcak, nemli; su, soğuk, nemli; toprak, soğuk ve kuru olarak kabul edilir.⁴ Kâinatın meydana geldiği bu dört unsurun mikrokozmoz olarak kabul edilen insandaki karşılıkları kan, balgam, safra (= sarı safra) ve sevdâ (= kara safra)’dır.⁵ Besinlerin sindiriminin esas ürününü teşkil eden sıvı cevher olarak⁶ tarif edilen bu dört “hılt”ın dengesi veya dengesizliği insanın sağlığını etkilemektedir. Bedeni dolaşan kan akıcı ve sıcak, beyinde saklanan balgam akıcı ve soğuk, dalak ve midede bulunan sevda kuru ve soğuk, karaciğerde saklanan safra ise kuru ve sıcaktır.⁷ “Mizaç, unsurların zıt özelliklerinin karşılıklı etkileşmesinden ortaya çıkan bir keyfiyettir. Unsurlar birbirleriyle temasa geçebilmek için çok küçük parçalara ayrılmıştır. Bu parçacıkların nitelikleri etkin olduklarında, orada bütün unsurların parçacıklarına aynı şekilde yayılıp dağılmış olan yeni bir model ortaya çıkar. Mademki, unsurların ilk kaliteleri dörtlüdür, yani, sıcak, soğuk, kuru ve nemlidir, o halde, yeni düzenlenmiş ya da parçalanmış bir cismin mizacı bu niteliklerin ürünüdür.”⁸

*Benzer nesîm-i iadli ezel virdi itidâl
Kim buldı çâr iunsûr-ı ten böyle ittihâd ⁹
Nevî, k. XI/9*

Kanuni Sultan Süleyman için yazılan bir kasidede yer alan bu beyitte padişahın adaleti övülmektedir. Adalet kavramı ılık bir rûzgâr gibi tasvir edilmekte ve vücudun dört unsurunun bu esinti sebebiyle birleştiği ve itidal bulduğu yani bedendeki ahlâtın dengede olduğu açıklanmaktadır. Buradaki bedeni dünya olarak düşünmek mümkündür. Dünyada her çağda iyilik ve kötülük bulunacaktır. Kötülük kavramını ortadan kaldırmak mümkün değildir. Çünkü her şey zıttı ile kaimdir. Adaletin hüküm sürdüğü dünyada iyiler ve kötüler yaptıklarının sonuçlarına katlanacaklar ve böylece kimseye haksızlık edilmemiş olacaktır.

*Adın ki nûş-ı cândur nîş oldı hasma zîrâ
Nâ-mûtedil mizâca âb-ı hayât olur semm ¹⁰
Şeyhî, k. 8/25.*

Kendisi de tanınmış bir tabip olan Şeyhi, mizacı itidal hâlde bulunmayan kişiye verilen yiyeceklerle dikkat edilmesi gerektiğini açıklamaktadır. Çünkü içeni ölümsüzleştirdiğine inanılan hayat suyunun bile, mizacı dengede bulunmayan kişiye zehir gibi zararlı olacağı anlatılmaktadır. Hızır hayat suyunu içen tek kişidir, böylece o dünyada zorda kalanlara yardım edebilmektedir. Ayrıca düşmanların bozuk mizaçlı, hasta insanlar oldukları da kastedilmektedir.

Bedende, ahlât-ı erbaa’nın birinin fazla olması insanın mizacını da etkiler ve onu sıcak kanlı (= demevî), melankolik (= sevdâî), öfkeli (= safravî) veya sakın (= balgamî) sınıfına sokar. Yiyecekler ve içecekler gibi ilaçlar da yaş, kuru, nemli ve soğuk olma özelliklerinden biri ya da ikisine birden sahip olabilir. Bozulan dengenin yeniden sağlanması hekimin, hastanın mizacını tanıması ile mümkündür.

*Yârim hevâyî su gibi ben ana mâyilin
Ol âteşî-mizâcc durur ben de hâkiyem ¹¹
Hayâlî, g. 325/ 2.*

Hayâlî, sevgilisinin havâîliğinden şikâyet etmekte, kendisinin ise elinde olmadan suyun akması gibi ona meylettiğini söylemektedir. Sevgili ateş mizaçlı olduğundan etrafını yakıp kavurmaktadır. Şair ise bütün bu eziyetler sonucunda toprak olmuştur. Burada hava, su, ateş ve toprak yani dört unsur hepsi aynı beyitte ustaca yer almıştır.

Vücudunda sevda (= kara safra) fazla olan kişi zayıf ve iş-tahsızdır. Kanı siyahlaşmış ve koyulaşmıştır. Uykusuzluk çeker, aklına kötü düşünceler gelir, korkulu rüyalar görür. Sevdanın miktarı aklın dengesini gösterdiği için akıl hastalarında sevdanın galip olduğu kabul edilirdi.¹² Aşağıdaki beyitte hastalığı son haddine varmış bir akıl hastası tasvir edilmektedir:

*Kızarmış gözleri ağzı köpürmüş çekse zencîre
‘Aceb mi dûd anı olmuş çü sevdâyî dimâğ âteş ¹³
Câfer Çelebi, k. 24/7*

Beyitte ateş, vücudunda sevda fazla olduğu için, ağzı köpüren, gözleri kızaran, kontrol edilmesi mümkün olmadığı için zincirlerle bağlanmış bir akıl hastasıdır. Onu zincire vuran göğse yükselen dumanıdır. Burada sevdanın toplandığı yer hastanın dimağı, yani beyni olarak gösteriliyor.

*Duhân ile yine olmuş dimâg-ı dehr pür-sevdâ
Dil-i ‘âşık gibi tolmuş yine her bir ocağ âteş¹⁴
Câfer Çelebi, k. 24/5*

Beyitte gökyüzü dünyanın beyni olarak düşünülmüş ve yanan ateşten yükselen dumanların bu beyni siyaha boyadığı (= sevda ile doldurduğu) ifade edilmiştir.

Âşığın gönlü (= kalbi) de ocak gibi durmadan yanan ateşin mekânıdır. O halde âşığın beyninde toplanan sevdanın (= siyahlığın) sebebinin kalbinde yanan aşk ateşinden yükselen dumanlar olduğu anlaşılmaktadır.



İnsan kalbinde “habbetü’l-kalb, sevdâu’l-kalb, süveydâu’l-kalb, dâne-i dil” adı verilen siyah bir noktanın var olduğu kabul edilir. Kalbin en değerli yeri olan bu nokta aşırı sevgi veya şiddetli aşk sebebiyle tahrip olursa, parçaları bütün bedene yayılır. Bu tip âşıkların en önemli özelliği akıl ve mantıktan tamamen uzaklaşmış bulunmalarıdır. Sevdâî dimâğ denilen kişiler bunlardır.¹⁵

*Kalem mânendi hayretten nizâr olsam ‘aceb olmaz
Mürekkep şişesi gibi tolupdur dil çü sevdâdan¹⁶
Câfer Çelebi, k. 22/38*

Şair beyitte, gönlünde bulunan siyah noktanın arttığını ve kalbini bir mürekkep şişesi gibi tamamen doldurduğunu söyleyerek, vücudunun da hayretten kamış kalem gibi incecik olursa buna şaşılmasını söylüyor. Çünkü âşıklar yiye içmekten keşildiği, sürekli sevgililerini düşündükleri için sararıp solmakta ve zayıflamaktadır. Hayret şaşırmak demektir. Tasavvufta ise “kalbe gelen bir tecelli (vârid) sebebiyle sâlikin düşünemez ve muhakeme edemez hâle gelmesi” anlamına gelir. Beyitte, hem mecazî aşkı sebebiyle eriyip zayıflayan bir âşıkın hem de kalbine gelen tecelli sonucunda kendinden geçmiş bir sâlikin tasvir edildiğini söyleyebiliriz.

Safrası fazla olan kişinin ağzında acılık meydana gelir suşaması artar, iştahı azalır ve uykusuzluk çeker. Benzi sararan kişi rüyasında sarı renkler görür.¹⁷ Aşağıdaki beyitte nergis, vücudunda safra miktarı arttığı için hummaya yakalanmış ve yüzü sararmış bir kişi olarak tasvir edilmektedir. Bu çiçeğin rüzgârda titremesi humma hastasının titreme nöbetlerine benzetilmiş olmalıdır. Buradan humma hastalığının sebebinin vücutta safranin galip gelmesi olduğuna inanıldığını anlıyoruz:

*Yine safrâyî mizâc olmanın olup mahmûm
Lerze düşmüş durur endâmına dîtrer nergis¹⁸
Câfer Çelebi, k. 28/12*

Kan miktarı artan kişinin vücudu ağırlaşır, sivilce ve çıbanlar çıkar, cildi kızarır. Rüyasında kırmızı renkler görür.¹⁹

*Gözüm çün toptolu kandur aña göster leb-i la’lûn
Demi gâlib olan merdüm olur unnâbdan mahzûz²⁰
Câfer Çelebi, g. 81/4*

Beyitte şair sevgilisine seslenerek vücudunda kanın galip olduğunu ve bu sebeple gözlerinin kızardığını söylemektedir. Bunun çaresi olan hünnap sevgilinin lâl taşı gibi kırmızı olan dudaklarıdır. Hünnap kına renginde bir meyvedir ve bunun “demevî mizaç”lı hastaların tedavisinde kullanıldığı anlaşılmaktadır. “Merdüm” kelimesinin ilk anlamı alan “göz bebeği”nden sonra, “adam, insan” manası da hatırlanmalıdır.

Yukarıdaki örneklerden de anlaşılabacağı gibi klâsik şiirimizde sağlık konusu sıkça işlenmiş, her şair bilgisi ve kültürü dahilinde tıp ile ilgili beyitler yazmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- Can tabibime her nefes aldığım da “ben öldüm” desem, ne hâlde olduğuma dönüp bakmaz (bana) üç günde bir cevap vermez.
- 2- Sevgili, kendisini sevdiğimi öğrendiğinden beri hiç yüzüme bakmıyor. Şüphesiz tabip ölümlü hastaya gitmez.
- 3- Çaresiz tabip! Ben gam hastasıyım, benden el çek (benimle uğraşma). Bana olan olmuştur, emeğini zayi etme.
- 4- Eşref b. Muhammed, Hazâ’inû’s-Saâdet, haz. Bedi N. Şehsüvaroğlu, Ankara, 1961, s. 7.
- 5- Nil Akdeniz (San), Osmanlılarda Hekim ve Hekimlik Ahlâkı, İstanbul, 1977, s. 73.
- 6- İbn-i Sinâ, El-Kânûn fi’t-Tıbb, I. Kitap, terc. Esin Kahya, Ankara, 1995, s. 17.
- 7- Ayşegül Demirhan Erdemir, “Ahlât-ı Erbaa”, Diyanet İslâm Ansiklopedisi, c. II, s. 24.
- 8- İbn-i Sinâ, a.g.e., s. 8.
- 9- Onun adaletinin esintisi ezelde (öyle bir) itidal verdi ki (böylece) beden dördü unsuru birleşti (bir araya geldi).
- 10- Senin canlara bal (gibi tatlı) gelen adın, düşmanlar için zehirdir. Çünkü mizacı dengede bulunmayana hayat suyu (bile) zehir olur.
- 11- Sevgilim havâyîdir, ben ise su gibi ona meylenmekteyim. Onun mizacı ateşli ben ise toprak olmuştum.
- 12- Osman Şevki, Beşbuçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi, Sadeleştiren İltiz Uzel, Ankara, 1991, s. 40.
- 13- Ateş, sevdâyî dimâğ olduğu için gözleri kızarmış, ağzı köpürmüş, duman onu zincire çekse buna şaşılır mı?
- 14- Dünyanın beyni yine dumanla kapkara olmuş, her bir ocak âşığın gönlü gibi yine ateşle dolmuş.
- 15- Süleyman Uludağ, Tasavvuf Terimleri Sözlüğü, İstanbul, 1977, s. 465.
- 16- Gönül mürekkep şişesi gibi sevdadan dolu olduğu için, hayretten kalem gibi zayıf olsam buna şaşılmaz.
- 17- Osman Şevki, a.g.e., s. 40.
- 18- Nergis, yine safra mizaçlı olduğu için sıtmaya tutulup vücuduna titreme gelmiş, titreyip durmaktadır.
- 19- Osman Şevki, a.g.e., s. 40.
- 20- Gözüm kanla dolmuştur ona lâl (renkli) dudaklarını göster, çünkü kanı fazla olan kişi hünnaptan hoşlanır.

Avrupa Tiroid Birliği İstanbul'da toplandı

Toplantıda bir konuşma yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ, “Türkiye’de iyotlu tuz kullanım oranını % 95’lere çıkarmak istiyoruz” dedi.

Mehmet ÖZTÜRK

İstanbul’da düzenlenen Avrupa Tiroid Birliği Toplantısı’na çeşitli Avrupa ülkelerinden üst düzey sağlık bürokratları ve uzmanlar katıldı. Toplantıda bir konuşma yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, “Dünya nüfusunun beşte birini ilgilendiren iyot, demir ve A vitamini yetersizliğine bağlı hastalıklarla mücadelede Bakanlık olarak çok ciddi çalışmalar yürütüyoruz” dedi.

Avrupa Tiroid Birliği Toplantısı’nda söz alan Sağlık Bakanı Akdağ, konuyla ilgili şunları söyledi: “Bugün dünyada, demir yetersizliği anemisi ile iyot ve A vitamini yetersizliğinin neden olduğu hastalık riski altında yaşayan yaklaşık 3 milyar insan vardır. Yine dünyada 5 yaşından küçük yaklaşık 11 milyon çocuğun % 60’ının ölüm nedeni, yetersiz ve dengesiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Bakanlığımız, Türkiye’de 15-49 yaş grubu kadınlarla 0-14 yaş grubu çocukların, toplam nüfusumuzun % 60’ını oluşturması nedeniyle, yeterli ve dengeli beslenme konusunda önemli hizmetler yürütmektedir.”

“Guatrın önlenmesi konusunda tek çözüm iyotlu tuz kullanımıdır” diyen Bakan Akdağ, “Ülkemizde de 1999 yılında itibaren iyotlu tuz kullanma zorunluluğu getirilmiştir. 1995’te % 18 olan iyotlu tuz kullanımı, 2003 yılında % 70’lere düzeyine çıkmıştır. Hedefimiz, bu oranı % 95’lere çıkarmaktır. İyot yetersizliği hastalıkları, ülkemizde önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur” dedi.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, konuşmasının son bölümünde Bakanlıkça yürütülen kampanyalar hakkında bilgi verdi: “Ülkemizde çok yaygın bir biçimde görülen demir eksikliği anemisi, genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama % 50’sinde, okul çağı çocuklarının % 30’unda, emzikli kadınların ise % 50’sinde görülmektedir. Bakanlığımız, konuyla ilgili önlemleri artırarak, 2003 yılında Bebeklerde Aneminin Önlenmesi ve Kontrolü projesini başlatmıştır. ‘Demir gibi Türkiye’ kam-



panyamız devam ediyor, her yıl 04-12 aylık 1 milyon bebeğe ücretsiz demir damlası veriyoruz.”

İyotlu tuz kullanmak şart

Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan, ‘İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve İyotlu Tuz Kullanımı’ programıyla, iyot yetersizliğinin yol açtığı zeka geriliği ve özellikle okul çağı çocuklarında görülen, öğrenme yeteneğinde azalma, algıla-

ma güçlüğü gibi sorunların ortadan kaldırılması hedefleniyor. Sağlık Bakanı Akdağ, ülkemizde önlenabilir zeka geriliğinin en temel nedeni olan ‘iyot yetersizliği’ ile mücadelenin halkımızın iyotlu tuz kullanmasıyla kazanılacağını söyledi. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Türkiye’de önlenabilir zeka geriliğinin en temel nedeni olan iyot yetersizliği ile mücadelede, iyotlu tuz kullanımının yaygınlaşması gerektiğini vurguladı.

Bakan Akdağ, “İyot yetersizliğinin yol açtığı hastalıklar, çocuklarımızın bedensel ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sadece iyotlu tuz kullanarak önenebilecek bu sorunla mücadelede, konuyla ilgili tüm sektörlerle önemli görevler düşmektedir. İyotlu tuz kullanımının önemi konusunda, basın-yayın kuruluşlarımızın yapacağı yayınlar, toplumun konuyla ilgili bilgilendirilmesinde önemli bir yer tutacaktır” dedi. İyot yetersizliğinin gerek çocuklarda, gerekse yetişkinlerde guatr hastalığı olarak kendini gösterdiğini ifade eden Akdağ, şunları söyledi: “Ülkemizde, önceki yıllarda yapılan araştırma sonuçlarına göre; guatr görülme sıklığı oranı, erişkin ve çocuklarda yüzde 30.3, okul çağı çocuklarında ise yüzde 31.8’dir. Ülkemizde her 3 kişiden 1’inin guatr hastası olması, iyot eksikliğinin ulaştığı boyutları göstermektedir. Bütün bu veriler iyotlu tuz kullanımının önemini göstermektedir. Bu nedenle halkımız, evlerine aldıkları tuzun iyotlu olmasına, tuzun iyot içeriğinin korunması için, sevin ve kuru yerde saklanmasına özen göstermelidir.”

Sağlık Bakanlığı, CeBIT Eurasia Bilişim 2004 Fuarı'nda...



Büşra SÖNMEZİŞİK

e-Dönüşüm
Türkiye Projelerinin
tanıtıldığı, e-Devlet
tematik bölümünde,
Sağlık Bakanlığı'nın
“Sağlıkta Dönüşüm
Programı” çerçevesinde
“Sağlıkta e-Dönüşüm”
konusunda Sağlık ve
Bilişim projelerinden
bazıları tanıtıldı.

Sağlık Bakanlığı, Avrasya bölgesinin en büyük fuarı olarak düzenlenen CeBIT Eurasia Bilişim (31 Ağustos-5 Eylül 2004) Fuarı'na, “Kamu Sektörü” bölümündeki standında katıldı. Fuar süresince Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık ve Bilişim projelerinden bazıları görsel ortamda ve bir kısmı da Coğrafi Bilgi Sistemleri üzerinde tanıtıldı. Sağlık Bakanlığı'nın faaliyetlerinin yer aldığı SB Diyalog Dergisi ile Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nca Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan “Sağlıkta e-Dönüşüm” konulu kitapçık ziyaretçilere sunuldu.

e-Dönüşüm Türkiye Projelerinin tanıtıldığı, e-Devlet tematik bölümünde, Bakanlığın “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde “Sağlıkta e-Dönüşüm” konusunda Sağlık ve Bilişim projelerinden bazıları tanıtıldı.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Bakanlığının bilgi-iletişim teknolojisinden en üst düzeyde yararlandığını belirterek, “Bilişim, günümüzde her alanda olduğu gibi, bakanlığımıza bağlı sağlık kurumları için de vazgeçilmez bir unsurdur. Bakanlığımız, daha kaliteli, verimli sağlık hizmetleri sunumu, değerlendirilmesi ve yönetim karar destek süreçlerinde, tasarrufu öne çıkaran bir yaklaşımla, bilişim teknolojilerinden en üst düzeyde yararlanmayı sürdürecektir” diye konuştu.

Kalıtsal Kan Hastalıkları Kontrol Programı Devam Ediyor

Sağlık Bakanlığı'nca başlatılan 'Kalıtsal Kan Hastalıkları Kontrol Programı' başarıyla sürüyor. Program kapsamında; toplumun, kalıtsal kan hastalıkları konusunda bilgilenebilmesi ile genetik rehberlik ve tarama hizmetlerinin sunumu yer alıyor.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, kalıtsal bir kan hastalığı olan Akdeniz Anemisi'nin (Talasemi), Türkiye'de görülme sıklığının yüksek olduğunu bildirdi. Akdağ, ülkemizde, yaklaşık 1 milyon 300 bin taşıyıcı ve 4500 talasemi hastasının yaşamını sürdürdüğünü söyledi. Akdağ, "Türkiye nüfusunun yüzde 2.1'i talasemi taşıyıcısı. Bu oran, bazı bölgelerde yüzde 13'lere kadar çıkmaktadır. Her yıl, yüzlerce talasemi hastası çocuk dünyaya gelmektedir. Sağlık Bakanlığı olarak, söz konusu program kapsamında, kalıtsal kan hasta-



lıkları ile etkin mücadeleyi hedefliyoruz" dedi. Türkiye'de sık görülen talasemi hastalığı ile mücadelede, evlenecek çiftlerin evlilik öncesi yaptıracakları testlerin önemli bir rolü bulunduğu dikkat çeken Bakan Akdağ, " Bu testler, hastalığın erken dönemde saptanarak önlenmesini sağlamaktadır. Talasemi ve diğer tüm kalıtsal kan hastalıklarının tedavisi güç ve pahalıdır. Aileler ve çocukları için zorlu bir tedavi süreci söz konusudur. Bu nedenle, yapılacak testlerin sonucunda, hastalığın erken dönemde tespiti hayati önem taşımaktadır. Türkiye'de, talasemi hastalığı açısından risk düzeyi yüksek 33 ilimizde 'Kalıtsal Kan Hastalıkları Tanı Merkezleri' faaliyet göstermektedir. Yakın bir tarihte bu merkezlerin sayısının artırılması ve 81 ilimizde de faaliyet göstermesini hedefliyoruz." diye konuştu.

Avrupa-Akdeniz Sağlık, Tıp Eğitimi ve Araştırma İnternet-Uydu Platformu Toplantısı İstanbul'da düzenlendi.

Toplantıya katılan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, kısa bir konuşma yaptı. Bakan Akdağ, konuşmasında şunları söyledi:

"İnsan, yeryüzünün en önemli varlığıdır. Bu varlığın mutlu ve refah içinde yaşaması sağlıklı olmasına bağlıdır. Bütün dünya, sağlıklı insan, sağlıklı toplum, sağlıklı yeryüzü konusunda ortak çaba içerisinde olmalıdır. Sağlık Bakanlığı olarak insan odaklı hizmet anlayışıyla yürüttüğümüz Sağlıkta Dönüşüm Programı bu çabanın ürünüdür. Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla insanımıza hızlı, adil ve etkili bir sağlık hizmeti vermek istiyoruz. Bu çalışmaları yürütürken teknolojinin bütün nimetlerinden faydalanmayı kendimize ilke olarak benimsiyoruz. Bugün gelişen teknolojiler sayesinde tıbbi bilgiler ve çalışmalar interaktif canlı görüntülerle uzaklara taşınabilmektedir. Bunun sonucu, Telemedicine teknolojisi doğmuştur. Telemedicine uygulamasının ülkemiz ve bölgemiz ülkeleri açısından önemini biliyoruz ve bu konuda her türlü işbirliğine hazırız.

Acil yardımlar tek sistemde toplanıyor

Türkiye'de Acil Yardım hizmetlerinin tek bir sistem üzerinden yürütülmesi için çalışmalar başladı. Türkiye genelinde gelecek yıl sonuna kadar uygulanması hedeflenen projeye göre, her türlü acil yardım talepleri için 112 aranacak. 112 Matra Projesi adı verilen uygulamayla acil yardım hatları tek numara toplanacak. AB uyum sürecinde planlanan "112 Matra Projesi" kapsamında Türkiye genelinde hizmet veren 110 İtfaiye, 112 Hızır Acil, 155 Polis İmdat ve 154 Alo Trafik gibi numaralar 2005 yıl sonuna kadar "ABD'deki 911 gibi" 112 altında toplanacak. Emniyet Genel Müdürlüğü Haberleşme Daire Başkanlığı tarafından sürdürülen proje, ilkin pilot bölge olarak düşünülen Ankara'da uygulanacak. AB uyum süreci kapsamında Türkiye genelinde farklı acil servis numaralarının tek numara altında toplanması için altyapı hazırlıkları devam ediyor. Bu uygulamayla, vatandaşlar 112'yi aradıkları zaman hızır acil, sağlık, itfaiye, trafik ve asayiş hizmetleriyle ilgili konuları aktarabilecekler ve yardım isteyebilecekler.

Kendine iyi bak

Doç.Dr. Kemal Sayar

'Kendine iyi bak!' Bunu öyle bir tonlamayla söyledi ki hayatın bütün kırılğanlığını, uçup gidiciliğini, bir genç kız kalbinin hüzne dair bütün açılımlarını o cümleye sığdırdı. Dondum kaldım. 'Kendine iyi bak !...'

Ben burada kendimi hiç de iyi hissetmiyorum, konuşabilmek için ancak seni bulabildim, sen beni dinledin veya dinler gibi yaptın, ama olsun telefonda birisiyle yüzüm kızarmadan, ellerim titremeden konuşabildim, bana ayırdığın süre kısıtlı ve şimdi gidiyorsun. Kendine iyi bak ve bu üzgün, bu kırılğan kızı unutma.'

O sesle Moda'da bir çay bahçesinde karşılaştım. Gece on iki sularında, bir radyo yayınında. Hoparlörle bütün çay bahçesine verilen radyo yayınında, programı sunan çocuğa şöyle seslendi: 'Kendine iyi bak !' Bunu öyle bir tonlamayla söyledi ki hayatın bütün kırılğanlığını, uçup gidiciliğini, bir genç kız kalbinin hüzne dair bütün açılımlarını o cümleye sığdırdı. Dondum kaldım. 'Kendine iyi bak !...Ben burada kendimi hiç de iyi hissetmiyorum, konuşabilmek için ancak seni bulabildim, sen beni dinledin veya dinler gibi yaptın, ama olsun telefonda birisiyle yüzüm kızarmadan, ellerim titremeden konuşabildim, bana ayırdığın süre kısıtlı ve şimdi gidiyorsun. Kendine iyi bak ve bu üzgün, bu kırılğan kızı unutma.'

O kırılğan kızları çok yerde duyar ama onlara dokunamazsınız. Onlar ancak sesleriyle vardır ve ancak radyo programlarında isbat-ı vücut ederler. Ürkek serçeler gibidirler, bir dalda fazla konaklayacak olsalar başlarına bir kötülük geleceğinden korkar, o yüzden hayatı ufak dokunuşlarla yaşar, hayatın sokaklarında gereğinden fazla kalmamaya özen gösterirler. Bazen onları çevreleyen bu koruyucu halenin içinden başlarını uzatmak ve konuşmak isterler, nihayet onların da bir iç dünyaları vardır ve anlaşılmayı arzularlar. O zaman bir ses usulca, etrafı hiç gürültü patırtıya vermeden sokulur radyo programına, bir cümlede bütün hayat hikayesini ele verecek kadar cömert, konuşarak ruhunun sızısına bir çare arar.

Birde kırılğan oğlanlar vardır, onların mesleği de aşık olup söyleyememektir. Onlar William Bloke' un şakirtleridirler: "Ancak söylenemeyen aşk, aşktır!" onların aşk derdiyle başları hoştur. Ve söyleyebilseler, konuşabilseler aşk sanki buharlaşabilecek, büyü bozuluvacaktır. Onların şifaları ıstıraplarının ta kendisidir. Şiir okurlar, yazı yazarlar. Bu çocukların kalpleri iflah olmaz; gittikleri her şehirde, vardıkları her sahilde bir yürek sızısını da beraber taşırlar.

Ve kırılğan kadınlar vardır. Akşamları evleri kabus yerine dönen, merhamet ve inceliği yerine tahakküm ve kabalığa bıraktığı evlerin kadınları. O evlerde çok gezindim. Onların gerçekleri o kadar gerçektir ki radyo programları

onların sızısını iyileştirmez, onlar konuşacak, imdat isteyecek sahici insanlar ararlar. Onlar bir psikiyatrin karşısında içlerini döker ve 'haydi' derler, 'gel de çık işin içinden! Bir dokunuşla iyileştir bakalım bu kanayan aileyi! Bir savaş suçları mahkemesi kur ve yargıla suç işleyenleri'. O kadınlar bilmeden sevgisiz ve künt kocalara varmış, hayat filmi ni geriye doğru sarmak isteyen kadınlardır ve acı olan, hayatın her anının yalnızca bir defa sahnelenebilecek oluşudur. Genç kızlık aşklarını bir kurtarıcı imge olarak hep taze tutarlar bir gün o bir mesih gibi gelecek ve onu bu hayatın elinden kurtaracaktır. Rüya sinemasının en önde oturan müşterileri kırılğan kadınlardır.

Kırılğan erkekler vardır. Hayatın uğramadık arka sokağını bırakmamış ama elinde avucunda bir şey kalmamış kimseler. Ne bir inci, ne bir gizli hazine, ne hayatı açıklamaya yetecek sloganlar, ne ömre yayılan bir aşk, ne uğruna ölünecek bir dava. Onlar da görünmemeye özen gösterirler, yaşamışlığın verdiği ağır tecrübe onlara artık kenar sokaklardan geçmeye icbar eder. Kimse kendilerine ilişmesin isterler ama bir punduna getirirseniz, size anlatacakları müthiş bir hikaye mutlaka vardır. Onlar, hayattan intikamlarını alamamış olmanın iç burkuntusuyla yaşarlar ve kimileyin ölü gövdeleriyle meydan okumayı seçerler. Ölümü seçerek hayata son bir salvo yaparlar ve onun karşı hamlesini görmedikleri için de dünyadan mağrur ayrılırlar. Onları yalnızlığın kendine mahsus kokusundan tanımak mümkündür.

Bu ülkenin bütün kırılğan insanları, zalim bir dünyada zalim insanlar olmayı seçmedikleri için kırılğandır. Gerçekliğe sahte bir bilinçle uyum sağlamak dururken kendi gerçekliklerini inşa ettikleri ve bir hayalin peşi sıra sürükledikleri için kırılğandır. Anlatacak bir hikayeleri olduğu için, esen rüzgar onlara dokunduğu için, insan oldukları için kırılğandır.

'Kendine iyi bak' diyor radyodaki kızın sesi. Moda'da yazdan kalma bir gece. Siyaha kesmiş bir denizin üstüne şavkıyor şehrin ışıkları. 'Sen de' diye mırıldanıyorum, 'sen de kendine iyi bak küçük kız!'.

Aile Hekimliği Kayıt Sistemine Doğru: Kritik Başarı Faktörleri ve Türkiye'ye Uygun Bir Yol Haritası Önerisi

Esat N. ERYILMAZ

Enformasyon teknolojileri ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Danışmanı

“Aklın sevgiyle buluşmadığı hiç bir girişimin başarıya ulaşma şansı yoktur.”

Anahtar kelimeler:

Sağlık Enformasyon Sistemleri, Aile Hekimliği Kayıt Sistemleri, Temel Sağlık Kayıtları

Giriş ve Genel Değerlendirme

Sağlığın korunması, sağlıklılık durumunun sürdürülmesi, ortaya çıkan sağlık problemlerinin kayıt altına alınması ve problemlerin gelişiminin hastalıklara dönüşme süreçlerinin kontrol altına alınması; tüm coğrafyalarda çözülmeye çalışılan problemlerin başında gelmektedir. Zaten kıt ve yetersiz olduğu bilinen kaynakların tanımsızlık ve belirsizlikler nedeniyle istismarı anlaşılır ve kabul edilebilir bir durum değildir. Sağlığa ayırdığı kaynaklar bir çok ülkeye oranla daha az olan ülkemizde, çözülmesi gereken sorunların başında bu kaynakların kullanım şeklini kayıt altına almak ve bu bağlamda tıp, teknoloji ve bilimdeki gelişmeler ışığında hizmetlerin daha kaliteli olarak sunulmasına destek olacak altyapıları ve işleyişleri kurulumlaştırmak gerekmektedir. Bu altyapıların standartlarla uyumlu ve geliştirilebilir niteliklerde oluşturulabilmesinin en önemli başlangıç adımları şunlardır:

1. Birinci basamak sağlık kayıtları sisteminin kurulması;
2. Tanı ve tedavi prosedürlerinin, bulgular, sonuçlar ve komplikasyonlarla birlikte standart bir çerçeveye oturtulması;
3. Elektronik hasta kayıtları çerçevesinin, uluslararası gelişmeler ve ülke ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulması.

Son 30 yılın strateji belgelerindeki hedeflere bakıldığında, halk sağlığı sistemlerinin oluşturulması, risklerin ve kaynakların en uygun şekilde yönetilebildiği dinamik bir işleyişin sağlanması, hastanın durumuna en uygun hizmetin sunulabildiği sosyo-teknik bir denge kurulmasının ülkelerin ve bölgesel ekonomik ittifakların vurguladığı ana konular arasında yer aldığı görülecektir. Bu alandaki gelişmelerin tarihçesi başarısızlık örnekleriyle doludur ve kitaplar dolusu örnek verilebilir. Bu başarısızlıkta, sağlık mesleklerindeki eğitimin payı da bulunmakla birlikte, asıl başarısızlık faktörü, sağlık sisteminde enformasyon ve bilgi yönetimine destek olacak teknolojilerin hayata geçirilmesindeki yetersizlik ve sistemsizliklerdir.

Aile hekimliği uygulamasını başlatıp problemsiz olarak yaygınlaştırma girişimi, çok önemli bir sosyo-ekonomik fonksiyonun, koşulları bunun için tam olarak hazır olmayan büyük bir ülkede kurulumlaştırılması çabasıdır. Altyapıları ve insan yetiştirme düzeninin yanısıra mevcut insan kaynakları açısından değerlendirildiğinde, Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının hangi fonksiyonları ne ölçüde yerine getirebildikleri ve hangi konularda tıkanıklıklar yaşadığı net olarak belirlenemez. İşleyen bir sevk sisteminin bulunmadığı, sevk zincirindeki hareketlerin ve sevk gerekçelerinin izlenemediği bir başlangıç durumundan aile hekimliği uygulamasına geçerken; karşılaşılabilecek durumlar ve yaşanabilecek sorunlar yaklaşık da olsa bugünden öngörülmesi, hizmet alanları ve hizmet sunanları rahatlatarak stratejiler belirlenmelidir. Bu belirlemede, periferdeki problemleri tırmandırmayacak her türlü yöntem ve yaklaşım göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Nüfusun özelliklerinin temel sağlık verileri bağlamında kayıt altına alınması, ülkelerin önemli problemleri arasında yer almaya de-

vam etmektedir. Küçük ölçekli ya da pilot düzeyde de olsa, “aile hekimliği” uygulamalarını başlatmak ve bu girişimde başarı sağlamak, birinci basamak sağlık kayıtları mekanizmasının çok dikkatli tasarlanmasını gerektirir. Birinci basamak sağlık kayıtları sistemini (BB-SKS) tasarlayıp kurmakla, aile hekimliği uygulamalarını kurulumlaştırmak ve yaygınlaştırmak birbiriyle çok yakından ilişkili olmakla birlikte birbirinden ayrı şeylerdir. BB-SKS, nüfus ve eğitim kayıt sistemleriyle olduğu kadar sosyal güvenlik kayıt sistemiyle de yakından ilişkilidir ve bunlarla ilgili her uygulama, bir diğerinin tasarımını ve kullanım başarısını etkilediğinden, bağımsız olarak ele alınıp kurulmaları halinde dahi belli ortak ilkelere ve standartlara uyularak iş görülmesi esastır.

Aile hekimliği, branşlar-arası hatta branşlar-ötesi niteliği öne çıkan ve tüm dünyada önemi giderek artan bir tıp dalıdır. Toplum sağlığı bağlamında, hemşirelik mesleğinde de burada değinilenlere benzer değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır. Etkili bir aile hekimliği yapılanmasının nasıl olması gerektiği konusunda tüm dünya ülkeleri yoğun bir arayış içerisinde. Aile hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin dünya genelinde ele alınıp şeklinin en önemli ve somut örneklerinden birisi ABD'deki FFM projesidir (FFM: Future of Family Medicine Project = Aile Hekimliğinin Geleceği Projesi). Proje, aksaklıkların tırmadığı bölük pörçük bir sağlık yapılanmasından hareketle, Amerika'daki yedi ulusal aile hekimliği kuruluşu tarafından başlatılmıştır. Bu alanda değinilmesi gereken diğer kayda değer örnekler: Avrupa Bölgesel Sağlık Sistemleri Projesi olarak bilinen PrimaCOM (PRIMARY Care Physician's COMMunication Network), İngiltere'deki GP2GP (General Practitioner to General Practitioner) ve Belçika'daki² kontrollü çalışmalarıdır. Dünya genelinde WONCA'nın (Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu) başını çektiği birbirinden farklı yürütülen ama hedefi aynı olan bir dizi proje ve girişimi de unutmamak gerekir.

Sağlık Kayıt Sistemlerinin Temel Fonksiyonları

Nüfusun karakteri, hastalıklara yatkınlıkları ve sağlık problemlerinin dağılımı ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye ve kültürden kültüre değişiklikler gösterir. Aile hekimliğinin taşıdığı özellikler göz ardı edilmeden, bir sağlık kayıt sisteminin en temel fonksiyonları şöyle sıralanabilir:

1. Temel nüfus kayıtlarına dayanması; ülkeye girip çıkan yabancıları kapsaması; mobil hastaları değerlendirebilmesi ve ülke içi ve dışı hareketliliği kapsayacak kontrol mekanizmalarını ihtiva etmesi;
2. Koruyucu hekimliğin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin olarak verilebilmesini sağlayacak ip uçlarını elde etmeye yarayacak işlevsellikler taşıması;
3. Tutulan kayıtlar üzerinden, verilmesi gerekebilecek hizmetleri ve gerekli kaynakları öngörmeye yarayacak enformasyonu sağlaması;
4. Erken uyarı işlevselliğine sahip olması;
5. Sağlık profesyonellerinin yanısıra sağlık altyapısının izlenip değerlendirilmesine imkan sağlayacak verileri/enformasyonu doğru olarak sağlaması;

6. İkinci ve üçüncü basamak hizmetleriyle entegrasyona elverişli olması;

7. En yeni tıbbi bilgilerin ve biyomedikal araştırma sonuçlarının hekimlik pratiğine ve sağlık hizmetlerine yansıtılabilmesini sağlayacak yapıda olması.

Ülke genelinde sahip olunan sağlık hizmetleri altyapısının daha etkin kullanılmasının yanı sıra, kayıt altına alınan veriler üzerinden bu altyapıdaki değişim ve dönüşüm alanlarının önceliklerle ilgili ipuçlarıyla birlikte belirlenebilmesi, birinci basamak sağlık kayıt sistemlerinin sağladığı en önemli avantajdır. Böylesi bir sistemin benimsenmesi, kabul görmesi, iyileştirilerek ve geliştirilerek yaygınlaştırılması aşağıda örnekleri verilen alanlarda katılımlı ve etkileşimli çalışmalar yapılmasını gerektirecektir:

1. “Doğru-Güncel-Eksiksiz” ve güvenilir verilere dayanan bir kayıt ve izleme mekanizması;

2. Sağlık sisteminin bütünü içerisindeki başvuru ve sevk hareketlerinin “Doğru-Güncel-Eksiksiz” ve güvenilir veriler üzerinden dinamik olarak değerlendirilmesi;

3. Klinik risk gruplarının (CRG: Clinical Risk Groups) belirlenebildiği bir kayıt sisteminin oluşturulması ve DRG (Diagnosis Related Groups) uygulamaları ile bütünleştirilmesi;

4. Sağlık hizmetlerinin bütünü ve tanımlı bileşenleri bağlamında kalite izleme ve geliştirme çalışmalarının geniş kapsamlı olarak yapılabilmesi;

5. Tıp ve sağlık alanındaki değişim ihtiyaçlarının irdelenebildiği bir işleyişin oluşturulması;

6. Sağlık harcamalarının, gerekçeli ve uygun sağlık hizmeti yönünden etkinleştirilmesi;

7. Ulusal sağlık hesapları ve hastalık yükü belirleme çalışmaları için tutarlı ve standartlarla uyumlu veri kümelerinin oluşturulması;

Bütün dünyanın önem verdiği ve acil gündemine aldığı aile hekimliği uygulamalarına geçiş, uygulamaların izlenmesi, sonuçların izlenip değerlendirilerek yeni kararlara ulaşılması süreçlerinin kolay, zahmetsiz ve sıkıntısız olması beklenemez. Zorluklara neden olacağı düşünülen alanların belli başlıları aşağıda sıralanmıştır:

1. Ülke genelinde telekomünikasyon altyapısının durumu ve bağlanma maliyetlerinin yatırımlar ve hizmet bedelleri yönünden yüksekliği;

2. Tıp ve sağlık hizmetlerini ilgilendiren alanlardaki adlandırma, sınıflandırma kodlama belirsizlikleri;

(Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın bazı hazırlık çalışmaları içerisinde olduğu biliniyor)

3. Geliştirme süreçleri ve metodolojiler açısından, yazılım sektöründeki yetersizlikler ve standartlara uyum problemleri;

4. Tanı ve tedavi kılavuzlarının, uygun ve gerekçeli sağlık hizmeti sunumuna destek olacak şekilde olgunlaşmaması ve sonuç olarak yaygınlaşmamış olması;

5. MERNİS fonksiyonaltılarının “Tek bir numara ile kaydolma” dışında, hangi süreçlerle nasıl ilişkilendirildiği veya ilişkilendirilmesi gerektiği yönlerinden belirsizlikler taşıması; (özellikle de tek bir numara altındaki ayrıntılı kişi bilgilerinin çeşitli kurumlarda farklılaşmasını önleyecek düzenlemelerin olmaması, elektronik ortamda oluşturulan verilerin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi konusunda büyük sıkıntılar yaşanma risklerini tırmandırmaya adaydır);

6. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak tutulan kayıtlar bağlamında gizlilik-güvenlik-mahremiyet ilke ve kurallarının, temel tanımların yapılmamış olmaması nedeniyle belirlenememesi;

7. Aile hekimliği pratiğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini düzenleyen yasal çerçeve ve düzenlemelerin ilgili kuruluşları da kapsayacak şekilde henüz tam olarak netleşmemesi.

Kritik Başarı faktörleri Neler?

Hangi kuruluşlarda ve noktalarda kimlerden hangi kurallarla, hangi sağlık hizmetlerinin alınabileceğinin netleştirilmesi ve bu hizmetlerden yararlanma süreçlerinin zahmetli iş akışlarından ve katı kurallardan arındırılması büyük önem taşımaktadır.

Kişileri ve yakınlarını sağlık sistemine taşıyan nedenlerin ve gerekçelerin, standart terminolojiler ve terimlerle kayıt altına alınması ve standart formatlarda belli noktalara aktarılmasının zorunlu hale getirilmesi de uygulamanın başarısını etkileyeceği düşünülen temel faktörler arasındadır.

21. yüzyılın başında, sağlık hizmetlerinde sağlanmaya çalışılan en önemli ve öncelikli konu: hasta güvenliğine ve bakımın devamlılığına destek verecek kayıt sistemlerinin, ihtiyaç duyulacak devamlılıkta (availability) oluşturulması ve sistemlerin işleyişine süreklilik kazandırılmasıdır. Türkiye’de bu alanda problem olacağı düşünülen en temel konu: gerekçelere dayandırılarak en uygun şekilde sunulması beklenen tanı ve tedavi amaçlı hizmetler yönünden ülke sağlık sisteminin tam bir resminin henüz bulunmamasıdır. Mesleki ve kurumsal yapılanma yönünden de durum bundan farklı değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yönlendirici ve koordinasyon sağlayıcı fonksiyonlar, sağlık sisteminin ileri basamaklarındaki işleyişlerin kalitesi ile yakından ilişkilidir. Tıbbi kayıtlar, belgeleme, hasta bakımı ve bilişim ağırlıklı meslek alanlarındaki yetersizlikler de acilen aşılması gereken engeller arasında sayılmalıdır. Enformasyon ve belge yönetimi alanında dünya genelinde değilse de ABD bağlamında konuya yaklaşımı sergilemesi açısından, AHIMA (American Health Information Management Association) tarafından hazırlanan strateji raporu önemli ve çarpıcı bilgiler içermektedir; raporun değerlendirilmesi ve irdelenmesi, bu yazının kapsamı dışındadır (Bakınız: www.ahima.org).

İlkeleri, kuralları, kurumsallaşma çerçevesi ve sonuçları itibarıyla, yakından izlenip derlenen doğru-güncel-eksiksiz veriler üzerinden yönlendirilen bir birinci basamak sağlık kayıtları sisteminin Türkiye’ye bir çok alanda getirisi olacaktır. Bu yararlar ve etki alanları bir başka yazıya konu edilecektir.

Mevcut Modeller

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin değişik coğrafi-kültürel bağlamlarda uygulanması konusunda bir çok model bulunmaktadır. Çeşitli yayınlarda ve raporlarda³ bu modellerden elde edilen sonuçlarla ilgili bilgiler yayınlanmaktadır. Amaçları, hedefleri ve uygulama şartları itibarıyla bu farklı modellerin; yasal, kültürel, profesyonel ve sosyal şartlardan etkilenen farklı sonuçları olmuştur ve bu sonuçlar çeşitli ülkelerin sağlık reformu önceliklerinin belirlenmesinde değerlendirilmeye çalışılmaktadır. (Avustralya, Kanada, İsrail, Rusya, Bulgaristan, Yeni Zelanda, Almanya, İngiltere, Belçika, Hollanda, Fransa vb...) Bilgilenmek, yanlışlardan ders almak ve bize uygun, en doğru yol haritasını belirlemek üzere bu modellerden ve uygulanmalarından alınan sonuçlardan yararlanmak doğaldır. Ancak önemli olan, Türkiye şartlarında en doğru başlangıçın belirlenmesi ve biriken problemlerin hızla ve sistematik olarak çözülmesine yarayacak katılımlı bir hareket tarzının benimsenip artık zaman geçirilmeden hayata geçirilmesidir.

Tutarlı bir sağlık enformasyon sistemi, bir uça üreme sağlığı, aile planlaması ve koruyucu sağlık hizmetleriyle diğer uça ise malzeme yönetimi sistem ve süreçleriyle yakından ilişkili karmaşık bir büyük resimle bütünleştirilmek zorundadır. Çevre etkileri, sinai tesisler, tarımsal ürün desenleri, bitki örtüsü ve su kaynakları da büyük resmin ayrılmaz parçaları olmak durumundadırlar.

Kişinin ve toplumun sağlığı yalnızca hekimlerin ve sağlık pro-

*21. yüzyılın başında,
sağlık hizmetlerinde
sağlanmaya çalışılan en
önemli ve öncelikli
konu: hasta güvenliğine
ve bakımın
devamlılığına destek
verecek kayıt
sistemlerinin, ihtiyaç
duyulacak devamlılıkta
(availability)
oluşturulması ve
sistemlerin işleyişine
süreklilik
kazandırılmasıdır.*

fesyonellerinin sorumluluğunda sayılmaması gereken çok boyutlu karmaşık bir alandır. Agro-endüstriler, biyoteknoloji, sanayi faaliyetleri, ilaç sektörü düzenlemeleri, çevre kontrolü, gıda güvenliği yapılanması, tarım bilgi sistemleri (Hayvan Kayıt Sistemi, Hayvan Hastalıkları Bildirim sistemi ve tarım pratiği düzenlemeleri dahil), gıda kontrol mekanizmaları ve bireylerin sağlık bilinci toplum sağlığının temel belirleyicileridir. Uygun enformasyon sistemlerinin hayata geçirilememesi nedeniyle, nihai ekolojik durumların ve kontrolsüz sinai faaliyetlerin ortaya çıkardığı riskler henüz sağlık kayıtları bağlamında değerlendirilememektedir. Avustralya'da hemen hemen sağlık sisteminin bütününe ilişkin işleyişleri bünyesine alan ve bir çok anlamlı başarıya imza atılan geniş katılımlı, iyi koordine edilmiş birinci basamak çalışmalarının gerisinde GPCG (General Practice Computing Group)'nin konuya bütünsel bakışı bulunmaktadır.

Birinci basamak sağlık kayıtları sisteminin yapılandırılması, bir çok başka sistemle etkileşme derecesinin yüksekliği ve ileri basamaklardaki sağlık hizmetleriyle yakın ilişkisi ve meta data yapısı açısından bir "Hastane Enformasyon Sistemi"nden daha zordur ve daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşıklık en anlamlı şekilde, İngiltere'de şu anda yürütülmekte olan ve Sayıştayca, projenin yürütülmesi aşamasında denetime alınan NpfiT projesinde görülebilir. (NpfiT: NHS-National Programme for IT , 4.6 B£) Bu satırların yazarı, bu zorluğun en baştan kabul edilmesinin, atılacak adımlarda etkinlik sağlanmasında başarıyı getireceğine inanmaktadır.

Neler önemli ve öncelikli?

Bir bütün olarak ülke sağlık sistemleri, birinci basamak sağlık kayıt sistemleri ve bu sistemleri oluşturan bileşenlerin hepsi önemlidir. Ancak, verilen önem oranında, bütünün başarısını etkileyen, nispeten daha önemli bazı unsurlar vardır ve bu kısımda kısaca bunlara değinilecektir.

İzlenebilirlik ve Kalite

İster hammadde işlesin, ister ara-ürün, nihai ürün, makine, sistem, ilaç yazılım ve de hizmet üretmeyi hedefleyerek kurgulanmış olsun; belirli faaliyet alanlarına ve bu alanın süreçlerine dönük kalite ölçümleri her bakımdan hayati önem taşırlar. Klinik süreçler bu anlamda en önemli sayılması gereken alanların başında gelir. Sistemin bütünü içerisinde, odağında insan sağlığını koruma, hasta güvenliğini sağlama ve en uygun hizmeti en iyi kalitede sunma kavramları olmak üzere, tüm alt sistemler bu süreçlere destek olmak üzere kurulurlar. Bu amaçla farklı yöntemlerin kullanılıyor olması ve sonuçların karşılaştırılması son derece doğaldır.

Birinci basamak hizmetlerine ilişkin kayıtlar üzerinden sağlık problemlerinin izinin sürülmesi ve morbidite verilerinin toplanması çabaları da oldukça eskilere gider. Çeşitli ülkelerde, değişik sistemlerde konuya ilişkin farklı yaklaşımlar getirilmiş ve birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kullanılan sistemler ve yaklaşımlar ne olursa olsun, toplanan verilerin standart olmasının sağlanması ve aynı zamanda veri-enformasyon standartlarının doğal dillerden bağımsızlığının garanti edilmesi bu alandaki kalite çalışmalarının temel şartıdır.

Eğitim, BİT altyapıları, veri ve enformasyon standartları, kurumsal yapılanma, akreditasyon ve kalitenin kurumlaşması açısından Türkiye'nin dört dörtlük bir başlangıç noktasında olduğunu söylemek şimdilik doğru olmaz; ancak, toplum sağlığında hızlı iyileşme ve gelişmelerin gerçekleşmesi adına, geniş katılımla belirlenecek ortak hedeflere yol almada atılacak her adım ve uygulama titiz planlamalara dayandırılmak zorundadır. Sağlık enformasyon sistemlerinde kurumsal yapılanma ve birinci basamak sağlık kayıt sistemleri enformasyon mimarilerinde yeni yönelimlerin bir başka yazıya konu edilmesi düşü-

nülmekle birlikte, bir noktanın burada vurgulanması çok önemli sayılmalıdır: Birinci basamak sağlık hizmeti uygulamalarının ve ilgili kayıt sistemlerinin başarısı, hastane enformasyon sistemlerinde ve diğer hizmet sunucuların ürettikleri belge ve raporları üreten sistemlerdeki tutarlılığa sıkı sıkıya bağlıdır.

BB-SKS Oluşturulurken Göz Önünde Bulundurulması Gerekten Temel Gerçekler Nelerdir? Neler hedeflenmeli?

Türkiye'nin sorunu, başka ülkelere benzeyen sistemler kurmak değildir; bu bağlamda hiç bir ülkenin sistemini taklit etmek zorunda da değildir, zaten hiçbir kuruluş da bizi bunu yapmaya zorlamıyor. Kullanacağımız kayıt sisteminin ve standartların, benimseyeceğimiz amaç ve hedeflere hizmet etmesi önemlidir. Bu amaçların ve hedeflerin neler olduğunda sağlanacak mutabakatın geniş bir kesimin görüşlerine ve mesleki birikime dayanması şu andaki en önemli sorunumuzdur. Ülkemizdeki ana sorun, sorun tanımlama ve belirsizlikteki tıkanıklıklar ve büyük ölçüde de sektörel yetersizliklerdir. Bunun yanında yasal zemindeki hazırlıksızlıkları, bazı alanlarda gerçekleştirilemeyen kurumlaşmaları ve birlikte uyumlu çalışamama zaafımızı da önemle vurgulamak gerekir.

Sağlık enformasyon sistemleri alanında, başlangıç noktası Türkiye'nin bugünkü durumuna benzeyen bir başka ülke örneği yoktur. Bunun böyle oluşunun nedenleri aşağıda özetlenmiştir:

1. Yazılım geliştirme teknolojilerinde radikal değişiklikler ortaya çıkmasına rağmen bu gelişmeler ve ilerlemeler henüz sektör şirketlerinin yetkinlik portföyüne yansımamıştır. (Object Management Group: MDA-Model Driven Architecture, SBA-Service Based Architecture, BPML-Business Process Modelling Languages, ...)

2. Hasta güvenliği ve hizmet kalitesi alanlarındaki ihtiyaçlar ve beklentiler, sağlık ve hastalık kayıtlarındaki daha çok enformasyonun çok sayıda paydaş arasında paylaşılmasını gündeme getirmekle birlikte, Türkiye'nin bu alandaki kurumsal ve psiko-sosyal davranış profili pek iç açıcı görünmemektedir. Bu durum bilgi güvenliğinde daha sistematik ve ilkeli çözümler etrafında yoğunlaşılmasını ve katılımlı çalışılmasını gerektirmektedir.

3. Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) alt yapısını oluşturan sistem ve bileşenlerinin özellikleri çok gelişmiş, yetenekleri artmıştır. Bu durum ise, sistemlerin özelliklerini karmaşıklarıyla birlikte amaç ve hedeflere uygun sistemlerin projelendirilmesini ve bu sistemlerin kurulup işletilmesini zorlaştırmıştır.

4. Sağlık ve hastalık kayıtlarındaki veri bütünlüğünü ve kayıt devamlılığını sağlamada önemli bir faktör olan sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda köklü değişimler arefesinde olduğumuz bilinmektedir. Bu, Türkiye için büyük bir fırsattır. (Sonuç bölümünde, Türkiye'nin bu alanda atması gereken adımlar konusunda bir öneri yer almaktadır.)

5. Sağlık sistemine girişleri gerekçeler, yapılan işlemler ve sonuçlarıyla birlikte (kullanılan kaynaklar da dahil olmak üzere) kayıt altına almak hayati önem taşımaktadır.

6. Sağlık problemleri ve yakınmalar, bulgular, semptomlar, komplikasyonlar, yapılan işlemler, tanımlar, tedaviler, yan etkiler/ters etkiler ve kayıt altına alınan olumlu/olumsuz sonuçlara dayanarak ileriye dönük hizmet ve kaynak ihtiyaçlarını kestirmek hedeflenmelidir.

7. Tanı ve tedavi prosedürlerinin etkinlik karşılaştırmalarına olanak sağlayacak verileri standart bir şekilde toplamak ve topluca değerlendirmek şimdilik imkansızdır.

*Türkiye'nin sorunu,
başka ülkelerinkine
benzeyen sistemler
kurmak değildir; bu
bağlamda hiç bir
ülkenin sistemini taklit
etmek zorunda da
değiliz, zaten hiçbir
kuruluş da bizi bunu
yapmaya zorlamıyor.
Kullanacağımız kayıt
sisteminin ve
standartların,
benimseyeceğimiz amaç
ve hedeflere hizmet
etmesi önemlidir.*

Sonuç ve Öneriler

1. Ülke genelinde düşünüldüğünde, sağlıkta vizyon için şöyle bir denemenin çok aykırı olmayacağını düşünüyorum: “3. binyılın başında Türkiye’nin sağlıkta benimsemesi gereken vizyonu: ülkenin her noktasındaki bireylerin sağlık durumlarını olası riskleri de ortaya koyacak yetenekte bir enformasyon altyapısını kurumlaştırmak ve enformasyona-bilgiye dayalı kaliteli sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek” Böylesi bir vizyon tartışmaya açılarak, sağlık-taki tüm aktörlerin benimseyeceği ortak bir ifadeye taşınmalıdır.

2. Ülkemizde, sağlık alanında iyileşme ve ilerlemelerin herkesin lehine ve yararına uygulamalara yansıtılması için, sağlıkla ilgili tüm kurumların ve tarafların uzlaşma halinde ve katımlı çalışmasından başka çaremi yoktur. Uzlaşmanın odağında erişilebilirlik açısından adil, kaliteli, uygun ve hasta güvenliğini en üst düzeyde gözetilen sağlık hizmeti düşünülmelidir. Bu satırların yazarına göre ilk iş, çalışma alanlarının, iş kalemlerinin ve önceliklerin belirlenmesi ve herkesin benimseyeceği uzlaşmış bir yol haritasının netleştirilmesidir. Devletin yürütmeye çalıştığı tüm projelerde dayanak noktası bu yol haritası olmalıdır. Sağlık, tarım, çevre, sanayi ve ticaret bakanlıklarındaki tüm projeler servis tabanlı yazılım mimarilerinin kullanılması zorunlu kılacak yasal düzenlemelere girmeli ve en başta kendileri buna uymalıdır. Beslenme zincirine zehirlerin sokulduğu ve etkilerinin/sonuçlarının kayıt altına alınamadığı hiç bir sistemde halk sağlığını iyileştirmeye dönük başarılar sağlanamaz. Gıda güvenliği izleme sistemlerinin etkinliği sağlık sistemindeki kritik başarı faktörleri arasındadır.

3. Çeşitli ülkelerin kendi koşullarında, kendi problemlerine dönük olarak, kendi metodolojileri ve kaynaklarıyla sürdürdüğü bir dizi proje vardır, hiç biri de sorunsuz değildir. Bu konuda yapılmak istenenler, yapılabilenler, alınan sonuçlar başarı ve başarısızlık değerlendirmeleriyle birlikte binlerce yayına konu olmuştur. (Prague, Banff ve Innsbruck deklarasyonları, AMIA, HIMAA, BCS-PHCSG, GPCG, vb... kuruluşların çalışmaları) Hangi ülkede, hangi coğrafyada, hangi koşullarda ve hangi kaynaklarla gerçekleştirilmiş olursa olsun; sağlık enformasyon sistemlerinde sağlanan gelişmeler ve bu gelişmelerin sağlık hizmetlerine (planlama, düzenleme, izleme, yönetim) etkileri çok eksensli bir bütünlük içerisinde gerçekleşmiştir. Bu ek-senler aşağıda sıralanmıştır:

- Vizyon, misyon, ilkeler
- Hedefler, amaçlar
- İnsan kaynakları
- Kurumlaşma ve katımlı çalışma yöntemleri
- Planlama, tasarım, operasyonlar ve izleme
- Veri toplama ve bütünleştirme

4. Analitik planlama ve izleme tekniklerinin uygulanabileceği bir iş görme kültürü şimdilik oluşturulamamış görünmektedir. Belki de en doğrusu bu çalışma yönteminin öğrenilip hayata geçirilmesini sağlayacak küçük ölçekli projelere metodolojik yaklaşımdır. Ülke gündeminin en önemli maddesi budur.

5. Hastanelerce ve diğer sağlık hizmeti sunucusu kuruluşlarca üretilen rapor ve belgelerde (Patoloji raporları, görüntüleme raporları, uygulanan tedavi protokolleri, ilaç raporları, malzeme raporları, kronik hastalık raporları, ameliyat raporları, tanı ve tedavi amaçlı işlemlerle ilgili raporlar) içerik, format ve terminoloji standartlarına uyumun zorunlu kılınması başlangıçtaki en önemli iş adımları arasında sayılmalıdır; (mortalite, morbidite, klinik risk grupları değerlendirme parametreleri, tanı ve tedavi prosedürleri, bulgular, ilaçlar, ilaç yan etkileri, prosedürlerle ilgili komplikasyonlar, tıbbi hatalar, ...)

6. Birinci basamak sağlık kayıt sistemi enformasyon mimarisinin, başlangıçta uluslararası modellere uyması hedeflenmesi de, ileri aşamalarda bu mimarilere zahmetsiz geçişi olanaklı kılacak kapsam ve içerikte olması; bu mimarinin, uygulamalar sınırlı olarak başlatılsa bile hastaneler ve diğer sağlık hizmeti sunucularının hizmet parametrelerini kapsayacak şekilde olması bugünden düşünülmeli ve geçişler planlanmalıdır.

7. Sistemle karşılaşma kayıtlarının (encounter records), probleme dayalı kayıt felsefesine oturtulması ve problemlerin morbidite ile ilişkilendirilmesinin ülke çapında zorunlu hale getirilmesi başarı için şarttır; (ENCODE-FM: Electronic Nomenclature and Classification of Disorders and Encounters for Family Medicine; bu sistemin çeşitli basamaklardaki sağlık ve hastalık kayıtlarını entegre etmedeki rolünün ayrıntılı olarak ele alındığı bir yazı tamamlanma aşamasındadır.) Sınıflandırma ve kodlamanın önemi tartışılmaz, ancak, adlandırma esasına dayanmayan ve problem episodlarının izlenmesine imkan vermeyen kayıt sistemlerinin geleceği yoktur. ICD 11’in çözümü hedeflediği ve yeniden yapılanmada öncelik verdiği alanların başında bu sorun gelmektedir. ABD’de, prosedürlerde ICD 10 PCS’e (Procedure Coding System) geçişin, gerekli değişiklik ve yenilemeleri de kapsayan maliyeti RAND Corporation tarafından yapılan bir analizde 8-14 Milyar dolar arasında tahmin edilmiştir. Bu geçişin temel gerekçelerinin başında, hastayla bütünleştirilen hastalık bilgilerinin geniş grupta mantığı içerisinde kaybedilmesi ve bilimsel değerlendirmelere imkan sağlamaktan uzaklaşması gelmektedir.

8. Ülke çapında kurulacak bir sağlık kayıtları sisteminin en önemli halkası, birinci basamak ve aile hekimliğidir. Kurulacak sistemde toplanan veriler üzerinden: hekimlere, hizmet verenlere, planlayıcılara, karar vericilere ve politika belirleyicilere bilgi dönüşü olmaz ise, bu sistemlere yatırım yapmanın bir anlamı yoktur. AMGA (American Medical Group Association) ve ANCETA LLC (AMGA’nın bir alt kuruluşu) tarafından sürdürülen ulusal hasta veri ambarı projesi⁶ bu fonksiyonlitenin en kapsamlı örneğidir. AMGA’ya üye 300 medikal grup yılda 50 milyon hastaya hizmet vermektedir. Sağlık veri ambarı projelerinin temel başarı kriteri, anlamlı geri dönüşlere imkan sağlayacak veri ve enformasyon tanımlamalarının yapılmış olmasıdır. Bu tanımlamanın başlangıç noktası ENCODE-FM veya benzer işlevsellikte başka bir sistem olmak zorundadır. Adlandırma ve tanımlamaların (sınıflandırma ve kodlamalarla birlikte) netleştirilmediği bir sağlık kayıt sisteminin başarı şansı yoktur.

KAYNAKLAR

- 1- Future of Family Medicine Project Leadership Committee: The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community, Annals of Family Medicine, Vol. 2, Suppl. 1, March-April 2004.
- 2- de CLERCQ ve ark. Assessment of a Three-Year Experience with a Belgian Primary Care Data Network.
- 3- in E-Health in Belgium and in the Netherlands F.H. Roger France et al. (Eds.) IOS Press 2002
- 4- Denser ve ark. Clinical Quality Measurement. Comparing Chart Review and Automated Methodologies. Medical Care 1997; 35 (6): 539-552.
- 5- AMGA medikal grupları temsil eden bir kuruluştur. Geçen yıl yapılan pilot çalışmaların tamamlanmasından sonra, şu anda 10 medikal grup tarafından hizmet verilen 10 milyon hastayı kapsayan operasyonel veri ambarına geçme aşamasındadır. Gelecek 3 yılda, ANCETA, 25 gruba sisteme dahil edecek şekilde (8-10 milyon hasta) çalışmalarını devam ettirecektir. Pilot çalışmaları takiben, sistemin bütününe gerçekleştirilmesi işi Siemens firmasına devredilmiştir.

Yeni Ufuklar



● Göz taramaları kolaylaşacak

Yeni bir retina fotoğraf tekniği, glom, diyabetik retinopati ve yaşa bağlı makula dejenerasyonu gibi yaygın göz hastalıklarının erken tanısında ve izlenmesinde hayli kolaylıklar getireceğe benziyor. Geçtiğimiz ay, İngiltere’de Institute of Physics’te tanıtılan cihaz, retinayı non-invazif ve güvenli bir yöntemle resimliyor ve göz damarlarının durumunu açıkça gösteriyor. Araştırmacılar, 2020 yılına kadar 200 milyon insanın görme problemi yaşayacağını hesaplandığını fakat bunların yüzde 80’inin önlenabilir olduğunu hatırlatarak, yeni cihazın hastalıkların önlenmesindeki katkısına vurgu yapıyorlar.

Söz konusu cihaz, standart oftalmoskopa likit kristal ayarlanabilir filtre eklenmesiyle oluşturuldu. Cihaz bu sayede belli dalga boylarında retina resimleri alıyor. Resimler gelişmiş bir dijital kameraya kaydediliyor. Göz hareketleri “çıkarılarak” görüntü yeniden düzenleniyor ve görüntünün çözünürlüğünü artırmak için de çok sayıda görüntü “veri küpü”nde birleştiriliyor.

Yöntemin ağrısız olduğu kadar güvenilir de olması nedeniyle yakın gelecekte göz taramalarını hayli etkin hale getireceği belirtiliyor.

Cihazı, İngiltere’nin en çok bilinen firmalarından Phorono4 piyasaya sunmaya hazırlanıyor.

● Erkek kısırlığında sürpriz keşif

‘Nature dergisi’ nin haberine göre kanser araştırmacıları erkek infertilitesinin moleküler temelleri konusunda sürpriz bir keşif yaptılar. Cancer Research UK London Rese-

arch Institute’den araştırmacılar, tümörler etrafında yeni kan damarları oluşumuyla ilişkisi olduğunu bildikleri JAM-C adlı molekülü çalışırken, bu molekülün olgun sperm hücrelerinin gelişimi için anahtar rol oynadığını fark ettiler. JAM-C molekülünün normal fonksiyonunu etkileyen genetik mutasyonların erkek infertilitesini hazırlayabileceğine dikkat çeken araştırmacılar, erkek kısırlığının genetik tedavi konusu olabileceğini haber veriyorlar.

● Alzheimer için iyi haber

University of Pennsylvania School of Medicine’den araştırmacıların ilk bulguları, Alzheimer’lı hastaların beyinlerinin isoprostan adlı toksinlerden arındırılmasının, Alzheimer’ın gelişimini yavaşlattığını gösteriyor. Isoprostan bileşiklerinin beyinde birikerek, hafıza ve dilden sorumlu hücrelerin ölümüne yol açtığını kaydeden araştırmacılar, özel tasarladıkları bir shunt yöntemiyle, sekiz Alzheimer hastasında isoprostan düzeylerini bir yıl içinde yarı yarıya düşürmüşler. Sonuçta, isoprostan düzeyleri düşürülen hastaların kognitif test başarılarının bir yıl içinde aynı kaldığını, diğer hastalarda ise yüzde 20 kadar azaldığını gözlemlemişler.

● Astım ve alerji için yeni T hücreleri

Medical Research News’da yer alan haber, astım ve hava yolu enflamasyonunu azaltan, yeni tip regülatör T hücrelerinden söz ediyor. Stanford University School of Medicine’den araştırmacıların iki yıl içinde ikinci defa doğruladıkları bulgu,

T hücrelerinin yokluğunun solunum hastalıklarının ve alerjilerin nedeni olabileceği teorisini somut biçimde destekliyor. Araştırma ekibinin çalışmaları, bu yeni hücreler hakkında



bilgi vermekle kalmıyor, bu tür hücrelerin diğer T hücreleriyle etkileşimlerine ve Treg adını verdikleri bir T regülatör hücre sınıfının varlığına da ışık tutuyor. Treg’lerin bağışıklık sisteminin “huzur düzenleyicileri” olduğuna dikkat çeken araştırmacılar, diğer T hücrelerinin bir “alerjen”e saldırıp saldırmayacağı kararının bu hücreler üzerinden gerçekleştiğini haber veriyorlar.

● Perineal yırtıklar için Peri-Rule

Birmingham Üniversitesi'nden araştırmacılar doğum sonrası bakımı kolaylaştıran bir cihaz geliştirdiler. Peri-Rule adı verilen cihaz, doğum sonrasında perinede gelişebilecek birinci-ve ikinci-derece yırtılmaları ölçüyor ve boyutlarını belirliyor. Doğum sonrasında her 4 kadından yaklaşık birinde perineal yırtıklar gelişebiliyor. İdrar inkontinansı başta olmak üzere, değişik rahatsızlıklara yol açan bu durum, ebeler ve diğer sağlık personeline daha detaylı ve objektif bir ölçümle gelişen yırtığın boyutlarını belirleme imkanı tanıyor.

● Sinapslarda kritik bulgu

Yale Üniversitesi araştırmacıları, sinir terminallerinde lipid düzeylerinin düşürülmesinin, sinirsel aktarımı engellediğini gösterdiler. Bu konuda yapılan ilk araştırmada, sıçanlarda sinir terminallerinde membran lipidi olarak yer alan fosfatidilinositol-4,5-bifosfat [PtdIns(4,5)] adlı lipidi üreten PIPK1-gamma enzimi yok edilerek, sıçanların sinir sistemi performansı incelendi. PIPK1-gamma enzimi olmadan doğan sıçanların yavrularını besleyemedikleri ve kısa sürede öldükleri gözlemlendi. Bu durum, söz konusu lipidin sinaps noktalarında kritik bir rol oynadığını doğruladı.

Araştırmanın liderliğini yürüten Dr. De Camilli, bu bulguların Down Sendromu, Lowe Sendromu, kanser ve diyabet gibi hastalıklar için anlamlı olduğunu vurguluyor. Down'lı hastalarda ve Lowe'lu hastalarda PtdIns(4,5) düşük seviyelerde kalıyor. Kanser ve diyabet hastalarında da PtdIns(4,5) metabolizması bozuluyor.

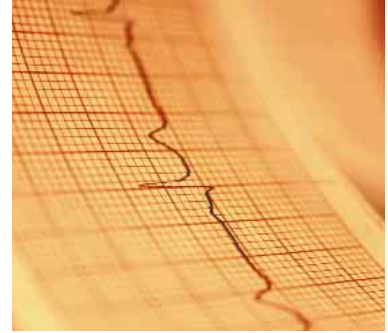
● Kanser tanısına genetik bakış

Bilim adamları, DNA replikasyonunun zamanlamasının denetiminden sorumlu bir DNA dizilimi saptadılar. DNA replikasyon zamanlamasındaki sapmaların kanser oluşumunda kritik rol oynadığını hesaba katan araştırmacılar, söz konusu DNA diziliminin belirlenmesinin erken kanser tanısında yeni ufuklar açabileceğini düşünüyorlar. Çalışmanın detayları 'Journal of Biological Chemistry' nin 1 Ekim 2004 sayısında yer alıyor.

● İnmelelerde kök hücre tedavisi

Medical College ve Georgia University of South Florida'dan gelen haberler ümit verici. Kordon kanından elde edilen kök hücreler, mannitol ile birlikte intravenöz olarak uygulandığında, inmeye bağlı enfarkt alanını ve ha-

sar büyüklüğünü kayda değer ölçüde azaltıyor. "Bulduğumuz şey oldukça ilginç ve yeni bir fenomen" diyor Dr. Cesario V. Borlongan. American Heart Association'ın yayın organı 'Stroke' da yayınlanan makalenin başyazarı Dr. Borlongan, daha önceki çalışmalarda damar içi yoldan kök hücre verilmesinin etkili olmadığına, ancak mannitolle beyin-kan bariyerini aşabildiklerine dikkat çekiyor. İnme sonrası gelişen beyin enfarktlerinde kordon kanından elde edilen kök hücrelerin intravenöz yolla verilmesinin kapısını açan bu deneyim, beyin enfarktlerinde etkili ve non-invazif bir tedavi seçeneğini gündeme getiriyor.



● Köpekler mesane kanserini teşhis edebilir

British Medical Journal'da yer alan bir makale, köpeklerin hassas koku alma yetenekleri sayesinde, mesane kanseri teşhisinde rol alabileceğinden söz ediyor. Tümörlerin özel kokuları olan organik bileşenler ürettiğini kaydeden araştırmacılar, bir köpeğin idrarda çok az miktarda da olsa bu kokuları saptayabileceğini belirtiyor. Çalışma sırasında, mesane kanseri olan 36 hastanın ve 108 kontrol hastasının (bir kısmı kanser dışında bir rahatsızlığı olan, bir kısmı da tamamen sağlıklı) idrar örnekleri, değişik türden ve yaşlardan, 7 aylık eğitim almış 6 köpeğe koklatılmış. Sonuçta, köpeklerin tümörlü hastaların idrar kokularını diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde ayırdığı gözlemlenmiş. Medikal istatistikler açısından oldukça sağlam görünen araştırma sonuçları, bu konuda yapılacak diğer araştırmalar için kılavuz niteliği taşıyor. Araştırmanın detayları www.bjm.com adresinde yer alıyor.



İnsan & İnsanlar



● Yaşlandıkça daha dengeli besleniyoruz

University of Newcastle’da yapılan bir çalışma, yaygın inanın aksine çocukluktan erişkinliğe geçerken daha sağlıklı beslenmeye de geçtiğimizi ortaya koyuyor. Appetite dergisinde yayınlanan çalışmaya göre, bir çok insan sağlıklı beslenme konusunda engellendiğini düşünüyor. Çalışmaya katılan kişiler, eşlerinin ve çocuklarının beslenme tercihlerini, olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini belirtiyorlar. Örneğin, ebeveynlerinin kendilerini pozitif yönde etkilediğini düşünenler erişkin olduklarında daha çok meyve ve sebze yiyorlar. Araştırmaya katılanların üçte birini oluşturan ve çoğunluğu erkek olan bir grup da, eşlerinin diyetlerinin üzerlerinde olumlu etkisi olduğunu belirtirken, çoğunu kadınların oluşturduğu yüzde 10’luk grup eşlerinin, diyetlerini olumsuz etkilediğini belirtiyor.

Katılımcıların üçte biri sağlıklı yemek yiyememelerini yoğun iş hayatına bağlıyor; çünkü meyve ve sebze yemekleri hazırlamanın zaman alıcı olduğunu söylüyorlar. Çalışma için Newcastle University araştırma grubu 11-12 yaşlarındaki çocukların beslenme alışkanlığını sorgulamış ve tam 20 yıl sonra, otuzlu yaşlarının başlangıcında, aynı kişilerle yeniden anket yapmış.

Araştırmanın liderliğini yürüten Amelia Lake, onlu yaşlarda beslenmenin ciddiye alınması gerektiğini, çünkü çocukların taklit etme dönemlerinde çevrelerinden gördükleri beslenme alışkanlıklarını büyüklüklerine taşıdığını vurguluyor.

● Kahvaltı kaçmamalı!

Uyku sırasında, yaklaşık 8 saat kadar yemek yemiyoruz. Bu uzun açlık süresinin sonunda mutlaka bir şeyler yememiz gerekiyor.

Kahvaltıyı atlayanlar günün ilerleyen saatlerinde enerji ihtiyaçlarını telafi edebiliyorlar ama sade bir kahvaltının karşılayacağı vitaminlerden ve minerallerden yoksun kalıyorlar.

Ayrıca, kahvaltıyı atlayanlar, yüksek şekerli ve yağlı yiyecekleri atıştırıyorlar, böylece almaları gerekenden daha fazlasını alıyorlar.

● Bazen sözünüz ilaç yerine geçebilir

Macmillan Cancer Relief tarafından yayınlanan The Directory of Cancer Self Help and Support 2004/05 kitapçığı, sözünüzün hastalara ilaç etkisi yapabileceğini ortaya koyuyor. Çok sayıda kanser hastası ve hasta yakınının katıldığı destek gruplarına hizmet veren grubun yeni yayınladığı destek kılavuzu, hasta ziyaretinin, hastalarla konuşmanın, hastaların birbiriyle sorunlarını paylaşmasının her türlü kanserin tedavisinde kayda değer katkısı olduğunu vurguluyor; her ülkede, her şehirde, her hastanede hasta destek grupları oluşturulmasını tavsiye ediyor.

● Şişmanlık beyinde saklı

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü NIH’ten araştırmacılar, şişmanlarda bazı beyin bölgelerinin şişman olmayanlara kıyasla daha aktif olduğunu saptadılar. Söz konusu beyin bölgeleri yiyeceklerin kokusuna ve tadına tepki olarak daha yoğun duygular üretiyor. Araştırmanın liderliğini yürüten Dr. Angelo Del Parigi, bazı insanların içlerinde daha çok yemek için karşı konulmaz bir eğilim taşıdıkları şeklindeki inancı doğruladıklarını kaydediyor.

Dr. Del Parigi ve arkadaşları, 21 şişman (10 erkek, 11 kadın), 21 zayıf (10 erkek, 11 kadın) deneye 30 saatlik bir oruç döneminden önce ve sonra sıvı bir yiyeceği tattırmışlar ve sinirsel aktiviteleri pozitron emisyon tomografi (PET) ile ölçmüşler. “Meselâ, beynin yiyeceklerle ilgili duygusal tepkilerden sorumlu insular korteks bölgesinde olağandışı yüksek aktivite var ve bu da insanların

obezite riskini yükseltiyor” diye ekliyor Dr. Del Parigi. Del Parigi, bu tür yeni bulguların obezitenin önlenmesinde yeni yaklaşımları gerektirebileceğini vurguluyor.

● Orta yaşlarda doğuran kadınlar daha uzun ömürlü oluyor

American Sociological Association’ın yıllık toplantısında sunulan bir bildiriye göre, ilk doğumunu 27 ve 34 yaşları arasında yapan kadınlar daha uzun ömürlü oluyorlar. Toplam 2215 kadın üzerinde birkaç on yıl süren çalışmada, araştırmacılar kadınları kronik sağlık sorunları konusunda ve diğer durumları konusunda sorguladılar; bu verilere dayanarak her biri için bir ölüm skoru ve sağlık skoru oluşturdular.

Kadınların erken yaşlarda daha az gebelik komplikasyonu riski taşıdıkları doğrulanmakla birlikte, doğumsal defektlerin ve bebek ölümlerinin daha ileri yaşlardaki (26-32 yaşlar arası) doğumlarda keskin bir düşüş gösterdiği, ancak 40 yaşın üzerinde yeniden yükseldiği saptandı.

● Bebekler “çiftler”i daha iyi tanıyor

University of Rochester’den araştırmacılar, bebeklerin sanıldığından daha “uyanık” olduklarını belirtiyor. Örneğin, bebekler henüz 9 aylıkken bile, hep yan yana duran çift eşyaları diğerlerinden ayırabiliyor. Özellikle 9 aylık bebeklerle çalışan araştırmacılar, bebeklerin yıldız, daire, kare, ok ve elmas gibi şekillere ilgi gösterdiklerini, çift halinde gösterilenlere, çiftler içinden de aşına olduklarına daha özel bir ilgi gösterdiklerini saptamışlar. Araştırmacılar, bulgularının bebeklerin çevrelerinin düzenlenmesinde, oyuncak üretiminde önemli ufuklar açacağını belirtiyor.

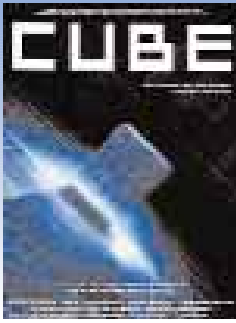


● Eşiniz sağlığınızın aynasıdır

“Eşinizin sağlık durumu kendi sağlık durumunuz için iyi bir göstergedir.” Brigham Young University’den Dr. Sven Wilson’un araştırma sonucuna dayanarak söylediği bu cümle, eşlerin birbirlerine sağlıkta da iyilik yapabileceklerini gösteriyor. Wilson, bu cümleyi bu kadar kesin söyleyebilmek için, 50’li yaşlarını yaşayan 4700 çift hakkını da uzun ve detaylı bilgiler toplamış. Daha önceki çalışmalarda, evli insanların bekârlardan daha sağlıklı olduğunun sıkça vurgulandığını hatırlatan Wilson, evlilik içindeki sağlık etkileşimlerini gözlemlemek istemiş. Sonuçta, eşlerin sağlık durumları arasında çok kuvvetli bir korelasyon olduğunu fark etmiş. Örneğin, 50’li yaşlarının başındaki oldukça sağlıklı olan bir erkeğin eşinin sağlıksız ve bakımsız olma ihtimali hayli düşük. Fakat sağlığı kötü bir erkeğin, sağlığı bozulmuş ya da yeterince iyi olmayan bir kadınla evli olması ihtimali yüzde 24 civarında. Wilson, bu bulgulardan hareketle, halk sağlığı çalışmalarının bireylerden çok ailelere odaklanması gerektiğini hatırlatıyor.

● İsveç ve intihar

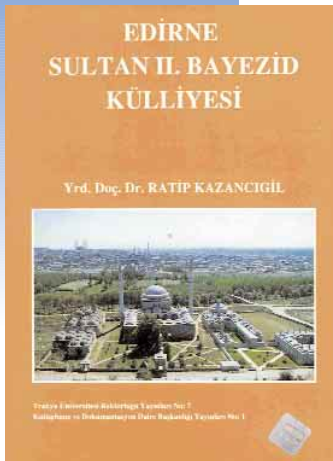
İsveç kaynaklı prospektif bir popülasyon çalışmasının sonuçları, düşük doğum ağırlıklı ve onlu yaş grubundaki bir anneden doğmanın, sonraki yaşam dönemlerinde intihar riskini artıran bağımsız bir etmen olduğunu gösteriyor. Çalışma ayrıca, kardeşler arasında dördüncü ya da daha sonra doğmuş olmanın ve annenin sosyo-ekonomik durumunun zayıflığının intihar girişimi riskini artırdığına da dikkat çekiyor. Araştırma, 1973 ve 1980 yılları arasında doğan 700.000 genç erişkin üzerinde gerçekleştirilmiş. Detaylar The Lancet dergisinin Eylül 2004 sayısında yer alıyor.



DVD/VCD / KÜP

Yönetmen: Vincenzo Natali **Oyuncular:** Maurice Dean Wint, Nicole de Boer, Nicky Guadagni, David Hewlett
Süre: 87 dk

Bir otistik, bir psikolog, bir polis memuru, profesyonel bir hırsız ve matematik ddahisi bir öğrenci... Birbirini hiç tanımayan ve farklı küplerde uyanan bu insanlar çıkış yolu ararlarken kendilerini aynı küpün içinde buluverirler. Niçin bu hücrelerde bulunduklarını ve nasıl geldiklerini bilememektedirler. Kapana kısıldıklarını hissederek; düşündükleri tek şey bu küp içinden en kısa zamanda çıkmaktır. Önce aralarında anlaşmazlıklar çıkar. Fakat kısa zamanda hepsinin bu labirentten çıkmalarına katkıda bulunacak farklı hünerlerinin olduğunu fark ederek korku ve bilinmezlik içinde harekete geçerler. Bunun için bir küpten diğerine geçerek sonsuz sayıda hücrelerden oluşmuş sürreal bir hapishanede kendilerine yol bulmaya çalışırlar. Ama umut yolculuğunda onları bekleyen çok ilginç ölüm tuzaqları vardır. Sadece "kimliklerini" bilen "ne" olduklarını bilmeden nereden gelip nereye gittiklerini anlamaya çalışan insanların serüvenini anlatmaya çalışan bir film



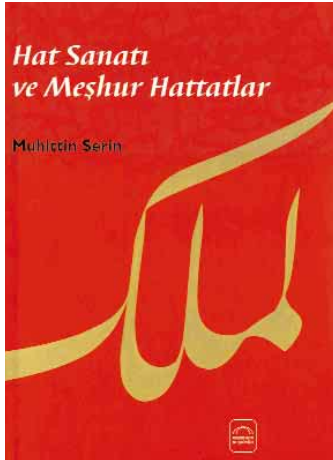
KİTAP / Edirne Sultan II. Bayezid Külliyesi

Ratip Kazancıgil, Edirne 1997

Edirne'de 1488'de hizmete giren II. Bayezid Daruüşşifası, Dünya Tıp Tarihinde özgün bir yere sahiptir. Tıp tarihinde önemli yeniliklere imza atılan Daruüşşifa'dan Tarihten günümüze hep övgüyle söz edilmiştir.

Türk Tıp Tarihçisi Yrd. Doç. Dr. Ratip Kazancıgil, günümüzde de Tıp tarihi müzesi olarak hizmet gören ve sahasında Dünya müzecilik ödülünü kazanan bu Daruüşşifa'nın da içinde yer aldığı külliye tarih vesikalara dayanarak etraflıca tanıtıyor.

Eserin ilk bölümlerinde külliyein kurucusu, mimarı ve birimleri ve tarihi serüveni hakkında bilgi veren Kazancıgil, Daha sonra ayrıntılı olarak Daruüşşifa'yı inceliyor. Sadece mimari yapı hakkında bilgi vermekle kalmayan Kazancıgil, Daruüşşifa'nın fonksiyonu, kadrosu, hizmet ve tıp anlayışı konusunda da önemli değerlendirmelerde bulunuyor.

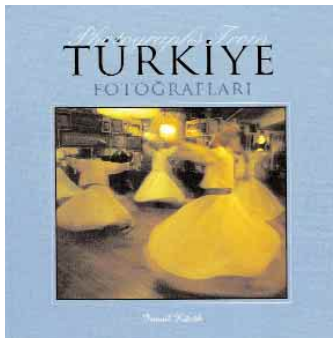


KİTAP / Hat Sanatı ve Meşhur Hattatlar

Muhittin Serin, Kubbealtı, İstanbul 2003

Eser hat sanatımızın sahip olduğu estetik değerleri, çeşitli hat üsluplarını önde gelen hat üstadlarından örnekler vererek tanıtmak ve bu zengin dünyanın kapılarını meraklılarının istifadesine açmak, hat sanatıyla ilgili bilgi ve şuur kazanılmasına katkıda bulunmak, araştırmacılara rehberlik yapmak ve yeni eserlerin neşrine zemin hazırlamak amacıyla hazırlanan eser yoğun ve uzun süreli bir çalışmanın ürünü.

Kitabınbirinci bölümünde hat sanatının estetiği, ikinci bölümde arap yazısının menşei ve tarihi serüveni, üçüncü bölümde Osmanlı hat mektebinin teşekkülü ve bu mektebin kurucuları, dördüncü bölümde ta'lik ve nesta'lik, divani, rik'a, ve siyakat yazı türleri beşinci bölümde yazı aletleri ve malzemeleri hakkında bilgi veriliyor. Her bölümde ele alınan konular hakkında bilgi verilirken. Mesele sahanın önde gelen, ekol ve tavir sahibi üstadlarının eserleriyle de misallendiriliyor.



KİTAP / Türkiye Fotoğrafları

İsmail Küçük, İstanbul 2003

Fotoğraf sanatçısı İsmail Küçük, yıllardır biriktirdiği onbinlerle ifade edilen fotoğraf karelerinden seçtiği 47 diayı Türkiye Fotoğrafları adı altında kitaplaştırdı. Yeryüzünü yeni aydınlatmaya başlayan güneşin Haliç'te suların üzerine aksedeşini yansıtan fotoğrafla başlayan eserde İstanbul karelerine, Konya, Kastamonu, Antalya, İzmir, Kayseri gibi yurdumuzun çeşitli bölgelerinden kesitler yer alıyor.

11. Infertilite ve Üreme Kongresi

Başlangıç Tarihi: 01.10.2004
Bitiş Tarihi: 03.10.2004
Yer: Sheraton Hotel / ANKARA
Telefon: (312) 538 08 44

XVII. Ulusal Patoloji Sempozyumu

Başlangıç Tarihi: 01.10.2004
Bitiş Tarihi: 06.10.2004
Yer: Gaziantep
İrtibat: MDs Organizasyon
Telefon: (0312) 447 38 08
Faks: (0312) 436 85 25

18. Ulusal Üroloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 02.10.2004
Bitiş Tarihi: 07.10.2004
Yer: Pine Beach Otel / ANTALYA

OTİZM / Gelişimsel Nöropsikiyatri Toplantıları II

Başlangıç Tarihi: 05.10.2004
Bitiş Tarihi: 07.10.2004
Yer: Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı / İSTANBUL
Telefon: (0212) 292 44 17
Faks: (0212) 245 63 58
İnternet Adresi: <http://www.istanbulotizmsempozyumu.org>

IV. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kardiyak Cerrahi Kongresi

Başlangıç Tarihi: 06.10.2004
Bitiş Tarihi: 09.10.2004
Yer: Hilton Otel / KAYSERİ
Telefon: (0212) 234 65 05
Faks: (0212) 234 65 20
e-mail: info@probiz.com.tr

3. Anadolu Adli Bilimler Kongresi

Başlangıç Tarihi: 07.10.2004
Bitiş Tarihi: 10.10.2004
Yer: Osmangazi Ünv. Tıp Fak. / ESKİŞEHİR

International Interim Meeting On Home Care & Hospice In Oncology

Başlangıç Tarihi: 07.10.2004
Bitiş Tarihi: 09.10.2004
Yer: Grand Cevahir Hotel / İstanbul
Telefon: (0312) 467 69 91 Faks: (0312) 467 70 62
İnternet Adresi: <http://www.homecare2004.org/>

II. Ulusal HPLC ve Diğer Separasyon Teknikleri Sempozyumu

Başlangıç Tarihi: 07.10.2004
Bitiş Tarihi: 09.10.2004
Yer: GATA Tıp Fakültesi - Etlik / ANKARA
İrtibat: Uz. Dr. Neslihan Bukan
Telefon: (0312) 304 33 13 Faks: (0312) 304 33 19
e-mail: hplc2004@gata.edu.tr

VI. Serebral Palsy Sempozyumu

Başlangıç Tarihi: 08.10.2004
Bitiş Tarihi: 09.10.2004
Yer: Metin Sabancı Spastik Çocuklar Merkezi
Telefon: (0216) 574 58 69
Faks: (0216) 574 58 84
İnternet Adresi: <http://www.tscv.org.tr/index.html>

TOD 38. Ulusal Kongresi

Başlangıç Tarihi: 09.10.2004
Bitiş Tarihi: 13.10.2004
Yer: Pine Beach Hotel, Atlantis Hotel- ANTALYA
İnternet Adresi: <http://www.tod2004.net/>

VIII. The Mediterranean Ophthalmology Society Congress

Başlangıç Tarihi: 13.10.2004
Bitiş Tarihi: 16.10.2004
İrtibat: Prof. Dr. Leyla Suna ATMACA
Telefon: (0312) 230 72 11
Faks: (0312) 230 08 28

XI. International Conference on Behçet's Disease

Başlangıç Tarihi: 27.10.2004
Bitiş Tarihi: 31.10.2004
Yer: Antalya
Telefon: (0212) 258 60 20
Faks: (0212) 258 60 78
e-mail: behcet2004@figur.net

İNTERNET DÜNYASINDAN



www.rshm.saglik.gov.tr

Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının resmi sitesi. Merkezin çalışmaları hakkında detaylı bilgilerin alınabileceği sitede, Türkiye'nin Zehir Danışma merkezini de içinde barındıran başkanlığın mikrobiyoloji alanındaki çalışmaları da detaylı olarak veriliyor. Ama sitenin en ilginç bölümü nostalji sayfası. Türkiye Cumhuriyeti ile neredeyse yaşıt olan merkezin tarih içindeki seyrini görebileceğiniz bu sayfaları kaçırmamalı.



www.mayoclinic.org/turkish

ABD'deki meşhur Mayo Kliniğin Türkçe hazırlanmış sayfası. Bu sayfadan klinik ve çalışmalar hakkında bilgi edinebilirsiniz. Sayfadan randevu alınabilmesi ise dikkate değer bir nokta.



www.literatur.web.tr

Literatür adlı derginin internet sitesi. Literatür dergisinin eki olan "aktüel" in yazılarını bu siteden okuyabilirsiniz. Ara sıra uğrayıp son haberleri okumakta fayda var.



www.dentrium.com

Ağız ve diş sağlığı ile çok geniş bilgilerin verildiği bir site. Başlıklar altında ilgilendiğiniz konuları çok rahat bulabiliyorsunuz. Eğer aradığınız konuyu bulamazsanız e-posta yolu ile sorma imkanı da sağlıyor, tatminkar olması planlanmış içerikle buna fazla ihtiyaç kalmıyor, ancak sitenin güncellenmesinde gecikme yaşandığı da dikkat çekiyor.



www.epediatri.com

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hakkında bir site. Profesyonellere yönelik sayfalarının yanı sıra bu konuda bilgi almak isteyen her kesimden kişiye hitap eden sayfaları da var. Çocuğu olan herkesin şöyle bir gezmesi gereken bir site.

	S	E	U	T	S	N	M
K	K	S	S	N			
M	I	L	K	E	i		
M	L	Y				Y	
L	H	Y	G			K	
i	K	S	V		N		
T	i	M	G		E	N	
N	i	T	E		F	i	Z
K	i	S		N			
i	Z	N			i	T	
i	Z	i	N	S	i	N	i
E	K		M		N	E	F
T	M	i	T				
H	E		N	Y			
H	i	T	E	E			
Z	i	M	E	T			
Y	L	i	i				

GEÇEN SAYININ CEVABI