

Mayıs 2004

5 Hizmet zordur ama...

■ PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR

Dergimizin her sayısını yeni bir heyecanla beklediğimi söyleyerek başlamak istiyorum söze. Bekliyorum çünkü dinlenecek, söylenecek çok şey var. Bekliyorum çünkü meslektaşlarımı buradan duymak, buradan onlara seslenmek istiyorum.



5

7 Benim hemşirem

■ PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

Annedir, dosttur, kız kardeşidir, hemşiredir o. Kadın duyarlığı, anne şefkati, evlat sorumluluğu birlikte kutsal görevde düğümlenir ve hepimizin kız kardeşi, hemşiresi olur.



8

8 Hemşirelik günü kutlandı

■ SELİM MUTKAN / OSMAN GÜZELGÖZ

Sağlık Bakanı Akdağ Türkiye'nin her ilinden seçilerek Ankara'ya davet edilen hemşireler karşısında konuşurken bir çok hemşire gözyaşlarını tutamadı.



42

10 Prof. Dr. Alâeddin Yavaşca ile

■ DR. MÜRŞİT TOPRAK

Hayatım hikaye değil, hakikattir. 1 Mart 1926... Kilis'te son erkek evlat olarak doğmuşum. Bildik tabirle tekne kazıntısı. Sekiz kardeşiz, ikisi ölmüş; üç erkek, üç kız yaşıyor... Bu çocuk etrafı tedirgin edecek derecede hırçın ve şamatacı.

16 Sağlıkta performans yönetimi

■ DR. MEHMET DEMİR

Yönergedeki bir ana unsur da, sağlık kurum ve kuruluşlarında yardımcı hizmetli personelden Başhekim ve Sağlık Müdürlerine kadar bir ekip işi olan sağlık hizmeti sunumunda, ekibi oluşturan personelin, hizmete yaptığı katkıyı belirlemesidir.

22 Aşk üzerine...

■ DOÇ. DR. KEMAL SAYAR

Romantik aşkın bel kemiğini oluşturan şey, gerçek bir kayıp duygusu hissetmeksizin teslimiyettir; öyle ki aşkın gerçekleşme ihtimali ne kadar uzaksa aşkın ateşi o kadar harlı olur.



32

Mayıs 2004

25 Ulusal ilaç kurumu kurulmalıdır

14 Mayıs Eczacılık Günü'nde İzmir'de konuşan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, "Uluslararası normları yakalayacak, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk, "Ulusal İlaç Kurumu" şeklinde bir yapı oluşturulması gereklidir" dedi.

27 Eczacılık Günü kutlanırken...

■ ECZ. MEHMET DOMAÇ

29 Sağlıkta yeni kalite göstergesi

■ PROF. DR. METİN ÇAKMAKÇI

Tıbbi hatalara, artık, sağlık sisteminin doğrudan bir kalite (ya da kalitesizlik) göstergesi olarak bakılmakta. Bu nedenle konu çok ciddiye alınmakta, önce ölçülüp sonra da azaltılması için yöntemler geliştirilmekte ve bunlar uygulanmakta.

32 Haseki Dâruşşifâsı

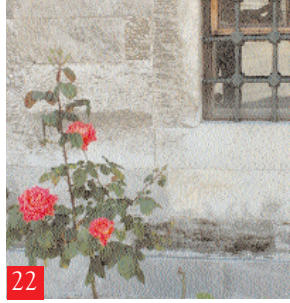
■ DR. KADER YILMAZ

Mimar Sinan'ın bir ince duyguya bir büyük sultanın sevdasına ve kendi sanatına yaraşır bir zarafetle inşa ettiği dâruşşifâ zaman içinde, doğal afetlerin tesiri ve kullanım amacına göre bazı değişikliklere uğramıştır.

38 Hıfzıssıhha Merkezi

■ OSMAN GÜZELGÖZ

80 yıllık Cumhuriyet tarihimizde 76. yılını kutlayan bir kurum Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi. Yaşı neredeyse Cumhuriyetimizle eşit olan bu sağlık kuruluşumuzun tarihçesini, kuruluş amacını, tarihindeki işlevini, kurum başkanı Doç. Dr. Turan Aslan'la konuştuk...



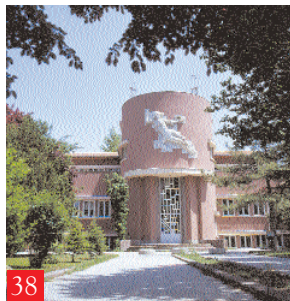
22



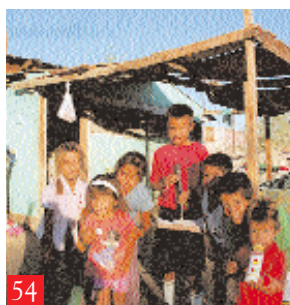
27



47



38



54

42 Sağlıkta Koşar Adım

■ DR. HÜSEYİN DEMİREL

Sağlık Bakanlığı Mart-Nisan döneminde yine pek çok önemli çalışmaya imza attı. Bu çalışmalardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

46 Atropa belladonna

■ DR. SENAİ DEMİRCİ

Yarın sabah aynaya baktığınızda hatırlamanız gereken şifreyi veriyorum: Atropa belladonna. Gözlerinizin içine bakarak tekrarlayın bu şifreyi.

47 Hastanelerde hekimlerle ilişkiler

■ PROF. DR. HAYDAR SUR / DR. BERNA EREN

50 Hemşirelik ve yeni biçimli rolleri

■ DOÇ. DR. AYTOLAN YILDIRIM

Ülkemizde hemşireliğin sağlık bakım sistemi içinde konumunun uluslararası kararlar açısından değerlendirildiğinde; önemli gereksinimleri karşılama henüz hazır olmadığı görülür.

52 Yoksul ailelerde riskler azalacak

■ DR. M. RIFAT KÖSE

Çocuklar ve anne adayları düzenli sağlık kontrollerinin yapılması şartıyla nakit transferi, eğitim ve sağlık yardımlarından yararlanabilecekler.

54 Japonya ile depreme dayanıklı hastane yapımında işbirliği

■ KENAN BOZGEYİK

56 Aile hekimliği gündemde

58 Kalbimiz Siyami Ersek'e emanet

60 Yeni Ufuklar

61 İnsan & İnsanlar

62 Kültür Sanat

64 Bulmaca

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi
Adına Sahibi
Doç. Dr. Turan Aslan

Yayın Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Necdet Ünüvar

Genel Yayın Yönetmeni
Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Sorumlu Yazışleri Müdürü
Osman Güzelgöz

Reklam ve Halkla İlişkiler
Mine Tunçel

Sanat Yönetmeni
Mustafa Mutlu

Grafik Tasarım
Selim Akyüz

Yazışma Adresi
Refik Saydam Hıfzıssıhha
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 hekim, eczacı, hemşire ve
diğer sağlık personeline Sağlık
Bakanlığı'nın hediyesidir.
Halka açık yerlerde satılmaz.
Kaynak gösterilmeden
yazılar iktibas edilemez,
alıntı yapılamaz. Yazılar yayımlansın,
yayınlanmasın iade edilmez.
Yazılarda kısaltma yapılabilir. Hukuki
sorumluluk yazarlara aittir.

Editör'den

Bir dergi hazırlamanın en güzel heyecanı, selamlama için kul-
lanılan hitapta bir kere daha okuyucunuzla buluştuğunuzu işaret
eden bir ifadenin bulunmasıdır. SB Diyalog adlı bu köprüde bir-
birimize doğru bir adım daha atabilmenin mutluluğunu, birbiri-
ze yaklaşırken asıl önemli olanın aradaki mesafenin kısalması ol-
duğunu farkederek, yaşıyoruz.

Dergimizin her sayısının yeni bir heyecan, yeni bir mutluluk ve
buluşma vesilesi olmasını, neticede sizin derginin olmasını istiy-
yoruz. Bunun için derginin, tek taraflı bir bildirim olmasından çok,
karşılıklı bir iletişim ortamı sağlamasını, ismine uygun şekilde
sağlıkla ilgili herkesin buluşmasını sağlayan bir zemin olmasını
arzu ediyoruz. Bu zeminde yaptıklarımızı, yapmak istediklerimizi
ve duyularımızı size duyurmak isterken, sizlerin de hislerini, he-
yecanlarını, sevinçlerini, hüznlerini, beklentilerini, tenkitlerini,
şikayetlerini, kısacası sesinizin duyulmasını sağlama gayreti içe-
risindeyiz. Bu dergi sizin sesiniz olduğu ölçüde başarılı olacak,
asıl amacını yerine getirebilecektir.

Mayıs ayı sağlıkçılar için iki güzel günü içinde barındırıyor.
Çok kısa bir zaman içinde hemşirelerimiz ve eczacılarımızın gün-
lerini kutladık, bu fırsattan istifade dertlerini dinledik. Bu iki gün
vesilesi ile dergimizde beğeni ile okuyacağınız yazılar ve kutlama
haberleri mevcut. Biz de hemşirelerimiz ve eczacılarımızı tebrik
ediyoruz.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu performans yöneti-
mi ve buna bağlı döner sermaye ek ödemeleri uygulanmaya baş-
ladığı ilk günden beri yoğun tartışma konusu oluşturdu. Bu sayı-
mızda konu ile ilgili bir dosya yazımız var. Akla takılan pek çok
sorunun cevabının bulunabileceği bir yazı.

Musikimizin en önemli isimlerinden ve yıllarını tıp mesleğine
vermiş Prof. Dr. Aleaddin Yavaşca ile yapılan söyleşiyi büyük bir
keyifle okuyacağınıza inanıyoruz. Aşk Üzerine'yi okurken gönül
dünyasına gidecek, Haseki Dârüşşifâ'sının anlatıldığı yazıyla geç-
mişe doğru huzurlu bir seyahate çıkacaksınız.

Bakanlığımızın en köklü kurumlarından Refik Saydam Hıfzıssıh-
ha Merkezi'nin tanıtıldığı dosyada ise geçmişte yapılan güzel ya-
tırların geleceğimizi nasıl şekillendirdiğini daha iyi anlayabile-
ceksiniz.

Zevkle okunacak bir dergi hazırlamaya çalıştık. Beğeneceğini-
zi umuyoruz.

Haziran'da "tekrar" merhaba diyebilmek üzere...

Sağlıkla nice sayılara...

Hizmet zordur; ama...

Ben; doktorumun, hemşiremin, sağlık memurumun evrenin en kıymetli varlığı insana hizmette en küçük rolü olan herhangi bir personelimin ne kadar önemli olduğunu biliyorum. Çünkü dünyadaki her şeyi algılayan ve yorumlayan tek canlı olan insanın en önemli konularından biri sağlık, sağlığımızın mimarları ise sağlık çalışanlarıdır.

■ Prof. Dr. Necdet Ünüvar | Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Dergimizin her sayısını yeni bir heyecanla beklediğimi söyleyerek başlamak istiyorum söze. Bekliyorum çünkü dinlenecek, söylenecek çok şey var. Bekliyorum çünkü meslektaşlarımı buradan duymak, buradan onlara seslenmek istiyorum.

Ben; doktorumun, hemşiremin, sağlık memurumun evrenin en kıymetli varlığı insana hizmette en küçük rolü olan herhangi bir personelimin ne kadar önemli olduğunu biliyorum. Çünkü dünyadaki her şeyi algılayan ve yorumlayan tek canlı olan insanın en önemli konularından biri sağlık, sağlığımızın mimarları ise sağlık çalışanlarıdır.

Sağlık, sıfırların önündeki 'bir' gibidir, bütün diğer sıfırların, eğer o varsa bir manası var, yoksa,.. yoktur...

İnsanlığa böyle bir katkıda bulunma fırsatı sağlık çalışanları için bulunmaz bir ayrıcalıktır elbette. Sağlık çalışanları olarak bizler, bir ömür boyu, gecesi gündüzü olmayan günler boyunca, sıkıntıları, dertleri, problemleri olan insanlarla muhatap olmayı kabullenmiş, bunu

bir hayat tarzı olarak benimsemiş bireyleriz. Ve bu tarzı bizler severek, isteyerek seçtik.

Diğer meslekleri küçümsemek aklımın köşesinden bile geçmedi bu satırları yazarken. Hayatın hangi mesleği kolayca vazgeçilebilirdir ki? Fırıncılıktan, bakkallıktan, kasaplıktan, manavlıktan, ayakkabıcılıktan vazgeçebilir miyiz? Geçemeyiz ama, mesleğimizin bütün diğer meslek dalları arasında istisnai bazı farklılıklara sahip birkaç meslekten biri olduğunu da inkâr edemeyiz.

Farkımız taşıdığımız sorumluluk, farkımız uymak zorunda olduğumuz etik kurallarımız, farkımız hizmet verdiğimiz toplum kesiminin, (diğer meslek guruplarına kıyasla) karşımızda, daha baskın bir 'insan' unsuruyla bulunduğunu görmemizin gerekliliği ve bunun tabii bir sonucu olarak hastalarımızı ticari bir emtia gibi görmememizdir. O halde böyle bir mesleği, o halde böyle bir mesleğin men-suplarını nasıl sevmeyebilirim?

Doktor, hemşire ve diğer sağlık hizmetlileri, sundukları hizmet açısından tatili olmayan kişilerdir. Günün her saati, bayramda, seyranda, eş, dost ziyaretlerinde dahi destek isteyen insanlarla karşılaşılır. Çoğu insanın gözünde onlar sadece bu vasıflarıyla tanımlanmanın ötesinde, sadece ameliyat yapan, reçete yazan kişi değil; tavır, davranış ve sorumlulukları ile topluma örnek olan (veya olması beklenen) kişilerdir.

Hizmet ekip işidir. Başarı birlikte, uyum içinde, özverili olarak çalışarak elde edilir. Bizler için özellikle hizmet ürettiğimiz yerler olan hastanelerde ekip olmak, birlikte uyum içinde çalışmak büyük önem taşımaktadır. Yapılan hizmetlerin odağında insan mutluluğu, insan mutluluğunun odağında ise sağlık vardır. O halde bu büyük ekibin ortak amacı insanların sağlıklı, huzurlu yaşamalarını sağlamaktır dersek fazla abartmış olmayız.

Etkin bir ekip, ortak bir amaca ulaşmanın en iyi yolunun işbirliği olduğuna inanan; açıklık, güven ve dürüstlük ilke-leriyle sorumluluk atmosferinde hareket eden insanlardan oluşur.

Horace'ın dediği gibi "Hiç kimse her şeyi bilemez." Ekiplerin başarılı olması için etkili bir iletişimin var olması gerekir. Bu da ekip üyelerinin birbirlerine saygı ve güven duyması ile sağlanır.

Bizler sağlık sistemimizde olumlu değişiklikler yapmak

için çalışıyoruz. Dünün sorunlarının, dünün bakış açısı ile çözülemeyeceğini de biliyoruz. Bu sorunların çözümü yeni bakış açısı ve sistem değişikliği ile olacaktır. Bu amaçla yeni adımlar atmaktayız.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile Devlet Hastaneleri, Si-

gorta Hastaneleri ve Kurum Hastanelerini birleştirip vatandaşların kullanımına açtık;

-Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,

-Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,

-Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,

-Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,

-Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,

-Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,

-Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,

-Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,

-Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,

-Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

-Sağlık alanında da e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi çalışmalarını yapıyoruz.

Misyonumuz gereği bilim adamı olma yolunu açıyoruz. Biz hem hizmet alanlar hem de hizmet verenler için çalışıyoruz.

Kurumları büyük yapan önemli hususlardan biri yaptıkları işler kadar başlattıkları süreçler, açtıkları yollar-
dır. Her zaman yapılacak çok iş vardır ve bunları yaparak dahi tüm ihtiyaç ve beklentiler karşılanamaz. Ancak açılan yollar başlatılan süreçler sonsuz sayıdaki işlerin yapılması için ortamları hazırlar.

Sağlık sistemimizi insanlara çile

değil, huzur ve sağlık verir hale getireceğiz.

Yönetim sistemi olarak uygulayacağımız performans sistemi ve birlikte yapacağımız çalışmalarla doktorluğu:

hak ettiği ücreti alan,

hastasını önce insan olarak gören,

hastasına değer veren;

bu nedenle de toplumda saygınlığı azalmayan bir meslek olarak koruyacak ve yaşatacağız.

Sevgilerimle. ■



*Bizler sağlık
sistemimizde olumlu
değişiklikler
yapmak için çalışıyoruz.
Dünün sorunlarının,
dünün bakış açısı ile
çözülemeyeceğini de
biliyoruz. Bu sorunların
çözümü yeni bakış açısı
ve sistem değişikliği ile
olacaktır.
Bu amaçla yeni adımlar
atmaktayız.*

Benim hemşirem

Hemşireler Günü Anısına



Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Sağlık hizmeti insan odaklı bir hizmettir. Doktorundan hastabakıcısına kadar her aşamada sabır ve fedakarlık kaçınılmazdır. Yoğun mesailerin geceyi gündüze, gündüzü geceye devşirdiği, kaderin mutsuz yüzü ile tanışmış insanların mutlu edilmesi uğruna mutlulukların feda edildiği bir ömre mahkum olmak vardır bu yolda.

Sağlık hizmeti hekimle sembolleşmiştir. Ancak bu ekibi güçlü kılan, hastasına hizmette etkili ve başarılı kılan ekibin diğer üyeleridir. Ekibin içinde yönetici ve yönlendirici sorumluluğu hekimde olmakla birlikte hasta ile daha sık temas eden, işin teknik yönünü omuzlayan ve iletişimde esas rolü oynayan, hem tedavi edici hem eğitici hem bakıcı olan hemşiredir.

Ergenlik döneminin heyecanı ile birlikte yüzlerin, binlerin sorumluluğu biner omuzlarına. Kısa zamanda hayata atılma arzusu uzun bir tecrübe yolculuğuna dönüşür.

Bir anne şefkati ile ağlayan bebeği kucaklamak zorundadır, daha anne olmadan. Her çalışan anne gibi kendi yavrusunu öksüzlüğe emanet edip, servisindeki bebeklerin bakımını üstlenmek gibi bir mecburiyeti vardır.

Acı çeken hastanın enjeksiyonunu yapma ve acısını dindirme telaşı içinde iken, verdiği acı nedeniyle hastanın tepkisini göğüslemek düşer ona. İstirapla sabahı bekleyen hastanın teselli bulacağı, gece boyunca defalarca yanına çağırarak sıkıntısına ortak edeceği ve doktora yapamadığı kapisine, gösteremediği tepkisine muhatap kılacağı kişidir o.

Bir evladın hayatı boyunca kendisinden destek isteyen, saygı bekleyen sadece bir tane hasta ve yaşlı anne-babası olabilir. Onlara saygı göstermesi, tahammül etmesi bir gereklilik, bir ödev iken, bazen bunu yapmayan nicelerine şahit oluruz. Ama o her hastayı kendi hastası olarak, her yaşlıyı kendi anne ve babası olarak sürekli gözetmek durumundadır. Sevmek, bakmak, sabretmek zorundadır.

Yaşlı teyzemin, ninemin, dedemin koluna girip yürüyüşünde destek olur, dayanak olur, baston olur. Onlara göstereceği şefkat anlık değil sürekli. Bu hastalardan kendi çocuklarının, kendi yakınlarının bazen esirgediği saygı ve şefkati onlara gösterir, göstermelidir, çünkü hemşiredir.

Yatağında gözünü aralayan hastanın karşısında ilk gördüğü gülümseyen yüzdür. Sıkıntısından taşkınlaşan garibin ilk hiddetlendiği, kızdığı kişidir de.

Annedir, dosttur, kız kardeş, hemşiredir o.

Kadın duyarlığı, anne şefkati, evlat sorumluluğu birlikte kutsal görevde düğümlenir ve hepimizin kız kardeşi, hemşiresi olur. ■

SAĞLIK BAKANI PROF. DR. RECEP AKDAĞ:

“Mesleğimin birçok inceliğini hemşirelerden öğrendim!”



Selim Mutkan | Osman Güzelgöz

Başlıktaki cümle Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'a ait. Bu ve benzeri bir çok cümlesi ile, kutlama biçimi ve yaşanan duygusalılıklarla, Türkiye'nin her ilinden gelen hemşireler ve Sağlık Bakanı arasında yaşanan göz yaşartıcı manzaraları ile Hemşireler Günü kutlamaları katılan herkesin anılarında çok önemli bir hatıra olarak yaşayacak.

Farklı bir kutlama

Her şey Sağlık Bakanlığı tarafından İl Müdürlüklerine gönderilen bir faksla başladı. Faksta bu yıl 12 Mayıs Hemşireler Günü Etkinlikleri çerçevesinde her ilden bir hemşirenin seçilerek 11 Mayıs 2004 tarihinde Ankara'da olmasının sağlanması isteniyordu. Hemen duyurular yapıldı ve valizler toplanmaya başlandı. Kimilerini uzun bir yol bekliyordu ne de olsa. Bir taraftan illeri adına seçilmiş olmanın verdiği gurur bir yandan Ankara'da nasıl bir kutlama olacağına ilişkin soru işaretleri bu yolculuğu daha da heyecanlı kılmıştı.

Buluşma noktası

Türkiye'nin hemşireleri 11 Mayıs Salı sabahından itibaren buluşma noktası olan Doğa Residence Hotel'e yerleşmeye başladılar. Burada

Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından karşılanan Türkiye'nin Hemşireleri ilk şaşkınlığı ve yorgunluğu attıktan sonra lobi-deki tanışma ve kaynaşma çayına katıldılar. Sorumluluklar ve sorunlar bir olunca kaynaşmak çok kolay olmuş, Anadolu'nun bu fedakar bacıları yudumladıkları çaylarının dumanıyla yüreklerinin sıcaklıklarını birleştirerek Ankara'yı ısıtmışlardı bile.

Sağlığın Yıldızları

Yine 11 Mayıs Salı akşamı Sağlık Bakanlığı bürokratları, Ankara İl Sağlık Müdürü Selahattin Şahin ve Hemşireler Derneği Başkanı Döne Çoban'ın da katıldığı akşam yemeği oldukça keyifli geçti.

Sağlık Bakanı Akdağ Türkiye'nin her ilinden seçilerek Ankara'ya davet edilen hemşireler karşısında konuşurken bir çok hemşire gözyaşlarını tutamadı.

Ankara Radyosunun değerli saz sanatçıları tarafından icra edilen Türk Sanat Musikisinin önemli eserleri yavaş yavaş havayı ısıttı ve özellikle Dernek Başkanı Döne Çoban'ın yaptığı konuşmadan sonra gerçek bir eğlence başladı. Bu arada yapılan Sağlığın Yıldızları Ses Yarışmasına katılan ve medeni cesaretlerini söyledikleri güzel şarkılarla birleştirmesini beceren beş hemşiremini mini hediyelerin sahibi oldular.

Ata'ya vefa

12 Mayıs Çarşamba sabahı çok daha güzel ve heyecanlı başladı. Bütün hemşirelerin ilk durağı Atamızın huzuru olacaktı çünkü.

Birlikte yapılan kahvaltının ardından iki ayrı otobüse binilerek Anıtkabir'e doğru yola çıkıldı. Dernek kanalıyla ve diğer kuruluşlardan gelen meslektaşlarla birlikte Atatürk'ün manevi şahsiyeti huzurunda saygı duruşunda bulunuldu.

Büyük Önderin kabrine konulan çelenkten sonra hep birlikte Kurtuluş Savaşı ve Atatürk Müzesi gezildi. Özellikle Çanakkale Savaşı'nın konu edildiği animasyonlara rehberimizin anlattığı 57. Alayın hüznü hikayesi de eklenince yaşlar göz pınarlarından bir sel oldu indi aşağıya.... Gün boyu sürecektir duygusallık aslında Anıtkabir'de başlamış oldu.

Anıtkabir'deki törenin ardından öğle yemeği ve kutlama töreni için tekrar otele döndü. Tören sırasında 81 ilden gelen hemşireler adına kimin konuşacağı kura ile belirlendi. Çekilen kurada şanslı il Manisa oldu.

Sağlık Bakanlığı bürokratlarının neredeyse eksiksiz olarak katılımıyla gerçekleşen yemekte meslektaşları adına konuşma yapan Mürüvvet Benli, Bakanı ile birlikte olmaktan son derece mutlu olduklarını duygulu cümlelerle ifade etti ve kendilerine gösterilen bu ilgiden dolayı tüm yetkililere teşekkürlerini sundu.

Anadolu'nun bacıları

Törendeki coşku ve duygusallık Sağlık Bakanı Akdağ'ın konuşmasına da yansıdı. "Sizler Anadolu insanımızın bacılarından" diye sözlerine başlayan Sağlık Bakanı AKDAĞ, hemşirelerin özlük hakları ve statüleri ile ilgili olarak yaptıkları çalışmaları ve düşüncelerini anlattı.

Hiçbir meslek grubunu Anadolu insanının kendine bu kadar yakın hissetmediğine dikkat çeken Prof. Dr. Recep Akdağ "Anadolu insanı kız kardeş anlamına gelen hemşire ismini koyarak belki de meslekler arasında en büyük payeyi sizin mesleğinize vermiştir. Bu yüzden ben sizlere Anadolu'nun Bacıları diyorum!" dedi.

Sağlık Bakanı Akdağ'ın "Ben doktorluğumun ilk yıllarında mesleğimizin bir çok inceliğini hemşirelerden öğrendim!" cümlesi salonda alkış tufanı kopmasına neden oldu.

Tören sırasında Türkiye'nin 81 ilinden seçilerek Ankara'ya davet edilen bütün hemşirelere Teşekkür Belgesi verildi. Bir sürpriz de belge dağıtımında yaşandı. Hemşireler teşekkür belgelerini bizzat kendileri Sağlık Bakanı Akdağ'a imzalatılarak alındı.

.... Ve veda zamanı...

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın teşekkür mektuplarını tek tek imzalayıp salondan ayrılmasının ardından artık veda vakti gelmişti. Bir gün önce neşe ile açılan valizler bu kez hüznü toplandı ve illere dönmek için tüm hazırlıklar tamamlandı.

Daha iki gün önce birbirini tanımayan bu 81 meslektaşın ayrılışını izlemek çok da kolay değildi. Adresler ve tekrar görüşmek üzere sözler alınıp verildi. Nazar boncuklarıyla karşılanmışlardı Ankara'ya indiklerinde. Yollarının açık olması dilekleriyle uğurlandılar.

Gelecek yıl yine gelinecekti. Belki de bu tören Anadolu'nun başka bir güzel köşesinde tekrarlanacak; bütün hemşireler yine davet edilecek ve bizzat kendi Bakanları tarafından konuk edileceklerdi.

Giderken yine gözyaşları vardı herkesin gülen gözlerinde ve bir hemşirenin unutulmayan şu cümleleri:

"Bizim için hiçbir şey yapmasaydı bile; bu hemşireler günü törenlerindeki sevgisi, sıcaklığı ve insanlığı ile biz Bakanımızı asla unutmayacağız."

Biz de sizleri unutmayacağız Anadolu'muzun fedakar bacıları... Türkiye'mizin özveri abidesi sevgi dolu hemşireleri. ■



Sesinde ve tavrında bütün bir geçmişi yaşatan sanatkar

Prof. Dr. Alâeddin Yavaşça ile



■ *Dr. Mürşit Toprak*

Efendim sohbetimize hayat hikayenizin ilk anlarıyla başlasak...

Hayatım hikaye değil, hakikattir. 1 Mart 1926... Kilis'te son erkek evlat olarak doğmuşum. Bildik tabirle tekne kazıntısı. Sekiz kardeşiz, ikisi ölmüş; üç erkek, üç kız yaşıyor... Bu çocuk etrafı tedirgin edecek derecede hırçın ve şamatacı.

Siz mi?

Öyleymiş, babam feryatlarıma dayanamıyor. "Allah aşkına susturun şunu. Ben beş tane büyüttüm bunun gibisini görmedim" diyor. "İllallah" diyen babam, gramofonlar yeni geliyor Kili s'e, bir tane almış, yeni temin ettiği Tamburi Cemil Bey'in plağını koyuyor. Taksim başlayınca ben susuyorum. Deneyince anlamışlar ki müzik olunca susacağım. Olmazsa feryada devam. O feryat da belki musikiydi, bilmiyorum. Musiki zevki ısmarlama olmuyor tabii. Bir insanın geninde varsa oluyor. Babam bir şair evladı, sesi de güzel. Sabah namazından sonra kuşluk vaktinde okuduğu Kuran-ı Kerim hep kulağımdadır.

Sonra?

Sonra yavaş yavaş büyüdük. Okula gitmeden okuma yazmayı öğrendim. Hocaların zorlamasıyla altı yaşında başladım ilkokula. Bir kaza olursa halledelim diye hocalar çakşırımı taşırdı.

Musikiye başlamanız...

Zihni Çelik Alp, Biyoloji hocası, Batı müziğini çok iyi bilmesine rağmen Türk musikisiyle irtibatı vardı. Babama "Hacı Bey yeni bir plağın var mı?" diye sordu. Babam da "Münir Nureddin'in plağını getirttim" dedi. Bir tarafı Şevki Bey'in "Gülizar'a Nazar Kıldım", öbür tarafı III. Selim'in Süzi Dilâra semaisi... Babam, "İstersen Alâeddin bunlardan bir tanesini okusun" dedi. Ben iki defa dinlemişim, "III. Selim'ininkini oku" dedi, okudum. Hiçbir şey söylemedi... Ertesi gün kapı çalındı. Zihni Bey, "Bugün musikiye başlıyoruz. Bu keman senin" dedi. Hala duruyor o keman.

Kaç yaşında idiniz?

Sekiz, dokuz. Bana bu toplu çalışmalara iştirak edebileceğimi söyledi, gittik. Bir gün Fahri Kopuz ile Sedat Özsoğak, Süzidil Saz Semaisini getirdi. Hoşuma gitti sesler. "Senin yazın kışa benzer/ Bir sevdalı başa benzer." Saadettin Kaynak'ın bu eserini ondan dinledim. Bunlar bende kıpırdanmalar uyandırıyor ama arzu edilen vasat yok. Babamın Kur'an okuyuşu, sonra evde namaz kıldığı zaman farzları yüksek sesle kıldırı, imam gibi. Bunlar tabii benim ruhumda bir birikim yaratmıştır. Ama lise vakti gelince ayrılık başladı.

Niçin?

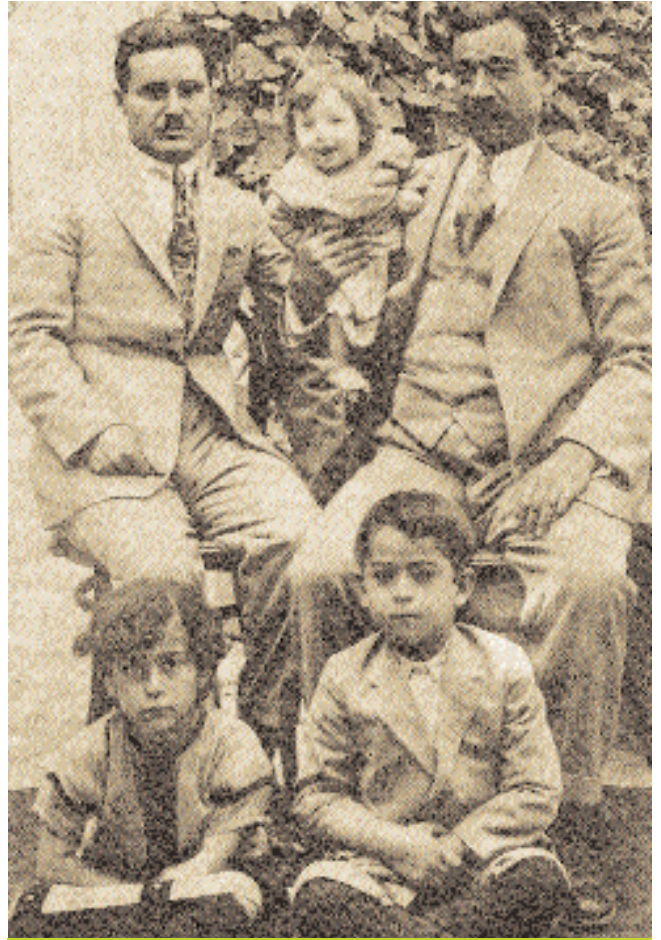
Konya Lisesi'ne yatılı gidiyorsunuz. Konya Lisesi meşhur idi o zamanlar. Zor bir liseydi. Kız kardeşim orada kız muallim mektebindeydi. Dayım da orada. İkinci sene bakamadık kendimize. -42 dereceye düştü sıcaklık. Burnumuzdan buz sarkıyordu, şifayı kaptık. Gelip beni aldılar. Bir sene öyle kaybettik. Sonra ailece İstanbul'a gitmeye karar verdik.

İstanbul'da nereye yerleştiniz?

Firuz Ağa Camii'nin tam karşısında ahşap bir konak vardı. O konağın üst katına taşındık. On beş on altı sene Sultanahmetli oldum ben. Sultanahmet Camii çok özeldir benim için. Hafız İdris'i -zamanın en iyi hafızlarındandı- dinleme imkanı buldum. Maraşlı Tahir Efendi'yi tanıdım. Nuri Osmaniye Camii'nde ikindiden sonra vaaz ederdi. Gayet munis, gayet alçak sesle konuşur. Geniş bir kitle de olsa sesi en arkadan rahat duyulurdu. Hayran olduğum değişik bir insandı. Beyazıt Kütüphanesi'nin de hafız-ı kütübü idi.

Hangi okula devam ettiniz?

İstanbul Erkek Lisesi'ne. Orada Hakkı Süha Gezgin çıktı karşıma. Evindeki fasıl meclislerine devam ettim. İstanbul'un musiki ve edebiyat bakımından kalburüstü kişileri orada hazırды. Beni Emin Dede'ye götürdü. Emin Dede'nin son yıllarıydı, hastaydı, dedi ki, " sana talebemi getiriyorum. Hem liseden talebem hem de bizim fasıllara iştirak ediyor." O ne-



Alâeddin Yavaşca yedi-sekiz aylık iken babasının kucağında

fes alıp vermekte güçlük çekiyordu. Tık nefes haliyle bana ney üfledi. Lise çağındaki çocuğun seviyesine inebiliyordu. Hasret kaldığımız şeyler bunlar.

Ders durumunuz

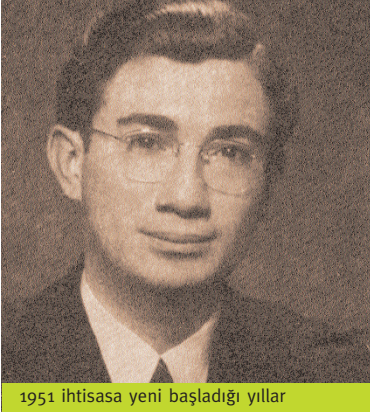
Başarılı bir lise devrem oldu. Tıp fakültesinin sınavları çetin imtihanlardı. İstanbul liseleri arasında birinci olmuşum. Bu başarıda muhitin çok önemli bir yeri vardır. Ben hep hemzamanlarımla muhatap olsam, öğrenme imkanım kısıtlı olurdu. Tanrı bana kapılarını açtı, kendimden çok büyük kişilerin deneyimlerinden faydalanma imkanını verdi, "dünya benim düşündüğüm gibi değilmiş" dedirtti bana...

Sanatla, kültürle daha yakından ilgili bir okulu değil de tıp fakültesini tercih ediyorsunuz, neden?

Abimin doktor olması, insanlara, insanca hizmet ve hastaların ıstıraplarını ortadan kaldırma fırsatı beni etkilemiştir... Musikiyi seven, insanı seven kişidir. Bilirsiniz, dinimiz de insan sevgisine dayanır. İnsanı seven insana hizmet etmek ister. İnsana hizmet eden mesleklerin başında ne gelir? Tıp...

İhtisasa başlamanız nasıl oldu?

1947'den itibaren vefatına kadar, Mahmud Emin Kemal



1951 ihtisasa yeni başladığı yıllar

İnal'ın Pazartesi gece toplantılarına katıldım. Sohbetlere mühim simalar katılıyor. 1950, Tıp Fakültesi son sınıftayım, Haseki Hastanesi Birinci Kadın Doğum Kliniği'nde Ord. Prof. Tevfik Remzi Kazancıgil'in gözetiminde kadın-doğum stajı yapıyorum...

İbnü'l Emin, çok ehemmiyet verdiği misafirlerinin olduğunu

söyledi. Ord. Prof. Tevfik Remzi Kazancıgil, Prof. Dr. Kazım İsmail Gürkan, Ord. Dr. Muzaffer Esad Güçhan, Ord. Dr. Mükrem'in Halil Yinanç, Prof. Dr. Fuat Köprülü, Hasan Ali Yücel, Yahya Kemal Beyatlı o geceki misafirler arasında..

İşte bu Allah'ın lütfu. Bilgim yok onların geleceğinden. Cevdet Çağla, Neyzen Süleyman Erguner, Hüsnü Çoşar ve Haluk Recai de var benimle birlikte. Saz mükemmel, kendimi göstermek istiyorum, hocamın geldiğini duyunca...

Bayatı faslına başladık. Güzel bir peşrevden sonra Dede Efendi'nin, "*Bir gonca femîn yâresi vardı ciğerimde*", ölen evladının acısıyla duygulanıp yaptığı besteyi okudum. Arkasından "*Çıkmaz deruni dilden efendim, muhabbetin*". Yine arkasından Dede Efendi'nin, "*Nice aşkınla feryat edeyim, bir onulmaz dağ-ı derdim var benim*" şarkısını okuduk. Fakat dikkat ediyorum nasıl dinliyorlar diye. Ötekiler gayet keyifli. Ama Tevfik Remzi uyukluyor. Arada gözlüğünün üzerinden bakıyor. Duygusuz gibi. "Edebiyatı, musikiyi çok sever" demişlerdi hakkında... Sukut-u hayale uğradım. Okuduk, okuduk bitti, müsaade istedik. Çıkarken bir el bileğimden yakaladı. Baktım Tevfik Remzi, "ne yapıyorsun?" Böyle tepeden inme soru sorar. "Sizde staj yapıyorum" "Niye bilmiyorum?" "Sizin yanınıza doçentler bile giremez. Boynu bükük talebeyi nereden bileceksiniz". "Oooo.... büyük de konuşuyorsun sen"... Cuma günü muayenehanesine uğramamı istedi. Kum gibi kaynıyor. Beni görünce, eldiveni hemen çıkardı. Kütüphaneye çıktık. "Staj yaptığına göre işin sonuna geldin. Tıbbiyeyi bitirdikten sonra ne yapacaksın? Bahr-i muhî-i atlası-de pusulasız kıcı kırık bir teknedesin. Ufukta kara görünmüyor. Nereye gideceksin?" diye sordu. İhtisas kolay iş değil. "Bak delikanlı sen bir '*onulmaz dâğ-ı derdim var benim*' diye bir şarkı okudun. O şarkıyı ben çok severim. Bir dostum vardı; İshak El-Gazi Efendi. Bu şarkıyı o da okurdu" dedi. İshak El-Gazi, Musevi, hanende. Böyle okuyan birini himaye etmesi gerektiğini söyledi. "Doğumcu olmak istersen yanıma alırım. Başka bir yeri beğeniyorsan oraya yerleştiririm. Ama bu tarafını takdir edip, himaye ederler mi bilemem" dedi. "Efendim, ben kadın doğumcu olmak isterim." "Hatır için söyleme..." "Hayır efendim..." "Sen tıbbiyeyi bitir, yerin hazır..." Dede Efendi'nin ruhaniyeti tavassut etti, bana ihtisas kapısı açıldı.

İhtisas ve musiki... İkisini bir arada yürütmek zor bir iş, sizi himaye etti mi?

"Hoca istiyor" dediler. "Hoca çağırıyor" dedikleri zaman paçamız tutuşur. Öyle bir hoca ki... Bana "Yavaşça gel" demezdi. "Hızlıca gel" derdi. Okumam için bir yazı verdi, benim benzim attı, yıldırım çarpmışa döndüm. Etti. Bir gün etibba odası rektörlüğe yazı yazmış: "Hekimlikle bağdaşmayan, mesleğe gölge düşürecek bir şeyle meşgul oluyor. Radyoda musiki okuyor. Görevine son verilmesi lazımdır..." Bir saat sonra yine çağırdı. Dedi ki: "sana kütüphanede ne demiştin? Beni seçtiğin için vazife bana düştü, şu yazıyı oku." "Hakkında tahkikat açılmasını istediğiniz Dr. Alâeddin Yavaşça, en fazla güvendiğim, vazifesini dakikası dakikasına yapan, hiçbir zaman bir ikaza ihtiyacı olmayan bir asistanımdır. Çok memnunum. Sanat tarafına gelince, teşvik eden benim. Böyle bir şey suç teşkil ediyorsa o cezanın muhatabı benim."

Niçin kadın doğum mütehassıslığını seçtiniz?

Kadın doğum tıp mesleğinin en mesut branşıdır. Neden? Bir hamile kadın var karşınızda, iki can taşıyor. O çocuğu dünyaya getirdikten sonraki duyguyu hiçbir şeyle mukayese edemezsiniz. Yeni bir can geliyor, yeni bir dünya açılıyor...

İhtisasınızı ne zaman bitirdiniz, doktorluğa devam ettiniz mi?

1955'te. Ondan sonra askerlik... Kasımpaşa Deniz Kadın Doğum bölümüne yedek subaylığı yapma üzere atandım. 1,5 sene sürdü. Sonra Zeynep Kamil'de 1,5 sene çalıştım. İlk Yardım Hastanesi'nde baş asistanlık devresi 5,5 sene sürdü. Şişli Hastanesi'nde açılan muavinlik kadrosu imtihanını kazandım, Klinik Şef Muaviniği. 6,5 sene Şişli'de çalıştım. Vakıf Gureba'daki şeflik kadrosu imtihanını kazandıktan sonra 6,5 sene çalıştım. Doğum kısmını kurdum, mütehassıs yetiştirdik epey. 1975'te ihtisasımı yaptığım yuvaya şef olarak döndüm. Haseki'de kadın doğum kliniğinin şefliğini yaptım. 1985'te başhekim oldum, kadın doğum kliniği şefliği ile başhekimliği birlikte yürüttüm...

1990'da YÖK, İstanbul Teknik Üniversitesi'nde münhal olan profesörlük kadrosuna, konservatuara tahsis etmek suretiyle, beni atadı. Bunun üzerine aktif hekimliğe nokta koyduk.

Bütün yoğunluğunuzla tıbbi çalışmalarla meşgulken bir gün merhum Şükran Güngör geldi... Bu geliş hayatınızda önemli bir dönüm noktasını oluşturdu...

Doğru, nereden öğrendiniz? Kuruluş devresindeyken üniversite korosuna iştirak ediyordum. Üçüncü sınıfta bırakıp bütün zamanımı okula ayırdım. Bir gün Şükran Güngör, "Nevzat Atlığ koroyu toparladı, konser vereceğiz, solistimiz yok, seni söyledim" dedi. Tepebaşı Komedi Tiyatrosu'ndaki konserden sonra Burhanettin Ökten ağlayarak "çok şükür, yarın için de bir solistimiz var. Aman evlat bu işi bırakma" dedi. Radyo müdürü kulise geldi, niye solistlik imtihanına girmediğini sordu. Sonra da radyoda ayda bir yapılan koro programı alındım. Cevdet Çağla, solomon büyük alaka gördüğünü söyledi. Radyoda imtihana girdim. "*Halimi bir kere takdir eylesem sultanıma...*" yı okuduktan sonra, Tevfik Fer-

san, Fahire Fersan, Nuri Halil Poyraz, Kemal Niyazi Seyhun, Cevdet Çağlar, imtihan heyeti çağırdı, "kimden meşk ettin bunu?" diye sordular. Hakkı Süha Bey'in evindeki fasıllarda meşk ettiğimi söyledim. "Başka bir şey sormaya gerek yok, hemen solist olarak başlasın" dediler.

Saadeddin Kaynak'ın musiki hayatınızda önemli bir yeri var ne zaman tanıştınız?

1940'lı yıllarda. Süleyman Erguner bir Ramazan günü, ikindi vakti, "Beyazıt Cami'ye gidelim" dedi. Beyazıt Camii'nde zamanın en iyi hafızları ikindi namazından sonra mukabele okurlardı. İstanbul'un dört tarafından gelirler. Entere-sandır, gelenler arasında Cemal Reşit Rey ile Ekrem Reşit Rey de vardı. Çok mütedeyyindiler. Hatta ikisinin ipek kapitone yeşil takkeleri vardı. İkindi'den sonra Beyazıt Camii'nde beni Saadetin Kaynak'la tanıştırdı. Süleyman Erguner dedi ki, "yeni kabiliyetlerden birini tanıştırayım. Elini öpsün, feyiz alsın."

Saadeddin Kaynak'tan çok eser aldım. Bir siyah kaplı defteri vardı notalarını yazdığı. O siyah kaplı defter bana hep açıktı. Takıldığım yerleri sorarım, bazı yerleri bana okur ben de tekrarlamaya çalışırım... 1952'de hastalandı, beyin kanaması geçirdi. Eski haline dönemedi bir daha. Yatak esiri oluşu onu çok üzüyordu. O durumda bile, "Eee, evlat yeni bir eser yaptın mı?" diye sorar, tahkik eder. "Oku" der, okurum.

"*Nerde o günler nerde, yarım cananım nerde*" yi dinleyince dedi ki: "Eee... Şimdi bu iş oldu. Gözüm arkada kalmayacak..."

Her gidişimde uşak makamında. "*Perişan ömrümün neşesi söndü hicran şarabından içtim içeli*"yi söyletirdi. "Bunu oku, ondan sonra git".

Münir Nureddin Selçuk'la nasıl tanıştınız?

1950'de radyodan programı takip etmiş, haber gönderdi, "Konservatuar'a gelsin, görüşelim" diye.

Önceden görüşmemiş miydiniz?

Hayır. Her musikiye intisap eden genç için iyi bir örnekti. Yaşayışı da bir sanatkara yakışan bir yaşayıştı. Kumardı, içkiydi, gece alemi yoktu. Aklıma gelmezdi bu imkana sahip olacağım. Gittim, doktoruz artık, "senin bir iki seansını dinledim. Çok şey vaat ediyorsun. Seninle ilgilenmek istiyorum" dedi. Şanslı adamım. İhtisas nasıl olduysa bu iş de öyle oldu. Meşke başladık... Hep soruyorum, "programımı dinlediniz mi?" İlkinde "dinledim" dedi. Sonrakilerde dinlemiyor. Bir gün bir beste koydum programa. Ertesi gün "beste okudun" dedi, dinlemeyen Münir Nureddin. "Ruhsat verdim mi beste okuman için" dedi. "Hayır" dedim. "Bana geldiğin zaman bütün bildiklerini sıfırlayacaksın. Ne zaman besteye geliriz, beraber meşk ederiz, sana ruhsat veririm, besteyi okuyabilirsin diye, o zaman okursun. Bir gün beni aşip da benim gelmediğim yerden bir şey okumaya kalktığını görürsem meşki keserim" dedi. Hocaya epey devam ettim. Evvela talebe idik, sonra arkadaş olduk. Hocalığı kadar arkadaşlığı da çok tatlıydı.



İlk kemanı ile (sol başta)



(1943) İstanbul Erkek Lisesi, annesi ve kardeşleri ile



Saadeddin Kaynak'la



Adnan Menderes'le



Çalışma odası: Arka planda Rakım Elkutlu ve Münir Nureddin Selçuk

Celal Bayar'ın bir davetine iştirak etmemişsiniz...

İhtisas bitirme tezini bitirmek üzereyim, çok yoğun çalışıyorum... Gece, kapı çalındı. Polisler Reis-i Cumhur'un, hanım öğretmenler için verilen bir yemeğe katılmamı istediğini söylediler. "Kendisini severim, bana hürmeti vardır, gelir" demiş. "Hastaymış, gelemeyecekmiş dersiniz" dedim. Biraz sonra polisler yine, "Reis-i Cumhuriyet gelmenizi rica ediyor" dediler. Ben yine mazeret beyan ederek gitmedim...

Bir gün Mesut Cemil Bey'in korosunun programı vardı, telaşa, "Reis-i Cumhur gelecek hazırlıklı olalım" dedi. Celal Bayar geldi, teftiş eder gibi koronun önünden yürüyor. Bana geldiğinde, "Sana kırgınım, nazımız geçiyor diye çağırdık gelmedin" dedi. Hemen, "yemeğe davet edilenler arasında olmak isterdim, siz sonradan çağırdınız, bu işi profesyonel yapmıyorum" der demez "Doktor, Reis-i Cumhurlar da hata yapıyorlar demek. Kusura bakma, seni şimdi daha çok sevdim" dedi.

Adnan Menderes'le de hatıralarınız var...

1950'nin başları... Zamanın Ziraat Bankası Genel Müdürü Mithat Dülger'in evindeki bir toplantıdayım. Cevdet Çağla, Yorgo Bacanos ve Vecihe Daryal da orada. Celal Bayar, Adnan Menderes, Fuat Köprülü, Refik Koraltan, bazı bakanlar, milletvekilleri de vardı. Birkaç eser okuduk, rahmetli Adnan Menderes kalktı gidiyor, "bir ihtiyacı vardır her halde" diye düşündüm ama biraz da burkuldum... Çok kısa bir süre sonra kulağımın dibinde bir ses, "Doktor, *'Bu imtidât-ı çevre bir bahtın şitâbı var'* şarkısı repertuarınızda var mı" diye fısıldıyor. Baktım Adnan Menderes. Hemen ayağa kalkarak "var efendim" dedim. "O zaman yerime geçip yüksek sesle rica

edeyim" dedi. Yerine geçip şarkıyı okumamızı istedi. Lemi Atlı'nın bu şarkısı İstiklal Mahkemeleri kararlarının infaz edildiği günlerden beri hiç okunmamış, bir bakıma yasaklıymış. Şarkıyı okuduktan sonra teşekkür etti, "Bu eseri radyo programlarınızda okuyup beni haberdar ederseniz çok sevinirim" dedi.

Kısa bir süre sonra, canlı solo programıma şarkıyı koyup özel kalem aracılığı ile haberdar ettim. Program bittikten sonra radyoda bir telaş... Adnan Menderes telefonda. "Doktorum gözlerini öperim, o güzel sesinden bu şarkıyı dinlemek bana büyük bir haz verdi. Sanatta yasak olmaz, olmalı" dedi ve teşekkür ederek telefonu kapattı.

Zor zamanlarınızda aldığınız film teklifleri...?

1957...Muayenehanemin donanım masraflarını Salih Binbay karşıladı; o günün parasıyla 35.000 lira, "kazandıkça ödersin" dedi. O yıllarda çok tutulan bir sanatçıyım, ama borçluyum, hasta gelse de muayene etsem diye bekliyorum. Bir gün Cahide Sonku ile birlikte Muzaffer Aslan geldi, "Doktor, bir bestekar doktoru anlatan film çevireceğiz. Senin oynamanı istiyoruz. Senaryoda beğenmediğin yerleri istediğin gibi düzelteceğiz. Sana 35.000 lira peşin vereceğiz, filmin kârına da ortaksın" dedi. 35.000 lira, benim borcum kadar... "Kabul edemem" dedim. "Niye?" "Ben haddimi bilirim, doktorluğu yaparım, konser dersiniz veririm, fakat oyuncu değilim. Herkes bildiği işi yapmalı." Çok ısrar ettiler ama kabul etmedim...

Çok yüksek ücret teklif edilmesine rağmen gazinolarda şarkı söylemeyi kabul etmediniz...

1956... Zeynep Kamil'deyim, "başhekim çağırıyor" dediler gittim. İçerisi çok kalabalık. Salih Binbay da orada. "Bir teklifim var" dedi. Mahmut Alnar, gazinosu için Zeki Müren'le anlaşmış. İmzadan önce Zeki Müren bir akvaryum istemiş, sahneden indiğinde yüzmek için. Kabul etmişler, her şey onun istediği gibi olmuş... 275.000 lira harcanmış. Mahmut Alnar "sözleşmeyi imzalayalım" dediğinde "Yarın avukatımla geleceğim" demiş. Ertesi gün de rakip gazino ile anlaşmış. Mahmut Alnar çok zor durumda, her şeyini bu işe yatırmış, intihar edecekmiş neredeyse. O sırada Müzeyyen Senar 1.500 lira, Zeki Müren de 1.200 lira alıyor gecede. Salih Binbay, sıkıntımı biliyor, bana "doktor sana gecede 3.000 lira. İster bir yıllık peşin vereyim, istersen iki üç apartman alalım beğendiğin yerde, son model bir araba alalım, geri kalanı da istediğin gibi kullan, nasıl istersen" dedi. Herkes büyük bir şaşkınlıkla bana bakıyor. Dedim ki, "İdealim doktor olmak. Müziği zevkim, aziz bildiğim için yapıyorum, paraya satamam, gazinolarda meze yapamam, böyle yerlerde müzik icra etmem..."

Büyük paraymış..

Çok... Daha sonra da büyük teklifler aldım... Para kazanmayı murat etseydim çok param olurdu, bu yaşta çalışmak durumunda olmazdım. Para vasıta, yeterince olması faydalıdır, fazlası karakteri değiştirebilir zararlıdır...



Bestekarlığınızın kaçınıcı yılındasınız?

1950-2004...

Kaç besteniz var?

600'e doğru gidiyor...

Ne zaman evlendiniz?

Ayten Hanım ile izdivacımız 1980 yılında tahakkuk etti.

1926, 1980... Daha önce yüreğinizde yangın, bir alev olmadı mı?

Efendim, zamanım olmadı ki...

O alev için zaman gerekiyor mu?

Hastane mesaisi, muayene mesaisi ve musiki. Musikide de hiç boş durmadım.

"Ümitsiz aşka düştüm, ağlarım halime"nin özel bir hatırası olup olmadığı merak ediliyor da...

Şarkılar, besteler bir hatıralar birikiminin mahsulüdür, hatıranın değil. Bir yumaktır bu. Hissiyatın taşıdığı devrede içinde bulunduğunuz vasat da uygun ise o taşkınlık esere girer.

Şarkı tahsis edilmez, şarkı herkesindir.

Küçük Alaeddin Yavaşca bir tavsiye istese sizden ne söylerdiniz?

İnsan ol.

Çok zor...

Her şeyden evvel o.

Unutmadığınız bir doktorluk hatırasıyla sohbetimizi nihayete erdirsek...

İhtisası yeni bitirdiğim yıllardı. Doğumhane de, bir kadın gözü üzerimde, belli ki doğumu benim yaptırmamı istiyor. Ben de çok yorgunum. Konuşmasından, halinden tavrından köylü bir kadın olduğu anlaşılıyor. Beni tanıyor gibi davranıyor ama, tanınması imkansız gibi. Konserlerime gelecek çevrelerden değil. Neyse, doğumu birinci asistana havale ettim... Doğum oldu ama kadın hala benim bir şey yapmamı ister gibi bakıyor. Derken, "Toktur bey, toktur bey, bari göbeğini sen kes de sesi güzel olsun çocuğun" dedi. Ben hayretler içinde kaldım, bu kadın beni nasıl tanıyor diye... Bunca yıllık hayatımda unutmadığım ve beni çok mutlu eden bir hatıradır bu...

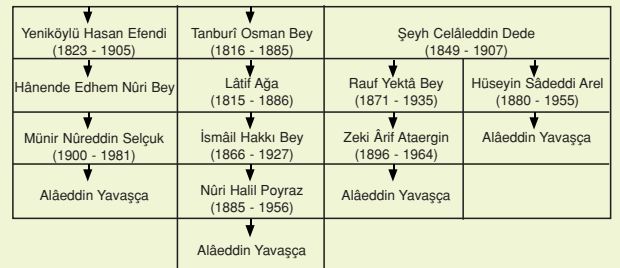
Doktorlara tavsiyeleriniz?

Yeminlerini unutmasınlar...

Çok teşekkür ediyoruz, güzel bir sohbet oldu...

Benim için de keyifli ve duygulu bir görüşme oldu. Çok teşekkür ederim... ■

ALÂEDDİN YAVAŞCA'nın BAĞLI BULUNDUĞU MEŞK ZİNCİRİ



HEDEFLER, SORUNLAR, YANSIMALAR, VERİLER...

Sağlıkta performans yönetimi

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin teorik alt yapısı pilot uygulama ile önemli ölçüde oluşturulmuş, uygulama dinamik olarak tanımlanmış ve ortaya çıkacak bilgi birikimi doğrultusunda geliştirileceği Sağlık Bakanımız tarafından ifade edilmiştir.



Dr. Mehmet Demir | Performans Yönetim Direktörü

Geçen hafta bir aile yakınımın Hatay Dört Yol'daki nişan törenine katılmıştım. Birbirini yeni tanıyan insanların ortak bir şeyler konuşabilme adına karşılıklı sordukları sorulardan biri de bana sorulmuştu:

"Mesleğiniz nedir?"

"Pratisyen hekimim, Sağlık Bakanlığı'nda çalışıyorum."

Meslektaşlarım bilirler. Genelde bu cevaptan sonra gelecek soruları tahmin etmek zor değildir. Ama bu kez soru farklı geldi:

"Doktorum bu sağlık ocaklarınıza ne oldu böyle, bağlı olduğumuz sağlık ocağında istediğimiz hekime ne zaman gitsek muayene olabi-

liyoruz, önceden saat üçten sonra arkadaşlarınızı bulmakta güçlük çekerdik ama artık saat beşte de gitsek muayene olabiliyoruz.

Bu soru, Bakanlığımız personeline döner sermayeden yapılacak ek ödeme mevzuatı ile ilgili çalışma ekibinde bulunan bir kişi için bir çok anlam taşımaktaydı.

Bir öğretmen beyefendinin sorduğu soru ile karışık takdir ifadeleri, yeni kurulmakta ve doğuracağı sonuçlar itibarıyla oldukça mühim olan, bakanlığımızın performansa dayalı ek ödeme uygulamasının hedef sonuçlarından bazılarının gerçekleşmekte olduğunu göstermesi açısından, oldukça önemli bir gözlem.

Hedefler...

Sağlık personeline, döner sermayeden performansa dayalı ek ödeme yapılması sürecinde ilk çalışmalar yapıldığı, uygulamanın kamuoyuyla paylaşıldığı günlerde Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sabahattin Aydın'ın 3 Mart 2003 tarihinde ulusal bir televizyon kanalımıza yaptığı açıklamayı, basınımız şu şekilde aksettirmişti:

"Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sabahattin Aydın, hastanelerde uygulanan döner sermaye sisteminde yaptıkları değişiklikle, "iş yapan doktora hak ettiği kadar döner sermaye geliri sağlanacağını" söyledi.

Aydın, hastanelerde şu anda uygulanan döner sermaye sisteminde, elde edilen döner sermaye gelirlerinin belli giderlere harcadığını, bu giderlerden bir kısmının da çalışan personele teşvik olarak verildiğini belirtti. Herkesin, maaşına göre belli miktarlarda döner sermaye geliri aldığını anlatan Aydın, "Bu, bütün kurumlarda maaşa ek ödeme gibi uygulanıyor. Bu uygulamayı, önce pilot bölgelerde, sonra ülke geneline yayarak kaldırmak istiyoruz" diye konuştu.

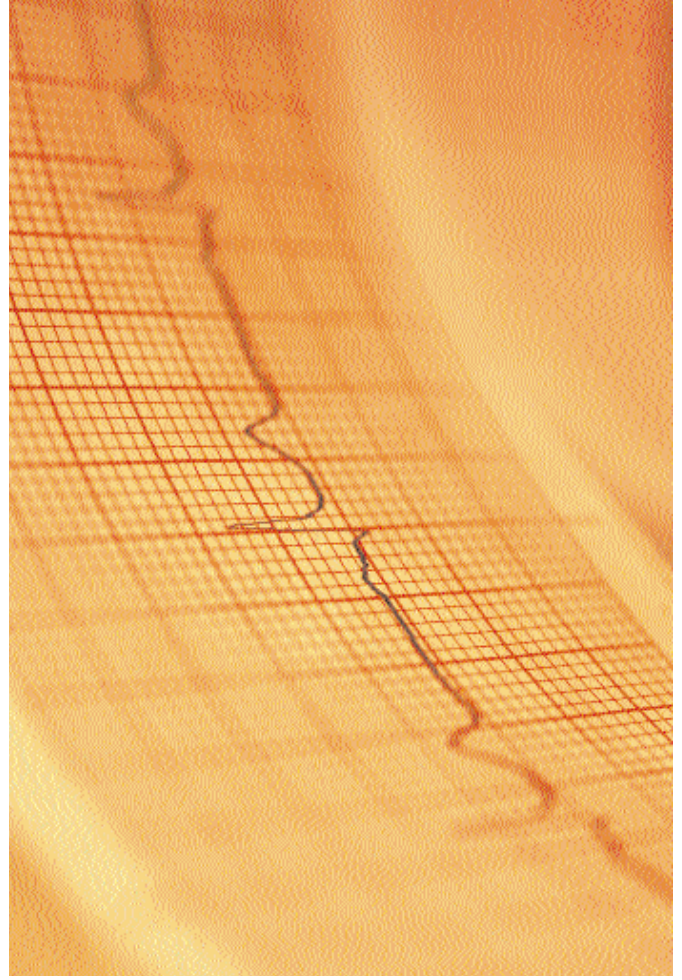
Konunun yasal zemine oturtulması için bütçe kanununa madde eklendiğini bildiren Aydın, bu nedenle uygulamanın, bütçe kanunlaştığında başlayacağını ifade etti. Bu yolla, sağlık kuruluşlarının parasal yönden daha özgür davranabilmelerini sağlamayı amaçladıklarını anlatan Aydın, hastanelerin özzerleştirilmesi konusunda da ilk adımların böylece atılacağını kaydetti.

Sistemde yapılacak değişiklikle, çalışan personelin yaptığı işin karşılığını döner sermaye olarak alacağını ifade eden Aydın, böylece, personelin ürettiği işe oranlı bir kazanç sağlayacağını bildirdi.

Aydın, "Vereceğimiz döner sermaye katkı payını, o kişinin maaşına değil, baktığı hastaya endeksleyeceğiz. Diğer personelin döner sermaye payları da doktorlara oranlanacak. Örneğin, bir doktor ortalama 1 milyar alıyorsa, hemşire otomatikman 330 milyon lira alacak" dedi.

Hesaplama yapılırken, her işlem başına, Türk Tabipleri Birliği'nin yayınladığı Asgari Ücret Fiyat Tespiti'nde yer alan puanların konulacağını belirten Aydın, "Bu puanlar, ay sonunda hastane döner sermaye kurulunun belirlediği katsayı ile çarpılacak. Çok puanı olan çok katkı payı alacak" diye konuştu.

Uygulama ile hastaneye sevkli gelen hastaya hangi doktora muayene olmak istediğinin sorulacağını, hastanın, isim bilmeseyse bile doktorlar arasında seçim yapacağını anlatan Ay-



Yönergedeki bir ana unsur da, sağlık kurum ve kuruluşlarında yardımcı hizmetli personelinin Başhekim ve Sağlık Müdürlerine kadar bir ekip işi olan sağlık hizmeti sunumunda, ekibi oluşturan personelin, hizmete yaptığı katkıyı belirlemesidir.

dın, hastanın o doktordan memnun kalması halinde aynı doktora tekrar gitmek isteyeceğini dile getirdi.

Bu sistemle hastanelerdeki vardiya sisteminin de otomatikman ortadan kalkacağını ifade eden Aydın, şunları söyledi: "Şimdiki döner sermaye uygulamasında mesai içi-dışı kavramları vardı. Bunları kaldırıyoruz. Metnimizde, 'mesai içi ve dışı ayrımı yapılmaksızın döner sermaye payı ödenir' diyoruz. Dolayısıyla, hekimin mesaisi bitti, gitmek istiyorsa gidecek. Ama hastalarını memnun etmeden gidiyorsa, gelecek sefere o hastalar başka bir hekimi seçebilir..."

Muayenehanesi olan hekimlere uygulanacak katsayıyı düşük tutacaklarını kaydeden Aydın, şöyle konuştu: "Örne-

■ DR. ORHAN GÜVEN

Hekimler arasında ayrıcalık oluşturdu

2004 yılı itibarıyla uygulamaya konan Döner Sermaye dağıtımındaki Performans Puanlaması Sistemi hekimler arasında daha önceden düşünülmeyen bir şekilde ayrıcalıklar ve farklılıklar yaratmıştır.

Hemen hemen benzer yıllarda tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi alan uzmanlık dalları farklı şekilde performans puanlaması ile değerlendirilmiştir.

Hekimler arasında öncelikle bu sistemin çok yanlış olduğu ve hekimler arasında var olmaya çalışan mesleki ve sosyal ilişkileri bozacağı endişesi ortaya çıkmaya başlamıştır.

ğın, 'muayenesi olan hekimlere, döner sermaye payı yüzde 50 oranında uygulanır" diyeceğiz. Yani, hekimlerin puanları aynı olsa bile, muayenehanesi olanın eline geçen para farklı olacak. Muayenehanede kazandığı parayı aynen verme iddiasında değiliz. Ama aradaki farkı açmak istiyoruz. Bu yüzden kamuda çalışıyorsa emeğinin karşılığını sınırlı da olsa alabilsin, muayenehanesi onun için çok cazipse devam etsin.

Muayenehanesi olan hekimlerin döner sermaye katsayısı ile oynadığımız zaman, bizim bir şey dememize gerek kalmayacak."

Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmelerde, döner sermaye katkı payı için tavan sınırın yüz-

de 500 ile sınırlandırıldığını belirten Aydın, bir hekimin çalışarak maaşının 5 katı kadar ek para kazanabileceğini de sözlerine ekledi."

İlk adım...

Bu şekilde, ana çerçevesi çizilen yeni uygulamanın esasları üzerine ilk çalışmalar başladı. Bu uygulama teorik bir bilgi alt yapısını gerektiriyordu. Uygulamanın tüm yurttan başlamasından önce teorik alt yapısının oluşması, ortaya çıkacak sorunların çözülmesi amacıyla performans dayalı ek ödeme sisteminin öncelikle bazı hastanelerimizde ikisi Eğitim Hastanesi olmak üzere on hastanemizde ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğümüzde pilot olarak 2003 yılı sonuna kadar test edilmesi gerçekleştirildi.

Bu pilot uygulamanın sonuçları, bugün tüm yurttan uygulanan performans dayalı ek ödeme sisteminin temelini oluşturdu.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan "Toplam Kalite Toplantısı"nda, ülkemizde yeni yapılan uygulamalardaki en büyük zorluklardan birisinin de, o uygulama ile ilgili yeterli teorik bilgi alt yapısının oluşmadığı konusundaki tespiti, döner sermaye uygulamasının gelişim sürecine yön vermiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin teorik alt yapısı pilot uygulama ile önemli ölçüde oluşturulmuş, uygulama dinamik olarak tanımlanmış ve ortaya çıkacak bilgi birikimi doğrultusunda geliştirileceği Bakanımız tarafından ifade edilmiştir.

Hastanın hekim seçme hakkı...

Hasta merkezli, hastaya hekim seçme hakkı veren, sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören, sağlık kurum ve kuruluşlarımızdaki hizmet verimliliğini arttıracak bu uygulamanın, sonuçta çalışanların ve hastaların memnuniyetini de arttırması öngörülmüştü.

Hedefleri yukarıda yazılan uygulamanın başlangıcından bu yana üç dönem geride kaldı. TTB yayın organlarından biri olan "Tıp Dünyası"nın 1 Mart 2004 tarihli sayısında "Performansa Göre Döner Sermaye" uygulaması "yuvarlak masa" toplantısına katılan Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın'a, Eriş Bilaloğlu'nun ifade ettiği "Sanırım son bir ayın en fazla okunanlar listesine bu yönerge girdi. Sağlık Bakanlığı'nın birinci başansı bu diye düşünüyorum!" cümlesi konunun yoğun bir şekilde, sağlık camiasının gündeminde olduğunu ve önemsendiğini bir ölçüde ifade etmektedir.

Oysa döner sermayeden sağlık personeline ek ödeme yapılması yıllardır ikinci basamak sağlık kurumlarında uygulanmakta; bir kaç yıldır da birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmaktaydı.

Performans yönetimi neden önemsendi?

"Peki bu uygulama neden bu kadar önemsendi ve sağlık personelinin gündeminde böylesine yer alıyor? "

Evet önemsendi, çünkü sağlık personelinin çalışması sonucu yaptığı katkı ile oluşan döner sermaye gelirlerinden alacağı ek ödemenin tavan oranları, 2004 yılında performans uygulaması ile birlikte önemli ölçüde arttırıldı.

Önceden ne kadar çok çalışsa da tabipler maaş matrahının ancak 1 katını, diğer personelimiz de 0,8 ile 1,2 katını alabiliyordu.

2004 Malî Yılı Bütçe Kanununun 49. maddesinin (k) bendinde yer alan "Yukarıdaki fıkraya göre personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının; pratisyen tabip ve dış tabiplerinden serbest çalışanlara % 300'ünü, serbest çalışmayanlara % 500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabiplerinden serbest çalışanlara % 500'ünü, serbest çalışmayanlara %700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılara %800'ünü, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık personeli için (tabipler hariç) % 200'ünü, diğer personele ise % 150'sini geçemez." hükmü personelin yaptığı katkı oranında bundan sonra önemli bir oranda artan ek ödeme almasını sağladı.

Kanunen alınabilecek ek ödeme tavan oranlarının önemli ölçüde artması, sağlık kurum ve kuruluşlarımızda, hem kurumsal hem de sağlık personelinin kişisel olarak ve bağlı olduğu oda, dernek ve sendikalar aracılığı ile de uygulamayı analiz etme, sorgulama sürecini başlattı.



Bakanlık pilot kurumlardaki uygulamaları değerlendirip mevzuat çalışmalarını yürütürken, konunun tüm sağlık personeline önemsendiği bilinci ile bir dizi iletişim sürecini başlattı; döner sermayeden yapılacak ek ödemenin esas ve usullerini düzenleyen performans yönergelerinin taslakları Bakanlığımız İnternet sitesinden yayınlanarak tartışmaya açıldı.

İlan edilen e-posta adresine taslak hakkında binlerce görüş geldi. Ayrıca personelin bağlı olduğu oda, dernek ve sendikaların katılımı ile toplantılar düzenlendi, konu hakkında çalışma yapmış olan personelimize bire bir görüşmeler yapıldı. Bu şekilde yönergenin teknik çalışması ilgililerin görüş ve katkıları ile şekillendi. Halen de dinamik olarak tanımlanan bu uygulama konusunda iletişim devam ediyor.

Ana unsurlar...

Yönergeler incelendiğinde bazı konular dikkat çekicidir. Bunlardan birincisi yönerge kapsamındaki tüm kurum ve kuruluşlarımızda kurulan döner sermaye komisyonlarıdır. Bu komisyonlarda o kurumda çalışanların temsilcileri bulunmaktadır. Kurumlarda mevcut mevzuatımıza göre belirlenen idareciler yanında her sınıftan çalışan personelin temsilcileri de bulunmaktadır. Bu, aslında çalışan her personelin bir şekilde yönetime ortak olması, sorumluluk ve yetkiyi paylaşarak yerinden ve kendiliğinden yönetime geçişte bir basamaktır.

Puanlama sistemi, bu şekilde yapılmasına karşın geride kalan üç aylık uygulama döneminde en çok tartışılan konulardan birisi de dahili branşlar ile cerrahi branşlar arasında puan dengesizliğinin olduğu görüşüdür.

Bu görüş önemsenmektedir. Bu nedenle bu tezin, üç aylık ortaya çıkan sonuçlar çerçevesinde bilimsel ve istatistik-

"Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, döner sermaye uygulamalarının yeni yeni gelişmesi, kayıt sistem alt yapılarının yetersiz olması, buna bağlı olarak yataklı tedavi kurumlarına göre gelirlerin az olması dolayısıyla yapılan ek ödeme oranları düşük oldu."

sel yaklaşımlarla analizi yapılmaktadır.

Bakanlık çalışma ekibimiz dışında Haydarpaşa Numune Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Klinik Şefi Doç. Dr. N.Cihangir İslam Ocak ayı verileri çerçevesinde, döner sermaye uygulamasının dahili ve cerrahi branşlar arasındaki puanlama sistemi üzerine yaptığı bir çalışmasının ilk sonuçlarını bizimle paylaşmıştır. Sayın İslam'ın makale çalışmasının sonuç kısmında şunları görmekteyiz:

"1. Performans Sistemi hakkında yapılan eleştirilerin büyük çoğunluğu subjektiftir ve bilimsel yöntemlere dayanmaktadır. Bu konuda iyi tasarlanmış bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. Haydarpaşa Numune Hastanesi'ndeki ortalama puanın düşüklüğü genel olarak iş gücünün etkin olarak kullanılamaması ile alakalıdır.

3. Uzman ve asistanlarını etkin olarak kullanan klinikler

■ Yrd. Doç. Dr. Aytaç Polat

Emeğin karşılığını almak güzel bir duygu

Ben halen Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapan bir Öğretim Üyesiyim. Beni direkt olarak ilgilendirmese de, hekim arkadaşlarım adına; yılbaşından sonra yürürlüğe girmiş olan yeni "Döner Sermaye Yönerge"nizden son derece memnun olduğumu belirtmek isterim. İnsanın emeğinin karşılığını alması çok güzel bir duygu olsa gerek. Tabii bunun tersi olarak emeğinin karşılığını alamaması da bir o kadar rahatsızlık verici.

Yönergede YATAN HASTA-LARA ilişkin bir puana rastlamadım. Hepimizin bildiği gibi, 2. Basamak Sağlık Kurumları "Yataklı Tedavi Kurumları"dır. Ve yine hepimiz biliriz ki, bir hastayı sağlığına kavuşturmak için onu bazen günlerce yatırmak ve onunla uğraşmak gerekir.

Ayaktan muayene edilen her hastaya 20 puan verilirken, hasta yatırmaya puan verilmesi bence büyük bir eksiklik.

Yoğun bakımda hasta takip eden hekimlerin bu hizmetleri için de bir puanlama yoktur. Bu hastalara ayrılan zaman ve verilen emek kesinlikle küçük bir ameliyat için verilen emekten az değildir.

Gerek yoğun bakıma hasta yatırmanın, gerekse burada hasta takip etmenin ilave bir puanı olmalıdır. Düşünsenize, yoğun bakımda hastası olan bir hekim günde bir kaç kez yoğun bakıma gidip, hastasına bakmak zorunda kalabilir. Bu da yetmiş yormuş gibi, gece hastasına bakmak için evinden gelmek zorunda kalabilir. Poliklinikte muayene edilen bir hasta için puan tanımlandığı halde, tüm bu emekler için ilave bir puan olmaması bence çok önemli bir eksikliktir.



kurum ortalama puanlarını anlamlı şekilde yükseltmektedirler.

4. Cerrahi ve dahili klinikler arasındaki puan farkının büyük oranda dahili kliniklerin iş gücünü etkin kullanımındaki düşüklükle ilgili olduğu; puanlama cetveline dayalı gerçek puan farkının 100:84 oranında olduğu aşikârdır."

Ayrıca Sayın İslam, Şubat ve Mart ayı sonuçlarının da değerlendirilmesinden sonra daha sağlıklı bir fikir elde edilebileceğini ifade etmiştir.

Yönergedeki diğer bir ana unsur da, sağlık kurum ve kuruluşlarımızda yardımcı hizmetli personelimizden Başhekim ve Sağlık Müdürlerimize kadar bir ekip işi olan sağlık hizmeti sunumunda, ekibi oluşturan personelin, hizmete yaptığı katkısı belirleme sistemidir.

Sağlık hizmetlerinde çeşitli branşlarda yapılan hizmetler oldukça karmaşık bir yapılanma içermektedir. O branştaki hizmet akışında bir çok personel çeşitli aşamalarda kısmen veya tamamen görev almaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarımızda verilen sağlık hizmetleri, en doğru şekilde bütçe uygulama talimatı işlem adlarına göre tutulmaktadır. Bu sebeplerden dolayı, döner sermaye gelirine katkısı ölçecek bir dağıtım modelinde, sağlık hizmeti sunum şeklinin belirleyicisi ve yönlendiricisi olan, çalıştığı ekibin başı olan hekimlerin, bizzat yaptıkları işlemleri ölçmek ve puanlandırmak ve buna bağlı diğer personelin, sağlık hizmetlerine katkısını çalıştığı alan ve unvanı çerçevesinde belirleyecek bir katsa-

"Pilot uygulamanın sonuçları, bugün tüm yurttan uygulanan performansla dayalı ek ödeme sisteminin temelini oluşturdu."

yı ile ölçmek en sağlıklı yöntem olmuştur.

Üç dönemin sonuçları değerlendirildiğinde hastaneler arasında ek ödeme tutarları arasında farklılıklar oluşmuştur. Bir ekip bilinciyle çalışmaya başlayan hastanelerimizde ekip başkanı olan hekim yüksek ek ödeme aldığı anda, o ekipte yer alan hemşire de, yardımcı hizmetli arkadaşımız da yüksek ek ödeme almıştır. Sonuçlar şunu göstermiştir ki her personel için sürdürülebilir sürekli tavan oranında ek ödeme alınması o sağlık kurum ve kuruluşunun bir bütün olarak ekip halinde performanslı çalışmasına bağlıdır.

Yeri gelmişken performanslı çalışma derken aslında, artık istediği sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet almakta özgür olan halkımızın o sağlık kurumumuzu tercih etmesini, sağlık kurumumuzun hekiminden, yardımcı hizmetli personeline kadar o hastayı memnun etmesini, personelin yaptığı her işlemi sağlıklı bir şekilde kayıt altına almasını, hastane idaresinin bu kayıtlara istinaden zamanında tahakkukunu ve faturalamasını yapmasını, sağlık kurumlarının her alanında tasarruf kurallarına riayet edilmesini anlamamız gerekir sanırım.

Sorunlar...

Uygulama devam ediyor. Üç aylık sonuçları değerlendirme imkânımız oldu. Özellikle hastanelerimizde hekimler dışındaki personelimiz tavan oranlarına yakın ek ödeme aldılar. Ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda, bu kuruluşlarımızdaki döner sermaye uygulamalarının yeni yeni gelişmesi, kayıt sistem alt yapılarının yetersiz olması buna bağlı olarak yataklı tedavi kurumlarımıza göre gelirlerinin düşük olması dolayısıyla yapılan ek ödeme oranları düşük oldu.

Özellikle büyük şehirlerdeki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, bazı branşlardaki hekimler başta olmak üzere personel yığılmasına bağlı olarak kişiler arası ek ödeme farklılıkları oluştu. Bazı hastanelerimizde de yapılan sağlık hizmetlerinin kayda alınmaması, işlemlerin tahakkuk ve tahsilatının zamanında yapılamaması nedenlerinden döner sermaye işletmesi negatif bilanço verdiğinden ek ödeme dağıtılamadı.

Ayrıca bazı hastanelerimizde, özellikle Diş Hekimliği, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Radyasyon Onkolojisi gibi bazı branşlarda uygulamadaki aksaklıklar tespit edildi. Bu aksaklıkların giderilmesi yönünde çalışmalar sürdürülmemekte. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının döner sermayelerinin rehabilite edilmesi, desteklenmesi ve bunlara kaynak aktarılması yönünde çalışmalar devam ediyor.

Veriler...

Aşağıdaki tablolarda bazı hastanelerin ve Manisa Sağlık Müdürlüğü'nün ek ödeme özet rakamları bulunmaktadır:

MANİSA İLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EK ÖDEME TABLOSU

KADRO ADI	Ocak 2004	Şubat 2004	Mart 2004
Müdür (Serbest Çalışan)	659.000.000	560.750.000	1.339.641.638
Müdür Yrd. (Gelir Tahakkuk Memuru)	595.600.000	506.850.000	1.210.829.942
Müdür yrd.	476.357.143	402.071.429	907.977.134
Şube Md. (Gider Tahakkuk)	468.900.000	399.000.000	870.375.000
Şube Md.	398.903.846	323.803.846	682.348.789
Sağlık Grup Başkanı	434.807.143	370.450.000	966.345.042
112 Bağlatibi	405.500.000	345.050.000	772.870.000
Sağlık Ocağı Sorumlu Tabibi	238.521.181	220.218.116	491.347.187
112 Tim sorumlu Tabibi	304.130.000	258.790.000	631.177.310
Halk Sağlığı Lab. Md.	282.050.000	323.500.000	772.870.176
Tabip Sağlık Ocağı	193.106.600	323.902.353	412.048.055
Tabip A.Ç.S.A.P	74.878.125	132.317.647	173.054.837
Diş Tabibi	128.381.818	141.430.769	250.990.055
Tabip (Mobil Sağlık)	253.465.000	237.250.000	566.771.462
Eczacı	215.400.000	183.300.000	400.562.822
Mühendis	194.886.364	166.545.833	402.709.683
Biyolog	164.000.000	147.800.000	437.959.766
Kimyager	88.475.000	139.450.000	386.435.088
Şef (Sağlık Md.)	206.820.000	185.259.091	394.951.669
Birim sorumlusu (Sağlık Md.)	215.400.000	194.075.000	382.198.552
SHS Personel	97.878.292	83.048.519	211.198.552
THS Personel	87.620.000	103.812.500	270.504.561
GLHS Personel	102.690.556	84.448.925	210.686.643
YHS Personel	74.638.018	65.179.452	157.928.574
Sayman Mutededi	111.633.451	100.508.170	245.160.326
Ayniyat Saymanı (AÇSAP)	148.575.000	129.400.000	309.148.070
Ayniyat Saymanı (Sağlık Md.)	197.000.000	183.300.000	370.725.000

AYDIN DEVLET HASTANESİ OCAK AYI SONUÇLARI	En az	En fazla
Bağhekim		4.425.000
Bağhekim Yrd.	1.500.000	2.500.000
Uzman Tabip	200.000	4.500.000
Pratisyen Tabip	1.000.000	3.000.000
Diş Tabibi	200.000	700.000
Müdür		805.000
Hastane Müdürü ard.	450.000	750.000
Eczacı		740.000
Diyetisyen, Psikolog, Fizyoterapist vb.	510.000	560.000
Hemşire	350.000	650.000
Sağlık Memuru	360.000	650.000
Memur	270.000	360.000
Hizmetli	200.000	370.000

VAN YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ		Eski	Ocak 2004
Bağhekim	Serbest Meslek Var	812.898	2.717.600
Bağhekim Yardımcısı		596.233	2.960.100
Bağhekim Yardımcısı	Serbest Meslek Var	599.590	1.786.000
Uzman (Kalp Damar Cerrahi)	Serbest Meslek Var	922.038	1.876.200
Uzman (Kalp Damar Cerrahi)	Serbest Meslek Var	811.495	1.300.350
Uzman (Kalp Damar Cerrahi)	Serbest Meslek Var	925.735	1.906.500
Uzman (Kardiyoji)	Serbest Meslek Var	820.803	4.075.000
Pratisyen Tabip	Serbest Meslek Var	726.963	1.552.900
Diş Tabibi	Serbest Meslek Var	484.033	312.100
Müdür yardımcısı		318.784	593.500
Anestezi Teknisyeni		355.258	705.500
Röntgen Teknisyeni		285.940	532.353
Laboratuvar Teknisyeni		286.688	533.746
Tıbbi Sekreter		230.044	428.288
Sağlık Memuru		229.772	427.750
Sağlık Memuru		366.214	681.800
Sağlık Memuru		231.880	575.600
Hemşire		366.214	681.800
Hemşire		234.736	437.000
Hemşire		291.006	541.750
Memur		140.862	262.250
Hizmetli		131.716	245.200

ANKARA NUMUNE HASTANESİ MART AYI SONUÇLARI	En az	En fazla
Klinik Şefi ve Şef Yard.	225.000	5.800.000
Bağasistan ve Uzmanlar	50.000	4.700.000
Asistan	100.000	2.300.000
Tabip	380.000	1.800.000
Diş Tabibi	300.000	1.600.000
Hastane Müdürü		815.000
Müdür Yardımcısı	450.000	720.000
Eczacı	580.000	750.000
Hemşire	50.000	780.000
Diyetisyen, Psikolog, Fizyoterapist vb.	330.000	650.000
Sağlık Memuru	180.000	750.000
Memur	110.000	390.000
Hizmetli	30.000	350.000

Sonuç...

Uygulamanın başladığı Ocak ayından bugüne, uygulamanın doğurduğu sonuçların değerlendirilmesi ve Bakanlığımıza ilgili kişi, oda, dernek ve sendikalar tarafından yapılması istenen değişiklikler konusundaki başvurular ile ilgili çalışmalar, son aşamaya geldi. Mayıs ayı sonlarında yönergelerde bir revizyon yapılması planlanmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık alanında bu uygulama ile planlı ve programlı bir dönüşüm gerçekleşti. Dönüşümün sonuçlarının halkımız ve personelimiz açısından olumlu olduğu izlenmekte. Dinamik olan bu sürecin gelişime, aksayan yönleri itibarıyla değişime ve karar mekanizmaları bakımından da her türlü iletişimin açık olduğunu ifade etmek gerekir. ■

DR. METİN ULUSOY

Eksiklikler tamamlanmalı

Alınan ek ödemelerin - ek ödeme- olması ve emekliliğime yansımayacak olması ciddi anlamda beni tedirgin ediyor.

Muayenehanemi kapatmayı ciddi olarak düşünüyorum. Ancak ya ortalamamın altında kalırsam endişesi beni caydırıyor. Uzman hekimler için muayenehaneyi kapatmaları koşuluyla en az ortalama ek ödeme almaları, ayrıca muayenehane kapatma için ek ilave puanın artırılması düşünülemez mi?

Bazı uzman arkadaşlarımızın aldığı ek ödemeler, bazı pratisyen hekimlerle hemen hemen aynı olabilmektedir. Uzmanların iş yükünün az olduğu durumlarda bile hastanenin olmazsa olmaz elemanı olduğu düşünülürse, uzmanlara verilecek döner sermayenin en az sınırı belirlenemez mi?

Muayenehanede bakılan hastadan istenen tetkikler nedeniyle hastaneye gelen vatandaşlar, aynı bir poliklinik defterine kayıt edilmeli, böylece muayenehane performansı hastane performansına karıştırılmamalıdır. Aksi halde, muayenehanede performansı yüksek olan hekimler, hastanede hiç bir iş yapmasalar dahi hastanede çalışan bazı hekimlerin performans puanında önüne geçebilmektedir. Bu da hastadan iki kez - biri devlet eliyle- ücret alınması demektir. Oysa teknik olarak, dışardan istenen tetkikleri, hastanede çalışan hekimle tamamen serbest çalışan bir hekimin istemesi arasında bir fark olmaması gereklidir. Ya da dışarıda serbest çalışan bir hekim de tetkik istemesi durumunda ek ödeme yapılmalıdır.

İlgili yönergede 'vajene doğmuş myom eksizyonu' yer almamaktadır. TTB listesinde yaklaşık histerektominin yarısı değerinde olan bu işlem, esasında TAH ameliyatına dâhil edilmesi de ortadan kaldırmaktadır. Bu da performans puanına dahil edilmelidir diye düşünüyorum.

Aşk üzerine...

Romantik aşkın bel kemiğini oluşturan şey, gerçek bir kayıp duygusu hissetmeksizin teslimiyettir; öyle ki aşkın gerçekleşme ihtimali ne kadar uzaksa aşkın ateşi o kadar harlı olur.



Gülbin Mesara

Doç. Dr. Kemal Sayar | Bakırköy Ruh-Sinir Hast. Başhekim Yrd. ve 13. Psikiyatri Klinik Şefi

Gün geçmiyor ki aşka dair bir söz kulağıımıza çalınmasın. Ondan bu kadar çok söz edilmesi onu pek az bulmamızdan mı? 'İnsan, uzağa düşendir' deniliyordu Reversal of Fortune filminde. Aşk bu kaderi tersine çevirme çabası mıdır? 'İnsan ilişki arar' der Fairbairn. Kalam-ı Kadim'i değiştirir bazıları, 'önce ilişki vardı' derler. 'Başkasının yüzü beni benliğimden başka tarafa yönelterek yükümü hafifle-

tir'. Aşk bir ilişki arayışıdır. Bu yazıda aşkın ruhbilimsel ve ruhçözümsel kavramlaştırmalarına değineceğim.

Aşk, yeniden

Aşkı anlamak ve anlamlandırmak için ne çok şey söylenmiş, yazılmış ve konuşulmuştur. Ötekini arayış, Eflatun'dan bugüne kaybolmuş benliği bulma gayreti ve bir tamamlanma arzusu olarak düşünülmüştür. Bu düşünceler psikanalize taşındığında benliğin yitik ve sahipsiz vecheleri üzerine odaklanılmıştır: Kendi benliğimde eksik olanı ötekinde yüceltirim ve bu yüceltilmiş ötekiyle birleşerek, bende eksik olana kavuşurum. Ancak yüceltme bir bumerang gibi geri de dönebilir: Ne zaman ki sevgili, arzularımı yansıtacağı, kendimde eksik bulduğumu bana geri verecek bir işlev görmez, o zaman hakir görülmeyi hak eder. Bu açıdan bakıldığında aşık olmak ötekinde kendi 'yitik cennet'imi bulduğum, yüceltilmiş benlik imgesi sevgili vasıtasıyla yeniden içime aldığım bir imkanı temsil eder. Romantik aşkın bel kemiğini oluşturan şey, gerçek bir kayıp duygusu hissetmeksizin teslimiyettir; öyle ki aşkın gerçekleşme ihtimali ne kadar uzaksa aşkın ateşi o kadar harlı olur. Ulaşılamayan güçlenir ya da Freudyen deyişle, 'ancak baskı altında tutulan cinsel dürtülerdir ki insanlar arasında uzun erimli bağların oluşmasına yol açar'. Aşkla sarmalanmış ne de çok duygu vardır: kıskançlık, saldırganlık ve öfke, sırası geldiğinde aşkla yer değiştirirler. İlk kuramcılar aşkı anlamak için ana-çocuk bağına müracaat ettilerse de daha sonraları gelişimin daha geniş toplumsal bağlamı dikkate alınmıştır. Aşk bir sevgi nesnesiyle ilkel bir birleşme olarak görülmeyecektir artık, o çok boyutlu bir yüceltme ve özdeşleşme sürecinin ürünüdür. İdeal aşk kavramı en kamil ifadesini ilahi aşkta bulacaktır; bu durum, Julia Kristeva'nın deyişiyle kişiyi sükuna erdiren, 'Narcissus'un arzu ve öfkesinin zafer ve mağlubiyetleriyle pek de gizlenemeyen o yaraları iyileştiren' bir kuvvettir. Sevgiliye ego idealinin arzu edilir vasıflarını yerleştiren kişi, özdeşim yoluyla onlara sahip olur. Erkek aşık olmakla ideal anneye, kadın aşık olmakla ideal babaya kavuşacaktır ve böylece özlenen birlik gerçekleşecektir: ben ve öteki, baba ve anne arasındaki bu birleşme ideal benliği doğuracaktır.

Aşkın psikanalizi

Toplumsal davranışın en temel saiklerinden birisi ilgi gösteren ötekiyle samimi ilişkiler kurma arzusudur. Olgun biçimiyle samimiyet pek çok kişinin başarmakta zorlandığı bir durum olarak karşımıza çıkar. Başkaları tarafından arzu edilmek, beğenilmek ve anlaşılacak hayatımızı iyi bir biçimde yaşadığımız duygusunu sağlar bize. Diğerlerinde ilgi uyandıramamak kişide özgüven kaybı, yetersizlik, çöküntü ve yalnızlık hissine yol açar, bu kimileyin tahripkar dürtülere de dönüşebilir. Freud samimi ilişkiler kurma yolundaki olgun teşebbüslerin akim kalmaya mecbur oldu-

ğunu öne sürmüştür: Bu teşebbüsler, bebek-anne arasındaki bağda mündemiç olan o emniyetli tatmini yeniden yaşamaya yönelik olduğu için, ümitsiz çabalar-

dır müellife göre. Erkek çocuk aslında annesine aşıktır, cinselliğin meşru görüldüğü kadınlar

ona yabancı kadınlar-
dır oysa, bu yüzden de her aşk bir anne arayışı ve o anne bulunmadığı için de bir hüsrandır.

Duygu ve cinsellik bilinçdışı bir surette ayrılmıştır; anne ve babayı birer cezalandırıcı imge olarak içe alan kişi, çocukluğunda arzu ettiği ebeveynine benzer bir biçimde, farklı ve yeni bir arzu nesnesini hedef edinmiştir. Bu yeni durum, ebeveyniden başkasına yönelen bu sevgi, o cezalandırıcı ana baba imgesine karşı kişinin kendisini koruyucu bazı savunmalar geliştirmesine yol açar. İlk savunma arzu nesnesine karşı zahidane bir tutumla yaklaşmaktır. Kişi romantik itkilerini savuşturmak için arzu nesnesini



A. Süheyl Ünver



Fotoğraf: Banu Demirci

değersizleştirir. İkinci savunma düzeni arzuya karşı bir ahlaki mazoşistik zırha bürünmektir. Kişi yeni arzu nesneleri edinme iştiağını bilinç dışında ana babanın içsel imgelerine karşı bir ihanet olarak yaşamaktadır. Bu temel günahı kaçınmak için, farkına varmaksızın, muhababında kendisini reddetmeye dönük tutumlar uyandırmaya çalışır. Psikanalizin aşk kuramı fazlasıyla kasvetli bir koridordur. Bu koridorun hiçbir kapısı merhamete, aşkınlığa, diğergamlığa, olumlu ve hasbi duygulara açılmaz. Bu yüzden olsa gerek, aşk üzerine düşünen psikanalistler, olgun bir duygusal bağ veya bir samimiyet arzusu yerine cinsel ihtiraslar üzerinde durmayı yeğlemişlerdir. Freud'un insan tabiatı hakkında kötümser ve kötücül bir bakışa sahip bulunduğunu biliyoruz. Aşkın başka halleri olabileceğine fazla ihtimal vermiyordu besbelli; nasıl ana-çocuk ilişkisinin pederşahi ailede evrensel tek bir modeli olduğunu düşünüyorduydu aşkın da çocuksu tepkilerin tekrarından ibaret olduğunu düşünüyordu. Oysa anne baba ile çocuk arasındaki ilişkinin 'ödüpal' durakta takılı kalmadığını, ödip karmaşasının da antropolojik verilerle tartışır hale geldiğini, sağlıklı ailelerde çocuğun bağımsızlaşmasına ve eşit bir ilişki geliştirilmesine izin verildiğini bugün biliyoruz. Bugün kimi yazarlar Freud'un aşkı kavramlaştırma biçimine onun, suçluluk duygusuyla utancın dinamiklerini

karıştırdığını söyleyerek itiraz etmektedirler. Suçluluk duygusu kolaylıkla tanınabilir ve kontrol edilebilirken utanç sıklıkla bedensel belirtilerle yaşanır ve onu açığa vuracak kanallar da yoktur. Suçluluk duygusunda gurur saklıdır; suçluluk duygusuyla ki kişi yanlış ve kötüyü seçme gücünün olduğunu kabul eder. Oysa utançta insan kişisel gücün yokluğunu hisseder. Kişi kendisinde var olduğunu fark etse bile utancı nasıl itiraf edebilir ki? Freud'un kendi (güçlü) annesiyle olan karmaşık ve ikircimli ilişkilerini çözümleyememesinin onu bir utancın sularına bıraktığı, kendisinin de bu utancı hiç fark edemediği, bu yüzden insanın duygusal çatışmalarının temelinde suçluluk duygusunu yerleştirdiği dile getirilmiştir.

Kalp ve göz

Aşk, sevdiklerimizin yüzüne tuttuğumuz bir ayna olabilir ama 'romantik' aşkıta aynayı sıklıkla sevdiğimiz yüzüne değil kendi yüzümüze doğru tutarız. Muhababımızla karşılıklı olarak birbirimizi geliştirdiğimiz bir ilişki değil de karşılıklı olarak narsizmalarımızı pekiştirdiğimiz, gönül okşayıcı bir ilişki kurarız. Ebediyet arzusuyla kıvrınırız : Keşke sevdiğimin gözündeki yüceltilmiş imgemi sonsuza dek saklayabilsem, keşke zaman dursa da sonsuza dek bu saadet çeşmesinden su içsem! Kendi kalbimle severim onu, belki de derdim sevmek değil sevimdir, ayrılık saati gelip çatığında 'benden ne istediğini, beni nerelere koyduğunu hiç anlayamadım' değişim belki de bundandır. Sevilme arzusu bir türlü kanmak bilmez. Aşk bu yönüyle bir infilak halidir: "Beni seviyorsan benim bir parçasısın, sana duyduğum aşkla yüceliyorum. Beni sevmiyorsan benim sevdiğim kim? Aşkın bana verdiği acıyla yüceliyorum. Bu acıyı bu dünyada yalnız ben çekebilirim, o halde sen beni sevmesen de ben beni seviyorum."

Batı uygarlığının göz merkezli bir uygarlık olduğu dile getirilmiştir. Göz, tensel aşkı kışkırtır. Öte yanda doğu aşkı, söylenemeyende arar; imada, endam ve süzü (lû)şte. Doğru aşkları o eşsiz suskunluktan, örtük olandan, o sevip de açıktan söyle(ye)meyiş halinden beslenir biraz da. Oysa dışa vurulmayan, bir kalemde patoloji hanesine yazılır. Batıda, duygu ancak sözel olarak dışa vurulduğunda sıhhatlidir. Doğunun aşkı ise sözsüz bir dünyada dolaşır gibidir; o Mecnun olup çöllere düşmek, Ferhad olup dağları delmekle ifadesini bulur; yani zahmetle, oluşla. Doğru 'seni sevmekle yüceliyorum' demez de, adeta 'sevmekle yüceliyorum' der, yol menzilin ta kendisidir. Göz odaklı bir 'uyanılma' uygarlığı karşısında kalp odaklı bir 'oluş' uygarlığı. Burada aşk yeni bir açılım kazanacaktır, Leyla'dan Mevla'ya giden yol, aşkın oluş cehdiyle inşa olur. Maneviyatı insanın varoluş hiyerarşisinde en üstün mertebeye yerleştirmeyen bir uygarlığın, aşkı kavramlaştırmak konusunda kısır kalacağını ve psikanalizin doğulu bir aşkı tarif ve tavsif etmekte bize yardımcı olamayacağını evvel emirde teslim etmek gerekir. ■

“Ulusal İlaç Kurumu kurulmalıdır”

14 Mayıs Eczacılık Günü'nde İzmir'de konuşan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, "Uluslararası normları yakalayacak, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk, "Ulusal İlaç Kurumu" şeklinde bir yapı oluşturulması gereklidir" dedi.



Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, 14 Mayıs'da, İzmir'de, E.Ü. Eczacılık Fakültesi, İzmir Eczacı Odası, E.Ü. Eczacılık Fakültesi Mezunları Derneği ve EDAK Eczacılar Kooperatifi'nin düzenlediği toplantıya katılarak bir konuşma yaptı. Konuşmasına 14 Mayıs Eczacılar Günü'nü kutlayarak başlayan Akdağ, temel sağlık politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında da değerlendirmelerde bulundu.



Yapılanlar

Sağlık Bakanı Akdağ ilaç ve eczacılık alanında göreve geldikten sonra yaptıkları ve hedefleri ile ilgili olarak şunları söyledi:

- Eczanelerin açma-kapama, ruhsat, nakil, isim/adres değişikliklerine ilişkin işlemlerinin yürütülmesi valiliklere bırakılarak bürokratik süreç kısaltılmıştır.
- Antibiyotik yazım kuralları belirlenerek bedelleri sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanmayacak ilaç listesi (negatif liste) yayınlanmıştır.
- İlaçta biyoeşdeğerlik/biyoyararlanım çalışmaları hızlandırılarak sertifikalandırılan ilaç sayısı artırılmış ve 337 ilacın sertifikalandırılması sağlanmıştır. Son dört yılda toplam 245 ilacın sertifikalandırıldığı dikkate alındığında bu sayının önemi ortaya çıkmaktadır.
- Maliye Bakanlığı ile işbirliği yapılarak kan ürünlerindeki KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir.
- İhracat amaçlı fason üretim izni 3-18 aylık bir süreçte sonlandırılırken yapılan düzenlemeyle 3-5 günde sonuçlandırılabilir hâle getirilmiştir. Bu uygulama, yalnız Türk İlaç Sanayii için değil ülke ekonomisine kazandırdığı canlılık açısından son derece önemlidir.
- Ruhsatlandırma süresinin AB standardı olan 210 gün içinde sonuçlanması için gerekli bürokratik düzenlemeler yapılmış ve birden fazla komisyonun eşzamanlı çalışması na izin veren yönetmelik yürürlüğe sokulmuştur.
- İlaçların iyi imalat uygulamalarına uygun imal edilmelerini ve rasyonel kullanımını temin etmeye yönelik olarak, bu ürünlerin tanıtımında uyulması gereken kuralları belirleyen iki adet yönetmelik hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur.
- Kontrole tâbi müstahzarların satış ve sarf hareketlerinin takibi İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden illere devredilmiştir.
- İlaç ruhsatlandırma sürecindeki prospektüs inceleme-

İlaçların ruhsatlandırılması ile ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirilmesi sağlanacaktır. Türkiye'de üretilen ilaçların dış pazarlara açılması, Türk ilaç sanayiinin yurtdışında yatırım yapması da önemli ve öncelikli hedeflerimiz arasındadır.

si esnasında karşılaşılan problemlerin giderilmesi amacıyla ilaç ruhsat, prospektüs, iç/dış ambalajlarında ve ilgili diğer materyalde yer alabilecek 2556 terimde standardizasyona gidilerek kitapçık haline getirilmiş ve ilgili sektör kuruluşlarına duyurulmuştur.

• Oransal olarak Türkiye'de ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar çok yüksektir. İlaç fiyat artışlarının bilimsel bir temele oturmadığının bilincinde olarak yeni fiyatlandırma politikası sektörün görüşleri ışığında yeniden yapılandırılmıştır.

• İlaçta K.D.V. %18'ten %8'e indirilmiştir.

Hedefler

• Akılcı ilaç kullanımında kurumsal bir yapılanma ile ilaçların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk, "Ulusal İlaç Kurumu" şeklinde yapı oluşturulması gereklidir. İlaçların ruhsatlandırılması ile ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirilmesi bu şekilde sağlanacaktır.

• Türkiye'de üretilen ilaçların dış pazarlara açılması, Türk ilaç sanayiinin yurtdışında yatırım yapması da önemli ve öncelikli hedeflerimiz arasındadır.

• İlaçta fikri mülkiyet haklarının korunmasını ulusal çıkarlarımız, uluslararası hukuk ve taahhütlerimiz çerçevesinde ele almak, ilgili taraflarla diyalog içinde uzlaşmak temel amacımızdır.

Kamunun ilaç alımlarını, farmakoepidemioloji ve farmakoekonomi biliminin ışığı altında geliştirilecek yöntemlerle yönlendirmek temel ilkimiz olacaktır.

Kollektif, katılımcı ve paylaşımcı yaklaşımımız bundan sonra da devam edecek, çözüm aradığımız konularla ilgili her kesimi dinleyecek ve diyaloglarımızın sonucu olarak en güzel sonuçlara ulaşacağız. ■

Eczacılık Günü kutlanırken...



Yeni kararname ile ithal ilaçta kur farklarından oluşan yüksek fiyatlar kur farkları normal kura getirildiği için yüzde 12 oranında düştü. Ayrıca Kararname ile birlikte %50 civarında ilacın fiyatının ortalama yüzde 10 kadar düşebileceği hesaplanmakta. Bu da uzun yıllardır Türkiye’de ilaç fiyatlarının ucuz olduğunu söyleyen kesimlerin gerçek beyanda bulunmadığını gösteriyor.

Ecz. Mehmet Domaç | Türk Eczacıları Birliği Başkanı

İlaç ve eczacılık konusundaki sorunlar da bir dizi sorunla bağlantılı olarak gündemimize girer.

İlki 1984 yılında çıkan ve çıktığı günden beri üzerinde tartışma olan, bir türlü gerçek anlamda uygulanamayan İlaç Fiyat Kararnamesi son olarak 14 Şubat 2004 tarihinde ve onun bazı maddelerini değiştiren karar da 14 Nisan 2004 tarihinde yayınlandı. Kararname’ye göre bundan böyle 2005 yılına kadar orijinal ürünler için beş Avrupa ülkesinin (Portekiz, İspanya, İtalya, Yunanistan ve Fransa) içinde en ucuz olanı Türkiye’de geçerli olan fiyat olarak belirlenecek, jenerik ürünlerde ise orijinal ürünün yüzde 80’i kadar fiyat alınabilecek. Yeni kararname ile ithal ilaçta kur farklarından oluşan yüksek fiyatlar kur farkları normal kura getirildiği için yüzde 12 oranında düştü. Ayrıca kararname ile birlikte %50 civarında ilacın fiyatının ortalama yüzde 10 kadar düşebileceği hesaplanmakta. Bu da uzun yıllardır Türkiye’de ilaç fiyatlarının ucuz olduğunu söyleyen kesimlerin gerçek beyanda bulunmadığını gösteriyor. Şimdi, Türkiye’de Avrupa ülkelerinden daha ucuz bir ilaç fiyatı belirlenebilecek. Bu, olması gereken, doğru bir adım. Gerçekte ise bu rakamın daha da düşük olması gerekir. Çünkü, Türkiye referans alınan ülkelerden en düşük milli gelire sahip olan Portekiz’in milli gelirinin üçte birine sahip.

Bu yıl Konsolide Bütçeye Tabi Kurumlar ve Emekli Sandığı’nın uyguladığı Bütçe Uygulama Talimatı’nda ilaçların yazımı ve ödenmesi ile

İlgili önemli değişiklikler yapıldı. 11 Şubat'ta yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı 18 Mart'a kadar uygulandı. Bu uygulama sosyal güvenlik kurumlarının aynı kurallara uygun olarak değerlendirilmesinin istenmesinden kaynaklanmış, ama farklı sosyal güvenlik kurumlarının kendilerine özgü durumları nedeniyle uygulama olanağı bulunamamıştır. Bütçe Uygulama Talimatı'nda yapılan ve yaşamla bağdaşmayan değişiklikler, uyarılarımızla büyük bir kısmı yaşamla bağdaşık hale getirilerek 1 Nisan'da yenisi yayınlandı. Bütçe Uygulama Talimatı, halen ilaç-eczacılık alanında uygulanmasında büyük zorluklar olan maddeler içeriyor. Örneğin, Bütçe Uygulama Talimatı'na göre antiagregan bir ilacın 4 uzman hekimin oluşturduğu bir kurul tarafından raporlu olarak hastaya verilmesi gerekiyor. Türkiye'de bu dört ayrı uzmanın bir arada bulunduğu hastane sayısı 10 civarında. Evet, bu ilaç kullanılmayabilir de. Ama ihtiyacı olan hasta için ilacın vazgeçilmez olduğunu, ilacın bulunabilir, alınabilir ve etkin olması gerektiğini unutmamalıyız.

Sanki Bütçe Uygulama Talimatları saydığımız ilaca ilişkin bu üç tanımlamadan yoksun olarak yapılmaya çalışılmakta. Alanın uzman kuruluşları ile oturup, konunun uzun uzun tartışılması gerektiğine inanıyoruz. İlaçla ilgili güncel bir sorun veri imtiyazı alanında yaşanmakta. Veri imtiyazı, patent almış ilaçların patent süresi dolduktan sonra belirli bir süre için verilerinin jenerik üreticiler tarafından kullanılmasını engelleyen bir düzenleme. Veri koruma patent süresi içinde ilacın başvuru dosyasındaki ATC (anatomik-terapötik-kimyasal) ve klinik deney sonuçlarına ilişkin verilerin saklanması anlamına gelirken, veri imtiyazı AR-GE çalışması yapan firmalara verilerinin saklanması için ek süre tanıyor. Ar-Ge'yi teşvik edici gibi görünen bu düzenleme, esas olarak çeşitli ilaç kalemlerinde ilacın patent süresi dolduktan sonra, buluşçu firma tarafından ilaç fiyatlarının serbestçe oluşturulmasını ve hiç olmazsa belirli bir süre için tekelleşmeyi gündeme getirmekte.

Avrupa Komisyonu TBR soruşturması çerçevesinde gündeme gelen veri imtiyazı konusundaki fikrimiz, ilaçta fikri hak ve ilaca ulaşım hakkı karşı karşıya olduğunda ilaca ulaşım hakkının öncelikli olması gerektiği.

İlacın bulunabilir/alınabilir olması, ilaç fiyatlarının daha fazla artmaması, ilaçta dışa bağımlılığın önlenmesi, yerli ilaç sanayiinin yok olmaması ve sosyal güvenlik kurumlarının hizmetlerini sürdürebilmesi için; veri imtiyazı düzenlemesine geçiş ertelenmelidir.

Diğer yandan, önlem alınmadığı takdirde ülkemiz bir ithal ilaç cenneti haline dönecek. Ülkemiz ilaç pazarının yüzde 40'ı ithal ilaç olup ihracatın ithalatı karşılama oranı ise yüzde sekiz gibi son derece düşük bir oranda kalmakta. Üretimin azalıp ithalatın artması, hemen her ülke için önlem alınması gereken ciddi bir sorunun ortaya çıktığının göstergesi.

Kamu kurumları eczacılar için bir seçenek olmaktan yavaş yavaş çıkmaya başladı. Bugün, eczacılar kamu kurumlarında çalışmak istemiyor, kamu kurumları da eczacısız eczane çalıştırmıyor. Kamu kurumlarındaki yasaya aykırı bu uygulama ve muvazaalı eczaneler insan sağlığını tehlikeye sokuyor.

Eczacısız eczanelerin sayıca artmasına rağmen, eczacılık fakültesi mezunlarının önemli bir kısmı gizli işsiz durumunda. Mevcut eczacı sayısının 2010 yılına kadar yeterli olduğu DPT raporlarında belirtilmesine karşın, ülkemizde bulunan eczacılık fakültesi sayısı 6 yıllık bir süre içinde yediden on dörde çıkarıldı. On dört eczacılık fakültesinden her yıl mezun olan 1100 öğrencinin 800'ü eczane açıyor. Bu nedenle, öncelikli olarak yeni fakültelerin açılması engellenmeli, bunun yerine eğitimin kalitesi yükseltilmeli. Eczacılık eğitiminin beş yıla çıkarılması zorunlu.

Ayrıca, eczaneler eşitsiz dağılıyor. Eczanelerin % 41'i ülke nüfusunun sadece % 23'ünün yaşadığı üç büyük ilimizde toplanmış durumda. Eczanelerin % 59'u ise nüfusun % 77'sine hizmet vermekte. Türkiye'de 3200 kişiye bir eczane düşüyor. SSK'ya bağlı nüfusu çıkardığımızda ise bu rakam 1700'e düşmektedir ki bu, Avrupa ülkeleri içinde kişi başına düşen en fazla eczane sayısıdır. Sosyal Sigortalar Kurumu evrensel eczacılık kurallarına uyararak, ilaç alımlarını serbest eczanelerden yapmalı.

Diğer yandan devlet, pazarın yüzde 72'sinin alıcısı olarak hangi ilaçların bedelini ödeyeceğine kendisi karar verebilir. Bedeli ödenmeyecek ilaçlara ilişkin tüm ilgili kurum ve uzman kişilerle birlikte bir standart oluşturulmalı. Bir ilacın bedelinin ödenmemesi ile ilacın reçete kapsamından çıkarılması birbirine karıştırılmamalı.

Bütün bunların üstüne bir de kamu kurumlarının ilaç bedellerini ödememesi nedeniyle eczacıların karşılaştığı ekonomik sorunlar eklenince, manzara iyice sıkıntılı bir hal alıyor. Bu durumda eczacı, devletin ilaç şirketlerine olan borcunun faizini ödemiş olur. Hiçbir akıl, bu durumu içselleştiremez. Bunun rasyonel bir tarafı yoktur. Bu durum düzelmedikçe de, eczacıların mesleği tehdit altında kalmaya devam edecektir. Sorunu çözmek için bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması, kurumların ilaç ödemelerine ayrılan ödeneği önceliklerden biri haline getirmesi ve borcunu zamanında ödemesi, zamanında ödemiyorsa eczacının geç ödemediği zararını telafi etmesi gerekmektedir.

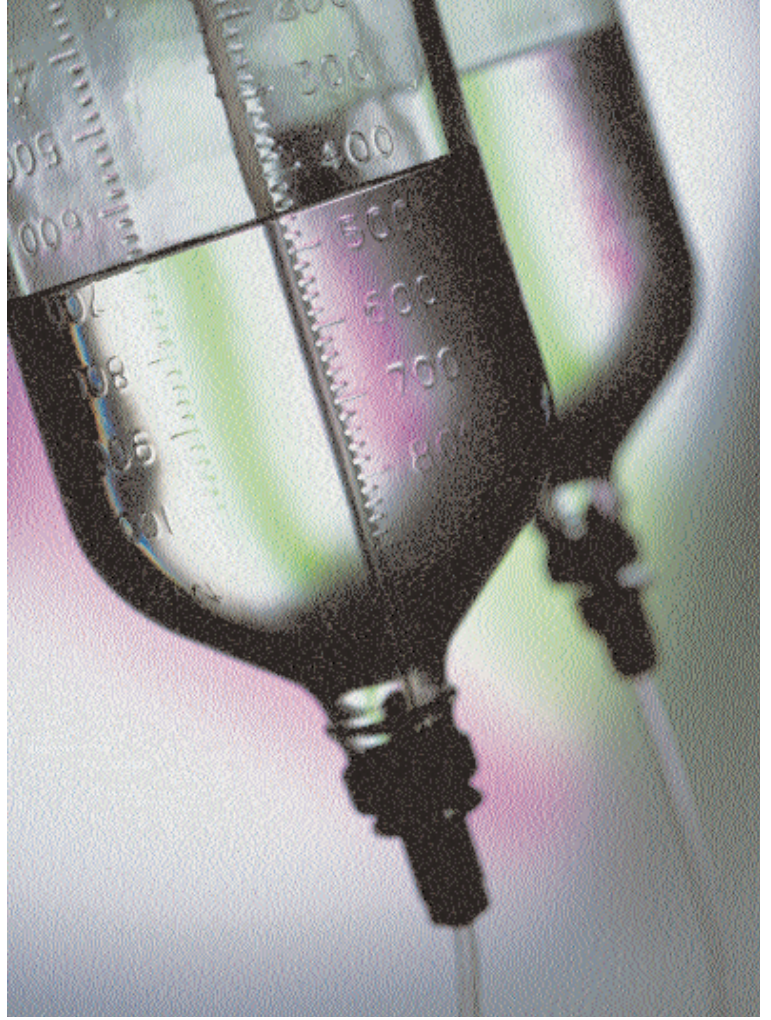
İlaçla ilgili önemli bir gelişme, ilaçta KDV oranlarının hükümet tarafından yüzde 8'e düşürülmüş olmasıdır. Bu önemli ve doğru bir adım. İlaç zaruri bir madde. Son düzenlemelerle sorun büyük oranda giderildi. Ancak KDV'nin daha da aşağı çekilmesi gerekiyor. Diğer yandan, reçetesiz ilaçlarda yüzde 18 KDV uygulaması devam ediyor. Bunun da mevcut şekle indirilmesi gerekir.

Bu sorunlarla başa çıkmak, mesleğin sorunlarını azaltmak ve kalitesini yükseltmek için, Türk Eczacıları Birliği olarak 6197 sayılı yasa taslağını hazırladık ve Sağlık Bakanlığı'na takdim ettik.

Taslak yasalastığı takdirde eczane ruhsatları Valilikler ve eczacı odaları tarafından verilecek, eczanelere nüfus ve uzaklığa göre esnek sıralama getirilecek, eczacılar mesleki gelişimleri için meslek içi eğitime katılacak, eczaneler yardımcı eczacı çalıştıracak, asgari bir yıl eczanede çalışmayan eczacı eczane açamayacak; böylece hem eczacıların sorunları, hem de eczacılardan topluma yansıyan sorunlar önemli oranda çözümlenmeye çalışılacak. ■

SAĞLIKTA
YENİ KALİTE GÖSTERGESİ:

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar



Prof. Dr. Metin Çakmakçı | Acıbadem Sağlık Grubu Tıbbi Direktörü

Hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları profesyonel işleri sırasında hastalarla ilgili olarak hata yaparlar mı ?

"Çok seyrek olarak, belki ... O da, olsa olsa kötü, denetlenmeyen, beceriksiz insanlar çalıştıran, kenarda, köşedeki küçük sağlık kuruluşlarında ..." diye düşünüyorsanız şiddetle yanılıyorsunuz demektir.

Ne yazık ki hasta bakımında ve tedavisinde tüm dünyada, "en iyi" merkezlerde bile ve oldukça sık tıbbi hatalar yapılmakta.

Bu gerçeği hep biliyorduk. Fakat işin boyutunun ve sonuçlarının öneminin, rakamsal bilgilerin ortaya çıkmaya başladığı birkaç yıl öncesine kadar pek farkında değildik. Bu konuda Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında Institute of Medicine tarafından yayınlanan ayrıntılı bir rapor, tıbbi hatalar konusunda, yalnız o ülkede değil, dünyada fırtınalar kopmasına neden oldu. Temelde iki ayrı retrospektif çalışmaya dayanan bu raporda ABD'de hastanelerde yılda 98.000 kişinin, hastalıklarından dolayı değil, doğrudan tıbbi hatalar sonucunda öldüğü bildiriliyordu. Bu rakam, tıbbi hataların ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğu ve

sayısal olarak motorlu taşıt kazalarına, diyabet ve komplikasyonlarına, AIDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha çok tıbbi hataların insanları öldürdüğü anlamına geliyor.

Tıbbi hataların nedenleri arasında başta ilaç yanlışları olmak üzere, hastane infeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin gecikmesi, transfüzyon hataları gibi sorunlar gelmekte. Görece daha "basit" neden ve sonuçların yanında, yanlış kişinin ya da yanlış bölge ya da tarafın ameliyat edilmesi gibi ciddi konular da bulunmaktadır. Sorunun, affedilemez kişisel ve toplumsal sonuçlarının yanı sıra doğrudan, artmış sağlık harcamaları şeklinde ya da dolaylı, üretim ve verim kaybı, sakatlık maliyetleri, gelir azalması gibi nedenlerle önemli bir sağlık maliyetine de neden olduğu açık. ABD'deki yıllık hastane yatışlarındaki yan etki maliyetinin en az 37.6 milyar USD, önlenemez hatalara bağlı miktarın da 17 milyar USD olabileceği hesaplanmaktadır.

Bu bilgiler toplumda ve siyasi çevrelerde büyük yankılara neden oldu. Avustralya ve İngiltere'den kısa süre sonra benzer örnekler ve raporlar bildirildi. Ve tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğunda birleşti.

Tıbbi hatalara, artık, sağlık sisteminin doğrudan bir kalite (ya da kalitesizlik) göstergesi olarak bakılmakta. Bu nedenle konu çok ciddiye alınmakta, önce ölçülüp sonra da azaltılması için yöntemler geliştirilmekte ve bunlar uygulanmakta. Önerilen temel yaklaşım, hatalardan - olanak olduğunca da henüz ortaya çıkmamış, zarar vermemiş hatalardan - ders almak, öğrenmek ve buna dayanarak sistemi düzeltmek. Araştırmalar büyük bir kaza olmadan önce yaklaşık 300 kez benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret ediyor. Bu durumda yanlış uygulamaları izlemek, saptamak, bunların görünür ve ardından temel (kök) nedenlerine inmek gerekiyor.

Örneğin, bir ilaç uygulama hatasının altında ilk bakışta "servis hemşiresinin bir anlık dikkatsizliği" görünebilir. Ancak, sorun bilimsel araçlarla irdelendiğinde altından genellikle süreçlerden kaynaklanan başka sistematik hatalar çıkar. Bu açıdan bakıldığında ilaç hatalarının kök nedenleri arasında oriyantasyon ve eğitim eksikliği, iletişim sorunları, hasta değerlendirme sürecindeki eksiklikler ile beceri ve yeterlilik sorunlarının bulunabildiği bilinmekte. Bu hataları önlemek için uygulanabilecek stratejiler arasında ise ilaç istem kurlarlarının standardize edilmesi, hastanede kullanılan "riskli" ilaçların belirlenmesi, bunların her biriyle ilgili istek, saklama, doz doğrulama ve kullanma kurallarının belirlenmesi, heparin ve insülin'in birbirine yakın olarak saklanmaması, hasta servislerindeki narkotik stoklarının kısıtlanması, ilaç konsantrasyonlarının standardize edilmesi, mümkünse düşürülmesi ve ilaç hazırlıklarının yalnızca eczanede yapılması ya da damar içi kullanımlar için hazır solüsyonlarının satın alınması önerilmektedir.

Tıbbi hataların, uygulayıcı sağlık personelinin kişisel yanlışlarından çok sistem tasarımı ile ilgili sorunlardan kaynaklandığının bilinmesi önemlidir. İşin içine "insan faktörleri"

Yatağını değiştiren hasta yanlış kan naklinden öldü

Valencia'da bulunan bir hasta, kan nakli sırasında yanlış kan grubu kullanıldığı için yanlış kan naklinden öldü. Hastanın kan grubu AB Rh+ idi, ancak hastaya AB Rh- kanı verildi. Hastanın kan grubu yanlış olarak kaydedildi.

girdiğinde de bunların kişisel olduğu kadar, bir ekibin birlikte çalışma biçimi ile bu ekiplerin hataları farketmesi ve bunlarla başa çıkması becerileriyle ilgili olmakta. Bu nedenle, bugüne kadar sistem düzeyinde değil de kişisel düzeyde suçlayıcı ya da düzeltici önlemlere yoğunlaşmış olması yarar sağlamamıştır. Bugün tıbbi hataları iyi yetiştirilmiş, nitelikli profesyonellerin de aynı şekilde yapabileceğini biliyoruz; süreçler iyi tanımlanmamış ve kontrol noktaları iyi belirlenmemiş ise.

Sistemik yaklaşımda, önce tıbbi hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması, daha sonra sistemdeki sorunlara yanıt verecek stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, "hasta güvenliği" kültürü-

Araştırmalar büyük bir kaza olmadan önce yaklaşık 300 kez benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret ediyor. Bu durumda yanlış uygulamaları izlemek, saptamak, bunların görünür ve ardından temel (kök) nedenlerine inmek gerekiyor.

nün geliştirilmesi ve tüm personel tarafından korkmadan, çekinmeden yapılmış, farkedilmiş olan hataların bildirilmesinin sağlanması zorunludur. Çözüme engel en önemli sorun, bildirim eksikliği ve bilgi paylaşımının olmaması. Tıbbi hataların bildirilmesi sürecinde özellikle cezaya yol açacak bir ortamın yaratılmasından kaçınılması zorunludur! Amaç, cezalandırma değil, bozuk işleyen sistem ve süreçlerin onarılması olmalıdır. Bu nedenle, tıbbi hataları en aza indirecek sağlık kurumu, "dinlemeyi en iyi bilen" kurumdur. Ülkemizde bizim bilgilerimiz içinde bir tek sağlık kurumu bu konuda çaba göstermektedir.

Hataların önlenmesine yönelik geliştirilen araçlardan biri de, örneğin, "kan grubu analizi", "kan transfüzyonu prosedürü" gibi riskli süreçlerin tüm basamaklarına indirgenerek bu basamaklarda yapılması olası hataların gözden geçirilmesi ve eğer yapılırsa bu hatanın sonuca ve hasta sağlığına



Tıbbi hataların, uygulayıcı sağlık personelinin kişisel yanlışlarından çok sistem tasarımı ile ilgili sorunlardan kaynaklandığının bilinmesi önemlidir. İşin içine "insan faktörleri" girdiğinde de bunların kişisel olduğu kadar, bir ekibin birlikte çalışma biçimi ile bu ekiplerin hataları farketmesi ve bunlarla başa çıkması becerileriyle ilgili olmakta. Bu nedenle, bugüne kadar sistem düzeyinde değil de kişisel düzeyde suçlayıcı ya da düzeltici önlemlere yoğunlaşmış olması yarar sağlamamıştır.

olan etkisinin hesaplanması ilkesine dayanan, hata olasılığı olan süreçlerin özel teknikle analizi yöntemidir.

Tıbbi hataların azaltılması için hastalara ve yakınlarına da önemli görevler düşüyor. İlke olarak, hastaları karar verme mekanizmasına ortak etmek ve aktif rol almalarını, soru sormalarını sağlamak, hastalara tıbbi sorunları ile ilgili yeterli bilgi vermek veya kaynak sunmak, hasta-hekim iletişimini geliştirmek ve tıbbi hizmet sunumunda saydamlık sağlamak önem taşımaktadır.

Sağlık hizmeti karmaşık ve yüksek riskli bir iştir. Bunun bilincinde olmak, hasta güvenliği kültürünü benimseyip buna odaklanmak ve kurumlarımıza yerleştirmek zorundayız. Bu konu sağlıktaki ulusal önceliklerimiz arasına girmelidir. ABD'de çok geniş bir katılımı oluşturulan "National Quality Forum" tarafından açıklanan "Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporu"na göre izlenmesi önerilen temel ilkeler arasında (1) sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunun yönetimin öncelikleri arasında yer alması ve hasta güvenliği konusunu ku-

rumsal bir sorumluluk olarak benimsemesi, ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi, (2) sağlık kurumlarında hataların araştırılması ile ilgili süreçlerin belirlenmesi; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, (3) güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması, (4) hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi gelmektedir.

Aslında bu bakış açılarıyla, "sağlık sistemlerindeki değişim" isteği, sağlık sistemlerinin tamamen yeniden tasarlanması taleplerine dönüşmekte. Bu talepler yalnızca Türkiye'nin gündeminde değil, refah düzeyi en yüksek olan, dışarıdan bakılınca her şeyin güllük gülistanlık gibi görüldüğü ülkeler için bile - öncelikleri bizden farklı olsa da - geçerli. Bu sağlık sistemi,

1. Etkili (yani, bilimsel bilginin üzerine kurulu, yararlanabilecek herkes için ulaşılabilir; diğer taraftan, yarar görmeyecekler uygulanmayan, eksik kullanımını da aşırı ve gereksiz kullanımını da engelleyebilen),

2. Hasta merkezli (yani, hasta tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine saygılı ve bu isteklere uyabilecek; karar noktalarında hastanın kendisinin rol alabildiği ve yönlendirildiği, kontrolün hastada olduğu yapılar),

3. Zamanında (yani, bekleme ve tehlikeli gecikmelerin önlenmesi; gerekli hizmete gereksinimi olan herkesin hizmette uygun zamanda ulaşabilmesinin garanti edilmesi),

4. Verimli ve yeterli (yani, her türlü ekipman, tüketim malzemesi, ama aynı zamanda zaman, enerji ve fikirlerin de israfının önlenmesi),

5. Tarafsız ve adil (yani, yaş, cins, etnik köken, sosyo-ekonomik düzey, coğrafi yerleşim gibi kişisel özelliklerin verilecek sağlık hizmetinin niteliği ve kalitesini etkilememesi) ve her şeyden önce

6. Güvenli (yani, sağlık hizmetinin kendisinin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapmasının önüne geçilmesi) olmak zorundadır. Bunun için hep birlikte çaba göstermek zorundayız. ■





“Dâru’ş-şifâ nâfi’i nâs-ı cihân”

Haseki Dâruşşifâsı

Haseki, İstanbul'da bir semtin adıdır. Millet ve Cerrahpaşa caddeleri arasında, Fındıkzade, Cerrahpaşa, Aksaray ve Muratpaşa semtlerinin çevrelediği bir bölgedir. Adını, mimari ve sağlık tarihimizin nadide eserlerinden birisinden, Haseki Külliyesi'nden alır. Türk tarihinin en ünlü kadınlarından birinin hatırasını/adını yaşatan bu yapı grubunu Kanuni Sultan Süleyman, Türk edebiyat tarihinin en güzel aşk gazellerinden birisini kaleme almasına neden olan, hasekisi Hürrem Sultan için yaptırmıştır.

Koca Sinan'ın, hassa baş mimarı sıfatıyla yaptığı ilk eser olan külliye bu hatıra-sıyla hem bir aşkın ve vefanın sembolü, hem de bir ince zevkin ve anlayışın günümüze yansıyan simgesi gibidir. Bu taş duvarlarda, Koca Sinan'ın ince sanat zevkine ve anlatım gücüne emanet edilmiş, bir Cihan Padişahı'nın hasreti, hüznü, coşkusu ve aşkı gizlidir.

"Celîs-i halvetüm vârum, habîbüm mâhî-tâbânüm / Enîsüm mahremüm vârum güzeller şâhı sultânüm"

Avrupa'nın önünde eğildiği Kanuni'ye sevgiliye böyle seslendirtecek kadar derin/büyük bir sevdanın hatırasıdır bu külliye..

Yapımına 1538'de başlanan külliyenin, cami, medrese, sıbyan mektebi, çeşme ve imareti 1539'da tamamlandı. Külliye-nin, en özgün birimi ve Osmanlı mimari tarihinde eşine rastlanmayan, dârüşşifâ-sı, on iki yıl sonra, 1550'de ilave edildi. Çok büyük olmayan bir külliye başına bir birim olarak mimari tarihimizde büyük önem taşıyan dârüşşifânın vakfiyesi, Türk tıbbında insana verilen önemi ortaya koyması ve günümüz sağlık anlayışına katkı sağlaması açısından üzerinde dikkatle durulması gereken şartlar ihtiva etmektedir.

Dârüşşifâda çalışacak hekimlerin özellikleri şöyle sıralanıyor: Doktor, hâzik; usta, becerikli, hastalıktan anlayan ve iyileştirme kabiliyetine sahip, hürmete ve iyiliğe lâyık, zihin açıklığı, kavrayış ve kıyas kabiliyeti herkesçe bilinen, tıp ve hikmet kanunlarını, bilumum meselelerini tafsilâtıyla ihata eden, mizaç ve ahvâ-

linin hususiyetlerini anlayan, ilaç tertip etmekte mahir olan, şurup ve macunların ahvâlinde tecrübeli, onların hastaların hallerine mülâyim veya muhalif olan şeylere vâkîf, iş görme veya bir çok tecrübeyle ilmini kuvvetlendirmiş, ilim tahsilinde ve tatbikatta zamanlar geçirmiş, onları tamamlama hususunda vakitler harcamış kimseler olmalıdır.

Haseki Vakfiyesi'nde, doktorların insani özelliklerini ortaya koyan ifadeler her hekim ve hastane yöneticinin gözardı etmemesi gereken tavsiyeler/şartlardır: Hekimlerin her biri selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, akraba ve yabancılar hakkında hayır diler, nasihati tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu olmalıdır. Hastalardan her birine candan dost gibi lütuf ve merhamet ile nazar eder. Onları asık suratla karşılamaz, hastalara az da olsa vahşet ve nefret uyandıracak söz söylemez. Zira, sözde bulunan sert bir kelime bazen hastaya en büyük dertten daha ağır gelir. Belki hastalara en lâtîf ibarelerle söz söyler. Onlara en güzel şekilde hitap eder. Sual ve cevapta en şefkatli yolu tutar. Zira, sarf olunan nice sözler vardır ki, hastanın nezdinde cennet kevserinden daha hafif, saf ve selsebilden daha tatlıdır. Hastanın tatlı söze ihtiyacı daha çoktur. Hastalara şefkat ve hürmet kanatlarını indirip döşer, onların üzerine inayet ve himaye kemerlerini gerer...

Psşik telkinlerin çok büyük rahatsızlıkları olan hastaların morallerini düzeltmesi yanında hastalıklarının tedavisinde de ne kadar önemli olduğu hatırlanacak olursak yukarıdaki ifadelerin önemi kendiliğinden anlaşılacaktır. Bu ifadeler, asırlar önce Haseki Dârüşşifâsı'nda konunun ne kadar önemsendiğini, ileri/in-sani bir tıbbi yaklaşım sergilendiğini, hasta-doktor ilişkisinin önemini ve hastanın moralinin düzeltilmesi için doktorun ne büyük sorumluluk taşıdığını ortaya koymaktadır.

Doktorların mesailerıyla ilgili hükümler de oldukça çağdaş yaklaşımlar içeriyor. Doktorlardan her biri, geçen gecenin akabinde, hemen dârüşşifâya gelip vazifesine başlar. İletli kimselerin durumunu



Fotoğraflar : Banu Demirci



inceler, nabzına bakar, idrarını gözden geçirir ve hastalığın seyrini, alâmetlerini tetkik eder, küçük şeyleri bile ihmal etmez. Sonra, en uygun ilâci vererek, tedavi eder. Eğer hastanın durumu doktorun tekrar hastaneye gelmesini gerektiriyorsa hemen hastaneye koşar. Her gün ve saatte bu kuralın birisini bile ihmal ve ihlâl etmeden riayet etmek mecburidir.

Vakfiyede diğer sağlık hizmetlilerinin görevleri de etraflıca tarif ediliyor; hepsinin sahasının en iyisi, vazifesinin aşığı, insan sevgisiyle dolu, kerim ahlaklı ve güzel huylu ülfet edilir kimseler olması isteniyor. Tıpkı tabiplerden istendiği gibi...

Göz hekimi (Kehhal) cerrah, eczacı, edviyeci... hepsinden aynı hassasiyet isteniyor... Hastanın her an gözetlenmesi, yanında olunması, hiç ihmal edilmemesi, yalnızlığının ve çaresizliğinin hissettirilmemesinin altı çiziliyor. Aşçı, hastabakıcı, çamaşırcı, hademe, bahçeci, çöpçü, hamamcı, hamam ocakçısının performansı, mesleklerindeki liyakatı, hastaya "Kemâl-i rıfk" ve şefkatli muamelesi ile tanımlanıyor... Görevlilerin maddi ve manevi tatmininin sağlanması önemseniyor. Sadece hizmette kalite değil, mekanda estetik, insan ruhunu okşayan, "gözünü gönlünü açan" unsurlar da ihmal edilmiyor. Sinan'ın elinin değmesi bile bu

konuya verilen önemin bir ifadesi değil mi?... Kısaca ortaya, mekandan yöneticisine doktorundan hizmetlisine bütüncül bir yaklaşım ve toplam kalite anlayışı sunuluyor...

Mimar Sinan'ın bir ince duyguya bir büyük sultanın sevdasına ve kendi sanatına yaraşır bir zarafette inşa ettiği dârüşşifâ zaman içinde, doğal afetlerin tesiri ve kullanım amacına göre bazı değişikliklere uğramıştır. Külliye'nin kuzey-doğusunda yer alan dârüşşifâ, dış duvarlarıyla dikdörtgene yakın bir yapı görünmekle birlikte merkezî plan esasına göre inşa edilmiş. Sekizgen avlunun beş kenarı etrafındaki kubbeli odalar ve kuzeydeki giriş yeriyile değişik bir plan gösteriyor. Külliye'nin kuzey cephesindeki bir kapıdan, tonoz örtülü bir geçiş koridoru ile dârüşşifâyâ giriliyor. Girişten sekizgen avluya çıkılıyor. İlk dönemlerinde içinde suyu bulunan avluyu, birbirinden güzel çiçeklerin süslediği tahmin ediliyor. Sekizgen avlunun doğu, batı ve güney kenarları üzerinde iki sıra halinde yer alan mekânlar çift kubbelidir. Sekizgen avlunun kuzey, doğu ve batı kenarlarında ikişer pencere ile avlu cepheleri yükseliyor. Güneydoğu ve güneybatı köşelerinde üzerleri birer büyük kubbe ile örtülü ve geniş kemerli eyvan gibi avluya açılan birimler yer alıyor. Avlu etrafındaki mekanlara geçişi sağlayan bu eyvanlar, demir doğramalı camekanlarla kapatıldığı





Poliklinik yapılan mekanlar

için yapının mekan etkisi günümüzde tam kavranamıyor. Arkadaki yapıya eklenen ve imaret ile dâruşşifâ arasında kalan, yoldan girilen bölümdeki iki bağımsız odanın ilaç hazırlamak için kullanıldığı sanılıyor.

Yapısındaki ahengin tamamen mimarî unsurlarla sağlanarak Osmanlı dâruşşifâlarının en güzel örnekleri arasında yer alan bina'nın, bugün, kapısının üzerindeki yerinde bulunmayan kitabesinin son mısrası "Dârü's-sifâ nâfi'i nâs-ı cihân: Cihan insanlarına faydalı dâruşşifâ" imiş. Hakikaten öyle olmuş; burada dinine, ırkına, cinsine, sosyal konumuna bakılmadan ortak istekleri tedavi olan cihanın insanlarına şifa dağıtılmış...

XIX. yüzyılın ortalarına kadar tek başına, bu tarihten son restorasyonunun yapıldığı 1963'e kadar yeni hastanenin gelişmesine paralel olarak polikliniklik, tımarhane, kadınlar kısmı gibi değişik fonksiyonlarla hizmet veren dâruşşifâ, tarihi boyunca çeşitli

isimlerle anılmış. Bunların en bilineni ise Haseki Dâruşşifâsı.

Çeşitli yangın ve depremlerde zarar gören külliye, 1963-74 arasında Vakıflar Genel Müdürlüğü ve Clup Mediterranean işbirliği ile turistik amaçla kullanılması için restore edilmiştir. Fakat, özellikle semt sakinlerinin itirazları üzerine bu fikirden vazgeçilmiştir. 20 Ocak 1976'da Diyanet İşleri Başkanlığı'nın kullanımına verilen külliye iki yıl öncesine kadar İstanbul Haseki Eğitim Merkezi olarak müftü ve vaizlerin eğitimleri yapılmış kıraat; Kur'an-ı Kerim'i güzel okuma ilmi öğretilmiştir. Bu zaman diliminde dâruşşifâ kısmı eğitim ve idare merkezi olarak kullanılmıştır. Halen İstanbul Müftülüğü tarafından eğitim amaçlı hizmetlerde değerlendiriliyor.

Şu an için bakımlı olan külliye'nin çevre düzenlemesinin tarihi dokuya uygun olduğunu söylemek zor. Tarihi eserlerin ilgili en



önemli problemlerinden biri modern yapılar ya da beton yığınları arasında adeta görünmezliğe mahkum edilmeleri ve ufuklarının kapatılması. Bu mahkumiyetin Haseki Külliyesi için de geçerli olduğunu söylemek mümkün. Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver'in şu ifadesi ne kadar önemli ve hüzün verici: "Bahçesi ve müştemilatı ile bu Haseki sitesi ne kadar güzeldi." Nerede bugün o güzellik?... Bunda en

büyük sorumluluk şehir planlamacılarının olsa gerek. Bu eserlerin daha görünür kılınması ve çevrelerinin de tarihi yarımada dokusuna uygun yapılması gerekir. Fatih Belediye Başkanı Mustafa Demir'in bu sorumluluk duygusuyla Haseki Külliyesi'nin çevresini yeniden ele alacaklarını söylemesi ise güzel bir müjde... Bakalım ufuktaki güneş, beton yığınlarından önce ne zaman bu külliyenin kubbelerini okşayacak?...



Dâruşşifâyı, külliyei geride bırakmaya hazırlanırken yine aklımıza Cihan sultanının gönül dünyasında yaşadığı depremler geliyor. Bu taş duvarlar arasında gezerken âşıkın maşuk karşısındaki kalp atışlarını duyar gibi oluyor insan. Kulaklarımızda Kanuni'nin sesi yankılanırken, dudaklarımız, hasekisine, Hürrem Sultan'ına, çocuklarının anasına yazdığı o nefis gazeli mırıldanıyor...

Celîs-i halvetüm vârum, habîbüm mâh-ı tâbânım
Enîsüm mahremüm vârum güzeller şâhı sultânım

Hayâtum hâsılum ömrüm şarâb-ı kevserüm adnım
Bahârüm behçetüm rûzum nigârüm verd-i handânım

Neşâtum işretüm bezmüm çerâğüm neyyirüm şem'üm
Turuncu nâr u nârencüm benüm şem-i şebistânım

Nebâtum sükkerüm gencüm cihân içinde bî-rencüm
Azizüm Yûsufum vârum gönül Mısır'ındaki hânım

Sstanbul'um Karaman'um Diyâr-ı Mülket-i Rûm'um
Bedehşân'um ve Kıpçağ'um ve Bağdad'um Horasân'um

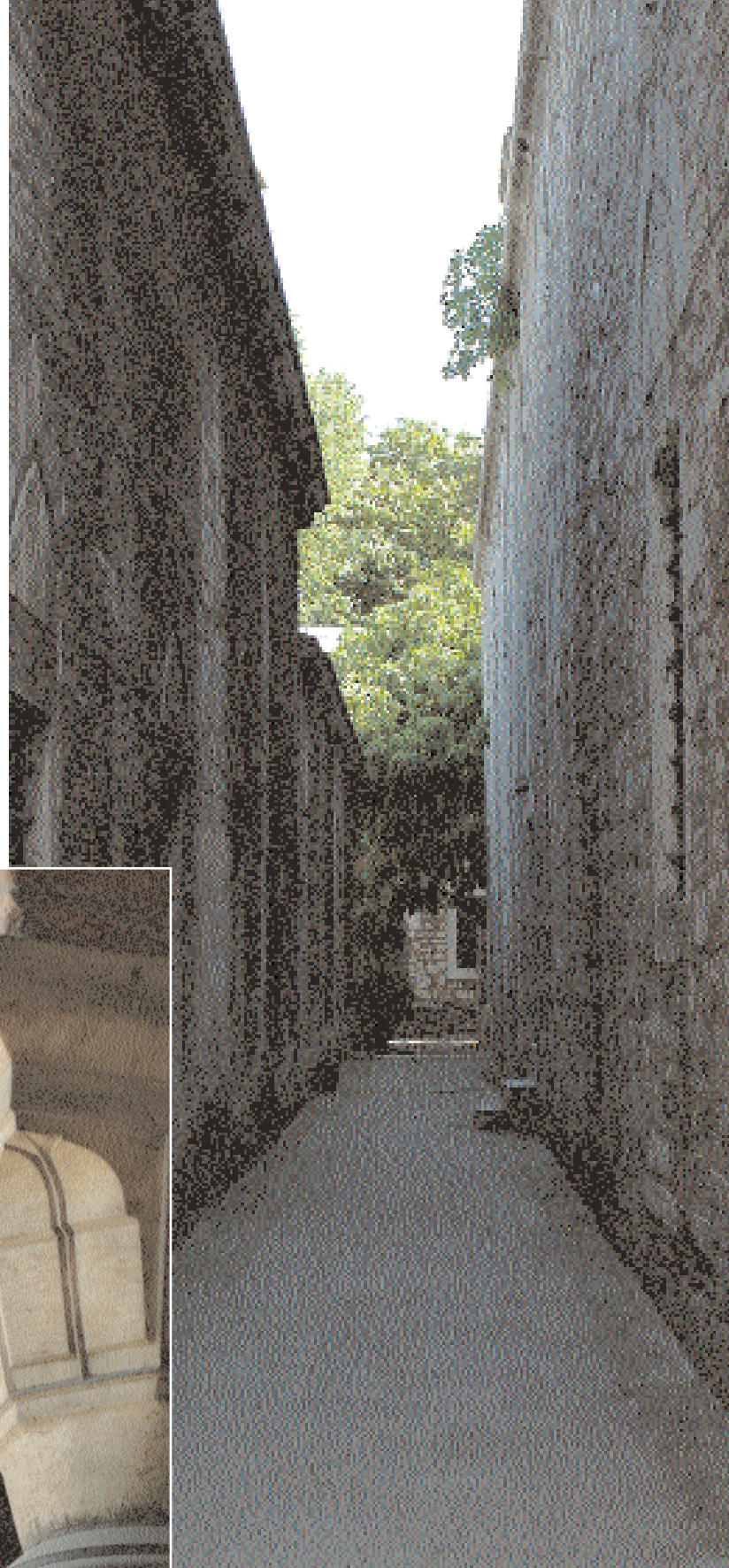
Saçı mârum kaşı yâyum gözi pür-fitne bîmârum
Ölürsem boynuna kanum meded Hey nâ-müselmânüm

Kapunda çünkü meddâhum seni medh ederüm dâyim
Yürek pür-gain gözüm pür-nem Muhibbî'yem vü hoş hâlüm.

Bu sevdâ masalını, dâruşşifâda yaşananları, asırlardır taş duvarlara emanet edilen sırları ve gizemi, hastalara incelikle/güzellikle şifa dağıtan ellerin şefkatini, bir toplumu medeniyet sahibi yapan anlayışı ve bir büyük medeniyetin temelindeki ruhu keşfetmek, Kanuni Sultan Süleyman'ın gazel okuyan sesini mi duymak istiyorsunuz, Haseki Külliyesi ve Dâruşşifâsı sizi bekliyor... İster güneşin külliyesinin zirveleriyle tanışma saatini, isterseniz veda saatini bekleyin. Ya da bir gece sessizliğini... Yeter ki kulağınızı taş duvarlara, gönlünüzü geçmişe bağlamasını, sesin ötesindeki sesi duymasını, görünenin arkasındakini okumasını bilin... Emin olun hissedecek ve duyacaksınız... ■

Bibliyografya

- Süheyl Ünver, *Haseki Hastanesi*, İstanbul 1939.
Nimet Taşkiran, *Hasekinin Kitabı*, İstanbul 1972.
Gönül Güreşsever, "Haseki Dâruşşifâsı", *Sanat Tarihi Yıllığı*, sy. 5, İstanbul 1973, ss. 101-117.
Zuhal Özaydın, "Haseki Dâruşşifâsı ve bugünkü durumu", *I. Türk Tıp Tarihi Kongresi*, Ankara 1992, ss. 183-187.
Gönül Cantay, *Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Dâruşşifâları*, Ankara 1992.
Nuran Yıldırım, "Haseki Daruüşşifası ve Hastanesi" *İstanbul Ansiklopedisi*, ss. 2-4.
Sema Doğan, "Haseki Külliyesi" *Diyanet İşleri Başkanlığı İslam Ansiklopedisi*, c.16, ss. 370-372.
Doğan Kuban, "Haseki Külliyesi" *İstanbul Ansiklopedisi*, ss. 4-6.
Abdullah Kuran, "Haseki Külliyesi" *Boğaziçi Üniversitesi Dergisi*, sy.2, İstanbul 1974, ss. 57-86.
E. Nedret İşli, "Haseki", *İstanbul'da Semtler ve Hayatlar, Bir Semtini Sevmek*, haz.: Mustafa Armağan, İstanbul ts., ss. 127-137.



REFİK SAYDAM
HIFZISSIHHA
MERKEZİ

76. yıl

Hıfzıssıhha kelimesi sözlük anlamı olarak "Sağlığın Korunması" olup halk sağlığının özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kısmını ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri içinde bulaşıcı ve salgın yapan hastalıkların kontrolünde ele alınan çeşitli önlemler arasında aşı ve serum uygulamaları ile toplumun hastalıklara karşı dirençli kılınması, yenilen ve içilen gıda maddelerinin ve çevrenin denetimi önemli rol oynamaktadır.

Osman Güzelgöz



80 yıllık Cumhuriyet tarihimizde 76. yılını kutlayan bir kurum Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi. Yaşı neredeyse Cumhuriyetimizle eşit olan bu sağlık kuruluşumuzun tarihçesini, kuruluş amacını, tarihindeki işlevini, bugünkü durumunu ve hedeflerini kurum başkanı Doç. Dr. Turan Aslan'la konuştuk...

Hıfzıssıhha kavramını açıklar mısınız?

Hıfzıssıhha kelimesi sözlük anlamı olarak "Sağlığın Korunması" (Hıfz: Koruma Sıhha: Sağlık) olup halk sağlığının özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kısmını ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri



Doç. Dr. Turan Aslan

İçinde bulaşıcı ve salgın yapan hastalıkların kontrolünde ele alınan çeşitli önlemler arasında aşı ve serum uygulamaları ile toplumun hastalıklara karşı dirençli kılınması, yenilen ve içilen gıda maddelerinin ve çevrenin denetimi önemli rol oynamaktadır. Bunların yanında insan sağlığı ile ilgili her türlü tanı, laboratuvar çalışmaları ve tedavide kullanılan ilaçların kontrolleri yapılması da önem arz etmektedir.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde hem ruhsat ve ithal iznine yönelik analizler hem de piyasa denetimi ya da ihracat, ithalat süreçlerinde gerekli olan analizler yapılmaktadır.

Mekteb-i Tıbbiyye’de 1841-1842 öğretim yılında okutulan dersler arasında ilm-i hıfzıssıhha’nın da yer aldığı görülmektedir. Bu konunun bugünkü Hıfzıssıhha Müessesesi ile ilgisi var mı?

19. yüzyılda dünyayı etkileyen kolera, veba gibi salgınlar binlerce insanın hayatını kaybetmesine ve ülkelerin büyük ekonomik kayıplara uğramasına yol açmıştır. Osmanlı İmparatorluğu’nda modern anlamda sağlık örgütlenmesi 1826’dan sonra başlamıştır. Rusya’dan gelen gemiler için İstanbul’da, Akdeniz’den gelen gemiler için Çanakkale’de Karantina Merkezleri oluşturulmuştur. Bu dönemde Mekteb-i Tıbbiyye kurulmuştur ve burada hıfzıssıhha ile ilgili dersler verilmiştir. Bu çalışmalar ülkemizde koruyucu he-

kimlik ile ilgili çalışmaların temelini oluşturmuştur. Ancak bir süre sonra fakültelerde anlatılan derslerin akademik düzeyde kalması yine tıp öğrenimini yapan her hekimin, tedavide olduğu kadar koruyucu önlemlerin alınmasında da yalnız kendi bilgi ve görgüsünü yeterli görmesi koruyucu hekimlik alanında yapılan çalışmaların kurumsallaşması ihtiyacını doğurmuştur.

Hıfzıssıhha Müessesesi ne zaman, hangi amaçlarla kuruldu?

Sağlık hizmetlerinde bilimsel gelişmelere uymayı ve batıdaki benzerleri düzeyine ulaşmayı hedefleyen bir müessese kurulması için 1925 yılında ele alınan bakanlık çalışma programında Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi’nin kurulması öngörülmüştür. Buna göre Hıfzıssıhha Müessesesi, halk sağlığı ile yakından ilgilenecek hastalık ve salgınların önüne geçecek, bütün biyolojik maddeleri üretmek, gerektiğinde devlete sağlık hizmetlerinde en üst düzeyde yardımcı olmak üzere; Başkanlığımız, 1267 sayılı Kanun ile 24 Mayıs 1928 tarihinde kurulmuştur.

Bu programda aynı zamanda sağlık personeli yetiştirmek ve mevcut personeli eğitmek amacıyla bir Hıfzıssıhha Mektebi açılması da planlanmıştır.

Kurucusu kimdir?

Doğubeyazıt Mebusu olarak 23 Nisan 1920’de siyasi hayata başlayan, 29 Ekim 1923’te Cumhuriyet’in ilanından sonra kurulan ilk Cumhuriyet hükümetinin ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından, Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuştur.

Geçmişte hangi fonksiyonları ifa etmiştir?

18. yüzyılda Anadolu ve Rumeli’de yaygın olarak çiçek hastalığına karşı aşılama işlemi uygulanmakta idi. Ancak bilimsel temelde aşılama çalışmaları 1892’de İstanbul’da Aşıhane’nin kurulması ile başlamıştır. Bunu daha sonra Nişantaşı’nda kurulan Bakterioloji Müessesesi ve 1900 yılında Etfal Hastanesi’nde kurulan bir laboratuvar da yapılan çalışmalar izlemiştir.

Bu dönemde çiçek ve kuduz aşılı, kızıl ve difteri serumları hazırlanmıştır. Dr. Refik Bey (Saydam) 1913’de Sahara Genel Müfettiş Muavini olarak İstanbul Bakteriolojihanesi’ni yeniden yapılandırmıştır. Aynı dönemde İzmir, Sivas ve Şam Bakteriolojihaneleri kurulmuştur. Bu kuruluşlarda 1. Dünya Savaşı yıllarında ordunun aşı ve serum ihtiyacına yönelik yoğun çalışmalar yapılmıştır.

RSHM bugün hangi işlevleri görmektedir?

Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı günümüzde başlıca aşağıdaki fonksiyonları yürütmektedir:



- Üretim
- Kontrol
- Tanı ve doğrulama
- Eğitim
- Danışmanlık

Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde çeşitli laboratuvarlarda üretilerek kullanıma sunulan başlıca ürünler şunlardır:

- Tanıya yönelik antijen ve antiserumlar (Salmonella, Brucella, Proteus, vb)
- Akrep Antiserumu
- Tetanos Antiserumu
- Difteri Antiserumu
- Şarbon Antiserumu
- Deney hayvanları (spesifik patojen free fare, tavşan, kobay vs)

Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde hem ruhsat ve ithal iznine yönelik analizler hem de piyasa denetimi ya da ihracat, ithalat süreçlerinde gerekli olan analizler yapılmaktadır. Kontrolü yapılan başlıca ürünler:

- İlaç ve kozmetikler
- Aşı, serum ve diğer biyolojik ürünler
- Kan ürünleri
- Gıda, su (içme suyu, kaplıca suyu ve menbaa suları) ve katkı maddesi

- Çevre sağlığı (Temizlik maddeleri, dezenfektanlar, hava, su, toprak kalitesi ve toksik maddeler)

Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesindeki laboratuvarlar bir çok konuda referans laboratuvar hizmetleri görmektedir. Yine rutine yönelik tanı ve doğrulama işlemleri yapılmaktadır.



Dr. Refik Saydam



Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesindeki laboratuvarlar bir çok konuda referans laboratuvar hizmetleri görmektedir.

- Hematolojik
- Bakteriyolojik ve Serolojik (Ör. Legionella, Enterik Patojenler, Difteri)
- Virolojik (HIV, Hepatit B, Hepatit C, Polio virus, Kızamık gibi)
- Biyokimyasal
- Hormonal
- Tüberküloz (tanı ve antimikrobiyal direnç)
- Zehir Araştırma

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde çeşitli eğitim faaliyetleri sürdürülmektedir:

- Tıpta uzmanlık eğitimi (Klinik Mikrobiyoloji ve Mikrobiyoloji)
 - Hıfzısıhha Mektebi
 - Hizmet içi eğitim
 - Çeşitli kurum ve kuruluşlar ile Hıfzısıhha Bölge Müdürlüklerinin eğitimi
- Kurumda danışmanlık hizmeti olarak:
- Zehir Danışma Merkezi (ülke çapında 24 saat kesintisiz hizmet vermekte)
 - Tüm birimler, görev alanları ile ilgili konularda hizmet vermektedirler.

TC Hıfzısıhha Müessesesi ile Hıfzısıhha Mektebi'nin ayrımı nedir? Farklı kurumlar mı?

Mektebin açılış konuşmasında Dr. Refik Saydam, hıfzısıhha ilminin ne olduğunu açıklayarak yalnız fakülte sıralarındaki öğrenim ile kitle sıhhatine cevap verilemeyeceğini ve bu açığı gidermek üzere okulun açıldığını dikkat çekmiştir.

3959 sayılı Kanunun 7. maddesine göre Hıfzısıhha Mektebinin görevleri şu noktalarda toplanmaktadır:

- Bakanlığın gerekli göreceği konularda, hazırlayacağı program içerisinde, sağlık ve yardımcı sağlık personeline teorik ve pratik eğitim-öğretim yapmak.
- Uğraşı alanına giren bilimsel konularda araştırma yaparak modern tıbbın ortaya koyduğu yeni bilgi ve davranış kural-larını sağlık örgütüne kazandırmak amacıyla konferanslar, seminerler düzenlemek ve elde ettiği bilgileri yayımlamak.
- Günümüzün koşulları gereğince, görev alanına giren bilimsel konularda Bakanlığa danışmanlık yapmak.

Dr. Refik Saydam Hıfzısıhha Ensütüsü ismine neden ve ne zaman dönüştürüldü?

Hıfzısıhha'nın kurucusu olan Dr. Refik Saydam'ın 1942 yılında vefatından sonra TBMM merhumun anısına 10 Ağustos 1942 gün ve 4288 sayılı yasa ile, "Merkez Hıfzısıhha Müessesesi"ne, "Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Müessesesi" ismini vermiş ve onun adını ölüm-süzleştirmiştir. ■



Dr. Hüseyin Demirel | Kamu Yönetimi Uzmanı

Sağlık Bakanlığı Mart-Nisan döneminde yine pek çok önemli çalışmaya imza attı. Bu çalışmalardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

Sağlık ocağı sayısı 5997 oldu

01.03.2004–30.04.2004 tarihleri arasında Türkiye Geneline 26 adet sağlık ocağı hizmete açıldı. 30.04.2004 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde hizmet veren sağlık ocağı sayısı 5997 oldu.

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yeniden yapılanma çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde artan ihtiyacı karşılayabilmek için sağlık ocağı fiziki yapısını genişletebilmek amacıyla, farklı fiziki mekanlarda sağlık ocağına bağlı birimler oluşturulması kararlaştırıldı. Bu doğrultuda Mart-Nisan ayları içinde toplam 104 adet Sağlık Birimi açıldı.

ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi eğitimi

12-16 Nisan 2004 tarihleri arasında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Samsun ilinde bölge illerin (Samsun, Amasya, Artvin, Bayburt, Çorum, Gümüşhane, Giresun, Rize, Ordu, Tokat, Trabzon ve Sinop) yönetici konumundaki çalışanların katıldığı ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitim- Kişisel Gelişim-Liderlik-İletişim-Ekip Çalışması ve Ekip Oyunları konularında eğitim düzenlendi.

Çevre beslenme ve kanser sempozyumu

4-6 Nisan 2004 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı öncülüğünde üniversiteler, dernek ve vakıflar işbirliği ile Ankara Hilton Otelinde 3.Uluslararası "Çevre, Beslenme ve Kanser Sempozyumu" düzenlendi.

Kronik hastalıklar kontrol programı

Kronik hastalıklar ile ilgili, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının işbirliğinin artırılması, hastalıklardan korunma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerini sağlamaya yönelik sistemin yerleştirilmesi ile morbidite ve mortaliteyi azaltarak yaşam kalitesinin artırılması amacı ile "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı"nın başlatılması planlandı. Bu kapsamda; "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı, I-Hipertansiyon kitabı" ve halkın eğitimine yönelik poster ve broşür bastırıldı. İllere dağıtımı yapıldı.

Dünya tüberküloz günü

2004 yılı Dünya Tüberküloz Günü nedeniyle Tüberküloz konusunda toplum desteğinin artırılması, bunun için medyanın dikkatinin çekilmesine yönelik aktiviteler yapıldı. Bu çerçevede;

- Tüberküloz konusundaki filmlerin mahalli TV'lerde oynatılması,
- Afişlerin otobüslere- metro ve otobüs duraklarına asılması sağlandı.

Sıtma eğitimleri

08 - 12 MART, 05-09 NİSAN 2004 Diyarbakır; 15-19 MART 2004 ve 29 MART – 02 NİSAN, 12-16 NİSAN 2004 Adana; 22-26 MART, 26-30 NİSAN 2004 Şanlıurfa illerinde Güneydoğu illerinde görev yapan sıtma savaşı işçilerine yönelik "Sıtma Mikroskopist Kursu ve Sıtmaya Yönelik Vektör ve Epidemiyolojik eğitimler verildi; bu eğitimler devam ediyor.

Sıtma mücadelesi amacıyla ülke genelinde iki ay içinde 130.281 kişi kan muayenesine tâbi tutuldu; bunlardan hastalık tesbit edilen 127 kişinin tedavileri gerçekleştirildi.

Özbek doktorlara üreme sağlığı eğitimi

Ülkemiz ile Özbekistan arasında 1997 tarihinde imzalanan "T.C. Hükümeti ile Özbekistan Cumhuriyeti Arasında Sağlık ve Tıp Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma" çerçevesinde, giderleri Sağlık Bakanlığınca karşılanmak kaydıyla Özbek doktorların 16 Şubat-12 Mart 2004 tarihleri arasında ülkemizde eğitim görmeleri öngörülmüyordu. Bu çerçevede, AÇSAP Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde, Özbekistan'dan gelen

10 kadın doğum ve çocuk hastalıkları uzmanından oluşan Sağlık Ekibine, 12 Mart 2004 tarihine kadar İletişim Merkezinde "Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri ve Danışmanlığı" konusunda eğitim verildi.

Neonatal Resüsitasyon eğitimi

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana optimal yaklaşım ve etkin resüsitasyonun sağlanması amacıyla yürütülen programlar arasında olan "Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP)" kapsamında, doktor, ebe, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin katılımı ile 7-9 Nisan 2004 tarihlerinde Karaman ilinde, 13-15 Nisan 2004 tarihlerinde Samsun ilinde, 14-16 Nisan 2004 tarihinde Burdur ili personelinin de katılımıyla Antalya ilinde ve yine aynı tarihlerde Uşak ilinde, 19-21 Nisan 2004 tarihlerinde de Samsun ilinde "Neonatal Resüsitasyon Uygulayıcı Eğitimi" yapıldı.

Anne sütünün teşviki

6-9 Nisan 2004 tarihinde Ankara'da, eğitim ekibi bulunmayan 12 ilin (Ağrı, Bilecik, Bitlis, Burdur, Gümüşhane, Iğdır, Kars, Kayseri, Karabük, Siirt, Tokat, Tunceli) personeline yönelik "Anne Sütünün Teşviki ve Danışmanlık Eğitimi" yapıldı.

Er ve erbaşlara eğitim

Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri arasında üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklere yönelik eğitim çalışmalarını konusunda yapılan işbirliği çerçevesinde, iller düzeyinde işbirliğinin güçlendirilerek sürdürülmesi amacıyla er ve erbaşlara yönelik "Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlık Eğitimleri" 12-16 Nisan 2004 tarihlerinde Ankara'da, 26-30 Nisan 2004 tarihlerinde de Eskişehir ilinde yapıldı ve eğitimlere Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünden eğitimci personel desteği sağlandı.

Tuz iyotlama makinesi

İyot yetersizliğine bağlı hastalıkların önlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde yürütülen "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı" kapsamında, küçük tuz işletmecilerinin iyotlu sofrata tuzu üretimi konusunda desteklenmesi amacıyla UNICEF tarafından 20 adet "Tuz İyotlama Makinesi" Sağlık Bakanlığı'na hibe edildi. Söz konusu makinelerin mülkiyeti, İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla, Sağlık Bakanlığımızda kalmak kaydıyla, ülkemizde faaliyette bulunan küçük tuz işletmecilerine devredildi. Makineleri teslim alan tuz işletmecilerinin kullanıcı personeline, makinelerin kullanımı ve iyot doz ayarlamaları konula-

rinde, 17-19 Mart 2004 tarihlerinde Batman ve Malatya ille-
rinde, 25-26 Mart 2004 tarihlerinde Van ilinde, 2 Nisan 2004
tarihinde Cihanbeyli/Konya ilinde, 8-10 Nisan 2004 tarihlerin-
de Sakarya ilinde uygulamalı "Tuz İyotlama Makineleri Ma-
kine Başı Eğitimi" verildi.

Iraklı hastaların tedavileri

1 Şubat 2004 tarihinde Irak'ın Erbil kentinde meydana
gelen saldırılarda yaralanan 33 Iraklı hastanın tedavilerinin
yapılması ve tekrar ülkelerine dönüşlerinin sağlanması için
ilgili valiliklerle yakın iletişim içinde olup mümkün olan te-
davileri yapılarak ülkelere dönüşleri sağlandı.

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi

Kırıkkale İli Yüksek İhtisas Hastanesi müstemilatı olan
klinik otel binasının Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'ne
bağlı olarak hizmete açılması ve Kırıkkale Yüksek İhtisas
Hastanesi'nin kadro yatak sayısının 250'den 300 yatağa çı-
karılmasına dair makam onayı alındı.

Muratlı Devlet Hastanesi

Sağlık Bakanlığı yatırım programında yer alan Tekirdağ İli
Muratlı İlçesi Devlet Hastanesi'nin 50 kadro yatak ile hizme-
te açılmasına dair, makam onayı alındı.

Toksikolojide temel ilkeler ve acil tedavi yaklaşımları eğitim kursu

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Zehir Araştırmaları Mü-
dürlüğü tarafından Türkiye çapındaki hekimlere yönelik, 12-
16 Nisan 2004 tarihleri arasında Prof.Dr. Necmettin ALKİŞ
Konferans salonunda "Toksikolojide Temel İlkeler ve Acil Te-
davi Yaklaşımları Eğitim Kursu" gerçekleştirildi.

Tayinler

Sağlık personeline ihtiyaç duyulan alanlarda Uzman ve
Pratisyen hekim ihtiyacının karşılanması amacıyla, 181 Uz-
man görevlendirildi, 272 Uzman ile 389 Pratisyen hekimin
açıktan ve naklen tayini yapıldı.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının personel ihtiyacının karşı-
lanması amacıyla 79 Ebe, 144 Hemşire, 96 sağlık memuru-
nun naklen tayini yapıldı. Yüksek öğrenimli sağlık personeli
ile Genel İdari Hizmetler sınıfında görev yapan 264 persone-
lin naklen tayini yapıldı.

Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği
gereğince, 816 Uzman Tabip, 1357 Pratisyen Tabip, 47 Diş
Tabibi ve 33 Eczacının kura ile yerleştirilmesi yapıldı.

Ayrıca M.E.B'nda yapılan sınav sonucuna göre ise, 47 Di-
yetisyen, 55 Fizyoterapist, 33 Psikolog, 56 Acil Tıp, 6 Odiyo-
metri, 30 Anestezi, 34 Laboratuvar, 32, Röntgen 8 Tıbbi Sek-
reter, 49 Toplum Sağlığı bölümlerinden sözleşmeli persone-
lin yerleştirilmeleri sağlandı.



Hızır acil ambulansları

2003 mali yılında satın alınan 118 ambulans ile Hudut ve
Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğüne satın alınan 208 adet
ambulanstan 166 adedi olmak üzere, toplam 284 Hızır Acil
tipi ambulansın 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerinde
kullanılmak üzere İl Sağlık Müdürlükleri emrine tahsis ve da-
ğıtımları tamamlandı.

Hıfzısıhha eğitim materyalleri elektronik ortamda

Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından Sağlık Projele-
ri döneminde basımı yaptırılan materyallerin elektronik orta-
ma aktarılması çalışmaları devam ediyor. Buna göre düzen-
lemeleri yapılan "Afetlerde Sağlık Yönetimi ve Turizm Sağlı-
ğı Eğitimi Kitabı", "Sağlık Ocağı Hizmetlerinde İzleme, De-
ğerlendirme ve Denetim" kitabı ve "Tüberküloz Hastalarının
Tanı, Tedavi ve İzlenmesi" kitabı Hıfzısıhha Mektebi Müdür-
lüğü internet sayfasına eklendi.

(www.hmsaglik.gov.tr)

e-Sağlık çalışma grubu

2. Türkiye Bilişim Şurası hazırlıkları çerçevesinde e-Sağ-
lık çalışma grubu final raporu tamamlandı.

ÇKYS il tazeleme eğitimleri

Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) projesi çerçevesinde "ÇKYS İl Tazeleme Eğitimleri"ne 5 Nisan 2004 tarihinde başlandı. Nisan-Haziran 2004 ayları arasında yapılacak bu eğitimlere 81 İl Sağlık Müdürlüğünden ÇKYS son kullanıcıları katılıyor. On iş günü olarak yapılan eğitimlerde ilk iki grubun eğitimi tamamlandı.

ÇKYS Projesi dahilinde; Personel Genel Müdürlüğü tarafından kağıt ortamında muhafaza edilen yaklaşık 120.000 adet sicil karnesi bilgilerinin veritabanına işlenmesi ile ilgili işlemler, 31.03.2004 tarihinde tamamlandı. Geriye kalan 83.833 sicil karnesi bilgilerinin veri giriş kontrolü işlemleri, 30.06.2004 tarihine kadar uzatıldı.

Sağlık Bakanlığı bilgisayar envanteri

Merkez ve İl Sağlık Müdürlüklerindeki bilgisayar envanter çalışmaları bitti. Bu çalışmalar neticesinde Sağlık Bakanlığı teşkilatının elindeki bilgisayar envanteri çıkarıldı.

Tek düzen muhasebe sistemi

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının saymanlık hizmetlerini yürütmekte olan 180 Sağlık Kurumları Döner Sermaye Saymanlığında, Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca geliştirilmiş olan Tek Düzen Muhasebe Sistemi Uygu-

lama Yazılımı Mart 2004 tarihinden itibaren kullanılmaya başlandı.

Teftiş Kurulu'na şikayetler

Teftiş Kurulu Başkanlığı'na intikal eden 227 şikayet dilekçesinden 146'sı gereken inceleme yapılmak üzere Valiliklere, 81'i inceleme ve soruşturma için Müfettişlere verildi.

Hastane denetimleri

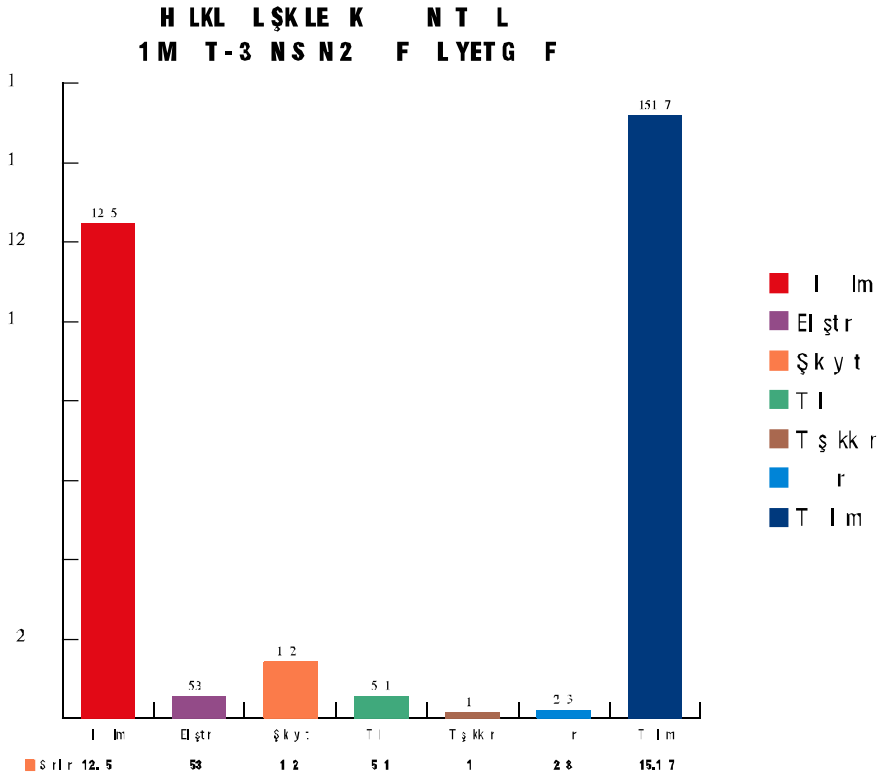
Ankara, İstanbul, İzmir illerinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Denetimlerine 20.10.2003 tarihinde başlandı; 24 hastanenin denetimi tamamlanarak sonuçlar ilgili birimlere gönderildi.

Mevzuat düzenlemeleri

Mart-Nisan döneminde içinde 17 adet yönetmelik, 48 adet genelge, 8 adet tebliğ, 3 adet yönerge yayımlandı.

SABİM'e 15167 başvuru

Mart-Nisan itibarıyla SABİM'e 15167 başvuru yapıldı. ■



Atropa belladonna

Dr. Senai Demirci



Yarın sabah aynaya baktığınızda hatırlamanız gereken şifreyi veriyorum: Atropa belladonna. Gözlerinizin içine bakarak tekrarlayın bu şifreyi. Atropa belladonna. Atropa belladonna... Ortaçağ İtalya'sında yaşayan bir kadın ol-

saydınız, bu gizemli sözlerin gözleriniz için ne kadar önemli olduğunu hatırlayıp şifreyi yüzünüze gözünüze bulaştırdınız. Ama illâ da gözünüze bulaştırdınız: Atropa belladonna.

Şimdi gözlerinizi aynada bırakıp hayalinizde çocukluğunuzun ya da çocuklarınızın çizgi filmi Şeker Kız Candy'nin gözlerini bir hatırlamaya çalışın. Haydi bir de Heidi'nin gözlerini hayal etmeyi deneyin. İhtimal ki Candy'nin de Heidi'nin de, diğer çizgi film karakterlerinin de yüzlerine göre orantısız çizilen o kocaman gözleri size hiç rahatsızlık vermeyecektir. Aynı büyüklükte gözler sizin yüzünüzde olsaydı, ne kadar rahatsız olurdunuz. Şifreyi unutmayın: Atropa belladonna.

Kabaca siyah-beyaz diye ikiye ayırdığımız gözün görünen kısmı üç bölüme de ayrılabilir. Gözün beyazını oluşturan sklera tabakası, siyah bölümün çevresini oluşturan iris ve siyahın merkezini oluşturan en kara nokta pupil. Skleranın beyazlığı, pupilin siyahlığı hemen hemen evrenseldir; ancak ikisi arasında yer alan iris rengi hayli değişkendir. Minicik ve incecik kasların gözün merkezine doğru dairesel olarak yönelmesinden oluşan iris tabakası gözlerin rengini oluşturur; maviden kahverenginin değişik tonlarına, yeşilin gözler okşayan tonlarından zifirî siyaha kadar, adlandırılması özel bir renk edebiyatına kaynaklık edecek kadar özel görünüşleri vardır. Her insanın iris rengi, iris yapısı ve şekli, tıpkı parmak izi gibi özel ve tektir. Günümüzde gözün iris yapısını tanıyan özel güvenlik sistemleri vardır.

İris kasları, tıpkı bir fotoğraf makinesinin diyaframı gibi çalışarak, pupilin çapını azaltıp çoğaltarak gözün arkasındaki retina tabakasına düşen ışığın miktarını ayarlar. Loş bir odaya girdiğinizde iris kasları kasılarak pupili genişletirler; çünkü karanlıkta görebilmeniz için gözlerinize daha çok ışık girmesi gerekir. Parlak bir ışık kaynağına, meselâ güneşe

doğrudan baktığınızda pupil büzüşerek küçülür; retinaya aşırı miktarda ışığın düşerek zarar görmesi engellenir.

İris gözümüzün 'fotoğraf filmi'ne denk gelen, yani görüntülerin kazındığı retina tabakasına açılan bir penceredir. Hayvanlarda sadece ışığın şiddetine göre büyüüp küçülen gözbebeği, insanlarda duygusal tepkilere göre de biçim değiştirerek, duygusal mesaj santrali olarak işler. Gözbebeğimizin büyüklüğü genel olarak, ne kadar uyanık ve ilgili olduğumuzu yansıtır. Gözbebeğimiz büyüdükçe, karşımızdakine burada, yakında, yanında ve ilgili olduğumuz haberini göndeririz farkında olmadan. Korku, sürpriz, hoşlanma, kaygı, yüksek ses gibi uyarılar gözbebeğimizi büyüterek oradaki varlığımıza derinlik kazandırırken; depresyon, sıkılma, üzümlüme, yorgunluk gibi haller gözbebeğimizi küçültür, varlığımızı daraltır, silikleştirir, âdeta görünmez eyler. Bu yüzden tiyatro oyuncularını gözlerin görünmesini kolaylaştıran özel bir makyajla sahneye çıkarlar. Sinemada kamera zoomlaması ile ortaya çıkarılan yüz detayları tiyatro seyircisinin gözüne bu makyajla yakınlaştırılır.

Gözümüz ve yüzümüz arasında ilginç bir ilişki vardır:

Gözbebeklerinin büyüklüğü yüzü öne çıkarır ve yüzün güzelliğini tamamlar. Sanki gözün karası, yüzün güneşi gibidir; gözün kara gözbebeği büyüdükçe gözün sahibi bize yaklaşır, yakınlaşır, sevimlileşir, çekici hale gelir.

Ortaçağ İtalya'sındaki-ve her çağdaki-kadınların derdi de güzel ve çekici görünmek değil midir? Bunun için Ortaçağ kadınları o gizemli şifreyi hem icat etmişler hem de her kapıyı açmakta kullanmışlardır.

Hadi şifreyi çözelim: Atropa belladonna bir bitki adıdır. Göz bebeklerini büyüten atropin'in kaynağıdır. Gözümüzde Şeker Kız Candy'yi ve Heidi'yi sevimli yapan onların iri gözleridir. Çizgi filmde oynayamayan gerçek kadınların ise sevimli ve çekici olması için gözlerine Atropa belladonna bulaşmalıdır. Ortaçağ İtalyası'nda kadınları Atropa belladonna'yı gözlerine bulaştırmaya mahkum eden de bu sırdı. Yoksa, biz Türkler neden durup dururken aynı bitkiye "Güzel avrat otu" diye tuhaf bir isim vermiş olalım ki? ■



Hastanelerde hekimlerle ilişkiler



Prof. Dr. Haydar Sur | M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi
Dr. Berna Eren | İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları, örgütsel davranış, hizmetiçi eğitim ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi gibi konularda araştırma ve yayın yapan kişiler, sistemin "olmazsa olmaz" profesyonelleri olarak hekimler için her zaman ayrı bir başlık atıp konu üstünde ayrıntılı çalışmak gereğini duymuştur. Özellikle değişik mesleklerden kişi çalıştırmak ve değişik görev tanımları içermek konusunda sağlık sisteminin en karmaşık birimleri olan hastanelerde bu ihtiyaç daha da öne çıkar (Dünya Sağlık Örgütü 30 civarında sağlık mesleği tanımlamıştır) ABD’de her şeyin uzmanlaşma yolunda işlediği bir sistem içinde büyük ölçekli bir hastanede yaklaşık 400 değişik meslekten insanın görev aldığı bildirilmektedir. Hekimlerin böyle bir hengame içinde tüm meslek gruplamaları dışında tutulup ayrı olarak ele alınmasının bazı nedenleri vardır:

- Hekimin yetki ve sorumlulukları diğer mesleklerdekinden daha karmaşık ve çok boyutludur
- İnsan vücudu üstünde en riskli işlemler hekimin işleri olmaktadır
- Hizmetin ne kadar ve ne şekilde kullanılacağına nihayet hekim karar vermektedir
- Kurum içinde tıbbi kayıtların tam, doğru olması ve mahremiyetine özen gösterilmesi öncelikle hekimin sorumluluğundadır
- Hastaya ve refakatçilerine hangi bilgilerin ve tavsiyelerin verileceğine karar vermek de hekimlerin önemli görevleri arasındadır
- Pahalı tıbbi teknoloji yatırımlarına olan ihtiyacın belirlenmesi ve yönetimin ka-

Hastanelerde hekim ilişkilerinde bunun üzerinde önemle durulması gereken bir konu olduğu, amir-memur ilişkileri içinde verilen direktiflerin ancak görünürde geçerli olacağı ve içten içe daha büyük sorunlar için zemin oluşturacağı, hastane hekim ilişkilerinde yaşanan sorunların nihayet hastaların başına patlayacağı ve ne kadar sıkı yönetim uygulanırsa uygulansın bunun gönülsüz karşılanan direktiflerle çözülemeyeceği unutulmamalıdır.

rar alması hekimin verdiği bilgilere dayanılarak yapılmaktadır. Hastanenin kritik işlevleri arasında olan birçok şey hekim gelip dayanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tarihine bakılırsa tüm tıbbi meslek gruplarının hekim kökeninden türediği de görülmektedir. Bu açıdan da hastanede hekimlerin konuya bir şekilde müdahil olmadığı pek az sorun vardır.

Etkin bir doktor-organizasyon ilişkisi geliştirmek için aşağıdaki ilkelerin bilinmesi gereklidir:

1. Doktorların hastanın tanısı ve tedavisi için yasal sorumlulukları vardır.
2. Doktorların hastalara etkili hizmet verebilmeleri için uygun personele, tesisata, sistemlere ve prosedürlere ihtiyaçları vardır.
3. Organizasyon yapısı, sistemleri ve prosedürleri, doktorlar ve diğer bakım verenlerin kaliteli hizmet verebilmelerini garantilemelidir.
4. Organizasyonun görev ve hedeflerini gerçekleştirmede elbirliği ile çalışmayı kolaylaştıran / sağlayan bir kültür olmasıdır.

Yapılan araştırmalar;

-Organizasyonlarda teknolojik gelişme ile birlikte ortaya çıkan iyi yetişmiş personel ihtiyaç artışının, hiyerarşiden uzaklaşmayı ve daha desantralize karar verme mekanizmalarını da beraberinde getirdiğini (Janowitz, 1959);

-Karmaşık işlerde hiyerarşik iş ilişkisinden çok katılımcı yaklaşımın, herkesin birbiri ile konuşmasının daha etkin olduğunu (Leavitt);

-Bir kısım insanın ne yapacaklarının kendilerine söylendiği basit işlerde hiyerarşik yapı ile çalışmayı, diğerlerinin ise kendi kararlarını vermeyi tercih ettiklerini (Lowin);

-Mekanik organizasyonlarda hiyerarşik ve merkeziyetçi yapı içinde rutin aktiviteler yapan, uzman olmayan personel

çalışırken, organik organizasyonlarda daha gevşek ve katılımcı bir yapı içinde uzman personelin karmaşık işler yaptığını (Burns ve Stalker);

-Rutin üretim yapan departmanlarda formal bir yapı içinde işe-oryante çalışma sürerken, araştırma departmanlarında informal bir yapı içinde işten ziyade insanlar arası ilişkiye dayalı çalışma olduğunu (Burns ve Stalker) göstermiştir.

Benzer yaklaşımlar hastaneler için de geçerlidir. Doktorlar, gevşek organik bir yapıda çalışmayı tercih ederken, uzman olmayan personel (ör: temizlik, yemek, çamaşır hizmetleri vb) hiyerarşik ve merkeziyetçi bir yapıda süpervizyon ile çalışma gereği gösterirler. Hemşireler ve uzman teknisyenler, bu iki durumun arasında yer alırlar.

Ayrıca, çalışanların yaptıkları görev ile eğitim miktarı, gerekli tecrübe miktarı ve takdir hakkı arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Bell, 1965). Bell, geliştirdiği bir skorlama sistemi ile temizlik ve çamaşır gibi birimler için eğitim miktarı, gerekli tecrübe miktarı ve takdir hakkının en az, doktorlarda ve yöneticilerde ise en fazla olduğunu ortaya koymuştur. Chicago'daki 30 hastanede yapılan bir başka araştırmada, hastane, doktor komponenti ve doktor olmayan komponent şeklinde ikiye ayrılarak değerlendirilmiş; doktor komponentinde doktorların katılımcı yapılanma söz konusu olduğunda hasta bakım kalitesinin yüksek olduğu; doktor olmayan komponentin (yemek, temizlik, laboratuvar, röntgen, vb) hiyerarşik yapılanma ile daha etkin olduğu gösterilmiştir (Neuhauser, 1971).

Yine de sorun çıkabilir. Merkeziyetçi koordinasyon, rutin görevler ve otomasyon, uzman personelde yabancılaşma ve sıkılma yaratırken; desantralizasyon ve profesyonelleşme, karmaşık kararların hiyerarşinin daha alt seviyelerinde alınmasını sağlayabilir; katılımcı yaklaşım uzman personelde tatmini artırır; ancak, merkezi koordinasyonu azaltır ve ücretleri artırır. Ayrıca katılım, hedeflerin aynı olmasını gerektirir. Bir profesyonele otonomi ve takdir yetkisi vermek, ancak onun organizasyon ile uyum içinde çalışacağından emin olunca mümkündür. Bu açıdan hekimlerin organizasyon kültürünü benimsemiş olmalarının, örgüt ikliminin bir parçası olmalarının hayati önemi vardır. Hekimlerde işdoyumu bununla bağlantılı çok önemli bir konu olarak karşımıza çıkar.

Geleneksel yapılanma içinde hekim ekibin başıdır. Ekip, konsültanlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personelinin içerir. Her hasta için bir ekip oluşur ve hasta hastaneden ayrılınca ekip de dağılır. Böylece ekipler hızla oluşur ve dağılır; ancak aynı bireyler aynı ekipte nadiren biraraya gelebilir. Ekip başı olarak hekimin "order" verip hemşireler ile teknisyenlerin bunu yerine getirdiği hiyerarşi, ekip elemanlarının giderek artan uzmanlaşma seviyeleri sonunda sorgulanmaya ve bunun uygun olup olmadığı hakkında şüpheler yaratmaya başlamıştır. Sözelgeşi, bir ameliyat öncesinde doktor, ekip üyelerine neler yapmaları gerektiğini tek tek söyler: Göğüs filmi, idrar tahlili, vb. isteklerini sıralar. Oysa ekip elemanlarının giderek artan uzmanlaşma seviyeleri ile doktorun sadece "Hastayı ameliyata hazırlayın" demesi, ekipteki elemanların neyi nasıl yapacaklarını onlara bırakması yeterli olacaktır.

Hekimlerarası ilişkiler

Hekimler arasındaki ilişkilere gelince, sağlık alanında giderek artan mesleki uzmanlaşmanın bir sonucu olarak geçmiştekine göre daha fazla önem kazanmıştır. Bu uzmanlaşma, hem tıp alanında- giderek artan tıp uzmanlığı sayısı ve uzmanlık dernekleri şeklinde; hem de tıp dışında- radyografi ve fizyoterapi gibi tanıya ve tedaviye yönelik bir dizi mesleğin gelişmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Dahası, bu paramedikal mesleklerin bir kısmı, kendi otonomilerini tıp mesleğine göre daha da artırma çabası içindedirler. Bu kompleks yapılanmalar, hastaların uzmanlar ile meslekler arasında sevk edilmesinin düzenlenmesine doğal olarak özel önem getirmektedir. Hekimlerin hastalara el atmasından doğan sorumlulukları, konsültasyon ve hasta devri işlemlerinde uyması gereken kuralları vb. bu ilişkilerin iyice irdelenmesiyle yeniden şekillenmektedir.

Otonomi

Hekimlerin otonomisi, gelişmiş ülkelerde pekçok tartışmaya ve araştırmaya neden olmaktadır. Doktor otonomisi, yapılan işin teknik ve sosyal organizasyonu ve işin ekonomik boyutu üzerinde söz sahibi olmak olarak tanımlanabilir. Önemli olan, doktorların otonomisi olup olmamasından çok, ne kadar otonomiye, işlerinin hangi yönüyle ihtiyaç duyduklarının saptanmasıdır. Doktorların otonomi istedikleri alanlar, hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleklerini icra etmek, birey olarak hastayı reddedebilme hakkı, diğer sağlık mesleklerine öncülük yapmak ve koordine çalışmak ve tıp bilgisinin önde gitmesidir.

Hastane Yöneticilerinin Hekimlerle İyi İletişim Uygulamalarına İpuçları:

- Hastanenin en üst düzey yöneticisi tıbbi bölümlerin başkanlarını odalarında ziyaret eder ve stratejik ve operasyonel konularda bilgi verir/tartışır. Bu ziyaretlerde başarı için herşeyi bilen kişi tavrında olmadan yaklaşım gerekmektedir.
- Yöneticiler hekimleri üçer-beşerli olarak kahvaltıya ya da yemeğe alır ve sohbet tarzında sorunlar masada konuşulur. Bu masalarda konuşulanların ortada bırakılmadan ele alındığını ortaya koymak üzere geri bildirimlerin büyük önemi vardır.

- Hekimlerle ilişkiler için özel protokoller yazılır.

Hekim İlişkilerine Protokol Örneği:

- Telefonla arayan hekimle hemen görüşmek ya da en geç 2 saat içinde cevaben aramak
- Ortaya getirdiği sorunu zaman limitleri tanımlı koyarak görüşmek ve bu zaman tanımlarına uymak (7 gün içinde mutlaka konu hakkında yeniden bir araya gelmek vb)
- Hemşirelik hizmetlerindeki sorun ve çözümlerle ilgili hekimlere bilgi vermek

Ancak hemen belirtmeliyiz ki çözümlerdeki başarı, tutumlardaki doğru yaklaşıma bağlıdır. Ziyaret etmek yetmez, ziyarette iyi diyalogu sağlamak gereklidir.

Bir hastanede hekimlerle ilişkilerde sorun yaşanmaması için aşağıdaki tutumlar benimsenmiş olmalıdır: Soruna odaklanma – kişisel ya da ortama bağlı farklılıkları en aza indiren ve konuyu dağıtmadan doğrudan soruna odaklanma

- Tam ve doğru bilgilendirme
- Yeni düşüncelere ilgi duyma ve bunları destekleme
- İyi giden hekim ilişkilerini destekleme
- Tutumla ilgili sıklıkla düşülen yanlışlar
- Çok hızlı ya da çok yavaş davranma
- Doğru kişiyi konunun içine çekememe
- Yeterli bilgiyi sağlamama
- Komiteler varsa bunların rollerini yeterince anlatamama
- Uygun düzeylerde uygun konuları ele almama
- Sorunları doğrudan anlatıp yüzleşmek yerine dolaylı yollardan sorunu çözmeye çalışma

Hastanelerde hekim ilişkilerinde bunun üzerinde önemli durulması gereken bir konu olduğu, amir-memur ilişkileri içinde verilen direktiflerin ancak görünürde geçerli olacağı ve içten içe daha büyük sorunlar için zemin oluşturacağı, hastane hekim ilişkilerinde yaşanan sorunların nihayet hastaların başına patlayacağı ve ne kadar sıkı yönetim uygulanırsa uygulansın bunun gönülsüz karşılanan direktiflerle çözülemeyeceği unutulmamalıdır.

Hekimlerin ya da diğer görevlilerin bir soruna adı karıştı-ğında önce onun bilgi ve becerisinden doğan bir eksiklik olup olmadığı incelenerek böyle bir şey varsa hemen hizmetçi eğitim programlarıyla bu eksikliğin giderilmesi gerekmektedir. Bilgi ve becerisinin işe uygun olduğu anlaşıncaya, çalışma koşullarında ve malzeme-donanım üstüne yoğunlaşmalı ve eksiklik giderilmeye çalışmalıdır. Bu da tamamlanır ama hala sorun devam ederse, stratejiler gözden geçirilmeli ve hekimleri katılımcı olarak işin içine çekecek yollar aranmalıdır.

Hemen cezalandırma ile bugüne kadar hiçbir sorunun çözüldüğü görülmemiştir. Unutulmamalıdır ki, bir hastanede hekimlere rağmen bir başarı elde etmek mümkün değildir. ■

Kaynaklar

1. Fogel D, S. The Uniqueness of a Professionally Dominated Organization. *Health Care Management Review*. 14(3), 15-24. 1989.
2. Handy C. *Understanding Organizations*. Penguin, London. 1993.
3. Kinston W. Hospital Organisation and Structure and Its Effect on Inter-Professional Behaviour and the Delivery of Care. *Soc.Sci.Med.*17, 1159-1170, 1983.
4. Mintzberg H. *Organization Design: Fashion or Fit?* Harvard Business Review. 103-116, 1981.
5. Mintzberg H. *Structure in Fives*. Prentice-Hall, New Jersey, 1983.
6. Neuhauser D. The Hospital as a Matrix Organization. *Hospital Administration*. 17, 8-25. 1972.
7. Özalp Ş. ve ark. *Çalışma İlişkileri*. AÖF İşletme Ders Kitabı. 141-156, 1996.
8. Phillips M, S. The Medical Administrator in Canadian Hospitals. *Health Care Management*. 2(2), 19-23, 1987.
9. Rowbottom et al. General Implications for Organizational-Design in the Health Field. Report of the Brunel Health Services Organization Project. 223-245, 1973.
10. Rowbottom et al. Kinds of Roles and Role-Structures in Hospitals. Report of the Brunel Health Services Organization Project. 40-69, 1973.
11. Schulz R, Harrison S. Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management*. 2, 335-355.1986.
12. Schulz R, Detmer D, E. Physician Organization and Management. 182-203, 1994.
13. Surgeon K, Managing in a Professional Bureaucracy. *IJHCQA*. 3,2.
14. Wasti N. *Örgüt Yapıları. Örgüt Yönetimi*. ODTÜ, Ankara. 1996.
15. Eren B. Hekimlerle İlişkiler. *Hastane Yöneticiliği* (Ed: Hayran O. Sur H.) Nobel Yayınları, İstanbul, 1997.

Hemşirelik ve yeni biçimli rolleri



Hemşire her türlü ortamda temel sağlık bakımı vermek için kendi başına veya diğer meslek grupları ile yardımlaşarak çalışabilen özerk ve nitelikli bir uygulayıcıdır. Rolü bir başka meslek grubuna hizmet etmek değil, hasta ve toplumu bilgilendirmek, destek vermek ve hastanın ve toplumun bakımını sağlamaktır. Bu rolün belirlenmesi ve belirlenen rolün yerine getirilmesi için gereken desteğin sağlanması, kaçınılmazı mümkün olmayan son derece önemli bir görevdir.'

J.E.Asvall

Doç. Dr. Aytolan Yıldırım | İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Ülkemizde hemşireliğin sağlık bakım sistemi içinde konumu, uluslararası kararlar açısından değerlendirildiğinde; hemşirelerin değişen rol ve işlevlerini tanımlama, değişimi yönetme, eğitimin yeniden yapılandırılması ve değişime yön verecek liderleri hazırlama gibi önemli gereksinimleri karşılamada henüz hazır olmadığı görülür. Sağlık hizmetlerinin her alanında potansiyel güç olarak rol oynayabilen hemşirelerin genel olarak işlevleri dört ana başlık altında değerlendirilmektedir. Bu işlevlerden ilki, geliştirici, önleyici, tedavi edici ya da destekleyici nitelikte hemşirelik bakım hizmetleri ve hizmetlerin yönetimi, ikinci işlevi hasta ve sağlık bakım personelinin eğitimi, üçüncü işlevi sağlık bakım ekibinin etkin üyesi olma ve dördüncü işlevi eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi şeklinde tanımlanabilir.(1)

Tedavi edici hizmetler yönünde süregelen politikalar doğrultusunda, ülkemizde hemşireler daha çok hastanelerde istihdam edilmekte ve toplumun sağlığını geliştirici rollerinden yeterince yararlanılamamaktadır. Hastanelerde tıbbi tanı, tedavi ve bakıma yönelik işlevleri yanı sıra, diğer sağlık disiplinlerine ait hizmetlerin hastaya yansıtılması, ev idare-



si ve destek hizmetlerine yönelik sorumlulukları ile hemşireler, toplam işyükünün önemli bir kısmını karşılarlar. Ancak, söz konusu geleneksel uygulamalar, doğrudan hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik tanımlanan rolleri ile uyumlu değildir. Hemşireler, hasta bireyin hemşirelik bakım gereksinimlerini veri toplama yoluyla tanımlama, uygun girişimleri planlama, uygulama ve sonuçlarını değerlendirme gibi mesleki işlevlerinden çok, teknik uygulamalarla mesailerini geçirirler. Bu durum, genel sağlık sistemi ve kurumların yönetim politikaları yanı sıra, hemşirelerin profesyonel rollerini algılama biçimleri ile de doğrudan ilişkilidir. Meslek formasyonunun değişik düzeylerde eğitimlerle kazanılması ve eğitim sisteminin özellikleri, hemşirelerin profesyonel kimliklerini belirleyici nitelikteki rollerini farklı algılamalarında etkili olmaktadır. Diğer yandan eğitim süreçleri deneyim ve yeteneklerine bakılmaksızın, aynı işleri aynı teknikle yapmaya yöneltilen ve tümünün aynı ünvanda, hemşire olarak tanımlandığı ortamda üyelerden hemşirelik bakımına ilişkin rollerini geliştirmeleri beklenemez.

Bu durumda, kendi uygulamalarını bağımsız kararları doğrultusunda yönetemeyen meslek grubu olarak hemşirelik, toplumsal sözleşmesinin gereklerini yerine getirememesi durumu ile karşı karşıya kalır. Toplumla meslek grupları arasında var olan sözleşmede, toplum, yaşamsal önem taşıyan işlevler konusunda meslek gruplarına yetki verir ve grupların kendi işlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlığı onlara tanıır. Bu ilişkinin temelinde nitelikli hizmetin güvencesi olan öz denetim yer alır. Bu aynı zamanda, bir mesleğin olgunluğa eriştiğinin de en belirgin göstergesidir (Donabedian 1976). Meslekler kendi görev alanlarına giren sorumluluklarda öz denetim yapabildikleri ölçüde sözleşmeye göre yetki ve bağımsızlık talebinde bulunabilirler (Ülker 1995). Hemşireliğin bu anlamda yetkinliği, üniversite düzeyinde eğitim programlarında profesyonel niteliklerin kazanılması ile sağlanabilir. Profesyonel hemşire; bilgilenmek, düşüncesini etkin bir biçimde açıklayabilmek, verileri değerlendirebilmek ve eleştirel düşünebilmek gibi özelliklerde ustalaşmış, yaşamı ve zamanı çağdaş bakış açısı ile kavrayabilen, sosyal ekonomik ve politik konularda bir bakış açısına sahip olan ve insani değerlerin doğasını anlayarak kişisel bir felsefe geliştirebilen bir kişidir.(2)

Ülkemizde uzun yıllar hemşirelik eğitiminde farklı düzey-

lerde yürütülen program karmaşasının, 1995 yılında lise düzeyinde hemşirelik ve ebelik programlarının kapatılarak, Sağlık Yüksek Okullarına dönüştürülmesi kararı ile eğitimin tek tip programlarla yürütüleceği yönünde yeşeren umutlar, 2000'li yıllarda lise eğitiminin yeniden gündeme getirilmesi ve açılan okullarla yerini hayal kırıklığına bırakmıştır. Meslek üyelerinin, hemşirelik eğitiminin üniversite programları içinde yer alması yönünde ortak görüşleri ve birçok uluslararası kararlara karşın, örneği hangi ülkede yaşanmıştır bilinmez, gelişmiş bir eğitim modelinden, geri adım atılarak, alt düzey eğitimin öngörüldüğü tek meslek hemşirelik olsa gerek.

Toplumun sağlık bakım sisteminden yararlandırılmasından sorumlu sağlık meslek gruplarının, ortaklaşa çalışmasını etkili kılmak ve disiplinlerarası ekip çalışmasını desteklemek üzere birlikte öğrenme ortamlarının oluşturulması önerilmektedir (Münih Deklarasyonu). Disiplinlerarası yaklaşım sağlık meslek üyeleri arasında, hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı içerir. Böyle bir sistemde açıklık ve esneklik gözlenir ve hasta bireyin belli bir sorununun çözümünde tüm yeteneklerin en iyi şekilde dağılımı yapılabilir. Ancak ülkemizde sağlık bakımından sorumlu meslek üyelerinin, değişik ve bireysel eğitim almaları, geleneksel olarak mesleki eğitim programlarının hastadan çok mesleğe yönelik planlanması, disiplinlerin kendine özgü ideoloji ve değer yargılarını içeren sınırlı bir perspektif içinde kalmaları, birbirlerinin rollerini anlama ve ekip çalışmasının gelişimini engellemektedir. Bilgi yoksunluğu, tüm rollerin doğru oynanmasında güçlük yaratır. Örneğin hekim, hemşirenin temel görevini kendisinin işini kolaylaştırmak ve buyruklarını yerine getirmek olarak algılıyorsa bu yanlış bir beklentidir. Ekip içindeki rollerin belirsizliği bir mesleğin diğer mesleği sürekli yönetmesi ile sonuçlanabilir.(3) 'Meslek üyesinin kendi uzmanlık alanını, yani işinin karakter ve sınırlarını dışardan bir kimsenin ya da kümenin tanımlaması kadar yaralayıcı bir davranış olamaz' (P.Velioğlu). Sağlık meslekleri içerisinde alt düzeyde eğitim veren tek meslek grubu olarak hemşirelerin, bilimsel ve kuramsal açıdan diğer mesleklerle aralarında varolan eşitsizlik düzeltilmediği sürece ekip içindeki statüsü değişmeyecektir.

Sonuç olarak, ülkemizde hemşirelik uygulamalarında var olan geleneksel yaklaşımların, etkileyen tüm faktörler dikkate alınarak, hemşireliğin sağlık bakımına katkılarını güçlendirme adına biçimlendirilen yeni rollere dönüştürülmesinde, meslek üyeleri, meslek örgütleri ve karar vericilerin ortak sorumluluğu gözardı edilemez. Sağlık bakım alanında beklenen değişim ve hemşireliğin fark yaratması, ortak amaç ve birlikte oluşturulacak politika ve stratejilerle sağlanabilecektir. ■

Kaynaklar:

1. Ülker S.(Ed.1995) : Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara
- 2.Velioğlu P.(1994) Hemşireliğin Düşünsel Temelleri,Alaş Ofset,İstanbul
- 3.Velioğlu P.(1985) Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, Bozok Matbaası, İstanbul

Yoksul ailelerde riskler azalacak

Bu proje ile çocuklar ve anne adayları sağlık ocakları/anne çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde düzenli sağlık kontrollerinin yapılması şartıyla nakit transferi, eğitim ve sağlık yardımlarından yararlanabilecekler.



Dr. M. Rifat Köse | Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü

Anne ve Çocuk sağlığı ve bunlara ait göstergeler dünyada gelişmişliğin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Öyle ki, günümüzde ülkeler diğer pek çok kalkınmışlık endeksinin yanı sıra, bu göstergelerdeki başarıları ile sınıflandırılıyor.

Ülkemizde sağlık alanında yapılması gereken pek çok atılım ve alınması gereken önlem var. Sağlık Bakanlığı ilk planda, vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini temin etmeye ve arttırmaya yönelik çalışmalar yürütüyor. Öncelikli müdahale grubu olan kadın ve çocuklarımızın sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için Bakanlık tarafından programlar oluşturulmakta ve süratle uygulamaya konulmakta. Bunlardan biri de ülkemizde yaşanan ekonomik krizin toplum üzerindeki

olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla, Dünya Bankası'ndan sağlanan kredi ile başlatılan 'Sosyal Riski Azaltma Projesi.'

Bu projenin temel hedefleri şunlar:

- Yaşanan ekonomik krizin muhtaç nüfus üzerindeki etkisini azaltmak,
- Yoksullara hizmet ve sosyal yardım sağlayan kamu kurumlarının kapasitesini arttırmak,
- Temel sağlık ve eğitim hizmetlerinin iyileştirilmesi için nüfusun en yoksul % 6'lık bölümünü hedef alan bir sosyal yardım sistemi kurmak ve
- Yoksulların gelir elde etme ve istihdam fırsatlarını artırmak.

Sosyal riskleri azaltmada yoksulluğun önlenmesi büyük önem taşıyor. Projenin en önemli bileşenlerinden biri olan 'Şartlı Nakit Transferi Uygulaması' ile bu yoksul grup içerisinde bulunan anne adayları ve çocuklar hedef alınmakta.

Anne ve bebek ölümlerinin çoğunluğu yoksul hanelerde oluyor. Yoksulluğun önlenmesi, ailelerin refah düzeyinin yükseltilmesi tek başına sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlamamakta. Bu nedenle, geliştirilen politika ve stratejiler ile yoksullukla mücadele edilirken, diğer taraftan sağlık hizmetlerinin verilmesi de sağlanacak.

Projenin Şartlı Nakit Transferi bileşeni, toplumun en fakir % 6'lık bölümünde bulunan ailelere yönelik sosyal yardımları içermekte.

Bu çerçevede, yoksul ailelere yapılacak ödemelerin eğitim ve sağlık ihtiyaçları için kullanılması öngörüldü. Bu uygulama, ülkemizde yoksulluğa yönelik en kapsamlı ve doğrudan müdahale olarak, geçmiş dönemde yaşanan ekonomik krizden en çok etkilenen, en yoksul nüfusun temel sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayacak.

Bu proje ile çocuklar ve anne adayları sağlık ocakları/anne çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde düzenli sağlık kontrollerinin yapılması şartıyla nakit transferi, eğitim ve sağlık yardımlarından yararlanabilecekler.

Hazırlık ve Pilot çalışmalarda yoksul ailelerdeki çocukların sağlık ocakları/ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde düzenli sağlık kontrollerinin yapılması koşuluyla sağlık yardımı uygulaması şeklinde başlatılan uygulama, Sağlık Bakanlığı ve Projeden sorumlu Devlet Bakanlığı arasında imzalanan bir ek protokol ile gebelerin de uygulama



Yardım şartları 0-6 yaş grubu için; oluşturulan çocuk takip çizelgelerine göre çocukları düzenli olarak sağlık kontrolüne götürmek, anne adayları için ise gebelik ve lohusalık dönemi boyunca oluşturulan gebe takip çizelgelerine göre düzenli sağlık kontrolüne gitmek.

kapsamına alınması ile genişletildi.

Uygulama ile; hedef nüfus içerisinde bulunan çocukların doğum sonrasında temel sağlık ve beslenme hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak üzere nakit 'Çocuk Yardımı' yapılması ve çocuklara yönelik D Vitamini ve Demir Preparatlarının verilmesi sağlanacak.

Uygulama kapsamına gebelerin de alınması ile; anne adaylarının doğum öncesinde gebelik risklerinin önlenmesi, aşılarının zamanında ve tam olarak yapılması için nakit 'Gebelik Yardımı' yapılması, gebelik anemisinin korunma ve tedavisi için Demir ve Folat preparatı ile D Vitamini desteği sağlanması, doğumların güvenli olarak yapılmasının sağlanması için hastanede yapılması durumunda nakit 'Doğum Yardımı' yapılacaktır.

Yardım şartları 0-6 yaş grubu için; oluşturulan çocuk takip çizelgelerine göre çocukları düzenli olarak sağlık kontrolüne götürmek, anne adayları için ise gebelik ve lohusalık dönemi boyunca oluşturulan gebe takip çizelgelerine göre düzenli sağlık kontrolüne gitmek.

Sonuç olarak 'Şartlı Nakit Transferi' hem yoksulluk ile mücadele hem de eğitim ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik hizmetlerin sunumunu bir araya getiren bir uygulama.

Uygulama bir bütünlük içerisinde çocuk ve gebelere yönelik olarak yaygınlaştırılacak ve Mayıs 2004'ten itibaren tüm Türkiye'de uygulamaya geçilecek. Bu şekilde anne ve çocuğa yönelik programlar bir bütünlük içerisinde sunulmuş olacak ve bunun ülkemizdeki anne ve çocuk ölümlerine olan etkilerini izlemek ve benzer sosyal yardımları ülkemiz öz kaynakları ile yaygınlaştırmak en büyük hedefimiz olacak. ■

Uygulama ile; hedef nüfus içerisinde bulunan çocukların doğum sonrasında temel sağlık ve beslenme hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak üzere nakit 'Çocuk Yardımı' yapılması ve çocuklara yönelik D Vitamini ve Demir Preparatlarının verilmesi sağlanacak.

Japonya ile depreme dayanıklı hastane yapımında işbirliği



Kenan Bozgeyik | APK Daire Başkanı

İnsanlığın karşılaştığı en büyük felaketlerden birisi, herhangi bir şekilde ortadan kaldırılamayan ancak tedbirlerle tahribatı azaltılabilen depremdir. Ülkemiz, afet türlerinin çoğundan etkilenmekte; en çok ve en büyük zararı da depremden görmektedir.

Böyle bir tabloda her an meydana gelebilecek depremlere karşı tedbirler geliştirilmesi özel önem arz ediyor.

Sağlık Bakanlığı bu konunun önemini görerek, her türlü tabii afette medikal kurtarma, hasta-yaralı nakli ve acil tıbbî müdahale işlerini organize ve koordine ederek gerçekleştirilmesini sağlamak üzere "Afetlerde Sağlık Organizasyonu Birimi"ni kurdu.

Ancak sorun tıbbi tedbir ve müdahale ile sınırlandırılabilir ve çözülebilecek nitelikte değildir. Zira uzmanların da sık sık ifade ettikleri gibi, ülkemizde meydana gelen depremlerde can ve mal kaybına yol açan en büyük



faktör öncü ve artçı düşük şiddetli sarsıntılarda dahi hasar gören dayanıksız fiziki yapılardır.

Bu ölçüdeki dayanıksızlığın ve sonuçta ortaya çıkan hasarın bir bölümünü malzeme kalitesizliği ve noksanlığı, proje ve imalat kusurları gibi gerekçelere bağlamak mümkündür. Fakat ne kadar kaliteli ve yoğun malzeme kullanılsa kullanılsa, deprem teknolojisine göre yapılaşmanın farklı bir bilim ve uygulama alanı oluşturduğunu, klâsik standartlara uygun binaların da depremde çok dayanıksız olabildiğini gözden uzak tutmamak gerekir.

Nitekim 6-7 şiddetinde bir depremde binlerce binamızın hasar gördüğü, binlerce insanımızın öldüğü ve yaralandığı (Marmara depreminde Kocaeli, Sakarya, Yalova, Bolu ve Düzce) gerçeğine karşılık yapılaşmada deprem teknolojisini son derece başarıyla uygulayan Japonya'da aynı veya daha şiddetli depremlerde genellikle can kaybı olmamakta, maddi hasar ise son derece düşük kalmaktadır.

Özellikle "can pazarı" deyimiyle ifade edilebilecek deprem ortamında, sağlık tesislerinin işlemez hale gelişi başlı başına bir felakettir. Nitekim Marmara depreminde 12 sağlık tesisi tamamen yıkıldı veya kullanılamaz derecede hasar gördü; 35 sağlık tesisi orta veya daha az hasarlı konuma geldi. Buralarda hizmet üretilmemesi ve üretilen hizmetin yetersiz kalması, felaketin boyutlarını genişletti.

Bütün bu hususları göz önünde tutan ve çözüm arayan Sağlık Bakanlığı "Hastane Yatırımları Planlaması Programı" çerçevesinde, depreme dayanıklı hastane yapımı ve mevcut yapıları güçlendirme teknolojisi ile ilgili araştırmalara başladı. Japonya'da, Sağlık Bakanlığı'ndan ve üniversitelerden oluşan bir teknik heyetle inceleme çalışmaları yapıldı.

Japonya ile bugüne kadar Sağlık Bakanlığı nezdinde en üst düzeydeki temas niteliği taşıyan bu inceleme ziyareti sırasında Japon yetkililerle olumlu ve verimli görüşmeler yapıldı; bu kapsamda hastaneler, konuyla ilgili kuruluşlar ve araştırma laboratuvarlarında incelemelerde bulunuldu.

Heyet üyelerinin ilgisini çeken önemli tekniklerden biri; deprem esnasında binanın yaklaşık 80 cm.'lik bir sınır içerisinde salınımına izin veren ve sadece yeni yapılara değil, eski yapılarda da güçlendirme amacıyla uygulanabilen "Sismik İzolatör Sistemi" oldu. Bu sistemin ülkemizde uygulanabilirliği araştırılıyor.

Sağlık Bakanlığı afetlerde, en azından sağlık yapılarının hasar görmemesi için, gerekli tedbirlerin alınması hususunda sorumluluk bilinci ile yeni teknolojileri ülkemize kazandırmaya devam edecek. Bakanlığın nihai hedefi, insanlarımızın mutluluğunu ve sağlığını her koşul altında temin etmektir.

Bu incelemelerin sonucunda; depremler ve depreme dayanıklı yapılarla ilgili olarak geniş bir bilgi birikimine, deneyime, gelişmiş teknolojiye sahip olan Japonya ile işbirliğinin önemi doğrultusunda, bu alandaki temasların sürdürülmesinin ve çözüm uygulamalarının ülkemize transfer edilmesinin sağlık yapılarının depreme dayanıklı planlanmasında önemli getiriler sağlayacağı konusunda görüş birliğine varıldı.

Netice itibarıyla, Sağlık Bakanlığı bu tür afetlerde en azından sağlık yapılarının hasar görmemesi için gerekli tedbirlerin alınması hususunda sorumluluk bilinci ile yeni teknolojileri ülkemize kazandırmaya devam edecek. Bakanlığın nihai hedefi, insanlarımızın mutluluğunu ve sağlığını her koşul altında temin etmektir. ■

Aile hekimliği gündemde

“Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması” toplantısında her kesimin görüşü ortaya kondu. Akıllardaki soruların birçoğu cevap buldu. Mevcut soruların cevaplandırılması için yeni boyutlar oluşturuldu.

TEBİAT(Turizm, Ekonomi, Bilimsel Araştırma, Tanıtma Merkezi) tarafından düzenlenen Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması konulu toplantı 23-26 Nisan 2004 tarihlerinde Afyon’da yapıldı. Toplantıda Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı yetkilileri, iktidar ve muhalefet milletvekilleri ve sağlık sektörünün tüm tarafları uygulama hakkındaki düşünce ve görüşlerini anlattılar. Programın açılış konuşmasını yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, ülkemizde birinci basamağın gelişme sürecini özetleyerek, geldiğimiz noktada yetersizlikler ve demografik değişiklikler sebebiyle tıkanmalar olduğunu, bu durumda yeni arayışların ve çözüm yollarının gündeme geldiğini, Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli öğelerinden biri olan aile hekimliği uygulamasının çözüme katkı sağlayacağını söyledi. Akdağ, aile hekimliği uygulamasını oluşturan kadar sağlık ocağı, sağlık evi altyapısını daha da güçlendireceklerini, her hekime sağlık ocağında müstakil bir oda temin edilerek, birinci basamak sağlık hizmetlerini halkın nazarında daha muteber hale getireceklerini belirten Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm Programının tamamen hükümetin ve Sağlık Bakanlığının programı olduğunu ve Türk milletinin hak ettiği ne varsa, bunu yerine getirmek için gerekirse uygun görülecek kredilerden de yararlanma imkanlarının açık olduğunu belirtti.

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın’ın başkanlığını yürüttüğü “Türk Sağlık Sistemi İçinde Pratisyen Hekimliğin Yeri, Sağlık Ocağı ve SSK Uygulamalarındaki Farklılıklar ve Pratisyen Hekimlerin Aile Hekimliğinde Uzmanlaşma Süreci” başlıklı ilk oturumda Celal Bayar Üniversitesi rektörü Prof. Dr. Cemil Özcan Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze, pratisyen hekimliğin durumundaki değişimler, Tıp Fakültelerinin sayısında, tıp fakültelerindeki eğitim modellerinde ve hekim sayısındaki değişimleri açıklayan bir konuşma yaptı. Afyon Tabip Odası Başkanı Dr. Mustafa Enis Arabacı sağlık hizmetlerinin her basamağında çalışan pratisyen hekimlerin son yıllarda yaşıadığı itibar kaybını dile getirerek, Sağlıkta Dönüşüm Programının yaygın, kolay ve ulaşılabilir hizmet sunumu ve koruyucu hekimlik için yeni bir model ve çözüm arayışı olduğunu belirtti. Dr. Arabacı yeni uygulamanın muhtemel getirilerini hekim-hasta ilişkisinin devamlılığı, birebir sorumluluk, hekimlere kayıtlı kişiler, kontrol ve denetim kolaylığı, motivasyon, mesleki duyarlılık, sevk sistemine işlerlik kazandırarak, basamaklar arası geri dönüşüm olarak saydı.

Pratisyen Hekimler Derneği temsilcisi Dr. Emin Kurtuluş bu projelerde birinci basamakta aile hekimliği, ikinci basamakta hastahanelerin özerkleşmesi, ardından özelleştirilmesi olduğunu ve Genel Sağlık Sigortası ile genel bütçe yerine, prime dayalı bir sisteme geçilmesi öngörüldüğünü söyleyerek bu gidişe destek olmalarının düşünölemeyeceğini belirtti. Sağlık ocağında çalışan bir hekim olarak Dr. Korkut Kutluata ise devletin hizmet sunmak yerine denetim fonksiyonuna dönmesi gerektiğini belirtti. Gönüllölüğün başarıda esas olduğuna işaret



ederek Sağlık Ocaklarında verilen hizmetin 40-50 yıl öncesiy-le aynı seviyede olduğunu söyledi. Özel donanımlı poliklinik-lere sağlık hizmeti verme yetkisi sağlanarak, bu yerlerin sis-teme dahil edilmesi gerektiğini söyledi.

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar'ın başkanlığını yaptığı "Aile Hekimliğinde Dünya Uygulamaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İçinde Aile Hekimliğinin Ye-ri" konulu ikinci oturumda ise Çukurova Üniversitesi Aile He-kimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nafiz Bozdemir birin-ci basamakta görev alan hekimlerin geçiş eğitimleri için her-kesin hemfikir durumda olduğunu belirterek, eğitimin niteli-ği hakkında tartışmaların sürdüğünü belirterek bu eğitimin uzmanlık eğitimi değil, ancak uzmanlık eğitiminin ilk basa-mağı olması gerektiğini söyledi. Birinci etabın 10 günlük adaptasyon eğitimi, ikinci etabın ise bir yıllık bir süreyi kap-sayan, farklı klinik modüllerini kapsayan bir eğitim şeklinde planlanmasının isabetli olacağını ve bu aşamaları tamamla-yan hekimlerin uzmanlığa entegrasyon eğitimlerinin sağlan-masının önemini belirtti.

Trabzon Milletvekili ve TBMM Sağlık Komisyonu Üyesi Prof. Dr. Cevdet Erdöl, beşinci beş yıllık kalkınma planında aile hekimliğine vurgu yapıldığını ve 59. hükümetin Acil Ey-lem Planında da "Aile Hekimliği kurulacaktır" ifadesinin bu-lunduğunu belirtti. Konuşmasında Almanya, ABD, İsrail, İn-giltere, Kanada ve Norveç'te uygulanan Aile Hekimliği mo-dellerinden örnekler verdi.

Ankara Milletvekili ve TBMM Sağlık Komisyonu Üyesi Dr. Muzaffer Kurtulmuşoğlu ise sorun ne olursa olsun öncelikle hekimlerin özlük haklarının düzeltilmesinin gereğine işaret ederek aile hekimliği uygulaması hakkındaki endişeleri dile getirdi. Kavramlar üzerinde tartışmayarak birinci basamağın verimli çalışmasını sağlamanın önemine dikkat çekti.

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) temsilcisi Uğur Özmütlu birinci basamakta önemli olanın klinik etkililik ve maliyet etkililik olması gerektiğini belirtti.

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği adına konuşan Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu bir reform çalışması sırasın-da çalışmanın üç sacayağı üzerine oturmasının gerekliliğine dikkat çekti. Bu sacayaklarını insangücü, örgütlenme ve fi-nansman olarak sayan Görpelioğlu aile hekimliği uygulama-

sında bunların karşılıklarını ise birinci basamakta uzmanlaş-ma; tek örgüt altında hareket ve tavizsiz sevk zinciri ve kar-ma modelde ödeme olarak belirtti.

"Aile Hekimliği Uygulamasının Kayıt Sistemi Ve Sevk Zin-ciri İle Bütünlüğünün Sağlanması, Sevk Zinciri Sistemi İle Ted-avi Hizmetlerinde Verimliliğin Artmasında GSS Uygulaması-nın Önemi" başlıklı oturumun başkanlığını ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarı Enis Yeter yaptı.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdür Yardımcısı Dr. Orhan Öz-yurt ise konuşmasında sosyalizasyonun işletilemediğinden bahsetti ve birinci basamak sağlık hizmetlerini yetersiz ola-rak niteledi. Vatandaşın birinci basamağı tercih etmediğini ve sevk zincirinin fiilen kalkmış olduğunu belirtti. Doğrudan hastahaneye başvuruda belirli bir katkı payı alınması gere-ğinden bahseden Özyurt birinci basamakta muayene ve te-davinin ücretsiz olması konusunda fikir beyan etti.

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Çalışma Grubu Başkanı Uz. Dr. Sinan Korukluoğlu geçtiğimiz yıl verilerine göre birin-ci basamağa 60 milyon, ikinci basamağa 120 milyon kişinin başvurduğunu, bu oranın uygun olmadığını, sevk zinciri ve geri bildirim mekanizmasına ihtiyaç olduğunu söyledi. Aile hekiminin "kapı tutma" fonksiyonunu yerine getirerek hiz-metlerin doğru kullanımını sağlayacak bir rol oynayacağını belirtti. Denetimin ise yerel kontrolle yapılması gereğine işa-ret etti.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mustafa Solak ise tıp öğrencilerini 5500 saat veya 6 yıl-da mezun olduğunu ve Avrupa Birliği'nin 2006'dan sonra tıp eğitiminden sonra, 3 yıl da belli bir eğitimden geçmeyi mecburi hale getireceğini belirtti. Türkiye'de ise 7000-7300 saat eğitim olduğunu bunun 3300 saatinin temel tıp, 3700 saatinin ise klinik eğitimden oluştuğuna işaret etti. 2006'dan itibaren 3. ve 5. sınıfta sene sonunda sınav uygulanmasının planlandığını söyledi. Toplantının genel değerlendirmesini yapan Kadir Has Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ahmet Yörük her kesimin görüşünün ortaya konulması nedeni ile toplantının çok faydalı bir çalışma olduğunu, akıllarda olan soruların cevapların bir çoğunun cevap bulduğunu, hala mevcut olan soruların cevaplanması için yeni boyutların oluşturulduğunu söyledi. ■

Kalbimiz Siyami Ersek'e emanet



Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye'nin yüzünü ağartacak hizmetlere imza atıyor. Hastane 572 Yatak Kapasitesi, 323 doktor, 336 hemşire, 139 idari personel ve 98 tıbbi destek elemanı ile Avrupa'nın en büyük, dünyanın dördüncü Kalp merkezi durumunda. Artık kalbimiz; kalbi bizimle atan Siyami Ersek Hastanesi'ne emanet.

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye'nin yüzünü ağartacak hizmetlere imza atıyor. Hastane 572 yatak kapasitesi, 323 doktor, 336 hemşire, 139 idari personel ve 98 tıbbi destek elemanı ile Avrupa'nın en büyük, dünyanın dördüncü kalp merkezi durumunda.

Bu başarının altındaki temel yaklaşımı Başhekim Prof. Dr. İbrahim Yekeler şu cümlelerle ortaya koyuyor: "Dünyada gelişen ve gelişmesi muhtemel şartlara göre planlar hazırlıyoruz. Sahamızda ülkemizde hem bir model oluşturmaya hem de sağlık politikalarına katkıda bulunmaya çalışıyoruz."

Yekeler'in ortaya koyduğu işletme anlayışı da, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin temel mantığına işaret ediyor: "Her zaman daha iyisini yapabileceğimiz inancı ile değişime, kendimizi sürekli ölçerek geliştirmeye ve iyileştirmeye açıktır. Çağdaş dünya standartlarını uygulayan ve mümkün olduğunca hatasız hizmet sunacak bir sistemi benimsiyoruz. Çalışanlarımıza mutlu ve gurur duyacakları bir ortam sağlıyoruz."

Hastaların memnuniyet ve şikayetlerini, hizmet politikalarını ve hastanenin kalitesini artırmada kendilerine ışık tutan en önemli hususlardan biri olarak nitelendiren Yekeler "Biz, sürekli eğitim ve öğrenme mekanizmaları oluşturmanın çalışanlarımıza devam ediyoruz diyerek hastane

hizmetlerinde önemli bir noktaya parmak basıyor.

Açık iletişim, takım ruhu, koordinasyon, doğru yönlendirme ve motivasyondan oluşan hasta odaklı organizasyonları hastane, hastalarına dünyaca tanınan, örnek ve saygın bir sağlık kuruluşunda tedavi olma ayrıcalığını yaşıyor.

Hastalara bu ayrıcalığı yaşatmak için yapılan temel yeniliklerden bazıları şunlar: Yeni anjio salonları açıldı, anjio salonu ve anjio aletleri yenilendi.

Eski bina cerrahi yoğun bakım yenilendi. Check-up ve hipertansiyon polikliniği hizmete sunuldu. Göğüs hastalıkları ve solunum fonksiyonu laboratuvarı geliştirildi Hastanenin poliklinik kısmındaki 'Psikolojik Danışma' bölümünde haftanın her günü gerek

yatan hastalara, gerekse ayakta başvuran hastalara randevu ile hizmet veriliyor.

Yatan hastaların gerekli görülenlerine ameliyat öncesi operasyona hazırlanma ve sonrası hasta takibi, acil krizle gelen intensif hastaların travmatik şokları ve kronik hastaların şikayetleri paralelinde devam eden yoğun kaygı problemlerine psikolojik destek tedavisi uygulanıyor.

Hasta muayene sisteminde, randevu sistemine geçilen Siyami Ersek'ten randevu almak isteyenlerin 0.216.3307575'ten 3'ü tuşlaması yeterli.

Artık kalbimiz; Kalbi bizimle atan Siyami Ersek Hastanesi'ne emanet. ■



Türkiye Tütün Kontrolü Sözleşmesi'ni imzaladı...

Sigaranın insan sağlığına olumsuz etkisinin Türkiye'ye maliyeti yılda 2,7 milyar dolar ve yaklaşık 100 bin kişinin erken ölümüne neden oluyor. Gelişmekte olan ülkelerde tütün tüketimi hızla düşerken, ülkemizde artıyor.



Sigara içme bağımlılığının insan sağlığına olumsuz etkileri, dünyanın ve ülkemizin en önemli halk sağlığı sorunlarından biri. Sigaranın insan sağlığına olumsuz etkisinin Türkiye'ye maliyeti ise yılda 2,7 milyar dolar. Yaklaşık 100 bin kişinin erken ölümüne neden oluyor. Gelişmekte olan ülkelerde tütün tüketimi hızla düşüyor, ülkemizde ise artıyor. Tütün tüketiminde son 20 yılda yaşanan artış oranı % 80. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde 1999 yılında başlatılan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi"nin çalışmalarına ve müzakerelerine başından beri aktif katılan Sağlık Bakanlığı bu konudaki kararlılığını Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalayarak ortaya koydu.

Bu sözleşme, DSÖ gözetiminde müzakerelere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. Yürürlüğe girdiğinde imzalayan hükümetler, kendi ülkelerinde sigara içimini azaltmaya yardımcı olacak kapsamlı ve kanıta dayalı politikaları uygulamak zorunda kalacak.

Tütün Kontrolü Konusunda ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde DSÖ'ye üye tüm hükümetler tarafından kabul edildi. Bu sözleşme 29 Haziran 2004 tarihine kadar Birleşmiş Milletlerin New York'taki merkezinde Sağlık Bakanları'nın imzasına açıldı. Daha sonra Sözleşmenin taraf ülke parlamentolarında kabul edilerek yürürlüğe girmesi planlanıyor.

28 Nisan 2004 tarihi itibarıyla 107 ülke tarafından imzalanan ve 11 ülke parlamentoları tarafından da onaylanan sözleşme, 40'inci ülkenin de onaylamasından sonra 90 gün içinde yürürlüğe girecek.

Sözleşmeye göre yerine getirilmesi zorunlu olan hükümlerden bazıları şunlar:

- sigara içmeyenlerin, içenlerin oluşturduğu zararlı etkilerden korunmaları için ortak çevrelerin dumsız olmasını sağlayacak yasal düzenlemenin yapılması,
 - çocuk ve gençlere sigara satışının yasaklanması,
 - sigara reklamlarının sınırlandırılması/kaldırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
 - sigara tüketiminin azaltılması amacı ile fiyat ve vergi politikalarının gözden geçirilerek fiyat düzenlemelerinin yapılması,
 - kaçakçılık ile ilgili uluslararası işbirliğinin sağlanması,
 - sigara paketlerinin üzerine yazılacak uyarı yazıları ve
 - sigaranın içerdiği kanserojen maddelere getirilen sınırlamalar.
- Ülkemizde özellikle "Gençlere Sigara Satılması", "Reklam Yasağı" gibi konularda bir çok gelişmiş veya üretici ülkeden daha katı bir tutum izleniyor.

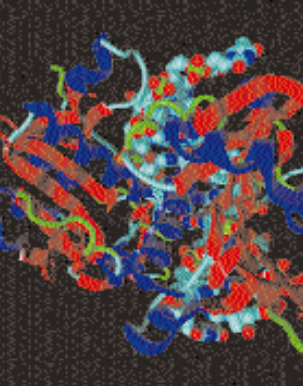
Özellikle reklam, promosyon ve sponsorlukla ilgili bölümlerde ülkemiz, tütün ürünlerinin ulusal veya sınır ötesi reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun yasaklanmasından yana tavır sergiliyor.

Sözleşmede vurgulanan konuların tamamı, ülkemizde 1996 yılında çıkartılan 4207 sayılı "Tütün ve Tütün Mamullerinin Önlenmesine Dair Kanun"da da mevcut hükümleri içeriyor.

T.C. Hükümeti adına Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın 28 Nisan 2004'de Amerika'da imzaladığı sözleşme ile ülkemizde kararlı bir şekilde sürdürülen sigara karşıtı mücadelenin daha kuvvetli ve sağlam bir zeminde yürütülmesi planlanıyor.

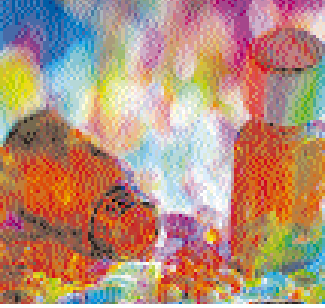
TBMM'nin onaylamasıyla birlikte anlaşma yürürlüğe girecek. ■

Yeni Ufuklar



Yeni bir protein

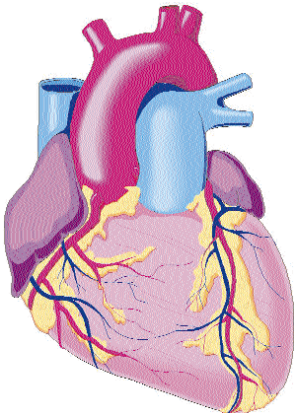
University of North Carolina'dan araştırmacıların üç yıl kadar önce erkek üreme kanallarında saptadıkları bir proteinin antibakteriyel etkileri olduğu öne sürüldü. Araştırmacılar DEFB118 olarak adlandırdıkları proteinin spermilere zarar veren toksinlere karşı da etkili olması nedeniyle kısırlık tedavisinde de kullanılabileceğini belirtiyorlar. Araştırma Journal of Endocrinology'nin Temmuz 2004 sayısında detaylı olarak yayınlanacak.



İkinci kuşak kanser ilaçları

Kanserlerin çoğunun gelişiminde epidermal büyüme faktörü reseptörünün (EGFR) aşırı üretiminin ya da aşırı ekspresyonunun rol oynaması gerçeğinden hareket eden ilaç endüstrisinin yakın gelecekte EGFR'yi inhibe eden ajanlara yatırım yapması bekleniyor. Bu cümleden olarak, ImClone firmasının ürettiği ilk "ikinci kuşak" anti-EGFR antikolları için AB ve ABD'de kullanım izni aldı.

İkinci kuşak antikolların birinci kuşak antikollardan farkı ise bağlanma biçimiyle ilgili: "ikinci kuşak" anti-EGFR'ler normal hücreler üzerindeki EGFR molekülleri ile kanserli hücreler üzerindeki EGFR moleküllerini birbirinden ayırabiliyor. Yeni kuşak antikolların özellikle baş-böyün ve akciğer kanserlerinin tedavisinde etkili olacağı belirtiliyor.



Alternatif tıp test ediliyor

Rush University Medical Center uzun süreli bir çalışma için hastalar arıyor. Çalışmanın amacı 1930'lardan beri kalp hastalıklarının tedavisinde uygulanan şelasyon (chelation) tedavisinin etkililiğini test etmek. Bir tür alternatif tedavi yöntemi olan şelasyon

tedavisinde hastalara intravenöz EDTA uygulamasının yanı sıra, antioksidan vitaminler ve kalsiyum, çinko, kadmiyum, manganez, demir ve bakır gibi damarlardaki kalsiyum tortularını eritmeye yönelik mineraller veriliyor. İlk olarak kurşun zehirlenmelerinde kullanılan şelasyon yöntemi modern ve alternatif tıp uzmanlarınca yaygın olarak kullanılıyor.

Geçtiğimiz yıl en az bir milyon hastanın 20 milyon kez şelasyon tedavisi yaptığı biliniyor. Araştırma 5 yıl içinde sonuçlanacak.



Anne sütünde fitness proteini

Öteden beri anne sütüyle beslenen bebeklerin ileriki yaşlarında obez olma riskinin düşük olduğu söylenir.

Cincinnati Children's Hospital Medical Center'daki araştırmacılar anne sütünde, emzirme ile obezite riskinin düşüklüğü arasındaki ilişkiyi açıklayan bir proteinin varlığını saptadılar.

Araştırmacılar, adinopectin adı verilen proteinin yağ ve lipid metabolizmasını etkilediği, adinopectin düzeyi yüksekliğinin hastalık riskini azalttığını öne sürüyorlar. Adinopectinin bebeklerin metabolik "programlamasını" etkilediğini, böylece ileri yaşlarda "yağlanma"yı belirlediğini tahmin ediyorlar.



Yenidoğanlar için Viagra

Vanderbilt Children Hospital hekimleri Viagra (Sildenafil) için yeni bir kullanım alanı buldular. Sildenafil yenidoğanlarda kronik pulmoner hipertansiyon tedavisinde kullanılıyor.

Yenidoğanların neredeyse ölüm fermanı olan kronik pulmoner hipertansiyonun Sildenafil'e cevap verdiğine dair küçük çaplı çalışmalara dayanan pediatrik uzmanlar www.mc.vanderbilt.edu adresinde deneyimlerini anlatıyorlar.

Klasik olarak nitrik oksitle tedavi edilen hastalığın tedavisinde oral olarak uygulanan Viagra'nın daha az yan etkili ve kolay uygulanabilir bir seçenek olduğunu vurguluyorlar. ■

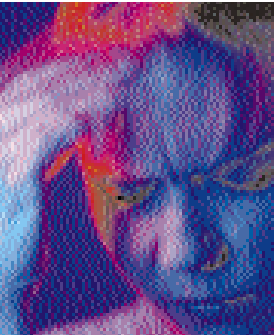
İnsan & İnsanlar



Sağlıklı yaşam için motivasyon da gerekir

Psikolog Gregg Maio, sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimine vurgu yaparken bilgi verdikleri kadar motivasyon da vermeleri gerektiğine dikkat çekiyor. Cardiff Univer-

sity adına çalışan Maio, insanların ciddi bir kalp krizi ya da ağır bir hastalık geçirinceye kadar sağlıklı yaşam tavsiyelerine kulak asmadıklarına dikkat çekiyor. "Bilgi insanların yaşam biçimlerini değiştirmeye yetmiyor" diyen Maio, özellikle okul çevresinde olmak üzere kalıcı yaşam değişiklikleri oluşturacak, sistemli ve ısrarlı, estetik ve etkili motivasyon mesajlarının öncelenmesi gerektiğini belirtiyor.



Ağrı algısı kontrol edilebilir

İnsanlar beyinde ağrı-kontrol merkezini aktive ederek ağrılarını bastırabiliyor. Biofeedback tekniği olarak bilinen klasik yöntemin etkileri daha önceleri EEG kayıtlarıyla test ediliyordu. Biofeedback tekniğinin kurucularından Peter Rosenfeld'in yirmi yıllık deneyimlerin-

den esinlenen Stanford Üniversitesi araştırmacıları biofeedback etkisini bir de fonksiyonel MR imajlarını kullanarak test etmeyi denediler. Sekiz gönüllünün MR ekranında ağrı-kontrol merkezlerinin aktivitesini görmeleri sağlanarak, bu merkezi istemli olarak etkilemeleri istendi. Rostral anterior cingulate kortekste yer alan bu merkezin ağrının hem şiddetinden hem de duygusal etkisinden sorumlu olduğu biliniyor. Ellerine ağrılı uyaran verilen deneklerin ağrı-kontrol merkezini biofeedback tekniği ile kontrol etmelerini öğrenmeleri sadece yarım saatlerini aldı.

Kadınlar görüntüleri daha iyi hatırlıyor

Kadınlar görüntüleri hatırlamakta erkeklerden daha iyi. Ohio State University'den Terence Horgan, hatırlama yetenekleri konusunda cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmadığını bilindiğini ancak kadınların görüntüleri hatırla-

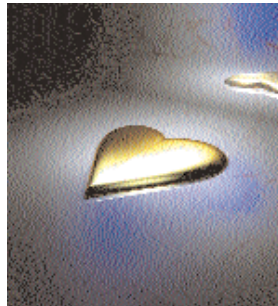
mada erkeklere fark attığını kaydediyor: "Kadınlar fiziksel özellikler, elbise ve beden duruşları gibi detayları daha iyi hatırlıyorlar. Bunun nedeni de kadınların erkeklere kıyasla daha çok insan-eksenli olmaları olabilir." Çalışmanın detayları Personality and Social Psychology Bulletin dergisinin son sayısında yer alıyor.



Dopamin ve piyango

Araştırmacılar beynimizdeki dopamin düzeylerinin ödül almayacağımızın belli olmadığı kumar oynama ve piyango sonucunu bekleme gibi durumlarda çok şiddetli biçimde dalgalandığını ortaya koydular. Journal of Neuroscience'nın 28 Nisan 2004 sayısında yer alan ilgili

makalenin başlığı şöyle: "Şans Oyunları Sırasında İnsan Striatumundaki Dopamin Transmisyonu". Makalede dopaminin yiyecek ve cinsel doyum, kokain ve eroin, değişik bedensel ödüllerin deneyimi sırasında önemli bir rol oynadığı hatırlatılıyor. Ancak deneysel ortamlarda dopaminin salınım zamanını yakalamak hayli zor bir iştir. Araştırmacılar bu yüzden deneklerini özellikle ödül beklentisi içinde oldukları senaryolarda oynatarak dopamin değişimini daha yakından izleyebildiklerini görmüşler. Araştırmanın ödül aldığımız ve hayal kırıklığı yaşadığımız durumlarda beynimizde olan biten süreçleri aydınlatmada önemli bir kilometre taşı olduğu belirtiliyor.

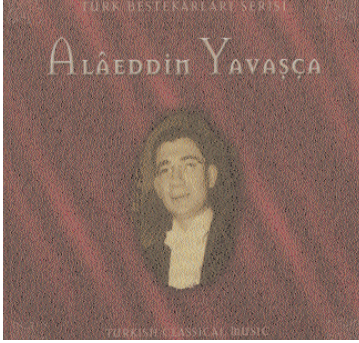


Kızgınlık, hastalık ve erkekler

Tez canlı, çabuk kızan, eleştiriye kaldıramayan, hayal kırıklığına dayanamayan erkeklerin kalp-damar sağlığı, sakın, geniş meşrep, eleştiriye alışkın erkeklerle göre daha çok risk altında. Elain Eaker ve ekibinin yaş ortalaması 48 olan 1769 erkek ve

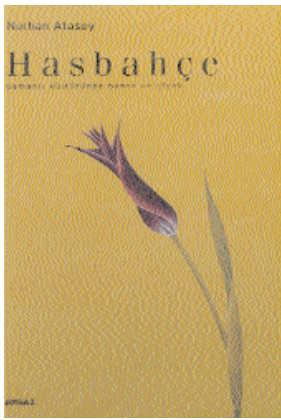
1913 kadın üzerinde yaptığı 10 yıl süreli çalışmanın sonuçları kamuoyuna açıklandı. Buna göre, kalp damar hastalıklarında erkeklerin kadınlara göre belirgin oranda daha çok riskli olduğu bilgisi doğrulandı. Söz konusu özelliklere sahip erkeklerin, diğer erkeklere kıyasla %30 daha yüksek oranda atrial fibrilasyon geçirdiği saptandı. Tez canlı erkeklerin sakın erkeklere kıyasla herhangi nedenden ölüm ihtimalinin %20 daha yüksek olduğu görüldü. ■

Kültür ve Sanat



Alaeddin Yavaşca Albümü / Sony Müzik

Türk Bestekarı Serisi'nde çıkan albümde 16 eser yer alıyor. Bunlardan 6 tanesinin güftesi Yavaşca'ya ait. Albümde yer alan eserler şunlar: Boğaziçi en gönüller yatağı (Hicaz), Ümitsiz bir aşka düştüm (Hicaz), Kız sen ne güzelsin (Hicaz), Ne günah etse açılmaz iki gönlün arası (hicaz), Güneşin kavurduğu rüzgarın savurduğu (Hüzzam), Gönlümün bülbülüsün aşk bahçemin gülüsün (Nihavend), Ne bildim kışmetin ne bildin kıymetimin (Nihavend), Mavi gök mavi deniz (Kürdîlihiczkar), Geçmesin günümüz sevgilim yasla (Kürdîlihiczkar), Başka söz söylemem aşktan yana ben (Kürdîlihiczkar), kimseyi böyle perişan etme Allahım yeter (Hicaz), Artık bu solan bahçede bülbüllere yer yok (Hicaz), Ağlar gezersin sahili sanki benimlesin (Hicaz), Gülen gözlerinin manası derin (Hüseynî), Bana nasıl "vaz geç" dersin gönül senden vaz geçer" mi (Rast), Senden uzak günlerim ziyan oluyor (Rast)

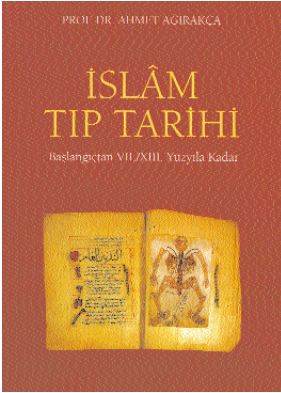


Hasbahçe / Nurhan Atasoy, Aygaz, İstanbul Aralık 2002.

Kitapta arşiv belgelerinin, yazmaların, seyahatnamelerin, minyatürlerin, fotoğrafların etkin şekilde kullanıldığı kitabın birinci bölümünde Roma, Bizans ve İslam ülkelerindeki bahçeler hakkında bilgi veriliyor. Daha sonra, Osmanlı bahçelerinin özellikleri tanıtılıp Avrupa bahçeleriyle karşılaştırılıyor. Hükümdarından sade vatandaşına kadar Türklerin çiçek tutkusu ve bu tutkunun yansıdığı meslek dalları incelenip Osmanlı'nın cennet bahçesi tasavvurları/tasvirleri yorumlanıyor.

Osmanlı saray bahçeleri ve İstanbul'un saraylar dışındaki hasbahçelerinin de ele alındığı eserin son iki bölümü, "Anılarda İstanbul'un bahçe ve çiçekleri" ile "Bahçecilik ve çiçek risaleleri" konularına ayrılmış. Kaynakça ise, bu konuda araştırma yapmak isteyenler için bir bibliyografya denemesi niteliğindedir.

Bu alanda, son yıllarda yapılan en muhtevalı çalışma olan kitabın sayfaları arasında baştan sona gezindikten sonra, anılarda kalan güzellik insana derin bir hüznün veriyor.

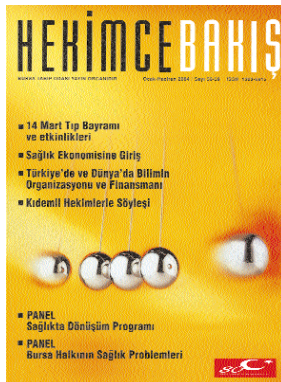


İslam Tıp Tarihi / Ahmet Ağırakça, İstanbul 2004

İslam öncesinden başlayıp Hz. Muhammed döneminden XIII. yüzyıla kadarki dönemde tıp çalışmalarının ve temel kaynakların incelendiği eser üç bölümden oluşuyor. Birinci bölümde Abbasilere kadar olan devir, ikinci bölümde İslam'ın doğu bölgesinde tıbbi çalışmaların aşamaları ve tabiiler, üçüncü bölümde Kuzey Afrika ve Endülüs'te yetişen tabiiler ve eserleri inceleniyor.

Bu dönemde yaşayan tabiilerin buluşları, tıp ilmine katkıları, eserleri, hayatları ayrıntılı bir şekilde, ilk el ve orijinal kaynaklara dayanılarak ortaya konuluyor. Ayrıca İslam tıbbının Avrupa tıbbına tesirleri örneklerle anlatılıyor.

Ana kaynaklara inilerek sahasının en kapsamlı çalışması olan eser, konunun uzmanları için önemli bir kaynak özelliği görürken, genel okuyucu kitlesine hitap edecek bir üslupla kaleme alınmış.



Hekimce Bakış / Bursa Tabip Odası, Bursa 2004

Üç ayda bir yayımlanan ve tamamen amatör bir ruhla çıkarılan Hekimce Dergisi, 59'uncu sayısına ulaştı. Dergi her sayısında ülkenin sağlık sorunlarına katkıda bulunmayı amaçlayan kapak dosyalarıyla sektörün tüm taraflarının görüşlerine yer vererek, bir anlamda beyin fırtınaları oluşturarak sağlığa ve hekimlik mesleğine katkıda bulunuyor.

Dergide son yılların en önemli sağlık konusunun tartışıldığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" konulu panele Prof. Dr. Sabahattin Aydın (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı), Prof. Dr. Servet Karahan (SSK Sağlık İşleri Genel Müdürü), Dr. Eriş Bilaloğlu (TTB Merkez Konseyi Üyesi) Dr. Haluk Özarsı (Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşarı) katılmış. Kıdemli hekimlerle söyleşi, Sağlık ekonomisine giriş, Bursa halkının sağlık problemleriyle ilgili panel de dergide yer alan konulardan bazıları.

KONGRELER

18. Ulusal Biyokimya Kongresi

Başlangıç Tarihi: 15.05.2004
Bitiş Tarihi: 19.05.2004
Yer: Zorlu Grand Otel / TRABZON
http://www.maviyuttur.com
e-mail: orhandeger@hotmail.com

11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

Başlangıç Tarihi: 17.05.2004
Bitiş Tarihi: 22.05.2004
Yer: Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı / İSTANBUL
Telefon: (0 212) 219 66 45 Faks: (0 212) 232 05 60
http://www.istanbul2004.com

XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi

Başlangıç Tarihi: 18.05.2004
Bitiş Tarihi: 22.05.2004
Yer: Dedeman Resort - Kapadokya
Telefon: (0 312) 467 69 91 Faks: (0 312) 467 70 62
http://www.tpog2004.org/index.html

3. Uluslararası 6. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Kong.

Başlangıç Tarihi: 19.05.2004
Bitiş Tarihi: 23.05.2004
Yer: Antalya
http://www.menopauseosteoporosis.org

7. Ulusal Ağrı Kongresi

Başlangıç Tarihi: 19.05.2004
Bitiş Tarihi: 22.05.2004
Yer: Polat Renaissance Otel - İSTANBUL
Telefon: (0 212) 257 86 67 Faks: (0 212) 265 54 74
http://www.dilan.com.tr/uak2004

13. Anadolu Psikiyatri Günleri

Başlangıç Tarihi: 19.05.2004
Bitiş Tarihi: 22.05.2004
Yer: GAZİANTEP
Telefon: (0 212) 292 88 08
Faks: (0 212) 292 88 07

Cinsellik ve Cinsel Tedaviler V. Ulusal Kongresi

Başlangıç Tarihi: 24.05.2004
Bitiş Tarihi: 26.05.2004
Yer: The Marmara Otel / İSTANBUL
http://www.cetad2004.org.tr

40. Avrupa Cerrahi Araştırmaları Kongresi

Başlangıç Tarihi: 25.05.2004
Bitiş Tarihi: 28.05.2004
Yer: KONYA
Telefon: (0 312) 438 08 44 Faks: (0 312) 441 07 21

Ulusal Cerrahi Kongresi

Başlangıç Tarihi: 26.05.2004
Bitiş Tarihi: 30.05.2004
Yer: ANTALYA
Telefon: (0212) 232 97 31

MEDİ-TIP 2004

Başlangıç Tarihi: 27.05.2004
Bitiş Tarihi: 30.05.2004
Yer: Anfaş Expo Center Fuar Alanı / ANTALYA
Telefon: (0 312) 467 51 96 Faks: (0 312) 467 58 64
http://www.kozafuarcilik.com

19. ANKEM Klinikler ve Tıp Bilimleri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 30.05.2004
Bitiş Tarihi: 03.06.2004
İrtibat: ANKEM Derneği
Telefon: (0 216) 374 35 35

6. Ulus. Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kong.

Başlangıç Tarihi: 02.06.2004
Bitiş Tarihi: 06.06.2004
Yer: Pine Beach Resort - Belek / ANTALYA
Telefon: (0 312) 417 31 25 Faks: (0 312) 417 31 26
http://www.hipertansiyon2004.org

İNTERNET DÜNYASINDAN



HEKİMCE

www.hekimce.com

Adı nedeniyle sadece hekimlere yönelik bir site gibi algılanmasına rağmen her kesimden insana hitap eden sağlık ve günlük hayat bilgilerini içeren bir site. Sağlık ve sağlığınız hakkında aklınıza takılan sorulara cevaplar bulabileceğiniz, dizaynı iç açıcı bir şekilde yapılmış, sık kullanılanlar arasında tutulabilecek bir adres.



HEMŞİRE FORUMU

www.hemsire.org

Hemşirelerin forumu şeklinde hazırlanmış bir site. Hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar tartışmaya açılmakta, çözüm önerileri sunulmaktadır.



PSİKOFARMA

www.psikofarma.net

Psikoloji ve psikiyatri konularında güzel bilgiler veren bir site. Medyada çok sık dile getirilen, hatta bazen sansasyonel haberlere konu olan psikolojik terimler hakkında bilimsel zeminde hazırlanmış fakat kolay anlaşılabilir şekilde bilgileri aktaran bir site. Çeşitli psikolojik testlerin de olduğu sitede bu testleri uygulayarak hem kendinizi tanıma yolunda bir fırsat yakalayabilirsiniz hem de keyifli zaman geçirebilirsiniz.



TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

www.teb.org.tr

Eczacıların sık uğradıkları, hatta uğramak zorunda oldukları bir sayfa. İlaç geri ödeme kuralları, ilaçlar hakkında bilgilerin alınabileceği bu site daha çok profesyonel bilgi içeriyor.



TÜRKİYE KLİNİKLERİ

www.turkiye-klinikleri.com

Tıbbi yayınlar yapan Türkiye Klinikleri'nin sitesi. Haftalık tıbbi gazete olan Medimagazin'i de bu site içinden okuyabilirsiniz. Sayıları 30 olan süreli tıp dergileri içinden makale tarama imkanı da sunan sitede aynı zamanda Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlananlar için bilgiler ve soru bankaları bulunuyor. Ayrıca dünyadaki tıpla ilgili birçok siteye de link mevcut.

A circular portrait of a man with a dark beard and mustache, wearing a white turban with a gold band. He is dressed in a dark, patterned garment with a wide white collar. He is holding an open book in front of him, looking down at it. The portrait is set within a gold oval frame.