

ARter

2009/1



editörden

editörden

M

Merhaba,

Tabip Odamızla üyeleri ile arasında güçlü bir bağ kuran ARter dergisinin yeni sayısını size ulaştırmaktan mutluluk duyuyoruz.

Anıt insan Türkan Saylan'ı yüreğimize yerleştirdik. "İnsan olmak dile kolay, mal da yaşıyo yaşadıktan sonra" derdi büyükannem. İnsan olmak Türkan hocaya yakışıyor. Türkan hocanın Mersin'de geçirdiği bir günün öyküsünü Dr Nedim Ince'nin "Anıt İnsan Türkan Saylan" başlıklı yazısında okuyabilirsiniz.

Son yıllarda, sosyal devlet anlayışına paralel olarak gelişen "Sağlıklı olmak ve sağlık hizmeti almak temel bir insan hakkıdır, bu hizmeti sunmak devletin temel görevidir" sağlık hizmeti anlayışı yerini, "Bedeli ödendiği zaman alınacak bir hizmet" anlayışına bırakmaktadır. Gün geçmiyor ki ülkemizde sağlık hizmet sunumu, örgütlenme ve finansmanında bir değişiklik yapılmasın! Her alana bir kanser hücresi gibi yayılan **taşeron çalışma** şekli, sağlık hizmetlerinde de bütün birimlere yayılmaktadır. Yakında hekimlerin de kapısını çalacak. Nereden çıktı bu taşeronlaşma?, Sonuçları neler olabilir? vb sorularınızın cevabını dergimizde iki ayrı yazıda bulabilirsiniz.

Ülkemize dalga dalga yayılan "Pilot Aile Hekimliği" ne durumda? Pilot uygulamaların yapıldığı Adana, Isparta ve Manisa'nın çalışma raporlarını, duyurularını dergimize taşıdık. Pilot uygulamalarda yaşananların ilginizi çekeceğini düşünüyorum.

Hekimlik mesleği dikenli bir yol. Zorlu bir eğitimden sonra, zorlu bir süreçte mesleğimizi yapmaya çalışıyoruz. Burada bizi çepeçevre saran etik ve deontolojik kuralların yanında; mesleki, idari, hukuki ve cezai sorumluluklarımız da var. Bu sorumluluklarımızı bilerek çalışmak zorundayız. Aksi takdirde, büyük sorunlarla karşı karşıya kalabiliriz. "Hekimin Cezai Sorumluluğu" başlıklı yazıda bizi çevreleyen kural ve sorumlulukları görebilirsiniz.

Üç tarafı denizlerle çevrili ülkemizde yanlış avlanma ve kirlilik nedeniyle balık üretimi

düşmektedir. Buna çare olarak kültür balıkçılığı giderek yaygınlaşmaktadır. Mersin'in kıyılarında da kültür balıkçılığının yapıldığını görüyoruz. Kültür balıkçılığı nedir?, Ne değildir? vb soruların cevabını bulabileceğiniz bir yazıyı dergimizde bulabilirsiniz.

Tükettiğimiz gıdaları kim kontrol ediyor ve denetliyor? Bu iş Mersin'de nasıl yapılıyor? Bu soruların cevabını Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonunun hazırladığı yazıda görebilirsiniz.

Kaktüslerin dünyasını tanımak ister misiniz? Döneminin en önemli tıp okullarından biri olan Edirne Sultan II. Bayezid Külliyesinde tıp eğitimi nasıl yapılıyordu? Yazın Anamur'a gitmeye ne dersiniz? Mersin'in sahil bandında sabah yürüyüşünün güzelliği başka nerede var? Saygıdeğer Dr. Bakiye Bak'ın bir anısında geçmişe doğru yolculuğa çıkmaya hazır mısınız? Hazırsanız, dergimizin sayfalarına göz atmanız gerekiyor.

Sayın meslektaşlarım,

ARter dergisini size ulaştırmak, bizim için bir annenin doğum yapması gibi çok önemli bir sürecin sonu. Bebeğin sağlıklı bir birey olabilmesi için, çevresinden uyarılara ihtiyacı var. Dergimizin içeriği hakkında sizden geri bildirimler bekliyoruz. Nasıl bir ARter istiyorsunuz? Özellikle ilçe ve belde sağlık kurumlarında çalışan hekim arkadaşlarımızdan çalıştıkları yerle ilgili tıbbi ya da sosyal içerikli yazılar bekliyoruz. Göndereceğiniz yazı ve geri bildirimler ARter'in misyonuna katkı sağlayacaktır. Unutmadan hatırlatayım, bu sayıda da satranç köşesinde ödüllü bir sorumuz var. Geçen sayıda bir arkadaşımıza kitap hediye ettik. Bu sayıda ödülü alan neden siz oluyasınız? Geri bildirim ve yazılarınızı arter@mersintabipodasi.org.tr adresine gönderebilirsiniz.

Sağlıcakla kalın...

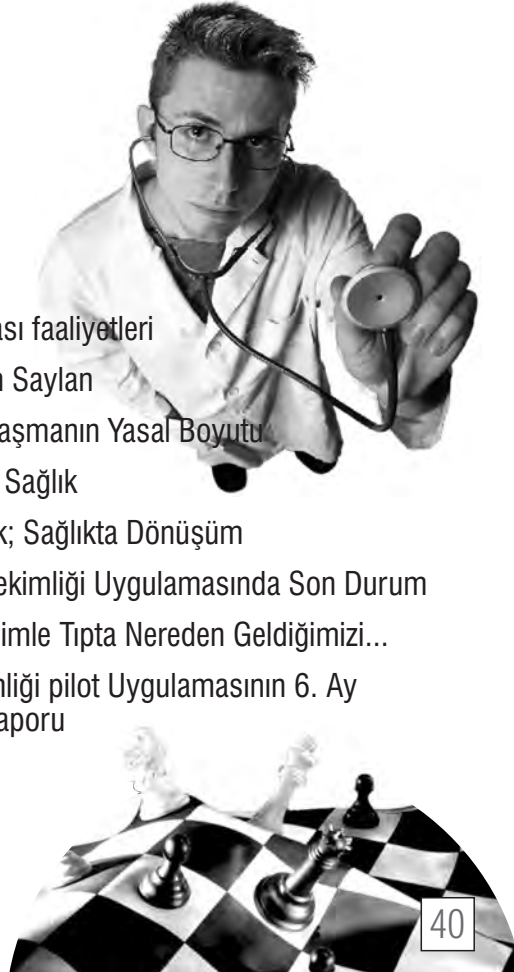
Doç. Dr. C. Tayyar Şaşmaz

İÇİNDEKİLER

06



- 01 Editörden
- 02 İçindekiler
- 04 Mersin Tabip Odası faaliyetleri
- 06 Anıt İnsan Türkan Saylan
- 08 Sağlıkta Taşeronlaşmanın Yasal Boyutu
- 11 Taşeronlaşma ve Sağlık
- 14 Yalanı Yenebilmek; Sağlıkta Dönüşüm
- 16 Isparta'da Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum
- 18 41 Yıllık Deneyimimle Tıpta Nereden Geldiğimizi...
- 20 Adana Aile Hekimliği pilot Uygulamasının 6. Ay Değerlendirme Raporu



40



Ücretsizdir • 2009/2

Mersin Tabip Odası Yayın Organı

Sahibi
Mersin Tabip Odası Adına
Dr. Aytağ ATICI

Editör
Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ

İÇİNDEKİLER

38



10



42



28



- 22 Hekimin Cezai Sorumluluğu
- 24 Haydi Arkadaşlar Anamur'a
- 28 Edirne Sultan II. Bayezid Külliyesi Osmanlı Tıbbından Bir Sayfa
- 31 Türkiye'de Kültür Balıkçılığı: Ulusal Su Ürünleri Üretim ve Tüketimini Artırmada Etkin Bir Endüstriyel Sektör
- 36 Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirilmesi

- 38 Mersin'de Tükettiğimiz Gıdalar Nasıl Denetleniyor?
- 40 Oyunların Kralı, Kralların Oyunu: Satranç
- 42 Mersin Sahil Yürüyüş Bandı ve Egzersiz
- 45 Site Tanıtımı
- 46 Tıp Dünyasından Özetler
- 48 Bir Kitap: Elif Şafak / Aşk



Yazı İşleri Müdürü
Dr. Alferit SAĞDIÇ

Yayın Kurulu
Dr. Gürsel ERKİLİÇ
Dr. Ahmet SARAÇLAR
Dr. Halis DOKGÖZ
Dr. Metin UZABAÇI

Adres:
Kiremithane Mah. Özgür Çocuk Parkı Bitişiği
M. Arif Yavuz İşh. Kat: 4 33060 MERSİN
Tel: 0.324.238 41 62
Fax: 0.324.237 97 05
e-posta:
mersintabipodasi@mersintabipodasi.org.tr
arter@mersintabipodasi.org.tr

Grafik Tasarım: **Hüseyin Akyar**

Baskı: **GüvenOfset**
Tel: 0.324.231 14 16 • E-mail: guvenofset@superonline.com

Mersin Tabip Odası Faaliyetleri

1- Katıldığımız Toplantılar

a. 26 Nisan 2009 TTB Disiplin Soruşturmaları ve Kovuşturmaları toplantısı (Adana)

(Dr. İ.Tufan Ünal, Dr. Hidayet Öner ve Dr. Senay Demiroğlu katıldılar.)

b. TTB KOL TOPLANTILARI

• 22 Mart 2009 TTB/ İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu Toplantısı (Dr. Teoman Uğurlu)

• 4 Nisan 2009 TTB Pratisyen Hekimlik Kol Toplantısı (Dr. Alfert Sağdıç)

• 11 Nisan 2009 TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Toplantısı (Dr. Ful Uğurhan Torlak)

• 11 Nisan 2009 TTB Başkanlar toplantısı (Dr. Ful Uğurhan Torlak)

c. Güney illeri Tabip Odaları Birliği Toplantısı, 18 Nisan 2009 Şanlıurfa'da yapılan GİTO

(Prof.Dr. Aytuğ ATICI, Yrd.Doç.Dr. A.Öner Kurt, Doç.Dr. C.Tayyar Şaşmaz, Dr. M. Nihat Kuruloğlu, Dr. Metin Uzabacı, Dr. Necip Tolga Yüceer ve Dr. Özkan Özdemir katıldılar.)

2- Komisyon Çalışmaları

Mezuniyet Sonrası Sürekli Tıp Eğitimi ve Bilimsel Araştırma Komisyonu

a. 26 Şubat 2009, Mersin Tozkoparan Sağlık Ocağı Konu: KOAH, Anlatan kişi: Dr. Mustafa Ersöz

b. 5 Mart 2009, Mersin 4 No'lu Sağlık Ocağı, Konu: Ateşli çocuğa yaklaşım, Anlatan kişi: Yrd.Doç.Dr. Selda Polat

c. 12 Mart 2009, Mersin 15 No'lu Sağlık Ocağı Konu: Birinci basamakta konversiyon bozukluğuna yaklaşım, Anlatan kişi: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

d. 19 Mart 2009, Tarsus 2 No'lu Sağlık Ocağı, Konu: Ateşli çocuğa yaklaşım, Anlatan kişi: Yrd.Doç.Dr. Selda Polat, Dr. Sabahattin Teymur

e. 2 Nisan 2009, Erdemli 1 No'lu Sağlık Ocağı, Konu: Çocuklarda İşeme Bozuklukları, Anlatan kişi: Doç.Dr. Dinçer Aylan

f. 16 Nisan 2009, Mersin 7 No'lu Sağlık Ocağı, Konu: Birinci Basamakta Hipertansif Hastaya Yaklaşım, Anlatan kişi: Doç.Dr. Ertan Mert

g. 8 Mayıs 2009, Mut Merkez Sağlık Ocağı, Konu:

Birinci Basamakta Acil Yaklaşımlar, Anlatan kişi: Doç. Dr. Cüneyt Ayrık

Kültürel, Sportif ve Sanatsal Çalışmalar Komisyonu

a. 22 Şubat 2009, Ayın hekim etkinliği- ROLL house'da kahvaltı

b. 19 Nisan 2009, Mersin Kent Ormanı'nda Bahar Yürüyüşü

Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Komisyonu

a. 7 Mart 2009, Kadın Hekimlerin Buluşması

b. 8 Mart 2009, Kadına yönelik şiddete dikkat çekebilmek için Acil Servis Ziyaretleri

Mersin Devlet Hastanesi

Toros Devlet Hastanesi

Kadın Doğum Çocuk Hastanesi

M.Ü Tıp Fakültesi Hastanesi

Özel Yenişehir Hastanesi

Duygu Tıp Merkezi

Halk Sağlığı Komisyonu

a. 16 Mart 2009, MSM Gıda Kontrol Laboratuvarı İncelemesi

b. 26 Mart 2009, Tarım İl Müdürlüğü İl Kontrol Laboratuvarı İncelemesi

c. 2 Nisan 2009, Tarım Ve Köy İşleri Bakanlığı Gıda kontrol Şube Md. İncelemesi

3- ZİYARETLERİMİZ

a. 24 Şubat 2009, Sağlıkta Dönüşüm Programını İzleme Komisyonunun Sigorta İl Müdürlüğü ziyareti (Doç. Dr. C. Tayyar Şaşmaz, Dr. A. Burhan Söker, Dr. Cemil Galioğlu)

b. 22 Nisan 2009 Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği (Yönetim Kurulu)

c. 8 Mayıs 2009 Dr. Sabit Kılınç

4- Odamıza Yapılan Ziyaretler

a. 11 Mart 2009 Nihat Sözmen Zihinsel Engelliler Rehabilitasyon Merkezi Ziyareti

b. 12 Mayıs 2009 Dr. Ahmet Arslan, Dr. İrfan İnanoğlu ve Dr. Ali Küçük'ün Odamızı ziyareti

5- Düzenlediğimiz Toplantılar

a. Hekim Meclisi 2. toplantısı 21 Şubat 2009'da

yapıldı. Aşağıdaki kararlar alındı.

- 14 Mart haftası kapsamında son zamanlarda yükselen hekime yönelik şiddet ve hekim hakları konulu söyleşi yapılması, yerel gazete ve televizyonlarda sesimizin duyurulmasına,
 - Aynı hafta kapsamında sahilde halkın da katılabileceği sağlıklı yürüyüş düzenlenmesine,
 - Mersin Tabip Odası'nın "Nükleer Enerji Hekim Algı Düzeyi" araştırmasının yapılmasına,
 - Bir sonraki toplantıda ASKOM'um Tarsus'ta uygulamaya koyduğu icap nöbetlerinin birinci gündem olarak görüşülmesine,
 - Mersin'de tbc yatağı bulunmaması, şoförler ve servis elemanlarında tbc taramasının yapılmasının görüşülmesine oybirliği ile karar verilmiştir.
- b. Hekim Meclisi 3. Toplantısı 9 Mayıs 2009'da yapıldı. Aşağıdaki kararlar alındı.
- Mersin'de şehirlerarası ve şehir içi toplu taşıma araçları çalışanlarında (şoför, servis elemanı, hostes vb) tüberküloz açısından portör taramasının zorunlu hale getirilmesi için çalışmalar yapılmasına,
 - Mersin'de tüberküloz yatağı olmaması nedeniyle MEU Tıp Fakültesi ve Devlet Hastanesinde birer oda ayrılması talebiyle başhekimliklerle görüşme yapılmasına,
 - Mersin'de bir göğüs hastanesi kurulabilmesi için çalışmalar yapılmasına,
 - Verem savaşında görev alan hekimlerin yapacağı bir çalıştay yapılmasına katkı sunulmasına,
 - Kamu hastane birlikleri yasası ve tam gün yasası konularında bilgilendirme toplantıları yapılmasına ve toplantılarda sağlık alanındaki taşeron çalıştırmanın olumsuzluklarına vurgu yapılmasına,
 - ADD tarafından düzenlenen 17 Mayıs 2009 tarihinde Ankara'da yapılacak olan Cumhuriyet Mitingine Mersin Tabip Odasının kurumsal kimliğiyle katılmayıp mitingle ilgili bireysel katılım için duyurular yapmasına,
 - Bir sonraki toplantıda acil sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerinin görüşülmesine ve bu konuyla ilgili tarafların toplantıya davet edilmesine karar verildi
- c. "Sağlıkta Dönüşüm Programı Nereye Gidiyor!" Panel 14 Nisan 2009 Dr. Eriş Bilaloğlu, Dr. Birtürk Özkavak

6- Eylemliliklerimiz ve Basın Açıklamalarımız

- a. 16 Şubat 2009 Grevdeki Liman İşçilerine destek amacıyla yapılan basın açıklaması (Dr. Hidayet Öner)

- b. 4 Mart 2009 SES- Dev Sağlık İş ile beraber basın açıklaması: Mersin Devlet Hastanesi önünde sağlıksız çalışma koşullarımıza ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dikkat çekmek amacıyla "Tıbbi Maskelerimizi Takarak Çalışıyoruz" konulu basın açıklaması yapıldı.
- c. 12 Mart 2009 Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi önünde SES ve Dev Sağlık-İş ile birlikte ACİL EYLEM etkinliği ve basın açıklaması yapıldı.
- d. 12 Mart 2009 siyasi partilerin yerel yönetici adaylarına Mersin NKP tarafından "Ülkemizde nükleer santralleri yaptırmamak için mücadelemize destek istiyoruz" başlıklı basın açıklaması yapıldı.
- e. 26 Mart 2009 Asbestli su borularının sağlığa etkileri ile ilgili olarak Mersin Sağlık Platformu (MESAP) olarak basın açıklaması yapıldı.
- f. 27 Mart 2009 "Sağlık Çalışanlarına Sürgün Sağlığımızı Bozuyor" başlıklı, Dr. Serdal Yünlü'nün geçici görevlendirilmesi hakkında basın açıklaması yapıldı.
- g. 16 Nisan 2009, Grevdeki Liman İşçileri ve Toros Gübre'deki Petrol-İş işçilerinin grevi ile ilgili ziyaret (Prof.Dr. Aytuğ Atıcı, Yrd. Doç. Dr. A.Öner Kurt, Dr. Yeşim Ayşın Yılmaz, Dr. Yemliha Doğan, Doç. Dr. C. Tayyar Şaşmaz)
- h. 1 Mayıs 2009 Bir Mayıs İşçi Bayramına katılım
- i. 15 Nisan 2009 GEMEP-Gebe Eğitim Okulunun açılışı



15 Nisan 2009 GEMEP Açılışı



4 Mart 2009 Tıbbi maske ile çalışıyoruz

Anıt İnsan Türkan Saylan

Uzm. Dr. Nedim İnce
Toros Devlet Hastanesi

Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği Mersin Şubesi, genel merkezin projelerini uygulama yanında kendisine özgün projeler de geliştirip yaşama geçirmektedir. Şube yönetimi özgün projelerini yerinde görmesini sağlamak amacıyla genel başkanları **Prof. Dr. Türkan Saylan'ı Mersin'e** davet ettiler.

Prof. Dr. Türkan Saylan Mersin'e daveti kabul etti, tarih belirlendi ve program hazırlandı. Ziyaret **Saylan'ın** isteği üzerine **bir gün** sürecek.

Sabah **saat 07.30** da Saylan ve çalışma arkadaşı Adana havaalanından alındı. Oldukça bitkin gözüküyordu. O sırada da hastalığı nedeniyle **kemoterapi** alıyordu ve buna bağlı olabileceğini düşündük halsizliğinin. **Soğuk algınlığı** geçirdiğini, o nedenle **uyuyamadığını**, gece saat **02.00 de ancak daldığını ve uçak için sabah 04.30** da uyandırıldığını anlatınca mesele daha net anlaşıldı. Bir yandan **hastalığı**, diğer yandan **kemoterapi** vücut direncini düşürürken buna eklenen **soğuk algınlığı** için tuzu biberi olmuştu. Üzerine eklenecek olan **uçak yolculukları ve yoğun bir program** sıkıntıyı daha da arttırabilecekti.

Ziyareti ertelemiş olmasının onun için daha iyi olacağını ifade ettiğimizde yanıtı; **"benim zamanım az, hiçbir şeyi erteleyemem"** oldu.

Mersin'e gelirken yolun kenarındaki güzellikleri fark etti. **Katırtırnaklarının** ne kadar **güzel çiçek** açtıklarından söz etti ve **bahara övgüler** yağdırdı.

Mersin'de kahvaltı ederken program gereği **TRT Çukurova Radyosu'na telefon** ile bağlandı. İnsanlara yine yoksulluk nedeniyle okuyamayan kız çocuklarından söz etti. Boş zaman diye bir şey olmaması gerektiğinden dem vurarak onları

derneklerde çalışmaya davet etti. Yine kahvaltı esnasında yolda dikkatini çeken Yeni Hal Mahallesi'nden söz ederek orayla ilgili **yeni projeler** üretmemizi istedi; mahalledeki okulda açılan ana sınıfı ona yeterli gelmemiştir.

Kahvaltı ardından **Mersin Valisi** ziyaret edildi. Konu **devletle yapılan ortak** projelerdi. Sonraki durak Mersin Üniversitesi oldu. **Mersin Üniversitesi Rektörüyle** yapılan görüşmenin konusu **burs, öğrenciler ve dernek ile üniversitenin ortak** projeleriydi. Rektörün davetlisi olarak yenen

öğle yemeğinden sonra kısa bir süre de olsa mola fırsatı doğdu.

Öğle arası Prof. Dr. Türkan Saylan dinlenmeye çekilmeden önce bir sonraki etkinliği ve saatini sordu. Kendi **saatini başucuna** koyarken sıkı sıkıya zamanında uyandırmamızı tembihledi. Nitekim onu uyandırmamıza fırsat kalmadan **kendisi kalkıp** hadi gidelim dedi.



Gittik. **Mersin Üniversitesi'nde hınca hınç dolu konferans salonunda** öğrencilere, öğretim görevlilerine konferans verdi. Çıkışta **kitaplarını imzaladı** kazancın şubeye kalması koşuluyla.

ÇYYD Mersin Şubesi'nin o yıl **Özel Toros Lisesi ile "Toros Çiçekleri"** isimli bir projesi yürüyordu; bu **Özel Toros Lisesi'nin, ÇYYD'nin Milli Eğitim Bakanlığı'nın** izni ile **sınav yaparak seçtiği 10 yoksul kız öğrenciyi tam burs ile öğrenim** verdiği bir projeydi. Özel Toros Lisesi'nin **öğrencileri ve velileri okulun konferans salonunu** doldurmuş Türkan Saylan'ı bekliyorlardı. Üniversitedeki konferansın ardından oraya geçildi. **Liseli öğrenciler Türkan Saylan'ı büyük bir sessizlik içinde** dinlediler.

Bu sırada derneğin **şubesinden burs alan öğrenciler ve dernek üyeleri** toplanıyor ve sıranın kendilerine gelmesini bekliyorlardı. Bu iki etkinlik arasında yine dinlenme fırsatı yaratıldı. Bu esnada onun **insan sevgisi** şu cümlelerde vücut buldu: **"Bana çocuğunuz gibi bakıyorsunuz"**

Dernekte **coşkulu bir söyleşi gerçekleşti**; pırıl pırıl gençleri karşısında gören Türkan Saylan tüm **yorgunluğunu** unutmuştu.

Onuruna **düzenlene akşam yemeği** öncesi yine kitaplarını imzaladı. Yemek başladıktan bir süre

sonra **mikroфона gelerek** katılımcılara hitap etti.

Öğle arası Prof. Dr. Türkan Saylan dinlenmeye çekilmeden önce bir sonraki etkinliği ve saatini sordu. Kendi **saatini başucuna** koyarken sıkı sıkıya zamanında uyandırmamızı tembihledi. Nitekim onu uyandırmamıza fırsat kalmadan **kendisi kalkıp** hadi gidelim dedi.

İstanbul'a dönüşünün uçak saati nedeniyle yemekten erken ayrıldı. **Güneşli** bir günle başlayan ziyaret **yağmurlu** bir havada sona eriyordu. Bizim için **sabah erken saatlerde** başlayan koşuşturmaca **Adana'da** **akşamın geç**

saatlerinde bitmişti ama **onun koşuşturması evine varana** kadar devam edecekti.

Neden mi **"Anıt İnsan"?!.**



FİZİKSEL CİNSEL DUYGUSAL
İSTİSMARA SON !..



Sağlıkta Taşeronlaşmanın Yasal Boyutu

Dr. Ö. Özkan Özdemir
Tarsus Devlet Hastanesi

Taşeronlaşma dünyada 1970'ler sonrası, birçok sektörde, yaygın bir çalışma modeli olarak denenmektedir. Taşeronlaşmayı bir **"istihdam modeli"** olarak görme eğilimine karşı; esnekleştirme, sosyal hak kayıpları, güvencesiz çalışma, sendikasılaştırma gibi birçok riski içinde barındıran yeni dönemin emek süreci örgütlemesi **"despotik / katı emek süreçleri"** olarak kavramlaştırmak daha uygundur.

Anayasa'nın en temel ilkesi

Anayasanın 128. maddesinde "...kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür" ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri de asli bir kamu hizmeti olarak devlet memurları ve diğer kamu görevlileri tarafından verilmelidir.

Sağlıkta taşeronlaşmada milat 1988!

Sağlık alanında taşeronlaşma 1988 ve 2003 yılında 657 sayılı kanunda yapılan değişikliklerle yardımcı hizmetler sınıfı (müstahdemlik, kapıcılık, açıcılık vb.), sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerinin piyasadan alınmasının önu açılmıştır. Böylece 657'deki kadrolu çalışma aşındırılmış oluyordu. 1988'de hastanelerde destek hizmetler ile başlayan süreç, 2003 yılında sağlık hizmetlerinin **"asli ve sürekli"** unsurları olan hekim dışı sağlık personeliyle devam etmiş, 2004 yılında hekimleri de içine alacak şekilde genişletilmiştir.

1988 yılında yardımcı hizmetler sınıfındaki düzenleme; **"318 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri ile İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair KHK"**'nin birinci maddesidir. Buna göre 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun (DMK) 36. maddesindeki yardımcı hizmetler sınıfına "bu sınıfa dair personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerden **hizmet yerlerinin ve tedavi kurumlarının temizlenmesi, tesisatın bakım ve işletilmesi ve benzeri nitelikteki hizmetlerin üçüncü şahıslara ihale yoluyla**

gördürülmesi" ibaresi eklenmiştir. 1988 anayasa mahkemesi tarafından sağlık alanında sözleşmeli çalışma iptal edilmesine rağmen **"4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK ile Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"** ile tekrar sözleşmeli statü getirilmiştir. Aynı yasanın 11. maddesinde 657 sayılı DMK'un 36'ncı maddesinin "Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı" başlıklı bendine "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, **lüzumu halinde** bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre **hizmet satın alınması yoluyla** gördürülebilir." eklenerek, hekim dışı sağlık personelinde taşeron üzerinden hizmet alımının önu açılmıştır. 1999 yılında Anayasanın 47. maddesinin yapılan eklerle taşeron çalışmanın önündeki engeller kaldırılmıştır. Böylece memurluk rejiminin sözleşmeli personel eliyle bir

kez daha aşındırılmış, sağlık alanında **"asli ve sürekli"** hizmetlerin taşeronlaştırılmasının önünü açılmıştır. Bu yasa ile ilk kez bir bakanlık için sözleşmeli personel yasası çıkartılmıştır. 2003 yılında sadece 19 sözleşmeli personeli olan sağlık bakanlığı (SB) 2009'a gelindiğinde 51 Bin sözleşmeli personel ile en fazla sözleşmeli personel çalıştıran bakanlık olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde taşeronlaşmayı düzenleyen bir diğer mevzuat ise 2002'de yeniden düzenlenen **Kamu İhale Kanunu'dur** (KİK). KİK kamu kurumlarındaki hizmet alımlarını düzenleyen bir kanundur. KİK madde 2/a ya göre (2002) "bakım ve onarım, taşıma, haberleşme, sigorta, araştırma ve geliştirme, muhasebe, piyasa araştırması ve anket, danışmanlık, mimarlık ve mühendislik, etüt ve proje, harita ve kadastro, imar uygulama, her ölçekte imar planı, tanıtım basın ve yayın, **temizlik, yemek hazırlama ve dağıtım**, toplantı, organizasyon, sergileme, koruma ve güvenlik, mesleki eğitim, fotoğraf, film, fikri ve güzel sanat, bilgisayar sistemlerine yönelik hizmetler ile yazılım hizmetlerini, taşınır ve taşınmaz mal ve hakların kiralanması ve benzeri diğer hizmetler" olarak belirtilmektedir. Burada görüldüğü gibi kamu kurumlarınca satın alınabilecek hizmetler geniş bir yelpaze teşkil etmekte, anayasanın asli ve sürekli görevlerin memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle yapılacağına ilişkin kuralının aşıldığı görülmektedir.

KİK'e göre çıkartılan hizmet alım yönetmelik çerçevesinde **"Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller"** (2004) adlı genelge çıkartılmış ve bu genelgeyle hekim dışı sağlık personeli ihaleleri açılmaya başlamıştır.

Hekim ve hekim dışı sağlık personeli ihaleleri başlıyor...

İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Hastanesi Temmuz ayında açtığı 6 ay süreli **"orta öğretim ve yüksek öğretim düzeyi sağlık hizmet satın alma ihalesiyle"** 176

kişilik hizmeti taşeronla devretmiştir. Bu şekilde 68 adet hemşirelik hizmeti, 8 adet radyoloji teknisyenliği hizmeti, 6 adet laboratuvar teknisyenliği hizmeti, 5 adet acil tıp teknisyenliği hizmeti, 5 adet sağlık memurluğu hizmeti, 2 adet eczacılık, 74 adet yüksek hemşirelik ve 1 adet fizyoterapistlik hizmeti taşeron üzerinden görülmüştür. Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi ise 45 adet

2003 yılında sadece 19 sözleşmeli personeli olan sağlık bakanlığı (SB) 2009'a gelindiğinde 51 Bin sözleşmeli personel ile en fazla sözleşmeli personel çalıştıran bakanlık olmuştur.

ebelik, 45 adet hemşirelik hizmetini 4 ay süreyle satın almak için ihale açmıştır.

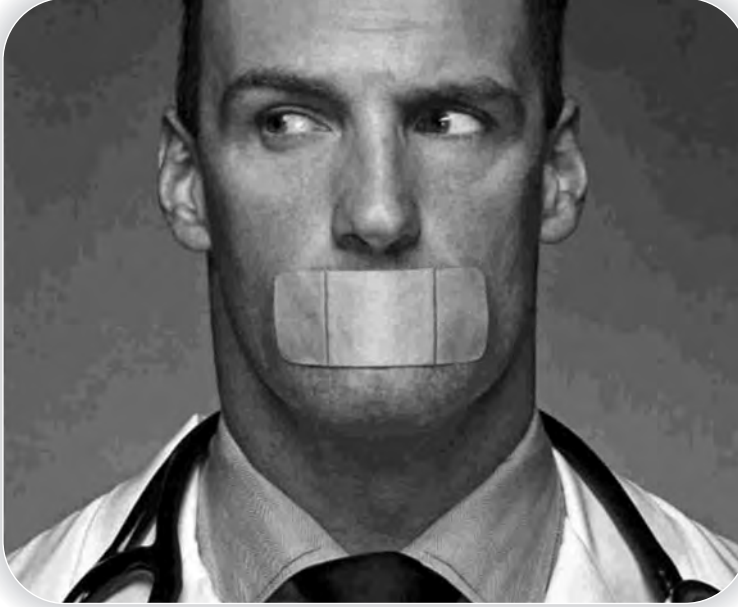
Hekimlere sıra gelmez yanılgısına rağmen 2004 yılında Denizli Devlet Hastanesi **"Hizmet Satın Alma Sözleşmesi"** ile 4 aylık süreyle; 2 adet Akıl ve Ruh Sağlığı Uzmanı, 2 adet Eczacı, 3 adet Fizyoterapist, 1 adet Onkoloji Uzmanı, 1 adet Çocuk Psikiyatri Uzmanı, 1 adet Endokrinoloji Uzmanı, 1 adet

Ortodonti Uzmanı, 1 adet Allerji Hastalıkları Uzmanı, 1 adet Ortodonti Teknisyeni ihalesi açmıştır. TTB'nin bunu Danıştay nezdinde dava konusu yapması sonucu, 25 Ağustos 2004'de SB yayınladığı bir genelge ile tıp doktorluğu **"ikinci bir emre kadar"** taşeronlaştırılacak hizmetler arasından çıkartılmıştır.

Ayrıca TTB 657 sayılı yasanın 36. maddesinin **"sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı"** bendine 4924 sayılı yasa ile eklenen taşeronlaşmaya ilişkin düzenlemenin Anayasa Mahkemesine gönderilmesi için aynı dava dilekçesinde Danıştay'a başvurmuştur. Danıştay olayı ciddi bulup Anayasa Mahkemesine göndermesine rağmen mahkeme ilginç bir kararla davayı reddetmiş, taşeronlaşmanın sağlık hizmeti satın alınmasında da mümkün olduğuna hükmetmiştir. Kararın gerekçesinde sağlık hizmetlerinin bir kısmının hizmet satın alma yoluyla gördürülmesi "özeleştirme" olarak değerlendirmiş, bununla da sosyal devletin gereği olarak topluma sağlık hizmetinin gördürülmesinin amaçlandığı belirtilmektedir. **Anayasa mahkemesinin bu kararında 1999 yılında 47. maddede yapılan eklemeler** "...Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden **hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılabilir veya devredilebileceği kanunla belirlenir**" etkili olmuş ve kararla **Anayasa Mahkemesinde içtihat oluşmuş, bunda sonraki yapılacak yasal düzenlemelerde hekimlerde**

dahil sağlıkta taşeron çalışmanın önünde hukuki engel kalmamıştır.

İşyeri hekimliğinde taşeronlaşma



2008 yılında kamuoyunda istihdam paketi olarak bilinen **5763 sayılı İş Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun md. 4/c** “İşverenler, bu yükümlülüklerinin tamamını veya bir kısmını, bünyesinde çalıştırdığı ve bu maddeye dayanılarak çıkarılacak yönetmelikte belirtilen vasıflara sahip personel ile yerine getirebileceği gibi, işletme dışında kurulu **ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak da yerine getirebilir.** Bu şekilde hizmet alınması işverenin sorumluklarını ortadan kaldırmaz” denilerek işyeri hekimliğinin piyasadan satın alınmasının önü açılmıştır.

Sağlıkta taşeronlaşmada son nokta

Şu an meclisin gündeminde olan “**Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı**”nın 3. maddesiyle her türlü mal ve hizmetin piyasadan satın alınmasının önü açılmaktadır. Buna göre 7 kişilik birlik yönetim kurulu hastanenin bir servisini kapatmak, yeni birimler açmak, kiralamak, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri satın almak kısaca işletmek, işletmek, kiralamak, satmak dahil her türlü yetkiyi kullanarak, hekim ve hekim dışı sağlık hizmetlerini taşeron üzerinden satın alınmasının önünde en küçük bir engel kalmayacaktır.

Esnekleştirme ve çalışanların sağlığı

Esnek istihdam biçimleri kötü çalışma koşulları,

düşük ücret, güvencesiz çalışma, gelecek belirsizliği, kariyer geliştirme olanaklarından yoksunluk, iş ortamında arkadaşlık ilişkilerinde uzaklık, çalışma sürelerinde düzensizlik, iş yoğunluğunda artış gibi çalışanlar açısından olumsuz koşulları barındırmaktadır.

Sonuç yerine

Memur statüsü çalışanlar açısından görece ileri haklar taşır. Bu rejimi esnekleştirerek piyasalaştırmak, **örgütsüzlüğü yaymak, çalışanlar açısından hak kayıpları** demektir.

Taşeronluk ise esnek emek süreçlerinin en dış halkası olup dibin dibidir. Sağlık hizmetleri uzmanlık ve süreklilik gerektirir. Bu nedenle sağlık hizmetleri **esnek, işverenin takdirine bağlanmış kendi içinde rekabetçi, piyasacı bir personel yönetim sistemiyle** yönetilemez. Böyle bir personel rejiminde kamu yararından bahsetmek mümkün değildir.

Sağlıkta taşeronlaşmaya karşı; sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğunu gören ve tüm sağlık çalışanlarını tekçi istihdam biçimini parçalayan (memur, kadrolu işçi, taşeron işçisi, sözleşmeli) statülere karşı ortak mücadele hedefleri koymak, ortak örgütlenme tarzları geliştirmek sanırım tek çözüm olsa gerek...

kaynaklar

- 1- Aslan, Onur Ender, *Kamu Personel Rejimi: Statü Hukukundan Esneklığe*, TODAİE Yayınları, Ankara, Mayıs 2005.
- 2- Belek İlker, *Esnek Üretim Derin Sömürü*, NK Yayınları, İstanbul, Ekim 2004.
- 3- Güler, Birgül Ayman, *Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim*, İmge Yayınları, Ankara, Kasım 2005.
- 4- Toplum ve Hekim, “Taşeronlaşma ve Sağlık”, *Temmuz-Ağustos 2008*, Cilt 23, Sayı 4, TTB yayınları, Ankara (Bu sayıda ilgili makaleler).
- 5- 318 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri ile İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair KHK (1988)
- 6- 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK ile Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2003)
- 7- 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu md 2/a (2002)
- 8- 5763 sayılı İş Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun
- 9- Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı md 3 (2008)

Taşeronlaşma ve Sağlık

Dr. Cemil Galioğlu
Toros Devlet Hastanesi

Sıranın hekimlere gelmesi ile artık daha çok sayıda meslektaşımızın ilgisini çekeceği kesin olan bir istihdam biçimidir taşeronlaştırma. Taşeron çalışma, mal veya hizmet üretiminin bölünerek, bir ana firmaya (üst işveren) bağlı bir veya birden fazla alt firma tarafından yapılması olarak tanımlanmaktadır.

Tüm dünyada 1945-1970 yılları arasındaki sosyal devlet uygulamalarının yerini, 70'lerden itibaren neoliberal ekonomi politikalarının alması sonucunda; işsizliğin artışı, gelir dağılımının bozulması, toplumsal refahın azalmasıyla beraber çalışanlar için de standart olmayan istihdam biçimlerinde artış görüldü. Genellikle düşük ücretler, iş güvencesi ve sosyal güvence yokluğu, sendikasılaşma ve çalışma yasalarının koruyucu hükümlerinden faydalanamama çalışanların karşısına çıkarıldı.

Türkiye'de üretim süreçlerinin ve emek piyasalarının esnekleşmesi, küreselleşen kapitalist üretim ilişkileri içinde, ülkeyi ucuz emek pazarı haline getirme projesinin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. 24 Ocak 1980 kararları ve onun tamamlayıcısı 12 Eylül 1980 askeri darbesiyle birlikte emekçi kesimler üzerinde oluşturulan baskı rejimi bir taraftan devleti piyasa koşulları doğrultusunda dönüştürürken, diğer taraftan da emek maliyetini azaltacak koşulları dayatmıştır.

Türkiye'de esnekleşme önce devlet eliyle üretimin kayıt dışına çıkarılmasıyla (küçük işletmecilik özendirilerek ve denetlenmeyerek) teşvik edilmiştir. Böylece üretimin bütününe gerçekleştiren fabrika sistemi yerini, küresel üretim ağı içerisinde üretimin belirli bir aşamasını gerçekleştiren ve bir esnek üretim biçimi olan fasonculuğa bırakmıştır. Esnekleşme fason üretim yoluyla gerçekleşirken, halen fabrika üretiminin sürdüğü ve başta kamu alanında olmak üzere hizmet sunumunun gerçekleştiği alanlarda da varlığını göstermeye başlamıştır. Bu aşamada ortaya çıkan esneklik, büyük ölçüde süreli sözleşme, kısmi süreli, çağrı

üzerine çalışma gibi iş ve sosyal güvencelerin muğlaklaştırıldığı istihdam biçimlerinin yaygınlaştırılmasıyla olmuştur. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KIT) özelleştirilmesi, eğitim, sağlık, alt yapı gibi kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması süreci içerisinde esneklik uygulamaları kamusal üretim ve hizmet alanına da yaygınlaştırılmıştır.

Bindokuzyüzseksen sonrası yükselen özelleştirme furiasında kamu varlıklarının alıcı bulması için; ya işçilerin güvencelerinin ve sayılarının azaltılması ya da işçisizleştirilmeleri öncelik kazanmıştır. Yine taşeronluk çalışanların bireysel iş hukukundan kaynaklı ve kolektif haklarının tırpanlanması için mükemmel bir araç olmuştur. Bu dönemin temel yönelimi şöyle özetlenebilir:

- Önce memur statüsündeki işçilere yüksek ücret önererek sözleşmeli hale getirip, sonra da bir taşeron işletmenin çalışanı olarak eski işlevlerini görmelerini sağla.*
- Yeni işçileri sözleşmeli statüde al. Böylece memur statüsündekiler zaman içinde tahliye edilerek, işletme özelleştirme için cazip hale gelir.*
- Önce KIT'lere ve diğer kamu kurumlarına eleman alma sıkıntısı yarat, sonra bu sıkıntıyı aşmak için sözleşmeli personel uygulamasını başlat.*

Emek piyasalarının esnekleştirilmesini savunanların temel gerekçeleri; küreselleşme süreci ile ortaya çıkan rekabet ortamına uyum sağlamak, artan işsizliği önlemek, kayıt dışına çıkan ve kuralsızlaşan emek piyasasındaki aksaklıkları gidermek olarak özetlenebilir. Bu çerçevede önerilenler kadınların, gençlerin, verimliliği düşük emekçilerin istihdam maliyetlerinin

azaltılması, iş güvencesini sağlayan yasal düzenlemelerin esnetilmesi ve asgari ücretin düşürülmesidir. Taşeron çalışmaya dair yapılan yasal düzenlemelerde, bu çalışma biçiminin “İşyerinde yapılan mal ve hizmet üretimine ilişkin yardımcı işlerde veya asıl işin teknolojik uzmanlık gerektiren bir bölümünde” uygulanabileceği belirtilmiştir.

Taşeron çalışma ilişkisinde güçlü ve belirleyici olan ana firmadır. Ana firma merkez iş gücü kapasitesini istihdam ederken (görelî iyi ücretler, sosyal güvence, sendikalaşma hakkı vd.), kendine bağımlı taşeron firmayı “en geri” noktaya gitmeye zorlamaktadır. Yine taşeron firmalar arası rekabette ücretler, çalışma saatleri ve çalışma koşulları anlamında “dibe doğru koşu” mevcuttur. Emek piyasasında sendikaların zayıflığı nedeni ile kapitalistlerin talepleri tüm alanlarda işçi-işveren pratiklerini doğrudan belirlemeye başlamıştır.

Gerçekte taşeronun yaptığı kârdan ödenen belirli bir pay karşısında, emek gücü üzerinde işveren için gerekli denetimi yoğunlaştırarak kurmak ve işverenin mesuliyetinin önemli kısmını kendi hukuki şahsiyetinde toplamaktır. Emek gücünü kiralayan (taşeron) ve emek gücünü kullanan (asıl işveren/bireysel kapitalist) arasındaki ayırım, işyerinde sömürüyü arttırmaya hizmet edecek yasal/teknik/örgütsel bir yenilik olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı işyerindeki işçiler farklı işverenlere bağlı olarak çalışıyormuş gibi gösterilerek, bir araya gelerek örgütlenmeleri ve mücadeleleri engellenmektedir. Taşeron emekçiler yüksek iş değiştirme hızı, düşük ücretler, ağır çalışma koşulları, ciddi sosyal hak kayıpları, sosyal güvencesizlik, işçi sağlığı ve iş güvenliğinin yetersizliği ile karşı karşıyadırlar.

Bu noktada Tuzla tersaneleri ve kot kumlama işçilerinin durumu en görünür örnekler olmuştur. Ana firmalarda yasal zorunluluklar ve sendikaların baskısı ile işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında tama yakın uygulanan önlemler, taşeron firmalarda maliyetleri de gözetenerek uygulanmamakta, bu işyerlerinde ölümlü iş kazaları ve mesleki hastalıklarda patlamalar yaşanmıştır.

Sağlık Hizmet Sunumu ve Taşeronluk

Küreselleşme ile metalaşma sürecindeki hızlı artış gıda, su, giysi, eğitim ve sağlık alanlarının hepsinde görünür olmuştur. AKP tarafından bize özgü bir

programmış gibi sunulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 24 Ocak 1980 kararlarının gereği olarak, sağlık dahil tüm sosyal alanların piyasa ekonomisi kuralları çerçevesinde yeniden yapılandırılması çalışmalarının devamıdır. Dünya Bankasının 21 Nisan 2004 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Programına destek amacıyla 49.4 milyon Avro kredi verdiği bilinmekte, yine AB Müktesabatına ilişkin 31 Aralık 2008 tarihli Bakanlar Kurulu kararında “Özelleştirme başlığı altında sağlıkta özelleştirmelere devam edileceği, bunun hükümetin temel başlıklarından biri olduğu” belirtilmektedir.

Sağlıkta uygulanan döner sermaye, performans, 4B - 4C’li personel istihdamı, Aile Hekimliği gibi değişikliklerin esnek çalışma başlığı ile ilgisine bu yazı kapsamında girilmeyecek, asıl olarak alandaki taşeronlaşma aktarılmaya çalışılacaktır.

Sağlıkta taşeronlaştırma hastanelerin yemek ve temizlik hizmetleriyle başlamış, güvenlik, tıbbi sekreterlik, otomasyon işleri ile devam ederek

sıra hastabakıcılar ve hemşirelerin taşeron şirketler üzerinden istihdamına kadar gelmiş, buradan da başta mikrobiyoloji, biyokimya laboratuvarları ile radyolojik görüntüleme birimlerinin taşeronlaştırılması sağlanmış; artık sıra doğrudan klinik birimlerinin taşeronlaştırılmasına gelmiştir. Dolayısıyla destek birimlerine özgü olduğu iddia edilen taşeron istihdam şekli hekimleri de içine alarak, bütün sağlık çalışanları taşeron şirketler aracılığıyla esnek çalışma ilişkilerinin kapsamına alınmış ya da alınmaya adaydırlar. Günümüz itibarıyla sağlık alanında taşeron çalışma ilişkileri ile kaç personelin çalışmakta olduğunun kesin bilgisine ulaşmak mümkün olmamakta ise de sayının 100 binin üzerinde olduğu söylenebilir.

Sıkça görülen örnekler arasında hemşirelerin temizlik işçisi olarak taşeron üzerinden ihaleler ile istihdamı söz konusudur. Mersin’de rastlanılan uygulamalarda ise temizlik çalışanlarının haftalık çalışma sürelerinin 64 saate kadar çıktığı, 10-12 yıl çalışıp yıllık izin kullanamayanlar, angarya çalışma, yeni yapılan ihalede 13 yıllık çalışanların 40 yaşını geçtikleri gerekçesi ile işten çıkarıldıkları görülmektedir.

Hekimlerin taşeron şirketler üzerinden ihale ile çalıştırılmasına yönelik ilk ciddi adım 4 Ağustos 2004 tarihinde Denizli Devlet Hastanesinin 4 aylık süre ile Psikiyatri Uzmanı, Onkoloji Uzmanı, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, Alerji Hastalıkları Uzmanı çalıştırılması için açtığı ihale ile atılmıştır. Toplam 7 hekim ve 5 diğer sağlık personeli hizmetinin satın alınmasına dönük bu ihaleye dair işlemler Türk Tabipleri Birliğinin açtığı dava ile durdurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde taşeronlaşmaya yönelik atılan adımların durdurulması, hekimler ve diğer sağlık personelinin iş güvencesine sahip olmaksızın taşeron şirket işçisi olarak ‘dışardan’ sağlık hizmeti sunmalarının önüne geçebilmek için açılan bu davada, Devlet Memurları yasasında yapılan değişikliğin anayasaya aykırı olduğuna yönelik itiraz da yapılmıştır.

Danıştay tarafından ciddi bulunan bu itiraz sonucunda, kamu hizmetlerinin kamu görevlileri tarafından yürütülmesi gerektiği yönündeki anayasa hükmüne aykırı olan yasal düzenlemenin iptali için Anayasa Mahkemesine başvurulmuştur. Anayasa Mahkemesi ise çoğunluk üyelerinin kararı ile sağlık hizmetlerinin taşeron işçisi sağlık çalışanları tarafından verilmesine olanak sağlayan bu düzenlemeyi iptal etmeyerek, “Kamu sağlık tesisleri tarafından hizmet satın alınması yoluyla sağlık hizmetleri sunulmasına yönelik işlemler, her idari işlem gibi gereklilik ve kamu yararına uygunluk noktasında değerlendirilmeli ve denetlenmelidir.” demiştir. Anayasa Mahkemesinin bu kararından sonra Danıştay, Denizli Devlet Hastanesinin yapmak istediği hizmet satın alma işlemini gereklilik boyutunda değerlendirmiş ve işlemin iptaline karar vermiştir.

Bu gün TBMM’de görüşülme sırasını bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ile yapılmaya çalışılacak olan; kamu hastanelerinde ‘devlet memuru’ çalışması zorunluluğu ortadan kaldırılarak, bir yandan sözleşmeli personel uygulamasına geçiş, diğer yandan (şu an görüntüleme merkezlerinde olduğu gibi) klinik branşların bir ya da bir kaçının taşerona verilmesidir. Kamu Hastanelerinin kar-zarar hesabına göre çalışacağı ve gerektiğinde işletme

Sıranın hekimlere gelmesi ile artık daha çok sayıda

meslektaşımızın ilgisini çekeceği kesin olan bir istihdam biçimidir taşeronlaştırma.

Taşeron çalışma, mal veya hizmet üretiminin bölünerek, bir ana firmaya (üst işveren) bağlı bir veya birden fazla alt firma tarafından yapılması olarak tanımlanmaktadır.

hastaneyi toptan kapatma/satma yetkisine sahip olacağı ve hatta hastanenin kısmen satılabileceği de anılan yasa tasarısında açıkça ifade edilmektedir.

Hekim dışındaki sağlık ekibinin taşeronlaştırılması ile zaten parçalanmış olan ekip çalışması, önümüzdeki dönemde gündeme gelecek uygulamalarla hekimlerin de taşeronluk

sistemine dahil edilmesiyle tamamlanacaktır.

Özet olarak Genel Sağlık Sigortası ile finansman alt yapısı hazırlanan, “Tam Gün” ve “Kamu Hastane Birlikleri” yasası ile birlikte hekim emeğinin de piyasalaştırılmasının tamamlanmasıyla sağlık hizmetleri bütünüyle ticarileştirilmiş ve herhangi bir hizmet gibi alınır satılır hale getirilmiş olacaktır. Taşeronlaştırma bu sürecin en etkin unsuru olarak planlanarak kamu sağlık hizmetinin bütününe yaygınlaştırılmaktadır.

Son bir not olarak İşçi Sağlığı İş Güvenliği hizmetlerinin de taşeronlaştırılması çalışmalarına değinmek gerekir. Son hazırlanan yönetmelik taslağı ile işyeri hekimi ve iş güvenliği mühendisi bulundurulması zorunluluğu kaldırılarak, çalışanların mesleki sağlık ve güvenliği tümüyle piyasaya sunulmakta, özel iş sağlığı ve güvenliği firmalarının önü açılmaktadır.

kaynaklar

- 1- Belek İ. (2004) Esnek Üretim Derin Sömürü
- 2- Toplum ve Hekim (Temmuz-Ağustos 2008 C:23 S:4)
- 3- Toplum Ve Hekim (Eylül-Ekim 2008 C:23 S:4)
- 4- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) 2008 Sağlık Raporu

Yalanı Yenebilmek; Sağlıkta Dönüşüm

Uzm. Dr. Gürsel Erkılınç

Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi

Son altı yılda Sağlıkta 'dönüşüm' gerçekte sağlığın bir meta, bir piyasa malı olması için yapılan düzenlemelerdir yalnızca. Peynir sektörü, demir sektörü, çimento sektörü gibi, 40 milyar dolar olduğu sanılan sağlık hizmetleri "sektörüne" de sermayenin girmesi için gerçekleştirilmiş bir "reformdur!" Her bir işlemin TL, Kuruş olarak hesaplandığı, duruma göre, dolara göre, Maliye Bakanlığı'nın isteklerine göre, Sağlık Bakanlığı'nın ruh hallerine göre, kar oranlarının hoşla gidip gitmemesine göre her an, her gün artan, azalan işlem bedellerinin "standardize" edilerek sağlık gereksinimlerinin piyasaya "düşürülmesinin" düzenlemeleridir sağlıkta dönüşüm. Sevgilinin elini tutmanın, yavaşına öpücük kondurmanın, saçlarını okşamanın bile parasal karşılığını hesaplayacak yetkinlikte; hastaya verilen kimyasalların, koruyucu hekimliğe ait yaklaşımların, olmadık tetkiklerle insanların zamanının, kamu kaynaklarının boşa harcanmasının bedelini kendileri cepten ödemedikçe sorun kabul etmeyen uzmanlar çalıştırıyor Sağlık Bakanlığı.

"Özel hastanelere yapılan tedavi giderleri de 2002 yılından bu güne kadar 11 kat arttı. 2002 yılında tedavi giderleri için özel hastanelere 396 milyon lira ödenirken, 2008 yılı için 4 milyar 450 milyon lira ödenmesi öngörüldü."

Her şeyin alınıp satılabilir olduğu kapitalistik düzende, sağlığın da aynı "ruhsuz" işlemi görmesi "gerçekçi" bir yaklaşım. Ama "ayranı" bulunmayan, ilaçlarını, cihazlarını dolarla satın almak zorunda kalmış ülkemiz için "gerçekçi" midir?

"Kısacası, milli gelirin reel büyüme hızıyla karşılaştırırsanız, dış borçlarımızdaki artış aşırıdır. Salt AKP dönemiyle sınırlı bir gözlem yapalım: 2003-2007 yıllarında milli gelirin reel (sabit YTL hesabıyla) ortalama büyüme hızı yüzde 7; dış borçların yıllık artış hızı ise yüzde 14 dolaylarında seyretmiştir. Marifet sadece AKP'ye ait değildir: Türkiye ekonomisinin kesintisiz IMF yönetimine girdiği 1998-2007 döneminde milli gelirin yıllık büyüme hızı yüzde 3.5 civarındadır. Dış borçlardaki yıllık

ortalama artış ise yüzde 11.4'tür. "

"Sağlıkta dönüşüm" adı altında sağlık hizmetlerinin piyasa malı haline getirilmesi için 6 yıllık "reform" sürecinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için değil, öncelikle "piyasa malı olsun" diye fazladan harcanılan para belki bugün neredeyse IMF'den borç olarak istenilen para değil midir?

"Türkiye, 2009 yılında sağlık giderleri için 27,5 milyar TL ayırırken bu harcamalarda en önemli kalemi, ilaç parası oluşturuyor. Sosyal Güvenlik Kurumu, bu yıl ilaca 12,5 milyar ödeme yapacak. Bu verilere göre Türkiye'nin ilaç harcaması, toplam sağlık giderinin yüzde 42'si. OECD ülkelerinde ise bu oran ortalama 15 ile 20 arasında... Öte yandan Türkiye'de ilaç ve tıbbî araç gereç sanayinin büyük ölçüde dışa bağımlı olması, faturayı yükselten sebepler arasında... Kişi başına ilaç harcaması, 5 yılda 2 kat arttı. Devlet Bakanı Mehmet Şimşek, geçen yıl 30 milyar lira olan sosyal güvenlik sisteminin açığının bu yıl 50 milyar lirayı bulacağını söyledi."

Nereye Gidiyoruz?

"Annelerin ninnilerinden spikerin okuduğu habere kadar, yürekte, kitapta ve sokakta yenebilmek yalanı, anlamak, sevgilim, o, bir müthiş bahtiyarlık, anlamak gideni ve gelmekte olanı."

Nazım Hikmet

Son 6 yıl ekonomimiz ne de iyiydi. Ne kadar güzel yönetiyorlardı ülkemizi. Ah bu küresel kriz olmasaydı! "AKP hükümeti döneminde 'nin net stoku 2002-2008 arasında yüzde 70.5 arttı. 2002 sonunda 88 milyar 419 milyon dolar düzeyinde olan net stoku, 2008 sonunda 62 milyar 347 milyon dolar artarak 150 milyar 766 milyon dolara çıktı."

"Türkiye'nin dış borç stoku hızlı bir artış gösteriyor

-dış borç toplamı
2002 yılı sonunda
130,1 milyar
dolarken 2008 yılının
Mart ayı itibarıyla
247,5 milyar dolar
oldu. Daha da
önemlisi özel sektör,
özellikle de finansal
olmayan şirketler, dış
borçtaki artışın büyük
bölümünden sorumlular
ve bu da bir borç krizinin
koşullarını daha şimdiden
yaratmış durumda. Bu nedenle Dünya
Bankası'nın ülke direktörü Ulrich Zachau Mart
ayında şöyle dedi: "Türk özel sektörünün önemli
boyutta döviz borçlanması büyük bir risk
oluşturuyor... Türk özel sektörünün tümü kur
risklerine açık." Türkiye'nin ekonomik göstergeleri
kötüleşiyor...

Beş altı yılda dış borcu her yıl 20 milyar dolar
arttıranlar, 70 dolarlık mal ithal ederek 100 dolara
satıp ihracat şampiyonu olduğunu sananlar, bu
çılgın üretim, tüketim sürecinin baş döndürücü
keyfinin acı bedelini dönüp yine kime çıkartacaklar
acaba? IMF'den gelecek 30-40 milyar dolar ve
önceki borçları, yüksek faizleri kim ödeyecek?

Dış borç böyle artarken en büyük savunma,
"Türkiye'nin borç stoku tutar olarak artarken, Gayri
Safi Milli Hasıla'ya (GSMH) oranlandığında ise
gerileme gösterdi... Buna karşılık söz konusu
dönemde dış borç stokunun GSMH'ye oranı yüzde
77,5'den yüzde 46,9'a, iç borç stokunun da yüzde
54,5'den yüzde 50,3'e indi." Son kriz ile birlikte,
azalan ihracat ve düşen üretim sonucunda bu
oran korkunç biçimde azalacaktır. IMF borçların
geri ödemesinin sağlanması için insanların
yaşamsal harcamalarına göz dikecektir. Ciddi bir
yoksullaşma süreci bizi bekliyor!

IMF'nin kapısında bekliyoruz. Anlaşırsak eğer bize
30-40 milyar dolar vereceklermiş. Son 5 yılda
yalnızca dış borç faizi olarak ortalama yılda 4,5
milyar dolar ödeyen ülkemizin bu yeni borçla faiz
ödemelerindeki artışın ne olacağını bilmiyoruz.
Ama bildiğimiz bir şey var. Son beş yılda ilaç
harcamalarının iki katına çıktığı.

Yazılan ilaçların, uygulanılan tetkiklerin en az
yarısının doğrudan çöpe atılabilecek denli gereksiz
yazıldığına, istenildiğine kim itiraz eder? Ancak
diğer yarısının "ne kadar gerekli olduğu"
tartışılmaya değer. İlaçların ve tetkiklerin yarısı
insan sağlığına hiçbir katkısı olmadığı halde bu
sistemin bir sonucu olarak yazılmıştır, harcanılmıştır,
çöpe atılmıştır! Zavallı ülkem. Bir avuç adam daha
çok para kazansın diye neredeyse tümüyle dışa
bağımlı ilaç, kit, cihaz vb giderleri, malum yere
"atla gitmeyi" marifet sananların ülkesinde ikiye
katlanmıştır.

IMF'den 30-40
milyar dolar
bekleniyor... "...
IMF
görüşmelerinde
sağlık
harcamalarında da 3
milyar kesileceği
söyleniyor. Bunun da sevk
zincirinin kurulması, memur
maaşlarının azaltılması,
dolaylı vergilerin artırılması
yoluyla olacağı belirtiliyor."

Nasıl Ödecekler?

Malların ihracatına dayalı
ekonomi duvara tosladı. O

kadar çok mal üretildi ki artık satacak/alabilecek
kimse kalmadı! Kamu işletmeleri satıldı. Pahalı
arsalar satıldı. Ormanları, en güzel koyları alan
yok mu; kelepir toprak; "toprağı sıkısan ..." bir şey
olmaz! Kurudu, merak etmeyin! Yurtdışındaki
paraları getirin; yeter ki gelsin! Uyuşturucu paraları,
kirliliği de olsa getirin! Biz "AK'ız!" Aklarız!
Bu amaçla yasa çıkartıldı. Otoyollar, Milli Piyango
sırada. Milli eğitim satıldı. Sağlık sektörü satılmakta.
Satılacak, ihraç edilecek ne kaldı?

"George Soros, İstanbul'a gelip, TESEV Başkanı
Can Paker'in evinde akşam yemeği yerken ünlü
Türk gazetecisi köşe yazarlarına ve ertesi gün de
Türkiye'nin Harvard Üniversitesi olacak diye kurulan
Sabancı Üniversitesi'nde öğrencilere yaptığı
konuşmada; "Sizin en önemli ihraç ürününüz
Mehmetçiginizdir (ordunuzdur)..." dedi.

IMF'den gelecek borç para için kapalı kapılar
arkasında neler konuşuluyor acaba? Afganistan,
Irak'ta işler yolunda gitmiyor. "Asker lazım mı abi?"

"Türkiye'nin 'isyan bastırma konusunda' uzman,
oldukça büyük bir ordusu olduğuna dikkat çeken
Flanagan, "Türkiye, Orta Asya'da çıkarları olduğunu
düşünüyor. Avrupalıların aksine Türkiye,
Afganistan'a muharip güç gönderebilir" dedi."

Askerliğin "yan gelip yatma yeri olmadığını"
bildirmiş bir "Türk büyüğü" "ülkeyi adeta
pazarlamakla mükellef" olarak bu pazarlıkta emin
olalım bizi ucuza satmayacaktır! Ama satacaktır!
Bu borç yükü ve bu krizle ve bu kafayla ve kitap
okumayan, düşünmeyen, bilimle-emekle değil
duayla daha iyi bir hayat uman, ne kişisel
tembelliği donanımsızlığı ile ne de ülkesinin
geçmişle yüzleşmeyen, insanlık dışı nice
cinayetle gurur duyan, mahalle kabadayısı
katillerden kahraman üreten bir "kitle" için başka
seçenek var mı? Ne acı; neredeyse yüz yıl sonra
tüm bir toplumsal ilişkiler ve ekonomik olarak aynı
noktaya gelmek. Tarih tekrerr edermiş; ilki trajedi
ikincisi de komedi olarak!

Not: İtalik yazılar internet ortamından derlenmiştir.

Isparta'da Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum

1- Isparta'da Aile Hekimliğine (AH) geçildiğinde yaşanan temel problemler neler idi?

Aile Hekimliği eğitimi eğitimcilerinin seçiliş yöntemleri tartışmalı oldu, halen mahkeme sürecinde. AH'ne geçen ilk illerden biri olduğundan geçip geçmeme konusunda tereddüt yaşayan hekimlere Sağlık Müdürlüğü tarafından direk yada dolaylı geçme baskısı oldu. Sadece 12 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) boş kaldı, şu an hepsi doldu.

AH'ne geçişte Sağlık Ocakları binalarının ASM'ye dönüşüm esnasında Sağlık Ocağı sayısı kadar ASM olmadı, hem bina hem personel sayısı azaldığından ekip anlayışı bozuldu, hizmet vermekte zorlanıldı. 86 Sağlık Ocağında 217 hekim ile hizmet verilen bölgeye 48 ASM ve 117 AH ile hizmet verilmeye başlandı. 34' ü kırsalda olmak üzere 38 Sağlık Ocağı kapatıldı. 17 ASM tek hekimle görev yapmaya başladı. Bu tek hekimli ASM'lerin 15'i kırsaldakiler. Tek hekim mobil hizmete gidince ASM boş kalmaktadır. Bu kırsal kesim aleyhine adaletsizlik yarattı.

Burdur ilinde de 53 sağlık ocağında 145 hekimle verilen hizmet 32 ASM' de 71 AH'ne düşmüştür. 18' i kırsalda olmak üzere 21 SO kapatıldı.

Isparta ve Burdur'da AH başlangıç aşamasında AH' de esas amaç daha az az hekim-sağlık personeli ile il merkezlerinde sağlık yapısı oluşturmaktır. Kırsal kesim gözden çıkarılmıştır. Özel sağlık hizmetleri teşvik edildiğinden kırsaldaki uzman hekimler özel sektöre geçmiştir. Kırsalda 2. basamak hizmetlerde aksamıştır. Kırsaldaki

hastalar, pilot sevk zinciri uygulaması ile muayene olacak hekimi değil sevk yaptıracak hekimi bile bulamamışlardır.

Aile Hekimliği ile hekimlere çalıştığı sağlık ocaklarının malzemeleri kiraya verildi. ASM'nin tüm giderlerinden sorumlu oldular. Sözleşmeli personeli ve ücretli ASM'lerle buralar küçük birer özel sağlık kuruluşu, özel muayenehane haline getirildiler. 3000- 4000 kişiden sorumlu AH' er bu kadar yoğun nüfusa hem koruyucu hem tedavi



edici hizmetleri, ev ziyaretleri vermesi mümkün değildir. Nüfus 1500- 2000 arasına çekilmeli, kapatılan sağlık ocakları açılmalıdır. Şu an bir aile hekimine 1800 nüfus düşecek yapılanma için gerekli hekim ve diğer sağlık personeli vardır. AH sistemi dışında kalan hekim ve diğer personel TSM' lerde pasif görevlere verilmektedir. TSM hekimleri reçete yazamamakta, hekimlik yapamamakta bu nedenle dışlanmışlık yaşamaktadır. ASM ve TSM görevlileri arasında

görev-yetki-ekonomik farklar nedeni ile çekişme ortamı doğmaktadır.

Diğer bir yanlış yapılanma verilen sağlık hizmetlerinin bölge tabanlı olmayıp nüfus tabanlı olmasıdır. Bu koruyucu sağlık hizmetlerini aksatmaktadır. Gelir kayıtlı kişi sayısına göre olduğundan fazla nüfus kaydetmeye teşvik vardır. Bu yarıştta aynı yerdeki kişiler farklı hekimlere kayıt yaptırabilmektedir.

Özetle Aile Hekimliği sistemi, kırsal bölgeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini dışlayan, il merkezlerinde az sayıda sağlık çalışanı ile yoğun nüfusa hizmet veren, çalışanlar arasında ayrıma giden, tedavi edici hizmetleri önceleyen, sözleşmeli çalışan ve özel statüye getirilen sağlık tesisi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamen özelleştirilmiş halidir.

2- 107 AH hakkında neden soruşturma açıldı, sonrasında ne oldu?

Yıllık sözleşmesi Ocak ayında dolan 117 AH' den 107'sine gebe tespit ve takiplerini yeterince yapmadıkları iddiası ile sözleşme gereği savunmaları istendi. Savunmayı 9 günü bayram tatiline gelen 10 gün içinde vermeleri istendi. Burada amaç gözdağı vermek, işlerini kaybedebileceklerini hissettirerek ne kadar iş varsa sırtlarına yüklemektir. Çoğu uyarı cezası alıp tümünün sözleşmeleri yenilendi.

3- Sevk zincir pilot uygulaması sonrası neler yaşandı? Sevk zincirinin erteleme nedeni neydi?

Pilot Aile Hekimliği uygulaması içinde 2. bir pilot uygulama ile sevk zinciri uygulanmak istendi. Verilen hizmetin sağlık hizmeti olduğu unutulurak yapılacak hata ve eksikliklerin sonucunun çok acı olabileceği düşünülmeden yük yolda düzeliş anlayışı sağlık hizmetlerine uyarlanmak istenmiştir. Sağlık hizmetleri kilitlendi. Sevk oranı % 15 i geçince maaştan kesinti yapılması kuralı uygulanmadı. Sevkler %70-80 oldu. 2.- 3. basmakta hasta sayısı % 50 düştü. Gelirleri düştü. Aynı gün ikinci bir ikinci basamak muayenesi için tekrar sevk gerektiğinden AH ile ikinci basamak arası hastalar gidip geldi. Kırsaldaki hastalar için

bu daha zor oldu. İl dışı hastalara TSM bakması gerekirken AH' leri bakmakla yükümlü oldu.

1 Ocak 2009' da sevk zincirine memur ve yeşil kartlılarda eklenince uygulaması ile sağlık sistemi kilitlenme noktasına geldi. Halk yürüyüşle protesto edince Sağlık Bakanı tebdili kıyafetle İsparta' ya gelerek yaşanan sıkıntıları yerinde görmüş oldu. Sevkin uygulanması diğer 4 pilot ile beraber

Aile Hekimliği mevcut yaşananlarla bitmiştir. SGK mevzuatları uygulamaya geçtiği ilk günden bu yana sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini ve halka parası kadar hizmet verilmesini amaç edinmektedir. Sosyal devlet ilkeleri ortadan kaldırılmaktadır. Sağlıkta dönüşümün temel direkleri tek tek yıkılmaktadır.

Temmuz ayına ertelendi. **Protesto yürüyüşü yapılan mahallenin kapatılan sağlık ocağı (ASM) törenle tekrar açıldı.**

Aile Hekimliği mevzuatındaki bir çok kural uygulanmazken bile yoğun sıkıntı yaşanmışken tüm kurallar uygulandığında çıkacak kaosu düşünmek mümkün değildir. Mevcut Aile Hekimliği

uygulanmasında ısrar etmek sağlık hizmetlerine ulaşmayı engellemek, -sağıksız bir toplum yapısı yaratmaktan başka bir işe yaramamaktadır ve Aile Hekimliği uygulaması iflas etmiştir

Sağlıkta dönüşüm projesinin 3 ana bileşeni mevcut. 1- Aile Hekimliği 2- SGK 3- Kamu Hastanelerinin özelleşmesi.

Aile Hekimliği mevcut yaşananlarla bitmiştir. SGK mevzuatları uygulamaya geçtiği ilk günden bu yana sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini ve halka parası kadar hizmet verilmesini amaç edinmektedir. Sosyal devlet ilkeleri ortadan kaldırılmaktadır. Sağlıkta dönüşümün temel direkleri tek tek yıkılmaktadır. **Sağlıkta dönüşüm tüm sağlık sisteminin çökmesine ve bizim bunun altında kalmamıza neden olacaktır.**

**Tabip Odamız katkılarınızla güçlenir.
Aidatlarımızı düzenli ödeyelim.**

İş Bankası Mersin Merkez Şube Hesap No. 6600-15758
Ziraat Bankası Mersin Merkez Şubesi Hesap No. 35114328-5001

41 Yıllık Deneyimimle Tıpta Nereden Geldiğimizi...

Uzm. Dr. Bakiye Bakır

14 Mart haftası nedeniyle düzenlenen bu etkinlikte, “tıpta nereden geldiğimizi; 41 yıllık deneyimimle, sizlerle paylaşmak istiyorum.

Sene 1968. Rahmetli İsmet İnönü’nün elinden diplomamı alarak A.Ü.Tıp Fakültesini bitirirken birileri, içinde parlak kâğıtlar, üzerine süslü harflerle adımın yazılı olduğu bir tomar reçete bulunan çantayı elime tutuşturdu. O yıllarda üç kız çocuğu okutmakta olan rahmetli babamın, bütçesinde derin bir yara açılmasını göze alarak, bana aldığı tansiyon aleti ile dinleme aletini çantaya yerleştirdim. Anacığımın biriktirip bana verdiği üç beş kuruşla da iki enjektör kutusu ve küçük pilli bir lamba aldım. Kasabamızda hükümet tabibi olarak çalışan amcam da, bir dil basacağı ile bir refleks çekici hediye edince, çantam artık hazırды.

Yeni görev yerim belirleninceye kadar, nüfusu yaz aylarında bir hayli artan yayla köyümüze gittim. Duyan herkes, aileme “gözünüz aydın” ziyaretine geldiler, istisnasız hepsi kollarını uzatıp tansiyonlarını ölçturdüler, kırk yıllık hastalıklarını anlatıp dermanını sordular.

Çok geçmedi, üçüncü gün gece yarısı kapımız çalındı. “Hayırdır inşallah” deyip yataktan fırladık, “kim o?” diye dışarı seslendik. Bir erkek sesi “burada doktor varmış” dedi. “Evet var, doktor benim” diyerek kapıyı açtım. Şaşırdı, fakat çabuk toparlandı. “Kızım çok hasta, onu göstereceğim” dedi. “Tamam” dedim “göster”. “Yok burada değil, falanca köyde” dedi. Bu kez şaşıma sırası bendeydi, babama baktım. O; yıllardır okutup doktor yaptığı kızının hasta başında ne yapacağını merak ettiğinden olsa gerek, bu fırsatı yakalamanın verdiği coşkuyla “tamam” dedi. “Hep birlikte gidelim”. Çantamı kaptım. Aceleyle jipci Kazım’ın arabasına babamla birlikte yerleştirdim. Jipin zayıf farlarının aydınlattığı orman yolunda 45 dk. kadar gittik. Jip durdu. “Tamam” dedi, yol buraya kadar, bundan gerisi yürünecek”. Pili lambalarımızı yakıp, orman içinde yokuş yukarı tırmanarak obaya ulaştık. Oba halkı bir kara çadırın etrafında toplanmıştı. Baba “doktor getirdim” diyerek beni

işaret etti. “Bu mu doktor?” diye şaşkın şaşkın bakan insanların arasından çadıra girdim. Yerde, “karnım ağrıyor” diye ağlayarak yatan, o zamanki benim yaşlarımdaki genç kızın yanına çöktüverdim. Başucuna konmuş leğeni görünce, bunun bulantısı da var diye düşündüm. Şöyle bir sistematik muayene yapayım dedim. “Aç ağzını” diyerek işe başladım. “Yok,yok” dedi, “benim ağzımda bir şey yok, benim derdim karnımda, çok ağrıyor”. Baktım, ağız tadıyla bir sistematik muayene yapamayacağım “tamam” dedim, “aç karnını”. Açılan karnını görünce ne olabileceğini hemen kavradım. Elimi karnına koydum, yumuşak hareketlerle organlarını avuçlarımda hissetmeye çalıştım. “Yeter” dedi, “çökme karnıma, çok ağrıyor”. Zaten benim de o tahta gibi karnında bir şey hissettiğim yoktu.

Karnımı verdim. “Bu çocuk apandisit” dedim. Patlamış diyemedim. Anacığı “o da ne ki?” dedi. Babası kararsızlık içinde “tamam” dedi, “bir iğne yaparsın da toparlanır inşallah”. “Hayır” dedim, “iğne yapamam”, “hatta hiçbir şey yapamam”. “Hazır jipimiz de varken çocuğu en yakın hastaneye götüreceğiz”. “Apandisiti patlamış da olabilir” diye de ilave ettim. Baba; oba halkının da desteği ile, kızını sırtına yüklediği gibi yola koyuldu. Babamla ben de arkasından. Anası; eline geçirdiği bir bez parçasına birkaç parça eşyayla yokuş aşağı koşarak yetişti, jipte yanıma sıkıştı. 4 kişi olarak gittiğimiz obadan, 6 kişi dönüyorduk. Sabahın erken saatlerinde hastaneye ulaştık. Orada “size bir hasta getirdim, apandisit vakası, delinmiş de olabilir” diyerek hastayı teslim ettim. Babamla birlikte evimize döndük.

Yaşadığımız yer küçüktü. Herkesin acısı, sevinçli, hastalıkları hemen yayılır, hep birlikte yaşanır. Hastanın durumunu her gün takip ettim. Zor bir ameliyat geçirmişti, arkasından da zor bir ameliyat sonu. Fakat, penicilin mucizesi ile,

onu da atlatmıştı. Başarmıştım, mutluydum. İşte benim bu mutluluğum, ta bugünlere kadar, 41 yıl sürdü. Evet, ilk hastama belki de bir iğne bile yapamadığım için olsa gerek, iyi bir siftah yapamamıştım.

Yeni görev yerim belirleninceye kadar, nüfusu yaz aylarında bir hayli artan yayla köyümüze gittim. Duyan herkes, aileme “gözünüz aydın” ziyaretine geldiler, istisnasız hepsi kollarını uzatıp tansiyonlarını ölçturdüler, kırk yıllık hastalıklarını anlatıp dermanını sordular.

Ama jipci Kazım’a iyi bir para kazandırmıştım.

Şimdi; bizim küçük kasabamız da gelişen Türkiye ile birlikte büyüdü. Köylerimiz şehir oldu. Hepsinde dizi dizi sağlık ocakları var. Siz, gençler, bir elinizde çantanız, diğer elinizde lop topunuzla buralarda hizmet veriyorsunuz. İleri teknoloji ile donatılmış tanı yöntemleri elinizi

uzattığınızda tutabileceğiniz kadar yakın. Tetkik sonuçlarını, radyoloji CD’lerini anında bilgisayarınızda izliyor, gerekirse doğru yerlere hastanızı yönlendirebiliyorsunuz. Bizler gibi, enjektörlerinizi bulduğunuz bir ocak üstünde kaynatarak steril etmiyorsunuz. Tek kullanımlık tıbbi araç gereç elinizin altında. Tıp bilimini sizler daha da ileriye taşıyacaksınız. Ama ben yine de diyorum ki; HASTALARINIZI SEVIN, ONLARA DOKUNUN. ONLARIN SICAKLIĞINI AVUÇLARINIZDA, NABIZLARINI HASSAS PARMAKLARINIZIN UCUNDA HİSSEDİN!...

Burada, rahmetli amcamdan da birkaç cümle ile bahsetmeden geçemeyeceğim. O; hükümet tabibi olarak çalıştığı kasabamızda, eşek üstünde dolaşarak görev yaptı. Ona göre; ben şanslıydım. Jiple hastaya gidiyordum. Gerek tıp fakültesinde okurken, gerekse mezun olduktan sonra benim hep arkamda olan amcam, uzmanlık dalımı seçerken, ne yazık ki benimle aynı fikirde değildi. Hatta, “ne yapıyor bu kız. Onun uzman olarak yapmak istediğini, hastabakıcılar yapıyor” diyecek kadar işi ileriye götürmüştü.

Aradan yıllar geçti. O, köşesinde dinlenmeye çekildi. Bense, hatırlarını sormak için onu ziyaret ettiğimde “hiç iyi değilim yeğenim” dedi. “Ağzımın hiç tadı yok, göbük fıtığım beni çok sıkıştırıyor. Astımım da var. Narkozdan korkuyorum, ameliyat olamıyorum”. Gülümsedim, yüzüne baktım. “Amca korkacak bir şey yok, sizin o narkoz dediğinizi hastabakıcılar değil, uzman doktorlar yapıyor. Gel, ben bu işi hallederim” dedim. Gevrek gevrek güldü, “Tamam yeğenim. Mesaj alınmıştır”.

Nur içinde yatsın.

Hepinizi saygılarımla selamlıyorum.



Adana Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının 6. Ay Değerlendirme Raporu

Adana Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu

Adana'da 21 Mayıs 2008 tarihinde Aile Hekimliği (AH) pilot uygulamasına geçilmiş olup; bu süreçte yaşanan ve yaşanabilecek sorunları Adana Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu olarak üç aylık değerlendirme raporu şeklinde hazırlamıştık. Üç aylık değerlendirme raporu daha çok bizim ve sahadaki arkadaşlarımızın gözlemlerine dayanmaktaydı.

Komisyon olarak ilk altı ayda yaşananları ve gelecekte yaşanabilecekleri daha somut verilere dayandırmak amacıyla aşağıda sonuçlarını sunduğumuz anketi hazırladık. Anket sonuçları bizim üç aylık değerlendirme raporundaki öngörülerimizle benzerlik göstermekteydi.

Yaptığımız bu anket döneminde halen Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) kira bedeli alınmamakta, giderler için fatura istenmemekte, yardımcı personel ücreti kesilmemekte ve hekimler arası nüfus geçişleri henüz yeni başlamıştı. Yani bu anket sürecinde uygulamaya geçilmeden önce vaat edilen nüfuslar üzerinden maaşlar verilmekteydi. Anket sonuçlarını değerlendirirken bu noktalara özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu anket gelecekte yapılacak anket veya çalışmalara kaynak oluşturacaktır.

Anket Adana Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonunca hazırlanmış olup; komisyon üyeleri ve gönüllü arkadaşlar tarafından ulaşılabilen ve ankete katılmayı kabul edip Aile Hekimliğini seçen 282, seçmeyen 24 hekimle yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

Adana'daki pratisyen hekim profiline baktığımız zaman; yerleştirmede hizmet puanlarının dikkate alınmasından dolayı genç hekimler AH sistemine geçmemiştir. Anket sonucuna göre AH'ne geçen hekimlerin %94'ü 10 yıl ve üzeri görev yapmış hekimlerden oluşmaktadır. Genç hekimler daha çok acillerde ve 112'lerde kalmışlardır.

AH'ni tercih edenlerin %39.2'sinde alacaklarını düşündükleri ücretler tercihlerinde etkili olmuştur. %60.8'i de çeşitli nedenlerle tercihlerini AH'den yana kullanmışlardır. AH'ni seçmeyenlerin %38'i AH sistemine inanmadıkları için tercihlerini Pratisyen Hekim olarak kalmaktan yana kullanmışlardır.

AH'lerine, AH sonrası gelecek kaygıları sorulduğunda; %44.6 'sı AH öncesine göre gelecek kaygısının arttığını ifade etmiştir. Ayrıca AH'ne geçişle birlikte AH'lerinin aile ve sosyal ilişkilerine ayırdıkları zaman anlamlı şekilde azalmıştır.

AH'ne geçen hekimlere Sağlık Müdürlüğü'nün sorunlarına yardımcı olup olmadıkları sorulduğunda; %68.9'u sorunlar konusunda yardımcı olmadıkları gibi ek sorunda çıkardıklarını belirttiler. AH'ne geçmeyen pratisyen hekimlerde bu oran %80.8'e kadar çıktı.

AH'lerinin yaptıkları sözleşmeleri genelde okumadıkları, sadece %30.5'inin sözleşmeyi tam olarak okuyarak

imzaladıkları görülmüştür.

AH'lerine, AH sonrası gelecek kaygıları sorulduğunda; %44.6 'sı AH öncesine göre gelecek kaygısının arttığını ifade etmiştir. Ayrıca AH'ne geçişle birlikte AH'lerinin aile ve sosyal ilişkilerine ayırdıkları zaman anlamlı şekilde azalmıştır. Ankete katılanların %62.1'i AH'ne geçtikten sonra aile ve sosyal ilişkilere zaman ayıramadığını ifade etmiştir.

AH'ni tercih edenlerin sadece %13.5'i yapmayı düşündüğü birinci basamak hekimliği ile AH sisteminin örtüşüğünü söylemiştir.

AH sisteminde gelecekte çevre ve toplum sağlığı konusunda bir geriye gidiş olacağını düşünenlerin oranı ise %68.5 olarak tespit edildi.

AH sisteminde günlük poliklinik sayıları anlamlı şekilde düşmüştür. Günlük poliklinik sayısı yaklaşık 25-75 arası olarak saptanmıştır. Poliklinik sayısının azalma nedeni ise hasta sayısının azalması ya da hekim sayısının artması değil her hekime bir poliklinik açılmasıdır. AH' lerinin % 56'ı AH' nden şu an için istifa etmeyi düşünmediklerini belirtmiştir.

AH'ni seçmeyip çoğunlukla acil, 112 ve yoğun bakımlarda çalışan pratisyen hekimlerden

ankete katılanların %79.3'ü malpraktis ve şiddete maruz kalma açısından risk altında olduklarını belirttiler. Bu hekimlerin %56.5'i iş yükünün arttığını ve ücretlendirilme şekillerinin adil olmadığını belirtmişlerdir.

Genelde acilde çalışıp ankete katılan pratisyen hekimlerin %75'i de çalışma koşullarının yıpratıcı olduğunu söylemişlerdir.

SONUÇ

Adana'da AH pilot uygulamasının 6. ayında halen acillerde ve yoğun bakımlarda çalışan pratisyen hekim sayısı yetersiz olup; ilk üç aylık değerlendirme raporundaki pratisyen hekim sayılarında ve iş yükü artışında bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Bununla ilgili olarak komisyonumuz yönetim kurulumuza acillerin personel ve teknik donanım açısından birinci tespit davasının ikincisinin açılmasını önermiştir. Adana Tabip Odası yönetim kuruluda karar alarak oda avukatına talimat verip ikinci tespit davasının açılması sürecini başlatmıştır.

AH'ni tercih eden hekimler; Sağlık Müdürlüğü'nün sorunlar konusunda yardımcı olmadığını ve ek sorunlar çıkardığını, gelecek kaygılarının arttığını, aile ve sosyal ilişkilerine ayırdığı zamanların azaldığını, gelecekte çevre ve toplum sağlığı konusunda kötüye gidiş olacağını ve en önemlisi de yapmayı düşündükleri birinci basamak hekimlik ile AH sisteminin örtüşmediğini belirtmişlerdir.

İlk üç aylık raporun sonuç bölümünde öngördüğümüz etik değerlerin suistimal edilmesi nüfus değişimlerin başlamasıyla birlikte daha da artmış, GSS'nin yürürlüğe girmesi gerçekleşmiş, henüz sözleşme feshi olmamakla birlikte istifalar ve geçici görevlendirmeler artmış, iş barışı bozulmuştur. Öngörümüzde belirttiğimiz kesintilerin başlamasıyla birlikte maaşların düşecek olması gerçekleşmemiştir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu şu an AH sisteminin

maddi olarak beklentilerini karşıladığını ifade etmişlerdir. Bunda şu an için alınmayan kiralardan, kesilmeyen performansların, sabit nüfus üzerinden alınan maaşların ve fatura istenmeyen diğer giderlerin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Bunun nedeni ise halen yasanın çıkarılmamış olması ve AH sistemini şirin göstermek için sürekli idareci davranılmasıdır.

Aile Hekimliği sistemi dışında eşit, ücretsiz, ulaşılabilir ve iş güvenceli bir sağlık sistemi için hep birlikte! ELELE !

Yıl 2009 Mersin Aile Hekimliğine Geçiyor



Yıl 2029 Mersin Aile Hekimliğine Geçiyor



Hekimin Cezai Sorumluluğu

Av. Ömer Ayaz
Mersin Barosu

Hekimlerin mesleklerini yerine getirirken bazı sorumlulukları vardır. Ancak hekimlik mesleğini uygulayan kişiler bu sorumluluklarının bazen bilerek (kasıtlı) ve çoğunlukla da bilmeden (taksirli) dışına çıkabilir. Bu durumda hekimleri bekleyen yaptırımların ne olduğunun bilinmesi gerekir. Çünkü eski ve yeni Türk Ceza Kanunumuzda (TCK) belirtildiği gibi “kanunları bilmemek mazeret teşkil etmemektedir.” Bu makalede hekimlerin sorumlulukları, özellikle cezai sorumlulukları ele alınarak 5237 sayılı TCK’da hekimlik mesleğini ilgilendiren bazı kanun maddeleri hakkında hekimlerin konu hakkında bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. Hekimlik mesleğini Türkiye Cumhuriyeti’nde uygulayan kişilerin sorumlu olduğu dört esas kurum vardır. Bunlar;

1. Mesleki sorumluluk: Hekimlik mesleğini yerine getiren kişiler mesleki açıdan Türk Tabipler Birliği’nin uyulmasını şart koştuğu yönetmelik ve tüzüklere uymak zorundadır. Eğer hekim bu kuralların dışına çıkarsa ilgili meslek odası hekimini onur kuruluna sevk eder.

2. İdari sorumluluk: Kamuda çalışan hekim çalıştığı kurumun ortaya koyduğu kanun ve yönetmeliklere uymak zorundadır. Eğer kişi bu sorumluluklarının dışına çıkarsa kurum tarafından atanacak bir soruşturmacı (muhakkik) tarafından kusurunun bulunup bulunmadığı araştırılır.

3. Hukuki sorumluluk: Hekimlik mesleğini yerine getiren kişi eğer bu görevi sırasında bir zarar ortaya çıkarırsa bu durumda hukuki sorumluluk devreye girer. Ülkemizde hekimlik mesleğini yerine getiren kişilerin neden olacağı zararların tazmini için özel kanun maddeleri bulunmamaktadır. Böyle bir durumda hukuk mahkemesi tarafından “Borçlar Kanununun” ilgili maddeleri hekime uygulanır.

4. Cezai sorumluluk: Bir birey olarak toplumda yaşayan hekimlerin mesleklerini uygularken meydana getirdikleri zarardan dolayı yalnızca hukuki sorumluluğu yoktur, aynı zamanda cezai sorumlulukları da bulunmaktadır.

Anglo-Saxon hukuk sisteminin uygulandığı Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi ülkelerde, tıbbi ihmaller medeni kanun (tazminat) çerçevesinde hasta ile hekim veya sağlık kuruluşu arasında çözülürken, ülkemiz gibi Roma kanunlarını kullanan ülkelerde tıbbi ihmal durumlarında tıbbi hata uygulayan hekime karşı devlet tarafından kriminal bir suçlama getirilir. Bu

suçlamadaki temel amaç toplum tarafından konulan kurallara uyulmasının sağlanmasıdır. Toplum kurallarına uyulmaması sonucunda “ceza” adı verilen bir yaptırım uygulanır. Cezanın amacı; toplumu korumak, suç işleyen kişilerin bir bedel ödemesini sağlamak ve onları ıslah edebilmek amacıyla çeşitli yaptırımlar (para cezası, hürriyeti bağlayıcı cezalar vb.) uygulamaktır. Ceza toplumdaki topluma ve toplumun kurallarına göre farklılık gösterebilmektedir. İşlenmiş bir suçun karşılığı olarak ceza, yalnızca suçu işleyene yöneliktir ve yargısal bir kararla hükmedilir. Ceza ancak kanunla koyulabilir. Türkiye’de suçlar ve cezalar 1926 tarih ve 765 sayılı TCK’da belirtilen kanun maddelerine göre düzenlenmekte iken, günümüzün çağdaş yapısına uygun bir TCK 26.09.2004 tarih ve 5237 sayılı ile kabul edilmiştir. Her iki kanunun en önemli farklılığı yeni kanunda kişi hak ve özgürlüklerine daha fazla önem verilmesi ve toplum içerisinde bireyin haklarını daha ön plana çıkarmasıdır. Ceza kanununda hekimleri ilgilendiren suçlar kategorize edildiğinde iki ana gruba ayırmak mümkün olabilir;

1. Memurluk mesleğinden kaynaklanan suçlar

a. İrtikap suçları: Bir kamu hizmeti veren hekimin kamu menfaatlerini kullanarak zorla veya ikna yolu ile haksız kazanç elde etmesine irtikap suçu denilmektedir. Hekimlerin bu yüz kızartıcı suç ile “bıçak parası”, “yatak ücreti” vb. durumlarda karşılaşmaktadır. İrtikap suçunun eski ve yeni TCK’larda hem kanun içeriği hem de ceza süresi aynı şekilde korunmuştur. **Hekimlik mesleğini yapan kişiler şunu çok açık olarak bilmelidirler ki, memurlukta belirtilen kuralların dışında haksız kazanç elde etmek biraz sonra değineceğimiz görevi kötüye kullanma suçundan da daha ağır bir suçtur.**

b. Görevi savsama (vazifeyi ihmal): Görevi savsama suçu memur hekimlerin en sık karşılaştığı suçlardan biridir. Nöbete gitmemek, adli raporlarla ilgili durumlar, çalışma saatinin ihlal edilmesi vb. nedenler memur hekimlerin en sık karşılaştığı cezai durumlardır.

c. Görevi kötüye kullanma (görevi suiistimal): **Memur hekimlerin karşılaşılabilecekleri en ağır suçlamalardan biridir.** Görevi kötüye kullanma suçu “görevini kullanarak karşısındaki kişiden haksız kazanç elde etmek” olarak yasal buyruklarını yapmamış olmaktan Devletçe bir zarar meydana

gelmişse, derecesine göre altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile birlikte süreli veya temelli olarak memuriyetten yoksun kalma cezası da hükmolunur. Her iki durumda memurun vazifesini geciktirmesinden veya verilen buyruğu yapmamasından, kişiler herhangi bir zarara uğramışsa bu zarar ayrıca ödetilir. İrtikap suçundan görevi kötüye kullanma suçunun farkı ilkinde karşı tarafın rızası bulunmazken, ikincisinde her iki tarafında rızası vardır.

2. Hekimlik mesleğinden kaynaklanan kişilere karşı suçlar

a. Kasıtlı suçlar

Kasten adam öldürme: Kast kelimesi bilerek ve isteyerek yapılan işler için kullanılır. Hekimlik mesleği ile bilerek ve isteyerek bir insanı öldürmek kesinlikle yan yana görülemeyen bir durumdur. Ancak ötenazi ve malfomasyonlu bir çocuğun öldürülmesi bugün için kasıtlı adam öldürme olarak görülürken, TCK'da bu durumda belirgin değişiklik olmuştur. **TCK'nın 21. maddesinin 1. fıkrasında kast "unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir."** olarak tarif edilirken, **2. fıkrada "kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleştirilebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır" denilmektedir.** Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (olası kast) 5237 sayılı kanunda yeni bir hükümdür. Bu madde ile ihmali bir davranışla bir neticenin meydana gelmesine sebebiyet veren kişinin neticeyi önlemek hususunda hukuken yükümlü olması öngörülmektedir. Neticeyi önlemek hususunda hukuken yükümlü kişiye "garantör" adını vermektedir. Öngörülen tehlikeli eylemden kaynaklanan garantörlükte failin bizzat kendisi tehlikenin kaynağı durumunda olmalıdır. Bu yeni kanun maddesinde şöyle bir örnek verebiliriz. Eğer bir hekim ameliyat ettiği bir hastasında ameliyattan sonra meydana gelen istenmeyen bir durum ile karşılaştığı zaman hastasını muayene etmekten kaçınır ve ölüm meydana gelir, ölümden sonra yapılan otopside ölüm ile ilk ameliyat arasında ilişki kurulursa hekim "olası kast suçu" ile suçlanabilecektir.

Kasten adam yaralama: Kasıtlı adam yaralama fiili de aynen kasıtlı adam öldürme fiili gibi hekimlik mesleği ile ilişkilendirilemez. Ancak kasıtlı adam yaralama fiili hekimler için "Adli rapor" yazılımında kullanılan kanun maddesidir. Kasten yaralama suçunda yaranın şiddetini değerlendiren kanun maddesi olan eski TCK 765 sayılı kanun maddesi yeni düzenleme ile daha anlaşılabilir ve işlevsel hale getirilmiştir.

Adli vakanın ihbar edilmesi: Hekimler özellikle acil serviste görev yapan hekimler adli vakaları ihbar edip etmeme durumu ile karşı karşıya kalmaktadır. Eski TCK'nın 530. maddesi hekimlerin ihbar yükümlülüğünün yalnızca "hastaya karşı işlenen bir duruma" rastladıklarında söz konusu olduğunu, kendisine başvuran hasta veya yaralının "bir suçun faili olması durumunda" ihbar yükümlülüğü olmadığını belirtmekte idi. **Bu durum**

yeni TCK ile tamamen değişmiştir ve 280. kanun maddesi ile, hekimleri bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmaları durumunda yaralının (mağdur mu? - fail mi? ayrımını yapmadan) ihbar etmesini istemektedir.

b. Taksirli suçlar: Taksirli adam öldürme ve yaralama: Taksirli adam öldürme ve yaralama suçları hekimlerin en sık karşılaştığı suçlar arasındadır. **Taksir; kişinin sonucu öngörmesine rağmen o sonucun oluşmasını istememesi ancak o sonucun meydana gelmemesi için de yeterli önlemi almaması olarak tarif edilebilir.**

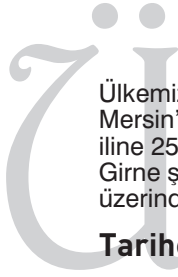
Meslek kusurları ve trafik kazaları en sık karşılaşılan taksirli suçlardır. TCK'da taksir 22. madde de tanımlanmıştır. Bu kanun maddesinin 2. fıkrasında "Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleşmesi" olarak tarif edilmişken, 3. fıkrada yeni bir uygulama getirilmiştir ve burada "**Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır**" denilmektedir. Ayrıca yeni TCK'da, taksir konusunda ceza süreleri belirgin oranda artırılmıştır. Eski kanunumuzda taksirli adam öldürme suçu iki yıldan beş yıla kadar iken, yeni kanunumuzda birer yıl artırılarak üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası olarak öngörülmüştür. Bu durum yeni kanunumuzun hapis cezasını ertelenmesi için sınırı iki yıl olarak belirlemesinden dolayı (TCK Madde 51), taksirle öldürme suçlarında erteleme olanağı ortadan kalkmış bulunmaktadır. Bilinçli taksir konusunda yeni kanunumuzun getirdiği bir diğer değişiklik de, bilinçli taksir durumunda şikayet geri çekilse dahi kamu davasının devam edeceğidir.

Sonuç

TCK'da insan üzerinde deney (madde 90), organ veya doku ticareti (madde 91), genital muayene (madde 287) vb. birçok yeni yasa meslek yaşamımızda yer almış iken, hekimlik mesleğinin uygulamasında cezai sorumluluğumuzu düzenleyen birçok kanun maddesinde de içerik değişikliği olmuştur. **İnsan değerini ön plana çıkaran yeni TCK'da ceza oranlarının çok artması hekimlerde "defansif hekimliğin" gelişmesine neden olmaktadır. Bu durumun engellenmesi amacıyla mutlaka "hekim kötü uygulamalarında cezai sorumluluğu" içeren daha kapsamlı Malpraktis yasası oluşturulmalıdır.** Özellikle hekim hatalarında "bilirkişilik müessesesi" için ilgili uzmanlık derneklerinin mahkemeler tarafından değerlendirilmesi ve ilgili uzmanlık derneklerinin de kendi bünyelerinde bu hizmeti verecek yapılanmayı oluşturmaları gereklidir. Hekimler kendilerini ilgilendiren mesleki, idari ve hukuki sorumlulukları konularında eksikliklerini gidermeli ve bu amaçla yeni TCK'daki ilgili kanun maddelerini kanunun yürürlüğe girme tarihinden önce öğrenmeli ve "kanunu bilmiyordum" mazeretini öne sürmemelidir.

Haydi Arkadaşlar Anamur'a

Dr. Erhan Gökdoğan
Karadere Sağlık Ocağı Tabibi



Ülkemizin iline en uzak olan ilçesidir. Kendi ili Mersin'e 225, komşu Karaman iline 235, Antalya iline 255, Konya iline 325 km uzaklıktadır. KKTC Girne şehrine 75 km uzaklıkta, D-400 karayolu üzerinde şirin ve farklı bir yerleşim merkezidir.

Tarihçe

Anamur adını **ANAMURIUM** antik kentinden almaktadır. Anamurium "rüzgarlı burun" anlamına gelmektedir. Ülkemizin denizden en güneyine yer alır. En güney noktası ise Anamur Burnu'dur. Anamur Burnu Afrika Kıtası'nın en kuzey noktasından bile 38 km. güneydedir.

Tarihin geçmiş antik çağlarına uzanan bu kentte, Luwi'ler, Arzavalar, Klikiyalılar, Kueler, Selekoslar, Kizuvatanalılar, Hititler, Asurlular, Persler, Romalılar ve Araplar egemenlik kurmuşlardır. 1206 yılından itibaren Selçukluların eline geçmiş ve egemenliği altına girmiştir.

Anamur'un Turizm Potansiyeli Deniz, kum, güneş turizmi

Anamur'da Akdeniz iklimi egemendir. Buna bağlı olarak yazları sıcak, nemli ve kurak, kışları ise ılık ve yağışlıdır. Yıllık ortalama sıcaklık 19.6C. en soğuk aylar aralık ocak en sıcak aylar ise Temmuz ve Ağustos' tur.

İlçe merkezinin yaklaşık 13 km kesintisiz kumsalı vardır. Bu kumsallar Caretta caretta' ların üreme alanlarıdır. Her yıl yaklaşık 1000 yuva oluşmakta binlerce yavru yumurtadan çıkıp denize ulaşmaktadır. Tertemiz denizinde istenildiği yerden denize girilebilmektedir. Anamur ve Bozyazı çevresinde eşsiz koylar bulunmakta bu koyların bazılarında Akdeniz fıgları ve yunusların doğal üreme alanları bulunmaktadır.

Anamur ve çevresinin tarihsel ve kültürel potansiyeli

Anamurium antik kenti, Mamure kalesi, Alaköprü, Kalınören harabeleri (Titiapolis), Köşk Anıtlı (Kaledran), Gözetleme kulesi, Melleç Hanı (Tol Kervansaray), Çoban Kale, Boncuklu Kale, Kızıl

Kale, Nagidos, Arsinos, Maraş Hamamı, Dört Ayak Harabesi, Softa kalesi, Susanlık Kalesi, Melania, Yelbiz Kalesi, Ak Cami bulunmaktadır.

Ören Anamurium antik kenti: Tarihi MÖ 12. YY' a kadar dayansa da büyük kısmı MÖ 4. YY' a dayanmaktadır. Kent Merkezinin 6 km. güneybatısında yer alır. Antik kent surlarla çevrili olup eşsiz mozaikleri vardır. Antik kentin bir kısmı da deniz içinde olduğundan tarihle dolu doğal akvaryumda denize girilebilir.

Mamure Kalesi: MS 11. YY in ilk yarısında Romalılar tarafından yapılmıştır. 1206 yılında

Selçukluların eline geçmiş, günümüze kadar korunan eşsiz bir yapıdır.

Anamur Müzesi: Müzede etnografik eserler, arkeolojik eserler bölümü yanında kütüphane, fotoğraf odası, laboratuvar ve sanat galerisi bulunmaktadır. Arkeolojik bölümde, Helenistik, Roma ve Bizans dönemine ait eserler sergilenmektedir.

Anamur Evleri: 18.yy sonu ve 19.yy dan kalma eski evler bulunmaktadır. Bu evlerin dönem özellikleri yanında Anamur'a özgü karakteristik özellikleri yansıtmaktadır.

Av Turizmi

İlçenin doğal güzelliklerine sahip yaylalarında bıldırcın, keklik, tavşan yaban domuzu avcılığı yapılabilir. Ayrıca kontrollü olarak gözetimli yaban keçisi ve geyik avı da yapılabilir.

Eko Turizm

Anamur sanayi kenti olmadığından, kentsel atıklarını da derin deşarj sistemi ile uzaklaştırdığından tertemiz kıyılarına, kumsalına ve denizine sahiptir. Bu nedenle ekolojik dengesi bozulmadığından Akdeniz Fıgları ve Caretta Carettaların doğal üreme alanlarıdır.

Yayla Turizmi

Gerek yaz gerekse kış aylarında eşsiz güzellikteki



yayla olanaklarından yararlanmak mümkündür. Bahar aylarında aynı gün kar turizmi ve deniz turizminden yararlanma olanağına sahiptir.

Mağara Turizmi

Çukurpınar Mağarası: Denizden 1880 m yükseklikte olan bu mağara dünyanın en derin 2. mağarası olarak kabul edilmektedir.

Köşebükü Mağarası: Anamur'a 13 km. uzaklıktadır. Sabit nem oranı ve sıcaklığı ile özellikle astım hastalarının uğrak yeridir.

Bicikli Mağarası: Anamur-Ermenek Karayolunun 50. km sinde yolun solunda suyun gözü denen yerde bulunmaktadır. Ayrıca Uğü mağarası, Kazıklar Mağarası, Buğu Mağarası, Peynirlikönü Mağarası da bulunmaktadır.



Tarım Turizmi

Anamur Muzu : Kendine özgü lezzet ve aroması ile Ülkemizin Muz ihtiyacını 1/3 ünü karşılamaktadır. Muz üretiminde çeşitlilik ve kalite gün geçtikçe artmaktadır.

Anamur Çileği: Yörenin en önemli tarımsal girdi kaynağıdır. Yöreye özgü türlerin belirlenmesinde önemli başarılar sağlanmıştır. Kasım Aralık

aylarında Kuzey Yarım Küre de ender çilek yetiştirilen yer Anamur dur.

Subtropikal meyveler: Som yıllarda papaya, mago, pepino, guava, avakado, ananas üretimi artarak devam etmektedir.

Konaklama: Anamur da konaklama için 2 ve 3 yıldızlı oteller mevcut olup çok sayıda otel, motel pansiyon ve kamp alanı bulunmaktadır. 16 km uzaklıkta Bozyazı ilçemizde 3 adet 4 yıldız otel bulunmaktadır.

HAYDİ ARKADAŞLAR ANAMUR'A





Kaktüsler ve Sukkulentler*

Resim 1

Meryem Üstündağ

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri

Birçoğumuzun sevdası onların dikenlerine takılıp kalmıştır tıpkı bülbüllerin güle olan tutkuları gibi. Hem bu sevdanın peşine düşenleri hemde güçlü bir yaşam savaşçıları olan kaktüslerin ve sukculentlerin öykülerini anlatacağım zaman zaman bu köşede.

Küresel ısınma sebebiyle gövdesinde su tutabilen kaktüs ve Sukkulentlerin daha yaygın bitki örtüsü olarak kullanılmasının giderek önemini arttığı bu günlerde çevreye duyarlı toplum oluşturmak,

itibariyle Derneğin Yönetim Kurulu Başkanlığını Ahmet Altan yürütmektedir. Kaktüs ve Sukkulent Derneğinin ayrıca bir websayfası bulunmaktadır. Sitede kaktüs ve sukculent türleri, bakımı, üretme yöntemleri, kaktüs-sukculent seraları ile ilgili bilgi ve fotoğraflar yer almaktadır. (www.kaktusrehberi.com) Yaklaşık 400 üyesi bulunan derneğin aylık periyodik toplantıları İstanbul'da Nezahat Gökyiğit Botanik Bahçesinde yapılmaktadır.

Büyüleyici renklerde çiçek açan, yeryüzünde 10 binden fazla türü bulunan kaktüs ve sukculentlerin gizli dünyası sanıldan daha zengindir. Aslında kaktüsler gerçek kum çöllerinde yaşamazlar. Kum çöllerine yağmur yağmadığından yaşayan her canlı gibi kaktüslerde az çok suya ihtiyaç duymaktadırlar. Genelde yarı çöl olarak adlandırılan (ABD-Arizona, Meksika-Sonora, Şili-Atacama çölü gibi) bölgelerde yaşarlar. Olumsuz şartları rahatlıkla tolere edebilen bu bitkiler bakım

kaktüs ve sukculent türlerini genç nesillere tanıtmak amacıyla, Türkiye'nin ilk Kaktüs ve Sukkulent Derneği İstanbul'da yaşayan işadamları Ali Kangal ve Ahmet Altan'ın önderliğinde 2009 yılı ocak ayında ünlü sinema sanatçımız Ediz Hun'un başkanlığında kuruldu. 2009 yılı nisan ayı

gördükleri takdirde her yıl çiçek açıp büyümelerini düzenli olarak sürdürebilirler.

Sukculentlerin cenneti diyebileceğimiz ve çeşitlerinin en fazla bulunduğu bölge ise Güney Afrikadır.Ayrıca Madagaskar, Mexico Avustralya gibi birçok ülkeye de yayılmışlardır. En belirgin özellikleri ise çok etli, su ile dolu gövde veya yapraklardan oluşmalarıdır.

Bütün kaktüsler sukculenttir ancak bütün sukculentler birer kaktüs değildir.

Bu sayıda sizlere oldukça sevimli ve sempatik görünen ve özel koleksiyonlarda giderek daha fazla yer almaya başlayan Lithopsları (taş kaktüsleri) biraz tanıtmak istiyorum (Resim 1).

Güney Afrika'nın en az yağış alan bölgelerinde yetişir. Aslında çok iyi taklit yeteneği olan bitkilerdir.Renk ve şekilleri bulundukları doğal ortamları

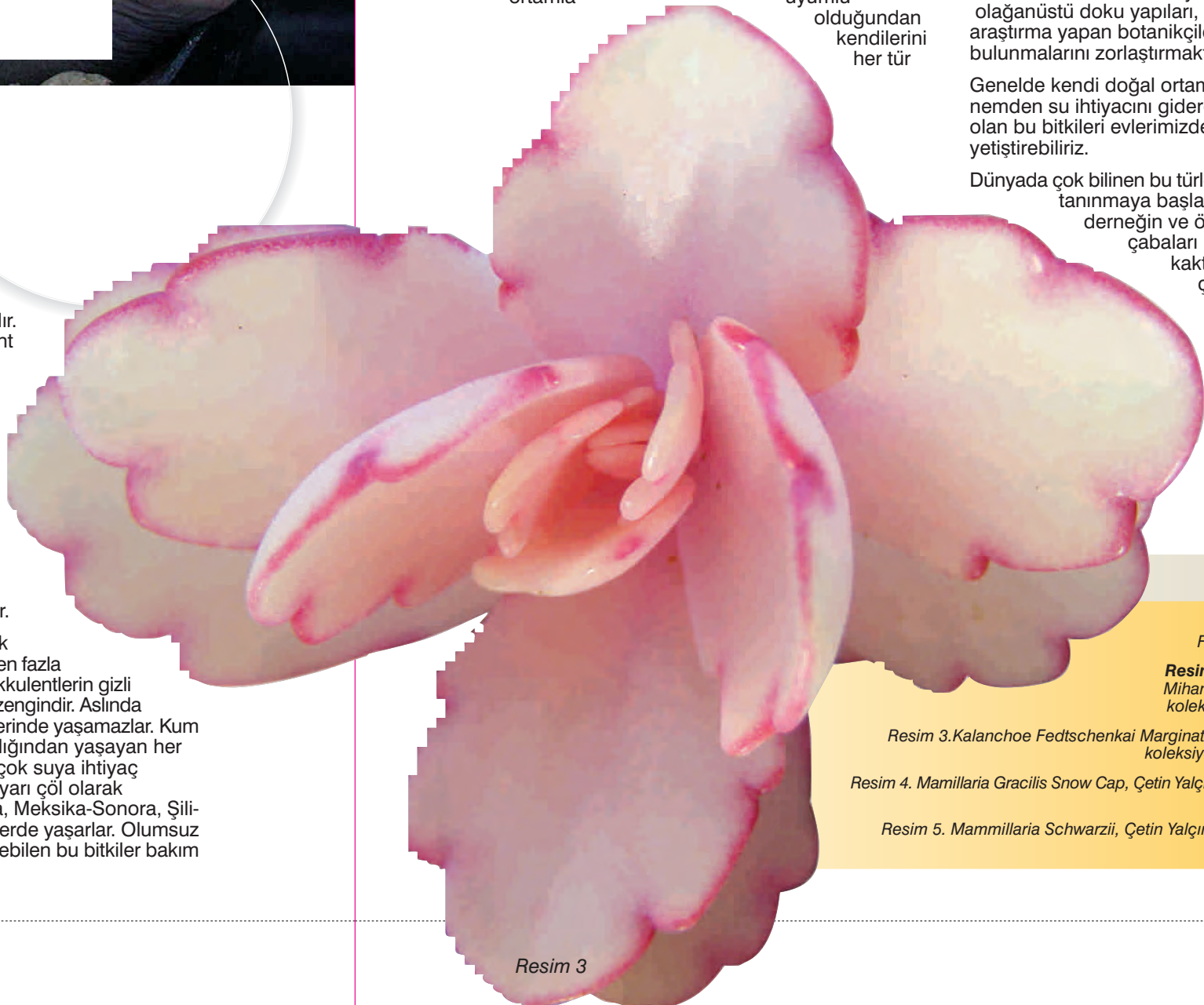
uyumlu olduğundan kendilerini her tür

tehlikeden rahatlıkla koruyabilirler. Sahip oldukları olağanüstü doku yapıları, açık alanlardada araştırma yapan botanikçileri bile yanıltmakta ve bulunmalarını zorlaştırmaktadır.

Genelde kendi doğal ortamlarında havadaki nemden su ihtiyacını gideren ve bakımları kolay olan bu bitkileri evlerimizde de rahatlıkla yetiştirebiliriz.

Dünyada çok bilinen bu türler ülkemizde yeni yeni tanınmaya başlanmıştır. Kurulan derneğin ve özel koleksiyonerlerin çabaları ile ülkemizde gerek kaktüs gerekse sukculent çeşitleri kısa süre içerisinde dünya standartıyla boy ölçüşür hale gelecektir.

Kaktüs ve Sukculentleri gelecek sayılarda daha yakından tanıtmak dileği ile görüşmek üzere.



Resim 3

Resim 1. *Lithops Fulciceps* (Sukkulent)

Resim 2. *Gymnocalycium Mihanovichii*, Ali Kangal'ın koleksiyonundan (Kaktüs)

Resim 3. *Kalanchoe Fedtschenkai Marginata*, Banu Yakabaşı'nın koleksiyonundan (Sukkulent)

Resim 4. *Mamillaria Gracilis Snow Cap*, Çetin Yalçın'ın koleksiyonundan (Kaktüs)

Resim 5. *Mamillaria Schwarzii*, Çetin Yalçın'ın koleksiyonundan (Kaktüs)



Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

Edirne Sultan II. Bayezid Külliyesi Osmanlı Tıbbından Bir Sayfa

Doç. Dr. Tamer Akça, İstanbul

Değerli meslektaşlarım,

Sizlere Osmanlı İmparatorluğu'nun altın çağlarını yaşadığı 16. yüzyılda uyguladığı tıp eğitiminden ve sağlık hizmetlerinden kısaca bahsetmek istiyorum. Bu konuyu 2004'de Avrupa Müze Ödülünü kazanmış, 2005'de Mükemmellik Kulübü'ne kabul edilmiş ve ülkemizin övünç kaynağı olan bir müzeyi tanıtarak aktarmak istiyorum: Sultan II. Bayezid Külliyesi'nden...

Sultan II. Bayezid'in emriyle 1484'de yapımına başlanıp 4 yıl gibi kısa bir sürede bitirilen külliye tıp medresesi, darüşşifa yani hastane, tabbane yani misafirhane, cami, imaret yani aşevleri ve depo ile köprüden oluşuyordu. Edirne ve çevresine verilen sağlık hizmetlerinin diğer sosyal hizmetlerle de desteklenmesi amaçlanmıştı külliye. Ve bu amaçla da vakıflarla desteklenmiş. Külliye'nin gelirleri arasında 2 ada, 98 köy, Meriç ve Arda Nehirleri arasındaki bahçeler, 3 ev, 3 değirmen, 2 çifte hamam ve 218 dükkân vardı o dönemde.

Külliye'nin tıp medresesi 18 öğrencisi ve günlük ücreti 60 akçe olan hocalarıyla dönemin en önemli tıp okulu olmuştu. İkışer kişi kalan öğrenci odalarının dışında bekçi odası ve uygulamalı eğitimin verildiği bir derslane de vardı.

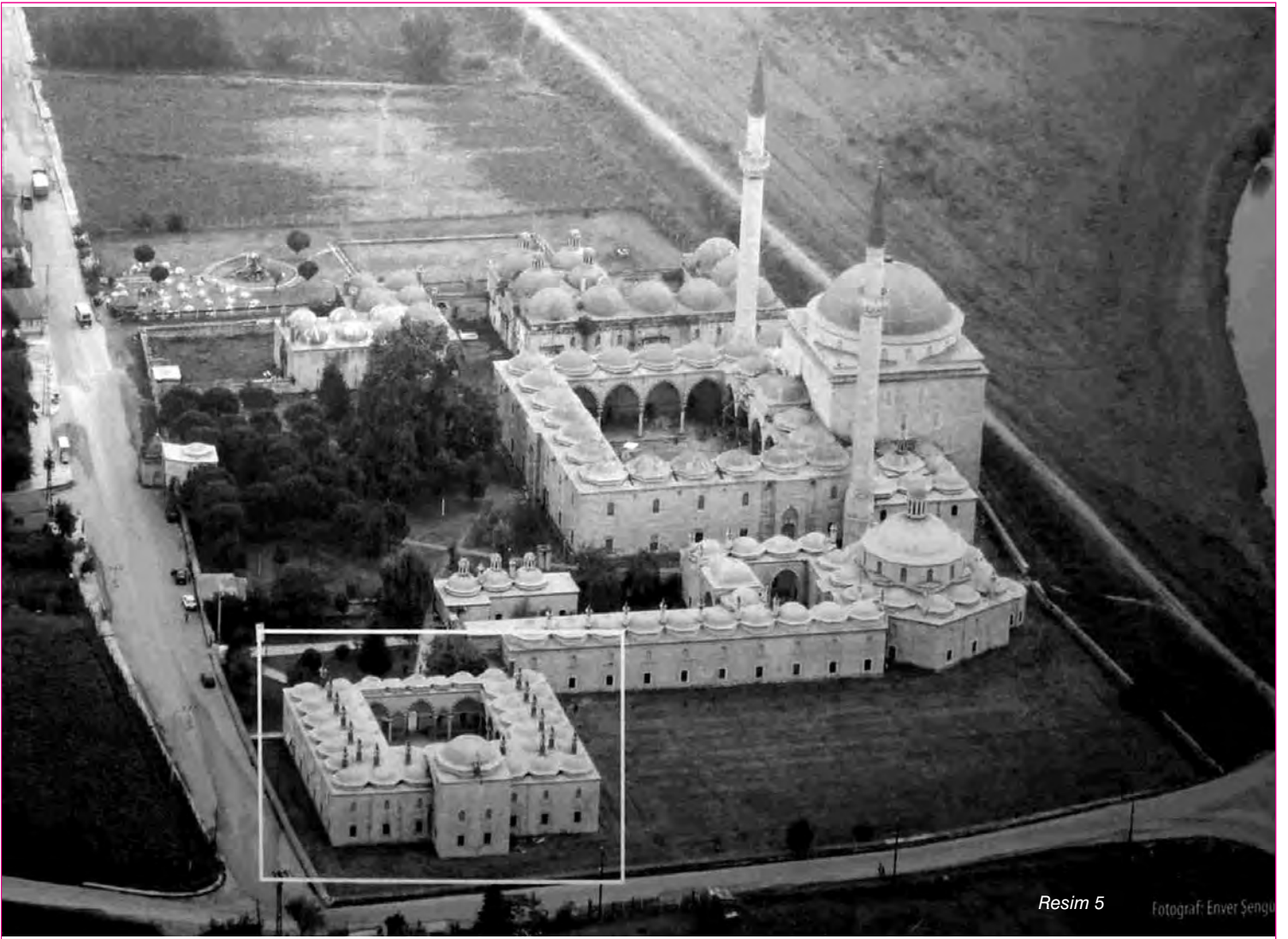
Dershanede giriş kapısının hemen arkasından 15 basamaklı merdivenle çıkılan balkondan öğrencilerin ve misafirlerin anlatılan dersleri dinlemiş olmaları kuvvetle muhtemel. Ayrıca külliye'ye ait kütüphanede bazıları bizzat II. Bayezid

tarafından mühürlenip bağışlanmış değerli el yazmaları bulunuyordu.

Bakın Evliya Çelebi burayı nasıl anlatıyor: 'Külliye'nin içinde Medresetü'l Etibba (yani tıbbiye) ve odalarında talebeler vardır ki, her biri daima Eflatun, Sokrat, Filbos, Aristotalis, Calinos, Pisagor gibi âlimlerden bahseden nazik, olgun tabiplerdir.

âlimlerden bahseden nazik, olgun tabiplerdir. 'İlim ikidir. Biri dinler ilmi, öbürü beden ilmidir' sözünün anlamınca, her biri bir fenne yönelip, hekimlik ilminde kıymetli kitaplara değer vererek, ademoğullarının derdine deva erdirmeye çalışırlar.'

Usta-çırak ilişkisi ile yetişen hekim adayları



Resim 5

Fotograf: Enver Şengül

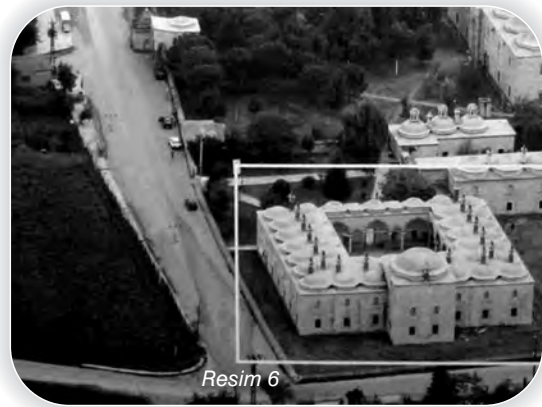
külliye'nin darüşşifa bölümünde bizzat hastalarla ilgilenerek tıp eğitimlerini tamamlıyor ve icazet yani diploma alıyorlardı. Külliye'nin en önemli bölümü olan ve şu an Sağlık Müzesi olarak kullanılan darüşşifânın ilk avlusunun sağ tarafına dizili 6 adet poliklinik odası var. Sol taraftaki 4 oda ise personel odası, mutfak, çamaşırhane ve şuruphane. Ayrıca bu bölümde iki büyük ilaç deposu bulunuyor. İkinci avluda hekim ve hekimbaşların bulunduğu yönetici odaları var.

Bu iki avluyu geçtikten sonra girilen "Şifahane", hastaların tedavisinin yapıldığı hastanenin yataklı bölümü. 32 yatak kapasiteli bu bölüm altıgen geometrik yapı şeklinde tasarlanmış bir mimarlık şaheseri ve akustiği mükemmel.

Şifahane birbirini görmeyen 6 kışlık ve 4 yazlık hasta odası ile bir müzik sahnesinden meydana gelmekte. Bundan 500 yıl önce bir hastane içinde müzik sahnesinin düşünülmesi ve tedavide dönemin hekimlik bilgilerinin yanında su sesi, müzik ve güzel kokuların kullanılması son derece ilginç.

Şadırvandan fışkıran suyun çıkardığı ses, hastayı huzura kavuşturarak tedavinin önemli bir kısmını oluşturuyordu. 10 kişiden oluşan hanende ve sazende grubu ise haftanın 3 günü burada

hastalara konser verirdi. Türk müziğinin çeşitli makamlarının ruhu rahatlatıcı etkisinden yararlanılırdı. Müzik makamları ruhsal hastalıkların yanı sıra fiziksel rahatsızlıklarda da kullanılırdı.



Resim 6

Osmanlı Şair Hekimlerinden Şuuri Hasan Efendi'nin T'adil-ül Emzice adlı eserine göre tedavide kullanılan makamlara birkaç örnek verelim size: 'Rast Makamı havale ve felç illetine devadır. İsfahan Makamı zihni açar, zekâyı artırır, anıları tazeler. Zengule Makamı kalp hastalıklarının



Resim 7



Resim 8

devasıdır. Hicaz Makamı idrar zorluğuna iyi gelir, cinsel yönden uyarıcı etkisi vardır. Buselik Makamı kulunç ve bel ağrılarının ilacıdır. Uşşak Makamı kalp, karaciğer, sıtma ve mide hastalıklarının ilacıdır.'

Evliya Çelebi yoğunlukla akıl hastalarının bakıldığı şifahaneyi şöyle tarif ediyor:

'Bazı odalarda ilkbaharda delilik mevsiminde Edirne'nin aşk denizi derinliğine düşmüş sevdalı âşıklar çoğalıp, hekimin emriyle bu tımarhaneye getirilerek altun ve gümüş yaldızlı zincirlerle kerevetlerine takılıp, her biri aslan yatağına yatar gibi kükreyip yatarlar... Kimisi havuz ve şadırvanlara bakıp kalender hülyası kabilinden sözler eder, nicesi dahi o kemerli kubbenin etrafında olan gülistan ve bağ ve bostan içindeki binlerce kuşun cıvıltılarını dinleyip, delilerin perdesiz ve ölçsüz sesleriyle feryada başlarlar.'

Batıda akıl hastalarının içlerine şeytan girmiş tanısı konularak işkence edilip yakıldıkları bir dönemde, burada son derece ileri ve insancıl yöntemlerle bu tür hastaların tedavi edilmeleri tıp tarihi açısından son derece önemli.

Külliyenin ilk vakfiyesinde darüşşifanın personel kadrosu şu şekilde belirtilmiştir.

"Vakıf sahibi sultan öyle şart etti ki:

- Darüşşifada 3 bilgili tabip olacak. Bir tanesi öbür ikisinin reisi (baştabip) olacak. Hizmetlerde reise danışacaklar. Reis günde 30, diğerleri 10'ar akçe alacaklar.
- İki kehhâl (göz doktoru) olacak. Bunlar kendi dallarında yetenekli kişiler olacaklar. Her birine günde 7 akçe verilecek.
- Güvenilir bir kâtip günde 4 akçe alacak.
- 4 adet hizmetkâr (hastabakıcı) günde 3'er akçe alacaklar. Dertli ve hastaların hizmetlerini görecekler. Hastalara güler yüzle ve iyilikle hizmet edecekler.
- Bir kişi olacak ki şurup pişirmekte, ilaç dövmekte tıbbi kanunlara göre marifetli olacak ve günde 6 akçe alacak.
- Bir vekilharç ki (satın alma görevlisi) dürüst olacak. Otların iyisini kötüsünden, bayatını tazesinden ayırt

edebilecek. İlaçların alım satımı onun elinde olacak ve günde 4 akçe alacak.

- Bir kilerdar, güvenilir olacak, zalim olmayacak. Günde 4 akçe alacak.
- İki aşçı olacak. Hastaya uygun yemekleri hekimin emrettiği şekilde pişirmeyi bilecek. Her biri günde 3 akçe alacak.
- Bir ferraş (örtüleri düzenleyen, yatakları yapan): Günde 3 akçe alacak.
- Bir gassal: Günde 3 akçe alacak
- Bir bevrap (kapıcı): Günde 3 akçe alacak
- Bir hadim (buhurdancı): Günde 3 akçe alacak.

Vakfiyenin yazıldığı tarihlerde darüşşifada 21 kişi görev yapıyordu ve bunlara günlük 126 akçe ödeniyordu. Ayrıca ekmek, gıda maddeleri, ilaçlar ve şurup giderleri için günlük 200 akçe ödenek konmuştu. Bu rakamlar bile zamanında bu hizmete ne kadar önem verildiğinin açık bir göstergesi.

Yaklaşık 400 yıl bu şekliyle hizmet veren bu hastane 1877-78 Osmanlı-Rus Savaşı'nda Edirne'nin işgaliyle işlevini yitirdi ve içindeki hastalar İstanbul'a gönderildi. Daha sonra tekrar açılan darüşşifa bu kez akıl hastalarının tedavilerinden çok tecrit edilmeleri için bir süre daha kullanıldı. Hastanenin belirli aralıklarla 1916'ya kadar hizmet verdiği bilinmektedir.

Şimdi de dünyanın gıpta ve takdir ile seyrettiği balmumu heykelleri, döneme uygun düzenlenmiş mekânları, açıklamalı panoları, resimleri aracılığıyla dönemin sağlık hizmetlerini yansıtan olağanüstü bir müze olarak tarihimizden ders almamızı sağlıyor.

- Resim 1: Uygulamalı eğitim
- Resim 2: Ders çalışan öğrenci
- Resim 3: Depresif hasta ve hasta bakıcı
- Resim 4: Hasta muayenesi
- Resim 5: Sultan II. Bayezid Külliyesi
- Resim 6: Sazende heyeti ve onları dinleyen hasta
- Resim 7: Öğrenci Odası
- Resim 8: Derz Gören Öğrenciler

Türkiye’de Kültür Balıkçılığı: Ulusal Su Ürünleri Üretim ve Tüketimini Artırmada Etkin Bir Endüstriyel Sektör

Yrd. Doç. Dr. Kenan Engin

MEÜ Su Ürünleri Fakültesi

Su Ürünleri Yetiştiriciliğinin Dünyada ve Türkiye’deki Durumu

Su ürünleri yetiştiricilik faaliyetleri dünya genelinde tatlı su, tuzlu su ve acı sularda ekstansif (düşük stoklama oranına sahip genellikle toprak havuzlarda doğal yemlerden yararlanılarak yapılan üretim şekli), yarı-entansif (hem doğal yem hem de laboratuarlarda türün besin maddeleri ihtiyacını karşılayan çoğunlukla balık unu, baklagil ve tahıllardan oluşan ve sıkıştırılarak üretilen karma yemler kullanılarak yapılan üretim şekli) ve entansif üretim sistemleri (sadece karma yemler

kullanılarak yapılan yoğun stoklamalı yetiştiricilik) kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Günümüzde yetiştiriciliğin büyük bir kısmı karasal (örneğin toprak veya beton havuzlar, kanal tipi havuzlar ve çeşitli şekil ve hacimlerdeki fiberglass tankların kapalı veya yarı-kapalı devre sistemler olarak düzenlenmesi, Şekil 1 ve 2) veya su ortamı (örneğin çelik, ağ kafes ve sepetler gibi) yetiştiricilik ünitelerinde entansif yetiştiricilik sistemi uygulanarak gerçekleştirilmekte ve tarımsal bir üretim kolu olarak sınıflandırılmaktadır.

Su ürünleri yetiştiriciliğinin, özellikle balık yetiştiriciliğinin geçmişinin yapılan arkeolojik kazılar neticesinde eski Roma imparatorluğuna kadar uzandığı belgelenmiştir (De Silva ve Anderson, 1995).

Fakat günümüzde uygulanan yetişmiş eleman istihdamı sağlayan ve ileri teknoloji ile desteklenen yoğun yetiştiricilik endüstrisi ancak 1970’ler den sonra mümkün olabilmektedir.

Su ürünleri yetiştiriciliğinde görülen bu ani artışın temelinde yatan temel neden nüfus artışına paralel olarak avcılıkla gerçekleştirilen su ürünleri üretim miktarının yetersiz kalması ve özellikle doğal popülasyon miktarlarının sürdürülebilirliklerinin sınırına ulaştıklarının anlaşılmasıdır.



Şekil 1. İskandinav Ülkelerinde Alabalık yetiştiriciliğinde kullanılan kenarlarında belli aralıkla yerleştirilen sarkaç düzeneğine sahip silindirik mekanik yemliklerle desteklenen kanal tipi havuzlar.

Yetiştiricilik faaliyetlerinin hız kazanmasının arkasındaki diğer önemli bir neden ise günümüzde dünya genelinde yüksek miktarlarda üretilen bazı önemli tatlı su ve deniz balıkları türlerinin kapalı şartlarda üreme biyolojilerinin ve besin maddeleri ihtiyaçlarının anlaşılmasına yönelik bilimsel çalışmaların başarıyla sonuçlanması ve

kurulması ile başlamış ve 2004 verilerine göre yetiştiricilik yapılan toplam tesis sayısı 1659'a ulaşmıştır (URL-2). Buna ek olarak yetiştiricilikle elde edilen üretim miktarı 2007 verilerine göre 139.873 ton olarak gerçekleşmiş ve toplam ulusal su ürünleri üretiminin %18.1'ine yaklaşmıştır (URL-3). Türkiye de üretimin kıyılar boyunca ağ

kafeslerde yapılan (Şekil 3) deniz balıkları türleri özellikle Çipura (*Sparus aurata*) ve Levrek (*Dicentrarchus labrax*) yetiştiriciliğine odaklandığı gözlenmektedir.

Yetiştiricilik ve Çevreye Olan Etkisi: Gerçekten Bahsedildiği Kadar Zararlı mı?:

Sucul canlıların yetiştiriciliği tek bir üretim modelini değil yüzlerce tür balık, kabuklu ve bitki türlerinin yukarıda bahsedildiği gibi ekstansif, yarı-entansif ve entansif şekilde üretimini kapsamaktadır (Şahin, 2003). Amaç

tüketicie sağlıklı ve ucuz, hayvansal protein kaynaklarına alternatif protein sunmaktır. Hayvansal üretimle kıyaslandığında su ürünleri yetiştiriciliğinin handikabı yetiştiricilik ortamının aynı zamanda canlıların toksik metabolizma artıklarını (özellikle amonyak ve üre nitrojeni) bıraktıkları yer olmasıdır. Birçok karasal işletme bu yüzden yüksek miktarda göl ve akarsu gibi yüzey su kaynakları ve yer altı su kaynaklarından (akuafer) çekilen sulara bağımlıdır.

Günlük buharlaşma ve artık toksik maddelerin uzaklaştırılması amacıyla yetiştiricilik ünitelerinde kullanılan suyun yaklaşık %10-20'sine yakını taze su kaynağı ile değiştirilmektedir (Şahin, 2003). Ayrıca su kalitesinin korunması amacıyla özellikle kapalı devre sistemlerde suyun havalandırılması, filtrasyonu (mekanik ve biyolojik) ve UV sterilizasyonu işletme kurulum maliyetini artıran etkenler arasındadır.

Su ürünleri yetiştiriciliğinin çevre ve dolayısıyla doğal ekosistemlere etkisi konusunda üzerinde önemle durulması gereken ve tartışılan konular aşağıdaki gibi özetlenebilir;

1) Doğadan yavru temini: Yaşam döngüsü kapatılmamış yani döllenmiş yumurta aşamasından pazar boyutuna gelinceye kadar geçirilecek yetiştiricilik aşamaları yetiştiricilik



neticesinde hayat döngülerinin yumurtadan pazar boyutuna ulaştırılınca kadar yetiştiricilik ünitelerinde gerçekleştirilebilmesidir.

Su ürünleri yetiştiriciliğinin dünya toplam balık, kabuklu, yumuşakça ve diğer sucul bitki ve hayvan üretimine katkısının 1970'lerde sadece % 3.9 olan payının 2006 yılında % 36 ya ulaştığı bildirilmiştir (FAO, 2008).

Üretim miktarı ve değeri olarak değerlendirildiğinde günümüzde yetiştiricilikle üretilen su ürünleri 51.7 milyon ton ve 78.8 milyar US \$ civarındadır (FAO, 2008). Yetiştiricilikle elde edilen su ürünleri üretiminin yaklaşık % 58'i iç sularda yapılan yetiştiricilik faaliyetlerinden gelmekte ve yine bu miktarın yarısından fazlasını tatlı su balık türleri oluşturmaktadır. Denizlerde yapılan yetiştiricilik toplam dünya su ürünleri üretiminin % 34'ünü oluşturmakta ve çoğunlukla tüketici tarafından tercih edilen ve yüksek fiyatla satılabilen kemikli balık türlerini kapsamaktadır.

Türkiye yaklaşık 25 milyon hektarlık su yüzey alanı ile su ürünleri yetiştiriciliği açısından çok büyük potansiyele sahip bir ülkedir (Aydın ve ark., 2005). Bugün ülkemiz AB ülkeleri arasında üretim miktarı açısından 7. sırada bulunmaktadır. Türkiye de yetiştiricilik faaliyetleri 1970'lerde Gökkuşuğu alabalığı (*Oncorhynchus mykiss*) çiftliklerinin

ortamında bütünüyle gerçekleştirilemeyen türlerin (özellikle anaç ve yavru temini) yavrularının doğadan yakalanıp yetiştiricilik ünitelerinde semirtilmesi (örneğin, yılan balıkları ve orkinos yetiştiriciliği) doğal popülasyonlar üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır. Bununla birlikte özellikle bu gibi türlerden kapalı koşullarda yavru alımın yönelik önemli miktarda çalışma yapılmaktadır.

Yılan balıklarından kapalı koşullarda yavru alınmasına yönelik çalışmalar büyük ölçüde Japonya da gerçekleştirilmekte ve laboratuvar koşullarında elde edilen yavruların toplu ölümler görülmeden 80. güne kadar yaşatılabildiği ve sonuca ulaşmanın kısa bir zaman içerisinde mümkün olabileceği belirtilmektedir.

2) Yenmeyen yem ile çevreye bırakılan besin maddeleri: Su ürünleri yetiştiricilik işletmelerinin yıllık işletme giderlerinin yaklaşık %60'ını karma yem giderleri oluşturmaktadır. Bu nedenle karma yem en değerli malzeme olarak değerlendirilir ve yenmeden çevreye atık sularla verilmesi veya dibe çökerek birikmesi kesinlikle istenmeyen bir noktadır. Konunun önemi özellikle ağ kafes yetiştiriciliğinde karada kurulu yetiştiricilik sistemlerine göre çok daha fazladır. Kafes yetiştiriciliğinde yenmeden dibe çöken karma yemler dipte birikerek bentik organizmaların besin kaynağını oluşturur veya mikroorganizmalar tarafından ayrıştırılır (Şahin, 2003).

Ayrıca yenmeyen yemlerle özellikle iç sularda çevreye bırakılan C, P ve N gibi besin maddeleri ötrifikasyona neden olarak bölgede aşırı derecede tek hücreli bitkisel alglerin üremesine ve dolayısıyla da ortamda oksijen seviyelerinin azalmasına ve neticesinde toplu balık ölümlerine neden olurlar. Özellikle kafes balıkçılığında yenmeyen yem ile çevreye verilen besin maddeleri miktarları çiftlik için uygun yer seçimi, uygun yemleme teknik ve metodları ve kaliteli yemlerin kullanımı ile büyük ölçüde engellenebilecek tabiidir (Cho ve Bureau, 2001).

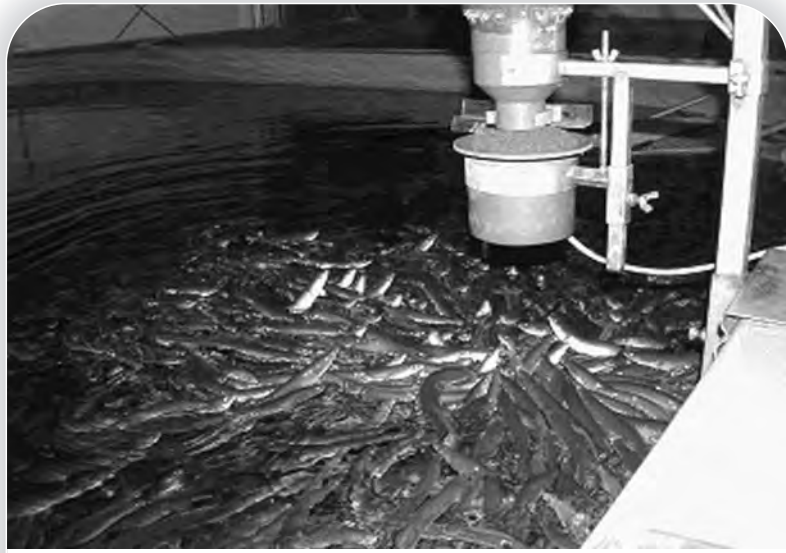
Yer seçimi günümüzde oldukça fazla tartışılan bir konu olup özellikle ağ kafeslerin konuşlandırılacağı alanlarda mutlaka üretime zarar vermeyecek

miktarda su akıntısı olması istenir. Bu nedenle çiftliklerin günümüzde kıyılardan uzaklarda kurulması önerilmekte ve Türkiye de sektör için önerilen genel politika önerileri arasında başı

Türkiye yaklaşık 25 milyon hektarlık su yüzey alanı ile su ürünleri yetiştiriciliği açısından çok büyük potansiyele sahip bir ülkedir

çekmektedir (URL-2). Diğer bir önemli nokta ise yem teknolojisinin devamlı gelişmekte olması nedeniyle 10-15 yıl önce kullanılan ve suda çabuk dağılan soğuk presleme ile üretilen yemler

yerine artık günümüzde su içerisinde uzun süre (24 saate kadar) kalabilen ekstrüder yemler kullanılmaya başlanmış ve dolayısıyla sucul ekosistemlere verilen besin maddeleri miktarları önemli oranda azaltılabilmektedir. Karada yenmiş üretim tesislerinden çıkan atık suların deniz veya iç sulara deşarjından önce ise özellikle bekletme havuzlarında tutulup buralarda midye veya istiridye gibi çift kabuklu yumuşakçaların beslenmesi ile bu sulardaki besin maddeleri miktarı önemli ölçüde



Şekil 2. Yuvarlak fiberglas tanklardan oluşan kapalı devre yılan balığı (*Anguilla spp.*) yetiştiricilik ünitesi (URL-1).

azaltılabilmekte ve hem de işletmede ikinci bir ürün üretimi gerçekleştirilebilmektedir.

3) Hastalıklarla mücadele: Özellikle entansif yetiştiricilik sistemlerinde küçük hacimli su ortamında yoğun stoklama uygulaması

neticesinde yetiştiricilik süresi boyunca stres ve çevre şartlarındaki ani değişimler dolayısıyla bakteriyel veya virüs kaynaklı veya paraziter hastalıklar görülebilmektedir. Hastalıklarla mücadelede en yaygın yöntem antibiyotik ve diğer

kullanımı AB standartları çerçevesinde Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından kontrol edilmektedir. Genellikle hastalıklarla mücadelede koruyucu önlemlerin alınması her zaman için tedaviden daha önce gelmelidir. Bu uygulama

gerçekten geçerli olup hatta ana dili İngilizce olan ülkelerde TLC (Tender Loving Care) ya da Türkçeye en yakın tercümesiyle İtinalı Sevgiyle Yapılan Bakım terimi ile açıklanan bir kavramdır. Bu nedenle eğer işletme kurulmadan önce örneğin ortamın kafes işletmesi için uygunluğu (su dalga hızı, dibe yakınlık vb.) ve taşıma kapasitesi gibi unsurlar üzerinde önemle durulursa önemli bir salgın olayının ortaya çıkması engellenebilmektedir.

4) Kültüre alınan türlerin doğal ortama karışması: Kültürü yapılan sucul türlerin doğal ortama karışması türler arasında melezleşmeye veya aynı türler arasında döl alış verişine yol açarak doğal yapının değişmesine neden olmaktadır (Şahin, 2003).

Doğal ortama karışan kültür türleri ayrıca besin kaynakları için doğal türlerle rekabete girerek habitatı işgal eder veya değiştirir böylece doğal popülasyonların büyüklüğünü zayıflatarak biyolojik farklılığını azaltmaktadır (Şahin, 2003).

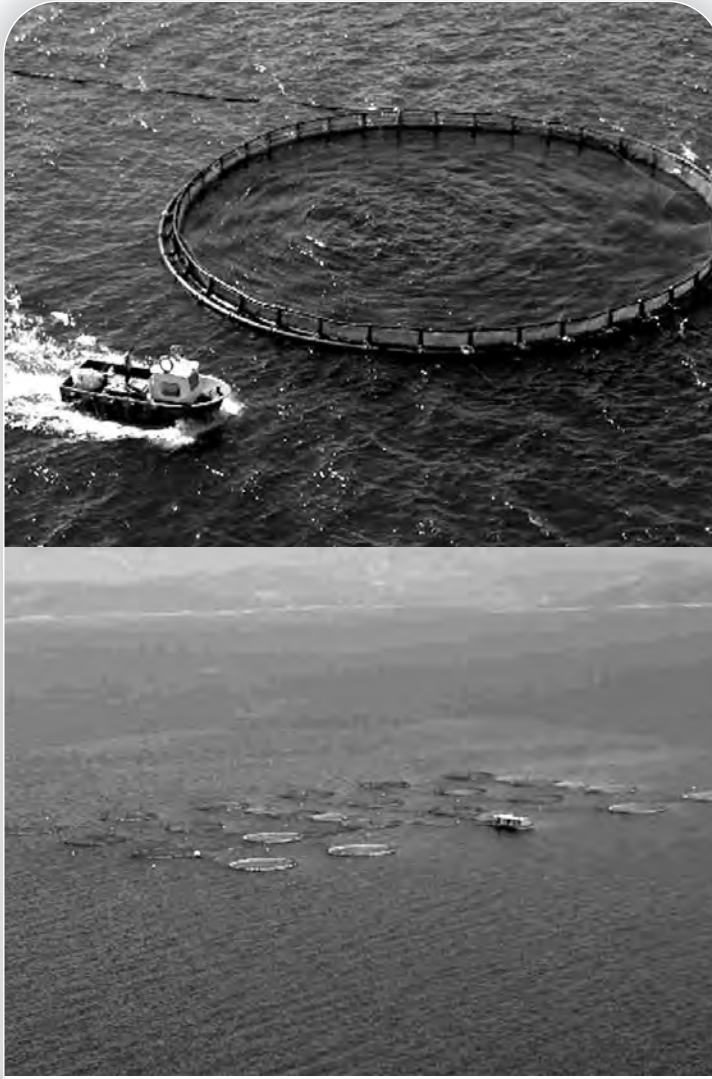
Bu gibi çevresel endişeleri en aza indirmenin yetiştiricilik bölgesine ait doğal türlerin kültüre alınması ile önlenebileceği öngörülmektedir.

Balık Etinin Besin Değeri, İnsan Sağlığı Açısından Önemi ve Yetiştiriciliğin Balık Eti Tüketimindeki Rolü

bazı kimyasalların kullanılmasıdır (Şahin, 2003). Genellikle işletmelerde yeme karıştırılarak verildikleri için bir kısmı yenmeyen yemlerle birlikte dibe çökerek çözünür ve ortamdaki balık veya kabuklular tarafından alınır. Zamanla canlıların bünyesinde birikerek yüksek konsantrasyonlara ulaşabilir. Türkiye de işletmelerde antibiyotik

Balık ve diğer sucul canlıların biyokimyasal kompozisyonları tür, yaş, cinsiyet yaşama ortamı ve mevsimlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Turan ve ark., 2006).

Balık eti yüksek protein miktarı (18-22 g/100 g yenilebilir kas) ve zengin vitamin ve mineral içeriği



Şekil 3. Modern koşullarda ağ deniz kafeslerinde yapılan Levrek ve Çipura üretim tesisi (URL-4)

ile insan beslenmesinde yer alan en önemli protein kaynaklarındandır. Ayrıca balık eti, insanların sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için alması gereken 13 vitaminin hepsini, bazılarının dokularda dağılımı düzensiz olmakla birlikte, içermektedir (Turan ve ark., 2006).

Özellikle suda çözünen B ve C vitaminlerinin su ürünlerinde bulunma miktarı karasal hayvanlarda bulunan miktarlarla hemen hemen aynı, yağda çözünen A, D, E ve K vitaminlerinin ise genellikle daha fazla olduğu gösterilmiştir (Pigott ve Tucker, 1990; Turan ve ark., 2006).

Kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, magnezyum, iyot, demir, bakır, flor, kobalt ve çinko ise su ürünlerinin önemli miktarlarda içerdikleri makro ve mikro elementlerdir.

Balıketinin insan sağlığı açısından önemi içerdikleri yüksek miktarlardaki omega-3 (linolenik) ve omega-6 (linoleik) doymamış yağ asitleri ihtiva etmelerine bağlanmaktadır.

Bütün deniz ürünlerinde bulunan fakat özellikle soğuk sulara yaşayan ve ham yağ miktarı fazla olan balıklarda daha fazla bulunan EPA (Eicosapentanoik) ve DHA (Dokosaheksanoik) (uzun zincirli ve karbon atomları arasında sırasıyla 5 ve 6 adet çift bağa sahip) omega-3 serisi doymamış yağ asitlerinin insanlarda yüksek kolesterol, kalp ve damar hastalıkları ve hatta bazı kanser türlerine karşı koruyucu olduğu tıbbi denemelerle gösterilmiştir.

Yukarıda bahsedilen bütün bu yararlarına rağmen Türkiye de kişi başına düşen yıllık su ürünleri tüketimi (yaklaşık 7 kg/kişi) dünya ortalaması (15 kg/kişi) ile karşılaştırıldığında oldukça yetersiz kalmaktadır.

Son istatistiki verilere göre Ülkemiz su ürünleri üretimi açısından AB ülkeleri arasında 7. sırada yer almasına karşın tüketim miktarları açısından 22. sırada bulunmaktadır (URL-2).

Avcılıkla elde edilebilecek balık miktarının artık sınırına ulaştığı bilinmekte ve bununla birlikte nüfus artışına paralel olarak ortaya çıkacak sucul protein ihtiyacının yetiştiricilik faaliyetleri ile karşılanması gerektiği çok açıktır.

Bununla birlikte avcılıkla elde edilen ve kültür balıkları arasındaki hangisinin besin değeri daha yüksek veya hangisinin daha lezzetli olduğuna dair tartışmalar ise kamuoyunda sıkça karşımıza çıkmaktadır. Birini diğerine tercih etmenin veya seçim yapmanın gereksiz olduğu ve ikisinin de üretim koşulları göz önüne alındığında artı ve eksilerinin olabileceği belirtilmektedir (URL-5).

Özellikle kültür balıklarını üretim aşamasından sofraya ulaşıncaya kadar geçen sürede çok hızlı bir şekilde işlenmeleri sağlandığı için raf ömürleri daha uzun ve dolayısıyla vucud dokularının enzimatik olarak çözünmeye başlaması avcılıkla

elde edilen balıklara göre daha geç olmaktadır. Ayrıca lezzet açısından Avrupa da yapılan panellerde katılımcılar kültür balıkları ile avcılıkla elde edilen balıklar arasında belirgin bir fark bulamamışlardır. Bütün bu bilgiler ışığında önemli

Su ürünleri yetiştiriciliği dünyada ve Türkiye’de en hızlı gelişen sektörler arasında yer almakta ve dünya genelinde toplam su ürünleri üretiminin yaklaşık % 50’sini karşılamaktadır.

olanın bilinçli tüketici olmak ve sağlık açısından sofralarımızdan balık ve su ürünlerini eksik etmememiz gerektiği anlaşılmaktadır.

Sonuç

Su ürünleri yetiştiriciliği

dünyada ve Türkiye de en hızlı gelişen sektörler arasında yer almakta ve dünya genelinde toplam su ürünleri üretiminin yaklaşık % 50’sini karşılamaktadır. Ayrıca bilimsel gerçekler ve kanunlarla belirlenen çerçeveler içerisinde tecrübeli işletme sahipleri, su ürünleri mühendisleri ve işçiler tarafından modern şartlarda gerçekleştirildiğinde çevre-dostu ve ulusal su ürünleri üretim ve tüketimimizi artırma kapasitesine sahip bir sektör olarak algılanması gerekmektedir.

Bütün bunlara ek olarak sektör sadece bu konuda üretim yapanlara değil diğer yan sanayilere (turizm, elektronik ve plastik sanayi gibi) de iş imkanı yaratması açısından önem taşımaktadır.

kaynaklar

- 1- Cho, C.Y., Bureau, D.P. (2001). A review of diet formulation strategies and feeding systems to reduce excretory and feed wastes in aquaculture. *Aquaculture Research* 32: 349-360.
- 2- De Silva, S.S., Anderson, T.A. (1995). *Fish Nutrition in Aquaculture*. Chapman and Hall Aquaculture Series, London, 319 pp.
- 3- FAO (2009). *The State of the World Fisheries and Aquaculture*. FAO Fisheries and Aquaculture Department. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, 2009.
- 4- Pigott, G.M., Tucker, B.W. (1990). *Seafood Effects of Technology on Nutrition*. Marcel Dekker, Inc. New York.
- 5- Turan, H., Kaya, Y., Sönmez, G. (2006). *Balıketinin besin değeri ve insan sağlığındaki yeri*. E.Ü. Su Ürünleri Dergisi 23: 505-508.
- 6- Şahin, T. (2003). *Su ürünleri yetiştiriciliğinin çevreye etkisi*. SÜMAE YUNUS Araştırma Bülteni 3: 8-10.
URL-1. www.koreaneelculture.com
URL-2. www.abveteriner.org/dosyalar/supolitikalar.pdf
URL-3. www.tugem.gov.tr
URL-4. www.kilicdeniz.com.tr
URL-5. www.aquapena.com/KoseYazi.asp?Kose=goster&kosene=9

Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirilmesi

Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu Mart 2009 da hazırladığı teknik raporda özetle şu değerlendirmelerde bulunmuştur:

Manisa uygulaması İlk başvuru açısından nasıldır?

Çalışan ya da okuyan aile bireyleri bulundukları yere yakın Aile Hekimine kaydını almak zorunda kalıyorlar. Birinci basamakta sağlığı koruma ve ayaktan tanı tedavi hizmetlerinin sunumunda 'aile bütünlüğü' özelliği bozulmaktadır.

Ayrıca aile planlaması, sağlık eğitimi, atıkların kontrolü gibi koruyucu hizmetlerin işleyişi ve sonuçları ile ilgili aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezleri arasında yeterli ve uygun bir kayıt ve bilgi paylaşımı görünmemektedir. Ayaktan tanı ve tedavi sürecinde randevu sistemi işletilmemektedir. Finansal sistem belirsizdir.

Manisa uygulaması Süreklilik açısından nasıldır?

Düzenli bir sağlık hizmeti kaynağının (bir hekim veya hekimler grubu) bulunması ve bu kaynağın yalnız belirli sağlık sorunları ile sınırlı olmadan her türlü sağlık sorununa zaman akışı içinde yanıt verebilmesi olarak tanımlanır.

Kavramsal olarak süreklilik olumlu olarak değerlendirilebilir ancak bilgi sürekliliği olgu düzeyinde yeterli, grup düzeyinde yok sayılabilecek durumdadır. Sevk koşulunun ve uygulamasının Pilot uygulamada (popülist kaygılarla olduğu aşıkardır) öngörülmemiş olması nedeniyle yönetsel süreklilik ve ilişki sürekliliği çok zayıftır.

Manisa uygulaması Kapsayıcılık açısından nasıldır?

Gerek kavramsal olarak gerekse uygulamada

başarısızdır. Koruyucu ve sağlığı geliştirici programlar sistem içinde çok yetersiz olarak sunulmaktadır. Aynı binada bağımsız olarak hizmet sunan aile hekimliği birimleri yönetsel ve teknolojik işbirliğinden yoksundur. AH arasında Sağlık Ocaklarında çalışmamış olma oranı yaklaşık % 50 düzeyindedir. Aile Sağlığı elemanı seçiminde daha önce alanda risk grubu izlemi yapmış olan, kadın ve çocuk sağlığı konusunda eğitilmiş personeli Sağlık Bakanlığının ataması yerine "devşirme" usulüyle bu yetki Aile Hekimlerine verilmiştir.

Düzenli bir sağlık hizmeti kaynağının (bir hekim veya hekimler grubu) bulunması ve bu kaynağın yalnız belirli sağlık sorunları ile sınırlı olmadan her türlü sağlık sorununa zaman akışı içinde yanıt verebilmesi olarak tanımlanır.

nasıldır?

Koordinasyon sorunu Manisa'ya özel bir sorun değil, genel bir sorundur. Pilot mevzuatın en temel noktalarından birisi olsa da sevk zorunluluğu henüz yoktur. Hekimler kendi uygulamalarının başarısını ve etkinliğini denetleyememekte, sürekli

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler konusunda Sağlık Ocaklarında işleyen bazı düzenlemelerin AH sisteminde budandığı belirgindir. Özellikle Bakanlık Merkez teşkilatı tarafından koordine edilen 10 'dan fazla kadın ve çocuk sağlığı programları durma noktasına gelmiştir.

Manisa uygulaması Koordinasyon açısından

eğitim açısından uzmanlarla işbirliği olanağını kullanamamaktadırlar.

Diğer Sorunlar

“Toplumsal kararlara katılımı”, “Ekip Hizmeti” ve “Toplumsal sağlığı için sağlık dışındaki sektörlerle işbirliğine gidilmesi” önemlidir. Sosyalleştirme uygulamasından AH sistemine geçişte “Ekip” hizmeti önemli ölçüde güç yitirmiştir. Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları aynı binada çalışıyor olsalar da hiçbir şekilde hizmetin uygulanmasında bir dayanışmaları ve yardımlaşmaları söz konusu değildir. Örneğin aynı aile sağlığı merkezinde RIA uygulamak vb. özel yetki belgeleri olan ebeler ne kendi bölgesinden ne de yan odada görev yapan diğer bir aile sağlığı biriminden gelen bir kadına aile planlaması uygulaması yapmamaktadırlar. Sağlık ocakları ve Sağlık Grup başkanlıkları ile yürütülen sağlık dışındaki diğer sektörlerle olan işbirliği de hemen hemen tamamen kopmuştur.

6 aylık süre bitiminde AH’ni değiştirenlerin oranları yaklaşık %7’de kalmıştır. Özellikle Doğum Öncesi Bakım izlemleri/hizmetleri açısından veri akışında sorun vardır.

Manisa için Yerel Düzeyde Öneriler:

- 1- *Hekim seçiminde (ve değişiminde) -en azından- TSM bölgesi dışına çıkılmaması için önlemler alınmalıdır.*
- 2- *TSM nüfusları düşürülmeli, TSM sayıları artırılmalı, personel açısından güçlenmelidir.*
- 3- *Getirilmesi düşünülen sevk uygulamasının olası olumsuz sonuçlarını (yığılmaları ve bundan doğacak koruyucu ve sağaltıcı hizmetler alanındaki nitelik kaybını) önlemek amacıyla ABS başına düşen nüfus 1500-1800’e indirilmelidir.*
- 4- *ASB nüfusuna genellenmiş sağlık düzeyi göstergelerine dayalı performans uygulamasının getirilmesi veya daha da önemlisi uygulamanın GRUP uygulama şekline dönüştürülmesi uygun olur. Ekip hizmeti bozulmuştur, ekip hizmetinin olanaklarından (ortak insan-güçü, ortak teknoloji, donanım ve yönetim kaynaklarından) yararlanılamamaktadır. Kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılması hekimler arasında gerilime sebep olmuş ekip çalışması bozulmuştur. Hekimler listelerine kişi ekleme telaşıyla etik dışı ilişkilere açık hale getirilmiştir.*
- 5- *Bölge temel sağlık düzeyi göstergeleri izlenememektedir. TSM’ler bağlı bulunan ASM’lerin etkinliklerini izleyememekte periyodik (aylık) raporlamalar yapamamaktadırlar. Dar bölgelerde işlerin nasıl gittiği hakkında bölge sağlık yöneticileri (TSM ekipleri) ve hatta Aile hekimleri ve Aile sağlığı elemanları kendi bölgelerinde durumdan habersizdirler.*

- 6- *ASM lerinde ortak teknoloji (tanı olanakları ve laboratuvar) kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Merkezi laboratuvar bilgisayar sistemine entegre olmalı, sonuçlar kayıtlarda depolanabilmelidir.*
- 7- *İkinci ve üçüncü basamaklarla performans da yansıyan organik işbirliği olanakları yaratılmalıdır. Uzman hekimlerin ASM’lerle işbirliği özendirilmelidir.*
- 8- *Performans kriteri olmayan başta doğurgan çağ kadın izlemleri olmak üzere temel bazı göstergeler hiç izlenmemektedir.*
- 9- *Özellikle birinci basamak deneyimi olmayan (Sağlık Ocaklarında belirli bir süre çalışmamış olan) hekim ve hekim dışı personele ivedilikle “Bölge Sağlık Yönetimi” eğitimi verilmelidir.*
- 10- *ASM’nde sürekli denetlemeler yapılmalıdır. Bu denetlemeler, yerinde ziyaret ile olabileceği gibi online bildirimlerle de (karşılıklı bildirimler) yapılabilir.*
- 11- *Yoğun hizmet-içi eğitim programları uygulanmalı, bu programlara katılım çeşitli yöntemlerle özendirilmelidir.*
- 12- *Aile Sağlığı Birimi (ASB)’de en azından haftada bir yarım gün ayaktan tanı tedavi hizmetlerine ara verilmeli, bu yarım gün, ASB’nin iç değerlendirmelerine, yönetsel toplantılara ve eğitim toplantılarına ayrılmalıdır.*
- 13- *Aile Hekimliği uygulamasının bir “pilot” uygulama olduğu unutulmamalıdır. Pilot uygulama, başarı ve başarısızlıkların ortaya konduğu uygulamadır. Sonuçları alınmadan yaygınlaştırılmaz. Bu denli önemli bir konuda yapılan pilot uygulamanın nesnel sonuçları ve raporları sık aralıklarla toplumdaki ilgili gruplarla (Halk, basın, Üniversite, Meslek Kuruluşları, Sivil Toplum kuruluşları) paylaşılmalı şeffaf olunmalıdır.*
- 14- *Sevk uygulamasının mümkün olduğu gerek Sağlık Bakanlığı birimleri, gerek sağlıkla ilgili sendika ve meslek odaları tarafından ısrarla savunulmalıdır. Adı ne olursa olsun “Birinci Basamak Sağlık Sisteminin” yürütülmesi diğer basamaklarla eşgüdüm (sevk sistemi) olmaksızın mümkün değildir.*

* Raporun tümüne <http://www.manisatabip.org.tr/> adresinden ulaşılabilir.

Mersin'de Tükettiğimiz Gıdalar Nasıl Denetleniyor?

Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Kurulu

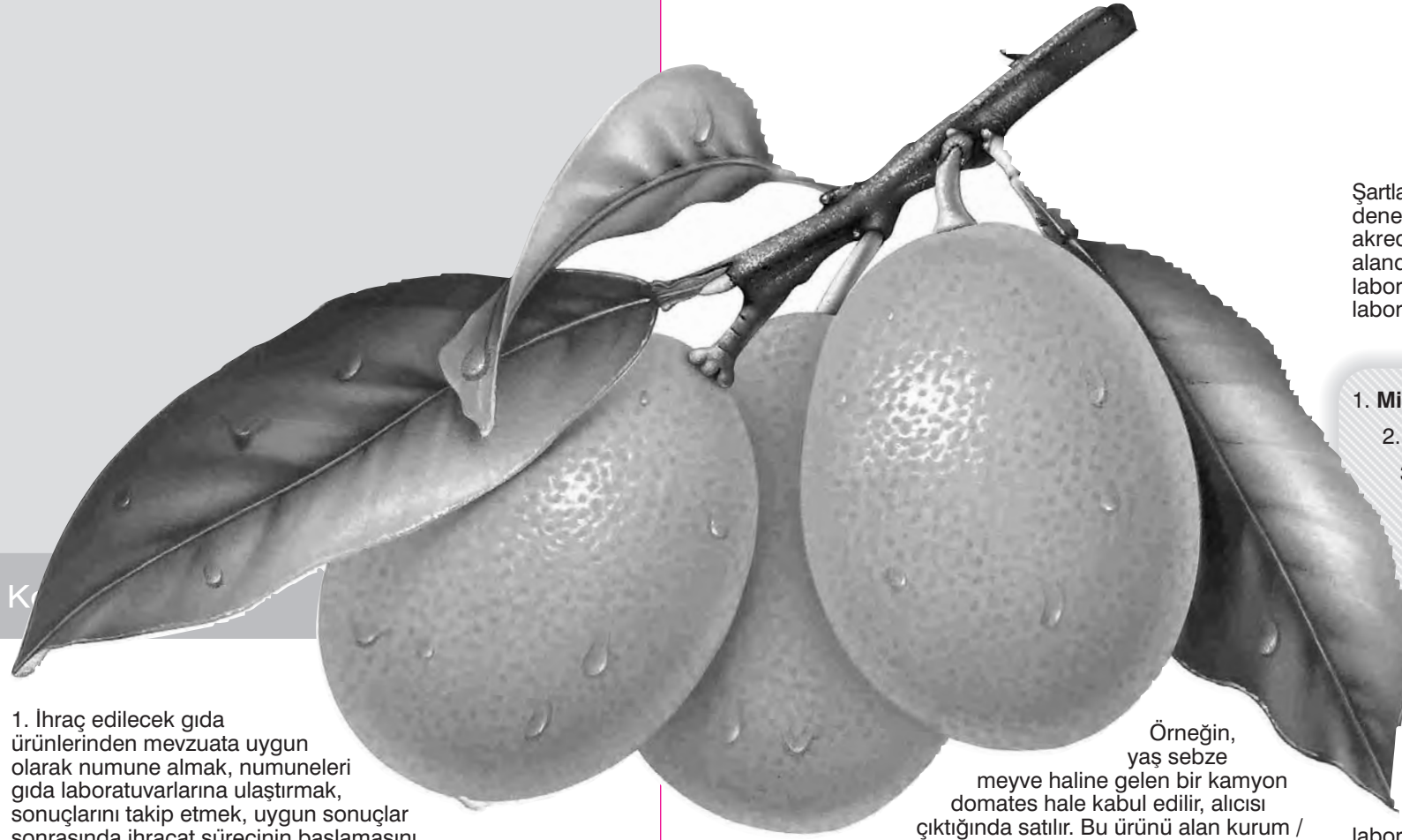
27 Mayıs 2004 tarihinde çıkan 5179 sayılı "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun" gereğince, ülkemizde gıda denetim ve kontrolünde Tarım Köy İşleri Bakanlığı tek elden görevlendirilmiştir. Bu kanuna dayanılarak gıdaların birincil üretimi (tarlada, çiftlikte, suda üretim), birincil üretim sonrasında elde edilen ürünlerden gıda üretimi, her türlü gıdanın ambalajlanması, perakende ya da toptan satışı, gıda üretim ve satışında çalışan kişilerin portör muayenelerinin kontrol ve denetimi il tarım kontrol şubesi tarafından yapılmaktadır. Ayrıca ihracat ve ithal edilen gıda ürünlerinin kontrolü de bu şube tarafından yapılmaktadır. Kanun gereğince, Sağlık Bakanlığı fiilen gıda üretimi denetim ve kontrolünün dışında bırakılmış, sadece su denetimi yapmaktadır.

Gıda denetimleri Mersin'de İl tarım kontrol şubesinde çalışan memurlar aracılığıyla yapılmaktadır. Gıdalar üzerinde yapılan analizlerin resmen geçerli olabilmesi için, numunelerin bu gıda kontrol memurları tarafından alınması gerekmektedir.

Gıda kontrol memurlarının başlıca görevleri;

1. İhraç edilecek gıda ürünlerinden mevzuata uygun olarak numune almak, numuneleri gıda laboratuvarlarına ulaştırmak, sonuçlarını takip etmek, uygun sonuçlar sonrasında ihracat sürecinin başlamasını sağlamak,
2. Ülkemize ithal edilecek ürünlerden numune almak, numuneleri gıda laboratuvarlarına ulaştırmak, sonuçlarını takip etmek,
3. Gıda üretim yerlerinden, satış noktalarından rasgele numuneler almak, sonuçlarını takip etmek,
4. Gıda üretim ve satışı işinde çalışan kişilerin portör muayenelerinin yapıp yapılmadığını kontrol etmek,
5. Gıda üretim ve tüketimi ile ilgili bir şikayet olduğunda (176 gıda şikayet hattı), şikayet edilen noktadan numune almak.

İhraç ve ithal edilen gıdalarda rutin denetimler yapılırken, iç piyasada tüketilen gıdalardan satış öncesinde rutin olarak numune alınmamaktadır. İç piyasada tüketilen gıdalar, bakanlıktan her yılın başında gelen numune alma kotaları dikkate alınarak, üretim ve satış noktalarından rast gele alınan numunelerle denetlenmektedir.



Örneğin, yaş sebze meyve haline gelen bir kamyon domates hale kabul edilir, alıcısı çıktığında satılır. Bu ürünü alan kurum / kişi markette tüketiciye satışı yapar. Satış sürecinde kontrol şube memurları rast gele numuneler alır. Numunede kimyasal veya toksik kirlilik varsa, numune alınan noktaya gidilir, o gıdanın nereden alındığı fatura üzerinden tespit edilir, gıdayı satan komisyoncuya ulaşılır, komisyoncunun fatura kayıtlarından ürünün hangi üreticiden alındığı tespit edilir, üreticiye ulaşılır, üretici değerlendirilir ve dava açılır. 2005 yılında bu şekilde yapılan denetimler sonrasında 13 üretici mahkemeye verilmiş, 2008 yılında mahkemeye verilen üretici olmamış.

Mersin'de Tarım Köy İşleri Bakanlığına bağlı olarak çalışan bir İl Kontrol Gıda Laboratuvarı bulunmaktadır. Bu laboratuvar Türk Akreditasyon kurumu (TURKAK) TS EN ISO/IEC 17025 "Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarları Yeterliliği İçin Genel

Şartlar" standardına göre muayene ve analizlerde denetim ve incelemelerini tamamlayacak akreditasyona sahip bir gıda laboratuvarıdır. Bu alanda çevresindeki 15' den fazla ilin referans laboratuvarı pozisyonunda bir bölge laboratuvarıdır. Laboratuvarında bulunan birimler:

1. Mikrobiyolojik analiz laboratuvarı,
2. Katkı analiz laboratuvarı
3. Kalıntı analiz laboratuvarı
4. Mineral analiz laboratuvarı
5. Fiziksel analiz laboratuvarı
6. Kimyasal analiz laboratuvarı
7. Mitotoksin analiz laboratuvarı
8. Tohumculuk laboratuvarı bulunmaktadır.

Ayrıca Mersin' de yukarıdaki analizleri yapabilen, TURKAK'tan akreditasyon almak için çalışan özel bir gıda laboratuvarı da bulunmaktadır. Tarım İl kontrol şubesi tarafından alınan gıda numuneleri her iki laboratuvara da ulaştırılarak, analizleri yaptırılmaktadır.

Gıda laboratuvarlarına, parasını ödemek koşuluyla, bireysel olarak alınan gıda numuneleri de götürülüp, analizleri yaptırılabilir. Bir gıdada biyolojik, kimyasal ve kalıntı analizleri yaptırılacaksa, yapılacak analiz sayısı arttıkça maliyet artmakla beraber, yaklaşık 1000 liralık bir fiyat çıkmaktadır.

Alışveriş yaptığımız noktalarda şüphelendiğimiz gıdalar olursa, İl Tarım Kontrol şubesinin 176 gıda şikayet hattını arayarak, bu gıdalardan numune alınmasını sağlayabiliriz. Bu çerçevede alınan gıda numuneleri, iç denetim kotası çerçevesinde analizleri yaptırılmaktadır.

Mutluluk rastlantılara veya dış güçlere borçlu olunan bir kader değildir.
Ona ulaşmak için çalışmak gerek.

(Aristoteles - MÖ 384-323)

Mersin Sahil Yürüyüş Bandı ve Egzersiz

Dr. Abdullah Arıcıoğlu
İç Hastalıkları Uzmanı

MMersin sahil yürüyüş bandı, Hilton Otelinden Mezitli Babil kavşağına kadar 8.5 kilometre uzunluğundadır (Resim 1). Bu uzunluğun bazı noktalarına her türlü egzersizi yapmak için, egzersiz aletleri yerleştirilmiştir. Türkiye’de benzerine bir-iki şehrimizde daha rastlanabilir. Dünyada bir benzerinin olması da mümkün değildir.

Resimler bir mart 2009 günü çekildi. Bu sırada Türkiye’nin her tarafı karakışı yaşıyordu.

Çevresindekilerden hiç etkilenmeden, havanın çok güzel olduğunu ifade eden, öğle uykusuna yatmış, insan dostu bir köpek egzersiz yapanlarla beraber Resim 2’de görülmektedir.

Resim 3’te eklemlere yeterli açılma aralığını sağlayacak, doğru ve tersi yönde el bileği, dirsek, omuz, bel, kalça ve bacak hareketleri için egzersiz aletleri görülmektedir.

Çok çeşitli egzersizler yapılabilir. Yapılan egzersiz bilimsel, yeterli süre ve etkili olmalıdır. Beraberinde de her hangi bir komplikasyon olmamalıdır.

Sörf yapma, yüzme, kürek çekme, aletli spor salonlarına gitme, bisiklet ergometrisi, treadmill, zaman ve para gerektirir. Mersin sahil bandında yürüme, koşma ve resimlerde görülen aletleri kullanma parasızdır. Mevsim, gün ve zamanla da sınırlı değildir.

YÜRÜME EGZERSİZİ ve KALP

Yazdıklarımla, sıkıcı protokol ve anlaşılması zor olan makalelerden dışarı çıkmak istiyorum. Çocukluktan başlayıp, yaşam boyu **sedanter** beslenme ve **inaktivite**, adeta bir binanın çok sağlam temel betonunu teşkil etmektedir. Bu iki sağlam özelliğe sahip kişide, temel üzerine devam eden tuğlalar gibi; obezlik, alkol, sigara, kan yağları artışı, hipertansiyon, insülin direnci, diyabet, stres ve nihayet kalp şikayetlerinin başlamasıyla; yaşamı yönünden birçok risk faktörlere sahip bir



Resim 1. Sahil yürüme bandı uzunluğu 8.5 kilometredir.

kişiyi ortaya çıkacaktır.

Ülkemizde Kardiyak Rehabilitasyona pek önem verilmemiştir. Son yıllarda Perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTKA) ve Koroner arter baypas greftleme (KABG) girişimlerinin yaygınlaşması ile de rehabili-tasyonun önemi geri plânda kalmıştır.

Egzersize alışan ve faydasını gören bir kişi, bir hasta, kendiliğinden yaşam tarzını düzeltecek, fazla kilolarını verecek, sigarayı da terk edecektir.



Hiç hastalığı olmayan, obez olan, kolesterolü yüksek olan, kalp koroner arter hastalığı olan, PTKA, KABG yapılan, kalp kapak ameliyatı, stabil kronik kalp yetersizliği, periferik damar hastalığı, diyabetes mellitus ve hipertansiyonu olan kişilerin haftanın her günü, para harcamadan en rahat yapabilecekleri egzersiz tipi, Mersin sahil bandında yürüyüş yapma olanağını bulmalarıdır.

Bilimsel olarak, her şahsın ve hastanın bir yürüyüş yapma kapasitesi vardır. Hastanın durumu iyi değerlendirilerek, yürüyüş yapma süresi, hafta içerisindeki sıklığı ve şiddeti; hastanın hekimi tarafından reçete edilmelidir.

KARDİYAK REHABİLİTASYON

Kardiyak rehabilitasyonun 4 evresi olduğu ifade edilmektedir.

Hastanın:

1. Yoğun bakım tedavi evresi,
2. Yoğun bakımdan çıktıktan sonraki hastane ve evindeki tedavi evresi,
3. Egzersiz eğitim evresi,
4. Öğrenilen ve alışılan egzersizi yaşam boyu devam ettirme evresi.

Ben, hastaların kardiyoloji uzmanlarının sorumluluğu altında 1.ve 2.evreyi geçtikten, hastalığı ile ilgili eğitimi aldıktan, stabil duruma girdikten sonra; “araba kullanabilir, caddede yürüyebilirsin” tavsiyesi yapıldıktan sonraki 3.ve 4.evredeki **kalp atım sayısına göre, yürüme egzersizi** üzerinde durmak istiyorum.

Üçüncü evre, hastanın hastaneden taburcu olmasıyla, 2-12 hafta sonra başlayabilir. Aerobik yürüme egzersizinin etkili olabilmesi için; **süresi** 20-60 dakika; **sıklığı** haftada 3-5 defa; **şiddeti**, aerobik kapasite arışı için, **kalp atım hızı rezervinin %40-85’nin** arasında kullanılmış olması gereklidir.

Hastalar kalp hastası ise stabil, diyabetli ise kan şekeri ayarlı, tansiyon hastası ise, ilaçlarının kontrolü altında normal olmalıdırlar. Bir hastanın **kalp atım sayısına göre, kalp atımı rezerv gücünü** bilmek ve hesaplamak için **KARVONEN** metodu kullanılmaktadır. Hastanın istirahat halindeki nabız sayısını da bilme zorunluluğu vardır.

KARVONEN metodu, treadmill ile efor testi yaparak, semptomla sınırlı, maksimum kalp atım hızına ulaşmaktır.

Hesaplanması:Tempolu yürüyüş yapmak isteyen bir hastanın, Efor testi maksimum kalp atım hızı 160/dakika, istirahat halindeki kalp atım hızı 70/dakika. Maksimum kalp atım hızından, istirahat halindeki kalp atım hızını çıkardığım zaman 90 kalır. **Bu hastanın kalp atım hızı rezervi 90’dır.** Duruma göre, kalp atım hızı rezervinin %40-85 arasında bir oran kullanmak istiyorum. Bu %75 olsun.

Maksimum çıkılabilecek kalp atım hızı = **(kalp atım hızı rezervi x kullanmak istenilen oran) + istirahat kalp atım hızı.**

$$= (90 \times \%75) + 70$$

$$= 67 + 70$$

$$= 137 \text{ bpm. (beat per minute/ kalbin bir dakikada atışı)}$$

Tempolu yürüyüşün etkili olabilmesi için en az 20 dakika bu hızda yürünmesi gereklidir.

Beta bloker kullanan stabil bir hasta, **Zorlama efor testi ve semptomla sınırlı** maksimum kalp atım hızı 140/dakika, istirahat kalp atım sayısı 60/dakika, yürüme egzersizi yapmak istiyor.

140-60 = 80 kalp atım sayısı rezervi. Hasta beta bloker kullandığı için, bu rezervden % 50 kullanabilir.



Resim 3. Sahilde bulunan egzersiz aletlerinden bazıları

Yürüme egzersizinde maksimum çıkabileceği kalp hızı = (80x%50) + 60

$$= 40 + 60$$

$$= 100 \text{ bpm.}$$

Tempolu yürüyüş egzersizinde süre 20-60 dakika arasında olabilir.

Tempolu yürüyüşün 3 fazı vardır:

1. **Isınma fazı:** 5-10 dakika,

2. **Kondisyon fazı:** Yürümenin şiddetini ifade eder. Çıkılması gereken nabız sayısında, yürümeye en az 20 dakika devam etmek etkilidir.

3. **Soğuma fazı:** 5-10 dakika.

Uygun, rahat kıyafet ve yürüyüş ayakkabısı giyilmelidir. Aç karnına veya yemekten en az 2 saat sonrası yürüyüş yapılmalıdır.

Tempolu yürüyüş anında kalp atışımızı ve nabız sayımızı nasıl kontrol edelim?

Cevabı elektronik ve bilgisayar çağı vermektedir. Saat şeklinde kola takılan, kalp atım sayısını alan, ekranında gösteren, hafızasına da kaydeden bir computer. Göğse bağlanan,

kalp atışlarını ve sayısını computer'e veren bir göğüs bandı. Doğru ve hassaslığı onay

almış ve bir elektrokardiografi cihazı hassaslığına sahip, insana hizmet veren bir teknoloji harikası. Tempolu yürüme egzersizine başlanıldığında **ısınma, kondisyon ve soğuma fazında** süre ve kalp atım sayısını görme olanağı vardır.

Ayrıca; iş, yolda normal yürüyüş, araba kullanma, evde normal aktivitede, uyku istirahatında kalp atım, nabız sayısını takip etmek de mümkündür.

SONUÇ

Uzmanlar "kardiyak rehabilitasyon"nu konuşacakları zaman, sözlerine aktivite şekli "yürüyüş" ile başlamaktadırlar.

Bilimsel yürüyüş alışkanlığı:

1. Yaşam tarzını iyi yönde etkilemektedir. Böylece inaktivite, obezite, kolesterol yüksekliği, sigara kullanma alışkanlığı ve stres kendiliğinden düzelmektedir. Yaşam kalitesini artmaktadır.

2. Sempatik aktiviteyi azaltıp, para sempatik aktiviteyi artırarak kalbi strese karşı korur. Kalbin

düzenli çalışmasını sağlar.

3. Kan damarlarında endotele işlevlik kazandırarak Nitrik Oksitin damarları açması ile; sistemik arteriosklerozun, koroner arter sklerozunun gelişmesini önler, var olan sklerozun ilerlemesini durdurur.

4. PTKA ve KABG'nin restenozunu önler.

5. Hipertansiyonun düşmesine yardımcı olur. Günlük ilaç ihtiyacını azaltabilir.

6. Diyabetes mellitusda insülin direncini kırar. Kan şekerinin insüline ihtiyacı olmadan as dokusu hücreleri içerisine girmesini sağlar. Diyabet ayağını geciktirebilir veya önleyebilir. Yaşam kalitesini artırır. Günlük ilaç ihtiyacını azaltır.

kaynaklar

- 1- Hale Karapolat, Berrin Durmaz Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. İzmir Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2008;8:51-7
- 2- Prof. Dr. Hüsnüye Yüksel. Arteriosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma. Sempozyum dizisi No 52, Ekim 2006, s.77-88. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- 3- Dr. Deniz Demirkan. Koroner Arter Hastalığı- 2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Tıp Dergisi 17 (2), 2006.
- 4- Dr. Ufuk Şekir, Dr. Bedrettin Akova, Dr. Yelda Saltan. Miyokard Enfarktüsü Sonrası Aerobik Egzersizin Rolü- Derleme Anadolu Kardiyoloji Dergisi, Haziran 2004.
- 5- Dr. Mehdi Zoghi, Dr. İstemi Nalbantgil Hipertansiyon ve Endotel Fonksiyon Bozukluğu. E.Ü.Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2002;2.

Site Tanıtımı

Dr. M. Ajlan Uçar

İki site taitımı yapmak istiyorum. Bunlardan birincisi hekimleri bir araya getirebilecek oldukça sade ve kolay tasarlanmış bir Internet sitesinden bahsetmek istiyorum.

Çoğumuz gerek Türkiye’de gerekse yurtdışında hekimleri ilgilendiren aktivitelerden haberdar olmak isteriz. Hatta çoğu kez **"Keşke bende katılsaydım"** dediğimiz, ama haberdar olmadığımız birçok aktivite vardır.

www.aktifdoktor.com kendisini aktif hisseden doktorların aradığı her aktiviteyi bulabileceği

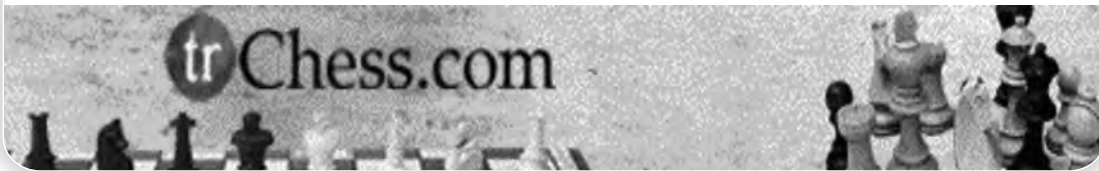
şekilde dizayn edilmiş bir web sitesi. Bu sitede sadece aktivitelere yer vermedik. Makalelerinizi hem ingilizce hem de türkçe olarak paylaşabiliyorsunuz. Hekimler; siteye normal üye olan kişilerin sordukları soruları cevaplayarak aktivite puanı kazanıyor, böylece sitede daha ön plana çıkabiliyorsunuz. Hastalarınız sizi internet ortamından kolayca bulup sizden randevu talep edebiliyor. Ve hastalarınıza site aracılığı ile çözüm getirebiliyorsunuz. İllere ve hatta uzmanlık dallarına göre istediğiniz doktor arkadaşınıza ulaşabiliyorsunuz. 14.05.2009 tarihinde yayın hayatına başlayan www.aktifdoktor.com tüm hekimlere tamamen ücretsiz hizmet vermektedir.



Tanıtacağım ikinci site ise TRchess.com isimli site.

"Biz Chess'in önüne Ay-Yıldız Koyduk" sloganı ile yola çıkan www.TRchess.com satranç sitesi, satranç severleri bir araya getirmek amacı ile kurulmuştur. Tamamen ücretsiz

olan bu sitede güncel satranç haberlerinin yanı sıra, satranç problemlerini online çözebiliyor, içeriğinde bulunan satranç bilgilerine tamamen ücretsiz ulaşabiliyorsunuz. Üyelik sistemi bulunmayan sitede Flash satranç derslerini izleyerek satranç bilginizi geliştirebilirsiniz.



Tıp Dünyasından Özetler (Mart-Nisan 2009)

Bakanlık Kısır Döngüsü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanını bütünüyle piyasaya açan Sağlık Bakanlığı, alandaki sorunların çözümünde yetersiz kalıyor. Bakanlığın "çözüm" olarak sunduğu uygulamalar ise yeni sorunlar yaratıyor. Bu çözümsüzlük ve oluşan yeni sorunlar artık bir kısır döngü haline geldi.



SAVİM kullanımda

TTB Sağlık veri ve istatistikleri Merkezini (SAVİM) internet üzerinden kullanıma sundu. SAVİM gerek Türkiye gerek dünya ülkelerine ilişkin sağlık göstergelerini ve ilgili verileri bir araya getiriyor. SAVİM'e, www.ttb.org.tr adresinden ulaşılabilir. SAVİM, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), OECD, EUROSTAT ve Avrupa Halk Sağlığı Göstergeleri (ECHI) üzerindeki karşılaştırılabilir bilgiyi kapsayacak biçimde ve Sağlık Göstergeleri Uluslararası Derme'si (ICHI) ile uyum gözetilerek düzenlendi. SAVİM'in varolan içeriği şöyle: 7 bin tabloyu kapsayan veriler 4 ana tema altında derlendi: - Demografik ve Sosyoekonomik Göstergeler - Sağlık Durumu - Sağlığın Tıbbi Olmayan Belirteçleri - Sağlık Sistemleri - Kapsamlı bilgi içeren tüm veriler (raporlar, yıllıklar vb.) kaynak belge olarak derlendi ve ilgili temalarla

ilintilendirildi.

Sağlık Bakanlığı Tabip Odalarını denetleyemez

Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Onur Karahanoğulları, Sağlık Bakanlığının tabip odalarını denetleyemeyeceğini belirtirken, "Sağlık Bakanlığı

vesayet denetimini kendi teşkilatı için sahip olduğu hiyerarşik denetime çeviremez" dedi. Sağlık Bakanlığı'nın, Türk Diş Hekimleri Birliği ve Türk Eczacıları Birliği'nin ardından, Ankara Tabip Odası'nı da idari ve mali yönden denetleme girişiminde bulunması, Türk Tabipleri Birliği'nde ve ilgili kesimlerde tartışma yarattı. Karahanoğulları konuyu **Tıp Dünyası** için değerlendirdi: Sağlık Bakanlığı geçtiğimiz günlerde, Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı Ankara Tabip Odası'nı önce müfettiş göndermek suretiyle, sonra da kimi belge ve kayıtların kendisine gönderilmesi talebiyle

idari ve mali açıdan denetlemek istemiştir. Bakanlığın hiç denetim yapmazken durduk yere denetim yapma girişiminde bulunması bunun idari görevin yerine getirilmesinden çok siyasal bir hamle olduğu kuşkusunu yaratıyor. Meslek odaları devletin vesayet denetimi altındadır ve devletten ayrı tüzel kişiler olduklarına göre bu denetim hiyerarşik denetim biçimini alamaz. Bakanlığın, Anayasaya göre devletten ayrı bir kamu tüzel kişiliği olan Tabip Odasına "emri altındaymış, teşkilatlarının parçasıymış gibi" müfettiş gönderip inceleme başlatması anayasaya, birliğin kuruluş kanununa ve her şeyden önce Sağlık Bakanlığı kuruluş KHK' sine aykırıdır.

Atama ve nakil yönetmeliğine ilişkin olarak TTB'nin açtığı dava sonuçlandı

TTB isteğiyle iptal edilen maddelerden bazıları:

- Personel Dağılım Cetvelinin tanımında yer alan **“azami”** ibaresinin, Personel Dağılım Cetveline göre ihtiyaç bulunması halinde geçici görevlendirme yapılabileceğine ilişkin düzenlemenin, Mehil müddetinden geçen sürelerle hizmet puanı verilmeyeceğine dair düzenlemenin,
- Kurum içi naklen atamalarda Bakanlığın müracaatları kabul etmeyebileceğine ilişkin düzenlemenin, Profesör, doçent olanlar ile yardımcı doçent kadrosunda bulunanların dönem ve kura şartına bağlı olmadan kurumlar arası naklen atanabileceklerine ilişkin düzenlemenin,
- Üst hizmet bölgelerinden alt hizmet bölgelerine ve bölge içi atamalarda personelin bu madde doğrultusunda yılda en fazla bir defa atama talebinde bulunabileceğine ilişkin düzenleme.

SGK toplumun sağlığıyla oynuyor

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanı Sami Türkoğlu'nun, **“ilaç konforuna para ödemem”** diyerek **“bilimsel”** (!) bir biçimde açıkladığı, antihipertansiflerin yalın ve diüretiklerle kombine formlarının aynı eşdeğer gruplamasında yer almasına yönelik SGK kararı tepki çekti. Türk Farmakoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Mehmet Melli: Eşdeğer ilaç; aynı etken maddeyi aynı ya da benzer farmasötik şekil içinde aynı miktarda içeren ilaçtır. Eşdeğer ilaç tanımı göz önüne alınırsa antihipertansif ilaçların sade ve diüretik etken madde ile kombine şekillerinin eşdeğer olarak kabul edilmesi söz konusu değildir. Türk Kardiyoloji Derneği Genel Sekreteri Prof. Dr. Ömer Kozan: Tek bir aktif ilaç ile iki aktif ilacın toplamının kan basıncını düşürme gücü haliyle farklıdır. Örneğin hafif bir kan basıncı düşüşü arzu edildiğinde bunlardan tek bir ilaç tercih edilirken, daha fazla düşüş istendiğinde sabit doz kombinasyon yani iki ilaç tercih edilebilmektedir.

Devlet hastaneleri eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürülüyor...Sırada Samsun var!

Ankara Etlik İhtisas ve Antalya Devlet Hastanesi'nin ardından Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi de eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürüldü. Samsun Tabip Odası Başkanı Dr. Cem Şahan; Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi'nin hizmet hastanesi olarak kalması gerekir. Bu süreç bize bir kez daha göstermiştir ki; sağlık planlamasının temeli ihtiyaçlar üzerinden değil, ekonomik ve siyasi getiriler üzerinden şekillenmektedir.

Hastaneler madenlerden tehlikeli!

Ankara Üniv. Tıp Fak. Klinik Bakt. ve Enfeksiyon Hast. ABD. öğretim üyesi **Doç. Dr. Alpay Azap**; yapılan araştırmalara göre, çalışanlar açısından hastaneler madenlerden daha tehlikeli. Sağlık hizmetlerinin verildiği yerler, özellikle de hastaneler

bulaşıcı hastalıklar, kimyasal ajanlar, radyasyon ve ergonomik riskler içerir. Türkiye'de son yıllarda giderek artan fiziksel şiddet de buna eklendi. Çalışanlar iş ortamına kendi sağlıkları açısından bakmayı öğrenmeleri gerekir. Bunun için elbette eğitim önemli. Ancak didaktik bir eğitimi kastetmiyorum. İş yerlerinde çalışanların bir araya gelerek kuracakları komisyonlarla iş ortamının risk haritalarının çıkartılması bu eğitimin ilk adımı olacaktır. Ardından bu risklerin tehlikeye dönüşmemesi için yapılması gerekenler, alınması gerekli önlemler, iş süreci ile ilgili düzenlemeler doğal olarak gündeme gelecektir. Aslında ülkemizde bu konuda, sağlık alanı dışında ciddi bir bilgi birikimi var. Türk Tabipleri Birliği yıllardır işyeri hekimliği alanında büyük emeklerle ciddi bir birikim oluşmasını sağladı. Yapılması gereken, bu birikimlerin sağlık kurumlarına, sağlık hizmet süreçlerine aktarılması.

İdrar sondasını değiştirmek için eve gitmeyen aile hekimine 5 ay hapis

Denizli'de bir aile hekimi, hasta yakının şikayeti üzerine “görevini ihmal ettiği” gerekçesiyle 5 ay hapis ile cezalandırıldı. İdrar sondası değişimi için eve çağrılan, ancak “benim görevim değil” diyerek gitmediği ileri sürülen aile hekimi, “aile hekimliği yasa ve yönetmeliklerinde evde bakım hizmeti maddelerine aykırı hareket ederek görevini ihmal ettiği” gerekçesiyle, Denizli 4. Sulh Ceza

Denizli'de bir aile hekimi, hasta yakının şikayeti üzerine “görevini ihmal ettiği” gerekçesiyle 5 ay hapis ile cezalandırıldı.

Mahkemesi tarafından 5 ay hapis ile cezalandırıldı.

Mahkeme, aynı şikayetin yöneltildiği, aynı yerde görev yapan aile sağlığı elemanına da 5 ay

hapis cezası verdi. Cezalar, 5 yıl içinde aynı suçun işlenmemesi kaydıyla ertelendi.

Denizli Tabip Odası Başkanı Dr. Ersin Çağırğan bundan sonra da bu tür mağduriyetlerin artarak süreceğine işaret ederek şöyle konuştu: Denizli'de aile hekimliği uygulamasının yaklaşık 2 yıldır sürüyor, gerek uygulama başlamadan önce, gerekse sonraki süreçte uygulamanın hekim ve sağlık çalışanlarını, hastaları mağdur edeceğini, istenmeyen sonuçlar doğuracağını defalarca dile getirdik. Bu olay sadece aile hekimliğinin değil, sağlıkta dönüşümün hekim ve sağlık çalışanlarını nasıl mağdur ettiğinin bir göstergesidir. Aile hekimliği pilot uygulamasının dayandığı yasa ve yönetmeliklerde aile hekimine 15 başlıkta görev yüklenmiştir. Bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı tarafından kendisine bağlanan en az 3500 kişiye, bu 15 başlıkta belirlenen hizmetlerin verilmesi mümkün değildir. Hasta ve sağlık çalışanlarının mağdur olacağı bu sistem terk edilerek ekip hizmetinin verildiği modifiye edilmiş sağlık ocağı sistemine derhal geri dönülmelidir.

Bir Kitap

Elif Şafak / AŞK

Uz. Dr. Fatma Ülkü Adam

Elif Şafak'ın "Aşk" adlı romanı mart ayı başlarında yayınlandı. Kısa sürede de en çok okunanlar arasındaki yerini aldı.

Kitabın konusu kısaca şöyle:
Ella Rubinstein varlıklı, 3 çocuk sahibi, görünüşte sorunsuz evliliği olan, düzenli, kendi kuralları içinde bir hayat yaşayan orta yaşlı Amerikalı bir ev kadınıdır. 40'lı yaşlarına başladığı günlerde bir yayınevinde editör asistanı olarak işe girer. İlk işi A.Z.Zahara adlı tanınmamış bir yazarın tasavvuf felsefesini konu alan tarihi bir romanını değerlendirmektir.

Mevlana ve Şems-i Tebrizi'nin kurgusal yaşantılarından yola çıkılarak 'evrensel aşk' anlatılmaktadır. Roman Ella'nın ilgisini çeker. Yazar ile yazışmaya başlar. Hayatında aşkın ne olduğunu sorguladığı, kendini nasıl aşksız bir yaşamın içinde olduğunu anlamaya çalıştığı bir dönemdedir. Kitabın yazarı daha önceden bunalımlı bir hayat geçirdikten sonra dinle ilgilenmeye başlayıp Sufi olan gezgin bir fotoğrafçıdır. Okuduğu kitap 'Durgun bir göle atılmış bir taşın yarattığı etki misali' Ella'yı derinden sarsacak, hiç tanımadığı birine duyduğu 'aşk' uğruna zorlu ve tehlikeli bir yolculuğa çıkmasına neden olacaktır.

Bir roman içerisinde iki farklı romanla karşımıza çıkıyor Elif Şafak. Bir yanda 1200'lü yıllarda Mevlana ve Şems arasındaki dostluk kendi ağızlarından ve başkalarının gözüyle yorumlanırken, diğer yanda günümüzde kronik mutsuzluk içinde olan modern Amerikalı Ella ve Amsterdam'da yaşayan sufi Aziz'in yıkıcı aşkı. Sonuçta doğu ile batı, geçmiş ile bugün, uzak ile yakın, insan ile yaratan farklı anlamlarda 'aşkta' birleşerek bir bütün oluşturuyor. Kitaptaki her bir kahraman sizi alıp kendi dünyasına sürüklüyor.

Özetle, Şems'in kırkıncı kuralı: "Aşkın hiçbir sığata



ve tamlamaya ihtiyacı yoktur. Başlı başına bir dünyadır aşk. Ya tam ortasındasındır, merkezinde, ya da dışındasındır, hasretinde..."

Akıcı dili, canlılıklarını hissettiğiniz karakterleri, sağlam kurgusu ve insanı çoğu zaman içine döndüren, kendiyle yüzleştiren vurgularıyla çabucak okunan ama kolay unutulmayan bir kitap Aşk. Anlatımdaki zenginlik ile herkesi farklı bir yönden etkiliyor. Bu da daha çok beğenilmesini sağlıyor.

Kitapla ilgili ilginç bir özellik de kitabın orijinalinin İngilizce yazılmış olması. Kadir Yiğit Us tarafından Türkçe'ye çevrildikten sonra yazar bunu tekrar elden geçirip, yorumlayıp yayınlamış. Elif Şafak bununla ilgili olarak "kendini farklı dillerde ifade etmeyi sevdiğini" ve "bu şekilde kitabın yeniden yazılmış olduğunu" belirtmiş.

Pratisyen Hekimlik Komisyonu

Mersin Tabip Odası yönetim kurulunun aldığı karar ile 21. Nisan 2009 tarihinde Pratisyen Hekimlik Komisyonu kuruldu. İlk toplantıda Alfert SAĞDIÇ, Şennur ÇELİK, Mehmet KONYA, Aydın YETER, Elife UYSAL, yürütme kuruluna seçildi. Komisyonun diğer üyeleri ile yeni dönemde neler yapılacağı tartışıldı.

Mersin Tabip Odası ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin ortak çalışması ile 05 Haziran 2009 Cuma günü bir günlük pratisyen hekimlere yönelik EKG kursu düzenlendi. TTB tarafından kredilendirilen kurs sonunda katılımcılara sertifika verildi. Talebin fazla olması ve katılanların beğenisi üzerine ileri bir tarih de tekrar Pratisyen Hekimlere yönelik EKG kursu yapılması planlanmaktadır.

Komisyon olarak, 28 Ekim-1 Kasım 2009 tarihleri arasında yapılacak olan 14. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde bize verilen Adli Rapor Düzenleme kursu ile Menopoz ve Osteoporoz oturumunun düzenlenme çalışmalarına başlandı. Bu çalışmalar için Mersin Üniversitesi ile gerekli görüşmelere başlandı. Kongre de Menopoz ve Osteoporoz oturumu başkanlığı için Dr. Didem YENMEZ, konuşmacı olarak Dr. Elife UYSAL ve Doç. Dr. Devrim Ertunç TOK görevlendirildi. Adli Rapor Düzenleme kursu başkanlığı için Dr. Ö. Özkan ÖZDEMİR, kurs eğitici olarak Dr. Hakan KAR, Dr. Gürbüz ŞEN, Dr. Mehmet KONYA, Dr. Aydın YETER, görevlendirildi. Oturum ve kurs için çalışmalar başladı. Kurs eğitim materyali çalışmalar tamamlandığında Mersin Tabip Odasında, sahada çalışan hekimler içinde bir kurs yapılacaktır.

Biz pratisyen hekimlerin tek kongresi olan Pratisyen Hekimlik Kongresine sahip çıkmalıyız. Bunun için bu yıl 14'üncüsü yapılacak olan kongremize katılmamız. Ayrıca poster veya serbest bildiriler ile katılımı artırmamız.

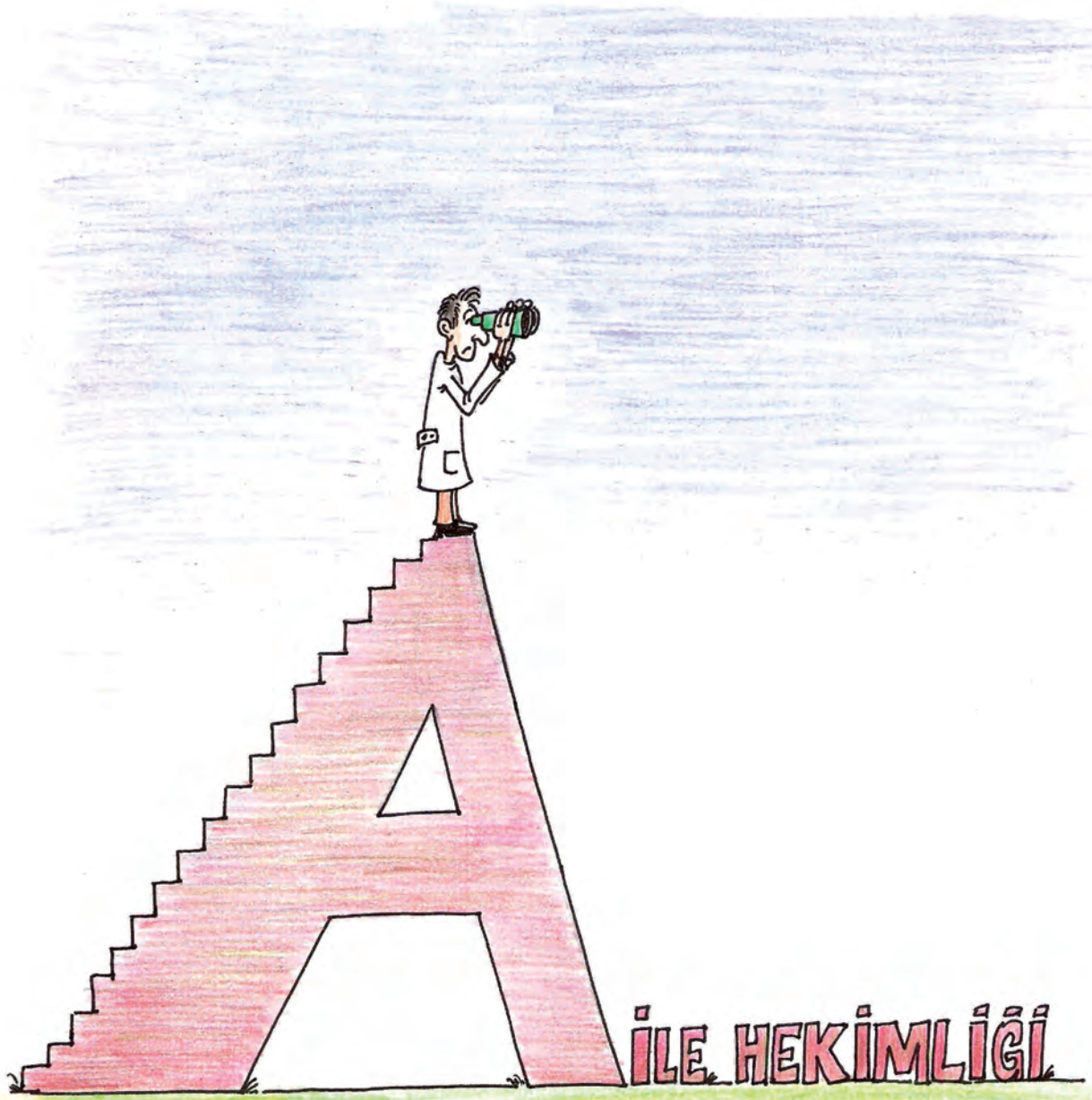
Biz pratisyenlerin hangi birimde çalıştığımız değil; birlikte hareket etmemiz önemlidir. Onun içinde kongremize, derneğimize, odamıza ve komisyonumuza sahip çıkalım.

Hep birlikte hareket etmek dileği ile sevgiyle kalın.



Karikatür

A.Saraçlar
Kargıpınarı Sağlık Ocağı Hekimi



A.SARAÇLAR/09