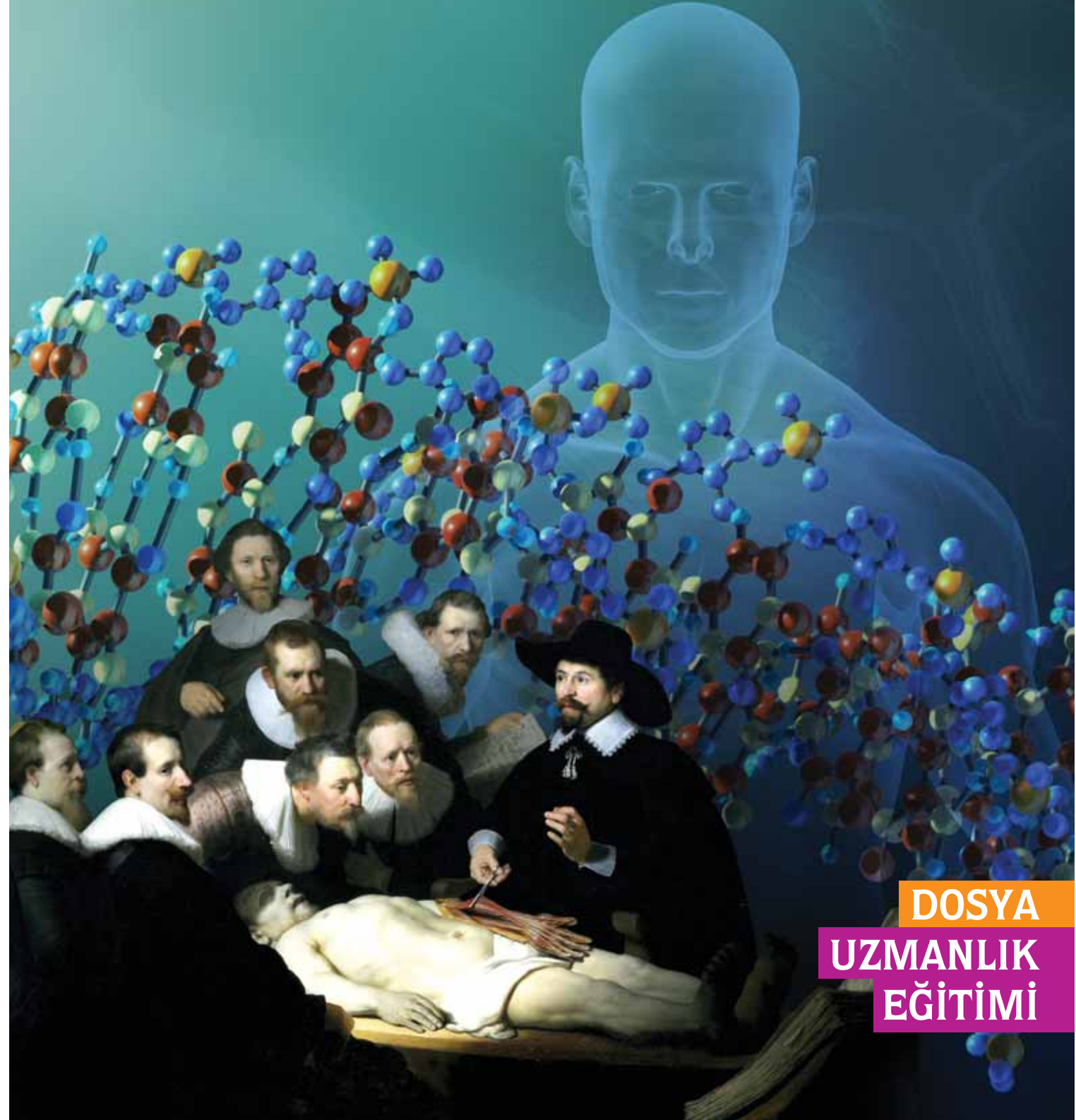
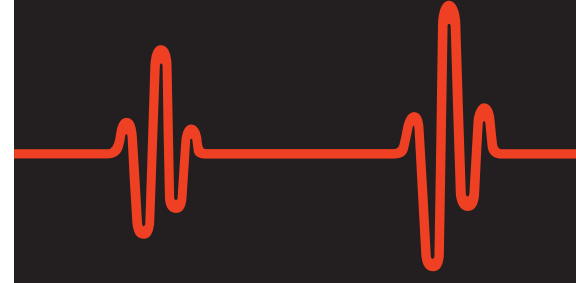


İSTANBUL TABİP ODASI

HEKİM FORUMU

ŞUBAT - MART 2011 / SAYI: 188



DOSYA

UZMANLIK

EĞİTİMİ



Editörden...

Merhaba, 188. Hekim Forumu ile yine beraberiz. Sağlıkta Dönüşüm Programı adına halkın sağlığına ve sağlık çalışanlarının haklarına vurulan darbelerin son rötuşlarının yapıldığı günlerdeyiz. Tam Gün Yasası, Torba Yasası, Aile Hekimliği, Kamu Hastaneleri Birliği Yasa Tasarısı, Performans Sistemi... O yüzden gündemimizde özel sağlık alanında yapılan son yönetmelik, Tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinin geleceği ve artık hekimlerin ortak mücadelesinin gerekliliği var.

Yıllardır hep kendi içinde sorunlarını yaşayan hekimler bugün geline nokta TBB Başkanı Dr.Eriş Bilaloğlu'nun dediği gibi 'Çok ses tek yürek' olma zorunluluğundalar. 6 şubat Şişli Etfal Hastanesindeki toplantı bu farkındalığın coşkulu başlangıçlarından biri oldu. Yaklaşık 500 hekimin bulunduğu toplantı 13 Mart Mitingi için ön hazırlık gibiydi.

Özel hekimlik alanında ücret gasplarına yönelik yapılan basın açıklamaları, asistan hekim yürüyüşü, öğretim üyelerinin 'performansa hayır' duruşu, her kesimden hekimi birleştiren ortak mücadele eylemleri olarak tarihe geçti. Dosya konumuzsa "Tıpta Uzmanlık Eğitimi". Yeni sağlık

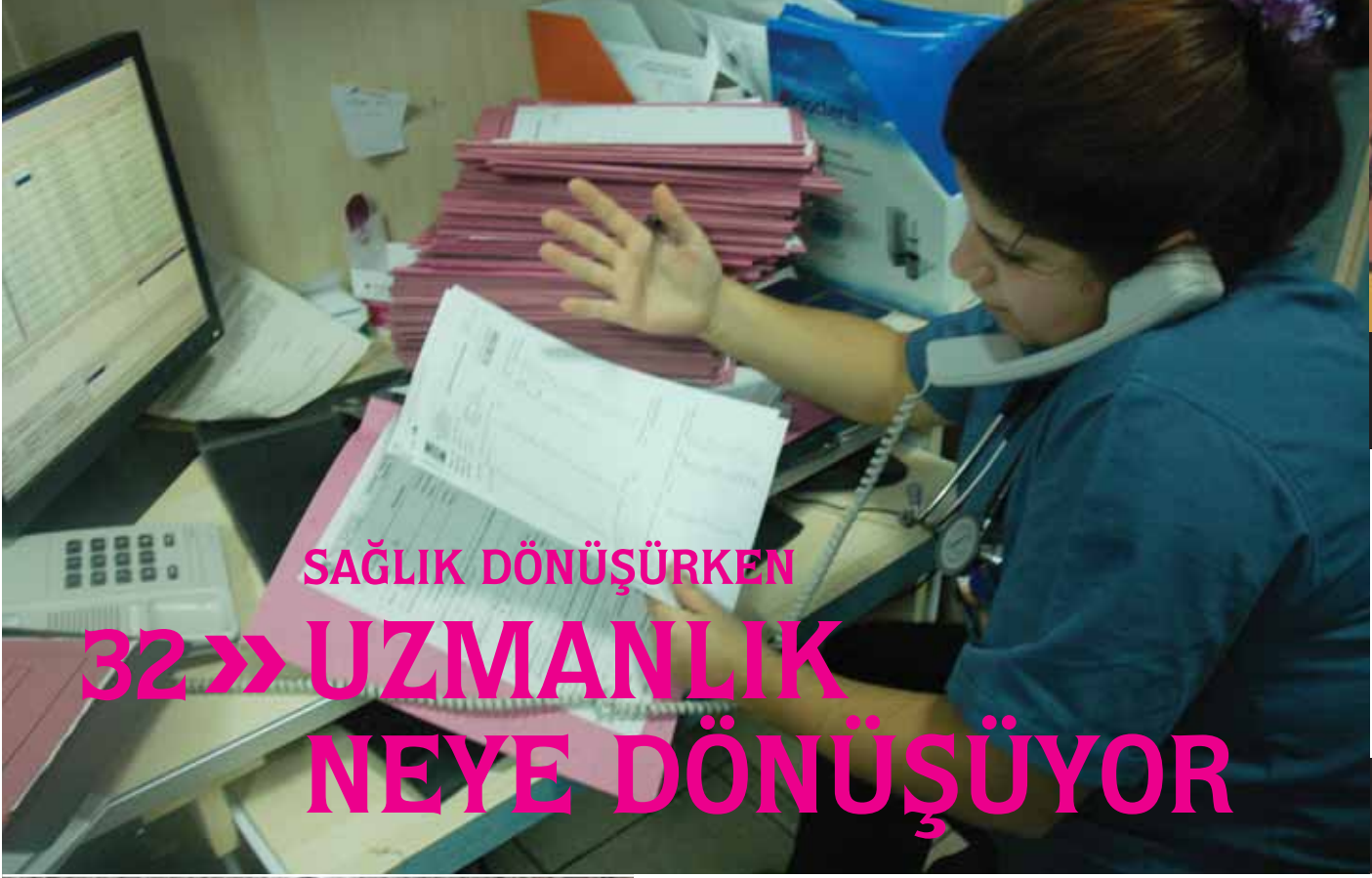
politikaları ile zaten hiçbir zaman yeterli eğitim olanaklarına sahip olamayan uzmanlık öğrencilerinin son halini, aslında nasıl bir eğitim olmalıyı tartışıyoruz. Performans Sistemi'nin uzmanlık eğitimi bitirme noktasına getirişini, asistan hekimlerin, hekimlik dışı ek iş yüklerini, çalışma koşullarının zorluğu ve sürelerinin uzunluğunu, maddi sıkıntıları, örtülü şiddeti ve uzmanlık eğitimi denince akla gelebilecek tüm sorun ve çözüm yollarını irdeliyoruz.

Bu sayımızda da öykümüz, kitap, film tanıtımımız, fotoğraflarımız, gezi yazımız var. Ancak gündem, dosya ve haberlerdeki yoğunluk nedeniyle birkaç makalemizi bir sonraki sayıya aktarmak zorunda kaldık. Yazan ve Hekim Forumu'nu destekleyen arkadaşlarımızdan bu duruma gösterdikleri anlayış için teşekkür ediyoruz.

Dergi elinize ulaştığında 14 Mart Tıp Bayramı gündemine girmiş olacağız. Sağlık sisteminde yıllardır oynan oyunlarının, hak gasplarının son noktası tüm hekimler için uyanış ve farkındalık. Biz hekimler için tıp bayramı artık ortak mücadeleyi ifade ediyor. 13 Mart'ta Ankara Mitingi'nde sağlığımızı, haklarımızı geri almak için yürüyeceğiz. Bayramımız; birlikteliğimiz ve ortak mücadelemizdir. Meydanlarda buluşmak üzere...

Değerli okurlarımız, lütfen dergimize yollamak istediğiniz her türlü yazı, fotoğraf ve haber bilgisi için aşağıdaki adresi kullanınız.

hekimforumu@istabip.org.tr



SAĞLIK DÖNÜŞÜRKEN
**32 » UZMANLIK
NEYE DÖNÜŞÜYOR**



28 »

Öğretim üyeleri sesini yükseltti: Performans Sistemine Hayır



54 »

Maskeler hakkında bilmemiz gerekenler

14 » Üçüncü Köprüye Hayır!





10 >> Tüm hekimlerin birlik ve dayanışması sağlanmalıdır



26 >> Şişli Etfal'de Tarihi Buluşma

04 >> Doktor pazarında devren satılık kadrol

12 >> Haberler

31 >> Komisyonlar

46 >> Asistan hekimlerin cezai sorumluluğu

58 >> Öykü

60 >> Fotoğraf

63 >> Kitap: Dereler ve İsyanlar

64 >> Sinema

06 >>

**Tıp
fakülteleri
ve
üniversite
hastanelerinin
geleceği**



56 >>

**Motosiklet üzerinde
Güney Afrika
Yolculuğu...**



Yıl: 16 - Sayı: 188 • Şubat - Mart 2011 • İki ayda bir yayınlanır
İstanbul Tabip Odası'nın Bilimsel Kültürel, Aktüel Yayın Organıdır

Sahibi: Prof. Dr. M. Taner Gören
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Dr. Süheyla Ekemen
Editör: Dr. Süheyla Ekemen

Yayın Kurulu:
Dr. Süheyla Ağkoç, Dr. Hüseyin Demirdizen, Dr. Süheyla Ekemen,
Dr. Mehmet Uhri, Dr. Veysi Ülgen, Dr. Turabi Yerli

Sayfa Düzeni: Alaattin Timur

Yazışma Adresi: Türkocağı Cd. No: 17, 34440 Çağaloğlu / İstanbul
Tel: (212) 514 02 92 Faks: (212) 513 37 36
E-posta: hekimforumu@istabip.org.tr web: <http://www.istabip.org.tr>

Reklam Rezarvasyon ve Satış: Sinaps İletişim (212) 251 91 50
E-posta: reklam@hekimforumu.org
Baskı ve Cilt: Golden Print (212) 629 00 24

* İmzalı yazıların düşünsel sorumluluğu yazarına aittir.
* Bu dergideki ilan ve reklamlardaki sözü edilen ürün ve hizmetlerin etkinliği veya niteliği İstanbul Tabip Odası'nın garantisini altında değildir.

BAĞIMSIZ HEKİM KURULUŞLARI

SAĞLIK TEKELLERİNE YEM EDİLİYOR!

Doktor pazarında devren satılık kadro!

Sağlıkta Dönüşüm Programı, özel sağlık alanında yapılan son yönetmelik değişiklikleri ile gündemde. Özel Hastaneler ve Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kuruluşları ile ilgili yönetmelikler, bağımsız hekim kuruluşlarının sağlık tekellerine yem edilmesinin önünü açmaktadır. Bu düzenlemeler ile ücretler azaltılmakta, hekimlerin iş güvencesi ve klinik bağımsızlığına darbe indirilmektedir.

6 Ocak 2011'de Ayakta Teşhis ve Tedavi yapılan Sağlık Kuruluşları ile ilgili Yönetmelikte (ATTY) ve paralel olarak 15 Ocak 2011'de Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde değişiklikler yapılmıştır. Yönetmelik kapsamına giren sağlık kuruluşları yeniden tanımlanmış; tıp merkezleri, poliklinikler ve muayenehanelere, laboratuvarlar ve müesseseye tanımı ile de görüntüleme ve radyoterapi merkezleri ile nükleer tıp ve fizik tedavi üniteleri de eklenmiştir.

Bu değişiklikler esas olarak 3 başlıkta toplanabilir:

1. Planlama: Muayenehaneler dışında tüm kuruluşlar, artık Sağlık Bakanlığı'nın yapacağı planlamaya dahil olmaktadır. Halen diğer alanlarda yapılan uygulamaya göre her yıl Ekim ayında ilan edilen yatırım listesinde açık olan pozisyonlar, kura ile sahiplerini bulmaktadır. Bunun dışında artık her isteyen dilediği yere bu kuruluşları açamayacaktır.

2. Tıp merkezleri ve polikliniklerin sahip oldukları uzman hekim kadrolarını birbirlerine devretmeleri veya birleşmeleri mümkün hale gelmiştir. Hastane zincirlerinin değişik illerdeki kadroları 'satın' almalarının önü açılmıştır. Artık 'kadro borsası' oluşmuştur.

3. Muayenehanelerin açılmasına Bakanlık, merkezi olarak izin verecektir.

4. Özel sağlık alanında çalışma biçimleri yeniden tanımlanmıştır:

- Kadrolu
- Kadrodışı geçici çalışma

5. Müstakil laboratuvarlar ve müesseseler yeniden ruhsat-

landırılmaktadır. 6 Ocak 2011'den itibaren iki aylık süre sonunda yeniden ruhsat için başvurmayanların faaliyetinin Valilikçe durdurulacağı belirtilmektedir.

6. Laboratuvar ve müesseselerde adına ruhsat alınmış hekim yada mesul müdürün yanında çalışacak diğer hekimlere çalışma belgesi düzenlenmesi söz konusudur.

7. Bu kuruluşlar çalışma saatlerini (en az 8 saat olmak üzere) ruhsata yazdırmak üzere Bakanlığa bildirecektir. Çalışma süresi içinde laboratuvar ve müessesede en az bir uzman hekim bulunması zorunlu kılınmıştır. Bu koşulun özellikle laboratuvar ve diğer kuruluşlarda çalışan ve ayrıca kamuda görevli olan hekimleri tercih yapmaya zorlamak amacıyla konulduğu açıktır.

PLANLAMA

Planlamanın, özel sağlık kuruluşlarının yurt sathına dağılımını dengeli hale getirmek ve böylece sağlık hizmetinin verimli ve kaliteli sunulmasını sağlamak, kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açmamak amacıyla yapıldığı ileri sürülmektedir.

Bu düzenlemeleri Planlama ve İstihdam Komisyonu yapmaktadır. Bu komisyon, Tedavi Hizmetleri Gn. Md., Özel hastanelerle ilgili Md. Yardımcısı, Temel Sağlık Hizmetleri Gn.Md., Bakanlık 1. Hukuk Müşaviri, Strateji Geliştirme Başkanı, Personel Gn. Md. ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB)'nin sağlık sektörü ile ilgili iki temsilcisinden oluşmaktadır.

Planlamada hangi somut ölçütlerin kullanıldığı, neye göre yeni kuruluş açılmasına izin verildiği, kuruluşların kadro sayısının nasıl saptandığı, kadroların devredilmeleri ve birleşmelerinin neye göre yapıldığı açık değildir.

Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel sağlık alanındaki kuruluşların sayısı, insan gücü, tıbbi hizmet birimlerinin nitelikleri ve tıbbi cihaz dağılımını planlamayı hedeflediğini bildirmektedir. Planlamada demografik yapı (nüfus, yaş dağılımı vb.) ve epidemiyolojik özelliklerin (hastalık yükü vb.) göz önüne alındığı; sağlık kuruluşlarının hizmet kapasiteleri, sağlık insan gücü, çağdaş bilgi ve teknolojinin ülke düzeyine dengeli dağılımının



gözetildiği iddia edilmektedir. Bu şekilde koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinin de yeterli olarak gerçekleştirileceği, kaynak israfı ve atıl kapasitenin önleneyeceği ileri sürülmektedir.

Bu amacı gerçekleştirmek üzere kurulmuş olan ve Sağlık Bakanlığı bürokratları ve TOBB sağlık sektörü temsilcisi işadamlarının olduğu bu kurulda, ne bağımsız hekim örgütünün (Türk Tabipleri Birliği) ne de hekim ve uzman hekim yetiştiren Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin temsilcileri vardır. Piyasa kurallarının hakim kılındığı bu alana, ticaret odasının temsilcilerinin alınması, niyeti açıkça ortaya koymaktadır.

Yüksek miktarlarda paranın dolaştığı bir piyasanın söz konusu olduğu sağlık alanında; işletmeye dönüşen kamuda da, özelde de temel hedef, daha çok iş ve böylece daha çok kazançtır. Tüketim nesnesine dönüştürülen sağlık hizmeti, sunucunun da kışkırttığı taleple birlikte ciddi bir kazanç kapısı haline gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı, yasalar ve yönetmeliklerle bu alanı tekelin çıkarına göre düzenlemektedir. Çoğu bağımsız hekim kuruluşları olan bu küçük işletmeler, giderek süreçten olumsuz etkilenmektedir. Bu alanı düzenleyen yönetmeliklerdeki kurallar, muayenehanelerin açılmasını ve mevcutların sürdürülmesini fiziki koşulları düzenleyen maddeler yüzünden adeta olanaksızlaştırmıştır. 3 Ağustos 2010 Yönetmeliği'nde bulunan muayenehanelerin oda sayısı ve metrekaresi, kapı genişliği ve asansör zorunluluğu gibi uygulanması olanaksız maddelerin yürütmesi Danıştay tarafından durdurulmuştur. Muayenehaneler ile ilgili standartların ancak Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Türk Tabipleri Birliği'nin görüşü alındıktan sonra belirlenebileceğini belirtmiştir.

Bakanlık, ayrıca bu kuruluşları 1219 sayılı yasaya aykırı olarak ruhsata bağlamıştır. Laboratuvarlar ve müesseselerin de planlamaya tabii kılınması, tıp merkezi ve polikliniklerin hekim kadro sayısına kısıtlama getirilmesi ve bu kadroların hekimin çıkarının aleyhine olarak kuruluşların birbirlerine devredilmeleri olumsuz diğer uygulamalardır.

ÇALIŞMA BİÇİMLERİ

1. Kadrolu çalışma: Laboratuvar ve müesseselerde mesul müdür/ ruhsat sahibi hekim dışında diğer uzman hekimler çalışma belgesi alarak kadrolu/ sözleşmeli olarak çalışabileceklerdir. Bir yerde kadrolu çalışanlar ancak en fazla iki özel sağlık kuruluşunda kadro-dışı geçici olarak çalışabilmektedir. Ancak herhangi bir yerde kadrolu olarak çalışmayanlara bu hak verilmemiştir.

2. Kadro-dışı geçici çalışma:

- Yan dal uzmanı ve iki ayrı uzmanlığı olanlar aynı kuruluştadır,
- Yaş haddinden emekli olanlar ve
- Yurtdışında mesleğini en az 2 yıl olmak üzere icra eden tabipler, kadro-dışı geçici çalışabilmektedir.

3. Planlamaya dahil olmadan kadro-dışı geçici çalışabilecekler:

- Halen muayenehanesi olanlar,
- Kadrolu olamadığı için belgeleri iptal edilenler,
- Halen bir sağlık kuruluşunda kısmı zamanlı olarak çalışanlar,

28.2.2011'e kadar başvuruları halinde kadro-dışı geçici çalışma izni alabileceklerdir.

Müstakil olarak halen çalışmakta olan laboratuvarlar ve diğer müesseselerde 6.01.2011 tarihinden itibaren iki ay içinde kuruluş ruhsatı ve diğer çalışan uzmanların çalışma belgesi için başvurmak zorundadırlar. Aksi halde faaliyetleri durdurulacaktır. Yeniden ruhsat için başvuruda aynen ilk kuruluştadır istenen tüm belgelerin yeniden istenip istenmeyeceği, ruhsat harcı alınıp alınmayacağı halen belirsizdir.

6.01.2011 tarihinden sonra açılacak kuruluşlar planlamaya tabii olup, ancak ihtiyaç belirtilen açık yerlere başvurulabilecektir.

Sonuç olarak; merkezi sağlık otoritesi olarak halkın sağlığını korumakla ve geliştirmekle yükümlü Sağlık Bakanlığı'nın kamuda olduğu gibi, özel sağlık alanında da düzenleme yapması hem doğal hakkı hem de görevidir. Ancak sekiz yıldır yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı göz önüne alındığında, Hükümet ve Sağlık Bakanlığı'nın temel amacının halkın sağlık hakkını gözetmek olmadığı ortadadır. Kullandığı yöntem olan piyasalaştırma, beraberinde hem eşitsizlikleri getirmekte hem de sağlık çalışanlarının haklarında ciddi kısıtlamalara yol açmaktadır.

Piyasalaştırma yöntemi ile hem kamuda hem de özelde sağlık tüketimi artmıştır. İlk bakışta yıllardır kısıtlı olan sağlık hizmetine kolay erişimin bir rahatlık sağladığı görülmektedir. Ancak artık daha açık olarak ortaya çıkmıştır ki; bu yöntemle daha çok hastalık/ hasta üretmek gerekmektedir. Talebin artırılması ancak çağdaş sağlık hizmeti sunumunun temel ilkesi olan koruyucu sağlık hizmetlerinin aksatılması ile mümkün olabilecektir.

Bu şekilde piyasa yönelimi, sağlıkta tekelleşmenin önünü açmaktadır. Çıkarılan yasalar ve yönetmelikler bu gidişe hizmet etmektedir. Gerek Tam Gün Yasası, gerekse performans ve özel sağlık alanında bir yıl içinde altı kez yapılan yönetmelik değişiklikleri ile, hekimlerin özlük-ekonomik hakları yok edilmekte, hekim bağımsızlığına darbe indirilmekte, sağlıkta istihdam biçimleri değişmektedir.

Türk Tabipleri Birliği, bu programın getirdiklerini ve nelere mal olacağını hem kamuoyu ile hem de hekimlerle paylaşmakta ve programı engellemek için çeşitli güçleri harekete geçirmeye çalışmaktadır. Bir yandan hekimlik mesleğinin icrası için gerekli etik kuralları saptayan ve hayata geçiren TTB; bu kuralların yaşam bulacağı sağlık sistemini de tanımlamak durumundadır. Bu görev, yasasından gelmekte ve varlık nedenini oluşturmaktadır. TTB bu amaçla mücadelesini sürdürmektedir.

Tıp fakülteleri ve üniversite hastanelerinin geleceği

Tam Gün Yasası ve Tıp Fakültelerini Bekleyen Gelecek

30.01.2011 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Tam Gün Yasasıyla, tıp fakültelerinde, 'performans' diye bilinen, daha fazla işlem yapılarak döner sermaye gelirlerinin artırılması esasına dayanan bir 'ek ödeme' sistemine geçilmiştir. Söz konusu performansa dayalı ödeme sisteminde öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri yaptıkları işlemlerin karşılığında puan toplamakta ve bu puanlar o dönem alacakları ücreti belirlemektedir. Ancak, bu ücret emekliliğe yansımadığı ve sağlık kurumunun gelirine koşturarak her an değişebildiği için, bir güvence taşımamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uzun süredir uygulanmakta olan performans sisteminin, hizmet sunumunda niteliğin kaybına neden olduğu, eğitimi ihmal ettiği, hekimlerin motivasyonlarını, mesleki saygı ve doyum duygularını olumsuz etkilediği, hastaların muayene süresinde azalmaya, tedavi maliyetlerinde artmaya yol açtığı bilinmektedir.

Tam Gün Yasası'nda, tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin öncelikli görevinin eğitim ve araştırma olduğu, hizmetin ise eğitimle iç içe verildiğinin dikkate alınmadığını görüyoruz. Bu yasa öğretim üyelerini eğitim ve araştırmadan uzaklaştıracak, daha çok sağlık hizmeti sunmaya yöneltecektir. Daha çok kazanma üzerine kurulan ve daha çok kazanmanın yolunun da daha çok işlem yapmaktan, daha çok hasta bakmaktan geçtiği bir sistemde, maddi karşılığı olmayan ya da maddi karşılığı hizmete oranla düşük olan araştırma, eğitim gibi faaliyetlere ayrılan zamanın giderek azalması beklenir. Tıp fakültelerinde

eğitim ve araştırmaya verilen ağırlığın, hasta bakımına kayması, tıp fakültelerinin hızla akademik niteliklerini yitirmeleri anlamına gelmektedir. Bu da, tıp fakültelerinin en yüksek düzeyde tıp eğitimi verme ve yeni bilgiye araştırmalar yoluyla ulaşma görevinden uzaklaşmalarını getirecektir.

Tam Gün Yasası ile birlikte öğretim üyelerinin gelirleri düşecek; öğretim üyeleri asgari yaşam koşullarını oluşturabilmek için, uzun saatler çalışmak zorunda bırakılacakları bir çalışma ortamı içine gireceklerdir. Artan finansal baskılar nedeniyle, öğretim üyelerinin, eğitim, araştırma, nitelikli sağlık hizmeti sunumu gibi iyi hekimlik değerlerinden ödün vererek, klinik olarak üretken olmak konusunda ağır bir baskı altına girmeleri ve giderek klinisyen özelliğinde öğretim üyelerine dönüşmeleri kaçınılmaz olacaktır.

Öte yandan, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile Sağlık Bakanlığı arasında 15.01.2009 tarihinde 'Götürü Bedel Üzerinden Hizmet Alım Sözleşmesi' imzalanmıştır. Söz konusu sözleşme, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmet sunucuya bir sonraki yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetleri karşılayacak tek bir miktarın ödendiği 'global bütçeleme' uygulamasına geçilmesi anlamına gelmektedir. Yakın bir zamanda üniversite hastanelerinde de global bütçelemeye geçileceği biliniyor. Global bütçelemenin uygulandığı koşullarda, sağlık kuruluşları ve hekimlerin, daha çok sağlık hizmeti verip karşılığında daha çok döner sermaye geliri elde etmeleri söz konusu değildir. Sonuçta, performans sistemi, üniversite hastanelerinde, daha az çalışandan alınıp daha çok çalışana verilen, hekimlerin ancak birbirlerinin gelirine ortak olabildikleri bir çalışma ortamı yaratacaktır.



Değişen akademik ortamın, tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin mesleki yeterlilikleri üzerine olumsuz bir etki oluşturmaması düşünülemez. Bu sistemde hastaların nitelikli sağlık hizmetine erişmeleri zorlaşacaktır. Tedavisi güç, zaman ayrılması gereken bir hastalığı olduğunda, hastalarımızın tedavilerini üstlenecek hekim bulmaları kolay olmayacaktır. Daha çok hasta bakarak daha çok kazanma söz konusu olduğunda, önemli olan hastanın size ne kadar para kazandırdığı olacak, akademik ve bilimsel ilgi, mesleki uygulamanın niteliği geri planda kalacaktır



Tıp Fakülteleri ile ilgili gelişmelere eğitim alanlar açısından baktığımızda, önümüzdeki süreçte tıp öğrencilerinin aktif katılımcılar olmak yerine, pasif gözlemciler olacaklarını öngörebiliriz. Yaşanan gelişmeler, tıp eğitimcilerinin, yaparak öğrenme yöntemlerinden, dersler ve ders kitapları yoluyla didaktik öğretme yöntemlerine geçmelerine neden olacak; bunun sonucunda da bilgiye nasıl ulaşacağını ve onu nasıl değerlendireceğini bilen problem çözücü ve eleştirel yaklaşan hekimlerin yetiştirilemediğini göreceğiz.

Ülkemizde sağlık hizmeti tıp fakültelerinden yetişen hekimlerle verileceğine göre, bu gelişmelerden en fazla etkilenen hastalarımız olacağını söyleyebiliriz. Değişen akademik ortamın, tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin mesleki yeterlilikleri üzerine olumsuz bir etki oluşturmaması düşünülemez. Bu sistemde hastaların nitelikli sağlık hizmetine erişmeleri zorlaşacaktır. Tedavisi güç, zaman ayrılması gereken bir hastalığı olduğunda, hastalarımızın tedavilerini üstlenecek hekim bulmaları kolay olmayacaktır. Daha çok hasta bakarak daha çok kazanma söz konusu olduğunda, önemli olan hastanın size ne kadar para kazandırdığı olacak, akademik ve bilimsel ilgi, mesleki uygulamanın niteliği geri planda kalacaktır. Ayrıca, hastalara ayrılan zamanda azalma, gerekli olmayan işlem sayısında artışlar görülebilecektir.

Uygulanmakta olan sağlık politikalarının etkileri öğretim üyeleri ve araştırma görevlileriyle sınırlı değildir, elbet. Ülkemizde bir yandan eğitim alt yapısı açısından ihtiyaçlar belirlenmeden çok sayıda tıp fakültesi açılırken, diğer yandan tıp fakültesi öğrenci kontenjanları eğitim altyapısını zorlayacak şe-

kilde artırılmaktadır. Bu iki gelişmeyle hedeflenen, hekim sayısının artırılmasıdır. Bu süreçte hekimleri, hekim emeğinin sağlık sektöründe ucuz iş gücüne dönüştüğü, işsiz kalma tehdidi altında, daha fazla çalışılıp daha az kazanılan bir çalışma düzeni, özlük haklarının elinden alınması gibi gelişmeler beklemektedir.

Üniversite Hastanelerinde Finansal Kriz

Üniversite hastaneleri finansal bir kriz içindedir. Bu krizin üniversite hastanelerinin iyi yönetilmemesinden kaynaklandığını söylemek mümkün değildir. Üniversite hastanelerinin krize nasıl sürüklendiğini birkaç maddede açıklamaya çalışırsak, şunları belirtebiliriz:

SGK'nın tedavi harcamalarının hastane türlerine göre dağılımına bakıldığında, 2002 yılında üniversite hastaneleri için %21.9 olan oran, 2009 yılında %18.7'ye gerilemiştir. Tıp fakültelerinin sayısı ise, 2002'de 50 iken 2009 yılında 70'e yaklaşmıştır. Şu anda ise, 74 tıp fakültesi bulunmaktadır. Ülkemizde tıp fakültelerinin sayısı hızla artarken, üniversite hastanelerinin sağlık harcamalarından aldıkları payın giderek azaldığını görüyoruz

Üniversite hastanelerinin toplam sağlık harcamalarının %85'i döner sermaye kaynaklarından gerçekleşmektedir. Genel bütçeden alınan payın önümüzdeki dönemde daha da azalması beklenmektedir. Diğer bir ifadeyle, üniversite hastaneleri döner sermaye gelirlerine mahkum edilmişlerdir. Oysa ki, eğitim ve araştırmaya öncelik veren üniversite hastanelerinin genel bütçeden desteklenmesi gerekmektedir.

En zor olgulara, en pahalı tedavi hizmetini sunan üniversite

hastanelerine, SGK'dan, sağlık hizmeti üretme maliyetlerinin çok altındaki değerlerde geri ödeme yapılması, üniversite hastanelerinin faturalarına sık olarak kesinti uygulanması sonucu oluşan döner sermayelerdeki finansal kriz, üniversite hastanelerinin geleceğini tehdit etmektedir.

Üniversite hastanelerinin kamu alacakları yasal düzenlemelerle ödenmeyebilmektedir. 2007 yılında çıkartılan 5588 sayılı Yasa ve 5502 sayılı Yasanın geçici 3. maddesine dayanılarak, SGK'nın devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine 2006 yılına kadar olan borçlarının mahsuplaşma, alacaktan vazgeçme ve terkin yoluyla silinmesi yoluna gidilmiştir. 2008 yılında Bakanlar Kurulu kararı çerçevesinde yapılan düzenlemeyle, 31.10.2007 tarihine kadar bedeli ödenmemiş faturaların bedelsiz kamu hizmeti tanımına sokularak silinmesi sağlanmıştır.

Üniversite Hastanelerine Mali Yardım

01.08.2010 tarihinde çıkartılan bir yasanın geçici maddesi, Maliye Bakanlığı tarafından, üniversite rektörlüğünün talebi üzerine, oluşturulacak kurulca belirlenmiş ölçütler çerçevesinde, "mali durumunun zayıf olduğu kararlaştırılanlara, belirlenecek tedbirleri uygulamayı kabul etmeleri ve fiilen uygulamaları şartıyla", üniversite hastanelerinin döner sermayelerine yardım yapılabilmesi hükmünü içermektedir. Ardından da, Bakanlar Kurulu, 2010 yılı Kasım ayında, söz konusu yasa geçince, 22 üniversite hastanesinin döner sermaye bütçelerine yardım yapılması kararı almıştır. Yardım ölçütü ise, borç/gelir oranının %20'nin üzerinde olması olarak belirlenmiştir. Bu, ülkemizdeki üniversite hastanelerinin yaklaşık üçte birinin ciddi bir yardım ihtiyacı içinde olduğu anlamına gelmektedir. Söz konusu yardımlar, Maliye Bakanlığı ile üniversiteler arasında yapılan protokollerle, Maliye Bakanlığı'nın yedek ödeneğinden üniversite bütçelerine yapılmıştır.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Sağlık Bakanlığı'na Bağlanması

Bütün dikkatler yukarıda sözü edilen yasa üzerinden üniversite hastanelerinin maliyesinin 'üniversite dışından' yönetilmesi uygulamalarına çevrilmişken, yeni ve önemli bir gelişmeye daha tanık olduk. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Marmara Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan bir protokolle, Pendik'te bulunan 450 yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesine taşındı. Hastanenin ismi oldukça çarpıcı ve süreci, fazla söze gerek bırakmadan açıklar nitelikte: Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Sağlık Bakanlığı ile Marmara Üniversitesi arasında yapılan 28 Ağustos 2010 tarihli protokolün, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. maddesine dayandırıldığı görülüyor. Yasaya eklenme tarihi 21 Ocak 2010 olan bu madde, Tam Gün Yasası'nın 11. Maddesi, aynı zamanda da. Bu madde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin Bakanlık ve üniversitelerce

karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilmesiyle ilişkin bir hüküm içeriyor. Yapılan protokole göre, hastanenin işletilmesi 'Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği' gereği Bakanlıkça düzenlenecek; sağlık hizmet sunumu Bakanlığın tabi olduğu ilgili mevzuat çerçevesinde yürütülecektir. Protokolde dikkati çeken bir nokta da, bu hastanelerin başhekimlerinin yukarıda belirtilen yönetmelikte tanımlanmış geniş yetkilere sahip olmalarıdır. Dekanlık ise, protokole göre, eğitimden sorumlu konumda olup başhekimlik ile eşgüdüm içinde çalışacaktır. Hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı ise, 209 sayılı 'Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Teşislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun' ile ilgili yönetmelikler kapsamında yürütülecektir.

Ancak, bu noktada bir sorun olduğu dikkati çekiyor. Protokolün, dayandırıldığı 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasasının Ek 9. Maddesi ya da diğer bir ifadeyle Tam Gün Yasası'nın 11. Maddesi, açık olarak, Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin kurumları birlikte kullanmalarına ilişkin usul ve esasların, Maliye Bakanlığı ve YÖK'ün görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirleneceğini ifade ediyor. Oysa ki, Marmara Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında, yönetmeliğin çıkartılması beklenmeden protokol yapılmıştır.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin görevlendirmeleri ise, 2547 Sayılı Yasanın 38. Maddesine göre yapılmıştır. Üniversite öğretim elemanlarının diğer kamu kurum ve kuruluşlarda geçici olarak görevlendirilmelerini tanımlayan yasanın bu maddesi, görevlendirilecek olanın muvafakatının alınmasını şart koşuyor. Bu örnekte ise, öğretim üyeleri, resmi bir yazıyla, aksi takdirde döner sermaye ek ödemesi alamayacakları belirtilerek, 2547 sayılı Yasanın 38. maddesine göre görevlendirilme talebinde bulunmaya zorlanmışlardır. Ayrıca, hukuksal değerlendirmelere göre, 38. maddenin, burada yapıldığı gibi, bir tıp fakültesinin tüm öğretim üyelerini Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altına sokacak görevlendirilmeler için yasal bir dayanak olarak alınması oldukça tartışmalıdır.

Üniversite Hastanesi ile Devlet Hastanesinin Ortak İşletilmesinin Diğer Örnekleri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları ile üniversite hastanelerinin birlikte kullanılmasının tek örneği, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi değildir.

02.02.2008 tarihinde, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin temelleri, imzalanan protokol ile Kale Devlet Hastanesi'nde atılmıştır. 05.06.2009 tarihinde, Sağlık Bakanlığı ile Sakarya Üniversitesi arasında eğitim ve uygulama amaçlı işbirliği protokolü imzalanmıştır. 15.07.2010 tarihinde, inşaatına devam edilen 300 yataklı Kırşehir Devlet Hastanesi'nin, Sağlık Bakanlığı ve Ahi Evran Üniversitesi tarafından ortaklaşa kullanılması için protokol yapılmıştır. Daha yakın bir tarihte, 16.09.2010'da, Sağlık Bakanlığı ile Erzincan Üniversitesi ara-



sında teknik ekipman ve personel ihtiyacının Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanacağı, hastanenin eğitim ve araştırma hizmetlerinin ise Tıp Fakültesi tarafından oluşturulacak kadrolarla yürütüleceği bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Örnekler çoğaltılabilir. Aslında, son dönemde Rize, Aksaray, Ordu illerinde olduğu gibi, yeni açılan tıp fakültelerinin tümü için benzer protokollerinin yapıldığı görülmektedir.

Üniversitesi hastanelerinin, yeni açılanlardan başlanarak, yönetsel olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanıyor olması, tıp fakülteleri ile üniversite hastaneleri arasındaki bir ayrışmaya işaret ediyor. Bu gelişmeler, tıp fakültelerinin yüksek okul statüsüne ineneğine ilişkin öngörülerini doğrular niteliktedir. Üniversite hastanelerinin geleceğini belirleyecek en önemli gelişme ise, protokollere dayanak oluşturan Tam Gün Yasası'nın 11. Maddesine göre, Sağlık Bakanlığı tarafından, 'İşbirliği Yönetmeliği' olarak da bilinen, 'Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in çıkartılması olacaktır.

Üniversite Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Bağlanması Yasal Düzenlemesi: İşbirliği Yönetmeliği

Tam Gün adı verilen 5947 sayılı Yasanın 11. maddesiyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin birlikte kullanılabilmesi, kullanımın esaslarının ise Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği bir düzenlemeye gidilmektedir. İşbirliği Yönetmeliği henüz taslak aşamasında olsa da, taslağın içeriği Sağlık Bakanlığı'nın konuya yaklaşımı hakkında fikir verici niteliktedir.

Yönetmelik taslağında; 1) Toplam nüfusu 500 binin altında olan illerde, tıp fakültesi ile eğitim ve araştırma hastanesi açılmayacağı, 2) Toplam nüfusu 500 ila 850 bin olan illerde, tıp fakültesi ile Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden yalnızca birinde tıp ve tıpta uzmanlık eğitimi verilebileceği, Sağlık Bakanlığı ile üniversitenin birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin protokolü yapmasının zorunlu olduğu, 3) Toplam nüfusu 850 binin üzerinde olan yerlerin ise şimdilik mevcut durumlarıyla faaliyete devam edecekleri belirtilmiştir.

Bu taslak metinde, ayrıca, tıp fakültelerinde eğitim hizmetlerinden dekanın, sağlık hizmetlerinden ise başhekimin sorumlu olacağı, her anabilim dalında ve bilim dalında Sağlık Bakanlığı'nın atadığı sağlık hizmeti sorumlusunun olacağına ilişkin maddeler yer almaktadır.

Yönetmelik taslağından yola çıkarak, şu noktalara dikkat çekmek gerekiyor: Bu yönetmelik yürürlüğe girerse, protokolün yapıldığı tıp fakültelerinde, Sağlık Bakanlığı'nın atayacağı başhekim, hizmet sunumu ile ilgili konularda üniversite öğretim üyeleri dahil tüm fakülte personelinin amiri olacaktır. Üniversite sağlık birimlerinin SGK'dan alacakları payın Sağlık Bakanlığı için belirlenen Götürü Hizmet Bedeline eklenecek olma-

Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altında olan üniversite hastanelerinin, Tam Gün Yasası'nın uygulanmasıyla yeni gelir kayıplarına uğramaları ve mevcut rekabet ortamında mali yardım protokolündeki koşulları yerine getirememeleri düşük bir olasılık değildir. Bakanlık yakında çıkarılması beklenen "İşbirliği Yönetmeliği", üniversite hastanelerinin küçük ölçekli olanlarının Bakanlığa bağlanmasını zorunluluk haline getirecektir

si nedeniyle, sağlık hizmet bedeline ilişkin üniversite payı Sağlık Bakanlığı'na geçecektir. Öğretim üyelerine performans dayalı ek ödemeler, YÖK'ün hazırladığı performans yönetmeliğine göre değil, Sağlık Bakanlığı tarafından 209 sayılı Kanun uyarınca çıkarılan yönetmeliğe göre yapılacak, diğer bir ifadeyle, ek ödemeler tamamen Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir.

Açık olarak ifade etmek gerekirse, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri arasında, işbirliği ve olanakların birlikte kullanımına yönelik bir düzenleme getirme iddiasındaki bu yönetmelikle, özerk bir yapılanmadaki üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak ortadan kaldırılmasının yasal koşulları oluşturulmaktadır.

Sonuç

Tüm bu gelişmelerden çıkarılacak en önemli sonuçlardan biri, önümüzdeki dönemde tıp fakültelerinin yüksek okul konumuna doğru gerileyeceği ve tıp fakülteleri ile üniversite hastaneleri arasındaki ayrışmanın, tıp ve uzmanlık eğitimi, araştırma ve nitelikli sağlık hizmet sunumu açısından ağır ve telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğuracağıdır. Finansal kriz içindeki üniversite hastanelerinin mali yardımlar aracılığıyla Maliye Bakanlığı'nın denetimi altına girmesi, sürecin ilk aşaması olarak görünmektedir. Mali yardım olarak ayakta durabilen ve finansal olarak Maliye Bakanlığı'nın denetimi altında olan üniversite hastanelerinin, Tam Gün Yasası'nın uygulanmasıyla yeni gelir kayıplarına uğramaları ve mevcut rekabet ortamında mali yardım protokolündeki koşulları yerine getirememeleri düşük bir olasılık değildir. Sağlık Bakanlığı'nın yakında çıkarılması beklenen 'İşbirliği Yönetmeliği', üniversite hastanelerinin küçük ölçekli olanlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasını zorunluluk haline getirecektir. Kendi başına ayakta kalabilmenin koşullarının giderek ortadan kaldırıldığı günümüzde, üniversite hastanelerinin büyük ölçekli olanlarını bekleyen geleceğin de farklı olmadığını söyleyebiliriz.

Yeni düzenin sağlık çalışanlarına sunduğu ise, güvencesiz çalışma koşullarında, asgari yaşam koşullarını oluşturabilmek için uzun saatler çalışmak zorunda bırakılmak olacaktır.

TÜM HEKİMLERİN BİRLİK VE DAYANIŞMASI SAĞLANMALIDIR AYMAZLIKTAN KURTULUN! ALDIRMAZLIKTAN VAZGEÇİN! ARTIK TEPKİ GÖSTERİN!



Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin (SDP) devreye sokulduğu 2003 yılından bu yana hekimlerin başına gelenler pişmiş tavuğun başına gelmedi.

Önce, mecburi hizmet tekrar devreye sokuldu. Sadece asistan hekimlerle tıp öğrencileri tepki duydular, hekimlerin geri kalanları bir şey demedi. Onları ilgilendiren bir şey yoktu!

Sonra Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasası çıktı, muayenehaneler sistem dışı bırakıldı. Bazı muayenehane hekimleri rahatsızlık duydu, diğerleri ilgilendi bile, öteki hekimler hiç alakadar olmadı.

2008 Şubatında Özel Hastane ve Tıp Merkezlerine kadro sınırlandırması getirildi. Bu kısıtlayıcı kararın hekimlerle ilgili olduğu anlaşılabilir bile, sadece işletmelerin sorunu gibi algılandı (aslında en kritik, kırılma noktasıydı).

Polikliniklerin ve Tıp Merkezlerinin 4 yıl içerisinde kapatılması ya da üst düzey standartlara uyum sağlanması istendiğinde sadece polikliniklerde çalışan hekimler tepki gösterdi. Diğer hekimler ne olduğunu bile anlamadılar. Onları ilgilendiren bir şey yoktu!

İşyeri hekimliği ile ilgili üst üste kısıtlayıcı kararlar alındı. Türk Tabipleri Birliği (TTB) devamlı hukuksal mücadeleyi sürdürdü. Bazı kararlar iptal edilmekle birlikte, hekimlerin çalışma alanları biraz daha kısıtlandı. İşyeri hekimliği yapan hekimlerden başka kimse duymadı bile.

Sağlık Ocakları'nın kapatılması ve Aile Hekimliği'ne geçiş sırasında 20.000'i aşkın hekim ellerine biraz daha fazla para geçmesi karşılığında 657 sayılı yasanın tüm avantajlarını kaybettiler. Artık hiçbir devlet memuru değil. İş güvencesi bitti.

Tam Gün Yasası çıkarıldığında part-time çalışan 17-18.000



hekim olumsuz etkilendi, cılız tepkiler çıktı. Diğer meslektaşlar ilgisiz kaldılar. Bu yasanın sadece bir Tam Gün çalışma yasağı olmadığı tüm hekimlerin çalışma özgürlüklerinin kısıtlanacağı anlaşılamadı. Yine onları ilgilendiren bir şey yoktu!

Ardından, muayenehaneleri kapatmayı misyon edinmiş Sağlık Bakanı bu kez hastane ve tıp merkezlerinden talep ettiği, ancak bakanlığa bağlı tesislerin çoğunda bulunmayan fiziki özellikleri, muayenehanelerden isteyen bir yönetmelik yayınladı. Konu halen Danıştay'ın gündeminde, yine muayenehanesi olmayan hekimler pek bir şey hissetmediler.

En son 6 Ocak 2011'de yapılan değişiklik, muayenehane açmayı ruhsata bağladı (hekimlerin çalışma özgürlüklerini bitiren ve son noktayı koyan antidemokratik bir karar).

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ücretlerine 4 yıldır zam yapılmıyor. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel hastanelerde çalışan hekimlerin gelirleri düşüyor. En azından enflasyon ile ilişkili olarak artırılmalı diye talep eden bir hekim organizasyonu yok. Kamu hastanelerinin de daha fazla performans ödemesi yapacak durumu yok, buralarda da hekimlerin gelirleri düşmeye devam ediyor.

Bazı özel hastaneler hekimlerin hakedişlerini sürekli geciktirerek ödüyor. İlk ciddi tepkiler Ekim 2010'da İstanbul Tabip Odası'nın (İTO) yaptığı basın açıklamasının ardından Aralık 2010'da Taksim'de yapılan protesto yürüyüşü ve basın açıklaması oldu. Diğer hekimler, özel hastanelerde çalışmayanlar, onları ilgilendiren bir şey var mı?

Emekli olan hekimler iş bulamıyor, özel sektörde kadrolar dolu, muayenehane açmak şu anda fiilen imkansız. Herhangi bir işi olan hekimler bunu biliyor mu?

Ülkemizde tıp fakültesi sayısı 74 oldu. Tıp öğrencisi kontenjanı 8090'i (2010 rakamı) buldu. Sağlık Bakanı ısrarla her yıl 13.500 tıp fakültesi mezunu hedefine koşuyor Çok değil, gelecek 10 yıl içerisinde açık hekim işsizliği ve hekim emeğinin çok daha değersizleşeceği bir sürece doğru hızla gidilmektedir.

Son 5-6 yılda peş peşe uygulamaya konulan yasa, yönetmelik, genelge ve tüm uygulamalar yukarıda sıraladığımız gibi dalga dalga gelmiş ve tüm hekim kategorilerine birer birer darbe vurmuştur. Bu sürece karşı şu anda sayıları 115.000'i aşan hekimler yeterince tepki gösterememişler ve sürekli kaybetmişlerdir. TTB'nin kurumsal çıkışları hukuksal mücadele dışında bir sonuç alamamıştır, hükümetin hukuk tanımaz uygulamaları bu mücadeleyi de büyük ölçüde sonuçsuz bırakmaktadır.

Ne yapmalı?

Birinci hedef, tüm hekimlerin birlik ve dayanışmasının sağlanmasıdır. İkinci aşama ise tüm bu uygulamaların sonuçta halk sağlığını olumsuz yönde tehdit eden yanlış uygulamalar olduğunu tüm topluma anlatmaktır.

Öncelikle hekimlerin birlik ve dayanışmasının sağlanması, bu amaçla tüm hekimler ve örgütleri, bilim dalı dernekleri, tıp dernekleri hızla aydınlatılmalı, bilgilendirilmelidir. Artık bu

aymazlıktan, aldırmaçlıktan ve eylemsizlikten kurtulmak gerekiyor. Toplumsal bir baskı grubu olarak hekim örgütleri aynı platformda bir araya gelmelidir. Bu platformun asgari paydışı hekimliktir. Hekimlerin çalışma ve yaşam koşullarının sürekli kötüleşmesi, yukarıda sıraladığımız son 5-6 yıldır yapılan uygulamalar, aynı zamanda halkın sağlık düzeyini düşürecek uygulamalardır. Hekimler kendilerini tüm topluma anlatabilmelidir. Bu konuda çağdaş, modern iletişim teknikleri en profesyonel yöntemler kullanılarak yapılabileceği gibi, mesleğimizin önemli ayrıcalığı olan tüm halkla yüz yüze iletişimde olma özelliği ile her hekim birebir bu durumu halka açıklamalıdır. Bunun için gerekli pratik yöntemler geliştirilmelidir. Örneğin, tüm hekimler poliklinik odalarındaki panolarda aynı günde aynı mesajı milyonlarca insana iletebilirler. 2009 yılında kamuda ve SGK anlaşmalı sağlık tesislerinde kayıtlı, muayene edilen hasta sayısı (1.,2. ve 3.basamakta) yaklaşık 500.000.000 olup, kişi başına sağlık kuruluşlarına başvuran sayısı 6.79 olarak verilmektedir. Bir diğer deyişle hekimler iki ay içerisinde tüm nüfus ile yüz yüze temas etmiş olmaktadır.

Kategorik olarak her hekim grubunun farklı sorunları gibi görünen problemler, aslında tüm hekimlerin sorunudur. Tıp fakültesini bitirdikten, aktif hekimliğe son verilene kadar geçen 40-50 yıllık uzun süreçte, her hekim farklı aşamalarda, değişik kategorilerde hizmet etmektedir. Birincisi, bu anlamda sürekli değişen bir durum söz konusudur. Pratisyen hekim - asistan hekim-uzman hekim-muayenehanesi olan/ olmayan, eğitici kadrolarda görev alan ve emekli olan hekim gibi. Bunlardan en az 2-3'ü tüm hekimler tarafından yaşanan süreçlerdir. İkincisi ve en önemlisi ise; çalışma koşullarının sınırlandırılması ve bununla doğrudan ilişkili olarak hekim emeğinin değersizleştirilmesidir. Hükümetin aldığı kararlar sistematik olarak bu stratejik süreci tamamlamaya yöneliktir. Son darbe hekim enflasyonu yaratılarak vurulacaktır. Taktiksel olarak böl-yönet yöntemi kullanılmaktadır. Her adımda farklı bir hekim kategorisine darbe vurulmakta olup, hekimlerin aymazlığı, örgütsüzlüğü aşılmadıkça aydınlık bir gelecek görülemiyor. Çözüm başta söylediğimiz gibi tüm hekimlerin birlik ve dayanışmasının sağlanmasıdır. Ayrıştırıcı ve farklılaştırıcı konulardan uzak durup, var olan tüm örgütlü hekim kesimleri hızla organize olmalıdır. En geniş hekim birlikteliği için TTB ve Tabip Odaları başta olmak üzere bilim dalı dernekleri ve diğer tıp dernekleri ortak bir platform çerçevesinde bir araya getirilmelidir. Bu süreçte kamuoyu aydınlatılmalıdır. Toplumun örgütlü kesimleri, sendikalar, meslek odaları, dernekleri, medya ve siyasi örgütlerle her düzeyde iletişim sağlanmalı, ayrıca yukarıda önerdiğimiz yüz yüze iletişim olanağından azami ölçüde yararlanılmalıdır. Ülkemizde var olan üretim, tüketim ve iletişim ilişkileri göz önüne alınarak uzman-profesyonel bir tarz benimsenerek bu amaca ulaşılabilir. Yeter ki, tüm hekimlerin birlik ve dayanışması sağlansın. Gün, aymazlıktan kurtulma, aldırmaçlıktan vazgeçme ve eyleme geçme gündür!



ASİSTAN HEKİMLER 33 SAAT KESİNTİSİZ ÇALIŞIYOR

Istanbul Tabip Odası Asistan Hekimlik Komisyonu 33 saat kesintisiz çalışmaya, eğitimin yadsınarak sadece hizmet ağırlıklı çalıştırılmaya, yabancı uyruklu asistanların güvenmeden yoksun çalıştırılmasına karşı Taksim'de bir protesto gösterisi düzenlediler.

Eyleme, Türk Tabipleri Birliği Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu, Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Dr. Feride Aksu Tanık, İstanbul Tabip Odası Başkanı Dr. Taner Gören, İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Ali Çerkezoğlu katıldı.

"33 Saat Uykusuz Kalan Bir Hekime Muayene Olmak İster Misiniz?" pankartı taşıyan Asistan Hekimler, Galatasaray Lisesi önünden, "Nöbet ertesi izin hakkımızdır", "Yerli yabancı farklı değildir, asistan hekim köle değildir", "İnsanca mesai, standart eğitim" sloganlarıyla ve ritim enstrümanlarının eşliğinde Taksim Atatürk Anıtı'na yürüyüşe geçtiler.

Anıt önünde As. Hekim Dr. Zerrin Oğlağı tarafından okunan basın açıklamasında şunlara yer verildi: "Çalışma şartlarımız gereği olarak acil sağlık hizmetleri de bizler tarafından verilmekte ancak nöbetler sonrasında herhangi bir dinlenme süresi verilmeden çalışmaya devam ettirilmeekteyiz. 9 saatlik mesai sonrası 15 saat nöbet tutan bir asistan hekim ertesi gün herhangi bir şekilde dinlenmeden 9 saat daha çalışmakta, böylelikle kesintisiz sağlık hizmeti verdiği süre 33 saate ulaşmaktadır. Oysa ki ulusal ve uluslararası çalışma saatlerini ve koşullarını belirleyen yasal metinlerde bu şartlar altında çalıştırılmak yasaklanmıştır. Sağlık hizmeti sunumu gibi yoğun dikkat ve konsantrasyon gerektiren bir alanda, 33 saat kesintisiz çalış-

mak; hem bu hizmeti veren hem de bu hizmetten faydalanmaya çalışan hastalar için bir takım sorunlar yaratmaktadır. Yoğun ve uzun mesai süreleri hekimlerin tıbbi hatalar yapmasını kolaylaştırmakta, ruh ve beden sağlıklarının bozulmasına yol açmaktadır."

ASİSTAN HEKİMLERİN VARLIK SEBEPLERİ EĞİTİM SÜRESİNCE YETKİN BİR HEKİM OLARAK GÖREVE BAŞLAMAKTIR

Dr. Oğlağı açıklamasında, hizmet saatlerinin uzaması nedeniyle eğitim saatlerinin aksamakta olduğunu ifade ederek hizmet sunumunun hemen her klinikte eğitimin önüne geçtiğini belirtti. Asistan hekimlerin yaşadığı tüm bu sıkıntılar karşısında çözüm önerilerini de sunan Dr. Oğlağı açıklamasına şöyle devam etti: "Hekimler tam gün süre ile çalışmalı ancak bu süre günde 8 saati ve haftada maksimum 40 saati geçmemelidir. Bunun yanında fazla çalışma süresi maksimum 16 saat ile sınırlandırılmalı, her 8 veya 10 saatlik çalışma periyotları arasında en az 11 saatlik dinlenme süresi bulunmalıdır. Ücret ve iş güvencesi kaybına yol açan taşeronlaştırma, 4-B, 4-C ve benzeri statüler ortadan kaldırılmalıdır.

Açıklamada ayrıca yabancı uyruklu hekimlerin de haklarına değinen Dr. Oğlağı: Yabancı uyruklu Asistan hekimler başta ücret, sosyal güvence, örgütlenme ve temsil hakkı olmak üzere Türkiye Cumhuriyeti uyruklu asistan hekimlerle eşit haklara sahip olmalıdır" dedi.

Türkiye Sakatlar Derneği'nin de destek verdiği eylemde Dernek Genel Müdürü Ergün İşeri "Bizlerin sağlıklı olabilmesi için hekimlerin de sağlıklı olması gerektiğine inanıyoruz" dedi.

Biz Janssen'iz

İnsanların sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesi için her koşulda özveriyle çalışan hekimlerimizin ve tüm sağlık çalışanlarının 14 Mart Tıp Bayramı'nı kutlarız.



Üçüncü köprüye hayır!

Yetmişin üzerinde dernek, demokratik kitle örgütü ve siyasi partinin bir araya gelerek oluşturduğu Yaşam Platformu Kadıköy'de "3. Köprüye Hayır" mitingi düzenledi. Üçüncü köprü başta olmak üzere, doğayı talan yasalarına, HES'lere, kentsel dönüşüme, ve suyun ticarileştirilmesine karşı da düzenlenen miting, büyük bir buluşmaya dönüştü. Platform bileşenleri dışında sanatçıların, akademisyenlerin de destek verdiği mitingin kürsüsünde "İstanbul'u ve Yaşamı Savunacağız, Haramilerin Saltanatını Yıkacağız" pankartı yer aldı.

Kadıköy Meydanı'na yapılan yürüyüşün ardından Platform adına konuşan TMMOB Orman Mühendisleri Odası Yönetim Kurulu Üyesi Kader Cihan söz konusu olanın insan emeğini, yaşam alanlarını, İstanbul'u ve Anadolu'yu koruma davası olduğunu belirtti. Prof. Dr. Beyza Üstün de "Suyun Ticarileştirilmesine Hayır Platformu" adına bir konuşma yaptı.

"İstanbul'un su havzalarını, kuzey ormanlarını, Trakya'nın tarım alanlarını, Marmarayı tehdit eden 3. köprü ve bağlantılarına karşı İstanbul'u, marmarayı, anadoluyu, su havzalarını, ormanları, yaşamı savunduğumuzu birlikte duyurmak için.

Suyumuzu, ormanımızı, meramızı, biyolojik çeşitliliğimizi şirketlere devredecek, metalaştıracak olan, yetkiyi Çevre ve Orman Bakanlığı'na verecek "Tabiat ve Biyoçeşitlilik Yasa" tasarısına, karşı olduğumuzu bir kez daha duyurmak için İstanbul'da Kadıköy'deyiz.

- Önce suların, göllerin, derelerin, denizlerin, tarım alanlarının kirlenmesine göz yumdular, sonra Ergene Nehri'ni, Küçükçekmece Lagünü ve benzerlerini kirlendi diye gözden çıkardılar,

- Bu sulak alanların koruma statülerini, suları içme suyu kalitesinde değildir diye, kaldırarak havzaları yapılaşmaya açtılar,

- Ardından sular eksiliyor, kıtlaşıyor saviyle Melen'den, Istranca'dan, Kızılırmak'tan İstanbul'a, Ankara'ya k.m'lerce borularla su taşıdılar, havzalar arası suyun taşınacağını hepimize kanıksatmak istediler,

- İstanbul'da içmesuyu barajı olarak ilan ettikleri içmesuyu havzalarını sanayileşmeye, yasadışı yapılaşmaya açtılar,

- 2009 Martında suyun ticarileştirilmesini hedefleyen BM Dünya Su Konseyinin 5. Forumuna, su şirketlerine İstanbul'da ev sahipliği yaptılar, suyun ticarileştirilmesi için stratejik kararlar aldılar, anlaşmalar imzaladılar,

- Suların kıtlaşması, boşa akması, dışa bağımlılıktan kurtulma yalanları, enerji bahaneleri ile Anadolu'da bütün dere havzalarını ve suları, su kullanım hakkı sözleşmeleri ile (2000 i aşkın) şirketlere 49 yıllığına devrettiler.

- Diğer taraftan TOKİ'nin dev sitelerine, hava alanlarına havuzlar, göletler yapmaya devam ettiler, daha da ileri giderek İstanbul'a 2. Boğaz yapacaklarını RAMSAR alanı, kuş cenneti olan Uluabat, Sapanca Gölleri'ni denize bağlayacaklarını Marina ya-



Fotoğraf: Volkan Aktepe

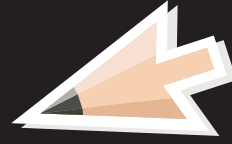
pacaklarını ilan ettiler, Yeşilirmak Deltasını (Terme- Sivaslılar Köyü) marina yapılması için bedelsiz olarak şirketlere tahsis ettiler. Doğa üzerindeki tüm bu saldırılar yetmemiş olmalı ki; 3. köprü ve bağlantı otopanlarıyla Marmara'nın, İstanbul'un ve Trakya'nın nefesi olan kuzey ormanlarını, Ömerli, Darlık Su Havzaları gibi bütün kuzey su havzalarını yok etmeye, İzmir İstanbul otopanıyla Manyas gölü dahil biyolojik tür yaşam alanlarını talan etmeye hazırlanıyorlar.

Kuzey ormanlarının, su havzalarının ve tarım alanlarının yok olması aynı zamanda; şirketlerin HES lisansı ile kullanımını satın aldığı derelerden İstanbul'a su taşımalarının önünü açmak, İstanbul'u, Marmara'yı Trakya'yı, şirketlere pazar olarak sunmak demektir. Belgrad Ormanlarında, Uludağ'da ve diğer yörelerde yer altı sularının sermaye birikimine daha çok daha hızlı sokulması, su hizmetlerinin de ticarileştirilmesi demektir. Başta İstanbul, Trakya ve Marmara olmak üzere suyun ticarileştirildiği her yerde halkın giderek yoksullaşması demektir. Bu; doğanın ve yaşamın yıkımıdır.

Doğayı metalaştıranlar, emeği sömürenler; kamu-özel (bakanlık-şirket) işbirliğindeki çabalarınızla, enerji- ulaşım sorununa çözüm buluyoruz yalanlarınızla, 3. köprü, 2. boğaz benzeri projelerinizle, talan yasalarınızla, bir yandan sanata destek verip ya da ağaç dikip, diğer yandan vadileri, ormanları sermaye birikimine sokan yandaş STK'larınızla başaramayacaksınız. Yaşamımızı, kültürümüzü, doğamızı yok edemeyeceksiniz. Bizler: yaşamını, doğayı, emeğini kapitalizme karşı savunanlarız, bizler emekçileriz, bizler halkız. Uyarıyoruz! Su kullanım hakkı anlaşmalarıyla 49 yıllığına lisanslar dağıttığınız şirketler vadilerden çekilinceye kadar, 3. köprü, İzmir-İstanbul otopanı gibi yaşamı doğayı sermayeleştiren projeleriniz ortadan kaldırılincaya kadar, "Tabiat ve Biyolojik Çeşitliliği Koruma Yasa" tasarıları gibi yaşamımızı, meralarımızı, ormanlarımızı, biyo çeşitliliğimizi şirketlere devreden yasalarınızı meclisten çekinceye kadar örgütlü mücadelemiz sürecektir.

MESLEKİ BAĞIMSIZLIĞIMIZA
İNDİRİLEN DARBELERE
DUR DEMEK İÇİN

BİR
İMZA DA
SEN VER!



İSTANBUL TABİP ODASI
ÖZEL HEKİMLİK KOMİSYONU

ÖZEL HEKİMLİK KOMİSYONUNDAN İMZA KAMPANYASI

İstanbul Tabip Odası (İTO) Özel Hekimlik Komisyonu "Mesleki Bağımsızlığımıza İndirilen Darbelere Dur Demek İçin Bir İmza Da Sen Ver!" başlığı ile başlattığı imza kampanyasını yapılan basın açıklamasıyla duyurarak hekimlik mesleğinin serbest icrasının önemini ve gerekliliği bir kez daha vurguladı.

Toplantının açılış konuşması İTO Başkanı Prof. Dr. Taner Gören tarafından yapıldı. Gören, mesleki bağımsızlığın önemli göstergelerinden biri olan muayenehanelerin kapatılmaya çalışıldığını ifade etti.

Gören sözlerine şöyle devam etti: "Bugün yapılan düzenlemeler, muayenehane açılmaz bir ortama doğru sürüklüyor. Bunun amacının sağlıktan ulusal ve uluslararası sermayenin çok daha fazla kazanması için yapılan bir operasyon

olduğunu görmemek mümkün değildir. Bu nedenle biz İTO ve TTB olarak mesleki bağımsızlık adına, muayenehane pratiğinin olması gerektiği konusunda mücadele verilmesi gerektiğini düşünüyoruz "

Basın açıklaması İTO Özel Hekimlik Komisyonu Koordinatörü Dr. Pelin Taşkıran tarafından okunurken şu ifadelerle yer verdi: "Hizmetin bütünüyle kamudan karşılanmadığı bu koşullarda, uluslararası sermayeli sağlık tekellerine haklar tanıyan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, eşitlik prensibine aykırı olan bu haksız 'ayrımcılık' anlayışından

uzaklaşarak tek tek hekimler ve hekim muayenehaneleri ile anlaşma yapmak üzere gerekli yasal düzenlemeleri meslek örgütümüz olan Türk Tabipleri Birliği ile birlikte hazırlamasını talep ediyoruz" dedi.

**BAĞIMSIZLIĞIMIZA
İNDİRİLEN DARBELERE
DUR DEMEK İÇİN
BİR İMZA DA
SEN VER!**

TIP FAKÜLTELERİ RAPORU AÇIKLANDI

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu Ankara, İstanbul, Bursa, Adana ve Denizli'de düzenlenen eşzamanlı basın toplantılarıyla açıklandı. Prof. Dr. İskender Sayek, Prof. Dr. Nural Kiper ve Dr. Orhan Odabaşı tarafından hazırlanan Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu – 2010, Ankara, İstanbul, Bursa, Adana ve Denizli'de düzenlenen eşzamanlı basın toplantılarıyla açıklandı.

İstanbul'da gerçekleştirilen basın toplantısına TTB İkinci Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan ve İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören katıldılar.

TTB, tıp eğitiminin ve tıp fakültelerinin içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla 1997 yılından bu yana Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu'nu hazırlıyor. İki yılda bir hazırlanan Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu'nun bu yıl yedincisi açıklandı. Raporda, tıp fakültelerinin sayısındaki dikkat çekici artış vurgulandı ve bu durumun tıp eğitiminin niteliğini olumsuz etkileyeceği uyarısında bulunuldu.

Hazırlanan raporda şu noktalara dikkati çekildi: Türkiye'de 1980'li yıllardan başlayarak her on yılda bir tıp fakültesi sayısı yaklaşık iki kat arttığı ve 2010 yılında bu sayının 74'e yükseldiği belirtildi. Rapor hazırlandıktan sonra 4 tıp fakültesinin daha açılacağı söylendi. Öğrenci alan tıp fakültelerinden 9'unun öğrencileri başka bir tıp fakültesinde eğitim almakta. Devlet üniversiteleri tıp fakültesi sayısında artış ile birlikte vakıf üniversitelerinin tıp fakülteleri üzerindeki artış üzerinde durulma-



sı gereken durum olmakla birlikte Vakıf üniversiteleri de İstanbul ve Ankara'da yoğunlaşmakta.

Rapora göre, Türkiye'de 2009-2010 ders yılında tıp fakültelerinde toplam 38 bin 536 öğrenci eğitim görüyor. 2010 ÖSYM verilerine göre, 54 devlet üniversitesi ile 10 vakıf üniversitesi tıp fakültesine öğrenci alıyor. Tıp fakültelerinde 4 bin 976 profesör, 2 bin 781 doçent ve 2 bin 656 yardımcı doçent olmak üzere toplam 10 bin 413 öğretim üyesi bulunuyor. Tıp fakültelerinde temel bilimler eğitiminde de sorunlar yaşandığına işaret edilen raporda, birçok fakültede kadavra bile bulunmadığına dikkat çekildi. Raporda, tıp fakültelerinde fiziksel ve teknik altyapı sorunları da yaşandığı, fakültelerin büyük bölümünde kütüphane gibi birimlerin yer almadığı kaydedildi.



JFK HASTANESİ HEKİM ÜCRETLERİNİ GASP EDİYOR

Şafak Hastaneler Grubu ve Marfin Invest Group (HYGEIA) ortaklığındaki JFK Hastanesi ve diğer hastanelerinde çalışan hekimlerin aylardır maaşlarını alamaması nedeniyle iş bırakma eylemlerine destek vermek amacıyla İstanbul Tabip Odası, hastane önünde bir basın açıklaması düzenledi.

İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören yaptığı konuşmada, JFK Hastanesi hekimlerinin hastaların zarar görmemesi adına hizmet verdikleri bu hastanede aylardır maaşlarını alamadıklarını ifade etti. Dr. Gören ayrıca, ücretlerin sudan gerekçelerle gasp edildiğini, kazanılan paraların başka alanlara yatırım olarak aktarıldığını belirterek bu tutumun hiçbir ahlaki değere sığmadığını söyledi.

İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören'in ardından Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi Dr. Osman Öztürk şunları ekledi: "Bugün burada tarihi bir an yaşanmaktadır. 1980 darbesinden sonra yani 30 yıl sonra bu ülkede ilk defa özel sağlık alanında hizmet üretilmiyor. Hekimler üretimden gelen gücünü kullanarak, iş bırakıyorlar. Çünkü hak edişlerini, ücretlerini alamıyorlar" dedi.

Şafak Hastaneler Grubu'nun Yunanlı Marfin Investment Group'a (Hygeia) satıldığını hatırlatan Dr. Öztürk, hastane idaresi ile yapılan görüşmelerde ücretlerin bu satış ve benzeri nedenlerle



ödenmediği bilgisini aldıklarını ancak TTB ve İTO olarak yapılan yurt içi yurt dışı görüşmelerin sonuç vermediğini belirtti.

Bu duruma Sağlık Bakanlığı'nın derhal çözüm bulması gerektiğinin altını çizdi.

Hazırlanan basın açıklaması İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Lale Tırtıl tarafından okundu.

YUNANİSTAN TABİPLER BİRLİĞİ'NE TÜRT TABİPLERİ BİRLİĞİ'NDEN MEKTUP...

Dr. Kalokerinos Emanuil
President of Panellinios Iatrikos SillogosPloutarhou 3 Athens 10675
Greece

February 12th, 2011
24/7/2011

Dear President,

The physicians who work in a private hospital that owned by Safak Hospitals Group (Turkey) and Marfin Investment Group (HYGEIA) (Greece) partnership have not received their salaries for months in Istanbul. They have made a demonstration and strike asking for their rights.

Enclosed we send you the press declaration of Istanbul Chamber of Physicians. We would like to ask your support and solidarity in order to create a public pressure on HYGEIA in Greece.

With my best regards.

Dr. Eriş Bilaloğlu

President of Turkish Medical Association

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu Yunanistan Tabipler Birliği Başkanı Dr. Kalokerinos Emanuil'e bir mektup yazarak JFK Hastanesi'nde çalışan hekimlere maaşlarını ödemeyen Yunanistan'daki HYGEIA şirketi üzerinde kamuoyu baskısı oluşturulması ve hak talep eden meslektaşlarımızın desteklenmesi konularını dile getirdi.

HERKES İÇİN A SINIFI SAĞLIK HAKKI İSTİYORUZ

Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği ve Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"e ilişkin olarak aynı gün ortak bir basın toplantısı düzenlediler.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu, TTB Pratisyen Hekimler Kolu Başkanı Dr. Mehmet Çakmak, Türkiye

Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Başkanı Prof. Dr. Okay Başak ve Pratisyen Hekimlik Derneği Genel Sekreteri Dr. Hamit Işıkalp'in katıldığı basın toplantısında, söz konusu yönetmeliğin tıpkı daha önceki benzeri yasal düzenleme örneklerinde olduğu gibi, kapalı kapılar ardında hazırlandığı belirtildi. Açıklamada, "Özlük haklarımızla ilgili, çalışma koşullarımızla ilgili, çalışmalarımızın denetlenmesiyle ilgili birçok olumsuz düzenlemeyi kapsayan bu yönetmeliği kabul edilemez buluyoruz" denildi.

BU YÖNETMELİK DE OLMAMIŞ! İKTİDARI BİR KEZ DAHA UYARIYORUZ

Hükümetin, 27 Kasım 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayınladığı İş Sağlığı ve İş Güvenliğine ilişkin yapılan düzenlemeyi protesto etmek adına İstanbul Tabip Odası, TMMOB İstanbul İKK, DİSK İstanbul Merkez Temsilciliği ve KESK İstanbul Şubeler Platformu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İstanbul Temsilciliği önünde ortak bir basın açıklaması düzenledi. Açıklama İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Süheyla Aşkoç tarafından okundu. Açıklamada, "Bakanlığın işçi sağlığını ve iş güvenliğini koruyup geliştirmeyi değil bu alandaki piyasa aktörlerinin faaliyetlerini düzenlemeyi önemseydiğini açıkça ortaya koymuştur" dedi ve TMMOB ve TTB bu alanda her zaman olduğu gibi işçi sağlığının ve iş güvenliğinin korunmasından yana taraf olmaya devam edeceğini belirtti.



HEKİMLER NİTELİKLİ ÜCRET GASPINA SON DEDİ

İstanbul Tabip Odası ve İstanbul Tabip Odası Özel Hekimlik Komisyonu'nun organizasyonunda İstanbullu hekimler, özel hekimlik alanında hekimlere uygulanan "Nitelikli Ücret Gaspına Son" verilmesi için Taksim Alman Hastanesi önünde bir araya geldi. İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyeleri'nin de bulunduğu eylemde hekimler Taksim Alman Hastanesi'ne yürüdü ve Taksim Anıtı önünde yaptıkları açıklamada, yapılan tüm uyarılara rağmen özel sağlık alanında hekim emeği sömürsünün devam ettiği ve sistematik ücret gaspının sürdüğünü belirtti. Hekimler üstünde yaratılan sömürü sisteminin son bulması için İstanbul Tabip Odası tarafından başlatılan eylem sürecinin, ücret ve özlük hakları gaspına devam eden tüm özel sağlık kuruluşlarında devam edeceğinin de altı çizildi.

14 Mart
Tıp Bayramınız
kutlu olsun

Sağlığa **Sağlıklı**
Hizmet Verir!

Santa  Farma
www.santafarma.com.tr



TABİP ODALARI ENGELLEMELERE RAĞMEN MECLİSE YÜRÜDÜ

Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı tabip odalarının başkanları, Sağlık Bakanlığı bütçesi görüşüldüğü sırada basın açıklaması yapmak ve siyasi partilerin Başkanvekilleriyle görüşmek için TBMM'ye giderken polis ablukasına alındı.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu, TTB İkinci Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan, TTB Genel Sekreteri Prof. Dr. Feride Aksu Tanık, TTB Merkez Konseyi Üyeleri ve tabip odaları başkanlarından oluşan bir heyet, Türk Tabipleri Birliği önünden hareket ederek, TBMM'ye doğru yürüyüşe geçti.

TBMM'de Sağlık Bakanlığı bütçesi görüşülürken, orada basın açıklaması yapmak ve siyasi partilerin grup Başkanvekilleriyle önceden randevusu alınan görüşmeleri yapmak isteyen hekimler Güvenpark'a geldiklerinde polis tarafından önleri kesildi. Hekimlerin TBMM'ye gitmesini "yasadışı eylem" olarak niteleyen polis, hekimleri abluka altına aldı. Tabip odası başkanları polisin tepkisini abluka içinde yere oturarak protesto ettiler. Burada tabip odası başkanlarına hitaben konuşan TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu, "Bu ülkenin hekimleri bile TBMM'ye gidemiyorsa bunun bir tek anlamı vardır. Biz burada bunu sınıyoruz. Güvenlik görevlileri amirlerine sorsunlar bu ülkenin hekimlerine ne yapmaları gerektiğini. Ve ne yapmaları gerekiyorsa onu yapsınlar" diye konuştu.

TTB ve tabip odası yöneticilerinin tüm ısrarına karşın, polisin hekimleri geçirmemekte direnmesi üzerine, CHP Milletvekilleri Ali Aslan ve Sacit Yıldız da olay yerine gelerek hekimlere destek verdi. Tabip odası başkanlarının demokratik haklarını kullanmak için gösterdikleri kararlı tavır ve yürütülen temaslardan sonucunda, polis ablukasını kaldırılarak, tabip odası başkanlarının TBMM önüne yürütmesine izin verildi.

Polis eşliğinde TBMM önüne ulaşan heyet burada bir basın



açıklaması yaptı. Burada konuşan TTB Merkez Konseyi Üyesi Dr. Osman Öztürk, TTB yöneticileri ve tabip odası başkanları olarak daha önce randevularını aldıkları görüşmeleri yürütmek ve bir basın açıklaması yapmak üzere buraya gelirken, hiç hesaplamadıkları bir olayla karşılaştıklarını söyledi. Hekimlerin, Ankara'da iktidarın polisi tarafından "yasa dışı gösteri yapmakla suçlandığını ve abluka alındığını belirten Dr. Öztürk, "Öncelikle bunu protesto ediyoruz. Kimsenin buna hakkı yoktur" diye konuştu.

Tabip odası başkanları, siyasi iktidarın hekimlere yönelik bu "ileri demokrasi" uygulamasını düdüğü ve ıslıklarla protesto etti. Ardından TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu basın açıklamasını yaptı. Polisin müdahalesini protesto eden Bilaloğlu, buraya gelen tüm tabip odası başkanlarına ve hekimlere teşekkür etti. Bilaloğlu, buradan 17 Aralık 2010 – 13 Mart 2011 tarihleri arasında yürütülecek İYİ HEKİMLİK /NİTELİKLİ SAĞLIK HİZMETİ MÜCADELE KAMPANYASI'nın da başlatıldığını duyurdu.



İBB'NİN ULAŞIM SOYGUNU SÜRÜYOR

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin ulaşım hizmetlerine yaptığı zamlar DİSK İstanbul Merkez Temsilciliği, KESK Şubeler Platformu ve İstanbul Meslek Odaları Koordinasyonu tarafından gerçekleştirilen bir eylemle protesto edildi. Saraçhane İtfaiye önünde toplanan emek ve meslek örgütleri İstanbul Büyükşehir Belediyesi önüne yürüyerek ulaşım zamlarının çekilmesini talep ettiler.

"Ulaşım Zam Değil, Ücretlere Artış İstiyoruz" pankartı taşıyan grup eylem İstanbul Büyükşehir Belediyesi önünde yaptıkları basın açıklamasıyla devam etti. İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Ali Çerkezoğlu, ulaşımın kamu sorumluluğunda verilmesi gereken bir hizmet olduğunu ve bunu bir paralı bir hizmet olarak verilmesinin başlı başına yaşam hakkına saldırı anlamına geldiğini belirtti.

TMMOB İKK Sekreteri Tores Dinçöz tarafından okunan basın açıklamasında şu ifadeler yer verildi: "Otobüslere ve metrobüse yapılmış olan son zamlar değerlendirildiğinde İETT'nin 2010 bütçesine göre bu uygulamanın ne kadar kar odaklı olduğu açıkça görülmektedir. İETT'nin 2010 bütçe giderleri esas alınarak yaptığımız hesaplamalarda metrobüse ait giderler toplamının yaklaşık 131 trilyon olduğu, yıllık

taşınan yolcu sayısının ise 190 milyon civarında olduğu öngörüldüğünde ortalama yolcu başına maliyetin 0,70 TL olması gerektiği tarafımızca belirlenmiştir" denildi. Açıklamada ayrıca yüzde %10 olarak gösterilen zamların fiili olarak %30'ları bulunduğu belirtilirken bu ülkede emeği ile geçinen hiç kimsenin ücretlerinde %30'luk bir zam olmadığına vurgu yapıldı.

Dinçöz açıklamanın sonunda, "DURMAK YOK YAĞMAYA TALANA DEVAM" diyenler, yağma projelerini hayata geçirmek için Haydarpaşa gibi tarihi kültürel varlıkların yakılıp yok edilmesine göz yumanlar, bu zamların bizlerin yaşamında yarattığı sonuçları anlayamazlar, bu sorulara yanıt veremezler. Bizler, İstanbul'un emekçileri, üretkenleri olarak bu soygun karşısında sessiz kalmayacağız" dedi.



Aidat ödemek o kadar da zor değil

Mesleğimizin getirdiği yoğun çalışma temposu çoğu kez meslek kuruluşumuza karşı olan aidat ödeme sorumluluğumuzu ihmal etmemize neden oluyor. Bu durumda olan üyelerimizin sayısı ne yazık ki oldukça fazla.

Giderek artan hekim hakları ihlallerine karşı daha etkin bir Meslek Kuruluşu haline gelmemiz ekonomik koşullarımızın gücüyle doğrudan ilintili. Aidat ödemelerinizi internetten yapabileceğiniz gibi, Oda'yı telefonla arayarak kredi kartı bilgilerinizi vermeniz de yeterli olacaktır.

İş Bankası IBAN TR45 0006 4000 0011 0950 4187 79	YKB IBAN TR24 0006 7010 0000 0064 3845 80	Ziraat Bankası IBAN TR46 0001 0008 8929 0335 6050 01
Garanti Bankası IBAN TR40 0006 2000 3680 0006 2001 47	Fortis IBAN TR42 0007 1000 1330 4250 005T RL	Posta Çeki 666811

XVI. TUEK İSTANBUL'DA YAPILDI



16. Tipta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 10–12 Aralık 2010 tarihleri arasında İstanbul'da yapıldı. Kurultay'ın ilk günü olan 10 Aralık 2010'da İstanbul Tabip Odası'nda sağlık alanındaki konu başlıklarına ilişkin oluşturulan çalışma grupları tüm günlük bir çalışma gerçekleştirdiler. Gün çalışma gruplarının raporlarını sunmalarıyla sona erdi.

Kurultay, 10–12 Aralık 2010 tarihlerinde İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi 14 Mart Amfisi'nde devam etti. Açılış konuşması TTB-UDEK Başkanı Prof. Dr. İskender Sayek tarafından gerçekleştirildi.

Prof. Dr. İskender Sayek konuşmasında, Kurultay'da ele alınacak konuların neler olduğu ve bu başlıklara neden ihtiyaç duyulduğuna ilişkin bilgi verdi. Dr. Sayek'in konuşmasının ardından Kurultay'a ev sahipliği yapan İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören bir konuşma yaptı. Prof. Dr. Gören konuşmasında, sağlık ortamında yaşanan

son gelişmeler neticesinde hekimlerin örgütlü mücadeleye şimdi eskisinden daha fazla gereksinim içinde olduğunu ifade etti. Açılış konuşmalarının sonunda söz alan Türk Tabipleri Birliği Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu Türk Tabipleri Birliği'nin tıp eğitimindeki yerine değindi. TTB-UDEK ile işbirliği içinde uzmanlık dernekleri ve Ulusal Yeterlik Kurullarının müfredat programlarının oluşturulması ve eğitimin değerlendirilmesi sürecine dahil edilmesi uzmanlık eğitiminin niteliğinin artırılması açısından çok önemli olduğunu belirtti.

Kurultay'ın ikinci gününün ana gündem maddeleri ise Asistan Hekimler ve tıp eğitimi idi. Asistan hekimler gerçekleştirdikleri kitlesel bir basın açıklamasıyla yaşadıkları sorunları bir kez daha dile getirdiler. 10–12 Aralık 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen Kurultay, TTB-UDEK Düzenleme Kurulu Sekreteri Dr. Dilek Aslan'ın sonuç bildirgesini okumasıyla sona erdi.

TORBA YASAYI KABUL ETMİYORUZ



Çalışma yaşamında birçok hak kaybına neden olan ve emekçiler için yıkım yasası anlamına gelen "Torba Yasa" TBMM'de görüşülmeye başlandı. Bu yasa TBMM'den geçerse kıdem tazminatı, iş güvenliği, işsizlik fonu ile ilgili ciddi kayıplar yaşanacak. Başta 657 sayılı yasa olmak üzere birçok yasal düzenlemeye ihtiyaç olduğu biliniyor. Bu değişiklikleri bahane eden Hükümet, bir iki olumsuz maddeyi kaldırıp çalışanların aleyhine olan maddeleri yasalastırarak, asıl kayıpları gizliyor. Yasanın mecliste görüşüldüğü 3 Şubat'ta, DİSK, KESK, TTB ve diğer emek örgütleri bir protesto gösterisi düzenledi. Mısır halkının taleplerini anlamaya çağıran Hükümet'in "Torba Yasa" protestosu karşısında gösterdiği tavır ise gerçek yüzünü ortaya çıkardı. Çok sayıda emekçi yaralandı. Bu saldırı üzerine Türkiye'nin her tarafında protesto gösterileri oldu. Aynı gün İstanbul Tabip Odası üyesi hekimler Galatasaray'da ki eyleme katıldı.

Özen göstermenin binlerce yolu var:
Sağlık için çalışmak bunlardan yalnızca biri



Dünyanın önde gelen ilaç şirketleri arasında yer alan sanofi-aventis, tüm insanların yaşamını iyileştirmek için tedavi çözümleri keşfeder, geliştirir ve hizmete sunar.

- Sanofi-aventis Türkiye olarak önceliğimiz, ülkemizde insan yaşamını iyileştirmek; hedefimiz, Türkiye’de sağlık sektörünün her zaman öncü şirketi olmaktır.

Başarıya giden yolda, şirketimizin temel varlığı olan çalışanlarımızın gücünden destek alarak ve ülkemize yatırım yaparak ilerliyoruz.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ALDATMACADIR

İstanbul Tabip Odası tarafından gerçekleştirilen basın açıklamasıyla, Aile Hekimliği uygulamasında yaşanan hekim ve vatandaş mağduriyetlerine dikkat çekilirken, Hükümet'in uygulamakta ısrarcı olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı sonunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin yıkıma götürülmesi protesto edildi.

Basın açıklaması için Kadıköy Altıyol'da "Aile Hekimliği Uygulaması Aldatmacadır" pankartı arkasında toplanan hekimler İskele Meydanı'na dek, "Sağlık Haktır Satılmaz", "Herkes Sağlık, Hekime Güvence", "Eşit, Ücretsiz, Nitelikli Sağlık", "Aile Hekimleri Bakan'ın Kölesi Değildir" dövizleriyle yürüdüler.

Kadıköy İskele Meydanı'nda yapılan açıklamada; Hükümetin ve Sağlık Bakanlığı'nın büyük bir göz boyama kampanyasıyla gündeme getirdiği Aile Hekimliği uygulamasının hem hekimleri hem de vatandaşı mağdur ettiği, bulaşıcı hastalıkların, istenmeyen gebeliklerin artmasından, sürekli tedavi ve bakım gerektiren hastalıkların kontrolünün yete-



rince yapılamamasından, acil vakalara zamanında ve yeterince müdahale edilememesinden endişe duyulduğu dile getirildi. Aile Hekimliği uygulamasıyla hekimlerin ve sağlık personelinin ise güvencesiz çalışmak zorunda bırakıldığı vurgulandı. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere yetkililer sağlık alanının gerektirdiği ciddiyet ve sorumlulukla davranmaya çağrıldı.

GERÇEKLERLE YÜZLEŞME ZAMANI!

Aile Hekimliğinin İstanbul'daki ikinci, ülke genelinde yaygınlaşmasının birinci ayında vatandaşın ve hekimin yaşadığı sıkıntılara dikkat çekmek amacıyla İstanbul Tabip Odası, sosyo-ekonomik koşulları nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan yerler adına Sultangazi'de bir basın açıklaması düzenledi.

Açıklamaya, İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören, Genel Sekreter Dr. Ali Çerkezoğlu ve Yönetim Kurulu Üyeleri Dr. Lale Tırtıl ve Dr. Fethi Bozçalı katıldı.

İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören konuşmasında, "Bugüne kadar başarılı bir şekilde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri bugün vahim bir duruma getirilmiştir. Ekip olarak yapılması gereken, gebe takibini, aşlamayı, ve rem hastalarının periyodik bakımlarını, yatalak hastaların ziya-

retini, periyodik hasta muayenelerini sadece bir hekimin yapması beklenmektedir. Böylesi bir uygulama ne hastaların ne de hekimlerin menfaatindedir. O nedenle toplum olarak üzerimize büyük sorumluluk düşmekte ve mücadele etmek gerekmektedir" dedi.

İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Ali Çerkezoğlu ise: "Yaygın, ücretsiz ve kamusal bir hizmet olarak verilmesi gereken sağlık hizmetinin bugün getirildiği noktadaki durumunu yani bir sistem meselesini sorgulamak için buradayız" dedi. Dr. Çerkezoğlu, vatandaşın anayasal hakkı olan sağlık hizmetine ulaşımı engelleyen, hekimi esnaf haline getiren bu sistemin derhal geri çekilmesi gerektiğini vurguladı.

Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Fethi Bozçalı tarafından okunan açıklamada; ceza puanı getiren, ödemeleri yarı yarıya indiren ve 1 Ocak 2011 tarihinden itibaren yürürlüğe giren yönetmelik Aile Hekimlerinin ücretleri ve çalışma koşullarının tek taraflı olarak değiştirilebileceği vurgulanarak hekimlerin büyük bir güvencesizlik içinde çalışmak zorunda oldukları belirtildi.

Açıklamada ayrıca 200 bin nüfuslu bir ilçe olan Sultangazi ilçesinde yaşayan vatandaşların ilan edilen 18 Aile Sağlığı Merkezlerine sahip olmadıklarını, bu merkezlerde bakılması gereken vatandaşların diğer merkezlere yönlendirildiğini, bu durumdan hem vatandaşın hem de ortalama 3500 hasta bakacağı söylenen hekimlerin 4-5 bin hasta bakarak mağdur olduklarını belirtti.





ÜNİVERSİTELER DE TORBAYA GİRDİ

İstanbul Tabip Odası, Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, tıp fakültelerini piyasanın ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirmeye çalışarak birer ticarethaneye dönüştürme çabasına karşılık İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi'nde bir protesto gösterisi düzenledi.

Türk Tabipleri Birliği'nin yürütmüş olduğu "Sağlıkta Özel-leştmeye Karşı İyi Hekimlik/Nitelikli Sağlık Hizmeti Kampanyası" çerçevesinde yapılan eyleme SES (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası) ve İstanbul Dış Hekimleri Odası da destek verdi. Yaklaşık 500 kişinin katıldığı eylem Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören'in konuşmasıyla başladı.

Gören konuşmasında, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanındaki ve hekimlerin özlük haklarındaki tahribata bir kez daha dikkat çekti. Gören ayrıca, ucuz iş gücü yaratmak adına, arttırılan tıp fakültesi kontenjanlarına ve tıp eğitimi adına hiçbir alt yapısı olmaksızın açılmasına izin verilen vakıf üniversitelerinin varlığına dikkat çekerken genel bütçeden yeterli finans ayırmayarak maddi çöküntüye uğratan tıp fakültelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasıyla bilimsel özerklikten ve

tıbbi eğitimden uzak birer hizmet hastaneleri yaratıldığını belirtti. Gören'in konuşması sonrasında grup İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne "Tıp Fakültelerinin Geleceğinin Karartılmasına Sessiz Kalmayacağız" pankartıyla yürüyüşe geçti.

Yürüyüş sonunda, İstanbul Tabip Odası adına İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tunçalp Demir tarafından basın açıklaması okundu.

Yapılan açıklamada, "Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel görevi eğitim, öğretim ve araştırma olan üniversiteleri piyasanın ihtiyaçları doğrultusunda dönüştürmekle kalmamış adeta yaşayamaz hale getirmiştir. Dünya Bankası destekli bu program ile piyasa kurullarına uymayan, kamu yararına tüm uygulamalar ortadan kaldırılmak istenmektedir" denildi.

Açıklamada son olarak "Hekim emeğini değersizleştirenlere karşı, nitelikli ve güvenilir sağlık hizmeti yerine tüketime dayalı, yarışmacı sağlık piyasası yaratma girişimlerine karşı, öğretim üyesi, asistanı, öğrencisi, uzmanı ve pratiyeni ile tüm hekimler olarak, tepkimizi her geçen gün arttırarak göstereceğimizin bilinmesini istiyoruz" denildi.



*Tüm Doktorlarımızın
Tıp Bayramını Kalp'ten Kutlarız.*

Cholvast
atorvastatin 30-90 tablet
www.biotar.com.tr



Atervix
klopidogrel



TEGLIX nitroglicerin



KOLEZ
simvastatin



LOXJEN
parasetamol



LOXJEN plus
parasetamol + kodein



DiaFree
glisoflon



NİPIDOL
lisinapril





Şişli Etfal tarihi bir buluşmaya tanık oldu

İstanbulu hekimler 6 Şubat günü Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde buluştu. İstanbul'un; üniversite, eğitim ve araştırma, özel ve devlet hastanelerinden, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi, muayenehane ve özel kliniklerden gelen hekimler, işyerlerinden seçilen temsilcilerden oluşan 500 kişi Konferans Salonu'nunda bir araya geldi. Temsilciler, çalıştıkları birimlerdeki hekimlerin sorunlarını dile getirerek çözüm önerilerinde bulundular.

Odamızın "İstanbul'un hekimleri, sorunlarımızı hep birlikte konuşmak ve kötü gidişe dur diyecek eylem kararları almak üzere buluşuyor" çağrısıyla gerçekleştirdiği toplantıya, Şişli Etfal EAH Başhekimisi Prof. Dr. Suat Turgut da katıldı.



Toplantıda yapılan konuşmalar, aktarılan gözlemler; hekimlerin kendilerini mutsuz, umutsuz ve çaresiz hissettiğini, parasızlık ve işsizlik sorunuyla mücadele ettiğini; tükenmenin sınırında olduğunu gözler önüne serdi. Coşku ve heyecan dolu bir atmosferde gerçekleşen toplantıda hekimler ÇOK SES, TEK YÜREK olarak sorunlarını ortaya koydular, çözüm yollarını, yapılacak eylemleri değerlendirdiler.

Toplantının açılış konuşmasını yapan İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören; farklı alanlarda çalışsalar da, sorunları, çıkarları farklı görünse de hekimlerin ortak paydasının aynı olduğunu vurguladı. Dr. Gören yaptığı konuşmada; "Kendisi de hekim olan Sağlık Bakanı ve çevresindeki birkaç kişi dışında Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan mutlu olan tek bir hekim dahi olmadığını görüyoruz. Farklı hekimlik alanlarında faaliyet gösteren meslektaşlarımızın kendi alanlarına ilişkin sorunları ve mağduriyetleri bulunmakta. Bu mağduriyetlerin bütününe bakıldığında Türkiye'de sağlık sisteminin gidişatını, nereye evrildiğini görmemiz mümkün. 12 Eylül darbesinin ardından; 1980-2002 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın teorik temelleri atıldı. AKP Hükümeti döneminde ise acil eylem planı uygulanarak süreç tamamlandı. Neoliberal politikaların sağlık alanına yansımalarına tüm çıplaklığıyla tanık olduk.



TTB Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu hekimlerin yoğun desteğini alan konuşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacının ne olduğunu tüm gerçekliğiyle ortaya koyarak, buna karşı çıkmak için birleşik bir mücadelenin zorunlu olduğuna dikkat çekerek 13 Mart'ta Ankara'da yapılacak mitingin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı mücadelede dönüm noktası olacağını söyledi.



Devletin özelden hizmet alması, taşeronlaştırma, Kamu Hastane Birlikleri ve son olarak Aile Hekimliği Uygulaması sonucunda hekimler ucuz işgücü olarak görülür oldu; güvencesiz, geleceksiz bir ortama mahkum edildiler. Şu anda Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında uygulanan sağlık politikalarından olumsuz etkilenmeyen hiçbir hekim kesimi bulunmamakta. Bugün bir araya gelme ve bu sürece dur deme günüdür. Sağlık sisteminin kamucu bir anlayışla inşa edilme günüdür. Bu sistemde bir araya gelerek sürece müdahil olma ve süreci tersine çevirme günüdür. Emeğimizin karşılığını yeterince alabildiğimiz sistemin oluşturulması için mücadele etme günüdür bugün. Sağlık alanında yaşanan toptan kötü gidişe, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı topyekün mücadele günüdür. Burada yarattığımız bu birlik tablosunu 13 Mart Ankara Mitingi'ne taşımamız büyük önem ve anlam taşıyor" dedi. Dr. Gören yaşanan ve giderek ağırlaşan sorunlara sessiz kalmayacaklarını, yeni dönemde de eylemlilik süreci içinde olunacağını ifade etti.

TTB Merkez Konseyi Üyesi Dr. Osman Öztürk ve Odamız Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Süheyla Ağkoç'un yönettiği toplantıda, Dr. Taner Gören'in ardından kürsüye; öğretim üyesinden tıp öğrencisine, asistanından uzmanına, pratisyeninden aile hekimine, özel hekiminden işyeri hekimine, muayenehane hekiminden emekli hekime ve sayıları giderek artan işsiz, ücretini alamayan,

şiddete uğrayan hekime seslenmek için TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu çıktı.

Dr. Bilaloğlu hekimlerin yoğun desteğini alan konuşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacının ne olduğunu tüm gerçekliğiyle ortaya koyarak, buna karşı çıkmak için birleşik bir mücadelenin zorunlu olduğuna dikkat çekti. TTB'nin çağrısıyla 13 Mart'ta Ankara'da yapılacak mitingin, tüm hekimleri mağdur eden Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı mücadelede dönüm noktası olacağını, binlerce hekimin Ankara'da buluşmasının hükümete ciddi bir uyarı olacağını ve sonrasında da Nisan başında yaşanan mağduriyetlere ve sorunlara dikkat çekmek amacıyla "Bayram Tatili" yapacağımızı duyurdu.

Yaklaşık 4 saat süren bu büyük hekim buluşmasında yaklaşık 50 birim temsilcisi söz alarak sorunlarını dile getirdi ve bıçağın kemiğe dayandığını, ortak biçimde harekete geçmek gerektiğini ifade ettiler.

Güneşli bir pazar öğleden sonrası Tuzla'sından Çatalca'sına, Sarıyer'inden Beykoz'una İstanbul'un 40 ilçesinden yüzlerce hekim aynı duygular içinde ve tek yürek olarak G(ö)REV çağrısı yaptılar.

İstanbul'un hekimleri, beyaz önlükleriyle Türkiye'nin dört bir yanından gelecek on binlerce kişiyle 13 Mart Pazar günü Ankara'da buluşmanın sözünü verdiler.



ÖĞRETİM ÜYELERİ SESİNİ YÜKSELTTİ

Performans sistemine hayır

Tıp Fakülteleri Öğretim Üyeleri Girişimi, 2547 sayılı yasa ile yapılan değişiklikler sonrasında 31 Ocak 2011'de yürürlüğe girecek olan "performans değerlendirmesi" sistemine geçilmesini öngören yeni düzenlemeye ilişkin endişelerini belirtmek üzere aynı gün İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Yunus Söylet'e bir ziyaret gerçekleştirdiler.

Kamuoyunda "tam gün yasası ve performans değerlendirme sistemi" olarak bilinen yeni düzenlemenin, tıp fakültelerine bağlı hastanelerin öncelikli amacı olan eğitim ve araştırma misyonunu ortadan kaldıracaklarını ifade eden öğretim üyeleri konuyla ilgili endişelerini içeren ve 655 öğretim üyesi tarafından imzalanmış bildiriye sunmak üzere İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü önünde toplandı.

Üniversite girişinde basına yapılan bilgilendirmenin ardından taleplerini ve imzaları iletmek üzere rektörlük binasına doğru harekete geçen yaklaşık 350 öğretim üyesi, Rektör Prof. Dr. Yunus Söylet'le toplantı salonunda bir araya geldi. Girişim Sözcüsü Prof. Dr. Raşit Tükel öğretim üyelerinin orada bulunma amacını belirten bir konuşmayla birlikte hazırlanan metni okumasının ardından bildirimleri rektöre teslim etti. Girişim Sözcüsü Tükel, performans sistemiyle üniversitelerin asli görevi olan eğitim ve araştırmanın bugünden itibaren yürütülemeyeceğini ve öğretim üyelerinin hizmet ağırlıklı çalıştırılacağını vurguladı.

Rektör Söylet öğretim üyelerine hitaben yaptığı konuşmada bildiride yer alan görüşlere katıldığını, hassasiyetlerin ortak olduğunu, performans sisteminin mükemmel olmadığını kendisinin de kabul ettiğini fakat öğretim üyelerinin buna karşı çıkmakta ve eylem yapmakta geciktirmediğini ifade etti. Öğretim üyelerinin haklı olduğunu, kendisinin de konuyla ilgili devletin üst düzey temsilcileriyle görüşmeler yaptığını belirten Söylet konuşmasının devamında Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Birliği

desteğiyle yaptırılmış olan bir araştırmanın sonuçlarına da değindi. Araştırmaya göre, toplum içinde hekim imajının olumsuz olduğu ve bunun hekimlerin taleplerinin toplumda karşılık bulmasını engelleyen unsurlardan biri olduğunu belirtti.

Rektör Söylet'in konuşmasının ardından söz alan girişim üyelerinden İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören, sağlık alanındaki olumsuz gelişmelerin tarihinin 24 Ocak kararları ve 12 Eylül sürecine kadar uzandığını ifade etti. Gören, "bugün gelinen noktada ise 2002 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, üniversite hastanelerinin ve verilen tıp eğitiminin çökertilmeye çalışıldığını söyledi. Sağlık hizmetlerinin dünyanın en karlı 3. sektörü olduğunu, sağlık hizmetinin sunumunun da ücretli hale getirilerek piyasa koşullarına teslim edildiğini, hastaların müşteri olarak görüldüğünü, gelinen durumdaysa artık tıp eğitiminin de para karşılığı satılacak bir meta haline getirilmeye çalışıldığını belirtti. "Kötü imajın sorumlusu hekimler değil hükümetin söylemidir"

Girişimin bir diğer üyesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Süleyman Özyalçın hekimlik imajıyla ilgili araştırmanın çarpık olduğu değerlendirmesinde bulunarak "halkın cebinden doktorun elini çekeceğiz" açıklamalarında bulundu. Hekimlerin toplum nezdinde oluşan kötü imajının temel sebebi bunlardır. Yapılan çalışma bilimsel değildir." dedi

TTB Merkez Konseyi Üyesi, Dr. Osman Öztürk ise "Hekimlerin imajının bozulmasında bazı hekimlerin de sorumluluklarının olabileceğini, en büyük sorunun da yine kendisi de hekimlik mesleğinin bir üyesi olan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'dır" dedi. Eylem süreci için geç kalınmış olduğu tespitini de eleştiren Dr. Öztürk, TTB ve tabip odalarının başından beri performans sistemine karşı çıktıklarını ve bunu her platforma dile getirdiklerini hatırlattı.



İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ GÜNCEL DEĞERLENDİRME TOPLANTISI YAPILDI

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu'nun çağrısı ile "İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Güncel Değerlendirme Toplantısı" yapıldı. Toplantıda ilk olarak Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi Dr. Hüseyin Demirdizen söz aldı. Dr. Demirdizen, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tüm hekimlerin mağdur edildiğini belirterek Türk Tabipleri Birliği'nin İşyeri Hekimleri ile başlayan mücadele sürecini üniversiteler, özel sektör ve birinci basamakta çalışan hekimlerle devam ettireceklerini ve 13 Mart 2011 tarihinde Ankara'da miting yapılacağını söyledi. Hukuk Bürosu'nun son çıkan yönetmelikleri yargıya taşıyacağını, işyeri hekimlerinin standart ve yenileme eğitimleri için TTB olarak üniversiteler ile görüşmelerin son aşamaya geldiğini; meslektaşlarımızın bu konuda acele etmemeleri gerektiğini belirtti. İşyeri hekimlerinin Tabip Odalarından yetki almalarının zorunluluğuna bir kez daha dikkat çekerek, başvuru ve yetkilendirme işlemlerinde değişiklik olmadığını dile getirdi.

İstanbul Tabip Odası Hukuk Danışmanı Avukat Meriç Eyüboğlu 2009 yılında yayınlan ve Danıştay tarafından iptal edilen yönetmeliğin bu kez Torba Yasa ile iş yasasında yapılan değişiklikle kanun olarak gündeme geldiğini söyledi. Kanunun iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvuru yapıldığını içinde hukuka aykırı birçok bölüm bulunan yönet-

meliğin iptali içinde dava açılacağını belirtti. Ayrıca 6023 sayılı TTB yasası olduğu sürece işyeri hekimlerinin Tabip Odalarından yetki alma zorunluluğuna dikkat çekti.

İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu Başkanı Dr. Mustafa Tamyürek'in yönettiği soru cevap bölümünde işyeri hekimleri özellikle belirsizlik, mesleki bağımsızlık, ekonomik özlük hakların kaybı, işyeri hekimliğinin taşeronlaştırılması konusunda ortak kaygılarını ve mücadele yöntemlerini dile getirdiler. TTB Merkez Konseyi Üyesi Dr. Osman Öztürk sadece hukuki mücadelenin yetmediğinin daha önceki deneyimlerde görüldüğünü belirterek işçi sağlığı ve işyeri hekimliği ile sağlığın tüm alanlarında yaşanan sorunlar için örgütlü mücadelenin önemine değinerek 13 Mart 2011 tarihinde Ankara'da yapılacak Sağlık Mitingi ve sonrasına vurgu yaptı.

Yapılan değerlendirmeler sonunda ortak bir platform kurulması, konu ile ilgili yetkililer ve Milletvekillerine mektup gönderilmesi, basının konu hakkında yeterince bilgilendirilmesi, sendikalar ve diğer meslek örgütleri ile ortak hareket edilmesi, Çalışma İl Müdürlüğü önünde basın açıklaması yapılması gibi mücadele yöntemlerinin takvimlendirilerek ortak hareket edilmesi kararlaştırıldı.

DİL VE SAĞLIK KONULU PANEL DÜZENLENDİ

İstanbul Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu teme bir insan hakkı olarak "Dil ve Sağlık" konulu bir panel düzenledi. İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören'in yaptığı açılış konuşmasında; hekimle hasta arasında "dil" kaynaklı sorunların yaşanmasının insan ve toplum sağlığını etkileyeceğini belirtirken, oturuma katılan Dr. Saffet Murat Tura dilin özgürleştirilen yönlerinin yanında sınırlayan/tutsak eden bir yanının da bulunduğunu belirtti. Dr. Tura; insanın yalnız toplumla ilişkisinin değil kendisi ile ilişkisinin de dil ile gerçekleştiğini vurguladı. Dr. Ata Soyer'in rahatsızlığı nedeniyle katılamadığı toplantıda görüşleri Dr. Veysi Ülgen tarafından sunuldu. Dr. Soyer, Türkiye'de sağlıkta eşitsizlikler kır-kent, doğu-batı, cahil-okumuş gibi parametreler üzerinden değerlendirilirken, dile getiril(e)meyen anadil faktörünün de önemli bir faktör olduğunu, bebek ölüm hızı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım yönünden istatistiksel verilerini sundu. Sezai Sarıoğlu dili olgu, sorun alanı ve kıymet olarak değerlendirdi. Dilin insan hakkı değil yaşam hakkı sınıflamasına dahil edilmesi gerektiğini vurguladığı konuşmasını bir şiir şöleni ile birlikte sundu. Maruf Korkmaz UNESCO'nun "tehlike altındaki diller" raporunu ak-



tardığı konuşmasında yaşayan dilleri bekleyen tehlikelerin UNESCO tarafından bildirilen ölçeklerini sundu.

Serbest kürsü konuşmalarında Murat Paşu Çerkez dilinin yaşadığı süreçleri, Özgür Doğan yönetmenliğini yaptığı "İki Dil Bir Bavul" filminden hareketle öteki ve yeni olan 'dil' ile 'karşılaşma'nın birey açısından (filmde öğretmen-yetişkin ve öğrenci-çocuk) ne gibi süreçler içerdiğini İki Dil Bir Bavul film çekim sürecinde karşılaşılan durumlar ve film içinde mevcut diyaloglardan örneklerle anlattı. Dr. Mustafa Sütlaş dilin hekim-hasta ilişkilerinde sadece tanı ve tedavi sürecinde değil, öncesinde de anamnez ve aydınlatılmış önem açısından önemini vurguladı.

SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİLEN ALANLARDA İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ ÇALIŞTAYI YAPILDI

İstanbul Tabip Odası “Sağlık Hizmeti Üretilen Alanlarda İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Çalıştayı” gerçekleştirdi.

Çalıştaya Devrimci Sağlık İş Sendikası (DEV SAĞLIK İŞ), Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Türk Hemşireler Derneği (THD), Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği (TMRT-DER), Türk Tabipleri Birliği (TTB) kurum temsilcileri ve çalışanlarının yanı sıra sağlık alanında işçi ve iş sağlığı konusunda çalışmalar yürüten çok sayıda akademisyen, hukukçu ve bürokrat katıldı.

Mevcut durumda sağlık çalışanlarına yönelik yasal düzenlemelerin yetersiz olduğu ve uygulanmadığı, özellikle kamu çalışanları açısından yasal düzenlemelerin dahi bulunmadığı tespitinin yapıldığı çalıştayda sağlık çalışanların gittikçe sağlığının bozulduğu ve bozulacağı vurgulandı.

Mevcut olumsuzluklara karşı tüm sağlık çalışanlarının mücadele etmesi gerekliliği ve bu konuda her türlü demokratik hak mücadelesinin yapılmasının önemli olduğu belirtilerek kazanı-



mın ancak birlikte yürütülecek mücadeleye bağlı olacağı alınan kararlar arasında ilk sırada yer aldı.

Birlikte yürütülecek mücadele süreci açısından en kısa sürede yapılanmanın sağlanması ve sürdürülmesi diğer önemli bir karardı.

SOSYALLEŞTİRMEYEN ÖZELLEŞTİRMEYE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ PANELİ

Sağlıkta sosyalleştirmenin 50. Yılında İstanbul Tabip Odası “Sosyalleştirmenin 50. Yılında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” konulu bir panel düzenledi.

Panel, birinci basamak sağlık hizmetlerinin öyküsünü anlatan bir resimli slayt gösterisi ile başladı.

Gösterinin ardından panelistlerden Dr. Akif Akalın, “Sosyalleştirmenin Kökenleri” konulu bir sunum gerçekleştirdi. Dr. Akalın, ülkelerin sosyalleştirme deneyimleri ile birlikte ülkemizin sosyalleştirme süreci hakkında bilgi verdi. Bugün gelinen noktada 1980–2000 yılları arasında tüm karşı hareketlere rağmen sağlık ocaklarının açık kaldığını ve kamu sağlık kurumlarının içi boşalmış olmasına rağmen varlıklarını koruduğunu ifade etti.

“Sağlık Ocağından Aile Hekimliğine İstanbul” konulu su-

num ise bir diğer panelist olan Dr. Naciye Demirel tarafında yapıldı. İstanbul’daki birinci basamak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin 1984 yılında, gerekli alt yapı hazırlanmadan bir tabela değişikliği ile yapıldığına dikkat çeken Dr. Demirel, yıllar içerisinde donanımın açısından istenilen seviyeye ulaşmamış olsa da toplum sağlığı açısından kazanılan zaferlerin çok olduğunu belirtti. Bugün yaşanan asıl sorunun sosyal devlet anlayışı çerçevesinde devletin bu eksiklikleri gidermek yerine sağlıkta dönüşüm programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin birer ticarethaneye dönüştürülmüş olması olduğunu ifade etti.

Panel sonunda, ebe, hemşire, sağlık memurlarının sağlık ocağı deneyimleri paylaşarak, ülkenin ihtiyacı olanın kamucu, eşitlikçi ve erişilebilir bir sağlık hizmeti olduğu görüşü benimsendi.





İSTANBUL TABİP ODASI 2010-2012 DÖNEMİ TEMSİLCİ SEÇİMLERİ TAMAMLANDI

İstanbul Tabip Odası, 2010-2012 dönemi temsilci seçimlerini tamamladı. Hastanelerin bir çoğunda sağlıkta güncel gelişmelerin değerlendirildiği toplantılar sonrasında yapılan temsilci seçimleri, her 50 hekime bir, sonraki her 100 hekime bir temsilci oranında gerçekleştirildi. 4 Ocak 2011 tarihinde yapılan seçim ile Temsilciler Kurulu, Divan üyelerini de belirledi.

İki yıllığına seçimleri yenilene temsilciler, odanın genel kurulundan sonra en yetkili ikinci organı olan Temsilciler Kurulu üyelerini oluşturmaktadır. Temsilciler Kurulu, her ayın ilk Salı günü toplanıp, aldığı kararların Yönetim Kurulu tarafından yasağa geçirilmesi şeklinde bir süreçle çalışmalarını yürütmektedir. Böylece, üyelerin temsilciler aracılığıyla Oda yönetimine doğrudan katılımı sağlanmaktadır. Temsilcilerin, iş yerlerinde meslektaşlarının odayla olan iletişimini sağlamak, alınacak kararlara üyelerin görüşlerini ve önerilerini katabilmek, çalıştıkları hastanelerde meslektaşlarını yerel otoriteye karşı temsil etmek gibi bir çok görev ve yetkileri vardır.

Yeni dönemde temsilcilerin birimlerde aktif rol üstlenmeleri, birimlerdeki hekim sorunları ile ilgilenmeleri, oda aktivitelerine aktif katılımları beklenmektedir. Ayda bir İstanbul Tabip Odası'nda yapılan ve önümüzdeki süreçte yapacaklarımızı birlikte belirleyeceğimiz toplantılara tüm temsilcilerimizin katılımı çok önemlidir. Bu toplantılara katılan hekimlerden birimlerindeki sorunları, hekim isteklerini ve beklentilerini aktarmalarını, tüm hekimlerden de temsilciler aracılığıyla destek, katkı ve önerilerini beklemekteyiz. Bu dönem daha yüksek oranda yapılan özel hastane temsilci seçimlerinin, İstanbul Tabip Odası'nın özel hekimlik alanında başlatmış olduğu çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Demokratik katılımı ve hak almayı birincil hedef olarak belirleyen Temsilciler Kurulu, önümüzdeki süreçte TTB'nin belirlediği eylemlilik takvimi paralelinde pratik, sonuç alıcı eylemler gerçekleştirmek için tüm meslektaşlarımızı desteğe ve katılıma çağırılmaktadır.

SAĞLIK DÖNÜŞÜRKEN

UZMANLIK EĞİTİMİ NEYE DÖNÜŞÜYOR?

Merhaba,

Hekim Forumu'nun bu sayısının dosya konusu asistan hekimler ve uzmanlık eğitimi. Dosyanın editörlüğünü İstanbul Tabip Odası Asistan Hekim Komisyonu olarak üstlendik ve bu anlamda yoğun bir çalışma süreci geçirdik.

Artık hiçbir hekimlik alanında çalışma şartları olması gereken gibi değilken, önümüzdeki süreçte de olumlu yönde değişimlerin yaşanacağı ihtimali bile akıllara gelmezken neydi biz asistan hekimlerin derdi? Komisyon olarak en temel sorunlarımızla ilgili başlıkları belirledik ve ortaya uzmanlık eğitimi dosyası çıktı.

"Ülkemizde asistan hekim kimdir, ne iş yapar?" diye sorarak başladık düşünmeye. Aslında tam da buradan, yani net bir

tanımımızın olmamasından köken alıyordu sorunlarımız. Bu tanımsızlık, sorumluluğumuzda olmayan işlerde görevlendirilmekten, eğitim alamamaya; insanlık dışı şartlarda ve saatlerde çalışılmaktan, psikolojik şiddete maruz kalmaya kadar birçok olumsuzluğa neden oluyordu. Bizim de tüm bu noktalarda söyleyecek sözümüz olmalıydı. Asistan hekimler olarak, günümüz sağlık ortamında yaşananları, yani "büyük resmi" kesinlikle görmezden gelmeden, ancak içinde bulunduğumuz düzeyden yaşadıklarımızı, taleplerimizi ve çözüm önerilerimizi paylaşmayı amaçladık.

Dosya içeriğinde neler var?

İlker Kayı, sağlık sisteminde asistanın yerini ve asistan eğitimi önündeki engelleri; Erman Aytaç ve Tuğba Mandal tıpta



D O S Y A

Dosya Editörleri

Ereñ Dokudan, Zerrin Ođlađu

Istanbul Tabip Odası Asistan Hekim Komisyonu

uzmanlık eğitiminin nasıl olması gerektiğini, Nijat Alishev yabancı uyruklu asistan hekimlerin sorunlarını, Zerrin Ođlađu ve Özlem Yılmaz işyerinde psikolojik şiddeti ve Koray Yalçın ise var olan sorunlarla nasıl mücadele edebileceğimizi masaya yatırdı. Av. Dr. Yıldız Ertuğ Ünder asistan hekimlerin hukuki sorumluluklarını derledi, Doğan Şahin günümüz örgütlenmesine deneyim aktarabilmek adına 90'lı yıllardaki asistan örgütlenmesini anlattı.

Ayrıca temel sorunlarımızı tartışmak ve çözüm önerileri üzerinde konuşmak amacıyla aynı soruları içeren iki farklı röportaj yapmayı planlamıştık. Bu soruları hem üniversiteden hem de bakanlık içinden yetkililere yöneltmeyi, çıkan sonucu karşılaştırabilmeyi hedeflemiştik. Bu amaçla görüştüğümüz

Raşit Tükel'in konu ile ilgili görüşlerini paylaştığı röportajı sayfalarımızda bulabileceksiniz. Ancak İl Sağlık Müdürü Ali İhsan Dokucu, tekrarlayan görüşme taleplerimizi ısrarla geri çevirdiğinden kendisinin düşüncelerini ve çözüm önerilerini dosyamızda bulamayacaksınız.

Asistanlığın "geçici" bir süreç olduğu, uzman olduğumuzda hayatlarımızın çok daha güzel ve kolay olacağı yanılmasından uzaklaşabilen asistan hekimler şunu soruyor:

"Sağlık dönüşüyor, peki asistanlar bu süreç sırasında neye dönüşüyor?"

Bu sayının, daha çok asistan hekime ulaşmamızı sağlaması temennisiyle...



Dr. İlker Kayı

Istanbul Tabip Odası, Asistan Hekim Komisyonu

Sağlık sisteminde asistanın yeri ve eğitim engelleri



Asistan hekimlerin sağlık sistemindeki yerine ait bir tartışmayı yürütebilmek için öncelikle bir asistan hekim tanımı yapmak gerekmektedir. Bugün genel olarak asistanların içinde buldukları ortamlarda ne yaptıklarına göre yapılacak bir tanım muhakkak ki hatalı olacaktır, çünkü asistanlık günümüzde asistan hekimlerin yaptıkları asla değildir ve olamaz.

Bir tanım yapmak gerekirse, asistan hekim;

“Bir üniversite hastanesi veya eğitim araştırma hastanesinde belirli bir uzmanlık dalında uzmanlık eğitimi almak için bulunan, aldığı eğitimin bir parçası olarak ve o ölçüde ve denklikte hizmet sunumuna katılan, araştırmalara yardımcı olan veya tasarlayıp yürüten öğrenci hekimdir.”

Bu tanımda vurgulanan iki nokta vardır. Birincisi asistan bir “öğrenci” olarak belirli bir eğitim hizmetinden yararlanmaktadır, yani bir hizmet alıcısıdır. İkincisi ise eğitiminin doğası gereği sağlık hizmeti sunar, yani bir hizmet sağlayıcısıdır. Bu iki tespitin öncelik sırası da aynıdır: Eğitim önce gelir. Mevcut uygulamalarda eksik olan anlayış da budur. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde nasıl bir eğitim programı yürütülüyorsa (eğitimin kalitesinden bağımsız olarak), tıpta uzmanlık eğitiminde de benzer bir anlayışa ve bu eğitimin eğiticiler tarafından bir iş olarak benimsenmesine gereksinim vardır; yani Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde çalışan eğiticiler, mesailerinin bir parçasının asistan eğitimi olduğunun, dolayısıyla buna zaman ayırmalarının gerekli olduğunun farkına varmalıdırlar.

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sonrasında uzmanlık eğitimi almaya hak kazanan öğrenci konumundaki bir asistan hekim bu eğitimi sağlık hizmeti sunan Üniversite Hastaneleri (ÜH) ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde (EAH) almak-

tadır. Bu iki kurum Türkiye'nin sağlık sistemi düşünülecek olursa basamaklı hizmet sunumunda en son noktadır. Ancak uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm projesi nedeniyle basamaklı hizmet sunumu lağvedilerek herkesin, istediği her yere başvurabilmesine olanak tanıyan bir düzene geçilmiştir. Bu durum ÜH ve EAH'nin esas işlevi olan ileri olgularla ilgilenme görevini büyük oranda ortadan kaldırmış, hastaların bu kurumlara başvurmasıyla iş yükünü arttırmış, hizmet başı ödeme (performans) uygulamasıyla da eğitim ve araştırma yerine hizmet hastanelerine dönüşmelerine yol açmıştır. Böyle bir ortamda asistanlar, hizmet üretiminin en ucuz işçisi olmaktadır.

Asistan hekim komisyonu, asistan hekim tanımının sonundaki öğrenciliğe vurgu yapmaktadır. Asistanlık bir eğitim ve öğrenim sürecidir. Yoksa eğitimden yoksun bir öğrenme süreci şeklinde ele alınırsa, örneğin psikiyatriye ilgi duyan herhangi bir hekim bu konuda kendini geliştirebilir, hastalarına edindiği deneyim ile yaklaşabilir ve tedavi etmeyi deneyebilir, deneyim birikimi ile ilerleyebilir. Fakat bunun böyle olamayacağı aşikardır. Ne yazık ki bu durum örnek olmasından öte, İstanbul'daki bir EAH'de yaşanan gerçektir. Asistanlık sürecinin uzmanlık eğitimi olarak adlandırılabilmesi için nitelikli bir eğitmenin sürece dahil olmasına gereksinim vardır. Şekil 1'de asistan hekimlerin eğitim süreci gösterilmektedir. Öncelikli olarak kuramsal eğitim ve konuya dair deneyim aktarımı ve ardından asistan hekimin ürettiği hizmete verilen geri bildirim veya süpervizyon ile süreç ilerlemelidir. Bir asistanın bulunduğu hastanede hizmet sürecine katılmasının koşulu verdiği hizmetin eğitimini ve geri bildirimini almaktır. Tıpta uzmanlık eğitimi için tasarlanmış kuramsal eğitim programları usta çırak ilişkisinin bir parçasıdır ve asis-

tan hekime verilen geri bildirim ile bir bütündür. Bahsedilen koşulların sağlanmadığı durumlarda ise asistan kendi kendine öğrenmek zorunda kalacaktır ki bu hem tıpta uzmanlık eğitimi hem de tıp etiği ve hasta güvenliği açısından sorunlar yaratır.

Ne yazık ki böyle bir eğitim modelini çok az yerde görmekteyiz, hatta belki de hiç göremiyoruz. Bunun nedenlerine değinirsek karşımıza bir çok etkenden oluşan bir liste çıkmaktadır. Asistanlardan hocalara, çalışma koşullarından eğitim müfredatına kadar sayılabilecek bir çok nedeni basitleştirmek için Tablo 1'de bir sınıflama yapmaya çalıştık. Buna göre ideal eğitim sürecini engelleyen ve bizim “Eğitim Engelleri” olarak adlandırdığımız nedenleri bu tabloda görebilirsiniz.

Şekil 2'de asistan eğitimini olumsuz etkileyen etkenlerin nerelerden köken aldıkları ve nasıl bir etkileşimi olduğu gösterilmek istenmiştir. Bugün dünya genelinde görülen bir “Sağlıkta Reform Pandemisi” bulunmaktadır. Salgınin kaynağı Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF)'dur. Birçok ülkede, gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak aynı reform paketi uygulanmaya çalışılmaktadır. Bunların sonucunda ulusal sağlık politikaları şekillendirilmekte, sağlık sistemi değiştirilmektedir. Sağlık sisteminin ticari bir alan haline gelmesiyle verilen hizmette öncelikler değişerek, insanların gereksinimleri kara dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Hastanelerde bu mantıkla hizmet başı ödeme (performans) ile hastaya yapılan işlemler artırılarak sistem yürütülmekte, ancak bu durum hizmete öncelik vermekte ve eğitimi geri plana itmektedir. Hizmeti verenlerin kimler olduğu da önemlidir. Piyasa mantığı ile düşünülürse nitelikli bir insan gücünün maliyeti daha fazla



Şekil 1: Uzmanlık eğitim akışı

Tablo 1: Tıpta Uzmanlık Eğitim Engelleri

Asistana bağlı etkenler	Hastane çalışma koşulları	Tıpta uzmanlık eğitim sistemi	Sağlık politikaları
Yanlış dal tercihleri Hak ve sorumluluklarını bilme- mesi	Fazla mesai saatleri Aralıksız çalışma	Standart eğitim protokolünün olmaması Usulsüz şef ve uzman atamaları	Ticarileşme Hizmet başı ödeme (Performans)
Gündelik yaşam koşulları	İş yükü	Öğretim üyelerinin yetersiz niyeti ve kalitesi	Sevki zincirinin olmaması
Kişilik	Angarya	Eğitim kurumunun altyapı yetersizliği	Altyapısız Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri kurulması
	Yönetim anlayışı	Eğitim müfredatının olmaması	SGK ödeme usulleri (Global bütçe, katılım payları vs.)
	Yetersiz personel	Eğitime zaman ayrılmaması	Hekimleri hastalarla karşı karşıya getirme
	Hekime karşı şiddet	Mesai saatleri dışında eğitim yapılması	Taşeronlaşma
	Mobbing	Geri bildirim veya süpervizyon olmaması (Morbidite-mortalite toplantılarının yapılmaması)	Kamu-özel ortaklığı (Kamu- Hastane Birlikleri, Sağlık Kentleri)
		Eğitim kalitesinin denetlen- memesi	
		Mobbing	

olacağından, kar edebilmek için, hizmeti üretmenin yolu maliyeti daha da azaltmak için daha az sayıda çalışanla ve daha niteliksiz hizmet sunmaktan geçmektedir. Son beş yılda TUS'taki kontenjanlarındaki azalma, yeni açılan altyapısız ve eğitim kadrosu olmayan ama asistanları olan EAH'leri ile artan nöbet sayısı ve iş yükü buna en iyi örnektir. Bunlara ek olarak tıpta uzmanlık eğitim sisteminin bulunmaması ve zaten kötüleşen bu ortamda eğitimin daha da kötüye gitmesi doğaldır. Hastanelerin başhekimleri tarafından veya kliniklerdeki şefler tarafından belirlenen çalışma ortamındaki olumsuzluklar ile eğitime önem verilmemesi hatta hizmetin öncelenmesi sonucunda asistanlar bu ortamda psikolojik olarak zarar görmekte, yetersiz kalmakta ve kurtuluşu bir an önce uzman olmakta

görmektedir.

Kurtuluş gerçekten uzman olmakta mı? Sağlıkta reform adı ile yürütülen



politikaların uzmanlıkta etkisi olmayacak mı? Kendini kurtarmaya çalışmakla başarıya ulaşabilir mi? Asistan Hekim Komisyonu olarak cevabımız: Hayır. Çerçevedeki resim sadece biz hekimleri değil tüm insanları ilgilendiriyor. Hekim olarak, ilgilendiğimiz konunun hastalıktan öte sağlık olduğunu ve sağlığın tanımını yani kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması gerekliliğini hatırlamamız gerekmektedir. Bu noktada mücadele için ise yolun ancak toplumsal yolla, birlikte yapılabileceği unutulmamalıdır. Asistan Hekim Komisyonu olarak tüm arkadaşlarımızı eğitim engelleri ve olumsuz çalışma koşullarının, kendimiz ve tüm insanların sağlık hakkına engel olan nedenlerin kaynağı ile mücadeleye çağırıyoruz.



16. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI

Asistan Hekim Eşgüdüm Kurulu Sonuç Bildirgesi



2010 yılı sonunda asistan hekim örgütlenmesinde geldiğimiz nokta:

TTB-UDEK altında Asistan ve Genç Uzmanlar Çalışma Grubu oluşturuldu, TTB-UDEK YK'ya sunulmak üzere iç yönerge ve çalışma ilkeleri hazırlandı, uzmanlık dernekleri vasıtasıyla temsilcilere ulaşılması planlandı. 2011 yılı içerisinde TTB-UDEK AGUH Yürütme Kurulu'nun seçilmesi, uzmanlık dernekleri temsilcileri tarafından uygulanmak üzere bir anket çalışması başlatılması, tüm Türkiye'deki asistan ve genç uzmanların yer alacağı bir veri tabanı oluşturulması kararlaştırıldı.

12 Aralık 2010 10:30-12:00 arası kurultaya katılan tüm asistanlar, İTO sekreteri ve TTB Merkez Konsey üyesi bir araya geldi. Farklı şehirlerde yaşanan deneyimler aktarıldı. İstanbul Tabip Odası Asistan Komisyonu faaliyetleri değerlendirildi. 2011 yılı itibarıyla tüm Türkiye'deki tabip odaları asistan komisyonu faaliyetlerinin örgütlenmesi,

iletişimin artırılması ve ortak eylem planları oluşturulması planlandı.

16. TUEK Asistan Forumu'nun ardından asistan hekimlerin eğitim, özlük hakları ve insan hakları açısından çok ciddi sorunlarla karşı karşıya oldukları ve bu sorunlara tüm hekim gruplarının duyarlılığı ile acil olarak eğilmenin gerekliliği ortaya konuldu. Asistan Hekim Forumu'nda; "Sağlık Sisteminde Asistan Hekim in Yeri ve Eğitim Engelleri", "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Nasıl Olmalı", "Eğitimi Engelleyen Diğer Faktörler (mobbing ve hekime yönelik şiddet)", "Yabancı Uyruklu Asistan Hekimlerin Sorunları", "Asistan Hekimler Ne Yapmalı" başlıkları ile yapılan sunumlar yer aldı.

Bu başlıklar çerçevesinde TTB ve Tabip Odaları çatısı altında;

- Asistan Hekim tanımının yeniden ele alınması gerektiği;
- Yabancı uyruklu asistanlığın 21. yy'da köleliğin farklı bir boyutunu oluşturduğu;

• Yaşanan mobbing ve şiddet problemlerinin tahammül edilemez boyutlara ulaştığı;

• Örgütlenmede sadeleşme, güçlerimizi birleştirip belli noktalara yoğunlaştırma ve üretme ihtiyacının olduğu;

• Çalışma sürelerinin standardize edilmesi ve insanca yaşanabilir saatlere çekilmesi konusunda harekete geçilmesi gerektiği;

• Eğitim sürecindeki aksaklıklarının belirlenmesi ve kamuoyuna yansıtılmasının önemli olduğu;

• Sorunları öneriler çerçevesinde ele alıp çözümlerini bulma zorunluluğu bulunduğunu;

• Nöbet Ertesi İzin Mücadelesinin devam ettirilmesi ve tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması ile ilgili olarak eylemliliğin önemli olduğu ve tüm asistanların bir araya gelerek eğitimciler ile birlikte kamuoyu oluşturulması, gereğinde hukuki süreçleri başlatarak insani yaşama ve eğitim alma haklarının elde edilmesi gerektiği vurgulandı.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi nasıl olmalı?

1990 Tıpta uzmanlık eğitimi; uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık alanları ile ilgili hastalıkların uygun tanı, koruma, yönetim ve tedavisini, kanıta dayalı tıp, tıbbi iyi bakım ilkeleri ve çağdaş standartlara uygun olarak yapmalarını ve tüm bu alanlarda yaşam boyu öğrenme becerisi kazanmalarını amaçlamaktadır. Eğitim süreci, önceden tanımlanan yasa ve yönetmelikler çerçevesinde önceden tanımlanmış bir eğitim müfredatına uygun olarak teorik ve pratik uygulamalarını içerir. Bu süreç bir tez çalışması ile tamamlanır.

Ülkemizde uzmanlık öğrencileri eğitimleri sırasında sağlık hizmetinin önemli bir bölümünün iş yükünü taşıyorlar. Ancak uzmanlık eğitimi sürecinde sağlık hizmetinin sunulmasında ve mesleki eğitimde önemli aksaklıklar yaşanıyor. Hem eğitim sürecinin planlanmamış olması hem de eksik alt yapıya rağmen, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerine fazla sayıda hastanın başvuru olması bu kliniklerdeki işleyişi olumsuz etkiliyor. Sağlık kurumlarına hastaların müracaatını belirleyen kriterlerin belirlenmemiş olması ve sevk sisteminin planlı uygulanmaması eğitim araştırma hastanelerindeki iş yükünü olumsuz etkilen faktörler arasında yer alıyor. Sağlık kurumlarının fonksiyonlarına uygun alt yapısının olmaması da hem öğretim üyelerinin hem de yetersiz eğitim alan uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve uygulama aktivitesini olumsuz etkiliyor. Ülkemizde şefi ya da asistanı olmayan, pek çok teknik eksikleri bulunan eğitim klinikleri mevcuttur. Özellikle uzmanlık eğitimi verme-

si planlanan eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinin işlerlik kazanmasında hem hekimleri, hem hastaları, hem de ülke ekonomisini olumsuz etkileyecek sonuçların ortaya çıkmaması için ülkenin mevcut durumunun iyi analiz edilmesine ve planlanmasına ihtiyaç vardır.

Pratik uygulamada eğitim sürecini öğretim üyesi, uzmanlık öğrencisi ve kurumun donanımı belirlemektedir. İlgili tıp anabilim dalında; yeterli donanımı olan, akademik ve mesleki olarak aktif öğretim üyeleri ve standart kriterlere göre seçilmiş uzmanlık öğrencilerinden oluşan bir klinikte uzmanlık eğitiminin temel kriterlerinin kolaylıkla karşılanabileceği bir gerçektir. Oluşan bu çekirdek uzmanlık eğitimi önceden belirlenmiş bir eğitim programı çerçevesinde, aralıklı olarak yapılan teorik ve pratik sınavlar ile denetlendiğinde verilen eğitimin ölçme ve değerlendirme basamağı da gerçekleşmiş olacaktır. Her uzmanlık branşının çekirdek eğitim programını belirlemesi ve uygulamaya koyması gerekmektedir. Kendini güncel bilgiler ve teknoloji ışığında yenileyen bir eğitim programı, akredite edilmiş eğitim kurumu ve eğitici, hizmet sunumuyla eğitim etkinlikleri arasında denge kurulması, eğitim sürecinin pratik ve teorik yönünün standart sınavlar ile değerlendirilmesi, rotasyonların etkin uygulanabilmesi, çalışma sürelerinin ve şartlarının uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmesi, gelişime açık bir ortam ve bunları sağlayacak finansman desteği modern tıpta uzmanlık eğitiminin temel gereksinimleridir.

Günümüzde, tıpta uzmanlık eğitimi uygulayacak ve değerlendirecek model insan (Mentor) öğretim üyesi eksikliği mevcuttur ve var olan sistem bu yönde öğretim üyesi yetiştirememektedir. Usta-çırak ilişkisi uzmanlık eğitimi sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Uzmanlık öğrencisi sağlık hizmeti verdiği sırada bir öğretim üyesi ile birlikte karar vermeli ve karar verme süreci denetlenmelidir. Orta öğretimden yüksek öğretime ve tıp fakültesinden uzmanlık eğitimine geçiş, eğitim sisteminin var olan sorunlarına rağmen, merkezi sınavlar ile olabildiğince objektif olarak yapılabilmektedir. Ancak yüksek öğretimde akademik pozisyonların yeterliliklerinin belirlenmesi, bu pozisyonlara yerleştirilecek adayların sahip olması gereken özellikler pek çok branş için tanımlanmış değildir. İyi doktor ve iyi akademisyen kavramlarının tanımlanması gerekmektedir. Akademik yeterlilik ile mesleki yeterlilik kriterlerinin belirlenip uygulanması gerekmektedir. Geleceğin öğretim üyelerinin yetiştirilmesine yönelik, ana dal eğitimine ek olarak yüksek lisans veya bilim doktora-sı derecesinde tıp doktoru bilim insanı yetiştirilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır.

Pratik uygulamada bir anabilim dalı kendi yan dalları ile ilgili her türlü donanımına sahip olamayabilir. Bünyesinde var olan öğretim üyelerinin ilgi alanları ve kurumun alt yapısı asgari müşterekleri karşılıyor olsa da, bazı ileri teknoloji ya da ileri uzmanlık gerektiren uygulamalar her eğitim kliniğinde bulunmayabilir. Eğitim sürecinde, kurum ve eğitici alt



yapı eksikliğini saptayan ve uzmanlık öğrencisinin eğitim eksikliklerini giderebileceği rotasyon ve burs imkanları oluşturulmalıdır. Böylece uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin farklı dönemlerinde mesleki gelişim ve meslek içerisinde öğrenmeye devam etme alışkanlığı uzmanlık eğitimi sürecinde kazandırılabilir.

Ülkemizde farklı kurumlar tarafından yapılan iş gücü ve iş yükü analizlerine göre aslında pek çok branşta uzman sayısı yeterlidir. Ancak uzman ve uzmanlık öğrencileri arşivleme, hastanın tedavisinin takibi ve uygulanması sırasında birçok paramedikal sorun ile mücadele etmektedir. Çoğu uzmanlık eğitiminin bir parçası olmayan ancak uzmanlık öğrencilerinin mesaisinin büyük bir bölümünü oluşturan işlerin yürütmesi için tıbbi sekreter ve yardımcı personel desteği sağlanmalıdır.

Uzmanlık öğrencileri, bilimsel araştırma okuma ve yapma becerisi kazanamamaktadırlar. Bu eksikliğin giderilmesine yönelik deney hayvanları, klinik araştır-

ma ve biyoistatistik kursları sertifikalandırılmış programlar olarak verilmelidir. Uzmanlık eğitim kurumları ve uzmanlık öğrencisi istihdamının belirlenmesine yönelik iş gücü ve iş yükü çalışmaları yapılmalıdır. Tüm çalışan kadınlar gibi kadın hekimlerin de temel özlük hakları olan emzirme izni, ücretli ve ücretsiz doğum izninin yanında kreş ve çocuk sağlığı hizmetlerinin de kolaylıkla ulaşılabilir olması sağlanmalıdır. Eğitici kadroların finansal destek mekanizmaları eğitim ve araştırma faaliyetleri üzerinden geliştirilmeli ve değerlendirilmelidir. Sağlık hizmeti, eğitim ve bilimsel araştırma özelliklerinin tümü açısından kliniklerin eğitim ve biyoteknolojik alt yapısını güçlendirmek ve yenilemek için hükümetler, Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurumu daha fazla kaynağı düzenli olarak aktarmalıdır. Sağlık eğitimi ve hizmetinin planlanması ve sunulması çağın gerektirdikleri ışığında tıbbi etik ve insan hakları esas alınarak yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu 2010. Terzi C, Eryılmaz M, Erel S, Mutlu F, Aytac E, Gülkesen H. Türk Cerrahi Derneği Eylül 2010, Ankara
2. Program requirements for residency education in internal medicine. In: Donini- Lenhoff F, ed. Graduate Medical Education Directory 1999–2000. Chicago, Ill. American Medical Association; 1999: 86–95.
3. Terzi C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Temel Kavramlar, Ed. Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 1–18.
4. Sayek İ. 21. yüzyılda genel cerrahi. Ed., Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 31–33.
5. Debas HT, Bass BL, Brennan MF, et al. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education Ann Surg 2005; 241(1): 1–8.
6. Pellegrini CA. Surgical Education in the United States. Ann Surg 2006; 244: 335–342.
7. Aggarwal R, Ward J, Balasundaram I, et al. Proving the effectiveness of virtual reality simulation for training in laparoscopic surgery. Ann Surg 2007; 246: 771–9.
8. Pellegrini CA, Sachdeva AK, Johnson KA. Accreditation of education institutes: a new program following and old tradition. Bull Am Coll Surg. 2006; 91: 9–12.
9. Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlilik Kurulu –Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitim Programı



EĞİTİM ARAŞTIRMA VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDEKİ YABANCI UYRUKLU ASİSTAN HEKİMLER

Biz de aynı kamu hizmetini veriyoruz

Bizler merkezi sistemle yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girecek yabancı uyruklu hekim kontenjanından eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde uzmanlık eğitimi alma hakkı kazanan yabancı ülke vatandaşlarıyız.

Eğitimimiz sırasında T.C. vatandaşı arkadaşlarımızla hastanelerin asistan hekimlere yüklenmiş ağır iş yükünü paylaşıyor, onlarla aynı şartlarda kamu hizmeti sunuyoruz. Aynı sayıda hasta bakıyor, aynı sayıda uykusuz gece nöbetleri tutuyoruz.

Tüm yabancı uyruklu asistan hekim arkadaşlarımız adına bizlere Türkiye Cumhuriyeti'nde eğitim alma hakkı verildiği için teşekkür ediyoruz. Ancak eğitimimiz sırasında bazı sorunlarla karşılaşmıyoruz. Her ne kadar yasal(1) olarak hiç bir hak talep edemesek de, T.C. vatandaşı arkadaşlarımız ile aynı işi yapıp hiçbir ücret alamamamız ve hiçbir sağlık güvencemizin olmaması, bahsi geçen yasanın gerekçe gösterilerek emek sömürsü yapıldığını düşünmekten başka alternatif bırakmıyor.

Demokrasiyi kendine ilke edinmiş bir devletin; İNSAN HAKLARI EVRENSEL

BEYANNAMESİ 23.maddesi gereğince "herkesin, herhangi bir ayırım gözetmeksizin, eşit iş için eşit ücrete hakkı" olduğunu da göz önünde bulundurması gerekir.

Hocalarımızın gözünde maaş alamamamız dışında T.C. vatandaşı mesai arkadaşlarımız ile aynıyız. Hastane personeli ve mesai arkadaşlarımız olan araştırma görevlisi kadrosundaki T.C. vatandaşı asistan hekimler de bizlerin içinde bırakıldığı durumun yanlış olduğunu farkındalar.

Hastane yönetimleri ellerinden geldiğince bizlere yardımcı olmaya çalışıyor ancak kanunları karşılığın alamıyorlar. Bizleri pratikte araştırma görevlisi kadrosundaki T.C. vatandaşı arkadaşlarımız gibi "Araştırma Görevlisi" olarak görse de resmiyette "Maalesef ki, değilsiniz..." deniyor.

Kurumlarımız bizleri birçok ölçüde T.C. vatandaşı arkadaşlarımız ile eşit görüyor ve birçok anlamda eşit hak tanıyor.

Kendi diploma numaralarımızla, kendi kaşelerimizi kullanıyor ve reçetesini yazdığımız hastalar bizim yazdığımız re-

çetelerle ilaçlarını alabiliyorlar.

Hastalarımızın gözünde bizler resmiyette olduğu gibi sadece "Tıpta Uzmanlık Öğrencisi" değil, onlara büyük özveri ile hizmet sunmaya çalışan doktorlarız.

Yasalar dışında herkes emeğimizin karşılığını almamız gerektiğini söylüyor.

Bazı üniversite hastaneleri vakıflarından 300-400TL burs veriyor.

Eğitim araştırma hastanelerinde Sağlık Bakanlığı'nın 06.07.2005 tarihli, 2005/105 sayılı genelgesi gereği 500TL döner sermayeden ek ödeme yapılıyor. Bu meblağın da yaklaşık 80TLsi vergi olarak kesilip 420TL ödeniyor.

Bazı hastanelerde bölüm içerisinde T.C. vatandaşı asistan hekimler ve öğretim üyeleri kendi aralarında havuz oluşturup yabancı uyruklu arkadaşlarına yardımcı bulunuyorlar.

Ne özel kararlar ile ek ödemeler, ne burslar, ne de havuzlar... Sadece Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nde gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ile yabancı uyruklu tıpta uzmanlık öğrencilerinin statüsünün net olarak belirlenmesi ve bunun içinde sağlık sigortası ve araştırma görevlisi kadrolarının olması sağlanabi-



lır. Böylece belki verilen emeğin karşılığı kısmen de olsa mevcut yasalarca korunabilir.

1219 sayılı kanun ile doğrudan ilişkimiz yok ve bu kanunla ilgili yapılmaya çalışılan değişikliklerin bizi, asistan hekimleri direk etkileyip etkilemeyeceğine dair net bir bilgi de yok. Bakanlar Kurulu Kararı ile Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde yapılabilecek bir değişiklik sayesinde, bir başka Bakanlar Kurulu kararına dayanarak "Yabancı Uyruklu Araştırma Görevlisi" kadrosuna atanabiliriz.

Bizlerin tıp fakülteleri dışındaki diğer fakültelerde lisansüstü eğitim gören yabancı uyruklu öğrencilerden bazı farklarımız var:

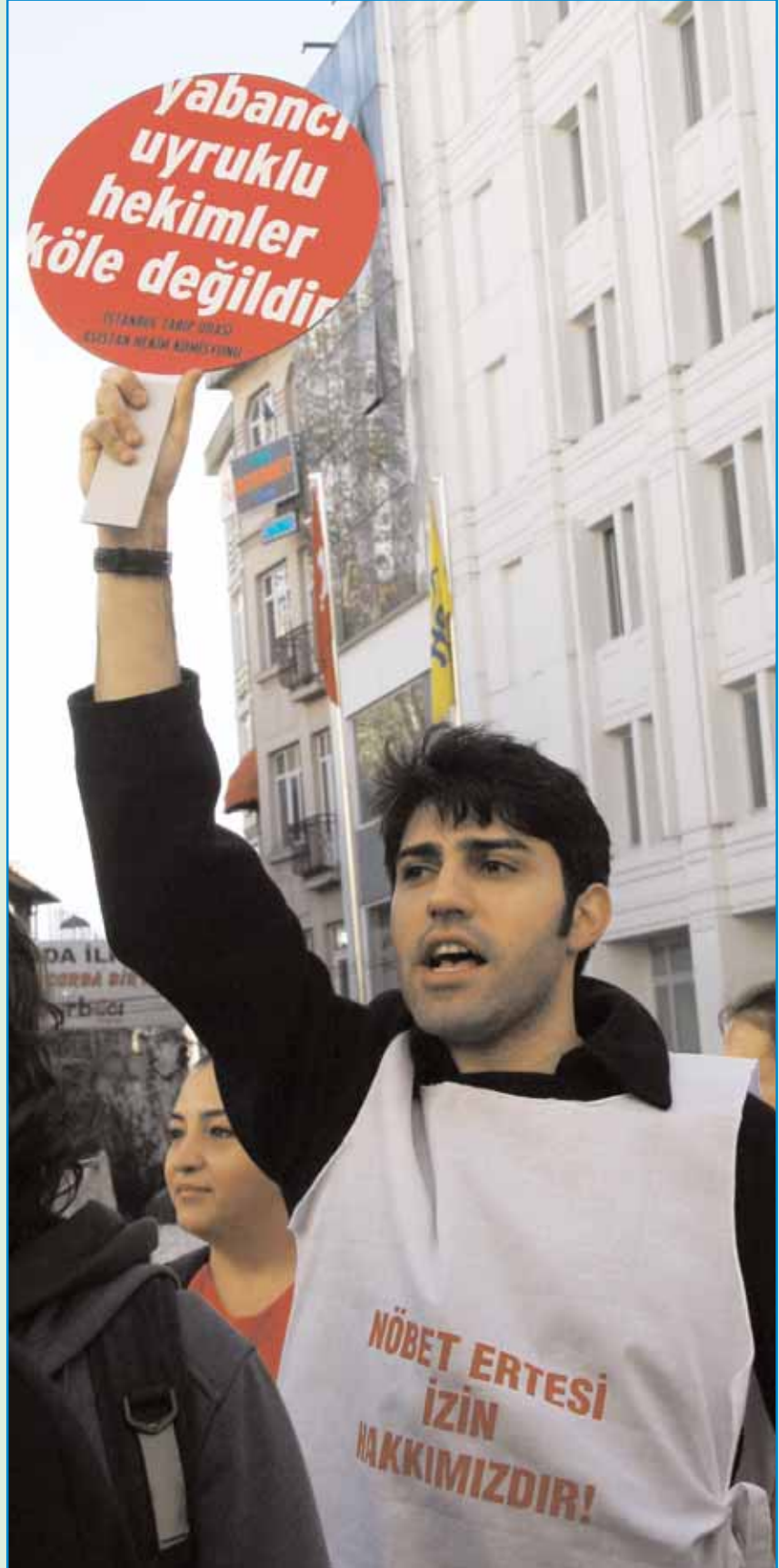
Bizler sadece eğitim almıyor, T.C. vatandaşı meslektaşlarımızla omuz omuza KAMU HİZMETİ sunuyoruz. Bu anlamda statümüz lisansüstü eğitim gören diğer fakültelerin öğrencilerinden farklı olmalı ve Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nce korunmalıdır.

"Bu şartları bilerek geliyorsunuz" , "Ya sev, ya terk et " gibi cümleler duysak da mesleğimizi ve Türkiye'yi seviyoruz ki buradayız.

Yetkililerden gerekli insiyatifin gösterilmesini istiyoruz.

Türkiye'nin globalleşmesi politikasında, çoğu 3. dünya ülkesi vatandaşı olan yabancı uyruklu tıpta uzmanlık öğrencilerini kendi ülkelerine dönüp orada hizmet vermeye teşvik etme politikasında şu unutulmamalıdır ki; bu insanlar vatanlarına dönerken kendileri ile beraber demokrasi de götürebilirler, eğer kendilerine Türkiye'de bu anlamda eşit haklar verilirse... Ülkesine döndüğünde Türkiye'de geçim sıkıntısı ile geçen yıllarını değil; özveri ile çalıştığı, emeğinin hakkını aldığı ve bilime katı sağladığı güzel yıllarını hatırlar.

Yabancı uyruklu asistan hekimlere verilecek hak demokrasi ve sosyal haklar adına övünen batı ülkelerine de örnek olacaktır.



Örtülü şiddet (mobbing) üzerine

Bu yazıda mobbing üzerine içimizden geçenleri söylemeyi planladık. Bu durum öyle çok canımızı acıtıyor ki, dosya konusu "uzmanlık eğitimi" olunca halen uzmanlık eğitimi alanlar olarak bundan bahsetmemek imkansız. Tek amacımız derdimizi anlatmak, içimizi dökmek değil elbette; yaşadıklarına anlam veremeyenlere de yol gösterebiliriz, farkındalık arttırsın istedik yazımız.

O yüzden şimdi biraz teorik bilgi...

Mobbing; nam-ı diğer "iş yerinde psikolojik şiddet, yıldırma" (başka tanımları da var oysa ki; iş yerinde duygusal linç, psikolojik terör, iş yeri travması, psikolojik taciz, duygusal saldırı, psiko-terör... gibi) son yıllarda çalışma yaşamının diline; özellikle biz sağlık çalışanlarının, çoğunlukla da asistan hekimlerin diline girmiş bir kelime. Oysa hiç de yeni olmayan, yıllardır hep hissedilen ama adı konulamayan, literatüre ise 1960'lı yıllarda giren bir kavram...

Bir tür "travma" aslında. Beklenmedik nitelikte, kişinin denetimi dışında, ona çaresizlik ve güçsüzlük duyguları yaşatan bir durum (DSM-IV-TR, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı). Kişi üzerindeki etkilerine bakıldığında aslında depresyon gibi, kaza-ihmal gibi, bir yakınına kaybetmek gibi, savaş-ışkençe gibi, fiziksel-sözel şiddet gibi... Belki de tek farkı bu yaşadıklarımız kadar göz önünde, görünür olmaması.

Mobbing kelimesi İngilizce'deki "mob" kelimesinden köken alır (<http://en.wikipedia.org/wiki/Mob>), "yasal olmayan biçimde şiddet uygulayan kalabalık yahut çete" anlamına gelir. Kelime ilk kez Kontranz Lorenz (1958) tarafın-



dan dile getirilmiş, ancak İsveç'li araştırmacı Heinz Leymann (1984) tarafından "işyeri terörü" olarak kullanıma sokulmuştur.

Mobbing; kişiye yönelik düşmanca tavırların varlığı, bu tavrın uzun süreli (haftada birden fazla ve en az 6 ay boyunca) ve sistematik olarak tekrarlanması, davranışların kişiyi yıpratma ve ona zarar verme amacı taşıması, kişiyi dışlamayı ve işten uzaklaşmasını sağlamayı amaçlaması, sıklıkla kıdem olarak kendilerinden üstte bulunan kişilerce uygulanması ve diğer çalışanların bu durumu görmezden gelmesi ile karakterizedir (Heinz Leymann, 2002, Davenport 2003).

Peki hangi davranışlar mobbing olarak değerlendirilebilir? (Şahika Yüksel, 2. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi, 2010)

a) Kendini gösterme ve iletişim oluşumunu etkileme (sözün kesilmesi, azarlanma, sürekli eleştirisi)

b) Sosyal ilişkileri etkileme (çevredeki insanların mağdurla konuşmaması, yokmuş gibi davranma, görmezden gelme)

c) Kişinin itibarını etkileme (arkasından kötü konuşma, asılsız söylentilerin ortada dolaşması, mağduru gülünç durumlara düşürme)

d) Kişinin yaşam kalitesini ve mesleki durumunu etkileme (verilen işlerin geri alınması, sürekli işin değiştirilmesi, anlamsız işlerin verilmesi)

e) Kişinin sağlığını etkileme (fiziksel olarak ağır işlerin verilmesi, fiziksel şiddet tehditleri, fiziksel zarar, doğrudan cinsel taciz) (Davenport 2003)

Yıldırmanın uygulama biçimi, süresi ve şiddeti ile bağlantılı olarak birçok fiziksel ve ruhsal bozukluk ortaya çıkabilir:

- stres belirtileri
- anksiyete, panik atakları, çaresizlik duygusu, güvensizlik hissi
- major depresyon



- psikosomatik şikayetler
- kronik ağrı (baş ağrısı, yaygın vücut ağrıları)
- uykusuzluk
- kardiyovasküler bozukluklar (çarpıntı, hipertansiyon)
- astım
- deri hastalıkları
- gastrointestinal yakınmalar
- hipnotik ve sedatif kullanımının artması
- iş tatminsizliği
- kişiler arası ilişkilerde bozulma (Elvira, 2003; Vartia, 2003)

Çalışanların yöneticilerden, yaşlıların gençlerden, kadınların erkeklerden daha çok yıldırma davranışına maruz kaldığı gösterilmiştir (Gökçe, 2006; Işık, 2007), dolayısıyla bu çerçeveden bakıldığında yıldırma davranışının sınıfsal ve cinsiyetçi bir eşitsizlik üzerine kurulduğu söylenebilir. Mobbing sıklıkla disiplin ve hiyerarşinin belirgin olduğu askeriye, sağlık sektörü gibi çalışma alanlarında karşımıza çıkmaktadır (Archer 1999), bu yüzdendir ki biz aslında yakinen biliriz-hissederiz varlığını. Uzmanlık öğrenicisinin birçok üstü vardır (kıdemli asistan, baş asistan, uzman, şef yardımcısı, şef, öğretim üyesi...) ve sağlık sektörü hem hiyerarşinin hem de disiplinin bolca bulunduğu bir alandır.

Peki asistanlar ne diyor?

2010 yılı içerisinde yapılan, İstanbul'da çalışan 192 psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi asistanının katıldığı bir ankette oldukça çarpıcı sonuçlara ulaşılmıştır (Dr. Özgür Önder, BRSHH, Türkiye Psikiyatri Derneği, 13. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu). Katılımcıların %87'si çalışma saatlerinin 40 ila 80 saat arasında olduğunu bildirmişlerdir ki bu uluslararası çalışma standartlarının oldukça üstündedir. %49'u kendilerine uygulanan psikolojik şiddet nedeniyle işe gitmek istemediklerini, %42.6'sı son 6 ay içinde kendilerinin ya da çalışma arkadaşlarının psikolojik şiddete maruz kaldığını, %79.1'i kurumlarında en çok asistan hekimlerin psikolojik şiddete maruz kaldığını, %59.9'u bu şiddetin uygulayıcısının

şef yardımcısı-şef ve öğretim üyeleri olduğunu, %61.3ü eğer asistan olmasalardı buna maruz kalmayacaklarını düşündüklerini söylemişlerdir. %78'i kurumlarında bu durumu bildirecek bir oluşum bulunmadığını, sadece %4.1'i yasal başvuru yollarını kullandığını bildirmiştir.

Ne Yapmalı?

Bu yazının, başında da belirttiğimiz üzere, belki de en kritik bölümü "ne yapmalı?" sorusunun cevabını aradığımız kısım olacaktır. Yapılması gerekenler iki aşamada ele alınabilir. İki çalışma ortamının özelliklerine dair yapılabilecekler:

- Görev tanımları net olarak yapılmalı, böylelikle aşırı ve tanımlar dışı iş yükü aracılığıyla yıldırma çabalarının önüne geçilmeli; uluslararası standartları göz ardı eden uzun mesai saatleri yasaklanmalıdır.

- Çalışma ortamlarımızda var olan üst-üst, kıdemsiz-kıdemli ilişkilerinin; ezen-ezilen ilişkisine dönüşmesi engellenmelidir.

- Dayanışma ve ekip çalışması yaygınlaştırılmalı, ekip içinde bireylerin kendini "özgürce ve korkusuzca" ifade edebilmesinin önü açılmalıdır.

- Kurumlarda yıldırma davranışının bildirilebileceği, yasal işlemin yapılabileceği komisyonlar kurulmalıdır.

- Tüm çalışanlara özgürce örgütlenme hakkı tanınmalıdır.

Peki, biz asistan hekimler neler yapabiliriz?

- İlk adım yaşananların adını koymak olmalı. Eğer çalıştığınız kurumlarda yurtdışı bahsi geçen davranışlara maruz kalıyorsanız artık bir mobbing mağdurusunuz demektir.

- Eğer çalışma arkadaşlarınızdan bir ya da birkaçı yıldırma davranışına maruz kalıyorsa artık görmezden gelmemek olmalı ikinci adım. Çünkü "dalga etkisi" denilen kavram ile bir süre sonra yaşananların etkisi sadece mağdur ile sınırlı kalmayacak, çevresindekilere de yayılacak, çalışma ortamının huzur ve güvenliği bozulacaktır. Üstelik yıldırmanın uygulayıcısı bu davranışını yaygınlaştırmak için uygun zeminin varlığını kullanacaktır. Yani

sizin "bugün" mağdur olmamanız, yarın mağdurun yaşadıklarını yaşamayacağınızı anlamına gelmeyecektir.

- Tüm koruyucu-önleyici tedbirlere rağmen yıldırma ortaya çıktığında bunun duyulması sağlanmalı; gerek kurum yönetimine gerekse uzmanlık dernekleri ve tabip odalarına durum bildirilmelidir. Bu süreçte kişinin yaşadıklarını adli-psikiyatrik raporlarla kayıt altına alması desteklenmeli, bu başvuruyu yapabileceği yerlere yönlendirmeler yapılmalıdır.

- Mobbing'in bir ruhsal travma olduğu göz önünde bulundurulmalı, bu travma ile başa çıkma yolunda psikiyatrik destek alınabileceği akıllarda tutulmalıdır.

Bitirirken;

Mobbing'in günümüz üretim ilişkileri içerisinde artan sıklık ve yaygınlıkta uygulanır olacağını tahmin etmek hiç de güç değil.

Mobbing ile en etkili mücadele etme yöntemi ise örgütlenme, birlikte direnme. Asistan hekimlerin, sadece mobbing ile mücadelede değil, eğitim ve özlük haklarını elde etmede de çaba gösterebileceği, aktif olarak katılabileceği bir örgütlenmeye ihtiyaçları var.

İstanbul Tabip Odası Asistan Hekimlik Komisyonu; en temelde dayanışmak, eğitim ve özlük haklarını elde etmek ve asistanların sesinin daha gür çıkmasını sağlamak amacıyla kuruldu ve çalışmalarını bu yönde sürdürmeye çalışıyor. Böyle bir birlikteliğin önceliği ve çabası mümkün olduğunca çok asistana ulaşmak, bir aradayken daha güçlü olacağımızı ve tek başımıza mücadele edemeyeceğimiz konularda meslek örgütümüzün çatısı altında toplanabileceğimizi göstermektedir.

Bugün asistanların mobbing de dahil olmak üzere yaşadıkları sorunların önemli bir ayağını da yalnızlaştırma politikaları oluşturmaktadır.

Artık görmezden gelinmek ya da görmezden gelmek istemeyen bütün asistanların bir arada bu amaçla çalışma zamanı gelmiştir.

Sonuç için mücadele

Asistan hekimler görev yaptıkları birimlerde her gün her dakika onca sorunla boğuşurken bir yandan da şu soruyu soruyorlar: “Ne yapsam da kurtulsam?”

Çoğu zaman kurtuluşun ufukta görünen uzmanlıkta olduğu varsayılıyor, kronikleşmiş sorunlara anlık “çözümçükler” bulunuyor ve her şeye rağmen devam ediliyor. Bazen de artık yeter deyip istifa ediliyor. Asistanlık boyunca en az bir kez istifayı düşünmemiş birini bulmak çok zor. Sağlıkta dönüşümün ortaya çıkardığı hekim düşmanı uygulamalar da gerek asistanlık gerek uzmanlık döneminde “yeter artık” diyenlerin sayısını artırıyor.

Ancak bu yazıda gündemimiz “Ne yapsam da kurtulsam?” sorusu değil. Bu yazıda kişisel ve anlık “çözümçükler” yerine asistan hekimler olarak “Ne yapma-

lıyız?” sorusunu tartışmaya açacağız.

Asistan hekimlerin sorunlar listesi çok uzun ve bu listedeki başlıklar çok çeşitli. Çalışma saatleri, çalışma koşulları, eğitimdeki aksaklıklar, ücret yetersizlikleri vb ilk akla gelenler. Bu liste bir bütün olarak değerlendirildiğinde, tüm sorunların temelinde yatan en önemli nokta “tanımsızlık”. Ne yazık ki asistan hekimliğin bir görev tanımı bulunmuyor. En yetkili kişilerden tıp fakültesi öğrencilerine kadar kime sorsanız asistanın görevlerini farklı tanımlıyor. Bir noktadan sonra bu görev tanımsızlığı asistanları her işi, belli bir süre tanımlaması olmadan yerine getirmek zorunda olan eleman haline getiriyor. Dolayısıyla “Ne yapmalı?” sorusuna vereceğimiz ilk yanıt asistanlığı tanımlı hale getirmek olmalı, peki bunu nasıl başaracağız?

Uzun sorunlar listemiz incelendiğinde

yukarıda belirttiğimiz tanımsızlık nedeniyle bize dayatılan angaryalarla karşılaşılıyor. Eğer yeni bir tanım yapma iddiası ile yola çıkıyorsak değişmesi gerekenler neler olduğunu ve nasıl değişmesi gerektiğini ortaya koyarak başlamanız gerekiyor.

Sadece var olan sorunları sıralayan ve sadece verili duruma muhalefet eden bir tarz yerine, önerilerde bulunan, nasıl olması gerektiğini gösteren üretimlerde bulunan bir tarzda çalışmalıyız. Asistanların da sağlık sistemine dair ve bu sistemin bir bileşeni olarak kendilerine dair söyleyecek sözleri ve değişiklik önerileri olduğunu ortaya koymalıyız.

Sorunlarımızın hepsini aynı anda çözemeyiz. En yakıcı ve en kapsayıcı olan başlıktan başlayıp sonuç alıcı bir mücadele vermemiz gerekiyor. Mücadele başlığımızı ortaya koyarken sorunlar liste-





mizde bir sadeleşmeye gitmemiz şart. Bu geride kalan sorunlar önemsiz olduğundan değil, her sorunu aynı yoğunlukla ele alacak enerjiye sahip olmadığımızdan gerekli. Tüm enerjimizi sadeleştirdiğimiz mücadele başlıkları üzerinde yoğunlaştıralım ve bir kazanım elde etmeyi hedefleyelim. Elde edeceğimiz her kazanım yani çözüm bulacağımız her sorun asistanlar olarak kendimize güvenimizi artıracak hem de yetkililerce muhatap alınmamızı sağlayacaktır.

“Ne yapmalı?” sorusunun cevabını ararken üç temel ihtiyacımız şu şekilde özetlenebilir;

Sorunlarda/mücadele başlıklarında sadeleşmek, enerjimizi sonuç alıcı bir şekilde belli noktalara yoğunlaştırmak ve yapıcı bir tarzda, nasıl olması gerektiğine dair öneriler geliştiren bir üretim sergilemek.

Asistan hekim komisyonu olarak ilk etapta çalışma süreleri ve eğitim sürecindeki aksaklıkları öne çıkan başlıklar olarak belirledik.

Çalışma süreleri başlığında, özellikle nöbet ertesi çalışmaya devam etme zorunluluğunu masaya yatırmaya karar

verdik. Nöbet ertesi çalışma zorunluluğu nedeniyle bazı kliniklerde asistanlar 33 saat kesintisiz çalışmak zorunda bırakılıyorlar. Bu uygulama ne ülkemiz iş yasalarına ne de uluslararası iş yasalarına uygun. Elbette ki gerekli durumlarda bir sağlık çalışanı kaç saat çalıştığına bakmadan işini yapmaya devam etmelidir. Çünkü mesleğimizin konusu insan hayatıdır. Ancak sadece gerekli hallerde tercih edilebilecek bir uygulamayı rutin uygulama haline getirmek kabul edilemez bir yaklaşımdır.

Asistan hekim komisyonu olarak asistanların nöbet ertesi izinli sayılmaları için bir mücadele başlattık. 33 saat kesintisiz çalışan bir hekimin ne kendisine ne de mesleğinin konusu olan insan hayatına bir faydası olabileceğini düşünüyoruz. İyi hekimlik yapmak ve halkımıza iyi hizmet vermek istiyoruz.

Mesleki eğitimimizin farklı kliniklerde birbirinden çok farklı şekillerde verildiğini ve ne yazık ki çoğu klinikte de yetersiz eğitim verildiğini gözlemliyoruz. Eğitimde yaşanan bu aksaklığın temelinde de yine eğitim müfredatımızın olmaması ya da olan yerlerde tam olarak uygulan-

maması yatıyor. Asistanların eğitimi, kliniklerindeki eğitim kadrosundaki uzmanların iyi niyetine terk edilmiş durumda. Olması gereken ise eğitim müfredatında bir standardizasyon sağlanması, eğitimcilerin ve eğitim ortamının buna uygun belirlenmesidir.

Asistan hekim komisyonu olarak eğitim başlığında da konuyu ilgililer düzeyinde tartışmaya açacak, içerisinde komisyonumuzun önerilerinin sıralandığı ve detaylandırıldığı, kapsamlı bir broşür hazırlıyoruz. Broşürümüz tamamlanınca sağlık bakanlığından, her klinikteki uzman ve asistana kadar dağıtımını sağlayıp eğitim konusunda bir tartışmayı başlatmayı hedefliyoruz.

Bu yazıyı okuyan ve “Ne yapmalı?” sorusunu soran tüm asistan arkadaşlarımızı birlikte olmaya, aklımızı ve enerjimizi ortaklaştırmaya çağırıyoruz. İstanbul Tabip Odası Asistan Hekimlik Komisyonu’nun kapıları tüm asistanlara açıktır. Yeter ki “ne yapsam da kurtulsam?” değil de “ne yapmalı?” diye soralım.

<http://asistan.istabip.org.tr/>



Asistan hekimlerin etik, idari, cezai ve tazminat sorumluluğu

Normal koşullarda, hekimin hastaya yaptığı tıbbi müdahale, hastanın vücut bütünlüğüne yönelik bir haksız fiil/ suç olarak tanımlanabilecek bir durumdur. Hekimin tıbbi uygun ve kusurlu olan bu eyleminin -tıbbi müdahalenin- cezalandırılmaması için hukuk sistemleri, bu noktada, hekimlere bir ayrıcalık tanımış ve tıbbi müdahaleleri hukuka uygunluk koşulu ile suç olmaktan çıkarmıştır.

Devlet, hekimlik mesleğini, hukuk düzeni içinde meşru bir faaliyet olarak tanımış ve uygulanmasına izin vermiştir. Hekimin yaptığı tıbbi müdahalenin yasal bir faaliyet olarak tanınması için gerekli olan ön koşul, hastanın aydınlatılmış onamının alınmasıdır.

Hukuk sistemimizde, hekimler için özel olarak düzenlemiş hükümler yok denecek kadar azdır. Gerek Türk Ceza Kanununda, gerekse Borçlar Kanununda yer alan genel hükümler, hekimlerin mesleklerinden dolayı işledikleri eylemlere de uygulanmaktadır.

Hekimin yaptığı iş nedeniyle, işlediği suç ve kabahatlerle ilgili olarak; cezai sorumluluğu, hukuki sorumluluğu (tazminat sorumluluğu), idare hukukundan kaynaklanan idari sorumluluğu ve etik sorumluluğu mevcuttur.

Hekimlerin idari sorumluluğu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı olarak çalışmalarından kaynaklanmakta-

dır. İdari sorumluluk kapsamında uyarı, kınama, maaştan kesme, kademe ve ilerlemenin durdurulması ile memurluktan çıkarma cezaları söz konusudur. Devlet memuru olan hekimlerin, işledikleri suçlardan yargılanabilmeleri, bağlı olduğu kurum amirinin iznine bağlıdır. Ancak, son yıllarda giderek artan bir şekilde, memurlar için açılan soruşturmalarda, kurum amirlerinin memurun yargılanması iznini – özellikle hekimler için kolayca verdiğini görmekteyiz.

Hekimlerin disiplin sorumluluğu, meslek etiği kurallarına aykırı davranışları durumunda, meslek odalarının soruşturması sonucunda uyguladığı cezalardan oluşur.

Hekimlerin tıbbi müdahale sırasındaki hukuka aykırı eylemleri; kasten veya taksirle öldürme/ yaralama, intihara yönlendirme, insan üzerinde deney ve deneme, organ veya doku ticareti, çocuk düşürme, kısırlaştırma, kişisel verileri açıklama, görevi ihmal ve belgede sahtecilik gibi birçok suça konu olabilir. Hukuk pratiğinde, hekimlerin daha çok taksirli eylemleri nedeniyle dava edildiklerini görmekteyiz. Hekimlerin kasttan dolayı sorumluluğu ise, öncelikle tedavi amacıyla hareket etmediği durumlarda, nadiren söz konusu olabilir.

Hekimler arasında yaygın olarak "hastanın tıbbi müdahale konusunda aydınlatılmış onamı alınmış ise, artık hekimin

sorumlu tutulmasının mümkün olmadığı" düşünülmektedir. Belirtmek gerekir ki; bu kanının hukuksal dayanağı bulunmamaktadır.

Tıp hukuku alanında en çok karşılaşılan suç, taksirle yaralama suçudur. Soruşturma ve kovuşturması şikayete bağlıdır. Burada, yaralama ile kastedilen, kişinin vücut bütünlüğüne zarar verecek her türlü eylem ya da eylemsizlik durumlarıdır. Hastaya zarar verecek bir müdahale kadar, hastaya gerektiği halde müdahale etmemek de aynı biçimde suç oluşturmaktadır.

Hekimlerin tazminat sorumluluğu, maddi ve manevi tazminat istemleri şeklinde olmaktadır. Hekimin tazminattan sorumlu tutulabilmesi için, hasta ile hekim arasında bir sözleşmenin var olduğunun kabulü, bu sözleşmenin hiç yada gereği gibi yerine getirilmemiş olması, sözleşmeye aykırılık nedeniyle hastanın zarar görmüş olması, bu zarar ile hekimin davranışı arasında uygun bir nedensellik bağı olması ve hekimin kusurlu olması gerekmektedir.

Günümüzde "sağlıkta dönüşüm" adı altındaki, sağlığın piyasalaştırmasına dayalı sağlık politikaları sonucu oluşturulan hekim düşmanlığı, sağlık sisteminin kötü işleyişinin sorumlusu olarak hekimlerin hedef gösterilmesi, hekimlerin zorunlu mesleki sorumluluk sigortası kapsamına alınmaları, sigorta şirketlerinin bu alanı



çok ciddi bir kâr nesnesi olarak görmele-ri sonucu olarak da, hekimlere yönelik dava sayısı hızla artmaktadır.

Asistan hekimlerin (yönetmelikteki tanımını ile uzmanlık öğrencilerinin) ceza, tazminat, idari ve etik sorumlulukları, diğer hekimler ile aynı olup, içerdiği farklılıklara aşağıda değinilecektir.

Asistan hekimler 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununa tabi olarak görev yapmaktadırlar.

Türkiye'de asistan hekimlerin çalışma ve eğitim koşulları, daha çok yönetmelik, genelgeler ve tüzüklerle düzenlenmiştir. Bu düzenlemelerin yeterli olmadığı; asistan hekimlerin eğitim ve çalışma koşullarını düzenleyen, daha iyi tanımlanmış hukuki mevzuata acilen gereksinim olduğu açıktır. Kaldı ki; varolan bu eksik düzenlemelerin dahi, ülkemizde asistan hekimlerce de, eğitimlerinden sorumlu kimselerce de yeterince bilinmediği gözlemlenmektedir. Asistan hekimlerle ilgili önemli bir hukuki dayanak, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'dir. Bu yönetmeliğe göre;

"Eğitim kurumlarında birim sorumluları tarafından her uzmanlık öğrencisine göreve başlamasını takiben bir rehber eğitim sorumlusu tayin edilir ve bu durum uzmanlık öğrencisine yazılı olarak bildirilir." denilmektedir.

Mevzuatı incelerken, en kayda değer başlıklardan biri "Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları" başlığıdır. Sanırım asistan hekim arkadaşlarımızın da önemle üzerinde duracağı anahtar sözcükler bunlar olacaktır. Bu bölümden bazı maddeleri aktaracak olursak;

Uzmanlık öğrencisinin, kurum ve birimlerde eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır ve bunu sağlamak kurum amirlerinin görevidir. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi uzmanlık eğitimi alan kişinin eğitsel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan alt yapı kurumca sağlanır.

Uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimi

uygulanmasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez.

Uzmanlık öğrencisi, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde, araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır.

Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitiminin gerektirdiği, öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama çalışmaları dışında, kamu kurum ve kuruluşları veya özel kurum ve kuruluşlarda aylıklı veya aylıksız hiçbir işte çalışamazlar, muayenehane açamazlar.

Sözü geçen yönetmelik, asistan hekimlerin kendilerine verilen eğitimi ve eğitim sorumlularını yıllık olarak, nitelik ve nicelik açısından değerlendirmesini ve uzmanlık takip sistemine kaydetmesini de "uzmanlık öğrencisinin kanaati" başlığı ile düzenler.

Asistan hekimlerin, görev ve nöbet esasları ile ilgili, bir diğer önemli düzenleme Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'dir. Bu yönetmeliğe göre;

Eğitim hastanelerinde, poliklinik muayeneleri baştabibin düzenleyeceği bir program dahilinde aynı daldaki şef, şef yardımcısı, başasistan ve uzmanlar tarafından yapılır.

Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez. Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren personele, kurumun personel durumu ve imkanları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içerisinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabip izin verebilir. Hafta tatillerinde ve resmi tatil günlerinde nöbet tutanlara hizmeti aksatmamak kaydıyla diğer iş günlerinde nöbet süresi kadar izin verilebilir.

Kurumda üçten fazla uzmanlık eğitimi gören kişi bulunduğu hallerde genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutulur. Bu nöbeti baştabip düzenler. Genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutanlar, genel hastane nöbeti tutan uzman nezaretinde çalışırlar.

"Uzmanlık eğitimi görenlere hiçbir zaman uzman nöbeti tutturulamaz." de-

nilmektedir.

Asistan hekimlerin görev ve yetkileri başlığı altında ise; Uzmanlık eğitimi görenler, hizmet icap ettirdiği ve kurumun yer durumu müsait olduğu takdirde, Baştabibin izniyle kurumda devamlı kalabilirler. Bu takdirde yemekleri kurumca sağlanır. Uzmanlık eğitimi görenler, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre tayin edilir ve yetiştirilirler. Bunlar, Uzmanlık eğitimi gördükleri sürece aşağıda açıklanan fenni ve idari hizmetleri yapmakla yükümlüdürler.

Poliklinikten servislere yatırılmak üzere gönderilen hastalar, uzmanlık eğitimi görenlerin gözetiminde servis hemşireleri tarafından yataklarına yatırılır. Uzmanlık eğitimi görenler yatırılan bu hastaların hemen müşahadelerini alır ve dikkatli bir şekilde muayene ederek, muayene neticelerini değerlendirir ve acil tedavi ve müdahaleyi gerektiren vakaları derhal ilgili uzmanlara bildirir. İlgili uzmanın vakaya el koymasına kadar geçecek zaman içinde gerekli ilk ve acil tedbirleri alır.

Son yıllarda malpraktis nedeniyle açılan davaların katlanarak arttığı ve asistan hekimlerin de bu davalar nedeniyle sıkça yargılandığı görülmektedir. Asistan hekimlerin yargılanmasında, görev ve sorumluluk tanımlamalarının gözardı edildiği ve bu nedenle çoğu zaman haksız yere cezalandırıldıkları bir gerçektir.

Yukarıda da söz edildiği gibi; asistan hekimler, ancak eğitimlerini veren uzmanların denetiminde ve uzmanlarla birlikte hastaya müdahale edebilir ve tedaviyi düzenleyebilirler. Uzmanlık eğitimi gören bir asistan hekimin bir hastayı tek başına üstlenebilme yetki ve sorumluluğu yoktur. Asistan hekimler, pratisyen hekimin yetki ve sorumluluklarına sahiptirler. Bu yetki ve sorumluluğun ötesinde bir çalışmaya tabi tutulduklarında, oluşacak malpraktis veya benzeri hekimlik mesleğine dair zararlardan, öncelikle, hastane idaresi sorumlu olacaktır.

AYAKLARI DA, GÖVDESİ DE, BEYİNİ DE BİZDİK

90'larda asistan ve hekim hareketi

90'lardaki asistan hareketi hangi koşullarda doğdu?

1980 askeri diktatörlüğünün her türlü toplumsal ve siyasi muhalefeti kapsamlı, sistematik bir terörle baskı altında tuttuğu uzun yıllardan sonra toplumun her kesiminde toplumsal muhalefetin yeniden hareketlendiği yıllarda hekim hareketi de yeniden canlanmıştı.

1980 askeri darbesi sırasında üniversitede öğrenci olan ve siyasi hareketler içinde yer almış meslektaşlarımız bu on yıla yakın zaman diliminde okullarını bitirmiş, mecburi hizmete gitmiş, askerliklerini tamamlamış ve ihtisas yapmaya başlamışlardı.

1980 askeri darbesi, esas olarak sermayenin yapmak istediği değişikliklerin önündeki engeller olan siyasi güçleri ve sınıfsal örgütleri ortadan kaldırmıştı ve darbe sonrası dönemdeki Özal hükümetleri tam olarak önündeki engelleri kaldırmış sermayenin şaha kalkma dönemi oldu. Ücretler on yıl içinde çok ciddi olarak azaltıldı, sosyal haklar, özlük hakları budandı.

80 sonrası hükümetlerin sermaye ile birlikte gözlerini diktikleri iki alan vardı; biri eğitim, diğeri sağlık. Sosyal devlet niteliği kaldırılmış yeni anayasa ile hızlanacak eğitim ve sağlığın özelleştirilmesi, sermayenin iştahını kabartmıştı.

Sağlıkta beklenen giderek artan özelleştirmeler, özel hastaneler ve hekimlerin ücretli konumuna indirildiği bir sağlık sisteminin yavaş yavaş kurulacağı idi. Askeri darbeden sonra önce neredeyse yarı yarıya azaltılan, sonra da hep enf-

lasyonun altındaki artışlarla gerçek anlamda iyice budanan ücretler de hekimlerin asgari yaşam standartlarını dahi karşılamakta yetersiz hale gelmişti. Nöbet ücreti kaldırılmış, nöbetler angarya olarak tutturuluyordu. İşte 80'li yılların sonlarında doğru yaşanan hekim hareketi, beyaz eylemler ve bu hareketlerin lokomotifini oluşturan asistan hareketi bu koşullarda ortaya çıktı.

Öte yandan tabip odaları tabandaki memnuniyetsizliğe ve huzursuzluğa uygun düşen bir politika izlemiyordu, evet yöneticiler rahatsızlıkları dile getiriyor, hükümetleri eleştiren demeçler veriyorlardı ama eylem çağırılarımıza yanıt vermiyorlardı. Ekonomik koşulların ağırlığını protesto etmek için 14 Mart 1989'da İstanbul Tabip Odası'ndan geleneksel 14 Mart yemeğinin iptal edilmesini ve hep birlikte köfte ekme yenilmesini talep ettik, kabul görmeyince, asistanlar ve genç uzmanlar olarak, tabip odası balosuna katılmayıp, Sultanahmet'te köfte ekme yedik.

Askeri darbeden önce fazla mesai ücreti ile tutulan nöbetlere ücret ödenmesi kaldırılmıştı. Hekimlerin ve sağlık personelinin, diğer devlet memurları için 40 saat olan haftalık çalışma saati 45 saat olarak uygulanmakta ve ek olarak nöbetlerle beraber 60 saati bulmaktaydı. Bu durum kabullenilmişken 1988'de bir grup asistan, nöbetlerin fazla mesai kabul edilip ücretlendirilmesi istemi ile Sağlık Bakanlığı'na dilekçe vermişlerdi. Bakanlık dilekçelerimize hizmetin devamlılığı ilkesinde nöbet tutulduğu için ücret

de verilemeyeceğini söyleyen yanıtlar vermişti. Gelen yanıtın ardından dava açtık. Bu arada 31 Aralık 1988 tarihinde nöbetlere karşılık iş gücünün zammı ödenmesine dair bir kararname yayınlandı. Her nöbet için 1610 TL değer biçilmişti. Bu aşağı yukarı bir paket sigara parasıydı. Bu paraları Başbakan Özal'a Sirkeci Postanesi'nden havale ile iade ettik. Dava sürecinde ücretlere zam da yapıldı. Nöbet ücretleri için yapılan mücadele o dönemdeki eylemlerden sadece biriydi.

Temmuz 88'de başlayan eylem süreci, İstanbul ve Ankara'da iki yıla yakın süre devam etti. Basın, Beyaz Eylemler denen bu eylemliliğe büyük ilgi gösterdi. Halka hekim eylemlerinin, daha iyi bir sağlık sistemi için mücadele olduğu anlatılabildi, toplumsal muhalefetin önemli bir parçasını oluşturduğu için, memur ve işçi hareketlerinden, örgütlerinden büyük destek gördü.

Asistan Hareketinin nitelikleri neydi ?

Asistan hekimler öncülüğündeki hekim hareketinin en önemli niteliklerinden biri son derece demokratik bir işleyişe ve taban inisiyatifine dayalı olması idi. En az ayda bir kez toplanıyor, her türlü sorunu ve yapmayı düşündüğümüz şeyleri topluca belirliyor, karara bağlıyor ve görev süresi bir ay olan yürütme kurulları seçiyorduk. Yöneticilerimiz yoktu. Hepimiz bu hareketin ayakları, askerleri, gövdesi ve aynı zamanda da beyniydik. Hareket esas olarak 1986-1987 yılında şekillenmeye başlamıştı. 1988'den sonra



ise tam olarak düzenli bir işleyişe ve örgütlenmeye ulaşmıştı.

Kararlı, umutlu ve üretkendir. Tabip odasından ayrı, kendi paramızla dergi çıkaracak kadar kararlı ve üretkendir. Her men her konuda fikir ve çözümler üretiyor, bunları daha çok asistan komisyonu bazen de başka komisyonlar üzerinden oda yönetimine sürekli iletiyorduk. Önerdiğimiz politikaların ve çözüm önerilerinin çok azı yapılsa da yılmıyorduk, eninde sonunda sözlerimizin uygulanacağına, gerekirse oda yönetimlerini alabileceğimize inanıyorduk.

Eskiden beri hekim hareketi içinde yer alan bizden önceki kuşaktan bir çok hekimle yakın ilişkimiz ve işbirliğimiz vardı ancak büyüklerin, yıllardır odada çalışan, bürokratlaşmış tabip odası yöneticilerinin vesayetleri otomatik olarak kabul görmüyordu. Kararlar hareketin kendi süreçleri içinde alınıyor, dışarıdan gelen fikirler öneri olarak değerlendiriliyordu.

Örgütlüydük. İstanbul'da hemen her hastanede örgütlüydük, her hastanede hekimlerle iyi ilişkiler içinde olan, onlarla hekim sorunlarını konuşup tartışan ve onların düşüncelerini bizlere ulaştıran temsilcilerimiz vardı. Bütün İstanbul hastanelerinin nabzını tutabiliyorduk. Eylem kararı aldığımızda hangi hastaneden kaç kişinin katılacağını, kaç kişinin eylemlere gelebileceğini öngörebiliyorduk. Tabandaki eğilimler harekete çok hızlı ulaştığı gibi, alınan eylem kararları da tabana çok çabuk ulaştırılabiliyordu.

Daha önce söylediğim gibi, sağlık odalarının, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının yanında, memur ve işçilerin ve onların örgütlerinin desteği kazanılmıştı, çünkü onlarla birlikte hükümetin sağlık politikalarına karşı çıkıyor, herkes için nitelikli, eşit sağlık hizmeti talebini dile getiriyorduk.

Belirlenmiş amaçlarımızı, hedeflerimizi ve sağlık hizmetleri ile ilgili belirli bir politik anlayışımız vardı. Herkese, genel bütçeden, eşit, ücretsiz sağlık hizmeti verilmesini ve bu sistemde de hekimlerin yaşam standartlarına ve emeklerine kar-

şılık düşecek adil bir ücret talep ediyorduk. Özel sektöre ve muayenehaneciliğe karşı değildik, ancak sağlığın, sosyal devletin bir görevi olması gerektiğini düşünüyorduk.

İdeolojik, siyasi çizgi ne idi?

Dar anlamıyla farklı siyasi çizgilerden olsak da siyaset etme tarzı ve sağlık politikaları konusunda birbirine çok yakın düşünen insanlardan oluşan bir harekettik.

Bizleri birleştiren en önemli yanımız, temsili demokrasiye fazla inanmamamızdı. Mümkün olabildiğince daha doğrudan demokrasi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğine inanıyorduk.

Odanın hemen tüm komisyonlarında çalışıyorduk, hatta neredeyse tüm komisyonlarını biz çalıştırıyorduk, ancak önerdiklerimizin çok azı yapılıyor, sürekli engelleniyorduk. Sonuçta kararı 2 yıllığına seçilen 7 kişi veriyordu. Binlerce hekim ne düşünürse düşünsün, sonuçta 7 kişilik yönetim kurulu karar alıyordu. Bu karara kaç kişinin katılacağı, hekimlerin destekleyip desteklemediğinin önemi yoktu. Başta 7 kişilik bir yönetim kurulu ile onlara yakın 10-15 kişi, diğer yanda seçimde kendilerine oy vermiş ya da vermemiş olsun binlerce hekim. 2 yılda bir oy vermek dışında hiçbir karara katılmayan binlerce asistan. Bu yapının mutlaka değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorduk. Tabandan kopuk tepede kendi başına hareket eden bir yönetim kurulu, güçsüz ve işsiz olacaktır.

Neler yapıldı?

O zamana kadar angarya olarak tutulan nöbetlerin ücretlendirilmesi sağlandı.

1990 yılında İstanbul'da önce Demokratik Hekimler grubu olarak ondan sonraki yıllarda da Demokratik Katılım Grubu olarak tabip odası seçimleri kazanıldı.

Başta İstanbul Tabip Odası olmak üzere tabip odalarının ve TTB'nin daha demokratik bir işleyişe geçmesi sağlandı.

Temsilciler Meclisi kurularak kurumsallaşması sağlandı. Böylelikle yönetim kurulu ile taban arasında sürekli, sağlıklı bir iletişim kanalı oluştu. Hekimler temsilcileri aracılığı ile oda kararlarına doğrudan katılma ve müdahale etme olanağı

kazandı.

Tabip odasının hekimlerle ilişkileri geliştirildi, daha önce yarı illegal bir örgüt gibi algılanan oda hekimlerin doğal ve meşru örgütü olarak benimsendi.

Sağlık sendikalarının kurulmasına ve örgütlenmesine öncülük edildi. İstanbul Tabip Odası'nın kronik mali sorunları, ödeme güçlükleri çözüldü. Oda ekonomik açıdan güçlü bir konuma getirildi.

Daha önceki yıllarda çok az hekim katılımıyla gerçekleşen oda seçimlerinde kitlesel katılımlara ulaşıldı.

Önümüzdeki günler

Aslında 80'li yılların sonlarındaki asistan hareketini doğuran koşullarla şimdiki koşullar birbirine çok benziyor. O zaman genel sağlık sigortası, aile hekimliği uygulaması ve sağlığın özelleştirilmesi gerçekleştirilmek isteniyordu, şimdi bunların hepsi yapıldı. Üstelik o günlerden farklı olarak, hekim hareketinin önünde bir yavaşlatıcı olarak duran odalar ve TTB bugün asistan hareketinin ve hekim hareketinin en önemli destekçisi hatta öncüsü konumunda.

O zamanki hekim hareketi, olanakların da yetersizliğinin yardımıyla hükümetlerin şimdi uygulanan sağlıkta dönüşüm programlarını başlatmasını engelledi. Şimdi program uygulanmaya başladı, neredeyse tüm yasal alt yapı oluşturuldu. Uygulanan sağlık sisteminin olumsuz sonuçları ortaya çıktı. Tüm bu süreç boyunca TTB ve odaların sürdürdüğü mücadeleye az sayıda hekim destek oldu. Hükümetin sağlıkta yarattığı tahribat, diğer çalışanlara da halka da anlatılmadı. Hekimlerin katılımının zayıf, halkın desteğinin olmadığı bir ortamda fazla bir şey başarılamazdı. Şimdi sağlıkta dönüşümün yol açtığı tahribat büyüdükçe, yangın üniversiteleri de sarmaya başladı, hekimlerin mücadeleye katılımı artacak görünüyor.

Mücadelelerin ve halk hareketlerinin en yıkılmaz sanılan diktatörlükleri yıkabildiği şu günlerde, herkese eşit, nitelikli ve ücretsiz sağlık sistemi talebimizin kazanılması mümkün ve eğer mücadele edersek de olasıdır.

Asistan eğitimi standart olmalı

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Raşit Tükel; uzmanlık eğitimi ve asistan hekim sorunları üzerine olan sorularımızı yanıtladı.

Bildiğiniz gibi net bir asistan hekim tanımı yapılamıyor (hekim, tıpta uzmanlık öğrencisi?), sizce asistan hekim nedir?

Asistan hekimler, "Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği"nde, uzmanlık öğrencileri olarak tanımlanıyor. Uzmanlık öğrencisi, bu tanıma göre, ilgili yönetmelik ve mevzuat

hükümleri çerçevesinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan hekimdir. Burada asıl sorun oluşturan, yukarıda verilen tanım değil; asistan hekimlerin, kendileri için yapılan tanımdan farklı olarak, eğitim ve hizmet dengesi gözetilmeden, ağır bir iş yükü altında çalıştırılıyor olmalarıdır. Asistan hekimin,

özellikle de son yıllarda, 'eğitim gören' tanımından giderek uzaklaştığı görülmektedir. Asistan hekim tanımı içinde 'araştırma yapan' ifadesine yer vermenin, birçok eğitim kurumunda artık bir karşılığı yoktur. Ayrıca, uzmanlık öğrencisi olarak isimlendirmede, vurgunun sadece eğitim alma süreci üzerine yapılmasının bir eksiklik olduğu görüşümdedir.





Bu nedenle de hekimlik üzerine vurgu içerdiği için, 'asistan hekim' olarak isimlendirmeyi daha uygun buluyorum.

Uzmanlık eğitiminin standardizasyonu hakkında ne düşünüyorsunuz, bu eğitim nasıl denetlenmektedir?

Uzmanlık eğitiminin temelini müfredat oluşturur. Müfredatı tanımlamaya geleneksel yaklaşımı açıklayarak başlayalım. Geleneksel yaklaşım; bu alanda, öğrenmenin, rutin klinik çalışmaların bir parçası olarak doğallıkla gerçekleştiği fikri üzerine kuruludur. Açık olarak tanımlanmış hedefler yoktur. Organize bir eğitim programı yer almaz. Eğitici hekimlerin programa katılımları gelişmiş, yapılandırılmamış bir şekildedir. Asistan hekimlerin eğitim gereksinimlerine ilgi çok azdır. Günümüzde çoktan terk edilmiş olması gereken bu yaklaşım, ne yazık ki, birçok eğitim kurumunda hala geçerli durumdadır. Eğitimi geri plana iten, kimi yerde yok sayan performans sisteminin uygulandığı ülkemizde, bu yaklaşımın bile gerisinde kalan eğitim kurumları vardır. Uzmanlık eğitiminde yeni ve çağdaş yönelim ise, öğrenmenin sonuçlarına odaklanırdır. Bu yaklaşımda, öğrenmeden beklenen sonuçlar açık olarak tanımlanmalıdır. Öğrenmenin beklenen sonuçları temel alınarak eğitimin içeriği ve organizasyonu belirlenmeli; uygun bir eğitim ortamında öğrenme yöntemleri ve değerlendirme işlemlerini içeren eğitim stratejileri geliştirilmelidir.

Değerlendirme süreci uzmanlık eğitiminin standardizasyonu açısından çok önemlidir. Çağdaş değerlendirme yaklaşımlarında, öğrenmeyi cesaretlendirecek, onu güçlendirecek bir geri bildirim öne çıkartılmalıdır. Burada bütün amaç, aslında daha derinlemesine, daha fazla bilgiye ulaşılmasını sağlayacak bir sistemin kurulması ve değerlendirmenin amacının açık ve net olmasıdır.

Eğitim sürecinin uygun şekilde yürütüldüğünün denetlenmesini, bir üçgen üzerinden düşünebiliriz: Üçgenin bir ayağında eğitim kurumu yer alırken, diğer iki ayağı eğitim alanları ve eğiticileri içerir. Bu süreçte kurum ziyareti özel bir öneme sahiptir. Kurum ziyaretiyle eğitim alt yapısı değerlendirilir, eğitim programı gözden geçirilirken, bir yandan da asistan hekimlerin geri bildirimleri sağlanır.

Tıpta Uzmanlık Kurulu' nun (TUK) görevleri arasında; kurumlara uzmanlık eğitimi yetkisi verilmesi ve bu yetkinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri görüşüp karara bağlamak; uzmanlık eğitimi veren kurum ve birimin fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olması gereken asgari nitelik ve standartları belirlemek de yer alıyor. TUK' un bu görevini yerine getirdiğini söylemek zor. Örneğin, yeni açılan eğitim ve araştırma hastanelerine eğitim verme yetkilerinin hangi asgari nitelik ve standartlara göre verildiğinin yanıtı açık değil. TUK tarafından uzmanlık ana dal ve yan dallarında oluşturulan Müfredat Komisyonları da, çalışmaya başlamalarının üzerinden bir yılı aşkın bir süre geçmesine karşın, birkaçı dışında çalışmalarını tamamlayamadılar. Uzmanlık eğitimi açısından asgari nitelik ve standartlar belirlenmediği sürece, eğitimin standardizasyonu ve denetlenmesinden söz edilemez. TTB-UDEK, Ulusal Yeterlik Kurulu ve uzmanlık alanları Yeterlik Kurulları'nın son dönemde ağırlık verdiği alanlardan birini, Akreditasyon Kurulları tarafından gerçekleştirilen eğitim kurumları ziyaretleri oluşturuyor. Bir yerde, TTB-UDEK çatısı altındaki yapılanmanın, Sağlık Bakanlığı'nın yapmadığını yaşama geçirdiğini söyleyebiliriz.

Yeni açılan eğitim-araştırma hastanelerinin eğitici kadrosunu nasıl değerlendiriyorsunuz? Eğitici standartları nasıl, hangi kriterlere göre belirliyor?

Ülkemizde adı "Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olan, ancak ağırlıklı olarak hizmet verme işlevi gören hastanelerin sayısı giderek artmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti veren devlet hastaneleri iki yıldan bu yana eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürülüyor. Kimi hastaneler de, gerekli eğitim alt yapısı oluşturulmadan, eğitim ve araştırma hastanesi olarak açılıyor. Bu gelişmelerin çarpıcı sonucu, ikinci basamağın giderek ortadan kaldırılması ve hizmetin tümüyle eğitim ve araştırma hastanelerine kaydırılmasıdır. Bu sistemde, ikinci basamakta devlet hastanelerinden boşalan yer, özel hastaneler tarafından dolduruluyor. Sonuçta, eğitim ve araştırma hastanelerinde performansa dayalı çalışma nedeniyle hizmet

ön plana geçmiş, eğitim ise geri planda kalmıştır. Eğitimin giderek mesai saatlerinin dışına kaydığı, eğitici konumunda olanların klinik iş yüküne boğulduğu bir sistemde eğitici standartlarından söz etmek mümkün gözüküyor.

Çoğu hastanede asistan hekimler nöbet ertesi izin kullanmıyor, 33 saate varan kesintisiz çalışma süreleri hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu konudaki çözüm önerileriniz nelerdir?

Ülkemizde kamu sağlık çalışanlarının çalışma süreleri 2368 sayılı 'Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun' ile düzenlenmiş ve 45 saat olarak belirlenmişti. Bütün kamu çalışanlarının haftalık çalışma süresi 40 saat iken, sağlık çalışanlarınınkini 45 saat olarak düzenleyen 2368 sayılı kanun, geçtiğimiz yıl Tam Gün Yasasının çıkmasıyla birlikte yürürlükten kalktı. Böylece, Tam Gün Yasasının yürürlüğe girdiği tarih olan 30 Temmuz 2010'dan başlayarak, sağlık çalışanlarının mesai saatleri günlük 9 saatten 8 saate, haftalık 45 saatten 40 saate indirilmiş oldu. Ancak, sağlık çalışanları haftalık 40, günlük 8 saat çalışma hakkından sadece 02 Ağustos 2010 Pazartesi günü yararlanabildiler. Sağlık Bakanlığı, 03 Ağustos 2010 tarihinde yayımladığı bir genelgeyle, mesai saatlerine bir saatlik dinlenme süresi (öğle tatili) ekleyerek, sağlık çalışanlarının çalışma sürelerini tekrar fiili olarak günlük 9, haftalık 45 saate çıkardı.

Nöbet saatlerine ilişkin herhangi bir yasal düzenleme veya standardizasyon olmadığından, nöbet sıklığı ve çalışma süreleri, ilgili klinik şefliğinin inisiyatifli ile belirlenmekte.

Avrupa Çalışma Süresi Direktifi'ne göre, sağlık çalışanları için haftalık normal çalışma süresi 40 saat; nöbet dahil olmak üzere fazla çalışma süresi ise en fazla 8 saattir. Gece çalışma ise, 24 saatlik dönem için 8 saat ile sınırlandırılmıştır. Günlük dinlenme, her bir 24 saatlik dönem için, en az aralıksız 11 saat dinlenme süresi; haftalık dinlenme, günlük dinlenmesinin dışında, haftada (7 gün) en az bir gün (24 saat) dinlenme süresi içermelidir. Ayrıca, 6 saatten fazla olan çalışma günlerinde, en az 20 dakikalık bir dinlenme arası verilmesi gerekmektedir. Yıllık izinler ise, dört hafta ücretli izin

şeklinde olmalıdır.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi veren hastanelerdeki uygulamalara baktığımızda asistan hekimlerin çalışma süreleri ve nöbet sayılarının, eğitim gereksinimlerine göre değil, hastanelerin iş yükü dikkate alınarak belirlendiğini görüyoruz. Bunun sonucunda, özellikle cerrahi branşlarda, 1,5–2 yıl boyunca gündüz mesailerine ek olarak, ayda 10-15 nöbet tutulması nedeniyle, bir asistan hekimin toplam zamanının üçte ikisini hastanede geçirmek zorunda kaldığı biliniyor.

Bu konudaki çözüm önerim, asistan hekimlerin çalışma koşullarının yasalara ve uluslararası normlara uygun bir şekilde düzenlenmesi olarak özetlenebilir.

Tam gün ve hizmet başına ödeme (performans) uygulaması ile gelecekte planlanan kamu hastane birlikleri tasarısının asistan hekim eğitimine etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hizmet başına ödeme (performans) sistemi, daha fazla işlem-daha fazla kazanç anlayışı üzerine kurulu bir sistemdir. Bu sistemde, eğitim-araştırma-nitelikli sağlık hizmeti sunumu gibi iyi hekimlik değerlerinden ödün verilir. Eğitime ve araştırmaya ayrılan zaman azalırken, yoğun bir klinik iş yüküyle karşılaşılır. Bu sistem, bildiğiniz gibi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uzun bir süredir uygulanıyor. Performansa dayalı ödeme sistemi, asistan hekimleri kapsamıyor. Ayrıca, bu sistemde eğitim saatinin tanımlanmamış olduğunu görüyoruz. Eğitimlerin hiç yapılmadığı ya da yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerinin yapılmış gibi gösterildiği eğitim kurumları olduğu biliniyor. Kimi durumda da, eğitime ayrılan saatlerin mesai sonrasına kaydırıldığına tanık oluyoruz. Hizmetler puan toplama sistemi tarafından yönlendiriliyor. Genellikle basit işlemlerin yapıldığı vakalar tercih ediliyor. Burada puan zaman ilişkisi önemli duruma geliyor. Hekimin ne kadar sürede bir işlemi yapacağı, o işlemden günde kaç tane yapacağı hesaplanıyor. Bu tür önceliklerin olduğu bir sistemde, asistan eğitiminin yara almaması düşünülemez.

Tam Gün Yasasıyla birlikte, tıp fakültelerinde eğitim ve araştırmaya verilen ağırlığın, giderek hasta bakımına kayma-

sı bekleniyor. Bu durum, tıp fakültelerinin akademik niteliklerini yitirmeleri anlamına gelmektedir. Bu sistemde, öğretim üyeleri finansal baskılar nedeniyle öğretmeye çok az zaman bulabilecekler; eğitici yönü ön planda olan öğretim üyeleri giderek hizmet ağırlıklı çalışan öğretim üyelerine dönüşeceklerdir.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısında, Bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının özerk 'sağlık işletmesi' statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak tanıyan hükümler yer alıyor. Kamu hastanelerinin, yasa tasarısında yer alan yeni yapılanmaları ve yönetim şekilleriyle, kamusal alandan giderek uzaklaşan ticari şirketlere dönüşmeleri kaçınılmaz gibi. Kar amaçlı olarak çalışan şirketlerde asistan eğitiminden söz etmek oldukça zor. Bu yeni sistemde, asistan eğitimi konusundaki mevcut aksaklıkların artacağını, eğitim programlarının kağıt üstünde kalıp çoğu zaman uygulamaya geçirilemediğini göreceğiz.

Yataklı tedavi kurumları yönetmeliğinin hasta bakımına ve asistan eğitimine etkilerini nasıl değerlendirmeniz? Çözüm önerileriniz nelerdir?

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, poliklinikten servislere yatırılmak üzere gönderilen hastaların uzmanlık eğitimi görenlerin gözetiminde yatırılmaları; uzmanlık eğitimi görenlerin; yatırılan bu hastaların hemen müşahadelerini almaları, muayene ederek sonuçları değerlendirmeleri ve acil tedavi ve müdahaleyi gerektiren vakaları derhal, acil olmayan vakaların muayene ve tetkik sonuçlarını ise, ertesi gün sabah vizitesinde servis uzmanına bildirilmesi gerekiyor. İlgili uzmanın vakaya el koymasına kadar geçecek zaman içinde gerekli ilk ve acil tedbirleri almak, yine asistan hekimlerin görevleri olarak tanımlanıyor. Yönetmelikte yer alan bu tanımlama, yataklı tedavi kurumlarında asistan hekimlerin hastanın gerekli ilk muayene, tetkik ve değerlendirmelerini yaptıktan sonra, sonuçların uzman hekimlere bildirilmesini ve yönetmelikte yer alan ifadeyle söylersek, uzman hekimlerin 'vakaya el koyması'nı gerekli kılıyor.

Uzman hekimlerin devreye girmediği,

gözetimin olmadığı ve asistan hekimin vakayla tek başına kaldığı durumlar, yönetmeliğe aykırı olup, asistan eğitimi ve hasta bakımını son derece olumsuz etkilemektedir. Eğitim kurumlarında, hizmetin eğitimle iç içe verilmesi gerekir. Çözüm son derece açıktır: Yönetmelikler uygulanmalı, hasta bakım sürecinde uzmanlık eğitiminin gereklilikleri yerine getirilmelidir.

Asistan hekimlere yönelik şiddet konusundaki düşünceleriniz nelerdir?

Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları her geçen gün daha çok artmaktadır. İşin kötüsü şiddet, giderek sıradan bir olaymış gibi kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık ortamında yaşanan her türlü aksaklık ve yetersizlikten hekimlerin sorumlu tutulduğuna tanık oluyoruz. Uygulanan sağlık politikaları, sağlık alanında yaşanan sorunlara uygun çözümler üretmek bir yana, sistemin mağduru konumunda olan kesimleri, hekimler ile hastaları karşı karşıya getirmektedir. Gün aşırı nöbet tutan, polikliniklerde bir günde çok sayıda hastaya bakan, yataklı servislerinde hastaların tüm sorumluluğunu üstlenen, kesintisiz olarak uzun saatler sağlık hizmeti vermek zorunda bırakılan asistan hekimler, sağlık alanında yaşanan şiddetin açık hedefi konumundadırlar.

Hekimlere yönelik şiddet olaylarında sorumluluk öncelikle şiddete uğrayan hekimin kurumunda olmalıdır. Bu nedenle, her şiddet olayının sonrasında, üst makamlarca şiddet olayının gerçekleştiği kurumda başhekimliğin yükümlülükleri üzerinden bir soruşturma yürütülmeli; olay sırasında idari ve güvenlik ile ilgili eksikliklerin olup olmadığı; olay sonrasında şiddete uğrayan hekim için adli girişimlerin uygun şekilde yapıp yapılmadığı, tıbbi yardım ihtiyacının karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmelidir. Hastalar ile hekimleri karşı karşıya bırakan sağlık politikaları terk edilmeli; Bakanlık tarafından şiddet olaylarının önemsiz sıradan olaylar gibi gösterilmesi, bir anlamda inkar edilmesi yerine, konu bütün ciddiyetiyle ele alınmalı ve bizzat Bakanlık tarafından meslek örgütleriyle işbirliği içinde şiddet olaylarını izleme ve önleme çalışmaları yapılmalıdır.

Maskeler hakkında bilmemiz gerekenler

Solunum yolu enfeksiyonları duyarlı olan toplumlarda genellikle hızla yayılan ve büyük salgınlar yapan hastalıklardır. Bunun en belirgin örneği grip salgınlarıdır.

Gribinin bulaşmaması için en etkin yöntemler aşı ve kişisel korunma önlemleridir. Öksürme ve hapşırma sırasında ağız ve burundan ortama damlacıklar yayılır. Bunlar yaklaşık 1,5 metrelik mesafedeki diğer insanlarca solunum yolu ile alınabilir. Yayılmayı önlemek için ağız ve burun kapatılmalıdır. Toplu yaşanan ya da çalışılan yerlerde maske kullanmak çok faydalıdır. Maske hem hasta kişiden ortama virüs yayılmasını, hem de ortama yayılmış virüs varsa bunların sağlıklı kişilere bulaşmasını engeller.

Ülkemiz piyasasında çok çeşitli maskeler satılmaktadır. Bunların % 95'den fazlası endüstride kullanılan toz maskeleridir. Ambalajlarında EN149:2001 FFP1, EN149:2001 FFP2 ve EN149:2001 FFP3 standartlarından birini taşıdıklarına ilişkin ibareler bulunur. Bu standartlar, kişisel koruyucu donanımlar arasında yer alıp, bakım gerektirmeyen toz, sis ve duman maskelerinin Avrupa standardıdır. 2005 yılından sonra bu maskelerin kuş gribinden koruduğu yolunda tanıtımlar yapılmaya başlandı. Günümüzde de gripten koruduğu iddia edilmektedir. Oysa ki bunlar tamamen yanlış bilgilendirmelerdir. Bu tip maskeler sadece katı, su ve yağ bazlı zerreciklere karşı filtreleme yoluyla koruma sağlayabilmektedirler. Bu zerreciklerden çok çok daha küçük olan mikroorganizmalara karşı hiçbir etkinlikleri yoktur.

89/686/EEC Avrupa Direktifi'ne uygun olarak belirlenen ve 1991 yılında kabul edilen EN149 standardına göre maske se-

çimi koruma kademesine bağlı olarak beş ayrı grupta yapılıyordu (FFP1, FFP2S, FFP2SL, FFP3S, FFP3SL) ve çalışma alanında bulunan risklere uygun koruma sağlayacak toz maskesi koruma kademesi belirleniyordu.

Koruma kademelerinde yer alan harflerin anlamları ise;
FF: Face Filter

P1: Mekanik çalışmalar sonucu ortaya çıkan toksik olmayan tozlar

P2: MAK değerleri 0,1 mg/m³'den büyük olan tozlar.

P3: Toksik, kanserojen, radyoaktif tozlar ve MAK değerleri 0,1 mg/m³'den küçük olan tozlar

S: Katı ve su bazlı sıvı zerrecikler

L: Katı ve yağ bazlı sıvı zerrecikler

Bu standart 2001 yılında EN149:2001 Toz Maskeleri Yeni Avrupa Standardı olarak yenilendi ve maskelerde koruma kademeleri yükseltildi. Ürün sayısı ise 3 olarak belirlendi. Yeni standarda göre tüm toz maskeleri hem katı hem de su ve yağ bazlı sıvı zerreciklere karşı koruma sağlıyor ve SL koruma tüm maskelerde yer almaktadır..SL koruma tüm maskelerde yer aldığından maske üzerinde belirtme koşulu ortadan kalkmıştır. Maske üzerinde sadece FFP1, FFP2, FFP3 koruma kademelerinin, EN149:2001 ve CE onay işareti ile onay numarasının yer alması yeterli sayılmaktadır. Bu yenilikle beraber çalışma alanında bulunan risklere uygun seçim çok daha kolaylaşmış ve maskelerin koruma kademeleri yükseltilmiştir. P1 Koruma Kademesinde olan bir maske bile katı, su ve yağ bazlı zerreciklere karşı koruma sağlayabilmektedir.

EN 149:2001 FFP2 maskeler: Partikül büyüklüğü 3 mikron ve yukarisindakileri % 94 oranında bir güvenlik sınırıyla



tutabilmektedir. Bunların filtre güvenlik sınırı % 92 olarak kabul edilmektedir.

EN 149:2001 FFP3 maskeler: Güvenlik sınırı % 99'dur. 3 mikron ve üzeri partikülleri tutar.

Yukarıda açıklandığı üzere "EN 149:2001 Standardı" Toz Maskeleri Standardı'dır. Medikal maskelerle ilgisi yoktur.

Piyasada medikal maske olarak bilinen maskeler ise iki standart kategoride üretilir. Muayene maskesi ve cerrahi maske. Her ikisi de esas olarak kullanıcının ağız ve burnundan kaynaklanacak olan mikroorganizmaların hastaya veya steril bölgeye dağılmasını önlemeye yönelik tasarlanmışlardır. Cerrahi maskeler, muayene maskelerinden daha iyi yüze oturur ve çoklukla daha yüksek filtreleme etkinliğine sahiptirler. Bunların por büyüklüğü 10-100 mikrondur. Influenza virüslerinin 0,1 mikron büyüklüğünde olduğu göz önüne alınırsa bu maskelerin virüslerin geçişini önleyemeyeceği açıktır. Yine bu maskeler, ortalama damlacık çapı 3 mikron olan bakteriyel aerosollerle test edilmektedir.

Medikal maskeler 93/42/EEC Tıbbi Cihazlar Direktifi'ne tabidir (Sınıf I - Diğer) ve medikal maskeler için EN 14683:2005 Avrupa Standardı kullanılmaktadır. Bu standarda göre medikal maskeler 3 test yöntemi kullanılarak sınıflandırılmaktadır.

1- İn vitro bakteriyel filtrasyon verimi (BFE) (ASTM F2101-07)

% 95

% 98

2- Delta P Değeri

Tip I ve II : Sıçrama geçirir <3 mm H₂O/cm²

Tip IR ve IIR : Sıçrama geçirmez <5 mm H₂O/cm²

3-Splash testi (ASTM F1862-07)

Tip I ve II: Uygulanamaz

Tip IR ve IIR: En az 120 mm Hg

Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol Merkezi 2005 yılındaki kuş gribi krizi sırasında NIOSH (Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü) onaylı N95 maskelerinin kullanımını önermiştir. O tarihte en etkin kabul edilen maskeler bunları ve 0,3 mikron ve daha büyük boyuttaki partiküllerin geçişini engellemekteydi. Daha sonra P95 maskeleri piyasaya sürülmüştür. Onaylayan yetkili kuruluşun da anlaşıldığı üzere bu maskeler de endüstriye yöneliktir (N:Yağ dayanıklı değil, P:Yağ geçirmez). Bunlar biyoaerosollerin kullanıcının solunum yollarına ulaşmasını önlemek için yalıtılmışlardır. Belgelendirme testlerinde de 0,3 mikrona kadar olan partiküllerin geçişini ölçülmekte ve % 95'lik tutulum yeterli kabul edilmektedir.

Respiratörler ise takan kişiyi içinde bakteri ve virüs bulabilecek olan çok küçük partiküllerin solunmasından korumak için kullanılır.

Genel anlamda virüsler 0,023-0,28 mikron boyutunda olup, grip virüsleri ise 0,08-0,12 mikron büyüklüğündedir. Bu bilgi ışığında yukarıda sıralanan maskelerden hiçbirinin grip virüsünü engelleyemeyeceği açıktır.

Bir biyoteknoloji şirketi 2008 yılında devrim yaratan bir teknoloji geliştirdi. Temas anında virüs ve bakterileri öldüren bu moleküler biyolojik teknolojisini pamuk, tekstil elyafı ve yapay ipek üzerinde uyguladı. Bu özel tekstil, mikropların insan hücrelerinde bağlandıkları bölgeleri taklit ederek onları yakalar, sonra virüslerin yüzeylerini, bakterilerin ise hücre duvarlarını parçalayarak onları öldürür (moleküler taklitçilik). Bu yöntem, biyomedikal kullanım için FDA tarafından da onaylanmıştır. Bu teknolojinin uygulandığı maske 13.02.2009 tarihinde CE Belgesi (Avrupa Birliği Tıbbi Cihazlar Direktifi 93/42/EEC) almıştır.

Yukarıda da anlatıldığı şekilde, tipik yüz maskeleri (standart cerrahi yüz maskeleri ve N95'ler dahil) havayla gelen mikropları öldürmez. Bu maskelerin tasarımı pasif mekanik filtrasyon mantığına dayanmaktadır ve takan kişinin solunumu sırasında damlacıklardaki canlı bakteri ve virüsler mekanik olarak süzülür. Basit mekanik filtrasyonla patojenlerin yakalanmaya çalışıldığı bu ürünlerde, bazen canlı mikroorganizmalar da maskenin iç katmanlarına süzülmeyle geçebilir ve çoğu kez bunlar maskeyi takan kişi tarafından solunur.

Standart cerrahi maskelerde veya N95 maskelerinde, mikrop yüklü maskeye dokunulduğunda çapraz kontaminasyon (mikropların, buldukları yüzeyden başka bir mikropsuz bölgeye transfer olmaları) kolayca meydana gelebilir.

Bu yeni maske, söz konusu risklerin üstesinden gelmek ve koruyuculuk düzeyini artırmak için dizayn edilen, özel bir "Akıllı Filtreleme Sistemi" kullanır. Maske, bilimsel olarak dizayn edilmiş ve bilimsel testlerden geçirilmiş çok tabakalı (multilayer) bir materyalden üretilmiş olup; iç tabakalarında benzersiz, yüksek antimikrobiyal özellikte bir aktif tabaka vardır. Bu aktif tabaka patojenleri (hastalık yapıcı mikroplar) agresif olarak saptar, yakalar ve hava akımından etkilenmeksizin hızla öldürür. Aktif mikrobiyal tabakanın arkasındaki yüksek yoğunluklu non-woven tekstil tabakası da aktif tabakadan penetre olabilecek çoğu patojenleri yakalar. Bu patojenler de daha sonra yakınındaki özel tekstil tarafından hızla öldürülür.

Ülkemiz piyasasında endüstriyel maskeler ile çeşitli medikal maskeler gripten koruduğu ileri sürülerek satışa sunulmaktadır. Bunların kısmi faydaları olmakla birlikte hiçbirisi tam koruma sağlayamamaktadır. Maskelerin etkinliğini ölçmek için baz alınabilecek tek gösterge BS EN 14683:2005 Avrupa Standardı'dır. Bu standarda uygun olarak üretilen bir maskenin

1- İn vitro bakteriyel filtrasyon verimi (BFE) (ASTM F2101-07) en az % 98 olmalıdır.

2- Delta P Değeri (diferansiyel basınç=nefes alınabilirlik) 5 mm H₂O/cm²'den küçük olmalıdır.

3- Splash testinde (ASTM F1862-07) akışkan direncini 120 mm Hg seviyesinde muhafaza etmelidir.

Bu özelliklere sahip olan bir maskenin koruyuculuğu maksimum düzeyde olacaktır.

Motosiklet üzerinde G.Afrika yolculuğu...

Yıl 2000, İtalyan meslektaşım Giovanni Magnanelli ile Brüksel'de akşam yemeğindeyiz. Sohbet hastaneye nasıl gidildiğine geldiğinde "ben motosiklet kullanıyorum" dedi. "Ne hissediyorsun peki motor üzerinde"? diye sordum. Yarı ermiş bir tebessümle yanıtladı: "I feel the life Semih". İstanbul'a döner dönmez ehliyet sonra da kitaplar, dergiler, internet ve sürüş dersleri sonrası 2003 yılında ilk motosikletimi aldım. Şimdi yılın büyük bölümünde İstanbul trafiğinden kurtulmak için hastaneye motosikletle gidiyorum; yılda yaklaşık 15.000km. Ama hiç bilmediğim uzak, çok uzak Afrika ülkeleri ve motosiklet...İşte bunun öyküsü.

8 Aralık 2010, saat 23:00 THY ile İstanbul'dan hareket

On saatlik uçuş sonrası Johannesburg havaalanında, bize rehberlik edecek olan Sarper ve tur arkadaşlarım Elif, Ömer, Cengizhan ve Erman ile tanışıyoruz. Gün planlama ve şehri görmekle geçiyor.

Yola çıkış (10 Aralık 2010)

Daha önceden ayarlamaları yaptığımız şekilde motorları teslim alıyoruz. Trafik bize göre ters taraftan akıyor, alışmak zaman alacak. Yaklaşık 400km'lik yağışlı bir yolu katederek Mpu-malanga bölgesine ulaşıyoruz. Geceyi burada konaklayarak geçireceğiz.

Blyde River Canyon ve Swaziland (11 Aralık 2010)

Sabah 07.00'de hareket. Yüz km. sonra Afrika'nın Harikaları'ndan biri sayılan Blyde River Canyon'a ulaştık. Amerika'daki Grand Canyon ve Namibya'daki Fish River Canyon'dan sonra dünyadaki en büyük 3. kanyon. Akıl almaz şekilde yüksek bir uçurumun tam kenarına hiç bir engel olmadan ulaşabiliyor.

Buradaki dağların üzeri de tıpkı Cape Town'daki Masa Dağı gibi dümdüz.

Öğlen yemeğinde Swaziland'daki hava durumunu kontrol ediyoruz. Metrekareye 15 litre yağış, sel ve fırtına görünüyor. Gülmekten başka yapacak bir şeyimiz yok.

Swaziland

Swaziland bir milyon ikiyüzbin nüfuslu, Afrika'daki 3 krallıktan biri. Halkı Swazilerden oluşuyor ve resmi dilleri İngilizce ve Siswati. BM raporlarına göre ortalama yaşam süresinin dünyada en kısa olduğu yer; erkeklerde 32, kadınlarda 33 yıl. Ölüm-lerin başlıca sebebi AIDS.

Vize gerekmiyor, pasaport işlemlerinden sonra büyük bir sorunla karşılaşmadan, 20 yaşlarında sivil bir gencin eski otoparklardaki benzeyen bir demir bariyeri eliyle kaldırması sonu-





cu Swaziland'a giriş yaptığımızda saat 17.00. Henüz yağmur yok ve gidilecek bir 150km yolumuz var. Swazilerin ulusal söylemi "siyinqaba" yani "biz bir ormanız". Bunu ülkeye girer girmez görebiliyorsunuz.

Yarım saat sonra hava tamamen kararıyor ve rengarenk şimşekler olanca güzelliği ile uçsuz bucaksız ormanın üzerinde dans ediyor. Eşsiz bir görsel şölen. Camın arkasından seyrediyor olmayı mı tercih ederdim emin değilim. Yağmurlukları giyip hayatımızda daha önce hiç karşılaşmadığımız şiddette bir yağmurun altında yolcululuğa başlıyoruz. Kasklarda silecek yok, yağın yağmurdan ve karanlıktan önümüzü göremiyoruz. Işık yalnızca şimşekler çaktığında görülüyor. Çok nadiren bir otomobil geçiyor yanımızdan. İki saat sonra başkent Mbabane'de duracak bir benzinci bulduğumuzda her şey, pasaportlar, paralar ıslanmış, kameralar ve telefonların çoğu çalışmaz hale gelmişti. Kahve ve bisküvi ile karnımızı doyurduk. Oturacak bir yer yok. Bir saatten fazla yağmurun hafiflemesini bekliyoruz ama durması ile ilgili hiç bir ümit ışığı yok ortada.

Konaklayacağımız yere yaklaşık 80km daha var ve yola çıkmak zorundayız. Orman içerisinde Korucu Evi denilen yere saat 23:00 gibi vardığımızda burayı işleten İngiliz çift bizi karşılıyor. Yaz olmasına rağmen hava soğuk ve kalan konuklar bir şöminenin başında. Hepsi bizim geleceğimizi biliyor ve heyecanlılar. Samimi şekilde selamlıyorlar ve ta Türkiye'den buraya motorla geldiğimiz sanıyorlar. Aslında durumu bozmamak var ama, açıklıyoruz. Bahçe içerisinde bungalowlara yerleşip kıyafetlerimizi yanan kaloriferlerde ve saç kurutma makineleriyle kurutmaya çalışıyoruz. Yarın sabah yola çıkış 06:00'da.

Mozambik'e giriş (12 Aralık 2010)

Mozambik sınırında vize işlemleri 3 saat sürdü. Yağmur peşimizi bırakmıyor. Bugün toplam 400km yolumuzun yarısından çoğu yağış altında geçiyor. Mozambik eski bir Portekiz sömürgesi. Portekizce resmi dil, ama insanlar günlük yaşamda yerel dilleri tercih ediyor daha çok. Sıtma çok önemli bir halk sağlığı sorunu. Biz buraya gelmeden önce profilaksiye başladık. Başkent Maputo Hint Okyanusu kıyısında yerleşmiş, kişi başı gelirin 1.000 doların altında (aynı kaynakta Türkiye'de 13.000 dolar) olduğu bir ülke ile uyumlu olarak resmedilebilir. Ülke yak-



laşık 23 milyon nüfuslu, başkent 1 milyondan fazla. Ama açıkçası bana çok daha fazla gibi geliyor. Mozambik'e girdiğimiz saniyede anlıyoruz: işte Kara Afrika burası!

İyi İnsanlar Ülkesi'ne yolculuk (13 Aralık 2010)

Bugünkü yolculuk 600km. Varış noktamız Inhambane, yerel dilde "iyi insanlar ülkesi" anlamına geliyor. Yaşayan en büyük balık olan "balina köpekbalığı" dalışı için Hint okyanusuna açılırken üzerimizdeki her şeyi kıyıda bırakmamız gerektiğini söylüyorlar. Yani, sadece kıyafetleri değil, pasaportları, kameraları ve sahip olduğumuz tüm paraları! Tamam, "kilitli kutular vardır" diye düşünüyoruz. Ama yok, tatha kutular var ama ağız açık. Tekrar tekrar soruyoruz, "ne kadar güvenli bu durum?" diye. "Şimdiye kadar hiç bir olay yaşamadık" diyorlar. Sahilde, tamamen açık bir yerde, herşeyimizi kıyıda bırakıp birkaç saat sürecek okyanus dalışına gidiyoruz. Safari sırasında az daha masum balina köpekbalığı yerine beyaz köpekbalığından sonra en vahşi tür olan kaplan köpek balığına (Tiger Shark) dalacaktık ki rehber önden dalıp kontrol etti. Yoksa bu anıları başka yerde anlatıyor olabilirdim şimdi. Sonuçta kıyıya dönüşümüzde neden buraya Inhambane denildiğini anladık. Herşey bıraktığımız yerdedi. Herkesin çok "korktuğu" Kara Afrika'da benim anlayamadığım başka bir şeyler olmalı. Burası iyi insanlar kıtası. Bu Afrika'ya ikinci ziyaretim, bunun dışında tek bir gözlemim dahi olmadı.

Kruger Park (16 Aralık 2010)

Kruger Park İsrail'den daha geniş bir doğal yaşam alanı. National Geographics belgesellerinin büyük kısmının çekildiği yer. Motosikletlerin içeriye girmesi mümkün değil. Çünkü çıkmayı hayal bile edemezsiniz. Safaride "5 büyükler" dedikleri aslan, fil, bufalo, leopar ve gergedanı görmek peşindeyiz. Rehberimiz bir Swazi ve hem aracı sürüp hem de kilometrelerce ötedeki ormanda kırırdayan bir gergedan kulağını görüp durarak bize enterasan anlar yaşatıyor.

Eve dönüş (19 Aralık 2010)

On günde motosiklet üzerinde yaklaşık 3.000 km süren yolculuğu sorunsuz şekilde tamamlayıp motorları Johannesburg'da teslim ederek eşsiz anılarla İstanbul'a dönüyoruz.





Ağrı kesici

Güneşin en sıcak dalgaları; insan teri kokan toprak zeminli bahçe, budanmış dallarıyla koca bir çınar. İnsan bedeni boyunda tuğladan çevrili bir duvar ile yarısı kerpiç bir barakadan oluşmuş bir kiraathane öğlen tatilini tüketen emekçiler... Yakıcı güneşe ve toprağa düşen insan terine rağmen sırtında alt tarafı sökükh kahverengi çeket giymiş, geniş kemersiz pantolonlu kirlili sakallı bir adam, çınarın gölgesi altında ellerinde koca çay bardaklarıyla serinlemeye çalışan orta yaşlı, biri iki adama yaklaşarak "ağrı kesici var mı abiler!" dedi.

Gözlüklü ve daha zayıf olanı bir anda donakalıyor. Elinde ki çay bardağını çınar ağacının altında serinlemeye çalışan erkek ahalinin şaşkın bakışları altında düşürüyor.

"Dur bakalım ne oluyoruz böyle!" diyor diğer arkadaşı. "Alt

tarafı bir ağrı kesici istedi." cebinden mavi kutudan bir hap çıkarıp kağıt mendile sararak adama veriyor.

"Allah razı olsun" diyen adamın ardından arkadaşına dönerek "işte hepsi bu kadar, nedir bu telaş!"

"İlaç istemesi değil ama doktor olduğumuzu anlamasına şaşıttım."

"Nerden çıkarıyorsun. Adam alt tarafı ağrı kesici istedi. Bizlerde burada oturan sıradan kent insanlarıyız."

"Öyle miyiz!!!" Arkadaşı sustu ancak hala bu doğal olmayan şaşkınlığın nedeni ne olabilirdi diyordu gözleri. Bu arada kahverengi çeketli adam çay ocağına doğru gitmiş çiraktan su almaya çalışıyordu.

"Şu anda bizim gibi giyinen ve oturan ona yakın insan var. Nereden bilsin doktor olduğumuzu. Hem anlasa ne yazar?"



“Bana çok şey yazar.Yıllar önce Ankara’dan Elazığ’a dönüyorum. Üniversite sınavına yeniden öğrenci olmak için katılmışım. Kararım kesin. Başka bir mesleği seçeceğim. Mecburi hizmette onca sıkıntı falan canıma tak demiş. Bir de yine senin şimdi yaptığın gibi bana asılan hastanın birine ağır kesici vermiştim. Hatırlatayım bir hafta sonra hasta nörolojik vaka oluverdi. Tabii ki verdiğim gariban parasetamol başımıza bela olmuş. Neyse bunlar geçmişte yaşanalar ama mesleği bırakma noktasındayım. Ancak sınav istediğim gibi geçmemiş. Meslekle ilgili hiçbir şey duymak istemiyorum. Yan koltuğumda sempatik bir adam var. Hoş sohbet biri. Ancak günümde olmadığım için yüz vermiyorum. Gözlerim, parmaklarında dans eden bal renginde, muhtemelen hakiki Oltu taşından tespihe takılmış. Parmaklarında şakıdkıça stresim azalıyor. Gürün civarında Nisan ayı olduğu halde kar yağışına tutulduk. Ziyaret tepesinde zorunlu mola verdik. İnanılmaz bir şekilde tipi içinde zincirsiz ilerledik, ki kimse bu yağışı beklemiyor. Adamı bir sıkıntı basmış. O anda baş ağrısı için ilaç isteyince ben de bir aferin verdim. Hani belki uyuşur diye. Ha bunu da cebimde bir ilaç var ne işe yarıyor bilmiyorum dediğimi ve şoför muavinin ağrıya iyi geldiğini söylediğini hatırlıyorum. Koltuğa yatar vaziyete dalmışım. Darende’den Malatya’ya girerken adam hala uyuklar vaziyette. Tespihi dizlerimin üstüne düşmüş. Çaktırmadan elime aldım, cebime indirdim. Malatya otogarında indim. Belki fark eder beni arar diye, otobüs hareket etmeden ayrılmadım. Ancak otobüs onunla beraber gitti. Bende bir arkadaşına misafir oldum. Tespih ile beraber ertesi gün Elazığ’a sağlık ocağına döndüm. Bir hafta geçmeden o kar kıyamette sağlık ocağında adama yakalandım. Beni nasıl bulduğunu sordum. “Bütün sağlık ocaklarını geziyordum” dedi. Adam zorlu yolculuğumuzda doktor olduğumu anlamış... Bence o ağır kesici yüzünden.

“Anlaşılan tespihi geri vermek sana ağır gelmiş.”

“Bana ağır gelen doktor olduğumu anlaması.”

Aslında doğru söylüyorsun. İstedikleri zaman da seni tanımak istemiyorlar. İşte sana 112’de yaşadıklarım. Bir defasında yedi katlı bir eve gittik. 150 kilo civarlarında bir teyze. Kanı tavana vuruyor. Boynumda steteskop. Üstümde 112 kıyafeti. Hatta sol köşede doktor yazıyor. Muayene bitti. Kadını ambulansa indirmek lazım. Adamdan taşımak için yardım bulmasını istedim. Bana demesin mi “sen ne iş yapıyorsun” diye. Ben de

o anda “tesisatçiyım” dedim. Adam başladı bana bağırıp çağırmaya. Tesisatçı değil taşımak için adam çağırdım diye. Bir yandan da kadını indirmek lazım. Ben, hemşire ve adam. İmkânı yok. Neyse adam, bağırıp çağıran adam sonunda imana geldi. Sokaktan birkaç genç adam getirdi. Ama kendi yine sedyeyi tutmuyor. Aşağıda adamın sokaktan yardım diye çağırdıklarına para verdiğini görünce çok şaşırđım. Bu bir örnek. Bir türlü doktor olduğumu kabul ettiremedim. Denemediğim meslek kalmadı. Bir defasında bir avukatı otomobil kazasından çıkardık. Kravatı da var. O da demesin mi “bu iş için hangi okulda okudunuz?” Ben de “6 yıllık akşam lisesinden mezun oldum” dedim. Adam anlamış gibi başını salladı.

Bir süre sessizlikten sonra arkadaşı devam etti. “Ama haksızlık etmeyeyim, bir defa 112 hekimliğim saygı gördü. Bir defasında arkadaşlarla alkollü bir halde polise yakalandık. Hepimiz dört dörtlük alkoliğiz. Polis başını içeri uzattı. O bir şey soramadan önce aracı kullanan başladı. Ben çocuk gastroenterolojide yardımcı doçentim dedi. Adamın bana ne diyen yüz ifadesinden sonra ön taraftaki diğer arkadaş ben

patoloji doçentiyim dedi. Arka sıradan en sağdaki ben tıbbi deontoloji uzmanıyım dedi. Ortada verem savaş dispanserinde çalışan arkadaş sırasını susarak savdı. Herkes polisin bir şey söylemesini bekliyor. En sonunda ben de 112 de doktorum dedim. Polis birden “vay hocam nasılsın?” dedi.

“Bak ben buna karşıyım. Hemen mesleklerimizi ilan etme gereği duyuyoruz. Neden hep doktor olduğumuzu öne çıkartıyoruz? Mesela bir arkadaş geçenlerde eve su isteyecek. Ben dr falankes dedi. Ya da doktor olduğumuz için negatif tutum görüyoruz.”

“Belki yaşadıklarımızdan. Belki toplumsal farkındalığımızdan. Ben aile hekimliğine 112’de kimlik çelişkisi yüzünden geçtim. Bu yüzden bu kiraathanede mesai saatini bekliyorum.”

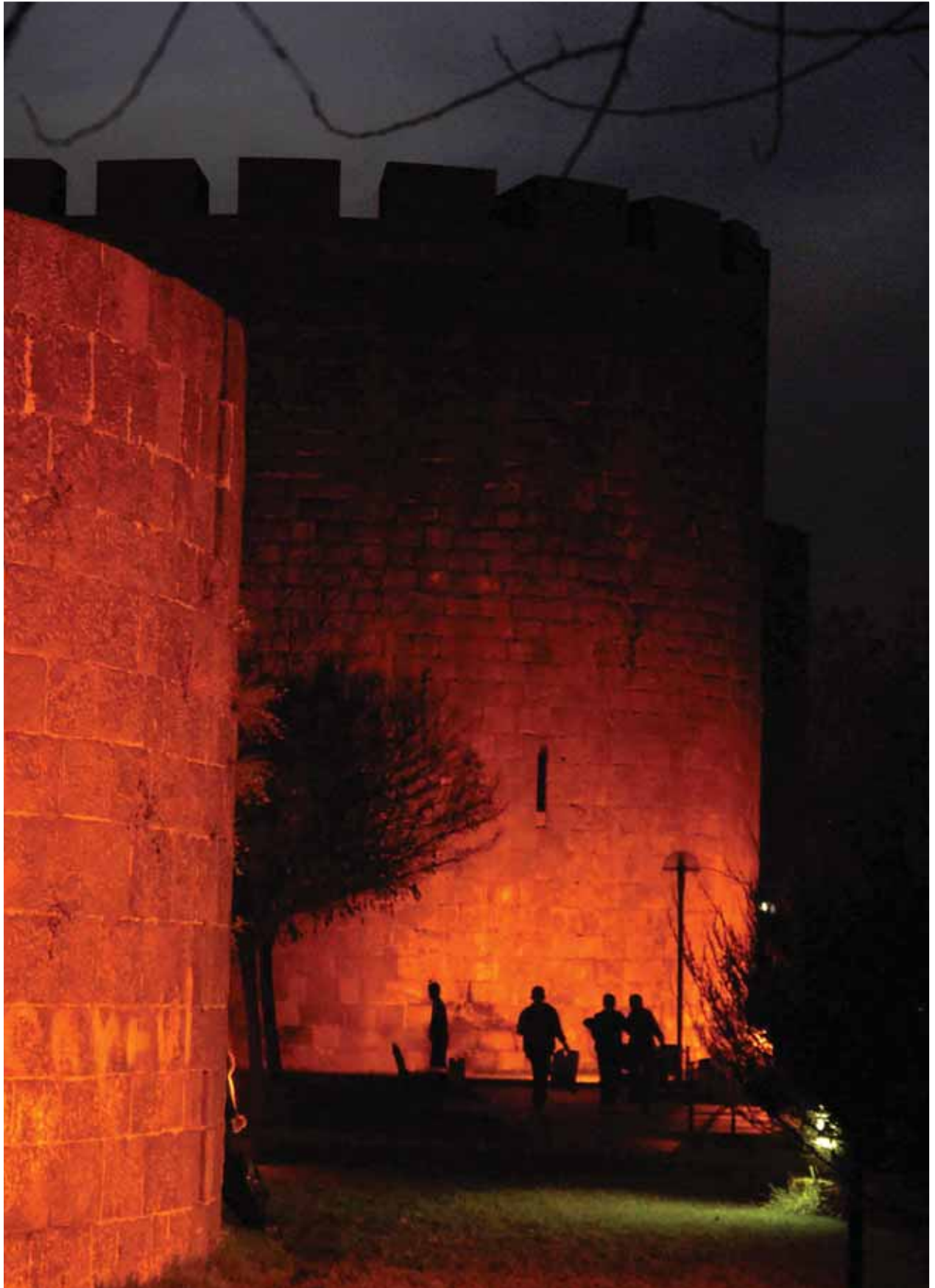
O anda “eyvah!!!” diyen çırağın sesi sohbeti kesiverdi. O kahverengi çeketli adam kiraathane çıkışında yerde yatıyordu.

“Sağlık ocağına haber verelim. Cankurtaran çağıralım “diyen kalabalıktan hiç kimse yüzlerine dönüp bakmıyordu bile.

“Gördün mü?!! Demek ki kimse doktor olduğumuzu anlamamış.”diyordu endişeli ne olacak diyen gözleri.

Bir varoş kiraathanesi.. dinlenen emekçiler... ağır kesici... iki hekim... yerde yatan güvencesiz bir adam... beklenen bir cankurtaran... komplikasyonlar ... ve devam eden yaşam...







AİLE HEKİMLİLİĞİNDE "VEREM SAVAŞI" BIRAKILIYOR MU?

Istanbul'a aile hekimliği geldi, geliyor derken, apar-topar uygulamaya geçildi.

İstanbul önemli bir kent; ekonomik, politik, kültürel, eğitim, sağlık, hangi açıdan bakılırsa bakılsın tüm ülkenin gündemini belirler. İstanbul'daki bir uygulama başarılı olmazsa, ülkedeki uygulama da başarılı olamaz.

Sağlık bakanlığı da bunu bildiği için, aile hekimliği uygulamasına en son İstanbul'da geçildi.

Yetkililer aile hekimliği uygulamasının en önemli yanının 'koruyucu hekimlik' hizmetleri olduğunu ısrarla söylemektedirler. Hangi "koruyucu" hizmetler yapılacak merak ediyorum. "Tüm muayenehaneleri kapatıyoruz", diyerek 'sosyal'-ist söylemlerle yola çıkan bakanlık, tüm sağlık ocaklarını kapatarak, sosyal olan son kurumların da köküne kibrit suyu döküp, her doktora bir muayenehane açtırmayı becermiştir. Devletin "koruyuculuk" hizmetleri yerini "koruculuk" almıştır; yani sadece gözleyecek ve denetleyecek! Ülkemizde denetimin ne mükemmellikte olduğunu herkes biliyor.

Aile hekimliğinin tüm yönlerini burada tartışmak mümkün olmadığından, ben sadece kendi alanım olan verem savaşı açısından ele alacağım.

Türkiye'deki verem hastalarının üçte biri, 6000 'i aşkın hasta İstanbul'da... İstanbul'da, insidans dediğimiz, hastalığın görülme sıklığı geri kalmış ülkeler düzeyinde. İstanbul nüfusunun yaklaşık üçte biri tüberküloz basili ile enfekte (4 milyona yakın Latent tüberküloz). Yani pimi çekilmemiş bomba.

Tüberküloz öyle bir hastalık ki, bir an bile ihmale gelmez. Bir kaç yıllık boş vermişlik bombanın piminin çekilmesine, ani ve şaşırtıcı bir patlamaya dönüşebilir.

İstanbul 'da her şey aile hekimliğine havale edildiği için sağlık bakanlığı, veremli hastaları ve verem mücadelesini de 'Türk aile hekimlerine' 'emanet' etmiştir.

Ülkemizde ücretsiz tedavi yapan, veremli hastaları bıkmadan usanmadan on yıllarca takip edip tedavi eden, yakınlarını korumaya alan, taramalar yapan, aşılarını yapan, dispanserler dinozor kurumlar olarak değerlendiriliyor. Çünkü, dispanserler kar getirmiyor ve döner sermayenin değirmenine su taşıyamıyor.

Aile hekimliğine geçilme aşamalarının başında bakanlık yetkilileri, önce 'dispanserlerin 'sağlıkta dönüşüm' de yerinin olmadığını açıkça söylüyorlardı. Fakat diğer illerde özellikle İzmir gibi büyük şehirlerdeki aile hekimliği uygulamalarında 1 yılda tüberküloz sayısında birdenbire %10' luk "düşüş" (siz bunu kaçak anlayın) saptanınca dispanserler kapatılmaktan vazgeçildi. Ancak içleri boşaltıldı.

Öyle bir aile hekimliği propagandası yapıldı ki; 1500 TL ay-

lık alan ve yıllardır fedakarca çalışan doktor arkadaşlar, 6000-7000 liralık teklifler karşısında, istemeyerek de olsa dispanserleri terk ettiler. Bazı "dinozor verem savaşçılar" hala ayak sürümeye ve batan gemiyi terk etmemeye çalışsa da nereye kadar?

İstanbul'da 31 verem savaşı dispanserinde 50'yi aşkın doktor arkadaş vardı, bunların yarıya yakını 'verem savaş' alanlarını terk ettiler, yerlerine yeni mezun pratisyen arkadaşlar atanarak sorun çözüldü! Ancak, atayan da atanan da bu çözümün geçici olduğunu biliyor. Çünkü yeni mezun doktor arkadaşlar, ya TUS sınavını kazanarak gidecek, kazanamazsa aile hekimliği sistemine geçecek.

Tüberküloz mücadelesini yürüten Verem Savaş Daire Başkanlığı, İstanbul Bulaşıcı hastalıklar şubesi vb. gibi kurumlardaki doktor arkadaşların tüm duyarlılıkları ve çabaları ne yazık ki, ellerindeki doktorların alınmasını, yeri ve konumu uygun dispanserlerin aile hekimliği birimlerine dönüşmesini engelleyemedi. Serbest piyasanın kuralları işledi. Öyle bir rüzgar esiyor, 'sağlıkta dönüşüm' öyle bir baş döndürüyor ki; kimse önünde duramıyor.

Aile hekimliği uygulamasında pek dikkat çekilmeyen birkaç soruyla bitirmek istiyorum:

- Aile hekimliğinin Özal döneminden beri dünya bankası ve IMF'nin ; "emniyet ve adalet dışındaki alanlarda devlet memuru kalmayacak" programı ile bağlantısı var mı?

- 1500 TL gibi bir parayı doktoruna veremeyen ve zorlanan devlet, 4-5 katı parayı her ay nasıl verecek? Dünya bankasının desteği bittiğinde bu para hangi kaynaktan ödenecek?

- Şimdilik yer kirası almayan, hemşire ücretini ödeyen devlet 2011'den sonra da aynı desteği verecek mi? Yoksa kendi yerini kendin bul, kendi personelini kendin al mı, diyecek?

- Aile hekimlerini birimlerini tam bir işletmeye dönüştüren, doktorları ince hesaplar yapmaya zorlayan bu sistemin ilaç firmalarının egemenliği altına girme tehlikesini nasıl önleyecek?

- Sağlık alanından tümüyle sıyrılıp, kendini sadece 'denetleyici' konuma indirgeyen devlet, maliye vb alanlarda olduğu gibi, toplayamadığı yüz milyarlarca varan vergi aflarını sağlık alanında da uygulayacak mı? Sağlıkta neyi "affedecek"? Aşısı yapılmayan çocukları mı, tedavisiz ortada mikrop saçan veremli hastaları mı?

Önümüzdeki sürece ilişkin kaygılarımı not düşmek istiyorum: Sağlık alanındaki bu dönüşüm; gözü kara bir şekilde uygulandıkça, kervan yolda düzülür, mantığı devam ettikçe, koruyucu hekimliğin sonunun gelmesine, verem gibi bulaşıcı hastalıkların patlamasına yol açması kaçınılmazdır.



“HES HES HES! HADİ BE SEN DE! KES, KES, KES!”

MAHMUT HAMSİCİ DERELER VE İSYANLAR

Derelerin çağrısını duyup bu çağrının peşinden giden gazeteci Mahmut Hamsici'nin son kitabının adı “Dereler ve İsyanlar”. Çok sıcak bir gündemin tam da üstüne denk gelen kitabın adı da kapağı da isyan ve direnişe davet ediyor okurlarını. Kamuyunun (en azından namuslu kalanının) son yıllarda en çok tartıştığı konulardan birisi HES'ler (Hidroelektrik Santralleri) için iktidar ve şirketler ile halk ve onların örgütleri arasında epeydir süren mücadeleyi kitabı okuduğumuzda daha iyi anlıyoruz. Anlamakla da kalmayıp “bertaraf” olmamak için isyandan yana taraf oluyoruz.

Yazar, neredeyse ülkenin tamamına yayılan kılcal damarlara kadar tıkama ve tığınma iştahıyla saldırı-ganlaşan yüzlerce HES projesini ve bunlara karşı mücadele edenlerin öyküsünü bizzat gidip yaşayıp, tanıklık ederek anlatmış kitabında. Bu gözlemleri birinci elden aktarırken bir taraftan da “Tabiat Bilgisi” başlığı adı altında, HES'ler ile ilgili teknik, bilimsel, politik bilgileri bir özet halinde okuruyla paylaşıyor. Bu bölümlerde HES konusunda genel bilgiler, suyun ticarileştirilmesi, HES'lerin yarattığı çevresel tahribat, ÇED raporları, HES'lerin tarım ve hayvancılığa etkisi, hukuk, enerji, küre-

sel karbon ticareti ve HES'lerin sosyal etkileri başlıklar altında inceleniyor. Kitapta her yöreyle ilgili HES'lerin yarattığı çevresel tahribatı ortaya seren çarpıcı fotoğraflar da yer alıyor.

Enerjiyi bahane edenlerin suyu kullanma hakkı konusundaki hukuk tanımaz saldırganlıklarını, bazen parayla bazen yıldırarak halkın su hakkını savunmasını nasıl kırmaya çalıştıklarını, buna rağmen özellikle kadınların başı çektiği inanılmaz yaratıcılıktaki direnişi; “HES HES HES ! Hadi be sen de ! Kes, kes, kes! Beni iyi dinle!” diye rap şarkısı yapan köylülerin dilinden dinliyoruz. Hamsici'nin bir söyleşisinde söz ettiği gibi halkın devlete bakışı HES mücadelesi içinde yeniden şekilleniyor: “Devlet bugüne kadar çoğu yerde insanların gözünde bütün ekonomik ilişkilerden bağımsız, yurttaşın hakkını veren, hakkaniyetli bir yapı olarak algılanmışken, şu anda insanlar kapitalizmin ne olduğunu, kapitalizmde devletin ne anlama geldiğini deneyimleyerek öğreniyorlar. Bu kavramlarla olmasa da, ki bu kavramlarla olmak zorunda da değil zaten, bunu acı çekerek yaşıyorlar. Erzurum'daki köylü diyor ki, “Biz yıllardır devletimize güvendik, ona hiç karşı çıkmadık, çocuklarımızı askere yolladık, vergimizi verdik, şimdi devlet bizim haklarımızı elimizden alan şirketin tarafında, bize karşı mücadele ediyor.” Bu aslında son derece sınıfsal bir tahlil. Devletin sınıfsal konumu gündelik hayatındaki çatışmalar üzerinden bilince çıkıyor.

Hamsici kitabın içeriğini ve amacını şu sözlerle anlatıyor: “Bu çalışmayla devlet kurumlarının değil, yurttaşların gözleriyle ‘çevre etki değerlendirmesi’ yapmayı, yaşanan ‘ekokırımı’ teşhir etmeyi, şirketlerin ve devlet kurumlarının projeleri yaşama geçirmek adına devreye soktukları türlü hukuksuzlukları ortaya sermeyi, üzerinde emekleri olmayan bir doğal kaynağı kullanarak gerçekleştirdikleri projelerle inanılmaz hızla büyüyen, büyüyecek, önemli bir bölümü AKP yandaşı sermaye gruplarının kimliği hakkında ön fikir vermeyi, enerji bahanesiyle yaşama geçirilen santrallerin arkasındaki gerçek niyetleri anlamak üzere bir kapı aralamayı, HES'leri farklı açılardan ele alan özet ama

bütünlüklü bilgiler vermeyi ve yaşam mücadelesi veren yerel halkın mücadele deneyimlerini paylaşımaya açmayı amaçladım.”

Yazarın bu amaca, kitabın kapak tasarımından içeriğine kadar gösterdiği özen, anlaşılır, yalın bir dil, çarpıcı görseller ve hepsinden önemlisi derelerin isyanına çağrısındaki samimi ruhla ulaştığını söylemek mümkün.

Dereler ve İsyanlar

Yazarı Mahmut Hamsici

Kapak Tasarım ve İllüstrasyonu:

Davut Kanmaz, Erkal Tülek

Nota Bene Yayınları, Kasım 2010



**“Burası cezaevi değil askeri okuldur,
okulun tek amacı vardır: Sizi Türkleştirmek”**

Yönetmenliğini Çayan Demirel'in yaptığı 2009 yapımı belgesel, 1980-1984 arası 12 Eylül askeri darbesinin en vahşi yüzü olan Diyarbakır 5 No'lu Cezaevi'nde yaşananları gözler önüne seriyor. Belgesel, o dönemin çoğu Kürt olan tutuklu ve hükümlülerine nasıl sistematik işkence yapıldığını, Türkleştirme politikalarının uygulandığını gösteriyor. Filmde dönemin tutukluları, Diyarbakır Eski Askeri Savcısı, Kenan Evren (12 Eylül Belgeseli'nden alınmış) ve tutuklu yakınları ile yapılan röportajlar üzerinden bize yaşananları anlatıyor. Filmi izlerken anlatılanların etkisi çok derin ve sarsıcı, 90 dakika boyunca insan olmanın en dibe vurduğu sınırdaki Diyarbakır zindanında dolaşıyorsunuz. Aradan 25 yıl geçmesine rağmen o dönem genç veya çocuk olan insanların, yaşadıklarını anlatırken ara ara suskunlukları, yutkunuşları, gözlerinin doluşlarında hala o günlerin izleriyle yaşamlarına devam ettiklerini; nasıl bir vahşete maruz kaldıklarını görüyorsunuz. 12 Eylül askeri darbesinde milyonlarca insan fişlendi yüzbinlerce insan tutuklandı, yüzlerce insan idam edildi; dernekler kapatıldı, filmler yasaklandı, cezaevlerinde insanlar yaşamını yitirdi. Kenan Evren'in anlatımlarından da anlaşılıyor ki, kışlalar dahi yetmemiş tutuklamalara ve talimat vermiş süratle modern cezaevleri yapılması için. “Sizlere modern, tüm olanaklara sahip cezaevi yapıyoruz. Sinema salonları, banyo, yemek salonları olan ...” diyerek yaptırdığı yeni cezaevlerini, o 'modern' yapıları; “Gittik gördük, gittik gördük... Bazıları dönemediler... Sinema salonlarında, koridorlarda, hamamda öldüler. 5 nolu gerçeği böyle...” diyerek derin bir sessizlikle anlatıyor Diyarbakır Cezaevi'nde o dönem tutuklu olan Paşa Uzun.

Röportajların her birinde ayrı bir vahşete tanıklık ederken, onların arasında birinin hikayesi vardı ki 80 Darbesi algısının özeti gibiydi. Ralph Reymound Braun, bir Alman, kendisi tur rehberi. 5 nolu'dan O da geçer. Bu bilgiye ulaşan filmin yapımcısı Ayşe Çetinbaş bu isimde olan herkese e-posta atar ve bir gün beklediği yanıt gelir; kendisiyle Almanya'da görüşme yapılır. Ralph, o dönem Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ni gezdirirken bölgenin hassasiyetlerinin farkında olduğunu, Kürtler'den ve Ermeniler'den bahsetmemesi gerektiğini bilerek Ahdamar Adası'nı gezdirirken tutuklanır. Cezaevinde Türk olduğu, adının artık Ali olduğu işkenceyle söylenebilir. Esat Oktay'a söylemesi gereken “Emret Komutanım” cümlesi hatırladığı tek Türkçe cümle ve hala unutmadığı hazır ol duruşu...Ralp'in tur hikayesi de darbe alarak 5 nolu'da biter. Filmde hekimlerin de bu vahşetin parçası olduğunu, Paşa Uzun gereksiz yere çekilen dişlerinin sayısına takılarak bize aktarsa da, biliyoruz ki, o dönem hekimlik de etik ve insan olma sınırlarının dışına çıkmış ve yapılan işkencelerin parçası olmuştur.

Her röportajda anlatılanların etkisinin yanısıra, kurgu ve yapım itibarı ile de etki gücü yüksek bir film 5 nolu cezaevi. Kullanılan arşiv görüntüleri, cezaevi görüntüleri, Zülfükar Tak'ın resimleri ve kullanılan imgesel görüntüler filmin ritmini artırıyor.

46. Antalya Altın Portakal Film Festivali, 42. SİYAD Ödülleri, Ankara Uluslararası Film Festivali'nde “En İyi Belgesel” ödülünü alan 5 No'lu 1980-1984 filmi ile Çayan Demirel, toplumsal hafızaya ve yüzleşme kültürüne katkı sunmuş. Yazılan-çizilen-konuşulanın yanında, filmi ilk defa yapılan Diyarbakır Cezaevi'nin ayıplar ve insanlık suçları simgesi olarak müze olması dileğiyle...

HEKİMLER 13 MART'TA ANKARA MİTINGİNE...

Güvencesiz **Aile Hekimliği**, düşük ücretli Toplum Sağlığı Merkezi hekimliğinin kısıpaca aldığı **Pratisyen Hekimler**,

Artan iş yükü, azalan performans baskısı altındaki "kamu hastaneleri" **Uzman Hekimleri**,

Nöbet ertesini izin kullanamayan, eğitim alamayan ve düşük ücretle çalıştırılan **Asistan Hekimler**,

Akademik özerkliği alınıp performans dayatmasına muhatap kılınan **Öğretim Üyeleri**,

Ücretleri gasp edilen ve işten atılma kaygısı ile yaşayan **Özel Sektör Hekimleri**,

Keyfi yönetmeliklerle işyerleri kapatılma tehdidi altında olan **Muayenehane Hekimleri**,

Emekleri taşeron şirketlere ucuz işgücü olarak pazarlanan **İşyeri Hekimleri**,

Yoksulluk sınırının çok altındaki maaşlarla yaşamak zorunda bırakılan **Emekli Hekimler**,

Geleceği karartılan, eğitimi yok edilen tıp öğrencisi **Hekim Adayları**,

Bu çağrı sizlere, bu çağrı hepimize...

Bu gidişe dur demek, tepkimizi göstermek çok ses tek yürek olarak hekimlerin gücünü göstermek üzere;

13 MART PAZAR GÜNÜ ANKARA MİTINGİ'NDE BULUŞUYORUZ.

Bir araya gelebilir mesleğimizin gücü ile emeğimizi birleştirebilirsek bu gidişi durdurabiliriz.

İSTANBUL TABİP ODASI