

TOPLUM AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HAFTASI
BASIN TOPLANTISI METNİ

16 KASIM 2015 / ANKARA

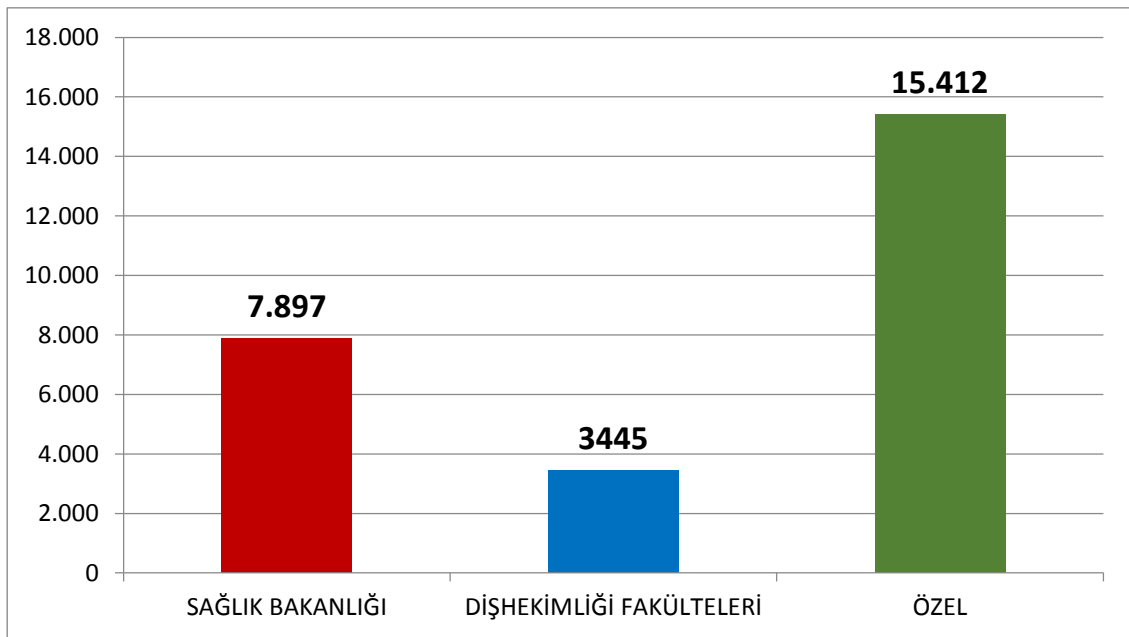
Değerli Basın Mensupları,

Türk Dişhekimleri birliği olarak her yıl olduğu gibi bu yılda halkımızla birlikte 16-22 Kasım tarihlerinde kutladığımız “Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası” nedeniyle bir araya geldiğimiz için mutluluk duymaktayız. Böylesine önemli bir haftada siz değerli basın mensuplarımızın aracılığı ile

- Sağlıklı bir toplum oluşturulmasındaki sorumluluğunun bilincinde olan ve bu bilinçle en üst seviyede ağız-diş sağlığı hizmeti veren meslektaşlarımızın sorunlarına,
- Ağız-diş sağlığının bireylerin yaşamındaki yeri ve önemine,
- Verilen ağız-diş sağlığı hizmetlerinin ülke ekonomisindeki etkilerine,
- Dişhekimliği eğitimindeki olumsuzluklara ve
- Güncel ağız-diş sağlığı hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli olan mezuniyet sonrası sürekli eğitimin önemine

dikkatlerinizi çekmek istiyoruz.

Ülkemizde, ağız-diş sağlığı hizmeti veren ve farklı sorunlarla yüz yüze bulunan 11.342’si kamuda ve 15.412’si kendi muayenehanesinde çalışan dişhekimi bulunmaktadır.



Tablo-1- Dişhekimi Sayıları (2014)

Halkımızla birlikte kutladığımız bu anlamlı haftada, öncelikle, muayenehanelerde çalışan meslektaşlarımızın “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik”le birlikte karşılaştıkları sorunlara değinmek istiyorum.

Bu yönetmelikte; muayenehanelerin mevcut fiziki şartlarına, hizmet verme sürelerine, sermayedar ortağın dişhekimi olmadığı özel sağlık kuruluşlarının açılmasına, reklamın desteklenmesine ve meslektaşla onun anayasal meslek örgütü arasındaki ilişkinin zayıflamasında yönelik yönetsel yeni düzenlemelere yer verilmiştir.

Ülkemizdeki mevcut yapılaşma şekli ve gereklerinin, yönetmelikte belirtilen deprem dayanıklılık ve yangına ait raporlar ile fiziki şartlara ilişkin düzenlemelerin teminine özellikle 2008 yılından önce yapılan binalarda yer alan muayenehaneler için imkan vermediğini belirtmeliyiz.

Dişhekimleri dışındaki mesleklerden olan şahısların sermayedarlığında kurulan çalışma ortamlarının dişhekiminin kendi sorumluluğunda mesleğini icra etmesini engelleyerek o mekânın kar amaçlı bir ticarethane olarak görülmesine sebep olacağı da aşıkardır.

Reklamın özendirilir ve arzu edilir hale getirilmesinin farklı donanım ve şartlara sahip poliklinik ve merkezler ile muayenehaneler arasında haksız rekabete neden olacağı unutulmamalıdır.

Meslektaşlarımızın mesleki sorunlarının, hastalarımızın da olası malpraktislerden doğacak mağduriyetlerinin giderilmesinde büyük öneme sahip dişhekimi meslek birliği ilişkisini zayıflatacak idari uygulamaların da deontolojik ve etik kurallar çerçevesinde ağız-diş sağlığı hizmeti vermeyi amaçlayan meslektaşlarımızı oldukça sıkıntıya düşürecek düzenlemeler olduğunu belirtmek isterim.

Kuşkusuz ağız-diş sağlığı hizmetlerinin niteliğinin AB kriterlerine uygun şekilde yükseltilmek istenmesi ve bu amaçla da bazı düzenlemelerin yapılması düşünülmeli, ancak ülke gerçekleri de bu esnada göz ardı edilmemelidir.

Ağız-diş sağlığında insan gücü; “kamu ve özelde, toplumun ihtiyaç duyduğu ağız-diş sağlığı hizmetini üreten personeli” tanımlanmakta, topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak olan ağız-diş sağlığı hizmetlerini gerçekleştirecek dişhekimlerinin yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile doğru bir şekilde istihdamı hedeflenmektedir.

Hepinizin bildiği gibi genel olarak sağlıkta insan gücü planlaması; sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının kamu kaynakları ile yetiştirilip devlet imkânları dâhilinde istihdam edilmesi nedeniyle, önemli ölçüde başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Devlet Planlama Teşkilatı, YÖK, Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Etütler İdaresi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı olmak üzere kamu kurumlarınca yapılmaktadır. Ancak kuşkusuz diğer paydaşlar olarak Sivil Toplum Örgütleri ve Dernekler, Özel Sağlık Sigorta Kuruluşları, AB Genel Sekreterliği ve Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği yapılmasının da gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Bu konuda gerçekçi olmayan veya yetersiz yapılan planlamanın, sistemin üretkenliğinin azalmasına, işleyişin ciddi olarak bozulmasına, maliyetin artmasına ve kaynakların dengesiz dağılımına neden olacağı aşıkardır.

Yaklaşık son 10 yıllık süreçte karar vericilerin izlediği “Sağlıkta Dönüşüm” politikaları sonucu hizmete açılan 130 Ağız-Diş Sağlığı Merkezinde toplumun ülke genelinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine ulaşım kanalları genişletilmiştir. Ancak kurulan bu ADSM’lerde görev yapan meslektaşlarımızın verdikleri ağız-diş sağlığı hizmetlerine bakıldığında çocuklara verilen koruyucu tedavi hizmetlerinin %2 gibi düşük bir oranda olduğu buna karşın başta çekim ve protez olmak üzere diğer tedavi edici hizmetlerin daha yüksek oranlarda yer aldığı görülmektedir (Tablo2).

2013	2013	%	2012	%	2010	%	2009	%	2008	%
Sabit protez	6.000.000	10	5.400.000	80%	3.043.000	22%	2.492.000	25%	1.925.000	
Parsiyel + total	1.100.000		1.100.000	20%						
Kanal tedavi	2.050.000	20	1.667.000	110%	752.000	45%	524.000	11%	385.000	
Detertraj	12.250.000	60	7.517.000	70%	4.735.000	20%	3.918.000	20%		
Pedo (Çekim)	2.250.000	10	2.000.000	10%	1.580.000	10%	1.390.000		1.112.000	
(Tedavi)	1.000.000	25	767.000	25%						
Tedavi Dolgu	12.000.000	60	7.000.000	40%	4.739.000	18%	4.100.000	11%	3.631.000	
Cerrahi (Çekim)			6.708.000							
			680.000							

Tablo 2 - ADSM’lerde Verilen Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

YILDA (-) (245)	GÜNDE (-)
1.000 adet kron	4 adet kron
177 adet <u>parsiyel + total</u>	0,7 adet <u>parsiyel + total</u>
250 adet <u>endo</u>	1,3 kanal
2.000 adet <u>detertraj</u>	8 adet <u>detertraj</u>
1.000 adet çekim	4 adet çekim
360 adet <u>pedo çekim</u>	1,5 <u>pedo çekim</u>
2.000 adet dolgu	8 dolgu
161 adet <u>pedo dolgu</u>	0,65 <u>pedo dolgu</u>

Tablo 3 - Her Dişhekiminin 1 Yıl İçerisinde Yaptığı İşlem (2013 yılı)

Yine bu kurumlarda görev alan meslektaşlarımız artan talebe ve siyasiler tarafından oluşturulan “performans” sistemine bağlı olarak nitelikli ve üstün kaliteli ağız-diş sağlığı hizmetlerini sahip olamadıkları süre yönetimi nedeniyle yeterli ölçüde gerçekleştirememektedirler (2014 yılında ADSM'lere muayene için yapılan başvuru sayısı 37 milyon 925 bin'dir). Kantitenin yanı sıra kalitenin sorgulanmadığı böylesi bir sağlık hizmetinde kaynakların verimli kullanılmasının yanı sıra maliyetin azaltılmasının da mümkün olamayacağı bilinmelidir (Tablo 3-4) .

▶ 4 adet kron/gövde x 30 dk.	= 120 dk.
▶ 0,7 adet total / pasiyel - 200 dk.	= 140 dk.
▶ 1,3 adet endo - 45 dk.	= 58 dk.
▶ 4 adet çekim- 25 dk.	= 100 dk.
▶ 8 (7,9) adet dolgu - 35 dk.	= 276,5 dk.
▶ 8 (7,9) adet detertraj - 25 dk.	= 197,5 dk.
▶ 0,7 adet pedo dolgu - 25 dk.	= 17,5 dk.
▶ 1,5 adet pedo çekim - 25 dk.	= 37,5 dk.
<hr/>	
947 dk. = 15,7 saat	

Tablo 4 - Ağız-diş Sağlığı Merkezlerinde Her Dişhekiminin Günde Yaptığı Tedavi İşlemleri ve(1yıl 245 gün) İhtiyacı Olan Süre

Tüm bu verilerin yanı sıra Prof. Dr. Saadet Gökcalp ve arkadaşlarının 2004 yılında Türkiye genelinde 12 yaş grubunda saptadıkları 3 değerindeki DMFT (çürük, kayıp, dolgulu diş sayısı) değeri, 2011 yılında Prof. Dr. İnci Oktay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da tekrarlanmış, gerek kentte gerekse kırsalda yaşayan 12 yaş çocuklarımızın ağızlarındaki dolgu ile tedavi edilen diş sayısının %6 gibi çok düşük bir oranda olduğu saptanmıştır.2015 yılında Türkiye Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre 7-14 yaş grubundaki çocuklarda %24.6 ile en fazla ağız-diş sağlığı sorunları görülmekte bunu %13.8 ile göz hastalıkları ve %9.4 ile de infeksiyon hastalıkları takip etmektedir. Dolayısıyla başta diş çürüğü ve dişeti hastalıkları olmak üzere ağız hastalıkları ülkemizin en yaygın halk sağlığı sorunlarını oluşturmaktadır. Tüm bu veriler Türkiye’de özellikle çocuklara yönelik koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamalarının hiçbir gelişme göstermeden aynen devam ettiğini ve toplum genelinin artan hizmet ulaşım ağına rağmen kent-kırsal fark etmeksizin bu imkandan nitelikli bir şekilde yararlanamadığını bir kez daha ortaya koymuştur.

Prof. Dr. İnci Oktay ve arkadaşları tarafından 2011 yılında TDB adına yapılan ‘‘Ulusal Ağız-Diş Sağlığı Durum Analizi’’ sonuçları; ülkemizde diş çürüğü ve sonuçlarının yaygınlığının nüfusumuzun büyük çoğunluğunu (77 milyon) etkilediğini ortaya koymakta, geç yaa gruplarında kontrol edilebilir düzeylerde olan DMF-T ve DMF-S değerlerinin ileri yaa gruplarında çok daha yüksek dzeyele ulaştığını göstermektedir (Tablo 5-6).

Yaş Grubu	Diş ürğü ve Sonuçlarının Prevelansı(%)
0-4	36
5-9	88
10-14	94
15-19	91
20-29	95
30-39	96
40-49	96
50-59	94
60+	99

Tablo 5 - Yaş Gruplarına Göre Diş ürkleri ve Sonuçlarının Prevelans Hızı

Yaş Grubu	Dmf + DMF-T	Dmf+ DMF-S
0-4	0.52	2.11
5-9	2.85	12.71
10-14	2.23	10.40
15-19	2.05	9.65
20-29	4.03	19.46
30-39	7.55	36.33
40-49	11.15	53.10
50-59	16.25	76.85
60+	25.11	117.21

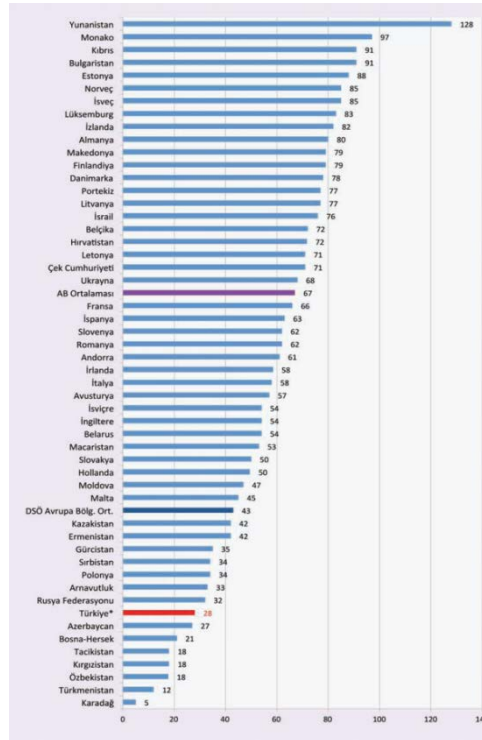
Tablo 6 -Yaş Gruplarına Göre Diş ürkleri ve Sonuçları Dağılımı

İşte bu bilimsel veriler nedeniyle TDB olarak; çocukluktan yaşlılığa kadar tüm yaşam sürecinde ağız-diş sağlığının en st seviyede olması, dolayısıyla da doğal dişlerle mrn tamamlanabilmesinde dn olduğu gibi bugünde ülkemizde bilimsel koruyucu temelli ağız-diş sağlığı politikalarının yürütülmesi gerektiğini savunmaktayız. Bu amaç doğrultusunda, ülkenin tüm dişhekimlerinden kamu ve özel ayırımı yapılmaksızın faydalanımalı, tüm dişhekimlerinin iř gücü devreye sokulmalı ve öncelikle çocuklarımızdan başlamak üzere koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerine Türkiye’nin her yerinde ulaşılabilecek Őekildeki ulusal bir politika yürütülmelidir.

TDB her platformda ağız hastalıklarının genel sağlık üzerine olan olumsuz etkilerini, ağız-dış sağlığı olmadan genel sağlığın iyi olamayacağını ifade etmektedir. Ülkemizde ilk defa Türk Dişhekimleri Birliği (TDB); Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) raporları ile ortaya konan diyabet, kalp damar hastalıkları, üst solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ile diş çürüğü ve diş eti hastalıkları gibi ağız hastalıklarının meydana gelme nedenlerinin aynı olduğu konusundaki bilimsel gerçeğe dikkat çeken sağlık meslek örgütü olmuştur. Yukarıda adı geçen bütün hastalıkların ortak risk faktörlerinin başında şekerli yiyecekler gelmekte, bunu takiben tütün ve tütün ürünleri, alkollü ve gazlı içeceklerin tüketimi ile fiziksel aktivitenin yetersizliği yer almaktadır.

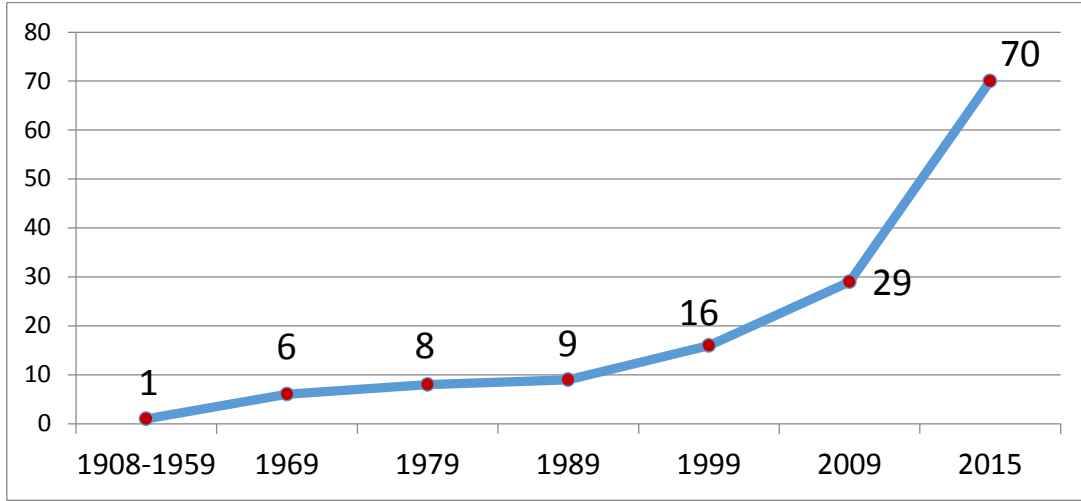
Her yıl 36 milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olan bu hastalıklar ile diş çürüğü ve dişeti hastalıklarının ortak risk faktörlerine sahip olması, meydana gelen ölümlerin 2/3'sinin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmesi ve DSÖ tarafından bu hastalıklar ile mücadelede gelecek 20 yıl içinde 47 trilyon dolar kümülatif harcama yapılacağını rapor edilmiş olması ülkelerin siyasilerinin ağız-dış sağlığı konusuna daha fazla eğilmelerini kaçınılmaz kılmaktadır. Zira ülke ekonomilerinde artan sağlık harcamaları nedeniyle karşılaşılabilecek sorunların önüne geçilebilmesinin ve ekonomik anlamda tasarruf sağlanabilmesinin en önde gelen unsuru, tüm sağlık uygulamalarında olduğu gibi ağız-dış sağlığı uygulamalarında da öncelikli olarak koruyucu temelli yaklaşımların benimsenmesi şeklinde olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin herkese ve ihtiyaç duyulduğu anda verilebilmesi için, bu hizmetleri yürütecek dişhekimleri insan gücünün, çağdaş ağız-dış sağlığı hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmış olmasının yanı sıra mevcut ağız-dış sağlığı sorunlarını takım anlayışı içinde çalışarak çözebilecek, evrensel niteliklere ve ülke gerçeklerine göre yetiştirilmesi de gerekmektedir. Bazı ülkeler ile Türkiye'de 100.000 Kişiye düşen dişhekimleri sayıları incelendiğinde ülkemizdeki sayının AB ortalamasının altında olduğu görülmektedir (Tablo 7).



Tablo 7 -100.000 Kişiye Düşen Dişhekimleri Sayısı

İşte bu nedenlerle Türkiye’de 2008 yılına kadar 20 olan dişhekimliği fakülte sayısı bugün 70’e ulaşmıştır. 43 dişhekimliği fakültesinde eğitim verilmektedir (Tablo 8).



Tablo 8 - Yıllara Göre Dişhekimliği Fakültesi Sayıları

Ocak 2014 kayıtlarına göre diş hekimliği fakültelerinde 525 Profesör, 257 Doçent, 529 Yardımcı. Doçent olmak üzere toplam 1.311; öğretim üyesi görev yapmaktadır (Tablo 9).

80 milyonluk nüfusa sahip olan Almanya’da 31 dişhekimliği fakültesi bulunmaktadır.

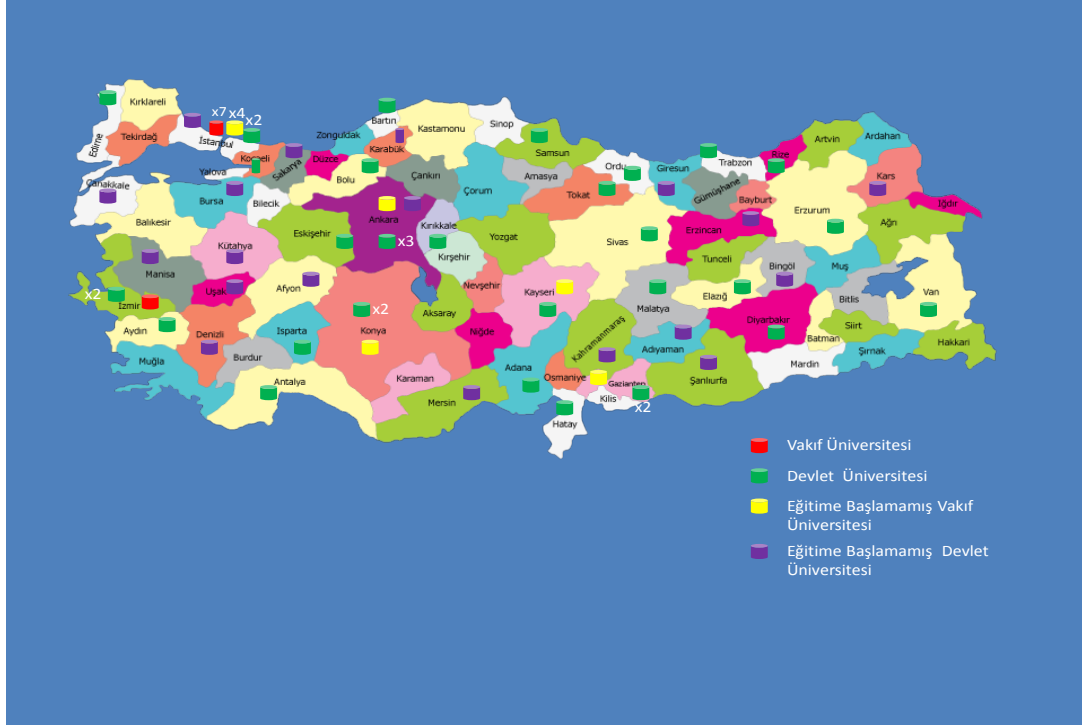
Genel olarak dişhekimliği fakültelerinde fiziki yetersizliğin ve öğretim üyesi açığının olduğu bilinen bir gerçektir. Bu durum ne yazık ki dişhekimliği fakültelerinin eğitimini ve araştırma faaliyetlerini olumsuz etkilemektedir. Üniversitelerin birinci ve asli görevi eğitim ve araştırmadır; hâlbuki duyuyoruz ki birçok dişhekimliği fakültesi ne yazık ki ağız ve diş sağlığı merkezi niteliğinde faaliyet göstermektedir. Oysa poliklinik hizmeti, fakültelerin asli görevi değildir. Fakülteler, asli görevi olmadığı halde hasta bakmak ve para kazanmak zorunda bırakılmaktadır. Bu yaklaşım da fakültelerin eğitimini ve verdiği mezunlarının niteliğini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizdeki dişhekimliği fakültelerinde yaklaşık 12 öğrenciye 1 öğretim üyesi düşerken; AB ülkelerinde bu oran yaklaşık 6 civarındadır.

Dişhekimliği fakültelerinin alt yapı ve öğretim üyesi ile akademisyen sorunu çözülmeden açılması tamamen durdurulmalı ve fakülteler performans kıskacından kurtarılarak, gerçek görevi olan bilimsel araştırma ve eğitim çalışmalarına yönlendirilmelidir.

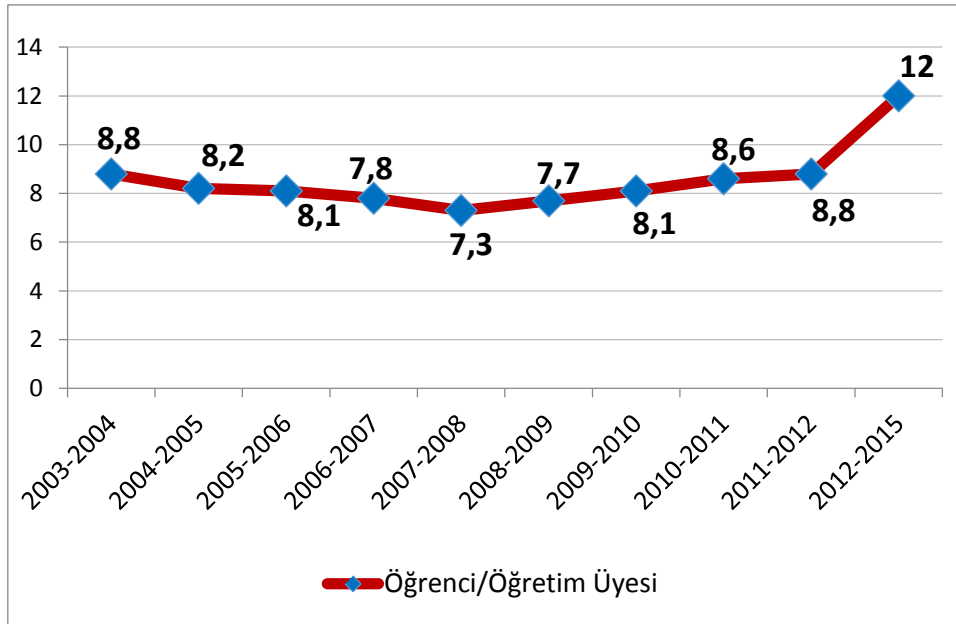
Ancak bugün itibarıyla eğitim vermekte olan 43 dişhekimliği fakültesinin ülkemizin ağız-diş sağlığı insan gücünü oluşturacak olan dişhekimlerini yetiştirecek yeterli sayıda akademik kadroya, başta hemşire olmak üzere yeterli yardımcı personele sahip olmadığını diğer kurulmuş olan dişhekimliği fakültelerimizin de tüm yüksek fiziksel imkânlarına rağmen henüz eğitim verme aşamasına geçemediklerini vurgulamalıyım (Tablo 10).

Kuşkusuz dişhekimliği fakültelerimizde verilecek 5 senelik akademik eğitimin mezun dişhekimlerinde ağız doktoru formasyonu oluşturacak içerikte olması şarttır. Tüm bu nedenlerden ötürü dişhekimliği fakültelerimizde verilecek eğitimin, yetkinlik alanlarını tümüyle kapsayacak çekirdek müfredat içerisinde yer almasının YÖK tarafından dikkatle takip edilmesi ve bu müfredatları gerçekleştirecek akademik kadrolar sağlanmadan yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmaması gerekmektedir.

Bu konuyla ilgili önemsenmesini ve dikkate alınmasını acilen talep ettiğimiz diğer bir husus ise tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısına (ÖSYM’de ilk 101.000 öğrenci kontenjanı) getirilen sınırlamanın dişhekimliği fakültelerine alınacak öğrenciler için de belirlenecek kontenjanlarda hayata geçirilmesidir. Tıp ve dişhekimliği genel sağlığın ayrılmaz uygulama alanları olup yetiştirilecek dişhekimlerinin nitelikli eğitim almaları hususunda, alınacak önlemlerin aynen tıp fakültelerinde alınan önlemler gibi değerlendirilmesini toplumun alacağı ağız-diş sağlığı hizmetlerinin üstün nitelikte olmasına imkan sağlayacaktır.



Tablo 9 - Ülke Genelinde Dişhekimliği Fakültelerinin Dağılımı



Tablo 10 - Ülkemizde 2003-2015 Yılları Arasında Dişhekimliği Fakültelerinde Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayısı

Sağlıklı bir toplum oluşturmadaki sorumluluk bilinciyle hareket eden dişhekimlerinin anayasal meslek örgütü olan TDB; ülkedeki sağlık politikalarını oluşturulmasına katkı sunarken, dişhekimlerinin topluma vereceği ağız- diş sağlığı hizmetinin en üst düzeyde olabilmesi için mezuniyet sonrası sürekli eğitime de büyük önem vermektedir. İşte bu nedenle değerli basın mensupları Ankara’da TDB Akademisi’ni kurmuş bulunmaktayız.

TDB Akademisinin kuruluş amacı Türkiye genelinde verilmekte olan sürekli eğitim programlarının standardizasyonu sağlamak suretiyle niteliğini artırmak, dişhekimlerinin daha düzenli, yapısal ve TDB tarafından akredite edilmiş eğitim modelleriyle bilgilerini güncelleyebilecekleri bir ortam yaratabilmektir.

TDB Akademisi, sadece dişhekimlerinin sürekli eğitimine değil aynı zamanda dişhekimliği mesleğinin tüm paydaşlarına da bilgilerini yenileme ve güncelleme imkânı verecektir. Bu akademi bünyesinde ayrıca hastaların ağız- diş sağlığı konusunda bilgilerinin artmasına yönelik “Hasta Okulu” yapılıması da gerçekleştirilecektir.

TDB Akademisi ayrıca TDB’nin liderliğinde 2010 yılında kurulmuş olan Komşu Ülkeler Dişhekimleri Birlikleri İşbirliği Platformunda yer alan ülkelerin dişhekimlerine de yönelik sürekli eğitim modelleri geliştirecek, TDB ve Komşu Ülkeler arasında imzalanan protokolle ağız-diş sağlığı alanında dişhekimleri arasında her türlü işbirliği ile koordinasyonu sağlayacak adeta uluslararası bir eğitim köprüsü olacaktır.

Bir kez daha “Toplum Ağız-Diş Sağlığı Haftası” nedeniyle burada bizlerle olmanızdan ötürü duyduğum memnuniyeti ifade ediyor, ilginiz ve katkınız için teşekkürlerimi sunuyorum.

Prof. Dr. Taner YÜCEL
Türk Dişhekimleri Birliği
Genel Başkanı