

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

7. ULUSAL KONGRE 19-20 EKİM 2019

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
MORFOLOJİ BİNASI



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU

www.saglikcalisanisagligi.org

Sağlık alışanlarının Sağlığı 7. Ulusal Kongresi
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji
19-20 Ekim 2019, Ankara

Birinci Baskı: Mart 2019, İstanbul
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Yayına Hazırlayan: Dr. Hasan Oğan

ISBN: 978-605-5867-84-3

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
GMK Bulvarı Őehit Daniş Tunalıgil Sokak
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe / Ankara
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 5253
EPosta: ttb@ttb.org.tr Web: www.ttb.org.tr

Kapak / Grafik Tasarım: Alaattin Timur

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| KONGRE BAŞKANI AÇILIŞ KONUŞMASI | 07 |
| Erdoğan Çolak / <i>Türk Eczacıları Birliği</i> | |
| SAĞLIĞA EKONOMİK - POLİTİK YAKLAŞIM | 11 |
| Yeni Dünya Düzeninde Sağlıkın Şekillendirilmesi | 14 |
| İzzettin Önder / <i>İktisatçı, Yazar</i> | |
| Sağlığın Ekonomi Politikası | 20 |
| Kayhan Pala / <i>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> | |
| Ulusların Sağlığı / Gavin Mooney Anısına | 32 |
| Cem Terzi / <i>Genel Cerrah</i> | |
| SÖZEL BİLDİRİLER | 45 |
| Tıp Eğitiminde Nitelik Değerlendirmesi | 47 |
| İskender Sayek / <i>Türk Tabipleri Birliği Eğitim Kolu</i> | |
| Özelde Ve Kamuda Çalışan Eczacıların İş Sağlığı Ve Güvenliği Sorunları | 53 |
| Halil İbrahim Avşaroğlu / <i>Türk Eczacıları Birliği</i> | |
| HIV Pozitif Hastalara Yaklaşım | 58 |
| Hazal Hartavi / <i>Pozitif Yaşam Derneği</i> | |
| BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ | 71 |
| Sağlıkta Dönüşüm Programı Birinci Basamakta Sağlık Emekçilerini Nasıl Etkiledi? | 74 |
| Çağlayan Üçpınar / <i>Muğla, Milas 1. Nolu ASM / Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası</i> | |
| Birinci Basamakta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ve Güvenliği | 82 |
| Ayten Erdoğmuş / <i>Balıkesir 6 Eylül 2 Nolu ASM / Aile Sağlığı Elemanları Derneği</i> | |
| Birinci Basamakta Sağlık Çalışanı Sağlığı Ve Güvenliğine Sendikal Yaklaşım | 86 |
| Emrah Kırımlı / <i>Ümraniye Mrk. ASM, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası</i> | |
| ŞEHİR HASTANELERİ VE GERÇEKLER | 99 |
| Şehir Hastanelerinin Gerçeği | 101 |
| Raşit Tükel / <i>TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu</i> | |
| Şehir Hastanesi Çalışma Ortamında Solunumsal Tehlike Ve Riskler | 110 |
| Nilüfer Aykaç / <i>Türk Toraks Derneği</i> | |
| Şehir Hastaneleri Gerçeğinde İşgüvencesi Ve İşsizlik | 117 |
| Hüsnü Yıldırım / <i>Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Ankara Şubesi</i> | |
| Şehir Hastanelerinin İlaç Ve Eczacılık Hizmetlerine Etkisi | 122 |
| Arman Üney / <i>Türk Eczacıları Birliği</i> | |

| | |
|---|------------|
| KONFERANS | 133 |
| Nanoteknoloji Ve Nanopartikül Gerçeği | 135 |
| İbrahim Akkurt / <i>İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı</i> | |
| SÖZEL BİLDİRİLER | 145 |
| Bir Çalıştayın Ardından: “Kadın Hekim Olmak” | 147 |
| Hafize Öztürk Türkmen / <i>TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu</i> | |
| Tek Sağlık Kavramı Ve Sağlık Çalışanları | 157 |
| Özlem Azap / <i>Başkent Üniversitesi Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji AD</i> | |
| Özel Sağlık Sektöründe Hekimlerin Çalışma Koşulları | 161 |
| Emel Bayrak / <i>TTB Özel Hekimlik Kolu</i> | |
| SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI | 169 |
| Muhammet Aydın / <i>Marmara Üniversitesi Anestezi Teknikerliği Bölümü</i> | 171 |
| Leyla Demir / <i>Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu</i> | 174 |
| Yurdaer Yılmaz Yapıcı / <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi</i> | 178 |
| Büşra Çelebi / <i>Kapadokya Üniversitesi Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı</i> | 186 |
| Fatma Ardal / <i>Antakya Mustafa Kemal Üni. Fizik Tedavi ve Rhb. Bölümü, SES Öğrenci Komisyonu</i> | 197 |
| BİLDİRİLER | 196 |
| Özel Bir Hastanede Ekranlı Araçlarla Çalışan Sağlık Personeli Ve Sağlık Personeli Olmayan Bireylerin Göz Sağlığı Ve Kas-İskelet Sistemi Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesine Yönelik Çalışma | 198 |
| Esra Akbulut, Serpil Taşdelen, Hasan Randa, Seda Zengin | |
| Acil Servis Çalışanlarında Güvencesiz Çalışma Biçimleri: Ankara’da Bir Özel Hastane Örneği | 200 |
| Öğr. Gör. Merve Deniz Pak | |
| Çalışana Yapılan Müdahale “Burası Ruh Sağlığı” | 202 |
| Hemşire G.T. | |
| Hemşire İntiharlarının Perde Arkası: Şiddet, Mobbing, Tükenmişlik | 204 |
| Emir Avşar, Büşra Nur Durmaz | |
| Kamu-Özel Ortaklığı Çerçevesinde Sağlık Çalışanlarının Prekaryalaşma Süreci | 210 |
| Deniz Güngör, Emre Özcan | |
| Sağlık Ve İlgili Alanlarda Çalışanların Meslek Hastalıkları | 212 |
| Kadir Onur Şimşek | |
| Nanomalzeme Kullanımının Sağlık Çalışanları İçin Oluşturabileceği Riskler | 214 |
| Kadir Onur Şimşek | |
| Hastane Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Algılarının Değerlendirilmesi | 215 |
| Ümit Arslan, Altuğ Çağatay | |

| | |
|--|-----|
| Sağlık Çalışanlarında, İşkoliklik, Duyguların Değerlendirilmesi, Uyumluluk İle İlgili Bir Araştırma | 216 |
| İlknur Sayan, Osman Yıldırım, Ayşenur Namlı | |
| Bir Devlet Üniversitesinde Okuyan Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaz Stajında Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi | 218 |
| Gizem Deniz Büyüksoy | |
| Anestezik Gazların Hemşirelerin Sağlığı Üzerine Etkileri | 221 |
| Betül Pütün, Ayşenur Kurşunoğlu, İlknur Savlık | |
| Dezenfektan, Antiseptik Solüsyonlar, Sterilizasyon Sonucunda Kimyasal Maddelere Maruz Kalma | 222 |
| Nuriye Torun, Özge Durmaz, Funda Yaşlı, Asiye Zehra Güven, Aslı Şan, Derya Suluhan | |
| Dışhekimlerinin Çalışma Duruşlarının Reba Yöntemi İle Ergonomi Analizi | 223 |
| Hayriye Yasemin Yay Kuşçu | |
| Hemşirelerde Kesici Delici Alet Yaralanmaları | 224 |
| İrem Öztürk, Mert Öztürk, Yakup Savaş, Filiz Salman, Şahide Canbulat | |
| Sağlık Çalışanlarında Lateks Duyarlılığı | 225 |
| Sedanur Taştekin, Selin Koyuncu, Songül Öz | |
| Hemşireler İçin Biyo-Psiko-Sosyal Bir Risk: Mobbing | 226 |
| Ezgi Üner, Saniye Nur Akbaba, Hatice Yaşar, Melisa Çakır, N. Aydan Akkoç | |
| Sağlık Çalışanlarında Perkütan Yaralanmaları Önleyen Porter Koruyucu Enjektör Kapağı | 227 |
| Zeynep Akıdağı, Kadir Can Kızıloğlu, Hatice Şener | |
| Ameliyathane Hemşirelerinde Radyasyon Güvenliği | 228 |
| Mukaddes Hilal Tosun, Nisanur Doğan, Tuğba Altuntaş Yıldız | |
| Hemşirelerde Bel Ağrısı | 229 |
| Ecem Akalın, Şevval Aksoy, Fatmanur Binerbay, Selin Nahide Deveci, Büşra Şevval Korkmaz | |

Erdoğan Çolak

Türk Eczacılar Birliği Başkanı

Sağlık, emek ve meslek örgütlerinin değerli başkanları, değerli temsilciler, değerli sağlık emekçileri, değerli katılımcılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 7. Ulusal Kongresine hoş geldiniz diyerek sözlerime başlamak istiyorum.

Değerli sağlık emekçileri, değerli katılımcılar, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi 1999'lardan başlayan bir süreç, yani 20 yıllık bir süreci kapsıyor. Bu 20 yıllık süreçte buraya katkı koyan, emek koyan ve bugünlere taşıyan tüm arkadaşlara teşekkür etmek istiyorum. Onların emeği çok daha fazla, benim de bu 20. yılda kongre başkanlığı görevini yerine getiriyor olmaktan son derece mutlu olduğumu belirtmek istiyorum, çok onur verici bir şey. Sağlık alanında faaliyet gösteren ve hak mücadelesi yürüten örgütlerimizin bunca zamandır bir araya gelerek kendi meslek alanlarında yaşanan sorunları, ülkenin sorunlarını, genel sorunları ve mesleklerimize ilişkin özel sorunları tartıştığımız, bilgilerimizi paylaştığımız ve birbirimizle deneyimleyerek öğrendiğimiz ve temas noktalarımızı çoğalttığımız toplantılar bunlar. Buralarda bu tartışmalarla aslında sorunlarımızı biraz daha ortaklaştırmaya ve en azından birlikte nasıl bir yol alabiliriz bunu ölçmeye, bunun çabası içerisinde olmaya çalışıyoruz. Bu yüzden 20 yıldır büyük bir özveriyle arkadaşlarımız bu kongreyi düzenliyorlar. Ben bir kez daha arkadaşlarımıza teşekkür etmek istiyorum.

Son 20 yıl hepimizin gayet iyi bildiği gibi Türkiye'de sağlık, ilaç ve eczacılık alanında da çok köklü dönüşümler yaşandı. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısından sağlık hizmetlerinin her bir basamaktaki örgütlenmesine ve sunumuna, sağlığın finansmanından sağlık insan gücüne kadar birçok alan ciddi bir biçimde ve neoliberal bir anlayışla yeniden dizayn edildi. Tabii bu süreçte inanılmaz bir biçimde bu işin reklamları yapıldı. Sağlıkta dönüşüm programının vatandaşa anlatılması noktası tabii vatandaşı ilgilendirdiği kadar da bu alanın sahipleri olan sağlık çalışanlarını da ilgilendiren bir biçim aslında bu değişim, bu dönüşüm süreci, ancak sağlık çalışanlarının süreç içerisinde geldiği nokta büyük bir memnuniyetsizliktir. Bunu yandaş sağlık çalışanları da bugün ifade etmekten geri durmuyorlar. Onların da vardığı nokta sağlık alanının özellikle sağlık çalışanları açısından bir memnuniyetsiz ortam olduğu. Tabii bu yüzden sağlık çalışanlarının bir araya gelmesi, mücadele zeminlerini çoğaltması ve bunu daha ciddi bir biçimde söylem, eylem haline dönüştürüyor olması ve birlikte bir istibdat duvarları böyle örülebilmesi hepimiz açısından büyük bir önem taşıyor.

Değerli sağlık emekçileri, değerli katılımcılar; biz hepimiz hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, ebeler, fizyoterapistler, radyologlar, sağlık ve eczane teknisyenleri, yani alanın birçok aktörünü burada sayabiliriz, ama bugüne kadar topluma sunulan bu sağlık hizmetlerinin niteliği sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşullarıyla yakından ilişkili olduğunu da belirtmemiz gerekiyor. Bunun bir kez daha altını

çizmemiz gerekiyor. Çünkü sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği sağlık çalışanlarının sağlıklı ve güvenli çalışma alanlarının oluşturulmasına bağlı bir şey, tabii bunun oluşturulması genel anlamda sağlık politikalarının doğru dizayn edilmesiyle ilişkili, ancak burada gerçekten bu politikaların oluşturulması noktasında sağlık çalışanları ya da sağlık çalışanlarının temsilcisi olan kurumların ne kadar yer aldığı, düşünce belirttiği ya da bu sürece katkı koyduğu da bir tartışma konusudur. Çünkü böyle bir ihtiyaç maalesef bugünkü iktidar tarafından ya da sağlık otoritesi tarafından çok algılanabilmiş değildir. Diğer yandan sağlığı bir ekosistem olarak düşünürsek sağlık kavramlarıyla özdeşleşmiş toplumsal özneler olması nedeniyle sağlık çalışanları bu sistemin meydana getirdiği sorunlardan çok ciddi bir biçimde etkilenmektedir. Ülkedeki sağlık sorunlarından sağlık çalışanlarımızın sorunları bağımsız değil elbette ki işte sağlık çalışanlarının sağlık kongresi bu bütünselliği, içselliği göstermesi bakımından da çok önemli bir platformdur ve bu platformun sürekliliği bizim açımızdan da son derece değerli ve kıymetlidir. Bunu da belirtmek istiyorum.

Değerli sağlık emekçileri, değerli katılımcılar, elbette sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi çok boyutlu bir mesele, zaten bizler meselenin bütün boyutlarıyla uzun süredir tartışıyor ve bir kamuoyu yaratmaya çalışıyoruz. Bunu zaman zaman birlikte bir araya gelerek düşüncelerimizi bu platformlarda dile getiriyoruz, zaman zaman da tek tek bu sağlık alanının aktörleri olarak açıklamalarla hem kendi alanımızdaki üyelerimizle, hem kamuoyuna yaptığımız açıklamalarla bunları anlatmaya çalışıyoruz. Tabii bunları anlatıyoruz, bazen de yeter artık dediğimiz ve isyan ettiğimiz noktaları da yaşıyoruz. İşte birkaç gün önce İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dr. Kadir Songül'ün muayene ederek ilaç yazdığı bir hasta tarafından jiletle boğazının kesilmesi meselesi, yani sağlık çalışanlarına saldırı bir türlü bitmek bilmiyor. Bu yaşadığımız şiddetin en son örneği, bu saldırıyı bir kez daha bu kürsüden kınamak istiyorum. Dr. Songül'e de geçmiş olsun dilekelerimizi iletiyorum ve bunların son bulmasını istiyorum. Ancak son bulmasını isterken bunun sağlık alanına ilişkin politikalarla doğrudan ilişkili olduğunu da belirtmek istiyorum. Buralarda bir düzenleme, gerçekten ciddi düzenlemeler sağlık çalışanlarını anlayarak, sağlık çalışanlarını dinleyerek bu alanın söz sahibi olan kurumlarının sesine kulak vererek yol alınması lazım. Ancak bu konuda sadece caydırıcı tedbirler, cezai müeyyideler arttırılması noktasında karşımıza çıkıyor ve bunun bir sonuç olmadığını da çok net bir biçimde yaşayarak, deneyimleyerek öğreniyoruz. O yüzden birlikte oluşturulabilecek politikalarla bu sorunun çözülme şansı ortaya çıkabilir diye düşünüyorum.

Sağlık emek ve meslek örgütleri olarak bizler her defasında tepkilerimizi dile getiriyoruz. Ancak tepkilerimizi dile getirmekten yorulduğumuzu da ayrıca belirtmek istiyorum. Biz yaşatmak için yaşamak istiyoruz. Sağlık otoritesi artık kangrene dönüşmüş bu soruna bir neşter atmak durumundadır. Palyatif sunumlarla ya da önerilerle bu sorunun ortadan kaldırılmayacağını artık kendilerinin de anlaması gerekiyor. Biz tabii bu alanda faaliyet gösteren örgütlenmeler olarak ortaklaşarak gerçek çözümler üretebilmenin yollarını açmalıyız hep birlikte, öncelikle bağımsız ve kapsamlı bir Sağlıkta Şiddet Yasası çıkarılarak buna uygun düzenlemeler yapılmalıdır. Bunlar yapılmadığı sürece zaman zaman bu tür olaylarla karşı karşıya geleceğiz ve açıklamalar sürececek.

Değerli sağlık emekçileri, değerli katılımcılar, sağlık hayatta bütünlük arz eden bir olguy-
sa, sağlık çalışanlarının ve onların emek ve meslek örgütlerinin hayata, insana, dünyaya
dair söz üretmeleri kaçınılmazdır. Bu doğrultuda söylenecek ilk sözlerden birisi de tam
bir sağlıksızlık hali olan adına ister savaş deyin, ister başka bir şey deyin, bunun orta-
dan kaldırılması meselesidir. Bir an önce hem ülkemizde, hem ülkemizin dışında barışın
tesis edilmesini biz sağlık çalışanı olarak her zaman her koşulda her platformda talep
etmek durumundayız. Yaşatmak için ettiğimiz yeminin gereğidir bu aynı zamanda, zira
barış demek sağlık demektir. Katılımlarınız ve beni dinlediğiniz için hepinize teşekkür
ediyorum, dayanışmayı, birlikte büyüttüğümüz başarılı, verimli, etkin nice kongreler di-
liyorum.

Saygılarımla.

SAĞLIĞA EKONOMİK POLİTİK YAKLAŞIM

Oturum Başkanı

Eriş Bilaloğlu
Türk Tabipleri Birliği

Yeni Dünya Düzeninde Sağlıkın Şekillendirilmesi

İzzettin Önder
İktisatçı, Yazar

Sağlığın Ekonomi Politikası

Kayıhan Pala
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Ulusların Sağlığı / Gavin Mooney Anısına

Cem Terzi
Genel Cerrah

SAĞLIĞA EKONOMİK POLİTİK YAKLAŞIM

Eriş Bilaloğlu

Türk Tabipleri Birliği / Oturum Başkanı

Herkese günaydın diyerek başlayabiliriz. Bu tür iki günlük toplantıların belli sayıda başından sonuna izleyeni olmakla birlikte daha fazla sayıda iki gün boyunca geleni, gideni olur. Sıklıkla umarım yanlış anlamazsınız en az gelen de başlangıç saatlerinde olur. Ancak bu toplantıların açılışlarında yapılan açılış konuşmaları özel bir değer taşır. Çünkü açılış konuşması o kongrenin eğer varsa daha öncesinden bugüne, bugün itibariyle süreç bakışını çizen bir bütünlük içerir ve bence kitapların önsözü gibi bu açılış konuşmaları da bize bir yer belirleme, durumumuzu, alanı tanımlama şansı sunar. Bu anlamda teşekkür ediyorum. Eczacılar Birliği Başkanı bence gerçekten hem süre olarak çok makul, hatta az süre kullanarak, hem de o süre içerisinde durumu çizen, tabloyu bize aktaran bir başlangıç yaptı. Birçok açıdan bu kongrenin bugün itibariyle ve yarına neler taşıması gerektiğini soru işareti bırakmaksızın ama bize bir soru olarak aktarmış oldu.

Oturuma geçeceğiz, ancak öncelikle sağlık çalışanlarının sağlığı kavramının benim kişisel tarihimdeki yerinden bahsetmek istiyorum. 1979 Ankara Tıp girişiyim ve ben tıp fakültesi öğrenciliğim boyunca kuşkusuz benim eksikliğim de olabilir hiç kimseden sağlık çalışanlarının sağlığı diye bir şey duymadım. Öyle bir kavram bir öğrenci olarak benim dünyada yer almadı. Bahseden öğretim üyeleri, belki bilen öğrenciler olmuş olabilir ama ben ilk kez 1989 yılında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin çıkarttığı Haber Bülteniyle birlikte bu kavramla tanıştım: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı. Yani 30 yıllık bir öyküsü var benim için. Daha sonra önemini idrak ettiğimi düşünerek kimi çabalara dahil oldum. Bugüne geldiğimizde ne güzel ki 6.sı olan bir kitap var elimizde ve o kitaplar ardı ardına eklenerek hem o buldukları anı hem de ileriye yönelik bir çerçeveyi ve yapılması gerekenleri söylüyor, ama söylemeden geçemeyeceğim. Eczacılar Birliği Başkanımı da bahsetti, benim için sağlık çalışanlarının sağlığı diye başlayan öykünün ben sağlık çalışanlarının can güvenliği noktasına geleceğini hiç düşünmemiştim. Kuşkusuz hastalıklara bağlı gerekli önlemler alınmayarak, bulaşarak ölümlerle can kaybı söz konusu olabilirdi, ama bugün kullandığımız anlamda bir can güvenliği sorunu “sağlık çalışanlarının sağlığı” başlığının ana gündemi, hatta hemen neredeyse ilk ve ondan sonrasına geçmeyip önce bunu bir halledelim ondan sonra diğerlerine geçelim diyebilecek kadar can alıcı, kritik, hayati, vazgeçilemez, atlanamaz bir şey olacağını 1989’da kavramla tanıştığım anda ve sonraki yılların önemli bir kısmında da hiç düşünmediğimi söylemeliyim ve eklemeliyim: bu gerçekten sağlıkta bir dönüşümdür! Şimdi dönüşümün

bu noktasındayız, o nokta sağlık çalışanlarının can güvenliği noktası.

Peki, girişi, çok da kısa olmayan bu girişi yaptıktan sonra kendi rolümü şöyle tanımlıyorum: Konuşmacıları buraya davet etmek ve sonra her birinden bir diğerine geçerken kısaca başlıklarını söylemek, ardından da bize ayrılan sürenin sonuna geldik uyarılarını kendilerine yapmakla sınırlı bir faaliyet yürüteceğim. İki saatlik bir süremiz var. İki saat boyunca “sağlığın ekonomi politiği” başlığında bir oturum yapacağız. Belki aklımdan geçenler olabilir, sağlık çalışanının sağlığı başlığında sağlığın ekonomi politiği ne kadar yerinde bir seçim/böyle bir başlangıç? Doğrusu bence çok yerinde bir başlık olarak seçilmiş durumda, çünkü içinde bulunduğumuz ortamda sağlık meselesi, özel olarak da sağlık çalışanının sağlığında yoğunlaşabilmemiz için böyle bir oturumla başlamak bütünlüklü bir değerlendirme fırsatını bize sunacak. Düzenleme Kurulu üç konuşmacıyı da çok yerinde olarak önermiş ve belirlemiş durumdadır. Üç doktor konuşmacımız var; ikisi tıp doktoru, birisi iktisat, maliye, ne diyelim? İktisat doktoru ve ilk konuşmacımız Sayın İzzettin Önder’i buraya davet ediyorum, buyurun Hocam.

İzzettin Önder ve diğer konuşmacılarımızı tanıtan kimi aktarımlarda bulunabilirim, ama her üç isim için de, hepimiz için artık çok mümkün olduğu gibi, elektronik ortama girdiğimizde kısa olmayan bence çok birikimli öykülerini bulabilirsiniz. Ben her birinin bizim için anlamlarını bahsederek sözü kendilerine vereceğim. İzzettin Hoca kelimenin gerçek anlamıyla bizden biri, yani ne demek? Sağlık çalışanının sağlığı meselesi, sağlık meselesini, bu dünyanın dertleriyle dertlenme meselesini kendi birikim alanı olan iktisat, maliye alanında değerlendiren ve ne şanslıyız ki Türk Tabipleri Birliği içinde, bu ortam içinde uzun yıllardır hemen her talep ettiğimizde, zaman sorunu yoksa gelip bizimle paylaşan bir hoca. Dolayısıyla bu şansla İzzettin Önder’le başlıyoruz, buyurun Hocam.

YENİ DÜNYA DÜZENİNDE SAĞLIĞIN ŞEKİLLENDİRİLMESİ

İzzettin Önder

İktisatçı, Yazar

Çok teşekkür ederim Sayın Başkan. Çok değerli panelist hocalarım, dostlarım, çok değerli dostlar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Böyle bir kongreye davet edilmiş olmaktan onur duyduğumu belirtmek isterim. Tabipler Birliğiyle ilgili, bu camia ile ilgili başka bir hassasiyetimde var benim, onu onurla taşıyorum. 2005 yılıydı, rahmetli Prof. Dr. Nusret Fişek adına bir bilim ödülü verilmişti bana, bir program yapılmıştı. O zaman onu rahmetli eşim le izlemiştim. Onun onurunu hâlâ taşıyorum. Onun için böyle bir birlik-teliğim de var sizlerle, bir de tabii başka bir şey, biraz duygusal bir şey, benim oğlum da doktordur. Hocası da burada zaten, yani öyle bir de ilişkim var.

Şimdi değerli dostlar, ben iktisat alanında iş yapıyorum. Hatta Dr. Nusret Fişek adına, onuru adına ödül verilirken şöyle tanımlandı: Yani benim ne alakam var gibi belki algıladığımı fark ettiler dostlar, organizasyondaki arkadaşlarımız, toplumun sağlığıyla ilgili olduğu gibi bir ifade kullanmışlar. Bu benim değil, bunun için söyleyebilirim. Öyle mi bilmiyorum, ama ben biliyorum doğrusu, benim yaptığım iş beni fevkalade rahatsız eden, üzen bir iş. Siz doktorlar ne yapıyorsunuz az çok biliyoruz, her ne kadar biliyorsak doğrulanmış, ama şu genel ve yapabilir gibi geliyor bana: Bir patolojiyle karşılaştığında, anormal durumla karşılaştığında bir çare üretmeye çalışıyorsunuz. Çare varyok, biliniyor-bilinmiyor, fakat sizler de iktisadın yürüyüşü ve etkisi altındasınız, fakat biz iktisat bilimi diye okuttuğumuz şey patolojidir tamamıyla, biz patolojiyi okutuyoruz. Normal bir şeymiş gibi okutuyoruz. Çünkü güçler öyle emrediyor, üzerinde öyle bir baskı oluşturuyor. Bugün burada konuşacağım şey de bununla ilgili olacak aslında ve sağlık çalışanlarının sağlığı bence sağlanamaz. Neden sağlanamaz? Bunu üzümlere söylüyorum, ama söylemek mecburiyetindeyim. Sağlık çalışanlarının ürettiği hizmetin çok önemli bir değişim değeri vardır. Yani Marksist bir ifadedir bu, soru olursa cevap veririm. Bu değişim değerinin devlet kontrolü altında verilmesi gerekiyor. O zaman şiddet ortadan kalkar, çünkü hizmet alınmıştır veyahut da gelir dağılımının muntazam, yani yüksek olduğu düzeylerde bizzat insanlar alabilir. Nitekim bu hizmeti alanlar saldırmıyor doktorlara, alamayanlar saldırıyor. O arada patolojiler ve akıl sağlığı sorunları, o ayrı bir olay tabii, dolayısıyla meseleyi iktisat kabuğuna oturtmadan sadece söyleyerek şöyle yapalım, böyle yapalım dediğimiz zaman sözüm meclisten dışarı tabiatıyla mesele çözülüyor.

Şimdi burada benim sizlere 1520 dakikayı geçmeden vermeye çalışacağım ana hat, ana

harita aşağı yukarı bundan ibaret olacak. Çok kısa anlatacaklarımı böyle önce bir üstten geçelim isterseniz, bir sosyal demokrasi yaşayan, yani İkinci Dünya Savaşı yahut da paylaşım savaşı sonrasında 70'lerin sonu 80'lere doğru bu nihayete erdi ya da erdirildi. Bir finansal yükselme yaşandı. Küreselleşme yaşandı ki bu bir enternasyonalizm değildi, bu bir sömürge elde ederiz miydi tamamıyla? Öyleydi zaten tamamıyla ve bir kriz yaşıyor. Sevgili dostlarım, bunların hepsi birbirini tamamlayan süreçler ve hepsi son derece normal süreçler, bunu üzümlere söylüyorum, ama eğer dışarıdan baktığımda, böyle bulutlar üzerinden baktığımda dünyayı böyle görmemiz lazım. Sistem bunları yapıyor. Sistem de hayatiyetini sürdürmek için, nefes almak için bunları yapıyor ve bunlar kaçınılmaz şeylerdir. Kriz de kaçınılmazdır, o hepsinin bir sonucudur. Yani bir süreç, nedir peki o süreç? Ana doku, yani ona şeytan diyelim, onun içinde çalışırken ne yapıyor, nedir bu? Bu sermayenin büyüme arzudur. Artık insanlar sermayeyi ele geçirdikten sonra insanlaşan sermaye ve sermayeleşen insan dediğimiz bu tür dürtüler ortaya çıkartıyor ve devleti etkisi altına alıyor. Daha da acı bir şekilde tam da Gramscivari insan psikolojini etkisi altına alıyor. Biz artık öyle düşünmeye başlıyoruz. Öyle düşünmeye başladığımızda gerçek neyse tırnak içinde belki sorularınızla açarız, kendi çıkarımızı da göremiyoruz. Verdiğimiz oyları öyle veriyoruz, seçtiğimiz iktidarları öyle seçiyoruz, insanları, arkadaşlıklara öyle bakıyoruz, kavgamızı öyle yapıyoruz, hatta sevgimizi, aşkımızı öyle yaşıyoruz. Farkında değiliz aslında, kendimize yabancılaşmış bir doku içinde sürüklenip gidiyoruz.

Şimdi biraz açalım öyleyse, 1929 krizi olduğunda onu çok gerilere gitmeyelim, sorular olursa değiniriz onlara da, ama sadece oradan başlayalım müsaadenizle, iki ekol ortaya çıktı. Bunlardan bir tanesi 1936'da "İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi" kitabını yazan Keynes diye biri ondan sonra ve aynı anda değerli dostlarım, bugün neoliberal diye uyguladığımız ekolün nüveleri o esnada ortaya çıktı. Orada çıktı ortaya, o da 1938'di bunun tarihi, ya 36, ya 38, arada iki sene fark var. Peki, neden acaba? Bir tanesi uygulandı da sosyal demokrat adı altında, ötekisi ta yıllar sonrasına ertelendi. Neden acaba? Peki, niye acaba sosyal demokrasi denilen şey ortaya çıktı, önce buna bakalım. O zaman onu da anlayabileceğiz.

Sevgili dostlarım, bir şeyin dürtüsü var. Hiç bizim esamemiz okunmuyor, bizim zevkimiz, merakımız, kültürümüz, böyle bir şey yok ortada, sermaye, piyasaya ihtiyacı var, büyüme ihtiyacı var. Sosyal demokrasi denilen şey nedir? Gelir dağılımını biraz düzelterek aslında piyasaları genişletmek, küreselleşme ve iletişim o kadar değil o zaman, ulaştırma o kadar şiddetli değil tabiatıyla ve ulus devlet içinde gelir dağılımını biraz düzelterek bakın, düzelterek diyorum, insanlar gelirini kendileri düzeltmiyorlar, bir şey yapıyor bunu yukarıdan düzelterek, içte piyasayı genişletmektir. Çünkü sermayenin ihtiyacı yok. Bizim de bu hoşumuza gitti. Aman ne güzel dedik, ona gelmeden evvel devlet küçük olsun, KİT gibi bir şey olmasın, sosyal harcamalar olmasın diye gelişen bir süreç bir koca devri bakıyoruz ona, ne oldu? Tam tersi devlet büyük olsun, o sahneye çıksın devlet, KİT denilen şeyleri açsın, vesaire. Hatta bütçe açığı versin, vesaire gibi ve biz bundan yararlandık.

Değerli dostlarım, yararlandık derken arkada bir şey saklıyorum ben, aldandık biz buna

ve yukarıdan gelen bir şey vardı. Kıs kıs gülererek o makineleşmeye başladı. Sonra baktı ki bir yerde işçilerin atılması lazım, makineler görüyor o işleri, aynı işi makineyle yapmaya başladık. İşçi de aldandı. Ne bileyim ben, Allah ne uygun görürse onu versin işçiye de, oylarını öyle kullanıyorlar, akıllarını fikirlerini öyle kullanıyorlar. Ne diyebilirim ki ben. Söylüyoruz, konuşuyoruz, ama işlemesi mümkün değil, çünkü buraya bir miğfer örtülmüş vaziyette, o miğferi, kendisinde olmayan bir miğferi kullanıyor burada, işte onu örtüyoruz biz aslında, örtülüyor aslında.

Sonra arkadaşlar, ne oldu? Komünizm ortadan kalktı, o da Allah'ın başka bir hikmeti, onu da bir tarafa bırakalım. Çok şükür diyelim isterseniz, ortadan kalktı komünizm. Peki, ortadan kalkınca bu sefer sosyal demokrasiyi finanse edenler zaten onlar körükledi işi, bakın yavaşça yürütenlere geldi, onlar yürütüyor işi, demeye başladılar ki ne diye ben devlete vergi ödeyeceğim sosyal demokrat olacak, adamın sağlığını, vesaire yapacak, bana ne onun sağlığından, eğitmeden, şundan, ne bana bu kadar eğitilmiş adam lazım, ne de onun sağlığı lazım bana, ne yapalım? Şimdi benim bankam var, bankamdan kredi alır, dolayısıyla hizmetleri öyle görür, işlerini öyle görür. Bu nedir sevgili arkadaşlar? İleride olacak piyasayı bugüne çekmektir. Hâlâ bakın, piyasa arayışı içindeyiz. İlerideki piyasayı bugüne çekiyoruz, borçlanma budur tamamıyla. Sonra ne oldu? İletişim vesaire, vesaire bütün dünyaya yayılmaya başladık, fakat bu yayılma sadece üretimin götürülmesi değil sevgili dostlarım, aynı zamanda bir dokunun, bir düşünce sistemini sermaye dokusunun götürülmesi mekanizmasıdır. Artık biz geri ülke olduğumuzda ya da kalkınmakta olan ülke olduğunda da, geri ülkeler ki artık sermaye gibi düşünmeye başladı. Farkında olmadan bütün bunlar yapıyor. Şimdi o zaman gelelim sağlık konusuna. Konu itibarıyla bu, sağlıkçılar müthiş bir hizmet veriyor ki insan sağlığı öyle bir şeydir, eğitimin de önüne geçer. Yani eğitim, ne yapalım hamal olalım deriz, ama öyle değil. Belki insanlar her şeyinden daha değerli, o kadar değerli bir hizmet. İşte bu Marksist anlamda değişim değeri çok yüksek hizmettir sağlık hizmeti, bu hizmeti almak mecburiyetindediniz. Paranız varsa parayla alırsınız, başkasının sağlığıyla ilgilenmezsiniz, öyle bir ahlâk da yoktur katiyen kapitalist sistemde, paranız yoksa da bunu bir jilet boğazını keserek alırsınız, almaya çalışırsınız. Bu akılcı bir şey değil tabii, ama siz onları öyle, öteki türlü devlet önüne geçecek, devlet verecek bunu ona, devlet geriye çekilince adam kendisi almaya çalışıyor. Yollarını arayacak, bulacaktır tabiiyle, dolayısıyla bütün konuşmalarımızı değerli dostlarım, bu kap içinde yapmak mecburiyetindeyiz. Çözümümüzü buralarda aramak mecburiyetindeyiz. Bulabilir miyiz bilmiyorum, ama bunları olumlu yönde çalışmak, çünkü biz bunları yapmadığımız zaman, devlet önlemi alsın dediğimiz zaman kendimizi aldatmış oluyoruz. Bu sermayenin çok hoşuna gidiyor, yine insanlar anlamadı diyorlar. Kimin ne olduğu, şeytanı göremedi bir türlü, Allah verir bir gün bunları, Allah kısmet eder bir gün bunları, inşallah o gün gelir, ama bir şeyler yanlış yapıyor. İnşallah o gün gelir, onlar yapılıp, bir sosyalleşme gelir, o sosyalleşmede her şey düzelir. Şimdi siyasi iktidar yanlış yapıyor, kimse yanlış yapmıyor. Sistem bir bütünselliştir değerli dostlarım, efradını camiasını, ağyarını mani bir bütünsel mekanizmadır sistem, ama görmeyiz biz onu, gördüğümüz şeyi neden imal edilir, onunla amel de ediyoruz yani, o sistem çok güçlüdür. Her sistem öyle, komünizm de öyledir, kapitalizm de öyledir, çok güçlüdür

ve üstelik kapitalizmin bir avantajı vardır, yani sadece ulus devletlerin kurulduğundan itibaren değil, o aşağı yukarı 200250 yıldır, ama ondan önce ben 600700 yıldan gelen, ta feodal dönemlerden gelen ve sosyal devletin, ben bilmeyorum doğrusu, ama sosyal ve çok güçlü işlemiş bir dokudur bu aslında, onun için emekçiler de kalkıyorlar, böyle bir partiye oy veriyorlar. Onun için de bu partinin lafı çıkmıyor, çünkü onlar biliyorlar, susturuyor onu sermaye, yani bu adama ceza verseniz, doktora saldırmış, ceza da alsın bu adam, sistem ilintilendirmiyor, çok güçlüdür bu ve çok akılcı bir çözümdür. Kendi yolunu tam bir su gibi buluyor ve götürüyor.

Şimdi dolayısıyla arkadaşlar, ilk kez 1980'de Reagan yaptı bunu, o aktör adam ne anlar sosyal neoliberallerden? Hepsini yaptı, bakkal bir ailenin çocuğu ne anlar bunlardan? Onlar araçlardır, onlar aktörlerdir. Birisi kalkıyor birisi oynuyor, yasanın bile farkında değil aslında, dolayısıyla o oynama süreci içinde onlar rollerini yapıyorlar, hayatlarını bitirip gidiyorlar, ama sistem devam ediyor, sonra geliyor kriz, kriz ne yapıyor? İşe yarayan sermayeyi bu sefer elimine ediyor yeni alan açmak için kendisine, sermaye böyle büyüyor. Kimsenin de hatası değil, ne bankacıların hatası, ne siyasilerin hatası, herkes bu hatayı yapıyor. Hatayı birisine yüklememiz lazım, suçu yüklememiz lazım ki sistemi geri plana çekelim. Sistemi ortaya koymayalım katiben, sistemi geri plana çekelim daima. Şimdi böyle baktığımda değerli dostlarım, bu mekanizmayı şey olarak görmemiz lazım. Şimdi burada ikinci bir aşamaya geçiyor. Baktı ki fena gitmiyor galiba, devlet, şimdi devlet yapsın. Çünkü sosyal konuştuğunda sosyal devlet, bir devlet geliyor karşımıza, birey sosyal bir şey yapamaz. Devlet örgüt daha doğrusu. Değerli dostlarım, devlet de bu sistemin bir ajanıdır, o da farkında değil. Peki, devletin görevi nedir arkadaşlar? Bakın, biz patoloji okutuyoruz. İstiyoruz ki, ben mali hocasıyım iki sene Allah günahlarımı affetsin yaptım bu işi, ama şimdi yola geldim ben de zaten, devletimiz böyle okutuyor maliyeyi, açın bütün klasik maliye kitaplarını, açın, devlet özel sektör muntazam çalışıyor, onun yapamadığı yerleri yapıyor, kamu malı denilen şeyleri üretiyor devlet, bazı dışsallıklar öngörülebilir. İşte gelir dağılımı biraz düzeltiliyor. Şimdi Allah aşkınıza, sizin önünüze yanlış yaparsam beni düzeltin lütfen, kanserli bir hasta gelirse sürdürülebilir kanser yapmaya çalışır mısınız? Çünkü bilmiyoruz şu anda, tedavi etmeye çalışırız. Bu hasta tedavi edilir, bu ilaç sürdürülebilir diyebilir misiniz? Ne demek sürdürülebilir işsizlik, ne demek sürdürülebilir şey? Böyle bir şey olabilir mi? Nedir çalışma ekonomilerinde rolü nedir? Bütün fakültelerin de çalışma ekonomi rolü şudur arkadaşlar: Emeği sömürüyor sermaye, buna metalaştırma deniliyor malumunuz, o metalaşmayı biraz azaltma yapalım, azaltalım. Yani eksi metalaştırma diyelim, Türkçesi henüz yok bunun doğrusu böyle bir bilim olabilir mi, böyle bir alan olabilir mi? Ahlâk var mıdır bunda? Yoktur, böyle bir şey olamaz. Onun için çalışma ekonomisi hocası nasıl olur? Allah onun günahlarını lütfen affetsin, yani benimki yine ben anladım, o anlamıyor hâlâ durumu, böyle bir şey olabilir mi? Böyle bir şey olamaz. Böyle bir şey olabilir mi, yani çalışan bir insanın haklarını, ekonomik haklarını müdafaa eden bir örgüt, işçi örgütleri böyledir, işçiler böyle, emekliler böyledir. Sermayenin çıkarlarını müdafaa eden bir iktidara oy verecektir, böyle bir şey olabilir mi? Oluyor. İşte bu aklı çeliyor, bu beyinsizliktir. İşte öğrenilmiş çaresizlik, farkında olmadan Gramsci'nin çok ünlü teorisidir ve bu çaresizliğin ilacı yok

maalesef, onlarla mutlu oluyoruz.

Şimdi dolayısıyla bakın, devletin görevi peki nedir? Bunu bize ana akım iktisatçıları gösteremez, göstermemişlerdir de zaten, çok ünlü yani hiçbir Nobel alan iktisatçılar göstermemişlerdir. Nobel zaten onun için onlara veriliyor, bir kısmına tabii, hepsini kastetmiyorum. Sözümün dışında olanlar var tabii, Marx'a Nobel verilmedi zaten, niye verilsin ki, ama ismi hâlâ geçiyor, anlatabiliyor muyum? Pekâlâ, devletin görevi neymiş peki aslında? Aslında gerçekten bakarsak devletin görevi sermayenin birikim yapmasını sağlayacak ortamı hazırlamaktır. Yani birikim yapmaktır, yaptırmaktır devletin görevi, yapmak da değil, kendisi de yapmıyor. Peki, ama bu birikim yapılırken acılar yaşıyor. Bu durumu, yürüyüşü, sistemi meşrulaştırmaktır. Çünkü meşrulaştırmadığın zaman olmaz, insanlar da rahatsız olur, ayağa kalkar, şudur budur vesaire. İşte bizim sosyalleşme dediğimiz şey bu çirkin ve iğrenç alana giriyor. İstemeyecek miyiz? Tabii isteyeceğiz, ama bunu isterken değerli dostlarım, bilincimizi kaybetmeyeceğiz diyorum.

Affedersiniz, böyle biraz komik gibi oldu, ama yani dostça söylüyorum. Bakın, neden tarihsel süreci özetledim? Koskoca sosyal demokrasiyi Avrupa'da neler yapıldı, Fransa'da komünist partiler, vesaire nasıl aldatmış bizi, şimdi var mı? Bütün Avrupa'da işsizlik var, Avrupa'da da var. Oran bizden düşük tabiatıyla, bizdeki farklı düzeyde, tabii ki o da olur. Peki, hadi sosyal demokrasi vardı, ama bizi aldatmışmış meğerse, o zaman tabii isteyeceğiz. Yani ben bugün durayım da nasıl olsa bir gün bir şey olur. Yok böyle bir şey, tabii isteyeceğiz, tabii sosyal hakları isteyeceğiz, sosyal hak diye bir şey belirleyeceğiz. Bunlar benim hakkım diyeceğiz, belki de orada belirleyeceğiz, isteyeceğiz, ama esas amacımızı kaybetmeyeceğiz. Esas amacımız nedir? Bizim düşmanımız olan, bize karşı savaşan sermaye gücünü toplumsallaştırmaktır. O sermayeyi niçin üretiyoruz? Ne acıdır ki bir gün bir yerde Marx işçilerin makineleri parçaladığını ve çok felsefecilerin dostça görülen bir şey gibi değil mi? Ömer Hayyam falan gibi ifadelerle ne acıdır ki işçiler kendi ürettiklerinin farkında olmadan, kime devrettiklerinin farkında olmadan bugün onları parçalıyorlar. Halbuki onlar onun için büyük nimetti. Onlar o işleri gerçekleştirirken onlarda istirahat etsin, ama mühim olan mülkiyet kimdedir? O zaman bizim mülkiyet tartışması yapmamız lazım. Sosyal haklardan önce o benim hakkımdır, ama hakkım olabilmesi, mülkiyetin toplumsallaşması lazım. Bugün önümüzde şey meselesi var, yapay zekalar, yapay şunlar, işsizlikten korkuluyor. Niye? Makineler yapılsın, biz ne güzel konuşalım böyle, sonra gidip uyuyalım veya yemek yiyelim. Niye biz sabah erken kalkıyoruz, akşam kadar çalışacağız, sonra akşam gelip yatacağız. Böyle bir saçmalık olabilir mi? Makineler olsun, benim zekamın ürünü tabiatıyla, doğanın bana verdiği yetenek ama onun mülkiyeti toplumsal olsun, onun üretimini paylaşalım. Nasıl paylaşalım? Birlikte karar verelim. Mülkiyet meselesi kararın bende olmasını anlayabilir, onu ortaya çıkartır. Bugün karar bende diye işçi üretiyor, ancak kendi ürettiği malı gidip satın alamıyor. O üretiyor, ama satın alamıyor. Neden? Mülkiyeti başkasında, yabancılaşıyor üretimine, biz de buna ahlâk diyoruz. Hıristiyanlar kilisesine gidiyor, Müslümanlar camisine gidiyor, şeyi oluşturuyor, kul hakkı yemediğini zannediyorlar. Melekler görevlerini biliyorlar, melekler bizden daha iyi biliyorlardır onlar herhalde, bu durumların hesabını soracaklardır,

mutlaka soracaklardır. Melekler bunları bilir tabii.

Şimdi melekleri kurcalamayalım, sonuçta biz yine dünyamıza dönelim. Dolayısıyla biz bunları tartışırken önce bir tarihi okuma yapmamız lazım, bilmemiz lazım, değerlendirmemiz lazım, onun için bunu yaptık. Tarihi okuduğumuzda bizi nasıl kandırdığını biliyoruz. Yani sermaye tarihi yürütüyor, ajan sermayedir, yürüttüğü şey tarihtir ve bizi bir kutuya, bir bavula şey koyar gibi koyuyor ve yürütüyor onlar ve biz de kendi kararımız olduğunu zannediyoruz. Kendi iktidarlarımız olduğunu zannediyoruz. Bir tek aradaki araç nedir, onu da biz bilinçsizce veriyoruz aslında, daha doğrusu başka türlü bir bilinçle veriyoruz. Şimdi dolayısıyla böyle bakmak çevre kirlenmesi, neoliberalizmin getirdiği hastalıklar, bir temelsiz gelişme var. İşe gidiyor adam, kimi insan işsiz, onun yarattığı stres var. Nörolojik şeyler, yani bir dizi hastalıklar, bunları doktor meslektaşlarımız konuşacaktır. Bunu da bir süreç içinde sayabiliriz tabiatıyla, bunların hiçbirisi tesadüf değil, ama bunların hiçbirisinin önlenmesi, kısmi tedbir alınabilir. Bugünkü koşul tedbir olarak mutlak olarak önlenemez. Neden? Mutlak çözüm mülkiyet biçimiyle ilgilidir, ama kısmi yönlerle yapılıyor. Yapmayalım mı, bekleyelim mi? Hayır, onu demiyorum ben, ben hiç yanlış anlaşılacak istemiyorum. Sonunda da biçimsel yapıda yanlış anlaşılır demeyeceğim. Açıkça söylüyorum, bugün mücadelemizi yapacağız, ama bilinçli olarak yapacağız. Bütün bir dünya sosyal demokrasiye nasıl aldandıysa biz aldanmayacağız. Bir insan, bir toplum bir kere aldanır, ikinci kez aldanırsa bir nörologa nereye gidiyorsa, bir tedaviye gitmesi lazım. İkinci sefer adlanılmaz. Hepinize saygılar sunuyorum.

Eriş Bilaloğlu

Teşekkür ediyoruz. Konuşmaya davet ederken İzzettin Önder'in sunusunun başlığını söylemeyi unuttum. Her şey zamanında güzel, şu anda söylememin bir anlamı yok, ama ikinci konuşmacıyı çağırırken "sağlığın ekonomi politiği" başlığında Kayıhan Pala'yı dinleyeceğiz diye konuşmanın başlığını da söylemiş olayım. Kayıhan Pala, buyurun. Kayıhan arkadaşımız hazırlığını yaparken bu kongrenin özel ve kelimenin gerçek anlamıyla en güzel yanlarından birini hatırlatayım. Bu kongre sağlık alanındaki hizmet üretiminin ve toplumsal amaç güden bu faaliyetin ne hemşire, ne psikolog, ne laboratuvar çalışanı, ne hekim, ne eczacı, ne diş hekimi herhangi biri tarafından tek başına ya da ana belirleyeni olarak sürdürülmediğini bilen bir ekip anlayışı ile vücut buluyor. Üretilen hizmette bu süreçte karşılaştıkları sorunları tartışarak, bunu toplumsallaştırarak, mücadelenin de tartışmasını yürütmek kurgusu üzerine şekillenmiş bir kongre. Kayıhan Pala'yı dinliyoruz, buyurun.

SAĞLIĞA EKONOMİK POLİTİK YAKLAŞIM

Kayıhan Pala

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Evet Sevgili Eriş, teşekkürler. Öncelikle bu etkinliğin düzenlenmesine emek veren herkesi, sizleri de saygıyla selamlıyorum. Önemli bir çaba 30 yıldır sürdürülüyor ve bu çabanın umarım bir gün her birimizin daha sağlıklı koşullarda hizmet sunmaya dönük bir sistem için önemli katkıları olur.

Şimdi İzzettin Hocam önemli bir çerçeve çizdi. Dolayısıyla uzun yıllar boyunca yalnızca kullanım değeri üzerinden ifade edilen sağlık alanını, özellikle Keynesyen politikaların yerini liberal oluşumların aldığı bu çağda, daha çok değişim değeri üzerinden ifade edilmesini Türkiye ağırlıklı olarak sizi biraz rakamlara boğarak açıklamaya çalışacağım.

Sağlığın politik ekonomisi dediğimiz zaman özellikle sağlık politikasına ilişkin analiz ve izdüşümlerine biraz bakmaya çalışacağım. Sağlık sistemlerindeki değişimleri Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinden bazı veriler ışığında sizlerle paylaşacağım ve belki de ihmal ettiğimiz alan olan, aslında bu meselenin iktidarın ve elbette kaynakların dağıtımındaki etkisinin sağlığın sosyal belirleyicilerinin dağılımındaki rolünü bir parça paylaşmaya çalışacağım.

Şimdi ilk olarak sağlık politikasına ilişkin analiz ve izdüşümlere bakalım. Bakın, iktidar Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte SGK'nın özel hastanelerden hizmet satın almasına karar verdi ve bu hizmet satın alma süreci Türkiye'de özel hastanelerin çok ciddi şekilde artışını gündeme getirdi. Birazdan rakamları vereceğim, ama ilginç olan şey şudur: Güncel verilere bakacak olursak bugün SGK özel hastanelerden hizmet satın alırken bir hasta başına 115 lira 18 kuruş ödemektedir. Aynı SGK bu hizmeti devlet ikinci basamak hastanesinden alırken 52 lira 26 kuruş ödemektedir. Dolayısıyla deyim yerindeyse çok büyük bir kaynak aktarımının ne kadar çarpıcı olduğunu görüyorsunuz. Üstelik yalnızca 20102018'e bakacak olursak devlette 2.basamaktaki artış yüzde 20'yle sınırlı kalırken, özel sektördeki artış yüzde 62'leri bulmuştur. Özel sektördeki artış oranı aynı zamanda hem Sağlık Bakanlığı üçüncü basamağındaki hem de üniversite sağlık tesislerindeki artış oranının da üzerindedir.

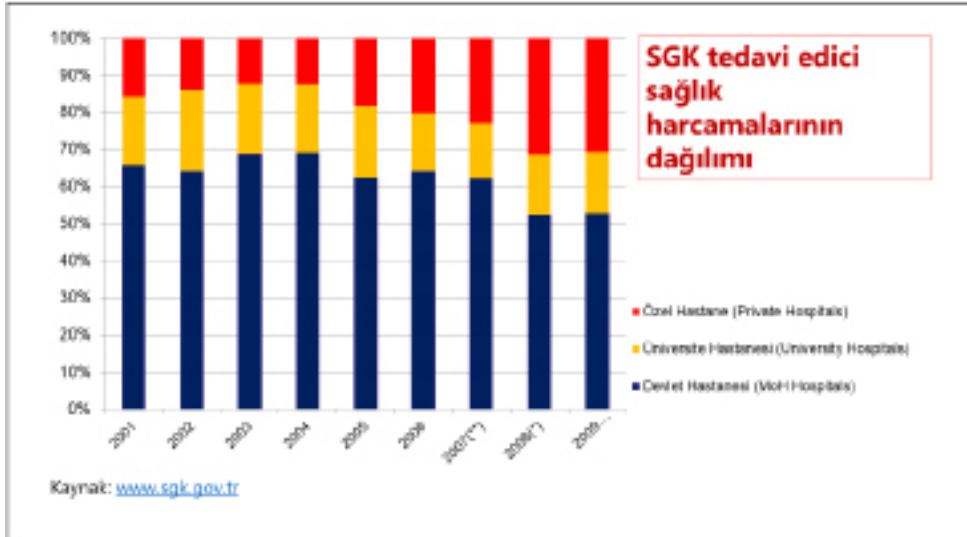
GSS harcamaları: Özel sektör daha pahalı

MÜRACAAT BAŞINA ORTALAMA MALİYET (TL)

| | 2010 | 2018 | 20102018 Artış (%) |
|------------------------------------|--------|--------|-----------------------|
| DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 43,33 | 52,26 | 20,62 |
| DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 80,93 | 104,55 | 29,18 |
| ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 70,79 | 115,18 | 62,71 |
| ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ | 170,63 | 220,22 | 29,06 |

SGK. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri

2000’li yılların başında SGK tedavi edici sağlık harcamaları içerisindeki payı %10’un biraz üzerinde olan özel hastaneler, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte SGK bütçesinin neredeyse 1/3’ini almaya başladılar. TOBB tarafından McKinsey’e hazırlanan ‘Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış’ raporunda da karşımıza çıktığı gibi, özel sektör Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2009 arasını ‘reform dönemi’, sonrasında ise ‘istikrar dönemi’ olarak adlandırıyor. Oraya kadar bir yapılanma sürdü, sonrasında da o yapılanma her ne kadar günümüzde bir ekonomik kriz olsa bile sürdürülmeye çalışılıyor. Bu arada tabii az önceki gösterdiğim slaytta da vardı, özel hastane zincirleri karşımıza çıkmış oldu. En büyük 5 hastane zinciri özel yatakların %28’ini oluşturuyor.



Sağlığın ekonomi politikği derken, sermaye birikimi ve kar maksimizasyonu için kuşkusuz ki en kârlı alanların özel sektöre aktarılması için özel bir çaba var. Burada ameliyat ve

yatan hasta tedavisindeki özel sektörün payındaki artışı bu bağlam üzerinden kolaylıkla değerlendirebilirsiniz.

Bu mesele gündeme geldiğinde, yani artık bir yandan SGK özel hastanelerden hizmet satın alacak, bir yandan özel sağlık kuruluşları kendilerini organize edecek derken şöyle bir şey çıktı karşımıza: Bakın, 2002-2018 arasında hastane sayılarındaki artış özel sektörde %113, Sağlık Bakanlığında %15; hasta yatağına bakacak olursak nüfus artışıyla birlikte Sağlık Bakanlığında yüzde 30'ken, özel sektörde 10 kat daha fazla yüzde 305'lik bir hasta yatağı sayısında artış oldu.



Yalnızca yataklı tedavi üzerinden bakmayalım, aynı zamanda 'reform' meselesinin Türkiye'de yaşayanların sağlığına nasıl etki ettiğine de bakmaya çalışalım. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının en son yayınlanan 2013 verilerine bakacak olursak, Türkiye'deki tam aşılı çocukların oranı yüzde 74, geçmiş yıllara oranla düşme var. Bu birinci basamağın ortadan kaldırılmasına dönük bir şeylerin temel çıktılarında bir tanesi, daha üzücü sonuç 2008'e göre kıyasladığımızda yüzde 6'lık bir düşüş var. Kendi içerisinde de sistemin tam bağışık çocukları elde etme oranının zayıfladığını görüyoruz. Dolayısıyla bu da önemli bir veri olarak karşımızda duruyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programını birkaç veri üzerinden inceleyecek olursak, aslında bu kâr maksimizasyonu meselesinin nereye doğru evrildiğini anlamamız kolaylaşır. Bakın, hekime başvuru sayısı 230 milyondan 783 milyona çıkmış, hekime başvuru sayısı 3.1'den 9.5'a çıkmış. Ameliyat sırasına geçmeden önce şunu söyleyeyim, toplum olarak şunu tartışabilmemiz gerekir: Örneğin, İsveç'te ortalama bir İsveçli yılda 2.9 kez hekime başvuruyor. Bizden çok daha yaşlı bir nüfus, o yaşlı nüfusun daha fazla hekime başvurmasını beklerken bizde 9.5, bölgelere ve illere bakacak olursanız bazı yerlerde 10.511 civarında.

Ameliyat sayısına bakın, 2 milyon ameliyattan 2002’de 2014’te 14.7 milyon ameliyata çıkmışız. Son yıllarda ameliyat verileri D ve E grupları saklanarak verildiği için bu değerlendirmeyi tam yapamıyoruz, ama A, B, C, D, E bütün gruplar üzerinden baktığımızda, bir ülke düşünün, 12 yılda ameliyat sayısı 7 kat artış göstermiş. Dolayısıyla az önce gösterdiğim o ‘kârlı’ alanlara nasıl bir abanma olduğunu göstermesi bakımından dramatik. Elbette bunlarla sınırlı değil, Türkiye bütün OECD ülkeleri içerisinde 1 000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısında rekor bir rakama sahip. İşte buradaki bazı ülkelere bakalım, örneğin Finlandiya’ya bakalım, Avustralya, Hollanda’ya bakalım, neredeyse onlardan üç kat daha fazla bizim toplumumuzda yaşayan insanların MR çektiğimiz bir sistem var. Yine MR ve diğer görüntüleme sistemleri de aslında yaşlı nüfuslarda daha fazla kullanılmasını beklediğimiz yöntemler olmasına rağmen bizde tamamen bir sermaye birikimi ve kâr maksimizasyonu aracı. Şimdi aramızda Türk Eczacıları Birliği Başkanı ve değerli Eczacı Odaları başkanları var, çok daha ayrıntıya sahipler, ama ilaç meselesinde de şöyle bir şey oldu Türkiye’de: 2003 yılında kişi başına bir yılda kullandığımız ilaç kutu sayısı 12, en son 2017 rakamlarında bu sayı 28’e çıktı. Dolayısıyla nereden nereye doğru savrulduğumuzu, tırnak içinde ivme yaşadığımızı anlatması bakımından dramatik bir veri.

Peki, bu yükselmeler, işte MR çekmedeki artışlar, Sağlık Bakanlığındaki diğer düzenlemeler aslında toplumun sağlık hizmetlerine erişimi açısından ne ifade ediyor diyecek olursanız bakın, Türkiye doğusuyla batısı arasında karşılanamayan tıbbi gereksinim oranının çok yüksek olduğu ülkelerden bir tanesi. Şöyle bakın, Türkiye eğrisi, eğer batıda yaşıyorsanız her 10 kişiden biri sağlık hizmetleri gereksinimini karşılayamıyor, doğuda yaşıyorsanız her 5 kişiden 1’i sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılayamaz durumda. Dolayısıyla iktidarın çok sıklıkla ifade ettiği, Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırdığı iddiasının gerçek olmadığını görüyoruz. Birazdan başka veriler de size sunacağım.

Şimdi eğer ekonomi politik açısından baktığımızda, amaçta anlaşamazsak geri kalanını organize etmekte zorlanıyoruz. Basit bir örnek, bölgelere göre kronik böbrek hastalığı prevalansı. Eğer kamu bu prevalanstan yola çıkarak böbrek hastalarına örneğin, diyaliz tesisleri kuracak olsa en yüksek sayıda diyalizi nüfusa göre nerelere kurması lazım? Gördüğünüz birinci sırada Marmara var, sonra Güneydoğu Anadolu var. Peki, veriler nasıl? Bakın, Güneydoğu Anadolu Sağlık Bakanlığı hemodiyaliz cihaz sayısının nüfus başına en düşük olduğu yer. Benzer Doğu Karadeniz’e bakın, arasında neredeyse üç kattan daha fazla fark var. Dolayısıyla sistemin amacının ne olduğunu anlayabilirsek daha sonraki düzenlemeleri tartışmamız da buradan bakıldığında kolaylaşır.

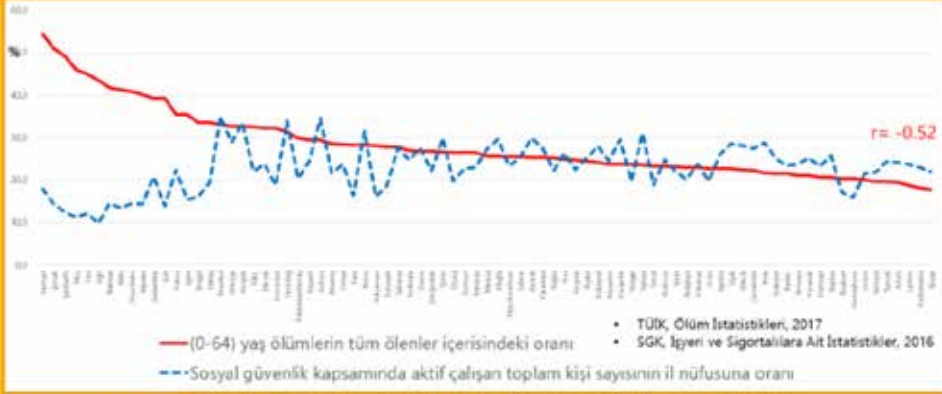


Türkiye’de pek sık dile getirmedığımız bir başka mesele daha var: Hayatlarını kazanmakta zorlanan emekçiler kendi yaşadıkları alanlar dışında hizmet üretmek için birtakım yerlere belli aralıklarla göçüyorlar. Mevsimlik tarım işçilerinden söz ediyorum. Bizim Bursa’da yaptığımız bir çalışma bebek ölüm hızı bu kamplardan bir tanesinde binde 167, Türkiye’de bunun aşağı yukarı binde 10 civarında olduğunu düşünecek olursanız 16 kat daha fazla, her dünyaya gelen bir yıl içerisindeki 6 bebekten bir tanesinin bu kamplarda yaşayan ailelerden doğmuş olmaları nedeniyle hayatlarını kaybettiğini görüyoruz. Dolayısıyla sağlığın sosyal belirleyicileri dediğimiz zaman doğduğumuz koşullar, büyüdüğümüz koşullar, yaşadığımız koşullar ve çalıştığımız koşullar üzerinden oraya müdahale ederek eşitliği sağlayamadığımız müddetçe böylesine sıkıntılı rakamlar karşımıza çıkacak.

Benim yaptığım bir hesaplama, şu kırmızı ölenler içerisinde 65 yaşını görmeden ölenlerin oranı, maviyse sosyal güvenlik kapsamında aktif olarak çalışan kişi sayısını gösteriyor. Özellikle şuradaki ilk 10 ile bakacak olursanız, yani istihdamın en düşük olduğu yerlerde her ölen 100 kişiden 40’ından daha fazlasının 65 yaşını göremeden hayatını kaybettiğini görüyoruz. Hakkari’de ölen her 100 kişiden 55’i 65 yaşından küçük, oysa Türkiye’nin başka bir yeri Sinop’a bakın, Kastamonu’ya bakın, Çankırı’ya bakın, bunlarda bu oranlar yüzde 20’nin altında, dolayısıyla sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında da ciddi problemler var.

Birkaç gün önce DİSK’in açıkladığı rakamlara bakın, işçi cinayetlerinden ölenler giderek artıyor. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlandığı, daha doğrusu Adalet ve Kalkınma Partisinin iktidara geldiği dönemlerde yılda 800 kadar işçi ne yazık ki hayatını kaybediyordu. Şimdi bu rakamlar 1 600’leri geçmiş durumda, bizim yaptığımız bir çalışmada iş kazası geçirenlerde ölümlerin arttığı çok net olarak görülüyor. Eğer Avrupa

Erken ölümler istihdamla ilişkili



Pala, K (2019) Yoksullar Erken Ölür, <https://m.hisnet.org/hisnet/saglik/202590-yoksullar-erken-olur>

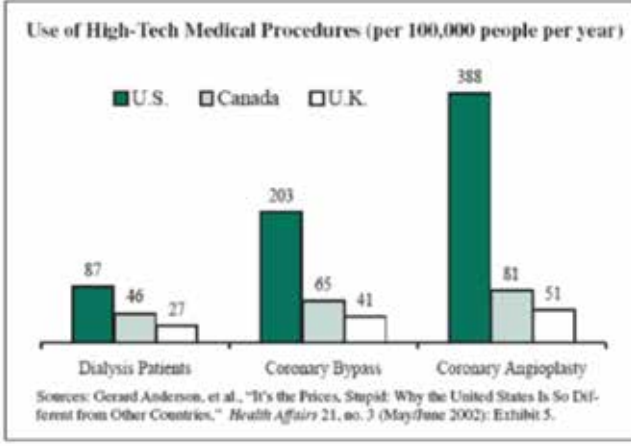
Birliği ülkelerindeki iş kazaları görülme sıklığı Türkiye’de de görülecek olsa yılda en fazla 300 kadar işçinin hayatını kaybetmesini bekliyoruz, ama bunun üstüne biz 1 300 kişinin daha hayatını kaybettiği bir düzende yaşamak zorunda kalıyoruz.

Bir başka önemli veri yine sağlığın sosyal belirleyicileri açısından çok önemsedığımız bir veri bütün OECD ülkeleri içerisinde Türkiye ikinci sırada. Nedir bu? Ay sonunu, bir ay içerisinde kendisine yetecek kadar yiyeceği alma gücünden yoksun olduğunu hissedenerin oranı. Bizim ülkemizde toplumun yüzde 30’undan fazlası yiyeceğe para ayırmakta güçlük yaşadığını söylüyor. İlginç olan bir şey şu baklavalara 20112012’ye göre 20062007’yi gösteriyor. Yani bu oranlar artıyor. Daha dramatik bir veriye bakalım. Yoksulluk ve sosyal dışlanma riski altında olanların oranı bütün Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde Türkiye’de en yüksek yüzde 45.1, yani bu toplumda her iki kişiden biri ya yoksul ya da yoksunluk yaşıyor. Bu nedenle de sosyal dışlanma riski taşıyor.

Şimdi sağlığın ekonomi politikası dediğimiz zaman peki, bütün bu koşullarda sağlık nereye oturuyor? Hocam az önce aktardı, aslında en kârlı sektörler arasında, hatta 2016 yılına bakacak olursak, sağlık teknolojisi en kârlı sektör olarak karşımıza çıkmış. Bütün dünyadaki sağlık harcamaları giderek artıyor. Tahmin edilen 2022’de 10 trilyon doların üzerinde bir harcama olacak. Burada görüyorsunuz, şimdilik bu 7.7 trilyon dolar civarında. Peki, bu buraya nasıl yükseltilecek, ne yapılacak da bu işler patronların istekleri doğrultusunda götürülecek? Birkaç tane yöntem var. Tıpla ne kadar bağdaşır, bunları tartışabiliriz, ama Hocam çok dramatik bir şey söyledi. Aslında biz patolojiyi ders olarak anlatıyoruz. Tıpta daha birçok branşta aslında ‘patoloji’ ders olarak anlatılıyor.

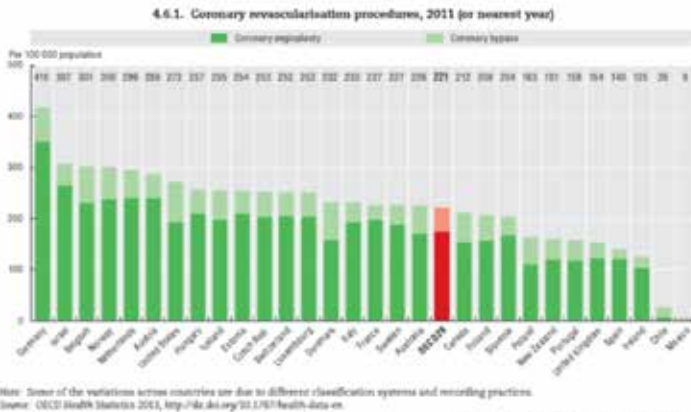
Bakın, küçük bir örnek: Koroner anjiyoplastiye bakalım. Şu yeşil olan Amerika Birleşik Devletleri, yanındaki Kanada, öbürü Birleşik Krallığı gösteriyor. Her 1 milyon kişide 51388 arasındaki fark nereden kaynaklanıyor ya da bir başka deyişle bu kadar büyük

farkın olması acaba doğumda ya da belli bir yaştan sonra sağ kalım olasılığında bir artışa yol açıyor mu? Hayır. Amerika Birleşik Devletlerinde insanlar İngiltere'den daha uzun bir yaşam süresine sahip değil, ama oradaki insanlar çok daha fazla koroner anjiyoplasti olmak durumunda, dolayısıyla artık bu değişim değeri meselesi gereksiz operasyonlar, gereksiz tedavi, aşırı tedavi diye bir kavramı da karşımıza çıkarmış durumda. Özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan hesaplar, araştırmalar bunların oranlarının çok yüksek olabilme ihtimalini karşımıza çıkartıyor.



**Ülkeler
arasındaki fark
nereden
kaynaklanıyor?**

Genel olarak baktığımızda bakın, koyu renkler koroner anjiyoplastiyi, biraz daha açık olan da koroner bypassı gösteriyor. Yani Almanya'yla İrlanda, İspanya ya da İngiltere arasındaki farklı burada görmemiz lazım. Temel olarak söyleyelim, bir ülkenin bu meselelerdeki farkına bakmak istiyorsanız o ülkenin sağlık sisteminin nasıl finanse edildiğine bakın. İngiltere'de hâlâ 1948'den bu yana kurulmuş ve şimdi çok zorlanmış olmasına rağmen genel bütçe ağırlıklı bir finansman söz konusu olduğu için burada biraz daha farklı, Almanya'da adına sosyal sağlık sigortası denilen bir sigorta sistemi karşımıza çıkardığımız için İngiltere'yle kıyaslandığında daha farklı bir yaklaşım olduğunu görüyoruz.



Türkiye’de rakamları bilmiyoruz, ama bizim elimizde Bursa’da dava açılmış bir dosyada yer alan bilirkişi raporu var. Bunu daha önce de göstermişim, ama dramatik bir örnek. Bilirkişi 500 hasta dosyasını incelemiş, normal koroner anjiyografi oranını yüzde 70 bulmuş. Dünyada benim literatürde taradığım bilmiyorum, içimizde belki farklı bilgileri olanlar vardır en yüksek normal koroner anjiyografi oranı yüzde 21. Bu dosyayı incelediğinizde başka bir şey daha görüyorsunuz: Bilirkişi isimlere bakıyor, bir şey dikkatini çekiyor. Soyadları benzer, çalıştıkları kurum aynı, aynı mahallede oturuyorlar. Dolayısıyla artık bu koroner anjiyografi bir tıbbi endikasyon eşliğinde yapılmış bir işlem değil, tamamen bu kâr maksimizasyon meselesinin bir aracı biçimine dönüşmüş, bir tarama testi olarak kullanılmış sanki! Sorunun bir tek bu sayıyla sınırlı olmadığını burada hepimiz maalesef ki biliyoruz...

Artık dünya aşırı tedavi diye bir şey konuşuyor, ayrıntılarına girmeyeyim zaman azlığı nedeniyle, soru olursa açarız. Fakat ilginç olan şey şu, hekimlere soruyorlar: Neden bu aşırı tedavi meselesi var? Bunu nasıl çözebiliriz? Bakın, hekimlerin dile getirdiği bütün problemler sistemle ilişkili, diyorlar ki malpraktis korkusu var, hastaların baskısı ve talepleri var, tıbbi kayıtlara ulaşmada zorluklar var, sınırlı endikasyonlar var, hastalara yeterli zaman ayıramamak meselesi var, kurumun baskısı var, vesaire. Bunların hepsi tamamen kurgulanan sisteme ilişkindir. Tabii burada özellikle Amerika örneği üstünden bakacak olursak Türkiye de görüyorsunuz, küçük Amerika kavramı içerisinde götürmeye çalıştıkları yer. Düşünün, bir CEO’nun geliri ortalama bir sağlık çalışanının gelirinden 1 000 kat fazla, hissedarlarının bu işteki geliri ne kadar fazla, o ayrıca ayrıntılı tartışılabilir.

Şimdi değerli dostlar, bütün dünyada kapitalist üretim ilişkileri içerisinde gayrisafi yurtiçi hasıladaki bir artış varken en önemli artış geçmiş yıllarda ilaç sektöründe ve toplam sağlık harcamalarında oluyor. Bunların tamamı normal gayrisafi yurtiçi hasıla artışından daha büyük bir artış gösteriyor, ama 2005’te bir kırılma oldu. Daha sonra 2009’dan itibaren ülkemizdeki krizin ardından da biraz daha ‘piyasa’ farklılaştı. Özellikle ilaç sektörü harcamalarında bir azalma olurken sağlık harcamalarında düşüş olmasına rağmen artış eğilimi korunmuş oldu. Burada ilaç sektörü de dahil çok şey söylenebilir, eczacı dostlarımız muhtemelen bizden daha da fazla şeyler söyleyecektir, ama biliyorsunuz ilaç sektörü dünyada en önemli suç şirketleri diye adlandırılan bir sektör biçimine de dönüşmüştür. Öyle ki ben şöyle şeylere tanık oldum: Belçika’da oturup trene binip Hollanda’dan ilaç almaya gidenler var. Çünkü Belçika’daki 1 kutu ilaç parasıyla Hollanda’da 16, Yeni Zelanda’da 20 tane aynısından aynı şirketten aynı preparatından alma olanağınız var. Bu da süreci anlamamız açısından nereye gittiğimizi gösteriyor.

Türkiye az önce gösterdiğim ‘reform’ diye adlandırılan dönemde bütün OECD ülkeleri arasında kişi başına sağlık harcamasının en çok arttığı ülke oldu. Açık ara öndeydik. Türkiye’nin bu gözlenen artışı gayrisafi yurtiçi hasıladaki artıştan çok daha yüksek biçimde gerçekleşti. Çünkü o refah döneminde özel sektörün kâr maksimizasyonu için uygun bir ortam yaratmak tam da Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarının amaçladığı önemli

yaklaşımlardan bir tanesidir. Şimdi OECD'nin verilerine baktığımızda özellikle küresel ekonomik krizden sonra bir daralma olmakla birlikte, yine sağlık alanında bir büyüme eğilimi gözlemlendiğini görüyoruz, ama Türkiye'de durum biraz farklı. Türkiye'de özellikle 2010'dan sonra sağlığa ayrılan gayrisafi yurtiçi hasıladaki pay yüzde 1 civarında bir düşüş göstermiş durumda ve bu düşüşün de belli bir seyirde sürmesi hedefleniyor. En sonunda tekrar söylerim, ama şimdi söyleyeyim: Burada artık sağlığa ayrılan payın artırılmasından ziyade o payın içinden vatandaşın cebinden daha fazla alınmasına dönük politikalar benimsenmiş durumda. Bakın Amerika Birleşik Devletlerinin resmi raporu, Amerika'daki sermayedarlar için hazırlanmış; Türkiye'deki tıbbi teknoloji pazarının artırılmasına dönük hedefler var. 2018'e kadar şimdi gerçekleşenden daha yüksek bu alana kaynak aktarılmasını bekliyorlardı. Benzer bir rapor Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından da Türkiye'deki Sağlık Bakım Endüstrisi adıyla yayınlandığında 2023 yılında kişi başına 2 000 dolarlık bir sağlık harcaması yapılması hedefiyle yola çıkmışlardı, ama sizin de bildiğiniz özellikle 2015'ten sonraki gelişmeler, 2009 krizinin etkisi gibi meseleler burada tam umduklarını verememiş görünüyor, ama başka bir alan giderek küresel biçimde ve bizim de karşımıza çıkmaya başlıyor. Bizim uzun yıllardır söylediğimiz sağlık hakkı meselesi yerine özel sektör diyor ki bunun adını artık net koyalım, hasta değil 'müşteri', bunu resmi olarak da yazmaya başladılar her ne kadar bize inanılmaz geliyor olsa bile, hatta bu hasta değil müşteri meselesinde ilacın artık potansiyelinin azalmasıyla birlikte endüstri kendine yeni alanlar yaratmaya başlamış. Sizin de pek çoğunuzun bildiği giyilebilir cihazlar vb. gibi bir meselenin giderek Türkiye'yi de içine alacak şekilde daha fazla karşımıza çıkacağına ilişkin bir eğilim tartışılıyor.

Şimdi burada biraz Türkiye sağlık harcamalarına baktığımızda bu sermaye birikim sürecinin nasıl yönetildiğini anlamamız da kolaylaşıyor. Çünkü Türkiye'de sağlık harcamaları içerisinde başat olan hastanelere bakın, resmi rakamlara göre halk sağlığı programlarının sunum ve denetiminde çok cüzi bir kaynak söz konusu. Çünkü orası bir kâr maksimizasyonu alanı değil. Burada hastaneler denilince de aktarılan paranın önemli bir bölümünün kamu hastaneleri de dahil olmak üzere hizmet alım mekanizmalarıyla özel sektöre aktarıldığının altını çizelim. 2001 yılından itibaren bu eğilim nereye gidiyor diye hesapladığımız bir çalışmada bulduğumuz bulgulara bakın, hastane harcamaları eskiden bu kadar yüksek değildi. Yani 2000'li yılların başında her 100 liranın 34 lirası hastanelere aktarılırken az önce gösterdim, şimdi bu 50 liraya kadar çıkmış oldu. Buradaki temel değişimlerden bir tanesi de bu toplam hastane harcamaları içerisindeki pay. Bakın, merkezi devletin payı yüzde 46'lardan yüzde 22'lere kadar düşmüş durumda, dolayısıyla toplam harcamalar içerisinde hastane harcamalarının payı artarken, hastane harcamaları içinde genel ve yerel devlet aktarımından payın azaldığını, bunun yerine başat bir biçimde Sosyal Güvenlik Kurumunun geçtiğini görüyoruz. Birazdan kurumun nereden para sağladığını da sizlerle paylaşacağım.

TOPLUM
HEKİM

Kasım - Aralık 2014 Cilt: 29 Sayı: 6

Tablo 3. Türkiye'de hastane harcama kaynaklarının dağılımı (2001-2012)

| Yıl | Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı (%) | Toplam hastane harcamaları (Milyon TL) | Toplam hastane harcamaları içerisindeki pay (%) | | | | |
|------|--|--|---|--------------|-----------------|---------------|--------|
| | | | Genel devlet | | | Özel sektör | |
| | | | Merkezi Devlet | Yerel Devlet | Sosyal Güvenlik | Hane halkları | Diğer* |
| 2001 | 34,3 | 4.249 | 46,1 | 0,8 | 40,7 | 7,5 | 4,6 |
| 2002 | 32,4 | 6.077 | 44,8 | 1,1 | 41,9 | 6,9 | 5,3 |
| 2003 | 35,3 | 8.579 | 39,8 | 1,0 | 47,3 | 7,0 | 5,0 |
| 2004 | 38,1 | 11.425 | 35,6 | 0,8 | 54,4 | 5,4 | 3,7 |
| 2005 | 35,8 | 12.649 | 41,0 | 0,7 | 46,6 | 7,8 | 3,9 |
| 2006 | 36,7 | 16.170 | 41,4 | 0,8 | 48,7 | 5,6 | 3,5 |
| 2007 | 37,4 | 19.030 | 40,3 | 0,4 | 47,7 | 8,2 | 3,3 |
| 2008 | 39,8 | 22.984 | 35,3 | 0,4 | 55,1 | 5,7 | 3,4 |
| 2009 | 40,3 | 23.243 | 42,9 | 0,4 | 48,9 | 3,9 | 3,8 |
| 2010 | 40,4 | 24.933 | 36,8 | 0,2 | 53,2 | 5,6 | 4,2 |
| 2011 | 41,6 | 28.543 | 34,4 | 0,2 | 56,9 | 4,4 | 4,1 |
| 2012 | 43,0 | 32.801 | 22,4 | 0,2 | 67,7 | 5,1 | 4,6 |

Kaynak: Yılmaz

Pala K (2014). Neoliberal sağlık reformlarının etkisi: Kamu hastanelerinde finansman yapısı değişiyor. Toplum ve Hekim, 29(6):414-429.

* Hastane harcamalarının payı artıyor.
** Hastane harcamaları içerisinde (Merkezi/Yerel) devlet harcamalarının payı azalıyor.

Dünya Sağlık Örgütü merkezi bütçeden kaynak aktarma meselesinin tamamen bir politik tercih olduğunu söylüyor ki biz de uzun yıllardır bunu söylüyoruz. Bu politik tercih içerisinde Türkiye'nin durumu bellidir. Bu politik tercih, genel bütçeden yeterince kaynak aktarmayarak Dünya Bankasının yurttaştan sağlanan paranın artırılması biçiminde dile getirdiği bir finansman yöntemi tercihidir.

Şimdi Türkiye'de sağlık harcamalarının kaynaklarına bakacak olursak, 2008-2017 arasında devletin harcamalarının azaldığını, bunun yerine sosyal güvenlik aracılığıyla yapılan harcamaların ciddi bir artış gösterdiğini göreceğiz. Bu artış içerisinde prim gelirlerini, emekli aylıklarını ve sağlık ödemelerini karşılama oranıysa yine büyük bir artış göstermiş. Yani 2003'te yüzde 59 olan oran şimdi yüzde 76'lar civarında. Sosyal Güvenlik Kurumunun kamu harcamaları içinde sayılarak sanki para kamu tarafından aktarılmış gibi gösterilmesi yalnızca bir illüzyondur, bir yanılsamadır. Aslında Sosyal Güvenlik Kurumu da bu paraları bizden prim, katkı payı ve benzer şekillerde tahsil etmektedir.

Sevgili Onur Hamzaoğlu bu meseleyi çok güzel bir şekilde 'Neoliberal Kamu Sigortacılığı' olarak tanımlıyor. Sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluk büyük ölçüde emekçi kesimin üzerine yükleniyor. Öyle ki bugün sağlık alanında harcanan her 100 liranın 72.4 lirası doğrudan bizlerin cebinden çıkıyor. Bu arada hepimiz hatırlayacaksınız, sevgili Ergün Demir ve Güray Kılıç arkadaşlarımızın yaptığı hesaplamalar Genel Sağlık Sigortası primi toplamının ve devletin sağlık harcamaları için koyduğu ek bir paranın toplam GSS sağlık harcamalarının üstünde olduğunu göstermişti. Yani primlerle topladığınız para Sosyal Güvenlik Kurumu olarak satın aldığınız sağlık hizmetlerinden daha yüksek, turnak içinde söylüyorum, deyim yerindeyse buradan SGK bir 'kâr' elde ediyor. Bu yüzden de arkadaşlarımız ısrarla bizim de yıllardır savunduğumuz "yurttaş sağlık hizmetlerinden yararlanırken katkı payı ödemesin, buna ihtiyaç yok. Topladığınız para zaten harcadığınız parayı karşılıyor" demişti, ama amaç insanların sağlık hizmetlerine

erişmesi değil de özel sektöre kaynak yaratmak olduğunda bunun gerçekleşmeyeceğini hepimiz biliyoruz. Neden? Az önce söyledim, Dünya Bankasının 'toplum finansmanı' dediği meselenin, yani hastalardan sağlık hizmeti kullanımı sırasında daha yüksek bir kaynak talebinin artacağı meselesinin karşımıza geleceği için.

Tabii bu arada şöyle problemler de var Türkiye'de: Örneğin, resmi istatistiklere bakarsanız Genel Sağlık Sigortası kapsamında nüfusu yüzde 98 olarak görüyorsunuz. Bu tamamen bir yanılsamadır. Çünkü o yüzde 98'in içerisinde prim borçlusu olduğu için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan geniş bir kesim var. Sayıştay'ın 2017 yılı SGK Denetim Raporuna göre 7.2 milyon kişinin GSS prim borcu bulunmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan nüfusla birlikte Türkiye nüfusunun %10.2'si GSS kapsamı içerisine alınamamıştır...

Bir başka araştırmaya bakacak olursak bu oran yüzde 10'la sınırlı değil, Türkiye'deki her 5 kişiden bir tanesi sağlık hizmetine erişmek ihtiyacı olduğunda finansal sorunlar nedeniyle bu ihtiyacını karşılayamadığını dile getiriyor. Oysa az önce söyledim, bu ihtiyacın tamamen karşılanması için bir kaynak var, ama hükümet ya da Hocamın çok iyi belirttiği gibi işte sermaye aygıtı diyebileceğimiz bir devlet yapısı tercihi buradan yana kullanılıyor. Tabii tercih böyle olunca da düşük gelirliilerin eninde, sonunda sağlık hizmeti almak için bizim katastrofik sağlık harcaması dediğimiz, yani kendi bütçelerini çok olumsuz etkileyecek, ailenin bundan sonraki hayatını çok olumsuz etkileyecek bir alana sürüklenmesi kaçınılmaz. Burada Türkiye'ye bakalım, yüksek gelirliilerle düşük gelirliiler arasında sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğunda karşılanmama oranının çok yüksek olduğunu görüyorsunuz. Yani düşük gelirli insanların yüzde 20'ye yakını sağlık gereksinimlerini karşılayamıyor parası olmadığı için, karşılamak için bulduğu her şeyi satan, borçlanan insanlarsa yine büyük ölçüde Türkiye'de en yoksullardan oluşuyor ki biliyorsunuz artık 2030 yıldır 'Tıbbi Yoksulluk' diye bir kavram da bütün dünyada karşımızda duruyor. Aslında insanların Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişemediklerinin en önemli kanıtlarından bir tanesi de acil servislerdeki yığılma, Türkiye daha önce de hep konuştuğumuz gibi 'nüfusundan daha fazla acil servis başvurusu olan' bütün dünyadaki tek ülke.

Sayın Başkan, konuşmamı bitiriyorum. Bitirirken sağlığın ekonomi politiği üzerinden tercihlerin ne olduğuna ilişkin bir somutlamayı da sizinle paylaşmak isterim. Yarın şehir hastaneleri konusunda güzel bir oturum var, Sevgili Raşit Tükel anlatacak. Ben o alana girmeyeceğim, ama size şöyle bir örnek vereyim. Geçtiğimiz günlerde Türkiye'nin 10. şehir hastanesi Bursa'da açıldı. Yatak sayısı 1 355. Biz bu şehir hastanesine yılda ne kadar kira ödeneceğini güncel rakam üzerinden bilmiyoruz. Cumhurbaşkanlığı tarafından yayınlanan kamuözel ortaklığı girişimleri verilerine baktığımızda Bursa Şehir Hastanesi için aktarılan sermaye bedelinin 400 milyon dolar olduğunu görüyoruz, ama orada hizmet sunan şirket bunu 513 milyon Euro olarak açıklıyor. Bizim bazı tahminlerimiz var. Öyle tahmin ediyoruz ki Bursa Şehir Hastanesine yılda 350 milyon liradan daha fazla kira ödenecek. Bakın, bu ne anlama geliyor? Bursa'dan örnek vereyim size, Bursa'da şehrin içerisinde biri batıda, diğeri doğuda olmak üzere iki tane devlet hastanesi, bildi-

ğimiz klasik ihale yöntemiyle yapılmak üzere düğmeye basılmış. Bunlardan bir tanesi 750 yataklı Ali Osman Sönmez Devlet Hastanesi 2017’de temeli atıldı, bu yıl açılacaktı, ama henüz yarısı bile bitirilmedi. İhale bedeli 371 milyon lira. Bir başka hastane kentin doğusunda 2020 yılında açılması planlandığı söylenmişti 600 yataklı, ama henüz temeli bile atılmadı. İhale bedeli de 225 milyon lira. Bunları toplarsak 596 milyon yapıyor. Yatak sayısını toplarsak 1 350 yatak, yani Bursa Şehir Hastanesinden yalnızca 5 yatak eksiği var, ama Bursa Şehir Hastanesinin bizim tahminlerimize göre hesapladığımız kirasıyla kıyasladığımızda 20 aylık kirasıyla tamamını yaptırmak mümkün. Şimdi soru şu: 20 aylık kirasıyla ya da bazı yerlerde 23 yıllık kirasıyla tamamını yaptırabileceğiniz kamu hastaneleri için neden 25 yıl kira ödemeyi tercih ediyorsunuz? Bana sorarsanız Türkiye’de sağlığın ekonomi politikası konuşulurken amacın neler olduğunu göstermesi bakımından en dramatik örneklerden bir tanesi bu şehir hastaneleri meselesidir. Özel sektöre nasıl kaynak aktarıldığına ilişkin oldukça dramatik bir örnekle karşı karşıyayız. Bu şehir hastanelerine Sağlık Bakanlığı bütçesinden aktarılan paraya baktığımızda gelecek yıl Sağlık Bakanlığı bütçesinin 1/4’ünün yalnızca bu hastanelere aktarılacağını söylememiz gerekir. Bir başka deyişle Bakanlığın bütçesini rehin alacak. Sevgili Uğur Emek Hocanın hesabına göre eğer bu 30 hastane çalışmaya başlarsa bu 30 hastane için Bakanlık Bütçesinden aktarılması gereken pay yüzde 64, yalnızca bu hastanelerin kira ve hizmet alım bedelleri için aktarılacak paydan söz ediyorum. Dolayısıyla ne kadar büyük bir kaynak aktarımıyla karşı karşıya kaldığımızı söylemek mümkün, yani bir yıllık kirasıyla 26 tane 400 yataklı hastane yaptırmamanın mümkün olduğu bilinirken, 25 yıl boyunca kira ödemek zorunda kalacağımız bir model toplumun karşısına sunuluyor.

Değerli dostlar, buraya kadar konuştuğlarımızı özetleyecek olursak, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finansmanı ve hizmet sunumu ön plana çıkıyor. Yurtdışında geçen yıl yayınlanan bir makalede de bu durum kanıta dayalı olarak vurgulanıyor, ideolojik değil diye üstelik yazarlar belirtiyor. Diyor ki meslektaşlarımız, ‘sağlık sistemleri kamu tarafından finanse edilmeli ve sağlık hizmeti sunumu kamu tarafından sağlanmalıdır’. Eğer bunu piyasaya bırakırsanız hem zengin, hem de yoksullar için vasatın altında bir sağlık bakımı ve sağlık alanında büyük bir eşitsizlik ve sömürü olasılığını arttırırsınız. Dolayısıyla yapılması gereken iş yalnızca sağlık alanına özgü olarak değil, bu ülkede yaşayan, bu coğrafyada yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında herhangi bir problem yaşamaması için sistemin değiştirilmesinden geçmektedir. Hepinize dikkatiniz ve sabrınız için teşekkür ederim.

Eriş Bilaloğlu

Teşekkür ediyoruz. Oturumun üçüncü ve son konuşmacısı Cem Terzi’nin yapacağı konuşmanın başlığı: “Ulusların Sağlığı ve Gavin Mooney Anısına”, bu aslında Cem arkadaşımızın 2014 yılında çevirdiği ve alt vurgusu “Yeni Bir Ekonomik Politığe Doğru Olan Ulusların Sağlığı” kitabının çevirisini yapmıştı. Konuşması da sanırım ağırlıklı olarak bu kitap üzerinden kendi katkılarıyla birlikte sürdürülecek, konuşma yapacak. Kayıhan Pala halk sağlığıydı, Cem Terzi arkadaşımız da genel cerrah, buyurun.

ULUSLARIN SAĞLIĞI / GAVİN MOONEY ANISINA

Cem Terzi

Genel Cerrah

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; ben de bu toplantıya davet edildiğim için düzenleyicilere çok teşekkür ediyorum. Bu emeklerin ne anlama geldiğini çok iyi bilen biriyim, o yüzden bütün katkıları, emekleri saygıyla karşılıyorum. Benim bugün burada bulunma nedenim sağlık ekonomisiyle ilgili bir kitabın çevirisini yapmış olmam, aslında bir genel cerrahın kitap çevirmesi de tuhaf bir şey. Bu kitabın 2012 yılında orijinali yayınlandığında şurada sağda görüyorsunuz okuduğumda çok etkilenmiştim. Çok yalın bir dille sağlığın ekonomi politiğini hepimizin anlayacağı bir şekilde ve çok toplumcu bir perspektiften anlatan bir kitaptı. Uzun yıllardır Türk Tabipleri Birliğinde pek çok komisyonda çalışmama rağmen böyle bir kaynağın elimizde olmadığından yakınırdık. Bir ekonomi kitabı sağlık ekonomisi kitabı ve bir makro ekonomi kitabı aslında, hemen onun Türkçeye kazandırılması için tanıdığım bütün yayınevleriyle görüştüm, ama maalesef kimse üstlenmek istemedi. Türkiye’de çok kitap okunmuyor, hani sağlık ekonomisiyle ilgili bir kitabı kim okuyacak gibi sonunda iş başa düştü, ben çevirmek zorunda kaldım ve kitabın orijinali yayımlandıktan 2 yıl sonra 2014 yılında Yordam’dan kitap çıktı benim çevirimle, bugün burada olmamın nedeni de aslında bu kitabın çevirmeni olmam.

Gavin Mooney kitabı da göstermiş olayım, minik bir kitap çok kolay okunuyor. Bir hafta sonunda bitirmek mümkün, özellikle genç arkadaşlara çok tavsiye ediyorum. Sağlıkçıların gözden geçirmelerini, okumalarını öneririm. Önemli biri yazar, 40 yıllık bir sağlık ekonomisti olarak çalışmış, İskoçya, İskandinavya, Güney Afrika ve Avustralya’da çok çeşitli akademik pozisyonlarda bulunmuş. Kendisine 2009 yılında Cape Town Üniversitesinde sağlık ekonomisinin kurucularından biri olarak onursal doktora verilmiş. Yani bu alanın kurucusu olarak kabul ediliyor sağlık ekonomisi, kendi adıyla basılmış 20’den fazla kitabı var. Türkçeye çevrilen tek kitabı bu maalesef, aslında keşke ilgilene olsa diğer kitapları da Türkçe kazandırılmalı. Dünya Sağlık Örgütü ve OECD’ye danışmanlık yapmış. Eşitlik en önemli çalışma alanı, son yıllarda özellikle yoksulluğun ve eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkilerini neoliberalizmin toplumdaki iktidar yapılanması ve sağlık sistemi üzerindeki etkilerine odaklanmış. Bu kitap da bununla ilgili, yazar genel olarak toplumsal değerlerin örneğin, adalet gibi, dayanışma gibi vatandaş gönüllüleri aracılığıyla sağlık sisteminde kullanılması fikrini savunan ve bunu işte OECD’ye, Dünya Bankasına, çeşitli büyük küresel kurumlara uzun yıllardır anlatmaya çalışan bir insan 12 Kasım 2019 tarihinde de çok trajik bir şekilde vefat ediyor. Üvey oğlu tarafından, akıl

rahatsızlığı olan üvey oğlu tarafından dövülerek öldürüldü hem kendisi, hem eşi, böyle de bir beklenmedik trajik bir kaybı oldu.

Şimdi kitabın giriş bölümünde “neoliberalizm öldürüyor” gibi bir cümle var. Aslında bütün kitap bunun deşifreyonuyla ilgili, neoliberal ekonomik yapının, aslında kapitalizm de diyebiliriz. Çünkü neoliberalizm dediğimiz şey kapitalizmin son 30 yılının dönemi, daha küresel ve daha vahşi hale gelmiş dönemi. Şöyle diyor: “İnanılmayacak ölçüde varsıl bir dünyada hâlâ bu kadar çok sağlık sorunu, bu kadar erken yaşta ölüm, beklenmedik ölüm toplumlarda ve sağlık hizmeti sistemlerinde çok ciddi bir yanlışlık olduğunu gösteriyor”. Aslında biz çok daha iyisini başarabilirdik, başarmalıyız. Varsıllar yoğunluk, yoksullar yokluk nedeniyle hastalanıyor ve eşitsizliklerin bütün toplumun sağlığını bozduğu çok bilinen bir gerçek, ama en çok etkilenen en alttakiler, en yoksullar. Sağlık Bakanlıkları sağlığın toplumsal belirleyicilerinden barınma, insanların iş istihdam hakkı, ücretsiz kaliteli eğitim, beslenme, herkesin yeterli besin maddelerine rahatça ulaşabilmesiyle sağlığın sosyal, toplumsal belirleyicilerinden çok sağlık hizmetinin sunumuna odaklanmış durumda. Dolayısıyla aslında sağlık dediğimizde ekonomi politika dahil olmak üzere sağlığın kendisini değil, sağlık hizmetini ve daha çok da klinik sağlık hizmetini, yani biz hekimlerin doğrudan hastaya hastanelerde vermeye çalıştığımız ve ağırlıklı da ikinci basamakta vermeye çalıştığımız klinik sağlık hizmetine dair bir indirgemecilikle ele alınıyor.

Eriş açılıştaki söyledi hani bu sağlıkçı meselesini, biz TTB’yle ilgili olarak ona çok dikkat ederiz. Hekimler çok domine ediyor sağlık alanını ve hekim örgütleri, dünyada da öyle, belki çok daha fazla. Aslında yapılan çalışmalar toplam sağlık üretiminin yüzde 80’inin hemşireler tarafından, yüzde 20’sinin diğer sağlıkçılar tarafından hekimler de dahil üretildiğini gösteriyor bize, o yüzden salondaki genç hemşire arkadaşlarımızın aklında bu oran kalsın. Yüzde 80’i hemşire üretimidir. Kitabın yazarının en önemli vurgusu bu kliniğe indirildiği için, klinik hizmetine indirildiği için bu alanın yönetimi de tıp mensuplarına ve hekimlere, hekim örgütlerine bırakılıyor. Şimdi siz zannetmeyin ki Türk Tabipleri Birliği gibi diğer ülkelerde de böyle daha çok toplumcu, kendisini demokratik kitle örgütü olarak tanımlayan, halk sağlığını dert edinen bir meslek yapılanması var. Çoğu ülkenin Tabip Odası neoliberal ekonomileri destekleyen, hekimlerin özlük hakları için mücadele etmeyen, halk sağlığı konularında hiçbir gayreti olmayan odalardır. Mesela, Amerika Tabipler Birliği son seçimlerde Trump’i desteklemiştir. Yani alenen ve ekonomik olarak da genellikle sağ iktidarları desteklerler. Halk sağlığı ya da toplumcu bir bakış açısı çok çok enderdir. TTB’nin Türkiye’deki konumu tarihsel olarak baktığımızda çok özel ve farklı bir yerdedir.

Sağlık politikası üretenler, hükümetler, politikacılar, bunlar egemen bu alanın belirlenmesinde, özel şirket sahipleri, yani ilaç endüstrisi ve hastane zincirlerinin sahipleri ulusal ve uluslararası ölçütte onlar egemen, onların partneri olarak hekimler ve hekim odaları egemen, tek sesi çıkmayan sağlık planlamasında, sağlık alanındaki önceliklerin belirlenmesinde tek sesi çıkmayan grup yurttaşlar, vatandaşlar, hiçbir ülkede onlara ne istiyor-

sunuz, öncelikleriniz nelerdir diye sorulmuyor. Hep onlar adına bu çıkar grupları karar veriyor ve bunun da büyük bir kısmı tıp bilimi adı altında, tıp etiği adı altında son derece bireyci bir yaklaşımla hastahekim ilişkisi kutsallığı çerçevesinde ele alınıyor.

Sonuçta bu çok özel bir ilişkidir, işte hasta bir insanın bir hekime başvurmasıyla özel bir ilişki başlar ve hekimlik mesleği etiği o ilişkiyi o insan lehine korur. Bu kutsiyet çemberiyle ilgili, oysa bakıyoruz ki ekonomi politik açısından, yani sağlığın ekonomi politliğini konuşacaksa tıp etiği bir mesleki etik ve çok yetersiz sağlık etiği olması açısından burada ancak kamu yararı etiğiyle yer değiştirildiğinde ahlâki açıdan da doğru bir çerçeveye oturtmak mümkün diyor kitabın yazarı, ben de cidden katılıyorum. Dolayısıyla hekimlerin burada da böyle bir işi asıl mecrasından çıkararak ve örten bir olumsuz rolü var yurttaşlar ve vatandaşlar aleyhine.

Peki, niye bu kadar kötü gitti, niye iyi bir sağlık hizmeti organize edilemedi? Çok iyi irdelenmiş bir kitap, yani Dünya Sağlık Örgütünü çok iyi tanıdığı için, pratikte de çalıştığı için, sadece akademisyen olmadığı için nasıl Dünya Sağlık Örgütünün neoliberal politikalara teslim olduğunu, kendi içinde Dünya Sağlık Örgütünün nasıl ideolojik olarak değiştiğini çok iyi anlatıyor. Onunla da yeterli kalmıyor, bugün günümüzde sağlık alanında söz sahibi olan Dünya Sağlık Örgütü değil, onun yerine Dünya Bankası ve IMF'nin bu alanı sahiplendiğini, çünkü sağlığın bir meta, hastanın bir müşteri haline geldiğinde artık bu alanın bir kâr maksimizasyonu haline geldiğinde Dünya Sağlık Örgütü kenara itilir, onun yerine IMF gibi, Dünya Bankası gibi finans sektörleri yer alıyor. Biliyorsunuz bu finans sektörleri varsıl batı ülkelerinin, ABD'nin ve merkez kapitalist ülkelerin kontrolünde oylama olarak da, yönetici olarak da ve bunlar sürekli yoksul ülkelere ya da Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere neoliberal politikaları dayatıyorlar hem yerel anlamda, makro anlamda, hem de sağlık alanında, bunu çok iyi anlatıyor bütün hikayeyi belgeleriyle ve tarihsel sıralamalarıyla.

Kitabın üçüncü bölümünde örnek durum çalışmaları var. Bu işte getirdiği o neoliberal sağlık sistemindeki sorunların somutlanması anlamında bize üç olumsuz örnek veriyor. Bir tanesi Amerika Birleşik Devletleri dünyanın en varsıl ülkesi, gayrisafi milli hasılasının çok önemli bir kısmını, başka ülkelere kıyasla rekor denilebilecek bir kısmını yüzde 1517 bir kısmını sağlığa harcamasına rağmen genel sağlık parametreleri pek çok OECD ülkesinin gerisinde, Küba örneğin yoksul bir ülke, onun gerisinde, üstüne üstlük de sağlığa hiç erişemeyen çok ciddi bir nüfus var 4050 milyona yakın, yani 250 milyonluk nüfusun yaklaşık 4050 milyonunun hiçbir sağlık erişimi yok, yeşil kartı bile yok. Dünyanın en varsıl ülkesinde acil hizmetlerde bile sağlık erişimine erişemeyen bir 4050 milyonluk nüfustan bahsediyoruz. İşte buna yönelik de hani bir universal sağlık erişimi sağlamaya yönelik Obama'nın çabaları olmuştu ve Obama Care ismiyle bir reform sistemi geçirmeye çalıştı. Onun hikayesi var ve Obama'ya sırf bu nedenle, yani o 40 milyon kişinin işte 2020 yılına kadar sağlık sistemi içine kısmen alınmasını sağlamak için yaptığı reform ki hayata geçmedi, tarih oldu bir anlamda nasıl sosyalistlik ve komünistlikle suçlandığını, Obama'yı yerden yere vurdıklarını gösteriyor. Çok ilginç bir bölüm, okumak lazım.

Öte yandan ikinci örnek Birleşik Krallık İngiltere'deki ulusal sağlık sistemi üzerine, bu aslında hiç unutmayalım. Birleşik Krallığın, yani İngiltere'nin sağlık sistemi NHS bir ulusal gurur vesilesidir her İngiliz için, her Birleşik Krallıkta yaşayan insanlar için, çok övünürler başarısıyla, kapsayıcılığıyla, fakat bu neoliberal değişimle birlikte Amerikalı ekonomistlerin önderliğinde İşçi Partisinin eliyle zayıflatılmış, bugün çok feci bir hale getirilmiştir. Yıkılmamış ve ayaktadır hâlâ, ama NHS'in kamusal niteliği de önemli kayba uğramıştır, onun hikayesini anlatıyor. Aslında NHS bu halinden önce bize şöyle iyi bir örneği veriyordu: Bir merkez kapitalist ülkede bir sosyalizasyon, toplumcu bir sağlık sistemi olabilir, yaratılabilir. Yani bari sağlık alanı kapitalizmin olumsuz etkilerinden korunabilire iyi bir örnekti NHS. Bugün bu noktadan epey uzaklaşmış durumda. Üçüncü örnek benim kitabı çevirmemdeki en önemli nedenlerden biri Güney Afrika'daki değişimler, biraz bizimle alakalı kısımları da var. O bölümler iyi okunursa bizim Türkiye'de yaşadığımız birtakım siyasi ve sağlık siyasetiyle ilgili sorunlara dair bir ipucu veriyor. İrkçı bir beyaz rejim yıkılıyor, onun yerine demokratik bir Mandela'nın geçiş dönemi çok liberal bir Anayasa yapıyorlar. O kadar liberal bir Anayasa yapılıyor ki bir daha böyle bir azınlık iktidarı ele geçirip Anayasa aracılığıyla çoğunluğu ezemesin diye bu neoliberalizme ülkeyi doğrudan teslim ediyorlar ve sağlık o ırkçı yönetimdekinden çok daha beter hâlâ geliyor Mandela ve Mandela sonrasındaki yönetimde ve sadece sağlık değil, ekonomi, eğitim, vesaire bir sürü diğer alanlarda olduğu gibi. O bu yüzden çok çarpıcı. Üçüncü örnek de Avustralya'dan, burada da en önemli örnek şirketlerin sağlık politikalarına nasıl nüfuz ettiği, Avustralya'daki maden şirketlerinin sahiplerinin patronların hükümeti nasıl tehdit ettiği, oradaki sağlık politikalarını nasıl ele geçirdiklerini çok net bir şekilde anlatıyor.

Bu dördüncü bölüm çözümler, burada yeni bir ekonomi politik öneriyor. Daha eşitlikçi bir toplumda yurttaşların, vatandaşların karar süreçlerine gerçekten katılabildiği, bir retorik olarak değil, bizde de epey kullanılır ve içi boşaltılmış bir şeydir bu katılımçılık, daha güçlü bir demokrasiyi öneriyor. Komüniteryalizme dayandırılıyor, komüniteryal hak talepleriyle bunun her toplumda gerçekleştirilebileceğini düşünüyor ve Amartya Sen diye diğer bir iktisatçıya epey bir referans göndermede, onun çalışmalarına göndermede bulunuyor. Sağlıkta sesi kısılmışlarının seslerini duyurabilecekleri mekanizmalar, sağlıkta iktidarı vatandaşa devretmek, sağlığı bir toplumsal kurum olarak görmek, vatandaş jürileri kullanılarak sağlığı tanımlamak, sağlıktaki öncelikleri belirlemek, sağlık planlamasında vatandaş jürilerine başvurmak gibi pratik ve daha önceden uygulanmış birtakım yöntemleri öneriyor. Tabii vurgu neoliberalizm bitmeden ve neoliberalizmi yok etmeden herhangi bir şeyi gerçekleştirmek mümkün değil, ama o noktaya da çok yakın olmadığımızı biliyorsak bugün itibarıyla neler yapabilirizi bize birtakım olumlu örnekler üzerinden sunuyor. Üç örnek var: Birisi Hindistan'ın Kerala eyaleti, diğeri Chavez'in Venezuelası, öbürü de sağlık olgusuyla, temel sağlık parametreleriyle dünyanın gözbebeği olan sosyalist devrimin en önemli kazanımlarının sürdüğü Küba, bu üç ülkede de sağlığa bakış toplum odaklı, hepsinde vatandaş katılımı var. Bu üç ülkede, ülke demeyelim, Kerala bir eyalet, oldukça büyük bir eyalet, üç örnek de neoliberalizmden uzak duran örnekler ve hepsinde de topluma daha iyi bir sağlık hizmeti sunumu başarılımış üç başarı

örneği. Kerala demokratik yollarda komünist bir hükümeti seçen ilk eyalet, seçimden çıkıyor komünistler iş başına öyle geliyor ve o gün bugün de iktidardalar. Erkekler arasında ve kadınlar arasındaki okuryazarlık oranı Hindistan genelinin çok çok üzerinde, çalışmalarda her şey alt ve üstün yer değiştirmesi, bir kolektif sosyal deneyim kültürüyle sonuçlanan devlet ve resmi toplum işbirliğinin oldukça nadir rastlanan bir tarihi diye anlatılıyor. Özelleştirilmiş yere karar verici sistemin önemi, sağlıkla ilişkili hayranlık verici aktiviteler, yerel tercihleri karşılamak üzere farklılıkları artırma arzusu ve güçlü bir toplumun inşası gibi konuların önemi göz önüne alındığında Kerala genel toplum özerkliğinin işleyişinde dikkat çeken müthiş örnekler sunuyor bize, bu bölümü de bençe Türkiye'nin bizlerin iyi okuması gerektiğini düşünüyorum. Merkez, yerel, özerklik, demokrasi, yerelin katılımı açısından özellikle TTB'nin ekonomi politik çizgisindeki arkadaşlarımızın ve bu Kerala üzerinden bizim yaklaşımlarımızı biraz gözden geçirmeleri gerekir. Küba'ya uzun uzun girmeyeyim, bu salondaki herkes Küba'yı biliyordur. Vaktimi daha iyi kullanmak için Venezuela'ya geçeyim. Gerçi Venezuela Chavez'den sonra Amerika'nın hem ekonomik, hem bilfiil darbe saldırılarıyla şu anda herhalde Suriye'den sonra emperyalizmin en çok saldırdığı ikinci ülkedir, ama Chavez'in iktidara geldiği dönemde sağlık alanında yaptığı şeyler, onun topluma kazandırdıkları inanılmaz, hayatlarında hiç doktor görmemiş, hemşire görmemiş, sağlıkçı görmemiş büyük şehirlerin varoşlarında ya da kırsal kesimdeki yaşayan insanlara kendilerinin sağlık ocakları kurmalarını sağlamak, tıp fakültelerini herkese açık pek çok insanın sınavsız tıp fakültesine girip mezun olmasını sağlamak, bu konuda Küba'yla işbirliği yapmak, Küba'daki hekim ve sağlıkçıları kendi ülkesine transfer etmek, bunun karşılığında Küba'ya ücretsiz petrol ve gaz vermek gibi ve bir Sağlık Anayasası yapmak ve Sağlık Anayasasını yurttaşlara oylatmak gibi şu anda hayal edemeyeceğimiz, hayal ettiğimizde de Venezuela'nın bu haline baktığımızda belki çok üzüleceğimiz ciddi bir başarı öyküsü Venezuela aslında. Chavez'in deyimiyle sağlık hizmetlerinin demokratikleştirilmesi. Diyebilirim ki üç örnek içinde kendisine en yakın hissettiği sağlık reformunun Venezuela olduğunu belirtiyor.

Sonuç bölümü çok kısa, değiştirebilir miyiz sorusuna evet diyor. Yani Kerala'da, Küba'da ve Venezuelada yapıldıysa niye yapılmasın? Bunu başarmak mümkündür. Şimdi bu şey kitapta yok, ben kitabı bitirdikten sonra bir konuşma için hazırlamıştım. Kitap aslında bize kapitalizmin son 30 yılda geldiği hal olan neoliberalizmin sağlığın ekonomi politik etkisini anlatıyor ve bunu kabaca devletin şirketleşmesi, devletin bir şirket haline dönüşmesi, tabii devlet şirketleşirken toplumda da bir çökme yaşanıyor. Toplumun değer dediğimiz şeyleri demokrasi, insan hakları, adalet, merhamet, dayanışma, birlikte yaşama arzusu, ötekini düşünme, fedakarlık, özveri, bütün bunların yerle bir olduğu, ortadan yok olduğu, toplumun çürümeye terk edildiği, bunun tabii modernite ve aydınlanmayla da ilgisi var. Bireyciliğin, insanın yalnızlaşmasının, insanın yabancılaşmasının da eşlik ettiği ve bunu sağlayan örgütler Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü, Avrupa Merkez Bankası, Avrupa Komisyonu, Avrupa Konseyi çok büyük majör bir küresel organizasyonla devlet şirketleştiriliyor. Demokrasi artık bir kenar süsü haline gelmiş durumda, zaten bütün ülke merkez kapitalist ülkeler de dahil artık hükümetlerin demokrasiyle yönetilmediği, demokrasinin yavaş ve hantal olduğu, herkes Çin'e ve Rusya'ya, Putin'e

özeniyor. Zaten seçimlere merkez kapitalist ülkelerde çok az katılım oluyor. Dolayısıyla demokrasinin artık bir yük haline geldiği, insan haklarının, demokrasi ve insan haklarının kalesi gibi görülen o eski Kıta Avrupa'sının tamamen nitelik değiştirdiğinin farkındayız.

Hükümetler şirketlerin, politikacılar şirketlerin elinde, hükümetlerin kendisi de şirketleşmiş durumda, bu arada da toplumsal konularda neoliberal dönüşümler, sağlık sistemi, başta akademi, hukuk sistemi, eğitim sistemi, hasta askeriye, orduyu da buraya katmak mümkün, hepsinde bir şirketleşme var. Bu işte neoliberalizm, başımıza gelen bu, ama bunun sınırlarına gelindiği, bunun çok ağır sonuçlarının olduğu ve oldukça da başarısız olduğunu biliyoruz. Hem siyasetçiler biliyor, hem de ekonomistler bunu çok iyi tespit etmiş durumdadır.

Bu kitap da çok açıkça söylemese de sağlık meselesinin bir sınıf meselesi olduğunu, doğrudan sınıf kelimesini kullanmıyor belki ama çok net bir şekilde de onu söylüyor. Sağlık bir sınıf meselesi ve sınıfsal sorunu çözmeden sağlıkta da majör bir düzeltme yapmamıza imkân yok. Çünkü saydığımız tüm sağlıkla ilgili sistemler, aslında sorunlar sistemle ilgiliydi. Bir temel, bir yeni bir ekonomi politik toplumda yaratmadan sağlığın ekonomi politikliğini de değiştiremiyoruz. Dolayısıyla iktidarı halka vermeden halkın sağlığını da iyileştirmek mümkün değil. Peki, bu tek başına yeterli olabilir mi? İşte Güney Afrika örneğinde biraz farklı yorumlar var, onun altını çizelim. Sadece sınıf meselesi diye baktığımız ve eksik bıraktığımız yerler var mı? Evet var. Çünkü sağlığın tanımı ülkeden ülkeye çok değişebiliyor. Sağlığın yaşanma biçimi ülkeden ülkeye çok değişebiliyor. Sağlığın bir kültürel ögesi var, bu kültürel öge ülkeden ülkeye çok değişebiliyor. Güney Afrikada baktığımızda ırkçılığın ve sömürünün olduğu coğrafyalarda sağlık meselesinin bundan bağımsız ele alınamayacağını görüyoruz. Bir ülkede, bir coğrafyada sömürü varsa, ırkçılık varsa siz soruna sadece sınıfsal açıdan yaklaştığınızda ve sadece kamusal sağlık hizmeti gibi bir söylemle yola çıktığınızda birtakım talepleri görmezden gelmiş oluyorsunuz. ırkçılık ve sömürü olan coğrafyalarda güç ilişkileri sadece sınıfsal değil, aynı zamanda etnik ve kültürel. Türkiye'nin de bunu dikkate alması gerekir. Mesela, anadilinde sağlık hizmeti alamamak, anadilinde aydınlatılmış onam imzası vermeden ameliyata girmek, bunlar çok normalmiş gibi geliyor pek çok insana, ama öyle değil.

Sömürüye son vermeden insan haysiyeti, kimlik haysiyeti mümkün değil, ama aynı zamanda insan hakları meselesini, demokrasiyi içermeyen bir ekonomik kurtuluş da mümkün değil. Benim bu kitaptan anladığım şey bu, son cümlem de bu olsun. Herkese saygılar sunarım.

Eriş Bilaloğlu

Üç konuşmacımızı da dinlemiş olduk ama bu topluluk halindeyken burada özellikle duyulmasını istediğiniz kısa olmak kaydıyla soru ya da katkılar varsa bence çok iyi olur, zenginleşmiş oluruz. Salondan bir el görüyorum. İlk başta uyarı yapılmıştı, kendinizi tanıtarak başlarsanız kitaplaştırma aşamasında adınızın da yer almasını sağlarız, buyurun.

Hayriye Karaduman

Merhaba, Dokuz Eylül Üniversitesinde araştırma görevlisiyim. Doktora tezimi şehir hastaneleri hakkında yazıyorum. Biliyorsunuz, birçok kişinin de bildiği gibi ters hizmet kuralı yasası dediğimiz, yani hizmete en çok ihtiyacı olanların aslında hizmetten yararlanmadığı bir gerçek var. Kayıhan Hoca da onu zaten sayılarla gösterdi. Özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki bu kadar ihtiyaca rağmen o kadar da aslında hizmetin götürülememesi. Şimdi şehir hastaneleriyle birlikte coğrafi ve ekonomik erişilebilirlik daha da azalacak. Bu tartışmalar yapılıyor. Özellikle bunun daha da özel hastanelere talebi arttıracığını düşünüyor musunuz? Yani devlet hastanesi kapanıyor yakındaki bir yerde, bu ister istemez yakındaki özel hastaneye gitmeyi arttırır mı? Zaten özel hastanelere katkı yapıyoruz ve bu katkının oranı arttırıldı son yıllarda, bununla birlikte aslında daha da fazla bir özel hastane şeyi bekliyor musunuz?

Eriş Bilaloğlu

Teşekkürler. Eğer konuşmacının itirazı olmazsa ben soru ya da katkıları alıp not edeyim, sonra hepsine birden cevap verilsin. Başka? Teşekkürler.

Gülbin Yaşar

Ankara Üniversitesi. Evet, öncelikle herkese teşekkür edeyim. Benim hem sağlık, hem biraz sosyal bilimciyim. İzzet Hocamı da burada yakalamışken biraz daha fazla öngörülerini almak üzere bir soru soracağım. Bize kapitalist sistemin piyasa ekonomisinin liberal ideoloji altında ihtiyaç duyduğunda çok vahşi, ama yine ihtiyaç duyduğunda biraz sosyal boyut da, üç farklı veçhesi şimdiye kadar karşımıza çıktığını söyledi. Ancak 2008 krizinden sonra bir şekilde bir türlü arzu edilemeyen büyüme sorunu var dünyanın, çözülemeyen çevre sorunu var, vesaire. Bu dünyayı da bu şekilde kurgulayan ya da bugündeki eşitsizliklerde çok büyü katkısı olan Dünya Bankası bile eşitsizlik raporları yayınlamaya başladı. İşte çevre ciddi bir şekilde intikam almaya başladı dünyadan, Dünya Sağlık Örgütü, IMF ve Dünya Bankasıyla birlikte hareket etmesine rağmen finansal eşitsizlikler son dönem ön plana çıkarmaya başladı. Evrensel sağlık kapsamının herkese yaymak gerektiği konusunda küresel kampanyaları 7 yıldır yürütüyor. Birleşmiş Milletler gündemine taşımayı başardı. Sorum şudur: Acaba yeni bir birikim rejimine mi ihtiyaç var dünyada ve bu birikim rejimi yine biraz böyle Keynesyen modele doğru mu evrilecek, yoksa doğanın intikamı çok mu sert olacak? İnsanlığın ayakta kalabilmek için, hayatta kalabilmek için yeniden komünal bir birlikteliğe doğru mu sürülecek? Teşekkür ederim.

Şermin Meriç Yapar

Hataydan geliyorum ve tıbbi mikrobiyoloji uzmanı olarak çalışmaktayım. Öncelikle sunumlar için hocalarımıza teşekkür ediyorum. Şimdi biz fakültedeyken iktisat ya da halk sağlığı gibi dersleri çok sevmezdik rakamlarla daha çok haşır neşir olmamak için, ama meslek hayatına başladıktan sonra aslında bunların hayatın özü olduğunu fark etmeye

başladık. İzzettin Hoca da bunu söyledi, ne kadar felsefik boyutu olduğunu bahsetti. Zaman içerisinde fakültelerin biz birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminde mezun olmuştuk ve pratisyen hekim zihniyetiyle aslında, yani pratisyen hekimliğin önemini alarak fakülteden bir şekilde meslek hayatına başlamıştık. Ancak görüyoruz ki artık bu pek geçerli değil, sermayenin büyümesi gibi hizmetler söz konusu. Ancak bunun yanında fakat devlet birinci basamakta işte aile hekimliği sistemini getiriyor. Sanki koruyucu hizmetlere de daha çok önem veriyormuş gibi bir tablo çiziliyor. Aile hekimliği hizmetinin işte ön planda olmasıyla birlikte koruyucu hizmetler diyoruz, ama bunun yanında buna karşılık ya da aşılama, insanlardaki aşılama isteklerinin daha gerilere kaydığını görüyoruz. Akılcı ilaç uygulamalarından bahsediliyor, sürekli telefonlardan uyarılarla akılcı ilaç uygulamalarından söz ediliyor. Eczacılar Birliği Başkanımız belki daha iyi bu konuda bilgi verebilir bize, bunun yanında Kayıhan Hocanın belirttiği gibi yılda 28 kutu ilaç kişi başına düşüyor. O zaman yani bu politikalar, yani bize acaba bir algı değişikliği olsun diye mi yaratılıyor? Bunun içerisinde çıkamıyorum. Yani bir taraftan koruyucu hizmetleri uygulamak istiyormuş gibi bir gösteri, bir reklam, ama sonuçta kapitalist sistemin daha da büyümesine yönelik rakamlardan bahsediyoruz. Bu konuda bir bilgi alabilirsem sevinirim.

Meltem Karpuzcu

İyi günler, ben Abant İzzet Baysal Üniversitesinden geliyorum. Öncelikle öğrenciyim, iş hayatında henüz değilim, ama birçok şeyi sorguluyorum açıkçası, öncelikle sürekli yurtdışındaki politikaları, sistemleri Türkiye'ye getirmeye çalışıyoruz. Eğitimden tut sağlıkta, her anlamda. Özellikle aile hekimliği konusunda kafama takılan birçok soru var. Hep ikinci basamak tedaviye evet, yol açılıyor. Çünkü özel sektör kazansın diye, ama koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek için aile hekimliği uygulamaları getirildi diye düşünüyorum. Fakat bu sistemi getirildiğinde neden olması gerektiği gibi işlemiyor, işlememe sebebi ne? Çünkü amacımız çok hani bir kitaptan bahsetmişti Cem Hocam, oradaki mesela, sistem gibi aslında oluyor. İngiltere'de mesela, bir konuda MR sayılarının çok yüksek olduğunu söylemişlerdi. MR'ların çok yüksek olduğunu söylemişlerdi. MR'ların çok yüksek olmasının sebebinin şu olduğunu düşünüyorum: İngiltere'de aile hekimliklerine gidiyorlar, doktora ulaşmak, cerraha ulaşmak cidden çok zor. Oraya gittiklerinde ameliyat olabilmek için birçok şeyden geçmesi gerekiyor. Önce aile hâkiminin yönlendirmesi gerekiyor, hastanelere gidemiyorlar. Bizim ülkemizde neden sistem uygulanamıyor? Aile hekimliğine gitmiyor mesela, ben kendi adıma örnek vereyim. Aile hekimine gidiyorum, yani hastaneye gitmeyi daha çok yeğlemiyorum. Orada çok fazla bir şey yapılmıyor. Hastaneye gittiğimde doktorlar sürekli MR'a gönderiyor, sürekli tetkikler yapılıyor. Yani çok fazla masraf, hani en ufak rahatsızlıkta bile MR'dan tutunda her türlü tetkik yapılıyor. Biraz burada kendimizi sorgulamamız gerektiğini düşünüyorum, neden kendi politikamızı oluşturmuyoruz, neden sürekli birilerini örnek almak zorundayız?

Hafize Öztürk Türkmen

Tıp etiği uzmanıyım. Her şeyden önce çok harika konuşmalar dinledik bugün, üç ho-

camıza da gönülden teşekkür ediyorum. Cem Hoca özellikle konuşmasında etik uzmanlarıyla ilgili eleştirilerini dile getirdi. Ben de katılıyorum bir etikçi olarak. Aslında bir sorum olmayacak. Söylenenlerin belki sonucunda giderek artan kaygımı paylaşmak istiyorum. Ahlâki bir açmazda olduğunu düşünüyorum sağlık sisteminin, Mooney'in önerdiği birtakım örnekler var. Tıbbi endüstri, üniversite tıp eğitimi ve hekimlik uygulamaları arasındaki kirli ilişkiler gözümüzün önünde, bilimsel araştırmaların nasıl programlandığı, nelere hizmet ettiği hepimizin malumu, bu yetmezmiş gibi neoliberalizmin işte genel olarak uygulama şekilleri var, onların bir yansıması aslında bunlar da, ama son zamanlarda gündeme gelen ve giderek artan bir piyasa oluşturan bilim dışı sağlık uygulamaları da var. Giderek ben biraz endişe duyuyorum. O endişemi paylaşmak istiyorum aslında, yani bir yandan belli çalışmalar var, yürüyen kişiye özgü tedaviler var, öte yandan sülük tedavisi, bu da sınıfsal bir meseledir. Biz nereye doğru yol alacağız? Niteklili sağlık hizmeti üretiminde bir kılavuz oluşturabilecek miyiz? Ciddi endişelerim var sistem böyle giderken, tabii her sistem kendi hukukçusunu oluşturduğu gibi etikçisini de oluşturuyor. Geçmişte hasta haklarının savunucusu olan biyoetik uzmanları şu anda şirketlerin yönetim kurullarında ya da danışmanlıklarında yer alıyorlar. Dolayısıyla sürecin bir parçası olarak kaçınılmaz. Peki Tabip Odaları, dünyanın öteki ülkelerindeki Tabip Birlikleriyle TTB arasındaki farkı yine söyledi Cem Hocam, işte biyoetik uzmanlarından farklı olanları da var. Hâlâ hak savunucusu olanlar da var, ama gidişat hiç de hoş değil. Teşekkür ederim.

Eriş Bilaloğlu

Teşekkürler. Mutlaka şunu söylemem gerekir diyen, söz almak isteyen yoksa, ki yok, şimdi oturumun en zor kısmına geldik. Sizlerin yönelttiği soruları vesile kılarak konuşmacılarımız yeniden bir sunum yapmayacaklar, onu biliyoruz, o nedenle kısa ve sizin sorularınıza aynı zamanda tatminkar cevap vermeye çalışacaklar. İzzettin Hocayla başlayabiliriz, buyurun.

İzzettin Önder

Teşekkür ederim sorular ve açıklamalar için, benim için de çok fazla aydınlandırıcı oldu. Birleştirerek cevap vermek istiyorum, teker teker zaman alacaktır. Değerli dostlar, ya çok açık konuşacağız yahut da yan yollardan gitmeye çalışacağız. Kapitalist sistem piyasa ister, piyasadaysa gelir dağılımı bozuktur, giderek bozulacaktır, nokta. İkincisi, adalet istemez kapitalist sistem, nokta. Dayanışmalılık istemez kapitalist sistem, nokta. Bu çok açıktır, ama bunları kullanır. Aile hekimliğini kullanır, bunlarınkini kullanır. Aile hekimleri hekime gitmede hekim bir şeyin farkında, ben bir tıp hizmeti veriyorum diye belki bir uzman, her neyse, ama o öyle görür kendisini, ama aldığı para ben son bir şey öğrendim, o binanın kirası onlara aitmiş. Devlet onları yıkar onların üzerine, çünkü bir nevi sermaye alanıdır. Dolayısıyla adam da Allah belasını versin der, ama mecburdur da oraya kalmaya, çünkü onlar mecburdur, para kazanacaktır yeni bir alan doğuncaya kadar, şimdi dolayısıyla yan yoldan gitmeyelim, ama dediğim gibi tabii zorlayalım. Bakın, bir tek evet, aşağı yukarı cevap vermiş oldum. Sevgili Hocamın kitabına bakın, bize çok

öğreti sağladı. O kitabı okudum ben de gerçekten, örnekler iyileştikçe komünist sisteme gidiyoruz, sosyalist sisteme gidiyoruz. Örnek verildi, kapitalist sistemde örnekler kötüleşmeye başlıyor. Bu zaten gösteriyor bize, artık bu yan yoldan gitmeyelim, çok açık bir şey. Şimdi mesela, kitabın verdiği örnekler kapitalist yani ekonomik olduğu için belki bizim maliyette okuttuğumuz bir yerdendir. Amaç zaten kapitalist sistemi tabii reddetmeyen, ama yani işte öyle bir dağılım olsun ki en yoksul insanın refah seviyesi en üst düzeye çıksın, ne demektir ben anlamadım. Bunu, anlatabiliyor muyum? Dolayısıyla ikinci bir, birkaç örnek var, onlar da analitik Marksistlerdir. Onların da mantığı şudur: zaten insanların içinde bir iyi doku vardır, bir gün ortaya çıkacaktır. Dolayısıyla bu sistemi iyiye doğru itecektir, ama adam haklı, bunları yapmasa tutunamazdı zaten, o kitaplar yayınlanamazdı zaten, anlatabiliyor muyum? Çok haklı, şimdi sonuncu şu olacak: MR aletleri meselesi var. Çok da doğru, çünkü Tabipler Birliği söyleyecektim, hocalarım biliyor ve eğer yanlısam söylesinler, sadece İstanbul'daki MR aleti, görüntüleme aletleri İngiltere'den fazlamış. O aletleri Siemens yapıyor, bilmem şu yapıyor, Bosch yapıyor, son derece pahalı aletler, teknoloji çok hızlı değişiyor. Bir salak bulması lazım satması için, onun hükümetini bulması lazım satması için, bulmak lazım. Dolayısıyla çok açık, bunları çok açık konuşalım artık, ama mücadelemizi yapalım. Oturalım da bir gün olacak değil, öyle değil, onları istemiyor, ama yan yollara gitmeyelim. Yan yollar, kapitalizmin çok önemli bizi ayarlama mekanizmasıdır, anlatabiliyor muyum? Yan yoldan gitmeyelim.

Sonra şunu söyleyeyim: Stiglitz diye bir adam vardır. Stiglitz post Keynesyen bir iktisatçıdır. Stiglitz'in "Freefall" diye bir kitabı var ve o kitabını Türkçeye de çevirmişiz "Serbest Düşüş" galiba, onun içinde son derece enteresan bir cümle var. O cümle ne der, biliyor musun? "Amerikan ekonomisinin değiştirilebilmesi için iktisat biliminin değiştirilmesi lazımdır" der. Stiglitz bunu niye demiştir? Kendi post Keynesyenci, ama doğru bir teşhis bu. Şimdi birikim rejimi siz fark etmeden ben çok değerli dostum, kızmayacaksınız bana, bir şey söylediniz. Sistem ilerlerken birikim rejimine doğru ilerler, insana doğru ilerlemez. Hakka, hukuka göre ilerlemez. Onun hepsi de tercihini kullanır, ama birikime doğru giderler. Birikime doğru giderken şu anda yeni bir model yok, bir tek çatışma görürsünüz Yaşadıklarımız bana tesadüf değil gibi geliyor. Ancak anlık şeyler maçlarda hani 90 dakikadır, bazı uzatmalar da oynanır, anlık şeylerde gözümüzü kapatmamamız lazım. Sistemdir değerli arkadaşlarım, sistem, nokta. Çok teşekkür ederim.

Kayıhan Pala

Şimdi değerli Hocam o kadar güzel yanıt verdi ki bunun üzerine herhalde susma hakkımı kullansam daha iyi olacak. Sistem konuşması, tartışması yapmadan içinden bir şey çekerek tartışmanın hayatta bir karşılığı olmadığını yıllardır yaşıyoruz, ama yine de birkaç şey söylemeye çalışayım. Bu şehir hastaneleri meselesi yarın çok daha ayrıntılı konuşulacaktır. Sevgili Raşit'i görüyorum burada, sorularınızın yanıtını orada büyük ölçüde alacaksınız, ama bizim şöyle bir gözlemimiz var: Şehrin dışına açılan şehir hastaneleri iki sonucu şimdiden göstermeye başladı. Ben geçen hafta üniversitedeydim, orada da bu tartışıldı. Birincisi, insanların kamu hastanelerine gitme sıklığında bir azalmaya yol açmış. Yani fizik tedavi ünitelerine o fizik tedaviyi almak için belli sürelerle, diyelim ki

on gün içerisinde dört defa gelecek. Gelen hasta sayısı sıklığında bir azalmaya yol açmış. İkincisi de, bilebildiğimiz kamu kurumları şehir içinde kalan bunlar tıp fakültesi olabilir, başka bir devlet hastanesi olabilir, hasta sayısı başvurularında bir artışa yol açmış. Yine geçenlerde bize gelen bir bulgu örneğin, Eskişehir Şehir Hastanesi görece diğer şehir hastanelerine göre daha şehrin içinde kalmış olmasına rağmen yatak doluluk oranını bile sağlayamadığı zamanlar yaşıyor. Dolayısıyla bir yandan insanları önünde sonunda sağlık hizmetine gidecekse özel sektöre bunu zorlayan, öte yandan da kamudan hizmet almanın önüne sizin de söylediğiniz gibi hem finansal, hem de coğrafi olarak bir engel koyan bir yaklaşımdır. Temel olarak kısaca böyle söylemiş olayım.

Diğer sorulara genel olarak baktığımızda, yani Hocamın verdiği yanıt dışında bir şey söylemeyeceğim, ama ek olarak şunu da söyleyeyim: Kapitalizm öldürüyor aynı zamanda, yani bir sürü değişik branşlarda şöyle sonuçlar tartışılıyor: Örneğin, hiç ihtiyacı olmadığı halde katarakt operasyonu geçiren çok sayıda hasta var, ama aramızda şöyle bir şey var: Hastalarla hekimler arasında bir bilgi asimetrisi var. Yani hekimin bilgi birikimi hastada yok. Hasta kendisinde bir sorun tanımladığı zaman hekim bir şey öneriyor. Hastanın yapabileceği en fazla ikinci ya da üçüncü görüş almak, ama bu sistemden beslenenler aynı odak tarafından bir çekim alanındaysa, bir şey fark etmiyor. Önünde sonunda gereksiz operasyonlar, aşırı tedavi gibi bir sürü problem insanların sağlığıyla oynama pahasına karşımıza çıkıyor. Çünkü tek mesele var: Daha fazla kâr. Daha fazla kâr için yapmayacakları şey olmayan, bu yüzden de ilaç endüstrisine bunlar dünyanın en önemli suç endüstrisidir silah endüstrisiyle birlikte diye tanımlatan bir sistem içerisindeyiz. Dolayısıyla konuşmamı bitirirken söylediğim sözü tekrar edeyim: Sistem meselesidir aynen, yani sistemi değiştirmedikçe bu sorunlarla baş etme olanağımız giderek azalıyor.

Cem Terzi

Bana doğrudan bir soru yoktu aslında, eğer bir atladığım bir bölüm var. Benim çünkü konuşmamın ismi "Gavin Mooney'in Anısı" var ya, onun anısını iyi değerlendirmekle ilgili, küresel iklim kriziyle ilgili bir bölüm de yazmış. Birlikte öldürüldüğü, katledildiği eşi de iklim çalışmaları yapan bir ilim kadını, muhtemelen onunla olan etkileşimiyle alakalı olarak orada çok enteresan bir şeyi vurguluyor. Bu kuzeygüney, yani kuzey ülkeleri varsıl, kuzey yarımkürenin varsıl, zengin ülkeler işte merkez kapitalist ülkeler Amerika, Kanada, Avrupa ülkeleri, AB ülkelerinin yoksul güneye karşı bir ekolojik borcu olduğu, yani doğanın talanı, yıllardır doğanın sömürüsü, işte emisyon miktarları dahil olmak üzere bir hesap yapıldığında ekonomist olarak, yani neoliberalizmin baskısından kurtulmuş gerçek iktisatçılar aslında böyle bir çalışma yapsalar kuzeyin güneye ciddi bir ekolojik borcu olduğunu hesaplıyor. Hani bırakın güneyden kuzeye para transferi işte borçla IMF, Dünya Bankasının borçlandığı olduğu, tam tersinin geçerli olması gerekirdi ve şu anda ödeme zamanı varsıl kuzey ülkeleri ekolojik borç kapsamı altında Birleşmiş Milletler gözetiminde güneye para ödemesi gerektiğini anlatan da bir bölüm var. O da benim çok ilgimi çekmişti ve hoşuma gitmişti. Radikal, devrimci bir bakış açısı hem küresel krizin altını çizen, hem de ekolojik borç kavramını karşımıza getiren son derece güncel olan bir bölüm.

İzzettin Önder

Yani kapitalizmin ahlâk ve Sevgili Hocamın söylediği müsaade ederse ileri ülkeler yatırımlarını Afrika'da geri ülkelerde yapıyor ve kirlilik oradan yayılıyor, o ülkenin hanesine giriyor, ama mesela Amerika'nın ve İngiltere'nin hanesine girmiyor, anlatabiliyor muyum? Ve kirlenme hakkını satın alabiliyorlar, yani yoksul bir kişi üretemeyince ver parasını, al hakkını, o zaman onlar kirleniyor. Böyle bir ahlâk olabilir mi sevgili arkadaşlar? Yani onun için biz bunları çok iyi, yani ben düşünüyorum, kusura bakmayın.

Eriş Bilaloğlu

Evet, ilk oturumu makul bir sürede tamamlamak üzereyiz. Biriki paragrafla çok da gerek yok belki, ama özetlemeye çalışıp toparlayıp kapatalım. Ne dedi üç konuşmacımız ve aslında siz katılımcılar da söz alarak? Hocamız ilk başta sistem diye başladı. Aslında sistem diye de bitirdi. Bunun içerisinde bir değerlendirilmenin yürütülüyor olduğunu söyleyip 8. Kongrenin yapılmaması çağrısı çıkarttı. Dedi ki bu koşullarda sağlık çalışanlarının sağlığı mümkün değildir, bir çözüm de bulamazsınız. Bunu unutmamanızı tavsiye ederek çabalara devam edeceğiz tabii. İkinci olarak Kayıhan arkadaşımız sağlığın ekonomi politiği dediğimiz çerçevenin unsurları olan sağlığın finansmanından hizmet sunumuna ilişkin öne çıkmış kimi rakamları bize aktararak sağlığın ekonomi politiğinin Türkiye ölçeğindeki seyrine ve bugünkü noktasına vurgu yaptı. Sağlık alanında vatan-daştan toplanan paranın sağlık alanında nereden alınıp nereye aktarıldığını ve seyrinin ne olduğunu gösterdi. Bunun acı sonuçlarını da çok dramatik ben bilmiyordum bir rakamla karşımıza koydu. Biz bebek ölüm hızı deyince bildiğim kadarıyla binde diye konuşuyorduk, değil mi? Binde rakamlardan konuşuyoruz, ama mevsimlik tarım işçileri için yüzdeyi konuşabilir durumdaymışız. Eşitsizlik diyoruz, ama eşitsizliğin de bir sınırı vardır diye konuşabiliriz. Binde onlar olan Türkiye ortalamasında binde 167 bebek ölüm hızı olan bir gruptan bahsediyoruz. Son konuşmacı Cem Terzi arkadaşımız da "Uluslararası Sağlığı" kitabı üzerinden aktarımın yanı sıra çözüme, değiştirebilir miyiz?'e ilişkin de bir değerlendirme yapmış oldu.

Son olarak söylenenlere tümüyle katılarak bir vurgu yapmak isterim. Kitapta da diyor "neoliberalizm öldürür", biz de sistem ve kapitalizm öldürür dedik, ama kimi zaman bu sistem kapitalizm, neoliberalizm lafları soyut kalabiliyor. Eğer soyut değil somut özneyle konuşacaksak can alan öznelere, yani sermayeyi ve sermayenin yanında tutum alanları gösteren bir tutumla bir mücadele yürüterek gerçekten sağlık çalışanlarının sağlığını koruyan bir mücadele öyküsü başlatmış, sürdürmüş ve yaratmış oluruz. Hepinize teşekkür ediyorum.

SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı:

Vedat Bulut

Ankara Tabip Odası

Tıp Eğitiminde Nitelik Değerlendirmesi

İskender Sayek

Türk Tabipleri Birliği Eğitim Kolu

Özelde Ve Kamuda Çalışan Eczacıların İş Sağlığı Ve Güvenliği Sorunları

Betül Can

Türk Eczacıları Birliği

HIV Pozitif Hastalara Yaklaşım

Hazal Hartavi

Pozitif Yaşam Derneği

SÖZEL BİLDİRİLER

Vedat Bulut

Oturum Başkanı, Ankara Tabip Odası

İskender Hocam genel cerrahi eğitimi yaptı, 81’de doçent, 88’de profesör oldu ve 16 yıl boyunca genel cerrahi anabilim dalı başkanlığı yaptı. İskender Hocayla ilgili söyleyebileceğim en önemli şey Hacettepe Üniversitesinden mezun olup cerrahi branşları seçmiş olan hemen hemen herkes de sizi örnek almada cerrahi seçme özelliğini izledim, dinledim. Çok sevilen bir öğretim üyesi, şu anda tabii emekli olduktan sonra eğitimle ilgili faaliyetleri devam ediyor. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) Yönetim Kurulu başkanı, Türkiye’deki tıp fakültelerinde eğitimin standardizasyonu, akreditasyonu ile ilgili çalışmalar yürütüyor. 2009 yılında “Temel Cerrahi” kitabının da editörü, ben İskender Hocamı bugün sunmaktan büyük bir onur duyuyorum. Tıp eğitiminin niteliğini bizlere anlatacak.

TIP EĞİTİMİNDE NİTELİK DEĞERLENDİRMESİ

İskender Sayek

Türk Tabipleri Birliği Eğitim Kolu

Teşekkür ederim Sayın Başkan güzel sözleriniz için. Ben Düzenleme Kuruluna da özel teşekkür ediyorum nazik davetlerinden dolayı ve konuyu böyle bir kongreye açtıkları için de çok değerli buluyorum. Çünkü işin temeli eğitim, tıp eğitiminin aslında orada tıp kelimesi var, ama ben onu sağlık eğitimi diye değiştirmek istiyorum. Hepsini kapsayan söyleyeceğim her şey aslında sağlık alanının eğitiminin tümüyle ilgili, ben hekim olduğum için biraz tıp eğitimi ön planda, ama oradan tıp kelimesini çıkartıp sadece eğitim diye konuşmaya devam edebilirim.

Eğitimin niteliği çok önemli, hele sağlıkla ilgili mesleklerdeki eğitimin önemi doğrudan insan yaşamı ve toplumu ilgilendirdiği için nitelik daha da önem kazanıyor diye düşünüyorum. Bizim bu niteliği korumaya yönelik çalışmamız, mutlaka çalışmamız lazım ve biz kendi mesleğimiz adına bu niteliğe sahip çıkmazsak ondan da etkilenecek olan bizleriz. Onun için gerçekten çok önemli olduğunu düşünüyorum. Ben kısaca tıp eğitiminin geneli, standardizasyon kavramları, tanımlamalar, eş yetkilendirme, ben akreditasyona eş yetkilendirme diyorum çünkü Öztürkçesi bu diye düşünüyorum. Dün de tesadüfen bir toplantıdaydım. Birisi akreditasyonun tanımını yaparken yetkilendirme diye bir kelime kullandı. Çok hoşuma gitti. Demek ki karşılığı var diye düşündüm, ama henüz çok yaygınlaşmış bir şey değil, onun için eşyetkilendirme dersem akreditasyonu kastettiğimi lütfen anlayın ve de Türkiye'den bu süreci sizlerle paylaşmak istiyorum.

Tıp eğitimi veya sağlık eğitimi birçok komponenti içeren bir eğitim ve de en önemlisi komponentler arası etkileşim çok fazla, ama son yıllardaki değişimle o komponentler arasındaki sınırlar da giderek kalkıyor. Daha çok gri zon haline geliyor, onun için işimizi daha da zorlaştırıyor diye düşünüyorum ben eğitimle ilgili olarak ve programın tümü komponentlerin toplamından fazla, ben bunu bir buluta benzetiyorum aslında, çok şimdi web ortamında bu icloudlar filan dolaşılıyor ya, bu da bulut gibi karşımıza gelecek eğitim konusu, sağlıkta eğitim ve bunun da değerlendirilmesi, özellikle nitelik açısından değerlendirilmesi de bütüncül bir yaklaşımı gerektiriyor. Sadece bir alanı değerlendirme yeterli değil, alanın tümünü birlikte değerlendirmek önemli diye düşünüyorum. Aksi takdirde bir yararı olmayacak bir süreç.

Bugün tıp eğitimiyle ilgili veya sağlık eğitimiyle ilgili düşünülen uluslararası düzeyde

reform odağı bence tıp eğitiminin gelecekteki değişimini tanımlayan bir düzeyde ve tıp eğitiminin toplumların sağlık gereksinimini karşılamaya duyarlı olması gerektiği yönünde bir eğilim var. Yani tıp fakülteleri daha farklı bir rolü üstlenmek zorunda, burada özellikle toplum sağlığını, toplumsal, sosyal sorumlulukları ön plana çıkaran bir eğitim tanımlanıyor. Dolayısıyla sağlıkla ilgili tüm alanlar için sosyal sorumluluk, farklı düzeylerde bu fakültelerin mezunlarına bir yetkinlik olarak kazandırılması gereken bir alan olarak karşımızda duruyor. Bu da sağlık hizmet sunumunu farklı bir boyuta taşıyacak ve teknolojinin bağımlılığına daha çok insani değerlerin ön plana çıkacağı bir yönetime doğru götürecektir diye düşünüyorum.

Benim bu slaytım aslında klasik bir slayttır. Tıp eğitiminin temel felsefesini yaşam boyu bir eğitim olmasıyla tanımlayan emekliliğe kadar süren bir eğitim diye tanımlardım ama ben emekli olduktan sonra bu eğitimin devam ettiğinin farkına vardım. Bir şekilde ilgiliniyorsanız o eğitim devam ediyor. Yalnız amacında bir değişiklik yaptım. Bu özellikle sosyal sorumluluk kavramı üzerinden sabah da çok güzel konuşmalarda sık sık belirlendi, söylendi: Sağlık belirleyicileri. Sağlıkın sosyal, ekonomik, politik, kültürel ne dersiniz deyin belirleyicilerinin bugün hekimliğin veya sağlık hizmet sunumunun bence en önemli yetkinliği veya alanı olacak şekilde ilerliyor. Dolayısıyla bizlerin bir sağlık hizmet sunucusu olarak herkesin sağlık merceği üzerinde çalışarak hizmet sunduğumuz toplumu daha sağlıklı yaratacak bir birey olarak çalışmamız lazım. Dolayısıyla burada birey kelimesini ben kişi olarak söylüyorum bunu, ama daha çok toplum karşımızda, onun sağlığını koruyan bir eğitim. İyi eğitilme kavramı tabii farklı bir süreç olarak tanımlanabilir.

Tıp eğitiminin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili Dünya Tıp Eğitimi Federasyonunun 5 temel önerisi olan, bunlardan bir tanesi bence çok hakikaten önemli veya benim daha çok ilgimi çeken, onu da ilk sıraya yazdım: Mezunların toplum gereksinimlerini, beklentilerini karşılaması gibi bir yapılandırmadan söz ediliyor. Sonuncusu olarak da düşündüğümüz zaman değişen sağlık uygulamalarında uyumunu sağlama diye yine sosyal sorumlulukları ön plana çıkaran bir hedef olarak karşımızda duruyor, ama bunun yanı sıra bilgi ve teknoloji gelişmelerinin üstesinden gelebilme, genç arkadaşlarımdan bunun üstesinden benden daha kolay gelececeklerini biliyorum. Çünkü yeni teknolojiyi kullanmak ayrı bir yetkinlik gerektiriyor, ama karşımızda da böyle bir sorun var diye düşünüyorum. Yaşam boyu öğrenmeyi sağlamak ve gelişen bilişim teknolojilerinin kullanımını da öğrenmemiz son derece önemli.

Tıp eğitiminin bugün karşısında çok önemli tehditler var veya sağlık eğitimi diyeyim. Bunların bir kısmı iç tehditler, bir kısmı dış tehditler. İç tehditleri biz bir nebze de olsa kontrol edebilir veya değiştirebiliriz, ama dış tehditleri ortadan kaldırmak çok kolay değil. Dış tehditler arasında en önemlilerinden bir tanesi bilginin çok hızlı aktığı ve özellikle de bilgi yarı ömrünün giderek kısaldığı bir döneme gidiyoruz. 2015 yılında tıpta veya sağlık alanında muhtemelen o da aynı şeye girer 3.5 yıl gibi bir yarı ömrü var. 2020 için yapılan projeksiyon tıpta yarı ömrünün 0.2'yi bulacak. Çok ürkütücü, 73 günde 1 bilginin yarısı yanlış olabilir. Yanlış olacak demiyorum, ama değişebilir demek. Tabii

en büyük sıkıntı da hangi yarının değişeceğini bilmiyoruz. O nedendir ki bence daha ön plana çıkıyor burada ve eğitimin niteliğini doğrudan etkileyen bu tehditleri ortadan kaldıran mekanizmaları bizim kullanmamız lazım. Bu da bugün eş yetkilendirme dediğimiz bir araçla veya akreditasyonla ortadan kaldırılabilir gibi görünüyor. Yani niteliği iyileştireceğiz eş yetkilendirmeye, tabii böylece tehditlerin etkisini daha minimal bir düzeye indirmeye çalışacağız.

Evrensel olarak bugün tıp eğitiminde çok önemli farklılıklar var dünyada, bir sağlık uygulama ehliyetindeki farklılıklar, bölgesel ve kültürel farklılıklar, sağlık mesleğinde artan bir küreselleşme, göç eden hekim sayısının sınır ötesi eğitim sağlayıcılarında bir artış ve tıp fakültelerinin sayısının giderek kontrolsüz bir şekilde artması. Tıp fakülteleri sayılarının artması gerçekten niteliği doğrudan etkileyen bir kavram diye düşünüyorum. Çünkü insan gücü belli bir oranda artmadan siz fakülteleri arttırmaya kalkarsanız eğitimin niteliğini doğrudan etkilersiniz diye düşünüyorum. Tüm bunlar eğitimin niteliğini değerlendirme adına belli standartların, belli ölçütlerin ortaya konulması gerektiğini ve bunun adil, şeffaf, etkin bir değerlendirmeyle yapılması gerektiğini ortaya koyuyor. Onun için bunun sonucunu bizim ortaya koymamız lazım ve bugün dünyada tıp eğitimi niteliği doğrudan sağlık hizmetinin sunumunun niteliğini, yani biz eğer iyi eğitim vermezsek sağlık hizmeti sunumu olumsuz etkilenir, etkileniyorda. Bunun için de evrensel olarak bakıldığında bir standardizasyon kavramı gündeme getirilmiş. 1910 yılında Amerika'da Flexner bütün tıp fakültelerini gezerek bir rapor hazırlamış ve tıp eğitiminin o dönemde standardizasyonu yönünde bazı önerilerde bulunmuş. Daha sonra Avrupa Birliğinde harmonizasyon kavramı gündeme gelmiş ve bugün de yaklaşık olarak 6070 yıl kadar önce Amerika'da yine başlayan Amerikan Tabipler Birliğinin başlattığı bu akreditasyon ve eş yetkinliği, bunlar tıp eğitiminin yaşamına girmiş. Hatta Dünya Tabipler Birliği geçen yıl 2017'de bir deklarasyonunda ulusal birliklerin ulusal ve bölgesel eş yetkilendirmenin geliştirilmesini, desteklenmesini öneriyor. Tüm dünya kuruluşlarına diyor ki: "Siz de bölgesel olarak bu süreçlere destek verin niteliği iyileştirme adına" bunun tanımına baktığımız zaman birçok tanım var. İngilizce o gördüğümüz slaytlar, ama benim sevdiğim bir tanım Boulet ve Van Zanten'nin, tanımlanmış bir kuruluşun eğitim programı ya da kurulu tanımlanmış standartlar, kriterlerle periyodik olarak değerlendirilmesi diye tanımlıyor. Yani burada dikkatinizi çekmek istediğim birkaç başlık var: 1. Standartlar var, 2. Periyodik değerlendirme var. Yani bu bir defa değerlendirmeyle değil, sürekli bir değerlendirmeyi gerektiren süreç ve de değerlendirme diyelim, denetleme demeyeyim. Bu süreç denetleme süreci gibidir. Hiç kimse gelip oraya bir polisiye bir şeyden geçirip denetleme yapmıyor bu akreditasyon sürecinde, tamamen bir değerlendirme yapıp o değerlendirmenin sonucunda çıkan raporun önerilerle birlikte kuruma sunulması şeklinde değerlendirilebilir. Bu süreç görülebilir bir süreç, ama belli bir zaman içerisinde ben toplumsal baskı diyorum, mahalle baskısı aslında, zorunlu bir süreç geçiyor. Bu baskıyı yaratanlar da en çok yaratan grup öğrenciler, daha iyi bir eğitim alma adına öğrenciler kendi eğitim programlarının bir şekilde değerlendirilmesini istiyor. Bir dış değerlendirme süreci, yani bağımsız bir kuruluş, dışarıdan birileri geliyor, başka bir gözle eğitim programını değerlendiriyor. Standartların belirlenmiş olması lazım, kuruluşun tanımlanmış ve onaylanmış bir kuruluş olması lazım, bağımsız olması lazım, yani

politika yapıcılardan farklı bir kuruluşun olması lazım. Bir devlet kurumu yetki verdiği bir fakülteye gidip eğitim programını akredite edemez. Ona siz akredite değilsiniz mi diyecek kendi kurduğu bir kuruma? Mümkün değil, dolayısıyla onun dışında bir kuruluşun bunu yapması ve nitelik geliştirmede ortak tema olarak görülüyor.

Özetle akreditasyon veya eş yetkilendirme belli standartlar kullanarak, araç olarak kullanılarak standartları program hedeflendirme kazanımlarını karşılama sürecinin değerlendirilmesi, nitelik geliştirme sağlanması ve programın güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya konulmasını sağlar. Eş yetkilendirme aslında eğitim kurumlarıyla toplum arasında bir sözleşmedir ve sürekli nitelik geliştirmek için bir araç bulmak durumundadır. Benim tanımlamam bu, bu süreç gerçekten eğitim ve öğreten bir süreç, yani hem bu değerlendirmeyi yapanlar, hem de değerlendirmeden geçenler bu süreçten hem öğreniyor, hem de eğitiliyor. Karşılıklı bir etkileşim söz konusu, iyi uygulama örnekleri ortaya çıkıyor. Kimin ne yaptığı ortaya çıkıyor şeffaf bir şekilde ve bunlar açıklanıyor.

Eğitimle ilgili bir güvence verme aracı sağlık hizmet sunumunun niteliğini doğrudan etkileyen bir gelişme, bir süreç diye tanımlanmaktadır. Kurumsal gelişmeyi teşvik ediyor, uygun öğrenme ortamını sağlıyor ve sağlık hizmet niteliğini bu şekilde etkiliyor diye düşünülmektedir. Bu standartlar ulusal veya uluslararası standartlar olabilir, her alanın kendine göre standartları var. Bunlar tıpla ilgili standartlar, Amerika'da LCME'in standartları, İngiltere'de GMC'nin, Türkiye'de UTEAK standartları veya TEPDAD'ın standartları ulusal tıp eğitim akreditasyon kurulu mezuniyet öncesi tıp eğitimi standartları, uluslararası standartlar olarak da Dünya Tıp Eğitim Federasyonu standartları görülmektedir. Tabii bunların hepsi bu nitelik değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ana ülkenin koşullarına uygun olması açısından ulusal veya yerel standartlar kullanması daha önemli ve daha anlamlı, bazı koşullar çünkü uygun olmayabilir. Örneğin dünya tıp eğitimi federasyon standartlarını biz Türkiye'ye uyguladığımız zaman bizim standartların onların çok ötesinde şeyler yokladığımızı gördük. Burada tabii Türkiye'ye özgün bir standartların tanımlanması nedeniyledir. Süreç olarak bunun algılanması çok önemli ve eğitim ve niteliği, güvencesi, değişimin anahtarı ve yetkin hekim yetiştirmenin güvencesi akreditasyon ve sosyal güvenilirlik ve sosyal hesap verebilirlik kavramlarını da destekleyen bir kavram. Bunun süreç olarak algılanmasında tabii sonuç olarak yine sabah sürdürülebilirlikten söz edildi. Niteliğin iyileştirilmesinin sürdürülmesi çok önemli ve de sürekli bir değerlendirme ve gelişim önemli. Yani kesitsel bir değerlendirmeyle, kesitsel bir iyileştirmeyle iş bitmiyor. Sürekli biçimde bunun büyütülmesi lazım.

Benim gördüğüm yararları aslında yine düşündüğüm şey çapraz fonlama dediğim, yani iyi uygulamaların ortaya konulmasıyla diğer kurumların o iyi uygulamaları alıp uygulamasını sağlayan bir araç olarak kullanılması bence en önemli yarar. Tabii kuruma verdiği bir prestij var, eğitim niteliğinin iyileştirilmesi olarak kurum kültürü oluşturulması gibi bir hedefi var, yararı var, kurum derecelendirilmesi gibi bir şey var, ama ben onun çok gerekli olmadığına inanan kişiyim. O ikincil bir kazanım diye düşünüyorum, ama hiçbir değeri yok. Bileşenlerine baktığımız zaman burada üç temel bileşen: Eğiticiler, eğitilenler ve eğitim kurumu ve eğitim programı. Yalnız bu üç temel bileşenin yanı sıra toplum bu-

rada en önemli bileşendir. Çünkü sonuçta en çok etkilenen toplumdur. Dolayısıyla toplum yararı biraz önce söylediğim o sosyal güvenilirlik veya hesap verebilirlik kavramıyla toplumun neresinden karşılanması bu sürecin en önemli kazanımı olarak görülüyor. Bütünüleyici bir değerlendirme taşıyor ve nitelik geliştirme süreçlerini kapsıyor. Yapılan iş bu bileşenlerin tümünün değerlendirilmesi, önce bir öz değerlendirme raporuyla programın kendisini değerlendirmesi, arkasından da bir dış değerlendirme ekibiyle program, kurumun değerlendirilerek bir sonucun değerlendirilmesi şeklinde ortaya konuluyor. Eğitimcilerle ilgili niceliksel ve niteliksel değerlendirmeler, yetkinlik değerlendirmeleri, eğitilenlerle ilgili eğitim süreçleri, kazanımlar öğrencilerin, o eğitimin sonucunda neleleri kazanacaklar, bunların düzeyi, ölçme değerlendirme yöntemleri, eğitim kurumlarıyla ilgili olarak eğitim hedeflerinin tanımlanması, bilgi, beceri ve tutum açısından, ÇEP'le uyumluluğu, Çekirdek Eğitim Programıyla uyumluluğu, uygulama etkinliği, altyapı olanakları ve yeterlilikleri, hizmet araştırma olanakları ve eğitimle ilişkisi ve bunun dengesi araştırılan önemli başlıklar olarak görülüyor.

Bu süreç bir dış değerlendirmeyle başlayan ve iç kurum ziyaretiyle tamamlanan, sonunda bir raporun ortaya çıktığı ve kurumun bunu kendi sürekli geliştirmek için kullanacağı bir araç olarak karşımızda. Türkiye'ye buna niye ihtiyaç vardı diye düşünebilirsiniz. Tıp eğitimiyle ilgili olarak söylüyorum, ama bütün alanlar için söylenebilir. Dış hekimliğinde aynıdır, eczacılık aynıdır, sağlık birimleri aynı, hemşirelik aynı, bunların hepsinde bugün Türkiye'de bence en önemli farklılık olarak da bu kurumların kontrolsüz açılması ve altyapı olanaklar ve insan gücü farklılıkları, böyle bir değerlendirmeyi Türkiye'de de önemli buluyor ve düşünüyorum. Onun için bir çalışmalar yapılmış, 2008 yılında UTEAK'ın kurulmasından sonra standartlar belirlenmiş, 2010 yılında eş yetkilendirme başlamış, 2010 yılında tekrar YÖK'ün önerisiyle dernek haline getirilmiş, bağımsız bir proje haline getirilmiş. Çünkü UTEAK ilk kurulduğunda Dekanlar Konseyine bağlı bir kuruluş olarak çalışmasını yaptı. Bugün TEPEAD tamamen bağımsız ve içinde meslek örgütünün temsil edildiği, toplumun temsil edildiği, öğrencilerin temsil edildiği bir kurumdur. Yani bileşenlerin tümünün temsiliyeti söz konusu TEPEAD içerisinde, 2011 yılında YÖK tanıdı ve bugün 5 yıllık tescil belgesi olan Türkiye'deki iki kuruluştan bir tanesi, 2013 yılında biz Dünya Tıp Eğitim Federasyonuna başvurduk ve değerlendirmelerini istedik. Onlar da bizi değerlendirdiler ve 10 yıllığına akredite ettiler. Bu da bize uluslararası tanınırlığı sağlamış durumda, bu dönem içerisinde ulusal standartlarımızı belirledik dedim. Ulusal standartlarımız 9 ana başlıkta ve bu ana başlıkların altında alt başlıklar, alt başlıkların altında temel standartlar ve gelişim standartları var. 63 tane temel standart ve 29 tane de gelişim standardı var. Öncekinde 44'e 48'di, böyle bir değişimle bugün standartların çoğunu temel standart haline getirmiş durumdayız. Temel standartlar mutlaka olması gereken standartlar, gelişim standartlarıysa niteliği arttırmaya yönelik olan standartlardır. TEPEAD bir tıp fakültesi mezununun temel eğitimini tanımlamış durumda, iyi bir profesyonel sağlık savunucusu, ekip üyesi, sağlık danışmanı özellikle toplum için, yönetici ve lider, bilim insanı ve iletişimci hekim yetkinliğine sahip olması gerektiğini temel nitelikler olarak tanımlamıştır. Tıp fakültesine öğrenci alınması için minimum kriterleri belirlemiş durumda, yalnız bunu tabii belirleyici bir kurul değildir TEPEAD, YÖK belirliyor, ama bizim öneri olarak öyle bir şeyimiz var. Bugüne kadar 36 program

tam akreditasyon almıştır, Lübnan'da da iki programı akredite ettik uluslararası uzantı olarak, körfez ülkelerinde de akreditasyona başlamış durumdayız. Bu şekilde Türkiye'nin dışına da akreditasyonu taşıyoruz bu bölgeye, web sayfamızda bunlar ilan ediliyor ve alfabetik sırayla gidiyor. Burada bir R harfini görüyorsunuz. İki yıldır akredite olan tıp fakültelerine gönderdiğimiz raporları bu web sayfasında yayınlıyoruz. Yani isteyen girip o fakülteye biz neler önermişiz, fakültenin durumu nedir, sayfanın içinde görebilir. Bu çok önemli, yani bir kamunun farkına varması, öğrencilerin farkına varması bunda önemli bir süreç olarak değerlendirilir. Türkiye'de bir yol haritamız, Türkiye'de tabii çok tıp fakültesi var. Onun için Türkiye'nin her tarafına oklar gitmiş durumda, sayıyı belirttim mi belirtmeyeyim mi bilmiyorum, ama her belirttiğim gün yeni bir tıp fakültesinin açıldığını görüyorum. Onun için de üzülüyorum. Son rakam 114. Bu arada 104 000 km yol kat ettik bu süreçte fiili olarak. Ziyaret ekibe eğitimler yapıldı, bilimsel toplantılar yapıldı ve Türkiye sosyal güvenilirlik kavramını tıp eğitimine getirmek için belirleyiciler tanımlandı. Bu belirleyiciler geçen ay bütün tıp fakültelerine gönderildi. Bir yine Türk Tabipler Birliğinden de temsiliyetle hazırlanan bu belirleyiciler 5 ana temada toplandı. Toplumun sağlık gereksinimlerine odaklanma, sağlık hizmet sunumu, kurumsal yapı ve önemi, tıp eğitim programları ve yürütülmesi ve sosyal güvenlik hesap verebilirliğin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi diye 63 önerme, yani tıp fakültelerine kılavuzluk yapacak bir önerme dizisi bugün mevcut. Her alanın kendine göre bunu düzenlemesini son derece önemli olduğunu düşünüyorum sağlık hakkı, çünkü bu herkesi ilgilendiren bir süreç olarak görülüyor.

Akreditasyonun temel felsefesi amaç ve hedeflere bağlılık, akademik özgürlük, kurumsal kültür oluşturma ve bağımsızlık üzerine inşa edilen bir öz düzenleme ve akran değerlendirmesi, bunlar temele güçlü bir çimento olarak sosyal güvenlik hesap verilebilirliğine ekliyorum. Yani bir tıp fakültesi yetiştireceği hekimin, o hekimin çalışacağı toplumu daha iyi tanıyan, toplumun sağlık sorunlarını daha iyi bilen, onları değiştirecek bir hekim yaratma konusu, yani değişim yapan hekim diyorum ben buna, aslında biraz ileri giderek de devrim yapan hekim diye tanımlıyorum. Özetle eş yetkilendirme, kurumsal kültür oluşturma ve iyileşme sağlama, sürekli gelişimi geliştirme ve sürekli nitelik geliştirme ve tıp eğitim niteliğini geliştirme daha iyi bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan bir süreçtir. Bizim sağlık eğitimimizi yeniden tasarlamamız gerekir diye düşünüyorum ve fildişi kulesinden, hayal dünyasından eğitimin gerçek paydaşı olan, gerçek bileşeni olan toplumu eğitimin içerisine katmamız sağlıkta eğitim niteliğini doğrudan etkileyecek bir süreçtir diye düşünüyorum ve teşekkür ediyorum.

Vedat Bulut

Değerli Hocama çok teşekkür ediyorum. Şimdi ikinci konuşmacımız daha önce biz Türk Eczacılar Birliğiyle Kamuda Çalışan Eczacılar Çalıştayına katılmıştı, kendisi Türk Eczacılar Birliğinde çalışan eczacı Betül Can'ı kürsüye davet ediyorum. "Özelde ve Kamuda Çalışan Eczanelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunu"nu bizlere bir sözel bildiri olarak sunacak.

ÖZELDE VE KAMUDA ÇALIŞAN ECZACILARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUNLARI

Betül Can

Türk Eczacıları Birliği

Öncelikle teşekkür ediyorum. Ben Türk Eczacıları Birliğinde çalışıyorum kendim koordinasyon uzmanı olarak, bunun yanı sıra yaklaşık 3 yıldır da Kamuda Çalışan ve Eczanesi Olmayan Eczacılar Komisyonunun sekreteryasını yürütüyorum. Bu kongrede konuşmacı olarak yer alıyor olmak benim için büyük bir onur, bunu da belirtmeden geçmek istemiyorum. Bununla birlikte Sayın İskender Hocam çok güzel değindi tıp fakültelelerinin eğitiminin içeriğinin netleştirilmesi, akredite edilmesi konusuna, aslında benim konuşacağım konunun çok uzağında, ama kapatılan Anadolu öğretmen liselerinin son mezunlarından biri olarak belki, belki de bir ucu bize de dokunduğu için Eczacılık Fakültesinde olduğum için Hocama katıldığımı belirtmek istiyorum. Hani bu konuda bizim de bir yaramız var, maalesef 114 tane dedi Hocam tıp fakültesi, bizim de şu anda artık açık olarak bunlar 50 tane eczacılık fakültemiz var. Şu an hepsi öğrenci almıyor, ama aldığı anda, yani şu an 2 000'e yakın mezun veriyoruz, ama tüm fakülteler eczacı öğrenci almaya başladığında kontrolsüz bir şekilde kontenjan da arttığı için bunun yaklaşık olarak iki katının yükseleceğine yönelik bir öngörümüz de var. Hocamın özellikle üzerine basa basa değindiği gibi açılacak olan fakültelerden mezun olan kişilerin net bir eğitim etkinliğinin olması, yetkinliklerinin ortak olması ve nitelikli olması maalesef sağlanamıyor. Çünkü bir fakültenin, sağlık alanında herhangi bir fakültenin ya da başka bir alanda da açılması için işte bu alanda gerçekten bu kişiye ihtiyaç var mı ya da açılacak olan yerde gerçekten en azından fiziksel koşullar var mı, binası var mı, laboratuvarı var mı, bunlar dahi sorgulanmadan açıldığı için ve buradan mezun olan insanlar, insanlara dokunan sağlık hizmetinin ilk etkileşim noktasında olduğu için bizim için aslında önemli, ama sanırım fakültenin açılması esnasında bununla ilgili bir net duruş sergileyemiyoruz belki de amaca yönelik olamadığı için, yine bizde bazen bunun gibi çalışmamız da var. Bizim de ECZAKDER diye akreditasyon Derneğimiz var. 50 tane eczacılık fakültemiz var, ama akredite olan 12 tane eczacılık fakültemiz var. Belki şeyi yapmak değil aslında Hocam, daha baskın olup hani açılmadan bunlara belli bir standart koyabilmek lazım aslında, ama maalesef bizim elimizde değil. O yüzden çok üzülerek hani buna bir çözüm bulunması gerektiğini, kanayan yara olduğuna bir kere daha değinmek istedim.

Kusura bakmayın, süreden de çalışıyorum, aslında konudan da çalışıyorum, ama asıl konumuza gelecek olursak ben aslında bugün sizlere özelde ve kamuda çalışan eczacıların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki sorunlarına değineceğim. Bunun çıkış noktası da biraz

Hocamın söylediği gibi bizim nisan ayı içerisinde yapmış olduğumuz Kamuda Çalışan ve Eczanesi Olmayan Eczacılar Çalıştayı ki Çalıştayımızın konusu iş sağlığımız ve güvenliğimizdi. Bizim için büyük bir çalışma alanı olarak devam edecek gelen günlerde, şöyle ki normalde sağlığı hepimizin bildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü hasta olmama ya da sakat olmamak değil de ruh, beden ve sosyal olarak bir genel iyilik hali olarak tanımlıyor, ama biz baktığımızda şu anda kendimiz bir bedeni sağlık durumumuzu bile çalıştığımız ortamlarda sağlayamayabiliyoruz. Nasıl? Ruhen çok iyi, sosyal olarak çok mükemmel bir ortamda çalışmaktan ziyade fiziki koşulları yeterli olsun, hasta muayene ettiğimiz yer sizin için belki daha rahat olsun, bizim için evrakların arasında çalışılmasın, eksi 1'de bulunulmasın noktasına gelmiş durumda ki biz bu koşullar sağlandığında bile kendimizi belki sağlıklı bir alanda çalışıyoruz diye düşünebiliriz. Bu alanlar belki yasal olarak yapılan düzenlemeler daha yeni yeni gündeme geliyor olabilir ki bunlardan bir tanesi de Avrupa kanunlarının 2015 yılında yayınladığını bir hatırlatayım. Orada da sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair eğitmek başlığı altında yayınlanmış olup burada da hani tüm sağlık çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği açısından belli bir kriter oturtulması amaçlanmış, ama şu anda dediğim gibi çok belli bir standart sağlanabilmiş mi? Maalesef sağlamak mümkün değil.

Genel yaşamdan sorunlara da geçmeden önce ben aslında eczacılıkla ilgili ufak biriki şeye değinmek istiyorum. Bildiğiniz gibi herkes, Tüm eczacılar daha doğrusu verilen işte 17'dir, 5 yıllık eğitimin ardından mezun oluyorlar ve eczacı unvanı veriyorlar Bundan belki 2030 yıl önce çok daha farklı bir eczacı çalışan profili varken şu anda değişen bir çalışan eczacı profilimiz var. Onu da söyleyeyim, belki 20 yıl önce mezun olan herkes serbest eczanede çalışan bir eczacı konumundayken şu anda belki kontrolsüz açılan eczacılık fakültelerinden gelen mezun sayısı, belki serbest eczanelerin açılmasındaki nüfus kriteri nedeniyle ve tabii ki doğal olarak sağlık alımı ihtiyacı doğrultusunda çalışma alanları akademiden özel hastanelere ki özel hastanelerin hayatımıza girişi de 2000'lerle, artışı da o yıllarla başlıyor ilaç argesinden ilaç pazarlamasına kadar çeşitli alanlarda dağılıyor ve genişliyor. Bunu da biz sağlığın güvenliği açısından değerlendirdiğimizde eczacılara aslında çok fazla farklı mekanların bulunmasından dolayı çok fazla çalışma ortamı belki yine bir özelinde çalışma gerekliliği doğuyor. Hani bunların tümünü ortaklaştırarak evet, bir eczacı böyle bir ortamda çalışma şansımız maalesef ki yok, ama şöyle bir şey diyebiliriz: En azından gruplar olarak netleştirebiliyoruz. Ne diyebiliriz? İşte fiziksel yetkinlikleri şu alanlarda olmalı, kimyasal tehlikelere karşı bu şekilde kendilerini koruyabilmeliler, korunma kriterleri de şöyle olmalı, biyolojik ve psikolojik tehlike kaynaklarından şu alandakiler daha çok etkileniyor gibi görülüyor ve dolayısıyla bunlar belki daha çok desteklenmeli o alanda diyebiliriz.

Bununla ilgili olarak dediğim gibi başta da söylediğim gibi çalışma alanlarının birbirinden çok farklı olması, bir klinik olarak belki eğitim vermeye de devam eden ve laboratuvarında aktif olarak çalışan bir eczacının çalışma standartlarının, Sosyal Güvenlik Kurumunda sadece reçete konusunu denetlerken oturur pozisyonda çalışan bir kişi için belirleyeceğimiz standartlar, öngöreceğiniz iş sağlığı hukukunda güvenliği sorunları ke-

sinlikle aynı olmayacağından bunların netleştirilmesi ve belirlenmesi, klasifike edilmesi durumu ortaya çıktı. 19 ve 20 Nisan tarihleri arasında Kamuda Çalışan ve Eczanesi Olmayan Eczacılar Komisyonu Çalıştayı düzenledik. Başta da söylediğim gibi komisyon Çalıştayı'nın ismi "iş sağlığı ve güvenliğimiz" temalı olarak belirlendi. Biz her çerçeveden, her alandan çalışmakta olan meslektaşlarımızı bir araya getirmeye çalıştık. Özel depolarda, kooperatiflerde, hastanelerde, il sağlık müdürlüklerinde, Sosyal Güvenlik Kurumunda ve çeşitli fakültelerimizde görev alan çalışan, aktif olarak bulunan kişileri bir salon içerisinde toplamak ve buradan bir sonuç çıkarmak için çabaladık. Yapılan iki günlük Çalıştayın sonucunda gruplar olarak bizde aktif ve en belirgin düzeyde şunlar geldi: Akademisyen olarak çalışan ve özellikle de yüksek lisans doktora düzeyinde çalışan insanlar var yapılan çalışmalarda ki onların iş yoğunlukları ve laboratuvar işleri daha fazla ve daha fazla maruziyete belki maruz kalıyorlar. Onlar değerlendirdiler ve denildi ki: "eczacılık fakültelerinin fiziki yetersizlikleri çok büyük risk" Çünkü bizim odalarımız bazen yok, bazen var, ama eksi 1. katta var, ama laboratuvarın yanında, belki içinde, bunun fiziki yetersizliği sebebiyle mesela atıyorum, nasıl söyleyebiliriz? Ofis ortamının havalandırılmasıyla laboratuvar ortamının havalandırılması gibi ve dolayısıyla sizin oradan kontamine olmanız çok olası. Bununla birlikte güvenlik önlemleri hem çalışan akademisyenler için, hem eczacılık fakültesi öğrencileri için yeterli değil. Nasıl ki bazı üniversitelerimizde, yeni açılan üniversitelerimizden de bu yönde görüşler geldi, üniversitelerde biz akademik olarak biz orada yüksek lisans, doktora yapmamıza rağmen, meslek öğreniyor olmamıza rağmen gözlüklerimizi dahi kendimiz satın almak zorunda kaldık şeklinde ifadelerle karşılaştık. Çeker ocağı olmayan, belki 2040 kişiye bir çeker ocağının düştüğü laboratuvar ortamlarının olduğundan bahsedildi ki hepimizin de bildiği gibi bunlar ağır kimyasallarla çalışan ve özellikle solunum yoluyla bunları sürdürebilecek kişiler için ileriki yaşamlarında çok daha büyük sağlık problemlerine sebep olabilecektir. Bunun dışında eğitimle ilgili, laboratuvar çalışmalarına yönelik eğitimle ilgili bazı eksiklikler olduğu belirtildi her açıdan, birincisi hocalar açısından her ne kadar laboratuvarında deney hayvanı ve diğer ortamlar, diğer deneylerde çalışman dahi teorik olarak bir eğitim alınıyor olsa da bunun pratikte çok da fazla uygulanmadığı, güvenlik tedbirlerini, güvenlik imkânlarının çok bilinemediğini belki mali gerekçelerle, belki imkân dahilinde olmadığı için, öğrencilerinse bu yönde çok fazla bilgi aktarımı, teorik ve pratik olarak yapamadığını ve belki hepimizin gözünden kaçıyor, ama o alanda temizlik işçisi olarak çalışan ve laboratuvarın gerçekten içinde olan kişilere gerekli eğitimlerin verilememesi sebebiyle çeşitli kontaminasyonlarla, hastalıklarla, bulaşıcı hastalıklarla karşı karşıya kalabileceklerini belirttiler ve bir diğer özellikle de diğer bir konu da deney hayvanları ve diğer canlı hücrelerle, organizmalarla çalışırken hiçbir aşı programlarının olmaması, belli bir standartta aşı programlarının olmamasıydı. Bu öngörülebilir bir şey olmasına rağmen hiçbir eczacılık fakültesinde ya da bilmiyorum, diğer fakültelerde böyle bir akreditasyonları, standartları var mıdır, ama bizim bir aşı takvimimiz yok. Yani klinik eczacı olarak da çalışsanız, HIV virüsü bile çalışsanız size zorunlu olarak şunları şunları yapmalısınız diye bir şeyimiz, bir koruyucu aşı planımız yok net bir şekilde, onların herkeste olması, bir standart olmasının önemi görüldü. Tabii buradan oturarak çalışan kişilerin bel ve omurga rahatsızlıkları, ayakta çalışan asistanlarımızın yaşadıkları ayak sorunları,

düztabanlık gibi bunlar zaten standart bir hale geldiği için onlara ayrıca değinmek istemedim. Bununla birlikte Türkiye İlaç ve Eczacılık Kurumu ve Sağlık Müdürlüklerinden katılan kişilerle de aktif olarak çalışmalar, laboratuvar gibi aktif belki kimyasallara maruz kalmamakla birlikte yapılan diğer çalışmalarda örnek olarak alınan numunelerle kırılması, dağılması, parçalanması gibi durumda maruziyet olabileceği ve bununla ilgili bir prosedürlerinin olmadığı, uygulanan bir prosedürlerinin olmadığı belirtilmişti.

Bunun dışında sürekli zemin katta çalışıyor olmanın ve bunun yanı sıra herhangi havalandırma olmaması, bunlar hani şey, depolama alanlarının olmaması ve zaten burada olan herkes bunları biliyor.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ankara'da belki de en yüksek katlı, çok katlı binalardan biri. Sağlık alanında çalışılan ve orada hani nereden baksanız 600700 kişi çalışıyor. Çok kısa dinlenme araları var. Yemek, yemek için asansörleri kullanmaları onlar için çok büyük bir zorluk oluyor. Çoğu zaman yemek yemekten vazgeçiyoruz diye de yaptıklarını da söylediler.

Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumundan katılan meslektaşlarımızın dile getirdiği sorunları genel olarak arşiv yetersizliği sebebiyle sürekli evraklar arasında çalışmak zorunda kaldıkları, bu otomatik olarak sağlık, solunum yolu hastalıklarının ortaya çıkmasına söz konusu olacaktır ve ayrıca herhangi tehlike anında, bir yangın durumunda çok hızlı büyük bir tehlikeye dönüşebileceğini ifade etmişlerdi. Eczacı kooperatifleri ve özel ilaç depolarında çalışan kişilerin aktardıkları arasında özellikle tek bir eczacı mesul müdürün olmasının yeterli olmaması noktasına değindiler. Böylece orada depodaki bütün işleştiren bir kişinin yetki, sorumluluk, gözetim olarak sorumlu olması bu kişide oluşturduğu stres ve baskının sonucu ilerleyen süreçlerde rahatsızlıkları meydana getirdiği ve bunun önce tedavi almak zorunda kaldıklarını dahi söylediler. Bunun gibi diğer bir çalışan eczacı grubu olarak belki de şu anda serbest eczanelerde çalışanlar dışında yoğun olarak en çok bulunan kişiler hastanelerde çalışan meslektaşlarımız, özel, kamu ve üniversite hastanelerinde çalışanlar, onların açısından, onların çalışma ortamları açısından değerlendirildiğinde de hastane eczanelerinin serbest eczanelerdeki gibi herhangi bir ruhsat standardizasyonunun olmamasıydı. Yani bir hastanenin herhangi bir alanını eczane olarak kullanabilirsiniz. Kat sınırlaması olmaksızın, ışık alma sınırlaması olmaksızın, büyüklük sınırlaması olmaksızın ya da belirlediğiniz alanda kaç kişinin çalışacağını düşünmeden istediğiniz bir alanı eczane olarak belirleyebilirsiniz. Yalnızca ısı, nem kontrolünü sağladığımız müddetçe orası uygun, ancak burada çalışan kişilerin sürekli olarak orada buldukları gün içinde belki, bazen nöbet tutarak kaldıkları geceler de varsa, bu gerçekten baskılayıcı ve zorlayıcı bir durum haline gelmeye başlıyor. Bu durumdan kendileri maalesef ki çıkamıyorlar. Nasıl söyleyeyim? O baskı durumu ya da zaman kavramı olmadan çalışma durumu bir birey üzerinde bunun çok farklı etkilerinin meydana gelebildiğini söylediler.

Bunun dışında aktaracağım bir diğer husus da hastane eczacıları açısından söylemem

gerekirse, yeni oluşturulan kampüs hastaneler, büyük ölçekli hastaneler ve bu hastanelerin tek merkezle eczanelerin olduğu, muhtemelen ilerleyen oturularda şehir hastaneleri, benzeri hastaneler gündeme gelecektir. Orada da tek merkezli eczane ve yetersiz personel sebebiyle bir hastane ünitesinin merkez eczane bir yere götüreceğiniz servise kadar gidiş geliş süreniz yaklaşık olarak 1 saati bulan, yarım saati bulan yerler var. Bu hani sizi sadece ilaç taşıyan kişi konumuna getiriyor ve aktif de değil, ulaşılabilir de değil, acil durum olması durumunda tabii ki önlemler alınıyor, ama sağlığın, sağlık hizmetinin sunulmasının da sağlıklı olması gerekiyor. Orada çalışan kişilerin sağlıklarına zarar verilmemesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bunun dışında bir öz değerlendirme olarak biz Türk Eczacıları Birliği çalışanları da bu Çalıştaylara katıldılar ve onlar da kendilerini dile getirdiler. Orada da ithal ilaç bölümünde çalışan meslektaşlarımızın da getirdikleri bazı sorunları vardı. Çok küçük bir birim olarak başlayıp sonrasında büyük işler başaran organizasyona dönüştü ve başladığı dönem göz önüne alındığında onların çalışma ortamları çok rahat ve bir birey için yeterli değildi. Ancak yapılan son Eczacılar Birliği taşınma işleminden sonra, yer değişikliğinden sonra onlara da bu çalışma koşullarının iyileştirilmesi sağlandı ve daha verimli bir şekilde, daha sağlıklı bir şekilde çalışma koşulları oluşturulmasına imkân tanındı.

Ben öncelikle bu çalışmayı, yapılan Çalıştayın sonuçlarının daha sonrasında uzman ekipler tarafından değerlendirileceğini tekrar belirtmek istiyorum. Çünkü burada bizim yaptığımız şey sadece durum tespitiydi. Birçok alanda çalışıyor olması sebebiyle herkesin farklı bir kendi yaşamış olduğu güven sorunu, iş sağlığı sorunu, tehlike ve bunları klasifiye etmemiz gerekiyor. Biz bir ön çalışma yaptık aslında, bundan sonraki adımlarda yeniden diğer uzmanlık konularımız, uzman kişilerimiz bunlarla ilgili diğer çalışmalarını tamamlayacağı gibi hedefimiz bu yönde belirlenen sorunların çözümüyle de yol alabilmek üzerinedir.

Sözlerime son verirken sağlık çalışanlarının sağlığı çalışma grubuna ve ayrıca düzenleme kuruluna bu alanda sabırları ve emekleri için teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca kongrenin düzenleme ve bilimsel kurullarına da teşekkür etmek istiyorum. Son olarak da değerli katılımcılara beni dinleme sabrı gösterdiği için tekrar teşekkür ediyorum.

Vedat Bulut

Sayın Betül Can'a biz teşekkür ederiz, çok sağ olun. Tabii bu arada akşamları nöbetçi kalan eczanelere eşleriyle, anneleribabalalarıyla, çocuklarıyla nöbet tutan eczacılar biliyoruz şiddete maruz kalmamak için, çok teşekkür ediyoruz. Şimdi son konuşmacımız bugünün sözel bildirimlerinde HIV pozitif hastalara yaklaşımı anlatacak Hazal Hartavi sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor. Pozitif Yaşam Derneğinden, biliyorsunuz örselenen, etkileştirilen gruplar açısından HIV pozitif hastaları gündeme getirerek önyargıyı yıkma ve onların sağlık haklarıyla ilgili mücadele veren bir dernek, Hazal'ı şimdi dinliyoruz. Teşekkür ediyorum Hazal.

HIV POZİTİF HASTALARA YAKLAŞIM

Hazal Hartavi

Pozitif Yaşam Derneği

Ben de teşekkür ederek başlayayım. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi'ne bizi davet eden düzenleme kuruluna ayrıca teşekkür ediyorum. Biraz Pozitif Yaşam Derneği'ni anlatmakla başlayayım. Ben Pozitif Yaşam Derneği'nde sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyorum, 2 yılı aşkın süredir HIV ile yaşayan kişilerle doğrudan görüşmeler yapıyorum.

Pozitif Yaşam Derneği 2005 yılında kuruluyor. HIV ile yaşayan bireyler, yakınları, alanda çalışan aktivistler, uzmanlar ve hekimlerle birlikte kurulan bir dernek. Amacı ne? Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin hiçbir alanda ayrımcılığa maruz kalmadan, her vatanş gibi tüm haklara erişebilmelerini sağlamak amacıyla kuruluyor. Yine ilk dönemlerde tedaviye kolay ve ücretsiz erişimle ilgili çok yoğun çalışmalar yapılıyor. Bu çalışma artık tedaviye erişim kolaylaştığı için ikincil olarak devam ediyor, aynı zamanda toplumdaki HIV farkındalığın artırılması için çalışmalar yapılıyor. Bunların dışında yine ulusal ve uluslararası platformlarda HIV ile yaşayan bireylerin temsil edilmesini sağlamak gibi bir amacımız var burada olduğu gibi, bunun için de tekrar teşekkür ediyorum.

Burada HIV neden diğer enfeksiyonlardan, diğer kronik enfeksiyonlardan farklı, neden sadece tıbbi yönünü konuşmuyoruz, onu açıklamaya çalışacağım. Biz normalde hak savunuculuğunun yanında bireysel danışmanlıklar veriyoruz. Bunlar psikososyal danışmanlık ve hukuki danışmanlık oluyor, sağlık hizmeti vermiyoruz. Fakat yeni tanı alan kişiler doğrudan hastaneye gitmek yerine, yani sağlık hizmeti alabileceği bir kuruma gitmek yerine, şüpheli pozitif sonucunu aldıktan sonra bize ulaşıyor. İnternette araştırıp buluyor ya da enfeksiyon hekimlerince doğrudan yönlendirilebiliyor. Henüz bir enfeksiyon uzmanı ile görüşmediyse doğrudan bizi arıyor, bize sorulan soruları noktasına, virgülüne dokunmadan aktarmak istiyorum. Çünkü bize her gün bu sorular hâlâ geliyor. Başta "ölecek miyim?" sorusu geliyor tabii ki, "İlaçlar gerçekten işe yarıyor mu? Çünkü ben internette okudum, yaramıyormuş biraz ömrü uzatıyormuş sadece", "İşimi kaybeder miyim?, iş arkadaşlarım tanımlı öğrenir mi?", "Kimse beni işe almaz, iş başvurularında tanım ortaya çıkar.", "Okulumu devam edebilir miyim?" Özellikle sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan HIV pozitif kişiler bunu çok fazla soruyor. "Evlenebilecek miyim? Çocuk sahibi olabilecek miyim?" Hem aile içinde, hem mahalle içinde, hem yaşadığı kültürel çevre içinde sıkışmış ve çaresiz halde buluyor kişi kendisini. "Yurtdışına çıkamayacak mıyım artık?", "Hayallerim var, bunları gerçekleştiremeyecek miyim?", "Doktor HIV po-

zitif olduğumu ailemle, partnerimle paylaşır mı?”, “Aile hekimimle ailemin arası çok iyi, anlatacağından korkuyorum.”, “İşyeri hekimim patronuma söyler mi, patronum iş arkadaşlarımla paylaşır mı?”, “O hastaneye gidemem, çünkü orada tanıdık hemşire/doktor var.”, “Sağlık verilerimi nasıl gizleyebilirim?” Bakın bu soru henüz tedaviye başlamadan sorulan sorulardan, yani kişi doğrulama testini almadan, henüz tanısı kesinleşmeden ilk olarak sağlık bilgilerini gizlemeye çalışıyor. Hatta hastaneye gitmekten çekiniyor. Hastaneye gittiğinde bilgilerinin doğrudan devlet tarafından fişleneceğini düşünüyor. “Ameliyat olmam gerektiğinde ameliyatı kabul edecek doktor bulabilecek miyim?” Bu soruyu sorarken o güne kadar televizyondan, medyadan gördüğü haberler aklına geliyor, o yüzden bu soruyu soruyor. Tıp ya da hemşirelik öğrencisi “Doktor olabilecek miyim, mesleğimi yapabilecek miyim?” ya da “Stajımı yapabilecek miyim?” diyor, bunlar da çok sık sorulan sorular.

Peki gerçekte bu sorunların ne kadarıyla karşılaşılıyor? Hemen hemen hepsiyle karşılaşılıyor hâlâ, yani bu kaygılar uydurulmuş değil, bunların hepsiyle karşılaşılıyor. Tüm alanlarda hem de. Çalışma hayatında, eğitim hayatında, yaşamın her alanında karşılaşılıyor. Bir de elbette sağlık hizmeti alırken... Zaten en temel hak ihlallerinin bu alanda yaşandığını görüyoruz. Bundan dolayı özel olarak daha çok sağlık hizmetlerine erişirken yaşanan hak ihlallerinden bahsedeceğim. Bundan önce Hocamın da ilk oturumda bahsettiği gibi tıp eğitiminde HIV/AIDS üzerine sorumluluk projesi yapıldı 2007 senesinde, eski bir çalışma belki, ama çok detaylı ve etkili bir çalışma olduğu için ben bunu tekrar sunmak istedim. Bize danışan insanların anlattığı bilgilere göre çok büyük farklar yok açıkçası. TürkMSIC tarafından yapılan araştırmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin HIV/AIDS’e dair bilgi ve tutum düzeyleri ölçülüyor, HIV pozitif kişilere yönelik ayrımcı bir tutum sergileyip sergilemeyeceklerine yönelik bir alan araştırılması yapılıyor. Öğrencilerin yüzde 12’si HIV sivrisinek aracılığıyla ulaşabilir diye ifade ediyor, yüzde 75’i test için antikor tahliliyle ilgili süreyi bilmiyor ya da bilgisinden emin değil, araştırmaya katılanların yüzde 54’ü HIV şüphesi olan hastayı muayene etmeden önce teste yönlendireceğini belirtiyor. Yüzde 15’i HIV pozitif bir kişiyle tokalaşmaktan çekineceğini söylüyor. Yüzde 43,9’u HIV pozitif hastaların yerine diğer hastaların bakımını üstlenmeyi tercih ediyor. Yüzde 44,8’i ameliyat etmekten kaçınacağını söylüyor, yüzde 43,5’i HIV pozitif hastaların hastane içinde izole edilmeleri gerektiğini söylüyor.

Yine bununla birlikte öğrencilerin yüzde 78’i bulaşma konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtiyorlar. Yüzde 57’si test hakkında, yüzde 78’i hastaya yaklaşım hakkında, yüzde 67,68’i sağlık personeli koruma yollarıyla ilgili eğitim almak istiyor, yüzde 53’ü de HIV’in etik boyutu konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtiyor. Bir de bu eski bir araştırma, oranlar bir miktar düşmüş olabilir. Özellikle enfeksiyon uzmanlarımız kendi kurumlarındaki hekimlere ya da farklı yerlerde görev yapan hekimlere yönelik eğitim çalışmaları düzenleyebiliyor, ama istisnasız her gün en az iki tane sağlık hizmetlerine erişimde hak ihlali bize ulaşıyor, yani oranların kayda değer bir şekilde düştüğünü söyleyemem.

Peki, sağlık hizmetlerine erişirken HIV ile yaşayanların maruz bırakıldığı hak ihlalleri neler? Tıbbi özen gösterilmesinin ihlali en çok karşılaştığımız ihlallerinden. Burada bizim için tanı açıklama ve bilgilendirme süreci çok kritik, çünkü az önce bahsettiğim gibi kişinin aklında bir sürü soru oluyor ve kaygı düzeyi çok yüksek. Yaşayabilecek miyim, işim olacak mı, geçinebilecek miyim, sevgilim beni terk eder mi, ailem öğrenir mi, pek çok soru bir anda oluşmaya başlıyor. Kimi zaman sağlığından önce, tedavi süreciyle ilgili bilgisi olmasa bile doğrudan mahremiyetinin korunmayacağına dair bir güvensizlik hissiyle hekim karşısında oluyor. Burada yeterli tıbbi bilginin verilmemesi, tanıyı açıklarkenki uzmanın tavırları çok önemli, burada birkaç tane tanı açıklarken söylenen cümleleri not aldım. Yine danışanların doğrudan kendi cümleleri. “Enfeksiyon uzmanı değil bunlar, farklı branşlardan doktorlar, hastalığınla ilgili doktora git, ben bilmem” diyor. Hastayı gönderiyor. “Kimlerle ilişki yaşıyorsunuz, eşcinsellerde olur bu hastalık.” diyor. “Kamu sağlığı için tehlikelisin, mikrop yayıyorsun” diyor. “İlacı var, ömrünü uzatabiliyor, onu kullanırsın.” diyor. Bir de danışanlarımdan biri, şöyle bir olaydan bahsetti bana, bu da gerçekten önemli: Psikolojik destek için hastanenin psikologu ile görüşüyor. HIV tanısını henüz almış biri, destek almak istiyor. Psikologu ötenaziden bahsediyor ve sonrasında danışanın intihar girişimi oluyor. Hemşireler de çok sık hak ihlali yapan gruptan olabiliyor. Kan almıyor mesela, “Başka bir hemşire yapsın, ben dokunamam” diyor. “Yeterli ekipman yok” diyor, “Eldivenim sağlam değil.” diyor ya da koridorda herkesin içinde “AIDS’lisin sen!” diye bağırabiliyor. Hatta koridorda bekleyen bir gruba “AIDS’liler bu taraftan” diyebiliyor. Zaten kişi yeni tanı almış, zaten çok korkuyor, panik halinde, böyle tutumlar yüzünden hastaneye gitmemeye karar veriyor, tedaviyi ertelemeyi seçebiliyor. Uzun yıllar boyunca tedaviyi reddeden kişiler oldu bu sebeple ya da tedaviye bir şekilde başladılar, ama sonra bıraktılar. Yani tüm bunlarla birlikte HIV’i sadece tıbbi bir sorun olarak görmemek gerekiyor, psikososyal boyutu çok çok önemli. HIV takibi yapan enfeksiyon uzmanları yeni tanı alan biri geldiğinde en az yarım saatini ayırıyor. Hemen hemen hepsi bunu yapıyor, çünkü kişiyi hazırlama süreci çok önemli, aralıksız devam etmesi gereken bir tedavisi var, her gün o ilacı alması gerekiyor sağlığı için, o yüzden özellikle yeni tanı alan kişilerle görüşürken bilgilendirme süreci çok önemli ve bu süreçteki ihlaller ikincil travmalara yol açabiliyor.

Yine tıbbi gerekliliklere uygun teşhis, tedavi, bakım yükümlülüğünün ihlali de çoğu zaman bunlara giriyor aslında, bununla birlikte kişinin en çok tedirgin olduğu kısım mahremiyetinin ihlal edilebileceği yönünde. İhlal ediliyor mu? Ediliyor. Doktoru ailesiyle paylaşabiliyor, annesiylebabasıyla ya da partneriyle, eşiyle paylaşabiliyor doğrudan, kişinin rızasını almadan. Sağlık çalışanları aralarında konuşabiliyorlar ya da bağırıyorlar, işte “Sen AIDS’lisin!” diyor. Odasına girmiyor, oradaki kişinin bakımını üstlenmiyor aslında, yemeğini bırakıp çıkıyor, hatta yere bırakıyor. Bunları çok sık yaşıyoruz. Fakat yaşadığı kadar görünür durumda değil. Biz görüyoruz bunları, bize çok sık başvuru geliyor; ama kişiler hak ihlaline uğradıklarında çoğu zaman şikayetçi olmak istemiyorlar, çekiniyorlar. Yeni tanıysa zaten bir şok hali oluyor, ama eski tanıysa bile burada bir hukuk süreci başlattığında doğrudan ifşa olacağını düşünüyor. O hak arama sürecine henüz girmeden dahi dolaylı olarak bir ihlalle karşılaşmış oluyor. Tedavide sağlık hak-

kının engellenmesi aslında en tanınan problemlerimizden birisi sağlık hizmetleri açısından, mutlaka duymuşsunuzdur, haberlerde görmüşsünüzdür. “Gebe kadının doğumu yapılmadı, HIV pozitif olduğu için ameliyatı reddedildi” şeklinde bir haber. Ya da kendi çevrenizde şu hekim şu hastaya bakmıyor HIV pozitif olduğu için, bunları dediğim gibi çok sınırlı görmüş de olabilirsiniz, ama her gün en az 23 tane böyle haber hâlâ alıyoruz biz. Kimi zaman ilgili kurumla bağlantıya geçerek çözmeye çalışıyoruz, ama çözemediğimiz durumlar oluyor. Ya da kişi gerçekten kötü durumdaysa, her şeyi bırakıp oradan çıkmak istiyor sadece. Sağlık hakkının engellenmesi en temel ve en sık karşılaştığımız hak ihlallerinden biri.

Çalışma hakkının engellenmesi daha çok işyeri hekimlerini ilgilendiren bir süreç, işyeri hekimi kişinin sağlığı o işte çalışmasına engel olmadığı halde HIV pozitif olduğu için burada çalışamaz şeklinde bir rapor yazabiliyor. Kişi genellikle HIV takibini yapan hekime gidiyor ve çalışabilir görüşü alıyor, ama işyeri hekimi kabul etmiyor. Aynı zamanda işvereniyle paylaşıyor. İşvereni diğer kişilerle, diğer iş arkadaşlarıyla bunu paylaşıyor ve işten çıkarılmalar ya da işe girişlerinin yapılmaması ile sonuçlanabiliyor. İşe girişlerde istenen sağlık raporunda gereksiz yere HIV testi isteniyor. Eskiden sağlık sektöründe buna maruz kalırken artık gıda ve turizm gibi sektörlerde de artmaya başladı, sürekli HIV testi isteniyor. Yine kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde de aynı şekilde, hemşirelik stajını yapacak kişiden HIV testi isteniyor ve staja alınmıyor. Yani hem çalışma hakkı, hem eğitim hakkı ihlal edilmiş oluyor. Bununla birlikte evlenme hakkının engellenmesi daha çok aile hekimleri tarafından karşılaştığımız bir ihlal. Aile hekimlerinin bir kısmının evlilik öncesi sağlık raporu düzenlerken negatif olan tarafla “Sen emin misin bu kişiyle evlenmek istediğine, bundan çocuğun olacak, emin misin pozitif çocuk doğacak”, şeklinde konuşmalar yapabildiğini duyuyoruz. Aynı zamanda evlilik için sağlık raporunu imzalamıyor, onaylamıyor, başka bir yere yönlendiriyor. Bununla birlikte hastanın rızası, onamı alınmadan HIV testi pek çok kez yapılıyor. Onur kırıcı muameleye maruz bırakılmanın ise neredeyse tüm süreçlerde var olduğunu söyleyebiliriz.

Hekimin hastayı reddetme hakkı var mı, yok mu tartışması et çok gündemdedir. Hastaların hekimleri seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimlerin de aslında benzer hakları var. Fakat burada haklı gerekçelerin olması gerekiyor. Eğer haklı gerekçe varsa bile aynı kurumda gerekli standartlarda tıbbi müdahalede bulunulmasının garanti altına alınması gerekiyor. Kimi zaman ameliyat günü veriliyor, her şey yolunda, hekim önlüğünü giyiyor sonra bir anda gidiyor. Ben pozitif olduğumu bilmiyordum deyip çıkıyor örneğin ve herhangi bir yönlendirme yapmıyor. O kişi ne yapıyor? Bizi arıyor ya da doğrudan kendi enfeksiyon uzmanına ulaşabiliyorsa ona ulaşmaya çalışıyor. Yine acil durumlarda da hekimin hastayı tedavi etmesi gerektiği, zorunlu olduğu da çoğu zaman görmezden geliniyor. Orada onun yerine aynı birimde başka bir hekim yoksa tedaviyi üstlenmek durumunda.

Yine tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma hakkına yönelik meslek etiği kurallarında, hekim ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulamayacağına karar verdiğinde ve

hastanın başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda hastanın bakımını üstlenemeyebilir veya yarıda bırakabilir, diyor. Bu durumda da yine yarım bıraktığı tedavide hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini, hastaya ve yakınlarına anlatıp, onları sakinleştirir, onlara garanti verir ve tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. Yönlendirdiği hekime ise hastaya ait bilgileri aktarır.

HIV gerekli tedbirleri alırsanız muayenede ya da ameliyatta bulaşmaz, hastanızın HIV pozitif olması onu tedavi etmenize engel olmaz. Sık kullandığımız sloganlardan biri “Ne fark eder, hangimiz HIV pozitif?”. Aslında sunumum bu kadar, ama ne yapmalı kısmıyla ilgili biraz konuşmak istiyorum. Kaygının en büyük sebebi bilgisizlik. Toplumdaki bilgisizlik sağlık çalışanlarına da yansıyan bir durum. Eğitim müfredatındaki ciddi eksiklikler, HIV’in ya da diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görmezden gelinmesi, korunma yöntemlerinin anlatılmaması, sadece sağlıkla ilgili alanlardaki eğitimlerde değil, genel olarak toplumda da böyle bir bilgilendirme çalışması yapılmamasıdır bunlara sebep olan. Sağlık Bakanlığı anonim test merkezleri açılmasına destek veriyor. Ankara’da, İzmir’de, İstanbul’da, Mersin’de ve Bursa’da var. Burada kişiler kimlik bilgisi vermeden test yaptırabiliyor ve danışmanlık alabiliyorlar. Bakanlık da HIV ile yaşayan fakat henüz bundan haberdar olmayan kişilerin tedaviye başlayabilmeleri için böyle bir yol seçiyor. Güzel, ama bir yandan da kişi burada pozitif sonuç aldığı anda yine hastaneye gitmek durumunda, yani anonim test merkezi sadece tarama için kullanıyor. Tanı alan kişi yine bir kuruma gittiğinde yine aynı kaygıları baştan yaşamaya başlıyor. 2019-2024 HIV/AIDS Ulusal Kontrol Programı yayınlandı Sağlık Bakanlığı tarafından. Önleyici/koruyucu çalışmalar, tedavi hizmetleri ve HIV ile yaşayanların desteklenmesi gibi başlıklar var programda. Burada HIV ile yaşayanlarla ilgili destekleyici söylemlerde bulunuyor. Fakat maalesef korunma yöntemleri arasında, özellikle cinsel yolla bulaştıran korunma başlığı altına şöyle bir açıklama girilmiş, iki seçenek sunulmuş: “Ya cinsel aktiviteden kaçınacaksınız ya da HIV ile enfekte olmamış bireyle monogamik ilişki yaşayacaksınız” diyor. Bu kesinlikle bir korunma yöntemi olamaz. Özellikle farkındalık haftalarında geçmiş dönemlerde çok ciddi çalışmalar yapılmış, mış diyorum çünkü arşivlerden görebiliyorum ben. Şu an bir kampüs etkinliğinde bile kondom dağıtıldığında doğrudan müdahale edilebiliyor. Yani burada koruma çalışmaları istenildiği gibi değil. İnsanlar 90’larda HIV adına ne öğrendiyse, gazete manşetlerinde ne gördüyse hâlâ oradaki bilgileri soruyor. Hala HIV ile AIDS ayırımını çoğu kişi bilmiyor. Hekimler de bazen tanıyı açıklarken hastasına AIDS diyor o sırada anlayabilmesi için. Bu kez de kişinin aklına direkt o AIDS tablosu, zayıflamış insan görüntüleri geliyor. Tedaviyle ilgili bilgi verirken “Siz herhalde beni teselli etmek için söylüyorsunuz. Ben haberlerde gördüm, internette yazıyor.” demeye devam ediyor. Bir türlü ikna olmama, kabul etmeme süreci var. Bu sürecin en hızlı şekilde iyileşmesi için yapılacak şey politika geliştirmek. Hem HIV’e dair yasal düzenlemelerin eksikliği, hem de kamu düzeyinde farkındalık çalışmalarının eksikliği HIV ile yaşayanların üzerindeki stigmatı destekliyor. Söylenecek çok şey var aslında, ama kongre içeriğine bağlı kalmak istiyorum.

Dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Vedat Bulut

Teşekkürler. Şimdi sorularınızı alacağız.

Şermin Meriç Yapar

Mikrobiyoloji uzmanıyım Hatay'da, öncelikle tüm sunuculara çok teşekkür ediyorum. Hazal Hanımın sunumuyla ilgili bir katkı ve soru sormak istiyorum. Öncelikle söylemek istiyorum. Ne fark eder, hangimiz HIV pozitif? Evet, biz hekimler özellikle mikrobiyoloji ya da enfeksiyon hastalıkları uzmanı olsun bütün hekim arkadaşlara, sağlık çalışanlarına ve özellikle ameliyat öncesi işte bu testin yapılmasıyla ilgili olarak şu uyarılarda bulunuyoruz zaten, yani aslında bir ameliyat öncesi yapılması gereken bir test değil. Çünkü bizler, yani hekimlerin bütün hastalara sanki HIV pozitifmiş gibi önlem alarak çalışması gerektiğini biliyoruz ve bunu çeşitli vesilelerle tekrar devam ediyoruz. Ancak şunu söylemek istiyorum: Nasıl ki HIV'li bir hastanın tüm yasal haklarının korunması gerekiyorsa, aynı zamanda toplumun sağlığının da korunması gerekiyor. Şu bildirim aşamasında bizler sıkıntı yaşıyoruz. Bu hasta mahremiyeti nedeniyle zaten yasalarımızda bu hastaların açık bir şekilde bildirimini yapmıyoruz. Ancak hastanelerde biliyorsunuz ki otomasyon sistemi üzerinden sonuçlar iletiliyor ilgili hekimlere, biz HIV pozitif olduğu zaman, hasta doğrulama testi pozitif çıkmışsa, hastanın enfeksiyon hastalıkları polikliniğine gelmesi ya da mikrobiyoloji laboratuvarına gelmesi gerekir diye bir not düşüyoruz. Kesinlikle hani sonucu yazmıyoruz, ama bu uyarı notu dahi zaten diğer sağlıkçı, hekimler değil, diğer sağlık çalışanları ve daha doğrusu sağlık çalışanı olmayan bilgi işlem elemanlarında da görülmüş oluyor. Bizim esas sıkıntımız burada, bu bilgi işlem sistemlerinin yararı kadar bazı aşamadığımız sorunlara da neden olduğunu hepimiz biliyoruz. Bu konuda Bakanlığın tavsiyelerini bekliyoruz açıkçası, ben yeni açılan laboratuvarlar konusunda da iletmıştim. Bu konuda henüz çözüm bulunmuş değil, yani bir nokta koyuyoruz. Bir açıklama yapıyoruz, ama burada zaten anormal bir durum olduğu belli olmuş oluyor. Bu bir, ikincisi evlilik öncesi yapılan testlerde, taramalarda biz aile danışmanlığı yapıyoruz. İşte biyokimya uzmanları olsun veya laboratuvardaki arkadaşlar, burada taşıyıcılık konusunda çünkü her iki tarafın taşıyıcılığı durumunda talasemili doğma ihtimaline karşı onları uyarmak zorundayız. Ancak HIV pozitif çıkan bir hastanın, haliyle evleneceği kişi eşiniz HIV pozitif, bunu bilin, buna göre önlemleri şunlardır diyemiyoruz. Bu toplum sağlığını korumak açısından bir risk oluşturuyor. Yani hastanın mahremiyetini koruyalım derken bir taraftan o kişi gebe olduğunda HIV pozitif olma durumu olacak ve daha sonra da HIV pozitif bebeklerle uğraşan enfeksiyon hastalıkları uzmanları çok hani içli dışlı olduğumuz için bunları duyuyoruz, görüyoruz. Bunlara sebebiyet vermememiz lazım, bunları da aynı zamanda aşmamız için Bakanlığın bir çalışma yapması lazım diye düşünüyorum.

Son olarak da bu HIV pozitif bence her yerde konuşulmalı, çünkü gerçekten hepimiz bugün değilse yarın HIV pozitif olabiliriz. Bunun için özellikle eğer sadece sağlık çalışanlarının değil, sağlık çalışanı olmayan insanların da bu işin içinde olmaması konusunda çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda çalışmalarda bilginiz varsa paylaşırsanız sevinirim.

Yaşar Bilge

Öncelikle güzel sunumlarınız için çok teşekkür ediyorum. Ben İskender Hocanın anlatığıyla ilgili küçük katkıda bulduktan sonra Hazal Hanımınkine küçük katkıda bulunmak istiyorum. Hakikaten malpraktisle uğraşan bir hekim olarak eğitim ve öğretimdeki bunun nasıl değerlendirilmesiyle ilgili çok kafa yormamız gerektiğini hissetmekteyim ve bunu da bilmekteyim. Bununla ilgili hekimlik değerlendirmesi açısından bağımsız süreçlerin geliştirilmesinin ne kadar büyük olduğunun da farkındayım. Özellikle yöneticiler bununla ilgili süreç geliştirilmesinde her şeyi elinde tutmak istiyorlar. O zaman da tutmak istedikleri için de bununla ilgili siz denetim yaparken süreçlerin niteliğinin geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi az sunuyorlar veya niteliksiz sunuyorlar. Bu yüzden de sıkıntı yaşanıyor. Hazal Hanımın sunumuyla ilgili de şunu söylemek istiyorum: AIDS'le ilgili öncelikle bizim malpraktis alanında karşılaştığımız kan nakliyle ilgili mağdur olunmasıyla ilgili süreçte oralarda gereken yapılıyor, ama AIDS'lilerden şu şekilde zarara uğradığı, onun için Ceza Kanununa göre hakkımı savunuyorum ya da tazminat istiyorum ya da TTB'den şu şekilde idari değerlendirme yapılmasını istiyorum tarzındaki yaklaşımlara az karşılaştım. Onun için bununla ilgili süreçlerin nasıl yürütülmesiyle ilgili de kafa yormamız gerekiyor. Çok teşekkür ediyorum.

Nuri Seha Yüksel

İzmir'den katılıyorum. HIV pozitiflerle ilgili hem sorum olacak, hem bir tavsiyem olacak, katkıda bulunmak istiyorum. Aile hekimi olarak çalışıyorum. Bazen HIV pozitif konusu iki vatandaşımıza bize kayıtlı hasta olması üzerinden yaşanan sıkıntılar var. HIV pozitif çıkan şahıs da bizim hastamız, eşi de bizim hastamız, burada biz kriz yaşıyoruz. Bunu çözmemiz gerekiyor, nasıl bir yöntemle bu işin altından kalkacağız, hangisine karşı ne kadar sorumluyuz? Bunu çözmemiz gerekiyor. Bir de HIV pozitifli hastalar ilaç temininde zorlanıyorlar. Kendi yakın çevrelerindeki eczanelerden hiçbir şekilde ilaç almak istemiyorlar, bir şekilde anlaşılır duygusunu yaşıyorlar. Bu duygu onları rahatsız ediyor, bir süre sonra karşılaştığı diğer hastalıklar için de bizlere gelmek istemiyorlar, gelseler bile ilaçsız bu işi nasıl çözeriz sorusuna yöneliyorlar. Burada bir tıkanıklık yaşıyorlar. Bu hastaların bir ayrımcılık durumu belki, ama ilaç teminini sağlayacak yine eczacılarla birlikte yürütülecek bir çalışmayla daha rahat ilaca ulaşabilecekleri, kendilerini güvende hissedecekleri bir yöntem geliştirilebilir mi? Teşekkür ediyorum.

Nazmi Algan

İstanbul Tabip Odasından katılıyorum. Ben de aile hekimi uzmanıyım, ama uzun yıllardır işyeri hekimliği yapıyorum. İşyeri Hekimliği Komisyon başkanımı aynı zamanda İstanbul'da, şimdi bu HIV pozitifle ilgili tabii ki işyeri hekimlerinin önemli sorumlulukları var ve çok sorun çıkan da bir alan. Geçen yıl bizim yaptığımız kongredeki gündemlerden biriydi. Biraz da defansif tipten, biraz da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından işyeri hekimlerinin işe giriş muayeneleri ve periyodik muayeneleri için herhangi bir standart olmamasından dolayı sorumluluk tamamen işyeri hekiminin üzerinde ve işyeri hekimleri gereksiz yere fazla tetkik isteyebiliyorlar. Bu sadece tek HIV değil, başka da

çok tetkik istendiğine biz şahit oluyoruz, ama hep kendi toplantılarımızda, eğitimlerimizde işbaşı yapacak olan insanlara HIV pozitif ve HIV negatif testin yapılmasına gerek olmadığını hep vurguladık. Onun dışında işyerinde çalışan kişi HIV pozitifse bunu işyeri hekimiyle paylaşmış olabilir ya da gizlemiş de olabilir. Paylaştığı zaman bu işyeri hekiminin bunu kesinlikle tabii işverenle paylaşmaması gerekiyor. Bu sadece Anayasadaki maddeler değil, son Kişisel Sağlık Verileri Yasalarına göre de bu şekilde olması gerekiyor, ama burada da tabii onu söyleyenlerle karşılaşabiliyoruz. Burada işyeri hekimlerini biz meslek örgütü olarak kendi üyelerimize bu yönde sürekli telkinlerde bulunuyoruz, ama gerek demin konuşan mikrobiyolog Doktor Hanım, gerekse Nuri Seha'nın dediği bu evlilik şeyi aynı bizim kongrede de gündem oldu. Burada hakikaten çetrefilli sorun var. Orada bizim kongredeki oturumda mutlaka bir psikolog, yani hekim değil, bir psikolog tarafından, o alanda deneyimli psikolog tarafından HIV pozitif olan kişiye, yani olası faktörüne değil de HIV pozitif olan kişiye bir psikologun iyi bir danışmanlık vermesini ve onun kendisinin partnerine bunu anlatmasını arzu ediyorsak beraber anlatabiliriz demesi yönünde bir şey çıktı. Hani karar demeyeyim de böyle bir eğilim çıktı. En doğrusunun bu olabileceği yönünde, çünkü öbür tarafta hakikaten biraz şey, kılçıklı bir konu, yani siz HIV pozitif olanı bırakıp partnerine küt diye söylerseniz bu kötü, işte onun saklaması, partnerinin hiç haberi olmaması ayrı sorun, yani orası artık Bakanlık mı el atar, meslek örgütü olarak biz böyle bir eğilim çıktı bizim kongremizde, yani psikologların bu konuda iyi danışmanlık verecek kişilerin yardımcı olması gerektiği konusunda.

Bir de ben eczacı arkadaşın sunumuyla ilgili, hatta bütün bu kongrede sağlık çalışanlarının sağlığı gibi bir kongre yapıyoruz, artık son gelişmelerden sonra sağlık çalışanlarının yaşam hakkı, sağlık çalışanlarının can güvenliği filan da demek gerekebilir. İstanbul'da biz çok duyuyoruz, biliyoruz arkadaşlarımızdan da, eczacılığın, eczanelerin, serbest çalışan eczanenin gece nöbetlerinde ciddi sorunlar yaşanıyor. Kepenkler indiriliyor, kepenklerde böyle küçük dört köşe delikler açıldı, oradan yani gece 11.30'12.00'den sonra oradan alışveriş oluyor. Hem soygun ihtimali, hem de bu uyuşturucu ilaçların temini açısından, yani bu konuda Eczacı Odasının, Eczacılar Birliğinin bir çalışması var mı, ne durumda? Kolluk kuvvetiyle mi işbaşı yapmak gerekir, ne olur? Çünkü o doktorun gırtlığını kesen adam sonuç olarak ilaç için kesti ki bu tip olaylarla daha da karşılaşabileceğimiz gibi görünüyor. Teşekkür ederim.

Vedat Bulut

İsterseniz bitirelim, birkaç cevap alalım konular dağılsın diye, sonra tekrar söz vereceğim. Vaktimiz var, çünkü vakit arttı oturum konuşmacılarımızdan, siz eczacı sorusunu birkaç, bir konu da unutmazsanız eğer AIDS hastalarının veya HIV pozitif hastalarının tedavileri ve yatak süreçlerinde ilaç erişimi konusu, bununla ilgili bir proje var mı?

Betül Can

Öncelikli olarak isterseniz son soru olması nedeniyle nöbet sorusuyla başlamak istiyorum. Serbest eczanelerin nöbet tutarak sağlık hizmetini sürdürmesi ve acillerin tedavi

hizmetini sürdürmesinin doğal bir sonucu olarak eczanede nöbet hizmetlerinin sürdürülmesi, bu uzun yıllardır süregelen bir yöntem. İki tane eczaneden fazla eczane olan her yerde nöbet tutma zorunluluğu zaten var. Eğer üç eczaneyseniz, zaten nöbet tutmak zorundasınız. İki ya da bir eczaneyseniz hasta başvurusu halinde eczanenizi açmak mecburiyetindediniz daha küçük yerleşim birimleri için, bu durumda özellikle uyuşturucu psiko-troplarla ve kontrole tabi ilaçlara ilişkin başvurunun olması sebebiyle nöbetlerde çok büyük bir sıkıntı olarak son Hocalarımın da bahsettiği gibi yaşananlar olmakta. Çünkü artık silahlarla eczanelere geliniyor, tehdit ediliyor. İşte camlar indiriliyor, o tarz süreçler yaşandı. Hatta İstanbul'da bununla ilgili bölgesel olarak hizmet vermeme süreci oluştu. Çünkü sizin kendi can güvenliğinizi sağlayamadığımız bir noktada sağlık hizmeti sunmak istiyoruz, ancak gerçekleştiremeyebiliyoruz.

Bununla ilgili son olarak Türk Eczacıları Birliği ne yaptı? Onu da değerlendireyim. Bununla ilgili iki yöntem uygulanmakta. Birincisi sizin bireysel olarak kendinizi korumanız, ikincisi ise Devlet eliyle sizin aslında o hizmeti sunarken korunmanız. Bireysel koruma yöntemini çok uygun bulmuyorum. Yani evet, eczanenize silahla geliyorlar, eczanede silahla bulunmak, tabii ki böyle bir yöntem tabii ki uygulanmaz, savunulamaz ama bazı bölgelerde, çok riskli bölgelerde bunun gibi öngörülebilir hale gelme durumu ortaya çıkıyor. Çünkü yerleşim yeri olarak baktığımızda çok sorunlu bir bölge, ama orada siz nöbetçi olarak bulunmak zorundasınız. Onlar da bazı yerlerden, bazı bireylerden daha doğrusu bu yönde de bir kolaylık sağlanması talebimize ulaşıyor. Sadece ücret için değil, orada hırsızlık sadece mal, para olarak gelmiyor sizlere, bir uyuşturucu ilacın alınması olarak geliyor. Onun için asıl olmasını istediğimiz nokta, nöbetçi eczanelerin kolluk kuvvetlerince desteklenmesi, devriyelerin daha sık olması mümkünse, yani bizim asıl taleplerimizden bir tanesi eczanelerde komut butonunun olmasıydı. Mesela, acil bir durumla karşılaşıldığında biri çok hızlı belki karşıdaki kişiye bunu belli etmeden bildirebileceğinizin bir yöntemin geliştirilmesi talebimiz vardı. Ben münferit olaylar yaşanan bölgelerde kısa süreli olarak bunlara çözümler oluşturulmaya çalışıldı, ama kalıcı bir güvenlik tedbiri maalesef oluşturulamadı. Serbest eczanelerle birlikte aslında hastanede yatan nöbetçilerin de sorunlarını dile getirmek istiyorum. Çünkü hastane eczanelerinde de eczacılarımız tek başlarına nöbet tutuyorlar. Oradaki ilaç portföyüne baktığımızda çok daha geniş ve hastane içine girdikten sonra sizlerin eczane kapısından geçebilmenizle ilgili herhangi bir engel yok, eczane içine rahat rahat geçebilir. İçerideki ilaçlar kilitli değilse ya da eczacı tek başına çalışan eczacı o anda başka bir reçeteyle ilgileniyorsa, başka ilaçla ilgileniyorsa, erişiminiz çok rahat, kolay ve daha saldırıya açık belki ... ki biz bunu Ankara'da her ne kadar nöbette olmasa da çok acı bir şekilde yaşadık. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 4 meslektaşımızı kaybettik. Gündüz orada çalışan başka bir personel tarafından resmen katledildiler. Hani buna engel olamadık. Herkes oradayken, tüm güvenlik oradayken bu yaşanıyor maalesef, amacımız yaşanmaması yönünde, girişimlerimizde o yönde, iyi sonuçlar almak istiyoruz. Bu şekilde olayların bir daha yaşanmamasını istiyoruz.

HIV pozitif ve AIDS'li hastaların ilaçlara ulaşım noktasıyla ilgili bir soru geldi. Soru-

da yakındaki eczane yerine farklı eczaneye başvurma taleplerinden doğan bir süreçten bahsedildi. Böyle aslında çerçevede değerlendirmek gerektiğini düşünüyorum. Çünkü normalde sizin sürekli olarak başvurduğunuz eczane sizi birey olarak çok daha yakından tanıyan kişi, dolayısıyla sizin ilaç kullanım rejiminizi de, sizin alışkanlıklarınızı da, sizi birey olarak daha önce tanıdığı için size daha yakın biri olarak düşünmemiz gerektiğine ben inanıyorum. Onun dışında eğer bilmediği, tanımadığı farklı bir eczaneden ilaçların alınması talebi yönündeyse, onunla ilgili şey çözüm önerisinde bulunuldu. Sağlık sosyal güvenlik kurumu ile yapılan protokol çerçevesinde bazı ilaçları sıra ile dağıtımı söz konusu yani siz her seferinde sıra hangi eczanedeyseniz, o eczaneye gidip ilaçlarınızı alıyorsunuz. Bu özellikle suiistimale açık belli grup ilaçlarda yapılan bir uygulama, ama bu yönde tabandan, hastalardan, Pozitif Yaşam Derneğinden ve diğer organizasyonlardan talepler gelirse, ben göz ardı edileceğini düşünmüyorum. Bir sonraki görüşmelerde de gündeme gelebileceğini düşünüyorum, ama dediğim gibi burada şeyi netleştirmemiz lazım. Beni daha iyi bilen, daha yakından tanıyan, bilenden hizmet almak istiyorum, yoksa her gittiğimde her sefer baştan anlatmak zorunda kaldığım birinden mi hizmet almak istiyorum? O konuyu geçtikten sonra ayrıca değerlendirilebilir.

İskender Sayek

Bence çok önemli bir şeye değindiniz. Bu süreçte güven önemli, yani karşılıklı olarak oraya değerlendirmeye gidenle değerlendiren arasında güven ilişkisi önemli. Şimdi şeyde de söyledim, bu bir denetleme değil. Biz genellikle, genellikle demeyeyim de her zaman destekleyici rolünü üstleniyoruz. Dolayısıyla bilgiyi karşıdan almaya çalışıyoruz. Tabii öğrencilerde de çok, fazla öğrencilere tatsız konuştuğumuz için bu sırada bazı bilgileri içeriden alıyoruz, ama tabii yöneticiler o akreditasyon belgesini almak için en iyi şeyi göstermeye çalışıyorlar. Biz de onun farkındayız, bilincindeyiz. Onun için bu güven tesis edebilirsek bu sürecin karşılıklı bir destekleme süreci olduğunu kanıtlayabilirsek, gösterebilirsek bence bu çok önemli bir sorun olmuyor bu süreçlerde hakikaten, Türkiye'de de biz o motivasyonu bir yerde yakalamış durumdayız gibi görünüyor. Bir de tabii itiraz yolları da var onun üzerine, sizin verdiğiniz bir karara itiraz edebiliyor karşı taraf, yani siz böyle bir değerlendirme yaptınız başımızdan geçti bu ama durum böyle diye de düzeltme yapın kurumlar da var.

Katılımcı

Öncelikle yaptığınız konuşmalardan ötürü teşekkür ederim. Benim sorum Hazal Hanımaydı. Bahsettiğiniz gibi biriminize başvuran hasta bilgilerinin açıklanmasını istemiyordu. Toplumdan yana dışlanma ya da başka şeyler düşünerekten ve tanıyı alır almaz sizin biriminize başvuruyordu. Hekim hastanın tedavisini reddettiğinde bu iki şahıs arasında ki sorun ya da bu durum nasıl aşıyor? Bunu sormak istedim.

Hazal Hartavi

Normalde biz kişiyle görüşme yaparken genel olarak haklarından da bahsediyoruz. Bu tip durumla karşılaşıldığında neler yapabileceği, haklarının neler olduğunu öncesinde

konusuyoruz. Bunlarla karşılaşmasa bile, çünkü bu kaygıyı taşıyor, karşılaşmasa da bu kaygıyı taşıyor, çünkü bir yerlerden görmüş, duymuş oluyor hukuki danışmanlık için yönlendiriyoruz bu kişiyi ya da doğrudan hak ihlaliyle geliyorsa hastane içinde hasta hakları birimlerine yönlendirebiliyoruz, başhekimliklere yönlendirebiliyoruz. Çözülüyorsa, acil bir durum varsa, o durumda doğrudan ilgili Tabip Odası ile görüşüyoruz.

Evlilik öncesi testlerle ilgili birkaç şey söylemek istiyorum. Aslında çok tartışılıyor. Burada yasal olarak da sorun var. Çünkü evlilik öncesindeki test evet, yasal değil. Çünkü yasal düzenleme yok, Bakanlığın tavsiyesiyle birlikte HIV testi yapılıyor. Fakat pozitif olan eş tanıyı bilmesine rağmen bunu söylemeden evleniyorsa ve karşı tarafa bulaştırıyorsa, aynı zamanda kasten yaralamaktan yargılanabiliyor ve bu şekilde sonuçlanan dava var. Etik olarak değil, yasal olarak da bir çelişki var. Bu uygulamada nasıl oluyor? Aile hekimleri genellikle evlilik öncesinde HIV pozitif olan kişiye tanıyı söylemesi gerektiğini söylüyor, durumu anlatıyor. Kişi yeni tanı aldıysa zaten şok haliyle birkaç gün geçmesi gerekiyor ya da doğrulama sonucunun gelmesi gerekiyor. Kişi sonrasında paylaşıyor. Paylaşmadan aile hekimi bunu onaylamıyor, negatif olan eşten tanıyı bildiğine ve rızası olduğuna dair yazılı bir onam alıyor. Bunun genel olarak aksini duymadım.

Katılımcı

Ama söylemek hastanın sorumluluğu, değil mi?

Hazal Hartavi

Aslında yasal olarak bir sorumluluğu bulunmuyor; ancak aile hekimi bunu söylemezsen onaylamıyorum da diyor.

Katılımcı

Ama hekim hastaya söylüyor. Hekimin söylemek zorunluluğu yok. Hasta kendisi paylaşıyor.

Hazal Hartavi

Paylaşmadan evliliğe izin vermiyor.

Katılımcı

Evli olup da hastaneye farklı sebeplerle geldiğinde yapılan testte pozitif ise...

Hazal Hartavi

Asıl çelişki orada başlıyor. Tabii ki hastaya enfeksiyonu söylüyor. Burada şöyle, genellikle aile hekimi ile değil enfeksiyon uzmanı ile görüştürmeye çalışıyor kişi partnerini, enfeksiyon uzmanları ise daha çok sana bir ay süre gel birlikte konuşalım, bilgilendirelim şeklinde konuşuyor. Bunu kabul etmeyen kişiyle karşılaşmıyorum açıkçası. Doğru danışmanlık verildiğinde ve hastanın güveni kazanıldığında paylaşmak istiyor zaten.

Hafize Öztürk Türkmen

Ben teşekkür ediyorum bütün konuşmacılara, ben iki konuyla ilgili görüşlerimi söylemek istiyorum. Bir tanesi İskender Hocama bir sorum olacak. Daha önce de Türk Tabipleri Birliğinin yayınları arasında çıkmıştı, Dünya Tıp Eğitim Federasyonunun standartları ve Avrupa Spesifikasyonları, orada okuduğumda da bu soruyu sizinle konuşmayı özellikle aklıma koymuştum. Şimdi o 5 temel amaçtan, akreditasyon amacından bir tanesi problemler gibi geliyor bana, ne dersiniz? Görüşünüzü almak istiyorum. En sondaydı sizin slaytınızda: Tıptaki yeni gelişmeler ve tıp eğitiminin uyumlaştırılması meselesi. Şimdi bu çok esnek bir çerçeve, tıptaki yeni gelişmeler politik düzenlemelerle olabilir. Sağlıkta dönüşümün tıp eğitimini nereye getirdiğini biliyoruz. Şimdi Dünya Tıp Eğitimi Federasyonunun akreditasyonlara bir madde olarak bunu koymasının ben pek çok açıdan tartışma götürür olduğunu düşünüyorum. Hani eğitimin niteliği, toplumun gereksinimlerine ve toplumun beklentilerine uygun hekim tipi, işte eskiden bildiğimiz beş yıldızlı hekim anlayışı, onlarla çok uyumlu değil bu gibime geliyor benim, daha doğrusu tuzak bir madde midir diye size sormak isterim.

İkincisi, HIV pozitif birinin söylenip söylenmemesi meselesiyle ilgili. Aslında tıp etiği açısından evet, hastalarla karşılaştığımızda ciddi problemler yaşıyoruz biz, ikilem yaşıyoruz, ama gerek etik ve hukuk açısından aslında çok büyük sıkıntı yok. Neden? Çünkü sır saklama ilkesinin bir sınırı var. O sınır şu: Kişinin kendi yaşamını ya da bir başkasının yaşamını yakın, ciddi, geri dönülmez biçimde tehdit altında olabileceği bir durum var mı, yok mu? Eğer böyleyse sır saklama ilkesini işletmek zorunda değilsiniz. Çünkü kafalarımızın bu konuda çok net olması lazım. Hastayla karşılaştığımızda zorluk yaşamamız mı? Tabii ki ben 17 yıl hekimlik yaptım, elbette yaşarız. Bunu bir kenara koyuyorum, fakat bu içinden çıkılmaz bir problem değil. Ahlâki açıdan sır saklama ilkesi orada kurulması gerekmiyor. Kime açıklayacaksınız? Bununla ilgili de çok önemli temel iki kriter var. Bu tehlikeyi kişinin yaşamı ya da başkasının yaşamına ciddi, geri dönülmez ve sadece sır saklama ilkesiyle giderilebilir olan riski kime söyleyeceksiniz? Bu riski önleme kudretine sahip olan kişiye, önleyebilecek kişiye. İki, ne kadar söyleyeceksiniz? Sadece ihtiyaç olduğu kadar, fazlasını değil. Dolayısıyla hani kişi başkasına bulaştırabileceği bir hastalığı var. Özerklik ilkesinin de anlaşılabilmesi, dayanacağı bir sınır var arkadaşlar, bu kadar da kötü durumda değiliz etik açısından demek istiyorum. Teşekkürler.

Muharrem Baytemur

Zaman almayayım, ama bu çok tartışma götürecektir bir şey Hafize'nin söylediği, böyle değil. Biz iki hafta önce de tartıştık. Bir de evlilik raporunda şu andaki kanunlarda, sadece benim bildiğim, tabii ben 5 yıldır aile hekimliği yapmıyorum, ama Umumi Hıfzıssıhha Kanununa göre iki hastalık var biliyorsunuz. Tüberküloz iyileşene kadar, aktif dönem geçene kadar, diğeri de psikozlar onun dışında bunlar danışmanlık için yapılan testler, yani evliliğe engel olan hastalıklar değil, diğer bulaşıcı hastalıklar da dahil engel değil. Bir diğeri hani onu kasti olarak sunayım, okul kayıtlarında istiyorlar. Çok ciddi sıkıntılı bir şey, yani bu aynı şey hepatit B için de geçerli o zaman, hepatit B taşıyıcısı çıktı, ne yapacağız ya da herkesi tek eşli mi kabul edeceğiz? O biraz sıkıntılı bir süreç. Bir de şeyi

söyleyeyim, mesela bununla ilgili biz hani Vedat Hocam da biliyor, güz okulunda hukukçu arkadaşlarımızın bize şöyle, burası iki ucu sıkıntılı bir şey, söylerseniz 4 yıl, söylemezseniz 2 yıl hekime ceza var. İki şey de cezalı, hani o yüzden bilin, herkes kendine göre baksın yani.

Yunus Toso

Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 4. sınıf öğrencisiyim. HIV için alınan karar, yani ilaçlar alınınca HIV bulaşıcılık şeysinin altına kadar düşüyor. Yani bu ilaçları almak da hastanın sorumluluğu ve hani belki iş alımında sorulmasa da en azından bu kişinin de bu seviyede olduğunu belirtmek durumu olabilir belki. Sonuç olarak o seviyeyi takip etmiyorsa da söylenebilir belki bazı yerlerde ilaçlarını almıyor ya da ameliyata geliyor, ilaçlarını almamış, bu sefer kendi suçu bir süreden sonra da, HIV'liler için ne söyleyebiliriz bu konuda? Kendi fikrimi paylaşmak istedim.

Hazal Hartavi

İşyeri için şöyle bir şey var, zaten tedavi olup olmamasıyla ilgili bir durum değil, eğer kişinin sağlığı çalışabilecek durumdaysa, yani yapacağı işin niteliğine göre ona uygunsuz zaten yapar. Burada tedavi alıp almamaya ilgili bir durum yok. İlerlemiş ağır bir AIDS tablosu yoksa belirli meslekler dışında tüm meslekleri yapabilir. Onun dışında tedavi ile birlikte viral yük seviyesi negatife düşüyor; fakat ayrımcılık tehlikesi devam ediyor. Eğer karşınızdaki kişi bu konuya hâkim değilse, o bilgiyle, yani viral yükün negatife olup olmamasıyla çok ilgilenmeyecektir. Tedavisi sürecinin bir parçası çünkü. O HIV'lidir, AIDS'lidir aslında kullanılan tabirle. Bu durum HIV pozitif olan kişi için avantaj olmuyor maalesef.

İskender Sayek

Hafize Hanım, şöyle bir şey söyleyeyim. O söylediğim 5 şey akreditasyonla ilgili değil, o beş başlık Dünya Tıp Eğitimi Federasyonunun tıp fakültelerine eğitim programlarını düzenlerken dikkat etmeleri gereken hususlar diye şey yapıyor, ama şöyle bir şey var: Standartların arasında bir standart da yeni teknolojilerin kullanımıyla ilgili bir standart var. Bence onun olması lazım, bir değerlendirilmesi lazım. Örneğin, şimdi yapay zekâ yaşamımıza girmiş bulunuyor. Şimdi yapay zekâyla ilgili bilgiyi vermeyen bir müfredat hekimin bazı yetkinliklerinin olmamasına sebep olabilir. Dolayısıyla belli standartlar içerisinde uyuma yönelik bazı şeyler olmalıdır. Yalnız akreditasyonda tabii tek bir standart üzerinden yapılmıyor, üçüncü bir yaklaşım dediğim o, tümünü birden değerlendirdiği için bunların bir kısmında bunun bazı standartları karşılamıyor olabilir veya az karşılıyor olabilir ve yine de akredite olabilir, ama fakültelere orada öneride bulunuyor. Bu 5 şeye dikkat edin, müfredatınızı yaparken bunları da göz önünde bulundurarak kendi gelişiminizi sağlayın şeyidir o, yoksa akreditasyonla doğrudan ilgili değildir.

Vedat Bulut

Biz de efendim konuşmacılara, hem sizlere, katılımcılara teşekkür ediyoruz.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

Oturum Başkanı

Nuri Seha Yüksel

Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu

**Sağlıkta Dönüşüm Programı Birinci Basamakta
Sağlık Emekçilerini Nasıl Etkiledi?**

Çağlayan Üçpınar

Muğla, Milas 1. Nolu ASM / Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Birinci Basamakta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ve Güvenliği

Ayten Erdoğan

Balıkesir 6 Eylül 2 Nolu ASM / Aile Sağlığı Elemanları Derneği

**Birinci Basamakta Sağlık Çalışanı Sağlığı
Ve Güvenliğine Sendikal Yaklaşım**

Emrah Kırımlı

Ümraniye Mrk. ASM, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

Nuri Seha Yüksel

Oturum Başkanı, Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu

Merhabalar. Günün son sunumu, tabii yorulduk. Daha önceki sunumlarda da çok yoğun bilgi edindik, değerli katılımcılardan sunumlar izledik. Ben İzmir'den geliyorum, o yüzden yaşanan son olayla ilgili olarak size kısaca bilgi vermek istiyorum. İzmir'de annesi anestezi uzmanı, babası aile hekimi olan, buna rağmen, yani aile doktor olmasına rağmen yine tıbbi seçen, tıbbi bitirip FTR fizik tedavi rehabilitasyonda asistanlığa başlayan bir kardeşimiz Kadir Songül saldırıya uğramıştı. Bu saldırı sonucunda çok büyük üzüntü de duyduk. Yalnız şunu söylemek istiyorum size: Dün ziyaret ettim buraya gelmeden önce, evvelsi gün ziyaret ettim taburcu olmadan önce, hayatımda gördüğüm en güzel tebessümlerden birisi vardı Kadir'in yüzünde, bu feci olayı atlatmış olmasına rağmen yüzünde o tebessümü görmek hem bizi rahatlattı, hem ileriye yönelik yine mücadele gücümüzün olduğunu gösterdik. Vazgeçmiyoruz, yine mesleğimizi onurlu bir şekilde yapmaya devam edeceğiz. Bunun duygusunu onun gözlerinden, onun tebessümünden hissettim, onu sizlere iletmek istedim.

Bir de taammüden adam yaralamakla işlem yapılıyordu. Bu yüzden İzmir Tabip Odasının avukatı Mithat Bey ve yine bizim hem avukat, hem doktor olan arkadaşımız Yakup Gökhan Doğramacı olaya müdahale ettiler. Kasten adam öldürmekten işlemin yürütülmesini sağladılar.

Şu anki sunumumuz: "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği" 2005 yılından beri aile hekimliğini bir şekilde ülkemizde yaşıyoruz. Pilot uygulamayla başladı, bütün ülkeye yayıldı. Mücadelesini verdik, bu sistemin hatalarını, yanlışlarını azaltmaya gayret ettik, ama bu konuda istediğimiz noktada bir sonuç alamadık. Birinci basamak deyince eskiden anladığımızla şimdi karşımıza çıkan durum farklı tabii, bir bölünmüşlük var. Ekip çalışmasından uzak bir ortam içinde sağlık hizmeti yürütmeye çalışıyoruz. Toplum yönelimli hizmette ekip çalışması tam oluşmadığı için ilçe sağlık müdürlükleri, diğer birimler tam bir an evvel çalışmayı sağlayamadığı için, daha doğrusu sistem bunların çalışmasını istemediği için bizim istediğimiz noktada olmadığını düşünüyoruz. Birinci basamak önemli, aile hekimliği önemli, çünkü aile hekimleri ebe ve hemşire olan, sonra bu sistem nedeniyle onlara aile sağlığı çalışanı denildi, ama bizim ebelerimiz, hemşirelerimiz acil tip teknisyenlerimiz onlar, biz onların mesleki unvanlarını her zaman koruyoruz, hissediyoruz. Bir de bizim yanımızda çalışan dışarıdan hizmet satın

aldığımız bu kelimeyi ne kadar kullanmak doğru, bu sözü de duyuyoruz, bizimle işimizi paylaşan yine hemşire arkadaşlarımız var, yine farklı personellerimiz var. Böyle olunca yaklaşık 60 000 65 000'e yakın bir çalışanın ortamı ortaya çıkıyor birinci basamakta, arkadaşlarımız bu konuyla ilgili sunumlarını dile getirecekler. O yüzden ben onların zamanından çalmak istemiyorum. İlk başta ilk konuşmacımız Çağlayan Üçpınar Muğla Ilgaz 1 No.lu Aile Sağlığı Merkezinde çalışıyor, aynı zamanda Sağlık Sosyal Hizmetler Emekçileri Sendikası Yönetim Kurulunda Muğla'da, Çağlayan Bey, sizi sunumunuz için alabilirim.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK EMEKÇİLERİNİ NASIL ETKİLEDİ?

Çağlayan Üçpınar

Muğla, Milas 1. Nolu ASM / Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Herkese merhaba. Günün bu ilerleyen saatlerinde şeker dengeleri biraz değişmişken dinlemek biraz zor olabilir. Bu konu bana verildiğinde kabul ettim, kolay altından kalkabileceğim bir konu gibi gelmişti, ama zaman geçip de konunun detaylarına inince aslında çok geniş bir alan olduğunu da, nasıl toparlayacağımı bilemediğimi fark ettim. Sabahki sunumlarda da anlatılan kimi konuların benim söylemek istediklerimle örtüştüğünü fark etmek aslında çok üzücü, sağlıkta dönüşüm programının, Sağlık Bakanlığının yaptığı bu dönüşümün bütün faturası AKP hükümetine kesiliyor neredeyse, ama bu işin geçmişinin de AKP hükümetlerinden çok daha geriye dayandığını bilmemiz gerekiyor. Ta 1940'lı yıllarda hizmetin serbest dolaşımıyla ilgili GATS denilen bir uluslararası sermayenin serbest dolaşımıyla ilgili oluşturulmuş bir fikir birliği söz konusu ve 80 darbesinden sonra sonraki gelen hükümetler bununla ilgili tüm gereklilikleri yerine getirmeye başladılar. 1994'te bu GATS'ı hükümet olarak kurucu üye olarak imzalamışız, 95 yılında da GATS Dünya Ticaret Örgütüne evrilmiş ve Dünya Ticaret Örgütünün kurucu üyesi olarak 95 yılında Mecliste kabul etmişiz buna katılımı ve imzaladığımız sözleşmede sağlıkla ilgili, sosyal hizmetlerle ilgili ve hastane hizmetleriyle ilgili tüm birimlerin zaman içinde özelleştirileceğine dair taahhütlerde bulunmuşuz diğer tüm alanlarda olduğu gibi, enerji sektöründe olduğu gibi, suların, çevrenin, madenlerin aklınıza gelen tüm özelleştirme kurumlarının konularında olduğu gibi sağlıkta da özelleştirmeyi aslında bundan yıllarca önce öngörmüşüz, kabullenmişiz. Bu cehennemin taşlarını döşemekse AKP hükümetine kaldı. Hani eleştiriyoruz eleştirelim, ama tek suçlu AKP hükümeti değil, onu da bilelim.

Bildik tanıdık bir tanım: Sağlık yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu değil, beden, ruhen, sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. Tanımı bu, ama içinde bulunduğumuz konumda sağlık, sağlık hizmeti sunan bizlere fazla gelmiş, bize sunulmayan, bizim yararlanamadığımız bir hak durumunda. Özellikle birinci basamak çalışanları sağlıkta dönüşüm projesi uygulama iradesi gösterildiğinden itibaren ciddi baskılarla karşılaştı, ciddi travma yaşadık tayinlerle, sürgünlerle bu konuda gidişi durdurmaya, değiştirmeye çalışan tüm sağlık emekçileri o dönemde ciddi baskılarla karşılaştılar ve cezalandırıldılar. Hatta öyle tayinler yaşandı ki aileler birbirinden ayrıldı. Sosyal yönden tam bir iyilik hali söz konusu olması gerekirken sağlığın tanımında sağlıkçılara bu fazla görüldü. Ciddi sıkıntılar yaşayan arkadaşlarımız olduğunu biliyoruz. Sağlık bu dönemde ciddi

bir değişim gösterdi. Bu hızlı değişim özellikle birinci basamakta sağlık hizmetlerinin zayıflatılması, dağıtılması yönünde yaşandı. Bu değişimin sağlık hizmetlerinin yürütüm koşullarına, toplumdaki değişimlere, çalışma biçimlerine, özlük haklarına, teknolojiden sağlık algısının değişimine kadar birçok başlıkta sıralamak olanaklı. Özellikle sağlık hizmetlerinin ekonomi politiği alanının değişiminin ve bu değişimin sağlık politikalarına yansımaları sürecin en belirleyen en belirleyici etkilerindedir. Bu değişim ister istemez sermayenin istediği biçimde birinci basamağın yeniden şekillenmesini beraberinde getirdi. Şimdi size nostaljik bir liste göstereceğim. Hekim, diş hekim, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, hizmetli, şoför kısmı birçoğumuzun öncelik önemleri sağlık ocakları döneminde çalışan arkadaşların çoğunun birlikte çalıştığı ekip. Aslında bu ekibin içinde sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist ve diyetisyen de olması gerekirken ne yazık ki sosyalleştirmenin ilerleyen dönemlerinde bu kanun tamamlanmadan bu sağlık ocağı sistemini kapattılar. Aslında 224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun kabul edilmesi aşamasında hükümetlerin dirençleri söz konusuydu, ama Nusret Fişek Hoca ve ekibi bunu yine de kabul ettirmeyi başardı o dönemde, asıl direndikleri nokta da sosyalleştirme sözcüğü ve bunun ifade ettiği anlam üzerineydi. Sağlık ocakları kendi binası lojmanları, her lojmanın aşağı yukarı sürekli bulunan bir sağlık personelinin kendi bulunduğu bölgenin en önemli sağlık sunucularının ifadesiydi. Halkın güvenliği sürekli çekinmeden başvurduğu bir kurumdu. Mevzuat değişikliği sonucunda bu ekip dağıtıldı. Ekibin içindeki tüm elemanlar başka kurumlara geçirildiler, hekim ve ebeden ibaret iki kişilik bireysel ekipler haline dönüştürüldü.

Şimdi uluslararası meslek, standart meslek sınıflamasına göre sağlık emek gücü şu dört başlıkta sınıflanıyor: Sağlık profesyonelleri burada hekimler, diş hekimleri, ebe, hemşireler var yahut yardımcı sağlık personeli, tıbbi görüntüleme teknisyenleri, patoloji laboratuvar teknisyenleri gibi, eczacı teknisyenleri burada sayılıyor. Sağlık hizmetlerinde kişisel bakım çalışanları sağlık bakım yardımcıları evde sağlık hizmeti verenler, sağlık yönetimi meslektaş söyledi, bu aşağı yukarı 13 meslek grubunu içeriyor. Sınıfların veya sağlık personeli değil de, silahlı kuvvetler içinde çalışan ekip sayılıyor. Baktığınızda sağlık profesyonelleriyle sağlık ekibi parçalı, ama bir taraftan yer yer özelleşmiş ve ikamesi kolay olmayan bir meslek grubu olarak sınıflanıyor. Bir taraftan da kolaylıkla ikame edilen ve çok nitelikli olmayan bir kısım var. Dönüşüm bu her iki grubu da etkilemiş durumda. Sağlık emek gücü değişimi sonuçta mesleğe ve meslek dışı faktörlere bağlı olarak değişim gösteriyor. Mesleğe bağlı değişimleri biliyoruz aslında, mesleğimizi uyguladığımız, uygulaya geldiğimiz dönem içinde değişen teknoloji değişiklikleri, mesleğin taleplerinin farklılaşması, hem biz hekim olarak bu mesleği yaparken bizim mesleğimizin değişimini yarattığı değişim talepleri, hem hastaların ya da bizden bu hizmeti satın alanların bizden taleplerinin farklılaşması, eğitim, bilgi, görgü, deneyim beklenti ve değişimleri, yeni sağlık tıp anlayışının etkileri, bu bütüncül tıp, vesaire farklı sağlık tanımları gündemimize girdi. Tıpta ve sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmanın artışı, sağlık hizmetlerinin sağlık reformu baskısı altında kalması, bu durumun mesleğe yansımaları olarak sayabiliriz, ama meslek dışında bizim kendi yaptığımız işin dışındaki faktörlere bağlı değişimlerse oldukça fazla, bunlar bizim müdahale edemediğimiz hükümetlerin ve hükümetler üstü

politikaları belirleyen küresel sermaye güçlerinin aslında bize dayattığı değişimler. Bunların bir kısmını biz kendi içimizde yaşayarak hissettiğimiz gibi bir kısmı da hiç farkına varmadan günün birinde önümüze dayatılarak gelen değişimler.

Bir maliyet baskısı söz konusu, nüfus yapısı değişiyor. Eskiden ortalama insanın 60 70 yıl, şimdi 80'li yaşlardan bahsediyoruz, kronik hastalıklar artmış durumda, bunların tanımlanması ve tedavisiyle ilgili maliyetler oldukça artmış durumda. Bu maliyetleri sınırlandırmak için bir sürü değişimler yapılmak durumunda kalıyor Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafından, hizmet üretim sürecinde de değişimler var. Bu değişimlerin nasıl olacağı konusunda bizlere pek bir görüş sorulmuyor. Sizin hastaneni kapatıyoruz, afile ediyoruz, üniversite hastanesiyle birleştiriyoruz. Devlet hastanelerini kapatıyoruz, üçbeş hastaneyi birleştirip işte Ankara'nın bir Etlik tarafında, bir de galiba Bilkent tarafında iki büyük şehir hastanesi, bunu size hiç danışmıyorlar. Nasıl yaparsınız, yapar mıyız, yapamaz mıyız, bu olmadığı gibi aynı zamanda işleyişimizi kendi içimizde nasıl yapacağımızı da değiştiriyorlar ve otonomik hal söz konusu. Artık yaptığımız işin yabancısı haline geliyoruz yavaş yavaş ve bant tipi üretim sürecine evrilen bir sağlık hizmeti üretimi söz konusu. Aynı zamanda rekabet de söz konusu, rekabeti Sağlık Bakanlığının bu sağlıkta dönüşümü mottosu haline getirdikleri rekabet hem hastaneler arası, hem meslekler arası, hem meslektaşlar arası, hem de aynı işi yapan personel, diğer çalışanların arasına bir rekabet girmiş durumda hayatımızda. İstanbul alanı esnetmiş durumdayız, aynı işi daha az kişiyle daha uzun, daha kısa süreli, daha uzun sürelerle daha farklı fiyatlara yapabileceğimiz koşulları dayatıyorlar. Hani buna mantık olarak hayır desek de bu işi yapan insanlar olduğu sürece biz de aynı çarkın içinde ister istemez girmek durumunda kalıyoruz. Çalışma süreleri uzuyor, iş yoğunluğu artıyor bu süreçte, otonomimizi kaybettiğimizde, işle ilgili yabancılaştırma yaşadığımızda hastahekim ilişkileri bozulmaya başlıyor ve şiddet söz konusu oluyor. İşte biraz önce Nuri Seha arkadaş bahsetti, Ayten arkadaş bahsedecek biraz sonra, gündemimizde son günlerin ne yazık ki kötü başlıklarından bir tanesi şiddet, tüm kötü yönleriyle yaşıyoruz.

Bu kadar dağılmışlığın içinde örgütlü meslek odalarından, sendikalardan ve diğer meslek birliklerinden uzaklaşıp hükümet politikalarına yakın olan yeni kurulan ve asıl amacı örgütlü yapıları zayıflatmak olan deyim yerindeyse sarı sendikalara doğru bir kayma söz konusu. Sendika bizim aslında mesleki birliklerimizi, gücümüzü gösterebileceğimiz, direncimizi ortaklaştırabileceğimiz bir kurum olmasına rağmen sendikasızlaşma ve örgütsüzleşme tüm direncimizi, değişime karşı duruşumuzu zayıflatan bir gidiş söz konusu sendikasızlaşmayla ve birinci basamakta özellikle hekimler işveren pozisyonuna dönmekteler. Beraber çalıştıkları ebe arkadaşlar ya da diğer sağlık personeli arkadaşların yanında ister istemez bir ya da iki tane hizmetli çalıştırmak durumundalar. Eğer Sağlık Bakanlığının zorladığı sınıflandırmalara girmek durumdaysalar diğer sağlık personellerini çalıştırmak durumundalar ve bu hekimlerin sağlıktan önce işyerinin işçiişveren ilişkilerinin ve gelirgider dengesini önceliklemlerini gerektiren bir refleks oluşturmaya başlıyor. Ne yazık ki bunu görüyor, bundan sonra da görmeye devam edeceğiz. Tüm bunlar direncimizin zayıf olması, esnek çalışmaya ve performansa dayalı ücretlendir-

mevi beraberinde getiriyor. Bu aynı zamanda iş güvencesinden yoksunluğu da beraberinde getiriyor. İşte aile hekimliğine geçtik, biraz daha iyi ücret aldık, ama karşılığında sözleşmeli çalışmaya başladık. Sözleşmeli çalışıyorsak bir ceza puanı söz konusu, onu doldurursak sözleşmemizin feshedilmesi söz konusu, aslında çok ciddi bir baskıyla karşı karşıyayız. Bu süreçte bir kısım arkadaşımız özel sektörde çalışmaya başladı. Yapılan çalışmalar gösteriyor ki toplam sağlık çalışanı, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının toplamının 1/5'i özel sektörde çalışıyor. Yine hekim kitlesinin 1/5'i özel sektörde çalışıyor. Buna ilaveten kayıt dışı istihdam ve işsizlik sorunu beraberinde geliyor. Özel sektörde çalışıyorsanız özel sektörün koşullarını kabul etmek durumunda kalıyorsunuz. İşsizlik sorunu son dönemlerde yaşadık, KHK'yla işine son verilen arkadaşlarımız Kanun Hükümünde Kararnamelerle ve güvenlik soruşturmalarıyla işlerinden olanlar, hatta mezun olduğu halde yine atanamayan arkadaşlarımız oldu. Ne yazık ki bunlar için yapabileceğimiz çok fazla da bir şey yok. Birinci basamağın özel sorunları halindeler bunlar.

Son yıllarda neredeyse tüm ilçelerde birer fakülte açılmaya başladı. Yanlış hatırlamıyorsa genç işsizlik oranı yüzde 30 civarında Türkiye'de şu anda, bu yeni açılan fakültelerde, özellikle tıp fakültelerinden bahsedecek olursak mezun olacak arkadaşlar bizim önümüzde kayıtlı yedek işsizler ordusu olarak devam edecekler. Hem onların mesleklerini yapamamaları, hem de bizim çalışma koşullarımız üzerine yapacakları baskı hepimizin önünde ciddi bir sorun olarak duruyor.

Bu dönemde neyle karşılaştık? Mesleki eğitim yerine parasını ödeyerek sertifika aldığımız eğitimler oldu ve ücretli sertifikalı sağlıkçılar meydana çıktı. Ücretli sertifikalı sağlıkçıların farklılaşması sebebiyle mesleki rekabet, ücret eşitsizliği, ucuz işgücü yeniden gündemimize tekrar girdi. Birinci basamakta neler olduğunu tekrar şöyle bir toplayacak olursak, özlük haklarında belirsizlikler söz konusu, çalışan sayısı azaldı. Çalışan sayısının azalmasıyla birlikte çalışanların işgücü arttı. Çalışanlar yalnızlaştı, bağımlılaşta, hak kayıpları meydana geldi. Söz konusu biraz önce konuştuk. Aile hekimliğine geçildikten sonra aile hekimliğine geçenler ve geçmeyenler arasında ciddi bir gerilim yaşadık. Görev tanımında ciddi bir bulanıklık var, hâlâ sürüyor. Kimi zaman düzeltiliyor gibi olsa da ve ASM'yle TSM arasında ciddi gerilimler yaşıyoruz toplum sağlığı merkezleriyle, kimi yerlerde bu aşılmış olsa da birçok yerde hâlâ Aile Sağlığı Merkezleri, aile hekimleri ve Toplum Sağlığı merkezleri arasında değişim sürüyor.

Birinci basamakta sendikalar, sendikalarla ilgili ciddi değişim ve geriye gidişler yaşıyoruz. Emekliliğe yansıyan ücretin düşük olması, döner sermaye ve ek ödeneğin çok olması, maaşların sabit olmayışı, sözleşmeli çalışma, emek sömürüsü gibi alanlarda bir sürü hep birlikte direneceğimiz ve sendikalarda gücümüzü gösterebileceğimiz alan olmasına rağmen aile hekimliğine geçildikten sonra aile sağlığı merkezi çalışanlarında görece ücret yüksekliği yoğun dernekleşmeler, popülist ve günlük beklentiler ve milliyetçi politikaların çok yoğun olarak gündeme gelmesi, özellikle savaş ortamında bunun çok ön planda olması ve aile hekimliğine geçişin engellenememesinin yarattığı geri çekilme sebebiyle insanlar, çalışan arkadaşlar var olan sendikalardan uzaklaşp sarı sendikalarda

ya da diğer derneklerde çalışmayı tercih ettiler. Güçlü sendikaların güçleri bu şekilde geriledi.

Sağlık ocaklarına bir ağıt diyeceğim ben, sağlık ocakları ekip ruhu, dayanışma kültürü, toplum, hekim ve sağlık çalışanları arasındaki sahiplenme duygusu yok edildi. Biraz önce de bahsetmişim, vatandaşlar için sağlıkta ilk başvurulacak alanlardan bir tanesiydi. Sadece tedavi ile ilgili değil, sağlık ocağı öğretmenlerle birlikte buldukları yerlerin bir aydınlanma mekanıydı. Taşımacı eğitim ve öğretmenleri şeyden aldılar, köylerden, ufak yerleşim birimlerinden okulları kapatıp aldılar, sağlık ocaklarını kapatıp merkezlere taşıdılar ve oraları ne yazık ki hep cami yaptılar. Camilerle doldurdular. Şimdi bugünün akim insanları cami hocaları oldu ne yazık ki, önceden sağlık ocakları ve öğretmenler ve sağlık ocağında çalışan personeller halkın aydınlatılmasında çok özel bir yere sahiptiler. Sağlık personeli toplumu sürekli izleyip onların sağlık durumu ve sağlıksızlık yaratan durumlarını gözden geçirirdi.

Sağlıkta dönüşüm programıyla beraber lojmanlar boşaltıldı. Sağlık ocakları ve diğer birimler feshedildi. Kimi birimler yıkıldı hatta ve aile sağlığı merkezi adında dönüştürüldü. Kendi bulunduğumuz, daha önceden çalıştığımız işyerlerinin içinde kiracı olmaya başladık. Oturduğumuz sandalyenin, oturduğumuz masanın kirasını ödemeye başladık ve sanal ASM'ler gündeme geldi. Birçok yerde sağlık ocakları aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüş olmasına rağmen son dönemlerde özellikle yeni açılan aile sağlığı merkezi birimlerinde Sağlık Bakanlığı bina göstermemek için onlara yerinizi kendiniz bulacaksınız, içini kendiniz döşeyecek diyor. Bu da yine özelleştirmenin bir başka yönünü ortaya koydu. Meslektaşlarımız piyasanın önüne yolunacak kaz gibi atıldılar ve yeni sistem toplum yararına değil, o bölge esnafının yararına piyasacı yüzünü gösterdi.

Saha çalışmaları gösterdi ki aslında saha çalışmalarıyla ilgili çok fazla bilgi, belge sahibi değiliz. Çünkü yapılan çalışmaların sonuçları ortaya sunulacak, üzerinde tartışılacak gibi değil. Yüz kısaltıcı sonuçlar var. Listeye yönelik hizmet var. Artık önceden alana yönelik hizmet varken aile hekimlerinin liste üzerindeki insanlara yönelik bir hizmeti var. Polikliniğe sıkışmış bir sağlık hizmeti veriyoruz. Sahadan uzaklaşmış durumdayız, sahaya çıkışlar sadece sağlık müdürlüğüne ya da toplum sağlığı merkezine verdiğimiz listede kayıtlı olan zaman ve bölgeyle sınırlı. Koruyucu sağlık hizmetlerine hekimler genellikle katılmıyorlar, sabahtan akşama kadar poliklinik hizmeti veriyorlar. Koruyucu hizmetlerin aile sağlığı elemanları ya da şimdi biraz daha düzeldi, aile sağlığı çalışanı haline getirildi, ebe arkadaşlar veriyorlar. Dezavantajları hizmet sunabilmek durumunda değiliz. Eskiden ev ziyaretlerinde dezavantajları evlere gidiyorduk. İnsanların birçok sebeple sağlık sunumu ortamlarına gelememeleri söz konusu olabilir. Bu insanlar ne yazık ki bu hizmeti artık eskisi gibi rahatça alamıyorlar. Toplumla ilişkisi kopmuş bir sağlıkçıları grubu var.

2018 yılı aile hekimlerine toplam poliklinik müracaatı 258 000 000, ortalama kişi başı 3.2 kez başvurmuşlar. Yapılan çalışmalarda muayene için ayrılan süre hastaların yüzde

45'ine 5 dakikadan az. Dünya Sağlık Örgütü, Türk Tabipler Birliği diyor ki en az 20 dakika ayıracağız. Başvuruların yüzde 44'ü reçete yazdırma amaçlı, hekimler performans sistemine dahil olmayan hizmetleri yapmaktan çekiniyorlar. Sadece kendilerine gösterilen kısmı yapıyorlar ve vatandaş ne yazık ki birinci, ikinci, üçüncü basamak arasında çok fazla fark görmüyor. Çünkü sevk zorunluluğu ortadan kalkmış durumda, nezle, grip olan hasta, ilaç yazdırmak isteyen kişi bile devlet hastanelerinin, üniversite hastanelerinin polikliniklerine çok rahatlıkla gidiyor. Dolayısıyla arada pek bir fark görmüyor.

Biz çalışanlara sorulmuş yine saha araştırmasında: Siz nasıl görüyorsunuz bu olayı? Hizmete erişim veya kullanımda eşitsizlik olduğunu söylemişiz. Birinci basamağın kullanımı, işlerliği ilgisiz, hizmet sunumu ceza kaygısı merkezli, daha çok performansla dayalı işlerin yapılmasını biraz önce bahsetmiştim. Aile hekimlerinin kendi içlerinde diğer basamakları TSM'yle eşgüdümü sağlayamadığı şikayeti var. Toplum sağlığı merkezleri toplum sağlığı hizmeti üretmiyor demişiz. Esgüdüm olmadığından bahsetmişiz. Nedir eşgüdüm? Aile sağlığı merkezlerinin diğer sağlık sunumlarıyla arasındaki fikir alışverişinin olması, geri dönüşümün olması, bunun için aslında belli koşullar var. Birinci koşul kapı tutucu, yani sevk zorunluluğu, ikinci koşul birinci basamağın, bunun yanı sıra ikinci ve üçüncü basamağın tüm verileri kaydetmesi ve üçüncü koşulda bu bilgilerin birinci basamağa geri bildirilmesi. Sağlık ocağı görevinde çalışan arkadaşlar bilirler, ikinci basamağa, üçüncü basamağa hasta sevk ettiğinizde ona belirli bir hastalık bilgi formu verirdik. Bir yüzüne yazardık bulgularımızı, yanında tırtıklı bir alan var, karşı tarafın bu konudaki bilgisini bize geri bildireceği bir alan vardı. Bu konuda duyarlı hekim arkadaşlar o bölgeleri doldurur, bize geri gönderirlerdi. Bu hem eğitim açısından, hem hastanın takibi açısından bir bilgi geri dönüşü olurdu. Sevk zinciri işlemiyor, isteyen istediği yere gidiyor zaten, hasta takibinde süreklilik yok, hasta istediği hekime gidiyor. Bilmiyorum büyük şehirlerde herkes kendi hekimine gidiyor mu, ama bizde hekim olmadığı zaman herkes her hekime gidiyor, her hekim de her istediğini yaptırabilir bir durumdayız. Nüfus çok hareketli, bizim listemizde bulunan nüfusun sürekli değiştiğini gözlemliyoruz. Üstelik son dönemlerde elektronik ortamda da hekim değiştirebiliyorlar. Artık hastayı tanımıyoruz, görmüyoruz, bir de bunun karşılığında yapılan denetimlerde listemizin nüfusu yüzde 100'ünü görmemizle ilgili sıkıştırıyoruz. Hani yüzde 80 olursa idare tarama yüzde 100 olması lazım, niye not alıyoruz diyorlar ve hasta memnuniyeti bu işin işleyişini zorluyor. Hekimler hasta kaybetmemek için hastanın her dediğini yapar duruma geliyor.

Sonuç olarak sonuç üreten bir sistem var. Bu belki de birinci basamağın en önemli sorunu birinci basamağın parçalanmış olması, bir sistemi parçaladığınızda o sisteme yaptıracağınız işi kimlere ve hangi örgütlere nasıl yaptıracağınızı bilemezseniz zaman içerisinde ortaya çıkan sorunları habire yeni oluşumlar yakalayıp çözmeye çalışırsınız aynı birinci sağlık ocağı sistemini dağıttıktan sonra işte verem savaşları kapattık, sıtma savaşı kapattık, çevre sağlığı kapattık, su hijyenini yapmıyoruz. Eskiden bütün bunlar sağlık ocağı bünyesinde yapılan işlerdi, ama sonra ne oldu? Çevre sağlığı hizmetlerini Tarım Bakanlığına devrettiler. Sadece su denetimi TSM'nin denetiminde kaldı, onun dışında hiçbir

şeye birinci basamak aile hekimleri bulaşmıyorlar.

Çalışanların sürece katılımı istenmiyor. Sağlıkta dönüşüm programı gündeme geldiğinde sabah da konuşuldu, halka nasıl bir sağlık hizmeti istersiniz diye sormadıkları gibi hekimlere de sormadılar. Diğer çalışan emekçilere de sormadılar. Bu konuda ciddi bir direnç yaşandı, hep birlikte örgütlemeye çalıştık, ama ne yazık ki bu konuda başarılı olmadık. Bakanlığın meslek örgütleriyle, yönetimin hekimlerle çekişmesi var ve hâlâ sürüyor. Daha sonra liyakat ne yaptığını bilmeyen yöneticiler eliyle yeniden sorun üretilmeye başladı ve sorun çözümü değil, sorun üreten bir sistem haline geldi. Sürekli mevzuat ve tutum değişikliği ve ceza baskısıyla birinci basamağı sürdürmeye çalışıyoruz.

Patron kim? Aslında patron hekim, hekim esaslı bir hizmete döndük birinci basamakta, hekimin patronluğu söz konusu, hekimin seçtiği sağlık hizmeti çalışanı hekimle beraber çalışıyor. Bu aynı zamanda hekime biraz önce söylediğim gibi bir sürü farklı şeyi beraberinde getirmesi ve düşünmesini gerektiriyor. Bölge kavramı ortadan kalktı, tedavi ön planda, korunmayı ikinci plana atmışız. Çalışma barışı bozuk, kendi çalıştığımız işyerindeki diğer arkadaşlarla bile görüşmüyoruz neredeyse, rekabetli çalışma ciddi anlamda gündemimizde. Tabii bu itibarsızlaşmayı beraberinde getiriyor. Ebe arkadaşlara siz aile sağlığı elemanı dersenez, ailenin sağlığı çalışanına döndü, ama çok aşağılayıcı bulduğum bir laf aile sağlığı elemanı, hiç bu sözcüğü kullanmamaya özen gösterdim hep, gelen hastalara ebe arkadaşla görüşeceksiniz, ona gidin diye yönlendirmiştim. Unvan değişikliği ve itibarsızlaşma ve aramızdaki çekişme aynı zamanda hastalığın bizi kullanmalarını kolaylaştırdı. Görev tanımımızdaki belirsizlik ve açıkta kalan her işi aile hekimlerine yöneltildi, aile hekimlerine yamanmaya çalışıldı. Sağlığından sorumlu olmayan bir toplum her derdini, her işini aile hekimine yaptırmaya başladı. Kışkırtılmış bir talep sonucunda şiddeti de beraberinde getirdi. Hekime güvenmeyen, hekime saygı duymayan, diğer sağlık çalışanlarına saygı duymayan bir toplumun istedikleri yapılmadığında başvuracağı bir tek yöntem, iki yöntem var: Ya şikâyet edecek ya da öfkeliyse, öfkesine hâkim olamıyorsa şiddet.

Özel çalışanlar var aramızda, hepimiz Sağlık Bakanlığı personeli değiliz. Ne yazık ki özel çalışanların çalışma alanı çok ciddi sıkıntılarla dolu, hak kayıpları, güvencesizlik, düşük ücret, emek sömürüsü, mobbing ve ne yazık ki patronu ve işi kollamak durumunda kalıyorlar. Özellikle işyeri hekimleri sağlıklı olmanın sağlanması ve sağlıksız olduğunun saptanması onlar üzerine düşen bir yük halinde, bir de gözden kaçanlar var tabii, aile hekimliği ve aile sağlığı çalışanları diyoruz. Halbuki birinci basamakta aynı zamanda 112 çalışanları, laboratuvar çalışanları, toplum sağlığı merkezi çalışanları, Verem Savaş Dispanseri çalışanları ve bizimle beraber yanımızda çalıştırdığımız diğer emekçi arkadaşlarımız bu durumun içindeler. Bunlara ait de aslında alt başlıkta anılabilecek çok fazla sorun var. SES Sağlık Emekçileri ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası 2018'in Aralık ayından daha önceden planlanmış bir Çalıştayın sonucunda birinci basamakta bir anket düzenledi. 19 Aralık 2018 tarihinde 721 kişinin katılımıyla yapılan ankette birçok konu gündeme geldi, ama konu başlıklarının buraya önemli olanlarını çıkardım.

İzin sorunu ciddi problem, ihtiyacınız olduğunda izne çıkamıyorsunuz. Özellikle tek çalışıyorsanız ya da iki kişi çalışıyorsanız mutlaka yerine birini bırakmak durumundasınız. Bir arkadaşınızı bulamazsanız maaşınızdan kesiyorlar. Şiddet biraz sonra arkadaşımız da anlatacak, rapor uygulamaları ciddi sorun, işinizi yapamaz hale getiren bir iş. Birçok kanaldan herkes satranç oynayabilir raporu, işte okuma kursuna gidebilir raporu almaya kadar saçma sapan raporların bize yazdırılması söz konusu. Eşit işe eşit maaş istiyoruz. Maaşlarımızı bilmiyoruz, bilmediğimiz gibi performans sürekli bunun miktarını değiştiriyor. Görevde yükselme kaygısı var özellikle ebe arkadaşların, iş sağlığı ve güvenliği hizmeti yok. Bununla ilgili geçtiğimiz hafta ciddi bir hukuksuzluk durumu, burada Menteşe merkez ilçede toplum sağlığı merkezinde çalışan tüm çalışan arkadaşlara valilik kararıyla iş sağlığı güvenliği denetlemesi yapabilirler diye olur alınmış, buradaki bütün sağlık kurumlarına hiçbir eğitim almamış, ama yetki, daha doğrusu sorumluluk boynularına yüklenmiş arkadaşlar ellerindeki formlara göre gelip bizi denetleyecekler. Ücretler zaman içinde eriyor. Çok fazla bir şey değişmiyor gibi görünüyor, ama enflasyon bildiğiniz gibi oldukça yüksek, esnek mesai konusu, zorunlu hizmeti içi eğitim sorun ve aile hekimliği geldiğinde bir sürü şeyi götürdü. Neyi götürdü? Toplum olgusunu götürdü, toplumun içinde yaşayan herkese karşı sorumluluk duyma olgusunu götürdü. Artık sadece karşımıza gelen hastayla ilgili sorumluluk duyuyoruz. Kapımızı kilitletiğimiz anda hiçbir sorumluluğumuz kalmamış durumda, sağlığın sosyal ve çevresel değerlendirme yükümlülüğümüz ortadan kalkmış durumda, toplum katılımı rafa kalkmış durumda. Son söz olarak birinci basamak birinci basamak olmaktan çıkmış ve başkalaşmış ve piyasa yönelimli bambaşka bir tercih olmuş durumda. Çok teşekkür ediyorum.

Nuri Seha Yüksel

Çağlayan Üçpınar'a teşekkür ediyoruz güzel sunumu için, şimdi "Birinci Basamakta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği" başlığında ebe Ayten Erdoğan Balıkesir 6 Eylül 2 no.lu Aile Sağlığı merkezinde çalışıyor. Son dönemde de aile sağlığı elemanları Federasyonu genel sekreteri olarak görev yapmaya başladı.

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Ayten Erdoğan

Balıkesir 6 Eylül 2 Nolu ASM / Aile Sağlığı Elemanları Derneği

Herkese merhaba, 26 yıllık ebeyim, 9 yıldır da aile sağlığı çalışanı olarak görev yapıyorum. 4 yıldır Balıkesir’de aile sağlığı çalışanları olarak bir dernek kurduk, onun başkanlığını yapıyorum. Ayrıca Federasyonda da genel sekreter olarak görev yapıyorum.

Ben önce aile hekimliği sisteminde neler yapıldı, çalışma alanı nedir, ondan kısaca bahsetmek istiyorum. Öncelikle Türk Tabipleri Birliğine ve Kongre Düzenleme Kuruluna çok teşekkür ediyoruz böyle bir platformda bize de yer verdikleri için. Aile hekimliğinde neler yapılır? Kronik hastalıkların takibi, danışmanlık hizmeti, gebelik izleme, loğusa izleme, emzirme eğitimleri, D vitamini desteği, sağlam çocuk takibi, bebek, çocuk, gebelerin aşılması, izlemi, gebe kadınların izlemi, hastaların eğitimi, çocuğun psikososyal gelişiminin takibi, aile planlaması hizmetleri ve danışmanlık hizmetleri, yatalak hastaların ziyareti, küçük cerrahi girişimler, pansuman, kan alınması, genel olarak kanser taraması, rahim ağzı, gaitada gizli kan testleri, mamografiye hastaları yönlendirme, enjeksiyon, hastaların sevk ve sonuçlarının değerlendirilmesi, işe giriş raporları, özellikle bu son zamanlarda çocuğum ana sınıfına gidebilir mi, okçuluğa gidebilir mi, yüzmeye gidebilir mi şeklinde çok fazla çeşitlenen rapor hazırlamak, Verem Savaş Dispanserlerinin teşhis koyduğu, takip ettiği hastaların ilaçlarını vermek, otizmlı çocukların tespiti, takibi, bildirimi, evlenecek kişilerin değerlendirilmesi, obezite takibi, defin ruhsatı, hacdan gelen kişileri virüs hastalıkları yönünden değerlendirmek, kızamıklı hastaların, kızamıkla temas edenlerin bildirimi, takibi, başka kurum ve fakültelerde grup araştırmalarına, anketlerine destek olmak, değişik yer ve mekanlarda Bakanlık eğitimlerine zorunlu katılmak, yanlarında çalışan hizmetli ve ek personelin işverenliğini yapmak, muhasebesini tutmak, ASM’nin tamirat, geliregider işleriyle uğraşmak, bunlar kısaca özetleyebiliriz.

Günümüzde sağlık çalışanları diğer sektörlere göre daha farklı iş riskleriyle karşı karşıyadırlar. Bunlar enjeksiyona bağlı yaralanmalar, bel ve sırt sorunları, alerjiler, stres, tükenmişlik sendromu, şiddet ve idari dayatmalar olarak toparlayabiliriz. Tüm bu tehlikeler sağlık çalışanlarının işteki performanslarının azalmasına, iş kazalarının artmasına ve hastaların güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. İşte bu durum da sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği konusunu gündeme getiriyor ve yıllardır üzerinde çalışılmasına rağmen bulunduğumuz sistemin sıkıntılarından dolayı Arap saçı gibi çözümlenemiyor. Biz hâlâ iş sağlığı güvenliğinde neler yapabiliriz konuşuyoruz, ama darp oluyoruz, şid-

dete uğruyoruz ve bir türlü işin içinden çıkamıyoruz.

2011 yılında hasta çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair bir yönetmelikte hastanelerde çalışan güvenliği komitesi kurulması, çalışanlara yönelik eğitimler, danışmanlık, sağlık taramaları, koruyucu önlemler, enfeksiyonların kontrolü, bağışıklama, ve şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde de personel eksikliği sıkça karşılaşılan bir sorundur. Özellikle tek birimde çalışan aile sağlığı merkezlerinde izin sıkıntısı, 7 gün üzerinde ücretli izin kullanamıyorlar ve bir kişi izne ayrıldığında diğer arkadaş güvenlik açısından da sıkıntı yaşıyor, yalnız çalışıyor. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği aynı zamanda toplum sağlığını da etkileyen bir faktör olarak ele alındığından ulusal yasa ve prosedürlerle çevresi belirlenen kamu ve özel sektörü içeren geniş kapsamlı iş sağlığı güvenliği uygulamalarının ivedilikle hayata geçirilmesini talep ediyoruz.

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen faktörler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikolojik risklerdir. Biyolojik tehlikeler tüm sağlık çalışanları biyolojik risklerle karşı karşıya kalıyor. Hastaların virüs yollarıyla HIV, hepatit B, patojenler, tüberküloz, bağırsak enfeksiyonları, burucella, salmonelle gibi enfeksiyonlara sık rastlanıyor. Fiziksel tehlikeler, radyobiyojoloji çalışanları daha çok bununla karşı karşıya kalıyor. Ayrıca ultraviyole, lazer, mikrodalga, ultrason, aile sağlığı merkezlerinde daha çok bilgisayar, gürültü, aydınlatma şeklinde açıklayabiliriz.

Ergonomik tehlikeler hastayı kaldırıp taşıırken yaşanan sıkıntılardır. Uzun süre ayakta kalma, boyun ve vücudun yanlış pozisyonda kullanımı gibi riskleri vardır. Kimyasal tehlikeler en çok kimyasallara bağlı astım görülmektedir. Bunun yanında dermatit, laboratuvar ilaçları, sterilizasyon ve dezenfeksiyonda kullanılan deterjanlar, kanser ilaçları olarak sıralayabiliriz. Psikososyal tehlikeler birçok alan hastanın ölen kişilere bakımından birebir sorumlu olmanın verdiği bir stresle birlikte artan iş yükü sağlık çalışanının sağlığını ciddi şekilde tehdit etmektedir. İcap, vardiya, nöbet, aşırı düzensiz çalışma çok fazla iş güvenliği ve sağlık sorununa yol açmaktadır. Psikososyal tehlikeler kronik uykusuzluk, yorgunluk, malpraktis, obezite, konsantrasyon bozukluğu, kanser türleri, tükenmişlik sendromu ve aile içi sorunlar olarak sıralayabiliriz. Özellikle hep göz ardı edilen en önemli sorunlardan birisi aile hekimliği sisteminde çalışan bayan yoğunluklu çalışıyoruz aile sağlığında ebe, hemşireler olarak ve aile hekimi arkadaşlarımız olarak. 6 aylık bir doğum izni süreci oluyor. Doğum izni, lohusalık izni, süt izni ve kendi sıkıntısından dolayı çoğu arkadaşımız bu izni kullanamıyorlar.

Kullandıklarında da diğer biri vekâlet ettiğinde bir 6 ay o biri izne ayrılamıyor ve iki kat iş yükü yapıyor. Bu da tükenmişlik sendromuyla karşı karşıya getiriyor ve ciddi streslerden biri yaşadığımız. Son yıllarda şiddet en önemli unsurlardan birisi, şiddet her sağlık kurumunda ve her düzeydeki sağlık çalışanının maruz kaldığı kanayan bir yaramızdır. Şiddete maruz kalanlarda şiddet sonrası anksiyete ve huzursuzlukta artış sağlığa şiddetin ciddi bir sorunu olmalıyken artık en masum sorun olarak görülüyor. Özellikle biz

kadınlar en çok sözel şiddete, tacize uğrayan ve çoğu bildirilmeyen kanıksanmış sorun olarak görülen bir grubuz. Bu arkadaşlarımız da Muş'un 120 km uzaklıkta bulunan ilçesinde bir aile sağlığı merkezi, 9 tane köye bakıyorlar. 9 yıldır arkadaşımız, aile sağlığı çalışan arkadaşımız burada çalışıyor hekimiyle birlikte ve bir sürü yaşadığı sıkıntılardan bahsediyor. Mobillerle köylere gittiklerinde köpek saldırısına uğruyorlar, araçları bozuluyor ve kırsalda bunun gibi çok fazla çalışan var. Aşısını bebeğin evde yapıyor, alerjik bir sorun gelişebilir, müdahale etmesi gereken bir şey olabilir.

Biraz da şiddete değinmek istiyorum. Her yıl 25 000 000 kişinin, bir günde ortalama 30 sağlık çalışanının iş ortamında şiddete uğradığından bahsediliyor. Özellikle 24 saat çalışan hemşireler sağlıklı bireylerle olan ilişkileri aracılığıyla fiziksel ve sözel şiddete daha fazla maruz kalıyorlar. Şiddete maruz kalma açısından cinsiyet, yaş, mesleki deneyim gibi farklılıklar saptanmış, hemşirelerin şiddete maruz kalma oranının diğer sağlık personeline göre daha fazla bulunmuştur. Şiddete maruz kalma durumunda uygulanan süreç kişiler, kurumlar, üniteler arasında farklılık göstermekte, karşılaşılan şiddet olaylarının çoğu zaman bildirilmediği belirtilmektedir. Birinci basamakta şiddetin nedenleri, yasal düzenlemelerin eksikliği, hukuksal takipsizlik, birinci basamak hizmetine kolay ulaşılabilir olması, toplumsal cinnet ve her konuda şiddete eğilimin artması, hasta beğenisini ölçme yöntemleriyle toplumun sağlık çalışanlarına karşı hale getirilmesi, vatandaşın sağlık hizmetlerinden beklentisi ülke gerçeklerinin üstünde belirlenmesi, yöneticilerin sağlık çalışanını yeterince korumaması, siyaset malzemesi olmamız, hasta psikolojisi, sağlık çalışanı psikolojisi, hizmet standartlarının yetersizliği ve personel yetersizliği olarak sıralandırabiliriz. Ekonomik şiddet nedenlerinin başlıcaları Bakanlığın sağlık çalışanına uyguladığı şiddet, bunlar hakediş kaybı, ücret yetersizliği, maaş kaybı ya da performans, özellikle sıfır birimli aile sağlığı merkezlerinin oluşturulması, izinlerdeki vekâlet ve maaş kesintisi.

Bir de sağlık çalışanının birbirine uyguladığı şiddetten kısaca bahsedebiliriz: Hekimin hekime, hekimin aile sağlığı çalışanına veya aile sağlığı çalışanının aile sağlığı çalışanına gibi. Hekimin hekime uyguladığı şiddeti şöyle açabiliriz: Ortak cari giderlerin ödenirken yaşanan sıkıntılar, biz ya A grubu olalım, diğeri gerek yok diyor veya ortak aidat toplandığı zaman birisi geç verebiliyor, itiraz edebiliyor. Bu da iş barışını engelliyor. Aile sağlığı çalışanının hasta çalma yarışı başlıyor daha sonra aralarında, aile sağlığı çalışanının aile sağlığı çalışanına veya ekip içinde herkesin birbirine uyguladığı şiddet şöyle de örnekleyebilirim: Birlikte çalıştığım benim arkadaşım, ben izne ayrıldığımda o benim yerime bakıyor ve bir cemaat içinde çalışıyordu. Şu an ihraç oldu. Sürekli bana her gün mesai çıkışında işte burada toplantı var gidelim mi, ne olur gel, bana baskı yapıyordu ve beni o toplantılara götürmeye çalışıyordu sürekli, ben gitmek istemiyorum, bir bahane buluyorum. Bu sefer arkadaşım bana küsüyor ve iznimde bana vekâlet etmiyor, yerime bakmıyor. Eve gittiğimde ciddi anlamda bu da bende ruhsal sıkıntı yaratıyordu, ne yapacağımı şaşıryordum. İşe gitmek istemiyordum. Bunun gibi çok farklı örnekler var. Bu sistem bizi birbirimize mecbur eder hale getirdi. Özellikle izin vekaletlerinde çok fazla sıkıntılar yaşanıyor bu yüzden, hastaların da bize karşı uyguladığı bir ekonomik şiddet

var. İşte bakmazsan kaydımı aldırırım, değiştiririm, benim vergimle çalışıyorsun gibi söylemler de bizim üzerimizde stres yaratıyor.

Şiddeti önlemeye yönelik önerilerse, ülkemiz ve dünyada ciddi anlamda artış gösteriyor. Şiddetle mücadele aile içinde çocukluk çağına eğitimle başlar ve konu sadece sağlık çalışanlarına şiddet değil, kadına şiddet, çocuğa şiddet, hayvana şiddet, insana şiddet hepsi çocukluktan itibaren eğitilmelidir. Şiddetle mücadele tek boyutlu bir kavram değil, sosyal, kültürel ve politik yönleriyle göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık alanında şiddet suçları sadece ilaç bağımlısı ya da ağır psikolojik bozukluğu olan insanlar tarafından değil, sıradan insanlar tarafından da uygulanabildiği akıldan çıkmamalıdır. Sağlık hizmeti veren tüm paydaşların mesleki eğitimleri iletişim ve empati eğitimleri teorik olarak uygulanmalıdır. Özellikle medya tarafından dizilerde, televizyon programlarında şiddet farklı boyutta çarpıtılabiliyor, abartılabiliyor ve öyküleştirilmiş şiddet dizilerde daha çok bu ön planda oluyor. Medya bu konuda sağlıkta şiddet değil, şiddete karşı olunması gerektiği konusunda. uyarılması gerekiyor.

8 Aralık 2018'de çıkan yasa sağlıkta şiddeti önleme açısından olumlu, ancak yeterli değildir. İnsanın doğası sevgi, şefkat ve üzüntü ağırlıklıdır. Bu nedenle toplumsal tüm uyarılarda öfke ve şiddet kavramlarından uzak durulmalıdır. Benim sunumum bu kadar, şimdiye kadar sağlık şehitlerinin hepsi nurlar içinde yatsın diyorum ve bütün sağlıkta şiddete maruz kalan tüm arkadaşlarımıza geçmiş olsun diyorum, hepinize teşekkür ediyorum.

Nuri Seha Yüksel

Ayten Hanıma teşekkür ederiz. Şimdi son sunumumuz “Birinci Basamakta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği, Sendikal Yaklaşım” Uzm. Dr. Emrah Kırımlı Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezinde çalışıyor. Aynı zamanda Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik Dayanışma Sendikası Marmara Şubesi Başkanı.

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK ÇALIŞANI SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE SENDİKAL YAKLAŞIM

Emrah Kırımlı

Birlik Dayanışma Sendikası

İstanbul'dan bir aile hekimiyim. Herkesin bir İstanbul'u var. Bizi bekleyen engin mavilikler içinde bir İstanbul olduğunu düşünüyoruz ama bir aile hekimi olarak benim İstanbul'um daha çok ikinci resimdeki gibi. Ya da ben daha çok o İstanbul'danım. Her iki resim de aynı yere bakıyor. Benim sanal ASM'min olduğu mahalleme. İkinci resimdeki tüm sokaklar tüm evleri gördüm. Dertlerini, sağlık-larını. O sokakların aile hekimiyim.



Sendika aktivisti ve aile hekimi olarak size bu evlerden birini ve o evdeki bir hastamın hikayesini anlatmak isterim. Bu sendika aile hekimliği ile kuruldu. Bu hastalar ile. Hikaye bu evde geçiyor. Resimde gördüğümüz kadının eşi Beykoz'da fabrikalarda çalışıyordu. Tüberküloz oldu. Heybeliada sanatoryumunda tedavi sırasında dirençli



tüberküloz nedeniyle cerrahi tedavi olarak pnömonektomi uygulandı. Efor kapasitesi gündelik yaşam aktivitelerini yapmaya ancak yetiyordu, işsiz kaldı. Anne geçici işlerle ve çevreden yardımlarla ailesini geçindirmeye çalıştı. Çocukları da tüberküloz oldu. İstanbul'dan olanlar varsa belki hatırlar, aile hekimleri olarak bu aileye destek için aramızda para topladık, bazı faturalarını ödedik, elektrikleri açıldı. 2013 yılında oğlu bir iş buldu. 30lu yaşlarda iki çocuklu bir baba. Sigortalı bir iş bulmuştu ve işe giriş raporu alması lazımdı. Çarşamba öğleden sonra bizim ASM'ye geldi. O gün poliklinik yapmıyordum. Temizlik personelimiz işe giriş raporu verilmediğini söyledi. Çünkü biz ona öyle söylemesini söylemiştik. Dernek olarak kararımız buydu ve çalışanımız patronunun söylediğini yaptı. Nereden rapor alacağım sorusunun yanıtı ise verem savaştan alabileceği

oldu. Bu sefer yanıt patrondan değil iş bulabilen bir mahalleliye yardım etme güdüsünden gelmişti. En ekonomik çözüm o gibiydi o zaman. Verem savaşa yönlendirildi.



Bunları ertesi gün işe geldiğimde annesinden öğrendim. Çocuk tüberkülozum belli olur ve beni işe almazlar diyerek Verem Savaşa gitmemiş. Gecenin ileri bir saatinde, resimde gördüğümüz evin bahçesinde, diktikleri erik ağacının dalına kendini asarak intihar etti. Ölü bedenini kızı bulmuş sabah.

Bir sene sonra sendikamızı kurduk. Bu hasta benim aile hekimliği hikayem oldu ve aile hekimliği beni bu sendikanın kuruluş sürecine götürdü. Sendikamızın ilk yılında Hemşire Nuriye Karabalık'ı da tüberküloz nedeniyle kaybettik. Nuriye Hanım'ın da işe giriş muayenesi yoktu.

Kongrenin sabah oturumunda sağlığın ekonomi politiği konusunu dinledik. Ben de Mooney ile devam edeyim. Ulusların Sağlığı'nın 29. Sayfasında Mooney bize yönelik sağlam bir eleştiride bulunuyor. Avustralyalı ekonomist bizden bahsetmiyor da diyebiliriz, Anglo Sakson bir eğitimin tezgahından geçtiğimizi ve bu eleştiriden payımızı almamız gerektiğini de. Ben ikincisini tercih ediyorum. Mooney tabip odalarını sendikal örgütlenmeler olarak tarif ediyor kitabında ve eleştirisi sendika olarak bizi de etkiliyor. Bizler sendika olarak varolan siyasi tercihlerden uzakta durmayı seçtik. Sendikayı Mooney okumaları ile kurduk diyemem. Yine sendikayı kurarken tanımadığımız siyaset bilimci Onur Eylül Kaya'nın tarif ettiği majör siyaset kavramından da uzak durmayı tercih ettik. Sendikayı müesses nizamın dışında, aile hekimliğinin içinde kurduk. O nedenle birinci basamakta sağlık çalışanı sağlığına sendikal yaklaşım için neler yapabilirize geçmeden önce aile hekimliğinde neler yaşıyoruz biraz konuşalım.

Birinci basamağın feminizasyonu ve birinci basamağın demokratikleşmesi emek mücadelemizin en önemli konuları olarak duruyor. Hakkaniyet ve eşitlikçilik, iklim krizi, tükenmişlik, gelir kaybı, medikalizasyon, yapay zeka, kanıta dayalı tıp, göç, şiddet, yoksulluk, madde kullanımı, eğitim hakkı, güvencesiz çalışma, raporlar ve mevzuat, tıp hukuku... Çok cezbedici olsa da sorunlardan da bahsetmek doğru değil. Ne yazık ki doğruları, yapılması gerekenleri yalın ve sade bir biçimde anlatabileceğimiz bir ortam da yok.



Birinci basamağın feminizasyonunun konuşmamız gerekiyor. Ben konuşamayacağım ama yarın Kadın Hekim Olmak oturumu var orada tartışma şansımız olur belki. Güncel aile hekimliği konuşalım.

Mutlu bir ASM. Çocuklar aşıya mı geldi, yoksa okul izleme mi? Hayır her sene olduğu gibi geçtiğimiz yaz aylarında da önümüzdeki ara tatillerde de çocuklar annelerinin yanına geliyor. Sağlık için çalışılan birinci basamak sağlık çalışanlarının çocukları için kreş yok.

Nuriye Karabalık. Mutlu bir sağlık çalışanı. O zaman eleman deniliyordu onlara şimdi çalışan deniyor. Belki de hamilelik haberini aldığı bir an olabilir. 2014 yılından bir resim. Nuriye hanım hamilelik sürecinde tüberküloz oldu. İki olasılık var hamilelik bağışıklığını baskıladı ve hastalığı aktive oldu ya da Doğrudan Gözlem Tedavisini takip ettiği hastadan bulaşan basil ile tüberküloz geliştirdi. Bilmiyoruz çünkü ne işe giriş muayenesi var ne de periyodik izlemleri.



Tüberküloz menenjit nedeniyle ölene dek başına neler geldi?

- Hastalandığı ve işe gidemediği için maaşı kesildi.
- Kamu dışı çalışan olduğu için doğum izninde maaşı kesildi.
- 180 gün raporlu olsa ya da hastanede yatsa sözleşmesi fesih edilecekti.
- Kamu dışından aile hekimliğine geldiği için sözleşmesi bu gerekçe ile fesih edilirse işsiz kalacak tazminat alamayacaktı.
- Çalıştığı birime hemşire görevlendirmesi yapılmamıştı ve performans cezası veya has-

talarını kaybetme riski ile karşı karşıya kaldı

- Biriminin işleri ASM'deki diğer meslektaşlarına bırakıldığı için iş barışı bozuldu
- Çalıştığı ASM'deki meslektaşları aynı sağlık risklerine maruz olmuş olmakla beraber herhangi bir sağlık taraması yapılmadı ve şahsen enfeksiyon kaynağı olarak görüldü.

Nuriye Kalabalık tedavi esnasında bebeğini doğurdu ancak lohusalık döneminde tüberküloz menenjit nedeniyle hayatını kaybetti. Sağlık müdürlüğü ile görüşmelerimiz sonucu kurumda tüberküloz taraması yapıldı. Tazminat konusu hukuk sürecinde kaldı.



Bizim ASM, ebe arkadaşlar aşı stok dökümü yapıyorlar. Ceza yememişler gibi çekmişim. Bu 5 arkadaşın doğurttuğu çocuk sayısı binleri bulur. Resimde daha sonra Sayıştay raporunda göreceğimiz Bakanlık ATS uygulamasının yazılım sorunu kaynaklı stok hesabı yapıyorlar. Yeni iş tanımı bu. Ekranda ve cep telefonunda görülen ATS uygulaması ASM çalışanları için tanıdık olacaktır.



ASM sanal dertler gerçek. Baştan bir ASM yapmıştım. Belediye, kaymakamlık filan gezerek bağış topladım. Çıkma kapılar ve pencereler ile bir ASM dekore ettim. Sonra ev sahibi fahiş bir kira artışı yapınca orada geçinemem oldum. Bir kamu ASM'ye geçtim. Kapıma her gün 100den fazla kişi girip çıkıyor kapı kolum bozuldu. Tamir etmeye çalışıyorum. Aile hekimliğinin gündelik işleri. Sendikal hareketler değil. Sonunda dayanamayan hastalarım-dan biri kapıyı yaptı.



Karaburun köylerinde mobil hizmet. Aranızda Dr İbrahim beyi tanıyan vardır. Resim Aydın Çetinbostanoğlu'nun bitmeyen yolculuk kitabından. Birinci basamağın bir fotoğrafçının objektifinden nasıl görüldüğünü görüyoruz. Kim doktor, kim hemşire roller silikleşmiş ama kaybolmamış. Yarın tek sağlık oturumu var, mahallenin köpeği de burada ama beni çarpan gündelik hayatımızda kapılarımı-



Mihály Munkácsy: Grev, 1895.

çok az da vatandaşların elindedir. Bunun değişmesi gerekliliği bu kitabın ana konularından birisidir” Bu resimde vatandaşlar biraz daha iktidar.

zın önünde süregelen karşılaşmanın sağlık çalışanı ile karşılaşma anında da devamı. Burada mahremiyet sorunları, hasta hekim iletişimine dair öğretimize aykırı bir hal görmek mümkün. Müesses nizam dağılmış. Ben Mooney’in kitabı için seçtiği ana konulardan birini görüyorum. Mooney şöyle diyordu: “Sağlık hizmeti alanında iktidar, daha çok tıp mesleği mensupları ve ilaç endüstrisinin,



Sendika olarak grev yolunu kullandık. Grev tartışmaları biraz da bu resimdeki gibi oldu. Resimdeki gibi, katılanlar kadar katılmayanlar da çok. Cumartesi bize fazla mesai dayatıldı biz de her cumartesi grev kararı aldık. Cumartesi nöbetlerine karşı yapılan direniş sendikal hareket tarihinde yerini aldı. Ancak Türkiye’nin son 5 yılda yapılan sendikal etkinliklerinin içinde hiç yer almıyor. Birinci basamakta 10 gün çalışmadık. Sağlıkta grev olmaz deniyor bu bir tartışma ama grev yöntemimiz başka yönde de tartışılıyor. Zaten cumartesileri çalışmıyorsunuz ve çalışmadığımız gün için iş bırakma kararı alıyorsunuz. Karışık ama koruyucu hekimlik uygulaması gibi değil mi? Zaten hastalık yok ve belki hiç hastalanmayacak ama biz aşıyoruz insanları. Olmayan bir şeyin olmasını önlemek aile hekimliğinin doğası. Grevi de öyleydi ve başarılı oldu olmayan fazla mesainin olmasını önledik.

Resme dönersek, “Uzun XIX. Yüzyılda Orta Avrupa” kitabında Oktar Türel resmi alıntılarını yaparken şu cümleyi kuruyor: “Tüm çağlara genellemek belki aşırı ve yersiz sayılabilir ancak 19. ve 20. Yüzyılın toplum belleğinde iz bırakan ve eserleri gelecek kuşaklara kalacak büyük sanatçıları, herhalde içinde yaşadıkları toplumdaki çarpıcı dönüşümü derinden algılayan, çağına tanıklık eden ve halkının kültürel kaynaklarına erişmeyi ve onu çağının ‘ruhu’ ve

değerleriyle birleştirmeyi başaranlar olacaktır”

Gelecek kuşaklara kalacak olan yaşadığı toplumdaki çarpıcı dönüşümü derinden algılayan, çağına tanıklık eden ve halkının kültürel kaynaklarına erişmeyi ve onu çağının ‘ruhu’ ve değerleriyle birleştirmeyi başaranlar olacaktır... Biz bu çağa tanıklık edenler neredeyiz? Geleceğe ne bırakacağız?



“Bilime inanan bir çocuğum. Hem iklim krizi hem de deprem korkusu yüzünden bu yaşta çok endişeli bir tip oldum.” Yağmur Ocak (@ocak-yagmur1) 14 yaşında 8. Sınıf öğrencisi

Yağmur’un sorusu güzel? Ne istiyoruz?

Gavin Mooney ile devam edelim. Kitabın 9. Bölümü “Yerel Toplum Karşısında Şirketler” başlığını taşıyor.

Sağlık politikası ve şirketler bölümünde Harvey’den bir alıntı var. Harvey, neoliberalizmi, devletten vazgeçilmesi ve küçük hükümetlerin yükselmesi olarak belirtirken, pazar tüm devleti ele geçirmiştir saptaması yapıyor. Pazar... tüm devleti ele geçirmiştir. Kim için? Kime karşı? Biz ne istiyoruz?

Önümüzde çalışacağımız iki hat var ilki birlikte hareket etmek istediğimiz sağlık çalışanları. Sendika olarak üyelerimizle sınıf mücadelesini sürdürmeye çalışıyoruz. Ancak neoliberal çağın global orta sınıfına ait olduğumuzu hep aklımızda tutmamız gerekiyor. Üyelerimiz ve olası üyelerimiz bu orta sınıfta. Peki kim bu orta sınıf? Liberal siyaset bilimcilerden John Ikenberry bu sınıfı yerel hükümetin siyasi pozisyonundan bağımsız ve ona kayıtsız olarak tarif ediyor. Bizlerin herkes için bir cennet yaratmayı vaat eden siyasi projelerimiz yerine kendi hayatıyla ilgili ve mevcut ekonomik sistemin avantajlarından faydalanarak refahını arttırmayı arzu eden bir grup. Biraz sert bir tarif. Neoliberal düzene ait bu sınıfının üretim tarzları ve tüketim alışkanlıkları değişmiş, yerellikten uzaklaşmış ve standartlaşmıştır. Yarın akşam bir başka ülkenin başkentine gitse metroyla evine işine gidebilir, pazar alışverişini yapabilir ve aynı filmleri konserleri izleyebilir. Oryantasyonu 15 dakikayı geçmez. Bireysel ama aynı zamanda enternasyonel bir kimlik. Ikenberry’ye göre liberal demokrasilerin teminatı bu apolitik sınıftır zira kendi özel alanını ve tercihlerini politik saldırılara karşı koruyacak kadar önemseyen bir haldedir. Evet biraz sert ama bu salonda kaçımız çocuğunu yurt dışına göndermeyi düşünüyor ya da kendisi gitme planları yaptı? Tam olarak global orta sınıf hareketi. Bizim kitlemizin sınıfı da burada. Ne diyordu Oktar Türel. Çağın tanıklık edip onun kültürel kaynaklarına erişip çağın ruhu ve değerleri ile birleştirmeyi başaranlar kalıcı olacaktır. Bu kitleye

nötr yaklaşabilmeli hassasiyetleri ve endişelerine hakim olabilmeliyiz. Daha önemlisi onu popülist neoliberallere teslim edemeyiz. Buradan onları harekete geçirebiliriz. Liberal bir aydın ile devam etmek istemem. Geçen ay hayatını kaybeden marksist sosyolog Immanuel Wallerstein Tarihsel Kapitalizm kitabında her tarihsel düzen gibi kapitalizmin de bitmekte olduğu bir yol ayrımında olduğumuzu söylüyor. Evet neoliberal çağ bitiyor ama yerine ne gelecek konusunda Wallerstein umutlu değilmiş. En azından kitabında öyle. Bize 3 seçenek veriyor: feodalizm, faşizm ya da yüksek ölçüde merkezsizleşmiş ve eşitlikçi bir dünya düzeni. Wallerstein aile hekimliği üzerine yazmıyordu ama 3 seçeneğinden geleceğimiz için talep edilir duran merkezsizleşmiş ve eşitlikçi düzen birinci basamağa da tam olarak uyuyor.

Burası bizi sendika olarak çalışacağımız ikinci hatta getiriyor. Hastalarımız.



Aramızda tütün kontrolü konusunda çalışanlar vardır. Ben de Bakanlık ve İlaç firması ile birlikte tütün kontrolü konusunda yoğun olarak çalıştım. Tütün kontrolünün 6 bileşeni MPOWER kısaltması ile özetlenir. Monitorize et, koru, bıraktır, uyar, önle, vergilendir. Önle kısmında sadece tütün üretimi önlendi ve tüm basamaklardan sadece vergilendir çalıştı. Çiftçi ev vatandaş yani halk cezalandırıldı. Tütün kontrolünde yaşanan bu sorunları dile getirdiği

için kimsenin başına bir şey gelmedi. Ama çok benzer bir kanserojen ve hastalık etkeni olan hava kirliliği üzerinde çalışan Onur hocamızın bu nedenle başına gelmedik hiç bir şey kalmadı. David Harvey pazarı devlet ele geçirmiştir diyordu ya. Bu iki kanserojen pazarın devleti kim için ve kime karşı ele geçirmeye çalıştığını resmediyor. Burası birinci basamağın demokratikleşmesi ve halk için çalışmamız gereken alan. Marksist eleştirel bilim bize bunu söylüyor ama burada ilerleyemiyoruz. Düşünce pratiğimiz ve siyaset anlayışımız bizi cepheleşmeye götürüyor. Orta sınıfa çıkararak da bu cepheleşme. İster istemez her siyaset kendine yandaş ve cephesine mühimmat arıyor. Bundan kaçıp arada kalan global orta sınıf için ne yapacağız? Harvey Neoliberalizmin kısa tarihinde, Chantal Mouffe Sol Populizm ve Hegemonya ve Sosyalist Siyaset kitaplarında bize burayı işaret ediyor. Marksist eleştirel bilim ile hareket ederken kapitalizme karşı sonu sosyalizme varacak bir tarih yasasına da inanıyoruz. Bu inanış bizleri, neoliberalizmin arkasına saklanan antidemokratik doğasına karşı orta sınıfa harekete geçirmekten uzaklaştırıyor. Wallerstein'ın endişesini Chantal Mouffe de paylaşıyor. Tarihsel kapitalizmin sonu iyi değil. Geldiğimiz yer şiddet, bilim dışılık, emek sömürsü dolu. Wallerstein'ın 3 seçeneğinden faşizm her yerde yükseliyor ve bu populizm ile oluyor. Chantal Mouffe bize Sol Populizmi öneriyor. Kitlelerin özdeşleşebileceği, antagonistik cephe yerine, agonistik birlikler

ile kamucu bir hegemonya kurulması için çabılıyor. İnşa edilmiş günümüz gerçekliğine karşı her şeyin çaresi olacak bir devrim bekleyebiliriz ya da devrime giden yolda varolan düzenin kaynakları ile çareler bularak ilerleyebiliriz. Elimizdeki demokratik imkanları söküp yeniden kurarak asıl hizmet alanımızı güçlendirebiliriz bu bizi çok daha güçlü kılacaktır.

Temel ilkelerimiz doğrudur kamucu, eşitlikçi herkesin ulaşabildiği bir sağlık hizmeti istiyoruz. Bunların ancak toplumda sınıf mücadelesinin yaygınlaşması ile olacağını biliyoruz. Biz de birinci basamakta toplum yönelimli ve toplum içinde çalışmaya başlarsak bu mücadeleyi yükseltebiliriz. O zaman toplum içinde güçleniriz. Kıdem tazminatımız da, gelirimiz de, çalışma saatlerimiz de insanileşir. Birinci basamak devleti ele geçiren pazara karşı ölüm kalım mücadelesi veren ezilenlerle mahallemizde birlikte hareket etmemiz için çok güçlü bir araç. Neoliberal sağlık düzeni hastalar üzerinden para kazanmaya çalışıyor ama ardındaki antidemokratik yapının bize biçtiği çok daha sert bir rol var. Ele geçirdiği devletin düzenini korumamızı istiyor. Bizi buna memur ediyor. Sağlık çalışanları Sol Populizmde Cahnatal Mouffe'nin tarif ettiği özdeşleşilecek yerel karakterler olmaya uygun. Buradan birinci basamağı yeniden inşa edebiliriz. O zaman emek sömürüsü, şiddet, baskı sorunlarımız azalacak.

- Tıp iktidarın baskı aracı olarak inşa edilmiştir. Foucault bunu daha 1960larda bize söyledi.
- Devlet biz hekimleri/sağlık çalışanlarını bu iktidar aygıtının memuru yapmıştır.
- Neoliberalizm tıbbın ticarileşmesi ile biz hekimleri iç müşteri ve daha kötüsü bu ticaretin satış temsilcisi yapmıştır.
- Çatışma bu kamuya memur olma hali ve satış temsilcisi rollerinin karmaşasından çıkar.
- Hipokrat yemininde daha en başta köleler yer almıştır. O zamandan beri hekimlik yerini ezilenden yana alır. Bugün de yeminimiz bu yöndedir. Toplum da bunu bilir ve karşılığını verir.
- Yapmamız gereken tıbbın inşa edilen bu çerçevesini söküp, alan paylaşarak toplum içinde yeniden kurmaktır.

<https://www.birikimdergisi.com/haftalik/9586/solpopulizmi#.XacBjj7Tcs>

<https://daktilo1984.com/2019/08/21/netflixiveturkiyeyipolitiklermikurtaracak/?fbclid=IwAR24j04jn5HhLAhZaz35zbx-LIXn4fzDQ5iohlmXxMnUcM4vXvw1RmzcJs0>

Nuri Seha Yüksel

Emrah Kırımlı'ya teşekkür ediyoruz. Bu oturumun sonuna geldik. Bugün sorularla karşılaştığımız sorunlara çözüm önerileri Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği kolu zaten çözüm önerileri olarak sürekli güncelleme metinleri yayınlamakta, Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği kolu bu konuyla ilgili çalışmakta. Şimdi sorusu ve katkısı olabilecekler, buyurun.

Hasan Oğan

Merhaba. Sunumlar için gerçekten teşekkür ederim. Uzun yıllardan beri TTB ve İstanbul Tabip Odasında özel hekimlik kolu çalışmalarını yürütüyorum. 2008'den beri merak ettiğim bir konu var. Aile hekimlerinin çalışma biçimleri, yani hizmet sözleşmesine mi tabi yoksa iş sözleşmesine tabi olarak çalışıyorsunuz? Çağlayan arkadaş sunumu sırasında yanımızda personel çalıştırıyoruz demişti. Bu sizin işveren olarak SGK kaydı yaptığınızı gösterir. Yani bir işverensiniz. Ayrıca sizin Sağlık Bakanlığı ile yaptığınız sözleşmenin muhteviyatı da önemli. Bakanlıkla sözleşmeniz iş sözleşmesi mi, yoksa hizmet sözleşmesi mi? İkisi çok çok farklı, çünkü eğer siz Sağlık Bakanlığıyla yaptığınız sözleşme bir hizmet sözleşmesiyse, işçi çalıştıran bir kurum olarak sizin de çalışanlarınıza karşı 4857 ve 6331 sayılı kanunlar kapsamında işveren olarak sorumluluklarınız var.

Yine sizin Bakanlıkla hizmet sözleşmesi yapınca çalışan olarak özlük hakları kavramınız ortadan kalkıyor. Siz bir şekilde karşılıklı sözleşme yapmışsınız. Biz bu durumu özel sağlık kuruluşlarında, özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerde çok sık yaşıyoruz. Bir şey daha ilave etmek istiyorum. 6331 eğer siz hizmet sözleşmesi çerçevesinde orada hekim olarak bir hizmeti üretiyorsanız aynı zamanda 4. maddeyle ilgili çalıştırdığınız personeller açısından da iş sağlığı ve güvenliği koşullarını sağlamakla yükümlüsünüz. Bu konudaki sorunları biliyorum, soruyu bilmediğim anlamında söylemiyorum, ama şunu açık net olarak anlamak istiyorum. Çünkü birçok arkadaşımız olaya bugüne dek kamu çalışanıyız(!) çerçevesine baktılar. Biz özel hekim değiliz, olmak istemiyoruz denildi. Bir önemli nokta da aile hekimleri esasında Sağlık Bakanlığı ile yapmak istediği sözleşmenin hangisi olmasını istiyor. Çok teşekkür ederim.

Selçuk Aydın

Şimdi biraz önceki sunumda 12 yaşındaki bir kızımız “ne istiyoruz” diye bir pankart tutuyordu. Ne istediğimizi biz de bilmiyoruz diye arkadaşım tarif etti, ama şimdi şunu anlayamıyorum: Bu konuda beni aydınlatmanızı istiyorum. Barbarlık çağı denilen neoliberalizm, kapitalizmin en yüksek seviyesi neoliberal dönemi de merkezlessiz, yanılmış bir bilinçli toplumla nasıl bir organizasyon, nasıl bir yapılanma bekliyorsunuz pek anlayamadım ... Teşekkür ederim.

Emrah Kırımlı

Sözleşmemiz ben kamu dışıyım mesela, kamudan geçen arkadaşlar var, onlar TSM'li kamu çalışanları, sözleşmeleri fesih olursa sonra TSM'ye dönecekler. Benim sözleşmem fesholursa sokaktayım fesih sebebiyle, iş güvencesi meselesine gelirse bizden istediler. Biz müdürlüğün alt işvereni, alt çalışanıyız, ama üç tane de personelimiz var bizim. Onların iş güvenliği şeylerini yaptırдық, hizmet satın aldık onun için, onların parasını ödüyoruz, kıdem tazminatını da ödüyoruz, sigortalarını yapıyoruz. Ayrıldıkları zaman da kıdem tazminatını ödüyoruz. Aslında bu işte Bakanlığın ama Bakanlık vermeyeceği için, bizim de cari giderimiz var diye ayrılan, emekli olan arkadaşlarımızın kıdem tazminatını verdik. Çalışanlarımızın da periyodik muayenelerini sadece üç çalışanımızın yaptırıyor-

ruz. Bizim yok, yapmıyorlar müdürlük, ceza da vermedi iş güvenliği bütçemiz yok diye, risk değerlendirmemizi yapmadı. Biz bir osgb ile anlaştık, çalışanlarımızı yaptırдық.

Hasan Oğan

Sorun da buradan kaynaklanıyor. Çok çalışma biçimi, şekli var. Mesela, diyelim ki alan gezmesi yapıyorsunuz, orada yapıyorsunuz, iş güvenliği açısından gidiş, gelişler var. Olay yalnızca kıdem tazminatı ödemek değil, burada birçok alanda hepimizin de bildiği şeyleri de kapsıyor. Örneğin risk analizi ve ona göre önlemler almak, işte bunu çözmemiz gerekir diye ben bu soruyu sordum esasında, çünkü ana temel konulardan bir tanesi bu, özel sektörde de biz bunu bir şekilde henüz çözmüş değiliz, ama bunun üzerine mutlaka çalışmamız gerekecek.

Emrah Kırımlı

Şu an kamusal bir alan, kamu tarafından finanse edilmesi gerekiyor. Sözleşmede kamuya olması gerekir, temel hat bu.

Hasan Oğan

Sözleşmeyi yaparken sunulan hizmetin kamusal olması çok önemli değil. Önemli olan aile hekimi olarak mevcut yasalar karşısındaki konumumuz. Örneğin hizmet veren olarak ben hekimim muayenehanem ve maliyede kaydım var diye düşünelim. Sağlık Müdürlüğüne ya da Sağlık Bakanlığına ben aile hekimliği hizmetini, bu hizmeti satıyorum. İşveren konumundayım ve yanımda insanlar çalışıyor. O zaman yasalar 4857 ve 6331 farklı konumlarda karşımıza çıkıyor. Bakanlıkla yapılan sözleşme bir hizmet, bir ticaret sözleşmesi ise bu sözleşmeyi eşit taraflar olarak imzalamış oluyorum. Yani kolay kolay ben çalışmam diyemezsiniz, izne ayrılıyorum diyemezsiniz. Çünkü işveren olarak sözleşmenin içeriğinin, kapsamının dışında herhangi bir hak talep edemezsiniz, yaptığınız sözleşmenin, işin özellikleri bu.

Bunun yanısıra aile hekimliği hizmetini Sağlık bakanlığına bir bakanlık çalışanı olarak sunuyorsak yani bir iş sözleşmesi söz konusu ise o zaman çalışan olarak yasaların belirlediği tüm haklarımızı almak ve savunmak zorundayız.

Sonuçta Sağlık Bakanlığı çalışma koşullarımızı, hukuksal statümüzü, her şeyimizi bile rek ve isteyerek çok karıştırdı. Bunların ayıklanması lazım, netleşmesi lazım.

Katılımcı

Sistem analizini tam oturturken baş çelişkiyi, temel çelişkiyi, kapitalizmin nereye geldiğini tanımlarken bütün toplumun nasıl yanıltıldığını, nasıl işte Gramsci'den bahsettik veya temel Marksist söylemlerden bahsettik, ama bunlar bir tarafta dururken bunu siz düşünüyorsunuz diyemezsiniz. Bunu analiz etmek sadece benim tekelimde olan bir şey değil, Wallerstein de bunu söylüyor. Buradaki temel doğruyu reddederek böyle bir söylem ayrıca Mofrö ve Şante'nin liberalizmi reddetmediğini, onun üzerinde başka bir

yapılanma kurduğunu da biliyoruz.

Emrah Kırımlı

Evet, ama iki hafta var önümüzde, burada çalışabiliriz ya da bekleyebiliriz.

Katılımcı

Zaten çalışıyoruz. Bu toplumdan dışlandığımız ve çıktığımız yok. Zaten hepimiz her alanda çaba gösteriyoruz.

Emrah Kırımlı

Ben şöyle düşünüyorum: Birinci basamakta bozulabileceği bir alan, güçlü bir alan, toplumla ilişkili olan bir alan, zaten birinci basamağın kendisinin demokratikleşmesi ve hastanın katılması gereken bir alan, sağlık da öyle bir alan, ikisinin beraber geleceği bir yer. Toplumu oradan dönüştürebilirsiniz kendiniz için de, beraber çalışabilirsiniz yani, talep yaratabilirsiniz. Yapılan yerler var, işte kitapta bahsedilen Hindistan'ın Kerala örneği kendi kendine belirlenmiş bir şey, orada da toplumla beraber çalışılıyor. Sağlığa, bizde sağlığa onun esas sahibi olan kişinin katılma hakkı yok, bunun tamamen dışında duruyoruz. Biz hep daha yukarıdan bakan bir yerdeyiz. Gerçek böyle benim pratiğimde.

Filiz Ünal

Türk Tabipler Birliği Aile Hekimliği Kolunda çalışıyorum. Sincan'da toplum aile sağlığı merkezinde de aile hekimi olarak çalışıyorum. Hasan ağabeyin sorduğu soru çok doğru bir soru aslında, bizim TTB olarak da gücümüzü hissettiğimiz bir yer, aslında devletin baştan yapmaya çalıştığı bizi patron yapmak, ilk anlaşması buydu, ama sağlıkta dönüşüm programı bütün dünyada uygulanırken eğer toplumdan, hekimlerden bir tepki gelecekse ki Türk Tabipler Birliği biliyorsunuz aile hekimliğine geçişte çok ciddi bir çalışma yaptı. O tepkiyi fark ettikleri andan itibaren bir adım geriye dönüp tekrar patron yapmak üzere adımlar atmaya devam ediyorlar. Aslında bu olaya oradan baktığımız zaman sorun çözülüyor. Şu anda yaptığımız sözleşme aslında sağlıkta dönüşüm programının özü olan bizi patronlaştırma sözleşmesine doğru götürülmeye çalışıyor, ama Türk Tabipler Birliği yıllardır bu konuda hep bir hani bize takoz diyorlar ya, takoz oluyor. Onların istediği gibi ilerlemiyor işler, ilerlemediği için dedi ki ben sizi devlet memurluğu, yani iş güvenceniz kalsın bir kenarda, bunu bırakıyorum, sizinle bir sözleşme imzalayacağım. O sözleşme üzerinden siz aile hekimliği yapmaya devam edeceksiniz. Temel hedefine ulaşabilmiş değil, şimdi aslında bizim sendikalar ya da Türk Tabipler Birliği olarak tam da Hasan ağabeyin sorduğu yerden, hani doğru durduğumuz yerde tekrar doğru durarak, tekrar kelimeleri yeniden yeniden kurarak demeliyiz ki biz patron olmak istemiyoruz. Aslında Hasan ağabeyin sorusunun cevabı bence burada, teşekkür ederim.

Peri Meram Arbak

Naçizane çok değerli tartışmalar, Hasan Oğan zaten çok iyi bir yerden bakarak sordu.

Onlarla ilgili hiçbir sorunum yok, sadece Sevgili Emrah'ın konuşmasıyla ilgili kişisel izlenimimi aktarmak istiyorum. Emrah'la biz farklı sendikalardayız. Ben SES üyesiyim çok uzun yıllardır, öyle olmaya da devam ediyorum. Sayın Başkanım da burada, ama Emrah'ın anlattığı beni yerden yere savundu, onu söyleyeyim. Cidden çok etkilendim. Bazen hüznülendirdi, bazen yerlere düşürdü, bazen umutlandırdı. Benim belki birikiminin olmadığı bir alan olduğu için değişik kapılar gösterdi. Selçuk'un haklı eleştirilerine de katılmakla birlikte Emrah'ta farklı bir nüve gördüm ben, yani bir orta kesimi değerlendirme ve onun duruşunu değerlendirme ve halihazırda var olmuş olan örgütlenmelerin niye yeterince onları yakalayamadığını ve ben yine onu haklı bulduğum bir noktayı söylemek istiyorum. Yani varsayımlarımızın birileri tarafından kabullenilmek zorunda olduğu çıkarımı, bunlar çok incelikli çıkarımlar. Bu konuşmacıyı ben değişik yerlerde daha dinlemek istiyorum ve doyamayacağımı düşünüyorum. Güzel bir birikim, genç arkadaşımı kutluyorum. Diğer iki arkadaşım da çok iyidiler kendi alt dallarında, ama Emrah biraz daha farklı açılımlar yapmak istedi. Niye farklı bir sendikada örgütlendiğini bir miktar var olanlara eleştirel bağlamda sunmaya çalıştı. Bence dinlemeliyiz Sevgili Başkanım, Pınar Başkanım diye düşünüyorum. Çok da teşekkür ediyorum bu sarsıcı sunumunuz için.

Nuri Seha Yüksel

Uzun bir gün geçirdik. Sonuna geldik. Başka söz isteyen, katkı sunan yok. Yarın sabah 09.30'da "Şehir Hastaneleri ve Gerçekler" konulu oturum var. Hep beraber orada buluşalım diyorum, iyi akşamlar diliyorum.

ŞEHİR HASTANELERİ VE GERÇEKLER

Oturum Başkanı:

Pınar İçel

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Şehir Hastanelerinin Gerçeği

Raşit Tükel

TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu

Şehir Hastanesi Çalışma Ortamında Solunumsal Tehlike Ve Riskler

Nilüfer Aykaç

Türk Toraks Derneği

Şehir Hastanelerinde Çalışan Olmak

Mustafa Bucak

Adana Şehir Hastanesi Laboratuvar Teknisyeni

Şehir Hastaneleri Gerçeğinde İşgüvencesi Ve İşsizlik

Hüsnü Yıldırım

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Ankara Şubesi

Şehir Hastanelerinin İlaç Ve Eczacılık Hizmetlerine Etkisi

Arman Üney

Türk Eczacıları Birliği

ŞEHİR HASTANELERİ VE GERÇEKLER

Pınar İçel

Oturum Başkanı, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Günaydın. Şimdi 2. günün ilk oturumu, sabah daha 09.30, pazar sabahı, henüz uyanmakta zorluk çeken arkadaşlarımız illa ki vardır, ama neyi kaçırdıklarının tabii onlar farkında değiller. Muhtemelen kongrenin en güzel oturumu olacak. Dün Eriş Hoca açılış konuşması yaparken oturduğum yerden çok kıskanmıştım. İşte dedi ilk oturum şöyle önemlidir, kitabın önsözü böyle kıymetlidir, vesaire. Hepimizin bildiği gibi hiçbirimiz önsözleri okumuyoruz, önsözleri atlıyoruz. Şimdi kitabın altını çizerek okuduğumuz kısımlarına geldik, asıl önemli olan yer burası. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresinin 7.si, çok emek veren arkadaşımız oldu Hasan Hoca başta olmak üzere ve en az emek veren ben her zaman da şikâyet ettiği kişi, ama hiç öyleymiş gibi davranmıyorum, çok olaya hâkim olarak davranmaya devam edeceğim.

Şimdi Şehir Hastaneleri oturumunu gerçekleştireceğiz. Çok kıymetli konuşmacılarımız var. Ben hiç sözü uzatmayayım, direkt başlayalım. Çok keyifle onları dinlemek istiyoruz, heyecanla da onların konuşmalarını bekliyoruz. Hepimizin bildiği gibi bölümümüzün rektörü aramızda, onun için de ayrıca heyecanlıyız, iyi ki burada, Raşit Hocamı ben davet etmek istiyorum. Sağlık Çalışanlarının Sağlığının şehir hastaneleri kısmından sonra akıl sağlığımızı nasıl koruyacağız, bu şehir hastaneleri gerçeği nedir kısmını bizimle başlayacak diye tahmin ediyorum.

ŞEHİR HASTANELERİ GERÇEĞİ

Raşit Tükel

TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu

Teşekkürler. Önce günaydın herkese. Bu kongre için Kongre Düzenleme Kuruluna da teşekkürlerimi iletiyorum.

Bu sunumda şehir hastaneleri gerçeğinin ne olduğunu birlikte değerlendirelim. 2016 yılı Ekim ayında, dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, sağlıkta dönüşümün ikinci fazının 2017'de başlayacağını belirtmişti. Gerçekten de şehir hastanelerinin açılıp çalışmaya başlaması, Türkiye sağlık ortamında çok önemli bir dönüşümün işaretiydi. 2003'ten beri sağlıkta dönüşümün sağlık ortamına olan tüm etkilerini birlikte yaşıyoruz. Kamu hastane birlikleri projesinin iflasi ile paralel giden bir şekilde şehir hastaneleri gerçeği ile karşı karşıya kaldık. Şimdi bu konuyu ele almaya çalışacağım.

Kamuözel işbirliği sözleşmesi bu süreçte çok temel. Bu sözleşme bilindiği gibi, sadece sağlık alanına ilişkin değil. Kamuözel işbirliği sözleşmesinde özel şirketler, kamusal alt yapı oluşturarak kamu hizmeti veriyorlar. Finansal riskler kamu tarafından üstleniliyor. Bu sözleşmelere bağlı olarak yapılan hastaneler, hükümetin projelerini gerçekleştirmek için kendisinin borçlanması halinde ortaya çıkacak maliyetin çok daha fazlasına mâl oluyor. Özel sektör tüm riskin kamu tarafından üstlenilmesini istiyor ve tabii ki bunun karşılanmasının koşulu hükümet güvenceleri. Kamuözel işbirliği sözleşmeleri korunaklı ve bir kez imzalandıktan sonra da değişiklik yapılması oldukça güç; değiştiremiyorsunuz ya da farklı bir ödeme planı oluşturamıyorsunuz. Bunun sonucunda ödemeler artıp bütçeler basınç altına girdiğinde mevcut örnekler üzerinden bunu söylüyorum, özellikle de Birleşik Krallık örneği yönetim kamu personel sayısını azaltmak zorunda kalıyor ya da hizmet düzeyini düşürüyor; sadece sürdürülebilirliği sağlamak için çaba gösteriyor. Kamuözel işbirliği sözleşmelerinin önemli özelliklerinden biri de ticari gizlilik içermesi. Bu ne anlama geliyor? Sözleşmelere ulaşamıyorsunuz. Ulaşamadığınız için kamu sektörüyle özel sektör performansları arasında bir karşılaştırma yapma imkânına sahip olmuyorsunuz. Hizmetin niteliği, düzeyi, personel sayısı, ücretler, çalışma koşulları gibi konularda sağlıklı bilgilerinin edinilmesi son derece güç. Bu nasıl bir sistem? Aslında burada kamu hizmetlerinin kâr dürtülü bir piyasa mantığı ile verildiği bir yapıyla, şirketleşen bir kamu hizmet yönetimi katmanıyla karşılaşıyoruz.

Kamuözel işbirliği pazarına baktığımızda, 2005-2013 yılları arasında Avrupa'da 18 ül-

kede 277 kamuözel işbirliği sözleşmesi imzalandığını görüyoruz. Birleşik Krallık %60 paya sahip; Fransa %21, İspanya %7, İtalya %6, Türkiye ise %5. Bu değerlendirmelerin 2013'te yapıldığını unutmayalım. Küresel kamuözel işbirliği şirketlerinin yöneticileriyle bir araştırma yapılıyor ve katılımcıların %23'ü kısa ve orta vadede ABD'den sonra en umut verici kamuözel işbirliği pazarının Türkiye olduğunu belirtiyor.

Bu sürecin başlarında, 2011 yılında, Ata Soyer şehir hastanelerini tanımlarken şöyle bir ifade kullanmıştı: “Sağlık kampüsleri ile birlikte, kamu sağlık kurumları ve sağlık alanı, sermayenin ciddi bir istilası ile karşı karşıya kalacak, çalışanların çalışma ve yaşam koşulları bu istila ile şekillenecektir.” Biliyorsunuz o zaman şehir hastaneleri entegre sağlık kampüsleri olarak adlandırılıyordu. Ata Soyer şunu eklemişti: “Yeni bir sağlık düzeni tesis ediliyor, bir fabrika düzeni.” Gerçekten de şimdiki durumu 2011'de gören ve büyük bir öngörüyle tanımlayan Ata Soyer'in dediği gibi sağlık hizmetlerinde fabrika düzeniyle karşı karşıyayız. Ata Soyer'i burada sevgiyle anıyorum.

Kamuözel işbirliğinde hizmet üretiminde şu özellik öne çıkmaktadır. Kamu, hizmeti en az maliyet ile üretmek için, üretim sürecinin farklı bileşenlerinde sermaye ile ortak hareket etmektedir. Buna ölçek ekonomisi açısından baktığımız zaman, şehir hastanelerinde toplam sağlık hizmeti üretimini artırarak hizmetin birim maliyetini düşürmenin hedeflendiğini görürüz. Alan ekonomisi açısından baktığımızda, sağlık hizmeti üretiminde farklı işverenlerin eşzamanlı olarak o süreç içerisinde yer almasından, yani taşeronlaşmadan, emek gücü maliyetleri ve riskin dağıtılmasından söz edebiliriz. Zaman ekonomisi açısından baktığımızda ise, sağlık hizmetlerine aktarılan sermayenin üretim ve dolaşım aşamasında geçireceği zamanı kısaltmanın, hepimizin yaşadığı performans uygulamalarının, emek sürecini ve hizmet üretimini hızlandırmanın öne çıktığını görürüz. Bugün şehir hastanelerinde, kısa sürede, hızlı bir şekilde çok sayıda hastanın görüldüğünü biliyoruz.

Türkiye'de kamuözel işbirliğinin yasal çerçevesi, 2005 yılında, “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun”un çıkartılmasıyla oluşturulmaya başlanıyor. Bu yasa ile birlikte, ihale usullerinin belirlenmesi ve sözleşme süreçlerinin düzenlenmesi konusunda Bakanlar Kurulu'na yetki veriliyor. 2013 yılında ise, 6428 Sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkartılıyor.

Kurumsal çerçeveye baktığımız zaman üç kurum karşımıza çıkıyor. Sağlık Bakanlığı kamuözel işbirliği sözleşmelerini geliştiriyor, ihalesini ve icrasını gerçekleştiriyor. Hazine ve Maliye Bakanlığı sözleşmelerden kaynaklanan yükümlülükler için bütçeye ödenek tahsisi ve muhasebeleştirmeden, Çevre ve Şehir Bakanlığı ise yatırımın gerçekleşmesi için özel ortağa hazineye ait taşınmaz üzerinde üst hakkı verilmesinden sorumlu. Yasal sürecin her aşamasında çeşitli imtiyazların verildiğini, zaman zaman yasanın arkasından dolandırıldığını biliyoruz. Özellikle 2001-2015 arasındaki dönemde, konuyla ilgili mevzuat

yeniden düzenlenerek şehir hastaneleri için uygun hale getirildi.

Kamuözel işbirliği sözleşmesi nasıl bir sözleşme? Önce, kapalı zarf içinde teklif sunma sonrası açık eksiltme ihalesi yapılıyor. Sonra, ihaleyi kazanan özel sektör şirketi/konsorsiyumun kuracağı “özel amaçlı şirket” ile tesislerin yapımı, finansmanı ve işletilmesi için sözleşme imzalanıyor. Sözleşme imzalandıktan sonra “özel ortak” tarafından kreditorlerden gerekli finansmanın temini ve yatırımın inşası süreci başlıyor. Birçok uluslararası banka ya da sermaye kuruluşu üzerinden kreditorlerden para bulunması dönemi oldukça uzun sürebiliyor. Türkiye’de bu süre ortalama 54 ay; 60 ayı bulduğu da olabiliyor. Örneğin, Birleşik Krallık’ta bu sürenin ortalama 34 ay olduğunu biliyoruz. Tabii, bu sürecin başka bir yönü de var. Kreditorler, sözleşmeye ancak üzerinde bazı değişiklikler yapılırsa finansman sağlayabileceklerini söyleyebiliyorlar. Bu durumda sözleşme üzerinde değişikliğe gidilebiliyor. Her değişiklik kamunun aleyhine gerçekleştirilmiş oluyor. Sözleşmelerin bir özelliği de, Sağlık Bakanlığı’nın kreditorlerin onayı olmadan anlaşmayı tek taraflı olarak feshedemiyor olması. Sözleşmesinin feshi ve tesisin kamuya devredilmesi durumunda, kullanılmış dış finansmanın kamu tarafından üstlenilerek kreditorlerin zararlarının tazmin edilmesi gerekiyor. Böyle bir durumda süreç uluslararası tahkime gidiyor.

Şehir hastanelerinin toplamı 32 proje. Projelerden biri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kampüsü; diğer 31 tanesi şehir hastanesi projesi. 31 şehir hastanesinin toplam yatak sayısı 44 bin 409. Şimdiki durumda 10 şehir hastanesi hizmete girdi; 10 şehir hastanesinin inşaatı, 10 şehir hastanesinin de ihale süreci devam ediyor.

Şehir hastaneleri, bedelsiz olarak şirketlere tahsis edilen Hazine arazileri üzerine şirketler tarafından yapılıyor. Bu hastanelerde Sağlık Bakanlığı kiracı konumunda; şirketlere 25 yıl boyunca kira ve bina bakım parası ödeyecek. Sağlık Bakanlığı, kiracı olmasının yanı sıra şehir hastanesini inşa eden şirketten hizmet satın alıyor. Şirket ya da yüklenici firmalar hastane içi ve çevresinde yaptıkları ticari işletmeleri de işletiyorlar. Kira olarak ifade edilen kullanım bedeli, yani özel ortağa ödenecek bedel, bina ve arazi hizmetleri, bakım ve onarım, mefruşat vb. hizmetleri içeriyor. Hizmet bedeli, yani özel ortağın sağlayacağı hizmetler için yapılacak ödemeler ise, ilaçlama, otopark, temizlik, hastane bilgi yönetim sistemi, güvenlik, çamaşırhane, yemek, atık yönetimi gibi destek hizmetleri ile laboratuvar, görüntüleme, strelizasyon ve dezenfeksiyon, rehabilitasyon gibi tıbbi destek hizmetleri için yapılıyor.

Konuşmanın başında verdiğim genel bilgiler içerisinde ticari sırdan söz etmişim. Ticari sır meselesi Sağlık Bakanlığı ile şirketler arasında imzalanan sözleşmenin özel hukuka tabi olmasından kaynaklanıyor. Sağlık Bakanlığı, ortağı olan şirkete ödenecek kamu kaynağını açıklıyor. Bunun sonucunda kamuözel işbirliği sözleşmelerinden kaynaklanan yükümlülükler mali tablo içinde yer almamış oluyor, yani bilanço dışı kalıyor. Böylece, devlet borçları daha düşük raporlanıyor, sözleşmenin kamu finansmanı üzerindeki

olumsuz etkileri görülmemiş oluyor.

Kullanım ve hizmet bedeli ödemeleri nasıl yapılıyor? Bu da çok tartışılan bir konu oldu. Özellikle nereden karşılanacağı? 2013 yılındaki 6428 sayılı Kanun bunu şöyle tanımlıyor: “Sözleşme çerçevesinde yapılan tesislerin kullanımı ile tesisteki belli hizmetlerin sunulması karşılığında yükleniciye ödenecek olan bedeller, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir.” Burada dikkat edilmesi gereken bir nokta var. Kamuözel işbirliği sözleşmelerinde Türk lirası cinsinden belirlenen bedel, işletme süresince TÜFE ve ÜFE ortalaması ve borç alınan döviz kurundaki değişikliklere bağlı olarak üç ayda bir güncelleniyor. Her üç ayda bir Türk lirası olarak ödeyeceğiniz miktar değişmiş oluyor. Buna ilişkin bir hesaplama Bilkent Şehir Hastanesi için Prof. Uğur Emek tarafından yapıldı. Bilkent Şehir Hastanesinin 2011 yılındaki ihalesinde yıllık 341 milyon Türk lirası tutarındaki kullanım ve hizmet bedeli toplamının, enflasyon ve döviz kuru risklerinin üstlenilmesi nedeniyle, Aralık 2018 tarihinde 1.2 milyar Türk lirasına ulaştığı görüldü. Bu, yaklaşık 7 yıl içinde kullanım ve hizmet bedelinde dört kata yakın bir artma olduğu anlamına geliyor.

Bilkent Şehir Hastanesi’nden söz ederken, bu hastane için yapılan Paranın Değeri Analizi’ne de değinelim. Hatırlanacağı gibi, Sağlık Bakanlığı, Paranın Değeri Analizi’ne dayanarak, Bilkent Şehir Hastanesi’nin kamuya olan maliyetinin geleneksel tedarikten %24 daha düşük olduğunu ileri sürmüştü. Bir anlamda, biz şehir hastanelerini yaparken hastanelerin kamuya olan maliyetini düşürüyoruz, demişti. Prof. Uğur Emek’in Paranın Değeri Analizi raporu üzerine yaptığı çalışmada ise, yapılan analizde varsayım manipülasyonları ve maddi hataların mevcut olduğu; Bilkent Şehir Hastanesi’nin gerçek maliyetinin geleneksel tedarikten düşük değil, %73 daha yüksek olduğu ortaya kondu.

Ticari sır olmanın getirdiği bir başka olumsuzluk, şirketlere öngörülenden daha yüksek ödemeler yapılıyor olması. Neye göre? Fizibilite raporlarına göre. Fizibilite raporlarında hesaplanan kullanım bedelleri ile ihalelerde ortaya çıkan bedeller arasında büyük farkların olduğu görülüyor. Sağlık Bakanlığı’nın ihalelerinde yer alan özel sektöre ödeyeceği kullanım bedelleri, fizibilite çalışmalarında öngörülenden çok daha yüksek.

Kalkınma Bakanlığı’nın 2017 yılındaki şehir hastanelerinin toplam yatırım ve kira tutarları için verdiği rakamlar şöyle: 18 şehir hastanesinin toplam yatırım tutarı 10.5 milyar ABD doları, 18 şehir hastanesi için 25 yılda şirketlere ödenecek olan toplam kira tutarı ise 30.2 milyar ABD doları. Diğer bir ifadeyle, toplam yatırım tutarının yaklaşık 3 katı kadar kira ödenmiş olacak. Bu ödemelerin Sağlık Bakanlığı bütçesine ciddi bir yük getirdiğini görüyoruz. Şöyle ki, 2019 yılında 6 milyar Türk lirası tutarındaki kira ödemesi, 2021’e geldiğimizde yaklaşık 17 milyar Türk lirasına yükseliyor. Bu tutar Sağlık Bakanlığı bütçesinin %24,7’si, yani dörtte birine karşılık geliyor. Prof. Uğur Emek’in çalışmasına göre, 31 şehir hastanesi tamamlandığında Sağlık Bakanlığı bütçesinin %64’ü kira ödemelerine gidecek. Sağlık alanına ilişkin yatırımların karşılanması için, Sağlık Bakanlığı

elinde bütçenin sadece üçte biri kalmış olacak.

2018 yılı Sayıştay Sağlık Bakanlığı Denetim Raporu yakın bir tarihte yayımlandı. Sayıştay denetim raporunda öne çıkan konuların bazıları şu şekilde: Şehir hastanelerinden bazılarında ait taahhüt tutarları muhasebeleştirilmiyor, kayıt dışı ödeme yapılıyor. Şehir hastanelerine ilişkin muhasebe kayıtları mevzuata uygun yapılmadığı için borç gizleniyor. Sayıştay'ın talebine karşın, ihale dökümanı ile yatırım ve işletme dönemine ait sözleşmeler, Bakanlıktan temin edilemiyor ya da diğer bir ifadeyle Sayıştay'dan gizleniyor. Sözleşmelere Sayıştay dahi ulaşamamış oluyor. Sözleşmeye göre şirket tarafından hastaneye teslim edilen tıbbi aletlerin eksik, kullanışsız, kalitesiz çıkmasına karşın tutanak tutulmuyor, bu konuda şirketlere yaptırım uygulanmıyor. Elazığ Şehir Hastanesinde tüp bebek birimi bulunmamasına karşın, laboratuvar hizmetleri altında tüp bebek birimi için garanti bedeli ödeniyor. Sağlık Bakanlığı, Yasaya aykırı işleme şirketlerin borçlarını üstleniyor. Aynı hizmet için her şehir hastanesinde farklı fiyat ödeniyor. Örneğin, ameliyat seti için en düşük ile en yüksek birim fiyat arasında %1.268; kemoterapi ilaç hazırlaması için en düşük ile en yüksek birim fiyat arasında %35.599; akşam yemeği için en düşük ile en yüksek birim fiyat arasında %171 fark var. Bunlar sadece örnekler, bu liste aslında çok daha geniş.

Şehir hastaneleri yapıldığında o ildeki yatak sayısı artıyor mu? Hayır, yatak sayısı artmıyor. Yüksek Planlama Kurulu artık mevcut değil; ancak Şehir hastanelerinin yapılmasına Yüksek Planlama Kurulu tarafından, “yapılacak hastanedeki yatak sayısı kadar mevcut hastanelerden azaltılması ya da mevcut hastanelerin kapatılması kaydıyla” izin verildiğini hatırlatalım.

2017 yılına ait Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin toplam yatak sayısı 135 bin 339. 31 şehir hastanesinin yatak kapasitesi ise 44 bin 409. Bu sayılar, tüm şehir hastaneleri faaliyete geçtiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yatakların yaklaşık üçte birinin şehir hastanesi yatağı olacağı anlamına geliyor. Bu konuyla ilgili bir örneği, Adana'dan verebiliriz. Adana il merkezinde kamu hastaneleri 3 bin 11 yatak kapasitesi ile hizmet verirken, şehir hastanesi açıldıktan sonra yeni planlama ile 3 bin 25 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başladı. Böylece, Adana'da şehir hastanesinin açılması sonrasında yatak sayısı artışı sadece 14 idi. Mersin'de şehir hastanesinin açılması sonrasında yatak sayısındaki artış biraz daha fazla oldu. 1300 yataklı Mersin Şehir Hastanesi açılırken şehirdeki iki hastanenin kapatılmasıyla, Mersin il merkezinde yatak sayısındaki artış 441 oldu.

Şehir hastanelerinde %70 doluluk garantisi verilmesi de çok konuşulan konulardan. Türk Tabipleri Birliği olarak, şehir hastanelerinde %70 oranında doluluk vaat edildiğini sürecin en başından itibaren belirttik. Önceki Sağlık Bakanı Ahmet Demircan, yeni yapılan şehir hastanelerinde, işletme döneminde hasta yatağı doluluk garantisi veya hasta garantisi olmadığını, ancak miktara bağlı hizmetlerde yatak doluluk oranına bakılmaksızın aylık miktar garantisi verildiğini belirtti. Şehir hastanelerinin şartnamelerinde yer alan bilgilerden, hizmetler fiyatlandırılırken tesisin %70'lik tahmini doluluk oranına

göre varsayılan miktarın temel alındığını biliyoruz. Bakan'ın sözleri, bir anlamda Türk Tabipleri Birliği'nin savının onaylanması anlamına geliyor.

Şehir hastanelerinde bir yönetim karmaşası olduğu çok belirgin. Uygulamada, Sağlık Bakanlığı, başhekimlik, şirket yönetimi, alt yükleniciler gibi farklı roller üstlenen yapılar var. Kredileri sağlayan, projeye para yatırmış olan uluslararası finans kuruluşlarının da süreci takip ettikleri biliniyor; hatta gerektiğinde bazı dolaylı müdahaleler içerisinde oldukları tahmin ediliyor. Öte yandan, hastane yönetiminde belirleyici olan yapının şirket yönetimi olduğunu söyleyebiliriz.

Şehir hastanelerinde ortalama yatak sayısı bin 311. Yatak başına düşen kapalı alan 287 metrekare. Prof. Dr. Kayıhan Pala'nın çalışmasından, gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelerde yatak başına düşen kapalı alanın 150200 metrekare olduğunu biliyoruz. Kapalı alanın genişlemesi; enerji tüketimi, temizlik ve bakım/onarım giderleri gibi harcamalarda artış anlamına geliyor. Şehir hastaneleri yapılırken kullanılan çok geniş alanlar, bir taraftan da inşaat sektörü üzerinden bir kalkınma modeline işaret ediyor. Son dönemde açılan ve kamuözel işbirliği sözleşmesiyle yapılmamış olan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin de, şehir hastaneleri gibi, geniş alanlara yapılan gereğinden büyük binalardan oluştuğunu görüyoruz.

Çeşitli çalışmalarda, hastanelerin ölçeği küçüldükçe birim hizmet maliyetlerinin düştüğü, hizmetin niteliğinin arttığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmalarda, hastanelerde 200 yatağın altında ve 600 yatağın üzerinde verimliliğin anlamlı oranda düştüğü bulunmuştur. Ülkemizde 2013 yılının verilerinin kullanıldığı, 93 adet üniversite ve devlet hastanesinde etkinlik analizinin yapıldığı bir çalışmada, hizmetin niteliği açısından 400800 yatağa sahip hastanelerde daha iyi performans görüldüğü bildirilmiştir. Bu sonuçlar, şehir hastaneleri gibi büyük binalardan oluşan ve hasta yatağı sayılarının çok fazla olduğu hastanelerde, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmenin mümkün olmayacağını göstermektedir.

Şehir hastaneleri olarak inşa edilenler, şehir dışı hastaneleri aslında. Şehir merkezinden uzak noktalara yapılıyorlar. Hastanelere ulaşılmasında çok ciddi sorunlar var; özellikle yoksul ve engelli insanlar için bu zorluk daha da artıyor. Şehir dışında devasa hastaneler kurulması değil, şehir içerisinde kolay ulaşılabilir orta ölçekte yatak sayısına sahip hastanelerin korunması, mevcutların iyileştirilmesi ve ihtiyaca göre bu tür hastanelerin yaygınlaştırılması gerekiyor.

Şehir hastanesi denince eğilmemiz gereken bir başka nokta, sağlık turizmi. Önceki Sağlık Bakanı Ahmet Demircan, 2023'te 20 milyar doların sağlık turizminden ülkeye getirebileceğini ifade etmişti. Benzer ifadeler, Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından değişik zamanlarda birçok kez kullanıldı. Bazı şehir hastanelerinde bunun için özel birimlerin açıldığını, özel katların tahsis edildiğini görüyoruz. Şimdiki Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, şehir hastanelerinden mükemmeliyet merkezleri olarak söz ediyor. Şehir hastane-

lerinin sağlık turizminin odak hastaneleri olacağını vurguluyor. Yani yönetimler değişiyor, ancak hastaneler üzerinden kâr elde etme amacıyla, buna yönelik beklentilerde bir değişiklik görülüyor.

Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu olarak çeşitli şehir hastanelerine ziyaretler yapıyoruz. O ziyaretler sırasındaki gözlemlerimizi paylaşmak istiyorum. Şehir hastanelerinde ne tür sorunlar var? Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin sorunlardan başlayalım.

Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı yetersiz, şirketlerin sağlık çalışanları deneyimsiz. 112'ler, ambulansları şehir hastanesine yönlendiriyor. Acil servislerde aşırı yoğunluk oluyor. Acil sağlık hizmeti sunumu sırasında kırmızı, sarı ve yeşil alanlar arasındaki uzaklığa bağlı hekimler ve sağlık çalışanlarının iletişimde kopukluklar var. Hastanelerin şehir merkezine uzaklığı kronik hasta takibinde zorluk oluşturuyor; bunun sonucunda da komplikasyonla acil servislere başvurular oluyor. Burada aktardıklarım, şehir hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarından öğrendiklerimiz, onların bize yansıttıkları. Bölümler arası mesafelerdeki uzaklık nedeniyle sağlık hizmeti sunumunda aksamalar görülüyor. Örneğin, konsültasyonlara zamanında gitme sorunu çıkıyor, mavi kod erişim süreleri uzuyor. İleri yaşam desteği konusunda deneyimi olmayan branşlardan hekimlere mavi kod nöbeti tutturuluyor. Hayati tehlikesi olan hastalar, yaşlı, engelli olanlar için bölümler arası uzaklık olumsuz koşullar oluşturuyor.

Yönetimle ilgili sorunlara baktığımızda ilk dikkatimizi çeken, biraz önce de belirttiğim gibi, yetkilerin esas olarak başhekimlerde değil şirket yöneticilerinde olması. Şirket çalışanları görev tanımlarının dışına çıkamıyor. Görev tanımlarının da sağlık hizmetlerinin bütünselliği gözetilerek hazırlanmamış olduğu görülüyor. Malzeme alımları ve fizik değişikliklerde, başhekim yerine şirket yöneticileriyle görüşülmesi gerekiyor. Yüz yüze iletişim yolu kullanılmıyor. Yazılı iletişim olarak da telefon mesajları, whatsapp grupları üzerinden haberleşme tercih ediliyor. Bir sorunla karşılaşıldığında muhatap kişi bulunamıyor; belirli bir numara aranıyor, geri dönüş bekleniyor. Hastane içinde tadilata sözleşme gereği izin verilmiyor. Basit teknik sorunların dahi şirket üzerinden çözülmesi gerektiği için, çözüm genellikle uzun bir zaman alıyor.

Çalışma koşullarına baktığımız zaman, devlet hastanesinden gelen kamu çalışanları ile şirket çalışanları arasında çalışma farklılıkları olduğunu görüyoruz. Bu durum ekip anlayışında bozulma olarak karşımıza çıkıyor. Hizmet sunumu sırasında şirketin belirlediği çalışma düzeninin bir sonucu olarak, şirket çalışanları tarafından yapılmayan ya da yapılamayan işlerin kamu çalışanları tarafından karşılanmaya çalışıldığı, bunun da kamu çalışanlarında aşırı bir yüklenmeye yol açtığı belirtiliyor. Birçok şehir hastanesinde hekimlerin sekreter ve hemşireden yoksun çalışması, iş yükünü artırıyor. Nöbet sırasında 20 binden fazla adım attığını belirten hekimler var. Kapalı alanlardaki artışla koşut olmayan hekim/sağlık çalışanı sayısı sorun oluşturuyor. Çalışma koşullarının getirdiği sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve hastalarda gerilim, şiddete zemin hazırlıyor. Sağlık

çalışanlarında allerjik rahatsızlıklar, iş stresine bağlı anksiyete ve depresyon görüldüğüne yönelik bildirimler aldık.

Şehir hastanelerinde altyapıyla ilgili sorunlara göz attığımızda, ilk dikkati çeken, hasta ve poliklinik odalarının gereğinden fazla geniş olması. Altyapıyla ilgili gözlemlediğimiz diğer sorunlar arasında, radyolojik görüntüleme sistemlerinde veri kaybı yaşanması; yazılım sistemindeki sorunlara bağlı işlerde yavaşlama ve zaman kaybı olması; yangın merdivenlerinden tahliye konusunda sorunların olması; merdiven olmaması nedeniyle kısa mesafelerde bile asansör beklemek zorunda kalınması sayılabilir. Yine altyapıyla ilgili olarak, sterilizasyon ve hasta güvenliği ile ilgili sorunlar; telefon ve internete ulaşmada zorluklar; teknik alt yapı yetersizlikleri ve güvenlik açıklarının mevcut olduğu görüldü. Ayrıca, sağlık çalışanları için dinlenme ve ortak kullanım mekanları ile giyim odalarının olmadığı gözlemlendi.

Bazı şehir hastanelerinde uzmanlık eğitimi veriliyor. Şehir hastanelerinde uzmanlık eğitiminin ayrı bir başlık altında incelenmesi, değerlendirilmesi gerekiyor. Uzmanlık eğitiminin verildiği şehir hastanelerinde eğiticiler ve uzmanlık öğrencileri arasında kadro farklılıkları bulunuyor. Eğitim alanların sayısı, eğitimin planlanması açısından zorluk oluşturuyor. Gerekli eşgüdüm çalışmaları yapılmadan farklı kurumlardaki eğitim uygulamalarının aynı kurumda birleştirilmesinin doğurduğu sorunlar var. Mekansal büyüklük, çalışma koşullarının ağırlığı ve çalışan eksikliğinin, hastanede şirketin yönetiminde çalışmanın getirdiği zorlukların, uzmanlık eğitimi olumsuz etkilediği ve uygun bir eğitim ortamı yaratmada ciddi zorluklar oluşturduğu görülüyor.

Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2019 Nisan ayında, şehir hastanelerindeki uzmanlık eğitimi konusunda bir karar aldı. Karar, şehir hastaneleri bünyesine birden fazla eğitim kurumunun taşınması durumunda, taşınan eğitim kurumlarında ayrı ayrı yürütülen uzmanlık eğitimi programlarının birleşerek tek bir program altında toplanması şeklindeydi. Farklı gelenekleri, eğitim anlayışlarını bir ön çalışma yapmadan bir araya getirmenin, uzmanlık eğitimi alanlara bütünlüklü bir uzmanlık eğitimi verme konusunda ciddi zorluklar yaratması kaçınılmaz görünüyor.

Şehir hastaneleriyle birlikte, sağlıkta kamu hizmet ve yatırım alanlarının şirketleştirildiğini görüyoruz. Bu modelde, kamu hizmetinin emek süreci ve üretim koşulları verimlilik, etkinlik, performans ile ölçülerek birim zamanda daha fazla üretim yapılması, diğer bir ifadeyle daha fazla sağlık hizmeti sunulması amaçlanıyor. Bunun getirdiği önemli bir sonuç, sağlık hizmetinin niteliğinde azalma görülmesi oluyor.

Şehir hastaneleriyle sağlıkta müşteri memnuniyeti anlayışı giderek daha fazla ön plana çıkıyor. İyi otelcilik hizmeti, daha çok tetkikle sağlanan memnuniyet, sağlık hizmetinin niteliğinin bir göstergesi olarak sunuluyor. Yine bu süreçte, hekimin tetkik, tedavi ve karar süreçlerindeki denetimine sınırlama getiriliyor.

Kamuözel işbirliği, emek gücü üzerinden kurulan bir ittifak olarak görülebilir. Bu sistemde, kr oranlarını artırmak isteyen şirketler güvencesiz istihdama yöneliyor, sağlık emekçilerinin kamu çalışanı olma vasıfları ortadan kaldırılıyor, örgütsüz ve ucuz emek gücü yaygınlaştırılıyor.

Peki, nasıl bir hastane sistemi? Öncelikle şehir hastaneleri modelinden vazgeçilmesi gerekiyor. Oluşturulacak olan sistemde kamunun kaynakları kullanarak toplumun sağlık ihtiyaının karşılanması temel alınmalıdır. Sağlık hizmetine kolay erişilebilen ve tedavi hizmetlerinin etkin ve bütünlüklü olarak sunulabildiği bir hastane sistemi hedeflenmeli. Sağlık alışanları için de emeklerinin karşılığını aldıkları, güvenceli çalışma ortamı esas olmalıdır.

Teşekkür ediyorum.

Pınar İçel

“şehir Hastaneleri Gerçekleri” sunumundan görüyoruz ki Bakanlığın gerçeği değerlendirme algısında bozulma, salvolar mevcut, paylaşılmış psikotik bozukluktan bizi koruma açısından sunumu için çok teşekkür ediyoruz. Raşit Hocam koskoca bir rektör ve o yüzden sözünü kesemedim, ama diğer konuşmacılarımız o kadar şanslı olmayabilirler. Sevgili Nilüfer Hocamı davet ediyorum ... “şehir Hastanesi alışma Ortamında Sorunsal Tehlike ve Riskler” sunumunu bizlerle paylaşacak.

ŞEHİR HASTANESİ ÇALIŞMA ORTAMINDA SOLUNUMSAL TEHLİKE VE RİSKLER

Nilüfer Aykaç

Türk Toraks Derneği

Herkese günaydın! Böyle bir toplantıya davet edildiğim için düzenleme komitesine Türk Toraks Derneği adına teşekkür ederim.

Bugün ben sizlerle şehir hastanesi çalışma ortamının solunumsal tehlike ve risklerini tartışmaya açacağım. Açıkçası zor konu, çünkü şehir hastanesi kavramı oldukça yeni, bu konuda Türkiye’de çok fazla çalışma yok. Biraz derlemeye çalıştım, biraz da yapılan çalışmalara baktım, sizlerden de gerekli olan katkıyı almak isterim.

Tartışma hedeflerimi şöyle belirledim: Yaşanılan mekanı neler kirletir, binalar içinde yaşayan insanları hasta eder mi, sağlık hizmeti sunan hastaneler sağlıklı mı, sağlıklı hastaneler acaba mümkün mü, şehir hastaneleri iç ortam yönünden ne durumda?

Sunum akışım da iş ortamları kalitesine iç ortam etkileri, hastanın bina tanımı, kirleticiler ve sağlık etkileri, sağlıklı hastane, yeşil hastane, ve şehir hastanelerinin sağlığı olacaktır.

İç ortam çok önemli, saatlerimiz kapalı alanlarda geçiyor. İnsanlar vakitlerinin % 70’ini iş, % 20’sini ise ev ortamında geçirmektedirler. Bu gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde farklılık arz ediyor. Gelişmiş ülkelerde insanlar, zamanlarının % 89’unu, gelişmekte olan ülkelerde % 79’unu kapalı ortamlarda geçirirler. Geliştikçe daha çok kapalı ortamlara, plazalara kendimizi hapsediyoruz. Çevre Koruma Ajansı (EPA) 2006 yılında söylediğine göre : Kapalı alanlarda insanların zararlı bileşiklere maruz kalma oranı, açık alandan 25 kat daha fazladır. Zamanın büyük çoğunluğu iç mekanlarda geçirildiği için, bu ortamların hava kalitesi de en az dış ortam hava kalitesi kadar önemlidir. Çeşitli çalışmalarda iç ortamın dış ortamdaki 20 kat daha kirli olduğu söylenmektedir.

İç ortam kalitesini, ortamda bulunan partiküler madde (özellikle akciğerin periferine kadar ulaşabilen PM_{2.5}), karbonmonoksit (CO), karbondioksit (CO²), sıcaklık, azotoksitler, oksijen miktarı, kükürtoksitler, uçucu organik bileşikler, nem, ısı, çeşitli mikroorganizma ve alerjenler gibi fiziksel ve biyolojik etkenlerin varlığı etkilemektedir.

Hasta bina sendromu; bina sakinlerinin binada geçirdikleri süre ile bağlantılı olarak be-

lirgin bir hastalık, enfeksiyon olmaksızın kapalı ortam atmosferinin solunmasıyla akut sağlık sorunları ve konfor etkileri olarak tanımlanabilir. Bina hiç hastalanır mı? Herhangi bir binanın çeşitli kirleticiler tarafından kontaminasyonu ve bu kirliliğin binayı işgal etmesi, başka bir deyişle iç ortama yerleşmesi sonucu bina hastalanır. Dolayısıyla da böyle bir yapı içerisindeki iç ortam atmosferi olarak tanımlanan solunan havanın kalitesi bozulur. Bina içi kapalı alan ya da iç ortam atmosferinin kalitesi bozulunca içinde çalışan / yaşayan insanların da sağlıklarını bozabilir.

Hasta Bina sendromu (HBS), 1975 yılında ilk olarak Becker tarafından tanımlanmış. 1982'de Ricks "hasta evler, hasta ofisler" başlıklı çalışmasında, binalar ve orada yaşayan insanlar arasındaki ilişkilerden bahsetmiştir. 1983 yılında Steuber ve Muller, hastane binalarının hastalar üzerindeki etkilerini incelemişler ve HBS kavramı ile birlikte "Hasta Hastane Sendromu" kavramını da kullanmışlardır. Sonrasında çalışma biçimlerinin, mekanlarının değişmesiyle birlikte farklı tanımlamalar yapılmaya başlandı. Hasta ev sendromu, hasta hastane sendromu, hasta evler, ofisler, sıkıcı binalar, binayla ilişkili sağlık sorunları gibi birbirine benzer hastalıkları farklı bir başlık altında bu tanımlamaları yapılmıştır.

Yakınmalar belirli bir oda veya bölgede olabildiği gibi binaların genelinde yaygın olarak görülebilir.

Hastaneler için prevalans %20.9 %86.4 arasında değişmektedir. Risk Faktörleri arasında havalandırma, iç ortam hava kirleticileri, işle ilgili faktörleri sayabiliriz. İşle ilgili faktörler, uygun işte çalışma, çalışma saatleri, stres, iş güvencesi, maddi güvence, çalışma koşulları, sosyal haklar gibi geniş bir yelpazeden bakmak gerekiyor.

Kişisel faktörlerden yaş ve cinsiyet farklılığı hasta bina sendromu semptomlarının görülme sıklığını değiştiriyor. Çalışmalar hasta bina sendromunun kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadınlarda özellikle 2030'lu yaşlardaki kadınların 50'li yaşlarda olan kadınlara göre HBS'na daha duyarlı olduğu bildirilmiştir. Allerjik riniti, atopisi olan hastalarda HBS'yla ilişkili burun mukozası tahrişleri, KOAH'ı ve astımı olanlarda burun, boğaz, göz, deri tahrişleri ile konsantrasyonda bozulma gibi semptomlar daha fazla görülmüştür. Migreni olanlarda da baş ağrısı ve yorgunluk daha sık olduğunu söyleyebiliriz.

Bina içi hava kalitesini tartışmadan önce önce bir fotoğraf koymak istedim. Fotoğrafta küçük alan, ışıklandırma yetersiz, kalabalık, bu ortamın uygun bir ortam olduğunu söylemek çok mümkün değil. Uygun çalışma ortamı aslında çok net kurullarla belirlenmiş. Sıcaklığın 1923 derece içerisinde olması, nem oranınının 60'ı geçmemesi, hava akım hızının saniyede 0.1 metre olması gerektiği, minimum ventilasyon hızı da kişiye göre işte 8/sn olması gerekiyor. Bu kurulları çalışanın sağlığı açısından gözetmek, denetlemek ve sağlamak gerekiyor. Bina içi nem oranınının %70'den yüksek olması küf mantarı oluşma riskinin artırır. Bina içi akım hızınının da 0.3 m/sn'nin üzerinde olması hava ısısında

1°C'lik düşüğe neden oluyor.

Hasta bina sendromunun semptomlarına bakarsak Dünya Sağlık Örgütü çok kapsamlı olarak 1984 yılında tanımlamış, ama onun üzerine bir sürü çalışmalar da eklenmiş. İç ortam havalandırma oranı 10 L/dak/kişiden az olması durumunda HBS semptomlarda artış gözlenmektedir. Çalışmalar HBS'de en çok boğazda akıntı, tahriş ve kızarıklık görüldüğü daha sonra konsantrasyon bozukluğu, gözlerde akıntı ve kızarıklık, yorgunluk olduğunu ortaya koymuştur. Bunun dışında temel semptomlar göz, burun ve boğazda koku ve tat duyu değişimi, deride kızarıklık, ağrı, kaşıntı, kuruluk, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma gibi nörolojik semptomlar, astım benzeri semptomlar, gözburun akıntısı gibi aşırı duyarlılık semptomları görebiliyoruz. HBS'nun vücudumuzda tüm sistemleri etkilediğini söylemek daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Bunun dışında kişide aşırı duyarlılık, atopi varsa daha fazla arttırabiliyor, astım alevlenebiliyor ya da hiç yokken astım ortaya çıkabiliyor. Onun dışında genel sağlık kontrolünde yorgunluk, halsizlik, işte isteksizlik, konsantrasyon bozukluğu, bazen hafıza zorluğu gibi birtakım problemler de karşımıza çıkıyor bu HBS'de.

Semptomlara bakacak olursak nedenleri çok net olarak bilinmemektedir ve çalışanlar binayı terk ettikleri andan itibaren kısa süre içerisinde şikâyetlerinin gerilediğini ifade etmektedir. İç ortam kirleticilerine baktığımızda gazlar ve biyoaerosollar olarak iki ana grupta sayabiliriz. İç mekanlarda bulunan başlıca gazlar olarak karbondioksit, karbon monoksit, azot dioksit, ozon, kükürt dioksit, formaldehit, uçucu organik bileşikler ve radonu sayabiliriz. Biyoaerosollar ise allerjenler, mantar sporları, bakteriler, virüsler ve çok halkalı aromatik hidrokarbonlardır. Ayrıca dış ortamda bulunan hava kirleticileri de doğal havalandırma, infiltrasyon veya havalandırma cihazları vasıtasıyla iç mekanlara girebilir.

Etkileyen faktörleri küf, yakıt, sigara, boyalar, biyomass, böcek ilaçları, temizlik ve döşeme malzemeler olarak sayabiliriz. Küfler, mesela bu eski binalarda özellikle sorun teşkil ediyor. Böcek ilaçlarının çok fazla buharlaşmadığından sanıldığından biraz daha temiz olduğu söylenebilir. Özellikle temizlik maddeleri, yeterli bakım yapılmamış klimalar, döşeme malzemeleri, halılar iç ortam hava kirleticiler arasında en önemli arasında. Halılarda 100 farklı uçucu organik bileşiklerin salındığı bilinmektedir ve halıların iç ortamlarda duvardan döşenmesi, bireylerin HBS semptomlarına yatkınlığını arttırır. Ayrıca halıda bakteri, küf ve mantar toksinlerinin birikimi akciğerlerde allerjik reaksiyonları tetikleyen semptomlara da neden olmaktadır. Halılar özellikle mite ve küf barındırması nedeniyle sağlığımız açısından oldukça zararlıdır. Çalışmalarda çalışma ortamından halıların kaldırılmasıyla HBS semptomlarında önemli derecede azalmaların olduğu gösterilmiştir.

Biyolojik kirleticiler arasında, atmosfere karışarak havada asılı kalabilen mikrocenliler (bakteriler, mantarlar, virüsler, polenler, toz keneleri, böcek leşleri, hayvanlara ait tüy kil

artıkları)nı sayabiliriz. Sık görülen etkenler arasında Legionella, Micropolyspora, Thermoactinomycesler, Aspergillus türlerini sayabiliriz.

Alerjenler ,lateks, böcekler, mite, polen, protozoa, küfler, algler, gram negatif bakteriyel endotoksinleri, virüsler, mantar ve bakteriler sayılabilir.

Özellikle lateksin ve içerdiği pudranın alerjilere aşırı duyarlılığa yol açtığını söylemek mümkün. Özellikle sağlık çalışanları için ciddi ürtiker ve alerjik, rinit, astım gibi solunum yolu hastalıklarına yol açabiliyor. Onun dışında lejyoner hastalığına da belki burada bir işaret yapmak lazım. İlk lejyonerlerde tanımlandığı için lejyoner hastalığı denilen olarak bilinen ve binalarda adı su tesisatının değişmesiyle hastalığa yol açan legionella pnömonisini sayabiliriz. Legionella pneumophila adlı bakterinin neden olduğu bir akciğer enfeksiyonudur. Hastalığa neden olan bakteriler klima sistemleri gibi nem ve su içeren ortamlarda yaşayabilmektedirler. Klima sistemlerinden etrafa dağılan havanın solunması ile bu bakteriler akciğerlere ulaşmakta ve zatürreye neden olmaktadırlar.

Kimyasal kirleticiler CO₂, CO ve NO₂ gazları ocak, soba, ısıtıcı ve şömine gibi araçlardaki yanma işlemlerinden, garaj eksozundan ve sigara dumanından kaynaklanır. Ozon fotokopi makinesi ve yazıcı gibi elektronik ofis araçlarından salınmaktadır. Mobilyalar, halılar, duvar ve tavan boyaları, izolasyon malzemeleri, reçineler, yapıştırıcılar, laminant parkeler ve döşemelikler başlıca formaldehit emisyon kaynaklarıdır. İç ortam formaldehit konsantrasyonları dış ortam miktarından daha fazladır.

İç ortamlarda gaz olarak bulunan uçucu organik bileşiklerin çoğu toksik ve kanserojendir. Uçucu organik bileşiklerin emisyonları mobilyalardan, halılardan, verniklerden, çözücülerden, oda parfümlerinden, deterjanlardan, yapıştırıcılardan, yanma işlemlerinden, boyalardan, yer ve duvar kaplamalarından yaşanılmakta olan iç ortama salınmaktadır . UOB ler ve formaldehit özellikle patoloji laboratuvarları, hastanede UOB ve formaldehit emisyonları artan sıcaklık ve rutubet ile birlikte artma eğilimindeyken mobilya ömrünün artmasıyla azalış gösterir . Uranyumun radyoaktif bozunma reaksiyonları ile oluşan Radon ise topraktan havaya geçer. Radonun bozunması sonucunda Polonyum ve Kurşun oluşur. Bunlar da havadaki aerosollere yapışarak radyoaktif aerosolleri oluştururlar. Bu radyoaktif aerosoller soluduklarında kanserlere neden olmaktadırlar. Karbonmonoksit yine iç ortam kirleticilerde önemli, karbonmonoksit biraz daha dış ortam için saymak mümkün, onun haricinde radon, asbest ve kurşun var burada, kurşun ölçümelerini de yapmak, uçucu organik bileşiklere de bakmak gerekiyor.

EPA iç ortam kirleticileri için kabul edilebilir konsantrasyon değerlerini net olarak tanımlamıştır. EPA'ya göre;

Karbondioksit özellikle kapalı ortamlarda, kalabalık yerlerde oldukça artıyor. Sera gazlarından karbondioksit artışı küresel ısıtma ve iklim değişikliğinden en önemlisi olarak sayılır. Atmosfere salınan CO₂'nin yaklaşık %85'i fosil yakıtların tüketiminden, geri ka-

lanı ise canlıların solunumu ve mikrobiyal canlıların organik madde ayrıştırmasından ileri gelmektedir. Binalarda ofis çalışanlarının sayıları ile iç mekan karbondioksit konsantrasyonları arasındaki pozitif ilişki görülmektedir. Yüksek CO2 seviyeleri yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve baş dönmesi yapabilmektedir. Karbondioksit iç ortamda 800 ppm'i aştığı zaman artık hasta bina sendromuna doğru gidiş var. Baş ağrıları var, birtakım semptomlar var, ama işte konsantrasyon bozuklukları ortaya çıkıyor, ama oldukça yükseldiği zaman, 40 000 ppm'in üzerine geçtiği zaman artık kalıcı beyin hasarlarına kadar gidiyor.

Uçucu organik bileşikler kapalı ortamlarda önemli olan bileşiklerdir. Uçucu organik bileşiklerin 5 mg/m³'lük konsantrasyonuna iki saat süreyle maruziyet göz, burun ve boğazda tahrişe, 25 mg/m³'lük konsantrasyonuna dört saat maruziyet solunum yollarında semptomlarına yol açar. Vernikler, yapıştırıcılar, silikonlar, koruyucular, mobilyalar hepsi uçucu organik bileşikleri içeriyor. Bunlar çok çabuk ayrışıyorlar ve solunumumuza çok çabuk etkileyebiliyorlar. Konsantrasyonun artışıyla birlikte lokal semptomlardan başlayarak sistemik semptomlara kadar etkilenme görülebilir. Bu yine binayla ilişkili uçucu organik bileşiklere bakmışlar. İşte hem irtabilite, hem burun tıkanıklığı organik bileşiklerle ilişkili olduğu gösterilmiş. Bu yeni yapılmış bir hastanede çalışılmış organik bileşiklerin analizi, oldukça yüksek olduğu görülüyor. İşte yeni bina ne kadar iyi, güzel güzel kokuyor falan değil aslında bakarsanız.

Takigawa'nın 2004 yaptığı çalışmada uçucu organik bileşikler, hekzanlar, tolüenlerin özellikle yeni yapılan hastanelerde toksik düzeylere ulaştığını göstermişlerdir. Bu bulgularla çalışanları iç ortamla ilgili olumsuz sağlık etkilerinden korumak için, yeni binalarda iç mekan kimyasallarının konsantrasyonunun azaltılması, çalışma saatlerinin azaltılması ve sigara içilmesinin yasaklanması gerektiğini önerdiler.

ChungYen Lu ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada uçucu organik bileşiklerde her 100 ppb artışa üst solunum semptomları, kuru boğaz ve sinirlilikle ilişki saptamışlardır. Haftada 50 saatin üzerinde çalışanlarda cilt lezyonları, nefes darlığı gibi göğüs semptomları, üst solunum yolu semptomları daha fazla görülüyor.

Kakosmi Sendromu'ndan da bahsetmek isterim Bu sendrom, hoş olmayan kokular duyulmasıdır. Hastanelerde kakosmi daha sık görülmektedir. Özellikle ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya, patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarında, hasta servislerinde ve temizlik ve dezenfeksiyon amacıyla kullanılan kimyasal madde/malzeme ve çözeltiler Kakosmi Sendromu'nun oluşmasına sebep olmaktadır.

Ghaffarrianhoseinini ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı derlemede bu tartıştığımızın güzel bir özetini bulabilirsiniz. Hasta bina sendromu cinsiyet, sigara, atopi öyküsü sigara durumu, psikolojik etmenler gibi kişisel faktörlerin, biyolojik, kimyasal etkilerin sonucunda oluşur. Bunun sonucunda da kişide, cilt, bilişsel fonksiyon kaybı, sinirlilik, cilt ve solunum yolu semptomları oluşur. Sonucunda da çalışan sağlığı yanında, iş verimlili-

ği, üretimde azalmaya yol açar.

Sağlık çalışanları olarak, çalışma ortamına daha derinlemesine bakıp, çalışılan odanın büyüklüğü, içinde çalışanların sayısını da sorgulayan bir anamnez almamız gerekiyor.

Bunu özetledikten sonra isterseniz biraz da yeşil hastanelere bakalım. Yeşil hastanenin amacı ne? Kaynak kullanımına alternatif üretmek, enerjinin, suyun ve malzemenin daha etkin, verimli kullanılmasını teşvik etmek, israfın önüne geçmek belki bunu daha çok vurgulamak lazım, çevreye duyarlı çevre dostu bina tasarımını gerçekleştirmek ve bu anlamda da çevre dostu olmak. Şehir hastaneleri nasıl? Enerji ve su tüketimi yoğun, kimyasal ve kimyasal olmayan atıklar çok fazla, potansiyel tehlike çıktıları çok yüksek, geri dönüşümü olmayan malzemelerin kullanılması gibi sıkıntılar var. Yapılan çalışmalarda binaların karbon salınımının yüzde 30'undan hastaneler sorumluymuş. Normal bir binaya göre 34 kat kadar zaten daha fazla enerji tüketiyorsunuz. Bunu ne kadar büyütürseniz o kadar çevreyi kirletirsiniz o kadar iklim krizine katkınız olur.

Yeşil hastane sadece sorunumuzu çözer mi? Çözmez gibi görünüyor. Herhalde kalitenin yanında kantiteyi çok konuşmak, yani içerideki o saatlerin yanında odanın havalandırılmasını konuşmak, oradaki maddeler işte kurşunuydu, gazların ölçümünü yapmak, ısısını, nemini, küfünü ona göre değerlendirmek gerekiyor. Bunun yanında orada çalışanların çalışma saatleri, uygun işte çalıştırılıp çalıştırılmadığı, çalışma biçim ve iş güvencelerine uygun eğitime sahip olup olmadıkları yani kısaca iş sağlığı ve güvencelerine bakmak gerekiyor.

Yeşil hastanelerde, tehlikeli maddelerin yönetimi, atığın yönetimi, enerjinin yönetimi, suyun yönetimi, hava emisyonu düzenleme sistemi ve yenilikçi, çevreci tasarımlar, yapılmış. Oraya hastane yapılmadan önce alt yapıya da bakılması gerekliliği belirtilmiş. Türkiye 'de yapılan şehir hastaneleri çevreye dost hastaneler değildir. Şehir içinde bile olmayan hastanelere ulaşım çok ciddi bir sorun ve sorunda çevre kirliliğine katkı sağlamaktadır.

Sunumu özetlersem: İnsanlar zamanlarının çoğunu iç ortamda geçirirler. Sağlığın korunabilmesi için ortamın ısı, nem, hava akım hızının uygun olması gereklidir. Binalar da tıpkı insanlar gibi hastalanabilir ve insanları hasta ediyor. Karbondioksit ve uçucu organik bileşikler HBS'nun temel nedenidir. Daha sağlıklı hastanelere ihtiyacımız var, halen çalıştığımız hastaneler çevre ve iç ortam açısından gerekli kriterleri karşılayamamaktadır.

Şehir hastaneleri, büyüklük, atık, suyun kullanımı, enerji yönetimi, havalandırma yönünden sağlıklı bina kriterlerine uyumlu değildir. Bu hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı açısından daha kapsamlı bir şeyler söylemek için araştırmalara ihtiyaç vardır.

Türk Toraks Derneği olarak hava kirliliği ve meslek hastalıklarına önem veren bir göğüs

hastalıkları derneğiyiz. Yıllardır hastalarımızın sırtlarına koyduğumuz steteskopu epeydir solduğumuz havaya da koymaya başladık. Hekimler olarak çalışanların anamnezleri alırken, artık çalışanların çalışma ortamını da sorgulamamız, havalandırma sistemi yeterli mi, güneş görüyor mu, pencere sistemi nasıl, çalıştıkları odada kimyasal ve biyolojik kirleticiler açısından da bilgi sahibi olmamız gerekiyor. Steteskoplarımızı solduğumuz havanın yanında hastalarımızın çalışma ortamına da sokmamız ve orayı dinlememiz gerekiyor.

Değişen sağlık ortamı, değişen hastane ortamı, yapılarıyla birlikte steteskoplarımızı şehir hastanelerine de koymanın zamanı gelmiştir.

Sunumumda emeği olan Dr. Osman Elbek, Dr. Kayıhan Pala ve Dr. Nazan Aksaray'a çok teşekkür ederim.

Pınar İçel

Günün geri kalanını Ankara'nın son güzel havalarında dışarıda değerlendirmeye teşvik eden, o yüzden de bir sonraki oturum için hayli de çok da hayırlı olmayan mükemmel Sunumunuz için çok teşekkür ediyorum. Şimdi Sırada Kongrenin en yakışıklı konuşmacısı var, ama bu tabii diğer bir ayrımcılığa sebep olmayacak. Sevgili Hüsni Başkanımız sağlıkta Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Ankara Şubesi eş başkanı aynı zamanda, "Şehir Hastaneleri Gerçeğinde İş Güvencesi ve İşsizlik" konulu sunumunu gerçekleştirecek.

ŞEHİR HASTANELERİ GERÇEĞİNDE İŞ GÜVENCESİ VE İŞSİZLİK

Hüsnü Yıldırım

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Ankara Şubesi

Herkese merhabalar, öncelikle kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen tüm dostlara sevgi ve saygılarımı sunarak başlamak istiyorum. Sunuya başlamadan önceki süreçte şunu söylemek istiyorum: Önce sevgili Raşit Hocama, daha sonra Nilüfer Hocama sunumları için teşekkür ediyorum. Özellikle şehir hastanesinin gerçekliğini bize söylediklerinizle hepsini net olarak ifade ettiğini düşünüyorum. Bizler bu şehir hastanesi mücadelesini yürüten ve bu süreçte şehir hastanesinin yanlışlıklarını toplumla paylaşmak isteyen insanlar olarak ben şunu hissediyorum: Ankara açısından baktığımızda gerçekten topluma bunu bir nebze olsun anlatmış olduğumuzu düşünüyorum. Çünkü şehir hastanesine giden bütün insanlar aldığı hizmetten çok büyük rahatsızlık duyuyor. Oraya gitmekte gına geliyor. Biraz sonra söyleyeceğim hastanelerin yoğunluğunu inanın yani ifade etmekte güçlük çekiyorum. Çünkü sağlık personeli bu konuda gerçekten çok rahatsız, bu biraz şöyle başlamak istiyorum öncesinde: Biz Ankara'da bu konuda neler yaptık, ne yapmaya çalıştık açısından biraz söyleyerek daha sonraki süreçte şunu söylemeye çalışacağım. Bir sendikalaşma oranlarını ifade etmeye çalışacağım, daha sonraki süreçte de bugün kamu sendikalarında işte gelinen nokta üzerinden biriki slaytla da konuşmamı bitirmeye çalışacağım.

Öncesinde biz Ankara sağlık, emek ve meslek örgütleri olarak bu şehir hastanesi sürecinde epeyce bir toplantı sürecine başladık. O süreçte şunu başlattık: Hastanemi Kapatma Platformuyla Ankara'da bu süreci ciddiye oturtmaya çalıştık. Bunu niye söylüyorum? Ondan sonraki süreçte mücadelemizin daha rahat ve daha etkili olduğunu ifade etmek açısından bunları söylemeye çalışıyorum. Burada şuna geldik, burada neleri yaşadık? Hastanelerdeki olan olumsuzluklarda, yani işsizlik, yaşanan işsizliklerin bize daha çabuk ulaşması, orada yaşanan istihdam sıkıntılarının bizimle birlikte mücadele etmesinin de önünü açtığını ifade etmek için bununla başlamak istedim. Buraları geçeceğim, buraları zaten Raşit Hocam ve Nilüfer Hocam da, bu slayt şöyle bir şey, şehir hastanesinin ilk açıldığı dönemde Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinden yaklaşık 1520 yıl oraya emek vermiş insanların işlerine son verilmesiyle birlikte bizim de platform olarak o süreçte kendilerinden birlikte olduğumuz ve o süreçte şunu hissettik: Yani işsizliğin, istihdam yokluğunun ne kadar acı olduğunu gördük. Şimdi bu arkadaşların çoğu yaklaşık 1520 yılını buralara vermişler. 1520 yıldır burada çalışarak emeklerini burada sarf etmişler, yaşamlarını bu kurum üzerine kurmuşlar, ama şöyle bir şey, bunlara yıllarca şu söylen-

miş: İşte 4B süreci gelecek, kadro süreci gelecek ve sizler kadroya alınacaksınız. Tabii ki herkesin de bildiği gibi KİT üzerinden anlaşmalı ya da çamaşır kilosu üzerinden ya da röntgen sayısı üzerinden anlaşmalı şirketlerin sözleşmeleri bittiği süreçte de bu arkadaşlarımız daha sonraki süreçte işlerine son verildi. Hepsi de şu anda işsiz durumda, yaklaşık Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde 150 tane arkadaşımızın işine son verildi. Bu 2030'ü göreve diğer şirketlerin içerisinde başladılar ama yaklaşık 80 arkadaşımız şu anda işsiz durumda hayatlarını idame ettirmeye çalışıyorlar ve başka işlere de ulaşmaya çalışıyorlar.

Bu da İsparta'dan yine aynı görüntülerden bir tanesi, bunun dışında Numune Hastanesine gelmek istiyorum. Numune Hastanesinde yaklaşık 1 300 tane taşeron çalışan vardı. Bunların daha sonraki süreçte biraz önce bahsettiğim 4B kadrosuna geçilen personelin dışında diğer işte laboratuarda, görüntüleme, yemek hizmetlerinde, çamaşırhane hizmetlerinde, özellikle de otomasyon sistemlerinde çalışan bu arkadaşlarımız da aynı şekilde yine işsiz kalmış ve hayatlarını başka yerlerde devam ettirmek için iş aramaya çıkmışlardır. Daha sonraki süreçte yine taşınan hastanelerden Yüksek İhtisas Hastanesi, Dışkapı Çocuk Hastanesi Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi, şimdi bu hastanelerdeki 4B'li personel arkadaşlarımızın birçoğu Ankara'daki işte biraz önce de belirttiğim gibi Keçiören, Sanatoryum, Etimesgut, Pursaklar, Sincan Hastanelerine dağıtıldı. Bir kısmı Sağlık Bakanlığına, bir kısmı da ilçe devlet hastanelerine dağıtıldı. Burada şöyle bir şey yapıldı tabii ki, özellikle bilgi işlem elemanları şehir hastanelerine gitti. Burada şuna değinmek gerekiyor: Buradaki personellerin birçoğu biliyorsunuz asgari ücretlerle geçmişte geçinen arkadaşlarımız, hastane değişikliği sürecinde hem ailesi, hem evlerini taşımak zorunda kaldılar, hem hayatlarında çok büyük değişiklikler oldu. Bu anlamda baktığımızda bu arkadaşların da çok büyük sıkıntılar yaşadıklarını düşünüyoruz. En basitinden şunu söylemek gerekiyor: Şimdi bu arkadaşlarımızın hepsi gittikleri bu hastanelerde yeni bir personel gibi davranılacak ve kendilerine ona göre işlem yapılıyor. Mesela, bir örnek vereyim. Mesela, bizim hastaneye bir arkadaşımız gelmişti. 15 yıldır yoğun bakımda ya da çamaşırhanede ya da sterilizasyonda çalışmış arkadaşlarımız bu hastaneye geldiklerinde orada en çömez durumuna düşüyorlar, hastanede temizlik işlerine, yani bu da insanlarda çok büyük psikolojik çöküntü ve orada iş barışını ve çalışmama durumuna gelmekte arkadaşlarımız. Şöyle bakmak lazım, işte DİSKAR'ın Türkiye'deki durum üzerine yaptığı bir istatistik üzerine bir şeyler söylemek gerekiyor bundan sonraki süreçte de, Türkiye'deki işçilerin yüzde 90'ı sendikası, yüzde 93'ü toplu sözleşmesiz, grevler özellikle bu AKP iktidarı döneminde dibe vurmuş. Türkiye OECD ülkeleri içinde en kötü ülkelerin başında gelmektedir.

Şöyle diyelim, şuraya geleyim. Burada dünyadaki OECD ülkeleri arasındaki durumu ifade ediyoruz. Burada Türkiye'deki durumu görüyorsunuz şu anda, yüzde 9 civarlarında, diğer ülkelere baktığımızda, yani İskandinav ülkelerine baktığımızda burada toplu sözleşme hasta oranları çok yüksek olduğunu düşünüyoruz. Bu süreçte şunu görmek lazım, oralandaki sendikalaşma süreçlerinde sendikalaşma oranı alınsa bile o sözleşme süreçleri çok daha geneli kapsadığı için buradaki toplu sözleşmeden yararlanma oranı da çok art-

miş durumda olarak görmek gerektiğini düşünüyorum. Bu da toplu sözleşme kapsamı oranları, yine baktığımızda Türkiye OECD ülkeleri içinde en sonda görülmektedir. Yine baktığımızda TİS kapsamı içinde yine Türkiye yüzde 7'lerde gezen bir ülke olarak görmek lazım.

Sendika sayısına, sendikalı işçi sayısına gelmek istiyorum özellikle burada, şurada şunu görüyoruz: AKP döneminde özellikle Memursen ve Hakiş'e bağlı sendikaların üye sayılarının çok büyük bir şekilde arttığını görmekteyiz. Bunu biz kamu çalışanları içerisinde de hissediyoruz, ama şöyle bir şeyi de görmek gerekiyor. Özellikle bu 4d'ye geçme sürecinden sonraki süreçte sağlık işkolunda şöyle bir durum var: Biliyorsunuz 4d'li çalışma oranlarına baktığımızda sağlık işkolu cidden en fazla 4B'li çalışan personel olarak yer aldığı görülüyor. Bunu öyle baktığımızda da şuradan şuna girmek gerekiyor: Bu Hakiş niye bu kadar büyüdü, niye büyütüldü acabasına gelmek gerekiyor. Niye dersiniz, biliyorsunuz sağlık işkolunda bir Devrimci Sağlık İş gerçeği vardır. Devrimci Sağlık özellikle taşeron örgütlenme süreciyle Türkiye'de bir çığır açmış bir sendika olarak herkes tarafından kabul edilmesi gereken bir gerçek olarak görmek gerekiyor. Devrimci Sağlık'ın örgütlülüğü büyüdüğü ve örgütlülüğünün arttığı dönemlere baktığımızda hükümetin müdahalesini görüyoruz. Hükümet işkollarını parçalayarak bu süreçte Devrimci Sağlık İş'inde yetkisini ortadan kaldırarak kamuda çalışan işçi arkadaşlarımızın güvensiz, istihdamsız, özellikle de AKP iktidarının kendi içinde yarattığı sendika ağlarının oluşmasının sağladığı bir hale dönüşmüş, hale geldiğini biraz sonra ifade edeceğim.

Sendikalaşma oranlarını şurada ifade etmek istiyorum: Türkiye'deki işçilerin işte 16 354 tane işçi varken bu işçilerin 1.859'u sadece sendikalı, 14.339 işçimiz hiçbir sendikaya üye gözükmemektedir. Şimdi biraz önce söylediğim süreci burada daha net ifade etmek istiyorum. Konfederasyonla alımların Hakiş'in, Türkiye'nin ve DİSK'in durumunu net ifade etmek istiyoruz. 4B sürecine başladıktan sonraki süreçte özellikle Hakiş'te biraz sonra onu göstereceğim, örgütlendiği yerlere bakmak gerekiyor. Gerekse savunma, güvenlik, sağlık ve sosyal hizmet ve büro ve finansman işleri, şunu söylemek istiyorum: 4B sürecindeki kamudaki bütün taşeron işçilerin hükümetin AKP yandaş memurları tarafından Hakiş'te örgütlendiği sürece denk geliyor. Çünkü diğer sendikaların bu süreçte buralarda örgütlenmelerinin önüne çok büyük engeller konulmuştu. Hem idare, hem iktidar, hem de kolluk görevleriyle bunun önüne geçilmiştir.

Şurada bir şeyi ifade edeceğim. Özellikle sağlık ve sosyal hizmet işkolu, sanayi ve güvenlik işkolu, ikisine baktığımız ya da banka ve finans işkolu, üçünün de sayısının 30.000 civarında olduğunu düşünüyoruz. Bu ilginç, mesela sağlık ve sosyal hizmet işkolu Hakiş'e bağlı sendikanın kurucusu eski çalışma bakanı, ilk kurulduğu yıl üye sayısı 5.000, iki ay içinde 31.000, yani AKP iktidarının bu sendikalara ya da kendine yandaş sendika oluşturmadaki hızını size ifade etmek istiyorum. İşte burada yine o işkolundaki sendikaların ne kadar yüksek olduğu ifade ediliyor. Bunların içinde 5'i Hakiş'e bağlı sendika, 4'ü Türkiye'ye bağlı, 1'i DİSK'e bağlı, büyük ihtimalle üye sayısını yükselten DİSK açısından baktığımızda da şöyle bir durum var: Yine genel iş, çünkü genel iş süreci Devrimci

Sağlık İş sürecinden daha sonraki süreçte dağıldığı için DİSK burada örgütlenmeye başladı ve oraya sayı olarak girdi. Yoksa DİSK'in ya da kamuda çok fazla ki özellikle kamu emekçileri, kamu süreci içinde çok örgütlendiğini de göremiyoruz.

Bu niye yaratıldı? Bu kadar sendika niye yaratıldı, bunun üzerinde durmak lazım. AKP iktidarının yarattığı sendika olarak görmek lazım. İşte bu Öz Çelik İşe bağlı sendika genel başkanı, sendika aidatları ve sendika paralarıyla kendine bir harem kurmuş, 1.8 milyon dolara bir araba alıyor. Maaşını her istediği süreçte işte 20.000, 50.000 arttırabiliyor. Böyle sendikalar, böyle sendikacıların kendilerine meslek edindiği bir hale getirdiğini düşünüyoruz AKP iktidarı izleri, bizler emek mücadelesinde meslek değil, bir gönüllülükle bu emek mücadelesini bütün topluma eşit ve faydalı bir şekilde sunmak için onlarla birlikte mücadele etmek gerektiğini düşünüyorum. Tabii biz işçi sendikalarında gördüğümüz gibi bunlarla biz memur sendikalarına bir değinmek gerekiyor. Biliyorsunuz bugün kamuoyunda da çok yaygın bir şekilde gündemden biz mesela, ben 30 yıldır bu sürecin içindeyim, hiçbir zaman profesyonel olmadım. Gönüllülük esasıyla bu süreci hep birlikte yürüttük. Memur sendikalarının süreci nasıl bakıldığında görmek gerektiğini düşünüyoruz. Biz emek mücadelesinin cidden bir gönül meselesi olduğunu, bir ülke meselesi olduğunu, ülkeyi savunmak meselesi olduğunu düşünmek gerektiğini düşünüyoruz. Hiçbir zaman da bu süreçte biz sendikalara bakmadığımızı bütün toplum ve bütün halkımızın da bunu görmesi gerektiğini düşünüyorum. Burada da milyon milyon artıyor Türkiye'deki işsizlik oranını ifade etmiş gazetenin biri. Geldiğimiz nokta bu, AKP iktidarı yaklaşık 20 yıllık ülkemizi getirdiği nokta ... işsiz yaratmak olduğunu düşünüyoruz.

Bunları daha önce söylemiştim. Şehir hastanesinde Raşit Hocam değindi bunlara, ama özellikle taşeron işçilerinin biz muhatap olduğumuzda çok sıkıntılar yaşadığını gördük. Özellikle şuna değinmek gerekiyor: Biliyorsunuz Ankara Şehir Hastanesine İşKur'dan 3 aylık dönemler halinde buraya işçiler alınıyor. 3 ayı doldurduğunda bunların işlerine son verilebiliyor. Bu insanlar şundan, cidden sizinle konuşmaktan, oturmaktan, çay içmekten çekinir hale gelmişler. Çünkü gördüklerinde işlerine son verilecekleri, yani o kadar insanları korkutmuşlar ki korku imparatorluğu yaratmışlar ki bu neden ileri geliyor? Arkasında, eğer kendisi oturursa arkasında onun yerine girecek bir sürü onun gibi insan olduğu için, bir de tabii ki burada AKP bunu şöyle de çok iyi kullanıyor: Oy potansiyeli olarak kullanıyor. Şundan dolayı, İşKur'a müracaatlar bile Ankara ilden geçiyor, yani o kadar sıkıntılı durumda olduğumuzu da belirtmek gerekiyor.

Biz ne yapmamız gerektiği konusunda da şöyle bir şey yapalım: İLO normlarında örgütlerle müdahale edilmemiş bağımsız sendikaların olduğu, toplu sözleşme sürelerine bağlı olarak yaptığı, çalışma koşullarında hiçbir şekilde hem kamu idarecileri, hem de diğer toplumdaki ya da kamuda çalışan diğer bu idarecilerin müdahalesinden bağımsız bir sendikal örgütlenme olması gerektiğini söylüyoruz. Şurada biz de şurada gördüğünüz bizim için sendikacılık, bunlar bizim genel merkez yöneticisi arkadaşlarımız, hepsi bizim için sendikacılık yüksek bir maaşın karşılığında yapılan bir meslek değil, emek ve

demokrasi mücadelesinin bir neferiyiz diyorlar. Hepinize teşekkür ediyorum.

Pınar İçel

Ağzına sağlık. Bir Şey belirtmek istiyorum, çok mağdurum. İtibardan tasarruf etmemek adına sendikamın değiştirilmesini talep ediyorum. Bizim neyimiz eksik, bizi de alın. 14 bin miydi? 14 binden başladık. Sevgili Hüsnü Yıldıırım sağlık çalışanlarının sağlık sorununda sağlığın en temel sosyal belirleyicisi olarak iş sağlığı, iş güvencesi, işsizlik konusunda çok güzel bir sunum gerçekleştirdi. İş güvencesi ve iş güvenliği için birleşip ortak mücadele çağırısı, ... (38.02) ağırısıyla sonlandırmış oldu sunumunu, ağzına sağlık. Şimdi sırada acıkmaya da başladığınız bu saatlerde aynı zamanda ev sahipliğimizi yapan, karnımızı doyuran Sevgili Türk Eczacılar Birliğinden konuşmacımız Arman ney aramızda, “Şehir Hastanelerinin İlaç ve Eczacılık Hizmetlerine Etkisi”ni bizimle paylaşacak. Ev sahibi olduğu için mecburen süre kısıtlaması yok.

ŞEHİR HASTANELERİNİN İLAÇ VE ECZACILIK HİZMETLERİNE ETKİSİ

Arman Üney

Türk Eczacıları Birliği

Çok değerli meslektaşlarım, hepimizi sevgi ve saygıyla selamlıyorum. Öncelikle kongremizin organizasyonunda çok büyük emeği olan sevgili dostlarıma çok teşekkür etmek istiyorum. Sevgili Oturum Başkanımıza da rahat olması gerektiğini söylüyorum. Çünkü zaten çok değerli konuşmacılarımız tarafından birçok konu çok ayrıntılarıyla paylaşıldı, bence bu bitince süreyi iyi kullanarak sunumu sonlandırmak istiyorum.

Öncelikle 17 Ekim tarihinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesinde Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesindeki uğradığı saldırıdan dolayı Dr. Kadir Songül'e geçmiş olsun diyorum ve bu saldırıyı da kınamak istiyorum. Ülkemizin kanayan yaralarından birisi olan sağlıkta şiddet her geçen gün artıyor. Dün de konuşuldu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu sağlık çalışanlarının bulunduğu yerlerde çok daha sağlıklı ortamlarda çalışmasını amaçlarken gün geçtikçe şiddete karşı yapılması gerekenlerle ilgili ortak çalışmaları farklı bir süreci birlikte yaşadık, yaşıyoruz tabii ki umut ediyor ve diliyoruz ki olabildiğince kısa süre içinde buna bir çözüm bulunur.

Raşit Hocanın sunumunda ilk başlangıcında olduğu gibi sağlıkta dönüşüm programının ikinci fazına geçilmesiyle birlikte teker teker açılmaya başlanan şehir hastaneleri bugünkü oturumumuzun da ana konusu, devasa kampüslerin içinde çok geniş bir arazi yapısının üstüne kuruldu ve kurulmaya da devam ediyorlar. Şimdi nasıl tanımlanıyor şehir hastaneleri? Anlatılırken her branştan hizmet veren polikliniklerin daha modern, daha konforlu ünitelerin ve alanında özelleşmiş çok sayıda hastanelerin bir arada olduğu bir hastane şekli olarak tanımlanıyor, ama aslında sizlerin de bildiği gibi öyle değil. Şehir hastaneleri âdeta uç uca eklenen rant birimlerinin üst üste yığılmasıyla kuruldu ve kurulmaya da devam ediliyor.

Tabii ki hepimiz çok daha iyi koşullarda amfi şeklinde özel sağlık komplekslerinden hizmet alınmasını yoldaşlarımızın sağlığı açısından tabii ki doğru buluyoruz, ama bugünkü şehir hastaneleri mevcut yatak kapasitesini arttırmadan devasa bir kompleksin içerisinde sağlık hizmeti sunmayı önceleyen tesisler olarak değil, âdeta bir rant kaynağı olarak tasarlanan bir ABD mantığı olarak kurgulanıyor ve maalesef bu şekilde yönetiliyorlar. Burada birçok konuya değinildi. Özellikle kirayla ilgili, şehir hastanelerinin kiralalarıyla ilgili, katsayılarıyla ilgili, özellikle dün SGK'ya hocamızı dinledikten sonra bu kira ve

yatak sayısı ile ilgili olan konuyu kendi oturumumda bir başka şekilde çok iyi ifade etti. Ben aslında Hocamın söylediklerini tekrarlamak istiyorum burada, kendi sunumumda yazdıklarımı çıkardım ve bunun buradaki dün söyledikleri notları sizlerle tekrar paylaşmak istiyorum.

Bursada Acemler'de 750 yatak kapasiteyle 371 milyon TL'ye kurulması planlanan bir hastane var, devlet hastanesi, ama herhalde yarısı tamamlanmış durumda. İhalesi bitmiş 600 yataklı Yıldırım'da bir hastane daha var. 225 milyon TL'ye bitirilebilecek bir hastane, ama henüz inşaatı başlamış değil. İkisini topladığınız zaman 596 milyon TL ediyor ve 1 350 yatak sayısına ulaşmış oluyor. Şimdi şu andaki şehir hastanesinde 1 355 yataktan bahsediliyor. Sadece 5 yatak fazla ve 1 yılda yapılan çalışmalara göre çok değerli çalışmalar yapmışlar 350 milyon TL çünkü kirası açıklanmıyor Sağlık Bakanlığı tarafından civarında bir yıllık kirası olacağı söyleniyor. Yani 20 aylık kirayla aslında bu iki hastanenin bitirilebilme süreci mümkünken 25 yıl boyunca oraya kira ödemesinden bahsediliyor. Burada şimdi kirayla ilgili, yatak sayısı ile ilgili kanunun ancak bu kadar net anlatılabileceğini düşünüyorum. Ben tekrar Hocama çok teşekkür etmek istiyorum.

Mekan büyüklüğüyle ilgili yaşananları biliyoruz, şehirden uzaklığıyla ilgili yaşananları biliyoruz. İşte 10 şehrimizde var, bizimde o bölgelerde eczacı odalarımız var, onlarla irtibat kuruyoruz. Çevresindeki meslektaşlarımızın yaşadığı sıkıntılar var. Dün Mersin Eczacı Odası Başkanımızla konuştuk. Başka bir konu ile değerlendirme yaparken dedim yarın bu konuyu da konuşacağız Özgün, ne dersin? Başkanlar Danışma Kurulunda ifade ediyorsun, özellikle bundan canı yanan odalarımız, Adana Eczacı Odamız, yani işte geçen Elazığ Eczacı Odamız geldi. Orada yaşanan sıkıntılar var, biraz sonra anlatacağım, hastane içinde muvazaalı yöntemle eczane açma çalışmaları var. Özgün'ün söylediği konu şu: Başkan, başlangıçta şehir, yani şehrin ters tarafında, kuzey tarafında, büyüyen tarafında değil, ulaşımında çok ciddi sıkıntılar var, ama zaman içerisinde, başlangıçta toplu ulaşım hiç yoktu, önce yol yoktu, sonra toplu ulaşım bir şekilde çözülmeye çalışıldı. Şimdi toplu ulaşım evet var, ama saat gece 10.00'a kadar var. 10.00'dan sonra bir sıkıntısı olan birinin oraya gidebilmesi, acil bir hastasını kendi özel aracı yoksa eğer taksiye binme imkânı yoksa mümkün değil. Bu işte ulaşım ve mekan büyüklüğü ile olan süreçte mekanın uzaklığıyla ilgili olan örnek olarak sizinle paylaşmak istedim.

Şimdi şehir hastanelerinde çalışan olmak, sağlık profesyoneli olmak ve en nihayetinde de hasta olmak aslında gerçekten çok zor. Çalışan memnun değil, sağlık personeli memnun değil, hasta memnun değil, ama kimin memnun olduğunu herkes gerçekten merak ediyor. Değerli meslektaşlarım, özel şirketlerin kamusal altyapı yatırımlarının kamu hizmetlerini devlet eliyle vermeye çalışıyor olması ancak ortadaki finansal riskin büyük bir bölümünü kamu üstünde bıraktığını görüyorsunuz. Tabii burada bunlar şehir hastanelerinin ihale süreçleri zaman içerisinde çok fazla gündem bulmuş olan konular, burada oturumda salondaki herkes bu konularla ilgili bilgi sahibi, ancak şunu çok net söylemek gerekiyor; birçok konular, yani köprü, otoyol gibi müşteri garantisiyle devam eden bir sistem, müteahhit firma şehir hastanelerinde her türlü ticarileşme yetkisiyle donatılmış

şehir hastanelerinin kamusal sağlık hizmeti sunumu âdeta bir AVM yönetimine terk edilmiştir. Halk sağlığını geliştirmeye hizmet edecek ve kapasitesini yüksek bir sağlık hizmet sunumu yaratmanın amaç olmadığı ortada.

Şimdi ben aslında şimdi size bir işin kitabına uydurularak yürütülmeye çalışıldığı her şehir hastanesinde farklı yöntemler denenerek yapılmaya çalışılan âdeta kamuözel ortaklığıyla birlikte yürütülen bir muvazaa hikayesini anlatacağım. Şehir hastaneleri kapandığı zaman çevresindeki eczaneler birliği çok ciddi ekonomik sıkıntılar ve göç süreci ortaya çıkıyor. Bu bir gerçek, çok daha büyük illerde olan şehir hastaneleri çok daha farklı olacak, ama çok daha dün konuştuğumuz için Mersinde hemen hastanenin civarındaki 45 eczane birinci nöbet bölgesi olarak geçen ve buraya yakın olan ikinci bölgeden toplam 75 tane eczane kendisine taşınmak için yeni yer aramak sürecine girdiği çok büyük bir travmayla karşılaşabilmekte. Bunun haricinde biliyorsunuz burada yapılan düzenlemeyle hastaneler içerisinde, şehir hastaneleri içerisinde eczane açılmayacağı hükme bağlanmıştır. Çünkü burada şöyle bir süreç var: Şehir hastanelerinin açılmasıyla beraber burada meslektaşlarımız arasında da eşitsizlik çok büyük ölçüde derinleşmeye başladı. Şimdi bu şehir hastanelerinin parselleri sağlık alanı olarak geçiyor. Dolayısıyla sağlık alanı içerisinde hastane bahçesinde müstemilatında eczane açılmasıyla ilgili mevzuatlar var, ama bir şekilde işi yoluna uydurmaya çalışarak orada o parsellerin fotoğraflarını krokide görmüş olsanız değişik şekilde böyle ince hesaplarla aradan bölünmüş, orada sağlık alanından çıkarılarak buraları ticarileştiren ve ticari alan adı altında yerlerin yapılması buralarda eczaneler haricinde diğer işletmelerle ilgili de yerler kiraya veriliyor, ama şu da bir gerçek: Belki bir havalimanı gibi değil, ama şehir içindeki devlet hastanelerinde veya şehirdeki yerlerde olduğu gibi de değil, oralarda satılmaya çalışılan şeylerde çok farklı fiyatlar ortaya çıkıyor. Halkın hep algılayabildiği fiyatların dışında fiyatlandırmalar olduğu için o yerlerin birçoğunda aslında beklenen ilgiyi görmediği için de kapanıyor. Bu yerlerin içerisinde inanılmaz şekilde kuralsızlıklarla beraber bir eczane açma girişimi var. Bununla ilgili tabii Eczacılar Odamız konuyla ilgili bölgelerinde çalışıyorlar. Bununla ilgili hassasiyet gösteriyor, ancak aynı hassasiyet maalesef belediyelerde ve sağlık müdürlüklerinde göremiyoruz.

Hem ilaç hizmetinde hem de hastane eczanesindeki ilaçların depolanması noktasında da eczacılar bu konularda çoğunlukla tek başına kalıyorlar. Şimdi hastanelerde farklı birimler var. D1, D2, D3 gibi, buradaki bir üniversiteden örnek veriyorum, üç tane eczane var. Aralarında oldukça uzun mesafeler var. Bu mesafelerdeki eczanelerin bir tanesi onkoloji biriminin olduğu yerde, ilaçlar farklı ilaçlar tabii ki sirkülasyon oluyor, ama bu ilaçların alımlarında uygulanan sistemle birlikte tek eczane şeklinde bir alım sağlanamadığı için ilaç tedarikinde zorluklar yaşanıyor. Her an bulunması gereken ilaçlar orada bulunmuyor ve ihale süreçlerinde, ilaç alım süreçlerinde yapılan farklı uygulamalara bağlı olarak da gerçekten meslektaşlarımız çok zor zamanlar yaşıyorlar. Yönetici başka, ama çalışan sağlık profesyoneli burada evrak kayıtlarında, envanterde ortaya çıkabilecek olan sorunların hepsinin sorumlusu benim meslektaşlarım kâğıt üzerinde, ama alımları yapan, kontrolleri yapanlar başkaları, işte tam da bir AVM yönetimi mantığıyla yürütülen bir

yerde bunu yaşıyoruz. Açıkçası bizim meslektaşlarımız o birimlerde baş eczacı olmak istemiyorlar. İş bu duruma gelmiş durumda, eczacıların yaşadığı sorunlarla ilgili bir başka konu da buydu, bunu da paylaşmak istedim.

Şimdi rahat oda olmaktan çıkarıp bir yerde sağlık hizmeti sunumunun odağına getirmek için burada temsilcileri bulunan tüm meslek örgütlerinin temsilcileriyle birlikte görüşlerimiz mutlaka alınmalı ve bu süreç halk sağlığını önceleyen bir odaya mutlaka sokulmalı diye düşünüyorum. Son olarak da yine Raşit Hocamın sunumunda vardı, nöbette bir sağlık profesyoneli 20 000 adım atıyormuş. Normalde Sağlık Bakanlığı 10.000 adımla ilgili yapmış olduğu bir proje diyelim sağlıklı yaşam için, sağlık çalışanları için çok daha sağlıklı 20 000 adım, ama vatandaşı da en az 10 000 adım attıran bir yapılanmayla karşımıza çıkan şehir hastaneleri sürecini burada hep birlikte değerlendirdik. Ben sabırla beni dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ederim.

Pınar İçel

Biz de bu özet ve çok nitelikli sunum için Arman Hocama çok teşekkür ediyorum. Eğer izniniz olursa önceki oturumlarda yaptığımız gibi konuşmacılarımıza olan soruları konuklardan alıp, daha sonrasında her bir sorunun muhatabı olan konuşmacılarımıza son sözü verip bu oturumu toparlayalım.

Şermin Meriç Yapar

Öncelikle bütün sunuculara, hocalarıma çok teşekkürler ediyorum sunumları için, ben Hatay Devlet Hastanesinde çalışıyorum. Hatay Devlet Hastanesi gibi bir hastane var mı, bilen varsa söylesin. Hatay Devlet Hastanesi sanırım öncelikle şehir hastanesi planıyla projelendirilmiş, ancak sonradan devlet hastanesi kategorisinden, Hatay Devlet Hastanesi olarak tarihe geçmiş bir hastane. Ben hocalarımızın gösterdiği gibi işte kelebek şeklinde bildiğimiz şehir hastanesi tarzında ve şehirden oldukça uzak bir bina. Kadın doğum ve eski devlet hastanesinin birleştirilmesinden oluşmuş bir hastane gibi gözükse de eski devlet hastanesinin az miktarda yatak sayısı azaltılarak hizmete devam ediliyor Hatay Devlet Hastanesinin içerisinde, şehirde olan bir hastane, yönetim aynı, tabela aynı, ek bina olarak geçiyor. Ana binada 750 yatak var, ek binada da 300 yatak var. Bu şekilde kapasitesi, hasta kapasitesi öncekine göre en az üç kat artmışken Raşit Hocamın dediği gibi çalışan sayısı aynı ve çalışan sayısının artması gerektiği konusunda, özellikle hekim dışı çalışan grup artması gerektiği konusunda yönetim asla onu düşünmüyor. Bu sayının yeterli olduğu, hasta sayılarının artması, hizmetin arttığını gördüğü halde bu sayıların artması konusunda herhangi bir çalışma yapılmıyor.

İkincisi, Nilüfer Hocamın dediği gibi hasta bina sendromu biz şu anda yaşıyoruz. Tamamen anlattıklarınızın hepsi bizde mevcut. Mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarı içerisinde fiziki, kimyasal, biyolojik, psikolojik bütün iş sağlığı ve güvenliği faktörlerinin tamamını kapsayan tehlikeler mevcut, barındırıyor. Şu anki özellikle ofis ve laboratuvar ikisi de kesinlikle ayrı durumda, normalde insanların depo olarak kullanacağı bir alan

doktor odası olarak bize verilmiş durumda ve oldukça fazla sayıda çalışan var. Gürültü var, aydınlatma yok, suni aydınlatma, hava akımı yok, yazkış arkadaşlar ısıtıcıyla orada çalışıyorlar, donarak çalışıyorlar. Hava sirkülasyonu yok, çünkü dediği gibi zaten laboratuvar ortamı olduğu için biyolojik ve kimyasal faktörler zaten var, gürültü zaten var. Çünkü hava, son bir yalıtım yok. Yaz mı, kış mı, güneş mi, kar mı belli değil, 8 saati o şekilde geçiriyorlar ve buralarda bizim amacımız ne? Çalışanların sağlığı, sağlık çalışanlarının sağlığı. Bunu dün İzzettin Hoca aslında çok net ifade etti, böyle bir şey mümkün değil o zaman, biz umutlarımızı yitirmek üzereyiz. Ben şu an yeni bir umutla işyeri hekimliği sınavı için çalışıyorum. Belki bir şeyler başarabilirim diye bir gayret içerisindeyim. Ben kendimi kurtardım sayılır. Şöyle, fiziki anlamda tesadüfen ihtiyaç doğdu, eksi birinci katta dediğiniz gibi tarlaları, çimenleri, ağaçları gören bir transfüzyon merkezinde görevlendirildim, fakat diğer arkadaşlarım için bu değişecek gibi görünmüyor. İş sağlığı kurumları ne yapabilir? Benim okuduğum kadarıyla şu anda risk değerlendirmesinde ya riskini yok et, edemiyorsan ikame et ve minimize et riski. Bunların hiçbirisi söz konusu olamayacak. İş sağlığı kolları ne yapsın? Böyle bir durumda evet, tespitleri yapıyoruz, ama bunu idame ettirme sürecinde, değiştirme sürecinde ne yapılabilir? Bu 3 yıllık bir hastane, hastane değişecek mi? Aksine şartlar bu şekilde devam edecek. Çalışanlar mağdur olmaya devam edecek. Bu nasıl bir çözüm önerisi sunacağız, nasıl direneceğiz? Ümitlerimiz gerçekten azalıyor. Dediğiniz gibi astım aktive oluyor, solunum sistemi enfeksiyonları artıyor, insanlar sürekli aksırık tıksırık içinde bitki çaylarıyla kendi kendilerini teselli etmeye çalışıyorlar. Çok teşekkür ederim.

Mehmet Mustafa Açıl

Öncelikle teşekkür ederim. Biraz önce soru soran hanımefendiye küçük bir yanıt olsun, hani şehir hastanesi olarak başlayıp devlet hastanesine dönüştüğünü hiç duymadım, ama tersini duydum. Balıkesir Şehir Hastanesi yanılmıyorsa önce devlet hastanesi olarak açıldı, ama daha sonra bir mitingde adının geçmesi nedeniyle tabelası şehir hastanesi olarak değiştirildi diye biliyorum Tabip Odası Başkanından aldığım bilgiye göre. Şimdi Raşit Hocama soracağım. Şimdi Hocam, bu şehir hastanelerinin çıkışında ve reklamlarında hep milli ve yerli olarak belirtildi bu hastaneler, ama baktığımız zaman hani koşullarına, bu hastanelerde oluşabilecek herhangi bir anlaşmazlıkta sorumlu mahkemelerin Türkiye'de olmadığını görüyoruz. Yani Mersin Şehir Hastanesi dışında diğer şehir hastaneleri anlaşmazlık durumunda sorumlu mahkemeler Londra Mahkemeleri. Finansal sürecinde işte Dünya Bankasının desteği, bunlar sebep olmuş olabilir, ama o zaman da milli ve yerli olmuyor diye düşünüyorum. Bu konudaki görüşlerinizi merak ediyorum. Onun dışında KATO Sayıştay raporunu sunumunuzda biraz kısa kesmek zorunda kaldınız, ama çok vahim sonuçları olduğunu düşünüyorum. Özellikle hizmet alımı kısmında birim harcamalarda hastaneler arasında çok büyük, yani üstünden böyle hafifçe geçilmeyecek kadar çok büyük farklılıklar var. Özellikle Yozgat ve Manisa Şehir Hastanelerindeki rakamlar son derece korkutucu diğer hastanelere oranla bakıldığı zaman, benim aslında burada öğrenmek istediğim şey şu: Burada bir Sayıştay raporu var ve belli ki bir usulsüzlük var. Peki, sonrası ne oluyor, yani bu Sayıştay raporundan sonra onun üzerine hukuki olarak gidiliyor mu, gidilmiyor mu, bu soruşturma hukuki bir davaya dönüşüyor

mu? Onu çok merak ediyorum. Şu anki durum nedir, onu özetlerseniz çok sevinirim.

Vedat Bulut

Benim bir sorum var Arman Beye. Türk Eczacılar Birliğinin eczacıların sorunlarıyla ilgili bahsediliyor, Kapanan hastaneler etrafındaki eczaneler göç ediyorlar. 2000'li yıllardan hatırladığım bu çözüm var, ancak bu hükümet döneminde bir şekilde bunun da önüne geçildi ve engellendi. Hastanelerle Eczacılar Odaları protokoller imzalarlardı. Hastanelerde ilaç bulundurmamak yerine Eczacılar Odasının orada açtığı bir bürodan yönetilen şekilde günlük bazda ya da para aktarmalarla eczanelerle eşitlenerek ilaç getirilirdi. Motorize birlikleri vardı. Bu uygulayan şehirler Eskişehir, Konya, Elazığ, hatta Elazığ'ın uyguladığı protokol de Maliye Bakanlığı tarafından örnek protokol olarak bütün hastanelere gönderilmişti. Böyle yaparsanız çözümlenir. 2001 krizinden hastanelerin bir kısmını böyle kurtarmıştık. Çünkü depolarında ilaç bulundurmamak yerine, bu riski almak yerine eczaneye eşitlenerek ilaç getirirlerdi. Şehir hastaneleriyle ilgili de belki ilçe bazında, çünkü büyük şehirlerde şöyle bir sorun var: İstanbul, Ankara, oraya yakın ilçelerin eczaneleri dahil edilecek şekilde bir çözüm getirilebilirdi. Böyle bir protokol öneriniz oldu mu Sağlık Bakanlığına? Bu sorunun önemli bir kısmını çözer diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Burhan Söker

Çok teşekkür ediyorum. Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi ve SES aktivistiyim. Benim bir katkım, bir de Hüsnü Beye sorum olacak. Kamu işçilerinin güvencesizliğiyle ilgili bir durum tespiti söyleyeyim. Güvencesizlikle ilgili sorun var. Şimdi kamu işçileri sanırım taşeron çalışma biçiminden kamu işçisine geçti. Yaklaşık bu süre 2 yıllık bir süre ve bunların ücretlerinde hiçbir değişkenlik olmadığı tam tersine, özlük haklarında düzelme olmadığı, üçüncü olarak fazla çalışmaya başladığı yani sahadaki gözleminiz nedir? Bunu öğrenmek istiyorum, bir de kısa bir anekdot olarak bir bilgi vereyim. 50 kamu işçisi taşeron işçiden kamu işçisine geçti. Hakiş üyesi ve bunlar daha fazla çalışmaya başladılar. Dilekçe verdiler 38 tanesi, biz 16 saat üstü çalışıyoruz, dolayısıyla bu yasal değil, gece eve dönerken tedirgin oluyoruz, huzursuz oluyoruz. Yalnız hataları şu: Hakiş Sendikası ve avukatı dilekçenin toplu alınmasını önermiş. Bu arkadaşlarla dilekçeyi görmeden altına imza atarak kamu hastanesinin yöneticisine dilekçeyi veriyorlar. Tamamen yönetimi haksız durumuna düşürecek, yönetimin sorunlarını açıklayacak ve kendi haklı oldukları konuda dilekçe veriyorlar. Dilekçenin sonucu tabii çok ciddi suçlamalar var ve fazla çalışma, angarya çalışma, haksız çalışma, haklı oldukları yerde haksız oldukları nokta açısından yöneticiler bunları çağırıyor ve hepsi toplu şu anda soruşturma geçiriyorlar. Dolayısıyla 16 saat kamu işçisi şu anda bir kamu hastanesinde toplu olarak mobbinge uğruyor. Ben arkasındayım, koruyorum ve onlarla birlikte yürüyorum. Çünkü ilk kamu işçisi sekreterimdi, bilgiişlemdi. Örgütlenmeleri için çok çaba gösterdim, ama maalesef Hakiş'te örgütleniyorlar doğal olarak tedirginlik, korku, kaygı, endişe gibi nedenlerle, ama şunu söylemek istiyorum: Kamu işçileri ciddi bir potansiyel ve bu potansiyelin değerlendirilmesi lazım. Asla ve asla özlük hakları düzelmedi, çalışma koşulları giderek

ağırlaştı, ücretlerde hiçbir değişkenlik yok. O alanın özellikle değerlendirilmesi ve alanın sahipleriyle birlikte önce Devrimci Sağlıkta örgütlenmeleri gerekiyor ya da o alanın özellikle onlar tarafından açığa çıkarılması gerekiyor.

Hep Mersin konuşuldu, Mersin'i ben de biraz söylemekte yarar görüyorum. Mersin aslında sağlık, partili sağlık yöneticileri veya sağlık idarecileri tarafından aslında bir yumuşak karın, şehir hastanesiyle yumuşak karın, sağlık yöneticileri açısından yumuşak karın, özlük hakları çalışma koşulları açısından yumuşak karın ve kırılma noktalarından biri buraya özellikle dikkatinizi çekmek istiyorum. Burada daha fazla sorunlar ortaya çıkacak ve sizin de takdirinize sunuyorum. Çok teşekkür ederim.

Erdal Kart

Türk Eczacılar Birliğinden katılıyorum, ben de Raşit Hocama birkaç konuda hem fikir, hem de soru soracağım. Şimdi Türkiye'deki kurulan şehir hastanelerinin bahsettiğiniz üzere yüzde 70 oranındaki doluluğunu bulan ve karşılayan bir hastane var mı, yani bu konuda bir veri var mı elinizde, karşılıyorlar mı? Böyle bir durum da var. Bir diğeri de bu şehir hastanelerinin konumları, sadece bize özgü bir durum mu, yoksa İngiltere'den olan sunumunuzda da gösterdiğiniz gibi harita üzerindeki ülkelerde de durum aynı mı noktada, gerçekten şehir hastaneleri şehir dışına mı taşınıyor? Bir de kapatılıyor mu diğer hastaneler ve aynı şekilde yatak sayıları yetersiz mi kalıyor? Bir de dünkü oturuma atıf olması açısından şöyle söylemek istiyorum: Sistemi değiştiremeyen ülkelerde sistemi nasıl işletiyorlar? Teşekkür ediyorum.

Eriş Bilaloğlu

Ben olumlu bir görüş bildirecektim. Direkt kendimin yaşadığı bir ay önce, bir ay kadar önce pazar günü şu saatlerde bir akrabamız trafik kazası geçirmiş Ankara'da. Akşam üstü beni aradılar ... yer bulabilir misin diye, ben de sıklıkla artık ambulanslar şehir hastanesine götürüyor diye orayı aradım. Santralde çıkan arkadaş dedim ki şu isimde acile bir başvuru var mı? Bir dakika, bakayım dedi. Beklemeye aldı, döndü. Bilgi veremiyoruz dedi. Dedim ben hasta hakkında bilgi istemedim, acile bir başvuru var mı dedim. Tekrar beklemeye aldı, döndü, dedi Sağlık Bakanlığının kişisel verilerle ilgili yaklaşımı nedeniyle, dedim yanlış anlıyorsunuz, hasta hakkında bilgi istemiyorum. Ben şu anda bir yakınımı arayacağım, hani oraya mı geleyim, başka bir yere mi gideyim, onun için onu soruyorum. Tekrar şey yaptı, bir yetkiliye bağladı benim ısrarım üzerine, yetkiliye de söyledim. O da dedi ki biz Sağlık Bakanlığı kişisel verileri, vesaire nedeniyle bilgi veremiyoruz. İsterseniz 112'ye sorun dedi. Dedim 112 nereye bağlı? O da, tüm çabalarım rağmen hastaneye acile böyle bir başvuru oldu mu, olmadı mı diye bir bilgi vermedi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, teşekkür ederim.

Hasan Oğan

Öncelikle tüm katılımcılardan özür dilemek istiyorum, çünkü bir konuşmacımız gelmedi, gelemedi. O arkadaşımız şehir hastanelerinde çalışan olmak çerçevesinde bize

yaşadığı sorunları anlatacaktı. Bu konuda konuşmacı açısından çok araştırma yaptık; sendikalar üzerinden, genel iş üzerinden, sonunda Adanadan bir arkadaşına ulaştık. Gelebileceğini söylemişti. Ya bizim organizasyonumuzdan kaynaklanan bir hata ya da arkadaşımız galiba bir sağlık nedeniyle katılamadı, ama bu tür bir konuşmacı bulmakta çok ciddi sıkıntılar yaşıyoruz. Onun altını çizmek istiyorum.

İkincisi, bir çocuk kardiyologuna söz vermiştim. Çocuk Kongresinde o arkadaşımız bir şehir hastanesinde 7/24 365 gün tek çocuk kardiyologu olarak normal ve icapçı olarak çalıştığını ve kesinlikle izinlere dahi çıkmadığını, artı yardımcı personelinin de olmadığını, bunu başhekimlikle konuştuğunda döner sermayesinin kesileceğini, bu nedenle de yardımcı personel alamayacağını altı çizilmiş. Burada soru olarak şunu da sormak istiyorum: Çünkü İzleme Komitesinde Raşit Hocam filan da var, yani bizim hatamız, biz bu konuda şehir hastaneleri çerçevesinde sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda ciddi bilimsel bir araştırma yapmadık diye biliyorum.

Bunu yapmak zorundayız. Hem şu andaki mevcut durumu tespit, yani bize anlatılanlar üzerinden yürümek zorunda kalıyoruz ya da yıllar sonra olayın değerlendirilmesi açısından mutlaka bu tespitlerin yapıp belge olarak da yer alması gerekiyor. Böyle yapılan bir çalışma var mı? Teşekkür ederim.

Bayazit İlhan

Tabii bu şu anda içinde yaşadığımız zaman kısıtlamasının farkındayım. Oldukça çok boyutlu bir mesele, konuşmacılara çok teşekkür ediyorum. Hakikaten pek çok konusuna değinmeye çalıştılar şehir hastanesinin, ama buradan ayrılırken herhalde hepimizin bazı ödevlerle ayrılması gerekiyor, onu çok net görüyoruz. Sahada çalışanların daha çok dayanışmasına ihtiyacımız var. Şehir hastanelerinin içerisinde örgütlülüğümüzü nasıl arttırabiliriz, buna daha çok kafa yormamız gerekiyor. Tabii Ankara'da Hüsnü bahsetti, Hastanemi Kapatma Platformu uzunca bir süredir bu ... mevcut hastanelerin kapanması için, ancak buna rağmen ne yazık ki hastanelerin kapanmasına engel olamıyoruz. Şu ana kadar kapanan 5 hastane var, hâlâ kapanmayı bekleyen 7 tane daha hastane var. Örneğin, Eczacılar Odası Hastanemi Kapatma Platformu içinde bütün çabalarımıza rağmen yer almadı. Hastane çevresindeki eczacılar en çok etkilenen meslek grubu, en çok etkilenen yapılar olmasına rağmen ne yazık ki geri durdular belirli süreçler içerisinde, belli ki şehir hastanesi meselesinde bir çıtayı atlamamız gerekiyor hep beraber hem örgütlenme anlamında, hem sendikalarımızın, odalarımızın, meslek örgütlerimizin bu konuya daha çok çaba harcaması konusunda bir eşiği atlamamız gerekiyor. Bu temenniyle ben hepimize teşekkür ediyorum.

Raşit Tükel

Hatay Devlet Hastanesinden bahsetti arkadaşımız, gerçekten sırf 600 yataklı bir hastane orası, öyle biliyorum. Evet, 750 yataklıymış, ama aynı şehir hastanesi mantığıyla yapılmış durumda, gerçekten şehir hastanesi olmasa da hastaneler artık çok geniş alanlara

yapılıyor ve şehir hastanelerinde konuştuğumuz sorunların hepsinin de oralarda mevcut olduğunu biliyoruz. Bunu da ifade ediyor özellikle bu bölgedeki sağlık çalışanları arkadaşlarımız. Şimdi anlaşmazlık olursa ne olacak denildi, konuşmamda vurgulamıştım, ama bir daha altını çizmiş olayım. Şimdi anlaşma o şirketle ilgili, ama şirketin anlaşma yapıldıktan, sözleşme imzalandıktan sonraki o finans arama süreci çok kritik, çünkü finansal kapanış denilen bir süreç var. Finansal kapanışa göre işte bu bahsetmiştim, 5060 ay arası bir süre, bütün uluslararası finans şirketleri dolaşılıyor, finans bulunmaya çalışılıyor. Finans bulduktan sonra da tekrar sözleşme üzerinde revizyonlar yapılıyor. Şunu demek istiyorum: O kreditorler, uluslararası finans çevreleri buraya katkı yapıyorlarsa, bunun kontrolünü de sürdürüyorlar bir şekilde ve Türkiye’de bununla ilgili yasal düzenleme yapıldı uluslararası tahkime gidileceğine ilişkin böyle bir anlaşmazlıklarda, sonuçta esas arkadaki o uluslararası kreditorler, onlar her türlü sürecin kontrolünü ve aksadığı durumlarda da müdahale etmek için tazminatlar üzerinden bir tarafta hazır bekliyorlar. Bunu hakeza vurgulamış olalım. Sayıştay raporu aslında o hizmet alımlarındaki şehir hastaneleri farklı, gerçekten çok uzun bir liste, ben üç tane örnek verdim süremi iyi kullanmak için, Türk Tabipleri Birliğinin sayfasında o konuyla ilgili geniş bir rapor var. Hani buraya da bakıp daha detaylı olarak bu konuda bilgi edinilebilir. Her şehir hastanesi kendi oluşturmuş olduğu sözleşmeye ve şartnamelere bağlı olarak belli ki hiçbir standarda bağlı kalmadan istediği şekilde bir fiyatlandırma yapıyor. Bu çok net olarak ortaya çıkmış durumda, hani bunu bizlerin takipçisi olmamız tabii bu bilgilere ulaştığımız ölçüde, çünkü o ticari sır meselesi de üstünü kapatan bir şey görüyor bu süreci.

Yüzde 70 doluluk, şimdi bu konuda tek tek hastane bazında bilgilere sahip değiliz, ama biliyorsunuz sağlık istatistikleri yayınlanıyor her sene, tabii geriden geliyor ve son 2017’nin verilerine sahibiz. Önümüzdeki aylarda 2018 yayınlanacak. Dün haber bülteni yayınlandı hatta geniş kapsamlı olarak, oralarda yüzde 70’e ulaşmıyor. Yani Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hatta biraz düştü bile, yüzde 6867’ler, oralara doğru kaydı. Tabii ortalaması bütün hastaneleri dikkate aldığımızda, o zaman tek tek şehir hastanelerine baktığımız zaman bunun altında kalma olasılığına karşı ne yapılıyor? Bütün 112’ler vakaları şehir hastanesine transfer ediyor. Hiçbir şekilde şehir hastanesine başvuran hastayı geri çevirmeyeceksiniz şeklinde talimatlar veriliyor ve hasta yatışı bu anlamda teşvik edilmiş ve baştan beri söylediğimiz Bakanlık koruyucu sağlık hizmetlerini bir kenara bırakması bir yana hastalığı teşvik edici bir konum ister istemez uygulamada ortaya çıkmış oluyor. Çünkü ortalama yüzde 70’in de altında gerçekten.

Çalışma var mı? Türk Tabipleri Birliği şehir hastaneleri izleme grubu olarak şehir hastanesi olan bölgelerdeki tabip odaları ve şehir hastanesinde çalışan arkadaşlarımızdan bilgi edinmek için bir form gönderdik. Hasan Oğan’ın söylediği bir çalışmaya gerçekten ihtiyaç var. Sunum sırasında söylemiştim, tıpta uzmanlıkla da ilgili de özel olarak bir çalışmaya ihtiyaç var. Bilkent şehir hastanesini düşündüğümüz zaman oradaki çok hastaneli ve tek bir çatı altında toplanmış yapının ne şekilde bu hususlara vesile olduğu konusunda bir bilgi sahibi değil. Bütün alanlar için çalışmaların önümüzdeki günlerde planlanması gerekiyor. Şehir hastaneleri diğer ülkelerde kapatılıyor mu ya da şehir dışında mı? Şe-

hir dışında olup olmadığı konusunda bilgiye sahip değilim, ama Birleşik Krallıkta bu kamuya getirdiği çok yüksek maliyet nedeniyle kapatıldığı, bu kurumlardan mümkün olduğunca uzaklaşmaya çalışıldığını biliyoruz. Yani sadece yakınların kamu kaynaklarıyla yapılması değil, ayrıca mevcut olanların da bir anlamda iflas ettiği ya da çok yüksek miktarlarda kamuya yük getirdiği gerekçesiyle bunların kapatıldığı, işlevsiz bırakıldığı örnekleri de biliyoruz. Ben bu konuyu da söylemiş olayım.

Nilüfer Aykaç

Ben de Doktor Hanım'ın açtığı yoldan söylemek isterim ki konuda çok çalışmaya ihtiyaç var. Şu ana kadar Türkiye'de şehir hastanelerinde yapılmış çok yeni bir çalışma yok. Dünyada büyük hastaneler, yeni hastanelerle ilgili çok fazla çalışma var. Anket çalışmaları çok yapılmış mesela, belki biraz daha pratik, daha kolay yapılabilir. Keşke ölçülebilir kimyasal maddeleri, biyolojik ve kimyasal kirleticileri ölçsek ancak bunlar daha kapsamlı daha gelişmiş bir alt yapı gerektiriyor, ama anket çalışmaları oldukça kolay yapılabilir ve anket çalışmalarının da örnekleri var. Ben bir yerden başlayıp, oradan ilerlemekten yanayım. Bu konuda g özellikle çalışanların sağlığı açısından söz söylemeye ihtiyacımız var.

Hüsnü Yıldırım

Ben şöyle başlayayım, sermaye sınır tanımıyorsa dünyada, işte biz de bugün geldiğimiz nokta Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelden kamuya, kamudan tüm yerlere baktığımızda o zaman da emekçiler de sınır tanımamalı, geçmişte bizi sınırlandıran 1688 olabilir, onun ortadan kaldırılması, işte işçi sendikalarının bugün örgütlenmesine baktığımızda sıkıntılar yaşıyoruz. Bu alanda Türkiye açısından baktığımızda bir yeniden özellikle sağlıktan başlayarak bu tür örgütlenme olduğu, özelden bütün her yeri kapsayacak hale getirecek bir örgütlenme modelinin hayata geçirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Geçmişte bunun örneklerini Tüm Sağlık Sendikası iç kuruluş aşamasında, bunun tüzüğü öyleydi zaten, sonra işte yasal zorunluluklar nedeniyle buraya geldi. Şöyle bir şey, bu 4B'li personeller biraz ben de bahsettim konuşmamda, yani şeyden kaynaklı iş değişikliklerinin neden olduğu değişik, öyle eski ortamlardan yeni ortamlara geldiklerinde yaşadıkları sıkıntıları işte hem bir de üzerine kamu yöneticilerinin beceriksizlikleri için içine girince bütün yük yeni gelen arkadaşlara ya da orada bulunan geçmişteki 4B'li arkadaşların üzerine yıkılıyor. Biliyorsunuz 2020'de bir tartışma var, devam ediyor. Büyük ihtimalle sağlık kolunda çalışan 4B'li personellerin hepsinin sağlık işkolunda ifade edileceği gibi bir süreç tartışılıyor. Net değil, ama eğer öyle olduğunda da tüm çalışanların ortak mücadeleye ettiği bir süreci başta da söylediğim gibi hayata geçirmek, birlikten güç doğar diyerek mücadele etmek gerekiyor. Şehir hastaneleri cidden Bayazıt Hocanın söylediği durumda örgütlenmek cidden çok sıkıntılı, çok büyük mekanlar, bizim arkadaşlarımız mesela, oraya giden hastanenin durumu Numune temsilcimizle, Yüksek Lisans Hastanesi temsilcimizin bir araya gelme ihtimali sıfır, yani birisi bir başta, birisi diğer başta. Bir de yoğun bir çalışma var. Birimde yöneticilerin keyfi tutumları var. Yani yönetici diyor ki saat 05.00'e kadar kan alacaksınız kardeşim, gelen hiçbir hastayı göndermeyeceksi-

niz. Şimdi arkadaşlarım yakın bir örneği bahsetti şehir hastanesinde, biliyorsunuz servis işlemlerini özel bir şirkete vermişler. Özel bir şirket sabah 08.00'de getiriyor, 16.00'da alıyor. Şimdi şirket, özel şirket üç kere servis yaptığı için sizin orada 16.15'e sarkmanız sizin orada kalmanız anlamına geliyor. Yani siz ya işi bırakıp gideceksiniz ya da eve gidemeyeceksiniz. Öyle bir sıkıntılar yaşıyor, onun için mücadeleli, her türlü birlikte mücadele güç doğurur diyorum. Hepinize teşekkür ediyorum.

Arman Üney

Ben Vedat Beyin sorusundan başlayayım. Şimdi Türk Eczacıları Birliğinin bir reçete temsil sistemi var, aynen bu devam ediyor. Gün geçtikçe de artan oranda ilaçların üst limitlere sıralı dağıtımlarını bu sistem üzerinden takip ediyoruz. Eczacı Odalarımız aracılığıyla yürütülüyor bu sistem, şu anda Türkiye'deki ilaçların yüzde 15'inin sıralı ve üst limit olarak dağıtımını yapıyoruz. Bu tam da bahsettiğiniz yatan hasta reçeteleri, hastanelerdeki reçetelerle ilgili olan süreçte Sosyal Güvenlik Kurumu protokolünün 3, 7 maddesinde sıralı dağıtım ve üst limitli dağıtımdaki başlıklardan bir tanesidir. Hasta sözleşme yapılmış, protokol imzalanmış. Hastanelerdeki yatan hasta reçetelerinin dağıtımına, bunun yapıldığı iller var, bölgeler ve hastaneler var. Ancak şunu söylemek gerekiyor: Özellikle yatan hasta ilaçları da artık dışarıya çıkmayacak şekilde bir ilaç alımı politikasından sonra birçok hastanedeki yatan hasta bürosunu maalesef Eczacı Odalarımız kapatmak durumunda kaldılar. Çünkü orada sirkülasyon çok azaldı, ilaçlar neredeyse tamamına yakını hastane eczaneleri tarafından verilmeye başlandığı için, ama tabii ki bu süreçte dönem dönem artışlar ve azalmalar oluyor. Takip edilmeye devam ediliyor, takip ettiğimiz bir konu, onu söyleyebilirim.

Diğeri de Sevgili Beyazıt'ın söylemiş olduğu Ankara'da yapılan hastanemi kapatmayla ilgili olan süreçte Ankara Eczacılar Odasının zannedersen, onu söylüyorsunuz değil mi? Bu yapılan çağrıya cevap vermediğini söyledi. Bize sorsalardı biz vermeleri gerektiğini söyledik. Çünkü birçok konuda çalışmalara ve konulara, hayata bakışımızın farklı olduğunu Eczacı Odamız Eylül ayında yapılan seçimlerde değişti. Şu anda daha aktif bir Eczacı Odamız var Ankara'da, onlar da bu konuda çok daha kapsamlı, çok daha kapsayıcı birlikte, Tabip Odasıyla daha uygun bir çalışma içerisinde olurlar.

Pınar İçel

Çok teşekkür ederim bütün katılımcılara, bütün dinleyicilere, en başta dediğim gibi çok keyifli bir oturum olacağı baştan belliydi.

KONFERANS

**NANOTEKNOLOJİ VE
NANOPARTİKÜL GERÇEĞİ**

Oturum Başkanı:

Peri Meram Arbak

Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları AD

Konuşmacı

İbrahim Akkurt

İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

NANOTEKNOLOJİ VE NANOPARTİKÜL GERÇEĞİ

Peri Meram Arbak

Oturum Başkanı, Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları AD

Sayın dinleyiciler, öğleden önceki son oturumumuza hoş geldiniz. Ben Dr. Peri Arbak Düzce Üniversitesinde görev yapmaktayım. Bugün İbrahim Akkurt Hocamla nano partikül gerçeğini konuşacağız, ama o gerçeği konuşmadan önce Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresini yıllardır büyük bir çabayla ve sevgiyle düzenlemekte olan başta Sayın Dr. Hasan Oğan'a ve onun biricik partneri Sayın Özlem Azap Hocama çok teşekkür etmeyi borç biliyorum. Bu toplantılar silsilesine bir şekilde hamilik yapmakta olan başta Türk Tabipleri Birliğine de tabii ki çok çok teşekkürlerimi sunuyorum. Onun dışında kendi sendikam olan Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasını da şöyle bir aradan selamlamak istiyorum. Aynı zamanda Türk Toraks Derneği üyesiyim, Sevgili Nilüfer Aykaç da biraz önce çok güzel konuşmasını dinlediğiniz göğüs hastalıkları uzmanımız ve Hocamız da Türk Toraks Derneğinin Çevre Akciğer Sağlığı Başkanı, ben de meslek hastalıkları bulgularında uzun yıllardır görev yapmaktayım. Biz sanıyorum ikimiz kendimize siz sağlık çalışanlarının iç ortamdaki sağlığını korumayı bir hedef olarak belirlemiş durumdayız. Bundan sonra sizin o sağlık sorunlarınızla ilgili araştırmaları organize etmek üzere en kısa zamanda bir araya geleceğiz. Şimdi bizim meslek hastalıklarının duayeni, göğüs hastalıklarının duayeni yıllardır hiç karşılık beklemeden meslek hastalıkları için çalışan beyin emeğini, yüreğini buna döken sevgili dostum ve Hocamız, hocaların hocası Prof. Dr. İbrahim Akkurt'u davet ediyorum. Tabii bu kadar yağ çekme, bu kadar güzel sunuma süresini açacağı anlamına gelmiyor. Hocamdan bu konuda iyi bir performans bekliyorum. Buyurun Hocam.

NANOTEKNOLOJİ VE NANOPARTİKÜL GERÇEĞİ

İbrahim Akkurt

İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

Herkese merhaba, hoş geldiniz. Çok teşekkür ediyorum bu güzel iltifatlara Sevgili Peri'miz, gördüğünüz gibi hızlıca geldim kürsüye ve söz: son sürat olarak konuyu dağıtmadan toparlamaya, zamanında bitirmeye çalışacağım.

Efendim, bu nanoteknolojiyle benim aslında birebir uğraşmışlığım yok, mühendis değilim, nanoteknoloji uzmanı değilim, tıp doktoruyum. Ancak, Nanoteknoloji ve onun perde arkası nanopartiküllerle tanışıklığım bu meslek hastalıkları neferliği sevdam nedeniyle oldu. Bizim derneklerden birinin yine meslek hastalıklarında çalışırken kongre düzenlemesi komitesinde 2011'de görevliydim ve o zamana kadar olan süreç içinde çalıştığım Cumhuriyet Üniversitesi dahil olmak üzere ülkemizdeki pek çok üniversitede nanoteknoloji merkezleri peş peşe kuruluyorlardı, ama 2000'lerin ortasından itibaren bu nanoteknolojinin ana yapısı olan nanopartiküllerle ilgili bir sürü karşı yazı tıp literatüründe çıkma başlamıştı. Çalıştığım üniversitede de o dönemlerde nanoteknoloji merkezi açıldı ve sürekli nanoteknolojiyi göklere çıkarıcı sempozyum, paneller yapıyordu; zaman zaman bunlara be de dinleyici olarak katılıyordum. İşte 2011'in başlarında da yapılan bir toplantının başlığıydı bu görselde gördüğünüz başlık: "Nanoteknoloji: geleceğe harika yolculuk". Ancak işin perde arkasını da okuyarak gittiğim bu toplantıda karşı hiçbir söyleme resmen izin verilmiyordu. Oysa benim okuduklarım o harika şeylerin ardında giderek artan ciddi bir korkuyu düşündürüyordu: "nanopartikül: geleceğin korkulu rüyası"dır dedirtircesine... İşte 2011 kongremizde meslek hastalıkları çalışma grubu olarak bir karşı görüş oluşturalım şeklinde bir oturum koyduk ve ana strateji belliydi: tamam, nanoteknoloji gerekli, harika bir olgu, konuşmacı bulmamız da hiç zor olmadı; kongremiz İzmir'de Çeşme'de olduğu için oradaki nanoteknoloji enstitülerinden birinden bir hocamızı davet ettik, ama nanopartikülü anlatacak bir babayiğit bulamayınca iş bana kaldı ve ben tam 67 ay boş vakitlerimde nanoteknoloji ve nanopartikül gerçeğiyle uğraştım; okumaya başlayınca hakikaten olayın bir korkulu rüya mı olduğu şeklinde bir konuşma başlığı hazırladım. Kongredeki konuşmam çok ses getirdi ki salonda bulunan bizim dergilerden birinin editörü ısrarla konuşmamı olduğu gibi yayınladı. Peşinden Cumhuriyet başta olmak üzere birçok gazetede "Hocam, nanoteknolojiye nasıl karşısınız" diye sorular gelmeye başladı. Oralara ufak tefek yazılar yazdım, peşinden meslek hastalıklarıyla ilgili, iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili dergilerde biriki makale ve hani sağdasolda yazlar, çiziler ile bu işe bulaşmış oldum...

Şimdi bu görselde ilk konuşmamı hazırladığım zaman, yani 10 Ekim 2011’de Google amcaya sormuştum nedir bu nano işi diye; hani hepimizin ve hastalarımızın sık sık sorduğu gibi neymiş, olay nedir, ne boyutta diye, bir de 10 gün önce yine bu konuşmayı hazırlarken sordum. Olayın boyutuna beraber bakalım. Şimdi sorduğumda nanoteknolojiyle ilgili sorgulama 21 milyon küsurken 10 gün önce 59 milyonu, yani neredeyse üç katlamış vaziyette söylemler, aramalar taramalar. Nanopartiküllerle ilgili taramalar da sonuç 2011’de 8 yıl önce neredeyse üç katına yakın, iki buçuk katından fazla, nanotoksikolojiyle ilgili keza 164 binlerden 554 bine varan bir sayı var. En büyük olay da nanoteknoloji ve nanopartiküller beraber kodlandığında arama yapıldığında korkunç bir sayıya, yani 23 milyonlara varan bir sonuç çıkıyor. Daha da ilginç herhalde bu konuşmanın esasını oluşturan nanopartikül toksitesiyle ilgili o günlerde çok cılız denilebilecek ürünle karşılaştırdığımızda devasa bir yayına, söyleme, söylentiye ya da Google’da en azından yansıyana baktığımızda neredeyse aynı şekilde, yani 2018’e vardığımız zaman PUBMEDte, yani tıbbi orijinal yayınlarda da korkunç bir nanopartiküllerle ilgili bir patlama görüyoruz.

Nanoteknoloji biraz sonra bahsedeceğim, aklınıza gelebilecek her bir alanda, bugün için 3 bin’e yakın ürünle günlük yaşamımıza girdi, harıl harıl da geliyor hâlâ ve gelmesi de aslında birçok ürünü bu sözle, tırnak içinde olan “sağlık dostu” ürünler diye pazarlanıyor. Sağlık dostu ürünleri biz alıyoruz evimize, sağlık dostu ürünleri sabah tıraş sonrası kremi olarak kullanıyoruz, güneş kremi olarak kullanıyoruz, çocuklarımıza kirlenmez, paslanmaz elbiseler olarak giydirdiyoruz; bu sağlık dostu ürünleri evlerimizde kir tutmaz masa örtüsü olarak kullanıyoruz... Ve tüm bunlar için de söylemler aslında yavaş yavaş çağımızın tersten bakan, yani sen söyle birileri nasıl olsa inanır söylemi şeklinde ve hani başımıza dünya ya da hâkim olan liderlerin geldiği gibi bir söylemle: “Nanopartiküller ciltten emilmez, kana karışmaz” yalanlarıyla yaşamımıza giriyor... Kendi kendini temizleyen camlar, bu kendi kendini temizlerken evlerimizde, iş yerlerinde açık alanda evopore olup yani aşınıp ortama yayılmıyor mu? O konuda soru işaretleri giderek artıyor... Antibakteriyel bandajlar, deterjanlar, dezenfektanlar, kendini temizleyen boyalar bugün hemen hemen hepimizin evinde... Sağlık alanı hani bunun belki de en devasa hızlı gelişen boyutu, sağlık dostu bu malzeme bugün için nanorobotlar şeklinde birçok alanda, yani biraz sonra bahsedeceğim DNA molekülünden daha küçük olduğu için her türlü istediğiniz hücreye, hedef hücreye gidebiliyor ve ne vermek istiyorsak ya da ne yapmak istiyorsak ya da neyi tanımak, araştırmak istiyorsak onu bize gösterecek mahiyeti var ve 2010’ların başından itibaren yeni bir kavram nanotıp denilen bir kavram oluştu.

Bu nanotibbin harıl harıl şu anda dergileri var. Korkunç bir şekilde başlıklarına baktığımızda her biri mucizevi denilebilecek bir tanı ve tedavi yaklaşımı içeriyor. Hani klasik bildiğimiz dergiler gibi 3 ayda bir, ayda bir yayınlanır değil, iki haftada bir yayınlanır tarzda çok yoğun bir şekilde gidiyor. Biraz sonra bahsedeceğim etkilerin içinde kanser, vesaire lafları ilk edilenlerdendir, ama bugün nanoteknoloji kanseri, özellikle de en vahim olan akciğer kanseri tanı tedavisinde özellikle kullanılmaya başlandı ve yeni yeni formlar oluşturuldu. Eskiden 45 çeşit nanoteknoloji ürününden bahsedilirken günü-

müzde organik ve inorganik diye ayrılmaya başlandı. Organik NP'ler direkt olarak sağlık alanında hücresel boyutta hücrenin her türlü organeline nüfuz edecek değişik boyutlardadır; inorganik partiküller ise plastik hale geldi. Yani karbon nanopartiküller vs şeklinde ve bunların herhangi birini kullandığınız zaman kanser hücrelerinin yapılanmasının çok farklı olduğu, orada vaskülarizasyonun farklı olması nedeniyle topladığınızda gidip onlara ulaşıyor. Bu partikülleri tanısız olarak kullanıyorsanız tanı, tedavi amacıyla kullanıyorsanız tedavi amacıyla kullanımı konusunda çok fazla yayın var. Bu NT yandaş yayınların hemen hepsinin bir yerlerinde satır aralarında hep "ama" diyor: NP'lerle ilgili yapılan çalışmalarda uzun vadede fibrozisler kendi başlarına maliniteler, trombotik reaksiyonlar, vs diye cılız bir şeyler söylemek zorunda kalıyorlar. Ama olay öyle farklı ki kanser dediğimiz, özellikle akciğer kanseri dediğimiz biraz sonra bahsedeceğim yapıdan uzun vadede etkisini gösterebilecek bir şey değildir. Tanı konulduğu anda yaşamın aylaıyla sınırlı olduğu patolojilerdir. NT'nin yan etkilerini görebilecek kadar uzun yaşama şansı olmayan bir durumdur.

NT'nin bu sağlık dostu ürünleri, 2011'lerde 800 civarında diye söyleniyordu, günümüzde bu 3 bin'i geçmiş durumdadır. Günlük yaşamımızda bu ürünlerin hemen hepsi var. Nanoekonomi diye bir kavram ortaya çıktı. Korkunç bir şekilde hızla yayılıyor. 2012'ye kadar olan süreçte milyon dolar gibi bir laflar edildiğinde insanlar hayretler içindeydi, ama bugün için o zamanlardaki projeksiyonla 3 trilyon dolar katlanmış vaziyette 4.4 trilyon dolarlık bir ekonomi politikten ya da potansiyelden bahsediliyor. Bunun 6 trilyona vardığı şeklinde ifadeler var. Bu kötü bir şey mi? İyi, ne güzel, günlük yaşamımızı kolaylaştıran korkunç bir güzel nimet, alan memnun satan memnun, benim gibi birkaç çatlak sese ne oluyor? Ancak bilim bir şekilde kuşkucu olmayı gerektir miyormu? Evet, bilim demek kuşku demektir; madalyonun öbür tarafında ne olduğunu merak etmektir... O nedenle nanoteknolojinin de öbür tarafını yani Nanopartiküllerin etkilerini bilmek zorunda değil miyiz? İşte birçok ülkede artık yaygın bir şekilde madalyonun öbür tarafı da irdelenip yaygın bir şekilde bu konuda çalışmalar var. Nanotoksikoloji dergileri de artmaya başladı. Hatta yeni bir kavram: nanoekotoksikoloji, yani insanın dışında çevreye olan etkileri konusunda da yayınlar, yani çevre tahribatı özellikle denizlerde, okyanuslardaki o kirlenmeyi, vesaireyi yok etmek için de kullanılan nano partiküllerin ve nanoteknolojinin doğal yaşamın üzerine olan etkileri hücrelerin yapısını nasıl değiştirdiği konusunda ciddi çalışmalar.

İnsandaki etkilerine baktığımızda ilk zamanlarda hani çıktığında 2000'lerin başından itibaren nanoteknoloji alanında çalışan kişi sayısı 20 000'lerde diye ifade edilirken sonra 400 000'lere çıktı, en son 20 milyona yaklaştığı ifade ediliyor. Bu çalışanlarda ne oluyor, biliyor muyuz? Soru işareti. Günlük yaşamda biz kullandığımız zaman, çoluk çocuk kullandığı zaman evimize girdiğinde hani herhangi bir etki var mı, yok mu, biliyor muyuz? Sağlık çalışanı şu anda sağlık alanı en yaygın olarak kullanan bir alan, kısa, uzun, orta vadede ne etkileri var, onu biliyor muyuz? Bilmiyoruz... Çünkü ama bugüne kadar tıp eğitimiyle ilgili birkaç şey var bilmemizi engelleyen, bugüne kadar dış ortamda bulunan herhangi bir zararının, bize zararının olabilmesi için bünyemizde üç temel yol tarif

edilir. Hani en geniş solunum yolları, en baktığımız zaman inhalasyonla alınırsa 70100 m²'lik alanda tüm sisteme açılıyor. Cilt vardı ve bir de hani yanlışlıkla ya da alınıyorsa gastrointestinal sistem var. Klasik bilgimizin dışında biraz sonra bahsedeceğim aksiyonal yol, hani bir şekilde daha onunla değer değmez ya da partiküllerin büyüklüğü aşağı inmeye engel olacak tarzda o yerdeki sinir ucu tarafından tüm sisteme dahil olabilecek bir şey: yani vücuda nanopartiküllerin giriş yolun 67'ye çıkmıştır. Bu durum bugüne kadarki klasik tıp bilgimizin dışında olan bir durumdur. İkincisi: partikül büyüklükleri, yani 10 sene önceye kadar olan klasik kitaplarımızda bizim özellikle en büyük yol olan solunum sistemi için fizyopatolojik olarak söylenen söylemler şöyleydi: 10 mikronun üzerindeki partiküllerden korkmayın diyorduk çünkü 10 mikronun üzerinde olanlar bir şekilde bir yerlerde tutulurlar, hücreler giremezler. Neden korkacaktık? 35 mikronla 10 mikron arasında olanlar solunum yolları, alt solunum yollarından akciğerin derinlerine kadar inenler, onlardan korkun. Çünkü sistemik dolaşıma geçmeleri de söz konusu olabilir, ama özellikle de 01 ve 35 mikron arasında olanlar alveoller sisteminde birikime yol açarlar, doku reaksiyonu oluştururlar: maruz kalınan silikasilkatlar, vesairenin en tehlikelisi 01'le 35 mikron arasında olanlardır... Ancak 0.1 mikron bizim için bir nirengi noktasıydı: 01 mikrondan küçükler zararsızdır; onlar solunum sistemine girdiğinde aerodinamik hareketlerle tekrar çıkarlar diyorduk... Fakat aslında esas tehlikenin 0.1 mikrondan küçük olanlarda olduğunu, 0.1 mikronun aslında 100 nanometre olduğunu, nanodünya dediğimiz bir dünya olduğunu gördük. Nanodünya diye ifade edeceğimiz, yani 1 metrenin milyarda 1'i kadar ya da 1 cm.nin, 1 mm.nin bir milyonda 1'i kadar... Bir eritrosit 7 mikron diye ifade ediliyor, yani 7000 nanomikron büyüklüğünde ya da hani şöyle bir sayfa yaprak, bu yaprağın kalınlığı ne kadardır? Bu yaprağa baktığımız zaman görebiliyoruz, ama 1 nanometre dediğimizde bunun yüz binde 1'ini tahayyül edebilir miyiz? O boyutta farklı bir dünyadan bahsediyoruz.

Bugüne kadar molekül olarak karşımıza çıkan farklı bir dünyadan bahsediyoruz. Bu farklı dünyanın ana maddesi olan nanopartiküllerin ilk tanımlaması 2006'da yapıldı: Amerikan yeni malzemeleri tanıma ve tanımlama merkezi tarafından... Nanopartikül için "1100 nanometre büyüklüğünde 1 veya daha fazla yüzeyli maddeler" denildi. Klasik olarak ilk tanımlananlar karbon, metal, vesaire, ama bunun dışında biyolojik de dahil olmak üzere bir sürü yeni tip... Lifsel yapıda olanlar "sakın bu geleceğin asbesti olmasın" tanımlaması vardı. İlk deneysel çalışmaların sonuçları bu korkuyu doğurdu. Asbest ile ilk karşılaştırılan, korkulan oydu; yani benzerliklerine bakınca hakikaten asbest de tehlikeleri fark edilince kullanılan alan itibariyle 3000'den fazla alanda günlük yaşamımıza girmişti. Nanoteknoloji de şu anda 3000'i geçti ve baktığımız zaman size göre sağda olan nanotüpler, karbon nanotüpleri, öbürü asbestin en masum olan şekli. Görüntü ve yüksek yapı da benziyor. Asbestte lif, daha doğrusu lif dediğimiz zaman hani boyu eninin üç katından fazla olan tanımlaması yapılır, ancak bu öyle bir şey ki boyu eninin milyon katından daha fazla olan bir nesnel yapıyla karşı karşıyayız. Asbeste baktığımızda hani insanlık tarihiyle beraber 1900'lerden itibaren sanayiye girdi ve asbestin zararları konusunda ilk etkiler 1920'lerde ifade edilmiş olmasına rağmen (çatlak biriki hekim tarafından, yani Japonya'da, İngiltere'de, vesaire) hiç kimse bunları göz önüne almadı ta ki 1960'lara ka-

dar... Wagner ve arkadaşları Güney Afrika'daki altın madenlerinde asbest yataklarında uzun vadeli çalışmalarda kesin olarak işte asbest ile mezotelyoma ilişkisini net olarak gösterinceye kadar... Bu çalışmalar da daha sonra bir çok başka araştırmacı tarafından da teyit edilince asbest üretimi 1980'lerde zaten pik yapmıştı ve bununla beraber 1990'dan itibaren dünyada yasaklanma, sanayide yasaklanma dönemine geldi, ama günümüzde hâlâ bitmiş mi? Hayır. Yani ine ine 6 milyon tondan 2 milyon tona kadar indi ve bununla beraber hani şu anda asbest yasaklanmış olmasına rağmen asbestin yaptığı hasar, burada mezotelyoma en büyük olaydır, Mezotelyoma salgınını hâlâ önümüzdeki yıllarda, yani 20402050'ye kadar devam edecektir.

İşte nanopartiküllerle asbest liflerinin deneysel hayvan çalışmalarındaki o ilk karşılaştırmalarda asbestle birçok noktada o kadar büyük üstünlükleri var ki hani hastalık yapıcı, hücrelerin içine girici, yayılıcı, tüm sistemlere dağılımı olduğu tarzda ve o nedenle de 2006'dan itibaren, 2007'den itibaren acaba insanlarda da bu biraz sonra bahsedeceğim deneysel çalışmalar olur mu diye dünyaya hükmeden ülkeler kendi bilim adamlarını bir araya toplayıp ve nanopartiküllerin gerçekten de zararı konusunda ciddi çalışmalar yapılması önerisi ve bunların deneysel çalışmaların ret edilemeyecek boyutta ve gerçeklikte olması nedeniyle nanoteknoloji işte bir şekilde kendilerinden uzaklaştırılması yoluna gidildi ve şu anda nanoteknoloji biraz önce o gösterdiğim görselde tüm dünyada, özellikle asbest nasıl ki ikinci, üçüncü dünya ülkelerine yönlendirilmişse, nanoteknoloji de oraya yönlendirilmiştir. O dönemlerde bakıldığı zaman biraz önce bahsettiğim ilk klasik bildiğimiz üç yolun dışında olfaktöryel yol ya da aksonal yolla direkt olarak hücrelere ve dolaşıma gidebilmekte ve etki etmediği hiçbir sistem yok. Dolaşıma girdikten sonra da etki etmediği, zararının görülmediği hiçbir sistem yok. Asbestin en büyük tehlikesi mezotelyomaydı. Hani bir insanın hayatında görebileceği en tehlikeli olay, ilk çalışmalar asbestle karşılaştırmalı çalışmalar yapıldı ve kontrol olarak işte asbestle karşılaştırıldığında mezotelyoma yapıcı potansiyeli hücresel düzeyde ve deneklerde asbestten çok daha fazla, çok daha yaygın bir şekilde mezotelyoma yaptığı net bir şekilde görüldü. Yani ilk çalışmalarda asbestin en tehlikeli şekli olan Crocodilite deneklerin yüzde 50'sinin altında mezotelyoma yapmasına rağmen nanopartiküllerin etki ettiği tüm deneklerde ciddi bir hasar oluşturdu. Bu çalışmalar devam etti ve hücresel düzeyde o nanopartiküllerin asbestle olan ilintisi konusundaki çalışmaların dışında diğer hastalıklar, özellikle de en büyük inhalasyon yolu solunum sistemi olduğu için solunum sisteminin diğer hastalıklarıyla ilişkisi konusunda birçok çalışma yapıldı ve günlük yaşamda kullanılan ve bakıldığı zaman günlük yaşamda kullanılan nanoteknoloji ürünlerinin de bir şekilde hücresel düzeyde hem alerjik, hem inflamatuvar, immünolojik birçok reaksiyona sebep olduğu, bunların içinde belki de en korkutucusu tromboembolik mekanizmayla olan ilişkisi. Yani dolaşıma girdikten sonra trombozise sebep olması ve kullanılan her karbon nanopartikülünden üçünü deneysel olarak bir şekilde kesin tromboza yol açtığı net olarak gösterildi. Bunu trombosit agregasyonundan tutun da koagülasyon kaskatını aktifleştirmeye kadar. Akut olaylar daha çok bu trombotik reaksiyonlar sonucunda oluşmakta ve bu koagülasyon mekanizmasını aktifleştirmesiyle venöz sistem başta olmak üzere akciğerde tromboemboliye sebep olmanın dışında serebral ve kardiyak etkiler de

deneysel çalışmalarda görülüyor.

Peki, insanda net gösterilmiş bir şey var mı? İnsanda net gösterilmiş belki de literatürde olan ilk çalışma 2009'da European Respiratuar Journal'da yayınlandı. Çin'de bir nanoteknoloji üretimi yapılan birden fazla boya fabrikasında çalışan insanlarda ortaya çıkan solunum sistemiyle parankim ve plevrayla ilgili etkiler klinik olarak değerlendirildi. Bunlarda tanısız her türlü tetkik yapıldı, ortam analizleri yapıldı ve Çin'de o dönemdeki epidemiyologlar, meslek hastalıkları uzmanları, toksikologlar bir araya gelip kullanılan boyalardaki malzeme, vesairenin içinde analizler yapıp her türlü yöntemle bakıldığında mikroskobik olarak o hasta olan insanlarda nanopartiküller saptandı. Bu çalışma sırasında 7 kişiden 1'i 29 yaşında, biri 19 yaşında olmak üzere ikisi öldü ve ölmüş olanların otopsi materyallerinde de net olarak alveollerde fibrotik diğer reaksiyonların dışında yabancı doku reaksiyonu dışında nanopartiküller görüldü ve plevral sıvıda alınmış olan örneklerde de nanopartiküller görüldü. Net olarak denildi ki bu patolojiler maruz kalınan nanopartiküllere bağlıdır 7 kişideki, özellikle 2 ölümle sonuçlanmış olan ve bu çalışma o kadar çok ses getirdi ki... Böyle trilyon dolarla ölçülebilecek bir geleceği olan bir teknoloji, o teknolojinin hani kapitalizmin en baş faktörü tarafından kabul edilmesi mümkün değildi. Nihayetinde bu çalışmanın tekrarlanması konusunda Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsünden ve farmakologlardan oluşan bir ekip Çin'e gönderildi ve bu çalışma tekrar didik didik irdelendi. Ne hikmetse o gösterilmiş olan olay örtbas edilip hayır, böyle geleceği olan 3 trilyonluk bir olay bunu yapmış olamaz, olsa olsa yanlışlıkla nanopartikül olarak yorumlanan olaylar aslında slika ve slikatların etkisidir diye çalışma 2015'te geri çekildi. Bu nedenle şu anda nanopartiküllerin ya da nanoteknolojiyle günümüzde olanların etkilerini ancak deneysel olarak invitro olarak o partiküllerin hücresel düzeyde yaptığı hasarı görerekten, yaptığı hasar da aslında her türlü karşımıza çıkan patolojilerdeki hasar, yani oksidatif streten tutun da hücre apoptozisine kadar birçok reaksiyonlar metabolik toksiteler yapmakta, bağışıklık sistemini etkilemekte, hemotolojik toksiteler, organik toksiteleri yapmaktadır.

Özetle nanopartiküllerin bu invitro gösterilmiş olan etkileri sonucunda organ ve sistemlerde hücresel düzeyde yaptığı hasarlar ki hücrenin içine difrüzü olduğu için nükleusla sitoplazmasından, membranlardaki hasarı sonucunda etki ettiği sistemler:

- Santral sinir sisteminde, beyinde net olarak işte parkinsona, demansa, Alzheimer'a,
- Solunum sisteminde akciğerde kanser mezotelyomanın dışında amfizemi, kronik obstruktif hastalıklara ve astıma,
- Dolaşım sisteminde aterosklerotik ve trombotik olaylara, kalp hastalıklarına, bunların hepsi herhalde hekim olarak burada bulunan arkadaşların gözlemlediği son yıllarda artış trendi gördüğümüz, klinisyenlerin gördüğü hastalıklar şeklindedir. Nedeni saptanamayan o kadar çok hastalıkla karşılaşmaya başladık ki...
- Gastrointestinal sistemde kron, ülseratif kolitler...
- Hemen her organda kullanılan bir sürü nanopartikülle dizayn edilmiş protez implant-

lar sonucunda vücutta farklı otoimmün reaksiyonlar oluşabilmekte ve bunun sonucunda da özetle nanoteknolojiyi bir toksit teknoloji midir şeklinde söylemler belirdi.

Evet... sanırım hızımı Sevgili Peri'nin istediği şekilde yapabildim, ilginiz ve sabrınız için teşekkür ederim.

Peri Meram Arbak

Sevgili Hocama bu güzel sunum için çok çok teşekkür ediyoruz. Salondan şimdi nanoteknolojiyi merak eden arkadaşlardan, sağlık alanla ilişkisini sormak isteyen arkadaşlardan soruları alabiliriz. Buyurun Hocam.

Atilla Stephan Ataç

Türk Dış Hekimleri Birliği genel başkanım. Büyük bir teknoloji diye madalyon takılıyor zannettim. Bu Çin'de olan çalışmada 7 kadın var, sadece kadınların çalıştığı bir fabrika mı? İkincisi, Çin Halk Cumhuriyetiyle Amerika'yı aldığınızda şu anda hani dünya ekonomisi için çatışan iki ülke, Amerika ve Çinlileri ortak nanoteknolojiyi savunan bir çalışma yapımında, o da ilginç geldi bana, bu iki konuda bilgi verirseniz sevinirim. Teşekkür ederim.

Peri Meram Arbak

Hocam, mikrofonu aktarmadan önce dış hekimliğinde de nanoteknoloji kullanılıyor mu sevgili hocam?

Atilla Stephan Ataç

Bizde birkaç özellikle bu kanser hücrelerine karşı, bir de implantların uzun süreli olması için daha araştırma safhasında biriki çalışma gördüm ben, ama daha bizde direkt olarak en azından çocuk dış hekimi olarak söyleyeyim, hani belki şimdi başka branştan arkadaş vardır, var der, ama bizim kendi dalında bildiğim kadarıyla daha bu kadar yaygın bir şey yok.

Vedat Bulut

Değerli Hocam, teşekkür ederim bu güzel sunum için, biz tabii nanoteknoloji birkaç alanda kullanıyoruz. Birisi aşı geliştirmede kullanıyoruz hem adjuvan olarak hem de TÜ-BİTAK biliyorsunuz yaklaşık 8 yıldır. Transport sistemlerini öncelikli projeler arasına aldı ve bu transport sistemlerine nanoteknolojik teknoloji, hatta bunun paneli var. Türkiye'de de yaklaşık 12'ye yakın enstitü 100'e yakın araştırmacı çalışıyor. Bu şu açıdan önemli, tabii ki değerlendireceğiz arkadaşlarla, güvenlik açısından laboratuvarlarda bir çalışmamız yok. Asistanlarımızı korumak ya da çalışanlarımızı korumak açısından bunu bir gündemimize alıp inceleyeceğiz, ama biraz hani bu kadar toksik olsaydı acaba aşılama bu kadar kullanılır mıydı? İnvitro ve hayvan çalışmalarında bizim gözlemlerimiz farklı, fakat dikkate alıp çalışacağız. Şimdi radyoaktif maddelerde ... önlemler alınıyor laboratuvarlarda, ama anlaşılıyor ki muhtemelen nanopartikül çalışmacılarında güvenlik

önlemleri alınması gerekecek laboratuvar çalışmaları açısından, ben teşekkür ediyorum. Bizim alanımızda kullanımı çok yaygın, nanoteknoloji alanında bir sürü projede çalışıyoruz.

Erdal Kart

Türk Eczacılar Birliği. Ben de şu açıdan çok teşekkür edeceğim, çünkü biz eczacılık alanında ben Vedat Hocama aynı şekilde katılıyorum, nanoteknolojik ilaçlardan, öncü ilaçlardan bahsediliyor. Nanotoksikolojiyi ilk defa burada duydum ve ben bir eczacıyım ve 2013'te mezun oldum. Yani farmosik teknoloji derslerimizde nanoteknolojiden ve biyoteknolojik ilaçlardan bahsedildi fakat nanotoksikolojiye ilk defa burada şahit oluyorum. O açıdan da şöyle bir şey teklif edeceğim: Hocam, bunun bence önceliğini yapın ve eczacılık camiasında bu nanotoksikolojiyi biraz bahsedin. Çünkü bu alanla ilgili ben ilk defa, 2013 mezunu olmama rağmen ilk defa burada böyle bir şey duydum. Teşekkür ederim.

Yunus Toso

Nanotoksikoloji ile ilgili çalışmaları ben de okudum Hocam, ama eksik olan şey belki de etyolojik çalışmalar eksik. Yani trombozis olsun, maliniteler olsun, diğer hastalıklarla ilgili etyolojik ve terminolojik ne kadar insanda bunlardan kaynaklanan hastalık var, o data yok benim karşılaştığım. Bir de doğadan bağışıkladıklarımız da var. Onlarla ilgili çalışmalar yapılıyor, bunlarla işte ne kadar hastalıklara sebep olduğu ortaya konmamış, sizin karşılaştığınız var mı?

Yaşar Bilge

Hocam, çok teşekkür ederim. Bu nanopartiküllerin etkisi ne zaman açığa çıkıyor, bir de sıklığı ve kullanımına göre nedensellik bağı kurulması açısından belli bir zaman var mı?

Öncelikle Çin'de tek bir fabrika, o yanlış anlaşıldı herhalde, birden fazla fabrikada ve tesadüfen de 7 kadın hasta değişik yerlerde, hepsinde etyolojide kullanılan teknoloji boyası olunca o zaman iş ve meslek hastalıkları uzmanları, farmakologlar falan bir araya gelip beraber o çalışmayı yapıyorlar. Hakikaten o dönem bayağı bir ses getirmişti. Amerika'yla Çin nasıl bir araya gelir? Getiriyor, yani bence ortak nokta o zamanlar 1 trilyon dolardı, şu anda 4.2'den 6 trilyona doğru gidiyor.

Hocam, aşıyla ilgili Vedat Hocam sordu; üretimle ilgili iş sağlığı ve güvenliği Dünya Sağlık Örgütünün de birkaç sene önce bu konuda nanoteknolojide çalışanların iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili bir rehberi oldu. Dün akşam, hatta bu sabah da yine direkt sağlık çalışanı olduğu için okuduğum son makale geçen sene yayınlanmış olan birden fazla ülkede olan bir metaanalizdi. Maalesef klasik maruziyetlere yönelik dışında çok fazla elde veri yok sayılıyor. Birincisi, hani klasik olarak da bildiğimiz maruziyetlerde işte lokal çalışma, zararının çevreye saçılmasının önlenmesi ya da kişiye ikinci koruma olarak hepa maskesinin ve üniterlerinin takılması gibi birkaç öneri dışında çok fazla bir şey yok. Yani zaten benim de o 2011'de kongrede gündeme getirme nedenim oydu. TÜBİTAK şu

anda Savunma Bakanlığı, vesaire nanoteknolojiyi üniversitede teşvik ediyor ve bizde de o kadar kongreler oldu ki yani hani yapı itibariyle ya bunun tersi okuduğum hakikaten çok farklı bir boyutu, o zaman hocalarımız konuşurmadılar bile... hatta son yazdığım yazılardan birine Amerika'daki bu konuda çalışan bir akademisyen yazdığım derginin editörüne çalışmayı geri çekin, bu yazıyı geri çekin diye yazmış. Sebep? İşte böyle bir arkadaş bu ülkenin gençlerinin birer inşaat müteahhidi olmasını mı istiyor? Ne güzel bir alan, o alanı bizim ülkemizde de geliştirelim. Yani bu farklı bir olay, gelişelim, tamam yapalım, aşı üretelim, ama bir de öbür tarafını görmek ya da araştırmak, deşmek gerekir.

Bu teknolojiyi ilk olarak telaffuz eden Richard Feynman dediğimiz Nobel ödüllü bir fizikçidir. Richard Feynman, 1959'da Japonya'ya özür mahiyetinde bir konferansa gidiyor. Özrünün sebebi oraya atılan bombaları yapan bilimsel ekipte de çalışan biri ve orada ilk defa nanodünyayı dile getiriyor. Ondan sonra hızlı bir şekilde 7080'lerde bir takım gelişmeler oluyor. Aynı zamanda arkadaşıma da buradan cevap vermiş olayım. Yok muydu? Vardı ve biz onu nano diye bilmiyorduk ve Dünya Sağlık Örgütünün de söylediği şu anda PM 2.5 dediğimizin olayın içinde aslında nano var, bunlara o zamanlar: ultrafine partikül deniliyordu ve hava kirliliği olan yerlerde egzoz kullanımı bizim partiküller, vesaire aslında hepsi eskiden ultrafine partikül denilirdi. Yani bizim klasik olarak 0.1 mikrona kadar ifade ettiğimiz gibi vardı da biz ifade etmiyorduk. Yapılan çalışmalarda da hani hava kirliliği olan yerlerdeki solunum hastalıkları ya da malign hastalıkların oranıyla bilmem neyin oranını karşılaştırdığımızda aslında o nanonun da içinde olduğu ultrafine partiküllerinin etkilerini görüyoruz epidemiyolojik olarak, bugün için epidemiyolojik olarak nanopartiküllerle ilgili bir şey yapılır mı? Yani o hızlı bir şekilde büyüyen trilyon dolarlar izin verir mi? Pek öyle kolay değil gibi, çünkü araştıracağınız şeyler birden fazla etkiye yol açtı. Yani Hocamın dediği illiyet bağı, meslek hastalıklarının aslında saptanamamasının en büyük nedenlerinden biridir. Birden fazla faktör, çevresel, vesaire siz hani nanoya gelene kadar onu inceleyecek, hastalığın ondan olduğunu göreceğiz bir şeyiniz yok. Olduğu an 2009'daki çalışma olduğu gibi geri çekilir. Yani bir müddet daha çünkü hastalıklar genel hastalıklar, birden fazla sistemi tutan olaydır. Hep beraber göreceğiz, ama hep beraber göreceğiz derken bence gerek tıp alanında, gerekse normal günlük yaşamımıza giren uygulamalarda o soru işaretlerini zaman zaman okumakta fayda var. Onları göz önüne almamızda fayda var diye düşünüyorum. Teşekkür ediyorum

SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı:

Atilla Stephan Ataç
Türk Dişhekimleri Birliği

Bir Çalıştayın Ardından: “Kadın Hekim Olmak”

Hafize Öztürk Türkmen
TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu

Tek Sağlık Kavramı Ve Sağlık Çalışanları

Özlem Azap
Başkent Üniversitesi Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Özel Sağlık Sektöründe Hekimlerin Çalışma Koşulları

Emel Bayrak
TTB Özel Hekimlik Kolu

SÖZEL BİLDİRİLER

Atilla Stephan Ataç

Oturum Başkanı, Türk Dışhekimleri Birliği

Toplantımıza hoş geldiniz. Aynı zamanda bir öğretim üyesi olarak öğleden önceki ilk dersten nefret ederim, çünkü yemek dönüşüdür, bir rahavet vardır. Ya gelinmez, gelenlerde yemeğin rahavetini hafif böyle uyku pozisyonunda olurlar, ama eminim ki birbirinden değerli üç konuşmacımız, gerçekten çok ilgi çeken üç konumuz var. Onlarla daha aktif olarak bir oturum yapacağız. Konuşmacılarımızdan ilki Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu üyesi Dr. Hafize Öztürk Türkmen, “Bir Çalıştayın Ardından: ‘Kadın Hekim Olmak’” başlıklı sunumunu yapacak. “Tek Sağlık Kavramı ve Sağlık Çalışanları” konusundaki konuşmamızı da Sayın Özlem Azap yapacak Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında, üçüncü konuşmamız da özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşullarına yönelik yapılmış katılımlı bir anket çalışmamızın sonuçlarını Sayın Emel Bayrak, o da Türk Tabipler Birliği Özel Hekimlik Kolu çalışanı. Ben ilk konuşmasını yapmak üzere ve gerçekten bu ataerkil feodal yapımızı getirdiği kadın sorunlarının konuşulduğu son toplantı olmasını diliyorum . Kadınlarımızın kendi hak ettikleri yerde olduklarına inanıyorum, ama maalesef ülkemizde hekim olmanın sorunları, bir de kadın hekim olmanın getirdiği farklı sorunlar var. Konuşmasını yapmak üzere Hafize Öztürk Türkmen’i kürsüye davet ediyorum.

BİR ÇALIŞTAYIN ARDINDAN: “KADIN HEKİM OLMAK”

Hafize Öztürk Türkmen

TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; bu kongrede pek çok konuyu gündeme getirdik. Ben özellikle ve öncelikle kongrenin düzenlenmesine katkıda bulunan başta Sevgili Hasan Ogan Hocamız olmak üzere emekleriyle bu süreci hazırlayan bütün arkadaşlarımıza, bütün sağlık emekçilerine teşekkür ediyorum. Ayrıca bizi davet ettikleri için de onur duyduğumuzu belirtmek isterim Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu adına. Sayın Başkanın da söylediği gibi umarız son defa konuşmak zorunda kalırız bunları, fakat biliyoruz ki günümüzde başta hekimlik mesleği olmak üzere sağlık mesleklerini sürdürmek oldukça zor, meşakkatli bir süreç haline geldi. Bir yandan uygulanmakta olan, yürürlükte olan neoliberal sağlık politikaları, bir yandan geleneksel olarak içinde yaşadığımız kültürden kaynaklanan sorunlar, başta sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olmak üzere pek çok sorunla yüz yüze gelmemize ve mesleki emeğimizin değersizleşmesine tanıklık ediyoruz. Ancak bu süreçte bütün sağlık çalışanları ve bütün hekimleri kesen, ortak bölen olan sorunlarla birlikte bir de kadın sağlık çalışanı ve kadın hekim olmanın getirdiği kendine özgü sorunlarla baş etmek zorunda kalıyoruz. Bir tanesini hemen şimdi şurada yaşadık. Ben mesela, sunucuyum, boyum da kısa, fakat yüksekliği erkeklere göre ayarlanmış bir kürsüde konuşmak zorunda kaldım, pek çok akademik etkinlikte olduğu gibi.

Türkiye’de ortalama olarak kadınların boyu kısa, hemen ayağımın altına bir merdiven çektim, biraz sonra indireceğiz. Şimdi 910 Şubat 2019 tarihlerinde Antalya’da yaptığımız çalıştayı konu edinen Bir Çalıştayı Ardından: “Kadın Hekim Olmak” başlıklı sunuma geçebilirim, süreyi olabildiğince uygun kullanmaya çalışacağım. Sunumuma Çalıştayı ilk günü ev sahibi Antalya Tabip Odası Kadın Hekimlik Komisyonu üyelerinin sabah hazırlıklarından bir sahneyi gösteren fotoğrafla başlamayı uygun gördüm. Bu noktada süreç nasıl gelişti, çalıştay düşüncesi nereden çıktı ve zaman içinde neler yapıldı sorularına ilişkin kısa bir özet yapmak isterim. Eylül 2018’de Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Toplantısında kadın hekimlerin, genel olarak hekimlerin karşılaştığı sorunlardan farklı ve ek olarak başka sorunlarla yüz yüze geldiğine ilişkin sahadan yaptığımız pek çok görüşmede edindiğimiz izlenimler olduğunu göz önünde bulundurduk ve dedik ki “kadın hekim olmak” başlıklı bir Çalıştay organize edelim. Bunun için öncelikle Kadın Hekimlik Komisyonlarının aktif olarak çalıştığı birkaç odada forum, panel benzeri ön çalışma programları düzenleyelim, oralardan elde ettiğimiz bilgi ve deneyimler de Çalıştaya bir

tür temel oluştursun diye düşündük. Bu düşünceden hareketle de afişlerde gördüğünüz gibi 6 Ekim’de Antalya Tabip Odası’nda, 26 Kasım’da Eskişehir Tabip Odası’nda, 13 Aralık’ta İzmir Tabip Odası’nda, 5 Şubat’ta Ankara Tabip Odası’nda ve çalıştayın hemen öncesinde 7 Şubat 2019’da da İstanbul Tabip Odası’nda “kadın hekim olmak” başlıklı forumlar düzenlendi. Çok sayıda kadın hekim meslektaşımız bu forumlara katıldı ve raporlar hazırladılar. O raporlardan gerek çalıştay süresince yapılan tartışmalarda gerekse sonuç raporunun oluşturulmasında yararlandık.

Evet, yine Çalıştay sabahından bir fotoğraf, gördüğünüz gibi konuklarımız artmış ve ağırlamaya başlıyoruz. Yaklaşık 60 katılımcıyla gerçekleştirilen çalıştayın grup çalışmalarına ilişkin içeriğine girmeden önce, iki günlük çalıştay programında yer alan iki etkinlikten söz etmeliyim. Bunlardan ilki açılış konferansı olarak kadın hekim olmanın tarihini, tıbbın tarihinde kadın hekimlerin nasıl yer aldığını ele alan bir konferans, ikincisi ise kadın direnişinin simgelerinden biri olan Bergamada yapılan altın madeni direnişine ilişkin bir belgesel gösterimiydi. Belgeselin yönetmeni Petra Holzer Özgüven, onur ödülü aldı geçen yıl bildiğiniz gibi. Birinci gün konferans, ikinci gün de Sevgili Petra’nın bu belgeseliyle güne başlamıştık. Onları da kayıt altına almak ve görüntülerini sizlerle paylaşmak isterim.

İlk günkü açılış konuşmaları, davetli kurumların birkaç sözle sürece katılmalarına ilişkin kısa konuşmalar, salondan genel görüntüler ve daha sonra oluşturulan çalışma gruplarını görüyoruz burada. Çalıştay, daha önce de belirttiğim üzere 910 Şubat 2019’da Antalya’da, Antalya Tabip Odası Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Komisyonu ile TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu işbirliğinde düzenlendi. Katılımcı kurumlar birçok meslek odası ve uzmanlık derneklerinden oluşuyor. Siyah olarak gördükleriniz birlikler ve uzmanlık derneklerinden oluşan toplam 14 kurum şunlardır; Türk Eczacılar Birliği, Türk Dış Hekimleri Birliği, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Türk Biyokimya Derneği, Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği, Türk Nöroşirürji Derneği, Türk Pediatrik Nefroloji Derneği, Türk Pediatrik Onkoloji Grubu Derneği, Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği, Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği, Türk Toraks Derneği, Türkiye Biyoetik Derneği, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği. Bir de tabii ki Türkiye’nin dört bir tarafından katılabilen tabip odaları vardı; gördüğünüz 13 kurumsal yapının yer aldığı kırmızı renkli liste, TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu ve 12 tabip odasının adlarını içeriyor. Katılan tabip odalarını Ankara Tabip Odası, Antalya Tabip Odası, Bursa Tabip Odası, Eskişehir Bilecik Tabip Odası, Gaziantep Tabip Odası, İstanbul Tabip Odası, İzmir Tabip Odası, Kocaeli Tabip Odası, Manisa Tabip Odası, Mardin Tabip Odası, Mersin Tabip Odası, Tekirdağ Tabip Odası olarak sıralayabiliriz.

Çalıştay raporunu daha efektif bir şekilde hazırlayabilmek ve Çalıştay süresinde grupların çalışmalarını derli toplu sürdürmelerini kolaylaştırmak açısından bir format oluşturmuştuk. Kadın hekimlerin karşılaştığı temel sorunlar, deneyimler ve tanıklıklar, çözüm önerileri ve meslek örgütü olarak Türk Tabipleri Birliği’nden beklentiler olmak üzere

dört başlıkta grupların çalışmalarını sürdürmelerini önerdik ve bu formatları da gruplara dağıttık. O sırada gruplar oluşturuldu. Hangi gruplar vardı ? 1. Dahili tıp alanları, 2. Cerrahi tıp alanları, 3. Temel tıp ve laboratuvar alanları, 4. Psikiyatri ve adli tıp alanları, 5. Halk sağlığı ve birinci basamak, 6. Akademik ortam, 7. Meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri ve sendikalarda kadın hekim olmak başlıklarında yedi grup ve Kadın, LGBTİ+1 ve tıp öğrencisi olmak başlıklı 8. Grup olmak üzere toplam 8 çalışma grubunda Çalıştayı yürüttük.

Çalışma gruplarını görsellerle sizlere tanıtmak isterim. Dahili tıp alanları grubu pediatri-den, FTR'den, nörolojiden ve pratisyen hekimlik alanlarından 8 katılımcıdan oluşuyordu ve fotoğrafını gördüğünüz arkadaşlar bu çalışmayı yürüttüler. Cerrahi tıp alanları grubunda beyin cerrahi, anestezi ve reanimasyon, patoloji, acil tıp ve diş hekimliği alanından 6 katılımcı bulunuyordu. Temel tıp ve laboratuvar alanlarında 5 katılımcı yer almıştı; histoloji embriyoloji, genetik, biyokimya ve temel patolojiden arkadaşlar tartışmayı yürüttüler. Psikiyatri ve adli tıp grubunda ise psikiyatri, adli tıp ve tıp etiği alanlarından 5 katılımcı yer almıştı. Halk sağlığı ve birinci basamak grubu, 8 katılımcıdan oluştu. Başta halk sağlığı, aile hekimliği, AÇSAP, diyaliz hekimliği, sağlık ocağı ve işyeri hekimliği, göçmen polikliniği deneyimi olan arkadaşlar verimli bir tartışma yaptılar. Akademik ortam grubunda çoğunlukla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden olmak üzere halk sağlığı, pediatri, fizik tedavi, radyasyon onkolojisi ve adli tıptan toplam 7 akademisyen arkadaşımız görev almıştı. Meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri ve sendikalardan oluşan grup, sayıca en fazla katılımcının yer aldığı gruptu ve 10 katılımcıdan oluşuyordu. Merkez Konseyi'nde görev yapmış arkadaşlarımız, Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Tokaks Derneği Kadın Çalışma Grubu temsilcileri, İstanbul Tabip Odası, İzmir, Bursa, Eskişehir, Mardin Tabip Odalarının Yönetim Kurullarında görev alan çoğunluğu yönetim kurulu başkanı olan arkadaşlar bu grupta yer aldılar. Kadın, LGBTİ + ve tıp öğrencisi grubunda ise Aile Hekimliği Anabilim Dalı, TÖK ve oda kadın komisyonlarında çalışan arkadaşlar olmak üzere 6 katılımcı çalışmayı yürütmüştü.

Tartışmalar ilk gün yapıldı, ertesi gün raporlar hazırlandı. Bütün gruplar salonu terk etmiş gördüğünüz gibi. Ancak meslek örgütleri, sendikalar grubuyla akademisyen grubu arkada tartışmalarını sürdürdüler. Bu uzayan tartışmaları, biraz da gülümsemek adına bitmeyen tartışmalar olarak fotoğraflamıştık, paylaşmak istedim. Ertesi günü sabah herkes grup sunumlarını yaptı. Akşam birlikte yemek yedik tabii, eğlendik. Grup sunumlarını görüyorsunuz burada; en son dahili bilimler grubunun sunucusunun fotoğrafını bulamadığım için grubun tümünü aldım.

Konuşmamın grup raporları ve sonuçları bölümünü, bir sağlık görevlisinin Antik çağdan kalma heykelini paylaşarak başlatmak isterim. Görseli de bu sabah Sevgili Sema Güngör'den aldım. İlk tartışma konumuz, daha önce belirttiğim formata göre kadın hekimlerin karşılaştığı temel sorunlardı. Çalışma gruplarından elde ettiğimiz bulguları 14 başlıkta derleyip toparlayabildik. Sorun alanlarının tematik başlıkları şu şekilde sıralanmıştı;

1. Toplumsal cinsiyet kimliğinden kaynaklı rollerin uzmanlık alanı seçimlerinde, akademik yaşamda, meslek örgütü ve uzmanlık derneklerinin çalışmalarına katılımda, eğitim süreçlerinde ve çalışma ortamında etkili olması.
2. Kadın cinsiyetine özgü dış görünüş, davranış ve alışkanlıkların baskı altına alınması, görünmez kılınması, cinsiyetsizleşme ve erilleşme yönünde dönüşüme uğratılması.
3. Kadın hekimlerin bilimsel ve mesleki yeterliliğinin, tıbbi beceri, yönetsel deneyim ve liyakatlarının erkek meslektaşları ve sağlık çalışanları tarafından sorgulanması, bu sorgulamanın kadın hekimlerin kendi kendilerini sorgulamalarına ve geri adım atmalarına yol açacak boyutlara ulaşarak yıldırıma varan sonuçlara neden olması.
4. Farklı uzmanlık dallarında, çalışma ortamlarında, meslek örgütlerinde ve uzmanlık derneklerinde statü elde edilmesinde liyakatın esas alınmaması, kadın hekimlerin erkek meslektaşlarıyla aynı konuma gelebilmek için yaşamlarıyla ilgili kimi özerk seçimlerinden vazgeçmek, kendilerini kanıtlamak ve daha fazla çaba göstermek zorunda bırakılması.
5. Erkek meslektaşlarıyla aynı konumda olmalarına ve aynı işi yapmalarına karşın yöneticiler, erkek meslektaşları ve sağlık çalışanları tarafından emeklerinin değersiz görülmesi, görüş ve önerilerinin dikkate alınmaması.
6. Bütün sağlık kurumlarında ve meslek örgütlerinde kadın hekimlerin yönetici konuma (dekan, bölüm başkanı, anabilim dalı başkanı, başhekim, sağlık kurumu başkanı, meslek örgütü ya da uzmanlık derneği başkanı, genel sekreter vb) gelmelerinin “cam tavan” uygulamasıyla engellenmesi, atama ve seçimlerde politik kimlik, etnik köken, akademik konum, sosyal statü, bekar ve çocuksuz olmak gibi niteliklerin etkili olması, karar verici konumlarda görev aldıklarında ise baskı, sindirme, etiketleme, yıldırma gibi yöntemlerle etkisizleştirilmesi.
7. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ve erkek egemenliğine dayalı kültürel kalıplar ve tıptaki eril yapının meslektaşlar arası ilişkilerde kullanılan dile yansımaları olarak çalışma ortamında kadınları ve farklı cinsel yönelimleri aşağılayıcı, eril, heteroseksist, homofobik dilin egemenliğini sürdürmesi ve bunun olağan karşılanması.
8. Kadın hekimlerin, mesleğin olmazsa olmaz gereklerinden biri olan sürekli eğitim ve mesleki gelişim uygulamalarından, kongre ve sempozyum gibi bilimsel etkinliklerden, bilimsel araştırma projelerinden uzakta tutulması, olanaklardan yararlanma bakımından eşitsizlikçi ve ayrımcı uygulamalarla karşılaşılması ya da katılımlarını destekleyici mekanizmaların oluşturulmaması.
9. Tıpta egemen eril kültür ve dilin bir sonucu olarak, uzun eğitim ve çalışma süreleri, sık nöbetler gibi mesleki görevler nedeniyle bütün hekimlerin sosyal varlığını sürdürmesi-

nin vazgeçilmez bileşeni olan sosyal ağlardan kadın hekimlerin dışlanması.

10. Hekime ve kadına yönelik şiddetin giderek arttığı iklimde, kadın hekimlerin her iki şiddet türünün daha kolay hedefi haline getirilmesi, çalışma ortamlarının kadın hekimler için cinsel saldırı, fiziksel ve psikolojik şiddet de içinde olmak üzere bütün şiddet olayları açısından riskli ortamlara dönüşmesi.

11. Kadına yönelik şiddeti ve ayrımcılığı önlemeye ilişkin taraf olunan uluslararası sözleşmelere ve ulusal yasal düzenlemelere karşın, sağlık kuruluşlarında, tıp fakültelerinde, meslek örgütlerinde ve uzmanlık derneklerinde yeterli ve işlevsel kurumsal düzenlemelerin oluşturulmaması nedeniyle kadın hekimlere, LGBTİQ'lere ve sağlık çalışanlarına uygulanan başta cinsel taciz ve saldırı olmak üzere tüm şiddet olaylarında başvuru, soruşturma ve cezalandırma süreçlerinin işletilememesi, cinsel, sözel ve fiziksel tacizlerin olağanlaştırılması.

12. Çalışma ortamlarında kadınların özlük haklarıyla ilgili yasaların yeterince uygulanmaması ya da yöneticilerin keyfi kararları doğrultusunda uygulanması.

13. Hekimlik uygulamalarında ve sağlık hizmetlerinde kadın çalışanların sayısal yoğunluğuna karşın sağlık kuruluşlarının ve çalışma ortamlarının kadını görmeyen, kadın hekimlerin gereksinimlerine yanıt vermeyen fiziksel mekanlar olarak inşa edilmesi.

14. Mesleki uygulamalar, akademik yaşam, meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerinde görev alma süreçlerinde karşılaşılan ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sorunların saptanmasına ve çözüm yollarına yönelik bilimsel araştırmaların olmaması.

Peki bu başlıklar nasıl ortaya çıktı, ona bakalım. Şimdi dile getireceğimiz deneyimler ve tanıklıklar bize ışık tutabilir bu noktada; kadın meslektaşlarımız neler yaşamışlardı, nelere tanıklık etmişlerdi ve bunları nasıl dile getirmişlerdi? Olabildiğince hızlı geçmeye çalışacağım konuşmamın bu kısmını. Örneğin; bölümde çay servisi yapmak, ortalığı toplamak, pasta kesmek kadınların işi dedi arkadaşlarımızın çok büyük bir çoğunluğu. Başhekimlik görevi sırasında “başhekim bey” olarak hitap edilmesi, zorunlu hizmet döneminde muayenehane açmak istediğinde Sağlık Müdürlüğü'nün hekim olan eşinden “çalışmasına engel yoktur” biçiminde bir onay kağıdı almaya kalkmış olması, tek başına nöbete gitmesine eşi rıza göstermediği için eşinin uygun olduğu zamanlara göre nöbet çizelgesine alınması, acilde çalışırken birtakım şikayetlerin kadın olan başhekime götürmek yerine meslektaşlarıyla aynı pozisyonda çalışan erkek arkadaşına bildiriliyor olması, kadınların çocuk bakımından ve ev işlerinden sorumlu olduğu için görece daha rahat bölümleri tercih ediyor olması dile getirilenler arasındaydı. Bir arkadaşımız bu bilinen gerçekliği “ işe gittiğimde de ben analık görevlerimi yerine getirmiyorum, başka çocuklara, başka hastalara bakıyorum diye suçluluk da duymuştum” sözleriyle paylaşmıştı. Cerrahi alanlar grubunda ise şunlar dile getirilmişti; Erkek cerrahlar uzun süre klinik ortamlarda bulunmalarına rağmen öteki meslektaşları gibi daha erken yaşta ev-

leniyorlar, daha erken çocuk sahibi oluyorlar, sosyal rollerini de meslekleriyle birlikte sürdürebiliyorlar, ama kadın cerrahlar, evlilik, gebelik gibi kararları kolayca alamıyorlar, bu kararlar sorgulanıyor. Kadınların evlilik, gebelik, doğum sonrası izin gereksinimleri kliniğin işleyişini bozan bir durum olarak görülüyor. İlgili yasal düzenlemelere karşı bu görüş kadına açıkça hissettiriliyor, üstelik pek çok uzmanlık alanında klinik işleyiş ve beden denetim politikalarının etkisiyle kadın asistanların gebelik ve doğum kararlarına herhangi bir şekilde müdahale edilebiliyor.

Karşılaşılan temel sorunlar bölümünde dile getirilen dış görünüş ve alışkanlıklarla ilgili olarak yaşanan deneyimler ise; özellikle cerrahi branşlarda, giyimkuşam şekilleri, etek boyları, makyajları cinsiyetçi esprilere konu edilebiliyor ve sonuçta kadınlar erkeksi biçimde giyinmeye doğru özendiriliyor, kendi beğeni ve seçimlerinden vazgeçmek zorunda kalıyorlar. Örneğin; “cerrahi branşı seçmeyin, güzelliğinize yazık olur” ya da “sınavlarda etek boylarınıza dikkat edin, sınavı kolayca geçin” gibi sözler sık rastlanan durumlar. Bir dolap istiyorsunuz bölümde, “makyaj malzemelerini mi koyacaksınız” deniliyor, ama hiçbir erkek hekime tıraş malzemesi mi koyacaksınız diye sorulmuyor. Dolayısıyla bunlar hep bir ayrımcılık ve baskı aracı olarak kullanılıyor. Bir başka nokta, Hekim Andı metinlerinde de dile getirilen hastalar arasında cinsiyete dayalı ayrımcılık yapmama ilkesinin, hekimlerin de kendilerini cinsiyetsizmiş gibi algılamalarına zemin hazırlayan bir faktör olarak devreye girmesi ve bu yolla kadın cinsiyetinin görünmez kılınmasına katkıda bulunması. Özellikle erkeklerin sayıca fazla olduğu branşlarda çalışan kadın hekimlerin, verdikleri emirler personel tarafından yerine getirilmediğinde erkek gibi davranmak, eril ve sert bir dil kullanmak zorunda kalmaları erkek egemen yapının yansımaları olarak pratiğe geçmekte. Ayrıca kadın hekimlerin yazdığı raporların bilimsel içerik bakımından daha kolay sorgulanabiliyor olması karşımıza çıkan bir başka deneyim. Cerrahlar özellikle çok dertli bir grup olarak, yetenekleri, yeterlilikleri sürekli sorgulandığından yakındılar. Örneğin, ameliyat uzun sürdüğünde ya da ameliyat sırasında bir başka meslektaşımızdan destek istediğimizde aynı durum bir erkek hekimin başına geldiğinde “vakaya özgü bir durumdur” şeklinde açıklandığı halde, kadın hekimler söz konusu olduğunda hekimin yetersizliği, beceriksizliğine bağlanmakta. Bu hissettirildiği için de operasyona giren kadın hekim cerrahi operasyon sırasında daha fazla baskı ve stres altında hissederek işlemleri yapmakta, dolayısıyla olabildiğince pratiklerden uzak alanlara ve atıl görevlere yönlendirilmektedir. Yine cerrahide kadın cerrahların eş kıdemlilikten daha geç yararlanabiliyor olması, eğitim ve gelişim haklarının engellenmesi sık karşılaşılan sorunlar. Asistanlarla ve özellikle kıdemsiz asistanlarla çalışırken erki temsil eden kademelerde olan kadın hekimler bu görevleri yaparken yöneticiye, kıdemliye gösterilen saygıdan sıklıkla yoksun bırakılıyor, sessizce yöneticiliklerini yapmaları bekleniyor. Çocuk bakımı sorumluluğu hep kadınlarda olduğundan örneğin, tabip odalarında, meslek ve uzmanlık derneklerinde görev almaları engelleniyor. Çocuklar ancak büyümüşse görev alabiliyorlar. Benzer olarak asistanlık döneminde çocuk büyüttüğü için akademik unvanını erkek akademisyenlere göre daha geç elde edebiliyor. Atamalarda keza benzer bir tercih meselesi var. Temel tıp ve laboratuvar alanlarında hem meslektaşların, hem de birimde çalışan yardımcı personelin gözünde eşit ve yetkin olarak kabul edilmiyorlar.

Bu nedenle de mesleki temas noktalarında örneğin, bir rapor hazırlanacak ya da bilimsel bir danışmanlık yapılacaksa, genellikle erkek meslektaşlar tercih ediliyor. TUS'la hemen hemen yakın oranlarda asistanlığa başlamalarına rağmen kademe yükselmelerinde kadınların sayısı giderek azalıyor. Örneğin, Adli Tıp Kurumu'nda başlangıçtan beri hep erkekler başkan olmuş, hiç kadın başkan görev yapamamış, taşra teşkilatlarında da kadınlara yönelik "cam tavan" aynı şekilde uygulanıyormuş. Benzer olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde uzun yıllar boyunca hiç kadın klinik şefi olmamış. Keza üniversitelerde, eğitim araştırma hastanelerinde kadın yönetici sayısı oldukça düşük. Örneğin, eğitim araştırma hastanesinde 10 başhekim yardımcısından en fazla 3'ü kadın olabiliyor ya da kadınlar enstitü müdürleri, bölüm başkanları, dekan yardımcısı, rektör yardımcısı kademelerinde yok denecek kadar az sayıdalar. Meslek örgütlerinde de benzer bir durum söz konusu. Akademik kariyer, belirli bir alanda uzmanlık, politik kimlikler, etnik köken, bekar, çocuksuz olmak gibi özellikler tercih ediliyor, eğer bir şekilde bu kriterleri aşıtıysa da daha çok "iyi spikerlik" yaptıkları ya da toplantılarda "iyi vitrin" verdikleri için kadınların meslek örgütlerinde yönetici kadrolara çıktıklarını, yükselebildiklerini görüyoruz. Yönetimsel süreçlerde yer alan kadınlar öneri getirdiklerinde de çok dikkate alınmıyor. Oysa biliyoruz ki, meslek ve uzmanlık derneklerinde kadın yöneticilerin görev alması cinsiyetçi söylem, tutum ve uygulamaların azaltılmasında önemli bir etki yaratıyor. Örneğin, Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği (CETAD), Başkanlığını 20 yıl boyunca bir kadın psikiyatr götürdüğü için ortam cinsiyet eşitliği bakımından çok daha önemli dönüşümleri yaşamış örnek bir kurum olarak gösterilmektedir. Türk Toraks Derneği'nde de benzer bir deneyim yaşandığını arkadaşlarımız dile getirdi. Üyelerin yarısı kadın olmasına karşın yönetimlerdeki kadın sayısı 12'ye 2 iken, ikinci başkanın kadın olmasıyla birlikte bu süreç değişiyor ve sayı 12'ye e 6'ya yükseliyor.

Grup çalışmalarında dile ilişkin sorunlar, eril söylem ve küfürler çok önemli bir konu olarak gündeme getirilmişti. Örneğin, kongrelerde alanda tanınmış ve kariyer yapmış erkek hocaların fıkra anlatma, şaka yapma adı altında küfürlü konuşabildiği, kadın hekimlerin buna itiraz etmeleri halinde susturulduğu, hatta "feminist çete" olarak nitelendirilip eleştirildikleri dile getirildi. Kadının olağan yaşam döngülerinin çalışma ortamında alay konusu edilmesi, örneğin kadın hekim herhangi bir durumda sinirlendiğinde erkek sağlık çalışanları ve hekimler tarafından kolayca "regl döneminde misin, menopozda mısın" gibi cinsiyetçi sorulara maruz bırakılması sık rastlanan durumlar olarak paylaşıldı. Benzer sorunlar, özellikle homofobik cinsiyetçi yaklaşımın klinik ortamlara ve eğitime yansımaları olarak, LGBTİ+ için de söz konusu. Örneğin, tıp eğitiminde bilimsel dayanağı olmayan genellemeler anlatılabiliyor, cinsel yolla bulaşan hastalıkların risk faktörleri sıralanırken homoseksüellik ilk sırada pek çok hoca tarafından dile getirilebiliyor. Oysa bu doğru değil, eğitimde korunaklı cinsel ilişkiyi önermek yerine birinci sırada bu tür yanlış bilgiler verilebiliyor. Yurtdışı bilimsel aktivitelerde ve kongre katılımlarında genellikle kadın uzmanlar ya da akademisyenler grupta tercih edilmiyorlar. Çünkü bu tür etkinliklere bir erkek grubu olarak gitmeyi tercih ediyorlar. Kadın hekim kongreye katılırsa da gruba alınmıyor ve yalnız bırakılıyor. Kadın hekimleri dışlayan bu uygulama, bilimsel araştırma projesinde yer alma süreçlerinde de tanık olduğumuz bir tutum.

Birlikte çalışma yapacak olanlar, olabildiğince kendi hemcinslerinden oluşan bir grup oluşturma eğilimindedir sıklıkla.

Kadın hekime yönelik şiddetin farklı örnekleri arasında özetle; istenmeyen reçetelerin yırtılması, endikasyon dışı olarak renkli reçeteye tabi ilaç talep eden hastanın kadın psikiyatrin üstüne yürümesi ve reçete koçanını çalması, zorunlu hizmet sırasında kadın hekimin uygunsuz reçete yazdırma isteğini geri çevirdiği bir hasta tarafından cinsiyetçi bir söylemle “seni dağa kaldırım” diyerek tehdit edilmesi, adli işlemler ve özellikle kadına yönelik şiddet olgularında kadın çalışanlar tarafından muayene edilme isteğinin iş yükünü ve stresi artırması sayılabilir.

Atilla Stephan Ataç

Hafize Hocam, erkek olarak değil, ama oturma başkanı olarak vakte dikkat edersenek...

Hafize Öztürk Türkmen

Toparlıyorum. Hastalarla ilişkilerimizde araya mesafe koyduğunuz zaman kadın hekimler olarak genellikle soğuk, sevimsiz, lanet kadın diye adlandırılıyorsunuz, ama erkeklerde bu saygın insan olarak değerlendirilebiliyor. Küçük yerleşim birimlerinde çalışan arkadaşlarımız özellikle saha uygulamaları sırasında cinsiyetçi ve ayrımcılık içeren çok ciddi tehditler alabiliyorlar. Özlük haklarıyla ilgili önemli sorunlar yaşanıyor. Özlük hakları konusu, çoğunluğu erkek yöneticilerin inisiyatifine bırakılmış durumda, örneğin ücretsiz izin kullanmakta sorun çıkarılıyor, süt izni hiç kullanılmıyor, doğum izinlerinde ücretler kesiliyor. Dolayısıyla o izinleri kullanmamaları konusunda çok ciddi baskı var. Gebelik dönemleri yeterince koruyucu önlemler alınan ortamlarda geçmiyor. Birinci basamak özellikle bulaşıcı hastalıklar açısından önemli, mesleki riskler de söz konusu kadınlar için. Kreşler önemli sorun alanı olarak gündeme getiriliyor. Çocuk bakımına ilişkin kurumsal organizasyonlar olmadığı için kadınların pek çok etkinliğe katılmaları engellenebiliyor ya da 24 saat çalışan hastane nöbetleri sırasında çocuk bakımına yönelik yeterli donanımlar olmadığı için nöbete katılımda güçlüklerle karşılaşabiliyor.

Bütün bu olup bitenlere karşı çözüm önerileri ve meslek örgütünden beklentiler başlıklarında neler dile getirildi diye bakalım kısaca. Öncelikle meslek örgütlerinin üye sayısını arttırmak gerektiği, bu bağlamda tüm hekimlerin meslek örgütlerinin doğal üyesi olmasını sağlamak ve hatta tıp öğrencilerine de üyelik konusunda alan açmak gerektiği dile getirildi. Kadın hekimlerde toplumsal cinsiyet eşitliği ve mobbing gibi konularda farkındalık yaratmak, öğrencilik döneminden başlayan eğitimlerle, seminerlerle bu farkındalığı yaratmaya dönük çabalar göstermek, tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi süreçlerinde toplumsal cinsiyet eşitliğini egemen kılmak, kadınların birlikte mücadele gücünü ve bilincini arttırmak temel bir çözüm yolu olarak gösterildi. Bu çözüm doğrultusunda özetle; asistanlık eğitiminde branş içi alt grupların vermesi gereken eğitimin içeriği ve süresiyle ilgili toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı yönetmelikler oluşturulması ve uzmanlık derneklerinin bu konuda görev alması, kadınerkek tüm asistanların standart ve

eşit eğitim olanaklarından yararlanmasının sağlanması, kadın hekimler arasında sosyal ağların oluşturulması, platformların ve dayanışmanın geliştirilmesi, eril dil kullananların uyarılması ve kullananlara dönük birtakım yaptırımların uygulanması, yönetici konumlardaki kadın sayısını arttırmaya yönelik çalışma yapılması, örneğin kota belirlenmesi ve kotaların yaygın olarak uygulamaya geçirilmesi, TTB'de var olan yüzde 40 cinsiyet kotasının yönetim kademelerinde de uygulanması önerildi. Üniversitelerde toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik pilot uygulamaların ve topluma açık seminer, konferans gibi eğitici etkinliklerin yapılması, çalışma ortamlarının toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı ve insan onuruna yaraşır ortamlar haline getirilmesi için eğitim programlarının oluşturulması, gerekli kurumsal düzenlemelerin yapılması, kadın hekimlerin uzmanlık dernekleri ve meslek odalarında aktif görev almasının önünün açılması, özendirilmesi ve çok daha önemlisi meslek odaları, uzmanlık dernekleri ve sağlık kurumlarında kadına yönelik şiddet uygulamalarına karşı tutum belgelerinin (TTB Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Belgesi gibi), politika ve strateji planlarının oluşturulması, oluşturulan belgelerin ve planların yaşama geçirilmesi konusunda ısrarcı davranılması, bilimsel ortamlarda cinsiyet eşitsizliğine ve ayrımcılığa karşı duyarlılığı arttırmak yönünde tutum geliştirilmesi ve örneğin bütün kongrelerde toplumsal cinsiyet eşitliğinin zorunlu bir başlık ya da panel konusu olarak programlara yerleştirilmesi getirilen çözüm önerileri arasında yer aldı. Sivil toplum örgütleriyle birlikte çalışılması, bilimsel kongrelerde ve etkinliklerde kadınların yer alması, oda ve meslek örgütü çalışmalarına aktif katılabilmesi için çocuklara yönelik kreş ve çocuk bakım olanaklarının yaratılması, pozitif ayrımcılığın desteklenmesi, LGBTİ'yle ilgili olarak Etik Bildirgeler Çalıştay'ında hazırlanan tutum belgesinin bir etik bildirge olarak ilgili odaklarla ve tıp fakülteleriyle paylaşılması, bildirgenin eğitim içeriğine yansıtılması konusunda çaba gösterilmesi, meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerinin dile getirilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda aktif, yapıcı ve bu talepleri takip edecek bir politika belirlemesi gerekliliği en temel beklentiler olarak dile getirildi. Toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik konularda eğitim programları, ilgili yerlerin uyarılması, kadına şiddet olgularında ısrarcı bir önleme, saptama, destek ve izlem sürecinin işletilmesi, cinsiyetçilikten ve ayrımcılıktan uzak bir çalışma ortamının oluşturulması konularında ilgili kurumsal yapıların işbirliği yapması, kadın hekimlik ve kadın sağlığı kolu, tıp öğrencileri kolu ve tabip odalarının iletişim kanallarının açık tutulması, odalarda var olan kadın komisyonlarının çalışmalarının desteklenmesi, bulunmayan yerlerde kurulması için aktif çalışma yürütülmesi, seçim dönemlerinde oda yönetim ve organlarında kadınların görev almasının desteklenmesi dile getirilen beklentiler arasında yer aldı.

Bu fotoğraf, programın sonunda yaptığımız verimli tartışmaları içeren foruma ait. Grup sunumlarının ardından gerçekleştirilen forumda, kadın hekimlerin karşılaştığı sorunların görünür kılınması ile kadınların birlik ve dayanışmasının önemi bir kez daha vurgulandı. Son görselimiz ise çalıştay toplu fotoğrafı.

Sabrınız ve ilginiz için teşekkür ederim.

Atilla Stephan Ataç

Bu kadar büyük sorun ve problemlerin olduğu Çalıştay Hocam çok güzel özetle sundu, teşekkür ederiz. İsterseniz soruları sunumlar bittikten sonra alalım. “Tek sağlık kavramı ve sağlık çalışanları” konusundaki sunumu yapmak üzere Özlem Azap Hanımı çağırıyorum.

TEK SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Özlem Azap

Başkent Üniversitesi Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; öncelikle tek sağlık kavramını duyan var mı? Duymayanlar da var diye anlıyorum. Benim de bu sunuma hazırlanmadan yaklaşık bir yıl önce bu konuyla ilgili bir fikrim oldu. Gerçekten ilgimi de çekmişti, umarım sizlerle de bu konuyu paylaşabilirim.

Şimdi buradaki hastalıklara baktığımızda bruselloz, AIDS, kuduz, kist hidatik, SARS, ebola bir ortak özellik görebiliyor muyuz acaba, bunlar nedir? Hayvanlarla bir şekilde ilişkisi olan hastalıklar, değil mi? Bu birbiriyle çok ilgisiz görünen bu hastalıklar aslında zoonotik hastalıklar, bu hastalıkların bir şekilde farklı kategorilerde hayvanlarla ilişkisi var. Genel olarak insanlarda görülen enfeksiyon hastalıklarının yüzde 60'ı zoonotik hastalıklar, bu sayının böyle olduğunu görünce aslında hayvanlarla iç içe yaşadığımızı anlıyoruz. Yeni ortaya çıkan hastalıkların yüzde 75'i zoonotik, yeni ortaya çıkan hastalıklardan kastım mesela, ebola, zika.

Peki, tek sağlık ne demeye çalışıyor? Tek sağlık işte tam da bu söylediğim nedenlerle insan, hayvan ve çevre sağlığının bir arada ele alınması gerektiğini söyleyen yaklaşım. Bu alanlarda çalışan sektörlerin işbirliğiyle bu insan sağlığı olmadan hayvan sağlığı olmaz, hayvan sağlığı olmadan çevre sağlığı olmaz, çevre sağlığı olmadan insan sağlığı olmaz gibi düşünerek tüm hepsini bir arada ele almayı sağlayan bir yaklaşım. Aslında bu tek dünya tek sağlık olarak 2009 yılında bundan 10 yıl önce Türk Tabipleri Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliğinin ortak bir deklarasyonu var. Bu fotoğrafta çok önceden TTB bu konuya gerçekten çok uzak görüşlü bir yaklaşım olarak el atmış durumda.

Şimdi tabii tek sağlık deyince çok genel bir kavram, bunu bizim açımızdan, yani sağlıkçılar açısından ele aldığımızda öncelikli olarak üç konu üzerinde duruyoruz. Biri besin zincirinin sağlıklı olması ki bu konu yine daha farklı bir konu olduğu için ben bu sunumda ondan söz etmeyeceğim. İkinci konu antimikrobiyal direnç, aslında günlük pratikten biliyoruz ki artık bazen çok basit bir idrar enfeksiyonu geçirirken bile hastanede yatmamız gerekiyor. Çünkü ağızdan tedavileri birer seçenek olarak kullanamıyoruz. Bu antimikrobiyal direnç de gerçekten dönüp dolaşıp ya kendimizi, ya çevremizi, ailemizi etkiler hale geldi. Üçüncü temel konu da zoonotik hastalıklar, özellikle yeniden ortaya çıkan ve yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıklar.

Şimdi kısaca bir önce antimikrobiyal dirençten söz edeyim. Günümüzde yılda yaklaşık 700 000 kişi antimikrobiyal direnç nedeniyle kaybediliyor. 2050 yılına geldiğinizde bu sayı yılda 10 milyona çıkacak. Buradaki karşılaştırmalara bakarsak mesela, kanserden 8 milyon, diyabetten 1.5 milyon, trafik kazalarından 1.2 milyon kişi ölürlen direnç nedeniyle 10 milyon kişiyi kaybetme riskiyle karşı karşıyayız.

Buradaki grafikte de insanlarda ve hayvanlarda kullanılan antimikrobiyalleri görüyoruz, oranlarını, maviler hayvanlarda kullanılan antibiyotik oranları, yeşiller insanlarda kullanılan, gördüğünüz gibi hayvanlarda kullanılan antibiyotik oranları insanlarda kullanılandan belirgin yüksek, katlarca kez yüksek ve tek başına tıpta bu antibiyotiklerin uygun kullanımı direnci önlemek için yeterli olamayacaktır. Başka çarpıcı bir şey söylemek gerekirse antibiyotiklerin yüzde 70'i hayvanlarda, yüzde 30'u insanlarda kullanılmakta., yani dünyada tüketilen antibiyotiklerin yüzde 70'i hayvanlarda, yüzde 30'u insanlarda kullanılmakta ve bu antibiyotiklerin sadece yüzde 25'i amaca uygun kullanılmaktadır. Başka bir ifadeyle yüzde 75'i uygunsuz ve gereksiz yere kullanılıyor.

Dünyadaki en öldürücü hayvan konusunda fikriniz var mı? İnsan olabilir, yılan da olabilir, ama gerçek seviyesi ne? Sivrisinekler yılda 725 000 insanın ölümüne yol açıyor. İnsanlar ikinci sırada, 475 rakamı, yani savaşlar falan değil, insanların birbirine, yani bir suç sonucu insanların birbirini öldürmesi durumu. Yılanı söyleyeyim, yilandan 50 000, o da az değil, ama sivrisinek hâlâ oldukça açık ara önde. Sivrisineklerden geçen hastalıklara baktığımızda sıtmayı biliyoruz, uzun yüzyıllardır biliniyor, sarıhumma biliniyor, Batı Nil virüsü mesela belki birçoğunuzun eğitimi sırasında çok da dile getirilmemiştir. Deng ateşi ve zika da öyle, mesela sıtma tamamen hepimizin belki tanıklık ettiği bir süreçte tanısı kondu bu hastalığın, dolayısıyla sivrisinekler gerek yıllardır bildiğiniz hastalıklar konusunda, gerekse yeni ortaya çıkan hastalıklarda aracı görülüyor. Vektör, hastalığa aracılık ediyor.

Şimdi tekrar sunumun başındaki slayta döndüğümüzde insanlarda gördüğümüz enfeksiyon hastalıklarının yüzde 60'ı zoonoz, yeni ortaya çıkan veya yeniden ortaya çıkan hastalıkların da yüzde 75'i zoonotik hastalık, tekrar bu ifadeyi hatırlatmak istedim. İstanbul Tabip Odasının "Hekim Sözü" isimli güzel bir bülteni var hakikaten, burada da bu konu ele alınmış. Bu yeni ve yeniden ortaya çıkandan kastımız şu: Yeni mesela, zika tamamen yeni bir hastalık, ama Kırım Kongo kanamalı ateşi zaten adı üstünde belli coğrafyalarda görülen, Türkiye'de 2001 yılına kadar görülmemiş olan, ama sonrasında görülmeye başlanan bir hastalık, yani yeniden başka bir yerde ortaya çıkmış, o anlamda yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar diyoruz. Bu tabloda birçok farklı ülkede çıkan hastalık var. Burada da tek çözümün tek sağlık yaklaşımı olduğu ifade edilmiş.

Şimdi biz bu mesela, zika bizi ilgilendirmiyor görünüyor. İyi bir şey, ama mesela, Kırım Kongo çok ilgilendiriyor. Niye çok ilgilendiriyor? Bu haritada Kırım Kongo'nun görülme sıklığı var ülkelere göre, kırmızıya doğru gittikçe sıklık artıyor ve gördüğünüz gibi Türkiye Kırım Kongo'nun sıklık olarak en sık görüldüğü ülkelerden birisi, yani yılda 50'den fazla olgu bildiriliyor Kırım Kongo'yla ilgili ve durum demek ki bizim açımızdan

çok da kolay değil. Gördüğünüz gibi kırmızı olan ülke sayısı çok fazla değil, ama Türkiye bunların içinde. Sağlık Bakanlığı Kırım Kongo'yla ilgili ve başka birçok hastalıkla ilgili verileri paylaşmakta çok açık sayılmaz, yani bu sunumlardan birisinden çekilmiş bir fotoğraf hangi illerde daha sık görüldüğüne dair, ama daha önemlisi Türkiye'de görülmeyen yer sayısı çok az. Yani Kırım Kongo eskisi gibi Kelkit vadisinde görülüyor diye bir sınırlandırma yapamıyoruz, dolayısıyla her birimiz Kırım Kongo kanamalı ateşiyle karşılaşabiliriz.

Bu da, dünyada 1998'den beri yeni ortaya çıkan ya da daha önce başka bir coğrafyada ortaya çıkan hastalıkların dağılımı. Çok ciddi bir sorun gerçekten, farklı coğrafyalarda farklı hastalıklar, ama sonuçta günümüzdeki bu da yine kronolojik olarak bu dizilim görülüyor. Hatırlarsanız geçtiğimiz aylarda da maymun çiçek virüsü çok gündemdeydi. Maymun çiçek virüsü de ağır seyreden bir hastalık, o yüzden değindim mesela, bu farklı coğrafyalarda farklı dönemlerde çıkan enfeksiyonlar bir şekilde bizleri de etkiliyor. Mesela, İstanbul'daki deng ateşi ve bir viral hastalık, sonra ebola, ebola paniğini hatırlarsanız, SARS döneminde gerçekten sıkıntılar olmuştu. Sonuçta bütün bu hastalıklar bizi de etkiliyor. Yani bu tabii ki uzun uzun anlatmayacağım nasıl yayıldığını, ama bir hastalık ortaya çıktıktan sonra önce diyelim vahşi ortamda görülen bir hastalık bir şekilde belki önce evcil hayvanlara bulaşıyor, sonra da doğadaki farklı vektörlerle insanlara bulaşiyor. Buradaki doğadaki farklı vektörler dışında hızlandıran, bulaşıcı hızlandıran bir şey ulaşım, burada bir günlük küresel havayolları ağı, kırmızılar daha yoğun olan yerleri göstermek üzere binlerce yerden, bir yerden bir yere uçuş var ve bu şekilde bir hastalık hızlıca günler içinde 5 kıtada birden görülmeye başlanmış olabiliyor.

Peki, bu konuda sağlık çalışanlarının ne ilgisi var diye sorarsanız, işte bu fotoğraflarda gördüğümüz kişilere, hastalara hizmet verenler, onlara bakanlar kimler? Sağlıkçılar. Kimisi önlem alabilmiş, kimisi önlem alamamış, ama dünyadaki yaklaşık 60 milyon sağlıkçı bakıyor bu hastalara, bu kişilere, bunun öneminin farkında olduğunu ifade etmek üzere de Dünya Sağlık Örgütü aslında 20062015 yılları arasının "sağlık çalışanlarının dekadı" yani sağlıktaki insan gücüne vurgu yapmak üzere sağlık çalışanlarının dekadı olarak ilan etmişti.

Türkiye'deki sağlık insan gücüne bakarsak, 1 025 000 sağlık çalışanı var Türkiye'de şu anda, bu sayı giderek artıyor. Bu sağlık çalışanları içinde örneğin, Kırım Kongo'dan etkilenenleri biraz basından biliyoruz. Kaybedilen ve hastanın iyileşen Kırım Kongo kanamalı geçiren olgular var. Bunun dışında da bilimsel ortamlarda yayın haline çevrilmiş durumda bazı makaleler şeklinde bu veriler. Bu makalelerin önemi böyle konuşmalarımızda ya da bir konuda çözüm aramaya çalıştığımızda elimizde kanıt olması, bu nedenle bunların yayına dönmesini çok önemsiyoruz.

Diğer bir hastalık 34 yıl önce epey başımızı sıkıntıya sokan MERSCoV virüsü, hatırlarsanız Ortadoğu ağır solunum yetmezliği virüsü, hani hacdan gelen herkesin ateşle birlikte birden acillere gelmesinde alınması gereken önlemleri, vesaire gündeme getirmişti. Çünkü bir SARS deneyimi var. MERS ve SARS virüsleri aynı kökenden. MERS ortaya

çıkınca çok korkuldu SARS gibi bir hastalık olacak diye.

Carlo Urbani, SARS hastalığını tanımlayan, Dünya Sağlık Örgütünde çalışan bir epidemiyolog, aynı zamanda sınır tanımayan hekimlerde de çalışıyor, SARS nedeniyle öldü. Bu sütunda yine makaleden alınan bir veri, bu son sütunda SARS'tan ex olan sağlık çalışanları ülkeler bazında oran olarak verilmiş. Mesela, Kanada'da SARS'tan kaybedilen kişilerin yüzde 43'ü sağlık çalışanı, Vietnam'da SARS'tan kaybedilenlerin yüzde 57'si sağlık çalışanı, bu kadar yüksek bir oran. Şunu söyleyebiliriz, SARS nedeniyle ölen kişilerin yarısı sağlık çalışanı. Sağlık çalışanları niye SARS'a yakalanmış? SARS'lı hastalara baktıkları için.

MERS olgularının 1/3'i sağlık çalışanı, ebolaya yakalananların ve kaybedilenlerin yüzde 10'u sağlık çalışanı. Sheik Humarr Khan'da eboladan kaybedilmiş birisi, üstelik ebolayla ilgili bir kliniğin, ebola hastalarına bakan bir kliniğin şefiyken ebola nedeniyle kaybedilmiş birisi, onun anısına yazılmış bir makale bu.

Tabii biz burada hani bu yeniden ortaya çıkan hastalıkları konuşuyoruz daha çok ve biyolojik riskleri konuşuyoruz, ama bizim karşı karşıya kaldığımız tek risk bu biyolojik riskler değil, bunu hatırlatmak için buraya koydum. Yine bizim karşılaştığımız tek şey yeniden ortaya çıkan enfeksiyonlar değil, sürekli çevremizde olan hepatit B, C olgularımız var. Dün mesela konuşuldu, birden çok korkulduğu, HIV ve AIDS'ten çok korkulduğu çok açık, fakat mesela şöyle bir şey söyleyeyim: Hepatit B'li bir hastanın iğnesi elimize battığında eğer aşılı değilseniz yüzde 30 oranına ulaşır, ama HIV pozitif bir hastanın iğnesi elinize battığında binde 3 oranında bulaşır. Üstelik Türkiye'de diyelim 20 000'e yakın HIV pozitif hasta varken toplumdaki hepatit B taşıyıcılığı oranı yüzde 5 en iyi olasılıkla, yani korkacaksak aslında hepatit B'den daha çok korkmamız lazım. Bu bilgiler ışığında hareket etmemiz lazım.

Burada yine Zafer Açıkgozlu'nu anmadan geçemeyeceğim. Geçen kongrelerde de konuşmuştuk, yani sonuçta burada güvencesiz çalışan birisi olarak hepatit B aşısı da yapılmadığı veya geç yapıldığı, sonuçta bağışık değilken çalışmaya başladığı için hastalanan ve sonuçta da karaciğer nakli yapılmasına rağmen kurtarılamayan bir sağlık çalışanı arkadaşımız. Bizim, sağlık çalışanları olarak, almamız gereken önlemler örneğin, kişisel koruyucu malzeme kullanımı gibi elbette önemli, ama sonuçta bu 4 sağlıkçı bu konuyu çok iyi özetlemişler. Öldürücü hastalıklara karşı koruyucu olan giysiler değil, sağlık sistemlerinin kendisidir aslında.

Çok teşekkür ederim.

Atilla Stephan Ataç

Teşekkür ederiz. Son sunumu yapmak üzere Emel Bayrak hanımefendiyi davet ediyoruz. Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları üstüne yapılmış bir anketi sunacaklar.

ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HEKİMLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI

Emel Bayrak

TTB Özel Hekimlik Kolu

Herkese merhaba. Temmuz 2019 ve Eylül 2019 tarihleri arasında Türk Tabipler Birliği özel hekimlik kolu olarak tüm Türkiye çapında internet yoluyla ulaşabildiğimiz özel sektörde çalışan hekim arkadaşlarımızla bir anket gerçekleştirdik. Amacımız özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları, mesleki memnuniyetleri, bu mesleksel özelliklerinin saptanmasıydı.

Öncelikle özel hekimler olarak sayısal olarak biraz bilgi vermek istiyorum aynı zamanda. Az önce Özlem'in de kullandığı slayt bu, Türkiye'de 24 924 uzman, 4 332 pratisyen hekim olmak üzere 29 956 hekim olarak görev yapıyoruz özel sektörde, 2018 tarihli Sağlık Bakanlığı verileri bunlar, hastane sayısı da 571, toplamda 1 518 hastane var ve bunların 571'i özel sektör hastanesi. Özel hastanelerde neler yapılıyor? Dediğim gibi 571 hastane var, genelin yüzde 37'si, 49 000 yatakla hizmet ediliyor, genelin yüzde 21'i, yılda 77 milyon ayaktan tedaviyle genelin yüzde 18'i olarak bir hizmet sunumu var. 1 600 000 yıllık operasyon sayısı genelin yüzde 34'ü özel sektörde gerçekleştiriliyor. Yoğun bakım yataklarının yüzde 43'ü özel sağlık kurumlarında, bu ayrıca önemli bir bilgi, çünkü hem iş yükünün artması, hem de yoğun bakım yataklarının daha kârlı bir yatak çeşidi olması itibarıyla bu bilgiyi özellikle verdim. Anketimizi sunmadan önce Nietzsche'nin böyle güzel bize dönük bir sözü var, buraya almak istedim, bu şiarla yola çıkıyoruz: Hekimin kendine yardım et ki hastana yardım edebilesin, hastanın en iyi ilacı onu iyileştiren kişiyi kendi gözleriyle görmek olsun.

Anketimizde özel sektörde çalışan 1 027 hekim yanıt verdi. Kısaca yüzde 31'i kadın hekimlerden oluşuyor, yüzde 69'i erkek hekimlerden, yüzde 84'i uzman hekim, yüzde 16'sı pratisyen hekim, 10 yılın altında çalışan hekimler yüzde 9.4, 30 yılı aşkın hekimler yüzde 2.7, çoğunluğu 1030 yıl arasındaki hekimlerden oluşan bir grup anketimize yanıt verdi. Yaş grubu da tabloda görüldüğü üzere çoğunluğu 4060 yaş arasındaki hekimlerden oluşmakta, ama her yaş grubundan da hekim arkadaşımız yanıtladı. Kurumda bir kere dağılımda da özel hastanelerde çalışan hekim arkadaşlardı. İlk sorumuz "şu andaki çalışma koşullarınızdan memnun musunuz" oldu. Bu bütün o anda aklına gelen, hekim arkadaşımızın aklına gelen bütün memnuniyet koşulları için geçerliydi. Tablodan da görüldüğü üzere kesinlikle hayır, hayır ve kararsızım diyenlerin sayısı yüzde 62.4 olarak hesaplandı. Pratisyen hekim arkadaşlarımızın yüzde 73'ü, uzman hekim arkadaşlarımızın da yüzde

60'ı bu soruya evet yanıtını verdi.

“Şu andaki çalıştığınız işten ayrılmayı düşünüyor musunuz” diye sorduk. Ara sıra ve evet diyenler de az önceki tabloyla örtüşür şekilde yüzde 60 civarındaydı. Çalışma şekillerini sorduk hekim arkadaşlarımıza, biliyorsunuz özel sektördeki arkadaşlarımız üç şekilde çalışıyor. Çalışan işçi, 4A grubu dediğimiz çalışan işçi olarak, 4B dediğimiz serbest meslek makbuzu ya da şirket faturası karşılığı da çalışılan bir çalışma biçimi ve emekli çalışan olarak çalışan işçi sayısının, yani 4A'lı olan hekim sayısı çoğunlukta, yüzde 46.7, ancak serbest meslek makbuzu ya da şirket faturası karşılığında çalışan hekim sayısı da beklediğimizden yüksekti açıkçası, yüzde 18.1 oranındaydı.

“4A'lıysanız, yani çalışan işçi konumdaysanız, sosyal güvenlik sigorta priminiz elde ettiğiniz gerçek değer üzerinden mi yatırılıyor” diye sorduk ki bu biliyorsunuz emekliliğe yansıyan oranı da ortaya koyuyor. Evet yanıtını veren yüzde 26'lık bir kesime karşı daha düşük yatırılıyor diyen yüzde 38.5'lik bir hekim grubu var, bilgim yok diyen de yüzde 35'lik bir kesim var. Özellikle bu bilgim yok diyen hekim sayısının fazlalığı ayrıca dikkat çekici.

“İşinizdeki çalışma düzeninize ek olarak fazla çalışma yapıyor musunuz, yani 45 saatin üzerinde çalışıyor musunuz” diye sorduk. Ara sıra ve evet diyenlerin oranı yüzde 59.8 olarak geldi. Pratisyen hekimlerin yüzde 66'sı, uzman hekimlerin de yüzde 58.5'i haftada 45 saatin üzerinde çalışıyor. Haftalık ortalama çalışma sürelerini sorduk. Oranları bu şekilde, zaten yüzde 47.5'i 4655 saat arasında çalıştığını ifade etti, 66 saatin üzerinde çalışıyorum diyen neredeyse 10 hekim arkadaşımızdan biri, bu da oldukça yüksek bir rakam. Avrupa Birliği çalışma süresi yönergesinden buraya bir alıntı yaptım: “Çalışma süresi fazla mesailer dahil haftada ortalama 48 saati aşmayacak şekilde düzenlenmelidir” der Avrupa Birliği çalışma süresi yönergesi tüm işçiler için.

“Fazla çalışmanızın karşılığında ek ücret alıyor musunuz” diye sorduk. Yüzde 74.9'u ek ücret almadığını ifade etti. “Ücretlendirmeniz hangisidir” diye sorduk. Yalnızca sabit ücret, sabit ücret ve hak ediş ve yalnızca hak ediş olarak yanıtlarını aldık. Sabit ücret ve hak ediş diyen yüzde 48.1'lik bir oran var, yalnızca hak ediş diyen de yüzde 20'lik bir oran söz konusu.

“Aylık kazancınız hekimlik mesleğinizi ve yaşamınızı sürdürmeniz açısından sizce yeterli mi” diye bir soru sorduk. Kesinlikle hayır ve hayır diyen 3 hekimden 1'i, kısmen yanıtını yarı yarıya aldığımız zaman, evet diyenleri de dahil ettiğimiz zaman çoğunluk ücretinin yetmediğinden yakınmakta ya da bu yanıtı vermekte, bu oran pratisyenlerde yüzde 51.7, uzman hekimlerde de yüzde 26.4, yani hekimler ekonomik güçlük içerisinde. “Ücret ve hak edişlerinizle ilgili ödemelerde sorun yaşıyor musunuz” sorusuna daha tolere edilebilir yanıtlar geldi. Yüzde 64 oranında sorun yaşamadığını ifade etti hekimler, kısmen ve evet diyenler de yüzde 21, yüzde 15.

Bu yanıt, bu soru da açıkçası benim için çok kıymetli, böyle olduğunu zaten pratikte

görüyoruz gerek devlette, gerekse özel sektörde devlette de benzer bir performans sistemi var. “Gelir kaybı düşüncesiyle hastalık veya izin durumlarınızı ertelediğiniz oluyor mu” diye soru sorduk. Ara sıra ve evet diyenler yüzde 74.8. İlerleyen sorularda karşılaşacağız, tükenmişlik ve mobbinge maruz kalmayı da ölçtüğümüzde bu oran tükenmişlik hissedenler yüzde 86, mobbinge maruz kaldığını düşünenler de yüzde 90, yani hekimler farklı nedenlerle ki en çok gelir kaybı düşüncesiyle ne yıllık izinlerini kullanıyorlar, ne de sağlık izni kullanıyorlar. Son iki yılda toplam kullandığınız yıllık izin süresini sorduk. 10 günün üzerinde diyen 327 kişi, 1020 gün arasında izin kullanıyorum diyen 403 kişi, 2130 gün arasında izin kullanıyorum diyen 203 kişi, 30 günün üzerinde izin yaparsa 94 kişi olarak geldi. Bu zaman 2 yıllık oranlar, sadece bir gün izin aldığını belirten 54 kişi bir hekim grubu oldu. Yine Avrupa Birliği Çalışma Süresi Yönergesinden bir yer aldım, asgari günlük dinlenme süresi birbirini izleyen 11 saat olacak mutlaka dinlenme süresi, asgari haftalık dinlenme süresi kesintisiz 35 saat olmak zorunda ve ücretli yıllık izin yılda en az 4 hafta olmalı diyor Avrupa Birliği Çalışma Süresi Yönergesi ki bu yönergeler biliyorsunuz insan sağlığına, insan çalışma ve psikolojine dönük olarak hazırlanan yönergeler oluyor.

“Günlük çalışmanız içinde düzenli öğle tatilleri, dinlenme molası var mı” diye sorduğumuzda her ikisi de yok diyen yüzde 28’lik bir grup var. Öğle tatili var, dinlenme arası yok diyen yüzde 41’lik yüksek oranda bir sayı var. Yapılan çalışmalar, uzun çalışma saatleri ve yetersiz dinlenme sürelerinin yüksek hata ve kaza oranı, stres ve yorgunluk, kısa ve uzun dönemli sağlık sorunlarının olası sonuçlar doğurduğunu ortaya koymak şeklinde de bir uyarı, bir not yazmak zorunda hissettim kendimi. “Kurumunuz ulusal bayram ve resmi tatillerde çalışmanızı istiyor mu” diye sorduk. Öncelikle şunu söylemek isterim ki 4857 sayılı İş Kanunumuzun 44. maddesi “ulusal bayram, resmi tatil günlerinde çalışılması için işçinin onayı gerekmektedir” der. Hiçbir çalışan resmi tatillerde zorunlu olarak çalışamaz, çalıştırılmaz. Ancak “kurumunuz çalışmanızı istiyor mu” diye sorumuza evet yanıtı iki hekimden birinden geldi. Yüzde 50 gibi bir oranı var. Kısmen yanıtı da yüzde 21, aslında bunu da evet olarak saymak lazım. Çünkü burada bir mobbinge dönüştürülüyor bir şekilde, zorlanmıyor, ama çalışsanız iyi olur gibi yaklaşımlarda bulunuluyor. Hayır diyen de yüzde 29’luk bir kesim var.

“İşinizin yanı sıra ikinci bir yerde çalışıyor musunuz, ayrı bir hekimlik yaptığınız yer var mı” diye sorduk. 4 hekimden 1’i ikinci işyerinde çalışıyor, işyeri hekimliği yapıyorlar, başka bir özel sağlık kuruluşunda mesai yapıyorlar ya da nöbet tutuyorlar. Kendilerine ait muayenehanelerde, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerinde çalışıyorlar ya da diğer diye bir yanıt verilmiş. Diyaliz merkezleri gibi alanlar söz konusu.

“Kurumunuz mesleki riskler ve hastalıklar konusunda gerekli koruyucu önlemleri alıyor mu” diye sorduk. Evet alıyor diyen yüzde 40’lık bir oran var, kısmen alıyor diyen yine yüzde 40’lık bir oran var, hayır önlem almıyorum diyen de yüzde 33’lük gibi bir oran var. Cevapsız bırakan ya da bilmiyorum diye yanıtlayan da yüzde 50’lik bir oran söz konusu.

“Peki, mesleki hastalıklara ve risklere karşı siz kişisel olarak koruyucu önlem alıyor musunuz” diye sorduk. Alıyorum diyen yüzde 49’luk bir oran var, kısmen alıyorum diyen yüzde 36’lık, hayır, önlem almıyorum diyen yüzde 13’lük bir kesim söz konusu.

“Çalışma koşullarınız ve mesleki uygulama alanlarınız ergonomik açıdan uygun mu” diye sorduk. Hayır, uygun değil diyen yüzde 18’lik bir grup var, kısmen uygun diyen yüzde 44, evet uygun diyen de yüzde 36.9’luk bir oran söz konusu.

“Çalışma ortamınızda radyasyona maruz kalıyor musunuz” diye sorduk. Evet diyen yüzde 13.8’lik bir hekim grubu var, kısmen diyen yüzde 15.8’lik bir grup var, hayır diyenler yüzde 65’te kaldı ve bilgilim yok diyenler var. O da yüzde 5.3 gibi önemli bir oran bence.

“Son bir yılda herhangi bir iş kazası geçirdiniz mi” diye sorduk. Güzel bir oran, hayır diyenler yüzde 97.18, belirtilen iş kazaları ağırlıklı olarak iğne batması. Biliyorsunuz hastaneler, özel hastaneler de elbette bunun içinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyeri tehlike sınırı kullandırmasını zaten çok tehlikeli işler kapsamında almıyor. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyeri sınıflandırma tebliğinin 86’ya 10. maddesinde çok tehlikeli işler kapsamında değişiyor bütün hastaneler.

“Herhangi bir meslek hastalığınız oldu mu” diye sorduk. Bu oran evet şeklinde yanıtlandı. Genellikle enfeksiyonlar, kasiskelet sistemi sorunları, depresyon, tükenmişlik gibi alt parametreler açıldı. Stres, tükenmişlik, depresyon, uyku problemleri oldukça verilen yoğunluklar arasındaydı. Aynı zamanda kas iskelet sistemi problemleri.

“Hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldınız mı” sorusuna yarı yarıya oranda yanıt aldık. Evet diyenler yüzde 43.8, hayır diyenler yüzde 56.18 çok yüksek bir oran tabii ki.

“İşinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz” diye sorduk. Hiç güvende hissetmiyorum diyenler yüzde 9, nadiren diyenler yüzde 11, bazen yüzde 59, genellikle, çoğunlukla genellikle yanıt verilmiş, her zaman güvende hisseden de yüzde 12’lik bir kesim söz konusu.

“Yaptığınız iş size mesleki bir doyum sağlıyor mu” diye sorduk. Hayır diyen yüzde 18.9’u bir hekim grubu var. Evet ve kesinlikle evet diyen de yüzde 46’lık bir hekim grubu söz konusu, yüzde 7’si de kesinlikle hayır yanıtı vermiş.

Bu sonuçları hazırlarken yayınlanan bir makalenin sonucuydu. Amerika Birleşik Devletlerinde başlatılmış, ama Avrupa’nın diğer ülkelerine de yayılmış. Hekimlerin mesleki memnuniyetleri, ücretlerinin yetip yetmediğine dair benzer anket orada da yapılmış. Ben Türkiye’yi de altına katarak oradaki oranları da verdim. Mesleksel doyum açısından Türk hekimleri diğer hekim arkadaşlar, diğer ülkelerdeki hekim arkadaşlardan çok daha zor durumdadır gördüğümüz üzere, hem yüksek İspanya’daki yüzde 15’lik mesleksel doyum hissetmeme oranının bile iki katından fazla bir mesleki tatminsizlik durumumuz

söz konusu gördüğünüz üzere.

“Genel olarak sağlığınız son 15 gün içinde nasıldı” diye sorduk. Çok iyi diyen yüzde 11’lik bir grup var, iyi diyen yüzde 50’lik bir grup var. Kötü ve çok kötü diyenler de oldu. Yine Avrupa Birliği Çalışma Süresi Yönergesinde şöyle güzel bir uyarı var: “Çalışma süresi ve işçi hakları çalışanın sağlığıyla ve bu anlamda çalışanın fiziksel ve ruhsal bütünlüğüyle doğrudan bağlantılıdır. Zira çalışma işçinin düşünsel ve fiziksel gücünü belirli bir amaç uğruna kullanmasıdır” der.

“Ruh sağlığınıza tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu düşündüğünüz oluyor mu” diye sorduk. Evet diyenler yüzde 6’lık bir kesim, kısmen diyenler yüzde 20’lik bir kesim, hayır diyenler de yüzde 70. Mobbing konusunda sorguladığımız zaman “mobbinge uğruyor musunuz” sorusuna yüzde 26’lık bir kesim evet yanıtını verdi, yüzde 73’lük bir kesim hayır yanıtı verdi ki çok yüksek bir oran. “Kurumunuz size hedef ciro baskısı uyguluyor mu” dediğimiz zaman yüzde 14’lük bir kesim doğrudan evet derken yüzde 32’lik bir kesim de kısmen dedi ki bunu da evet olarak kabul etmek gerekir. Hayır diyen de yüzde 49’luk yüzümüzü güldüren bir oran var.

“Kurumunuz müşteri memnuniyeti değerlendirmesi yapılıyor mu” diye sorduk ki özel sektörde bu biliyorsunuz çok ciddi bir mobbing aracı. Yüzde 56’lık bir kesim evet yanıtı verdi, kısmen diyen de yüzde 19.8’lik bir grup var. Yani özel sektörde özel sektör işletmeleri müşteri memnuniyeti adı altında hekimlere bir mobbing aracı olarak bunu sunabiliyorlar. Yani işten çıkarılmalarda hasta memnuniyetsizliği gibi bir gerekçe sunulabiliyor.

“Tükenmişlik sendromu belirtileri gösterdiğiniz oldu mu, oluyor mu” diye sorduğumuzda yüzde 33, yani 3 hekimden 1’i doğrudan evet yanıtını verdi. Anketi yanıtlayan pratisyen hekim arkadaşlarımızın yüzde 44’ü, yani 2 pratisyen hekimden biri, uzmanlardan da 3 uzman arkadaşımızdan biri doğrudan evet yanıtıyla tükenmişlik ifade etti. Kısmen diyen yüzde 41’lik bir kesim var, tükenmişlik hissetmiyorum diyen de yüzde 24’lük bir kesim var, ama dediğim gibi pratisyen hekimlerin yarısı, uzmanların da 1/3’i doğrudan evet yanıtıyla tükenmişlik ifade etti. Tükenmişlik konusunda şöyle bir de çarpıcı bir veri elde ettik: “Meslek yaşıyla tükenmişlik hissettiğiniz oluyor mu, tükenmişlik belirtileri gösterdiğiniz hissettiğiniz oluyor mu” sorusuna ne yazık ki henüz 110 yıllık hekim arkadaşların yüzde 10’u, yani tükenmişlik hissedenenlerin yüzde 10’u henüz 110 yıllık hekim arkadaşlarımızdı. Yani mesleklerinin başında tükenmişlik bulgularını hisseden arkadaşlarımızdı. 1120 yıl süreyle hekimlik yapan arkadaşlar da tükenmişlik bulgularına evet yanıtı verildi. Evet yanıtı verenler, kısmen değil, evet yanıtı verenler bunlar yüzde 41’i, yani yarısı yine tükenmiş durumda, yüzde 35’i 2030 yıllık hekim arkadaşlar, 30’undan sonra biraz tükenmişlikte görece bir azalma izliyoruz.

Son slaytlara geliyorum. Yine tükenmişlikle ilişkili “işinizi gücünüzün üzerinde çalıştığınızı hissettiğiniz oluyor mu” sorusuna ayda birkaç kez diyenler yüzde 32, haftada birkaç kez diyenler yüzde 18, hemen her gün diyenler de yüzde 9’luk bir kesim var. Hekimler

tükenmiş durumlarında özel sektörde işlerinde güçlerinin üzerinde çalıştıklarını hissediyorlar, mobbinge maruz kalıyorlar. Bu anket de bize bu sonuçları zaten tahmin ettiğimiz ve yaşadığımız sonuçları sayısal olarak gösterdi.

Sosyal etkinlikleri sorduk “yeterince zaman ayırabiliyor musunuz” diye, yüzde 39’u hayır yanıtı verdi hekimlerin, yüzde 47.4’ü de kısmen yanıtı verdi. Evet diyen oran yüzde 13’te kaldı.

“Yeniden meslek seçme olanağınız olsa yine hekimliği seçer miydiniz” diye sorduk. Yüzde 17’si kesinlikle hayır dedi, yüzde 14’ü hayır, kararsızım, evet, kesinlikle evet oranları burada, bu sonucu yine az önce bahsettiğim Medscape’te yayınlanan dünyadaki verilerle karşılaştırdığımızda da şu sonuç çıktı. Az önceki karşılaştırmayla örtüşür şekilde Türkiye’de hekimler yeniden meslek seçmek durumunda kalsanız seçer misiniz sorusuna oldukça yüksek oranlarda hayır yanıtı verdi.

Bu son slaytım, biliyorsunuz yeni yayınlandı bu veriler, 20182019 yılındaki şiddet verileri, şiddet konusunda da oldukça kötü bir durumdayız. Bunu da son olarak Ankara Tabip Odamızın hazırladığı afişle konuşmamı bitiriyorum, teşekkür ederim.

Atilla Stephan Ataç

Emel Hanıma teşekkür ediyoruz. Bize ayrılan süre sunumlarla 90 dakikadır, 72 dakika sunum yaptık, yarım saat gecikme gözüküyor. Bilmiyorum, ama o herhalde geç gelmemizden, yoksa konuşmacılarımız gerçekten zamanı güzel kullandılar. Programda daha fazla gecikmeye neden olmamak için eğer müsaade ederseniz sayın konuşmacılarımıza birer soru alalım varsa, diğer soruları dışarıda arada kahvede değerlendirebiliriz kabul ederlerse, buyurun.

Orhan Söker

Çok teşekkürler sunumlar için, Emel Hanıma sorum olacak. Bu özel sektörde çalışanlarda hak ediş denilen kavram nedir, onu bir açar mısınız? Çünkü bana temel ücret diye hep aklımda olan şey arttırılması gerekiyor. O hak edişin gri pazar mıdır, nedir, yani onu bir açıklamakta yarar var. Çünkü İş Kanununa göre çalışmayı biz özendiriyoruz. Özendirmek ve bunu talep etmek gerekiyor, bunu teşvik etmek gerekiyor. İkincisi, resmi tatillerde bu çalışmayla ilgili hekimlerin yapabileceği çok bir şey kalmamış.

Çünkü SGK provizyon verdiği sürece hekimler çalışmak zorunda kalıyorlar. Hani bu elbette mücadele edilmesi gereken bir alan, ama SGK üzerinden baskı kurulması gerekiyor. Üçüncüsü, mesleksi doyum yok. Zaten benim bildiğim kadarıyla özel sektörde çalışmak sanki bir zorunluluk gibi, kimse tercihen özel sektörde çalışıyorum demiyor. Mesleki doyumsuzluk da bundan kaynaklanıyor. Çünkü kamu sıkıştırdıkça özele kaçıyoruz. Özelde de kaçış doyumsuzluğu gerektiriyor ya da ortaya çıkarıyor. Çok teşekkürler.

Emel Bayrak

Teşekkür ederim güzel sorunuz için, şimdi ilk iki sorunuza aslında birlikte cevap vereyim. Resmi tatillerde çalışma konusu ve hak ediş konusunu şimdi biliyorsunuz bir dönem Türk Tabipler Birliği SGK'nın resmi tatillerde provizyon vermemesi için bir dava açmış ve kazanmıştı. O dönemde çok sayıda hekim arkadaş doğrudan arayarak siz bizim ne zaman çalışacağımıza nasıl karar verirsiniz, ne karışıyorsunuz demişti. Yani biz hani hekimler resmi tatillerde çalışmasın diye mücadele ederken işte burada da bu hak ediş kavramı işin içine giriyor. Hekim çalıştığı kadar, baktığı hasta kadar ücret alıyor. Bu ücretlendirmeyi de yaptığı sözleşmeyle başlangıçta belirliyor, ama sizin sözleşme gücünüz ne kadar yüksekse o oranın işte cironuzun yüzde 20'sini, cironuzun yüzde 30'unu gibi oranlarla, yani bu önü açık bir şey. Herhangi bir İş Kanununda yazmayan bir şey belirliyorsunuz ve çalıştığınızın o oranını alıyorsunuz. Aynı anda asıl bir maaş da var, ama o oldukça sembolik bir maaş, yani asıl gösterilen maaş sonuçta hekim o ciroya muhtaç kalıyor. O özel sermayenin, özel sektörün hekimi çalıştırmasının bir yolu, çalışma biçimlerinde de 4A'yla 4B'yi biraz önce söz ettim, 4B'de bir şirket ortaklığı gibi gösteriliyor ve hekim inanılmaz şekilde bütün haklarından feragat etmek zorunda kalıyor. Bütün risklerinden, sağlık problemlerinden, emekliliğinden feragat etmek, bu durumlarda doğacak sorunlardan kendi aleyhinde feragat etmek zorunda kalıyor. Bir taraftan mesleki doyumsuzluk aslında az önce sizin de söylediğiniz gibi kamu sıkıştırdıkça diyorsunuz ya, yani kamuda da hekimler perişan, özel sektörde de aynı şey söz konusu, yani kamuda da bu mesleki doyum oranlarının çok yüksek olduğunu zannetmiyorum. Teşekkürler.

Mehmet Mustafa Açıl

Manisa Tabip Odası adına katılıyorum. Aslında soru sormayacağım, ben özelde çalışan bir hekimim. Şimdi özelde çalışma aslında bir zorunluluk diyorlar, ama kamudaki çalışma koşulları her ne kadar özelde kötü olsa bile insanları özele yönlendiriyor. Yani özeldeki evet güzel değil, sonuçlar hiç güzel değil, ama birtakım işleri kamuda yaptığımız zaman sonuçların daha kötü çıkacağını ben biliyorum en azından bazı mali baskılar dışında, ben başka bir şey söyleyeceğim. Şimdi bu yapmış olduğunuz araştırma sadece hekimler üzerine yapılmış bir araştırma ve şundan emin olmanızı istiyorum, ben bir hekim olarak bunu söylüyorum: Bu özel hastanelerdeki çalışan sağlık çalışanlarının arasında yine iyi olanlar, yani bir de diğer kısım, diğer dediğim de hekimler dışındaki sağlık çalışanlarından bahsediyorum, onların durumu çok kötü. Hemşireler Derneğinden kimse var mı? Yani özellikle hemşireler, laborantlar, radyoloji teknikerleri ve tıbbi sekreter işe alımından başlayarak taşeron firmalarla artık işe girmeye başladılar ki hani en kötü şey aslında alışmak, her şeye alışıyoruz biz. Biz neye alıştık? Tıbbi sekreterler istemediğimiz halde onların taşeronlaşmasına alışmıştık, ama artık hemşireler de taşeronlaşıyor, benim birimimde çalışan fizik tedavi teknikerleri taşeronlaşıyor. Ne yazık ki yakın dönemde herhalde fizyoterapistler de taşeronlaşacak. Ben bu çalışmanın bir de hekim dışındaki sağlık çalışanları arasında da yapılmasını özellikle istiyorum. Çünkü şimdi ben fizik tedavi hekimi, bana ağrıyla geliyor hasta, boyun, sırtı ağrıyor. Tamamen psikosomatik, hayatlarından hiç memnun değililer, asla da olamazlar. Şöyle kabaca an-

lamanız için söyleyeyim, özelde çalışan bir hekim kamuya geçmek ister mi? Yani belki, ama özelde çalışan hemşireler, teknikerler herkes bir şekilde devlete geçmenin yolunu arıyorlar. Sadece bu basit örnek bile durumun vahametini göstermesi açısından önemli olduğunu düşünüyorum.

Hasan Oğan

Esasında bu kongreyi, düzenleme komitesini konuları seçen insanları kongre genel koordinatörü olarak eleştirmek istiyorum. Çünkü geçmişe dönüp baktığım zaman iki tane özel hekimlik alanına göre çalışma yaptık ve bunları burada sunduk. Aile, kadın hekim olmakla ilgili ikinci sunumumuzu yaptık. Şimdi peki, niye biz hekimler olarak yapıyoruz da bu salonda hemşire arkadaşlarımız var, teknisyen arkadaşlarımız var, tekniker arkadaşlarımız var, diş hekimlerimiz var, bir de eczacılarımız var. Sorun şu, bu çalışmaların farklı meslek gruplarınca yapılması gerekiyor ve bu kongrede de aktarılması gerekiyor. O tür çalışmalar olduğu zaman bu kongre gerçekten çok daha verimli ve etkin olacaktır.

Atilla Stephan Ataç

Böylece 8. Kongrenin ana teması da belli oldu sayenizde, teşekkür ederim. Değerli konuşmacılara ve siz değerli katılımcılara çok teşekkür ederim, ağzınıza sağlık.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI

Oturum Başkanı:

Azize Atlı Özbaş
Türk Hemşireler Derneği

Konuşmacılar

Muhammet Aydın
Marmara Üniversitesi Anestezi Teknikerliği Bölümü

Leyla Demir

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu

Yurdaer Yılmaz Yapıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hatice Ataş

Kapadokya Üniversitesi Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı

Fatma Ardal

Antakya Mustafa Kemal Üni. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü
SES Öğrenci Komisyonu

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI

Azize Atlı Özbaş

Oturum Başkanı, Türk Hemşireler Derneği

Hemşireler Derneğinin genel sekreteriyim. Bizim o kadar çok sorunumuz var ve hâlâ asgari ücretle çalışıyor pek çok meslektaşımız, taşeron olarak çalışıyor ve onların da sıkıntılarının ne boyutta olduğunu aslında sormaya gerek olmadan da bildiğimiz bazı şeyler var, ama bir çalışma yapılması için gerçekten de güzel bir fikir, böyle bir şeyler istenirse de dernek olarak üstleniriz. Umarım önümüzdeki kongrede de bunu paylaşma fırsatımız olur sizlerle, çok teşekkürler bu fikir için de.

Bu bildiğim kadarıyla Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi ilk kez öğrencilerin sağlığıyla ilgili konuşuyoruz, öyle değil mi? Onun için ben bu oturuma gerçekten çok önem veriyorum ve çok değerli bir oturum olduğunu düşünüyorum. Çünkü sağlık çalışanlarının mesleki kimliklerinin oluştuğu ve meslekleriyle ilgili duruş ve tutumlarının da temellerinin atıldığı yıllar öğrencilik yılları ve öğrencilik yıllarında da aslında tabii ki sağlık meslek lisesi düzeyinde bu çok ağır ve tehlikeli çalışma koşullarında çalışan bizim vatandaşlarımız da var, gençler de var. Üniversite öğrencileri biraz daha avantajlı oluyor, ama kendi gelişimsel dönemlerinin yüklerine ek olarak da pek çok yük ve riskle karşı karşıya olduklarını biz öngörüyoruz. Kendi seslerinden onları bir dinleyelim istedik.

İlk konuşmacı Muhammet Aydın Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği adına katılıyor. Kendisinin ve öğrenci arkadaşlarının sağlık risklerini bizimle paylaşacak şimdi, teşekkürler.

Muhammet Aydın

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği

Değerli dinleyicilerimiz, hoş geldiniz. Öncelikle kendimi tanıtmak isterim. Ben Muhammet Aydın lisemi Haydarpaşa Bülent Akarcalı Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde okudum ve anestezi teknisyenliği mezunuyum. Şu anda da bir devlet üniversitesinde anestezi teknikerliği bölümünde öğrenime devam etmekteyim. Bugün sizlerle anestezi öğrencilerinin staj süresince yaşadığı bazı genel sorunları paylaşıyor olacağım. Dilerse-
niz başlayalım.

O halde staj nedir, stajyer kime denir, bir bakalım. Staj teorik eğitimi desteklemek ve mesleki anlamda pratik bilgiyi pekiştirmek için sürdürülen faaliyete deniliyor. Bu sürece dahil olan kişiye stajyer diyoruz. Gönüllü ve zorunlu olmak üzere ikiye ayrılıyor bizim stajımız, tam bu noktada dil sorununa değinmek isterim. Staj tanımına baktığımızda teorik eğitimleri desteklemek ve mesleki anlamda pratik bilgiyi pekiştirmekten bahsediliyor. Peki, stajyerlerimiz bunu yapabiliyor mu? İşte birinci sorumuz uygulama yapamama veya yetersiz yapma. Uygulama yapamamaya önem verdik. Peki, uygulama yapamama bizim için neden önemli? Uygulama yaptığımızda bize şu kazançlar sağlıyor: Mesleği tanıma, meslekte beceri sahibi olma, mesleğin kişiye uygunluğunu anlama, mezuniyet sonrası iş kalitesi, iş doyumu ve daha birçok konuda bize kazanç sağlamak, fakat uygulama yapamamış veya yetersiz yapmış öğrenciler bu gibi kazançlardan maalesef mahrum kalmakta ve gerek kendine güven konusunda mezuniyet sonrası, gerekse iş sahasında bu tür sıkıntılarla karşıya kalmaktalar.

20 yıllık hayatıma konuşmayı öğrendiğimden beri her çocuk gibi soru sormakla başlamışım. Annemin anlattığına göre o zamanlar çok soru sorar, bezdirme safhasına getirir mişim. Buna rağmen hiç usanmadan, hiç sıkılmadan bana cevap vermiş. Bu güzel sabrı için ona teşekkür ederim. İyi ki var ve iyi ki bana sabretmiş. Çünkü şu anda merak ettiğim ve kafama takılan bir şeyi korkmadan sorabiliyorsam bu küçükken bana, benim sorduğum sorulara usanmadan cevap verilmesi sayesinde. Merak benim için çok önemli, çünkü merak öğrenmenin tek yoludur. Ben böyle görüyorum. Buradan bir diğer sorumuz karşımıza çıkıyor: Öğretici kişinin ilgisizliği ve isteksizliği. Bir şeyi öğrenmeye ihtiyacımız olduğunu, artık sadece sınav olacaksak hissediyoruz, onu da zorla. Belki de merak duygumuzun ve yeni bir şeyler öğrenme aşkımızın köreltilmiş veya bastırılmış olması sebebiyledir. Belki de küstük artık bir şeyleri öğrenmeye, peki durdur yere mi oldu? Demin de söylediğim gibi konuşmayı öğrendiğimden beri soru soruyordum. Halbuki küçükken soruyorum, yoksa birisi sus artık ya da sen karışma büyüklerin lafına, geri dur mu dedi ya da arkadaşımız sen de ne uç işlere merak salıyorsun, senin başka işin mi yok dedi ya da merak duyan, soru soran bir stajyere sen şimdi kenarda dur, işime engel olma diyen bir öğretici kişiyle mi karşılaştık? Bizi körelten hangisi diye düşünmekte fayda var.

Sonuç olarak öğretici kişinin bizdeki rolünü şöyle yazdım: Bize çok önemli bir nokta

olan mesleki idol ve öğrenme ihtiyacımıza ve isteğimize cevap verecek olan kişi olarak karşımıza çıkıyor öğretici kişiler. Meslek hayatımıza daha ilk adım atacağımız zamanlarda böyle isteksiz ve ilgisiz kişilerle karşılaşmak maalesef ki bizim kaliteli yetişmemize ve iş sahasında kaliteli hizmet vermemize büyük bir engel koymaktadır. Öğrenciyi değer olarak görmeme, bu durum öğrencinin kendini ortama ait hissetmemesine neden olmakta ve maalesef ki staj süresinin olmasını bekleyen bir kişi olmaktan öğrenci öteye geçememektedir. Peki, biz ne yaparız da öğrenciyi değer olarak görmemiş sayılırız dersek, fikirlerine önem vermeme, örneğin öğrenciyi bir değer olarak görmemdir. Gelip geçici bir kişi olarak görme öğrenciyi değer olarak görmemeye sayılabilir.

Neredeyse hangi stajyere sorarsak soralım söyleyeceği ilk sorunlardan birisi görev dışı iş yaptırılması. Peki, nedir bunlar diye baktığımızda sürekli sterilizasyonda paketleme ve benzer işleri yapmak, getir-götür işleri yapmak, sürekli dosya işlemleri yapmak, önce eğer stajın amacına yönelik uygulamalar yapmazsa maalesef ki belirli staj yapmış sayılmıyor ve bu da meslek hayatında gerek iş kalitesi, gerek iş doyumunu anlamında türlü sıkıntılar karşımıza çıkartıyor.

Bir diğer sorunsu iletişimde sorun yaşanması olarak ekleniyor. Uygunsuz hitap ve kaba davranışlar öğrenciyeye karşı bir tavır alma gibi karşılanıyor öğrenci tarafından ve öğrenci kendini ortama ait hissedemiyor ve ekibe dahil hissedemiyor. Bu sayede öğrenme kalitesi ve mesleki tecrübesi otomatik olarak düşüyor.

Ameliyathaneye adaptasyon süreci, ameliyathanelerde kan, sekresyon ve benzeri sorunların olması, stres ve çalışma ortamı, çeşitli riskler barındırması, nedir bu riskler diye baktığımız zaman yüksek radyasyon, biyolojik riskler, gürültü, özellikle ilk defa staja çıkacak öğrenciler için aşılması süre alacak bir durum olarak karşımıza çıkıyor. Bu süre içinde öğrenci eğer kendini ortama ait hisseder ve kendini güvende hissederse o adaptasyon süreci daha hızlı ve daha sağlıklı olarak ilerleyebilir.

Öğrencinin ilgisizliği ve özgüven eksikliği yaşanan bir diğer önemli sorunlardan bir tanesi. Peki, bir öğrencinin neden ilgisiz olduğunu veya neden özgüveninin eksik olduğunun sebeplerini şöyle sıralayalım: Mesleğe ilgisi olmadığı halde seçmesi veya aile baskısıyla bir üniversite oku da ne okursan oku diyerek seçtirilmesi ve bunun sonucunda mesleğe uyumsuzluktan doğan özgüven eksikliği de maalesef ki zamanın bu meslekte boşa geçmiş olmasını hissediyor. Staj süresi yetersizliği, biz şu an anestezi teknikerleri olarak 2 yıllık ön lisans düzeyinde eğitim alıyoruz. Bu 2 yıllık ön lisans düzeyde eğitimin sadece 1 yılında staj yapabiliyoruz. Gerek 1 yıldan adaptasyon süresinin çalması ve yetersiz uygulama yapma imkânı, gerekse de artık lise düzeyinde anestezi eğitiminin verilmiyor olması maalesef ki 2 yıl ön lisans düzeyinin yetersiz kaldığını görmekte. Bu durumda anestezi teknikerliği eğitim için 4 yıllık lisans düzeyinde eğitimin ve daha kaliteli staj döneminin gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Rotasyon sorunu, bir öğrencinin kısa sürelerde rotasyon yapması ortalama adaptasyonu-

nun, uzun süreler aynı birimde çalışmasıysa mesleki gelişimini olumsuz etkileyecek durumla arasında. İş güvenliği yetersizliği, ameliyathaneler çok tehlikeli iş sınıfına giriyor ve çeşitli riskleri bir arada barındırıyor. Demin de saydığımız gibi nedir bu riskler? Radyasyon, biyolojik risk, atık gazlar, gürültü, düşme, çarpma, kesici ve delici aletle yaralanma, tecrübesizlik ve alışılmamış ortam hepsi bir araya geldiği zaman kişide ister istemez bir kendini güvende hissetmeme durumu meydana gelmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine baktığımız zaman fiziksel ihtiyaçların hemen ardından güvende olma ihtiyacı geliyor. Sonuç olarak kişi kendini fiziken ve ruhen güvende hissetmediği bir ortamda mesleki gelişim ve eğitim alması mümkün gözüküyor. Bu durum için atılan güzel adımlar var. Bunlar 16 saatlik iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almadan ve 2016'dan itibaren genel sağlık sigortası yapılmadan hiçbir öğrenci iş sahasına çıkartılmıyor. Bu yasa için şöyle bahsedilmiş: 26 Şubat 2016 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 6676 sayılı Yasayla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5, 7, 80 ve 87. maddelerinde yapılan değişiklikle kamu destekli projelerde çalışan bursiyerler, stajyerler gibi çalışanlar iş kazası ve meslek hastalığı ve genel sağlık sigortası sayılmışlardır. Bu şekilde sosyal güvence altına alınarak öğrenciler gerçekten önemli bir değer olarak görülmüş ve değer kazandırılmıştır. Bunun da bazı handikapları yok mu? Var. Şu ki bu işveren ve kurumlara yeni yükler ve sorumluluklar getirdiği için maalesef ki staj alanlarında azalma, özellikle gönüllü stajyerliğin önü kapanmış durumdadır. Son olarak bizim çok sevdiğimiz stajyerlik maaşı, ufak bir meblağ dahi olsa bir öğrencinin stajına motive ve daha istekle gitmesinde gerçekten önemli bir etken olarak görüyorum.

Değerli dinleyiciler, bugün sizler anestezi öğrencilerinin staj süresince yaşadığı bazı problemlerini paylaştım. Beni dinlediğiniz ve kıymetli zamanınızı bana ayırdığınız için çok teşekkür ederim. Ben burada sizinle birlikte olmaktan çok mutluluk duydum, size bu sunumu yapmaktan çok gurur duydum. Umarım siz de mutlu olmuşsunuzdur. Teşekkür ederim.

Azize Atlı Özbaş

Sayın Muhammet Aydın'a sunumları ve zamanı etkin kullanımı için teşekkürler. Soruları toplu olarak alırsak daha anlamlı bir tartışma olur diye düşünüyorum. Onun için lütfen sorularınızı not alırsanız ya da aklınızda tutmaya çalışırsanız sunumun sonunda toplu olarak cevaplamak daha uygun gibi görünüyor. Şimdi Sayın Leyla Demir'i hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştığı sorunlarla ilgili konuşması için kürsüye davet ediyorum. Leyla Demir Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu başkanıdır.

Leyla Demir

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu

Öncelikle merhaba. Ben Leyla Demir Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 3. sınıf öğrencisiyim. Bugün öncelikle Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu adına Kongre Düzenleme Kuruluna bize de yer verdiği için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Hemşirelik öğrencilerinin uygulama staj ortamında maruz kaldığı riskler, sağlık üzerine etkileri ve bu durumlara yönelik önlem ve uygulamaları konuşacağız. Sunum planında giriş, amaç, yöntem, sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler, sonuç ve öneri kısmından oluşmaktadır. Bildiğiniz üzere klinik uygulama hemşirelik eğitiminin önemli ve ayrılmaz bir parçasıdır. Klinik uygulamaların hemşirelik öğrencilerinin gelişimi için avantajları olmasına rağmen birçok sağlık riski de taşımaktadır. Günümüzde sağlık çalışanları diğer sektörlerde çalışanların maruz kaldığı iş risklerinin yanında yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak daha farklı iş riskleriyle de karşı karşıyadır. Sağlık çalışanları iğne yaralanmaları, dermatit sorunları, alerjiler, şiddet ve stres gibi çok çeşitli meslek risklerine maruz kalmaktadır. Bu tehlikeler sağlık çalışanlarının işteki performanslarının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve hem çalışanların, hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının yanı sıra hemşirelik öğrencileriyle hastane ortamında klinik ve staj uygulamalarına çıktığı için alerjilere maruz kalmaktadır. Bu risklerden bazılarını sıralayacak olursak biyolojik tehlikeler, kimyasal tehlikeler, ergonomik, fiziksel ve psikososyal olarak sıralayabiliriz. Çalışmamızın amacına gelirse, hemşirelik öğrencilerinin uygulama staj ortamında maruz kaldığı riskler, sağlık üzerine etkileri ve bu durumlara yönelik önlem ve uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır. Yöntemimiz bu araştırma Türkiye genelinde üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde okuyan 241 hemşirelik öğrencisiyle 1 Haziran-1 Eylül tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler online soru formu üzerinden hazırlanmıştır ve kartopu tekniğiyle yapılmıştır. Verilerin analizi SPSS21 programına aktarıldıktan sonra istatistiksel olarak anlamlı bulunan değerler alınmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine gelirse, en çok gördüğümüz gibi yüzde 45.5'ini sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır. Hemşirelik öğrencilerimizin çoğunluğunda yaklaşık mesela 66 oranıyla 3 ve 4. sınıflar oluşturmaktadır. Cinsiyete bölecek olursak örneklerin yüzde 85.3'ü kadınların, yüzde 16.8'ini erkeklerin oluşturduğunu ve yaş ortalamasının da yaklaşık 21 olduğunu görmekteyiz.

Tablo 2'de hemşirelik öğrencilerinin sağlığı etkileyebilecek risk durumlarına gelirse, tanı konulmuş öğrencilerin tanı konulmuş hastalıkların 15.5'inin olduğunu ve bunların sırayla astım, migren, hipertiroidi gibi aşağıda verilen hastalıkların görüldüğünü, düzenli egzersiz durumuna baktığımızdaysa öğrencilerin yüzde 60.9'unun düzenli egzersiz yapmadığını görmekteyiz. Sigara durumuna baktığımızdaysa öğrencilerin yüzde 17.2'si-

nin sigara kullandığını, bu oranın da yüzde 50'sinin günde 10 kez ve üzeri sigara içtiğini belirlemiş bulunmaktayız.

Tablo 3'te öğrencilerin maruz kaldıkları riskler ve yaşadıkları sağlık sorunlarını değerlendirmiş bulunmaktayız. Bel ağrısı en sık görülen ve oranı en yüksek olan yüzde 77.7, uygulama ortamında düşme öğrencilerin 9'u düşüğünü belirtmiştir ve bu düşmenin öğrencilerin ... ıslak ve kaygan zeminden dolayı düşüğünü belirtmiştir. Bu da tüm önlemlerin yetersiz olduğu anlamına gelmektedir. Lateks alerjisi durumuna baktığımızda öğrencilerin yüzde 4.6'sının sadece lateks alerjisi bulunduğunu ifade etmelerine rağmen eldivenlere bağlı cilt reaksiyonu gelişimi oranına baktığımızda öğrencilerin yüzde 30.3'ünün cilt reaksiyonu yaşadığı görülmektedir. Bütün burada önerimizse lateks alerjisi bulunup bulunmadığını tekrar gözden geçirmesi gerekmektedir. Cilt kesici alet yaralanması öğrencilerin yüzde 31.9'u rastlamış ve hastanın tamamen vücut sıvılarının sıçramasıysa yüzde 33.6 gibi büyük bir orana rastlamıştır. Antiseptiklere bağlı cilt reaksiyonuyla yüzde 26.5'i rastlamıştır.

Bu tabloda hemşirelik öğrencilerinin karşılaştığı risklere yönelik tanımlayıcı özelliklere de yer verdik. İkiye ayırdık: Eğitim alma durumuna, öğrencilerin eğitim alma durumuna ve ilgi durumuna göre. Öğrencilerin yüzde 84.9'luk oranı risklere yönelik eğitim aldığını, fakat sadece 34.9'u bilgi durumunun iyi olduğunu söylemiştir. Bu da eğitimlerin yetersiz olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 5'te hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlere göre sağlık sorunları ve risk durumlarını ele aldığımızda kadınların erkeklere oranla daha fazla bel ağrısı yaşadığını görmekteyiz. Kadınların oranı yüzde 80.1'ken erkekler yüzde 62.5 oranında bel ağrısı yaşamaktadır. Meydanlıoğlu'nun yapmış olduğu araştırmaya göreyse yine sağlık çalışanları arasında en fazla bel ağrısı şikayeti olduğu durum ebe ve hemşirelerdir ve yine bu çalışmaya göre kadınların aldığı puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir. Yani kadınlar erkeklere göre daha fazla bel ağrısı yaşamaktadır.

Yine tablo 5'te devam edecek olursak cinsiyete göre, uygulama ve staj ortamında havalandırmayla ilgili rahatsızlık durumuna göre sınıflandırdığımızdaysa yine kadınların erkeklere oranla daha fazla havalandırmada rahatsızlık duyduğunu görmekteyiz. Araştırmaya göre Mehmet Saltürk'ün yapmış olduğu yine kadınların koku duyusunun erkeklere oranla daha iyi olduğundan kaynaklı olduğunu düşünmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre sağlık sorunları ve risklerini ele aldığımızdaysa, uygulama staj ortamında kesici, delici alet yaralamaları durumlarını incelediğimizde 3 ve 4. sınıfların 1 ve 2'lere oranla daha fazla bu sorunu yaşadığını görmekteyiz. Bu sorunun da 3 ve 4. sınıfların klinik staj uygulama sürelerinin daha fazla olduğunu ve daha çok staja çıktıklarından dolayı olduğunu düşünmekteyiz.

Hemşirelik öğrencileri arasında uygulama staj ortamında kesici, delici aletlerle yaralama

78 kişiden 18 kişi yaralanma sonrası neler yaptıklarını açıkladılar sadece, 18 kişi arasında da sadece 2 kişi doğru algoritma izlemiştir. Hemşirelik öğrencilerinin bizim çalışmamıza göre yüzde 32.3'ü kesici, delici aletle yaralanma yaşamış olup bunların yüzde 97.5'u gibi büyük bir oranı yaralanma sonrası herhangi bir bildirim yapmamıştır. Çakar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre yine benzer bir şekilde yüzde 27.8'i kesici, delici alet yaralanması yaşamış olmasına rağmen yüzde 93.5'u gibi bir çoğunluğu herhangi bir yaralanma durumunda bulunmamıştır. Uygulama staj ortamında kesici, delici aletler yaralanma sonrası öğrencilerden 12'si korktuğunu, 7'si ise daha dikkatli davranması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 6'ya bakacak olursak hemşirelik öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre sağlık sorunu ve risklerine devam ediyoruz. Staj ortamlarında sözel şiddete maruz kalma durumlarını incelediğimizde yine 3 ve 4. sınıfların aynı şekilde 1 ve 2'lere oranla daha fazla sözel şiddete maruz kaldığını görmekteyiz. Öğrencilerin şimdiye kadar uygulama staj ortamlarında sözel şiddete maruz kalma kaynakları sınıflandırıldığında öğrencilerin 37'si sağlık çalışanlarından, 24'ü hasta ve hasta yakınlarından, 5'iyse hocaları tarafından sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7'de uygulama staj ortamında deneyimlenen stres durumu ele alındığında yine öğrencilerin bireysel önlem alma durumlarına göre incelediğimizde öğrenciler bireysel önlem aldıklarında streslerinin daha az olduğunu, önlem almayanların da daha fazla stres deneyimi olduğunu görmekteyiz. Öğrencilerin stres kaynaklarını yine sınıflandıracak olursak, 35'i klinik sorumlu öğretim elemanlarından kaynaklı, 34'ü hemşirelerden, 30'u hasta ve hasta yakınlarından, 37'si bilgisizlikten kaynaklı yanlış yapma korkusundan dolayı stresle yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu Karaca ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre de bize benzer sonuçlar elde etmiştir. Türk hemşirelik öğrencilerinin bu sefer yurtdışına göre daha fazla stres yaşadığı ortaya konulmuştur.

Tablo 8'de uygulama staj ortamlarında havalandırmayla ilgili bu sefer kurumsal önlemleri sıraladığımızda kurumsal önlemlerin olduğunu kabul eden öğrencilerin havalandırmayla daha az sorun yaşadığını ortaya koydu. Rahatsızlık yaşadığını belirten 29 kişisi bunalmadan dolayı 14'ü baş ağrısı, 37'si nefes darlığı yaşadığından dolayı rahatsızlık duyduğunu ifade etmiştir. Yine devam edecek olursak uygulama staj ortamında deneyimlenen stres durumunda kurumsal önleme bakacak olursak yine kurumsal önlem alındığında öğrencilerin uygulama staj ortamında daha az stres yaşadığını görmekteyiz. Uygulama staj ortamlarında sözel şiddete maruz kalma durumunu da aynı şekilde çalışmamızda kurumsal önlem alındığında öğrencilerin daha sözel şiddete maruz kaldığını görmekteyiz. Öğrencilerin uygulama staj ortamlarında sözel şiddete maruz kalma durumunda neler yaptıklarını sınıflandırdığımızda 156 gibi büyük bir oranın yanlış prosedür izlediğini, 7'si sözel şiddete maruz kaldıktan sonra ne yapacağını bilmediğini, yalnızca 37 kişi doğru prosedür izlediğini söylemiştir. Önlem alma durumuna göre bireysel önlem alma durumunu incelediğimizde staj ortamında havalandırmayla ilgili bireysel önlem aldığımızda da yine bu rahatsızlığı öğrencinin daha az yaşadığını görmekteyiz.

Yine önlem alma durumuna göre bireysel önlem alındığında stres durumunu daha az yaşadığını görmekteyiz.

Sonuç olarak bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında çok çeşitli sağlık riskleri ve mesleki yaralanmalar açısından yüksek risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda birkaç önerimiz olacaktır. Hemşirelik öğrencilerinde yaralanma oranı yüksek, ancak bildirim oranının düşük olması nedeniyle klinik uygulamalarda öğrencilerin yararlanmaları ve korunmaları konusunda teşvik edilmeli ve eğitimleri sırasında klinikte yaşanacak sağlık riskleri bildirim yaralanma sonrası yapılacaklar konusunda düzenli olarak bilgilendirilmelidir. Yine bel ağrısını önlemek amacıyla bel kaslarını güçlendirme, güvenli hasta böyle derslerde işlenmiyor, eksikliklerimizin olduğu da bu çalışmada ortaya konulmuştur.

Yine önerilere devam edecek olursak iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin niteliği ve bu eğitimlerin sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. Özellikle klinik uygulama staj ortamlarının daha güvenli hale gelmesi için havalandırma, kaygan zemin gibi risklere karşı kurumsal önlemlerin daha iyi alınması sağlanmalıdır. İş güvenliğiyle ilgili müfredata eklemeler yapılabilir. Çünkü 4 sene staj klinik uygulamaya çıktığında yalnızca 1. sınıfta bir günlük eğitim görüyoruz. Bunu ders olarak veya seçimli ders, zorunlu ders anlamında veya her sene bir eğitim olarak görürsek hem bilgilerin hatırlanmasına, hem de kazaların önlenmesi için daha iyi olacağını düşünüyoruz. Yine öğrencilerin şiddete maruz kaldıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda eğitimler verilmelidir. Öğrencilere stresle baş etme yöntemleri öğretilmelidir.

Sunumumuzun sonuna geldik, teşekkür ediyorum dinlediğiniz için, Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu olarak bir sempozyum düzenliyoruz. Sizleri de orada görmekten mutluluk duyarız. Teşekkür ederim.

Azize Atlı Özbaş

Sayın Demir'e sunumları için teşekkür ediyoruz ve Yurdaer Yılmaz Yapıcı'yı konuşmalarını yapmak üzere davet ediyorum. Yurdaer Yılmaz Yapıcı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olarak oturumumuza katılıyor.

Yurdaer Yılmaz Yapıcı*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Sayın Oturum Başkanı, saygıdeğer konuşmacı arkadaşlarım, sayın katılımcılar; Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresinin düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ederek sözlerime başlamak istiyorum. Ben Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci temsilcisiyim. Bugün tıp öğrencilerinin sağlığı konusunda bahsedeceğim.

Konuşmamda daha çok Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının intörn öğrencilerinin aracılığıyla yapmış olduğu anketlerden faydalanacağım. Bu anketler daha çok dönem 6 öğrencileri kapsamakla beraber dönem 2 ve dönem 3'ü de kapsamaktadır. Uyku kalitesinden kahve tüketimine, beslenme tüketim alışkanlığından tütün kullanımına, tükenmişlik sendromuna kesici, ezici alet yaralanmalarına kadar farklı çalışmalar da vardır. Kesici, ezici alet yaralanmaları konusu hakkında da Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Enfeksiyon Kontrol Ünitesinin bazı verilerini paylaşmak istiyorum.

Öncelikle Halk Sağlığı Anabilim Dalımızın yapmış olduğu 2019 Şubat ayına ait bir araştırmaya göre dönem 3 öğrencilerinin uyku kalitesi konulu araştırmada öğrencilerimizin yüzde 63.7'sinin uyku kalitesinin yeterli anlamda olmadığı ilgili ölçütler kapsamında belirlenmiştir. Yüzde 71.9'uysa sabah kalktığında yorgun hissettiğini belirtmiştir ve sadece yüzde 6.5'u antidepresan kullanmıştır buna rağmen, bu anlamda da sorunun ortaya çıkmasında en önemli sebepler arasında yoğun çalışma ortamı ve çalışmanın geceye sarkmasından dolayı uyku kalitesinin çok düzenli olmaması vardır. İntörn doktorlarımızın yaptığı yine başka bir çalışma olan dönem 6 öğrencilerinin kahve tüketimi araştırmasında yüzde 49.8'in intörnlük dönemin başına göre intörnlük sonunda kahve tüketimlerinde artış olduğunu belirtmiştir. Bu tüketim artışı sadece kahveyle sınırlı kalmamıştır, aynı zamanda bunun yanında süt tozu ve hazır gıda kullanımında da artış olduğu belirlenmiştir. Bu sorunun başlıca sebepleri arasında intörn doktorların yoğun çalışma temposu, tutması gereken uzun nöbetler ve demoklesin kılıcı gibi tepelerinde sürekli duran TUS'un gerek stresi, gerekse TUS dersaneleri yüzünden zaten az olan zamanlarının iyice doldurulması yer alıyor. Bu zaman darlığı ve yoğunluk altında da maalesef intörn doktorlarımız kahve tüketimi ve kahvenin yanında hazır gıda tüketimini arttırmak mecburiyetinde kalıyorlar.

Şubat 2019'da yapılmış bir diğer anketimize göre intörn doktor gruplarımız ve dönem öğrencileri girmişler. Anket sonucuna göreyse orta 15 ölçeğine göre dönem öğrencilerimizin yüzde 31'i orta ölçeğine sahip olduğu ortaya çıkmış, yüzde 31.2'si beslenme eğitimi almamış, yüzde 20.6'sı hiçbir fiziksel aktivite yapmamıştır. Yüzde 20.6'sının yapmamış olduğu diğerlerinin yaptığı anlamına gelmiyor, sadece yüzde 16.8 gördüğünüz gibi düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır ve ortareksiya nervoza eğiliminden bağımsız olarak da yaklaşık 1 080'inin düzenli beslenme alışkanlığı olmadığı gözlemlenmiştir.

Bir diğer anketimizdeyse yine dönem 6 öğrencilerini hedef alan ankette tütün kullanımına başlayan öğrencilerimizin yüzde 77.7'si arkadaşları kullandığı için başladığını belirtmiştir. Bu başlamada başta görülen faktörse rol modellerdir. Bu rol modeller arasında tanınmış kişiler, öğretmenler, politikacıların yanı sıra il sağlık çalışanlarından başka doktorlar, hocaları da yer almaktadır. Bu anlamda da maalesef sağlık çalışanı bir diğer sağlık çalışanı için olumsuz örnek oluşturuyor farkında olarak veya olmayarak.

Aktarmak istediğim sonraki liste öğrencilerin tükenmişlik sendromu yüzdelerini çıkarttık. Dönem 6 öğrencilerinin yüzde 48.4'ü iş yükünün çok fazla olduğunu belirtmiştir. Yüzde 59.2'si haftada 40 saatin üzerinde çalıştığını belirtmiş, bu yoğun çalışma temposuna rağmen yüzde 90.7 intörn maaşlarının yetersiz olduğunu belirtmiştir. Gerek TUS dershaneleri, gerek yorucu iş çalışma temposu sebebiyle yüzde 23.7 hiçbir zaman ailesine veya sosyal hayatına vakit ayıramadığını söylemiştir. Bunlar çok acı tablo, yüzde 41.9'u da stajda herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir. Bu şiddet türleri arasında fiziksel, sözel ve maalesef cinsel şiddet öğeleri de var.

Intörn doktorların kesici, ezici alet yaralanmalarıysa bir diğer önemli konu, 2018 yılında enfeksiyon kontrol ünitemize bildirilmiş 58 vaka var. Tabii bildirilmemiş olanların da olduğunu tahmin ediyoruz. Çünkü bildirimler tam anlamıyla yeterli ölçüde yapılmıyor. 2019'un ilk 6 ayına bakacak olursak yüzde 21'i buluyor. 2018 verilerine göre vaka bildirimlerinin en çok yapıldığı alan tedavi dönemi ve kan alma esnasında olan yaralanmalardır. Bunu kan şekeri bakma ve işlem sonrası malzeme toplarken ki süreç takip etmektedir. Dünyadaki hekimlerinin yüzde 10'nun bu yolla çeşitli hastalıklar kaptığı tahmin edileceği göz önünde bulundurulduğunda bu sayının kabul edilemez olduğunu söylemek istiyorum. Ayrıca bu sayının çeşitli dersler kapsamında hekimlere bu konuda dikkat aşılama en iyi yapan fakülteler arasında olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin olduğu göz önünde bulundurularak Türkiye genel durumu düşünüldüğünde tablonun daha vahim olduğunu belirtmekte bir sakınca görmüyorum.

Yine intörnlerin kesici, delici alet yaralanmaları hakkında 2017 yılında yapılmış bir halk sağlığı anketimize göreyse bu yaralanmaların en çok yaşandığı rotasyonun acil ve genel cerrahi olduğu ortaya çıkmıştır. Yaralanmaya maruz kalan öğrencilerimizin Barratt dikkat alt skorları ve Beck anksiyete ölçeği skorlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla ilgili net bir bağdaştırma yapılamasa da intörn temsilcilerimiz aracılığıyla aldığımız bilgilere göre ve bu yaralanmaların daha çok akşam saatlerinde, yani nöbet çıkışlarında olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamda yoğun iş temposunun bu yaralanmaları arttırdığı da göz önüne serilmektedir.

Yine çok önemli konulardan birisi kan değerlerinin tespiti ve aşılama, maalesef kliniğe geçen doktor adaylarının herhangi bir değer ölçümü ve aşılması beklenmemektedir resmi olarak, bu sadece öğrenciler için yapılmış bir sorumluluk olarak kalmaktadır. Az önce belirttiğim gibi hastadan belli başlı hastalıkları kapma oranının yüzde 10 civarında olduğu düşünüldüğünde bunun çok büyük bir problem olduğu gözler önüne serilmek-

tedir. Çünkü bu şekilde hekim hem kendisini, hem de kendisinden başka hastaları korumak durumundadır aslında, fakat bu öğrencilerin sorumluluğuna kalmıştır maalesef ülkemizde, bu anlamda doktor adaylarına aşılama ve kan değerlerinin tespiti bilincini yerleştirilme ve değer tespiti ve aşılamanın sistemik hale getirilerek pek çok vakanın oluşmasında sebep olacak ortamın kaldırılmasına yönelik olarak.

Bir bence diğer önemli sorunsu, hatta en önemli sorun benim konuşmamda 25 yaş üstü yeni doktorların sağlık sigortası sorunu, yine üniversitemizde yapılan bir araştırmaya göre yüzde 73.1'i 2425 yaşında, yüzde 8'se 26 yaşındadır bizim doktorlarımızın, devletimiz 25 yaşını geçtiği zaman Türk vatandaşlara ailesinden, yani babasından aldığı sağlık sigortası haklarını kaybediyorlar. Doktorlarımıza iş sağlığı sigortası yapmaları için sadece bu anlamda ya genel sağlık sigortalarına başvurmaları veya dışarıdan prim ödeyerek sigorta yaptırmaları gerekiyor. Ayrıca intörn hekimliğinden zorunlu hizmete atmasına kadar olan süreçte de yine sağlık sigortasından faydalanamıyorlar. Bu aralıkta başına gelebilecek herhangi bir sorunda da çok büyük maddi karşılıklarla yüzleşmek zorunda kalabiliyorlar. Bu anlamda intörn doktorlarımızın sağlık güvencesinin tam olması ve kendilerini daha güvende hissetmeleri için bu sorunun da bence bir an önce giderilmesi gerekiyor.

Önerilere gelip toparlayacak olursam, kesinlikle kesicideli engellemek için gerekli eğitimlerin birden fazla olacak şekilde müfredata entegrasyonu sağlanmalı, çünkü bir kere verilmesi yeterli olmuyor gördüğümüz gibi, yani yaralanma 10 civarında olmuşken geçen sene bu anlamda dikkatlerin yükseltilmesi ve farkındalık olması için tekrarlı eğitimlerin olması bence çok önemli.

Tükenmişlik sendromunun azaltılması için iş tanımlarının çok açık bir şekilde belirlenmesi ve bu tanımların yaygınlaştırılarak iş yükünün azaltılmasının sağlanmasıysa bence yine çok önemli bir konu, çünkü buna bağlı olan pek çok riski de ortadan kaldırmış olabiliriz tanımlanabilir olmasıyla, intörn maaşları gösterdikleri emek doğrultusunda yükseltilmeli, özellikle 25 yaş üstü intörnlerin görev yaptıkları süre boyunca ve tabii ki zorunlu hizmet ataması oluncaya kadar da otomatik olarak ücretsiz sağlık sigortası kapsamına alınmaları sağlanmalıdır. Bunu da yurtdışıyla karşılaştıracak olursak özellikle İngiltere'de intörn doktorlar asgari ücretin üzerinde maaş, ücret almaktadırlar. Bu anlamda da gerek sağlık sigortası, gerekse başka anlamlarda alanlarda çok üst düzeyde, bize göre çok üst düzeyde haklar elde edebilmektedirler. Bu alanda intörnlerin haklarının geliştirilmesi bence çok önemli diye düşünüyorum. Klinik öncesinde kan değerlerinin ölçümünün ve buna bağlı aşılamanın sisteme kaydedilmesi yine bu az önce belirttiğim gibi hem hekimin kendisini koruması, hem de başka enfekte olmuş hastaların hekimden korunması anlamında yine sistemik hale getirilip yaygınlaştırılması gereken bir sorun olduğunu düşünüyorum.

Konuşmamda çok fazla değinmiş olsam da yine bence çok önemli bir konu öğrencilik için bu, tıpta bilgi gelişimi logaritmik bir şekilde artıyor ve bu bilgi gelişimi altında öğ-

rencilerimiz ders yüküyle eziliyor maalesef, bu anlamda da ders esnasında bilgi birikiminin aktarımı ve öğrenmeyi kolaylaştırmak için çeşitli metotların belirlenip uygulanması, böylece bilgileri kalıcılaştırırken sınav kaygısına bağlı beslenme ve uyku bozuklukları, kahve tüketimi ve tütün kullanımının azaltılması hedeflenmelidir. Sadece okulda değil, belki de sanalda eğitimlerin olması, internetle başka bağlantılar üzerinden eğitimlerin olması da, platformların yaratılması da bence çok önemli, böylece hem bilgilere ulaşım kolaylaşacaktır, hem tekrarlama, bilgileri tekrarlama ortamı sağlanacaktır. Hem klinik ortamdaki eğitimlerinde, hem de daha sonrasında iş hayatlarında da bilgi anlamında sorun yaşamayacaklar ve buna bağlı stres ve diğer riskler de ortadan kalkacaktır diye düşünüyorum. Bizim tıp öğrencileri olarak araştırmalarımız ve önerilerimiz bu şekildeydi. Dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Azize Atlı Özbaş

Sayın Yapıcı'ya konuşmalarından dolayı teşekkür ediyoruz. Kapadokya Üniversitesi Tıbbi Görüntüleme Teknikerliği Programından Sayın Büşra Çelebi aramızda olmadığı için sunumunu Hatice Ataş gerçekleştirecek.

Hatice Ataş

Kapadokya Üniversitesi Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı

Öncelikle hepinize merhabalar, ben öncelikle kendimi tanıtayım. Kapadokya Üniversitesi Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı 2. sınıf öğrencisi Hatice Ataş. Konumuz tıbbi görüntüleme teknikleri öğrencileri sağlık sorunlarıydı. Nasıl hazırlandığımıza dair bilgi verecek olursam, bir çalışma grubu oluşturduk öncesinde, hocalarımız bize bu konu hakkında bahsettiğimiz arkadaşlarımız ve kendi aramızda 8 kişilik bir gönüllü grup oluşturduk. Önce araştırma ve gözlem yaptık. Araştırmadan önce bir görev dağılımı yaptık aramızda, 2 ay süresince bir araştırmaya başladık. Onun dışında yazın olsun, geçen sene yaptığımız stajlar olsun bu sıralarda yaptığımız gözlemleri aktardı sunumumuza, daha sonrasında veri topladık. Veri toplarken farklı üniversitelerden arkadaşlarımız, yüz yüze görüştüğümüz arkadaşlarımız oldu, onlardan bilgi topladık. Onun dışında bir anket çalışmamız oldu. Anket çalışmamıza üniversiteden 179 yanıt aldık. İlerleyen sunumlarımda bunları size aktaracağız, şimdi konumuza geçelim.

Sağlık sorunlarımız diye başlamıştık. Sorunlarımızın zaten hemen hemen çoğu sağlık sorunlarımıza giriyor. Sağlığın tanımına bakacak olursak eğer kişinin kendini bedenlen ve ruhen iyi hissetmesi demektir. Bedenen de, ruhen de iyi hissetmemiz gerekiyor. Staj ücretine bakacak olursak stajyer öğrencilerin önemli bir sorunu haline geldi staj ücreti, kanunda zaten stajyer ücreti belli bir ücret oranı var. Şimdi bu verilere bakacak olursak eğer 30 işgünü içerisinde asgari ücretin 1/3'ü kadar staj ücreti almamız gerekir bizim, fakat bazı işletmeler ne yapıyor? Bu özel hastanelerden bahsedeyim, stajyer öğrenci hastanede staj yapmak istediğini dile getirince stajyer öğrenciden belli miktarda bir ücret alıyor hastaneler, bu stajyer öğrenciler için büyük bir sorun haline gelmiş durumda.

Onun dışında stajyer ücretlerinin geç yatması da bizi rahatsız eden durumlardan bir tanesi daha, öbür konuya gelecek olursak hastane yemeği var. Hastane yemeği de yasal düzenlemeye rağmen hâlâ ücretsiz yemek yiyemediğimiz hastaneler var. Yaşıyoruz bunları, görüyoruz. Ekstra olarak stajyerler belli bir saatten sonra, hastane personelinin sonra yemek yiyor. Bu bizi rahatsız eden durumlardan bir tanesi yine, görüştüğümüz arkadaşlarımızdan da bunları duyuyoruz.

Öbür sorunumuzsa, stajyer öğrencilerin çalışma saatleri, biz yasaya göre tıbbi görüntüleme teknikeri öğrencileri olarak diğer stajyer öğrencilerle çalışma saatimiz haftalık 35 saat, fakat buna rağmen bu sürele uyulmuyor. Uyulmadığı gibi de fazla çalıştırılmaya tabi tutuluyoruz. Onun dışında hasta bitmeden çıkılmasına radyoloji servisinde hasta bekleme dahi koridordan hasta gitmediği sürece bizim orada durmamızı söyleyen hastaneler oldu. Stajyer öğrencilerin iş yükü ucuz asıl işgücü bindiriliyor üzerlerine. Bir diğer sorunumuz daha önce bahsettim, ucuz işgücü olarak görülme, bu özellikle özel hastanelerde karşılaştığımız bir durum, devlet hastanelerinde de karşılaşıyoruz. Ucuz işgücü olarak görülüyor. Bunu söylemişim, yüz yüze görüştüğümüz arkadaşlarımız olmuştu. Başından geçen bir olayı anlattı. Öğlen hasta gelmeden önce yemeğe çıkayım derken sonra hasta geliyor. Hasta da ben buraya para ödüyorum, ne yemeği der gibi laubali çıkışta bulunuyor arkadaşımıza, yani demem o ki ucuz işgücü olarak görülüyor. Bu zaten angaryaya giriyor, angarya da Anayasaya göre yasak bir durumdur.

Sorunlarımızın öbürü alanların dışında çalıştırılma, bizim çalışma alanımız normalde radyoloji tıbbi görüntüleme teknikleri öğrencisi olarak, ama radyoloji servisinin dışında çalıştırıldığımız da oluyor. Asıl işgücü olarak görülüyor. Teknisyenler, sorumlular oralarda kendi kişisel işlerine dahi bizi koşturduğu oluyor. Bu da bizi angaryaya sürüklüyor. Asıl çalışanların hatalarını stajyerlere yüklemesi, yaşanmış bir olay var, arkadaşımız gene grup içerisinde bu ekip halinde çalıştığımız arkadaşlarımızdan bir tanesi yaşanmış olayını anlattı. Hastanede stajyer olduğun zaman teknikerler tarafından yapılan yanlışların her zaman benim ve arkadaşlarımın üzerine atılması, stajyeriz diye bilgisiz ve sorumsuz görülmek psikolojimizi olumsuz etkiledi diye anlatmıştı bize, gene dediğim gibi bu durumlar ruh sağlığımızı olumsuz yönde etkiliyor ve bizi bulduğumuz çalışma ortamından uzaklaştırıyor.

Gelelim anket bulgularımıza, başında bahsetmişim bir anket çalışmamız var diye, anket bulgularımıza baktığımızda öncelikle cinsiyetini sorduk. Kadınların oranını erkeklere göre daha fazla, bu oran ilgimi çekti açıkçası, kendi adıma da sevindim diyebilirim. 128 kadın 51 erkek anketimizi cevaplandırmış. Yaz stajımızı ve hastane uygulamalarımızı hangi hastanede yaptınız diye sorduk. Yüzde 32 oranında 71 kişi üniversite hastanesi diye yanıtlamış, ardından yüzde 30 oranında 67 kişi devlet hastanesi olarak yanıtlamış anketimizi, ondan sonra eğitim araştırma hastanesi geliyor. 35 kişi eğitim ve araştırma hastanesinde staj yaptığını söylemiş. Diğerlerine baktığımızda şehir hastanesi, özel hastanelerin oranının az olmasını özel sektörün elinde olmasına bağlayabiliriz. Staj veya uygulama eğitimi aldığımız hastanede fiziki şiddete maruz kaldınız mı diye sorduk. Bir

kişi evet demiş, bu fiziki saldırıya dair biz haber gördük. Linkini açmadan size şöyle izah edebilirim: Hastaneye nişanlı çift geliyor. Röntgen çekilecek kişi kadın, öğrenci stajyerler de ikisi de erkek, kadını röntgen çekimi için alıyorlar. Üzerindeki önlüğü çıkarması gerektiğini söylüyorlar, fakat nişanlısı hani kadınların kadınları çekmesini, erkeklerin erkeğe çekmesini söylüyor. Bu sırada bir kavga çıkıyor ve iki stajyer öğrenciye saldırı oluyor. Onun üzerine bir de kamu malına, yani röntgen tüpüne zararda bulunuluyor. Bu günlük hayatta yaşanan şeyler, fakat pek dile getirilmiyor. Diğer bir sorumuz: Uygulama eğitimi aldığınız hastanede sosyal, psikolojik ya da ekonomik baskı, mobbing yaşadınız mı diye sorduk. 21 kişi evet cevabını verdi yüzde 12 oranında, aslında mobbingin tanımına baktığımızda bu evet cevabının daha fazla olmasını beklerdik biz, çünkü mobbingin tanımında bir grup insanın bir kimseye veya başka bir gruba sosyal kabadayılık yapmasıdır. Latince kökenli sözcük psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, rahatsız etme veya sıkıntı vermek anlamlarına gelir. En iyi ifade eden anlamıyla yıldırma veya işyerinde psikolojik terör anlamındadır. Bu tanımımıza baktığımızda aslında oranların daha yüksek olmasını beklerdik. İnsanların mobbing tanımını çok iyi bilmediği için yaşadıkları olayın mobbing olmadığını düşünüyorlar.

Diğer bir soru: Staj veya uygulama eğitimi aldığınız hastanede sözlü veya fiili tacize uğradınız mı? Buna bir kişi net cevap vermiş evet diye, hatta 11 kişi içerisindeki bir kişi de bizim gene ekip çalışmasında çalıştığımız arkadaşlarımızdan biri sözlü, fiili tacize uğradı. Yüzde 7 oranında 11 kişinin olması önemli ve üzücü bir durum aslında.

Diğer bir soru: Şiddet, mobbing veya tacize uğramanız halinde nereye nasıl başvurabileceğinizi biliyor musunuz? Bu soruya yüzde 40'ı hayır cevabını verdi, bilmiyorum demişler. Aslında okullarda bu durumlarda ne yapılacağına dair müfredat içerisinde bir konu eklenebilir. Şiddet, mobbing veya tacize maruz kalanların bu kurum, kuruluş, yazdığımız Alo 171 buralara başvurmaları gerekiyor. Nerelere başvuracaklarını bilmeleri sorunların çözülmesine ve mobbing, şiddet, taciz gibi olayların daha azımsanacağını düşünüyorum. Sessiz kalınmaması gerektiğini düşünüyorum.

“Staj veya uygulama eğitimi aldığınız hastanede çalışma koşullarından veya ergonomiden kaynaklanan bir sağlık problemi yaşadınız mı” diye sorduk. Buna yüzde 67 oranında evet cevabı aldık 12 kişiden, sağlık sorunu çok yaşamadıklarını düşünüyorlar. Fakat bunun içerisinde üşütmeye bağlı grip olduğunu söyleyen arkadaşlarımız da oldu.

Diğer bir soruya bakalım: Staj veya uygulama eğitimi aldığınız hastanede kesici, delici alet yaralanması yaşadınız mı? Buna 5 kişi evet demiş. Kesici, delici alet yaralanmasında direkt acil servise gidilip adli vaka olan iş kazası tutanağı tutulması gerekiyor.

“Staj veya uygulama eğitimi aldığınız hastanede çalışma ortamı kaynaklı herhangi bir enfeksiyon sorunu yaşadınız mı” diye sorduk. Bu soruya 3 kişi evet dedi. İçeriğini tabii bilmiyoruz sormadığımız için, ama ankette enfeksiyon açısından önlemlerin alınıp alınmadığına dair nasıl değerlendirildiğini sorduk. Çoğunlukla önlemler yeterlidir cevabını aldık, ama şöyle baktığımızda yüzde 27 gibi oranda önlemlerin yetersiz olduğunu söyle-

yebilirim. Diğer bir şeyse yüzde 25 oranında bir fikre sahip olmadığını söyleyenler var. Bu da düşündürücü bir durum.

“Staj veya uygulama eğitimi aldığınız hastanede dozimetre kullandınız mı” diye sorduk. Buna 156 kişi hayır demiş, büyük bir oran aslında, stajyer öğrencilerin ... kullanması gerekiyor, ben de öyle düşünüyorum. İlerleyen senelerde buna daha dikkat edileceğini umuyorum.

“Nükleer tıpta çalışırken üzerinize herhangi bir şekilde radyofarmasötik bulaşması oldu mu” diye sorduk. Buna nükleer tıpta çalışmadım, 131 kişi nükleer tıpta çalışmadığını söylemiş. İçlerinden bir kişi de bulaştığını söylemiş. Uygulama eğitimi aldığımız hastanede radyasyondan korunma önlemlerine ilişkin yeni bir soru sorduk anketi cevaplayan arkadaşlarımıza, bu konuda şunu söyleyebilirim: İşte portal röntgen olsun, radyografi, mamografi, tomografi, anjiyografi, nükleer tıp, yani radyasyon olduğu alanlarda korunmanın ne kadar önemli olup olmadığını o konularda stajyerlerin ne düşündüğünü sorduk. Yeterliliğini sorguladığımızda çoğunlukla yeterliliğine katılıyorum cevabı ağırlık bastı. Fakat sabit olmayan portal röntgenlerde bir sorun olduğunu düşünüyor. Çünkü katılıyorum diye, kısmen katılıyorum oranı katılıyorduma göre daha yüksek. Bu konuda ciddi bir şekilde problem olduğunu düşünüyorum.

Ankette evet/hayır cevaplarımızın yanı sıra yazılı olarak da bir görüş istediğimiz alan bırakmıştık. Bu alana arkadaşlarımız görüşlerini yazmış. Görüşlerini derledik, derlediğimizde içerisinden birkaç tanesini alıp öne çıkardık. Bakacak olursak öğrencilerin de insan olduğu unutulmamalı demiş bir arkadaşımız, sadece hastanede sağlığınız için gerekli önlemler eş geçilmekte, sebebini sorduğumuzda da şu an yoğun, bununla zaman geçiremeyiz cevabını almaktayım. Arkadaşımız eş diye yazmış. Yazım hatalarını düzeltmedik, olduğu gibi buraya aktardık. Sırf hasta memnuniyeti sebebiyle stajyer öğrencilere fazla ilgi gösterilmiyor, ilgilenilmiyor, herhangi bir sağlık problemi karşısında mesuliyet üstlerine almıyorlar. Bunu söyleyen arkadaşımız büyük ihtimalle özel hastanede görev yapmış, orada staj yapmış. Bu özel hastanede çalışanların temel bir sorunu diyebiliriz. Sinir, stres, baş ağrısı gibi rahatsızlıklar radyoloji oranında radyoloji servisinde çalışanların hemen hemen sorunu diyebilirim. Teknisyen ve öğrencilerin sağlığının korunması için bir önlem alınmıyor. Öğrencilere de dozimetre verilmesini düşünüyorum. Bu dozimetre konusu stajyer öğrenciler, tıbbi görüntüleme teknikleri, stajyer öğrencilerin genel bir sorunu diyebilirim.

Hastanelerde enfeksiyona yönelik önlemler gerçekten yetersiz, hem çalışan için, hem de hastalar için ciddi bir sorun teşkil ediyor. Dezenfektan sıfır, gözlerim enfeksiyon kapmıştı demiş bir arkadaşımız, yazım hatalarını düzeltmedik dedik gene, göz enfeksiyonu sıfır olduğunda gözlerinin iltihap kapıldığını, şikayetini burada dile getirmiş. Kullanılan aletlerin kapatılmaması sebebiyle sorun yaşadım. Klima kapatılmayınca üşünüyor, hasta olunuyor radyoloji servislerinde. “Emin olun ki radyasyona maruz kalmak atanamamak kadar koymuyor bana”, buna gene tüm mezun öğrencilerin, okuyan öğrencilerin

genel bir sorunu diyebiliriz. Burada da ekip halinde çalıştığımız sıralarda çekildiğiniz bir fotoğraf var. Fatih arkadaşımız kamera arkasında olduğu için burada çıkmadı. Sabrınız için ve dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Azize Atlı Özbaş

Sayın Ataş'a sunumu için teşekkür ediyoruz. Antakya Mustafa Kemal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünden aynı zamanda da SES Öğrenci Komisyonundan Fatma Ardalı kürsüye davet ediyorum.

Fatma Ardal

*Antakya Mustafa Kemal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü
SES Öğrenci Komisyonu*

Değerli hocalarım ve arkadaşlarım, konuşmamı herkesi selamlayarak ve SES Öğrenci Komisyonu adına burada olduğumdan onur duyduğumu belirterek başlamak istiyorum. Biraz da kendimi tanıtmış olayım. Ben Antakya SES Öğrenci Komisyonundan Fatma, fizik tedavi 4. sınıf öğrencisiyim. Bugün kendi alanında dahil olmak üzere sağlık öğrencilerinin sağlığı sorunları üzerine SES Öğrenci Komisyonunun Antakya'da kurulma aşamasında yaşadığımız zorluklara ve geldiğimiz aşamadan hedeflerimize kadar geniş bir yelpaze sunmaya çalışacağım.

Önce aslında sağlığta şiddetin nasıl açığa çıkarıldığı kısmından bahsetmek istiyorum ben biraz, hepimizin bildiği üzere faşizmin bu dönemde kendini zorla inşa etmeye çalıştığı, dünyanın neredeyse her yerinde faşist iktidarların hortladığı ve kendi meşruiyetlerini kabul ettirmeyen bu iktidarların aynı oranda da karşılardaki toplumsal muhalefetten her alana saldırdığı zorlu bir dönemden geçiyoruz. Bu faşist iktidarlar demokratik yollarla da olsa, zorla da olsa bir şekilde meşruiyetlerini kabul ettiremiyorlar ve bunun sonucunda da bütün toplumsal muhalefet olarak baskıyı fazlasıyla hissediyoruz. Kapitalizmin kendi içerisinde bir krizde olduğunu ve bu krizi aşmak için de yıllarca direnerek mücadele ederek aldığımız tekrar hak ve kazanımları her yanından toparlanmaya çalışıldığının bilincindeyiz. Bunlardan aslında bahsetmemin nedeni bu saldırı ve kaos ortamı sonucunda zorla açığa çıkarılan bir şiddet durumu var ve bu şiddet kombinasyonunu en çok biz sağlık emekçileri ve sağlık öğrencileri etkileniyoruz. En çok etkilenen alanlardan biri aslında, şiddetin ve savaşın, sömürünün tam karşısında bugün hep birlikte burada olmaktan ben çok mutluyum.

Şimdi yaşam alanlarımız olan üniversitedeki sorunlarımıza aslında değinmeden önce biraz nasıl bir araya geldiğimizden bahsetmek istiyorum, üniversite pratiğimizi nasıl inşa ettiğimizden, aslında ilk olarak Sağlık Emekçileri Sendikası'ndan arkadaşlarımızdan kişisel ilişkilerimiz üzerinden bağ kurarak bunları geliştirerek hareketimizi başlattık. Başlangıçta tabii hepimizin kafasında çok fazla soru işareti vardı. Neden sağlık çalışanları alanında çalışma yapacağımız, neden işkolları içerisinde öğrenciler olarak çalışma yapacağımıza dair çok fazla soru vardı. Tabii bunu kendi içerimizde Sağlık Emekçileri Sendikası arkadaşlarımızla görüşerek ve derinleştirerek yol yürürken aslında bu şeyleri biraz daha anlayıp derinleştirdik.

SES Öğrenci Komisyonu fikri aslında yayabildiğimiz dar bir grup içerisinde tartışarak fikri derinleştirme ve geliştirme yönünden hamleler attık. Hem sendikayla, hem de kendi içimizdeki tartışmalarımız ve öğrenci komisyonuna dair yaptığımız okumalarda

teorik çalışmalarımızı başlatmış olduk. Bu süreçte yaptığımız toplantılar ve bilinç yükseltme çalışmalarısıyla komisyonumuzu bilinç alanında beslemeye başladık. Bundan sonra tabii bazı belli başlı hamleler atmak gerekiyordu. Kitleselleşme ve geniş bir halkayı yakalama anlamında da yaptığımız ilk etkinlik sağlıkta ve sosyal hizmetlerde dönüşüm paneli oldu. Birazdan size panelin afişini ve katılımcıları da göstereceğim. Araya giren yaz döneminde de çalışmalarımız fiili olarak devam etmese de iletişim halinde, irtibat halinde olmaya devam ettik. Sonrasında da üniversite gündemine dair çeşitli eylemler, organizasyonlar gerçekleştirdik. Daha geniş kitlelere hitap edebilmek için ölçeği daha dar tuttuğumuz, ama kitleyi daha geniş, daha geniş kitlelere ulaşabileceğimiz organizasyonlar yaptık. Az sonra o organizasyonlardan da fotoğraflar açacağım.

Eylem pratiğimizden bahsederken tabii neye karşı mücadele ettiğimizi ve mücadele hakkımızın odak noktasını oluşturan üniversitelerde nelere karşı mücadele ettiğimizi somut olarak ortaya koymak konuyu tamamlamaya yardımcı olacaktır diye düşünüyorum. Maalesef ki geldiğimiz noktada üniversiteler bizim için bilimden uzak, içi tamamıyla boşaltılmış niteliksiz, bizi sadece iyi bir personel olarak yetiştirmeye yönelik programlanmış bir öğretim formatına girmiştir. Üniversitelerde sadece iyi bir fizyoterapist ya da iyi bir hemşire, iyi bir doktor olmamız önemseniyor, ama diğer tüm meseleler göz ardı edilebiliyor. Tabii bu sürecin kendisinin bir sistematik halinde inşa edildiğinin farkındayız. Bu bugün ya da birkaç yıl öncesine dayanan bir şey değil, bu süreçte biz aslında miladımızı şuna dayandırıyoruz: Bu suça ortak olmayacağız diyerek savaşa karşı yaşamı savunan barış akademisyenlerinin üniversitelerden ihraç edilmesiyle aslında sürecin miladı başlamış oldu. Bu süreç başlamış oldu. Niteliksiz ve içi boşaltılmış bir eğitim öğrencilere empoze edilmeye başlandı. Sonrasında hayatımız, aslında hayatımıza böyle göz açıp kapayıncaya kadar bir kavram girmeye başladı: Güvenlik soruşturması diye bir kavram ve bu kavramla aslında tanışmaya başladıktan sonra tüm gençlerde hepimizde olduğu gibi bir gelecek kaygısı ve aslında ilerisi için de halkla sağlıkçılar arasındaki bağı koparacak ilk hamle böylece atılmış oldu. Bununla birlikte düşünmekten, sorgulamaktan, bilimden, sanattan uzak programlanmış birer işsizler ordusu ya da işçi gençlik ordusu yaratıldı. Üniversiteyi her yandan kuşatan bu sistematik yaşam alanlarımızı da, yani üniversiteleri birer ticarethane alanına dönüştürdü. Bizler aslında bu üniversitede birçok konudan çok fazla şikayetçiyiz ve bunlarla ilgili alternatif şeyler üretmeye çalışıyoruz. Biraz da bu sorunlardan daha derinlemesine bahsetmeye çalışacağım.

Bizler üniversitelerimizdeki cinsiyetçi eğitimden şikayetçiyiz. Bu biraz soyut bir kavram olarak kalmış olabilir, biraz daha açmak gerekirse, sağlık öğrencileri çok daha iyi biliyorlar ve tanıklardır. Genelde dersler kadın bedeninin biyolojisi üzerinden ve kadın biyolojisinin daha zayıf olduğu üzerinden anlatılıyor. Bu bile aslında eğitimdeki cinsiyetçiliğin karşımıza bir şekilde çıkıyor oluşu. Üniversitelerden şikayetçi olduğumuz kadınların üniversiteler içerisinde tacize uğrama riskinin artık rastlantısal boyutlara vardığını ve bununla ilgili okul yönetiminin hiçbir güvenlik geliştirmemesinden şikayetçiyiz. Aydınlatılmayan dağ başında yapılan konutlara giderken tacize uğrayan her kadının taciz suçuna aynı zamanda yönetim de ortaktır diyoruz. Tabii biliyoruz ki bir taciz durumunda

sadece tacizci değil, onu yasalarla cezalandırmayan yargı sistemi de, buna karşı önlemler almayan okul yönetimi de suçludur. Sağlık alanındaki öğrenciler olarak staj dönemlerimizde gün boyu emek gücümüzü hiçbir ücret almadan satmak zorunda bırakıldığımız üniversite hastanelerinde ücretsiz yemek bile yiyememekten şikayetçiyiz. Staj öncesinde ya da sonrasında sağlığınıza dair aşı, kontrol gibi hiçbir tedbir alınmamasından şikayetçiyiz. Bununla ilgili bir bilinçlendirme çalışması yapılmamasından da tabii ki, okul içerisinde sanatsal, kültürel, ekolojik hiçbir çalışma alanına izin vermeyen okul yönetimlerinden şikayetçiyiz. Ekonomik krizin faturasının biz öğrencilere kesilmesini kabul etmiyoruz. Her yıl katlanarak artan yemekhane, yurt, çay ve kahve zamlarından şikayetçiyiz. Çünkü bu aynı zamanda bizim okul içerisindeki performansımızı, derslerdeki başarılarımızı ve aslında hayata bakış açımızı da etkileyen durumlar, bizden veya sağlık öğrencilerinden tamamıyla bağımsız durumlar değil. Ekonomik krizin faturasını öğrencilere, yoksullara değil, okul yönetimine kesilmesi taraftarıyız.

Bir diğer sorun da anadilde kendini ifade edememenin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne aldığımızda aslında her bireyin kendi anadilinde eğitim görmesine fırsat tanınmayan tek tip eğitim biçimini kabul etmiyoruz. Üniversite eğitiminin içerisinde farklı hiçbir cinsel yönelime, farklı hiçbir cinsel kimliğe yönelik davranış biçimi ve tedavi şeklinin içerilmeyen oluşuna, aksine ve LGBT'li ve HIV pozitif bireylere ucube, hasta gözüyle aksettirilen bir eğitim biçiminden bizler şikayetçiyiz sağlık çalışanları, sağlık öğrencileri olarak. Bunun alternatifini oluşturmak için alanın özneleriyle iletişimi gayrimeşru, hatta ahlaksız yaklaşımlar olarak gören yönetim biçimlerinden şikayetçiyiz. Üniversitelerin şehir dışına yapılıyor oluşu ve aslında üniversiteden başlanarak sağlık öğrencileri ve halk arasındaki bağın koparılması mevzusundan bizler fazlasıyla şikayetçiyiz. Bunların karşısında tabii ki SES Öğrenci Komisyonu olarak yeni dönemde mücadele hattımızın merkezine bu sorunları alarak ve bu sorunlara alternatif çözümler üreten bir çalışma yöntemi benimseyerek başlayacağız. Muradımız sadece Antakya'da sağlık öğrencilerinin yaşadığı sorunları çözmek değil, Türkiye genelinde kiteselleştirdiğimiz ve çalışmalarımızı aktif olarak yürüttüğümüz bir çalışma yöntemini hedefliyoruz. Herkese değerli katkılarından dolayı çok teşekkür ediyorum, beni dinlediğiniz için teşekkürler.

Yaptığımız etkinliklerden birkaç tane görsel açmak istiyorum. Mehmet Zencir'in katılımıyla sağlıkta dönüşüm panelimiz, bu son yaptığımız SES Öğrenci Komisyonunun yaptığı bir geziden kesit, beni dinlediğiniz için tekrar teşekkür ederim.

Azize Atlı Özbaş

Sayın Ardal'a çok teşekkür ediyorum. Sevgili genç arkadaşların sunumlarından beri topladığım bazı başlıklar var. Bunları da konuşma açısından son derece önemli ve anlamlı olduğunu düşünüyorum. Öncelikle gördüğüm kadarıyla bütün grubun staj ücretleriyle ilgili talepleri var ve staj ücretleriyle ilgili farklı görüşleri var. Hemşirelik camiasını ikiye bölen bir konudur bu staj ücretleri konusu, öncelikle stajın tanımı nedir konusunda bir karmaşa olduğunu görüyorum. Onu netleştirerek ben başlamak istiyorum. Staj dediğimiz şey temel eğitim bittikten sonra yapılan uygulamalar ve eğitim süresin-

ce devam eden hastane uygulamalarını biz klinik uygulamalar olarak adlandırıyoruz. Türk Hemşireler Derneği olarak uzun yıllardır öngördüğümüz üzere örnekleri de çok acı şekilde yaşadığımız staj ücretlerinin bazı sonuçları var ve bunlarla mücadele ediyoruz. Bu sonuçlardan bir tanesi hastanelerin biraz önce arkadaşın da bahsettiği üzere ücret ödememek için öğrencileri kabul etmemesi ve bu yüzden son sınıfa kadar laboratuvarda uygulamaları yürütmeye çalışan ve kliniklere çıkamayan hemşirelik öğrencileri var. Sayı çok fazla olduğu için 200300 kişilik sınıflarla, öğrencilerle biz çalışmak durumunda kaldığımız için bu kişilere uygulama alanı bulmakta da gerçekten zorluk yaşıyoruz. Ucuz işgücü olarak görüleceklerini öğrencilerin biliyoruz ve bununla ilgili kaygı ve önlemlerimiz var. Gerçekten de uygulayan bazı hastanelerde intörlük uygulaması adı altında hemşire açığını kapatmak için öğrencilerin kullanıldığına şahit oluyoruz. Öğrencilerin kendi istekleri dışında zorla 24 saat, 16 saat nöbetlere sokulduğunu ve bu nöbetlerde de eğiticileri olmadan, kılavuz hemşireler olmadan uygulama yaptıklarını görüyoruz. Bu hem toplum sağlığı açısından, hem halk sağlığı açısından, hem de hizmet alanı açısından son derece riskli uygulamalara gebe bir durum ve örneklerini de görüyoruz. İsim vermeyeceğim bir hastanede, bir üniversite hastanesinde 1. sınıf öğrencilerinin dahi taşeron firmadan görevlendirilip yoğun bakımda, acil servislerde hemşire gibi çalıştırıldığını biliyoruz. Taşeronun yolunu açacak ve öğrencileri işgücü olarak sisteme sunacak bir uygulama olduğuna inanıyoruz biz staj ücretlerinin ve bunun için Türk Hemşireler Derneği hiçbir zaman staj ücreti için mücadele etmedi, staj ücretini talep etmedi. Öğrenci komisyonundaki arkadaşlar da bunu vurguladı ki Hemşirelik Yasasında çalışan bütün, yönetmeliği yaparken çalışan bütün hemşirelere öğrenci hemşirelerle ilgili sorumluluk verilmiş olmasına rağmen sizlerin de bahsettiğiniz gibi hemşire arkadaşlara çok fazla sahip çıkamama durumu oluyor. Çünkü biz şunu gördük: O klinikte stajyer hemşire başladığında hele de ücretliyse, kurum hocasını almıyor o kliniğe, çünkü hocaya da ücret ödemesi gerekiyor. Öğrencinin o klinikte hocasız olması öğrencinin savunmasız olduğu anlamına da geliyor. Şiddete karşı onu kimse korumuyor ki istatistik sonuçları şunu göstermiş: Sağlık çalışanları tarafından en yüksek oranda da belki öğrenciler şiddete maruz kalıyorlar. Bu çok tehlikeli olan ortamlarda zaten kendi becerilerinin çok gelişmediği ortamlarda pek çok riskle karşı karşıya kalıyorlar. Bu risklerde de ne kadar kapsayıcılığın içinde olup olmadığını öğrenciler şu an sorgulamayı akıllarına belki getiremiyorlar. Şiddete uğradığında öğrenci şiddetle ilgili yasa kapsamında mıdır ya da iş sağlığıyla ilgili bütün yasa ve yönetmelikler çalışan der ve öğrencilerin gerçekleştirdiği kesici, delici alet yaralanmaları bile kurumdan bağımsızdır ve rapor edilmez, istatistiklere geçmez. Öğrencilerin bu kadar tehlikeli ortamlarda mümkün olduğu kadar biz hemşirelik fakülteleri öğrenciyi yalnız bırakmamaya gayret ediyoruz ve öğrenciyi yalnız bırakmamamızın gerekçesi de şu oluyor: Eğitimleri devam ediyor. Bunlar, bu çocuklar burada işçi değil, öğrenciler, çalışmak için burada değil, eğitimlerine devam etmek için buradalar. Biz çözümleri böyle bulduk, ama dediğim gibi camia ikiye ayrılmış durumda ve farklı yaklaşımlar da var. Bizim de gönlümüz ister öğrencimiz ekonomik olarak daha rahat şartlarda olsun, ama bunun çözümünü öğrenciyi ucuz işgücü olarak sisteme sunmanın bir kapısı olacak staj ücreti değil, daha farklı bir yolla ya da daha eğitim ve öğrenciyi koruyacak bir şekilde yapılmasıyla ilgili mücadelemiz devam ediyor.

Görev dışı iş yaptırılmasıyla da ilgili aslında pek çok sosyal medyada da görüyorsunuz, mezuniyet konuşmalarına dahi konu olan ve hemen hemen bütün sağlık çalışanlarının dert edindiği bir konu bu, gerçekten hocanız hoca olduğu klinikte bunu yapamıyor, ekip yapamıyor ve siz yalnızca hocası diyor ki benim öğrencim bunu öğrenmek için burada ve onun görevi dışında şunları yaptırılmazsınız. Bu açıdan baktığımızda da yalnız başına öğrencinin klinikte olmaması öğrenciyi koruma açısından çok daha güvenli bir yol olarak düşünülüyor. Şiddet çok önemli bir konu gerçekten ve literatür de şunu söylüyor: Öğrenciler cinsel şiddete uğrama açısından en riskli gruplar ve en fazla sessiz kalan grup, ne yapacağını en fazla bilemeyen grup ve sağlık çalışanları olarak birebir temas içindeyiz ve cinsel tacizi belki hastalığa bir tepki olarak patoloji düzeyinde de kullanabilen bir gruba hizmet ediyoruz. O açıdan bunun konuşulabilir olması ve bunu buraya getirdiği için de arkadaşlara özellikle ben teşekkür etmek istiyorum. Öneri olarak oryantasyon çalışmalarının birazcık daha etkili olabileceğini düşünüyorum. Bu baş etmeyle ilgili bireysel önlemler kesinlikle işe yaradığına inanıyorum, ama kişinin stresle baş etmesi, kişinin kendisini korumasını öğretmeye çalışmak biraz da kurbana biraz fazla sorumluluk vermek gibi geliyor diye düşünüyorum. Onun için kesinlikle yasal düzenlemelerin, kurumsal düzenlemelerin ve okulların bu işin içinde yer alması ve sorumluluğu alması gerekiyor diye düşünüyorum.

Biz zamanımızı bir hayli etkin kullandık. Sorularınız varsa alabiliriz. Bir hayli soru var, çok sevindirici bence gençler.

Katılımcı

Merhaba, ben İzzet Baysal Üniversitesinden geliyorum Hemşirelik Fakültesinden, 4. sınıf öğrencisiyim. Parmağın çok olması, el kaldırma sebebi büyük ihtimalle çok fazla sorunumuz olmasından kaynaklı. Hocam, aslında çok fazla sorun var. Mesela, ben staj ücreti olarak 18 lira yaptım bana ve 1 000 yatıran arkadaşlarım oldu, 800, yani çok ciddi paralar yatıran arkadaşlarımız da oldu. Benim eksikim neydi diye düşünüyorum, ben neden daha, 18 liralık mı iş yaptım ya da arkadaşlarım 1 000 liralık mı? Yani birçok soru aramızda dönüyor, birbirimizle alay etme konusuna kadar geliyor bu öğrenciler arasında, önceliğimiz gerçekten staj ücretleri ya hiç verilmesin, hani vermiyorlarsa, maddi yani vermiyoruz, veremiyoruz diyorlarsa ya da eşit bir şekilde dağıtsınlar. Hastaneye sordüğümüzde biz eşit yatırdık, bankayla alakalı bir sorundur diyorlar. Bankaya soruyoruz, banka bize bu şekilde talimat geldi diyor. Hani biz öğrenciler olarak neden bu şekilde olduğunu bir türlü algılayamıyoruz, oturtamıyoruz. Birincisi bu, ikinci olarak aslında ben şeyi söylemek istiyorum. Çok canımı sıkan bir mesele, ben ön lisans okumuştum, rehabilitasyon okudum, ama yaşlı bakım okuyan arkadaşlarımız da vardı. Bunlar hastanede benim kendi arkadaşlarımda örnek gördüğüm mesela, temsil personeli olarak işe başlatıyorlar, ama bunları ciddi yerlerde çalıştırıyorlar hemşire olarak, bunu yapan maalesef hastanelerimiz var. Yoğun bakımda çalışan, hatta çocuk yoğun bakımda çalışan arkadaşlarımız var. Bunu gördükçe çok canım sıkılıyor benim, yani torpil meselesi deniliyor ya, ama ciddi oranda bir sıkıntı bu, böyle sorunlar var. Bunlar nasıl aşılacak, çok merak ediyorum.

Nimet Erdem Akkoç

Hocam, öncelikle ben sizin yanıtınız için teşekkür ediyorum. Ben de bu konuda Sayın Muhammet Aydın ve Hatice Aktaş'a soru sormak istiyordum. Merak ettiğim bir konu, iki arkadaşımız da sunumlarında stajyer teknisyen veya stajyer tekniker şeklinde sunumlarında belirttiler. İşte staj ücreti konusunu da belirttiler. Sizin de açıklaması doğrultusunda bizler hemşirelik öğrencileri olarak, ben de Gazi Üniversitesi 4. sınıf öğrencisi Nimet Erdem Akkoç, bizler hocalarımızın da, sizin de yaptığınız açıklama doğrultusunda ben tekrar dile getirmek istiyorum. Staj değil, kullandığımız kelime tabir olarak staj değil, dersin uygulaması şeklinde görüyoruz ve 1. sınıftan itibaren ana derslerimizin hepsinde dersin uygulaması şeklinde hastanelerde veya laboratuvarlarımızda uygulama yapıyoruz. Bu konuda onların nasıl bir işleyiş yürüttüklerini, ders işleyişi nasıl, neden bu şekilde dile getirdiklerini ben merak ediyorum. Bence açıklamamız bu şekilde olmalı, yani dediğiniz gibi çözüm yolu olarak ancak bu olabilir. Çünkü bizler de hiçbir şekilde ücret almıyoruz. Gazi Üniversitesi, yani diğer üniversite diyoruz çünkü üniversite öğrencileri olarak, hiçbir şekilde staj ücreti almıyoruz. Çünkü dersin uygulaması olarak geçiyor. Ben bunu merak ediyorum, teşekkür ederim.

Ezgi Güner

Merhaba, Gazi Üniversitesi bu yıl yeni mezun oldum, şu an hemşireyim. Benim ilk olarak arkadaşım Aydan'a, Hocamıza bu maaş ve uygulama kısmındaki görüşlerine katıldığımı belirtmek istiyorum. Diğer görüntüleme teknisyeni olan arkadaşıma bir sorum olacak. Sunumunuzda mobbing oranının daha yüksek gelmesini bekliyordum. Çünkü daha fazla şiddet görüldüğünü düşünüyorum gibi ifadede bulundunuz. Ancak mobbing burada psikolojik şiddeti karıştırdığınızı düşünüyorum. Çünkü mobbing kasıtlı ve sistemli olarak 6 aydan daha uzun bir sürede bir veya birkaç kişiye sistematik olarak psikolojik şiddette bulunulması olduğunu düşünüyorum ki kaldı ki bizim ve sizin de staj dönemlerinizin 6 aydan uzun bir yerde bulunmayacağını düşünerek mobbingden daha ziyade psikolojik şiddet sınıfına girdiğini düşünüyorum.

Diğer yorumum ve sorum SES Öğrenci Komisyonundan gelen arkadaşımıza olacak. Burada okullarımızda kadının biyolojik ya da fizyolojik olarak eksikliği olduğunu ve bize bu şekilde hani eğitim verildiği üzerine bir yorumda bulundu. Ben Gazi Üniversitesinde cinsel sağlık, kadın doğum ve psikiyatri gibi özellikle bu derslerde kadının fizyolojisinin aslında bir eksiklik değil, kaldı ki erkeklere göre doğum ve bununla başa çıkma mekanizması olarak da eksikliğinden ziyade daha farklı üstünlükleri olduğu anlatılarak eğitim programı gördüm. Bu konuda üniversitemi ve bu şekilde eğitim veren kurumları savunmak hani burada yanlış anlaşılmalara önlemek adına bu şekilde bir yorumda bulunmak istiyorum. Ayriyeten sanat, sosyal ve ekolojik olarak etkinlikler düzenlenmediği hakkında bir yorumda bulunuldu sunum içerisinde üniversitelerde, ben en başında kendi üniversitem ve daha farklı şahit olduğum üniversiteler adına belli topluluklar bu konuda etkinlikler düzenlemekte. Örneğin, Gazi Genç Yeşilay ekolojik anlamda çok güzel etkinlikler düzenlemektedir ve Genç Yeşilay'ın herhangi bütün ülkemizdeki neredeyse bütün

üniversitelerde topluluğu olduğunu biliyorum. Sanat ve sosyal anlamda da birçok toplulukların faaliyetler düzenlediğini biliyorum. Bu konuda herhangi bir yanlış anlaşılmanın önüne geçmek adına yorumda bulunmak istedim.

Ayriyeten yüksek ücretli yemekler ve yemek ücretlerinin sürekli arttırılması konusunda da bir yorumum olacak. Gazi Üniversitesinde hani en azından kendi kurumumu burada yanlış anlaşılmanın önüne geçilmek için söylüyorum, biz yıllardır 1 lira 40 kuruştan gibi cüzi bir ücretten yemek yiyoruz ve gerçekten yemeğimiz de kaliteli ve sağlıklı koşullarda üretildiğini buradan söyleyebilirim. Hani bütün kurumlara, bütün ülkedeki üniversitelere bu şekilde söylemekten ziyade primer olarak sorumlu bulduğumuz kurumu, okulu, vesaireyi araştırmayı söyleyerek onun üzerinden neler yapabiliriz bağlamında konuşmalar yapılırsa yanlış anlamaların önüne geçerek daha aktif ve etkili bir yöntem olacağını burada bildirmek istiyorum. Teşekkür ederim.

Nezaket Özgür

Emeği geçen bütün öğrencilere ve kongre ekibine teşekkür ediyorum. Ben katkıda bulunmak istiyorum. Öğrenci arkadaşlarımızdan şöyle bir şey beklerdim: Gerçi hepsinin temel sorunu, ama bu kontenjanların yüksekliği konusunda en çok sıkıntıyı çekenlerden bir tanesiyim herhalde, çünkü atanamayan sağlıkçılar diye Türkiye’de bir platform kuruldu ve bunun üzerine inanılmaz yoğun bir emek ve çaba sarf ediyoruz. Yani ülkemizde öğrenci arkadaşlarımızdan bir emek sömürüsü var, bir beklenti sömürüsü var ailelerin, sağlık mesleklerine, hemen atanacaklarmış gibi sağlık mesleklerine yönlendirilen gençlerimiz var. Hem aileleri, mezun olduktan sonra da öğrenci arkadaşlarımızı müthiş bir işsizlik bekliyor ve işsizlik ordusu oluştu. Bu kontenjanların yüksekliğinden ötürü yakınlıkları netleşti, çok değinilmedi. Bunu burada düzeltmek istiyorum ek olarak, gerçekten sağlık alanında hem tıp fakülteleri olsun, diğer sağlık meslek yüksek okulları olsun, sağlık meslek liseleri, yani özel sağlık meslekleri inanılmaz şekilde ve kontrolsüz bir şekilde açılıyor ve öğretim elemanlarının kalitesizliğinden de bahsetmek istiyorum. Ben de bizim kendi meslektaşlarımızla ilgili kendi mesleğimizin eğitimini veremediğimiz için, kendi öğrencilerimize kendi akademik düzeyde hemşireler ya da fizyoterapistler olamadığımız için alanın dışında insanlar öğrencilerimize, meslektaşlarımıza, öğrenci arkadaşlarımıza alan dışı kimseler eğitim veriyorlar. Bu da öğretimin bir eksikliği, onun için konuyu dillendirmek istedim. Teşekkür ediyorum.

Özlem Azap

Ben de çok teşekkür ediyorum hem size Azize Hocam, hem de öğrenci arkadaşlarımıza, hakikaten pırıl pırıl gayet bilinçli, bilgili yeni nesille karşı karşıyayız, çok sevindirici. Ben hani az önce konuşan arkadaşımın aksine genelin arkadaşımızın anlattığından da çok daha kötü olduğunu, Gazi belki istisnadır bilemem, ama genelin hem eğitim öğretimin içeriği yönünden, pratik uygulamalar yönünden, yemekler yönünden, mobbing yönünden tanımı çok da önemli değil, burada birbirimizin ne dediğini anlıyoruz. Terminolojik olarak doğru olmayabilir, ama daha kötü olduğunu düşünüyorum. Çok nazik, çok kibar

bir şekilde aktardılar. Mevcut durum daha kötü maalesef, bu arada da tabii mevzuat sanki öğrencileri gözetiyormuş gibi bazı maddeleri geçirdiler, ama bu staj meselesi çok olayı sıkıntıya sokan bir şey, biz tıp fakültesinde mesela dönem 45 stajyeri demekten imtina ediyoruz artık, çünkü bu sefer başka bir şeye evriliyor. Halbuki tam sizin dediğiniz gibi staj temel eğitim bittikten sonra başlayan bir şey, yani bizim anladığımız anlamda intörn gibi şeyler ve intörn doktorlardır staj yapanlar. Teknisyenler, teknikerler için durumu bilemiyorum maalesef, konuyu bilmediğim için nasıl bir süreç izleniyor, burada zaten intörnlük dönem 6 öğrencileri, tıp öğrencileri zaten bir süredir bir miktar para alıyorlar ve mesleki sigorta yapılmış oluyor onlara, ama hani bu minvalde ilerleyince sanki öğrenciler de, öğrencilerin aileleri de hastaneye adımını atar atmaz maaş alması gerekirmiş çocuklar gibi algı var. Bu algı hani çocuklardan, öğrencilerden ya da ailelerinden değil de mevzuatı yapanlardan ve aktaranlardan kaynaklanıyor. Bunu düzeltmek gerçekten çok önemli, çünkü staja kabul edilecek yer bulunamıyor. Aslında çok kritik, bu tıp fakülteleri için de bir noktadan sonra böyle olacak biliyorsunuz. Birçok fakültelerimiz var, bunu öğrendik, 114 tane tıp fakültesi olmuş Türkiye’de, dolayısıyla hani ben çok teşekkür ediyorum, ama az bile söylediklerini düşünüyorum. Maddi olarak da beklenti demeyeyim, ama gerçekten eğitimin niteliği üzerinde durmak lazım. Yaşları çok küçük böyle bir şeyi algılayabilmek, aktarabilmek için, sıkıntıları kendileri yaşıyorlar. Nezaket’in de söylediği gibi aslında çok ciddi bir daha pratik uygulamaya gelmeden teorik eğitimlerde, temel eğitimlerde çok ciddi eksiklikler var. sadece hemşirelikte, teknisyenlikte değil, tıp fakültesinde de öyle, sadece küçük tıp fakültelerinde, yeni açılanlarda değil, büyük tıp fakültelerinde de öyle. Dolayısıyla bir yerden başlamak çok iyi, bu oturum çok iyi olmuş. Hasan ağabey, hakikaten ellerinize sağlık, Azize Hocamın da ellerine sağlık, çok teşekkür ediyorum.

Azize Atlı Özbaş

Küçük bir açıklamadan sonra ben gençlere söz hakkı vereceğim. Abant İzzet Baysal Üniversitesinden konuşan arkadaşlarımız, sizin üniversitenizde uzun süre kliniğe çıkamadığınız, son sınıfa kadar hastaneye çıkamadığınız biliyoruz biz, bununla ilgili sorun şu an çözüldü mü, ne kadar çözüldü bilmiyorum, ama şöyle bir şey yapıyor üniversiteler: Farklı bir üniversiteyle ilgili geldi. Kısmi zamanlı çalışan öğrenci sözleşmesi imzalatıyorlar öğrenciye, ama kısmi zamanlı çalışan öğrenci sözleşmesiyle haftada en fazla 16 saat çalışabiliyor öğrenci, ama öğrenciyi 36 saat çalıştırıyor, ama 16 saat üzerinden sigortasını yapıyor ve şey yapılmıyor. İntörnlük yönergesi gerekiyor pek çok üniversitede, bazıları bunu çok usulüne uygun yapıyor intörnlük yönergesi de var, ama intörnlük yönergesinde intörn olan öğrencinin temel eğitimi tamamlanmadığı için hemşirelikteki intörnlükte, tıp fakültesinde hekim değil çünkü, müfredata sıkıştı. YÖK’ün de şey yaptığı, Avrupa Birliğiyle uyumlu kabul ettiği bir 4 600 saat var. Bu 4 600 saatin üstünde değil intörnlük, o açıdan zaten sıkıntılı ve şöyle söylüyor: Başında bir gözetmen hemşire ya da hoca olmadan uygulama yapılmaz, ama öğrencilerin yaptığını biliyoruz. Öğrencinin intörnlük uygulaması zamanında intihar ettiğini ve yoğun bakımda yattığını biliyoruz bir hastanede ve bu kadar ciddi sorunlar ve gözetimsizliğin olduğu bir yerde hatalardan bahsetti arkadaş, malpraktisi düşündüm ve hemşire olmadan öğrencinin yaptığı hatayı

düşündüm. Bunlar resmi kanala nasıl giriyor, nasıl yansıyor, ne kadar usulüne uygun yapılıyor, bunlar gerçekten çok büyük soru işareti, biz dernek olarak bununla ilgili çok mücadele ettik, ama hukuksal boyuta taşıyabilmemiz için oradaki öğrencilerden birinin hukuksal mücadeleye başlaması gerekiyor. Biz dışarıdan gelip de öğrenciler bununla ilgili şikayette bulunmadığı zaman yapamıyoruz. Bir üniversite ile ilgili olarak her şeyi biliyoruz, nöbet listelerine, çizelgelerine kadar elimizde, dava açılrsa hukuksal olarak çok ciddi güçleneceğiz.

YÖK'e de sunduk biz bu belgeleri, YÖK ben yalnızca şey yapabilirim dedi, tavsiyede bulunabilirim, artık benim hükmüm yok üniversiteler üzerinde dedi. Hukuk büromuzda dedi ki öğrenciler davayı açacak, biz müdahil olacağız. Eğer yargı bizi müdahil kabul ederse müdahil olabiliyoruz. Yargının bizi müdahil kabul etmemesi de söz konusu tabii ki onun için siz de işte kimisi onun yasal bir şeyi yok, prosedürü ve yasada bir karşılığı yok. Her üniversite farklı bir şekilde farklı bir yolda bunu usulüne uygun gibi göstermeye ya da bir kulponu bulmak mı denir, o şekilde uygulama yapmaya çalışıyor ve büyük motivasyonunun da üniversite hastanelerinde hemşire açığını kapatmak olduğunu biz biliyoruz. Biz de kurum olarak bununla ilgili baskı yaşadık, direndik, mücadele ettik.

Hacettepe yıllardır intörnlüğü durduruyor ve amacını biz biliyoruz ki çok ciddi hemşire açığı var kurumda ve hemşire açığını kapatmak için de kurum bunu bir çıkış yolu olarak görüyor.

Gençlere sorular vardı, cevaplamak isterler mi sorulara ya da katkıya yönelik söylemek istedikleri bir şey olur mu acaba?

Muhammet Aydın

Ben yemekler için bir ufak katkıda bulunmak istiyorum. Gazi Üniversitesindeki durum farkındayız biz de, ama daha geçtiğimiz günlerde Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığımızla da görüşme yapmıştık. Gazi'de ücretler 1.91 biliyorduk biz, 1.40'mış. 1.90'a çok ucuz dediğimizde Gazi Üniversitesi sadece tek öğün çıkardığı, bizim üç öğün çıkardığımız ve bu anlamda da hem işçilerin masraflarının, hem de yemek anlamında masrafların arttığını, bu anlamda bizde 2.85 olduğu söylenmişti. Böyle ufak katkı yapmak istedim, Gazi'de tek öğün varmış gibi böyle doğru galiba, o anlamda hem yurttan kalan öğrencilerimizi düşünerek, hem de biz ramazan ayında özellikle hem iftar ve sahur anlamında 5 öğün çıkıyor bizim üniversitemizde, o anlamda yemek ücretlerinin üniversiteden üniversiteye fark etmesinde öğün çok önemli bir faktör, onu da belirtmek istiyorum. Teşekkürler.

Azize Atlı Özbaş

Ben bir şey söyleyeyim mi Hocam kapatmadan önce? Soru değil de, şeyden bahsettiniz ya, bu çok ciddi bir uygulama, evde bakım teknikerleri, yaşlı bakım teknikerleri, acil tıp teknikerleri yoğun bakımlarda hemşire olarak çalıştırılıyor. Bunu tespit ettiğiniz kuru-

mun ismini lütfen derneğe yazın, Bakanlıkla iletişim haline giriyoruz ve biz bununla ilgili mücadele ediyoruz. Bu hem halk sağlığını korumak açısından, hem de meslek sınırlarımızı koruma açısından son derece önemli bir şey, Bakanlık da bunu çok ciddiye alıyor gerçekten, işbirliği halindeyiz. Yalnızca bize bildirmeniz gerekiyor arkadaşlar, şu kurum şu isimdeki şu kişiyi şurada çalıştırıyor. Eğer yapabiliyorsanız nöbet listesinin bir de fotoğrafını çekerseniz, derneğe iletirseniz bunun peşine düşecektir dernek.

Katılımcı

Bir şey daha var Hocam, aslında söylediklerim hep aynı şekilde, peki biz staj ücretleriyle ilgili hukuksal süreç öğrencilerimizin başlatması gerekiyor. Biz hani şey yapamıyoruz.

Azize Atlı Özbaş

Biz öğrencilerin zorunlu intörlük uygulamasıyla nöbetlerde kontrolsüz bulundurulmaması ve ders klinik uygulaması dışında uygulamalarda zorunlu tutulmamasıyla ilgili mücadele ederiz. Staj ücreti alın diye etmeyiz.

Katılımcı

Pardon, intörlükte peki, biz mesela staj ücretlerimizle alakalı, çünkü haftanın 4 günü 8'den 45'e kadar, yani gerektiğinde 5'e kadar kalabiliyoruz.

Azize Atlı Özbaş

Şunu söyleyeceğim, derneğin, Türk Hemşireler Derneğinin görüşü şu: Bu klinik uygulamadır, 4 yılın üstünde 4 600 saatin üstündeki uygulamamız stajdır, intörlüktür. Onun adını ne koyduklarının önemi yok, biz ücret artsın diye değil, öğrencileri tek başına kontrolsüz gecede, gündüzde işgücü olarak kullanamazsınızın mücadelesini veriyoruz.

Katılımcı

Staj ücretlerimizin eşitsizliği ve bu konuda gerçekten mağdur olmanıza hangi hukuksal süreçler, bu durumu hangi hukuksal süreçlerden geçerek düzeltmemiz gerekiyor?

Azize Atlı Özbaş

Bu konu hukuk uzmanla çok daha yönlendirici olur size bence, biz hukuk büromuza danışıyoruz çünkü.

Katılımcı

Peki, biz hukuk danışmanından faydalanabilir miyiz, öğrenciler olarak sizin hukuk danışmanınızdan?

Azize Atlı Özbaş

Yazışalım sizinle ayrıntılı bir şekilde.

Muhammet Aydın

Ben ilk başta staj ücreti için bu konu biraz uzadı, ama şöyle yönlendirebilirim. Değişik nakit olarak para vermenin öğrenciye işgücü olarak kullanıldığı yönünde haklı bir eleştiri aldım. Doğru, bu olabilir. Bunun için şöyle bir öneri düşündüm: Bir öğrenci için bir tiyatroya gitmek, bir spor faaliyetlerine katılmak, örneğin bir yüzme veya futbol, basketbol, bunlara katılmak belli bir aylık para harcama anlamına geliyor. Hiç yoktan ben yüzmeye gidiyorum ve 600 lira para veriyorum. Yani bunun için ben bir öğrenciyim ve öğrenci ekonomisini biraz zorlayan bir durum. Eğer nakit vermek bir öğrenciye nasıl diyeyim, işgücü olarak görmekse şöyle bir öneride bulunabilirim: Staj ücretini nakit olarak vermek yerine spor, sanat, çeşitli faaliyetlerde kullanılmak üzere bir etkinlik kartı oluşturulabilir. Bu şekilde öğrencileri hem işgücü olarak kullanmamış oluruz, hem de stajını daha motive ve faaliyetlerinden daha rahat faydalanacak bir hale getirmiş olabiliriz.

Azize Atlı Özbaş

Sevgili Muhammet, senin açtığın konu değil, dediğim gibi hemşirelik camiası olarak bütün herkesin bu konuda sorunu var, yıllardır çatıştığımız bir konu, sizin önerinizle ilgisi yok.

Hasan Oğan

Öncelikle çok iyi bir toplantı oldu, iyi ki bu konuyu seçmişiz. Bu nedenle Azize Hocama bir kez daha teşekkür etmek istiyorum. Katılımcı arkadaşlarıma da çok çok teşekkür ediyorum. Hepsini gerçekten farklı farklı konularda bu alanda yaşanan sorunlara bir şekilde değindi.

Öğrenci arkadaşlarımızın yaşadıkları sorunları çok daha önceden dile getirmek gerekiyordu. Ancak yapamadık. Çünkü bu arkadaşlar da bizim meslektaşlarımız, sağlık çalışanları kapsamında, belki çok geç kalınmış bir oturum bu çerçevede.

Tartışmamız gereken gerçekten çok konu var. Öğrenci arkadaşların yaşadıkları sorunları belki ayrı bir toplantılar şeklinde devam ettirmek gerekecek. Bugün konuşulan konuları be başkalarını o toplantılarda daha geniş değerlendirebiliriz diye düşünüyorum.

Bugün yapılan sunumların tümü kongre kitabında yer alacak. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu adına sizlere tekrar çok çok teşekkür ediyorum, sağ olun.

Azize Atlı Özbaş

Bütün grup adına biz teşekkür ederiz. Bu fikri benimseyip burada bu oturumu gerçekleştirmek de sizin sayenizde oldu, çok sağ olun. Oturumu bitiriyorum.

BİLDİRİLER

ÖZEL BİR HASTANEDE EKRANLI ARAÇLARLA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ VE SAĞLIK PERSONELİ OLMAYAN BİREYLERİN GÖZ SAĞLIĞI VE KAS-İSKELET SİSTEMİ SAĞLIĞI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK ÇALIŞMA

Esra AKBULUT^a, Serpil TAŞDELEN^b, Hasan RANDA^c, Seda ZENGİN^d

^{a,b,c,d} Özel Lösante Çocuk Ve Yetişkin Hastanesi, Ankara

ÖZET

Giriş:

Hastaneler, 7 gün 24 saat hizmet veren ve teknolojinin çok fazla kullanıldığı alanlardır. Hızla gelişen teknoloji hastanelerdeki çalışma yaşamında önemli değişimleri beraberinde getirmekte ve ekranlı araçlarla iş yapmayı zorunlu kılmaktadır [1]. Ekranlı araçların kullanımını esnasında bazı teknik ve ergonomik kurallara uyulmaması, ciddi sağlık problemlerine ve meslek hastalıklarına yol açabilmektedir [2,3].

Amaç:

Hastanede ekranlı araçlarla çalışan sağlık personeli ve sağlık personeli olmayan bireylerin göz sağlığı ve kas-iskelet sistemi sağlığı yönünden değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın örneklemini Ankara'da özel bir hastanede çalışan mesai saatleri içerisinde ekranlı araç kullanan gönüllü 120 kişi oluşturmuştur. Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan 33 soruluk Anket Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular:

Ankete katılan 120 kişinin 60'ı (%50) sağlık personeli, 60'ı (%50) sağlık dışı personel idi. Çalışanların yaş ortalaması $X = 34 \pm 10.70$ idi. Mesai saatleri içinde işi gereği ortalama ekranlı araç kullanım süresi sağlık personelinde $X = 6 \pm 2.58$ saat, sağlık dışı personelinde $X = 7 \pm 2.92$ olarak bulunmuştur. İş dışında cep telefonu kullanma süresi ise her iki grupta birbirine benzer çıkmıştır ($X = 4 \pm 4.50$ saat). Her iki grupta göze ait en sık görülen şikayetler başağrısı, gözde yanma, bulanık görme, gözde batma, göz ve göz çevresinde ağrı olurken kas ve iskelet sistemine ait en sık görülen şikayetler bel, boyun ve sırt ağrısı olmuştur.

Sonuç ve Öneriler:

Hastane ortamında çalışanlar göz hastalıkları ve kas-iskelet hastalıkları için orta düzeyde risk altındadır. Cep telefonu gibi ekranlı araçların mesai saatleri dışında da kullanılmaya devam etmesi ekranlı araçlara maruziyet süresini uzatmaktadır. Bu nedenle işyerinde planlanacak daha etkin ve katılımcı ergonomi eğitimleri ve programlarının hem iş hem de iş dışı yaşamda bireylerin davranış modellerinin gelişmesinde yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ekranlı araç, Özel hastane, İş sağlığı ve güvenliği, İşle ilgili göz hastalıkları, İşle ilgili kas-iskelet hastalıkları

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARINDA GÜVENCESİZ ÇALIŞMA BİÇİMLERİ: ANKARA'DA BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Öğr. Gör. Merve Deniz PAK

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Amaç:

Acil servisler, fiziksel ve psikolojik çeşitli risk faktörleri ile stresin yoğun olarak yer aldığı, şiddetin sıklıkla yaşandığı, aynı zamanda çalışma koşulları açısından sağlık çalışanlarının sağlığını ciddi olarak tehlikeye atan birimler olarak kabul edilmektedir. Bu koşullar, güvencesiz çalışma koşulları olarak adlandırılan iş güvencesi ve kimi sosyal haklardan yoksun çalışmayı içeren durumu gündeme getirmektedir. Hem kamusal alanda hem de özel sektörde sağlık kuruluşlarında bulunan acil servislerin kendi içerisinde farklı çalışma dinamikleri bulunmaktadır. Bu çalışma, özel sektörde bulunan sağlık kuruluşlarındaki acil servislerde çalışan sağlık personelinin güvencesiz çalışma koşullarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesini odağına almaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma nitel metodoloji kullanılarak tasarlanmıştır. Gerekli izinlerin alınmasının ardından araştırmada veriler Ankara'da özel bir hastanenin acil servisinde çalışan sağlık personeli ile odak grup görüşmeleri yapılarak toplanmıştır. Bu kapsamda beşer kişiden oluşan, her biri iki saat süren, üç farklı odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme sürecinde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış olup görüşme süreci iki parçadan oluşmuştur. İlk bölümde katılımcıların acil servislerdeki çalışma koşulları ve bu koşulların kendi sağlık durumlarına etkileri; ikinci bölümde ise güvencesiz çalışma biçimlerine yönelik baş etme yöntemleri üzerinde durulmuştur. Görüşme sürecinde katılımcılardan izin alınarak ses kaydı yapılmış ve görüşme sonrasında kayıtlar deşifre edilerek veriler NVivo programında analiz edilmiştir.

Bulgular:

Araştırma bulguları temel olarak, acil servis çalışanlarının hizmet içi eğitim, personel sayısı, malzeme ve çalışma mekanları gibi konularda yetersizlik yaşadıklarına, çalışma saatlerinin yoğun olduğuna, düşük ücret aldıklarını düşündüklerine, acil servise gelen hastaların triaj uygulamalarını bilmediklerinden dolayı saldırgan tutumlar gösterdiklerine, politik bağlamda acil servis çalışanlarını koruyacak mekanizmaların olmadığına ve hatta acil servislerin sundukları hizmetlerin ücretsiz olduğuna dair politik söylemlerin şiddeti arttırdığına işaret etmektedir.

Sonuç:

Bulgulara dayalı olarak, hem özel sektör içerisinde hem de acil serviste yer alarak iki farklı zorlu koşulu deneyimleyen ve güvencesiz çalışan acil servis çalışanlarının yoğun kaygı yaşadıkları ve bu durumun tükenmişliğe yol açarak kendi sağlık durumlarını etkilediği ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Güvencesiz çalışma, Tükenmişlik

ÇALIŞANA YAPILAN MÜDAHALE “BURASI RUH SAĞLIĞI”

Hemşire G.T.

G.T. 30 yaş, kadın, evli, hemşirelik lisans mezunu, 7 yıl mesleki deneyimi mevcut. Bir bölge ruh sağlığı hastanesinde yetişkin erkek servisinde çalışmaya başlıyor. Göreve başladığında herhangi bir oryantasyon eğitimi almıyor.

1.ay gece nöbetinde 82 yaşında erkek hasta İ.K.’yı yardımcı personel eşliğinde acil müdahale odasına götürüyor. Hastaya istenen tetkikler için kan alacağını açıkladığı sırada, personel diğer hastayı getirmek için odadan ayrılıyor. Hasta İ.K., Hemşire G.T.’ye sessiz ol diyerek boynundan tutarak çekiyor. Hemşire G.T. bağırarak personeli çağırır. Personel gelene kadar hastanın cinsel tacizine maruz kalır. Mesai bitimi nöbet devri sırasında G.T. yaşadığı şok ve endişeyle olayı servis çalışma arkadaşlarına anlatır.

Hastaya yapılan müdahale: Yok

Sağlık çalışanına yapılan müdahale: Yok

5.ay Hemşire G.T. servis gezdiği sırada Ç.P. isimli müşahede hastası kendisine “E.’yi çağır onunla konuşacağım özel şeyler var” der. O sırada Hemşire E., hemşire odasından çıkar ve servis dışına doğru yönelir. Ç.P. Hemşire E.’ye seslenir, özel konuşacağını söyler, Hemş.E. cevap vermeden servisten ayrılır. Hasta Ç.P. hemşire odasına giren Hemş.G.T. ‘ye doğru gelir ve “sen benim E. ile arama girdin” diyerek odanın kapısını kırar. Hemşire G.T. güvenliği arar. Hasta güvenlik eşliğinde tek kişilik odada fiziksel kısıtlamaya alınır. Ç.P. hakaret ve tehditlerde bulunur. G.T. servis doktorunu arayarak yaşanan durumu izah eder, doktor “yapacak bir şey yok, LH tedavisini uygulayın” der. G.T. hastanın tehditlerinden korktuğunu belirterek doktordan hastanın servisinin değiştirilmesini talep eder ancak reddedilir. G.T. müdür yardımcısı ile görüşür, “Burası ruh sağlığı hastanesi, daha önce burada bir arkadaşımız ... şekilde darp edildi” yanıtını alır.

Hastaya yapılan müdahale: FK 30 dakika

Sağlık çalışanına yapılan müdahale: 1 günlük idari izin.

Hemşire G.T. özel bir hastanede psikiyatri servisinde muayene olur, anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısıyla ilaç tedavisine başlar ve 20 gün istirahat raporu düzenlenir.

Hemşire G.T. rapor süresi dolduğunda, iş başlangıcı yapar. Hemşirelik hizmetleri müdürü tarafından odasına çağırılır. Müdür, Hemşire G.T.'ye , “sen bu işi beceremeyeceksin anlaşıldı, burası ruh sağlığı bu tür olaylar yaşayacaksın, hastadan dayak da yiyeceksin, eğer hastane değiştirmek istersen sana yardımcı olurum, geçici görev veya nakille başka bir hastaneye gidebilirsin” der.

Sağlık çalışanına yönelik müdahale: Aşağılama, değersizleştirme → MOBİNG

Görevin 7.ayı: gece nöbeti bitimine 15 dakika kala, 2aydır serviste yatmakta olan H.G. isimli psikoz tanılı hasta, öfkeyle hemşire odasına girerek “sen bana gece mavi bir ilaç verdin” der ve bilgisayarları ve yazıcıyı alarak yere fırlatır. G.T. servis sorumlusuna ne yapacaklarını sorar, “yapacak bir şey yok” yanıtını alır. Mesai bitimi evine gider ve bilgisayarı alıp yaşadıklarını 3000 karaktere sığdırmaya çalışır.

Hastaya yönelik müdahale: FK 1 saat

Sağlık çalışanına yönelik müdahale: “BURASI RUH SAĞLIĞI”

HEMŞİRE İNTİHARLARININ PERDE ARKASI: ŞİDDET, MOBBİNG, TÜKENMİŞLİK

Emir AVŞAR¹, Büşra Nur DURMAZ²

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara.

Özet

İntihar, kompleks bir sorundur ve genel popülasyonda giderek artan eğilim göstermektedir. Sağlık çalışanlarında intihar vakaları da sık görülmekte olup, hemşire intiharlarının diğer sağlık profesyonellerine göre daha fazla olduğu raporlanmıştır. Gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre intihar oranlarının daha yüksek olduğu ve genellikle intihar yöntemi olarak öldürücü dozlarda ilaç uygulamalarını kullandıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerde intihara zemin hazırlayan şiddet, mobbing, tükenmişlik ve stres gibi birçok faktör bulunmaktadır. Bu tür sosyal risk faktörlerinin yanında fiziksel risk faktörleri de vardır. Aynı zamanda intihara eğilimi azaltan etkenler de mevcuttur. Kişinin intihar düşüncesinin olduğu ve bunu planladığı, bazı belirti bulgularından yola çıkarak tahmin edilebilir. İntihar riski taşıyan hemşireler gerekli taramalara sokulmalı, eğitimler verilmeli, telefon görüşmeleri ile takip edilmeli, psikoterapi için yönlendirilmeli, gerekli ise ilaç tedavisine başlamalı ve intihar eğilimi olan bu kişiler için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: hemşire, intihar, sağlık çalışanı, mobbing, şiddet, tükenmişlik.

Giriş

İntihar, küresel öneme sahip karmaşık bir halk sağlığı sorunudur.¹ Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünyada her yıl 800.000'in üzerinde insan intihar ederek hayatını kaybetmekte olup, her 40 saniyede 1 kişi çeşitli intihar yöntemleri ile yaşamına son vermektedir.² Yayımlanan bu raporda, intihara bağlı ölüm oranlarının azaltılmasının dünya çapında bir zorunluluk olduğu belirtilmiştir¹.

Literatüre baktığımızda genel olarak sağlık profesyonellerinin daha sağlıklı olduğu ve genel nüfustan daha uzun yaşadığı bilgilerine yer verilse de, ne yazık ki genel intihar oranları giderek artmaktadır ve hemşirelerde intihar riski genel popülasyona göre daha da artmış durumdadır.^{3,4} Hatta bazı kayıtlarda hemşire intiharlarının diğer sağlık çalışanlarının intihar oranlarına istinaden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Örneğin; Danimarka, Avustralya, Yeni Zelanda ve Norveç'te hemşireler arasında intihar prevalansı diğer sağlık profesyonellerinden daha yüksektir.⁵ Hemşire intiharlarının perde arkasında, kişiyi intihara sürükleyen ya da eğilimini arttıran birçok faktör bulunmaktadır.

Çalışma Alanı ve Şiddet: Hemşirelerin, fiziksel ve zihinsel dış uyaranlara maruz kalmaları, ciddi hastalıkları olan kritik hastalarla ilgilenmeleri ve bu süreçte bulaş durumuna yönelik önlem almak için ideal koşulların bulunmaması, kötü koşullardaki sağlıksız çalışma ortamları bu profesyonellerin depresyon ve intihar riskini maksimum seviyelere çıkarmaktadır.⁶ Etkileyen bir diğer faktör ise tartışmasız şiddettir. Kurumda şiddet; kurum çalışanlarının tehdit alması ve refahının kısıtlanmasını, sözel ve fiziksel saldırıları içeren olaylar olarak tanımlanabilir. Şiddet içeren bu tür davranışlar; hastalar, hasta yakınları, meslektaşlar ya da diğer sağlık meslek grupları tarafından gerçekleştirilebilir. Bu durum, çalışanın hem güvenliğini, hem sağlığını, hem de üretkenliğini doğrudan olumsuz etkilemektedir.⁷ Kişi üzerinde fiziksel yaralanmalara, psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu durum, hastalarla ilişkileri, bakım kalitesini olumsuz etkilemenin yanı sıra, sağlık çalışanının da günlük yaşamını olumsuz etkilemektedir.⁸ Bu nedenle de intihara eğilimi arttırabilir.

Kurumda Kişilerarası Çatışmalar ve Mobbing: Kurumda kişilerarası çatışmalar yaygındır ve depresyona kapı açmaktadır. Hemşireler, çalışmalarının ilişkisel yönleri nedeni ile diğer ekip üyeleriyle ve aynı zamanda yöneticiler ile sınırlılık, uyuşmazlık ve kişilerarası zorluklar yaşayabilirler. İş çatışmalarının varlığı, kurumun ve yöneticilerin baskısı, diğer yandan hastaların ve hasta yakınlarının da baskısı, hemşirelerin depresyon ve intihar riskini üst seviyeye çıkarmaktadır.⁶ Bunun yanında bir o kadar olumsuz etki oluşturan kavram da yatay mobbingdir. Yatay mobbing, çalışanlar tarafından bir diğer çalışana karşı sistematik ve tekrarlanan bir saldırganlık sürecidir ve intihara eğilim de çoğunlukla mobbing sürecinin son safhalarında karşımıza çıkmaktadır.^{9,10} Hemşirelik sektöründe de yatay mobbingin sıklığı ve kadın hemşireler arasında mağduriyet eğiliminin yüksek olduğu bildirilmiştir.¹¹ Yapılan bir çalışmada İspanyol hastanelerinde görev yapan ve çalışmaya katılan hemşirelerin yaklaşık %75`i son 6 ay içerisinde bir veya daha fazla kez yatay mobbing yaşamıştır. Yine benzer şekilde başka çalışmalarda da hemşirelerin çoğunluğunun olumsuz davranışlara maruz kaldığı ve bu davranışların kendilerine başka hemşireler tarafından sık sık yapıldığı tespit edilmiştir.¹¹ Kurumda mobbinge maruz kalan çalışanların intihara eğilimleri yüksektir ve İsveç`teki intiharlara bakıldığında yaklaşık olarak %20`sinin işyerindeki mobbing sonucu olduğu tespit edilmiştir.¹²

Stres, İş Yükü ve Tükenmişlik: Hemşireler stres etkeni dolu bir ortamda çalışmaktadır ve bu nedenle psikolojik dengesizlik, depresyon, aşağılanma hissi, hayal kırıklığı, anksiyete ve stres gibi ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir.¹³ Oldukça kompleks faaliyetler gerektiren birimlerde çalışan hemşirelerde (ameliyathane, psikiyatri servisi, yoğun bakım üniteleri gibi) yüksek düzey stres görülebilmektedir.⁶ Tıp bilimi ilerledikçe, halkın hemşirelerden beklentileri yükselmektedir ve bu durum hemşireleri psikiyatrik hastalık riskine sokarak özellikle depresyona zemin hazırlamaktadır.¹⁴ Aynı zamanda hemşireler toplumda ne yazık ki hekim asistanı olarak görülmektedir. Bu haksız sosyal görüş, hemşirelerin sosyal değerlerinden ve yeteneklerinden şüphe duymalarına sebebiyet verebilir.¹³ Bir diğer etken olan aşırı iş yükü, duygusal ve fiziksel şiddete katkıda bulunan, çeşitli hastalıkları tetikleyebilen önemli bir faktördür.⁶ Yapılan bir çalışmada aşırı iş yükünün,

uzun çalışma saatlerinin ve düşük ücretlerin hemşireler arasında fiziksel ve duygusal yorgunluğa neden olduğu gösterilmiştir.¹⁵ Gece vardiyaları da özellikle depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür.¹⁶ İntihar riski de depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişki içerisindedir. Bir başka çalışmada ise iş yoğunluğunun özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde fiziksel ve psikolojik yıpranma meydana getirdiği, bu durumun da Tükenmişlik Sendromu'na yol açtığı belirtilmiştir.⁶ İntihar riskinin bir diğer önemli faktörü de enerji kaybı, yorgunluk ve halsizlik ile karakterize olan duygusal tükenmedir ve kurumdaki uzun süreli stresin ciddi bir sonucudur. Hemşirelerde yüksek düzeydeki duygusal tükenme, yüksek duyarsızlaşma ve düşük kişisel doyum, Tükenmişlik Sendromu semptomlarına ve dolayısı ile de intihar eğilimine yol açmaktadır.^{6,17}

Hemşire İntiharlarının Epidemiyolojisi

İntihar oranları ülkeler ve bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar sosyoekonomik durum ve kültürel farklılıklar ile yakından ilişkilidir. Ölümcül olmayan intihar davranışları, intiharlardan daha yaygındır.¹

Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşire intiharlarının görülme sıklığı büyük orandadır ve hemşireler genel popülasyona göre daha yüksek intihar riski altında bir meslek grubudur. 2014 yılı Ulusal Şiddetli Ölüm Raporlama Sistemi verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde, 18 eyalette toplam 205 hemşire intiharı kayıtlıdır. İntihar eden bu hemşirelerin %80'i kadın, %20'si erkektir. Kadın hemşire intiharları kadın nüfusa göre, erkek hemşire intiharları da erkek nüfusa göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İntihar eden hemşirelerin yaklaşık yarısının intihar notu bıraktığı, %99'unun ilişki problemi yaşamadığı, yaklaşık %90'ının madde ve alkol bağımlılığının olmadığı belirtilmiştir. İntihar için en sık kullandıkları maddeler ise benzodiazepinler ve opioidler olarak raporlanmıştır.¹⁸ Başka bir çalışmada ise Amerika'da hemşirelerin intihar için en sık kullandıkları yöntemler sırasıyla ilaçlar, ateşli silahlar, alkol ve kendini asmak şeklindedir. İntihar eden hekimlerde ise sıralamanın başında ateşli silahlar yer almaktadır.¹⁹

2007-2016 yılları arasında Çinli hemşirelerin intihar vakalarını özetleyen bir çalışmada, bu yıllar arasında 46 hemşire intiharı vakasının bildirildiği belirtilmiştir. Bu 46 vakanın %98'ini kadın hemşireler oluşturmaktadır ve vakaların çoğu 18-50 yaş arasındaki hemşirelerde meydana gelmiştir. Veriler incelendiğinde 6 tanesinin başhemşire, 9 tanesinin öğrenci hemşire, 31 tanesinin ise hemşire olduğu raporlanmıştır. Üçüncü basamak hastanelerde hemşire intiharı daha sık meydana gelmiş olup, en yaygın intihar yönteminin yüksek bir binadan atlamak olduğu belirtilmiştir. Yaklaşık %5'i ise bileklerini keserek yaşamına son vermiştir.¹³

Danimarka'da 1981-2006 yılları arasındaki 25 yıllık zaman diliminde, 331 hemşire intiharı vakasının bildirildiği ve hekim intiharı sayısının iki katından fazla olduğu tespit edilmiştir. 331 hemşire intiharı vakasının 18'inin erkek hemşire olduğu raporlanmıştır. İntihar için kullanılan yöntemler incelendiğinde sırasıyla en fazla tıbbi ilaç kullanımı,

kendini asmak, boğulmak, bir yerden atlamak, zehirli gaz/buhar inhalasyonu, kesici delici alet kullanmak ve ateşli silah kullanmak olarak raporlanmıştır.²⁰

2001-2012 yılları arasında Avustralya`da sağlık çalışanları intiharlarının raporları incelendiğinde, intihar eden ebe ve hemşire sayısının 216 olduğu ve hekim intiharı vakalarının 3 katına yakın bir sayıda olduğu raporlanmıştır. Diğer ülkelerde de olduğu gibi Avustralya`da da hemşirelerin intihar için kullandıkları yöntem, tıbbi ilaçlarla kendimi zehirleme şeklindedir. Ölümcül araçlara (reçeteli ilaçlar) erişimi olan sağlık çalışanlarının, erişimi olmayan sağlık çalışanlarına göre intihar sayısının ve riskinin çok daha fazla olduğu belirtilmiştir.³

Türkiye`de ise Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası tarafından 2018 yılında yayınlanan Sağlık Çalışanları İntihar Raporu incelendiğinde; Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü`nce 2017 yılından bu yana son üç sene içerisinde toplamda 431 sağlık profesyonelinin intihar ettiği bildirimini yapıldığı bilgisine yer verilmiştir. Bu intihar vakalarının 24`ü hekim, 180`i hemşire, 227`si de diğer sağlık çalışanlarıdır.²¹

İntihar Eğilimi Belirtileri Ve Risk Faktörleri

Hemşirelerin intihara eğilimini arttıran şiddet, mobbing ve tükenmişliğin yanında birçok risk faktörü bulunmaktadır. Kişinin yalnız yaşaması, içe dönük bir yapısının olması, kendini değersiz ve çaresiz hissetmesi, yaşamış olduğu travmatik bir olay, kişilerarası yaşanan stresler ve maddi zorluklar gibi intihara eğilimi arttıran sosyal risk faktörleri bulunmaktadır. Aynı zamanda fiziksel risk faktörleri de kişinin intihar düşüncesini tetikleyebilmektedir. Kronik dejeneratif bir hastalığının olması, travmatik beyin hasarları ve uyku bozuklukları bu faktörlere örnek olarak gösterilebilir. Arttıran faktörler olduğu gibi, intihar eğilimini azaltan sosyal faktörler de mevcuttur. Kişinin dışa dönük bir yapısının olması, iyimser bakış açısının olması, stresle başa çıkma ve problem çözme yöntemlerini etkin kullanabilmesi, yaşamak için güçlü sebeplerinin olması, aktif bir sosyal çevresinin bulunması, çocukları var ise onlara karşı olan sorumluluklarının olması ve dini görüşleri, intihar düşüncesini ve eğilimi azaltma yönündeki faktörler arasındadır.¹

Bazı belirti ve bulgular intihar düşünceleri hakkında bize ipucu verebilmektedir. Kişinin ölmek istemesi veya kendini öldürmek istemesi hakkında konuşması, yaşamak için bir nedene sahip olmadığını belirtmesi, silah satın alma düşüncesinin olması, intihar yöntemlerini araştırması, duygusal ya da fiziksel olarak dayanılmaz bir ağrı/acı hissettiğini dile getirmesi, başkalarına yük olmaktan bahsetmesi, kapana kısılmış olduğunu ya da çözümsüz problemleri olduğunu ifade etmesi, kişinin intihar düşüncesi olabileceğini ve bu girişimi planladığının belirtileri olabilir. Bunların yanında madde ya da alkol kullanım sıklığını arttırması, endişeli ve sıkıntılı davranışlar sergilemesi, ailesinden veya arkadaşlarından kendini soyutlamaya başlaması, yemek yeme ve uyku düzeninin bozulması, öfke gösterileri yapmak ve intikam almaktan bahsetmesi, hızlı araç sürmek gibi ölüme yol açabilecek büyük riskler alması, sık değişken ruh hâlinin görülmesi, vasiyet

vermesi, ailesine ve arkadaşlarına veda içerikli cümleler kullanması ve kendisi için çok önemli olan eşyaları dağıtmaya başlaması da intihar düşüncesinin olduğunu gösteren bulgular arasında yer almaktadır.²²

Sonuç Ve Öneriler

Yapılan literatür taramaları sonucunda hemşire intiharı vakalarının diğer sağlık profesyonellerine göre daha fazla sayıda olduğu; ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede hemşire intiharı olgularının azımsanmayacak sayılarda olduğu; hem sosyal, hem fiziksel, hem de kurum kaynaklı faktörler nedeniyle intihara eğilimin arttığı ve bu eğilimin bazı belirti bulgular verebileceği tespit edilmiştir.

İntihar, önlenabilir bir durumdur. İntihara eğilimi olduğu düşünülen kişinin risk taramasının yapılması, güvenlik planı yapılması ve destekleyici telefon görüşmelerinin yapılması, kişinin intihar riskini ve eğilimini azaltmaktadır.²³ Hem intiharı önlemek, hem de daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin tekrar bir girişimde bulunmasını engelleyebilmek amacıyla psikoterapiler uygulanarak psikososyal müdahalelerde bulunulabilir. Bu müdahalelerin yanı sıra intihar riski taşıyan bazı kişiler psikiyatri uzmanınca uygun görülen ilaçlardan yararlanarak farmakolojik açıdan da fayda görebilirler.²⁴

KAYNAKLAR

1. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
2. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
3. Milner, A. J., Maheen, H., Bismark, M. M., & Spittal, M. J. (2016). Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001–2012. *Medical journal of Australia*, 205(6), 260-265.
4. Braquehais, M. D., Eiroa-Orosa, F. J., Holmes, K. M., Lusilla, P., Bravo, M., Mozo, X., ... & Sher, L. (2016). Differences in physicians' and nurses' recent suicide attempts: an exploratory study. *Archives of Suicide Research*, 20(2), 273-279.
5. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. (2015). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab.*, 60(234), 198-218.

6. Silva, D. D. S. D., Tavares, N. V. D. S., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., Albuquerque, M. C. D. S. D., & Melo Neto, V. L. D. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 1023-1031.
7. Lu, L., Lok, K. I., Zhang, L., Hu, A., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., ... & Xiang, Y. T. (2019). Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Archives of Psychiatric Nursing*.
8. Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501.
9. Simons, S. R., Stark, R. B., & DeMarco, R. F. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in nursing & health*, 34(2), 132-140.
10. Gül, H. (2009). 15 Sağlığında Önemli Bir Psikososyal Risk: Mobbing-Psikolojik Yıldıрма. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6).
11. Topa, G., & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing outlook*, 61(3), e25-e31.
12. Hecker, T. E. (2007). Workplace mobbing: A discussion for librarians. *The Journal of Academic Librarianship*, 33(4), 439-445.
13. Zeng, H. J., Zhou, G. Y., Yan, H. H., Yang, X. H., & Jin, H. M. (2018). Chinese nurses are at high risk for suicide: A review of nurses suicide in China 2007–2016. *Archives of psychiatric nursing*, 32(6), 896-900.
14. Purdy, N., SPENCE LASCHINGER, H. K., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of nursing management*, 18(8), 901-913.
15. Oliveira, F. P. D., Mazzaia, M. C., & Marcolan, J. F. (2015). Symptoms of depression and intervening factors among nurses of emergency hospital services. *Acta Paulista De Enfermagem*, 28(3), 209-215.
16. Barbosa, K. K. S., Vieira, K. F. L., Alves, E. R. P., & Virgínio, N. A. (2012). Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 515-522.
17. Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of advanced nursing*, 59(3), 233-239.
18. Davidson, J. E., Proudfoot, J., Lee, K., & Zisook, S. (2019). Nurse suicide in the United States: Analysis of the Center for Disease Control 2014 National Violent Death Reporting System dataset. *Archives of Psychiatric Nursing*.
19. Davidson, J. E., Stuck, A. R., Zisook, S., & Proudfoot, J. (2018). Testing a strategy to identify incidence of nurse suicide in the United States. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(5), 259-265.
20. Hawton, K., Agerbo, E., Simkin, S., Platt, B., & Mellanby, R. J. (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 320-326.
21. <http://ses.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/SA%C4%9ELIK-%C3%87ALI%C5%9EANLARI-%C4%B-0NT%C4%B0HAR-RAPORU.docx> (Erişim Tarihi : 28.08.2019)
22. Forren, J.O. (2018). Suicide and Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(4), 363-365.
23. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, et al. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563–570.
24. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml#part_153179 (Erişim Tarihi : 29.08.2019)

KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PREKARYALAŞMA SÜRECİ

Deniz GÜNGÖR* Emre ÖZCAN**

* Arş., Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.

** Öğr., Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü.

Özet

Kamu-özel ortaklığı (KÖO), devlet ile bir özel şirket veya şirketler topluluğu arasında yapılan uzun süreli sözleşme ilişkisini ifade etmektedir. Bu kavram, ilk defa İngiltere’de Thatcher Hükümeti tarafından ortaya atılmış, ancak 1992’de Major Hükümeti’nce uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise kavramın ilk kez 2013 yılında dile getirildiği vurgulansa da bu ortaklığın Özal dönemindeki özelleştirmelere kadar uzandığı rahatlıkla söylenebilir ki, bu noktadan sonra devlet ve özel sektör arasında kesintisiz bir ilişki söz konusu olacaktır. Bu ilişkinin, kısıtlı kaynakların daha etkili ve verimli kullanılacağı iddiası üzerine inşa edildiği düşünülse de temel kamu hizmetlerinin özelleştirilerek metalaştırıldığı açıktır. Bu hizmetlerin başında da kuşkusuz son dönemde “Şehir Hastaneleri” adı altında çeşitli sermaye gruplarına teslim edilen sağlık hizmetleri gelmektedir.

Sağlık alanındaki neoliberal dönüşümün uzantısı olarak açığa çıkan KÖO’da devlet, söz konusu hastaneye anlaşma kapsamında kira ödemekte ve temel tıbbi hizmetler dışında yer alan hizmetleri ilgili şirket ya da şirketler aracılığıyla karşılamaktadır. Bu kapsamda inşa edilen hastaneler; “Entegre Sağlık Kampüsü”, “Sağlık Kampüsü”, “Kamu Özel İşbirliği” şeklinde adlandırıldıktan sonra değindiğimiz gibi “Şehir Hastaneleri” şeklinde ifade edilmiştir. Taşeronlaşma sistemine yaslanan Şehir Hastanelerinde sağlık çalışanları açısından en önemli sorunun, güvencesiz istihdam biçiminin kalıcılaştırılması olduğu açıktır. Kamu kurumlarının da parçalı istihdam biçimini benimsemesi ve özellikle Sağlık Bakanlığı bünyesine çalışanların neredeyse üçte birinin taşeron sağlık emekçisi oluşu bu görüşü destekler niteliktedir. Bu uygulamanın çalışanlara özlük hakları kapsamındaki sorunların yanı sıra (iş yükü, düşük ücret vb.) bunun bağlamında örgütlenme süreçleriyle ilgili engelleri de doğurmaktadır.

Çalışanların belirsizlik, tahmin edilemezlik ve risk altında istihdam edilme durumuna işaret eden güvencesizlik kavramı, neoliberal dönüşüm sürecinin bir zorunluluğu olarak gerek kamu gerekse özel sektörün tüm alanlarında vücut bulmaktadır. Proletarya ve precarious kavramlarının bileşiminden oluşan prekarya olgusu ise emek gücünün istihdam edilmesinin çok daha ötesinde güvencesiz ve tehlikeye açık olma durumunu ifade etmektedir. Güvencesizlik kavramı yerine prekaryanın kullanılması, bahsettiğimiz zorunluluğu sınıflandırma ilişkisinden düşünmemize olanak tanıdığı için tercih edilmektedir ve dola-

yısıyla emekçi sınıflar açısından yeni bir mücadele biçiminin nasıl şekillenmesi gerektiği daha da netleşmektedir. Nihayetinde prekaryanın yeni bir sınıf olup olmadığı tartışmalarına müdahale etmenin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Tüm bunlardan hareketle bu çalışma, sağlık alanındaki neoliberal dönüşüm üzerinden KÖO'nun sağlık çalışanlarının prekaryalaşma sürecini nasıl etkilediğini ayrıntılı olarak ele almayı hedeflemektedir.

SAĞLIK VE İLGİLİ ALANLARDA ÇALIŞANLARIN MESLEK HASTALIKLARI

Kadir Onur Şimşek

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Giriş ve Amaç

Sağlık sektöründe çalışanlar meslek hastalıkları açısından yüksek risk altında olan bir gruptur. Türkiye’de toplam sağlık çalışanı sayısı 1 milyon 26 bin olup, tüm sektörlerde istihdam edilen çalışanların %3.5’ini oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının diğer çalışanlara göre bir enfeksiyon hastalığına yakalanma risklerinin 10 kat fazla olduğu, işe bağlı kas iskelet sistemi hastalıklarının en sık görüldüğü sektörlerin eğitim ve sağlık olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de ve dünyada sağlık ve ilgili alanlarda çalışanların meslek hastalıkları üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla, belirli bir grup sağlık çalışanı üzerine yoğunlaşırken, mesleki tanı koymaya yetkili bir hastaneye başvuran ve meslek hastalığı tanısı alan sağlık çalışanlarının bütünü ile ilgili bilgi sınırlıdır. Bu çalışma ile ülkemizde meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili bir hastanede Şubat 2012- Mart 2018 yılları arasında meslek hastalığı tanısı alan sağlık çalışanlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır. Şubat 2012- Mart 2018 tarihleri arasında meslek hastalığı tanısı alan olguların sağlık kurulu raporlarına dayalı olarak oluşturulan veri tabanı kullanılmıştır. Bu yıllar arasında meslek hastalığı tanısı alan 4843 olgu içerisinde 100’ü (%2.06) sağlık çalışanı olup, tanıları, çalıştığı iş kolu, tanı yaşı, sahip olunan meslek hastalığı irdelenmiştir. Olguların çalıştıkları sektör OECD endüstri listesine, mesleki tanıları ICD 10 kodlarına göre düzenlenmiştir. Veri analizinde merkezi dağılım ve yayılım ölçütleri kullanılmıştır. Etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular

Olguların 81’i erkek 19’u kadındı. Olguların tanı sırasındaki yaş ortalaması 40.16±8.9 (20-67) idi. İş kolları sıralamasında en sık diş teknisyenliği (n=81), daha sonra hastabakıcılık (n=7), hemşirelik (n=5) ve laboratuvar teknikerliği (n=3), diş hekimliği (n=1), veteriner hekimlik (n=1), ebelik (n=1) ve ambulans görevlisi (n=1) oldukları görüldü. Diş teknisyenlerinin 80’inde pnömokonyoz vardı. Çalışanların 90’ı tek bir meslek hastalığı tanısı alırken, 8’i iki, 2’si de üç farklı meslek hastalığı tanısı almıştı.

Tablo1. Sağlık ile ilgili alanlarda çalışanların en sık başvurdukları meslek hastalıkları

| ICD kod listesi | n | % |
|--|-----|-------|
| Pnömokonyoz, silisyum içeren tozlara bağlı (J62) | 80 | 71.5 |
| İntervertebral disk bozuklukları (M51) | 7 | 6.3 |
| Servikal disk bozuklukları (M50) | 5 | 4.5 |
| Omuz lezyonları (M75) | 3 | 2.7 |
| Üst ekstremitte mononöropatileri (G56) | 3 | 2.7 |
| Alerjik kontakt dermatit (L23) | 3 | 2.7 |
| Ürtiker (L50) | 2 | 1.8 |
| İç kulağın diğer hastalıkları (H83) | 2 | 1.8 |
| Kanda ağır metallerin bulunması (R78) | 2 | 1.8 |
| Alerjik Rinit (J30) | 1 | 0.9 |
| Alerjik Astım (J45) | 1 | 0.9 |
| Kas zorlanması (M62) | 1 | 0.9 |
| Entozopatiler (M77) | 1 | 0.9 |
| Ön kol kırığı (S52) | 1 | 0.9 |
| Toplam | 112 | 100.0 |

Sonuç ve Öneriler

Sağlık ve ilgili alanlarda çalışanlar, meslek hastalığı tanısı almak için başvurularının %2.06'sını oluşturmaktaydı. Sağlık çalışanları yüksek riskli bir alanda çalışmalarına rağmen, meslek hastalığı nedeniyle çok az sayıda mediko-yasal tanı almaları düşündürücüdür. Bu araştırmada en sık meslek hastalığı tanısı alan sağlık çalışanı grubu dış teknisyenleri olup, en sık hastalık tanısı da pnömokonyozdur. Diğer iş kollarındaki sağlık çalışanlarının tanı için başvuruda bulunmadığı ve/veya tanı aşamasında kayıplar yaşanmış olduğu düşünülebilir. Sağlık çalışanları içindeki istihdam oranından çok yüksek oranda meslek hastalığı tanısı alan dış teknisyenlerinin çalışma şartlarının düzenlenmesi, koruyucu politikaların uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: meslek hastalığı, sağlık çalışanları, dış teknisyenleri

NANO MALZEME KULLANIMININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN OLUŞTURABİLECEĞİ RİSKLER

Ülkü ÇÖMELEKOĞLU

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı

Nanoparçacıklar çapları 1-100 nm arasında değişen ultraküçük parçacıklardır. Bu parçacıklar, elektron tutuculuğu, parçacık şekilleri, kristalleşebilme, ısı ve elektrik iletme, manyetik ve optik özelliklerinin değişebilir niteliği gibi özellikleri nedeniyle makro parçacıklara göre çok daha farklı fizikokimyasal ve biyolojik özelliklere sahiptir. Bu özellikleri nedeniyle başta sağlık olmak üzere elektronik, tıp, askeriye, boya, gıda, kozmetik ve tekstil gibi birçok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Nanoparçacıklar organik ve inorganik nanoparçacıklar ile nanogözenekli malzemeler ve nanokompozitler olarak sınıflandırılabilir. Nanoparçacıkların küçük boyutları onların kolayca doku, hücre, organeller ve DNA ve RNA gibi fonksiyonel biyomoleküllere girmesine olanak sağlar. Özel fizikokimyasal özellikleri kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kas-iskelet sistemi hastalıkları, nörodejeneratif hastalıklar, diyabet ve enfeksiyöz hastalıklar gibi hastalıkların tanı ve tedavisinde ayrıca implant ve doku onarımında kullanımına olanak sağlamaktadır. Ancak nanoparçacıklar bir taraftan hastalar için bu faydaları sağlarken diğer taraftan sağlık çalışanlarını risklere maruz bırakabilirler. Tüm dünyada nanomalzeme üretimi büyük teşviklerle hızla artarken, bunların toksisitesine ilişkin bilgiler aynı oranda artmamaktadır. Nanomalzemelerdeki nanoparçacıklar uygun koşullar altında serbest kalabilirler ve bunlar vücuda oral, dermal, inhalasyon ve parenteral (ciltteki kesikler, yanlışlıkla iğne batması gibi) yollarla girer ve vücutta oksidatif stres, sitotoksosite, inflamasyon, fibrotik değişiklikler ve kanser gibi etkilere yol açabilirler. Sağlık sektöründe nanoparçacıklara maruz kalma olasılığı en fazla olan çalışanlar nanoteknolojik ilaçları hazırlayan veya uygulayan ya da bu ilaçların kullanıldığı alanlarda bulunan eczane ve hemşirelik personeli, doktorlar ve çevre hizmeti çalışanlarıdır. Ancak çalışanların nanomalzemelerin toksik etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları kapsamında nanomalzemeleri ve emisyon kaynaklarını tanımlamak ve maruz kalma düzeylerini ölçmek için yeterli yöntem ve cihazların bulunmadığı düşünülmektedir. Bu bildiriyle nanoparçacıkların sağlık çalışanları için oluşturduğu riskler konusuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

HASTANE ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümit ARSLAN** *Altuğ ÇAĞATAY**

* *Phd. Sağlık Bakanlığı*

** *Öğretim Görevlisi, Phd. Tokat Gazi Osmanpaşa Üniversitesi, Almus Meslek Yüksek Okulu*

Amaç:

Bu çalışmada hastane personelinin örgütsel bağlılık düzeyinin tespit edilmesi ve demografik verilerle değerlendirilmesi ve yorumlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. 170 personelden 84 personele Örgütsel Bağlılık Ölçeği uygulanmıştır. Veriler normal dağılıma uyduğundan t testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Bulgular:

Araştırmada örgütsel bağlılık algısı ile çalışan personelin demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaş, medeni durum, toplam hizmet yılı ve meslek özellikleri ile örgütsel bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadın çalışanların örgütsel bağlılık düzeyi erkeklere göre anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaneden memnun olan çalışanların normatif bağlılık düzeyi memnun olmayanlara göre anlamlıdır ($p<0,05$). Eğitim durumu lisansüstü olan personelin örgütsel bağlılık algısı ortalaması diğer eğitim düzeylerinden düşük bulunmuştur. Araştırmada örgütsel bağlılık düzeyleri $x=1,0-2,33$: düşük bağlılık, $2,34-3,66$: orta düzeyde bağlılık, $3,67- 5,0$: yüksek bağlılık olarak değerlendirilmiştir. Çalışanların örgütsel bağlılık ortalaması $x=3.35$ orta düzeyde bulunmuştur.

Sonuç:

Çalışanların çalıştıkları kurumdan memnun olması halinde örgütsel bağlılıkları da yüksek olmaktadır. Çalışanların kuruma bağlılıklarını artırıcı faaliyetlerin yapılması örgütsel bağlılığı ve dolayısı ile örgütsel verimliliği de artıracaktır. Kadın çalışanların örgütsel bağlılık düzeyi daha yüksektir. Eğitim düzeyi artıca örgütsel bağlılık azalmaktadır. Bu durum çalışanların eğitim durumuna uygun bir iş pozisyonunda çalışmamasından kaynaklanan tatminsizlik durumu ile açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Bağlılık Algısı, Hastane Personeli, Devlet Hastanesi.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA, İŞKOLİKLİK, DUYGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ, UYUMLULUK İLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA

İlknur Sayan, İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Osman Yıldırım, İstanbul Arel Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, İstanbul

Ayşenur Namlı, İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul

Özet

Amaç:

Bu araştırmada, literatürde yer alan beş faktör kişilik modeli, duygusal zeka ve işkoliklik ölçekleri ele alınmış ve bu ölçeklerin yardımıyla veri toplama anketi hazırlanmıştır. Bu araştırmanın amacı, beş faktör kişilik modeli ile ortaya konmuş olan kişilik tipleri ile duygusal zeka ve işkoliklik arasındaki etkileri ve ilişkileri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem:

Bu araştırmada, tanımlayıcı bir araştırma modeli kullanılmıştır. Bu amaçla, literatürde yer alan ve çok sık olarak kullanılan işkoliklik, beş faktör modeli ve duygusal zeka ölçeklerinden tasarlanan araştırma anketi, ankete katılımı gönüllü olarak kabul eden 250 sağlık personeline kolayda örnekleme yöntemiyle uygulanarak veri toplanmıştır. Anket uygulanarak elde edilen veriler, SPSS istatistik programı yardımıyla sırasıyla, doğrulayıcı faktör analizi, korelasyon analizi, regresyon analizi ve güvenilirlik geçerlilik analizlerine tabi tutulmuştur. Ayrıca, katılımcıların demografik özellikleri, istatistik analizle kategorik değerlendirilmiştir.

Bulgular:

16 maddeli beş faktör modeli ölçeğinden 4 maddeye sahip “uyumluluk alt boyutu”, tüm maddeleri ile analizde yer almıştır. 17 maddelik işkoliklik ölçeğinden 6 madde faktör yükü düşük olduğundan ($FL < 0.50$) analizden çıkarılmıştır. Duygusal zeka ölçeği alt boyutlarından “duyguların kullanımı” alt boyutunda 4 madde tamamıyla yer almaktadır. Tüm maddelerde faktör yükü değerleri (0,534 ;0,897) arasında yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizinde model test değerleri, ($P < 0.05$), χ^2 (344,983), χ^2/df (2,363) bulunduğu ölçüm modeli için doğrulayıcı faktör analizinin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri GFI(.908),CFI (.9397), SRMR (.0647), RMSEA (.0752) kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığından ölçüm modelinin doğrulayıcı faktör analizinin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Araştırma için katılımcılara uygulanan ölçeklerin tüm alt boyutlarında hesaplanan güvenilirlik katsayıları (Cronbach Alpha > 0.80) için yüksek güvenilirlik ortaya çıkmıştır.

Sonuç:

Sağlık çalışanları açısından, duygusal zeka, işkoliklik düzeyinde çalışma önemle üzerinde durulması gereken kavramlardır. Bu araştırmada, özellikle sağlık çalışanlarının bu değişkenler açısından algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ölçüm modeli için doğrulayıcı faktör analizinin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığından ölçüm modelinin doğrulayıcı faktör analizinin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Araştırma için katılımcılara uygulanan ölçeklerin boyutları için hesaplanan güvenilirlik değerleri yüksek güvenilirlik düzeyindedir.

BİR DEVLET ÜNİVERSİTESİNDE OKUYAN HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN YAZ STAJINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Gizem Deniz BÜYÜKSOY

Dr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kırşehir

Amaç:

Sağlık çalışanlarının eğitim sürecinde önemli bir yeri olan stajyerlik, klinik bilgi ve becerinin kavranması açısından değerli bulunsa da ücretsiz emek, ağır ve uzun süreli çalışma koşulları, güvencesiz çalışma gibi durumlara olanak sağlaması açısından eleştirilmektedir. Bu araştırmanın amacı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi'nde okuyan ve 2019 yılında yaz stajı yapan hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaz stajı sırasında yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarını, iş kazası geçirme durumlarını ve yaz stajı uygulamasına yönelik görüşlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde okuyan ve 2019 yılı Temmuz ve Ağustos aylarında yaz staj yapmış olan 350 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Araştırma, araştırmacı tarafından hazırlanan ve yaz stajında yaşanan çeşitli sorunların sorgulandığı anket formu ile toplanmıştır. İnternet üzerinden oluşturulan anket formu, yaz stajı bittikten sonra öğrencilere sosyal medya hesapları üzerinden gönderilmiştir. İki hafta sonra anket formu tekrar gönderilmiş ve doldurmayanlara hatırlatılmıştır. Bir ay sonra, 210 öğrencinin anketi doldurması sonucunda örneklem yeterli bulunarak veri toplama işlemi sonlandırılmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar, doğrudan alıntı olarak ırnak içinde sunulmuştur.

Bulgular:

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,01 \pm 1,05$ 'tir. Öğrencilerin %74,5'i kadın, %58,3'ü üçüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %40,5'i dahiliye ve cerrahi dersinin yaz stajını yaptığını, %69,8'i yaz stajını klinik servislerde, %11,0'i erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde, % 9,5'i acil serviste, diğerleri de kan alma, ekg, günübürlük tedavi birimi ve çeşitli polikliniklerde; çoğunlukla klinikteki hemşirenin gözetiminde yaptığını ifade etmiştir.

Öğrencilerin %73'ü yaz stajı uygulaması için ücret aldığını, %94'ü sigortasının yapıldığı-

nı, %93,6'sı yaz stajı sırasında hastanenin öğle yemeği verdiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %94,5'i yaz stajı sırasında ailesinin yanında kaldığını, %21,2'si hastaneye ulaşımında güçlük çektiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %1,4'ü (3 öğrenci) yaz stajı sırasında kaza geçirdiğini ifade etmiştir. Bunlardan bir öğrenci; staj sırasında hastadan çıkan iğnenin eline battığını; bir diğeri; staja giderken araçla yayaya çarptığını; bir öğrenci de staja giderken kendisine araç çarptığını, ciddi bir yaralanması olmadığını ve staja giderken ve dönerken güneş çarpması geçirdiğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin %10,7'si yaz stajı uygulaması boyunca fiziksel sağlık sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Bunlar; yorgunluk, halsizlik, bel ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı, baş ağrısı, bayılma, bronşit, diz kapağında kas zayıflığı ve kırık, ülseratif kolitin ağırlaşması, ayak burkulması, farenjit, alerjik rinit, hastane enfeksiyonu sonucu amipli dizanteri, hasta taşırken bel incinmesi, hipotansiyon, soğuk algınlığı, bulantı, kusma ve akut gastroenterittir.

Öğrencilerin %11,2'si yaz stajı uygulaması boyunca psikolojik sağlık sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Öğrenciler bu sorunları; anksiyete, psikolojik yıpranma, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, aşırı stres, titizlik, ölüm korkusu şeklinde sıralamıştır. Bununla ilgili olarak öğrencilerin bazı ifadeleri şu şekildedir; "Ruhsal olarak biraz yıprandım", "Köle gibi kullanıyorlardı", "Psikolojik olarak çöküntü yaşadım", "Her gün robot gibi aynı şeyleri yapmak depresyona soktu" "Hemşirelerin imalı konuşmalarına, öğrenci olduğum için beni küçümsemelerine katlanmak zorunda kaldım." "Yoğun bakımda ölen ya da ölmek üzere olan hastalara bakım verdiğim için ruh sağlığım bozuldu, staj bittikten sonra da etkisinden kurtulamadım." "Ayak işlerini yapmaktan dolayı bitkin düştüm."

Öğrencilerin %17,5'i yaz stajı uygulamasında keyifle ve huzurla çalışma imkânı bulmadığını ifade etmiştir. Bununla ilgili olarak öğrencilerin bazı ifadeleri şu şekildedir; "Hastaneye gitmek için her gün dört saatim yolda geçti, yorgun düştüm" "Sürekli ayak işi yaptırıyorlar, personelin yapması gereken işleri yaptım çoğunlukla", "Klinikte kendimi kullanılmış gibi hissediyordum", "Hastalarla ilgilenmem doktorlar istemediği için yasaklandı ve hiçbir girişim, tedavi, takip uygulayamadım, evrak getir götür işleri yaptırıyorlar", "Erişkin cerrahi servis sorumlusu hemşire, tedavilere katılmama izin vermedi", "Hemşirelikten çok amele gibi kullanıldım sadece ANTA aldım geri kalan zamanda şunu getir bunu götür..." "Klinik hemşireleri kendi özel işlerini yaptırıyorlar" "Stajyer olduğum için hemşireler bana saygı duymuyorlardı, benimle hoş olmayan bir üslupla konuşuyorlardı" "Klinikte işler bittikten sonra oturup dinlenebileceğim bir yer olmadığından hep ayakta bekledim ve çok yoruldum"

Öğrencilerden bazıları, yaz stajının kendilerine olan katkılarını şu şekilde ifade etmişlerdir: "Daha sakin olmayı öğrendim", "Hemşireliğin korkulacak bir meslek olmadığını öğrendim ve daha verimli çalıştığımı fark ettim" "Kliniğin işleyişini, hemşirelerin görev dağılımını ve klinikte çalışma şeklini öğrendim", "Bir hemşire gibi çalıştık, stajyer öğrenci gibi kullanılmayıp oranın personeli gibi çalıştık ve birçok pratik kazandık", "Klinikte

ekibin bir parçası olarak dönem içindeki staja göre daha iyi uyum sağladım” “Zamanı idare etmeyi, sakin davranmayı, uygulamalarda pratiklik kazanmayı, hasta ile daha sıkı bağ kurmayı öğrendim”

Öğrencilerden bazıları yaz stajına yönelik eleştirilerini şu şekilde ifade etmişlerdir: “En azından yol param karşılanabilirdi”, “Yaz stajı öğrenmek için güzel bir ortam ama hemşirelerin öğrencileri çok fazla kullandığını düşünüyorum bizim öğrenmemizden önemli olan şey onların işinin yetişmesi” “Yapmam gereken dersin stajını yapamadım. Hastane gereken yerde değil eleman eksikliği olan yerde staj yapmamı istedi” “Okulun bizden doldurmamızı istediği dosyanın gereksiz olduğunu düşünüyorum” “Çok iyi çalışmamıza rağmen hakkımı olan ücreti vermiyorlar.” “Staj yaptığım hastanede ihtiyaç anında farklı servislere gönderildim, uyum sağlayamadım.” “Hemşireler öğrencilere rol model olma, öğretme konusunda isteksiz, ayrıca servislerde hemşire sayısı az kendi işlerine yetişemiyorlar ki bize vakit ayırsınlar”, “Staj yapmak için hastane bulmakta çok zorlandım” “Stajyerlerin hastanede ne yaptığını bakılmıyor, denetim daha iyi olmalı”, “Öğle yemeği verseler, orayı daha iyi benimser, daha iyi çalışırdım” “Hemşireler, stajyerlere karşı negatif ve tepkili” “Klinikte hemşirenin görevi olmayan getir götür işleri yaptık”

Sonuç

Araştırmada yaz stajının mesleki gelişime olumlu katkıları olmakla birlikte iş kazası ve meslek hastalığına yol açtığı, ücretsiz ya da daha az ücrete çalıştırılmaya ve kendi işi olmayan işleri yapmaya zorlanmaya olanak sağladığı ve klinik hemşirelerinin öğrencilere karşı olumsuz tutumunun önemli bir sorun olduğu belirlenmiştir. Buna göre yaz stajı yapılan hemşirelik okullarında; öğrencilere stajları süresince danışmanlık sağlanması, sağlık sorunlarının ve iş kazalarının tespit edilmesi ve takibi, hem hastane ve üniversite arasında hem de klinik hemşireleri ile hemşire akademisyenler arasında iletişimi güçlendiren çalışmaların planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Hemşirelik, Stajyerlik



ANESTEZİK GAZLARIN HEMŞİRELERİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ



Betül PÜTÜN, Aysenur KURŞUNOĞLU, İlkur SAVLIK

Danışman: Sinan AYDOĞAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara.

RİSKİN TANIMI

Sağlık çalışanları yüksek çeşitlilikte sağlığı bozan, biyomedikal, fiziksel ve kimyasal faktörlere maruz kalır. Bunlar arasında anestezi gazları yüksek oranda önem içermektedir.¹ Sık kullanılan anestezi gazları; nitroz oksit, halotan, metoksifluran, enfluran, izofluran, sevofluran, desfluran'dır.²

Anestezi gazlarına maruziyet ameliyathanede, hastaların solunum sisteminde ve kanında bulunan gazların ortama yayılmasıyla, ameliyat sonrası yanma odasında ve yoğun bakım odalarında gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanları bu gazları inhalasyon yoluyla vücuduna almaktadır.³

Ameliyathane atmosferi;

Anestezi aygıtlarının kaçak valvlerinden

Vaporizatörlerin kilitleme mekanizmalarının kapatılmamasından

Hastaların ekspiriyum havalardan çıkan anestezi gazları ile sürekli olarak kirlenmektedir.⁴

Anestezi gazlarının hemşireler üzerinde toksik etki (zehir etkisi) göstermesi ve bu toksik etkinin şiddeti şu özelliklere bağlıdır;



RİSKİN GÖRÜLME SIKLIĞI

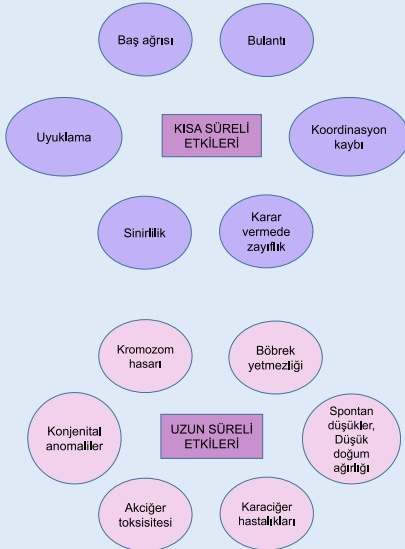
- Radyasyon (%90)
- Gürültü (%88)
- Uygun olmayan ergonomik koşullar (%85)
- Anestezi gazları (%82)**
- Yetersiz havalandırma (%75,5)



RİSKİN DEĞERLENDİRMESİ

Ameliyathane ortamlarında mevcut yasalar, standartlar çalışma koşulları yeterince düzenlenmemekte, var olan düzenlemeler uygulanmamakta, denetimler yapılmamakta, çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterince bilgilendirilmemektedir.⁵

RİSKİN SONUÇLARI⁶



ÖNLEMLER⁷

Hemşirelerin özlük hakları

- Hemşireler dönüşümlü çalıştırılmalı
- Çalışma süreleri kısıtlanmalı
- Hemşireler gerektiğinde çalışma ortamından uzaklaştırılmalı
- Öğle tatili ve resmi tatillerde çalıştırılmamalı
- Nöbet izni uygulanmalı ve mola süreleri artırılmalı
- Mesleki yıpranma payı, erken emeklilik, şua izni, anestezi gazı maruziyet izni, kapalı ortamda çalışma izni gibi haklar verilmelidir

Çalışma alanlarının fiziki şartları

- Çalışma ortamlarının yeterli miktarda havalandırılması
- Kimyasal atıkların uygun şekilde toplanması ve yok edilmesi
- Havalandırma sistemleri standartlara uygun hale getirilmeli
- Anestezi gazı atık boşaltma sistemi kullanılmalı
- Etkili hava yolu yönetimi yapılmalı
- Çalışma ortamı gün ışığı ve temiz hava sağlanmalı

Güvenlik önlemleri

- Çalışma alanına yetkili olmayan kişilerin girmemesi
- Kimyasallara özgü kontrol rehberlerinin bulunması
- Doğru kullanımlarına ilişkin bilgilerin yer alması, üzerlerinde yazılı uyarıların bulunması
- Kimyasal atıkların uygun şekilde toplanması ve yok edilmesi
- Çiftli maske sistemi kullanılmalı
- Düzenli sağlık kontrolleri yapılmalı
- Kişisel koruyucu ekipmanlar (kürşun yelek, maske, eldiven, gözlük) sağlanmalı
- Uygun beslenme olanakları sağlanmalı
- Ameliyathane ve ameliyat kurallarına planlamaya uyulmalı

KAYNAKLAR

1. James M. Bosano & Andrea L. Steege (2016) Precautionary practices for administering anesthetic gases: A survey of physician anesthesiologists, nurse anesthetists and anesthesiologist assistants. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 13(10), 766-783. DOI: 10.1093/jeo/13(10).766
2. Barak, C. (2011). Desfluran ve Sevofluran Kullanılan Pediyatri Hastalarda Postoperatif Deliriumun Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
3. Sorul N. Hemşirelerin iş güvenliği. *SD Dergisi* 2015, 33, 40-45.
4. Öztin Ögün C, Çulcuoğlu H. Ameliyathane Ortamının Ameliyathane Personelinin Sağlığını Üzerine Etkileri. *T. Kim. Top. Bilimler* 2001; 21:83-93.
5. Türk Standartları Bilgi Sağlığı Çalışmaları Sağlık Çalışmaları Sağlık Çalışma Grubu. (2015-2016). Anestezi Çalışmalarında Mesleki Risk Değerlendirme Raporu. Erişim adresi: <http://standartlar.gov.tr/uzakulastranlar/uzakulastranlar>
6. Yılmaz Z. Çukurova Çalışmaları. N. Exposure to anesthetic gases among operating room personnel and risk of genotoxicity: A systematic review of the human biomonitoring studies. *Journal of Clinical Anesthesia*, 2016, 36, 326-331.
7. Marsham, M., Fattah, H., Seyyedipour, M., Hamdi, B.A. Occupational Exposures to Anesthetic Gases in Operating Room. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 2017; 4(3): 90-91.



DEZENFEKTAN, ANTİSEPTİK SOLÜSYONLAR, STERİLİZASYON SONUCUNDA KİMYASAL MADDELERE MARUZ KALMA



Nuriye TORUN, Özge DURMAZ, Funda YAŞLI, Asiye Zehra GÜVEN, Aslı ŞAN
Deriva SULLUHAN

RİSKİN TANIMI

Dezenfektan: Dezenfeksiyon işleminde kullanılan kimyasal maddelere denir.(1)
Antiseptik: Patojen mikroorganizmaları öldürmek veya gelişmelerini önlemek için vücut yüzüne lokal olarak kimyasal maddelerin uygulanmasına denir. Mikroorganizmaların üremesini durduran yüksek konsantrasyonda olduğunda ve uzun süre temasta bırakıldığında onları öldüren ve özellikle canlı dokulara uygulanan maddelere **antiseptik** denir (2)
Sterilizasyon: Bir materyalin içerdiği mikroorganizmaların tüm canlı şekillerinden ayrılması işlemidir (3)
Kimyasal Madde: Değil halde bulunan veya üretilen veya herhangi bir işlem sırasında ya da nitelik olarak ortaya çıkan veya kazara oluşan her türlü element, bileşik, karışımlardır (4)



RİSKİN GÖRÜLME SIKLIĞI

- 1) Hemşirelerin işle ilgili rahatsızlıklarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ellerde egzama(%4.9), kronik dermatit(%4.4) ve alerji (%2.9) belirlenmiştir.(5)
- 2) Vajinal bakım ve sterilizasyon üniterlerinde çalışanların riskli algılamaları daha yüksektir. En sık belirtilen riskli durumlar arasında dezenfektan kullanımı %48.3'tür (6)
- 3) Kimyasal güvenlik alanında dezenfektan maddelere maruziyet %58.6'dır (7)
- 4) 236 sağlık çalışanından 64 kiped e el egzaması olduğu belirlendi. Diğer meslek gruplarına göre hemşirelerde %45 oranında daha sık görüldüğü saptandı. El egzaması buluntularında loteks eldiven, sabun, alkol, betonon, lokal anestetik gibi maddeler ile maruz kalma sonucunda arttığı belirlendi.(8)
- 5) Alkol bazlı el antiseptiği kullanıma bağlı irrite dermatit görülme sıklığı %56.(9)

ÖNLEMLER

Ürün başka kimyasallar ile karıştırılmamalıdır.
Yutulmamalıdır. Yutulduğu durumda temiz su ile ağız çalkalınız ve doktor tavsiyesi alınır.
Ürünün göz ile temasından kaçınılmalı ; temas etmesi durumunda bol su ile yıkayınız, ürün etiketi ile birlikte uzmanla danışınız.
Çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklayınız.
Açık yara ile temasından kaçınınız.
Zehirlenme durumunda UZEMİ (114) arayınız.
Öneriler: Kullanmadan önce tüm talimatlarını çıkarınız. Tırnakların uzun olmamasına dikkat ediniz.
Avcuza en az 3-5 ml alıp 30sn boyunca süvünüz. Ellerinizi EN 1500 standartlarına uygun olarak yıkayınız. Kullanım sonrası durulanayınız ve kurulanayınız.
Eldiven giymeden önce ve sonra, hasta ile temas öncesi ve sonra, invaziv girişim önce ve sonra kullanınız.
Her hasta edasında bulundurmaya izin gösteriniz



RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1) Hemşirelerin El Yıkama Algılamalarına İlgili Görüşleri Ve El Hijyeni Uyum Oranlarının Değerlendirilmesi makalesinde araştırma için anket formu kullanılmıştır.
- 2) Pamukkale Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Teknikyenilerin Mesleki Risk Algılaması Belirlenmesi makalesinde araştırma için anket formu ve ki-kare analizi kullanılmıştır.
- 3) Hemşirelerin Sağlık Ve Güvenlik İzahatlarının Tanıma Durumlarının Belirlenmesi makalesinde araştırma için tanıttıcı bilgi formu ve güvenlik ve sağlık izahatları formu kullanılmıştır.
- 4) Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Davranışını Etkileyen Faktörlerin Makalesinde araştırma için veri toplama ölçeği kullanılmıştır.

RİSKİN SONUÇLARI

Elde egzama, kronik dermatit, alerji ve irrite dermatit görülmektedir.



KAYNAKLAR

- 1 Mujib ÖRVELMEZ, Ahmet AEDN/Dezenfektasyon Ve Antiseptik/ Ankara Ecz. Fak. Dergisi-2006,313-320
- 2 Prof. Dr. SULTAN ÖYÜK /Antiseptik Ve Dezenfektan Maddeleri/ Tıp Ecz. Fak. Mikrobiyoloji, Sayı: 17-27
- 3 Rabia GÜVEN/ Dezenfektasyon Ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Konusunda Ulusal Sterilizasyon Dezenfektasyon Kongresi 431-422
- 4 26 Aralık 2003/ RB-Modül 4
- 5 Güvenli Analitik/Ortam: Binyüzyık Kimyasal Fiziksel ve Fizyolojik Riskler: Etkileri Ve Önlemler/Bahçeşehir Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanat Dergisi /2003
- 6 Serap ERKAN / Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Teknikyenilerin Mesleki Risk Algılaması Belirlenmesi/2004
- 7 Muratlı ALDEM, Fatma TAS ARSLAN / Palatru Hijyenlerinin Çalışan Güvenliğine İlgili Görüşlerini Belirleme/ Sağlık Üniversitesi/ 2014
- 8 Serife ÇARLI/ Binyüzyık Otcu GÜRBÜZ, Fatma KIBAL, Sema ERGİN /Pamukkale Üniversitesi Eğitim Sağlık Ve Araştırma Merkezi/2002
- 9 Ayşegül GÖKAR ÇİÇEK, Ahmet ATASAY, Ayşe ERTEK, Sühan ÖKSÜZ/Alkol Bazlı El Antiseptiklerinin Tolerans Ve Lokal Etkilerinin Değerlendirilmesi / Abant Medical Journal /2014



DIŞ HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA DURUŞLARININ REBA YÖNTEMİ İLE ERGONOMİ ANALİZİ

Hayriye Yasemin Yay Kuşçu

Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi A.B.D., İSPARTA

AMAC

Ergonomi; insanı anatomik, antropometrik, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan inceleyen, katlanılabileceği yük sınırlarını tespit eden, sonuçta işin insana uyumunu araştıran, disiplinler arası bir bilim dalıdır. Diş hekimleri ülkemizde uzun süreli, zorlu fiziksel koşullarda ergonomiyi uygun olmayan şekillerde, ayakta hizmet vermektedir. Hekimlerin duruş pozisyonlarının uygun olmaması performanslarının düşmesine ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına sebep olmaktadır (1). Bu rahatsızlıkların oluşmasını ve kalıcı hale gelmesini önlemek amacıyla uygun olmayan duruşların değerlendirilmesi için ergonomik analizler yapılmaktadır. Bu analizlerden biri olan REBA (Rapid Entire Body Assessment), çalışma duruşları arasında meydana gelen yüklerle göre bir risk skoru belirleyen ve vücudun tüm kısımlarının değerlendirilmesini mümkün kılan bir yöntemdir(2-4). Çalışmamızda diş hekimlerinin çalışma duruşları REBA yöntemi ile ergonomi analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde çalışan Diş Hekimlerini incelemiş ve duruş pozisyonları resimlenmiştir. Diş Hekimleri çalışmalarında büyük ölçüde üst vücut ve aktif olarak bir bacaktan kullanılmaktadır. Bu sebeple çalışma duruşları arasında meydana gelen yüklerle göre bir risk skoru belirlenmesi için REBA (Hızlı Tüm Vücut Değerlendirme) yöntemi kullanılarak ergonomi analizi yapılmıştır.

BULGULAR

REBA analizi çeşitli kas-iskelet sistemi risklerine karşı çalışanları korumak için bir duruş analiz sistemi olarak geliştirilmiştir. Aşağıda REBA duruş puanlaması sistemi görülmektedir.

| Hareket | Skor | Skor Değişimi |
|--------------------------------------|------|--|
| Dik Duruş | 1 | |
| 0-20° Fleksiyon 0-20° Ekstansiyon | 2 | Eğer yana doğru dönme hareketinde varsa skora +1 puan eklenir. |
| 20°-60° Ekstansiyon | 3 | |
| >20° Ekstansiyon | 4 | |

Şekil 1. REBA Gövde Duruşu Puanlama

| Hareket | Skor | Skor Değişimi |
|-------------------------------|------|--|
| 0-20° Fleksiyon | 1 | |
| >20° Fleksiyon ve Ekstansiyon | 2 | Eğer yana doğru dönme hareketinde varsa skora +1 puan eklenir. |

Şekil 2. REBA Boyun Duruşu Puanlama

| Hareket | Skor | Skor Değişimi |
|--------------------------|------|--|
| Bacaklar Bilateral | 1 | Eğer dizlerde 30°-60° arası fleksiyon varsa skora +1 puan eklenir. |
| Bacaklar Bilateral Değil | 2 | Eğer dizlerde >60° arası fleksiyon varsa skora +2 puan eklenir. |

Şekil 3. REBA Bacak Duruşu Puanlama

| Hareket | Skor | Skor Değişimi |
|---|------|--|
| 20° kadar olan ekstansiyon veya fleksiyon | 1 | Eğer kol abduksiyon veya rotasyon ise skora +1 puan eklenir. |
| >20° Ekstansiyon >100° Fleksiyon | 2 | |
| 45°-90° Fleksiyon | 3 | Eğer yereyikimi desteği ile yapıyorsa skordan -1 puan eklenir. |
| >90° Fleksiyon | 4 | |

Şekil 4. REBA Üst Kol Duruşu Puanlama

| Hareket | Skor | Hareket | Skor |
|-----------------------------------|------|----------------------------------|------|
| 60°-100° Fleksiyon | 1 | 0-15° Ekstansiyon veya Fleksiyon | 1 |
| <60° Fleksiyon >100° Fleksiyon | 2 | >15° Ekstansiyon veya Fleksiyon | 2 |
| >60° Fleksiyon | 4 | | |

Şekil 5. REBA Alt Kol Duruşu Puanlama

Şekil 6. REBA Bilek Duruşu Puanlama

Tablo 1. REBA Tablo A

| Tablo A | Boyun Duruşu | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | |
| Bacak Duruşu | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gövde Duruşu | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 6 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 4 | 5 | 6 | 7 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 9 | 9 |

Tablo 3. REBA Tablo C

| A Skoru (Tablo A + Yü / Kuvert Puanı) | Tablo C | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | B Skoru (Tablo B Değeri + Ekleme Puanı) | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

Tablo 5. Yük/Güç Değerleri

| Yük / Güç | Skor |
|--------------------------|------|
| <5 kg | 0 |
| 5-10 kg | 1 |
| >10 kg | 2 |
| Ani ve hızlı kuv. artışı | +1 |

Tablo 6. Kavrama Değerleri

| Kuv. Değ. | Açıklama | Skor |
|-------------|--|------|
| İyi | İyi bir tutma ve orta şiddette kavrama | 0 |
| Uygun | El tutuşu uygun değil veya vücudun başka bölgesi ile kavramaya uygun | 1 |
| Kötü | El tutuşu uygun olmamasına rağmen mümkün | 2 |
| Uygun değil | Zor ve güvenli olmayan tutuş, tutma kolü. Vücudun başka bir bölgesi kullanılarak tutuş uygun değil | 3 |



Şekil 8. 1. Duruş Pozisyonu



Şekil 9. 2. Duruş Pozisyonu



Şekil 10. 3. Duruş Pozisyonu

Tablo 8. Diş Hekimlerinin Çalışmasının REBA Analizi

| | 1. Duruş | 2. Duruş | 3. Duruş |
|----------------|----------|----------|----------|
| Gövde | 3 | 2 | 1 |
| Boyun | 3 | 3 | 3 |
| Bacaklar | 3 | 4 | 4 |
| Tablo A | 7 | 7 | 6 |
| Yük/Güç Puanı | 2 | 2 | 0 |
| A Skoru | 9 | 9 | 6 |
| Üst Kol | 4 | 3 | 3 |
| Alt Kol | 2 | 2 | 2 |
| Bilek | 1 | 1 | 1 |
| Tablo B | 5 | 4 | 4 |
| Kavrama Puanı | 0 | 0 | 0 |
| B Skoru | 5 | 4 | 4 |
| C Skoru | 10 | 10 | 7 |
| Aktivite Puanı | 1 | 1 | 1 |
| REBA SKORU | 11 | 11 | 8 |

Şekil 11. REBA Skoru Hesaplama Diyagramı

SONUÇ

Diş hekimlerinde duruş pozisyonlarına göre kas-iskelet problemlerini en aza indirmek için uygun çalışma ortamı oluşturulması yönünde düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Çalışmanın sınırları dahilinde yapılan risk seviyesi yüksek ve çok yüksek bulunan REBA analizi sonucuna göre:

1. Diş hekimlerinin çalışma süresi içerisinde belirli aralıklarla duruşlarını değiştirerek aynı pozisyonda kalmamaları,
2. Düzenli aralıklarla fiziksel aktivite yapmaları
3. Diş hekimlerine ergonmi konusunda eğitimler verilmesi önerilmektedir.

REFERANSLAR

1. Eken H., Bağcı N., Çalışma duruşu analizi yöntemleri ve çalışma duruşunun kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına etkileri, SAÜ. Fen Bil. Der. 2013;17 (1): 41-51.
2. Hignett, S., McAtamney, L. Rapid Entire Body Assessment (REBA). Applied Ergonomics 2000; 31: 201-205.
3. Sağnıçlıoğlu, H., Coşkun, M. B., Ergüzel, N., 2015. REBA ile Üretim Hatlarındaki İş İstasyonlarının Ergonomik Risk Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi. Diş Ergonomi 2015; 3(1): 365-370.
4. Kara, Y., Atasagun, Y., Peker, A., Montaj Hatlarında Çalışma Duruşlarının REBA Yöntemi ile Analizi ve Ergonomik Risk Değerlendirmesi, 7. Uluslararası Sağlık ve Güvenliği Konferansı, 5-7 Mayıs, İstanbul, 2014.



HEMŞİRELERDE KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI

*İREM ÖZTÜRK, *MERT ÖZTÜRK, *YAKUP SAVAŞ

**FİLİZ SALMAN, **ŞAHİNDE CANBALAT

*ANKARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİSİ

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ



AMAÇ: Hemşirelerde kesici delici alet yaralanmaları konusunda yapılan çalışmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Benzer konuda yapılmış birincil araştırmalardan ortaya çıkan, daha önceden derinlemesine ikinci veriler çalışmanın veri kaynağı olmuştur. Kesici delici alet yaralanmaları, öğrenci hemşireler, sağlık çalışanları, tehlike ve riskler, çalışan güvenliği" kelimeleri kullanılarak elektronik bilimsel veri tabanları, dergiler, tezlerden yapılan taramalar sonucunda veriler elde edilmiştir.

GİRİŞ: Hemşireler çalışma ortamından dolayı bazı risk ve tehlikelere karşılmaktadır. Hastane ortamında karşılaşılan bu riskler, Amerika Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) tarafından fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikolojik riskler olarak sınıflandırılmıştır (1). Biyolojik riskler açısından kan ve vücut sıvılarıyla kontamine aletlerle yaralanmaların olduğu hastane ortamları, özellikle girişimlerin yapıldığı alanlar başta olmak üzere riskli çalışma alanları olarak bilinmektedir. Kesici Delici Aletler (KDA), kullanılırı sırasında yaralanma neden olan tıbbi veya laboratuvar araç gereçleri olarak tanımlanabilir. Enjektörler, iğneler, ampuller, sert plastik maddeler ve tansiyet bu grupta yer almaktadır. "Kesici Delici Alet Yaralanması" (KDAY) ise cilt bütünlüğünün bu aletlerle yaralanması ve bütünlüğü olarak tanımlanabilir (2). Hemşireler KDA yaralanmasına aamelyathane de, klinik ve polikliniklerde kan alma, enjeksiyon, resüsitasyon, pansuman ve diğer girişimler esnasında maruz kalabilmektedirler (3). Kesici delici aletlerin birçoğunun günümüzde tek kullanımlık olması hastaları için risk azaltmaz olmasına rağmen hastadan hemşireye enfeksiyon bulaşması sık karşılaşılan bir durum olması devam etmektedir (3,4). Kesici delici alet yaralanmaları nedeniyle kan ve vücut sıvılarıyla kontaminasyonu sonucu bulaşma riski en yüksek olan patojen Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV) ve Human Immunodeficiency Virüsü(HIV)'dir (6).

- Dünyada senede 12 milyar enjeksiyon yapıldığı tahmin edilmekte, Amerika'da her yıl 800 bin kişi batmadan kayıtlı olarak KDAY meydana geldiği belirtilmektedir (5).
- Dünya Sağlık Örgütü Doğu Akdeniz Bölge Aletleri tarafından yapılan bir değerlendirmede her sağlık çalışanında yılda ortalama 4 iğne yaralanmasına maruz kaldığı belirtilmektedir (7).
- Hepatit B virüsü (HBV) taşıyan, HIV'ağılı pozitif olan bir kaynağı, kan ve kan içeren vücut sıvıları ile parçalan bir yaralanma sonrasında enfeksiyon gelişme riski %23-37 olarak bildirilmektedir (8).

KDAY GÖRÜLME SIKLIĞI

EPINet (Exposure prevention Information network) verilerine göre ortalama 100 yataklı bir hastanede her yıl 30 iğne yaralanması meydana gelmektedir. Aynı kurumun 2007 verilerine göre bir yıl içinde 951 iğne batması vakası olduğu, bu yaralanmalara maruz kalma sıklığına göre bakıldığında ise ilk sırayı hemşirelerin sürdürdüğü, doktorların ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (8).

Hemşirelik eğitimi hem teorik hem de uygulamalı bir eğittir. Hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasını oluşturan klinik uygulamalar esnasında öğrenciler, çalışma ortamından kaynaklanan bazı risk ve tehlikelere karşılanmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmada Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin %61,9'unun staj sırasında KDA yaralanmasına maruz kaldığını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin %53,2'sinin KDAY yaşadığı aletlerin, hastanın kan veya vücut sıvısı ile temas ettiği ifade edilmiştir (9).

Ölçümlere ise hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %49'unun KDA yaralanmasına maruz kaldığını ortaya koymuştur (12).

KDA YARALANMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ



KDAY RİSKİNİN AZALTILMASI

Hastane ortamında mevcut risklerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamlarının sağlanması açısından oldukça önem taşımaktadır. Bakırcı ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki yaralanmalarının riskleri, koruyucu önlemleri ve temas sonrasında izlenmesi gereken prosedürler hakkında eğitilmesi, Hepatit B'den korunmak amacıyla sağlık personellerinin aşılması, sağlık personellerinin kan ya da kan ürünleriyle temas etmesi sonucu yaralanması olanlarda hemen enfeksiyon kontrol komitesine başvurma gereğini ortaya koymuşlardır (15).

Büyük ve arkadaşlarının(2016) öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmada kesici delici alet yaralanmalarının önlenmesi için öğrencilere okulda verilen teorik bilginin uygulamaya kıymadan önce teker edilmesini gerektiriyor, ayrıca enfeksiyon komitesi tarafından sağlık personellerine verilen eğitimlere öğrencilerin de katılımının sağlanması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Öğrencilerin vermesi gereken bu eğitimlerde bazı enfeksiyonlar ve bu enfeksiyonlara yönelik koruyucu önlemler hakkında bilgi verilmesini; kesici delici alet yaralanması sonrasında yapılması gereken işlemlerin, profilaksi, tedavi ve rapor etme işleminin öneminin vurgulanması gerektiği belirtilmiştir (11).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvıları ile teması neden olan faktörlerin bililmesi, bulaşmaya yönelik önlemlerin alınması ve spesifik enfeksiyonlara yönelik bilgilerin devamlı güncellenmesi önleme programlarının geliştirilmesinde ve uygulamasında anahtar role sahiptir. Bununla birlikte bulaşmanın ve koruyucu önlemlerin bireysel, işlemsel ve kurumsal özelliklerinin belirlenmesi önleme programlarının hedefe yönelik olarak etkili olacak düşünülmektedir (14).

Konu hemşirelik öğrencileri açısından ele alındığında ise hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasını oluşturan klinik uygulamalar sırasında hemşirelik öğrencilerinin önemli oranda KDA yaralanmasına maruz kaldığı, iteratürde belirtilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin KDA yaralanmasına maruziyetinin önlenmesi için gerekli teorik ve uygulamalı bilgilerin verilmesi, uygulama laboratuvarlarındaki eğitimini sürdürülmesi gerekmektedir.

1. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
2. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
3. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
4. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
5. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
6. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
7. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
8. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
9. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
10. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
11. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
12. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
13. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
14. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.
15. OSHA, Occupational Safety and Health Administration, 2014. <http://www.osha-slc.gov>.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA LATEKS DUYARLILIĞI

SEDANUR TAŞTEKİN, SELİN KOYUNCU, SONGÜL ÖZ

Danışman: DR.ÖĞR.ÜYESİ ZELİHA ÖZDEMİR KÖKEN
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 2. SINIF ÖĞRENCİLERİ

LATEKS NEDİR?

Doğal lateks, Hevea Brasiliensis olarak bilinen tropikal kauçuk ağacının özsuyundan elde edilir.Lateks; elastikiyet, esneklik, koruyuculuk ve dayanıklılık gibi özelliklere sahip olması nedeniyle birçok farklı alanda kullanılmakla birlikte özellikle sağlık sektöründe kullanımı yaygındır.¹



LATEKS ALERJİSİNİN GÖRÜLME SIKLIĞI

Sağlık alanında pek çok farklı malzemenin içeriğinde yer alan lateks, kimsaya özellikleri nedeniyle sağlık çalışanlarında bazı alerjik reaksiyonlara ve şoka kadar varabilen çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Genel popülasyonda lateks alerjisi prevalansının %4 olduğu tahmin edilmektedir.^{2,3} Yapılan çalışmalarda, dünya genelinde,genel popülasyonda lateks duyarlılık oranının % 1, mesleki lateks maruziyeti olanlarda ise bu oranın % 5-12 olduğu belirtilmektedir.^{4,5,6,7}Sağlık çalışanları arasında lateks alerjisinin prevalansı %3 ile %18 arasında bildirilmektedir.^{8,9,10}Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler sık lateks eldiven kullanımı nedeniyle risk grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin % 18'i tarafından lateks eldiven kullanımına bağlı semptomlar bildirilmiştir.¹¹



LATEKS ALERJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lateks alerjisine ilişkin reaksiyonların genellikle dermal ve solunum sistemine yönelik semptomlar ile ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu belirtiler kaşıntı, deride döküntü, kızamıklık, kabarıklık ve gözlerde sulanma, hapşırmaya olarak görülmektedir. Lateks alerjisine yönelik risk değerlendirmesinde, bu belirtilerin tespit edildiği tüm sağlık çalışanlarının olası lateks alerjisi yönünden sorgulanması, deri prick testi yapılarak ve serum spesifik IgE antijen düzeyine bakılarak duyarlılığın ya da alerjik durumun ortaya konması gerekmektedir.



KAYNAKÇA

1. Samanelli M, Oishi Taka S, & Agan S. (2015). Sağlık Çalışanlarında Lateks Alerjisi.
2. Liu M, Al-Mozaini S. (2018). Prevalence rate of latex allergy: why it remains a puzzle? J Occup Health 2018;16:138-44.
3. Higgins CL, Payne AM, Cahill L, Houch R. Occupational skin disease among health care workers. JAMA 2002; 287: 2427-34.
4. Chaves R, Barcos C, Tava S, Venturin EC, Bar A, Bernardi G, Sauerbrun C, Rungger JM. Natural rubber latex allergy after 12 years recommendations and perspectives. J Allergy Clin Immunol 2012; 129: 1-8.
5. Kous S, & Franks T. (2007). Latex allergen sensitization and risk factors due to glove use by health care workers at public health units in Hongkong. Brazil. Journal of Allergological Immunology and Clinical Immunology, 17(1), 27.
6. Bouquet J, Fabiani A, Vandecasteele G, Anselmi J, Duran J, L. Pignatelli C, & Annotti-Mazzoni L. (2008). Natural rubber latex allergy among health care workers: a systematic review of the evidence. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 122(2), 449-454.
7. David H, Shemesh V, Pines G, Bar E, & Ben A. (2009). Natural rubber latex allergy: Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprosology, 74(6), 364. Available health workers' seroepidemiologic study from an occupational dermatology clinic, 1995-2004. Contact Dermatitis 2005; 52: 212-22.
8. Lavigne F, Bouch A, Fauriol A, Negro C, Barbato F. Latex symptoms and sensitization in health care workers. Int Arch Occup Environ Health. 2001; 74: 219-21.

LATEKS ALERJİSİNİN ORTAYA ÇIKARDIĞI DURUMLAR

| Lateks eldiven kullanımına bağlı gelişen reaksiyonlar | Belirti ve bulgular | Görülme oranı |
|---|--|-------------------------------|
| İRİTAN KONTAKT DERMATİT | kaşıntılı, kırmızı, kuru ve çatlamış cilt | %61.7 (n: 1115) ¹² |
| ALERJİK KONTAKT DERMATİT(TİP 4) | kaşıntılı, kırmızı, kabarık cilt | %24 (n:1294) ¹³ |
| TİP 1 AŞIRI DUYARLILIK | anafilaktik şok belirti ve bulguları | %6 (n:1253) ¹⁴ |
| ASTİM | | %4.2 (n:47) ¹² |
| RİNİT | hapşırık, burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve kaşıntısı | %27.7 (n:47) ¹² |
| ÜRTİKER | eldivenle temas eden bölgede kızamıklık, kaşıntı, kabarıklık | %64 (n:160) ¹⁵ |
| EGZAMA | eldivenle temas eden bölgede kızamıklık, kaşıntı, kabarıklık | %37 (n:160) ¹⁵ |
| KONJUNKTİVİT | kızamıklık ve kaşıntı | %6.4 (n:47) ¹² |



ÖNLEMLER

Sağlık çalışanları ve özellikle risk grubunda yer alan hemşirelerde lateks duyarlılığın tespiti ve yönetimi önemlidir. Buna yönelik olarak; öncelikle astım ve alerjik rinit şikayetleri bulunan tüm sağlık çalışanları olası lateks alerjisi yönünden sorgulanmalıdır.¹⁶ Lateks duyarlılığının erken dönemde saptanması alerjik olayları ve anafilaksi gibi hayatı tehlikeye neden olabilecek durumları önleyebilir. Atopik olduğu bilinen sağlık çalışanları ameliyathane,yoğun bakım gibi lateks aeroallerjen seviyelerinin yüksek ortamlarda çalıştırılmamalıdır.¹⁶ Lateks kullanımı gereken tüm alanlarda;

- gereklessiz, rutin lateks eldiven kullanımı kısıtlanmalı,
- düşük oranda lateks proteini içeren
- Pudrasız eldivenler tercih edilmeli,
- kişide görülen klinik tabloya göre lateks içermeyen eldivenlerin kullanımı gündeme gelmelidir.¹⁶

Düşük alerjenli ve pudrasız eldivenler alerjik reaksiyonları azalttığı gibi lateks duyarlılığın da azaltmaktadır. Ayrıca duyarlılığı bulunan kişiler için klorheksidin içeren deterjanların alternatifleriyle değiştirilmesi önerilmektedir.¹¹



9. Di Lorenzo S, Vitale F, Pozzo ML, Pelloni ME, Drago A, Caschiara B, Sorrenti G, Intravaso V, Romano H, Caruso C. Prevalence of latex sensitization in health care workers of a general hospital in Palermo, Italy. J Emerging Infect Dis Immunol. 2002;12:234-8.
10. Henery M, Wenzel A, Farhan S, Ecker B, Najaj R, Krenn P. Sensitization to powdered latex gloves: prevalence in hospital employees. Process Med. 2005;14(1):P1-13:133-9.
11. Sauerwede S, Pongk A, C. & Koehler F. (2015). Respiratory and dermal symptoms in Thai nurses using latex products. Occupational Medicine, 65(5), 406-410.
12. Kous S, Maniathirong A, Thon B, Goh S, & Franks T. (2008). Prevalence of latex allergy among healthcare workers in Hong Kong. Chest Int J Public Health 2008; 13(2), 262-5.
13. Hertz L, Avramovic S, Pericena A, Tava A. (2007). Latex allergy in natural rubber latex and type 1 allergy to rubber chemicals in health care workers with glove-related skin symptoms. Clin Exp Allergy 2007; 32: 461-467.
14. Liu C, Janga EC, Chou DR, et al. A hospital based cross-sectional study of latex allergy and latex sensitization among medical workers in Taiwan. J Microbiol Immunol Infect 2008; 4:49-506.
15. Supattarak A, Kuntia M, Kaurabhai H, Reubala T, Paksorn T. Lung-term outcome of 160 adult patients with natural rubber latex allergy. J Allergy Clin Immunol. 2007 Aug;113(2):Suppl 1074-4.
16. Akl H, Orlitzky T, Erkin B. Sağlık personellerinde lateks alerjisi: Mi gibi önlemler. Toraks Dergisi 2007; 8(2): 102-104.



HEMŞİRELER İÇİN BİYO-PSİKO-SOSYAL BİR RİSK : MOBBİNG



HAZIRLAYANLAR : EZGİ ÜNER*, SANİYE NUR AKBABA*, HATİCE YAŞAR*, MELİSA ÇAKIR*, N. AYDAN AKKOÇ*

DANIŞMAN : DOÇ. DR. NERMİN GÜRHAN*

*GAZİ ÜNİVERSİTESİ S.B.F HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

RİSKİN TANIMI: Psikolojik taciz kavramını İngilizce karşılığı olan "mobbing" kelimesi, yuvulanın savunmak için saldırının etrafında dönen kuşların davranışlarını ifade etmek amacıyla 19 uncu yüzyılda ilk kez biyologlar tarafından kullanılan bir terimdir.(1)
"Mobbing" kavramının çalışma hayatında gözlemlenen psikolojik taciz davranışlarını ifade etmede kullanılması ise 1980'li yılları başlarında, İsveç'te yaşayan Alman endüstri psikoloğu Heinz Leymann tarafından olmuştur. (2)
Leymann, işyerinde psikolojik tacizi şöyle tanımlamıştır: "Çalışma hayatında psikolojik taciz veya mobbing, bir veya birden fazla kişi tarafından, başka bir bireye yöneltilen ve o bireyi geresiz ve savunmasız bir duruma getiren, süregelen faaliyetlerle bireyin geresiz durumdaki çıkmasını da engelleyen düşmanca ve ahlaka aykırı davranışları içeren bir kavramdır. Bu davranış belli bir sıklıkta (statistiksel olarak en azından haftada bir defa) ve uzun bir zaman periyodunda (en azından altı aylık bir müddetle) yapıyor olmalıdır.",(3)

ILO, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülük ettiği uluslararası bir programın uygulama raporunda, sağlık çalışanları arasında görülen yıldıma oranları;

Bulgaristan'da %30,9, Güney Afrika'da %20,6, Tayland'da %10,7, Portekiz'de sağlık merkezlerinde %23 ve hastanelerde %16,5, Lübnan'da %22,1, Avustralya'da %10,5 Brezilya'da %15,2 olarak tespit edilmiştir.(4)

Çeşitli Avrupa birliği ülkelerinde yapılan araştırmalarda yıldıma oranlarının %4-16 arasında değiştiği belirtilmektedir. Yine yapılan araştırmalar eğitim ve sağlık alanında yıldıma davranışlarına maruz kalma daha fazla olduğu doğrulanmıştır. Genellikle bu alanlar güç dengesizliğinin yoğun yaşandığı alanlar olmak üzere özellikle öğretmenler ve hemşireler çok yoğun bir şekilde duygusal, sözel ve bazen de fiziksel şiddete daha yoğun bir şekilde maruz kalmaktadırlar.(5)

RİSKİN GÖRÜLME SIKLIĞI:



İstanbul'daki özel hastanelerde çalışan 253 hemşire üzerinde Dilman(2007) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin %70'inin yıldıma maruz kaldığı belirtilmiştir.(6)

Yıldıma vd. tarafından yapılan (2007) yılında tüm ülke genelinde hemşirelik yükseköğretim çalışanları üzerinde yapılan çalışmada çalışanların %17'sinin yıldıma davranışına maruz kaldığı, yıldıma davranışları ile mücadele etmek için daha planlı ve yoğun çaba sarf etmesi istenmesi yönünde önerilerde bulunulmuş ve araştırmaya katılanların %9'unun ise bazen öz bakımını bulamayacağı düşünüldüğü belirtilmiştir. (7)

Palaz vd. Bandırma'da yaptığı eğitim ve sağlık çalışanlarında %33,62 süreli eleştirime, %33 süreli sözünün kesilmesi ve %31'inde üstlerine kendini gösterme olanağının kısıtlanması şeklinde yıldıma davranışlarına maruz kaldıkları sonuçlarına ulaşmıştır.(8)

MOBBİNG NEDENLERİ:

- Yöneltilmiş :
 - Kati hiyerarşik yapı,
 - Yıldıma davranışının bir araç olarak kullanılması (denetim, verim artırma vb.),
 - İletişim kanallarının iyi çalışmaması,
 - İnsan kaynaklarına yapılan harcamatların kısıtlamaları. • Köbli/zayıf lider,
 - Etkisiz Problem / Çözümleme yeteneği,
 - Takım çalışmasının azlığı ve yetersizliği,
 - Yöneticilerin yıldımanın varlığına inanmaması ya da inkâr etmeleri/ görmemeleri,
 - Tek düzeyli/ monotonluk(9)
- Kişisel:
 - Kişilik yapısı : (Genellikle mobbing uygulayıcılar: antisosyal, narisist, bencil, aşırı otorite istegi olan iyi yaralı ve aşırı duygusal kişilik özelliklerine sahipken , mobbing mağdurları :yalnız, farklı özelliklere sahip , başarılı veya gruba yeni gelen kişi olmaktadır.) (10)

MOBBİNG SÜRECİ:

| Süre | Yıldıma Türü | Yıldıma İçeriği |
|---------|--------------|-----------------|
| 1-3 ay | Yıldıma | Yıldıma |
| 3-6 ay | Yıldıma | Yıldıma |
| 6-12 ay | Yıldıma | Yıldıma |
| 12 ay | Yıldıma | Yıldıma |

BİREYLER

Psikolojik taciz maruz kalan kişilerin ilk olarak yapmaları gereken, konuyu yönetime iletmek ve kurumun sürecine müdahale etmesini talep etmektir. Taciz sürecinin devam etmesi veya yönetimin herhangi bir müdahalede bulunmaması halinde ise, hukuki prosedürleri başlatmaları gerekmektedir, (11)

KURUMLAR

Kurumlar mobbinge ilişkin bir risk analizi yapmalı, tespit edilen risk düzeyi ve risk alanlarına uygun önleyici programlar geliştirmelidirler, (13)



DEVLET

Türkiye'de ilerleyen yıllar içinde mobbing konusunda epeyce yol alınmış olmasına karşın, halen daha gerek olgunun tanımlanması ve boyutlarının ortaya konması, gerekse mücadele yöntemlerinin ve hukuki korumanın geliştirilmesi açısından eksiklikler mevcuttur.(12)

Bu eksikliklerin giderilmesi mobbing ile mücadelede büyük bir adım olacaktır.

MESLEKİ ÖRGÜTLER VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİ

Örgütler kendi alanlarında başka olmak üzere tüm işyerlerinde birlik ve beraberlik içinde, insana ve emeğe saygı gösteren, adaleti bir örgüt iklimi oluşturacak yasa ve politikaları her alanda savunmalıdır . Bunun için de üyelerine işyerlerinde karşılaşılabilecekleri olumsuz davranış, yıldıma davranışının ne olduğu ve diğer davranışlardan nasıl ayırt edileceği, bu zorluklar üstesinden nasıl gelebileceği, bu yöntemleri nasıl belgелейeceği vb, gibi konularda süreli eğitimler ve eğitim materyalleri ile bilgilendirilmelidir.(14)

"MOBBİNG İLE MÜCADELE: dikenli gül bahçesinde yürümektir."

Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

Mücadele zorlu bir süreç olabilir ancak sürecin kötü sonuçlardan korunmak için : bireyler, kurumlar mesleki örgütler-sivil toplum örgütleri ve devlet işbirliği içerisinde hareket etmelidir,

MOBBİNG SÜRECİNİN SONUÇLARI: Yıldıma davranışları sonucunda sadece mağdur etkilenmemektedir. Tam aksine çok daha geniş bir yelpazede kişi ve kişiler etkilenmektedir. Mağdur ekonomik, sosyal psikolojik/ fiziksel sağlığının etkilenmesine bağlı olarak mağdurun ailesi de aynı şekilde etkilenmektedir. Birçok zaman iş yerinde yaşadığı bu davranışlara yönelik yaşadıkları bavaleten ailesinde de kendisini suçları davranışları yaşamaya ile tablo daha da ağırlaşarak devam eder ve aile gibi bir desteği de kaybedebilir. 2004 yılında Mathiesen tarafından yapılan Finlandiya'da 350 üniversite çalışanı üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre mağdurların, uykusu bozukluğu, kaygı, depresyon, konsantrasyon sorunları, sosyal fobi vb, gibi belirtiler yaşadığı gözlemlenmiştir. Aynı zamanda kurumdaki anlaşmazlıklarda ve çalışmalarda artma, saygı savaşı duygularında azalma ve güvensiz ortam, örgüt kültürü değerlerinde çökme, çalışanlardaki isteksizlik, işe gelme nedeni ile yaratıcılık ve başarda düşme, yetişmiş kişilerin işten ayrılması, rapor ve izinler artması, işten çıkan kişiler ödenecek tazminatlar yasal işlem ve mahkemeler nedeni ile kurum ve ülke de etkilenmektedir. Ayrıca erken emeklilikler, ödenecek sağlık harcamaları parçalanmış aileler ve sorumlu çocukları nedeni ile de ülke ekonomisi etkilenmektedir. (15)

KAYNAKÇA:

- (1) University of Ulsan, "Mobbing, Overo K Stress da Percepção Psicologica", (K), http://www.uniconam.br/issn/mobbing/mob11_00.html, Erişim: 18.08.2008'den itibaren Pinar Tınaz, "İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)", Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı 11, S.14.
- (2) Pinar Tınaz, "İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)", İstanbul, Beta Yayınları, 2008, S.11 vd.
- (3) Heinz Leymann, "The Definition of Mobbing at Workplace", The Mobbing Encyclopedia, (K), http://www.kyeminn.se/English/12100E.HTM, Erişim:07.02.2015.
- (4) (5) (6) (7) (8) Gürhan N., "Aldır Zor Mobbing (İşyerinde Psikolojik Taciz)", Akademisyen Yayınları, 2013 Ankara / Gürhan N., (2015), Mobbing, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- (9) (10) Gürhan N., İşyerinde Psikolojik Taciz: Mobbing, Cilt Özgürhan Dönmez, Akademisyen Bülteni, 2013, Sayı 12, 2015.
- (11) (12) (13) (14) ÇALIŞMA YAŞAMINDA PSİKOLOJİK TACİZ Prof. Dr. Tokar AKGÖYK Doç. Dr. Meltem GÜNGÖR DELEN Doç. Dr. Şahide ÜŞEN Ankara-2013

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PERKÜTAN YARALANMALARI ÖNLEYEN PORTER KORUYUCU ENJEKTÖR KAPAĞI

Zeynep Akıdağı¹, Kadir Can Kızıloğlu², Hatice Şener³

¹Kapadokya Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Programı / NEVŞEHİR



AMAÇ

Dünyada, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı kesici-delici alet yaralanmaları araştırılmış ve sonucun azımsanmayacak derecede trajedik olduğu görülmüştür. Hastalık kontrol ve önleme merkezine göre her yıl 385.000 sağlık çalışanı başta iğne batması olmak üzere kesici-delici alet yaralanmalarıyla karşı karşıya kalmaktadır (1). Bu yaralanmaların en başında iğne kapağını kapatmaya çalışırken yaşanan kazalar gelmektedir (2). Bu çarpıcı sonuçlardan yola çıkarak çalışmamızda, iğne batmalarına bağlı yaralanmaların sebeplerinin en başında yer alan iğne kapaklarının, güvenilirliği ve koruyuculuğunu ölçmek ve bu doğrultuda perkütan yaralanmaları önleyecek farklı bir koruyucu iğne kapağı tasarlamak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda, iğne batmalarına bağlı kesici-delici alet yaralanmalarında iğne kapaklarının etkisini ölçmek için standart iğne kapaklarından farklı olarak 4 farklı formda ve ebatla "Porter Koruyucu Enjektör Kapağı" olarak isimlendirdiğimiz iğne kapağı prototipi tasarladık (Resim 2,3,4). Standart iğne kapaklarına göre daha geniş çapta tasarlanan bu kapaklar ve standart iğne kapakları, gönüllü 300 sağlık ön lisans öğrencileri ile yapılan gözlemsel deneylerle test edildi (Resim 6,7,8,9). Deneylerde 300 öğrenciden cilde batması plastik bir aparatla engellenmiş iğne ile (Resim 5) standart kapak ve 4 farklı prototipi kullanarak her bir kapağı 10 ar kez çıkartıp tekrar takmaları istendi. Bu denemeler sonucunda iğne kapağını çıkartıp takma esnasında meydana gelen iğnenin cilde temas sayısı, farklı kaparlarda tasarlanan kapakların iğne batmasından koruma sayıları gibi nicel veriler kaydedilerek iğne batma kazaları ile iğne kapak çapları arasındaki ilişki araştırıldı. Elde edilen veriler Turcoca analitik istatistik programı (© 2019 Turcoca Analitik) kullanılarak analiz edildi. (Deneyler, Kapadokya Üniversitesi 04.04.2019 tarihli 29533901-903-07.01.-5949 sayılı Etik Kurul izni alınarak yapılmıştır).



Resim 1: Standart Enjektör ve İğne Kapağı. Resim 2: Prototip 1 ve 2. Resim 3: Prototip 3. Resim 4: Prototip 4. Resim 5: Deney materyali enjektör.

Prototiplerle Yapılan Gözlemsel Deneyler



Resim 6: Prototip 1 denemesi

Resim 7: Prototip 3 denemesi

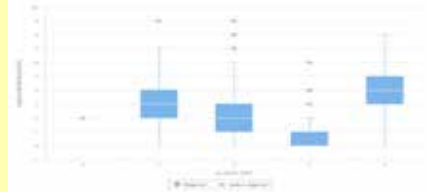


Resim 8: Prototip 4 denemesi

Resim 9: Prototip 2 denemesi

BULGULAR

Kesici-delici alet yaralanmalarının en başında gelen iğne batmalarına bağlı kazalara sebep olarak standart ölçülerdeki enjektör kapağının yapılan analizler sonucu gereken genişlikte bir çapta üretilmediği dolayısıyla iğne batmalarını engelleyemediği ortaya konulmuştur. Turcoca Analitik programında Kruskal-Wallis ve Siegel castella testleri kullanılarak yapılan analizlerde, kapakların iğne batmasından koruma özellikleri esas alındığında standart kapak ile tasarım kapaklar arasında anlamlı bir fark bulunduğu ve en büyük farklılığın standart kapak ile 4 numaralı prototip ve 2 numaralı prototip arasında olduğu, en az anlamlı farklılığın ise 3 numaralı prototip arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Şekil 1). Standart kapak ile tasarım kapaklar arasındaki iğnenin cilde temas etme sayıları karşılaştırıldığında ise belirgin farklılığın bulunduğu bu farklılığın ise iğne kapak çaplarından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.001$) (Şekil 2).



Şekil 1: Kapak tipleri ile iğnenin koruma kapasiteleri arasındaki ilişki



Şekil 2: Kapak tipleri ile iğne ile temas sayısı arasındaki ilişki

SONUÇ

Enjektörler, her ne kadar kullanımları kolay olsa da çeşitli enfeksiyonların bulaşında rol oynamaktadırlar. Enjektörleri kullanırken yaşanan kesici-delici yaralanmalarında en büyük payı iğne kapağını kapatmaya çalışırken almaktadır (Bozkurt, 2013). Bu konu literatürde araştırma konusu olmakla beraber kullanılan standart iğne kapaklarının bu kazaları önlemede yetersiz kaldıkları görülmüş ve bu yüzden güvenilirlik esas alınarak çeşitli enjektör tipleri geliştirilmiştir (Alanin, 2015). Fakat bu ürünler yüksek maliyetlerde üretilip yüksek fiyatlara pazarlandığından dolayı ülkemizde yaygın bir kullanım alanı bulamamıştır. Bu proje ile maliyeti düşük konyuculuğu yüksek 4 farklı enjektör iğne kapağı tasarlanmıştır. analiz sonuçları farklı kaparlarda koruyucu aparatlarla geliştirilen 4 prototip arasında çapı en geniş olan 4 numaralı prototipin çapı en dar olan 3 numaralı prototipe göre iğne batmalarına karşı daha koruyucu olduğunu göstermiştir. Analizleri sonuçları açıkça gösteriyor ki günümüzde kullanılan standart enjektör iğne kapakları kullanıcı bireyleri iğneden korumaktan ziyade iğneye yalnızca bir kılıf ya da bir hazne olarak işlev görmektedir. Dolayısıyla iğne standart iğne kapaklarının mevcut kapak açılımların çapları yaşanabilecek perkütan yaralanmaları önlemekte yetersiz kalmaktadır.İğne ile yaralanmaların önüne geçmek ve bu yolla bulaşan enfeksiyonları engellemek için iğne kapak girişlerinin dış kısmının genişletilmesi gerekliliği net bir şekilde tespit edilmiştir.

Referans:

- Centers for disease control and prevention shorps workbook 2008. Erişim adresi: www.cdc.gov/mccd/phg/tdh/_/SDOH-workbook.pdf
- Altok M.et al Sağlık çalışanının kesici-delici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler 2009 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanat Dergisi. 2 (3)
- Bozkurt s.et al sağlık çalışanlarında iğne batması ve cerrahi aletlerle olan yaralanmalar incelenildi. 2013;40(3):449-452
- Alanin C, Horb et al. Safety engineered injection devices for IM, SC and ID injections in healthcare delivery settings: a systematic review and meta analysis. BMC Nursing 2015 14:7



AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNDE RADYASYON GÜVENLİĞİ

Mukaddes Hilal TOSUN¹, Nisanur DOĞAN¹,
Tuğba ALTUNTAŞ YILDIZ²

¹Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

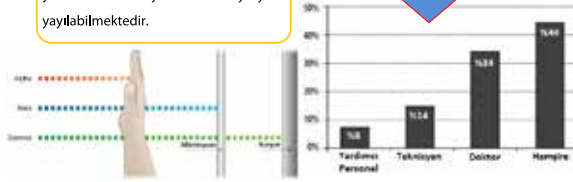
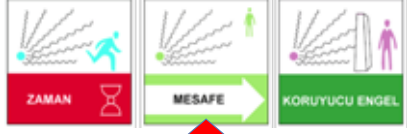
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü, Öğr. Gör.



Radyasyonun Sağlık Alanında Kullanımı

Taşınabilir röntgen cihazlar ve lazer gibi iyonize olmayan cihazlar, ameliyat süresini kısalttığı için yaygın olarak kullanılan X-ray ve floroskopi gibi yöntemlerle ameliyathane radyasyon yayılabilmektedir.

Szarmach ve arkadaşları (2017) 150 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada en fazla radyasyona maruz kalan meslek grubunun hemşirelerin olduğunu bildirmiştir.



Radyasyon güvenliğini sağlamak için;

3 temel koruyucu güvenlik standardı kullanılmalıdır. Bunlar zaman (maruziyet), mesafe, koruyucu engeldir. Korunmada fiziksel olarak uzaklaşma çok önemlidir. Işın kaynağından 1.5 metre uzaklaşınca radyasyon dozu % 88 oranında düşmektedir.

Radyasyonun İnsan Sağlığına Etkileri

Elektromanyetik alana maruz kalan sağlık çalışanlarında baş ağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi yakınmaların fazla olduğu bilinmektedir. Radyoaktif madde miktarına göre hücelere zarar vermekte ve mutasyon, kromozom bozukluklar, deri, tiroid ve kemik iliği üzerinde etkiler, katarakt ve kansere neden olabilmektedir. Özellikle vücutta radyasyona en duyarlı hücreler üreme ve hematopoetik sistem hücreleri olup mutlaka korunmaları zorunludur.

Literatür Sonuçları

- Vural ve arkadaşları (2012) ameliyathane çalışan 50 sağlık personelinin son 1 yıl içinde skopiye maruz kaldığını (%90), ekipmanların ne sıklıkta kontrol edildiğini bilmediğini (%50), radyasyon güvenliği alınan bir ameliyat odasının olmadığını (%94) bildirmiştir.
- Koçyiğit ve arkadaşları (2014); öğrenci, doktor, hemşire ve personelden oluşan 250 kişilik ekipin radyasyon hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Radyolojik tetkikler içinde MR (%38) ve USG (%19.6) görüntülemelerinin radyasyon içerdiğini düşündüklerini, çoğunluğunun ise abdominal BT, baryumlu mide grafisi ve abdominal grafinin olduğundan daha az, mamografinin ise olduğundan daha çok radyasyon içerdiğini belirttiklerini bildirmiştir. Gebelerin radyasyondan korunmasıyla ilgili sorularda doğru yanıt oranları %90'ın üzerinde bulundu.

Radyasyon Güvenliği İçin Alınması Gereken Önlemler

Radyasyondan zarar görmemek için;

- ❖ Öncelikle tüm ameliyathane ekibinin bilgilendirilmesi,
- ❖ Periyodik bakımları düzenli yapılan floroskopların kullanılması,
- ❖ Floroskopi esnasında, kurşunlu önlük, troid koruyucu siperlikler, eğer hastayla uzun süre ve sık çalışılacaksa kurşunlu akrilik çerçeveli ve camlı gözlük takılması, radyasyondan koruyucu eldiven giyilmesi,
- ❖ Tedavi amaçlı radyoaktif kapsül/iğne yerleştirilen hastaların ameliyathaneye gelmeden önce radyasyon kaynağı ve anatomik yerleşim yerinin bilinmesi, radyoaktif kapsül ya da iğneler ameliyathane ortamında yerleştirilecekse, aletle tutulması,
- ❖ Radyasyon uyarısının kapıda, ışıklı levha olarak belirtilmesi,
- ❖ Radyasyona maruziyet ve korunma ile ilgili önlemlerin yazılı olarak belirtilmesi ve periyodik olarak güncellenmesidir.

Sağlık kurumları bünyesinde bulunan Radyasyon Güvenliği Komiteleri daha işlevsel hale getirilmesi, tüm sağlık personeline radyasyon güvenliği ve iş güvenliği konusunda düzenli ve sürekli eğitimler yapılması, uygun yerlere uyarıcı levhaların asılması, radyasyon kaynaklarıyla çalışan sağlık personelinin periyodik olarak radyasyonun sağlık etkileri ile ilgili muayeneleri yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK). (2011). Radyolojide radyasyondan korunma ile ilgili sorular. <http://www.taek.gov.tr/radyasyon-guvenligi-sozlesimi-radyoloji-unitelerinde-koruyucu-giysi-kullanilmasi-zorunlu-mudur.html>. Erişim Tarihi: 03.05.2019.
- Szarmach A, Piskunowicz M, Święton D, Muc A, Mockallo G, Dzierżanowski J, Szurawska E. (2015) Radiation safety awareness among medical staff. Pol J Radiol. 1:805-811.
- Yurt A, Cavuşoğlu B, Günay T. (2014) Evaluation of awareness on radiation protection and knowledge about radiological examinations in healthcare professionals who use ionized radiation at work. Med Imaging Radiol Ther. 23(2):48-53.
- Aral F, Fily, Çiçek S, Duran A, Yıldırım F, Batan R. (2012) Ameliyathanelerde radyasyon güvenliği çalışan personelinin bilgi, tutum ve davranışları. Balıkesir Sağlık Bil Derg. Cilt. 13 Sayı:3 Aralık 2012.
- Koçyiğit A, Kaya F, Çetin T, Kurbanı J, Erbuğ T, Ergin A, Ağababaoğlu K, Hersek D, Karabulut N. (2014) Radyolojik tetkikler sırasında maruz kalan radyasyon hakkında sağlık personelinin bilgi düzeyleri. Pamukkale Tıp Dergisi(7):137-142.



BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ

25.
Yılı

bilim bizde toplanır
bizden yayılır



HEMŞİRELERDE BEL AĞRISI

HAZIRLAYANLAR :Ecem AKALIN, Şevval AKSOY, Fatmanur BİNERBAY, Selin Nahide DEVECİ, Büşra Şevval KORKMAZ
DANIŞMAN: Prof. Dr. Azize KARAHAN

BEL AĞRISI TANIM: “Dış ve iç uyaranlara verilen yanıtların bir birikimi olarak 12. kosta ile inferior gluteal bölge arasında değişken süreli ağrılar”dır.

BEL AĞRISININ ÖNEMİ:

Bel ağrısı toplumun genelini ilgilendiren, iş kayıplarına ve kişilerin sağlık hizmetlerine sık olarak başvurulmasına neden olan önemli bir sağlık sorunudur.

GÖRÜLME SIKLIĞI:

Çalışma ortamından kaynaklanan sağlık sorunları açısından risk altında olan meslek grupları arasında, sağlık çalışanları ilk sıralarda yer almaktadır. Bel ağrısı sağlık çalışanları arasında ise en fazla hemşirelerde görülmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerde bel ağrısı prevalansı %39-79 aralığındadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda %22-77 arasında bulunmuştur.

BEL AĞRISININ SONUÇLARI:

İşten uzak kalma, iş veriminin azalması, uykusuzluk, depresyon



BAŞLICA RİSK FAKTÖRLERİ:

- Obezite
- Kadın cinsiyet
- Gebelik
- Vücut kitle indeksinin yüksek olması
- Egzersiz alışkanlığının olmaması
- Ayakta durarak ve oturarak 4 saatten fazla çalışma
- 4 saatten fazla bilgisayar kullanmak
- İş memnuniyetinin az olması
- İleri yaş
- Sigara içme
- Stres

BEL AĞRISININ BAŞLICA NEDENLERİ:

- Hemşirelerden önemli faktör
- Hastaların kaldırılması ve taşınması
- Uzun süre ayakta kalma
- Uygun taşıma gereçlerinin olmaması
- Personel eksikliğine bağlı olarak fiziksel yükün artması
- Vücut mekaniklerinin doğru kullanılmaması ve bu konuda eğitim eksikliği
- Stresli çalışma ortamı
- Uzun süren çalışma saatleri
- Gücü aşan şekilde ağırlık kaldırılması

BEL AĞRISININ ÖNLENMESİ:

- Çalışma saatlerinin ve koşullarının düzenlenmesi
- Hasta kaldırma araçları
- Hasta kaldırma ekipleri, tek başına kaldırmama
- Çalışma ortamının ergonomik olarak düzenlenmesi
- Vücut mekanikleri ve uygun kaldırma taşıma teknikleri eğitimi
- Stresle baş etme eğitimleri
- Bel kaslarını güçlendirme egzersizleri

SONUÇ:

Sağlık çalışanlarında bel ağrısı en çok hemşirelerde görülmektedir. Hemşirelerde bel ağrısının neden olduğu önemli sonuçlar; işten uzak kalma, iş veriminin azalması, uykusuzluk, depresyondur. Alınan etkili önlemlerle bel ağrısının gelişme oranlarının en az indirildiği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Klerks, G. E. (2007). Low back pain. *The Journal of Rheumatology Supplements*, 47, 26-31.
2. Karahan A, Kar A, Akhmetgali A, Dapın N. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *J Adv Nurs* 2009; 49(2):210-24.
3. Zeynelman, A. K., & Sagman, F. (2010). Prevalence and risk factors of low back pain and disability index among operating room nurses. *Journal of Perioperative Nursing*, 21(1), 21.
4. Tao BKZ, Smith AJ, O’Neillwa PR, Chen C, Bennett AF, Briggs AM. Low back pain beliefs are associated to age, location of work, education and job-related disability in Chinese healthcare professionals working in China: a cross-sectional survey. *BMC*



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU

www.saglikcalisanisagligi.org