



DOCERE

EDİRNE TABİP ODASI DERGİSİ

Sayı: 3

Ekim - Kasım - Aralık 2007

ISSN 1307-4180



PARKINSON HASTALIĞI TEDAVİSİNDE YENİ BİR SEÇENEK

Titrasyonsuz günde tek doz ile

hem "etkinlik"
hem "kolaylık" bir arada¹

Günde tek doz
AZILECT[®]
rasajilin
Etkin | Kolay

Azilect® 1 mg Tablet Formülü: Her tablet, 1 mg rasajilin'e eşdeğer 1.56 mg rasajilin mesilat içerir.
Endikasyonları: Azilect idiyopatik Parkinson Hastalığının tedavisinde, monoterapi olarak (eşlik eden levodopa/dekarboksilaz inhibitörü tedavisi olmaksızın) veya adjuvan tedavi olarak (eşlik eden levodopa/dekarboksilaz inhibitörü tedavisi ile birlikte) endikedir. **Kullanım şekli ve dozu:** Rasajilin, levodopa/dekarboksilaz inhibitörü tedavisi olmaksızın veya birlikte, günde bir kez 1 mg dozunda oral olarak verilir. Besinlerle birlikte veya tek başına alınabilir. Yaşlı hastalar için dozajda değişiklik gerekli değildir. **Yan etkiler/Advers etkiler:** Monoterapi Bir bütün olarak vücut: baş ağrısı, gribal sendrom, hastalık hali, boyun ağrısı; Sindirim sistemi: dispepsi; kas-iskelet sistemi: artralji. Sinir sistemi: depresyon. Özel duyu: konjunktivit Adjuvan Tedavi Bir bütün olarak vücut: kafa ağrısı, kaza yaralanması; Kardiyovasküler sistem: postürel hipotansiyon; Sindirim sistemi: konstipasyon, kusma. Metabolizma ve beslenme: kilo kaybı. Sinir sistemi: diskinezi **BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. İlaç etkileşimleri ve diğer etkileşimler:** Rasajilin diğer MAO inhibitörleri ile birlikte verilmemelidir. Petidin ve selektif MAO-B inhibitörleri dahil MAO inhibitörlerinin eş zamanlı kullanımında ciddi yan etkiler bildirilmiştir. Rasajilin MAO inhibitör etkisi sebebiyle, anti-depresanlar ile dikkatli kullanılmalıdır. Rasajilin ve fluoksetin eş zamanlı kullanımından kaçınılmalıdır. Rasajilin MAO inhibitör etkisi sebebiyle, rasajilin ve sempatomimetiklerin (nazal ve oral dekonjestanlar ile düşük algınlığı ilaçları dahil) eş zamanlı verilmesi tavsiye edilmez. Klinik çalışmalarda rasajilin ve deksrometorfanın beraber kullanılmasına izin verilmemektedir. İn vitro metabolizma çalışmaları, rasajilin metabolizmasından sorumlu olan ana enzimin P4501A2 (CYP1A2) olduğunu göstermiştir. Güçlü CYP1A2 inhibitörleri rasajilin plazma düzeylerini değiştirebilirler ve bu sebeple dikkatle verilmeleri gerekir. Rasajilin ve entakaponun eş zamanlı uygulanması rasajilin oral klirensini %28 artırmıştır. Tiramin/rasajilin etkileşimi:

Rasajilin diyetle bağlı tiramin kütlenin olmadan güvenle kullanılabilir. **Kontrendikasyonları:** Rasajilin mesleğe veya yardımcı maddelerin herhangi birine karşı ağır duyarlılık. Petidin veya monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ile eş zamanlı tedavi. Orta ve şiddetli karaciğer yetmezliği. **Uyarılar/Önemli:** Rasajilin ile beraber fluoksetin veya fluoksamin kullanımından kaçınmak gerekir. Fluoksetin ve aktif metabolitinin uzun yarılanma ömürleri nedeniyle, fluoksetinin kesilmesiyle rasajilin ile tedaviye başlanması arasında en az beş hafta (yaklaşık 5 yarılanma ömrü) geçmelidir. Rasajilin kesilmesi ve fluoksetin ile tedaviye başlanması arasında en az 14 gün geçmelidir. Rasajilin ve deksrometorfan veya sempatomimetiklerin (nazal ve oral dekonjestanlar ile düşük algınlığı ilaçları dahil) birlikte kullanılması önerilmez. Hafif karaciğer yetmezliği olan hastalarda rasajilin tedavisine başlarken dikkatli olmak gerekir. Gebelik kategorisi B'dir. Gebe kadınlara reçete edilirken dikkatli olunmalıdır. Rasajilin insan sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Emziren annelere rasajilin verirken dikkatli olmak gerekir. Araba ve makine kullanma yeteneği üzerindeki etkilerine ilişkin bir çalışma yoktur. **Saklama koşulları:** Azilect® tablet 25°C'nin altında saklanmalıdır. **Ticari takdim şekli ve ambalaj muhtevası:** Kutuda A1-A1 blister ambalajda 30 tablet. **Ruhsat sahibi:** Lundbeck İlaç Tic. Ltd. Şti. Mihribat Cad. No: 238 Martı İy Merkezi Kat 2 Kavacık 81630 İstanbul **Ruhsat tarihi ve numarası:** 07/03/2006 – 119/37 **Perakende Satış Fiyatı:** 209.46 YTL. (Ekim 2007) **REÇETE İLE SATILIR.** Hazırlama ve son güncelleme tarihi: Ekim 2007. Daha geniş bilgi için firmamızla başvurunuz.

Referans: 1. Rascol O. Rasajiline in the pharmacotherapy of PD – a review. Expert Opin. Pharmacother. (2005) 6 (12): 2061-2075.

TEVA
TEVA PHARMACEUTICALS

Lundbeck



KÜNYE



Edirne Tabip Odası Dergisi
DOCERE
Üç Aylık Mesleki Kültürel Dergi
Sayı: 3/2007

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Edirne Tabip Odası Adına
Dr. Memet AKBAL,
Edirne Tabip Odası Başkanı

Kapak Fotoğrafı:
Nusret FİŞEK Ödül Töreninden

Editör:
Dr.Gamze VAROL SARAÇOĞLU

Web Adresi:
www.edirnetabipodasi.org

E-posta:
etomail@gmail.com

Adres:
Mithatpaşa Mah. Balıkpazarı Cad. Atlı İş
Merkezi Kat:2 No.:48-68 / EDİRNE

Telefon:
0284 225 13 77

ISSN 1307-4180

"Docere" dergisinin tüm hakları Edirne Tabip Odası'na aittir. Dergide yayınlanan tüm yazılardan yazarı sorumludur.

ÜCRETSİZDİR.

Dizgi ve Basım Yeri:
Eser Matbaacılık Koll. Şti. - Edirne
0284 225 18 12

İÇİNDEKİLER

Sunuş.....	2
Sağlık Ocakları Fişek'in Çocukları.....	3
Komşuda Sağlık	7
Bir Fotoğraf ve Ötesi.....	13
İki Eski Dost: Tıbbın Hipokrat ile Türk Edebiyatının Koca Çınarı: Rıfat Ilgaz.....	14
Dost Hipokrat.....	17
Serviks Kanseri ve Erkan Tanı.....	18
Duyurular.....	20



*Değerli Meslektaşlarımız
Yeni yılda hepinize sağlık,
mutluluk ve başarı dileriz.*

Edirne Tabip Odası



**Dr. Mevlüt YAPRAK'a
katkılarından dolayı
teşekkür ederiz.**



MERHABA

Sağlıkta yıkımın doruk noktasına ulaştığı bu günlerde DOCERE'nin yeni sayısı ile "merhaba" diyebilmenin buruk mutluluğunu yaşıyorum.

Kasım Ayı içinde Oda'mız için hoş bir olay gerçekleşti. Edirne Tabip Odası olarak bir ödül aldık: Nusret Fişek Hizmet ödülü.

Nusret Fişek Hizmet Ödülü'ne bu yıl "Aile Hekimliği uygulamasına geçişi desteklemeyerek karşı duran" tüm sağlık çalışanları değer bulundu.

Fişek'in ölüm yıldönümü olan 3 Kasım günü Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi'nde gerçekleştirilen anma etkinliği sonrasında "Prof. Dr. Nusret Fişek Sağlık Ocağı, Bilim ve Hizmet Ödülleri" dağıtıldı. Adıyaman, Bolu, Denizli, Elazığ, Edirne, Eskişehir, Erzurum, Isparta, İzmir ve Samsun'da aile hekimliğini seçmeyen tüm sağlık çalışanları adına birer temsilci, ödülleri Prof. Dr. Gençay Gürsoy'un elinden aldılar.

Dergimizin bu sayısında, sosyalleştirmenin ülkemizdeki gelişiminin önemli tanık ve emekçilerinden Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu ile "Nusret Fişek, sosyalleştirme ve Sağlık Ocakları" konusunda bir söyleşimiz var. İlgiliyle okuyacağınıza eminim. Değerli Hocamız Gazanfer Aksakoğlu'na dergimize katkılarından ötürü Oda'mız adına teşekkür ediyorum.

Sosyalizasyonla birlikte biz sağlık çalışanları yaz kış demeden, yorgunluk hastalık bilmeden ülkemizin dört bir yanında sağlık hizmeti sunmaya çalıştık. Başarılı da olduk, çiçeği, çocuk felcini yok ettik, kızamıkta çok yol katettik. Ne yazık ki 1980'den bu yana sürdürülen özelleştirme çalışmaları sağlık alanında neredeyse geri döndürülemez tahribata yol açmaya başlamıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması, Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, Sağlıkta dönüşümün önerdiği tam gün anlayışı ve Genel Sağlık Sigortasıyla birleştiğinde ortaya çıkan tablo şudur:

Sağlık artık özel bir alandır. Bu özel alanda bir yanda sağlık çalışanları büyük hastane işletmelerinin iş güvencesiz işçisi olurken; öte yanda halk da nitelikli sağlık hizmetine erişebilmek için her geçen gün artan miktarlarda cebinden para ödemek zorunda kalmaktadır.

Değerli Meslektaşlarım,

Gelecek kaygısından uzak, iyi hekimlik uygulama alanlarımızı özgürce kullanabildiğimiz, sağlığın kamusal bir hak olduğu sağlık ortamında çalışabilmemiz dileğiyle, sözlerimi değerli Nusret Fişek 'in Sağlık Ocaklarındaki ekip hizmetine vurgu yapan anlamlı bir sözü ile noktalıyorum:

"Tek saz devri geçti, şimdi orkestra çağıdır..."

Edirne Tabip Odası Başkanı
Dr. Memet AKBAL



Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU ile söyleşi: Sağlık Ocakları... Fişek'in Çocukları...

Prof Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU

Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Toplum Hekimliği Enstitüsü'nde uzmanlık eğitimini Nusret Fişek'in danışmanlığında "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma" konulu tezi ile yaptı.

Çubuk ve Etimesgut Eğitim Araştırma Sağlık Grubu Başkanlıkları'nda hekim ve yönetici olarak çalıştı. Liverpool School of Tropical Medicine'da konuk öğretim üyesi olarak görev aldı. 1982'den beri Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapıyor.

Nusret Hoca'nın kitabını edit eden Nevzat Eren anlatmıştı:

Nusret Hoca'ya kitabındaki aile hekimliği konusunu çıkarmasını, gerek olmadığını önerdim. Tarihi bilgidir dursun, dedi. Kullanırlar yarın öbür gün" diye uyardım.

- Nesini kullanacaklar? Bu devirde aile hekimliği, olacak iş mi? dedi.

İyi bir sağlık ocağı

Kayıt ve bildirimleri düzenli olmalıdır.

Küçük ve çok iyi belirlenmiş bir nüfusa dayanmalıdır.

Koruyucu hizmetler risk gruplarına evde ve düzenli sunulmalıdır.

Hastaların sağlık ocaklarına gelmesi özendirilmelidir.

Bölge kamu hastaneleri ile bağlantıları olmalıdır.

Halkı ürkütücü davranışlardan sakınmalıdır.

Tüm hizmetleri ücretsiz sunmalıdır.

Çalışanları düzenli eğitilmelidir.



Prof. Dr. Nusret FİŞEK

Nusret Hoca için "sosyalleştirme" ne anlama geliyordu?

Nusret Fişek "Sosyalleştirme" ile gurur duyar, eseri olan "sağlık ocağı"na çocuğu gözüyle bakardı. Sağlık Ocağı'nın bütüncül sağlık yaklaşımını, ekip hizmetini, gelemeyene ulaşmasını, yönetsel bağımsızlığını, coğrafyaya dayalı mantığını doğru ve uygun bulurdu. Fişek, sanılının aksine sosyalist değildi, eski deyimle hümanistti.

Nusret Fişek sağ olsaydı aile hekimliği olayına nasıl bakardı?

Hoca'nın "Halk Sağlığına Giriş" adlı kitabında aile hekimliğine değinmesi nedeniyle "Nusret Fişek aile hekimliğinden yanaydı" demeye getirenler var. Sağlık Bakanı ve bazı sağlık

müdürleri bu yönde görüş belirtiyorlar. Fişek'in aile hekimliği komedisini ciddiye alması, hele kabullenmesi düşünülemez.

Nusret Fişekle birlikte yıllarca çalıştım, görüşlerini bilirim. Hoca'ya göre; sağlık ocağı, bildiği modellerin en iyisiydi. Türkiye'deki sağlık ocağı modelinin İsveç modelinden bile iyi olduğunu söylerdi, Birleşik Krallıkla kıyaslamazdı bile. Bilirsiniz, İngiltere'de sağlık ocağı ve aile hekimliği birlikteliği karmaşası yaşanır.

Sosyalleştirme'nin "hükümet tabipliği"nden farkı nedir?" sorusuna yanıt vermeden önce gözlerini kısar, başını havaya kaldırır, birkaç saniye düşünür ve hep aynı yanıtı verirdi:

"En önemlisi sosyalleştirme, nüfus tabanına dayalı bir örgütlenme getirdi. İkincisi, sağlık



hizmetini kaymakam baskısından kurtardı".

Eleştiriye açıldı, ancak biz "sağlık ocağı" konusunda eleştirecek önemli bir nokta bulamazdık. Bir kez "bir hata yapmışsınız" dediğimi anımsıyorum. "Nedir o?" diye sormuştu. O günkü koşullar için, kırsal alanda geçerli bir eleştiriydi bu. "Hemşire yerine eğitimci olmalıydı" dedim. Bir süre sustu, sonra "olabilir" dedi. Ekledi: "Asıl hatam hizmet ile finansı birlikte düşünmüş olmamdı, bunu sonradan gördüm". Yasa taslağında Sağlık Bakanlığı'na prim toplatıyor, söz ettiği o. Sonraları finansın genel vergi ile sağlanması ve hizmetin ücretsiz sunulması gerektiğini savundu. "Önce yakın olacak, sonra da ücretsiz" derdi hep. Aile hekimliğinden hiç söz etmezdi.

1977'de Milliyetçi Cephe hükümetlerince Genel Sağlık Sigortası (GSS) yeniden gündeme getirilmişti. Ankara Tabip Odası'nda "GSS'ye Hayır" etkinlikleri yürütüyorduk. Bölümdeki odasında "bu kez çıkaracaklar sanırım" dedim. Gülümsedi, "Hiçbir hükümet böyle bir yasayı çıkaramaz, hem uygulayamayacağı için rezil olur, hem de sonraki seçime propaganda malzemesi kalmaz" dedi.

Sanırım Hoca'nın aile hekimliğiyle ilgili yazdıklarına ilk kez Dünya Bankası'nın tetikçisi Serdar Savaş değindi. Caner Fidaner'le kafa kafaya verip, aile hekimliğini toplum hekimlerine ve kamuoyuna yutturabilmenin yollarını arar "Hastaneleri özelleştiriyoruz demiyoruz artık, özkerleştiriyoruz abi, heh heh" gibi kurnazlıklar yaparlardı.

Benim, TTB'nin ve diğer ilgililerin tüm uyarılarına karşın hemen her toplantıda Serdar Savaş "Bakın ne diyor" diye Fişek'in kitabından okumaya başlardı. Ben "sayfayı çevir Serdar" deyince okumayı keser, işi söz kalabalığına dökerdi.

Bilirsiniz -özgün, kitabından yazılı alıntıdır-, "İntegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir" diyen Nusret Fişek şöyle devam eder: "Bu biçim çağdaş örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen sağlık ocaklarındaki ekip hizmetidir".

224'te geçen "prim" sözcüğünü de çok kullanırlar. Hoca, hizmet ile finansı birlikte düşünmüş başlangıçta, primden söz etmiş ama sonradan anlamıştı sakıncalarını. Birçok kez anlattı bunu.

Niçin ısrarla aile hekimliğini dayatıyorlar? Bu ısrarın sonunda neler olabilir?

Aile hekimliği, bir amaç değil, bir araç. Gerçek amaç: Rant. Artık büyük paralar dönüyor sağlığa, uluslararası sermaye de bunun içinde. Aile hekimliğini uygulamaya geçirebilirlerse sağlığı koruma ve geliştirme anlayışı ortadan kalkacak, hastalık ve ölüm artacak, ama ilgililer daha fazla para kazanacaklar.

Koruyucu hizmet alamayan bebek ve çocuklar ölecek, yaşlılar ve kronik hastalar izlemsiz, bakımsız, ilaçsız, hastanesiz kalacak ve ölecek. Sağlık Ocağı'nda ücret alınmakta olduğu için -gerçi şimdi ücret alınmıyor ama bu ne kadar devam eder, hangi işlemleri kapsar? Kimse bilmiyor, yanıt verilemiyor- gelemeyenler ölecek. Ben şimdiden buna tanık oluyorum, belgelediklerim bile var. Sovyetler Birliği dağılınca aile hekimliği ve sigortacılık aracılığıyla özelleştirmeye gidildi. Ve bu yüzden tam 9,5 milyon insan öldü.

Sağlık çalışanları ne olacak?

En az zararı, hekimler görür. Güvencesi olmasa da bol para verecekler, çocuğunu okutacak; "ikna" edebilirsiniz. Diğer sağlık çalışanlarını ise tam bir felaket bekliyor. Ebeye, hemşireye, sağlık memuruna gerek kalmayacak. Para alma, fiş kesme, hastanın sırtını açma, kayıt yapma gibi işleri on beş yaşındaki bir genç kız da yapabilir. Üstelik asgari ücretin altında çalışır, sosyal güvence falan da aramaz. Sağlık hizmetinde -artık hizmet kaldıysa ortada- hekim dışında bir sağlıkçıya gerek kalmıyor demek.

Sağlığın özelleştirilmesi?

Özelleştirme salt ekonomik sonuçlar getiremeyecek. Sağlık, kamusal alan olmaktan çıkacak. Çalışanlar türban da takabilecek, çarşaf da giyebilecek; dua da edebilecek, muska da yazabilecek. Düzce'de tanık olduk bunlara, görüntüleri de var.

"İhalede yolsuzluk" kavramı tarih olacak, çünkü kurumlara mafya girince tüm satın almalar



"yollu" olacak!

Çaresiz miyiz?

Tüm bu olumsuzluklar kaçınılmaz değil. Önlemi; demokratik, mesleki, siyasi örgütlenme. O da biz sağlık çalışanlarının elinde.

224 sayılı yasa?

Temel bakış açısı dimdik ayaktaysa da, her yasa gibi 224 de eskidi. Temel hedefi kırsal alandı, çünkü nüfusun yüzde 70'i köylerde yaşıyordu. Oysa şimdi nüfusun yüzde yetmiş kentlerde yaşıyor. Hem de ne yaşama! Konut konut değil, okul okul değil. Ulaşım yok, yeşil alan yok, can güvenliği yok. Daha önemlisi, bunları sorun olarak görenlerin yönetime etki ve katkısı olamıyor, çünkü yönetime göre sorunlar "kader", çözüm -varsa- "Allahtan".

Çözüm?

Bize göre çözüm var ve hazır. Bu toplumun sağlık çalışanları nicel ve nitel olarak yeterli artık.

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları hem toplumu, hem de sağlık sistemini tanıdı, eksik ve yanlışları belirledi, çözüm yöntemlerini saptadı. Biz Nusret Fişek'in projesini alanda uyguladık ve çok şey öğrendik, çok deneyim kazandık. Başka



ülkelerdeki örnekleri ya gittik yerinde gördük, inceledik, ya içinde çalıştık; onların da eğri ve doğrularının tanıdığı olduk. En önemlisi, kentte uyguladık modeli, neler yapıp yapamadığımızı anladık. Siyasal baskılar olmasa, sağlık ocakları bugün çok daha iyi işlerdi.

Sosyalleştirme, Sağlık Ocakları ve Siyasiler?

1961'de Milli Birlik Komitesi tarafından kurulan Sosyalleştirme politikacılar tarafından hiçbir zaman benimsenmedi. Politikacılar sürekli sağlık ocaklarını işlevsizleştirmeye çalıştılar. Bunun temel nedeni, herkese ulaştırılan ve sağlıklı

koruyarak hastalanmayı önleyen, hastalık oluştuğunda ücretsiz sağıltım hizmeti sunan modelin serbest pazar ekonomisine aykırı bulunmasıydı. Sağlığı, daha doğrusu sağlıksızlığı bir kâr aracı olarak gören sermaye çevrelerini temsil eden siyasi iktidarlar, özellikle 1965'de kurulan Süleyman Demirel iktidarından başlayarak sistemi ya gönülsüz yürüttüler, ya da engellemeye çalıştılar. Bu konuda bir kısım muayenehane hekimi ve ilaç ve tıbbi araç-gereç üreten, pazarlayan firmalardan da destek gördüler. Sosyalleştirmeyi savunan sağlık bakanlığı bürokratları, üniversiteler ve DPT gibi çevreler nedeniyle pek başarılı olamadılar. Binlerce sağlık ocağı inşaatının müteahhit firmalara getireceği kazançları da göz ardı edemediler. Ancak sağlık ocaklarını taşıt, yakıt, tıbbi donanım ve personel açısından desteklemediler.

Modele en büyük darbeyi 1980 askeri yönetimi vurdu. Sağlık ocaklarında tam süre

çalışmayı ve ek ödemeleri kaldırarak hekim ve diğer sağlık personelinin modelden kopardılar ve soğuttular. İzleyen Özal hükümetlerinin "reform" girişimleri, özel hastanelere "teşvik" yağdırması ve SSK ile kurulması gere-

ken bağları koparması ile sosyalleştirme karşıtı politika güçlendi. Sağlık hizmetinin engellenmesi sonucu hastalıkları artırıcı kaos ortamı oluştu ve sağıltım hizmetlerinde bir yığılma meydana geldi. Hastalananların o hekimden bu hastaneye, o laboratuvarından bu tanı merkezine pek çok gereksiz başvuru yaptığı, savurganlığın arttığı, çok fazla ve gereksiz paranın dolaştığı yeni bir sağlık pazarı oluşturdu.

AKP'nin sağlık reformu, Özal ve Çiller'in projelerinin, Dünya Bankası'nın dayattığı sistemin aynısıdır. Sistem; sağıltım hizmetine pazar ekonomisi modeliyle yaklaşım (aile hekimliği ve özel



hastanecilik), özerkleştirme (kamu hastanelerinin yerel ticari güçlere teslimi), paralı hizmet (Genel Sağlık Sigortası) gibi halkın sağlıksızlığını paraya ve kâra dönüştürücü ilkelere dayalıdır.

21. Yüzyılda Nasıl Bir Sağlık Ocağı?

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en iyi sunulduğu yerler sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları hükümetlerce yok edilmez, yıllardır esirgenen özen ve destek sağlanırsa; toplum tabanlı, ücretsiz, sürekli, kapsayıcı ve kaliteli sağlık hizmetini sunar duruma gelecektir.

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, ücretleri iyileştirilmelidir. Çalışanların atama, denetim ve eğitimleri, sağlık kurumlarının çalışma düzeneği meslek kuruluşlarınca yürütülmelidir. Sağlık Bakanlığı yalnızca çalışma ortamını sağlamalıdır. Sağlık ocaklarının tanı olanakları yükseltilmelidir. Sevk zinciri kesinlikle ve katı kurallarla işletilmelidir.

Hekimliğin temeli pratisyen hekimliktir. Tıp eğitimi halkın gereksinimlerine göre düzenlenmelidir; temel hedefi pratisyen yetiştirmek olmalı, ilkelerini TTB, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler birlikte belirlemelidir. Pratisyenlere düzenli meslek içi eğitim ve doyurucu ücret verilmelidir.

"Topluma Sağlık Hizmeti" mi, yoksa "Özel Hastane" mi?

Topluma sağlık hizmeti ve özel hastane karşıt kavramlardır. Sağlık hizmetleri, sağlığı korumayı ve geliştirmeyi, hastaları en uygun yöntemle sağaltmayı, sakatları ve kronik hastaların yaşama uyumlarını sağlamayı amaçlar. Yani amaç, "topluma hizmet"tir.

Özel hastanecilik insanların sağlığının korunmamasını, geliştirilmemesini, kolay hasta olmalarını, sakatların ve kronik hastaların hep sakat ve kronik hasta olarak kalmalarını, sonuçta elde ettiği "hasta toplumdan" kazanç elde etmeyi amaçlar.

Türkiye'de sağlık hizmetleri ile özel hastanelerin birarada olmaları, sosyal devlet anlayışı ile serbest pazar ekonomisinin henüz birarada olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak çelişki ve sürtüşmeler giderek belirginleşmektedir. Sağlık ocaklarından esirgenen ilgi ve teşvikler özel hastaneleri palazlandırmaktadır.

Oluşan karmaşa ortamında özel hastaneler bir yandan aşırı kâr elde ederken, bir yandan da rekabet nedeniyle birbirlerine zarar verebilmektedirler. Sayıları gerekenden çok fazla ve teşvikler nedeniyle donanımları çok moderndir. Bu yüzden "İngiliz hasta"lara bakar konuma gelmişlerdir.

Sağlık hizmetleri kâr sağlama alanı değil toplumsal bir yükümlülüktür. Sağlık hizmetlerine siyaset karıştıranlar hem topluma zarar verirler, hem de yarattıkları olumsuzlukların sonuçlarını halktan tokat yiyerek öderler.

Sağlıkçıların görevi topluma hizmet sunmaktır, hizmet edebilecekleri koşul ve olanakları elde etmek için mücadele etmektir, baskı ve olumsuzluklara direnmektir. Başarının yolu meslek kuruluşlarında ve sendikalarda örgütlenmeden geçer. "Örgütlü güç yenilmez".

Son sözleriniz?

Sağlık Bakanı'nın Sosyalleştirme konusunda da, sağlık örgütlenmesi konusunda da bilgisiz olduğuna birçok kez tanık olduk. Uzmanlık alanı değil, çocukçu, hoş görülebilir. Hoş görülecek olan, halk sağlığı uzmanlarına danışmadan sağlık hizmet modeli oluşturmaya kalkması, bunu yaparken de gerçekleri saptırmaya kalkmasıdır. İstanbul Dedeman Oteli'ndeki "Aile Hekimliği" sunumuna doğrucu olmayan yabancı tanıklar getirmesi gibi...

Sağlık Bakanlığı politika oluştururken, hem Türkiye'yi, hem dünyayı bilen halk sağlığı uzmanlarının görüşlerini almalıdır. Halk sağlığı uzmanları sağlık politikalarının belirlenmesinde daha çok söz sahibi olmalıdır.

Teşekkürler...

Muş Merkez Sağlık Ocağı Fotoğrafı
Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU arşivinden alınmıştır.

Düzenleyen:
Dr. Mevlüt YAPRAK
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU



KOMŞUDA SAĞLIK!

Yunanistan yaklaşık 12 milyonluk nüfusu ile bir tarım ve turizm ülkesi.
Komşunun dili ve inancı dışında, eğlencesi, mutfağı, gelenekleri gibi
pek çok özelliği bizimle aynı
tabii bir de bizden önce AB üyesi oluşu dışında....

15-20 Mayıs 2007 tarihinde Edirne Tabip Odası organizasyonu ile Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve Marmara Bölge Tabip Odaları temsilcilerinden oluşan bir heyet ile Yunanistan'a gittik.

Aynı coğrafya'da uzun süre bir arada yaşayan bu komşu iki toplumun yiyeceklerinden eğlence kültürüne pek çok davranışının ortak olmasına karşın, -uzun yıllardır girmeye çalıştığımız- AB üyesi olan komşumuzun sağlık ortamını yerinde görmek ve sağlık çalışanlarıyla görüşmek, sağlıkta dönüşümün büyük bir hızla estiği ve derinden etkilediği Türk sağlık sistemiyle karşılaştırmalar yapmak için bu gezi iyi bir fırsat olacaktı.

Yunanistan'da bulunduğumuz süre boyunca gerek Atina'da, gerek Selanik'te resmi görüşmeler ve sağlık kurumlarına ziyaretler yaptık. Atina'da bir hastane, özel poliklinik ve Kavala yakınlarında bir Sağlık Merkezi'ne gittik, çalışanlarla konuştuk; Yunanistan Genel Pratisyenler Derneği başkanı ile görüştük. Bu arada 19 Mayıs'ta Selanik'te Atatürk'ün evini ziyaret etmeyi de ihmal etmedik.

İlk durağımız Atina'nın en büyük eğitim araştırma hastanesi olarak bilinen kamuya ait Evangelismos Hastanesi, şehrin merkezinde, hastanelerin bir arada bulunduğu bir alanda oldukça büyük bir yapı idi. Hastanede tüm uzmanlık alanları, hatta ilgili uzmanlık alanlarına ait ayrı aciller bile bulunmaktaydı. Bir cerrahi acil servisi gezdik. Ergonomik dizayn edilmiş cerrahi acilinde her yer temiz, bakımlı ve sağlık çalışanları güler yüzlüydü. 24 saatte yaklaşık 40 hastanın başvurduğunu ve acil olmayan hiçbir hastanın kabul edilmediğini öğrendik.

Öteki durağımız bir özel poliklinikti (Omega Medica), 1. Basamak sağlık hizmeti sunduğu belirtiliyor olmasına karşın neredeyse bir kardiyoloji merkezi gibi olan bu sağlık merkezi, Atina'nın en turistik yerinde, Plaka/Akropolis'teydi. Merkezin sahibi ve başhekimini ile yaptığımız görüşmede buranın yaklaşık 6 ay önce açıldığını, yalnızca özel hastaların cepten ödeme ile kabul edildiğini öğrendik. Merkezin sahibi Dr. Phelippe henüz kamu ile anlaşma yapmadıklarını ama yapmak niyetinde olduklarını çünkü bu şekliyle çok da kâr edemediklerini söyledi. Merkezde sürekli olarak çalışan sekreter, hemşire, tıbbi tekniker ve mikrobiyolog olduğunu, enjeksiyon, pansuman vb gibi hizmetlerin hemşire tarafından yapıldığını öğrendik. Merkezde iki kardiyolog, 1 pediatrist ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanının randevulu olarak çalıştığı da öğrendiğimiz bilgiler arasındaydı. Örneğin Dr. Phelippe'nin o günkü randevulu hasta sayısının 18 olduğu söylendi. Randevular 08.00-14.00 arasına veriliyordu, hekim randevulu hastalarına baktıktan sonra merkezden ayrılıyordu. Acil bir durumda ilgili hekime/staff haber veriliyordu.

Siz değerli okuyucularımıza yaptığımız röportajları özetleyerek sunuyoruz...

İlk görüşmemizi Dr. Bodossakis-Prodrinos Merkouris ile 18 Mayıs 2007'de Selanik'te kendisinin Selanik ve Ege Denizi manzaralı, bizim de gözümüzü alamadığımız ve içten içe kıskandıığımız, ofisinde yaptık. Dr. Bodossakis, bir genel pratisyen / aile hekimi, Yunanistan Genel Pratisyenler Derneği Başkanı ve aynı zamanda ulusal sağlık sistemi yöneticisi / eğitimcisi.

Bodossakis samimi bir insan, ailesi Türkiye'de doğmuş, 1922'de, mübadelede gelmişler. Türkçe birkaç kelime biliyor, bazı basit cümleleri anlayabiliyor. Ailesi ve kendisinden söz ederken "Onlar şimdiki yaşamıyorlar ama köklerim Türkiye'den" diye ifade ediyor.



TTB: Nasıl hem genel pratisyen hem de aile hekimi olabiliyorsunuz?

B: Türkiye'de ikisinin farklı olduğunu biliyorum ama Yunanistan'da genel pratisyen ile aile hekimi aynıdır.

Tıp fakültesi eğitiminden sonra hekimler AH/GP uzmanlığını seçmek isterlerse başvuru yapıyorlar ve sıraya alınıyorlar. Bir bekleme listesi oluşuyor. Bu süre 3-4 yılı bulabiliyor. Ama bu arada dışarıda özel olarak hekimlik yapabiliyorlar. Daha sonra sıra kendilerine geldiğinde uzmanlık eğitimine başlayabiliyorlar. 16 eğitim modülümüz var. Eğitimlerin bir kısmı hastanelerde gerçekleşirken bir bölümü de sağlık merkezleri ve birimlerinde gerçekleşiyor. Bu eğitim yaklaşık 4 yıl sürüyor. Bu eğitimler bir eğitim koordinatörü/yöneticisi tarafından düzenleniyor ve denetleniyor. Ben de eğitim koordinatörüyüm.

TTB: Tıp fakültesi'ni bitiren bir kişi ne oluyor? Uzmanlık seçmezse ne yapabilir?

B: Pratikte hiçbir şey yapamıyor. Kişi doktor diplomasını kullanabilir ancak yazdığı reçeteleri sosyal güvenlik kurumu ödemediği, kurumlar kendisiyle kontrat imzalamadığı için kişi hastalarca tercih edilmiyor. Özel olarak çalışılabilir ama sonuçta her hekim uzman olma yolunu seçmek zorunda kalıyor.

TTB: GP=AH tüm ilaçları yazıyor mu? Yoksa sınırlama var mı?

B: Hemen hemen bir dahiliye uzmanının yazdığı tüm ilaçlar reçete edebiliyor. Ancak hastane ilacı adı verilen onkoloji ilacı gibi özel uzmanlık gerektiren ilaçları yazamıyorlar.

TTB: Ülkenizde kaç genel pratisyen var ve nerelerde çalışıyorlar?

B: Yunanistan'da toplam 75 bin doktor var. Ancak Avrupa Birliği'nce yapılan bir çalışmada Yunanistan'ın 27 bin doktora ve 7600 GP'e ihtiyacı



olduğu belirtilmiş. Ama varolan 75 bin hekimin 2200'ü GP. Yani AB'ye göre hekim fazlalığı ancak GP açığı var. Böyle bir durumda hekim işsizliği beklenir ama hekimlerimizin büyük bir kısmı kamu hizmetinde çalışırken, geri kalan kısmı da özelde iş bulup, çalıştığından henüz hekim işsizliği yaşanmıyor.

TTB: 1. Basamak Sağlık Kurumlarının durumu nedir? GP'ler nerelerde çalışıyor?

B: Tüm Yunanistan'da 212 sağlık merkezi (health center) var. Bu sağlık merkezlerine bağlı olarak çalışan büyüklü küçüklü çok sayıda sağlık birimi (health post) var. Sağlık

birimlerinin büyüklüğü ve sayısı gibi, buralardaki sağlık çalışanı sayısı da nüfus tabanlı olarak değişmektedir.

Sağlık merkezlerinin büyüklüklerine göre A, B_x, B₂, B₃ ve C olmak üzere 5 tipi var. A tipi oldukça küçük 8 bin kişiden az olan yerleşim birimlerinde bulunuyor. B tipleri 8-28 bin nüfusa hizmet veriyor. C tipi ise en büyük olanı, 30 bin nüfusun üzerindeki yerleşim birimlerinde bulunuyor.

TTB: Bahsettiğiniz sağlık merkezleri kentte, onlara bağlı olan birimler kırsalda yer alıyor değil mi?

B: Kentlerde sağlık merkezlerimiz yoktur. Bahsettiğim tüm bu sağlık birimleri, hepsi kırsalda yer alır.

TTB: Bu sağlık merkezlerinin yapılanmasını biraz daha açıklar mısınız?

B: Örneğin benim müdürü/yöneticisi olduğum Kavala'ya 60 km. uzaklıkta bir sağlık merkezi var, Neomatidas (Şekil 1). 27 bin nüfusa bağlı hizmet veriyor. Bu sağlık merkezi örneğinden yola çıkacak olursak, burada toplam 16 genel pratisyen çalışıyor. Etrafında buraya bağlı, farklı büyüklüklerde ve farklı sayıda sağlık çalışanının olduğu 5 sağlık birimi yer almakta. Her sağlık birimindeki sağlık çalışanı sayısı



buldukları bölge nüfusuna göre değişmektedir. Merkezdeki 8 GP'ne ek olarak bu başvuru birimlerinde de 8 GP ile birlikte toplam 16 GP çalışmakta. GP'lerin yanısıra 3 dış hekimi, 2 pediatrist ve 1 mikrobiyolog buralarda staff olarak görev yapıyor. Ayrıca, haftada bir bu merkezlere hastaneden, KBB Uzmanı, radyoloji uzmanı, psikiyatrist, genel cerrah, göz uzmanlarından oluşan konsultan doktorlar gelmekte ve hizmet sunmaktadırlar ki biz bu doktorlara "visiting doctors" diyoruz.

Şekil 1. Nea Matidos Sağlık Merkezi (B₂ Tip)



TTB: Bu merkezlerde çalışan hekim dışı sağlık çalışanları kimlerdir?

B: Bu merkezlerde hekimler dışında, hemşireler, ev ziyareti yapan hemşireler, ebeler, sosyal hizmet uzmanları, laboratuvar teknisyeni/medikal tekniker ve idari ekip vardır. İdari ekip içinde, merkezin yönetimi ve hizmetin sunulmasıyla ilgili düzenlemeleri yapan bir yönetici, randevuları düzenleyen ve hizmetle ilgili danışmanlık hizmeti sunun halkla ilişkiler çalışanı, koruma görevlisi ve merkezdeki her türlü arıza, elektrik vb gibi sorunlar için teknik eleman yer almaktadır.

TTB: Bu merkezler nasıl hizmet veriyor? Çalışma saatleri nasıldır?

B: Bu merkezler 7 gün 24 saat çalışırlar ve hiç kapanmazlar. Saydığım bu ekip sabah gelir ve göreve başlar. Mesai dışında nöbet tutulur.

Nöbete hekimler ve hemşireler kalır. 2 GP, 1 dış hekimi ve belki 1 pediatrist olacak şekilde gece dönüşümlü nöbet tutulur. Sağlık merkezlerinin hepsi kamuya aittir.

TTB: Hekimlerin çalışma saatleri nasıldır?

B: Hekimlerin normal mesaisi 7,5 saattir. Ancak bu süreyi farklı şekilde tamamlarlar. Örneğin mesai boyunca hasta bakılmaz. Hekimin hasta muayene saatleri bellidir. Saat 08.30-13.30 saatleri arasında hasta bakılır. Hekim daha erken de hastalarını bitirebilir, geriye kalan zamanı işlerini düzenlemek ve kendini geliştirmek için harcar. Randevularını kontrol eder, listelerini düzenler, internete girer, güncel tıbbi gelişmeleri takip eder, ders çalışır. Ayrıca her hekimin ayda beş gün nöbeti vardır. Nöbetler 24 saattir.

TTB: Sağlık merkezlerinin hepsinin kırsalda olduğunu söylediniz. Kentlerdeki durum nedir? Oraya nasıl hizmet götürüyorsunuz?

B: Sağlık merkezlerinin kentlerde bulunmayışı bizim en büyük problemimizdir. Çünkü 80'lerin başından sonra sağlık sisteminde büyük değişimler oldu, farklı çalışma kolları ortaya çıktı ve hastanecilik anlayışı yaygınlaştı. Şehir merkezlerinde çok sayıda hastane kurulmaya ve kentlerde hastaneler birinci basamağın yaptığı işi yapmaya başladı. Örneğin, mideniz ağrıdığı anda aile doktorunuza gitmek yerine hastaneyi arıyor, randevu alıyor ve hekime görünüyorsunuz.

Yunanistan'da her iş koluna ait yaklaşık 300 tane farklı sosyal sigorta kurumu var. En yaygın olanı 5.5 milyonda fazla çalışanı kapsayan İKA'dır (Foundation of Social Security). Etrafta gördüğünüz farklı mesleklerin, örneğin elektrik teknisyenleri, taksi şoförleri, kaldığınız oteldeki resepsiyon çalışanına dek herkesin kendi sosyal güvenlik kurumuna ait poliklinikleri bulunmaktadır. Özellikle 80'lerden sonra hastanecilik anlayışının yaygınlaşmasıyla, kişiler hastalandıklarında kendi kurumlarının polikliniklerine başvurmaya başladılar ve şehir merkezlerinde bu nedenle poliklinikler, hastaneler, Birinci Basamak gibi çalışmaya başladı ve Birinci Basamak'ın gelişmesini engelledi.



TTB: Kent merkezlerinde, çocukların aşılmasını ya da gebe takipleri gibi 1. basamağa ait hizmetler nasıl sunuluyor?

B: Kentlerde bebek çocuk aşılmasını hastanelerdeki pediatristler yapıyorlar. Ayrıca, Yunanlı, Türk ya da Çinli fark etmez bu ülkede acil sağlık hizmetleri parasızdır.

TTB: Biraz önce çocuk aşılarını pediatristler yapıyor dediniz bu nasıl oluyor?

B: Aile çocuğunu doktora götürüyor. Doktor da gereken ne ise, muayene, takip, aşı vb. yapıyor. Ancak bazı sorunlar yaşadığımız da oluyor. Örneğin, Selanik yakınlarında yaşayan küçük bir çingene grubumuz var. Çocuklarını aşılatmak istemiyorlar. Hastanelerin böyle bir görevleri yok ancak kırsal alandaki sağlık merkezlerimizin ev ziyareti yapma zorunluluğu var. Ev ziyaretleri sadece çocuklar için değil, yaşlıların takibi ve bakımı için de önemli.

TTB: Ülkede sağlık güvencesi altında olmayan kesimler var mı?

B: Yunanistanlı olup da sosyal güvencesi olmayan sayısı çok az, neredeyse yok. Örneğin siz işsizseniz, babanızın ya da eşinizin sağlık güvencesinden yararlanıyorsunuz. Ya da bir kişi işini kaybetti, İKA'ya bağlı idi diyelim. Sosyal güvenlik kurumuna ödediği prim gün üzerinden işsiz olduğu zamanlarda destekleniyor. Mevzuatla belirlenmiş uygulamalar var. Örneğin kişi 5 yıl çalışıp prim ödemişse 1 yıl, 10 yıl kadar çalışıp prim ödemişse 2 yıl kadar desteklenebiliyor. 60 yaşından sonra ömür boyu destekleniyor. Yani diyebilirim ki tüm Yunanlılar bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında.

İşsiz insanlar bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında değiller, sistemin dışındalar. Bu kişilerin sağlık sorunları olduğunda çeşitli sosyal destek programları kapsamında tıbbi ve ilaç desteğine çalışılıyor. Örneğin yasadışı yollarla ülkede bulunan göçmenler, kaçaklar örneğin İranlılar, Pakistanlılar, Afganlar var. Burada bulunmaları yasal değil ve bir sosyal güvenlik kapsamının da dışındalar. Ama şu şekilde oluyor. Çok da yaygın bu durum. Bunlar başkasının sosyal güvencesini kullanmaya, başkasının karnesine ilaç yazdırmaya çalışıyorlar.

TTB: Hastanelerin durumu, kamu ya da özel dağılımı nasıldır?

B: Yunanistan'da hastanelerin çok büyük çoğunluğu kamu hastanesidir. Özel hastaneler de bulunmaktadır. Ama bunların hepsi için özel demek doğru olmayabilir, bunlar için "yarı kamusal" ya da "kamu destekli" özel hastaneler demek uygun olur. Çünkü bu tip hastaneler sosyal güvenlik kurumlarıyla anlaşma yaparak devlet eliyle desteklenmiş oluyorlar.

TTB: Özel hastanelerin sayısındaki yıllara göre değişim nasıldır?

B: Bu sorunun yanıtını yalnızca Yunanistan için değil tüm Avrupa'nın eğilimi olarak söyleyebilirim ki özel hastane yanlısı bir bakış açısı yoktur. Son 20 yılda yaşananlar bize bunu öğretmiştir. Özel hastaneye gidecekseniz para ödemek zorundasınız. Ayrıca özel hastaneler de yalnızca "cepten ödeme"yle para kazanamadılar. Sonuçta anlaşıldı ki 2. Basamak sağlık hizmetleri için "özel hastanecilik" çok da kârlı değil. 1. Basamak'ın daha az maliyetli ve daha çok faydalı olduğu ortaya çıktı. Bu durum yalnızca Avrupa'da değil, Amerika'da da böyle oldu. Böylelikle, on yıl öncesine dek sayıları çok artan özel hastaneler şu an sabitlenmiş durumdadır.

Size bunları bir örnekle anlatmak istiyorum: Selanik yakınlarında da bir tane süper lüks bir hastane yapıldı. Rus ve Bulgar mafyası destekledi bunu, çok lükstü. Başlangıçta hiçbir kurumla kontrat yapılmadı. Yani eğer hizmeti alacaksanız parasını ödemek zorundasınız. Ancak hastane açılıp hizmet vermeye başlayınca, o kadar pahalı hizmeti alacak kimse bulunamadı, hastane varlığını sürdürmekte güçlük çekmeye başladı. Hasta yani "para" gelmeyince hastane kapanma riskine karşın, sosyal güvenlik kurumlarıyla anlaşma imzalamaya başladı ve hastane ilk açıldığındaki ihtişamını sürdüremedi.

TTB: Sevk sistemi var mı? Nasıl işliyor?

B: GP'lere "gate keepers" yani "kapı tutucular" denir. Kapı tutucu ne demektir? Bir kişi düşünün apandisit operasyonuna ihtiyacı var. Öncelikle ve kesinlikle birinci basamağa gelmek zorunda, önce bana gelecek ki ikinci basamağa gidip operasyonunu yaptırın. Bu kötü bir



durumdu. Bu durum diğer uzmanları ve cerrahları tüm GP'lerin düşmanı yaptı, sıkıntılara yol açtı. Biz de son 5-10 yılda değiştik, artık kapı tutucu değil "kapı açıcı"yız, yani "gate openers". Artık kapılar açık, hastaneye gitmek isteyen gidiyor. Hastaneler balta girmemiş ormanlar gibidir. Gitmek isteyen gitsin orada muayene olmak için savaş versin. Biz engelleyici istemiyoruz.

TTB: Ülkenizdeki 2. basamak yapılanmasından söz eder misiniz?

B: Bir örnekle bu sorunuza yanıtlamak istiyorum. Yaşadığım bir kalp ameliyatından ve üç hastaneden söz edeceğim. Birinci hastane bir özel hastane, ikincisi daha büyük olan ve Atina'da bulunan bir kamu hastanesi, üçüncüsü ise kamuca desteklenen bir özel hastane. Operasyon bedeli 2 milyon drahmidi. Eğer özele gidecekseniz operasyon için gereken 2 milyon drahmeyi cepten ödeyerek ve hemen ameliyat olabilirdim. Kamu hastanesinde ise bu ameliyat ücretsizdi; ama operasyon için önce bekleme listesine adımlı yazdırmam gerekiyordu, belki 6 ay sonra ameliyat olabilirdim. Yarı kamu olan hastanede ise paranın bir kısmını sosyal güvenlik kurumu karşılayacak (örneğin 600 bin drahmisini) ama geri kalan (1300 bin drahmi) yine cepten gidecek. İşte ülkedeki 2. Basamak'ın durumu budur. Para ve zaman karşı karşıyadır.

TTB: Genel Pratisyenlerin aylık ortalama kazancı nedir? Bu kazanç çeşitli faktörlere göre değişir mi?

B: Hekimlerin aylık kazancı 2200 ile 3000 Avro arasında değişiyor. Bu maaş kıdeme ve yönetici olmaya bağlı olarak artabiliyor. Örneğin ben sağlık merkezlerinde çalışanlardan daha fazla kazanıyorum.

TTB: Yunanistan'da işyeri hekimliği var mı? Nasıl işliyor?



B: Yunanistan'ın sanayi ülkesi olmayışı nedeniyle işyerleri daha çok küçük ve orta ölçekli işletmeler. Çok sayıda ve büyük fabrika yok, bu nedenle işyeri hekimliği var ama çok fazla değil. 300 dolayında işyeri hekimi var.

TTB: Yunanistan sağlık sistemi ile son olarak söylemek istedikleriniz nelerdir?

B: Sağlığa çok para ayırmak her zaman istenen sonucu vermeyebilir. Bu durum iyi yönetim olmadığını gösterir. Ulusal bütçenin her yıl azalmasına karşın genel olarak Yunanistan'da özel ve kamu sağlık harcamaları bu yıl % 8'den fazla artmıştır. Sağlık harcamalarının dağılımına baktığımızda, eskiden % 55'i kamu, % 45'i özel harcamalarken, şimdi % 55'i özel/cepten harcamalar haline dönüşmüştür. Ülkede cepten harcamalar önemli bir sorun haline gelmiştir.

TTB: Teşekkürler.

19 Mayıs 2007 tarihinde de Neomatidas Sağlık Merkezi'ni ziyaret ettik. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olup GP olarak çalışan o günkü nöbetçi hekim Dr. Fotini KITSIU ile görüştük.

Neomatidas, Yunanistan'ın Selanik şehrine yaklaşık 60 km. uzaklıkta, yakınlarında bir göl ve mesire yerlerinin bulunduğu, küçük şirin bir kasaba. Kasabada bir de sağlık merkezi bulunmakta.

Donanımlı ve bakımlı sağlık merkezi yakınlarında bir de eczane var. Kot farkı nedeniyle önden 3, arkadan tek katlı olarak görülen Sağlık Merkezi'nde diş hekimi muayenehanesi ve mikrobiyoloji laboratuvarı dışında 6 poliklinik odası daha bulunmakta. Çocuklar için ayrılan bölüm özel olarak dizayn edilmiş. Bu bölümün duvarlarında çeşitli çizgi film kahramanlarının resimleri, çok sayıda oyuncak var, sedyeler bile



renkli. İnsan çocuk yuvasına geldiğini düşünüyor. Her yer tertemiz ve düzenli. Bahçe düzenlemesi yapılmış, yemyeşil bahçesi ve önden harika manzarasıyla bir parkı andırıyor. Kapsında ambulans hazır bekliyor.

TTB: Bu merkezi ve çalışma şeklini açıklar mısınız?

F: Burası kırsal alanda kurulmuş iyi bir sağlık merkezi örneğidir. Bölge turistik bir alan olduğundan, sadece bölge nüfusuna değil, yaz döneminde turistlere de hizmet veriyoruz. Sağlık merkezimize bağlı, daha küçük ve daha az sayıda hekimin bulunduğu, yalnızca hafta içi hizmet veren sağlık birimleri var. Bu sağlık merkezi ise hep açıktır. Bu iki GP nöbet tutuyoruz. Benim görevim, hastaya ilk müdahaleyi yapmak; acil ya da bizim yeterli olamayacağımız gibi durumlarda ise sevk etmektir. Yaz dönemi olduğu için bu aralar günde 50-60 hasta geliyor. Bu sayının oldukça yoğun olduğunu söyleyebilirim. Hafta sonu olduğundan biz acilde nöbet tutuyoruz. Burada bir hekimin acil müdahalede gereksinim duyduğu her türlü donanım mevcut.

Sağlık merkezinde normalde 11 hekim (8 GP, 3 diş hekimi) 3'erli ekip olarak çalışıyoruz. Burada staff olarak mikrobiyologlar da çalışıyor. Belli bir program çerçevesinde haftada iki kez çocuk sağlığı ve kulak burun boğaz uzmanı, oftalmolog, kardiyolog gibi uzman hekimler gelerek burada hizmet veriyorlar.

TTB: Burada sadece poliklinik hizmeti mi veriliyor, koruyucu sağlık hizmeti var mı? Örneğin aşılama hizmetleri nasıl yürütülüyor?

F: Bu merkezde yalnızca poliklinik yapılmıyor, örneğin bebek-çocuk aşılama hizmeti pediyatristlerin sorumluluğunda yapılıyor. Uzman hekimlerin merkezimize geliş zamanı önceden belli, yapacakları hizmetleri bir program dahilinde



yürütüyorlar. Bu nedenle hizmetler aksamadan yürüyor. Okul aşıları da bu hekimlerin görevi. Aşı kayıtları da ilgili hekimlerce tutuluyor.

TTB: Hekim maaşları ve çalışma koşulları nasıl?

F: Aldığımız ücret standart, 20 hastaya da 50 hastaya da baksak

değişmez. Bir GP ortalama 2200 Avro kadar kazanıyor. Bu ücret maaş şeklindedir bir ek ödeme yoktur. Hastadan da ek ücret/ek ödeme talep edilmez. Yalnızca maaşımızı alıyoruz. Ülkenin farklı bölgelerinde ya da farklı branşlarda çalışma ile maaşta herhangi bir değişiklik olmamaktadır. Örneğin bir GP ile kadın doğum uzmanının aldığı maaş ya da merkezde çalışanla köyde çalışanın maaşı aynıdır. Ancak kıdeme göre biraz değişmektedir.

Pek çok farklı ülkede çalıştım. Bu gezdiğiniz sağlık merkezi benim çalıştığım en iyi sağlık merkezlerinden biridir. Kazandığımız da yetiyor. Çalışma koşullarımızdan memnunum.

TTB: Teşekkür ederiz.

Hazırlayan:
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU



BİR FOTOĞRAF VE ÖTESİ...

Bir insan baktığında bir fotoğrafa ne görür? Fotoğraf neyi çekmişse ışık neyi göstermişse ve filmin üstüne hangi görüntü düşmüşse oru görür. Ve bazen aslında fotoğraf görünmeyeni de gösterir. O görünmeyen, esas olur fotoğrafın, gerçeği olur. Öyle ki, artık görünen önemli değildir asla ve bir şey ifade etmez görünen. Çünkü acı gelir tam da göğsümüze oturur, gözle göremediğimiz bir şeydir artık, duygudur yüreğimiz kanar, gözümüz dolar. Her aklımıza geldiğinde nedenini çok da iyi bildiğimiz bir acı tadı dilimizi yakar. Umudu olanlar için hıala bu insanlık adına, acıları paylaşırır. Bizim payımıza da kocaman bir Güldünya gözleri düşer. Fotoğraftaki gözleri, karalı, ürkek sevecen. Aslında kalplerimize bakan, içimize işleyen gözleri. Soran ve nedenini bilmeyen yaşadıklarının, anlam veremeyen belki de. Neden? Neden çocuğumu sevmeme izin vermiyorsunuz, neden kaçmak zorundayım, neden hayat bu kadar saçma benim için. Ben bunları yaşamak için ne yaptım? Tecavüze



uğradım, çocuk doğurdum, çocuğumu çok ama çok sevdim. Bunların hepsi neden suç olsun, neden, neden?... Suçlu olanlar çok belli değil mi? İnan Güldünya tüm bu sorularına kimse cevap vermiyor, kimse. İnsanum diyen hiç kimse cevabını bulamıyor ve çaresiz kalıyor koca bir dünya. Çünkü şiddet denen, töre denen, namus denen adına ne denirse densin bu olanlar sensiz bırakıyor bizi. Ellerini görüyorum fotoğrafta, her anne çocuğunu sarar sarmalar ve kollar ama senin tutuşun ne kadar farklı bebeğini. Öyle sıkı sarmışın ki bebeğini senden kimse alamaz sanki.

Sımsıkı, sevgiyle ama bir o kadar da dirençle. "Vermem bebeğimi, alamazsınız benden!" çığılı kulaklarımda patlıyor. Bu fotoğrafa baktığım her seferde kulaklarım uşulduyor ve inanılmaz bir çığılık duyuyorum. Güldünya çok üzgünüm, ama daha çok bizim için, geride kalıp da hiç bir şey yapamayanlar için. Senden sonra bizim gülmemiz hiç de kolay olmayacak.

Dr. Ertuğrul TANRIKULU



"İKİ ESKİ DOST: TIBBIN BABASI HİPOKRAT İLE TÜRK EDEBİYATININ KOCA ÇINARI: RIFAT ILGAZ

Rüşti Onur ve Muzaffer Tayyip Uslu'ya...

Hipokrat tıbbın babası sayılır. Gözleme önem vermesi, aforizmaları ve yemini ile ünlüdür. Günümüzde, hemen hemen dünyanın bütün ülkelerinde genç hekimler mesleğe Hipokrat andı içtikten sonra başlarlar. Bu yüzden de hekimler Hipokrat'ın çocukları sayılırlar. Hitler Almanya'sında yapılan insanlık dışı tıbbi (!) uygulama ve deneylerle o uygulama ve deneyleri gerçekleştiren hekimleri anlatan bir çalışmaya Hipokrat'ın Çocukları adı münasip görülmüştür. Hipokrat adı birçok dergi ve siteye de verilmiştir.

Sanatçılar her ünlü gibi Hipokrat'tan da esinlenmişlerdir. Pek çok sanat eserinde Hipokrat adına ya da andına rastlamak mümkündür. Yunus Emre'den Ceyhan Atuf Kansu'ya pek çok şairimizin şiirlerinde Hipokrat'a rastlamak mümkündür. Fakat Türkçe'deki yegane müstakil Hipokrat şiiri okuduğum-izlediğim kadariyle Rifat Ilgaz tarafından yazılmıştır.

Rifat Ilgaz (1911-1993) ülkemizde Hababam Sınıfının yazarı olarak tanınır. Bir mizah yazarı olmasının yanında bir öğretmen, bir şair ve bir gazetecidir. Filme de çekilmiş olan Karartma Geceleri adlı romanı Milli Eğitim Bakanlığı'nın liselere önerdiği 100 Temel Eser arasındadır. Sınıf adlı şiir kitabı yüzünden

yargılanmış ve mahkum olmuştur. Efsane mizah dergisi Marko Paşa'yı ve arkadaşlarını (Hür Markopaşa, Yedi-Sekiz Paşa, Malum Paşa...) çıkaran kadrodandır. Kadronun diğer



Emre Yılmaz'ın çizgişiyle
Rifat Ilgaz

elemanları Aziz Nesin, Sabahattin Ali ve Mim (Mustafa) Uykusuz'dur.

1944 yılında ülkesinin hapishaneleriyle tanışan Ilgaz 1947 yılında öğretmenlikten atılmıştır. Ilgaz'a ülkesinin hapishanelerini ve sanatoryumlarını yetmiş yaşından sonra ziyaret etmek de nasip olmuştur. 12 Eylül Hareketi'nden sonra 1981 yılında tutuklanan Ilgaz önce Kastamonu Hapishanesine kapatılmış, oradan da Ballıdağ Sanatoryumuna kaldırılmıştır.

Çünkü Rifat Ilgaz aynı zamanda bir kronik hastadır, bir tüberkülozlidir, veremlidir. Ömrünün belirli bir kısmını sanatoryum sırasının gelmesini beklemekle ve sanatoryumlarda geçirmiştir. Kırklı yıllarda Yakacak ve Heybeliada sanatoryumlarında yatmış olan Ilgaz muhtemelen çok iyi muamele ve çok iyi hekimler göremediği için yazmıştır Dost Hipokrat adlı şiirini. Çaresizlikten yazmıştır.



Şiirde; binlerce yıl öncesinin hekimlik uygulamalarından şikayetçi, o uygulamaları değiştirmeye kararlı devrimci bir Hipokrat vardır. Devrimci ama hastalarına ve ustalarına saygılı bir Hipokrat; köle-efendi, erkek-kadın ayrımı yapmayan bir Hipokrat. Fakat şiirde genç Hipokrat'ı böyle bir eyleme iten nedenler yoktur.

Ilgaz'a göre Hipokrat'ı ölümsüzleşmiştir; belki de bu soylu davranışı nedeniyle. Fakat bu tuhaf bir ölümsüzlüktür. Binlerce yıldır aramızda yaşamakta, arada bir ölse de yeniden dirilip



Profesörler. «Tam Gün» için, 35 Bin L net aylık isteriz diye tutturdular..



VE CEPLERİMİZ TİKA BASA DOLMADIKÇA
KİMSENİN DİRDİNE DEVA OLMAYACAĞIMIZAA.

Vehip Sinan'ın çizgisiyle Hipokrat
Yemini eden hekimler.
(Köprü dergisinde 1979)

aramıza dönmektedir.

Şair; Ölümsüz Hipokrat ifadesi ile belki de halk ile iç içe yaşayan doktorlara işaret etmektedir; binlerce yıldır halkın arasında yaşayan, halkıyla yaşayıp, halkıyla ölen, insanlarıyla yediği içtiği ayrı gitmeyen hekimleri anlatmaya çalışmaktadır. Ne buyurmuş eskiler: Mana şairin kanundadır. Yoksa Hipokrat'ın sürekli reenkarnasyonu mu söz konusudur? Kim bilir?

Hipokrat hep aramızdadır fakat Hipokrat andı içmiş hekimlerimiz için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Hipokrat hep yanımızda, yanı başımızdadır fakat hekimlerimiz... Onlar sık sık çekip giderler ve hayatlarını yaşarlar, bizim yerimize de yaşarlar. Bizleri dertlerimizle baş başa bırakıp giderler. Soğuk servislerde en fazla bir hemşire, bir hastabakıcı ile baş başa bırakıp, çekip giderler. Ve hayatlarını yaşarlar. Bu kayıtsızlıkları belki de Hipokrat Andını bilincine ermeden bir şarap gibi içmelerindedir.

Şiirdeki hac, zekât, petrol ve develerden söz edilen dizeleri anladığımı söyleyemem. Şiirin yazıldığı tarihi, şiirin yazılmasına sebep olan kişi

ya da kişileri bilmek belki bir ipucu verebilir. Dini bütün bir hekim, başhekim ya da sağlık bakanına mı taş var acaba, kim bilir?

Son Söz 1: Adına etkinlikler ve festivaller düzenlenen Rifat Ilgaz'a Fikri Sağlar'ın Kültür Bakanlığı döneminde devlet tarafından bir çeşit itibar iadesi olacak şekilde Kültür Bakanlığı plaketi verildi.

2 Temmuz 1993 günü Madımak Yangınında başta yakın dostu Asım Bezirci olmak üzere birçok kişinin katledilmesine çok üzülen Ilgaz, beş gün sonra, 7 Temmuz 1993'te vefat etmiş ve Zincirlikuyu Mezarlığı'na, Asım Bezirci'nin yanına defnedilmiştir.

Son Söz 2: Markopaşa; Türk halkının yoğun ilgisine mazhar olmuş, satış rekorları kırmıştır. Halk kadar devlet de dergi ile yakından ilgilenmiş, dağıtımını engellemiş, pek çok sayısını toplatmış, sonunda da dergiyi kapatmıştır. Dergi çalışanları dergiyi başka adlarla yeniden çıkarmışlardır. Yeni dergiler de kısa sürede kapatılmıştır. Çünkü devlete göre Markopaşa komünist bir dergidir. Oysa dergiye devlet kadar TKP (Türkiye Komünist Partisi) de karşıdır ve Markopaşa'ya rakip olarak Abidin Dino yönetiminde Nuh'un Gemisi adlı bir mizah dergisi yayınlayacaktır.

Bazı devlet görevlileri en sonunda bir operasyon ile Markopaşa'yı ele geçirecekler ve antikomünist bir dergiye dönüştüreceklerdir. Antikomünist Markopaşa halktan hiçbir ilgi görmeyecek ve kapanacaktır.



Markopaşa'nın Nuh deyip peygamber demeyen rakibi: Nuhun Gemisi



Rifat Ilgaz: Ocak Katırı Alağöz. Çınar Yayınları, 1993
Vehip Sinan: Köprü; Sayı 19, Ekim 1978
Mehmet Saydur: Markopaşa Gerçeği. Çınar Yayınları, 2001
Levent Cantek: Markopaşa: Bir Mizah ve Muhalefet Efsanesi.
İletişim Yayınları, 2001
Rifat Ilgaz: Yokuş Yukarı. Adam Yayınları, 1982
Mehmet Saydur: Biz De Yaşadık: Dünden Bugüne Rifat Ilgaz.

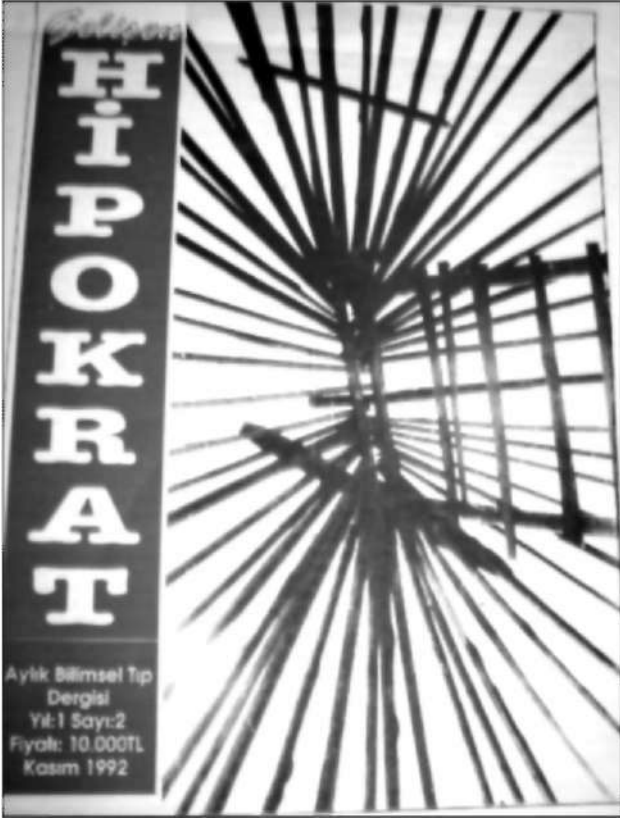
Çınar Yayınları, 2000
Jack S. Booser: Children of Hippocrates: Doctors in Nazi
Germany. The Annals of the American Academy of Political
and Social Science, Vol. 450, No. 1, 83-97 (1980)
http://tr.wikipedia.org/wiki/R%C4%B1fat_Ilgaz



Fırsat bulunca çıkan Markopaşa'nın fevkalade bir sayısı



Sultan Ahmet Cezaevinde Rifat Ilgaz'ın yattığı koğuşun camı



1992 yılında Edirne'de birkaç tıp öğrencisi tarafından birkaç sayı yayınlanan Gelişen Hipokrat



Doğduğu ev artık Rifat Ilgaz müzesi



DOST HİPOKRAT

İki bin dört yüz yıl önce bundan
Bizim Hipokrat
Genç bir hekim,
Henüz çiçeği burnunda!
Yüceltmek için hekimliği
Tek başına ant içiyordu.

Tanrılar tanrıçalar adına
Tek başına, törensiz, şölensiz:
"Girdiğim evlere..." diyordu,
"Kendi çıkarım için değil,
Hastamı düşünerek gireceğim.
İster özgür olsun, ister köle
Kadın erkek ayırmadan,
İnsan olsun yeter ki..."

"Bana hekimliği öğretenleri
Yaşamımca ana-baba bileceğim
Onlara bırakacağım gerekirse
Yarisını, tüm kazancımın!"

Yıl dört yüz seksen beş, İsa'dan önce
Ne hac var henüz, ne zekat...

"Tam yarisını" diyor, kırkta birini değil!"
Ne deve var henüz, ne deveci,
Ne uluslararası
Petrol kuyularını bekleyen
Deve sırtındaki hacı!

İki bin dört yüz yıldır
Hep aramızda Hipokrat
Bir yediğimiz ayrı gider.
Bizimle yaşar, bizimle ölür.
İçli dışlıdır yaşamla
Ölür, ölür dirilir.

Ne var ki hekimlerimiz,
Baş başa bırakırlar da bizi,
Dertlerimiz, acılarımızla
Yaşamın tadını çıkarmak için
Alıp başlarını giderler.
Onlar yaşar bizim adımıza,
Sağ olsunlar!

O geleneksel ant içmelere gelince;
Kutsal hekimlik adına
Törenlerle her yıl
Hiçbir değişme yok içilen antlarda.
Bir ellerinde kurdelalı diploma,
Ah o yeni yetmeler...

Billur kadehlerde içilen andlar...
Damlası damlasına aynı,
Dozu dozuna...
Tadsa hep aynı tad!

Hipokrat mı?
İnsanlar tümen tümen ölse de
İnsanlık öldü mü...
Varsın yaşasın aramızda
Dost Hipokrat!

Rıfat ILGAZ



Hazırlayan:
Dr. Mevlüt YAPRAK



SERVİKS KANSERİ VE ERKEN TANI

Kanser hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Henüz belirti vermeyen hastalık tarama ile erken evrelerde teşhis edilirse etkin tedavi ile mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek mümkündür.

5-15 yıllık uzun bir preinvazif döneme sahip olması, sitolojik tarama yöntemlerinin mevcudiyeti ve preinvazif lezyonların etkin şekilde tedavi edilebilmesi nedeniyle invazif serviks kanseri önlenabilir bir kanserdir. Gelişmekte olan ülkelerde halen en sık jinekolojik kanser, serviks kanseridir ve bu ülkelerde tanı anında hastaların büyük kısmında hastalık ileri evrededir, bu ise hastalığın ölümcül seyretmesine neden olmaktadır. Hastalık daha çok 35 yaşından sonra görülür.

Serviks kanseri için risk faktörleri:

Serviks kanseri gelişimi için çeşitli risk faktörleri vardır, bunların ortak özelliği serviks kanseri gelişiminde en önemli faktör olan ve esasen cinsel temasla bulaşan bir mikroorganizma olan Human Papilloma Virus'ün (HPV) bulaşmasını artıran faktörler olmasıdır. Bu risk faktörlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Erken yaşta (16 yaştan önce) ilk koitus
- Birden fazla cinsel partner varlığı
- HPV enfeksiyonu
- Sigara içimi
- Düşük sosyoekonomik düzey

HPV bir DNA virüsüdür ve 100'den fazla tipi tanımlanmıştır. Bu tipler arasında en sık görülen ve en karsinojenik olanlar tip 16 ve 18'dir. İlk

HPV enfeksiyonu ile invazif kanser arasındaki süre ortalama 15 yıldır.

Servikal Pap Smear

Pap smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonların saptanarak serviks kanserine bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması sağlanır.

Smear alınması son derece basit ve ağrısız bir işlemdir. Jinekolojik muayene esnasında vajinal spekulum takıldıktan sonra serviks görülür. Serviksin klinik görünümü ve varsa herhangi bir anormallik kaydedilir. Herhangi bir kanama olmadığından emin olunduktan sonra bir spatul veya fırça ile hücreler toplanır. Burada hem endoservikal kanaldan, hem de ektoserviksten örnek alınmalıdır. Alınan materyal üzerine yazılabilen (rodajlı) bir veya iki lam üzerine yayılır ve mümkün olduğunca kısa sürede

%95'lik alkol içeren bir kap içine konup en az 10 dakika bekleterek alınan hücrelerin lam üzerinde fikse olması sağlanır. Fiksasyonun örnek alındıktan hemen sonra yapılması ile hücresel şekillerin bozulması ve kuruması önlenir. Bu sayede değerlendirmede yapılabilecek hatalar önlenir.

Smear almak için:

- En az 48 saatlik cinsel perhiz yapılmalıdır,
- En az 24 saat süreyle vajinal duş yapılmamalıdır,
- En az 48 saat süreyle herhangi bir vajinal





medikasyon (krem ya da ilaç) kullanılmamalıdır,

- O Kanama olmamalıdır,
- O Eğer yapılmışsa asetik asitin uygulandığı kolposkopik incelemenin üzerinden en az 24 saat geçmiş olmalıdır,

Smear için en uygun zaman siklusun ortalarıdır.

Smear kalitesini etkileyen faktörler ise şunlardır:

- O Vajinal enfeksiyon-inflamasyon
- O Şiddetli genital atrofi (menopoz)
- O Gebelik, doğum sonrası dönem ve emzirme dönemi
- O Radyoterapi öyküsü

Servikal sitoloji birçok yönden ideal bir tarama testidir. Çünkü serviks kanseri premenstrüel bir dönem sonrası yıllar içinde gelişen bir hastalıktır, bu sayede belirli aralıklarla tekrarlanan testler ile yalancı-negatiflikle ilgili etkiler azalmaktadır. Ayrıca nispeten ucuz, kolay yapılabilen ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir. Tarama sayesinde preinvazif kanserlerin insidansında bir artış sağlanmıştır

Pap smear kanserin önlenmesi için geliştirilmiş tarama testleri arasında en etkili olanıdır. Tüm invazif serviks kanserlerinin %80'ine düzenli Pap smear taraması yapılmayan az gelişmiş ülkelerde tanı konmaktadır ve bu ülkelerde serviks kanseri halen en sık jinekolojik kanser olmaya devam etmektedir.

Sitolojik tarama sayesinde preinvazif evrede tanı koyulan hastalarda invazif hastalık oluşmasını engelleyecek, etkili tedavi protokolleri de mevcuttur.

Serviks kanseri tanısı konan hastaların yarısı hiç smear testi yaptırmamış, %10'u ise son 5 yıl içinde taranmamıştır.

Taramanın başlangıç ve bitiş yaşları ve tarama sıklığı:

Dünya çapında kullanılan bazı tarama programlarında servikal kanser taramasının 65-70 yaşında sonlandırılması önerilir, çünkü 65 yaşından sonra invazif serviks kanserinin insidansı azdır. İlk cinsel ilişkiye başladıktan 3 yıl sonra serviks kanseri taramasına başlanmalı, ama ilk tarama yaşı 21'i geçmemelidir. 30 yaşa kadar konvansiyonel Pap test kullanılırsa tarama her yıl yapılmalıdır. 30 yaş ve üzerinde 3 kez üstüste normal test sonucu olanlarda tarama aralığı 2-3 yıla çıkarılabilir.

Sonuç

Serviks kanseri tarama yöntemleri invazif kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yöntemlerinden biridir, risk altındaki hastaları saptayabilmek amacıyla önerilen aralarla mutlaka yapılmalıdır. Bu şekilde tarama yapılan ve anormal sonuçlar saptanan hastalarda ise önerilere uygun şekilde yapılacak ileri incelemeler sayesinde gerçekten tedavi gereken hastalar saptanıp gerekli tedavileri yapılmalıdır. Çünkü serviks kanserinin insidans ve mortalitesindeki azalma sadece taramayla değil, taramanın uygun tedaviyle birleştirilmesiyle sağlanabilir.

Bu açıdan hastalar bilgilendirilmeli, rutin jinekolojik muayenelere devam etmeleri önerilmeli ve bu rutin muayeneler sırasında serviks kanseri açısından tarama yapılması ihmal edilmemelidir. Taramanın hangi test veya testler kullanılarak yapılacağı mevcut ekonomik ve teknolojik olanaklara bağlı olarak saptanmalıdır. Ayrıca hangi sıklıkla tarama yapılırsa yapılsın yıllık jinekolojik muayenenin gerektiği hastalara mutlaka hatırlatılmalıdır.

Hazırlayan:
Dr. Hülya YOLERİ

2008 YILI İŞYERİ HEKİMLİĞİ ÜCRET TARİFESİ

İşçi Sayısı	Birim	KATSAYI: 3,476
50-74	350	1.216,60
75-99	400	1.390,40
100-124	450	1.564,20
125-149	500	1.738,00
150-174	550	1.911,80
175-199	600	2.085,60
200-224	650	2.259,40
225-249	700	2.433,20
250-274	750	2.607,00
275-299	800	2.780,80
300-324	850	2.954,60
325-349	900	3.128,40
350-374	950	3.302,20
375-399	1000	3.476,00
400-424	1050	3.649,80
425-449	1100	3.823,60
450-474	1150	3.997,40
475-499	1200	4.171,20
500-524	1250	4.345,00
525-549	1300	4.518,80
550-574	1350	4.692,60
575-599	1400	4.866,40
600-624	1450	5.040,20
625-649	1500	5.214,00
650-674	1550	5.387,80
675-699	1600	5.561,60
700-724	1650	5.735,40
725-749	1700	5.909,20
750-780	1750	6.083,00
TAM GÜN		6.083,00

50'den az işçi çalıştırılan işyerleri için;
işçi başına birim 7'dir.

İşçi başına ücret:

Ocak 2008 - Aralık 2008:	24,332
--------------------------	--------

Not: Bu ücretler net'tir.



EDİRNE TABİP ODASI

Chamber Of Medicine Of Edirne
www.edirnetabipodasi.org

Sayı : 466

Konu : 2008 yılı katsayısı hk. (2,80)

26 / 12 / 2007

EDİRNE TABİP ODASI BÖLGESİNDE 01 OCAK 2008 - 31 ARALIK 2008 TARİHLERİ ARASINDA UYGULANACAK ASGARİ MUAYENE ÜCRETLERİ MUAYENE ÜCRETLERİ

1- NORMAL İŞGÜNÜ	BİRİM	KATSAYI	TOPLAM	%8 KDV	G.TOPLAM
A-) MUAYENEHANEDE					
GÜNDÜZ	25	2,80	= 70,00	X +5,60	= 75,60YTL
GECE	37	2,80	= 103,60	X +8,288	= 111,888YTL
B-) HASTANIN BULUNDUĞU YERDE					
GÜNDÜZ	45	2,80	= 126,00	X +10,08	= 136,08YTL
GECE	65	2,80	= 182,00	X +14,56	= 196,56YTL
2-TATİL GÜNLERİNDE					
A-) MUAYENEHANEDE					
GÜNDÜZ	25	2,80	= 70,00	X +5,60	= 75,60YTL
GECE	37	2,80	= 103,60	X +8,288	= 111,888YTL
B-) HASTANIN BULUNDUĞU YERDE					
GÜNDÜZ	50	2,80	= 140,00	X +11,20	= 151,20YTL
GECE	75	2,80	= 210,00	X +16,80	= 226,80YTL
2- KONSÜLTASYON					
A-) NORMAL İŞGÜNÜ					
GÜNDÜZ	45	2,80	= 126,00	X +10,08	= 136,08YTL
GECE	65	2,80	= 182,00	X +14,56	= 196,56YTL
B-) TATİL GÜNLERİNDE					
A-) MUAYENEHANEDE					
GÜNDÜZ	50	2,80	= 140,00	X +11,20	= 151,20YTL
GECE	75	2,80	= 210,00	X +16,80	= 226,80YTL

Not: Konsültasyon hastanın bulunduğu yerde ve hastanın hekiminin lüzum görmesi ile dışardan veya aynı sağlık merkezinden başka bir hekim tarafından yapılan muayenedir. Aynı sağlık merkezinden bir hekimin (dışardan davet edilmeden yaptığı muayenenin birimi konsültasyon muayenesi olarak yazılamaz. Bu tür muayene için (1) numaralı madde geçerlidir.

1- Gündüz saat 08:00-20:00 arası, Gece saat 20:00-08:00 arası

2- Hastanın bulunduğu yere gicildiğinde taşıt gideri hastaya aittir.

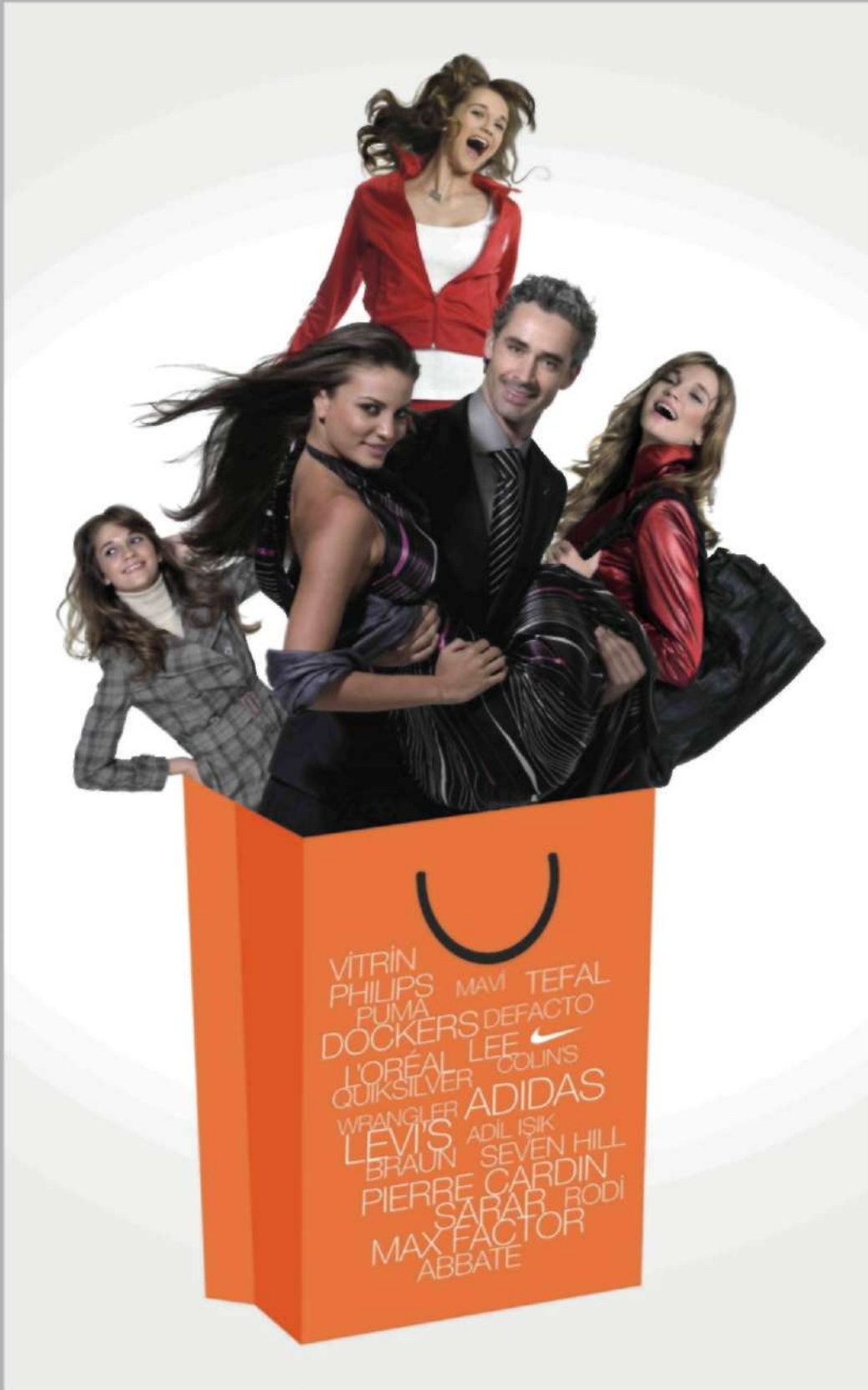
3- Muayene birimlerinde pratisyen-uzman ayrımı gözetilmemektedir.

Büro: Mithatpaşa Mah.Balıkkazan Cad. Atılg İş Merkezi K:2 No:48 - EDİRNE **Tel:** 0284 225 13 77 **Faks:** 0284 213 66 07

EDİRNE TABİP ODASI

ender

M A Ğ A Z A L A R I



Saraçlar Caddesi No.: 230 - EDİRNE
Tel.: 0284 212 95 95