



USKAF I

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu 1

Arama Konferansı Raporu

Prof. Dr. Nuh Zafer CANTÜRK

Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yayınları 1

Düzenleme Kurulu / Organisation Board

Sadettin Hülagü, KOÜ Rektörü - Cevdet Erdöl, SBÜ Rektörü - Mehmet Karaca, İTÜ Rektörü
Fahrettin Keleştimur, TÜSEB Başkanı - Nuh Zafer Cantürk, KOÜ Hastanesi Başhekimisi / SAKİD Başkanı
Bahadır M. Güllüoğlu, SENATURK Başkanı - Abut Kebudî, SENATURK Başkan Yrd.
Hatice Camgöz Akdağ, İTÜ İşletme Fakültesi

MAY 2016

14
SATURDAY

Düzenleyen / Organization



Destekleyen Üniversiteler & Kurumlar / Supporting Universities & Institutions

Kocaeli University
Kocaeli, Turkey



KÜV YAYINLARI
USKAF
ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE FORUMU

PROF. DR. NUH ZAFER CANTÜRK

Türkçe Yayım Hakları © KÜV YAYINLARI, 2017
1.Baskı, Kocaeli, Haziran 2017

Yayıma Hazırlayan: Elif UŞAR
Kapak Grafik Ve Tasarım: Mehmet Ali AYDIN
Dizgi ve Uygulama: Hakan KÜÇÜKSARAÇ

Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları (KÜV YAYINLARI)

Sertifika No: 32255

Adres: Çukurbağ Mah. İnönü Cad. Erkan Apt. D:1 K:1 No: 177/2 İzmit / Kocaeli

Telefon: 0850 885 14 41 - 0546 885 14 41

Faks: 0850 885 14 41

E-Mail: info@kouvakif.org.tr

www.kuvyayinlari.com

www.koustore.com

www.kouvakif.org.tr

ISBN: 978-605-67592-1-5



KÜV YAYINLARI



USKAF I

(ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE FORUMU I)

ARAMA KONFERANSI RAPORU

Editör : Prof. Dr. Nuh Zafer CANTÜRK





SUNUŞ



Prof. Dr. Nuh Zafer CANTÜRK
Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Başhekimi
SAKİD Başkanı
SENATURK Başkan Yardımcısı

2003 yılından itibaren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başladı ve bu çalışma ile sağlıkta çok köklü değişiklikler oldu. Bu değişikliklerle nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sağlamak için sosyal güvenlik kurumları birleştirildi, modern hastaneler yapıldı ve hastaların sağlık hizmetine ulaşmaları kolaylaştı. Bu duruma OECD'nin 2014'te yayınladığı Türkiye raporunda da işaret edilmiştir. Ancak raporda da söz edildiği gibi hala alınacak çok yol var. Bütün bu değişimi bir hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanı olarak hem öncesinde hem de sonrasında yaşayan; 25-30 yılını Türk tıbbına vermiş arkadaşlarımla tarafsız bir gözle bu sürece nasıl katkı verebiliriz diye düşündük. Ulusal Sağlıkta Kalite Forumlarını (USKAF) düzenlemeye karar verdik. Bu ilk toplantının planlanmasından düzenlenmesine kadar her aşamada benimle beraber olan SENATURK (Senoloji Akademisi) ve Sağlıkta Kalite için İnovasyon Derneğinde ki (SAKİD) yol arkadaşlarım Prof. Dr. Bahadır GÜLLÜOĞLU, Prof. Dr. Abut KEBUDİ ve Doç. Dr. Hatice CAMGÖZ AKDAĞ'ın desteklerinin ve katkılarının altını çizmem gerekiyor. Arkadaşlarımızla ziyaret ettiğimiz Rektörümüz Prof. Dr. Sadettin HÜLAGÜ ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü Cevdet ERDÖL hocalarımızın cesaretlendirici yaklaşımları ile projeye start verdik.

Bu forumdaki amacımız kalite dediğimizde genelde anlaşılan fiziki kaliteden çok hizmet sunumu yanında alınan hizmetin hekim gözüyle kalitesini sorgulamak, dokümente etmek ve çözüm önerileri çıkartmaktır. Tırnak içinde söylüyorum. Sağlık harcamaları bir taraftan artıyor; kar marjları azalıyor. Hasta memnuniyeti ve doktor memnuniyeti ile ilgili halen soru işaretleri mevcut. Bu amaçla hastalar için en doğru olanı gerçekleştirmek; kalıcı ve sürdürülebilir sağlık hizmetini oluşturabilmek; sürdürülebilir sağlık sistemini yaratabilmek için çabalar yoğun bir şekilde devam ediyor; fakat bu çabalara rağmen "low or no value care" dediğimiz düşük değerli sağlık hizmeti kavramı gereksiz tetkiklerle, gereksiz yapılan takiplerle, gereksiz tarama programları ile ve kullanılan gereksiz tedavi ilaç uygulama ve cerrahi girişimlerle halen sorun olarak karşımızda duruyor.

Bu forum ile sorunu tespit etmeye çalıştık ve bundan sonraki forumlarda ise çözüm önerilerini tartışacağız. Sağlıkta bu devasa dönüşümde çorbaya bir tutam tuzda biz koyabilirsek mutlu olacağız. Bu USKAF'ın düzenlenmesinde emeği geçen herkes adına sizi selamlıyorum.

Saygılarımla.



SUNUŞ



Prof. Dr. Sadettin HÜLAGÜ
Kocaeli Üniversitesi Rektörü

Sağlık hizmetleri son 15 yıl içerisinde öncelikli önem verilen konuların başında gelmiştir. Bu dönemde ülke olarak sağlıkta büyük ilerlemeler kaydettik. Büyük işler başarılı. Devasa bir dönüşüm gerçekleştirildi. Dünyada ender görülen hız ve düzeyde sağlık göstergeleri iyileştirilerek bir başarı örneği sergilendi. Böyle bir gelişme ile her engeli aşabileceğimizi her hedefe ulaşabileceğimizi gösterdik.

Bu konuda Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde öğretim üyelerinden araştırma görevlisine hemşiresinden temizlik görevlisine bu şuurla hizmet vermeye çalışıyoruz. Bu arada kurumumuzda hastane de verimliliğin artırılması doğrultusunda bilimsel çalışmalar yaparken diğer taraftan sağlıkta kalite forumlarının düzenlenmesine öncülük etmenin haklı onurunu yaşıyoruz. Ülkemizde sağlıkta çok iyi bir noktaya gelmişken konuşmamız gereken konu hem çalışan hem de hasta için memnuniyeti artıracak şekilde kaliteyi nasıl daha da ileriye taşıyabiliriz olmalıdır.

Bu toplantıda çok önemli konular olan yoğun bakım, diyabet, kanser ve kardiyolojik hastalıklarda verilen hizmetler etkinlik, güvenlik, eşitlik, maliyet etkinlik, hasta merkezlilik ve zamanında hizmet gibi 6 kalite parametresi üzerinden tartışıldı tespitler yapıldı. Önümüzdeki dönemde İTÜ ve Sağlık Bilimleri Üniversite'lerinde düzenlenecek olan USKAF II ve USKAF III toplantıları ile bunlara çözüm önerileri çıkarılacaktır. Bunların milletimize daha iyi hizmet verilmesine vesile olmasını diliyorum. Bu konuda çalışmalara katılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve İTÜ Rektörlüklerine teşekkür ediyorum. Bu konuda bir ilke örnek atılmasına vesile olan hastanemiz Başhekimliğine, SAKİD ve SENATURK yöneticilerine başarılar diliyorum.



İÇİNDEKİLER

KONU	SAYFA
USKAF I'in Amacı	1
Düzenleme Kurulu	2
Konuşmacı ve Panelistler	3
Program	4
Açılış Konuşmaları	5
Nuh Zafer CANTÜRK	5
Fethi ÇALIŞIR	11
Cevdet ERDÖL	12
Sadettin HÜLAGÜ	14
Oturum 1	15
Panel 1	16
Panel Çıktıları	26
Özel Konferans David RIEMER	28
Oturum 2	37
Konferans: Metin ÇAKMAKÇI	38
Konferans: Mosad ZINELDIN - Valentina VASCIHEVA	40
Panel 2	45
Panel Çıktıları	56
Oturum 3	58
Konferans: Abut KEBUDİ-Dilek ÖZDEMİR	59
Konferans: Gökhan AKBULUT	66
Panel 3	72
Panel Çıktıları	84
Oturum 4	85
Konferans: Hatice CAMGÖZ AKDAĞ	86
Konferans: Kadir DOĞRUER	90
Panel 4	100
Panel Çıktıları	104
Sonuç ve Değerlendirme	106

ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE FORUMU AMAÇ

Bu forumun düzenlenmesinin amacı :

- Sunulan sağlık hizmetleri için yeterli düzeyde kalite sonuçlarının toplanması ve duyurulması, hizmetin kalitesinin yükseltilmesi,
- Sağlık çıktılarına göre standartların geliştirilmesi,
- Hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale getirilmesi,
- Hizmetlerde ve yönetimde koordinasyon ve uyum oluşturulması,
- Sağlık kalitesi üzerine veri sistemlerinin oluşturulması, var olanların geliştirilmesi,
- Sürekli profesyonel eğitim ve gelişmeye yönelik ihtiyaçlar için standartların belirlenmesi ve kılavuzların yazılmasıdır.

Bu amaç ve hedeflere ulaşmak için Eğitim / "Brainstorming" / "Forcastorming" / "Headhunting" / Proje Geliştirme / Analiz & Tartışma gibi araçlar kullanılacaktır.

USKAF, uç farklı konferans ile amaçlarına ulaşmayı hedeflemektedir:

1. Toplantı:

Terminoloji ve Veri Toplama 14 Mayıs 2016

2. Toplantı:

Sağlık Endustrisi 4.0 18 Nisan 2017

3. Toplantı:

Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme 10 Aralık 2017

HealthQualIstanbul 2018 ise bu süreçlerin sonunda nihai hedef toplantı olarak gerçekleştirilecektir.



DÜZENLEME KURULU



Sadettin HÜLAGÜ

**Kocaeli
Üniversitesi
Rektörü**



Cevdet ERDÖL

**Sağlık Bilimleri
Üniversitesi
Rektörü**



Mehmet KARACA

**İstanbul Teknik
Üniversitesi
Rektörü**



Fahrettin KELEŞTEMUR

TUSEB Başkanı



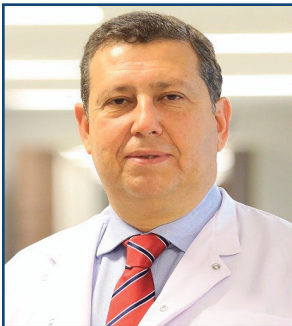
Nuh Zafer CANTÜRK

**Kocaeli Üniversitesi
Hastanesi Başhekimisi
SAKİD Başkanı**



Bahadır M. GÜLLÜOĞLU

SENATURK Başkanı



Abut KEBUDİ

**SENATURK
Başkan Yrd.**



Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

**İTÜ İşletme Fakültesi
Öğretim Üyesi**

KONUŞMACI ve PANELİŐTLER

Sadettin HÜLAGÜ, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Rektörü

Cevdet ERDÖL , Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

Fethi ÇALIŞIR , Prof. Dr. İTÜ İşletme Fakültesi Dekanı

Nuh Zafer CANTÜRK, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi/SAKİD Başkanı

Metin ÇAKMAKÇI, Prof. Dr. Anadolu Sağlık Merkezi

Mustafa BERKTAŞ Prof. Dr. TUSEB Başkan Yardımcısı

Hasan AYDINLIK, Dr. Kocaeli İli Kamu Hastaneleri eski Genel Sekreteri/ Kocaeli Büyük Şehir Genel Sekreter Yrd.

Şenol ERGÜNEY, Op. Dr. Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreteri

Hasan Salih SAĞLAM, Prof. Dr. Sakarya İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreteri

Nurhan İNCE

Vahit ÖZMEN, Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. Öğretim Üyesi

Bahadır M. GÜLLÜOĞLU, Prof. Dr. SENATURK Başkanı/Marmara Üniversitesi Tıp Fak. Öğretim Üyesi

David RIEMER, Prof. Dr. Berkeley Üniversitesi Öğretim Üyesi/Yahoo Eski Başkan Yard.

Ercüment ÇİFTÇİ, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Mosad ZINELDİN, Prof. Dr. Linnaeus Üniversitesi Öğretim Üyesi, İsveç

Valentine VASICHEVA, Dr. Linnaeus Üniversitesi Öğretim Üyesi, İsveç

İlhan SATMAN, Prof.Dr. İstanbul Üniv.İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi/TEMĐ Diyabet Grubu Başkanı

Rejin KEBUDİ, Prof.Dr. İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Dilek URAL, Prof. Dr. Koç Üniv. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Zehra Nur BAYKARA, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Devrim ÇABUK, Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim Üyesi

Abut KEBUDİ, Prof. Dr. SENATURK Başkan Yardımcısı/Okan Üniv. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Gökhan AKBULUT, Prof. Dr. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi

Kadir DOĞRUER, Yrd. Doç. Dr. Avrasya Hospital Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı

Nurullah ZENGİN, Prof. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi ve Yöneticisi

Mehmet SARGIN, Prof. Dr. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Öğretim Üyesi

Hatice CAMGÖZ AKDAĞ, Doç. Dr. İTÜ İşletme Fakültesi Öğretim Üyesi

Görkem AKSU, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Başhekim Yrd.

Nihat Zafer UTKAN, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu National Health Quality Forum

PROGRAM / PROGRAMME

08:30 AÇILIŞ / OPENING

N. Zafer Cantürk / Başhekim - Kocaeli Üniversitesi AUH (CEO - Kocaeli University Hospital),
Mehmet Karaca / Rektör - İstanbul Teknik Üniversitesi (Rector - Istanbul Technical University),
Sadettin Hülagü / Rektör - Kocaeli Üniversitesi (Rector; Kocaeli University),
Cevdet Erdöl / Rektör - İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Rector; Istanbul Health Sciences University),
Fahrettin Keleştimur / TÜSEB Başkanı (President; Turkish Institute of Health)

OTURUM I / SESSION I

09:00 PANEL: Türkiye'de Mevcut Durum: OECD Raporu Ne Söylüyor? / Current Status in Turkey: What OECD Report Says?

Moderator: Metin Çakmakçı / Ercüment Çiftçi

Panelistler: Mustafa Berktaş, Şenol Ergüney, Hasan Salih Sağlam, Nurhan İnce, Vahit Ozmen, Cengiz Konuksal, Hasan Aydınlik

OTURUM II / SESSION II

10:30 ONURSAL KONFERANS / HONORARY CONFERENCE

Oturum Başkanı / Chair: Bahadır M. Güllüoğlu

Problemi Tanımlama, Problemi Çözme / Problem-defining, problem-solving

Onursal Konuşmacı / Honorary Speaker

David Riemer (Kurucu: Box Out Industries, Yahoo Eski Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı / Founder: Box Out Industries, Former VP., Yahoo.)

11:15 Coffee Break

OTURUM III / SESSION III

PANEL : Sağlık Hizmetleri Etki Alanları Perspektifinde Alanın Gerçek Sorunlarına Odaklanmak I / Focusing on Authentic Problems from Perspectives of Health-Care Domains I

Chair/Moderator: Zafer Cantürk / Nazım Mutlu

11:30 İlkesel Sunu: Hasta Güvenliği / Key-note Lecture: "Safety" Metin Çakmakçı

11:45 İlkesel Sunu: Tedavi Etkinliği / Key-note Lecture: "Efficacy" Mosad Zineldin

12:00 Genişletilmiş Panel / Extended Panel

Panelistler: Devrim Çabuk, Rejin Kebudi, Kamil Toker, Dilek Ural, İlhan Satman, Metin Çakmakçı

13:00 Lunch

OTURUM IV / SESSION IV

PANEL : Sağlık Hizmetleri Etki Alanları Perspektifinde Alanın Gerçek Sorunlarına Odaklanmak II / Focusing on Authentic Problems from Perspectives of Health-Care Domains II

Chair/ Moderator: Cem Yılmaz / Mürsel Durmaz

14:00 İlkesel Sunu: Hizmete Ulaşabilirlikte Eşitlik / Key-note Lecture: "Equity" Abut Kebudi & Dilek Özdemir Güngör

14:15 İlkesel Sunu: Zamanında Tedavi / Key-note Lecture: "Timeliness" Gökhan Akbulut

14:30 Genişletilmiş Panel / Extended Panel

Panelistler: Şükrü Hatun, Kadir Doğruer, Gökhan Akbulut, Nurullah Zengin, Mehmet Sargın, Abut Kebudi, Nurullah Zengin

15:30 Coffee Break

OTURUM V / SESSION V

PANEL : Sağlık Hizmetleri Etki Alanları Perspektifinde Alanın Gerçek Sorunlarına Odaklanmak III / Focusing on Authentic Problems from Perspectives of Health-Care Domains III

Chair/Moderator: Hatice Camgöz Akdağ / Fethi Çalısır

15:45 İlkesel Sunu: Hasta Merkezli Hizmet / Key-note Lecture: "Patient-centeredness" Valentina Vasicheva

16:00 İlkesel Sunu: Maliyet-etkinlik / Key-note Lecture: "Cost-effectiveness" Kadir Doğruer

16:15 Genişletilmiş Panel / Extended Panel

Panelistler: Cüneyt Tuğrul, Görkem Aksu, Zafer Utkan, Dilek Ural, Gökhan Akbulut, Kadir Doğruer, Mosad Zineldin

17:15 Kapanış / Adjourn

DANIŞMA KURULU ADVISORY BOARD

Gökhan Akbulut - Hatice Camgöz Akdağ - Mehmet Aliustaoğlu - Rifat Atun - Muhsin Bayık - Mustafa Berktaş - Erhan Bulutçu - N. Zafer Cantürk
Oğuz Caymaz - Fethi Çalısır - Metin Çakmakçı - İrfan Çiçin - Ercüment Çiftçi - Francesca Colombo - Faysal Dane - Oğuzhan Deyneli - Kadir Doğruer
Cevdet Erdöl - Rauf Gönenç - Bahadır M. Güllüoğlu - Sadettin Hülagü - Nurhan İnce - Mehmet Karaca - Abut Kebudi - Fahrettin Keleştimur
Rejin Kebudi - Zafer Utkan - Cem Yılmaz - Selim Zaim - Nurullah Zengin



Organizasyon Sekreteryası / Organization Secretariat

etikfekt

Esentepe Mah. Gazeteciler Sit. Yazsarlar Sok.
Karaca Apt. No:19 D:5 Şişli-İstanbul
www.etikfekt.com
Tel: +90 (212) 272 70 61
Faks: +90 (212) 272 70 63

AÇILIŞ

SUNUCU

Sayın Rektörlerim,

Sayın Sağlık Müdürüm,

Sayın Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlerim, Sayın Başhekimlerim,

Sayın Dekanlarım,

Değerli Hocalarım,

Sağlık çalışanlarımız ve misafirlerimiz;

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumumuza hoş geldiniz. Kocaeli Milletvekili İlyas Şeker Bey katılamadıklarından dolayı telgraf gönderdiler. Onu okuyorum. “Düzenlemiş olduğunuz Ulusal Sağlıkta Kalite Forumuna çok arzu etmeme rağmen katılamıyorum. Davetiniz için teşekkür eder, şahsınızda katılan tüm konuklarımıza selam ve saygılarımı sunarım. Kocaeli Milletvekili İlyas ŞEKER”. Önümüzdeki yıllarda yapılacak olan Uluslararası 1. Health Qualit İstanbul Toplantısı öncesi ön çalışma olarak planlanan Ulusal Sağlıkta Kalite Forumlarından ilki Kocaeli Üniversitesi öncülüğünde yapılıyor. Toplantıda Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) Türkiye raporu ile diyabet, kanser, kalp hastalıkları ve yoğun bakım konuları etkinlik, güvenlik, eşitlik, maliyet etkinlik, hasta merkezlilik ve zamanında hizmet gibi altı kalite parametresi üzerinden panellerde tartışılacaktır. Sizleri şimdi başta büyük önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk ve şehitlerimizin anısına bir dakikalık saygı duruşu ve ardından İstiklal Marşı’mızı okumaya davet ediyorum.

Panel açış konuşmalarını yapmak üzere Kocaeli Üniversite Hastanesi Başhekimi ve Sağlıkta Kalite için İnovasyon Derneği Başkanı Prof. Dr. Zafer Cantürk hocamı davet ediyorum.

Nuh Zafer CANTÜRK

Sayın Rektörüm,

Sayın Rektörlerim,

Sayın Misafirlerimiz,

Sayın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterleri,

Kocaeli'nin Sayın Eski Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri ve Büyükşehir Belediye'si Sağlıkta Sorumlu Genel Sekreter Yardımcısı Hasan Bey,

Rektör Yardımcımız Ercüment Bey, Değerli Öğrenciler ve Meslektaşlarım,

Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Uzun bir zamandır çalıştığımız bir organizasyonu gerçekleştirmenin mutluluğunu yaşıyorum. Hepinizi burada görmekten büyük onur duyduğumu belirtmek istiyorum.



SAĞLIKTA KALİTE

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

2002-2013

- Sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşım
- Daha kapsayıcı sağlık sigorta sistemi
 - Sağlık aktivitelerinde artış

OECD Reviews of Health Care Quality TURKEY, 2013

SAĞLIKTA KALİTE

GÜNCEL DURUM

- Yetersiz düzeyde kalite sonuçlarının toplanması ve duyurulması
 - Düşük sağlık hizmeti kalitesi
 - Sağlık çıktılarına göre standartların geliştirilmemesi
- Hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale gelmemiş olması
 - Koordinasyon ve entegrasyon yokluğu
- Sağlık kalitesi üzerine veri sistemlerinin hala oluşturulmamış olması
 - Sürekli profesyonel eğitim ve gelişmeye yönelik ihtiyaçlar için standartların ve kılavuzların olmaması

OECD Reviews of Health Care Quality TURKEY, 2013

SAĞLIKTA KALİTE

- Sağlık harcamaları artıyor!!!

- Kar marjları azalıyor.

- Hasta memnuniyeti???

(çok / gereksiz tetkik, bekleme süresi, etkisiz tedavi, masraf paylaşımı)

- Doktor memnuniyeti???

(Hasta yükü, hukuki problemler, düşük kazanç değeri)

SAĞLIKTA KALİTE

HEDEF

Hastalar İçin En Doğru Olanı Yapmak!!!

Kalıcı / Sürdürülebilir Sağlık

Değerli konuklarımız, bildiğiniz gibi 2002-2013 yılları arasında sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmek, daha kapsayıcı bir sağlık sigortası sistemi oluşturabilmek ve aktivitelerini artırmak amacı ile sağlıkta dönüşüm programı gerçekleştirildi.

Fakat güncel durumda hala bir takım eksiklerimizin olduğunu biliyoruz, görüyoruz. Yetersiz düzeyde kalite, düşük sağlık hizmeti kalitesi zaman zaman karşımıza çıkıyor. Standartların geliştirilememesi, hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale gelmemiş olması, koordinasyon ve entegrasyonla ilgili eksiklikler, veri sistemlerinin hala oluşturulamamış olması ve sağlık kılavuzlarının, standartların geliştirilmesi çabasının olmasına rağmen halen bu noktada yeterli ilerlemenin kaydedilmemiş olması güncel durumu oluşturuyor. Onun için sağlıkta kalite kavramı önem arz ediyor.

Sağlık harcamaları bir taraftan artıyor; kar marjları azalıyor. Tırnak içinde söylüyorum. Hasta memnuniyeti ve doktor memnuniyeti ile ilgili halen soru işaretleri mevcut.

Bu amaçla hastalar için en doğru olanı gerçekleştirmek; kalıcı ve sürdürülebilir sağlık hizmetini oluşturabilmek; sürdürülebilir sağlık sistemini yaratabilmek için çabalar yoğun bir şekilde devam ediyor; fakat bu çabalara rağmen "low or no value care" dediğimiz düşük değerli sağlık hizmeti kavramı gereksiz tetkiklerle, gereksiz yapılan takiplerle, gereksiz tarama programları ile ve kullanılan gereksiz tedavi ilaç uygulama ve cerrahi girişimlerle halen sorun olarak karşımızda duruyor. Bu kavramı, bu kavramları daha iyiye dönüştürebilmek için, sağlıkta kaliteyi artırabilmek için girdileri artırmak gerekiyor.

SAĞLIKTA KALİTE

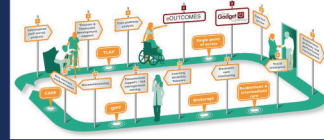
Düşük Değerli Sağlık Hizmeti
"Low (No)-value care"

- Gereksiz tetkik
- Gereksiz takip
- Gereksiz tarama
- Gereksiz tedavi; ilaç / uygulama / cerrahi

SAĞLIKTA KALİTE

HASTA MEMNUNİYETİ
Neye Bağlı?

«Hasta Bakım Yolu»
(Patient Care Pathway)



-İyileştirmeler

SAĞLIKTA KALİTE

Girdinin (Gelir) Artması

- Birim hizmet ücretinin ↑
- Hasta talebi (sayısı) ↑
 - Endikasyon genişlemesi
 - Kurum çekiciliğinin artması = Kaliteli hizmet

Masraf (Gider) Azaltılması

- Personel distribüsyonu / delegasyonu / etkinliği / verimliliği
- Gereksiz tetkik / tedavi ↓
- Tıbbi hata ↓

SAĞLIKTA KALİTE

YOL HARİTASI

- İhtiyaçların belirlenmesi
- Hizmete ulaşım ve hizmet kapsamının artırılması
- Standartların belirlenmesi
 - Eğitim
 - Uygulama
- Kontrol / Ölçme / Karşılaştırma
 - Revizyon



Bunun için birim hizmet ücretinin artırılması, hasta talep sayısını artırmak, endikasyonları genişletmek gerekebilir. Bunlar kaliteyi olumsuz etkileyen faktörler olup, tıbbi hataları azaltarak kaliteyi yükseltmek, gereksiz tetkik ve tedavi sayısını azaltmak dolayısıyla bir takım işlerin delegasyonunu sağlamak verimliliği artırır. Bu sayede de masrafları azaltmak ülkemizde sağlık harcamaları ile ilgili karşılaşılan problemlerle birlikte kalitenin de iyileşmesine imkân sağlayacaktır.

Hasta memnuniyeti iyi bir hasta bakım yolu oluşturabilmek sureti ile gerçekleştirilebilir. Bunun için çalışmalar söz konusudur. Bu anlamda hastanemizde de daha iyi işler yapabilmek için Yalın Hastane kavramı üzerinde İstanbul Teknik Üniversitesi ile birlikte altı tane proje yürütüyoruz. Hastalara daha iyi hizmet verebilmek açısından polikliniklerde, radyoloji departmanında ve laboratuvarlar da yalın hizmet kavramını uygulamak için gayret içerisindeyiz. İstan-

bul Teknik Üniversitesi'nden arkadaşlarıma bu konuda destekleri için teşekkür ediyorum. Bizim bu forumlarla hedefimiz iyi durum tespiti gerçekleştirmek ve bir takım planlamalar yaparak stratejileri oluşturmak. Benchmarking sistemini ve auditing sistemini tartışmak; sonuç itibarıyla yetkin bir sağlık çalışma sistemi oluşturulması, sürekliliği sağlanmış efektif entegre durumların nasıl oluşturulacağını belirlemek ve rasyonel fikir liderlerinin bulunmasının sağlanması bu aktivitelerimizin asıl amacının oluşturmaktadır. Bu amaçla bu toplantılarda Ulusal Sağlıkta Kalite Forumları kısaltılmış ismi ile USKAF aracılığı ile ihtiyaçların belirlenmesi, hizmete ulaşım ile hizmet kapsamının nasıl artırılacağını tartışılması, standartların belirlenmesi için neler yapılması gerektiğini tartışmak, eğitim, uygulama kontrol, ölçme, tartışma ve sonuç itibarıyla bir takım revizyonların yapılmasına yol açmak istiyoruz.



Biz bu işe birkaç arkadaşla başladık. SENATURK'ü (Meme Bilimleri Akademisi-Senoloji Akademisini) kurduk. Bu bizim web sayfamızdan bir görüntü. 2010 yılında Duesseldorf'ta Avrupa'nın önde gelen meme cerrahları ile yaptığımız bir imza ("letter of intent") töreninden sonra 2011 yılında SENATURK'ü kurduk. SENATURK'ün içerisindeki arkadaşlarımızla SENATURK kuruluşunda sadece memeyi değil de sağlıkta kalite konusunu da irdeleyeceğimizi, akreditasyon ve sertifikasyon kavramlarıyla ilgili çalışacağımızı da misyonlarımız arasına yerleştirmiştik. Bu arkadaşlarımıza ilave olarak daha sonra aramıza İstanbul Teknik Üniversite'sinden Hatice Hanım kaliteci olarak katıldı ve SENATURK ekibi kalite konusunda da aktivite göstermeye başladı. Konuyu ben aslında üniversite hastaneleri sağlıkta kalite kongresi düzenleme fikriyle başlamıştım; fakat arkadaşlarım Bahadır Güllüoğlu ve Abud Kebudi bunu genel anlamda sağlık

kalitesi toplantısına çevirelim önerisinde bulundu. Bunun üzerine işin boyutunu genişleterek rektör hocamıza bu durumu takdim ettik. O da bize gerçekten çok pozitif yaklaştı ve tüm desteğinin bizimle olduğunu söyledi. Hepinizin huzurunda ben şahsına bir kez daha teşekkür ediyorum. Bizi Cevdet Hocamızla rektör hocamız buluşturdu. Çünkü bu işi ulusal bir şeye çevirebilmemiz için başka paydaşlara da ihtiyacımız vardı; Cevdet Hocamın sağlık alanında ülkemizde önemli sağlık kararlarının altında imzasının olduğunu biliyoruz. Bizi kabul etti ve destekleme yolunda bize gerçekten cesaret verdi, bize güç verdi. Biraz sonra da söyleyeceğim gibi bundan sonraki toplantılardan bir tanesini de Sağlık Bilimleri Üniversite'sinde birlikte yapacağız. Daha sonra da Fahrettin Keleştimur Hoca'yı da Cevdet Hocam bize önerdi ve Fahrettin Keleştimur Hoca ile de TUSEB başkanı olarak bir başka vesile ile geldiği Kocaeli'nde bir araya geldik;

HEALTH QUALİTİSTANBUL 2017

SAĞLIKTA KALİTE İÇİN İNOVASYON DERNEĞİ
(SAKİD)

AMAÇ

Toplumda genel mutluluk durumunu yükseltecek sağlık ile ilişkili tüm konularda doğa ile barışık, değere dayalı, yerel koşullara uygun yeni kalite ve mükemmeliyet sistem formülleri geliştirecek ortamı ve networku oluşturmak, geliştirilen formülleri/projeleri katma değerli üretime geçirecek girişimciliği destekleyecek araçları sağlamak.

HEALTH QUALİTİSTANBUL 2017

ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE FORUMU (USKAF)
ARAMA KONFERANSLARI

1. Toplantı:

Terminoloji ve Veri Toplama
(Hangi veri?; Veri toplama projeleri geliştirme)
14 Mayıs 2016 - KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

2. Toplantı:

Sağlık Endüstrisi 4.0
18 Nisan 2017 - İTÜ

3. Toplantı:

Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme
10 Aralık 2017 - SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HEALTH QUALİTİSTANBUL 2017

HEDEF HASTALIK / SİSTEMLER

- Meme Kanseri
- Diyabet
- Kronik Kalp Hastalıkları
- Yoğun Bakım

QUALITYST Health 2017	
"The Conference for Quality & Excellence in Healthcare"	
THE PROGRAMME	
Day 1	
9:00-10:00 BREAKFAST: "Perspective of quality in healthcare"	
Chair/Moderator:	
08:30	Patient safety
	Speaker: Alun Bevan
08:30	Treatment efficacy
	Speaker: Justin Vase
08:30	Patient experience / Patient-based outcome
	Speaker:
08:30	Panel Discussion
	Panelists:
10:00-10:30	Coffee Break
10:30-11:00 KEYNOTE LECTURES:	
10:30	Using "Lean" principles in healthcare
	Chair:
	Speaker: John Toussaint
11:15	Evolution of Care: Structure, Process and Outcomes
	Chair:
	Speaker: Stephen B. Sage
12:00-12:30	Panel: Building leadership for patient safety, quality and good clinical practice
	Moderator: Alun Bevan
	Panelists:

durumu anlattık. O da bizimle birlikte olma kararını teyit etti ve arkamızda olduğunu söyledi. Bu bizi cesaretlendirdi ve bugün ki noktaya geldik. Bu işi yapabilmek için bir dernek kurmak gerekiyordu. Sağlıkta Kalite için İnovasyon Derneği'ni (SAKİD) kurduk ve yaklaşık üç ay kadar oldu.

Böyle bir organizasyonda, böyle bir derneğin Marmara Kalkınma Ajansı (MARKA) gibi bir ajandan destek alması için üç aydan önce kurulması gerekiyordu. Biz derneği yeni kurduğumuz için rektör beyden rica ettik ve KOU Vakfı'nın öncülüğünde MARKA'dan proje desteği aldık. Bu toplantıların ilkinin burada KOU'de yapıyoruz. Bundan sonraki toplantılardan ikincisi 18 Nisan 2017'de İstanbul Teknik Üniversite'sinde gerçekleştirilecektir. Üçüncüsünü de 2017 sonbaharında Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin ev sahip-

liğinde gerçekleştirilecek. Ben bu forumların neticesinde asıl hedefimizin bir marka olmasını arzu ettiğimiz Health Qualitİstanbul'u size takdim etmek istiyorum. Önümüzdeki yıllarda gerçekleştirebilmeyi planladığımız Health Qualitİstanbul'un amacı uluslararası ortakları da buraya davet edip ülkemizin sorunları ile uluslararası sağlık çıktılarının karşılaştırılmasına imkân vermek ve yeni görüşlerin gelişmesi için imkân sağlamak. Bunun için uzunca bir yolumuz var. Bu çok kolay bir toplantı değil; çünkü organizasyon çok maliyetli bir şey olacak. Bu konuda hocalarımızın desteğine ciddi olarak ihtiyaç olacak. Ben şimdiden destekleri için teşekkürlerimi sunuyorum. Bu toplantılarda diğer kalite toplantılarından farklı olarak fiziksel kaliteden değil de belli hastalık başlıkları üzerinde tartışalım istedik.



- Bunlardan bir tanesi de kanserdir. Biz meme hastalıkları ile ilgilendiğimiz için meme kanseri yazdık ama bütün kanser türlerinin üzerinde tartışacağız.
- Diyabet diğer önemli bir sağlık problemi. Diyabet ile ilgili kalite konusunda tartışacağız.
- Kalp Hastalıkları ile ilgili tartışmada yapacağız.
- Kronik hastalıklar önemli bir problem ve bildiğiniz gibi yoğun bakımlar ülkemiz de sağlıkla ilgili en önemli ve bizlere, yöneticilere ulaşan sorunlardan bir tanesidir. Yoğun bakım ile ilgili problemler ve yoğun bakımların kaliteleri ile ilgili tartışacağız.

Bu slaytta daha sonrası için planladığımız Health Qualit İstanbul'la ilgili olası programı görüyorsunuz. Ben konuşmamı burada sonlandıracağım ama Marmara Kalkınma Ajansı'na ve bize verdiği destek için ajansın genel sekreteri Mustafa Ayhan'a ve KOU Vakfına ve genç vakıf sekreterimiz Emre Bey'e ve Sayın Valimize - kendisi dün çok yoğun bir gün olduğu için burada bulanamıyor hepimize sevgi ve muhabbetlerini iletiyor- Bizi baştan beri bu konuda destekledi. Ona da huzurunuzda şükranlarımı sunuyor, hepimizi saygıyla selamlıyorum. Daha sonra oturumlarda yine birlikte olacağız.

Sunucu

İstanbul Teknik Üniversitesi Rektörü adına İşletme Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Fethi Çalışır buyurun lütfen.

Fethi ÇALIŞIR

Sayın rektörlerim, değerli katılımcılar organizatörler hepimiz bu organizasyona hoş geldiniz. Açıkçası dün buraya İstanbul'dan gelirken rektör beyin de geleceğini düşünüyorduk. O şekilde bilgilendirilmiştik; fakat akşam yemeği sırasında kendisinden aldığımız bir telefonla gelemeyeceğini belirtti. Onun için de görev bize düştü. Biraz yedekteki futbolcunun oyuna girdiği mutluluğu yaşayarak; bu konuşmayı yaptığımı belirtmek isterim. Şimdi tabi İTÜ Rektörü adına buradayız. Ama konu açısından bakıldığında bu alanda çalışması olan bir öğretim üyesi olarak konuşmayı tercih edeceğim. Onun içinde gördüğünüz gibi herhangi bir hazır konuşmayı kullanmıyorum; okumuyorum. İrticalen konuşmayı da seven birisi olduğum için sizi fazla sıkmadan mümkün olan en kısa sürede konuşmamı bitirmeye çalışacağım. Şimdi tabi sağlık biz mühendisler için esasında uzak bir konudur. Ben endüstri mühendisi öğretim üyesiyim. Biz konuştuğumuz zaman herkes bizi üretim sektörüyle ilişkilendirir. Son senelerde tabi hizmet sektörüne de girmeye başladık. Fakat endüstri mühendisleri olarak olması gereken noktada değiliz. Bir kere bunun değişmesi lazım. Kendi kardeşimde bir tıp doktoru ve radyoloji profesörü. En çok üzüldüğüm konuda çok değerli doktorları, biz ülkemizde hastanenin yöneticileri yapıyoruz. (Dediğim gibi sadece kardeşim değil esasında kuzenlerimin büyük bir bölümü yani sülaleye baktığımda yarı yarıya mühendis ve doktor olarak dağılmış gibi gözüküyoruz). Hiçbir yöneticilik formasyonları olmuyor; dolayısıyla kendilerinde olmayan bir takım şeyleri istemek zorunda bırakıyoruz. Tabi bunun neticesinde de istenen performans maalesef gerçekleşmiyor. Tabi sağlık sektörü diğer sektörlerden oldukça farklı bir sektördür. Hep hasta odaklı sistem diyoruz; hastayı merkeze koymamız lazım diyoruz ve esasında sistemin kendisi bu şekilde yani üretim sektöründen bahsettiğimizde malzemeyle, bir parçayla uğraşırınız. Ama sağlık sistemlerinin girdisi

hasta, neticede insan. Bunu bizim dönüştürmemiz lazım. Sağlıklı bir bireye dönüştürmemiz lazım; bunu nasıl yapıyoruz? Süreçlerle yapıyoruz. İşte bu süreçlerin kalitesini arttırmak durumundayız. Yapılan birçok çalışma var. Benim de şahsen birkaç çalışmam var. Hasta memnuniyetine en çok etki eden faktör kalite, hizmet kalitesi ve verimlilik. Zafer Hocam biraz beni ofsaytta bıraktı. Açıkçası verimlilik nedir? Biraz onlardan da bahsedeyim istiyordum; ama gayet güzel açıkladı. Dedi ki işte çıktıyı arttırmamız ve girdiyi azaltmamız lazım. Evet, doğru; ama merkezde insan olunca fedakarlıkları yaparken dikkatli olmamız lazım. Şunu biliyorum ben; uzun süre Amerika'da yaşamış; gerek Amerika'daki üniversitelerde gerekse özel sektörde çalışmış birisi olarak bunu rahatlıkla söyleyebilirim. Bu yalnızca mühendislerin, yalnızca doktorların değil beraberce çalışarak yapabilecekleri bir şey. Kimlerin çalışması lazım? Bana sorarsanız bu ekiplerin içerisinde sosyologların, bu ekiplerin içerisinde psikologların, etimoloji bilimi ile ilgili kişilerin yani insanı farklı boyutlarıyla anlamaya çalışan dallardaki uzmanların beraberce çalışması gerekiyor. Biz bu noktada yine Zafer Hocam İTÜ ile bu organizasyonu yapan Kocaeli Üniversite'sinin beraber çalıştıklarını az önce bahsetti. Ama bana sorarsanız bu yeterli değil. Altı projeye sınırlı kalmamalı, en azından üç haneli rakamlara ulaşılması gerektiğini düşünüyorum ve sadece İTÜ olmamalıdır. Bu bağlamda birazda kendi fakültemden bahsetmem lazım. İnşallah bu eylül ayında Türkiye'de ilk olarak bir program açıyoruz, yüksek lisans programı açıyoruz. Bu program sağlık sistemleri yönetimi programı. Bu programa sadece mühendisleri alacağız. 10 aylık bir eğitim sonrasında da yüksek lisanslı bu mühendisleri biz sağlık kuruluşlarında yönetici olmak adına yetiştireceğiz. Bu önemli bir gelişme diye düşünüyorum. Tekrar edeyim bu Türkiye'de bir ilk ve inşallah bunun devamı da gelecektir. Bunun yanı sıra yine bu önümüzdeki temmuz ayında ramazan bayramından bir hafta sonra Temmuz 14-15'te (Küresel Mühendislik Konferansı) yapıyoruz. Yine İstanbul'da dolayısıyla biz çalışıyoruz. Soyadım da Çalışır onu hak etmek için elimizden geleni yapıyoruz. Ama biz sadece kendimiz çalışmak istemiyoruz. Beraber çalışalım diyoruz. Lafı daha fazla uzatmadan ben sözlerime son veriyorum; saygılarımı sunuyorum.

Sunucu

Şimdi toplantının bu kısmında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü Sayın Prof. Dr. Cevdet Erdöl Hocamı davet ediyorum.

Cevdet ERDÖL



Saygıdeğer rektörüm, değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Bu güzel anlamlı toplantıya beni davet ettikleri içinde gerek Zafer Hocama, gerekse Abut kardeşime, sınıf arkadaşşıma, çok teşekkür ediyorum. Bu toplantının hayırlara vesile olmasını temenni ediyorum. Sonraki toplantılardan biriside

bizim üniversitede olacak inşallah. Biz de sizlere Sadettin Hocamın kadar olmasa bile iyi bir ev sahipliği yapmaya çalışacağız. Şöyle kısaca bir ufuk turu yapacak olursak, 2002'den bugüne kadar yapılan sağlıkta dönüşümün önemli bir kısmında biraz önce değerli Zafer Hocam vurguladı. İyi kötü meclisin sağlık komisyonu başkanıydım. Özellikle sağlık sisteminin iyi dizayn edilmesi için elimden gelen gayreti gösterdiğimi zannediyorum. Şunu gördüm ben aslında sağlık sistemimde kaliteyi arttırmak için sadece sağlıkta değişim ve dönüşüm yapmanın yeterli olmadığını; aynı zaman da sosyal güvenlik sisteminin de onunla simetrik bir şekilde dönüşüme tabi olması gerektiğini gördüm. Buna da inanıyorum hakikaten; şöyle ki dünya ölçeğine baktığımız zaman sağlık sisteminin iyi ve kötü sosyal güvenliğinin iyi ve kötü olduğuna göre ülkeleri dört gruba ayırabiliriz.

- Sağlık Sistemi Kötü Sosyal Güvenlik Kötü Olan Ülkeler: Bu özellikte zaten bir sürü ülke var. Maalesef bu şekilde hiçbir sağlık hizmetinin alınmadığı geri kalmış ülkeler;
- Sağlık Sisteminin İyi Olmayıp da Sosyal Güvencenin Çok İyi Olduğu Ülkeler: Zengin Arap ülkelerinde petrol zengin ülkelerde yurt dışına pek çok para harcanarak hastalar gönderilir. Ama ülke için de sağlık sistemini kurgulamak veya yeşertmek doğru dürüst mümkün olmaz.
- Bir Diğer Önemli Grup ise Sağlık Sistemi Çok İyi ama Sosyal Güvence İyi Değildir: ABD gibi çok mükemmel hastaneleri olur; ama hastanenin hemen kenarında böyle varillerin yanında yaşayan insanlar orada hastaneye ulaşamazlar ve ölürlere. Sosyal güvencenin de iyi olması lazım.
- Dünyada şuan için hem sosyal güvencenin hem de sağlık sisteminin çok iyi olduğu çok az ülke vardır. Hamdolsun ülkemizde bunlardan birisi. İftiharla söyleyebiliriz. Hemen hemen hiçbir sorun olmadan herkes en üst düzeydeki

bürokratin tedavi ve sağlık hizmeti alabildiği ilaç alabildiği yerlerden aynı hizmetleri aynı ilacı alabilmektedir.

Bunu sağlamanın da çok kolay olmadığını düşünüyorum. Aslında sağlıkta kalitenin en önemli unsurlarından biri ve başta geleni de budur. Hastanın sağlığa erişimi bu çok önemli bir duygudur. Özellikle acil hastalarında, bu sağlıkta dönüşümden önce bir hastaneden öbürüne gitmek zorunda kaldığını; sigortalı hastanın yanlışlıkla devlet hastanesine veya yanlışlıkla memurun sigorta hastanesine gidince neler çektiğini veya hastanelerde cenazelerin morglarda rehin kaldığını hikaye gibi dinliyoruz; ama bu Türkiye'de yaklaşık 10 yıl öncenin hikayesi. Çok eski değil. Biz demek ki 10-15 yıl içinde büyük bir dönüşümü yapabilmiş isek; bundan sonraki 15 yıl içinde de daha fazla şeyleri yapmak mecburiyetindeyiz. O bize yüklenen bir sorumluluk. Bu çerçeve içerisinde 2014 yılının sonlarında ve Türkiye'de sağlığın kalitesini arttırmak bakımından TÜSEB adlı kurum kuruldu. Değerli akreditasyon başkanımız da burada. Fahrettin Hocamı temsilen buradalar ve Türkiye'deki sağlıktaki kaliteyi arttırabilmenin de bir görev olarak kendilerine verildiğini biliyoruz. Bizim üniversitemizde hemen hemen aynı dönemlerde kuruldu. 2015'in başında kuruldu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi burada farklı bir üniversite olarak kurgulandı. Kendi kendine bir hastanesi yok; ama ülke üzerinde 16 ilde şimdilik 55 hastane ile afillie olan devasa bir üniversite doğdu. Yani yönetilmesi de hakikaten zor. Onun için biz biraz temkinli başlayarak, temkinli adım atarak bu işi kurgulamaya çalışıyoruz. Bugün 16 ilde ve İstanbul'da 24 hastaneyle afiliyeyiz. İstanbul'da 13 hastane yakın gelecekte bunlara eklenecek; 16 ile eklenecek olan kaç il daha var. Yani baktığımız zaman Sağlık Bakanlığı eğitim fonksiyonunu üniversiteye devretmiş oluyor. Üniversite eğitimine, yani uzmanlık eğitimine getirmemiz gereken bir yöntem var. Şöyle söyleyeyim bizim iki ayrı eğitim ayağımız olacak. Hatta üç diyebilirim.

• Birincisi lisans eğitimi: Lisans eğitimi İstanbul'da bunda tereddüdümüz yok. Yani Haydarpaşa Yerleşkesinde Sultan II. Abdülhamid'in yaptırmış olduğu Mektebi Tıbbiyye Şahane'de. Bunun içinde Tıp Fakültesi, Yaşam Bilimleri, Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri fakültelerimiz var. Eczacılık ve Diş hekimlikleri yeni eklendi. Şu anda altı fakültemiz orada lisans eğitimini inşallah bu sene başlayacağız ve öğrenci alacağız.

• İkinci ayağımız uzmanlık eğitimi: Şu anda Sağlık Bakanlığı uzmanlık eğitimini zaten veriyor. Bunu vermeye devam edeceğiz. Bunu biz üstlenmiş olacağız, işte burada kalitenin de devreye girmesi gerekiyor. Benim gördüğüm burada üniversitedeki arkadaşlarım beni bağışlasınlar. Üniversitedeki uzmanlık eğitiminde teorik eğitimler daha baskın; ama sistemde el becerisi gerektiren eğitimlerde

biraz daha az diyeyim. Ama eğitim hastanelerinde bunun tam tersi bir yapılanma var. İş yoğunluğundan olsa gerek eğitim teorik eğitim biraz az yani. Ama iş becerisi el becerisi gerektiren işlerde el mahareti çok baskın. O dengeyi; biz birlikte nasıl sağlık ve sosyal güvenlik birlikte yükselmeli diyorduk ve başardık. Burada üniversite hastanelerinde ve sağlık bakanlığının eğitim hastanelerindeki uzmanlık eğitiminde hem teorik hem de pratik birlikte yükselmeli. Burada bizim kendi eksikimizi de biz tamamlamak durumundayız. Bununla ilgili hazırlık çalışmalarımız devam ediyor.

- Bir üçüncü ayağımız diğer üniversitelerde olmayan yurtdışında eğitim imkanı, eğitim müessesesi kurma imkanı bakanlar kurulunda. Tabi ki de uzmanlık eğitimi dâhil lisans, lisansüstü ve doktora eğitimi dâhil her türlü eğitimi verebilme yetkimiz var. Bunun için de çok ciddi hazırlık içerisindeyiz. Belki bir Avrupa ülkesinden başlayabiliriz. Hep akla acaba Afrika veya Türk Cumhuriyetleri mi düşünüyoruz diye geliyor. Evet, onları da düşünüyoruz ama ilk etapta belki Avrupa ülkelerinden adım atabiliriz diye düşünüyoruz.

Evet, burada sözleri aslında çok uzatmak istemiyorum; ama bilmenizde fayda var diye düşünüyorum. Bizim binamız, oturduğumuz bina, Mektebi Tıbbiyeyi Şahane daha önce Marmara Üniversitesi tarafından kullanılıyordu. Halen de öğrencilerin bir kısmı iki yıl daha kullanacaklar. Öğrencilerimizi kapı dışarı edemeyiz. Onlar orda okuyacaklar ama 1903'te kurulan ve eğitime başlayan bina 1933'e kadar tıp eğitiminde, 33-83 arası Haydarpaşa Lisesi olarak lise eğitiminde ve 83'ten geçtiğimiz yıla kadar da Marmara Üniversite'si için eğitimi amacı ile kullanılmış. Bu bina bize şu sorumluluğu veriyor; geriye dön bir bak diyor. Bir baktık korkunç belgelerle karşılaştık. Yani o kadar önemli bir arşivimiz var ki; bizim bunlardan haberimiz yok. Ben şahsen kendi adıma söylüyorum habersizdim. Mesela biraz önce Sayın Rektörümüz Saadettin Hocama gösterdim. Mesela o dönemde yapılan Hipokrat Yemini diyebileceğimiz bir yemin var. O yemin de diyor ki "Fakir hastaları önceleyeceğime; bir fakir ile bir zengin beni davet ettiği zaman önce fakire gideceğime yemin ediyorum valahi" diye de sonuna yazmış. Osmanlıca metini çıkardım. Feridun Nabi Uzun'la da Selçuklu Kütüphanesinde tanıştığım kitaplardan bin küsur tane tıbbi eseri taradık. Bunlardan birkaç yüz tanesi tıpla alakalı, tıp tarihi ile alakalı ama Abdülhamid'in kendi envanterine baktığımız zaman Osmanlı coğrafyasında yaptığı ve bitirdiği hastane sayısı 300'ün üzerinde. O yokluk ve sıkıntılı dönemi içerisinde sağlığa bu kadar önem verildiğini görüyoruz. Pastör aşısı buluyor. Onu öğrenmek için hemen ertesi gün oraya bir doktor ve ekibi yolluyor; onu öğrenmeye. İşte koli basili teşhis ediliyor hemen oraya gönderiyor falan. Böyle bir binanın da bize verdiği bir sorumluluk var. Bunu da yerine

getirmek durumundayız. Tarihe bağlı kalmak ama geleceğe onu görerek adım atmak durumundayız. Ben onun için üniversitemiz için şöyle diyorum. Aslında farklı üniversite kavramını hak ediyoruz. Onu kullanıyorum. Bir de geçmişten geleceğe demiyorum da geçmiş ile geleceğe diyorum yani geçmiş iyi bilip, hazmedip geleceğe ona göre adım atmak lazım. Burada en önemli şey belki kalite unsuru olsa gerek. Ben buna olması gereken diyorum. Kendi adımıza burada öncelediğimiz konulardan birisi de sağlık bilişimi aslında. Biraz önce değerli mühendis hocamızın ifade ettiği gibi tıp aslında mühendisliğe doğru kayıyor. Tıbbi mühendislikten ayrı düşündüğümüz zaman eksik kalırız. Onun için Sağlık Bilimleri Üniversitesi olarak mühendislik ve ya mimarlık fakültemizin olmamasını eksiklik olarak kabul ediyorum. Bunu farklı metotlarla gidermenin çaresini arıyorum. Bulmak zorundayız da mesela hiçbir üniversitemiz de şu anda hastane yani sağlık mimarisi ile ilgili bir eğitim yok. Yani sağlığa ait hususi odaların nasıl yerleştirileceğini insanlar el yordamıyla yapı boza öğreniyorlar. Bunun bir eğitimini vermemiz lazım. Bunun gibi şu anda sağlığı bilişim teknolojilerinden ayrı düşünemeyiz. Bütün yapılan geliştirilen cihazların %70-80 yazılımla, bilişimle alakalı. Dolayısıyla bizim öncelediğimiz alan o olmalı diye düşünüyorum. Sağlıkta bilişimle ilgili, sağlık bilişimiyle ilgili bir ciddi adım atma hazırlığı içinde olduğumuzu da ifade etmek istiyorum. Tabi ben burada kendi üniversitemizi anlatıp sizi de yormak istemiyorum. İnşallah bunları Üniversitemize geldiğinizde o zaman biraz daha belki bizim bebek büyümüş olacak o zaman sizlere daha iyi, daha güzel şeyleri ifade etme imkanı bulmuş olacağım. Beni buraya davet ettiğiniz için; konuşma fırsatı verdiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Değerli Zafer Hocama, Sayın Abud Kebudi'ye ki sınıf arkadaşım; Cerrahpaşa'dan gurur duyduğumuz bir arkadaşımız. Teşekkür ediyorum ve diğer arkadaşlara, hazırlık komitesine, katkı veren herkese teşekkür ediyorum. Her şeyden önce Sayın Saadettin Hülagü'ye o da benim Cerrahpaşa'dan sınıf arkadaşım; askeri hekimlikte de uzun yıllar beraber çalıştığım arkadaşım; kendisine de çok teşekkür ediyorum. Katılımcılara saygılarımı sunuyorum; başarılar diliyorum.

Sunucu

KOÜ Rektörümüz Sayın Prof. Dr. Sadettin Hülagü Hocamı davet ediyorum.

Sadettin HÜLAGÜ



Sevgili kardeşim değerli rektörümüz Cevdet Hocam, uzaktan yakından teşrif eden Kamu Hastaneleri yöneticileri, üniversite hastane yönetiminde bulunan öğretim üyesi arkadaşlarım ile akademik ve idari personelimize, tüm herkese günaydın diyorum.

Aslında lafı çok uzatmaya gerek yok. Cevdet Hocam çok güzel ve ayrıntılı bir şekilde konuştu. Ben bir metin hazırlamıştım onu da konuşmayacağım. Uzatmaya gerek yok ama Cevdet Hocamın tabi bizim Abud'la öğrencilik yıllarımızı değerlendirdiğimiz de yıllar sonra böyle bir yöneticilik sorumluluğu alacağımız hiç aklıma gelmemişti. Dün de yoğun bir toplantı atlattık. 10'a yakın bakan ve Sayın Cumhurbaşkanımız Üniversitemize teşrif ettiler. Cevdet Hoca'nın milletvekilliği döneminde sağlık komisyonu başkanlığı yaptığı dönemlerde bazı şikâyetlerimizi tabi ulaştığımız mercii olarak anlatıyorduk. Şimdi hocam ağaçtan düştü. Ağaçtan düşenin halini ağaçtan düşen anlar. Şimdi yönetimden icra heyetine geçince icra sanatının zorluklarıyla hocam da karşılaşılıyor, yaşıyor. Yönetim sağlıkta yöneticilik zor. Hakikaten asistanlıktan bilirim; özellikle kanserli hastaları 40 gün sırtında taşı bir kere dinlenmek için indirdiğin zaman senden daha kötüsü olmaz. Lafın nereden geleceği belli olmaz. Hani Ziya Paşa'nın bir sözü var "şeb-i yeldayı müneccimle muvakkit ne bilir müptela-i gama sor kim geceler kaç saat" "En uzun gecenin hangisi olduğunu ne müneccim ne de takvim yapanlar bilir... Dertli gönüllere sor ki o gece saattir" çünkü nihayetinde eşrefi mahluk olan insana hizmet zor iş. Onun için hekimlik yapan insanların, hekimlik camiasında gerek idari gerek hekimlik icrası yapan insanların çok sabırlı olması lazım. Bazen abi bazen anne baba şefkati göstermek bazen arkadaşlık dostluk yapmak gerekiyor. Bizim özellikle, gerçekten Cevdet Hoca'nın da belirttiği gibi sağlıkta çok ciddi bir dönüşüm oldu. Yani bunu zaman zaman Sağlık Bakanlığı'na kızdığımız oldu; eleştirdiğimiz oldu ama geriye doğru dönüp baktığımızda bende şahsen dünyada gitmediğim ülke hemen hemen kalmadı. Uzun süre Amerika'da

çalıştık. Bu arada Amerika'da çalıştığımı söyleyen dekan arkadaşım da yedek futbolculuğa hazır; ama bazen yedekteki futbolculara as maça çıkmayınca kendini göstermek için de bir fırsat olur. İnşallah sizin için fırsat olur ümit ediyorum. Çok ciddi sağlıkla ilgili şu anda en önemli sıkıntılarımızdan birtanesi; YÖK nezdinde Maliye Bakanlığı'mızın da katıldığı, Cevdet Hoca'mızın da katıldığı bir toplantıda bu hızlı dönüşümün getirdiği sorunların tespiti ile sonraki yapılanmaların mutlaka revize edilmesi lazım. Lüzumsuz ameliyatlar lüzumsuz işlemler. Hekimler olarak kalite ve standardizasyon açılarından da nitelikli ayrımlar yapmamız gerekiyor. Yani bir Sağlık Ocağı, 1. basamaktaki tedavilerin ve tanı işlemlerinin ileri teknik uygulanan bir merkezdeki işlemlerle aynı puanlara tabi tutulması; oradaki bilgi ve birikimi olan bir öğretim üyesinin standart bir uygulama muayenesi şeklinde değerlendirilmesinin yanlışlığını ortaya koymak gerekir. Bunların; (mutlaka iyi niyetli bir ekip var) ben bunların düzeleceğine inanıyorum. Bu standardizasyon işi ama dünya ülkelerine baktığımız zaman Cevdet Hocamın da belirttiği gibi biz 4. kademedeyiz yani parası var ekonomik durumu iyi, standardizasyon teknik açıdan iyi, inşallah bu son haliyle daha iyi olması için gereğini yapmalıyız. Amerika'da hepiniz bilirsiniz. Örneğin San Francisco'da akşam saat 4'ten 5'ten sonra sokaklarında "homeless'ler" varillerin yanında yatar; ama bir tarafta da Arap şeyhlerinin paralarını çekmek için hastanelerde birçok teknik donanımlarının kullanıldığını biliyoruz. Ülkemiz bir dönüşüm içerisinde. Ben bunun iyilikle, güzellikle ileriye taşınacağını biliyorum. Bunun bizim insanımızın ferasetinin güçlü olmasından ve çok kuvvetli adaptasyon gücümüzden dolayı hızlı bir şekilde çözüleceğine inanıyorum. Bu toplantıyı düzenledikleri için arkadaşlarımıza teşekkür ederim. Öncelikle Bahadır Hocam, Abud Hocam, Hatice Hocam ve Zafer Hocama teşekkür ederim. İlk müracaat ettiklerinde biz emirlerinde olduğumuzu söyledik. Yani bu mevki makamlar gelip geçici şeyler, ama sağlıkçıların olduğu üniversitelerde biraz dominant baskın karakter oluşuyor. O da inşallah bir hizmet oluşturma açısından önemli olduğunu düşünüyorum. Ben bu duygularla bu toplantının inşallah verimli olmasını ve gelecekte ki yapılanmalar için ana taşları oluşturmalarını umuyor; hepinizi saygı ve muhabbetle selamlıyorum.

OTURUM 1

TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM: OECD RAPORU NE SÖYLÜYOR?

Moderatör



Metin ÇAKMAKÇI

Panelistler



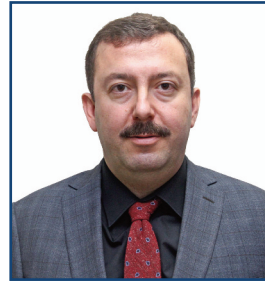
Mustafa BERKTAŞ



Şenol ERGÜNEY



Hasan Salih SAĞLAM



Hasan AYDINLIK



Vahit ÖZMEN



Nurhan İNCE

PANEL 1

Türkiye’de Mevcut Durum: OECD Raporu Ne Söylüyor?

Sunucu

Bu panel için Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi Klinik Direktörü Sayın Prof. Dr. Metin Çakmakçı hocamızı davet ediyorum.

Metin ÇAKMAKÇI

Sayın Rektörlerim, değerli arkadaşlarım günaydın. Hepiniz hoş geldiniz. Bir cumartesi günü sabah sabah bu kadar insanın burada olması insanın hoşuna gidiyor. Konunun önemi konusunda da belli bir düzeye geldiğimizi düşünmek için de umut veriyor. Panel yapacağız. Panel toplantıya katılanlarla birlikte bir konuyu tartışmak olarak tarif edilir. Onun için bu süre içerisinde herkesinde katkısını alabilir miyiz? Bilmiyorum. Bir buçuk saatimiz var. Saat 9.45, 45 dakika geç başladık; ona göre yedi tane panelistimiz var. Ben konuyu irdelediğimde, raporu irdelediğimde ve okuduğumda aşağı yukarı tartışılabilir sekiz nokta buldum. Bunlara değinebilirsek bir sorunun karşılığında 10 dakika zaman harcarız; yani 5'er dakikalık teklî cevaplarla panelimizi tamamlarız diye düşünüyorum. Bir konuya değinmeden başlama-yacağım; ama oda şu. Sayın Çalışır'ın "sağlık yöneticisi mühendisler yetiştireceğiz" demesini hem kutluyorum; diğer taraftan da ufak bir parantez içinde de kaygıyla karşılıyorum. Şöyle ki yalnızca mühendisleri alacağız demesi ve altını çizmesi beni huzursuz etti. Şöyle ki küçüğe bir açıklama yapayım. Niye genel cerrah olarak bu adam buradadır diye düşünebilirsiniz. Ben 1990'ların ortasından beri sağlık yöneticiliği yapıyorum. Diplomalı sağlık yöneticiliği yapıyorum. Sağlık kurumlarında yönetici olarak hekimlerden çok işletmeciler yönetici olmalı ve iyi doktorları maalesef sağlık yöneticisi yapıyoruz diye bir cümle sarf ettiniz. Sağlık yöneticiliği yapılacak en güzel şeylerden bir tanesidir. Bir hekimin yapması gereken işlerin başında gelir. Nitekim sağlık kurumlarının liderliğini de iddialı sağlık kurumlarının liderliğini de hekimler yapmak zorundadır. Yine bu sabah çok atıf oldu. Amerika'ya bakalım. En iyi hastaneler listesi vardır. Değişik kriterlerle seçilen hastaneler. Onların rolüne bakın. onüç tane hastanenin onbiri bir hekim tarafından yönetilmektedir. Başka yolu da yoktur. Beyaz önlüğü giymedikçe; içine girmedikçe ve o karmaşık yapıyı bilmedikçe yönetemezsiniz. Ama hekimler iki koşulla:

1. Dün doktordu bugün çok severiz onu başhekim yaptık. Bu iyi değil doğrusu bu konuda eğitim almış olmak önemli.
2. Tek başına olmuyor. Ben Hacettepe'den başlayarak yöneticiliğim boyunca en büyük yardımı endüstri mühendislerinden gördüm. Hep endüstri mühendisleriyle çalıştım. Hemşirelerden çok destek aldım. Hemşireler sağlık yönetimi süreçlerinde mükemmel işler yapıyorlar ve

tabii ki bu konu için eğitim almış sağlık yöneticileri çok önemli; ama bence bu kadar yıllık deneyimin sonunda sağlık yöneticiliğini hekimler yapmak zorundadır. Şimdi panelistlerimizi davet edeyim bir taraftan sonra bir açıklama yapayım.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Kurumu Başkanı Dr. Mustafa Berktaş, Kocaeli Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreteri Dr. Şenol Ergüney, Sakarya Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreteri Dr. Hasan Salih Sağlam, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkan Yardımcısı ve Kronik Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Şube Başkanı Dr. Nurhan İnce, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Dr. Vahit Özmen, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Sağlıkta Sorumlu Genel Sekreteri Dr. Hasan Aydınlık,

Şimdi konuşacağımız konu, bize verilen görev, OECD raporu çerçevesinde olup bu rapor ne diyor? Bir de sizin yorumlarınız ne onu almaktır. OECD raporu 2014 yılında yayınlanmış aslında bir serinin parçası. Değişik ülkelerdeki sağlıktaki kaliteyle ilgili, sağlık kalitesinin gözden geçirilmesiyle ilgili bir rapor. Ayrıntılı ve aşağı yukarı 200 sayfalık bir rapor. Büyük övgülerle başlıyor. Türkiye’de son 10 yıl içinde sağlık konusunda ki gelişmelere ve hepimizin de tanık olduğu önemli değişimlere atıf yapıyor; ama ondan sonra bu aşamaya gelince acaba başka şeyleri de sisteme katmak gerekir mi? Öncelikler acaba değişti mi? diye bir takım sorularla devam ediyor. Biz de soruları kendimize soralım istedik. O anlamda dediğim gibi rapor içerisinde çıkarabildiğim sekiz ana maddeyi birlikte gözden geçirelim istedik. Bende izninizle sizin yanınıza geleyim. Soruları açıkcası ortaya sormak istiyorum; ama böyle hani belki bu soruları yanıtlamak kiminiz için uygun olabilir; lütfen serbest davranın. Biraz hızlı gitmemiz lazım. Ama önemli şeyler de atlamayalım; ona ayıracak zamanımız da var. Şimdi raporun değindiği konulardan bir tanesi ve sorguladığı konulardan bir tanesi şu. Ulusal anlamda sağlıktaki kalite yönetim ve denetim mekanizmalarından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı diğer taraftan da kendisi hizmet sunuyor. Yani Sağlık Bakanlığı hem hizmet sunuyor; hem yönetimin hizmet sunum kurallarını belirliyor ve denetimi yapıyor. Kaliteyi belirliyor. Bütün her şey Sağlık Bakanlığı üzerine bu doğru mu? Doğruysa tamam ya da biraz şekil değiştirmek mi lazım; değişiklik mi yapmak lazım maddelerden bir tanesi o. Bu soruyu biz de kendi kendimize uzun yıllardır soruyoruz acaba nasıl olmalı diye Mustafa Bey bu konuda bize biraz cevap verebilir. Üniversitenin özel sektörün hizmet sunucusu Vahit Bey'den de söz verip cevap alabilirim. Buyurun efendim.

Mustafa BERKTAŞ

Ben öncelikle davetiniz için katkısı olan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum ve buradan olmaktan dolayı mutluluğumu ifade ediyorum. Hem başarılı bir toplantı dileyeyim hemde sayın hocamın başka bir programı olması nedeniyle katılamamasından dolayı saygı ve selamlarını iletmış olayım. Şimdi bildiğiniz üzere sağlık hizmeti sunuculuğunu yakın döneme kadar Sağlık Bakanlığı yürütüyordu. Bu aslında sosyal devlet ilkesinin bir gereği aynı zamanda anayasada da garanti altına alınan bir haktan geliyor. Burada özellikle Anayasa madde 56'da devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığını sürdürmesini sağlamak, insan ve maddi gücün tasarruf ve verimini artırarak iş birliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden tasarlayıp düzenleme yetkisi var. Ayrıca devletin bu görevini kamu, özel sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirmesi söz konusudur. Dolayısıyla burada aslında sağlık bakanlığının bu hizmeti sunarken hem hizmeti sunan hem de denetleyen bir mekanizma olmasını görüyoruz Dolayısıyla Sağlık Bakanlığının tamamen bu alandan çekilmesini beklemek çok doğru olmayacaktır. Ancak son düzenlemelerle Bakanlık yine bilindiği gibi aslında bu yetkisini denetime çevirerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneler Kurumu aracılığıyla görevini biraz devretti ve daha çok merkezi yapılanmada bir denetim ve denetleme konumuna geldi. Aslında bana göre şu andaki ortam bir sorun olmaktan uzak olup; durum iyi düzenlendiğinde daha iyi bir ortama evrilebileceğini söyleyebiliriz. Bunun dışında yine denetim mekanizmasında da paydaşlarla bunun paylaşıyor olması ve bunun neticesi olarak ta Kalite ve Akreditasyon Enstitümüzün kurulmuş olmasını da bir şans olarak gösterebiliriz. Burada eğer enstitünün iyi yapılanması ve buradaki özerk yapısını da kullanarak bu denetleyici mekanizmada uygun ve lider bir rol alabilmesini önemsiyorum ve burada beklediğimiz hizmet kalitesi artışının sağlıkta beklenen kalite artışının da iyi bir göstergesi olabileceğini ifade edebilirim.

Metin ÇAKMAKÇI

Şöyle yorum getirebilir miyim? Bu rapor 2014'te yazıldığına; evet yetkilerin tamamı Sağlık Bakanlığında idi. Şimdi artık öyle değil; zaten bu yetki ve bakanlık görevlerinin önemli bir kısmını farklı bir kamusal otoriteye devretme sürecindeyiz.

Mustafa BERKTAŞ

Evet, evet tabii birinci ve ikinci basamakta, bakanlık aslında hizmet sunumunu da bağlı kuruluşlara devretti. Direkt kendi sunmuyor dediğiniz gibi bu aslında iyi bir gelişme onu ifade etmek istedim. Denetim ve değerlendirmede de yine yeni çalışmalarda var. Belki ileri dönemde ifade edilebilir. Ama bizim kurumun kurulmuş olması da bağımsız bir akreditasyon kurumu olarak bu anlamda iyi bir şans diye düşünüyorum.

Metin ÇAKMAKÇI

Sizin açınızdan nasıl hocam?

Vahit ÖZMEN

Ben de bu önemli toplantıyı düzenlediği için SENATÜRK ailesine; sevgili dostlarım Bahadır, Abut ve ev sahibi Zafer Cantürk'e teşekkür ediyorum. Ben bir cerrahim; ama son 20-25 yılını meme kanseri ve bunun farkındalığının artırılması ve yaygınlaştırılması ve eğitimi üzerinde harcayan bir bilim adamıyım. Şimdi bir kere sağlıkta kalitenin kontrolü ve denetlenmesi ortak bir görev olmalı. Sadece Sağlık Bakanlığının görevi olmamalıdır. Bu toplantıya gelmeden önce bir takım hazırlıklar yapmaya çalıştım ve şunu gördüm. Gelişmiş ülkelerde bir takım kuruluşlar var. Bir kere sağlıkla ilgili tüm bilgilerin toplanması görevi Sağlık Bakanlığının görevi olmalıdır. Ancak bu verilerin- bilgi bankasında toplanan verilerin- değerlendirilmesi, takip edilmesi ve raporlanması bağımsız bir kurulun, bu Ulusal Sağlık Kalite Performans Kurulunun görevi olmalıdır. Bu kurul düzenli aralıklarla hazırladığı raporları Sağlık Bakanlığı Danışma Kuruluna iletmeli; ancak bu raporlar aynı zamanda transparan herkesin web sayfasından kolayca ulaşacağı raporlar olmalıdır. Benim yaşamımda bilimsel yaşamımda karşılaştığım en büyük sorun ülkemizdeki kayıt sisteminin olmaması, yokluğu yada önemsenmemesidir. Yaklaşık 10 yıldır görev yaptığım The Breast Health Global Initiative'de ülkeler için özellikle düşük orta gelirli ülkelere bir kanser kılavuzu hazırlamaya çalışırken bu ülkelerdeki sağlıkla, kanserle ve özellikle meme kanseri ile ilgili verilerin olmaması büyük handikap olarak göze çarpmaktadır. Ülkemizde de bunun eksikliği ciddi şekilde söz konusudur. Bu durumu düzeltmede görev sadece Sağlık Bakanlığının değil, bununla birlikte üniversitelerin ve özellikle bilimsel kuruluşların da görevi olmalıdır. Önemini vurguladığım Ulusal Sağlık Kalite Performans Kurulunda sadece bilim adamlarının değil bu konuda emek veren özellikle sivil toplum kuruluşlarında, hayır kurumlarında çalışmış, deneyimli kişilerin olması ve yöneticilerin, deneyimli CEO'ların olması da son derece önemli olup; değerlendirirken dikkate alınmalıdır. Mesela Avusturalya'da ki böyle 7 kişilik komisyonun tıpla ilgisi olmayan başkan ve başkan yardımcısının tıpla ilgisi olmayan ve hayır kuruluşlarında yıllarca çalışan çok deneyimli CEO'lar olduğu da göze çarpmaktadır. Teşekkür ederim.

Metin ÇAKMAKÇI

Sağ olun, eksik olmayın. Raporun bir kısmında diyor ki Sağlık Bakanlığı yada Türkiye Cumhuriyeti bu denli büyük bir değişimi yaparken merkezi olarak bu işi yapmak zorundaydı diyor. Yani merkezi otoritenin güçlülüğü bu programın başarısı için önemli olmuştur ve doğru olmuştur diyor. Ama rapor artık merkezi yapılandırma yada gücü bırakıp, kalite vurgusunu arttırmak için desantralize olmak zorunda olduğunu düşünüyor; ben öyle algıladım. Şimdi özellikle Şenol Bey'e sorayım. Bunu bu açıdan yada bu

kısım açısında baktığımızda özellikle Sağlık Bakanlığı'nın reorganizasyonu, son dönemdeki reorganizasyonu (bu anlamda kısmen de olsa desantralizasyon anlamına geldiğini düşündüğüm için) sağlıkta kalite kavramına nasıl yansıtacak. Çok somut olarak yani merkezi otoritesinin bir kısım yetkilerini periferde devretmesinin Türkiye'de sağlıktaki kaliteyi olumlu olarak artırma şansı var mıdır acaba?

Şenol ERGÜNEY

Şimdi kalite kriterlerini desantralize edersek burada şöyle bir sakınca olabilir. Hani bizim ulusal sağlıkta kaliteyi artırırken amaçlarımızdan bir tanesi standartlaşmayı sağlamak. Yani sağlık hizmetinin her aşamasında standart bir kaliteyi elde etmek; şimdi desantralize ettiğimizde tabii ki burada bir takım varyasyonlar ortaya çıkacaktır.

Metin ÇAKMAKÇI

Kalite değil de yönetimi desantralize etmeyi sormuştum. Nihayetinde kaliteyi yükseltebilir miyiz?

Şenol ERGÜNEY

Zaten ben de onu söyleyecektim. Şimdi yönetimin desantralize edilmesiyle kalitenin desantralize edilmesi arasında fark var. Kalite mutlaka merkezi olmalı ve yani bir kalite kriterlerinin belirlenmesinin içerisinde mutlaka herkes olmalı. Yani Sağlık Bakanlığının içinde olmadığı bir kalite kriterlerinin uygulanabilirliği mümkün değil. Siz şimdi birtakım ideal şeyler diyorsunuz; ama 657 sayılı kanun var. Hastanelerin fiziki imkanları illere göre farklılıklar gösterebilmektedir. O yüzden kalitenin profesyonel kurul işbirliği içerisinde de Sağlık Bakanlığı tarafından hatta son kullanıcıların işi içinde olduğu bir platform tarafından belirlenip denetiminin ise Sağlık Bakanlığı tarafından değil de bir dış kurum tarafından yapılması daha doğru olacaktır diye düşünüyorum. Yönetimin desantralize edilmesi ise belki bu aşamadan sonra ele alınabilir; çünkü sağlıkta dönüşüm de çok ciddi aşamalar elde edildi. Şuanda gündemimizdeki konuşulan konular arasında çok daha üst düzey projeler var. Yani bu da artık ayrıntıların perifer tarafından halledilmesi gerektiğini gösteriyor. Biraz sonra belki konusu açılacaktır. Herhalde başka konularda da yani yerele biraz daha fazla yetki verilmesi söz konusu olabilir. Bunun ben doğru olabileceğini düşünüyorum. Ancak bunu il bazında düşünmemek lazım. Sağlık bölgeleri bazında planlamasının yapılması daha doğru olabilir.

Metin ÇAKMAKÇI

Mustafa Bey siz ne diyorsunuz bu konuda.

Mustafa BERKTAŞ

Şimdi şöyle ifade edeyim. Özellikle yanlış bir şey söylememek için notlardan yararlanmak istiyorum. Sağlıkta dönüşüm programında sekiz ana bileşenden biri planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı idi. Sağlık Bakanlığı, buna uygun olarak aslında sağlık hizmet

sunumunda bir yetki devri yaparak bunu bağlı kuruluşlara devretti. Diğer açıdan da yine bu bileşenlerden biri de sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyonun yerleştirilmesi idi. Bu aşamada bizim enstitümüz kuruldu. Bu yeni düzenlemeler akreditasyonun felsefesine uygun; ancak yine başka açıdan baktığımızda bu yeni reorganizasyonu ve desantralizasyonun sonucunda biraz mevzuat, ruhsatlandırma, kalite ve verimlilik denetiminde de bir karmaşanın olduğunu ifade edebilirim. Şu anda merkezi yapılanmada sağlık müdürlükleri aracılığıyla mevzuat ve ruhsat denetimleri yapılıyor. SKS açısından bakanlıkları merkez teşkilatı veri ve kalite değerlendirme işlemi yürütüyor. Diğer açıdan Kamu Hastaneler Kurum Başkanlığınca da zorunlu verimlilik kriterleri değerlendirmeleri var. Bir de akreditasyon kurumu olarak biz varız. Benim burada ifade etmek istediğim nokta; bu farklı denetim mekanizmalarında yeniden bir düzenleme yapılması ile gerçekten senkronize ve koordine konuma getirmeliyiz diye düşünüyorum. Sonuçta tabii ki burada diğer üç alanın tek alana dönüştürülerek; belki aynı sayının konuşmacımızın da daha önce ifade ettiği gibi; daha bağımsız kuruluşlara yetki devri verilerek; ondan sonraki aşamada akreditasyon basamağını devreye alabiliriz. Bu konuda çalışmalar olduğunu biliyorum. Sayın bakanımızın isteği ile bu üç çalışmanın tek kalemde olabilecek formülle yeni bir raporlama konusunda bizim enstitü başkanlığında bir çalışma yürütüyoruz. Kendi kurumum adına gelmek istediğimiz noktanın bağımsız kuruluşların bunu yapması. Ben Yükseköğretim Kalite Kurulu üyesiyim. Biliyorsunuz yükseköğretimde kalite eğitimi için bir zorunlu kalite eğitimi güvencesi bir de akreditasyon eğitimi başladı. Orada yükseköğretim kalite kurulu eğitimi kendi akredite etmiyor. Burada oluşturulmuş dernekler aracılığıyla onlara tescil yetkisi vererek bir akreditasyon programı yürütüyor. Aslında bunun sağlıkta da doğru bir yöntem olabileceğini düşünüyorum. Sağlık hizmet sunucularında bütün bu farklı alanlardaki denetimlerini tek elden devlet adına yürütülmesinin iyi bir formül olabileceğini söyleyebilirim.

Metin ÇAKMAKÇI

Peki, raporda yazdığına göre bu konuda da bir yol alımı sürecine girilmiş durumda. Ama kısaca dönelim mi? Akreditasyon ve kalite denetimi tarafı öyle ama sağlığın gerçekten bir miktar daha güçlü olarak yerinden yönetimi konusunda özellikle iki genel sekreterimiz ne düşünüyor? Ya da belediye tarafından bakıldığında ne düşünülüyor? Bir taraftan dilimin ucunda şu soru var; ama onu sormak istemiyorum. Haklı olarak ona cevap veremeyebilirsiniz. Bir taraftan biraz bağımsız diyoruz ama galiba ideal olarak çok bakanlığa bağılısınız. Öyle geliyor bana. Yani genel sekreterlikler; bölgeler vs. acaba merkezi teşkilatın biraz şekilsel olarak dağıtılmış olması mı yoksa gerçekten periferde bir miktar bağımsız kurullar içerisinde bağımsız iş yapabilen kurumlar ile mi yapılmalıdır. Emin değilim. Ama bunu sormuyorum. Buyurun.

Hasan AYDINLIK

Şu anda Büyükşehir Belediyesinde görevim genel sekreter yardımcısı olsa da on sene kadar ilimizde sağlık idaresinde yöneticilik yapmış biri olarak söylüyorum. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin yayınlandığı zaman Van'da depremde sağlık hizmetleri koordinasyonunu yapıyorduk. Bizim için sağlık teşkilatının ve idarecilerinin hakikaten çok merakla beklediği bir mevzuymdu. Tabi biz sürecin aşağı yukarı tamamını yaşadığımız için şunu gördüm. Başta 663 sayılı kanun hükmünde kararname çıkartılırken dümen tutan, politika belirleyen bir irade sadece bu işi yapacak. Hizmet sunumunu devletimizin malum yönetiminde bağlı ilgili ve ilişkili kuruluşları var ilişkili kuruluşa konumuz dışında. Onlar hükümet denetimi dışında bakanlığa bağlı kuruluşlar. Kendi içinde teftiş kuruluğu ve bütçesi olan kurumlar. Bizim aslında idari geleneğimizde vekil harçlık diye vekil kahyalık diye de özetlenebilen daha önce de uygulanmış; başka alanlarda da uygulanmış bir model var. Ama kanunun çıkarılması esnasında mülki idare amirlerinin bir takım müdahaleleri oldu. Yerel idare, sağlık öyle bir alan ki biraz işin popülist tarafı da var. Herkesin müdahil olmak istediği bir alan. Tabi ne kadar desantralize edildiği, adı üzerinde genel sekreterlik dünya da genel sekreterlik dendiği zaman icra anlaşılıyor. Hani mülki idarenin kapılarında yazar "icra eden tatbik eden karar verenden daima üstündür" diye. Bir otör diyor ki "stratejik hataları taktik manevralarla düzeltemezsiniz "Burada bir operasyon yapmak için ne yapmanız lazım. Önce bir organizasyon kurmanız lazım. Bunda çok başarılıyız. Organizasyonu kuruyoruz; ama koordinasyonu beceremezsek operasyon yapamıyorsunuz. Sağlık hizmetlerinde sunumda birinci basamak olsun ikinci basamak olsun söylerken dahi ayırıyoruz; ama birinci basamak ikinci basamak diye hizmeti sunarken ayıramıyorsunuz. Bir anne ölümünü incelediğinizde işin içerisinde toplu ulaşım da var; sosyal güvenlik kurumu da var; birinci basamak sağlık hizmetleri de var; ikinci basamak sağlık hizmetlerinin üniversitesi, özeli var, kamusu var hepsi var. Dolayısıyla bu operasyonu yaparken koordinasyon yapmanız bir zorunluluk. Bunun da birebir eş zamanlı olması gerekiyor. Sağlık hizmetlerin de bu işi desantralize ederken bu yönünü de düşünmek lazım.

Metin ÇAKMAKÇI

Öneriniz ne?

Hasan AYDINLIK

Önerimiz, tabi en önemli konu. Aslında burada icrayı daha da ileriye götürmek; ancak denetim dedik ama biz denetimi idari denetim anlıyoruz. Burada organizasyonun koordinasyon denetimini ve kalite denetimini yapmak lazım. Yani gelip bir müfettişin satın alma denetimi yapması değil; çıktı denetimi yapmak lazım. Bir ilde bir anne ölümü olduğunda; buradaki operasyon iyi yönetilmiş mi? Koordinasyon iyi yapılmış mı? Gecikme modeli nerede? Onun üzerinden gitmek lazım. Bakanlığımız tedricen bunu bu yönde ilerletiyor;

ama burada sağlık personelinin doktorundan hizmetlisine kadar buna uyumu olmazsa bu başarılı olmaz. Yani organizasyon konusunda operasyonel idari hiyerarşi konusunda çok sorun olduğunu düşünmüyorum. Yani teori güzel. Kanunda bile değişikliği gerek yok. Sağlık personelinin buna uyumunda büyük bir problem var. Şimdi uzun gider. Meslek örgütlerimiz katkı vermedi. Bu dönüşüm biz hekimlere, sağlık personeline anlatılmasına rağmen anlamadık; anlayamadık. Bunun bu yönüyle de sağlık okuryazarlığının önemli olduğu ortaya çıkıyor.

Metin ÇAKMAKÇI

Bunun altını çizelim ama bu konuda sizlerin de yorumunu alayım. Çünkü bu toplantının alt başlığı durum tespiti. Yani biraz önce dinledik. Bu bir süreç ve durumu tespit ediyoruz. Bunlar altı çizilecek, bir yere not edilecek ve uygulanacak şeyler. Sizin bir ekiniz var mı efendim?

Şenol ERGÜNEY

Şimdi bir kere tamamen desantralize edersek; demin de söylediğim gibi uygulamada da çok sıkıntı doğacaktır. Ana omurgayı mutlaka Sağlık Bakanlığı yani devlet tarafından yukarıdan belirlenmesi lazım. Ancak Hasan Bey'in de dediği gibi hızlı operasyon yapabilmek için onay mekanizmalarının az olması lazım. Bu mekanizmalar ne kadar çok olursa, ne kadar fazla olursa o zaman siz işlemi yapamıyorsunuz. Yani yerelde bizlerin yetkileri biraz daha fazla olursa; hizmetlerin çok daha hızlanacağına ve kalitesinin artacağına inanıyorum. Nitekim eski sistemde Hasan Bey'in sağlık müdürü olduğu dönemde bende Kocaeli Devlet Hastane 'sinde altı sene başhekimlik yaptım. Daha önce Sakarya'da da dört sene başhekimlik yapmışım. Yani sağlıkta dönüşümün en başından beri bugüne kadar yaklaşık onbir yıla yakın bir idareciliğim var. Burada şunu gördüm zamandan beri işin nasıl geliştiğini nereye kadar geldiğini net olarak görüyoruz. Artık bu konunun konuşulması lazım, ama üzerin de çok ciddi çalışılması gerekiyor. Hemen devrettim demekle olmuyor. Eğer güzel planlanırsa başarılı olacağına inanıyorum

Metin ÇAKMAKÇI

Teşekkürler Hasan Salih Bey bir yorumunuz var mı?

Hasan Salih SAĞLAM

Ben de herkese hayırlı sabahlar diliyorum. Bu organizasyon için ve beni davet ettiğiniz için teşekkür ediyorum. Tabi ki nerden nereye gelindiğine de bakıyoruz. Aslında her şeyin merkezden yönetildiği dönemleri ben de biliyorum. Gerçi arkadaşlarım kadar uzun yıllar bir idari tecrübem yok. Ama en azından bir hekim olarak da işin başından beri tabii ki ben de süreçleri takip ediyorum. Her şeyin, en küçük kararların dahi merkezden sorulduğu; küçük işlerin dahi yapılmadığı ve bürokratik süreçlerin çok uzun olduğu dönemleri biliyorum. Tabi bugün gelinen nokta elbette güzeldir; ancak hala bunun yeterli olmadığını

düşünüyorum. Biraz daha perifere, bizlere, genel sekreterliklere yahut çevrede çalışana biraz daha yetkinin verilmesi iyi olur. Hala eskiye benzer birtakım işlerin olduğunu görmek tabii ki bizi biraz güçsüz kılıyor veyahut da süreçleri uzatıyor. Bu bakımdan yönetimin belki bu kademeli bir devam ediyor; bir süreç ama biraz daha gelişmesi gerektiğini düşünüyorum ben de.

Metin ÇAKMAKÇI

Peki, çok teşekkürler. Konuyu biraz değiştirelim; yani başka bir bölüme geçelim. Raporunda hasta güvenliği, bildirim ve analiz sistemiyle ilgili bir vurgu var. Bu konuyu ben de çok önemserim. Sağlıkta kalitenin merkezinde hasta güvenliği var. Sanırım daha sonra biraz da bu konuya değinilecek. Bu konuya hasta güvenliğinin geliştirebilmesi için de bir analiz, bir bildirim, tespit ve analiz sistematiğine gerek var. Bu bakış açısı yine endüstri mühendisliği bakış açısı. Bence ta Haanrich Raporuna kadar gider. 100 yıl öncesine kadar geri gider. Bir bant üzerindeki kazaları bulup; onların, çok küçük kazaların, sonunda büyük bir kazaya gittiğinin farkına varmanız; yani o küçük kazaları önleyerek büyük kazayı da önleyebileceğiniz bakış açısı. Bir hasta güvenliği bakış, bildirim ve analiz sistematiğine gider. Böyle bir yapıyı, ben 2000 yılının başında Türkiye’de ilk defa bir kurum da kurduğum ve ondan bu yana müthiş şeyler öğrendik ve gözümüzün önünde olan birtakım görmediğimiz şeylerin ne kadar büyük sonuçlara mal olabileceğini fark ettik ve çok şey düzelttik. Şimdi yine OECD raporunda Merkezi Ulusal Hasta Güvenliği Analiz Sistemine vurgu yapılıyor. Bunun önemini farkındayız; ama bir toparlamamız gerekirse özellikle Nurhan Hanım’a sorabilirsem ne yapıyoruz? Bu konuda ya da daha iyi neler yapabiliriz? Ne dersiniz.

Nurhan İNCE

Günaydın ben de hem davet hem düzenleme için çok teşekkür ederim. Ben bu raporda ilgileneceğim konuları özellikle doğrudan ilgili olduğum konuları çalışırken; şöyle bir şey düşündüm ve şöyle bir teknik geliştirdim. Kendimce dedim ki: Ölçütler üzerinden hep konuşuyoruz. İşte demin Hasan Bey de bahsetti. Ölçütler bizim için fikir verici ama başka bir yöntem daha mı geliştirmeliyiz. Oradan buraya geleceğim şöyle düşündüm. Hani bir arabada yolculuk yaparken karşımızı görürüz. Bir de dikiz aynası var. Onunla da yanları görürüz. Dikiz aynası sanki sağlık ölçütleri gibi geliyor bana; çünkü bir anne ölümünde nedenlerinin analizini yaparsak; 50 yıl geriye gidiyoruz. Bazen kadın eğitimine kadar falan daha hızlı ilerleyebilmek için dikiz aynasını kullanacağız; ama önümüzü de çok iyi görmek lazım önümüzü görürken de ilgili olacağını düşündüğüm yine analiz sistemi. Birinci Basamak da kalite nasıl yerleşmeli ya da nicelikten niteliğe nasıl geçmeliyiz? Bunları hüküm cümlesi haline getirdim ve bu hüküm cümlelerine 5 kere neden sorusunu sordum. Neden neden sonra da bu çıkarttığım şeyleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nda Birinci

Basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu daire başkanımız Kanuni Keklik Bey ile Dr. Murat Türkyılmaz’la tartıştım ve ufakta notlar aldım. Onları paylaşmak istiyorum.

1. Bir tanesi bu veri güvenliği ile ilgili. Biraz böyle tekerleme gibi olacak ama “kullanamayacağımız ya da kullanmayacağımız verileri toplayalım derken kullanmamız gerekenleri kullanamıyoruz”. Böyle bir saptama yaptık. Orada biraz çalışmamız gerekiyor

2. Sonra işte dikiz aynasının yanı sıra önü görmek için kararlar vermek gerekiyor. O kararları vermek için de elde ettiğimiz veriler içinde karar vermeye yarayacak verilerin olması gerekiyor. Biz güvenlik derken acaba karar vermeye gerekli olan verileri yeterince efektif kullanıyor muyuz? Onu tartışmak gerekiyor.

3. Sonuç olarak bu verilerden akademi nasıl yararlanacak? Malumunuz birde sağlık hizmetlerinin üç kombinendi var. İşte:

Sağlığı iyileştirmek;

Hastaların memnuniyetini sağlamak;

Birde bunun için finans yönetimini sağlamaktır.

Şimdi bu verileri kimler ve nasıl yönetecek; kimler görecektir? Şimdi bir defa bu verileri para verenler görmeli; akademi görmeli ve karar vericiler görmeli. Ben Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nda kronik hastalıkların takibi ile ilgili çalışıyorum. Bundan sorumlu başkan yardımcısıyım. Mesela sevk ve reçete oranları benim için değerli. Karar ağacında buna göre politika ya da proje üretmeye çalışacağım bir başka sorun başlığı ise bilmemesi gereken kişilerin de bu verileri bilmesi gerekiyor mu şeklinde olmalıdır. Mesela birinci basamakta bütün basamaklar için firmanın elinde birçok bilgi var Birde duplikasyonların olmadığı bir veri sistemi gerekiyor. Hatta bunu şöyle özetleyeyim. Bu konuyla ilgili son cümle olarak hani biraz halk için sanat yapmaya ihtiyacımız var. Verileri toplarken, denetlerken ve yönetirken diye özetle bu konu başlığı ile ilgili bunları sunmak istedim.

Metin ÇAKMAKÇI

Peki, çok teşekkürler. Tabii bu şeyin içerisinde bu verileri toplamanın dışında ayrı bir yapı olarak gerçekten bu hata olası hata neredeyse hataları bildirildiği, toplandığı ve analiz edildiği bir sistematiğe gerek var. Bunların elektronik olarak yapılmasına mutlak zorunluluk var. Bu konuyla ilgili olarak havacılıkta güzel örnekleri var. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık hasta güvenliği grubunun başındaki bir zamanlar bulunan Dr. Laim Richardson’ın bir lafı var. OrangeWire diye bir Boeing 737’de bir kablo hatası saptandığında; yani kritik bir kablonun yanabildiği gözlemlendiğinde; 48 saat için de bütün dünyadaki 737’i uçuran hava yollarının bu kabloyu denetlemelerini sağlayacak mekanizma var. Bizde yok. Bizde kritik bir ke-moterapatik ajanın intratekal verildiğinde insanları

öldürebildiği yüzlerce insan öldükten sonra anlaşılabilmiştir. Dünyada, bizde değil, Türkiye'yi kastetmiyorum. Bunu sağlık sistemi için söylüyorum. Bu bilgilerin paylaşılacağı toplanacağı analiz edileceği önce kurumsal sonra bölgesel, bunların kritiklerin yukarı doğru gönderildiği ulusal ve ulusal arası sistematlere ihtiyaç var. Bu konuda da çok daha işin bebeklik dönemindeyiz. Bu konuda çaba göstermemiz lazım diye düşünüyorum. Başka bir başlık yine OECD raporunda diyor ki hekimlerin kaliteli ve nitelikli hizmet sunumu anlamında işlerini doğru yapmaları için bir takım kurumların sorumlulukları olmalı ve bu konu bazı öncelikler belirlenerek bir program içerisinde iyileştirmeli. Nitekim o sorunu sizden de aldım. "Hekimler de keşke buna uysa ya da bizi dinlese" dediniz. Tam sözcükler aklımda değil ama biraz da uyum gösterse dediniz sanırım. Sağlıkta kaliteyi iyileştireceksek hekimlerin kritik bir rolü var. Burada görevler kimin, sorumluluklar kimin. Yani Sağlık Bakanlığı bir ara biraz da zorlayarak böyle sopayı göstererek; ödül ve sopayı bir taraftan; belki bir şeyler yapmaya çalıştı taraf çok iyi gitmedi. Hepimizde hekimiz. Bunu herkese sormuş olayım. Hekimlere yönelik ne yapalım ne yapalım ya da durum nedir? Önce onu tespit edelim.

Vahit ÖZMEN

Şimdi burada görevi sorumluluğu olan kuruluşlar var. Bunların başında üniversiteler var. Hekimleri yetiştiren kuruluşlar var. Ülkemiz için konuşursak sayıları çok hızlı artan tıp fakülteleri var. Sanıyorum 100 civarında. Ama bunlar arasında bir standardizasyon, bir ölçüm, bir akreditasyon yok. Amerika'da, Avrupa'da bir kuruluşun eğitim verme yetkisi 2-3 yılda yapılan kontrollerle elinden alınabilir. Türkiye de böyle bir şey yok. Yine Amerika'da ihtisas yapmak isteyen pratisyen hekim dört basamaklı bir sınavdan geçer. Burada yok. TUS sınavı. Diyelim ki çok iyi eğitim alınmayan, verilmeyen bir tıp fakültesinde boş zamanı olan bir öğrenci TUS sorularına hazırlanarak, TUS 'un kursuna giderek bu sınavı çok yüksek bir puanla kazanarak; istediği tıp fakültesine gidebilir. Birinci sorunumuz bu. Yani tıp fakültelerinde hekimlere verilen eğitimin kontrolünü sağlayabilmek, standardizasyonu sağlamak, kalite kontrolünü sağlamak, bu üniversitelerin tıp fakültelerinin verilerinin yine demin bahsettiğimiz gibi Sağlık Bakanlığı'na değil Tıp Fakültelerinin bağlı olduğu Yüksek Öğretim Kurulu'nda bir veri bankasında toplanması; bunların düzenli istatistiklerle kurumlara gönderilmesi ve arada yapılan sınavlarla öğrencinin bilgi düzeyinin kontrol edilmesi gerekir.

2. Aşama hakikaten son 10-15 yılda sağlanan bu gelişim içerisinde aile hekimlerinin bilgi ve beceri düzeylerinin kontrolüdür. Bunu yapacak olan da Sağlık Bakanlığı'nın belli bir eğitim ya da bir koordinasyon kurulumudur. Bu kurul ne yapacak? Tesadüfi örnekleme ile (Yurtdışın da böyle yapılır) 1000 tane aile hekimini değişik bölgelerden seçecek;

bunların tedavi verdiği reçete verdiği 100 tane hasta seçecek; bunları kontrol edecek ve diyecek ki bu arkadaşlarımızın tedavilerin de tanılarının da sevklerinin de problem var. Şimdi bizde bir çalışma yaptık. onüç ülke ile birlikte yapılan çalışmada Türkiye'de meme kanserinde tedavide gecikme süresi ondört hafta olarak elde edildi. Bir meme kanserli kadının memesinde kitle tespit ettikten sonra bunun için tedaviye başlama süresi yaklaşık 3 ay idi. Bu çalışmayı geçen European Journal of Public Health'de yayınladık. Burada 2/3 sorumluluk sistemde (Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimleri ve bağlı olduğu devlet hastaneleri daha sonra ki sorumluluk ise 3. basamak olması gereken üniversitelerde); 1/3 sorumluluk da hastanın farkındalığının eksikliği ya da başka bir nedenler dolayısıyla olur. Hekim kontrolünün ve hekim kalite kontrolünün mutlaka üniversiteler açısından ve Sağlık Bakanlığı açısından belirli aralıklarla yapılması gerekir. Bunun şeffaf bir şekilde duyurulması gerekir. Amerika'da bir rafting var. İlk on tıp fakültesi, ilk yirmi üniversite gibi yapacaksınız. Bunda çekinecek bir şey de yok. Kuruyorsun fakülteyi ama kim yetiştiriyor. Yani biz kime tedavi olacağız. Bunu çok iyi araştırmak lazım.

Metin ÇAKMAKÇI

Mustafa Bey bir şey söyleyecektiniz.

Mustafa BERKTAŞ

Şimdi bir önceki konuyla ilgili olarak bir de biraz havayı değiştirelim diye bir anıyı anlatmak istiyorum. Biliyorsunuz biz yeni yapılanma dönemindeyiz. Ankara'da bir ofis olsun diye bakanlıktan bir yardım istemiştik. Atatürk Kültür Merkezinin karşısında Denetim Daire Başkanlığı var. Oradaki birkaç katı bize verdiler. Orada da kütüphane gibi kullanılan tarihi eser niteliğindeki evrakların olduğu bir oda var. Geçtiğimiz hafta orada biraz evrakları karıştırırken 1967 yılından bir denetim defteri gördüm. Eskiden bütün denetim müfettişlerce yapılıyordu biliyorsunuz. 1967 yılında Diyarbakır Devlet Hastanesine giden müfettiş şöyle demiş. Filan ekmek temini için filan fırına 5000 kg un verilmiş ama bunun kaç ekmeğe karşılık geldiği vs. tam olarak hesaplanmadığı için bir yanlışlık olabilir. Bunun tam olarak hesaplanıp karşılığında kaç ekmek alınacağını belirlenmesi. Eczanede ilaçların bulunduğu odanın da daha iyi düzenlenebileceği" gibi böyle birkaç şey yazıp geçmiş. Şimdi 30-40 yıl önce burada bu şekilde olan bir kuruluşu ya da bir hizmet sektörünü buraya evirmeye çalışıyoruz. Alınan mesafeyi gerçekten küçük görmemek lazım. Birde yaptığımız işin sağlık hizmetinin hassasiyeti ve önemi bu hava yollarıyla ve uçaklarla çok ilişkilendiriliyor. Why do hospitals must fly?" diye bir kitap var; yazarını unuttum. Yani "Hastaneler neden uçmalı?" gibi. Uçak sektöründe %99 bile başarı sayılmıyor; uçakların %1'ni düşürmüş oluyorsunuz. Biz de sağlık sektöründe hizmet kalitesinin en önemli göstergesi ifade ettiğiniz gibi hasta güvenliği açıdan hastaların %1'ini bile riske edemeyecek bir sistemi oturtmak

zorundayız. Belki de işin önemi buradan geliyor. Şimdi bu bilgilerden sonra hekimlerin kalitesiyle ilgili olan alanda da küçük birkaç şey söylemek isterim. Bunlardan birisi sayın hocamın da ifade ettiği gibi hekimlerin eğitiminin iyi planlanıp iyi hekim yetiştirilmesi çok önemli. Bir de yine katılıyorum. Bu ömür boyu sertifikasyondan kurtulmalıyız. Biraz basamaklandırabilmeliyiz. Bu açıdan bir de tıp fakültesi eğitiminde gerçekten kalitenin bir kültüre çevrilebilmesinin hem teorik hem pratik uygulamalarının konulmasının gerekliliğine inanıyorum. Şu anda ülkemizde tabii ki belki yapılanma böyle olacak. Sağlık sistemine bakın önce bir volüm artışına ihtiyacımız vardı. Biz bunu çok iyi sağladık ve bunu sağlamaya devam ediyoruz; ama aynı düzeyde bir kalite artışı sağlayamadık. Bu çok doğal bir şey. Bundan sonra yapmamız gereken iyi adımları doğru adımları atarak işi buraya da taşıyabilmek. Dolayısıyla bildiğiniz gibi eğitimde tıp fakültesi eğitiminden başlayarak iyi programlanmalı iyi hekim yetiştirmenin önü açılmalı.

Burada sayın hocamın dediğine katılıyorum. Farklılıkları sonra söyleyeyim. Biz istatistikleri vermekten de korkmamalıyız. Biz enstitü olarak kendi stratejik planımızı yaptığımızda kısa orta uzun vadeli dedik. Yaşamın olduğu her yerde sağlığın standartları yazılabilir; madem bu enstitü için o kadar büyük beklenti ve şey içerisindeyiz. Yani bir AVM'nin bir spor salonunun da sağlığa uygunluğunu ortaya koyabilmek için böyle çok ufak ama çok önemli detay olabilecek şeyleri de yazıyoruz. Dolayısıyla biz hep birlikte bu süreçte yani sadece işletmelerin değil sağlığın her alanında kaliteyi bir kültür haline çevirebilirsek, normal yeme içme gibi zorunlu yapmamız gereken bir şeyi yani kurumların ve kişilerin içselleştirdiği bir kültür haline getirebilirsek; bunu gerçekten düzeltmiş; istediğimiz noktaya taşımış oluruz açıdan hekimlerin de dediğimiz gibi en önemli payı olan hekimlerin birincisi eğitimlerinin iyi planlanması ve eksik olanın yerine konulması tabii ki bununla da olmaz meslek odalarının buraya gerçekten katkısının sağlanabilmesi lazım. Bu açıdan bunun büyük eksiklik olduğunu görüyoruz. Burada ideolojik ya da başka taassup faktörleri bir kenara koyup; merkezde bizi buluşturan konuya odaklanarak sağlık hizmetinin iyileştirilmesinde Türk Tabipler Birliğinin olması gereken noktaya taşınması gerektiğine inanıyorum. Bu da önemli. Bunun dışında uzmanlık dernekleri de bu açıdan çok önemli. Özellikle tabii birçok yeni şeyi yaşıyoruz aslında. Tıpta uzmanlık kurulunun çekirdek eğitim müfredatlarını kabulü, uzmanların daha iyi yetiştirilmesinde çok önemli faktör olacak. Yani bu sorunun merkezindeki hekimlerin daha iyi yetişmesi ve onlardan ne beklediği ve nasıl yetiştirileceği konusunda çok iyi açıklayabilecek ve ben kendi kurumum adına bizden beklenen primer görev olan ikinci basamak kuruluşlarının akreditasyonundan sonra, birinci basamak ve 112 acil servislerin akreditasyon sürecinden sonra esas gelmek istediğimiz nokta; birim bazlı akreditasyon ve dahası da kişisel akreditasyonun önünü açabilmeliyiz. Biz de yurt dışından gelen hekimler veya başka sağlık personeli olsun hep korkup çekiniyoruz. Bu

kişisel akreditasyonu açabilirsek, iyi planlayabilirsek kim gelirse gelsin hiç korkmadan ondan hizmet alabilmeyi önemseyebiliriz. Aynı onun gibi hem sağlık kuruluşlarının hem hekimlerin istatistiklerini vererek hangi alanda iyi olduklarının ve ne kadar başarılı olduklarının istatistikleri verilebilmeli bundan çekinmemeliyiz. Dediğim gibi bunu da önemsiyorum. Bunun dışında dediğimiz gibi hekimlerin kaliteli olmasını sağlamak için değerlendirmeye hasta kuruluşlarını da katmak lazım. Bu bir süreç olup bunlarında değerlendirilmeleri hem kurumsal hemde kişisel açıdan hekimlerin daha başarılı bir yere taşınmaları konusunda önemli diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Metin ÇAKMAKÇI

Şimdi kalitenin sağlıkta kalitenin tanımları içerisinde benim yıllar içerisinde en çok sevdiğim üç komponenti vurgulamak istiyorum.

- Biri tıbbi tarafı, teknik tarafı, teknik sonuçlarla ilgili teknik mükemmellik, beceri, yetkinlik gibi prosedürler. Bunu bir tarafa koyalım. Yani bu konuda da eğitimimizin aslında fena olmadığını da tasdik edelim; bir kenara koyalım. Tamam, hala durum heterojen; ama bugünkü konuştuğumuz konu bu tarafı değil.

- Sağlıkta kalitenin ikinci komponenti deneyim tarafı: Yani soft tarafı. Hem hastanın, hem hasta yakınlarının, hem de toplumun mutlu ayrılmaları mutluluk içerisinde iyi olmak ta var. İyi olarak bu işten mutlu olarak çıkmak, teşekkür ederek çıkmak da var.

- Üçüncüsünde verimlilik ve etkinlik gibi maliyet etkinlik tarafı.

Şimdi kalitenin bu üç tarafına da hekim çerçevesinden yani hekim penceresinden baktığımız da birincisini dediğim gibi bir kenara koyarsak; şunda bir eksikliğimiz var. Onu siz söylediniz. Ben de altını çizmiş olayım. Soft tarafı deneyim tarafında eğitimimiz yok. Onu 30 yıllık olunca insan öğreniyor. Kötü deneyimlerden ve iyi deneyimlerden öğrenerek gitmiş oluyoruz. Bir de para tarafı ile ilgili olarak muhtemelen çok kötü durumdayız. Yani onu isterim bunu isterim. Tamamda ne yapacaksın hesabını verebilir miyiz? Bununla ilgili olarak onları da eğitmemiz lazım. Kendi kendimizi çünkü bu şeye kadar gidiyor. Örnekler verildi. Zafer de söyledi. Gereksiz tetkik gereksiz işlem. Bu gereksizliğin bir maliyeti Varto maliyet de bizim sırtımızdadır. Dolayısıyla hekim cephesinden eğitim tarafında o var. Meslek odaları çok kritik ve taraf olması, taraf edilmesi lazım. Ben de altını çiziyim uzmanlık dernekleri, hasta örgütleri hasta tarafı çok önemli. Ama bununla iş yetmiyor işin bir de hizmet sunumunun organizasyonu ile ilgili bir tarafı var. O konuda da sizin yorumlarınızı rica edeyim. Şu doğru mu ben epeydir o sistemin içerisinde değilim. Günde halen bir hekim 100 hasta bakıyor mu? Po-

liklinikte 100 hasta bakıyorsa bütün bu konuştuklarımızı bir kenara koymamız lazım.

Şenol ERGÜNEY

Evet şimdi ben hem bu soruya cevap vereyim hem de bir önceki soruyla da kombine etmek istiyorum.Öncelikli olarak bir hekim olarak insan; hani ben kendim demin bahsettiğim süreç içerisinde hem idarecilik yaptım.Aynı zamanda da idareciliği kendi isteğim ile bırakıp aynı hastanede üç yıl bizzat hekim olarak çalıştım. Yani yukarıdan verdiğimiz talimatların aşağıda nasıl yansıdığını; bir hekime yukarıdan biz emir veriyoruz bakalım hekim nasıl hissediyor. Bunun psikolojisini çok iyi gördüm ve bu süreçte de pratisyen hekimin eksikliği nedeni ile kendim uzman olmama rağmen bizzat 1.5 sene acilde de çalışarak acil sağlık hizmetlerini de bir pratisyen hekim gibi verdim. Dolayısıyla her aşamada bunu hissetmiş oldum. Şimdi şöyle oluyor. Hekim evinden çıkıp sabah hastaneye geldiği zaman bir kere içinde bir motivasyon hissetmesi lazım. Bir neşe sevinç hissetmesi ve ben bugün bir şey öğrenmem lazım; çok çalışmam lazım; işte üç ay içinde şunu öğrenmem lazım. İşte şu kurslara katılıp seneye şu ameliyatları da yapabiliyor olmam gerekiyor demesi lazım. Eğer hekimlere biz bunu dedirtemiyorsak; bu arkadaş ister özel sektörde olsun, ister kamuda olsun isterse üniversitede olsun fark etmez. Bunu bir kere hissetmesi lazım. Biz idareci olarak arkadaşlara şunları yapın dediğimizde o da tabii haklı olarak kendine şu soruyu soruyor neden yapayım? Niçin yapayım? Nasıl yapayımı? Diye soruyor. Belki elinde donanımı yok, vesairesi yok o yüzden benim görüşüm kesinlikle sağlık hizmetleri bir kere hekim odaklı olmak zorunda; çünkü bir hastanenin içerisinde 5000 tane sağlık çalışanı koysanız, bir tane hekim koymazsanız hiçbir doğru düzgün sağlık hizmeti veremezsiniz. Çünkü hekim olmadığı zaman ameliyat olamayacak, poliklinik olamayacak. Sağlık sistemi tamamen hekimin (daha önce de sizin de bahsettiğiniz gibi) liderliğinde rehberliğinde yürümesi gereken bir şey. Ben öncelikle bir hekim olarak bunu söyleyeyim. Şimdi hekimlerin ülkemizde çalışma koşullarında bazı sıkıntılar var. Aslında bu yurtdışında da birçok ülkede var. Hatta Almanya'da bile var. Ben gidip kendim araştırdığımda bunu gördüm. Mesela A ilindeki tetkik sonuçlarını B ilindeki hekimler göremiyordu. Birbirlerinin verilerini maalesef göremiyorlardı. Bir kere birinci basamaktan bahsedildi. birinci basamaktaki hekimlerin hasta yükünün çoğunu alması gerekiyor ama bu böyle olmuyor. Hastalar birinci basamağa daha çok reçete yazdırmak, belirli şeyleri yaptırmak gibi görev biçiyor. Daha çok ikinci basamağa ve üçüncü basamağa yükleniyorlar. Bu da bizim aslında yanlış bir şeyler yaptığımızı gösteriyor. Yani enerjimizi boşa harcıyoruz. Peki, hastayı birinci Basamağa hastayı nasıl toplayacağız? Bu seferde kendimi hasta yerine koyuyor ve hasta olarak kendi kendime soruyorum diyorum ki ben neden kendim birinci basamağa gideyim gittiğimde röntgen çektiremiyorum veya işte uzakta bir yer de çektiirmem lazım. Tetkiklerim eksik olabiliyor

veya hekime güvenmiyor gibi yüzden bir kere ulusal bir laboratuvar ve radyolojik bir görüntüleme havuzu olması lazım. Burada aile hekimi bilgisayarın başına geçtiği zaman o hastanın o ilde çektiirmiş olduğu; her hangi bir kamu kurumu olabilir; röntgen, tomografi veya ultrason sonuçlarını ve daha önce yapılmış olan tetkik sonuçlarını görebilmesi lazım. Bunları göremediği için hekim de kendini yetersiz hissediyor. Dolayısıyla zaman içinde de yeterli mezuniyet sonrası eğitim verilmediğinde birinci basamak hekim maalesef kendi kendine motivasyon sağlayamıyor.

Yıllarca ben de idareciliğimde bunu çok yaptım. Hep devlet memurlarını suçlarız. İşte devlet memurlarından adam olmaz, devlet memurlarından verim alınamaz vs. gibi. Ben de bunun tam tersini iddia ediyorum. Devlet memurlarına biz eğilmediğimiz için, devlet memurları ilgilenmediğimiz onların eğitimiyle motivasyonu ile hiç uğraşmadığımız için bu böyle. Aslında uğraştığımız da görüyoruz ki en çok verimi devlet memurlarından alıyoruz. Daha önce çalıştığım bir hastanede üç yıl aralıksız tüm devlet memurlarına asgari 30 saat bir üniversite profesörü tarafından motivasyon, sinerji ve empati gibi konularda eğitimler verdik. Bu üç yılın sonunda geldiğimiz nokta şu idi. üç yılın başında hastane deki almış olduğunuz şikayetlerin % 80'i devlet memurundan geliyordu. %20'si de şirket çalışanlarından geliyordu; yani özel taşeron çalışanlarından geliyordu. Bu sürenin sonunda ise şikayetlerin %60'ı taşeronlardan gelmeye başladı % 40'ı devlet memurlarından gelmeye başladı. Yani bu da neyi gösteriyor. Devlet memurlarının eğitim düzeyi daha yüksek olduğu için onlarla ilgilendiğimizde daha çok verim alabildik. Taşeron çalışanlarının eğitim seviyesi onlara göre daha düşük olduğu için ilgilenemedik yani bu yüzden hekimlerin de eğitimini de bence çok ciddi olarak eğilmemiz gerekiyor.

Onun ötesinde istihdam modelinde de farklı açılımlar yapılması gerekiyor. Şimdi istihdam modeli bizde 657 Sayılı Kanuna göre istihdam ediliyor. Yani bir doktor mezun olduğu zaman iş garantisi var. Hemen mecburu hizmete gidiyor bir yere yerleşiyor. Orada ne üretirse üretsin iş garantisi var fakat bu arkadaş çok başarılı olabilir ancak perifer bir yere düşebiliyor perifer yerde imkanlar olmuyor. Dolayısıyla kendini körelmiş hissediyor; köreliyor. Ama büyük hastanelerde büyük illerde de maalesef iş üretmeyen arkadaşlarımız olabiliyor arkadaşlar bu kadroları işgal ettikleri için orada iş üretmiyorsunuz. Cihaz var; her şey var. Periferde de insan gücü var; o da iş üretmiyor. Ancak onu oraya alamıyorsunuz; bunu buraya vermiyorsunuz. Yani burada bir takım avantajlı istihdam mekanizmaları olmalı diye düşünüyorum.

Son olarak ta nitelikli sağlık hizmetlerini özendirmemiz gerekiyor. Yani hekim kendinde şunu düşünmesi lazım ben radikal mastektomiye niye yapmalıyım? Nasıl yapacağım? Yapacak şartlarım var mı? İşte radikal sistektomi yaptığım zaman iki gün uyumayacağım eve gideceğim geleceğim.

Hasta şoka girecek; şöyle olacak böyle olacak; peki ben bunlarla neden uğraşayım? Bunun cevabını verebilecek mekanizmaları geliştirmek lazım.

Metin ÇAKMAKÇI

Nuran Hanım bir şey söylüyordunuz.

Nurhan İNCE

Ben Mustafa Hocamızın söylediklerinin tamamına katılıyorum. Bilahare, beraberinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite konusunda da çalışılması gerektiğini düşünüyorum; çünkü hastane kültürü yüzlerce yıllık bir kültür. Hastalar tarafından talep edilen bir kültür, yerleşmiş bir kültür. Birinci basamak sağlık hizmetleri henüz olgunlaşıyor. Onun da kökleri çok derinde; ama hastanede verilen hizmetlerden biraz daha farklı. Örneğin hasatı hemen yapamıyorsunuz; Sonuçlarını görebilmeniz için yıllar gerekiyor yada hizmetlerin büyük bir kısmı gezici; okul sağlığı hizmetlerinden çevre sağlığı, tütün denetimlerine kadar poliklinik hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmı sadece bir kısmı onun dışında bütün birinci basamak sağlık hizmetleri bizim kalite açısından gelişime acık bir alanını çalışacağımız güzel bir alan.

Bir de son olarak, poliklinik hizmetlerinin niteliğinin artırılması için birinci basamakta yılbaşından beri oluşan gelişme var. Onun da bilgisini vereceğim. Her 75000 ile 100000 nüfus için halk sağlığı merkezleri açılıyor. Bir de ben diğer panelistlerden farklı olarak bir ekibin bu eğitimin içinde olması ve sadece hekime değil bir ekibe dayalı bir kalite sisteminin baştan öyle kurgulanması gerektiğini söylüyorum. Halk sağlığı merkezlerinde şimdiye kadar Türkiye'nin pek çok ilinde kırktan fazla temel biyokimyasal tetkikler aynı günün sonunda elde ediliyordu. Büyük yerlerde örneğin İstanbul'da o gün alınan tetkikler ikinci gün saat 11:00'e kadar aile hekiminin ekranlarına düşüyor. Ama 75000-100000 nüfusa hitap eden Halk Sağlığı Merkezlerinde ise bu Halk Sağlığı Merkez Laboratuvarından çıkan tetkikler anında alınabilecek, radyolojik görüntüleme imkanları olacak ve aile hekimleri diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanları birazcık daha entegre bir hizmet yapısına geçecek. Belki o zaman bu süzmeyi birinci basamakta süzülmesi gereken hastaları daha etkili bir şekilde süzmek mümkün olabilecek.

Metin ÇAKMAKÇI

Çok teşekkürler ben de tam oraya gelecektim; çünkü rapordaki önemli konulardan biri birinci basamak olup onunla ilgili birşeyler söylemek ister misiniz?

Vahit ÖZMEN

Bir kere eğitimin sağlıkta da olmazsa olmaz bir şey olduğunun altını çizelim. Tıpta değişimin ve gelişimin olağan üstü hızlı olduğunu ben kendi cerrahi yaşamımdan meme kanserini örnek vererek söyleyeyim. Radikal mastek-

tomiden bugün meme koruyucu cerrahiye, sentinel lenf nodu biyopsisine ve onkoplastik cerrahiye gelmişken; sürekli eğitimin önemini benimsemek ve bunu uygulamak lazım. Şimdi aile hekimliğinden söz ediyoruz. Türkiye Meme Hastalıkları Federasyonu olarak 2009-2011 arası Kanser Kontrol ve Savaş Dairesi ile ortak yaptığımız ulusal eğitim kurslarımız oldu. Son derece başarılı sertifikasyonu olan ve iki gün süren yerinde eğitimle, bölgesel eğitimle yapılan kurslar yaptık. Zafer Cantürk de o zaman yönetim kurulundaydı. Bunun çok yararlı olduğunu gördüm. Bunun gibi kursların bölgesel olarak ve katılım zorunluluğuyla, sonunda bir sınav yapılarak o bölge için yada ulusal planda, prevalansı yüksek hastalıklarda değişim gösteren tanı ve tedavilerde aile hekimlerinin düzenli olarak eğitilmesi sağlık sisteminin olmazsa olmazı olmalıdır.

Metin ÇAKMAKÇI

Teşekkürler. Birinci basamakla ilgili Hasan Beyin de fikrini almak istiyorum.

Hasan AYDINLIK

Birinci basamak, sağlık hizmetlerinin sunumunda yine 663'ten daha evvel ilk örneğini Düzce'de başlattığımız aile hekimliği sistemi geldiğinde ciddi sıkıntılar oldu. Bizim meslek örgütlerimizin çeşitli sivil toplum kuruluşlarının direnci oldu. Ancak ben bu süreçte yine yönetici olarak bu olaya vaziyet eden biri olarak şunları ifade ederim. "Tabi ki siz elinizdeki imkan muaciyesinde bir işi yapmak amacı ile modeli değiştiriyorsunuz. Bunun soysal güvenlik ayağı da var. İlk başta zinciri gerin; zinciri germeden bunun anlamı olmaz diyenler oldu. Kalitenin ben yerindelik arz etmesi gerektiğin düşünüyorum. Kalite dediğimde bizim neyi sağlamamız lazım. İlk olarak doğruluğu. Herhangi hizmet alanında doğrusu ne olursa olsun güvenilirliği sağlamamız da gerekir. Bunu tabiki eldeki imkanlarla sağlayacağız. Bir hekim hala 100 hastaya bakıyorken bunu sağlamak mümkün değil ifadesi vardı; ama bunun çözümü de yok. Yıllar evvel ben Sağlık Müdürü iken bir meslek örgütü temsilcisi beni ziyarete geldi. İşte çeşitli branşların standartları ile ilgili yorumlar yaptı. İsmi hatırlayamıyorum. Ben ona şu soruyu sormuştum. "Ben şapkamı çıkarıyorum. Sağlık Müdürlüğü şapkasını size devrediyorum bununla ilgili çözüm bulun. İşte bu ilde ortopedi vakasının sayısı belli; günde sağlıkta müracaat sayısı da belli; hekim sayısı da belli. O zaman 2007 yılında bu ilde 9 tane anestezi uzmanı vardı. Kırık vakalarının sayıları şimdi aklımda değil. Biz bu standartlarla ancak bunların 1/7'sine bakabiliyorduk. Gerisini üfürükçüye mi gönderelim? Yoksa kırıkçı çıkıkçıya mı? Bunun çözümünde bulmak lazım. İşte Cumhuriyet kurulduğunda hükümet tabiplikleri varken ebelere girişimsel doğum yetkisi verildiğinde; bu bir zorunluluktan kaynaklanıyordu. Bu ara dönemdi. Tamam, tıp fakültesi bulunan üniversitelerimizin sayıları artıyor. Öğrencilerimizin eğitiminde problem var; ama bir yandanda özellikle hekim ve yardımcı sağlık personelinin sayısında ciddi bir açığımız

var. Doktor doktor gezmek önemli. Bunun çözümü biraz önce bahsedildiği gibi benim de katıldığım iki şeyden geçiyor. Bir tabii ki nitelik olarak sorun yaşandığı bir gerçek. Bu arada sağlık hizmeti sunanların sayılarını (hemşire olarak hekim olarak) arttırmak gerekiyor. İkincisi organizasyonel anlamda da yine tedrici bir geçişle organizasyonda aile hekimliği uygulaması gibi uygulamalarla her aşamada sunulması gereken sağlık hizmetinin o aşamada sunulmasını sağlamak önemli. Şimdi aile hekimine tekrar geri döndüğümüzde ve kalitesini tartıştığımızda ben şunu gördüm. Aile hekimleri belli bir nüfusla muhatap olmaları nedeniyle bir kere o kişilerle arasında bir ülsiyet gelişiyor. Malum sağlık hizmeti diğer hizmetlerden farklı olarak hizmeti alanla veren arasında ciddi bir bilgi asimetrisi var. Bu kaliteden bahsederken en önemli komponentlerden biri güvenilirliği sağlamaksa; eğer hekimle sağlık hizmeti sunulduğunda vatandaş ve yakınlarının; hastalar değil sadece yakınların da söz konusu bu. Hizmette kaliteye karşı onların algısını ölçmek gerekiyor. Memnuniyet dolayısıyla biz burada çok farklı bir aşamaya geldik. İlk müdür olduğumda 2004 yılında en azından aile hekimi uygulaması ile beraber daha evvel sadece tansiyon ölçtürmek, düzenli şeker ölçtürmek gerekiyor diye giden vatandaşlar onun dışında da sevk zinciri zorunluluğu olmasına rağmen; bu ildeki rakamlardan hatırlıyorum hala sevk zinciri kalkmamıştı o zaman. Sevk zinciri zorunlu olmasına rağmen bu ilde 980000 adet birinci basamağa müracaat vardı. Aile hekimliğine geçtiğimiz yıllarda sevk zinciri zorunluluğu kalkmış olmasına rağmen birinci basamağa müracaat sayıları dört kat artmış. Şu anki rakamlara göre ikinci basamak birinci basamak arasında neredeyse eşitlenmiş. Aslında olması gereken tabii %60 birinci basamak, %30-%40 ikinci basamak, %5 üçüncü basamak olması lazım. Ama malum halen sevk zinciri yok. Üniversiteye bile doğrudan başvurulabiliyor. Burada ki disiplini kısmen katkı paylarıyla ve sosyal güvenlik kurumu aracılığıyla yapmaya çalışıyoruz. Âma en doğru diye bir şey yok. Hele sağlıkta hiç öyle bir şey yok. Bu konjonktüre göre biz doğru yapıyoruz. Ama önümüzdeki süreçte gerek bu yeni artan sağlık personeli hekim sayısına projekte ederek aile hekimlerine düşen, hekim başına düşen nüfus sayısını düşürerek daha iyisini yapabiliriz (Bunu bakanlık planlıyor biliyoruz). Kısa bir müddet bakanlık deneyimim de oldu. Bir de biraz önceki konuya katkı yapmak istiyorum. Hani uçaklarda bir uçakta yanan kablonun diğer uçaklarda 48 saat içerisinde değiştirilmesi aslında Sağlık Bakanlığı kısa bir müddet yaptığım İlaç Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yardımcılığı görevim sırasında başlattığımız bir şey vardı. Şu an başladı. ITS olduğu gibi ÜTS başladı. Şimdi gene bir koroner stent taktığınızda komplikasyonların normal dışında geliştiğini ve retrospektif gördüğünüz de alarm mekanizmaları kuruluyor, kurulacak. İyi noktaya geliyoruz. Ben altını tekrar tekrar çizmek istiyorum. En büyük sorunumuz sağlık personelimizin başta da başaktör olan hekimlerimizin bu dönüşüme olan beraber yürüyüşü olan katkılarının azlığıdır. Meslek örgütlerine bu konuda çok ciddi bir iş düşüyor. Biz bunu sağlayamazsak o

nokta da kalırız. Ben hekimlik mesleğinin bir sanat mesleği olduğunu düşünüyorum. Hepsinin fert fert vakaya göre inisiyatif kullanması gerektiği için biz bu konuda sağlık okuryazarlığını geliştirerek, hekimlerimizin ve diğer sağlık personellerinin bu dönüşümde katkılarını almak, bu dönüşüme desteğin almak zorundayız.

Metin ÇAKMAKÇI

Çok teşekkür ederim. Şimdi toplantı kalitesine ve zaman kalitesine uyum açısından tam bir saat geç başladık ve bize verilen süre içerisinde de bitirmek istiyorum. Bu anlamda da dört dakikamız var. Kritik bir tane soru daha var ona cevap vermek isteyen bir yada iki arkadaşım cevap versin lütfen. Türkiye'de ki sorun sağlık hizmetine ulaşım ve hizmet miktarıydı. İnsanlara hizmet sunmaktı. Tamam, bunu sağladık. Yıllık hekim müracaatı 2.5 tan 9'a çıktı. Şimdi bunun doğrusu nedir bilmiyoruz. 9 çok mu? 7 mi olmalıydı? Yoksa 12 mi? olacak bilmiyoruz. Ama uzatmayacağım bu konuyu şimdi artık konuyu nicelikten niteliğe getirmemiz lazım. Yani doğru endikasyonla yatış, doğru ameliyat klinik sonuçlarının değerlendirilmesi, alınımız açık bunların ilan edilmesi ve bunların tartışılması falan. Buraya nasıl gideceğiz ikişer cümle rica ediyorum.

Vahit ÖZMEN

Buraya gitmenin yolu sağlık bakanlığının güvenilir sağlıklı bir kayıt sistemini hem devlet hastanelerinden hem özel hastanelerinden hem de diğer yetkili sağlık kuruluşlarından elde etmesi ve bunların değerlendirilmesini bağımsız yetkili bir kuruluşa rapor hazırlamak üzere sunulması ve bunların da şeffaf bir şekilde yayınlanmasıyla mümkün olur diye düşünüyorum. Bunun ulusal bazda yapılması çok zor bir süreç ama bir yerden başlamak gerekir diye düşünüyorum.

Metin ÇAKMAKÇI

Ekleme istediğiniz bir şey var mı? Buyurun.

Hasan Salih SAĞLAM

Aslında hocalarımın da söylediği şeylere kısmen katılarak toplama yapmak istiyorum 2014 yılının rakamlarına bakarsak 650 milyon kişi 650 milyon muayene olmuş. Bu muayenelerin 2/3 si ikinci basamakta 1/3'i birinci basamakta piramit tam ters. Biliyoruz ki bir yerdeki muayenelerin %15 kadarının sevk edilmesi gerekiyor. Benim öğrenciliğimde öğretilen %88'i birinci basamakta halledilebilir şeklinde idi. Bunu %10 sevk ile yapan ülkeler var ama biz ondan da vazgeçtik. %25'ni sevk etmiş olursak tabii niye bunu yapmıyoruz. Şu an için çok önemli bir sorunumuz yaklaşık 9 kez muayene olması veya 8'i aşkın muayene olmasıyla bir hekim başına düşen nüfus henüz yeterli bir miktarda değil diyebiliriz. Dolayısıyla biz birinci basamağı güçlendirmek durumundayız. Bunu yapmadığımız sürece biz bütün hastaları hele de hekim seçmenin bir hak olduğunu yanlış anlayarak herkesi biz ikinci basamağa en üst yere üçüncü basamağa yığdığımız

zaman burada çok ciddi bir sorunumuz olacak. Hastayı seçemeyeceğiz. Hasta memnuniyetsiz olacak belki işini asgariden yaptırmış olacak; hekim iş yükünden şikayetçi olacak memnuniyetsiz olacak; kurum belki de bir gelir elde ettiği için memnun gibi olacak ama orada bir prestij kaybı söz konusu olacak; çünkü kötü bir hizmet vermiş olacak; ödeyen kurum ise SGK şu bu neyse o da bir israf içerisinde olacak; çünkü biliyoruz üçüncü ve ikinci basamakta ki maliyet birinci basamağa göre çok daha fazla onun için herkesi memnun edecek şekilde veya edebilecek bir sistem olan sevk sisteminin bir şekilde kurulması mecburiyeti var. Böylece ikinci basamak üçüncü basamak ta çalışan bir hekim 650 milyon kişi muayene olmuş bunun burada 1/3 az hasta baktığı zaman kişi daha güvenli bir iş yapmış olacak. Halen hakikaten günde yüz hasta bakıldığını düşünürsek eğer günde otuz hasta bakıyorsam kendimi daha güvende hissedeceğim oraya gelen hasta da kendini daha güvende hissedecek. Bu hem hekim açısından hem hasta açısından bir iyilik; ama hekim açısından bir endişe var. Buda, gelirim düşecek mi? kurum bir prestij kazanabilir ancak onun da bir kaygısı var acaba gelirim düşecek mi? Ödeyen kuruluş açısından tasarruf söz konusu olacak halde hekimin ve kurumun endişesini Hasan Bey’inde biraz evvel değindiği gibi ödeme kurumların da ki bir düzenleme ile oradaki kaygıları ortadan kaldırdığımız zaman bu ikinci ve üçüncü basamakta yapılacak işlerin daha kaliteli hale gelmesini sağlayabiliriz.

Nurhan İNCE

Son beş yılda bu ülkede tıp fakültelerinden 25.000 hekim mezun olmuş. Bu 25.000 tane hekimden birinci basamağa aile hekimi olarak çalışmaya eklenen hekim sayısı 730 civarında. Dolayısıyla bakanlığın bundan sonraki politikası birinci basamakta ki hekim sayısını artırmak; karar ağaçları, rehberler, algoritmalar oluşturarak hekimlerin daha kural-lara uygun daha düzgün hekimlik yapmasını sağlamak olmalı. Zaten ikinci vizyonda bu var. Yani Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun birinci basamak hekimlerin kronik hastalık takipleri gibi işlerle koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık ekonomisine uzun vadede ikinci basamağın yükünü almaya yönelik çalışmalar yürüttüğünü söyleyebilirim.

Metin ÇAKMAKÇI

Buyurun katkıda bulunun.

Mustafa BERKTAŞ

Kişisel verilerin korunması ve bilgi güvenliği ile ilgili çok ciddi adımlar atılması lazım. İyi veriler yakalamak istiyorsak harca-yabilmemiz lazım. Bir Örnek var. Avusturya Hükümetinin bu alanda 1.5 milyar dolarlık yeni bir bütçe ayırdığını ifade etmek belki önemi açısından vurucu olabilir.

Metin ÇAKMAKÇI

Amerika’da arabanın bagajındaki çantasındaki notebooktan

hasta bilgileri çalındığı için bir onkoloğa 350 bin dolar ceza verildi.

Mustafa BERKTAŞ

Evet doğrudur. Yine güçlerin birleştirilmesini çok önemsiyorum. Yine sağlık-netin ve onun yansıması e-nabız’ın bu alandaki önemini biliyoruz. Ama onun da yine bir meslek kuruluşunun başvurusu ile Danıştay tarafından yürütülmesinin durdurulmasının zaman emek ve enerji kaybı açısından çok önemli olduğunu söyleyebilirim. Son olarak TUSEB’in bu konuda ki yerini vurgulamak istiyorum. Nasıl sağlıkta araştırma geliştirme ve teknoloji transferinde ki eksikğin yerine getirilmesi için teknoloji enstitülerin kurulması söz konusu olmuş ve kısa zamanda aşı gibi, genom projeleri gibi önemli şeylere imza atılmıştır. Bizim şu anda ki konumuz olan kaliteyi iyileştirmesi sürecinde aslında görünürde akreditasyon olsa bile benim kurumumun en önemli görevinin bu süreci iyileştirmek olduğunu ifade edebilirim. Yine bunu oluşturma açısından burada bulunan değerli konuklarımız gibi bizim bilimsel tartışmalar oluşturma yetkimiz var. Saha örneklerinden bu konuda sorunu çözmüş devlet örgütlerinden de yola çıkarak bilim kurumları aracılığıyla ciddi çalışmalar yapmamız gerektiğini ve bunu raporladığımızı ifade edebilirim.

Metin ÇAKMAKÇI

Çok teşekkür ediyorum değerli panelistlere verdikleri değerli bilgiler için ve zamansızlık nedeni ile siz değerli katılımcılara fikrinizi soramadım. Kusura bakmayın ama bu sürecin devam edeceği çok açık. Katıldığınız için çok teşekkür ederim. Teşekkür belgelerini verelim Mustafa Bey; Şenol Bey; Hasan Salih Bey; Nuran Hanım; Vahit Bey ve Hasan Bey çok teşekkürler.

Panel Çıktıları:

o Mevcut durumda hiyerarşi konusunda bir problem olmadığı halde sağlık personelinin uyumunda sorunlar oluşmaktadır. Bu noktada sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmalı, organizasyon ve kalite denetimleri yapılmalıdır.

o Sağlık hizmeti sunanların sayısının artırılması ve organizasyonel anlamda aile hekimliğinden faydalanılması gerekmektedir.

o Aile hekimliği belirli bir kesime hizmet verdiği için birinci basamak güçlendirilmek zorundadır. Herkesi ikinci ve üçüncü basamaklara yönlendirmek büyük sorun teşkil etmektedir. Günde 100 yerine 30 hasta bakmak hekimi de hastayı da güvende hissettirir. Ancak hekimlerin gelir kaygısının bunu etkilediği hatırlanmalıdır.

o Merkezi yapılanma sürecinde ruhsat denetimleri yapılmaktadır. Bu denetimlerin bağımsız kurumlara devredilip daha sonra akreditasyonlarının yapılması gerek-

mektedir. Yükseköğrenim kalite kurumu, eğitimi kendi akredite etmemektedir. Bağımsız kuruluşlar ile farklı alanlardaki denetimlerin tek elden yürütülmesi iyi olacaktır.

o Hızla artan tıp fakülteleri var ama bir standart yok. Kontrol yok. Birinci sorunumuz tıp fakültesindeki eğitimin kontrolünü sağlamak kalite kontrolünü sağlamak. Bu tıp fakültelerinin bağlı olduğu YÖK'de veri toplanılması ve gerekli istatistik kurumlarına gönderilmesi ile olabilir. Aile hekimlerinin bilgi beceri düzeyleri kontrolü Sağlık Bakanlığı'nın kurduğu bir kurum tarafından yapılmalıdır. Meme kanseri tedavisinde başlama süresi yaklaşık 3 ay olup Sorumluluk 2/3 oranında sistemdedir. Hekim ve hastanelerin kalite kontrolünün şeffaf bir şekilde duyurularak belirli aralıklarda yapılması gerekmektedir.

o Ömür boyu sertifika yerine basamaklandırmak gerekir. Tıp fakültesi eğitimi iyi programlanmalıdır. İstatistiklerin verilmesinden korkmamalı. Enstitü sağlığını standartlarını yazabilmeli. Kaliteyi kültür haline getirmek gerekir. Eğitimlerin iyi planlanması eksik olanın yerine konulması meslek odalarını katkısı da olmalı Türk Tabipler Birliğinin olması gereken noktaya taşınması gerekir."

o Kayıt sisteminin olmaması büyük sorun oluşturmaktadır. Meme kanseri ile ilgili verileri pek çok ülkede yok. Bizim ülkemizde de büyük eksiklik var. Sadece Sağlık Bakanlığı'nın değil üniversitelerin ve bilimsel kuruluşların bu görevi olmalıdır.

o Eğitim kalitesi ile ilgili olarak yapılan kursların yararlı olduğu düşünülüyor. Sonunda sınav yapılması, bölgesel olması ve sertifika verilebilmesi iyi olacaktır. Aile hekimlerinin böylece düzenli olarak eğitilmesi gerekir. Kayıt yapılması hakkında ise rapor hazırlanması ve şeffaf bir şekilde sunulması önem taşımaktadır.

o Önümüze bakarken veri analiz sistemi nitelikten niceliğe nasıl geçmeliyiz? Beş neden analizi (birinci basamak sağlık hizmetleri kurulu ile görüşülmüş)

1. veri analizi ile ilgili: veriyi kullanamıyoruz.
2. karar vermeye yarayacak veri elde etmek.
3. akademi bu veriyi nasıl yönetecek.

Sağlıkta üç kalem önemlidir. Bunlar:

- * hastalığı iyileştirmek
- * hasta memnuniyeti
- * ve finans yönetimi.

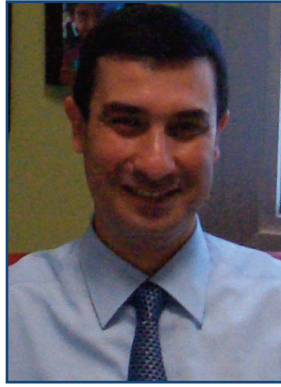
o Kalitenin ayrıca çalışılması gerekir ancak hastane hizmetlerinden farklıdır ve sonuçuyllar alabilir.

o Amaç standart kaliteyi elde etmektir. Desantralizasyon farklı sonuçlar doğuracaktır. Kalite santralize edilirken merkezi olmalı ve herkes içinde olmalıdır. Sağlık Bakanlığı olmadan sağlıkta kalite kriterleri uygulamak mümkün değildir. Denetiminin Sağlık Bakanlığı tarafından değil, dış kurum tarafından yapılması gerekir. Yönetimin santralize edilmesi ancak kaliteden sonra yapılabilir. Yerele sağlık bölgeleri bazında daha fazla yetki verilmelidir. Doktorun işe gelirken motivasyonu yüksek bir şekilde gelmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde yöneticinin kesinlikle hekim olması lazım. Hekim olmadığı zaman ameliyat poliklinik olamaz. Hekimin liderliğinde yürümesi gerekir ancak hekimlerin çalışma koşullarında sıkıntılar var. birinci basamaktaki hekimlerin hasta yükünün çoğunu alması gerekir. Ulusal Laboratuvar ve Radyolojik Görüntüleme Havuzu olması lazım. Aile hekiminin bilgisayar üzerinden o hastanın o ilde çektiği röntgen, tomografi, ultrason ve tetkik sonuçlarını görebilmesi lazım. Görmediği için hekim kendini yetersiz hisseder ve motivasyon sağlayamaz zaman içinde. Sağlıkta çalışanlar incelendiğinde en çok verimin devlet memuru statüsünde çalışanlardan alınmaktadır. Personellere asgari 30 saat motivasyon eğitimleri verilmiş. Bu eğitimden önce hastanede alınan şikayetlerin %80'i devlet memurlarıyla ilgili %20'si taşeronlarla ilgili olarak gidiyordu. Eğitim sonrası şikayetlerin %40'ı devlet memurundan gelmeye başladı. Taşeron çalışanın eğitim seviyesi de düşük. İstihdam modelinde de 657 sayılı kanun ile iş garantisi var. Bu konuda yeni düzenleme yapılmalıdır.



ÖZEL KONFERANS

Moderatör



Bahadır GÜLLÜOĞLU

Konuşmacı



David RIEMER

Bahadır M. GÜLLÜOĞLU

Şimdi aslında bu toplantılarda sizlerin burada bu salonda bulunmanızın sebebi her birinizin birer fikir lideri olduğunuzu düşünmemizdir. Çok samimiyetle konuşacağım bir bürokrat değilim. Ben bir bilim adamıyım, bir klinisyenim, aynı zamanda sağlıklı bir insan gibi görünsem de hasta da olabilirim; yakınlarımda sizlerin eline düşebilir. Bu salonun içerisinde hekim olmakla beraber yine işletmeciler arkadaşlarımızda var. Sağlık yöneticisi arkadaşlarımız da var. Biz bu hikayeye başlarken; dediğim gibi ne yapacağımızı nasıl gideceğimizi düşünürken insanları yavaş yavaş etrafımızda toplamaya başladık ve gördük ki gerçekten bu alanda insanlarda bir iştah var. Sadece iş yapmak değil amacımız sonunda bir ürün çıkartabilmektir. Eğer ürün çıkartamıyorsanız bu toplantılar sadece sosyete toplantıları haline gelir ve rektörleri görürüz; bakanları görürüz; bürokratları görürüz; fotoğraf çektiririz ve sonra evimize döneriz. Ne yaptık bugün sorusuna yanıt ararsak sıfır elde var sıfır. Tabi ki de elinizde birtakım şeyler olur; ama ne elde ettiğiniz sonunda gerçekten önemlidir. Hayatta bir amacımız var o da mutlu olmak. Fethi Hocamızın dediği gibi sosyologlar da, psikologlar da bu işin içinde olmalıdır. Evet, gerçekten onlar da bu işin içerisinde olmalıdır. Mühendisler de bu işin içerisinde olmalı; işletmeciler de bu işin içerisinde olmalı ama en önemlisi bu işin içerisinde yaratıcı kişilerin olması gerekiyor. Yani izolasyon sahibi o kültüre sahip insanların olması gerekiyor. Şimdi çocukluk çağlarımızdan itibaren hepimizin bir takım hayalleri vardır. Gerçekleştirmeye çalışırız; ancak bunların kimini yapabiliriz kimini yapamayız ama hayal etmeye de devam ederiz. Bunların birçoğunda da başarılı olamayız; çünkü gerekli insanları etrafımızda bulamamışızdır. O insanlar bir araya geldiği zaman ürünler ortaya çıkacaktır. İşte inovasyon kültürü de böyle bir şeydir. Yani sadece ve sadece bulunan problem için ah vah demek değil buna çözüm üretebilmek için düşündürmektir. Ama günlük yaşamınız içerisinde buna zaman ayırabilmek sonra da gerekli insanları bularak onlarla beraber bir ürüne doğru gidebilmek ve ürün dediğimizde gerçek bir problemden başlayarak ürüne geldiğiniz zaman katma değer elde etmenizdir. Bunun içerisinde girişimciler vardır. Girişimcileri sadece para sahibi kapitalistler olarak düşünmeyin. Bunun içerisinde fikri geliştirebilecek insanlarda vardır. Biz onlara paydaş diyoruz. "Steakholder" bunlar. Bunların bir araya gelmesi için biz bu toplantıları yapmaya çalışıyoruz. O yüzden bir sonraki toplantı İTÜ 'de olacak ondan sonra tekrar diğer paydaşları işin içerisine katacağız. Diğer sektörleri dinleyeceğiz. İşte o nedenle bugün önemli bir konuşumuz var. Bugün Berkley Kaliforniya'dan gelen David Riemer. Sağ olsun bize, ilk baştan itibaren, bu konuya destek veriyor. Kendisi Kaliforniya Üniversitesi İşletme Fakültesinde profesördür. Aynı zamanda Yahoo'nun bir önceki başkan yardımcısıdır. Marketing yani pazarlamadan sorumlu idi. Ama bütün dünya da bugüne kadar en önemli işi ve en önemli misyonu hikaye anlatabilmek; yaratıcılığı teşvik ede-

bilmek ve girişimcilik ile yaratıcılığı bir araya getirerek ürün ortaya çıkartmaktır. Sağlık onun için biraz uzak olmakla beraber aslında her zaman içindeydi. Kendisi de hasta oluyor; kendisi de doktorlarla işbirliği yapıyor bir şekilde. Hatta biraz sonra kendi konuşmasında da size bunlarla ilgili örnekleri verecek ve sadece bu toplantıya özgü bir konuşma hazırladı ve Bunun için gerçekten çok da emek harcadı yüzden kendisinin burada vereceği ışığı parıltı ve daha da önemlisi ben altını özellikle çizmek istiyorum motivasyon gerçekten önemli; çünkü o konuşmayı dinledikten sonra ve öğleden sonraki panelleri ve konuşmaları dinledikten sonra hepinizin aklına şunun gelmesini diliyorum. Benim de bir çözümüm olabilir". O zaman çözümünüz varsa bunu gerekli kişilerle buluşturmak için işte USKAF var. USKAF size bundan sonraki toplantılarında da, büyük kongresinde de ve sonraki kolları ve organlarıyla bunu yapabilmek için elinden geleni yapacak. USKAF para kazanmak için kurulan bir forum değildir. USKAF sonuçta sizlerin kendi arasında oluşturabileceği yeni girişimcilik modelleriyle sadece bu ülkeye değil dünyaya da belki yepyeni model oluşturmaya çalışabilecek altyapı oluşturmak için kurulmuş bir forumdur. Hepiniz bu forumun üyesisiniz. Ben hepinize tek tek teşekkür ediyorum ve David'i çağırıyorum.

David RIEMER

Zafer dün gece bana sormuştun. Gençlere ne söylerim, ne tavsiye ederim diye bir fırsatım olsa onlara bir ilham kaynağı inovasyon ile ilgili yenilikle ilgili ilham kaynağı verecek olsam ne söylerdim diye sordun. Derdim ki; "Bir şey bozulduğunda onu onarmak için yola çıkmak iyimserliktir. Her zaman iyimser olun". Bir şeyin aksak olması durumunda bir arıza olması durumunda nasıl onu onarabilirsiniz. O iyimserlik ile başlayın. İnovasyonun temelinde bu iyimserlik var. Bunu taşımaya iter. Biz inovasyon ile ilgili neler anlatabiliriz?

Every innovative idea starts with a problem



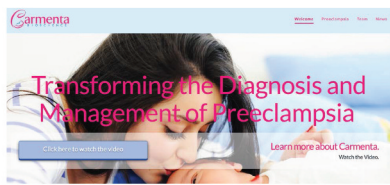
Bahçeşehir High School for Science and Technology

üç yıl önce İstanbul'a gelmiştim. Ziyaretimin bir kısmında Bahçeşehir Lisesi'ne gittim. Bilim ve Teknoloji Bölümünde öğrencilerin, 16-17 yaşındaki öğrencilerin araştırmalarına şahit oldum. İlgilendikleri konular o kadar önemli konular ki bunlar lise öğrencileri atomları inceliyorlardı. Teknolojik meseleleri inceliyorlardı ve deneyler yapıyorlardı. Bana onları anlattılar. Mesela burada gördüğünüz öğrenci bana kendi projesini anlattı. Türkiye'de Karadeniz'den geliyor tüm testleri geçmiş, başarılı olmuş ve İstanbul'a bu okulu kazanarak geliyor. Testleri geçiyor ve liseyi kazanıp geliyor. Söylediğim gibi özellikle Karadeniz kıyılarında aşırı balıkçılık, fazla balıkçılık gibi problemlerin yaşandığı bir bölgede yaşıyor; fakat yaşadığı bölgede herhangi bir düzenleme yönetmelik yok ve aşırı balıkçılıktan muzdarip olan bir bölgeden geldiği için ayrı bir yöntem bulmuş. Yani yönetmelikleri düzenlemeleri geçiyor olsan bile insanların yönetmelikleri düzenlemeleri nasıl uyguladıklarından emin olacaksın. Yaptığı proje ile "Önemli olan şey kıyıların doğru bir şekilde takip edilmesi ve bu kıyıların takibi ile beraber düzenlemelerin yerine getirildiğinden emin olmamız gerekir" dedi. Yapılacak şey için "dronlar yani insansız araçlar uçurabiliriz" dedi. Bunların fikri böyleydi ve hatta bunun için bir patent bile almışlar. Yaptıkları projede bu "dronlardan" öyle bir teknolojik ürün yapacaklar ki sahil kıyı güvenlik ekiplerinin kıyı şeritlerini takip etmeleri sonrasında balık teknelerinde neler olduğunu takip etmeleri daha kolaylaşacak ve takip edilebileceklerdir. Burada önemli olan şey problemin tespitidir. Gördüğünüz gibi her şey problem tespiti ile başlamış. Bugünde zaten bununla yani sağlık sektöründe problemlerin tespiti konusuyla ilgili konuşacağız.

Problem finding in health care



Matt Cooper, UC Berkeley Grad

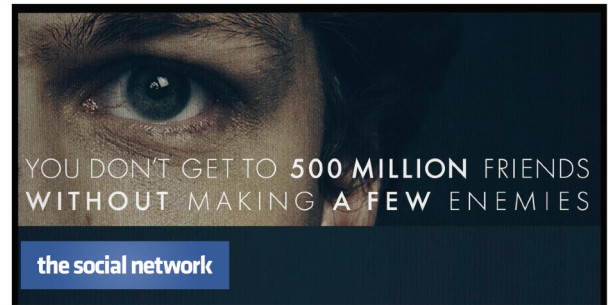


Bu arada bu da Matt, bizim bir üniversite öğrencimiz. Berkley Üniversitesi mezunlarından. Bana "inovasyon ve hikaye anlatma özelliğini çok seviyorum" dedi. Ben hikaye anlatılırken bu tür bir potansiyel bir yatırımcı olarak önemli hislere kapılıyormuş. Hatta ayısını kendi firmasına gelen bir yatırımcıda da görmüş. Kişi hikaye anlatılırken gözyaşlarını tutamıyor ve çok etkileniyormuş. Bu arada bu kişi iki çocuğa sahip bir baba. Çocuklardan bir tanesi sağlıklı doğuyor. Boston'da en önemli hastanelerden birinde Harvard'da eğitim almış. Hastanelerden biri diyor ki kendisi için ilk çocuğunu kucagina alırken en kötü anlarını yaşamış o

anda bile neden çünkü eşinin preeklampsiden muzdarip olan bir durumu var. Hamilelikte kötü sonuçlar doğurabiliyor ve neredeyse eşini kaybedebilecek bir noktaya gelmişti yani bir problem olduğunda bunu tespit edebileceği inancı ile yaşayan biri olduğu için bu tür kötü bir tecrübenin sonrasında ayrı bir firma açıyor. Preeklampsinin teşhisi ve yönetiminde olanlardan dolayı eşinin yaşadıklarını başkası yaşamamasın diye bir firma kuruyor. Eşi çocuğunu doğururken ölecekti. Bunu hissettiği için onun bir problem olduğunu tespit ediyor ve böyle bir problem var diyor.

İnovasyonunun temelinde var olan iyimserlik ile yola çıkıyor ve biz bu problemi yenebiliriz diyor. Her şey işte o duygu ile başlıyor. Hikâyelerden gelen o duygu patlaması ile başlıyor. Yine problemler nasıl tespit edilir? Problemlerin tespiti acaba inovasyonun o büyük döngüsünün neresinde bulunuyor? Bunlardan bahsedelim. Son örnekte de yine sağlık endüstrisinden bahsettim; ama başka hizmetlerden başka ürünlerden de bahsedeceğim. Eminim sizde onları biliyorsunuzdur.

Observed insights often surface the problem



Mesela bir sonraki örneğimizde Facebook'a olan gereksinimin nasıl tespit edildiğini göreceksiniz. Facebook'un yaratımı ile ilgili. Bu arada Facebook'u olanlar var mı? Elerini görelim çoğunuzun vardır diye düşünüyorum. Facebook nasıl oluşturuldu? Social Network diye bir film var biliyorsunuz.

Filmde şöyle bir sahne vardı. Neler olduğunu anlatan bir sahne. Facebook'un kurucusu Mark Zucerkberg'in Facebook ürününün nasıl ortaya çıkardığını anlatan bir sahne var. Önce bu sahneyi izleteceğim size. Sahnede neler olduğu ile ilgili ardından detaylı bir şekilde konuşacağız. Problemi tespit ediyor ve problemin tespitinin ardından bir şey geliştirme fırsatı göreceksiniz ve bunu bu sahnede görüyorsunuz. Bu filmi izleyen var mı? Social Network'u? Aranızdan birkaç kişi izlemiş galiba. Ne yapmıştı peki hatırlıyor musunuz? Odasına gittiğinde ne yapmıştı? Evet, aklına bir fikir geldi. Facebook ile ilgili bir şeyler yapmayı düşünüyordu; ama o ana kadar o konuşma anına kadar bir şey eklememişti hatırlayan var mı? İlişki durumu bilmiyorum kim söyledi ama aranızdan evet ilişki durumunu

gösteren bir şey ekledi. Evli misin bekar mısın onu gösteren sekmeyi ekledi. Bu anlamda Mark Zuckerberg bir girişimci olarak problemin tespitini yapıyor; problemi fark ediyor. Arkadaşı ile ilgili bilmiyorum sahnede ki her şey duyulabil-diniz mi? Ama Stefanie ile ilgili neler biliyorsunuz? Sınıfta baktığın kişi biri ile görüşüyor mu görüşmüyor mu bunu biliyor musun? Diye soruyor. Neden ona gidip çıkma teklifi etmiyorsun? Sizce niye etmiyor? Utangaç mı? Ya da neden korkuyor? Peki, neden çekiniyor? Reddedilmekten korkuyor. Aynen öyle işte bu anlamda büyük bir girişimci Mark Zuckerberg şunun farkına varıyor. İşin içinde bir insan faktörü var. Sizin söylediğiniz o psikoloji konusuna gündeme getiriyor. İnsanların zihinlerine yerleştiriyor. Bizi işte o anda arkadaşının ret korkusu var. Onu nasıl çözebilir arkadaşları ile ilgili daha fazla bilgi edinebilirse özellikle ilgilendiği kadınların bekar mı? Ya da sevgilisi var mı yok mu? Bilgilerini elde edebilirse o kişilerin ret edilme problemlerine bir çözüm getirebilir. Yani problemi önce tespit ediyor; problemi fark ediyor ondan sonra problemin çözümüne ilişkin bir şeyler yapıyor.

Uncovering the problem



Biz her gün benzer şekilde bizi rahatsız eden sorunlarla karşılaşyoruz ve diyoruz ki aslında bu daha da iyi olabilir. Yani burada biraz aksaklıklar var. Bu sistem iyi ama şu sistem hiç de iyi değil dediğimiz anlarla karşılaşılıyor. Ne yapmamız lazım peki bizim? Şuna ihtiyacımız var. Biz bunu başarabiliriz ve biz bunu giderebiliriz. Bir şeyi tespit ettiğimiz zaman o problemin arkasında ne olduğunu tespit edip onu onarabiliriz. Ama bir şeylerin iyiye gidebilmesi için önce problemin tespiti önem taşıyor. Problemi belirlemek lazım ve problemin ardında yatanı aynen biraz gazeteci gibi, biraz antropolog gibi, biraz da dedektif gibi davranarak görebilmeliyiz. Problemin ardında ne yatıyor? Altta yatan sebep nedir? Gerçekten neler olup bitiyor? Problemin arkasında olanları görebilmek için bu üç meslek dalı gibi davranmamız lazım. Sizin söyledikleriniz gerçekten çok önemli idi. Problemlerin tespitinde yine sağlık sisteminde de bunlar geçerli kaliteyi istediğimiz seviyeye çıkarabilmek için bizim görünenin altına, yüzeyin altına inmemiz lazım. Bir şeyleri biraz daha detaylı değerlendirmemiz lazım. Bazen problem belirgin olmayabiliyor; çünkü genelde insanlara şunu diyoruz. Biz problemlerin anlaşılması için çalışan insanları üç şekilde yönlendiriyoruz. Neden diye sor;

birisi sana eğer yanıt veriyorsa onun ardından ona da neden diye sor; sonra bir daha üçüncü kez neden sorusunu sor hatta bir kere daha neden sorusunu sorduğun zaman artık o nedenin ardındaki problemin tam da kökenine inmiş olacaksın. Bu problem sağlık sektöründen değil ama yine ilginç bir örnek olacak sizin de ilginizi çekecek diye düşünüyorum. İnovasyonun temelinde mesela "Huggies" diye bir ürün var. Huggies bebek bezi biliyorsunuz. Türkiye'de de bulunan bir marka ve eğer Huggies'de çalışanlar, Kimberly Clark firmasındakiler, onlar inovasyon sağlamak; bebek bezleri geliştirmek; yenileştirmek için bir bebek bezinin daha iyi olması; idrarı nemi çekebilmesi için her seferinde kendilerine bu soruyu sordular. Ne yapmamız lazım? Yani bebek bezinde kullanılabilecek daha iyi materyal ne olabilir diye sormaya başladılar; ama sonra bir baktılar başka bir şey yapalım dediler. Etnografik araştırmalardan bahsetmiş miydi? Sanki bahsedildi gibi. Etnografik araştırmaların şöyle bir kökeni vardır. İnsanların evine gidersiniz. Onların tecrübelerini deneyimlerini dinlersiniz. Sağlık hizmetlerinde de insanların hastanelerdeki tepkilerini izlersiniz; belki onların evlerinde bile takibini yaparsınız. Böyle de bir örnek olabilir ama ne yaptılar insanların evlerine gittiler; evlerini ziyaret ettiler. Aileleri dinlediler özellikle de çocuklar ilk kez tualeti kullanmaya başlayan çiş alışkanlığını geliştiren çocukların anne ve babaları ile konuştular. Burada çocukların anne ve babaları ile konuştukların da bizden ne beklersiniz? Ne istiyorsunuz? Diye sordular. Aslında neden nefret ediyorsunuz diye sordular. Anne babalar insanların bana bakıp "Aaaa...! Çocuğun hala bez mi takıyor? Çocuğunu hala altını mı alıyorsun?" demelerinden rahatsız olduklarını söylemişler. Bunu duyduktan sonra düşünmeye başlamışlar o zaman öyle bir şey yapmak lazım ki problem bebek bezinin nemi daha iyi çekmesi değil belki de problem herhangi bir şekilde bebek bezinin olmaması yani bebek bezi olsun ama aynı zamanda olmasın. Ne yapmışlar "Huggies pullups" biraz daha iç çamaşırı yani çocuk külotuna benzeyen bir bebek bezi geliştirmişler. Neredeyse bir görünmez diyebileceğimiz bir bebek bezi ve bu proje milyar dolarlık bir işe dönüşüyor. Bu bebek bezi ile aileler kendilerini daha iyi hissediyorlar. Bu aslında milyar dolarlık iş fakat bu iş için insanları incelediler; aileler ile konuştular ve insanları ziyaret ederek gerçekten ihtiyaçları neler onları dinlediler.

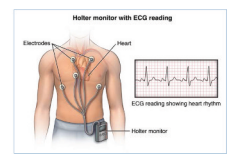
Tech first... problem second?



Rita Macedo
PHD in Physics
Engineering
(magnetic sensors)



Magnetic sensors to monitor the heart



Siz de bahsettiniz böyle basamaklı bir projeniz var. Sağlıkta Kaliteyi artırmayı çalışmak için konferanslar düzenleyeceksiniz. Bunlar önemli özellikle de problemi tespit açısından önemli. Aksi takdirde problemleri onaramazsınız. Problemlerin belirlenmesi lazım. Bu da çok ilginç. Bazı durumlarda insanlar şöyle diyor "Acaba inovatörler önce teknolojiyi mi bulurlar sonrasında problem mi ortaya çıkar". Bazı durumlarda cevabımız doğru bazen teknolojiyi önce bulursunuz ama problemi göremeyebilirsiniz. Bazı durumlarda da teknolojiyi sonrasında fark eder ve problemin çözümüne ulaşırsınız. Mesela Portekiz'den bir doktora öğrencimiz var. Berkeley'den öğrencimiz. Ben oradan geldiğim için birçok örneğim Berkeley'den olacak. Rita araştırmalar yapıyordu. Manyetik sensörlerle ilgili bir araştırmalar yapıyordu ve çok hafif ve uzun süre dayanan piller kullanılan manyetik sensörler buldu. Aslında bunun çok da iyi bir teknoloji olduğunu fark etti; ama şimdi bu teknolojiyi bulsak onu ne yapacağız önce onu da bulmak gerekiyordu. Öncelikle bu teknolojinin çözümü ve bir de yardımcı olacağı problemleri tespit ettiler. Önce teknolojiyi ürettiler; sonra problemlere baktılar. Belki fark edersiniz Tom, şuradaki, belki içinizde tanıyan vardır. Ama tespit ettikleri problem insanların kalp atışlarını görmek için çeşitli yollar var. Mesela EKG ile görebilirsiniz ya da ayrı bir monitör kullanılabilir. Ben de takmıştım bu monitörlerden. Bu model çok rahatsız ediyor ya da göğsünüzü traş etmek zorunda kalıyorsunuz. Ayrı bir monitör takıyorsunuz oraya 24 saat kadar takıyorsunuz. Ondan sonra bitiyor. Yani çok kısa zamanlı çok dar zamanlı bir kalp atım ve kalp ritmi izleyen bir şeydi. Sonra "PicoSense"yi geliştirdiler. İnvazif olmayan bir monitör, kalp atımı izlem sürecini izlemeyi kolaylaştıran ayrı bir cihaz. Herhangi bir şekilde invazif bir müdahale gerektirmiyor. Hiçbir şekilde bu kıllı göğsünüzü bile traş etmek zorunda kalmıyorsunuz. Yani rahatlıkla invazif olmayan bir şekilde kalp ritminizi ölçülebilir. Yani bazen teknoloji önceden geliyor ama teknoloji eğer bir probleme yanıt vermiyorsa ve hayatlarımıza entegre olmazsa o zaman teknoloji de bir inovasyona, bir ürüne dönüşmüyor ve söylediğimiz gibi bir probleme yanıt vermesi de çok önemli.



Act 1

How the problem fits into the story

Yine bu tür problemin inovasyonla olan ilişkisini anlamada önemli olan yöntemlerden biri de hikayelerdir. Her zaman hikayeler anlatılır. Bu hikayeler gerçekten de çok harika

yaklaşımlar yaratıyor; çünkü inovasyonu çok daha iyi düşünebiliyorsunuz. Şimdi bir hikayeye bakacağız inovasyon sürecine bakacağız sonrasında ikisini birden değerlendireceğiz.

You can't have a great story



If you don't have a big conflict (a big problem).

Ben Pixar'ın filmlerini örnek olarak size vereceğim; çünkü insanların yani tüm dünyada herkesin izlediği filmler var. Bu arada "Toy's Story" ("Oyuncak Hikayesi")- 3'ü izleyen var mı? O zaman size örnek vereceğim. Birkaç dakika içinde Oyuncak Hikayesi-3'ten bir pasaj izleyeceğiz. Bu arada asıl söylemek istediğim şey tüm mükemmel hikayeler yumuşak şekillerde başlamaz. Yani zor bir çetrefilli bir süreçle başlar; ama ardından mükemmel bir hikayeye dönüştürebilirsiniz. Eğer o problem yoksa yaşananların ardından inovasyonun gelmesi pek de olası değildir. Yani söylemek istediğim şey eğer şu an tamam yetişkiniz ama bu yetişkinliği bir kenara bırakacağız. Hikâye anlatımıyla ilgili bir şeyler söylemeden önce size kısa bir film göstereceğim; bir fragman göstereceğim; bu hikayedeki protogenez ana hikaye kahramanı kim onu düşünmenizi istiyorum. Onların motivasyonları neler; onları heyecanlandıran şeyler neler; onları ne ayakta tutuyor ve bu hikayedeki o çatışma ne; insanları almaları için iten şey ne ve ne insanları heyecanlandırıyor. İlham kaynağı ne? Biraz onlara bakın sonrasında konuşalım. Bu sahnede umuyorum takip edebilmişsinizdir. Ses net gelmiştir; ama yine üzerinden geçelim isterseniz. Burada ki ana kahraman kim sizce? Protogenez dediğimiz ana kahraman kim? Buradaki değilmiş evet her zaman ipuçları koyarım ekrana evet şurada gördüğünüz Body. Kendisi ana karakter oyuncak da gerçek bir insan değil ama biz onun bir karakter olduğunu hayal ediyoruz ve onu takip ediyoruz. Bu hikayemizde onu ana karakter yapan şey ne? ve birde arkadaşlarının diğer oyuncak arkadaşlarının motivasyonu ne? Niçin yaşıyorlar? Etnografik bazı görüşmeler yaptınız onlarla, sizin için en önemli şey olduğunu söyleseniz ne derler? Yaşamda ne önemli onlar için eğer oyuncaksanız önemli olan şey bir çocuğun sizi tercih etmesi; sizinle oynamasıdır değil mi? O çocukla yıllardır oynuyorlar. Peki, bu hikayedeki problem ne şimdi? Andy ne yapacak üniversiteye gidecek. "Andy üniversiteye gidecekse oyuncaklarıyla kim oynayacak? İşte asıl mesele bu ve böyle bir mesele olduğu için de bu hikayede bizim

sonraki 90 dakikada ne olacağını merak ile bekleyip izlememiz gerekecek. Gerçekten sonrasında oyuncaklar Andy ile buluşacak mı? Normal bir anlatı bu tasvir şeklinde hikaye anlatımıdır. Hikaye anlatımında her zaman bir çatışma olur. Yani bir zorluk olur. Karakter o zorluğu nasıl aşacak; o çatışmalı zorlu ortamdan nasıl sağ çıkacak? Her zaman bunu öğrenmeye çalışırız. Birazdan hikaye yapısından bahsedeceğim sonra da inovasyon yapısını konuşacağız. Karakterlerimizi görüyorsunuz. Motivasyon ne idi? Oyuncakların tercih edilmesi oynanması. Bir de şöyle bir hikaye örgüsü var. Andy üniversiteye gidecek sonra çok çlgün olaylar olacak olaylarla beraber filmi görmediyseniz ve bu arada ipucu vermiş oldum. Tekrar Andy oyuncaklarla oynamayı sürdürecektir; yani klasik anlatım şekli budur. Bir hikaye anlatımında bunlar var.

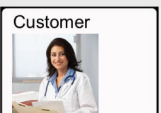

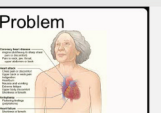
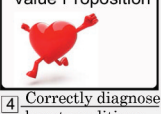


Facebooktan devam edelim. Biraz önce size video göstermiştim ya; karakterler dışında burada müşteriler var. Bizim dünyamızdaki müşteriler de hastalar olsun. Motivasyonun yanından ne var? Sizin hastalarınızı anlamamız lazım hastalarınızın ne gibi zorluklar olduğunu anlamamız onlar üzerine çalışmamız lazım. Buradaki ve biraz önceki hikaye deki hikaye örgüsünde bizim problem çözüm sürecimizi yansıtıyor. Burada Facebook'taki Mark'ın arkadaşı Dustin'in birine çıkma teklifi etme konusu var. Gördüğü beğendiği bir kız var ama kız acaba biri ile çıkıyor mu çıkmıyor mu? Reddedilecek mi? o zaman bilgi edineyim en iyisi problem ne onu çözeyim. O zaman kızla ilgili çok fazla bir bilgisi yok. Çözüm ne buradaki sunacağı ürüne ilişki durumunu gösteren bir sekme eklemek aynı şey aslında bakarsanız hem Oyuncak Hikayesi'nde böyle hem Facebook'ta böyle hem de inovasyonda böyle. Bir başkası için ürün geliştiriyorsanız, sistem geliştiriyorsanız ya da hizmet geliştiriyorsanız da aynı şey. Burada müşteriler sekmesinde yazan aslında hasta da olabilir. Yine sağlık hizmetleri sisteminde bir şeyi sürece tabii tuttuğunuzda ayrı insanlar olabilir. Yani asıl söylemek istediğimiz şey herkes bir şeylerle uğraşmıyor değil mi. Bu uğraşılan hasta olabilir ya da sistemin ta kendisi olabilir. Önemli olan oradaki zorlukları anlamak ardından o probleme ilişkin her şeyi tek tek belirleyip, sonrasında problemin çözümüne gitmek. İşte inovasyon buradan geçiyor. Bence hikayelerden olaya yönelirken önemi müşterileri düşünme noktasında kendini çok rahat gösteriyor. Müşterileri anlamamız çok önemli. Aslında o ağrıyla sancıyla gelen insanları anlamak çok önemli. Mesela Kimberly Clark eğer ebeveynleri düşünmeseydi böyle başarılı olmayacaktı. Ebeveynleri düşündü ve ebeveynlere sordu. Yani çocuklarını tuvalete alıştırmaya uğraşan o ebeveynlere yaşadıkları problemi sordu ve sonrasında inovatif yaklaşımla çok büyük bir kazanım elde etti. Problemde burada hikayenin tamda göbeğinde yer alıyor aslında. Bakarsanız biraz daha inovasyondan, yenilikten bahsederken yeni ilaçlar deneyen insanlar aklımıza gelebilir. Bazen yeni bir ilaç bir kişiye nasıl tepki verecek? Nasıl etki edecek? Onu bilmeyebiliyoruz. Aynen bu şekilde inovasyonu da fikirlerinizi test etme şeklinde düşünebilirsiniz.

Kimin hangi problemi olduğunu bilip o probleme nasıl bir potansiyel çözüm getireceğinizi bilebilmek için ne yapmanız lazım. Problem sahibi bir insanla konuşmanız lazım değil mi? Şöyle demelisiniz "Acaba bu çözüm sence sana uyar mı senin probleminde fayda getirir mi" diye sormanız lazım. Bu arada öğretmenlikte yapıyorum öğretmenlik yaparken hep insanların fikirlerini de dinleme fırsatı buluyorum. İnovasyonda gördüğüm şey şu. İnsanlar fikirlerini bir hipotez olarak ortaya getiriyorlar; test ediyorlar ve sonrasında işe yararsa bir inovasyona dönüşüyor. Biraz bunlardan bahsedelim. Çok basit hikaye kutucukları koydum. Buradaki problem tanıma kısmı üçüncü sırada yer alıyor; ama önce problemi tanımadan önce sizin ilgilendiğiniz müşteri ya da karakter hasta onu tanımanız lazım. Sonrasında motivasyonunuz var mı? Ne kadar? Onu tanımlamanız gerekiyor.

Finding your narrative: Create a hypothesis and test it

Customer (character)	Insight (motivation)	Problem Definition (conflict)
1 _____	2 _____	3 _____
Value Proposition (aspiration)	How it works (plot)	Context and Tone (setting)
4 _____	5 _____	6 _____

Finding your narrative: Example: Ekko Devices

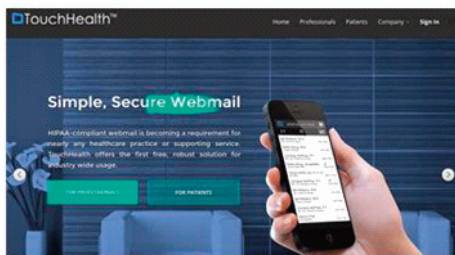
Customer 	Insight 	Problem 
1 Primary care physician	2 Needs to know a little about a lot, not an expert in all conditions	3 How to identify different heart conditions easily and accurately
Value Proposition 	How it works 	Context and Tone 
4 Correctly diagnosed heart conditions in the doctor's office	5 Intelligent stethoscope: hardware, mobile app and algorithms	6 Alternative: cardiologist's office

22-23 yaşlarında Berkley mühendisleri tarafından geliştirilen bir cihaz var. Bundan bahsedeceğim. Ekko Devices” diye bir cihaz geliştirdiler. Buradaki müşterimiz birinci basamak hizmeti veren hekimler olsun. ikinci kısımda da şu var. Çok fazla problem var. Bu doktorların yaptıkları ile de ilişkilendirilir. Şimdi siz günde çok fazla hasta muayene ediyorsanız; o zaman çok insan hakkında az şey biliyorsunuz demektir yada ikinci basamakta onkologlar kardiologlar safhasına geldiğimiz zaman; az hasta hakkında çok şey biliyor olmanız lazım. Ama problem şu siz hastaları görüyorsunuz. İşte hastanın kalbini ritmini ölçüyorsunuz. Acaba kalbe ilişkin problemler kolay ve net bir şekilde nasıl ölçülebilir? Problem böyle çok farklı kalp ritimleri var. Kalp atışları var ve doktorlar size bunun arasında ki farkı söyleyebilirler; ama bunu nasıl daha net ve kolay bir şekilde yaparlar. Değer konumlandırmasına geliyoruz. Benim böyle bir problemim var. Ben bu problemi çözersem elbette bana büyük bir değer getirecek. Eko devices’ın sunduğu değerinde doğru teşhisi sunabilmek ve kalp hastalıklarının özellikle de doktorun kendi muayenesinde tespitini kolaylaştırmaktır. Yani kardiyoğa göndermeden ilk doktor ziyaretinde bunun belirlenmesidir. Eko Devices, biraz öncede gösterdiğim demosunu gördüğünüz normal bir stetoskopa iliştilen, stetoskopun ucunda bulunan bir donanım ve bir aplikasyon. Cep telefonu ile bağlantılı stetoskoptan gelen bilgi doğrudan mobil cihaza gidiyor ve siz buradaki sonuçlarla beraber kalp atışıyla yüzlerce binlerce farklı niteliğe sahip olan problemi tespit edebiliyorsunuz. Son olarak ne geliyor? Bir hikaye anlatımının son aşamasında ne var? Bir hikayenin sonuna geldiğimizde mevcut durumdan daha iyi duruma nasıl ulaşabiliriz görüyorsunuz. Alternatifler; eğer durum kötü ise kardiyoğa gönderebilirsiniz; Ama en başta durumu bilmeseniz de kardiyoğa gidiyordu değil mi? Birinci basamak doktorları her zaman bunu yapardı; ama gerek kalmadığı durumlarda dahi kardiyoğa gönderirlerdi. Burada bu gereksiz sevkî önlemeye çalışıyoruz. Özellikle şuraya dikkatinizi çekmek istiyorum. Bir problemle ilgili tanıyı yaptıktan sonra kesinlikle bir çözüm getirmeniz lazım. Özellikle net olmanız gerekiyor. Problemin tanımında kim için ne tür bir çözüm getirmeye çalışıyorsunuz bunun üzerine çalışmaya başlamanız gerekiyor. Bir de testten bahsettik. Yeniden testten bahsettik bazen hipotezler geliştiriyorsunuz; hipotezleri test ediyorsunuz ama sonunda bambaşka bir şey çıkabiliyor.

Framing and Reframing the problem



Dr. David Chang



David Chan benim ortopedistim. Bu arada onu da söyleyeyim. Tahmin edin. Ben de hastayım. Evet, çok fazla hastalığım var. Yani omuzlarım kötü, dizlerim kötü, çok fazla spor yaptım; çünkü geçmişte çok fazla talihsiz olay geldi başıma. Dr. Chan benim ortopedistim. Benimle o ilgileniyor. Genelde ama şunu fark ettim. Doktorun küçük bir ofisi var. Küçük bir muayenehanesi var ve zor zamanlar yaşıyordu. Özellikle hastalarıyla iletişime geçmekte zorlanıyordu. İyi bir sisteme ihtiyaç olabilir. Büyük ve bu arada hipokomplant diye bir sistem var. Amerikan sistemi tüm bu emniyet ve güvenlik navigasyonlarının kontrolünün yapıldığı bir sistem. Doktorunuzla olan iletişimin güvenliğini, emniyetini kontrol eden bir sistem. Yani doktorun hastalarıyla iletişime geçmesi çok kolay değil. O yüzden doktorlara ayrı bir hizmet sunmaya başladılar. Hem tabi ki ayrı bir yerden para kazanmaları da gerekiyordu. Daha emniyetli daha güvenli bir e-mail sistemi oldu. Touch help” dediğimiz dokunmatik sağlık sistemi ile beraber hastalarla iletişime geçmek daha da kolaylaştı. Bunu başlattıkları zaman ürünün başka bir boyutunu daha ortaya çıkardılar. Müşteri geri bildirim formu. Müşteriler daha doğrusu hastalar. Hastaların doktor ofisine doktor muayenesine gelmeden önce bile bütün bilgilerini doktorlara sunabilmeleri mümkün olabiliyordu. Hastaların doktor sürecine dahil olmaları çok daha kolaylaşıyor ve böylelikle doktorlarla karşı karşıya geldiklerinde doktorlar daha rahat ediyor. Böylece hastalarının onlara ulaşması çok daha kolay oldu. Sadece e-mail ile işin kolaylaşması değil; asıl mesele bazı doktorların hala e-mailin gizliliği konusunda biraz endişelerinin olmasıdır. Yani hastalardan e-maillerin sürekli gelmesi, onları cevaplanması zorunluluğu biraz problem ise de artık doktorlar hastaların bilgilerini çok daha rahat bir şekilde alabiliyorlar. Müşteriler (hastalar) muayeneye gelmeden önce polikliniğe gelmeden önce bilgilerini görebiliyorlar. Ama şimdi burada doktorun bulduğu şey (kendisi ortopedist olmasına rağmen) bir girişimcinin bulabileceği bir ürün. Kendisi buluyor bunu diyor ki benim böyle bir sorunum var. Ben çok küçük bir ofisteyim çok da dar koşullarda yoğun koşullarda çalışıyorum. Emniyetli güvenli bir e-mail sistemi olmalı ve hasta kayıtlarını rahatlıkla görebilmeliyim. Bunun için basit bir şeye ihtiyacım var diyor ve sonra harf sistemi şeklinde bir geliştirme ile sonlanıyor. Bu düşüncüyü ben burada İstanbul’da Bahçeşehir Üniversitesi öğrencilerinde de gördüm. Bir şey geliştirme ihtimali, iyimser olabilme fikri var. Yani birileri bir şey yapıyorsa biz onun daha da iyisini yapabiliriz görüşü hakimdi. Oysa normalde insanların yönelimleri nasıl? Hep bir şikayet; şikayettir. Kaliforniya’daki insanlarda böyle. Mesela hep çevremizde olup bitenlere bakıp her şey çok kötü diyorlar; ancak bazıları ise tamam her şey çok kötü olabilir ama ben bunu yaparım; onarırım diyor. İlla ki her bulunan şeyden milyon dolarlar kazanmamıza gerek yok; bazı şeyler sadece iyi yapabilme güdüsü ile ortaya çıkıyorlar. Problem tespitinden yola çıkıp bambaşka bir ürünü yaratıp inovasyonu sağlıyorlar. Peki, hikaye anlatımının önemi ile inovasyon arasında nasıl bir ilişki kurabiliriz?

Sizler,

Söylediğim gibi problemi belirliyorsunuz. Problemin sonucunda bir ürünle ortaya çıkıyorsunuz. İnsanları heyecanlandırabileceğiniz süreçler yaratıyorsunuz. Mesela sağlık sektöründe heyecanlı birçok hekim var. Eğer bir fikriniz varsa o fikri hekimlere anlatıp hekimleri daha da motive ederek ürünün geliştirilmesini çok daha kolaylaştırarak çözüme imkan yaratabilirsiniz.

Mesela Eko Devices'den bir örnek verelim. Ben buna problemi biraz daha romantikleştirme diyorum. Eğer bir problemi büyük bir problem gibi hissettirmezseniz kimse heyecanlanmaz ki; problemi farkına varıp da Aaaa evet problem büyümüş demez ki. Bunu çözelim heyecanına kimse kapılmaz. Özellikle sağlık hizmetleri ile ilgili sorunların çoğunda problem büyük problemdir. Birçok hastaya hizmet ediyoruz. Hastaların yüksek kalitede hizmetle karşılaşmasını istiyoruz. Bunlar büyük problemler. Sizin sektörünüzde problemi bu şekilde romantikleştirip, duygusallaştırıp daha da dikkat çeker hale getirmek bir sorun olmasa gerek. Problemin altını çizmek önem taşıyor.

Romance the problem (use a great data point)

30 under 30
Science & Healthcare



22 year old Connor Landgraf raises \$2M

Eko Devices'den bir örnek göstereceğim Connor Landgraf Eko Devices stetoskop ile ilgili konuşmasını dinleyin. Bir bakın nasıl da egzajare ederek; nasıl da problemi duygusallaştırarak anlatıyor. Evet, ben de zaten birazcık bu videoda anlatılmaya çalışılan şeyi söylemek istiyorum. Burada problemle nasıl karşılaşıyor? Görüyorsunuz. Bu arada salonun içerisinde doktorlar da var ve orada kalbin nasıl attığı ile ilgili konuşuyorlar. Bunlardan bir tanesi normal diyor ve diğeri ise potansiyel olarak öldürücü olabileceğini söylüyor ve eğer böyle olursa büyük bir sorun olacağını vurguluyor. Eğer karşınıza biri çıkıp böyle bir hikaye anlatırsa; işte o zaman tamam bu problemin üzerine çalışalım dersiniz. Çünkü büyük bir problem söz konusudur. Bir takım veriler bulursunuz ve işte görüyorsunuz ya beş doktordan dördü buradaki farkı aynı şekilde söyleyemez. Aynen şöyle düşünün küçük bir çocuk var. Bunu doktora götürüyorsunuz ve doktor kalp atışlarını dinliyor ve problemi belirleyip yorumlar da bulunuyor vesaire. İşte buna biz birazcık daha problemin romantikleştirilmesi duygusallaştırılması diyoruz. Belki ileride, teknoloji ile daha yenilikçi çözümler

de bulabiliriz. Evet, hikayenin yine bir kere daha üzerinden geçelim. Bir problem ilk önce belirleniyor ve ardından çözümler üretiliyor. İşte hikaye aslında anlatılmı dediğimiz zaman benim vurgulamak istediğim de aslında bu idi. Bir inovasyonu tanımlamaya çalıştığınız zaman genellikle ya gerçek inovasyonu ortaya koyarak yada ürünü üç önemli nokta ile anlatmaya çalışılır. Hatta çoğu zaman üç noktaya indirgeyebilirsiniz. Çünkü diğer türlü insanlar bu kadar bilgiye maruz kalınca bunu kullanamayabilirler.

- İşte bunun ilki donanım gibi düşünülebilir. Iphone uygulaması direkt olarak telefonunuza bağlanıyor ve oradan telefonunuzdaki aygıtta gelen bilgiyi gerçek zamanlı olarak görebiliyorsunuz. Bir bilgi ve bu arada algoritma var. Bu da direkt olarak kalp atışlarıyla ilişkilendiriliyor ve oradan yola çıkarak hastanın durumunun tam olarak nasıl olduğunu görüyorsunuz. İşte üç tane olan şart ürünü oluşturmuş oluyor. Bunu siz bir konferansta anlatırsanız; insanlar heyecanlanır ve ardından duyduğunu gördüğünü gidip bir başka arkadaşına anlatır; çünkü açık ve net bir şekilde problemi, çözümünü ve ürünü görmüş oluyorsunuz.

- Bir diğer nokta da aslında hepimiz günlük yaşamda benzer konularla karşılaşıyoruz. İşte ben bugün burada size ilham vermek amacıyla bulunuyorum ve diyorum ki bu tarz sorunlarla karşılaştığınız zaman kabullenmeyin; ama bunları değiştirmeye çalışın. İşte ekranda gördüğünüz Surbhi Sama kendisi de Amerikalı. 13 yaşında iken kanserle tanışıp çocukluğunu doktorlarla geçirmiş. Bu hastalıktan dolayı ve tabii ki hem kendisi hem ailesi çok sıkıntı çekmiş.

Find the problem, go solve it and tell your story!



Surbhi Sama
CEO and Founder of nVision Medical
UC Berkeley Alum
Draper University Alum & Change



Sama's firm is building two devices, one for gynecologists to detect, in office, the leading cause of infertility, and the other to detect ovarian cancer at an earlier stage. Her passion grew out of an ovarian cancer scare she had at age 13, but before meeting Draper she never mentioned her health history in pitch meetings, thinking she should be "all business."

Kendisi aslında bu durumdan hem ilham aldı ve hemde o kadar çok acı çekti. Büyüdüğünde bir çalışma başlattı. O zaman biyoloji okuyordu ve ben bu sorunu çözmeye çalışacağım dedi. Ardından da nVision denilen bir şirket kurdu. Amaç yumurtalık kanserini önceden tespit eden bir sistem oluşturmaktı ve böylece kadınlara yardım etmektir. Sonunda kendi deneyimini anlatarak şirketini kurdu; çünkü kendisi bu hastalıktan muzdaripti. İşte inkubator ya da ek-savatör dediğimiz yeni bir alet geliştirdiler. Buradan yola çıkarak da şirkete uygun ürünler oluşturmaya çalıştılar. Bu inkubatorla çalışıyordu. Bir kişi ile tanıştı. Bu kişide her-

halde Silikon Vadisinde Tim Taperdi. Hala en önemli yatırımcılardan birisi ve kendi özel deneyimini paylaştı. Ona "Ben 13 yaşında iken başıma yumurtalık kanseri geldi ve saire" dedi. Ardından da bu adam da "yani problemden, inovasyondan bahsederken lütfen kendi şahsi deneyimlerini anlatmayı unutma" dedi; çünkü bu çok güçlü bir hikaye. Buradan yola çıkan iki şeyi anlıyoruz.

Birincisi problemi gerçekten tespit ediyorsunuz ve ardından problemi kimliklendiriyorsunuz ve böylece içine giriyorsunuz.

Aslında karşınızdaki kişinin kendi derdi söz konusudur. Bu ve öte yandan da aslında problemi çözmeye de kendinizi adıyorsunuz. Ne kadar zor olabileceğini ve ne kadar korkutucu olabileceğini biliyorsunuz. Ailenizi ne kadar üzebileceğini biliyorsunuz. İşte bu sorunu size anlattım. Bu örneği vermek istedim. Çünkü bir sorunla karşılaştığınız zaman genellikle en iyi inovasyon ya da ürün bu sorunu yaşayanlardan çıkıyor. Çünkü "bu ilaç niçin böyle etki ediyor? Sorguluyorsunuz. Bu sistem niye böyle çalışıyor? Niye hastam beklemek durumunda? Ben niye bu kadar çok hastaya bakıyorum? Bu bilgiyi niçin bu kadar uzun sürede absorbe etmemiz gerekiyor?vs.

İşte bu şekilde belki de sorunlara bireyselleştirerek de yaklaşmak lazım. Bu arada artık şu son kısma değindikten sonra sunumumu bitireceğim. Sonra toplantıya devam edebiliriz. Eğer yalnızca güzel bir hikayeniz varsa bunu anlatın. Eğer büyük bir probleminiz varsa bunu da insanlara anlatın. Çünkü insanlar bir problemi duyduklarında heyecanlanabilirler ve bunun üzerine konuşmaya başlarlar. Ardından da bunun hikayesini kişiden kişiye anlatmaya başlarlar. Bugün göstermiş olduğum illüstrasyonlar en azından şahsi hikayelere dayanıyor. Bununla nasıl başa çıktıklarını bu insanların nasıl kendilerine çözüm bulduklarını anlattım. İşte belki biz hepimiz bu salonu terk ettiğimiz zaman arkadaşlarınıza bu zeki stetoskoptan bahsedebilirsiniz ya da Facebook hikayesini anlatabilirsiniz; çünkü insanoğlu olarak biz bilgiyi dağıtmaya ayarlanmışız. Hikâye anlatıcılığı bizim DNA'mızda var. Yüzyıllarca önce başladı bu. Yazının icadından öncesinde başladı. Şu anda PowerPoint sunumlar yapıyoruz; ama eskiden de atalarımız da hikaye anlatıyordu. İşte o yüzdende problemleri belirlemek ve ardından da bunları kişiden kişiye aktarmak; bunları hikayelere dayandırmak; hikayeler aracılığıyla insanların ilgisini çekmek ve hep birlikte bu sorunlara daha kaliteli çözümler bulunacağını umut ediyorum. Bu da sağlık sektörüne belki birazcık katkı sağlayabilir.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkürler. Acaba aramızda sorusu olan var mı? Evet, bir soru sormak isteyen var.

Katılımcı

Biz tıp sektöründe her zaman şunu söylüyoruz. "Hastalık yoktur ancak hasta var". Bu Türkçe'de kullandığımız terimdir. Hastalık yok hasta var deriz. İşte bu dediğimiz gibi, bu arada ben farmakoloğum ama sizin vermiş olduğunuz bilgilere bakacak olursak hastanın hikayesi çok önemli; deneyimi çok önemli. Bu bize yeni şeyler geliştirmek için faydalı olacaktır diye düşünüyorum. İnovasyonla da ilişkilendirebiliriz. Çok güzel bir sunum yaptınız çok teşekkürler. Aynı şekilde hastalar, hemşireler, doktorlar ve benim için belki deneyimde olabilir; çünkü ben deneysel çalışmalar yapıyorum ve benim yaptığım deneylerde de ve buradakine benzer hikayeleri de dikkate alacak olursak eğer bunun üzerinden fikirlerimizi ilerletirsek her şey daha da iyiye gidecektir.

David RIEMER

Çok teşekkürler tekrar Kocaeli Üniversitesine, Dostum Profesör Zafer'e ve Bahadır'a bir kere daha davetleri için teşekkür ediyorum

Bahadır GÜLLÜOĞLU

Size bugünün anısına bu hatırayı takdim etmek isteriz. Teşekkürler.



OTURUM 2

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN GERÇEK SORUNLARINA ODAKLANMAK I

Moderatörler



Nuh Zafer CANTÜRK



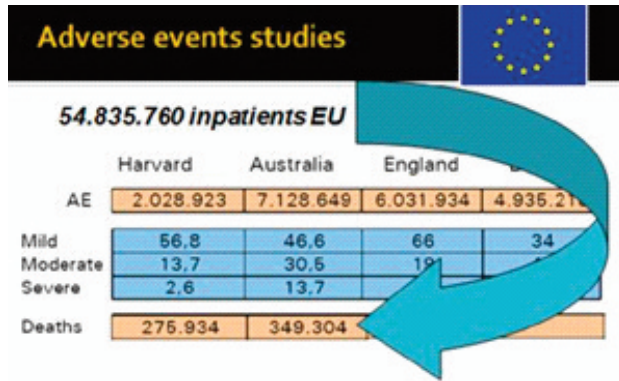
Ercüment ÇİFTÇİ

Konuşmacı

Metin ÇAKMAKÇI



Hep Amerikan oranları veriliyor ama Avrupa Birliği'nde de aşağı yukarı yılda 55 milyon kişi hastaneye yatıyor. Şimdi buradan ister Harvard çalışmasını, ister Avustralya rakamlarını, ister başka rakamları alın bölün çarpın yılda aşağı yukarı 350 bin kişi hatalar nedeniyle ölüyor. Ben birkaç sene önce "Türkiye'de yılda 20 bin

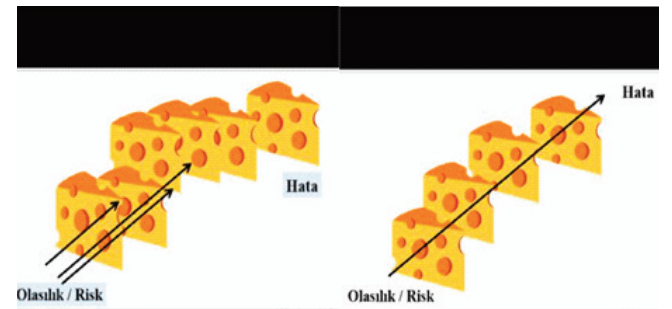


civarında insan tıbbi hatalar nedeniyle ölüyor" dediğim için Kocaeli Tabip Odası hakkımda soruşturma açtı ve ceza verdi. TTB'den tersi çıkıncaya kadar da epey zaman geçti. Nedeni "hekimlik onuruyla oynamak" idi. Amerika'da 2002 yılında şöyle bir küçük çalışma yayınlandı. New England of Journal Medicine'de. Hekim ve sağlık personeli dışındaki kişilere kendilerinin ya da ailelerinin birisinin bir tıbbi hata ile karşılaşmış olup olmadıkları soruldu. Hekimlerde bu oran %35, halkta da %42 çıktı. Evet, biz gördük yaşadık bir yakınımız ya da kendimize bir tıbbi hata yaşadık dediler. Biz bunu biraz daha büyüğünü daha ayrıntılısını Türkiye'de yaptık. Bizim oranlarımız şöyle çıktı.

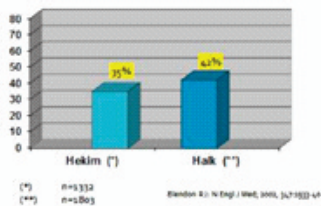
Sağlık personeli arasında evet gördüm, yaşadım, kendim biliyorum diyenlerin oranı %69 oysa sıradan vatandaşlarımıza sorulduğunda %10. Geri gidiyorum. Gerisi ise şuydu. Yurtdışında bildim gördüm yaşadım diyenlerin oranı %35-%42 iken bizdeki de %69'a %10'dur.

Burada bunu açıklamak kolay değil; ama sağlık personelinde batıya oranla bizdeki oran çok daha yüksek idi. Sağlıkçıların iki katı evet diyor; halkın ise dörtte biri evet diyor. Bunun nedenleri arasında sağlık okuryazarlığı veya bilgilendirme olabilir. İşte "Allah'tan geldi" olabilir şeklinde falan açıklamaları var. Evet, teorik olarak bir sorunumuz var; ama bu sorun bir sistem sorunu. Çünkü nereden bakarsak bakalım hep süreçlere sistemlere kurallara gidiyoruz oradaki. Evet, eğitimde işin parçası. Aman dikkatli olun aman hata yapmayın" ile çözülecek bir sorun değil. Kulaklarını çekerim sizin" ile çözülecek sorun değil. Buradaki oran nedir? Tartışılabilir. Muhtemel %90 civarındaki yanlış kurgulanmış sistemlerden doğan sorunlarla karşı karşıyız. Sağlık kuruluşları kompleks sistemlerdir. Bu benim görüşüm ama işletme mühendisliği endüstri mühendisliğinde de böyle bir tarif var. Sistemler karmaşık ya da karışık olabilirler. Bu da Türkçe'ye tam uymuyor ama kompleks yada komplike olabilirler. Sağlık sistemleri kompleks sistemler sürekli değişken çevreye açık hiçbir zaman bilinemez unsuru içinde barındıran düzen komponentlerin arasındaki çoklu ilişki ve işbirliğinden hataların doğduğu ve parçaların işleyişinin bütünün davranışını belirlemeyeceği sistemler. Şöyle bir düşünün bunları, böyle akademik laflar gibi gözüküyor ama düşündüğünüzde bunlar tutuyor. Bizim içinde çalıştığımız ortam kompleks bir ortam. Kompleks ortamlarda sistemin karmaşıklığı komponentlere ayrılıp tek tek incelenip açıklanamaz. Dolayısıyla da düzeltilemez. Tek tek analiz yaptın. Evet, süreçler, alt süreçler vesaire. Ama bütününe bakmamız lazım. Oradan şu meşhur peynir dilimine gidiyoruz.

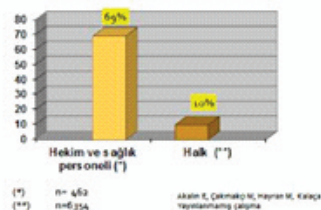
Tıbbi hataları açıklamak için yıllar önce yaptığımız işler peynir dilimlerinden oluşuyor. Bunlar genellikle öyle diziliyor ki bir sonraki adım bir öncekinin hatasını örtebiliyor. Işığın geçmesini delikten karşısının gözükmesini engelleyebiliyor. Klasik sistemde bir ilaç uygulamasını



Hekim ve sağlık personeli dışındaki diğer kişilerin, kendilerinin ya da ailelerinden birisinin bir tıbbi hata ile karşılaşmış olma oranları, ABD



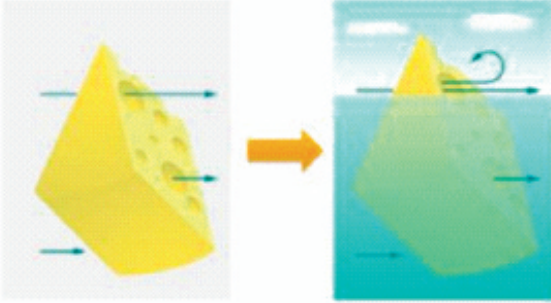
Hekim ve sağlık personeli ile halkın, kendilerinin ya da ailelerinden birisinin bir tıbbi hata ile karşılaşmış olma oranları, TR



Hata ile karşılaşmış olma: Algıyı farklı, gerçek mi?



İsviçre peyniri'nden İsviçre peynirdağı'na



BMJ 2013;347:F273 doi: 10.1136/bmj.f273 (Published 11 December 2013)

düşünün. Yani hekim bir yere bir ilaç order ediyor. Onu başkası bir kağıda yazıyor. Onu birisi alıyor eczaneye götürüyor ve orada eczacı bir kutuya koyuyor. Filan filan aşağıya yukarı 30-40 adımı bulabiliyorsunuz. Adım sayısı arttıkça hata oranı artar mı azalır mı? Artar diyenler? Azalır diyenler? İki de doğru. Adımlardaki çarpanlarınıza bağlı. Hata önleyici bir çarpan koyarsanız araya hatayı azaltırsınız. Klasik olarak kendi haline bırakırsanız hataları arttırırsınız; ama bir şekilde bazen öyle oluyor ki ışık geçiyor karşısı gözüküyor ve hata oluyor. Bugün için böyle bakmıyoruz. Bugün İsviçre peynirinden İsviçre peyniri dağına geçtik. Çünkü o klasik model suyun üstündekini gösteriyor açıkçası suyunun altındakini de görmüyoruz bile; suyun altında böyle kocaman bir iş var. Şu Venn diyagramı ile çok zaman geçirmeyelim; ama tabii hataları önlenemezler, önlenemezler diye sınıflandırabiliriz. Bugün için önleyemediklerimiz, hata olanlar, kriminal hata olanlar, asla olmayacak olanlar. Neredeyse hataların hepsinin bir yeri var ve hepsine böyle bir bütünsel olarak yaklaşmamız lazım.

Ama aslında vurgulamak istediğim şu ki tıbbi hatalar bir sistem sorunudur. Sistem sorunları da sistem çözümleri gerektirir. Şunu dikkatinize sunuyorum. İnsan gözlem ve yorumunun olduğu her yerde hata olacaktır. Örneğin rady-

Kurum kültürünü değiştirebilirsiniz, ama...

- Davranışları değiştirebilirsiniz.
- Düşük beklenti kültürünü (Chassin&Recher) yok edebilirsiniz.
 - Yanlış olduğundan emin değilseniz, doğru olduğunu varsayın.
 - Doğru olduğundan emin değilseniz, yanlış olduğunu varsayın.
- Suçlayıcı, hesap soran değil, açık paylaşımcı kültürü yerleştirebilirsiniz.

Hasta güvenliği terminolojisi
(Venn diyagramı)

oloji raporlarında, EKG yorumlarında, anjiyo raporunda, patoloji raporlarında. Mamografi ile ilgili bir sürü çalışma var. Aynı mamografiyi farklı kişilere verdiğinizde alacağınız cevaplarla ilgili çelişme minimum %10-20'dir. Buradan şuna varmak istiyorum. Önemsemediğim bir şey bu; kurum kültürünü değiştirmek çok kolay değil. Ama davranışları değiştirebiliriz. Bilinçli kurallarla düşük beklenti kültürünü yok edebiliriz. Düşük beklenti kültürü tıbbi hataların temelindeki ana kültürlerden bir tanesidir.

Size örnek vereyim. Beynimiz size yanlış olduğundan emin değilseniz doğru olduğunu varsayın düzeni içinde çalışıyor. Yanlış olduğundan emin değilseniz doğru olduğunu varsayın. Bir örnek vereyim size; servise çıktınız hastanız yerinde yok. Yatağında yatmıyor. "Ha o zaman film çekirtmeye gitmiştir" diye düşünüyorsunuz. Akciğer filmi çekirtmeye gitmiştir. Böyle düşünmememiz gerekiyor. Doğru olduğundan emin değilseniz yanlış olduğunu varsayın kültürüne geçmemiz lazım. Hasta yerinde yoksa başına bir iş gelmiştir diye düşünmememiz lazım. Yanlış bir yere gitmiştir. Hasta şu anda sizin istemediğiniz bir yerdedir. Yöntemler belli ne yapacağımız belli. Eğitim, bilgilendirme, veri ve kılavuz kontrol listeleri hazırlama, raporlama, gözlem ve tetkik sonuçları ile geribildirim yapıp deneme paylaş. Bununla ilgili yapılmış gerçekten çok güzel çalışmalarımız var; ama işlerden kritik işlerden bir tanesi ya da birkaçı uygulama farklılıklarının yani varyasyonun yüksek olması sorunudur. Kurallara uyulması lazım. Kanıtlara dayalı kurallara uyulması lazım. Hatırlatma ve kontrol listeleri gittikçe daha çok bir şekilde günlük hayatımızda yer almalı; artık aklınızdan iş yapmıyor olmamız lazım.

- Uygulama farklılıklarının (varyasyonun) yüksek olması,
- Bilimsel kanıtlara dayalı kurallara uyulmaması,
- Hatırlatma ve kontrol listelerinin ve
- Genel anlamda sistem kavramının olmaması

...kaliteyi ve amaçlanan sonuçları olumsuz olarak etkilemektedir !

White and Bell, *Coast Res Bull* 1999
James & Stephenson, *Clinical Practice Improvement* 1998.

Ameliyathanelerde kritik işlem yapmadan önce mola vermeye ve bir araya gelmeye alıştık. Ne ameliyat yapacağımızı konuşmaya 30 saniye veya en fazla bir dakika yeter; bunları artık yazıyoruz. Yazmadıkça; ilgili yerlere kontrol çeki koymadıkça işimizi artık devam edemiyoruz. Benimle ilgili geçenlerde bir rapor geldi. Ben molaları eksik yapıyordum. Belli oranda düşük hiçbir zaman atlamam. Gittim ne oluyor diye baktım. Ben M.Ç. diye imzama atarım; oysa adımı yazmam gerekiyormuş ben de yazmıyordum. Unutmadım ama yazmadım diye benim ile ilgili sonuçlar çok düşük geldi. Peki dedim ben de adıma yazacağım. Sistem kavramını sonuçta oturtmak zorundayız ve kontrol listelerini gerçekten günlük hayatımızın kritik aşamada ki her noktasına oturtmamız lazım. Küçük bir cümle daha. Şöyle bir şansımız var. Aslında çok yüksek orandaki hata kültüründe yada ortamında yaşıyoruz. Tıp muhtemelen üç sigma düzeyinde hata ile çalışıyor. Hatta iyimser olarak üç sigma düzeyindeki bir hata ile çalışıyor. Anestezi 3 sigma filan. Bizim yaptığımız işler ise belki daha kötü. 2-3 sigma düzeyindeki hatalar. Birbirini tekrar dizisindeki hatalar, birbirini tekrarlayan hatalar.

Dolayısıyla düzeltilmesi çok kolay kuralları oturtup süreçleri üzerinden geçildikten sonra yapacaklarımız çok belli. Eğer işimizi doğru yaparsak bir sonraki kuşakta 4-5 sigmaya çıkarırsak onların işi zorlaşacak. Çünkü onlar hataları ancak orada gördükleri hatalar, var olan daha önceki hataların komponentlerinden birtakım birleşik hatalar olacak. Çözmeleri ve kural koymaları daha zor olacak. Bizim görmeyeceğimiz bir dünyada tıp 6 sigma düzeyine çıkabilirse; eğer hatasızlık anlamında hataları düzeltmek bambaşka bir bakış açısı gerektirecek. Her yeni görülen hata öncekinden bağımsız bambaşka bir hata olacak. O nedenle de şu andaki şansımızı lütfen doğru kullanalım. Hatayı doğal bir iş olarak kabul etmeyelim ve bu konudaki paradigmamızı tamamen değiştirelim. Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Nuh Zafer CANTÜRK

Şimdi iki yabancı konuşumuz var. İsveç'ten geliyorlar Sayın Dr.Mosad Zineldin ve Dr. Valentina Vasicheva bizimle

Yöntem (sürekli bir döngü olmak üzere) ...



sağlıkta "Etkinlik" konusundaki deneyimlerini ve çalışmalarını paylaşacaklar. Buyurun Dr. Zineldin.

Konuşmacı Mosad ZINELDİN



Söylendiği gibi bizim konumuz etkinlik üzerinde olacak. Tedavi etkinliğini konuşuyor olacağız. Profesörün (Metin Çakmakçı'nın) son konuşması bana ilham verdi. O yüzden birkaç dakika onun konuşması hakkında konuşmak isterim. Daha önce bu konu ile ilgili

Uluslararası Health Care'in kılavuzunu inceledim. Orada da yaşanan hatalardan bahsediliyordu. İsveç'i göz önüne aldığımızda dahi; sağlık hizmetinin en iyi olduğu ülkelerden biri olduğunu düşündüğümüzde İsveç'te bile bunlar mevcut. Yılda ölen kişilerin sayısını düşündüğümüz zaman, tıp ve tıbbıya bağlı hatalardan dolayı 3000 kişinin öldüğü 10 milyonluk bir popülasyonu düşündüğümüzde ve bunu İsveç'e uyarladığınızda çok büyük bir rakam olduğunu söyleyebilirim. Bunu tüm Avrupa için ele aldığınızda çok daha büyük bir rakam, yılda bir milyona kadar artan bir rakam karşımıza çıkar. Burada sağlık kalitesinden ya da genel olarak kaliteden bahsettiğimizde aslında bunu iki türe ayırmak daha faydalı olacaktır. Ne tür bir sağlık kalitesinden söz ediyoruz? Şimdi fonksiyonel ve teknik kalite var. Peki, bu duruma sebep olan doktorlar hastalıkla ilgili neler yapıyor? Hekimler neler yapıyor? Yani bu problemin çözümü için neler yapılıyor? İnsanlar sadece kötü kaliteden dolayı değil hayatlarını sadece bu sebepten dolayı kaybetmiyor. Âmâ burada kaliteyi nasıl arttırabiliriz? 2010 yılında bizler yeni bir model oluşturduk. Bu modelde tıbbi hataları azaltmayı ve hasta güvenliğini arttırmayı amaçladık. Bu yeni çalışmamız kapsamında 10 farklı makale yayınladık. Oluşturduğumuz kalite modelimizi sizlere göstermeye çalışacağız.

Konuşmacı Valentina VASICHEVA



Bugün beş farklı boyuttan söz edeceğiz. Kalite nasıl kontrol edilir ve tedavi etkinliği özyönetim nasıl sağlanır? Bundan bahsedeceğiz. Öncelikle öz etkinlik ve öz yönetime değinmek istiyorum. Bunlar bizim yeni modelimizde bulunan önemli adımlar. Peki, etkinlik ile ilgili neler var? Ne gibi tanımlardan söz ediyoruz. Öncelikle belirli bir amaca ulaşıyor mu ulaşılmıyor mu ona bakıyorum. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına baktığımızda verilecek hizmetin etkinliği hastaya uygulandığında hastada bir etki yaratması ile ölçülüyor. Yine problemin çözümü için kullanılan teknolojiye de bakabiliriz. Ya da Problemin çözümü için kullanılan herhangi bir kontrol mekanizması da olabilir. Genel olarak etkinliğin ya da etkinliğin yaratılan değer üzerine ölçüldüğünü söyleyebiliriz.

What do we hope to accomplish?

1. Define:
 - efficacy
 - safety
 - self-efficacy
 - self-management (SM) and
 - self-management support in healthcare institutions
2. Self-efficacy and self-management influence on behavior and health
- 3.5 Ds and self-efficacy
4. The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)
5. Brief Action Planning and SM as an approach for improving patient health



The definition of efficacy depends on who defines it

Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (363)	A drug is effective if it has "the effect it intended or is represented to have under the conditions of use prescribed, recommended, or suggested"
World Health Organization (WHO) (435)	Benefit or utility to the individual of the service, treatment, drug, preventive or control measure promoted or applied
Office of Technology Assessment	The probability of benefit to individuals in a defined population from a medical technology applied for a given medical problem under ideal conditions of use.



- Efficacy and safety are separate concepts.
- Efficacy is defined in terms of a **BENEFIT**
- Safety is defined in terms of a **RISK/HARM**
- Neither efficacy nor safety is absolute. But they are relative concepts.
- Both are discussed in terms of *probability* of benefit or harm.
- Safety, like efficacy, is a relative concept: no technology is ever completely safe, or completely efficacious.
- Safety can then be defined as a judgment of the acceptability of the risk/harm associated with a medical treatment or a medical technology

Efficacy and Safety

- Both have some common factors:
 - Medical problem, population affected, and conditions of use
- ❖ Most importantly, however, each can be fully evaluated only in terms of the other.
- A technology may provide benefits, but the value of those benefits depends on the risks involved in using the technology.

Etkililik ve güvenlik ayrı kavramlar. Etkililik dediğimiz zaman hep faydadan söz ediyoruz. Ama emniyet ya da güvenlik dediğimiz zaman risk ve zarardan söz ediyoruz. Her ikisi birbirinden farklı kavramlardır. Fakat her biri mutlak tanımlar değil muğlak tanımlardır. Onun için bizim biraz bu görelilik kavramlara daha iyi bir yaklaşım getirmemiz gerekiyor. Tabii ki burada gelecek faydanın ya da yaşanacak zararlarla ilgili ihtimaller üzerinden konuşuyoruz. Bir yandan da etkinlik ya da etkililik gibi niyette, teknolojinin tamamıyla güvenli olduğundan ya da tamamıyla bir şeyin faydalı olduğundan yola çıkılarak bir yere ulaşılamaz. Her yerde karşımıza tıbbi hatalar çıkabiliyor. Bazı ortak faktörlerde var. Medikal problemlerin ve etkilenen popülasyonun ve tabii ki söz konusu hastalıkların çözümü için kullanılan yöntemlerin. Teknolojinin fayda getireceği açık ama yine de bu faydaların değeri risklere bağlıdır. Teknolojilerin kullanımından kaynaklanan risklerinde değerlendirilmesi ile teknolojinin sağlayacağı değer belirlenebilir. Bir yandan da öz etkinlik ve öz etkililik geliyor. Bir yandan bakıldığında da belirli bir hedefe ulaşılması konusunda da insanların kendi yetilerinin farkına varabilmesi ve kendinin yapabilecekleri ile kendine bu etkilerin ne katabileceği düşüncesidir. Mesela bir şeyin yardımı olmayacağını düşünüyorlarsa hasta o tedaviyi kabul etmez. Bu noktada öz etkinlikten bahsederek açıklayabiliriz. Ya da farklı yaklaşımlarla ve farklı yetilerle beraber gördüğümüz gibi tüm sürecin etkilenmesi tedaviyi sürdürme süresinin etkilenmesi yine öz etkinlik anlamında değerlendirilebilir.

What is Self-efficacy

People's beliefs about their capabilities to perform specific behaviors and their ability to exercise influence over events that affect their lives.

- Albert Bandura

Having the confidence to make the change is critical. This confidence can be translated to self-efficacy—the belief that one is capable of attaining certain goals.



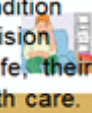
Mt Frosty, BC, photo by C Davis

What is self-management(SM)?

How people manage their chronic condition when not under direct medical supervision makes a difference in their quality of life, their health, and their utilization of the health care.

SM relates to the tasks that an individual must undertake to live well with one or more chronic conditions. These tasks include gaining confidence to deal with medical management, role management and emotional management.

Definition of Self Management



ve diyor ki ben tedavi istiyorum fark etmez nasıl olduğu önemli değil. Ben sadece sonucu istiyorum. Kimileri de nasıl bir tedavi alacağını öğrenmek istiyor. Problemin ne olduğunu öğrenmek istiyor. Tedavinin ne gibi bir fonksiyon taşıdığını öğrenmek istiyor. Alacağı tedavi ile ilgili mümkün olduğunca fazla bilgiyi elde etmek istiyor. Önemli olan tüm tedavinin anlatılması. Aslında sadece tedavi hastanede oluyor; evlerde de sürüyor. Yani kurumlarda tedavi yapılması yanı sıra hastanın tedavi sürecine etki eden birde ev kısmı var. Bu sebepten dolayı aslında tedavinin kişiye uyumu çok önemli. Tedaviden alınacak yarar çok çok önem taşıyor.

What is self-management support?

Health care providers should routinely educate patients about understanding medical conditions, diagnoses, and options.



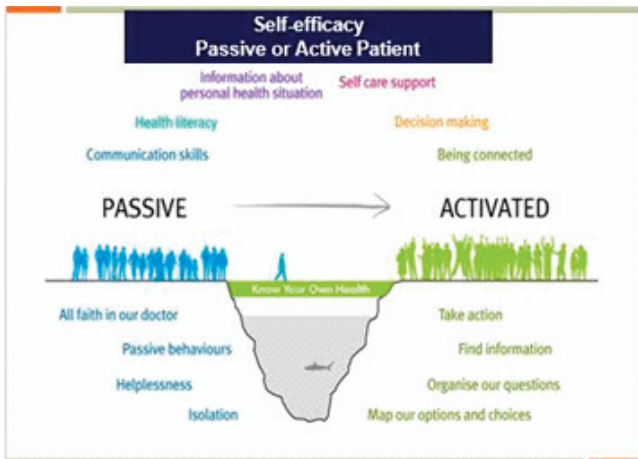
•The systematic provision of education and supportive interventions by health care staff to increase patients' skills and confidence in managing their health problems, including regular assessment of progress and problems, goal setting, and problem-solving support.

- Adams et al., 2004

Patient education and self-management support

- Patient education
- Information and skills are taught
- Usually disease-specific
- May assume that knowledge creates behavior change
- Goal is often compliance
- Health care professionals are the teachers
- Self-management support
- Skills to solve pt. Identified problems are taught
- Skills are generalizable
- Assumes that confidence yields better outcomes
- Goal is increased self efficacy
- Teachers can be professionals or peers

Bodenheimer et al JAMA 2002;288:2469



Şimdi bunları söyledikten sonra tedaviye diyelim hala güveniniz varsa elbette o zaman sonuçlar çok daha iyi oluyor. Hastaların bazıları pasif bazıları ise aktif. Bunlardan bazıları görünür değil bazıları ise söylediğimiz gibi gizli kalır; ama hastanın dahil olması çok önemlidir. Hasta tedaviye aktif mi yoksa pasif mi? Bazı hastalar doktora geliyor

Example 1- of a Self-Management Program

The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) is the most extensively tested self-management program designed to address the needs of persons who have a wide range of chronic medical conditions, such as diabetes mellitus, arthritis, chronic pain, and HIV infection.

The CDSMP enhances regular treatment and disease-specific education. The program consists of 6 structured small-group sessions that focus on a set of self-management tasks that have been found to be common across chronic conditions, including becoming a better

Table	Key subjects covered by the Chronic Disease Self-Management Program
	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques to deal with problems such as frustration, fatigue, pain, and isolation • Appropriate exercises for maintaining and improving strength, flexibility, and endurance • Appropriate use of medications • Communicating effectively with family, friends, and health professionals • Nutrition • How to evaluate new treatments

**Example 2- of a Self-Management Program****Co-creating Health (UK) Is a Self-management Program for Patients (SMP)**

The aims is to help participants strengthen their health-related behaviors.

It does this by developing health learning/education, building appreciation of peer support, developing collaborative decision-making skills and building knowledge of self-management techniques as well as participants' skills and confidence to use these techniques.

The program breaks new ground in a variety of ways and is co-delivered by a clinician and a patient, creating a powerful model of partnership and collaboration for participants.

Its main goal is to help participants build knowledge and skills for long-term conditions, alongside developing generic self-management skills such as problem-solving and action planning.



Mesela birisi bir şeyin önemli olduğunu düşünür ve doktora gidebilir. Ya da bu çok da önemli değil der ve doktora gitmeyebilir. Budur işte aslında özyönetim. Çok basit bir örnek verdik ama aslında kişinin kendi durumunu yönetebiliyor olması kişinin belirli bir kronik hastalığa ya da belirli bir ilaç tedavisine zarar vermeden uygun bir yaşam sürbilmesi için kendini yönetme süreci olarak tanımlanabilir. Bunun dışında farklı yaklaşımlar da gerekiyor. Uygun bir şekilde desteklenmesi gerekiyor. Çünkü sadece kendi başınıza yani tıp uzmanı değilseniz kendi hastalıklarınızı ya da ilaç tedavinizi sürdüremez ve yönetemezsiniz. Burada da artık işin içine sağlık hizmetleri ekibi ya da sağlık profesyonelleri giriyor. Özellikle de tesislerde ya da başka ortamlarda destek verebilirler. Yani hastanın doktora gelebilmesi aşamasına kadar belki sağlık personeli dahi buradaki destek mekanizmasını dahil edilebilir. Bizim yaptığımız şeylerden biri de şuydu. Tüm sürece baktık değerlendirdik. Yüz kadar doktorun yüz kadar hastanın doktoru başvurduğu ve reçetelendirdiği sürecin her birini inceledik. Buradaki boyutları bir bir karşılaştırmaya çalıştık. Hem doktorların hem hastaların başlangıç aşamasından tedavinin sonuna kadar ki memnuniyet seviyelerini ölçmeye çalıştık. Doktor Zineldin birazdan bunlar hakkında konuşacak. Teşekkür ediyorum.

**Konuşmacı
Mosad ZINELDIN**

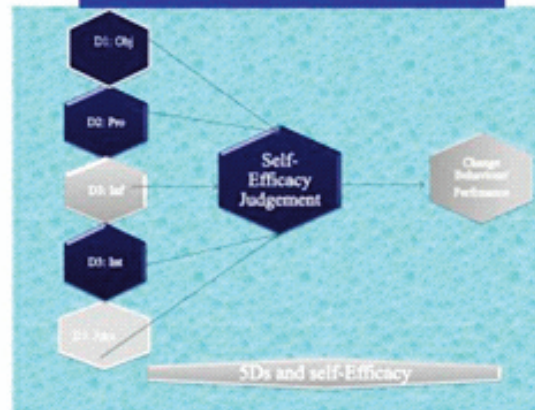
Beş farklı kalite boyutu olduğundan söz etmiştik. Kalitenin ölçümünde hasta güvenliği ve emniyeti konusunda ve de memnuniyeti konusunda kalitenin beş farklı boyuttan ölçülebileceğini söylemiştik. Bunlar nelerdir. Özyönetim vardı en başta. Öz yönetim dediğimizde kişinin

kendini yönetmesi en azından benim geldiğim toplumda çok önemli hastaların kendinin farkında olması ve kendini kendisinin yönetmesi özellikle de kronik bir hastalıktan söz ediyorsak mesela kalp hastalığı, kanser olabilir. Ben böyleyim. Kendimi biliyorum ve kendimi idare edebilmeliyim. Yarın doktora, hastaneye başvurma konusunda her gün bir yere gidemem. Kendimi kendim idare edebilmeliyim diyebilmesi bu özyönetim. Bizim toplumumuzda bu çok önem taşıyor. Tabi bazı beceriler yetenekler de gerekiyor.

Self-management programs are built on 3 important underlying skills:
action planning,
problem solving,
decision making.

Evidence-based self-management programs stress that for action plans to be effective, they must:

- Reflect what the patient really wants to do
- Be specific about what is to be accomplished, how much, how often, when, and where
- Be realistic in what can be achieved successfully
- Incorporate problem-solving and decision-making techniques that allow for adjustments when issues arise that might interfere with the action plan

Self-Efficacy and SDs

Valentina'nın daha önce söylediği gibi kişinin kendine güvenmesi özgüven çok çok önem taşıyor; ne yazık ki herkesin özgüveni yok. Bir şekilde kendi durumunu yönetebilecek; bilgiyle donatabilecek ve bu yönetimi sağlayabilecek bir özgüveni yok. Bilgi yönetimi de artık işin içine giriyor. Öz yönetimle özgüveni ve ardından bilgi yönetimi de hastaların kendi kendilerini tanıyabilmeleri için önem taşımaktadır. Tabii burada özyönetime destek sağlamak lazım. Öz yönetimin ölçülmesi öz kimliğin belirlenmesi için destek gerekiyor. Bunun da kaliteyle ilişkilendirilmesi lazım. Kalitenin beş boyutuna gelelim tekrar. Beş farklı boyutumuz var: Objeye boyutu var. Nesne boyutu var. Yani söylediğimiz şey aslında bilgi. Hastanın kendisi ile ilgili bilgiye haiz olması. Hastalığın ya da bulunan hissedilen durumla ilgili hastanın bilgili olması. Hasta bilgi sahibi olmalı. Hastalığın sebebinin, yine semptomlarını bilmeli. İkinci olarak süreç sahasında hastalığın kendisinden de çok çok önem taşıyor. Nasıl bir sürece girecek? Hekimi tarafından nasıl bir tedavi takip edecek? Nasıl bir süreç içine dahil edilecek? Hastanın bunları bilmesi lazım. Öncesinde söylediğimiz bu kalite boyutları arasında neler vardı. Çok fazla diğer boyutlar gibi alt yapı noktalarına da değinilmemişti. İletişim altyapısından söz ediyoruz. Altyapı derken beceriler yetenekler özellikle de iletişim konusunda devreye giriyor. Mesela ben hastaneye gidiyorum. Hastanede tedavi olacağım. Hastane tam bir tedavi sağlayacak ve sağlıklı şekilde hastaneden çıkacağım. Ama hastanenin içinde durum nasıl acaba? Hastaneye geliyorum iyiyim ama tamam sonuçları iyi çıksa da hastaneden hala şikayetlerle çıkıyorum. Yani aldığım hizmetten memnun değilim; çünkü hastane koşulları kötüydü. Ben hastaneden sağlıklı çıksam bile hastane koşulları kötü. Totale baktığınızda kalite çok düşük. Sadece alınan sağlık kalitesinin değerlendirilmesi yetmiyor. Genel memnuniyette çok önemli. İletişimin öneminden bahsettik çünkü hastane sistemiyle daha doğrusu genel olarak sağlık sistemiyle olan iletişimin güçlü olması lazım. Doktorlar hastalar arasındaki ilişki önem taşıyor. Sanırım geçtiğimiz aydı. Yeni bir güven ve taahhüt ilişkisi çalışması yayınlandı. Doktorlar hemşireler ve hastalar arasındaki ilişkinin seviyesini gösteriyordu. Ne yazık ki hastalar doktorlara kıyasla hemşirelerle olan ilişkilerinin daha iyi olduğunu söylüyorlar. Bu kalite anlamında değil. Burada sadece onlara sunulan yakınlık ile ilgili iletişimde. Hem sağlık kalitesiyle ilgili konuşuyorlardı. Aslında bakarsanız hastalar hemşirelerle ya da bir araya geldiğinde farklı farklı zaman geçiyor. Hekimlerle beşer dakika görüşmeler de hastalar doktorlar dışında hemşirelerle daha sık karşılaşıyor. Yani o yüzden en azından benim çalışmamda ortaya çıkan memnuniyet özellikle hemşirelerle ilgiliydi. Bu özyönetim özde destek kısmından hasta merkezli sağlık sistemine girdiğimizde burada gördüğümüz gibi interaktif bir etkileşimsel bir ilişki önem taşıyor. Hastanın merkez olduğu fakat etkileşimsel bir sistem var. Bu özyönetim programları ile hastaların neye, nasıl sahip olması gerekliliğini görüyoruz. Hastaların şu soruları kendilerine sorması lazım neye, ne kadar, ne zaman, nasıl ve ne sıklıkla olmalı? Özyönetim programları özellikle üç

önemli yetenek üzerine kurulabilir. Mesela bunlar eylem planlama; eylem çözümü ve karar alma programları var. Tabii ki her şey kanıt bazlı olmalı. Kanıt bazlı özyönetim programları muhakkak hastanın gerçekten neler istediğini yansıtabilmeli. Sonrasında spesifik olmalı. Ne başarılacaksa hasta kendini ona yönlendirmeli. Bunun problem çözümü ve karar alma süreçleriyle, teknolojiyle desteklenmesi önem taşıyor. Anlatcağımız bunlardı. Herhangi bir sorunuz ya da öneriniz varsa açığız. Teşekkür ederiz.



PANEL 2

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN GERÇEK SORUNLARINA ODAKLANMAK I

Panelistler



Devrim ÇABUK



Rejin KEBUDİ



Dilek URAL



İlhan SATMAN



Cüneyt TUĞRUL



Mosad ZINELDIN



Zehra Nur BAYKARA

Nuh Zafer CANTÜRK

Bu panelde Dr. Mossad dışında altı tane daha panelist hocamız var. Ben "Lady is First" diyorum. Öncelikle bayan hocalarımızdan başlamak istiyorum.

İlk olarak Rejin Kebudi hocamızı davet edeceğim. Rejin Hanım'ın bizim için önemli bir özelliği Abut Kebudi hocanın eşi ve bizim yakın dostumuz olması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji Öğretim Üyesidir. Aynı zamanda da Onkoloji Enstitüsü öğretim üyesi. Türk Onkoloji Derneği üyesi ve Türk Pediatrik Onkoloji Derneği'nin bir önceki başkanıdır. Hoş geldiniz Rejin Hanım.

İlhan hanımı davet ediyorum. Yine bu panel için önemli bir panelist olmasının yanında onun da benim için ayrı önemi var. Benim eşim de Endokrinoloji ve Metabolizma uzmanı. İlhan Hanım da endokrinolog. İlhan Hanımın ismini ben çok sık duyuyorum. İlhan Hanıma da hoş geldiniz diyorum. İlhan Hanım İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı öğretim üyesi. Ayrıca TUSEB'in başkan yardımcılığını yapıyor ama bir diğer önemli görevi de Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Diyabet Grubu başkanı. Geldiğiniz için tekrar teşekkür ediyorum.

Dilek Ural. Dilek bizim Kocaeli Üniversitesi'nin eski öğretim üyesi demeye dilim varmıyor; ama şimdi Koç Üniversitesi'nde. Dilek tabii her zaman bizimle beraber olacak. Her türlü aktivitemizde bizimle beraber olmaya devam ediyor; edecek. Dilek'e de hoş geldiniz diyorum.

Nur Hanımı davet etmek istiyorum. Nur Hanım da Profesör, yoğun bakım ünitemizde sorumlusu. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi ve Anestezi Anabilim Dalı öğretim üyesi. Profesör Dr. Nur Hanımı buraya davet ediyorum.

En genç olarak; tabii bayanlar arasında böyle genç ve yaşlı sınıflandırılması yapmakla hata ettim. Şimdi Devrim Hanımı davet edeceğim. Devrim Hanım da bizim Tıbbi Onkologumuz. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nın değerli bir öğretim üyesi. Elimiz ayağımız onkologlar. Bizim için cerrahlar için onkologlar çok önemli.

En son olarak da İzmir'den de bir konuşumuz var. Sağlıkta Kalite Derneği Başkanı değerli arkadaşımız, dostumuz Op.Dr. Cüneyt Tuğrul'da sahneye davet ediyorum. Cüneyt bir genel cerrah. Bizim, SENATURK'ün; bütün aktivitelerinde birlikte olduğumuz bir arkadaşımız. Hoş geldiniz diyorum. Ben de yerimi almaya çalışıyorum.

Önce Cüneyt'ten başlamak istiyorum. Daha sonra Cüneyt'in başlarken söylediği şeylerden yola çıkarak branşlarınızla ilgili sizlere sorular yönelteceğim. Cüneyt sabahki oturumda OECD raporunu değerlendirdik. Sence Türkiye'de Sağlıkta

Dönüşüm Programı, sağlık uygulamalarının, hastanelerin ve ilaç ile medikal malzemelerin etkin kullanımına imkan sağladı mı? Eğer sağlayamadı diyeceksen; nedenlerini bize söyleyebilir misin? Eğer sağladı diyorsan; bu katkılar nelerdir? Onları senden rica edeceğim.

Cüneyt TUĞRUL

Hocam bütün sistemi sordunuz gibi oldu. Teşekkür ediyorum.

Nuh Zafer CANTÜRK

Ama bir cerrah olarak üç dakika da bunu özetleyeceğini ve bir cerrah gibi yanıtlayacağına inanıyorum.

Cüneyt TUĞRUL

Çok teşekkür ederim hocam. Bu aynen biz insanlara araba dağıttık ne dersin bu araba herkesin ihtiyacını görüyor demek gibi bir şey. Evet, tabii ki birçok kurumun ihtiyacını gördü. En azından daha önce arabası olmayan birçok kişi artık yürümek zorunda değil ama herkesin ihtiyacını görmedi. Çünkü aynı zamanda kimi yerlere arabalarla gidemiyoruz ve arabalar atıl kalabiliyor. Evet, sistem daha efektif hale geldi. Daha önce sağlık sisteminin ulaşmadığı birçok kişi gerçekten çok iyi tedavi protokolleri ile karşılaşma şansına sahip oldu. Ama tabii ki biliyorsunuz sağlıkta kalite bir sonuç değil bir süreçtir. Bunun bir noktasındayız. O yüzden evet iyidir veya evet kötüdür demek hiçbir zaman mümkün değil. Eksikleri var mıdır? Tabii ki hepimiz de olduğu gibi birçok eksikliği var. Çünkü insan faktörünün olduğu her yerde hata mutlaka var ve gelişmek sürmek zorunda. O yüzden de evet bir şeyler var ama daha da iyileştirildiği zaman sanıyorum çok daha keyifli noktalara geleceğiz. Yeter ki hasta alım gücüyle Türkiye'nin karşılayabileceği ekonomik yapıyı eşit olarak sürdürebilelim. Yoksa hani bir süre sonra sağlık sisteminde zorlanma içine girmesin.

Nuh Zafer CANTÜRK

Sürdürülebilirlik önemli. Ben hastane yöneticisi olarak da bu sürdürülebilirliğin çok kolay olmadığını görüyorum. Dolayısıyla bugün sabahleyin açılışta da sunumların arasında vardı. Ya gelirleri artırmamız ya da verimliliği arttırmak suretiyle giderleri azaltmamız gerekiyor. Bunun altını çizdiğin için teşekkür ediyorum. Bir başka soruda Metin Hocamın konuşmasında değindiği güvenlikle ilgili olacak. Bu dönüşüm programının en önemli şeylerinden bir tanesi hatta verimliliği artırmanın en önemli yöntemlerden bir tanesi hatayı minimize çekmek. Sağlıkta dönüşüm programı ile pek çok olumlu şeyin olduğunu kabul ediyoruz. Ama bu dönüşüm programının hasta güvenliğine bir katkısı oldu mu? Malpraktis oranlarını nasıl etkiledi? Veya işte biz mesela cerrahız. Malpraktis meselesi yüzünden bizi konservatif yaklaşıma yönlendiriyor mu?

Cüneyt TUĞRUL

Hocam denetim her zaman çok önemli. Bu aynen

havalandırmaya çalıştığınız bir uçağın kontrolünü yapmanız gibi bir şey. Burada çok çok önemli olduğunu düşündüğüm bir nokta var. Bu meme ile ilgili olan kitapçığı sizinle çalışarak hazırlarken aynı konuyu vurgulamıştım. Her işin bir patronu olmak zorunda. Hasta yönetiminin patronu doktor. Çünkü hastanın başına gelebilecek her şeyi yöneten bir doktorun mutlaka hastanenin bünyesinde, hastanın ilk karşılaştığı noktada olması gerekiyor. Çünkü unutmayın malpraktis sadece hekim hatası değil. Laboratuvar sonuçlarının karışması, tetkiklerin bulunamaması, başkasına ait MR'ın sonucunun bir başkasına verilmesi ki biraz evvel belirtildiği gibi mamografilerde de bu büyük sorundur. Hani başka hekime verirsiniz %15 farklı davranılır değil. İngiltere'de yapılan çalışmada sonuç %32. Aynı hekime gönderseniz de bir buçuk yıl sonra farklı tanı koyabileceğini; çünkü o anki ruh hali ile ilgili resim yorumlamak gibi olduğu o yüzden de şimdi sırf bunu engellemek için radyoloji dernekleri var. Radyologlar için özel fonlar var. Ekonomik sıkıntılarını karşılıyorlar. Avukat tutmaları gerekiyorsa dernek avukat veriyor. Yani kişinin stres düzeyini ne kadar aşağıya çekersiniz hastaların etkilenmesini o kadar azaltabiliyorsunuz. Bu arada aynen bir uçakta olduğu gibi bir kaptan pilot bir yerlerde olacak yoksa elektrik tesisatı, gıdanın dağıtılıp dağıtılmayacağı, ne zaman kalkılacak; ne zaman inilecek bunu kim kontrol edecek? ve biz yavaş yavaş hızlı hasta bakımı sayesinde hasta ile birebir iletişimden bir adım geri çekilmeye başladık. Bu da belki bugün değil ama bir süre sonra kendi iç denetimlerinin sadece kağıt bazında olmasına dönecektir. Maalesef hasta doktor arasındaki iletişim yavaşladıkça hizmetin hızında düşmeye neden olacaktır. Belki doğru hizmet vereceksiniz; ama özellikle bizler kanserle uğraşıyoruz, verdiğimiz hizmetin hızı yavaşladığı andan itibaren belki adı malpraktis olmayacak ama hasta kayıplarınız artabilecek. Onada çok dikkat etmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Nuh Zafer CANTÜRK

Teşekkür ediyorum. Ben bu güvenlik meselesinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Metin Abinin konuşması ve senin altını çizdiğin şeylerden sonra Türkiye'de sağlıklı ilgili politikaları yönlendiren kişilere Bostan'dan Atul Gawande'nin "Checklist Manifesto" kitabını okumalarını tavsiye ediyorum. Bu güvenlik meselesinin çok iyi irdelendiği örneklerle donatıldığı bir kitap. Çok yararlı olacağını düşünüyorum. Cüneyt sana çok teşekkür ediyorum. Şimdi İlhan hanıma dönmek istiyorum. İlhan Hanım diyabet çok önemli bir konu her geçen gün diyabet ile ilgili rakamlar artıyor. Hepimiz çeşitli gerekçelerle glukofaj benzeri ilaçları kullanmaya başladık. Siz Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nde Diyabet grubundasınız. Sizce Türkiye'de diyabetle ilgili örgütlenme ve hizmet imkanları farkındalık çalışmalarını yeterli mi?

İlhan SATMAN

Hocam öncelikle davetiniz için teşekkür ediyorum. Ben 79 mezunuyum. Mesleğimin 10. yılından itibaren diyabet ile

haşır neşir oldum. İstanbul Tıp Fakültesi Diyabet Bilim Dalındayım. Endokrinoloji Metabolizma Bilim Dalındayım. Hep oralarda yönetici olarak çalıştım. Şimdi mesleki örgütüne geçtim. Yani işin akademisinde mutfakta çalıştım. Sivil toplum kuruluşlarında çalıştım. Önleme kontrol programı bölümünde 2010- 2014'e kadar ve sonra da geçtiğimiz yıldan beri önümüzdeki beş yılı kapsayan bölümde de hasbelkader Bilimsel Kurul Başkanlığı yapıyorum. Bundan başka Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığında şu anda kâğıt üzerinde olmasa bile fiilen çalışıyorum ve dolayısıyla diyabet konusunda epey şey öğrendim diye düşünüyorum.

Dünyada diyabet artıyor. Hocamızın da bahsettiği gibi bu geçtiğimiz senenin diyabet rakamları dünya genelinde 415 milyon hatta Dünya Sağlık Örgütü geçen haftalarda 422 milyon diyabetliden bahsetti ve 2040 yılında %50 daha artacağı öngörüyor. Böyle giderse Dünya Sağlık



DİYABET İLE İLGİLİ GÖREVLER

- 1989 – 2005 : İÜ İstanbul Tıp Fak. İç Hast. AD Diyabet BD
- 2005 - : İÜ İstanbul Tıp Fak. İç Hast. AD Endokrinoloji – Metabolizma Hast. BD
- 1993 - : Diyabet Obezite ve Metabolizma Derneği
- 1995 – 2003 : Diyabetle Yaşam Derneği
- 1996 – 2003 : Türkiye Diyabet Tedavi ve Eğitim Vakfı (Türkiye Diyabet Vakfı)
- 2006 – 2012 : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Yönetim Kurulu
- 2006 - : TEMĐ Diyabet Çalışma ve Eğitim Grubu
- 2006 - : TEMĐ Diyabet ve Kompl. Tanı, İzlem ve Tedavisi Kılavuzu Yazım Komitesi
- 2010 – 2014 : Türkiye Diyabet Önleme - Kontrol Programı 2011-2014 Yürütme Kurulu
- 2014 – : Sağlık Bak. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Diyabet Eğitimci Eğitimi Programı
- 2015 – : Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 Bilimsel Kurul
- 2015 – : Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)

Örgütü'ne göre 650 milyona ulaşacak diyebiliyoruz. Türkiye'ye pek çok konuda biraz gerilerde kalıyor; ama maalesef diyabet konusunda biraz ilerideyiz.

2013 yılı değerlendirmelerini burada dikkatinizi sunmak istiyorum. Dünyada diyabetin en sık görüldüğü onuncu ülkemiz. Önümüzdeki 2035 yılına kadar bu sıralar biraz daha yukarıya doğru taşınacak gibi görünüyor. Yine bir başka değerlendirmede 2013 yılında Türkiye Avrupa kıtası içinde

IDF 7. Diyabet Atlası: 2015 ve 2040 Dünya Diyabet Nüfusu (20-79 yaş)



milyon nüfus olarak diyabetin en sık görüldüğü üçüncü ülke ama sıklık bakımından ne yazık ki Avrupa'da birinci konumda olan ülke.

Diğer slaytta görüyorsunuz. 14.85 oranıyla sivil toplum örgütlerimiz var ve bunlar Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Eğitim Araştırma Hastaneleri; hasta örgütleri ve mesleki örgütler canla başla çalışıyorlar. Bu konuda 1995'e kadar en azından çok fazla bir şey yok iken bugün pek çok konuda mesafe aldılar. Hasta hakları, hasta güvenliği

Country ranking 2013	Country	Number of people with diabetes (millions), 2013	Country ranking 2035	Country	Number of people with diabetes (millions), 2035
1	China	98.4	China	142.7	
2	India	65.1	India	109.0	
3	USA	24.4	USA	29.7	
4	Brazil	11.9	Brazil	19.2	
5	Russia	10.9	Mexico	15.7	
6	Indonesia	8.6	Indonesia	14.2	
7	Mexico	8.4	Egypt	13.1	
8	Egypt	7.5	Pakistan	12.8	
9	Japan	7.2	Turkey	11.8	
10	Turkey	7.0	Russia	11.2	

Source: International Diabetes Federation Diabetes Atlas.¹⁰

Table: Countries with the highest numbers of people with diabetes

Avrupa'da Diyabetin En Yüksek Oranda Görüldüğü İlk Beş Ülke (20-79 yaş)

2013 Yılı Diyabetli Nüfus			2013 Yılı Diyabet Sıklığı		
Sıra	Ülke	Milyon kişi	Sıra	Ülke	%
1	Rusya Federasyonu	10.9	1	Türkiye	14.85
2	Almanya	7.5	2	Moritanya	10.11
3	Türkiye	7.0	3	Makedonya, TFYR	9.98
4	İspanya	3.8	4	Sırbistan	8.92
5	İtalya	3.6	5	Bosna Hersek	9.70

konularında tedavi ve takibinde standardizasyonu konularında. Ama yeterli mi bence daha yeterli değil. Bu da zaten bizim sıralamamızdan belli.

Bu kontrol programındaki durumu görüyorsunuz. Hedeflerle ben sizi yormak istemiyorum. Farkındalık çalışmaları olarak her zaman için bu sivil toplum örgütleri üniversiteler ve diğer hastaneler ve ayrıca tabii özel günlerde Dünya Diyabet günü 14 Kasım'da kutlanıyor. Buna kutlama diyoruz ama İngilizce'deki karşılığı aslında tam kutlama değil. Gündeme getirme anlamında kullanıyorlar. İnsülini ilk keşfetmiş olan Banting'in doğum günü adına kutlanmaya başlanan ve son zamanlarda, özellikle son on yıldır hafta olarak ele alınıyor. Biz de bir takım etkinliklerle diyabeti gündeme getiriyoruz. Diyabet konusunda herkesin

birlikte hareket etmesini sağlamaya çalışıyoruz. Son birkaç yıl içinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından Mart ayı içinde düzenlenen etkinliklerde Dünya Sağlık Gününde de hep diyabet gündeme getiriliyor.

Biz de çalıştığımız örgütlerde ve Sağlık Bakanlığı'nda bu hastaları bilinçlendirmek ve bu hastaların bakım kalitesini iyileştirmek üzere farkındalığı arttırmak üzere çalışıyoruz. Şükrü Hocam da çocuk grubunda benle paralel olarak çalışıyor ve farkındalık yaratmaya çalışıyor. Eğitim sağlık okuryazarlığını tesis etmeye çalışıyoruz. Erken tanı ve tedaviyi de kanıta dayalı rehberleri ışığında yerleştirmeye çalışıyoruz. Bütün bunlara rağmen bizim ülkemizdeki durumu görüyorsunuz. Maviler 1998 yılındaki diyabet taraması ki Türkiye genelinde 540 merkezde yaptığımız bir çalışmaydı. Kırmızılar ise 12 yıl sonra aynı 540 Merkez yaptınız erişkin toplumdaki evet rakamlarını görüyorsunuz. Yüzde olarak da bir sıklıkla ama 40 yaşından itibaren şöyle gösterecek olursam kırmızılar toplumun %10'dan fazlası diyabetli; 50 yaşından itibaren neredeyse dörtte biri diyabetli ve 60 yaşından sonra da nüfusun üçte biri diyabetli gibi bir rakamla karşılaşıyoruz. Bu konuda çok mesafe almamız gerekiyor. Burada da sarılarla mavileri karşılaştırmanızı rica ediyorum en sonunda genel olarak görüntüyü görüyorsunuz.

Mevcut diyabetlilerin yüzde 45'i hasta olduklarının farkında değil. Bu bizim son yaptığımız taramadan elde ettiğimiz rakamlar 25000-26500 kişiyi taramıştık. Yani iki kişiden birisi diyabetli olduğunun farkında değil. Toplum genelinde antropometrik ölçümlerimiz ve yaşam tarzımız değişti. Bu da böyle devam edecek gibi görünüyor. Bu konudaki artış oranlarını dikkatinize sunmak istiyorum Yani sonuç olarak birinci sorunuzda henüz yeterli bir sınıf geçme seviyesinde değiliz; ama en azından biz sağlıklılar biraz uyandık diyelim.

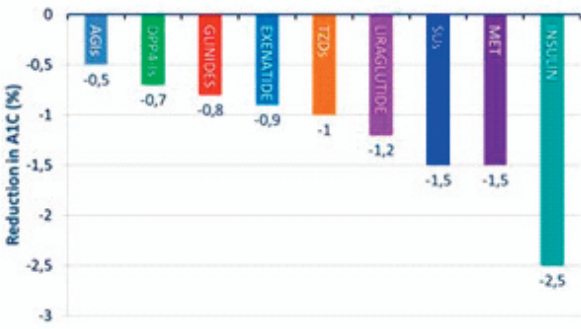
Nuh Zafer CANTÜRK

Ben burada şeytanın avukatlığını yapayım. Klinik tedavi, yani bunlarla ilgili tedavi modaliteleri ve bunları uygulamaları kullanılan kılavuzlar yeterli mi? Bunu şunun için soruyorum? Diyabetli hasta sayımız artıyor biliyorsunuz. Kardiyolojide bu kolesterol düzeyi ile ilgili bir tartışmadır gidiyor. Ülkemizde kolesterol ilaçları ile ilgili benzer bir tartışmayı acaba sizin bu çalışmamızda bahsettiğiniz gibi diyabetle ilgili kan değerlerinin endüstri yönlendirmesiyle aşağı veya yukarı çekilmesi gibi parametre etkilemiş olabilir mi? Bu amaçla hemoglobin A1C kullanımı, etkin kullanımı, konusunda bir şeyler söyleyebilir misiniz?

İlhan SATMAN

Tabii şimdi bu konuda da bir kere kılavuzlarımız var ama ilaçların etkinliği konusunda söyleyeceğim şeyler var. Diyabet piyasası hızlı geliyor. İlaç piyasası ve diagnostik piyasası. Çünkü diyabetin kendisi artıyor. Bu konuda yeni gelişmeler rantı arttırıyor. Doğal olarak endüstri ayağında düşünecek olursanız. Her bir ilaç herkese uygun değil tabii. Endüstrinin burada katkısı bir ilaç geliştirildiği zaman olağanüstü bir reklam ve tanıtma çabaları ile her ilacın herkese uygun gibi yansıtılabilir. Ama biliyoruz ki monoterapi de tek başına kullandığımız zaman her bir ilacın kendine göre etkinliği var ve kişinin başlangıçtaki hemoglobin A1C düzeyine ve hastalığından kaynaklanan diğer durumlara göre bunu seçmemiz lazım.

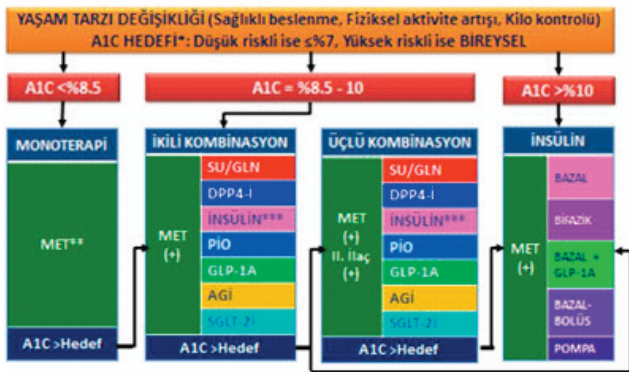
TÜSEB Hipoglisemik İlaçların Gücü: Monoterapi Etkinlik



Nathan et al, 20

Bizim kendi kılavuzumuz var. Bunun bir benzeri Türkiye Diyabet Vakfı tarafından daha da basite indirgenerek birinci basamakta da kullanılabilir hedefiyle geliştirildi.

TEM2 Tip 2 Diyabette Tedavi Algoritması - 2016



*İlaçsız A1C hedefi %7,5-8,5 aralığında hedeflenmelidir. **Monoterapi için MET tercih edilir, ancak İMET kontrolünde veya insülinle birlikte kullanıldığında bir alternatif olabilir. ***Bazal insülin tercih edilmez, genellikle SU/GLN ile verilmemesi koşullarında diğer insülinler de kullanılabilir. İlaçların: METformin, DPP4-I: Dipeptidil çevreleme enzim inhibitörü, SU: Sülfonilüre, GLN: Glisin, PIO: Proglitazon, GLP-1A: Glukagon benzeri peptid 1 analogu, AGI: İnsülin inhibitörü.

Monoterapi için kişiler geldiği zaman ne uygulayacağız? İkili kombinasyon mu? Üçlü kombinasyon mu? İnsülin tedavilerini ne zaman yapacağız? Burada anlatılmış durumda. Bu bizim rehberimizi görüyorsunuz. Bu rehberimizi kanıta dayalı olarak 2006 yılından beri çıkartıyoruz. Sekizinci baskısını geçtiğimiz günlerde yayınladık. Biliyorsunuz birkaç gündür kongremiz vardı. Şu anda da aynen devam ediyor. Kanıta dayalı olması nedeniyle Kanıta Dayalı Tıp Derneği tarafından Türkiye'de çıkarılan 200 küsur dernek içinde orijinal özgün yapısıyla hep birinci olarak değerlendiriliyor. Bu da bize iletilen pozitif bir şey; ama bütün bunlara rağmen sahada hastalarımızı takip ettiğimizde; örneğin bu bahsettiğim son çalışmada 2010 yılında yaptığımız çalışmada 2000 küsur bilinen diyabetli hastamız vardı.

Biz bunlara "son üç ay içinde size verilmiş olan ilaçları düzgün kullandınız mı?" diye sorduk. Düzgün kullandık diyenlerdeki hemoglobin A1C oranlarını görüyorsunuz. Kadın olsun erkek olsun, kentsel alanda olsun kırsal alandan olsun ya da genç, orta yaş ya da yaşlı grupta olsun hepsinde diyabet kontrolünü tam manası ile sağlayamıyoruz. Kabaca söyleyecek olursam %51'i kontrolsüz.

ADMIRE Çalışması: Kronik Komplikasyonlar



Bu ne demektir. Komplikasyon demektir. Bir yandan bir kısmını geç tanı koyuyoruz. Bir kaç yıl sonra tanıyoruz. Bir yandan yarısını iyi kontrol edemiyoruz. Bu da başka bir saha çalışması. Diyabetlilerimizin sekiz yıllık bir süreçten sonra %60'ında en azından bir komplikasyon ile karşılaşmaktadır. Bu ne demektir?

Bu maliyet, mortalite oranları ve diğerlerinde artış demektir. Burada da diğer önemli hastalıklar gibi diyabetin (örneğin dünyanın bazı bölümler için önemli addedilen AIDS gibi, tüberküloz gibi, sıtma gibi hastalıkların toplamından daha fazla oranda) yıllık ölüme sebep olduğunu göstermişlerdir. Diyebileceğim bunlar.

Nuh Zafer CANTÜRK

Teşekkür ederiz. Kongrenizi yarıda kesip geldiğiniz için hem de verdiğiniz bilgiler için çok teşekkür ediyorum. Ben Dilek Hanıma bazı soruları yöneltmek istiyorum. Dilek, kardiyoloji önemli tartışma alanlarından bir tanesi. Pek çok tartışma var. Etkinlik, maliyet gibi konularda. Güvenlik açısından da ülkemizde son 10 yıl içerisinde işte anjiyo yapılma oranları ve stent uygulamaları oranları ciddi olarak arttı. Bunları uygularken standart algoritmalara uyuluyor mu uyulmuyor mu? Bunları bizim için bir değerlendirir misin, endikasyonlara uyularak mı yapılıyor; yoksa başka duygusal gerekçeler mi ön plana çıkıyor. Bunu yorumlarsan sevinirim.

Dilek URAL

Öncelikle ben de davetiniz için çok teşekkür ediyorum. Ben şu an iki üniversiteli olarak kendimi kabul ediyorum. Hem Kocaeli hem Koç. Aynı zamanda 2008 yılından beri Türkiye'nin kalp damar hastalıklarından birincil korunmasında Türk Kardiyoloji Derneği'nin Avrupa temsilciliği görevini yapıyorum. Bu temsilcilik çerçevesinde Türk halkında koroner kalp hastalıkları sıklığı ne kadar veya arttı mı? Biraz önce sorduğunuz istatistikler ne kadar? Bunları düzenli olarak değerlendirip; işte Avrupa'ya raporlama ve onlardakilerle karşılaştırma ve değerlendirme gibi bir görevim var. Şimdi Kalp Damar Hastalıkları açısından baktığımız zaman Türkiye'de bir numaralı ölüm nedeni (her ne kadar ben burada tek başına iseysem de)aslında kalp damar hastalıklarıdır. Yani kanser değil. Özellikle de meme kanseri değil. Kadınlarda esas ölüm nedeni kalp krizleri ve kardiyovasküler hastalıklardır. "Sıklığı ne kadar? Avrupa'ya göre karşılaştırılması nedir?" diye soracak olursanız; Türk kadını Avrupalı kadınlara göre kalp damar hastalıklarından birinci sırada ölüyor. Erkeklerde ilk üç içerisinde ama birincilik kadınlarda. Bu bağlamda baktığınız zaman algoritmalar var mı? Neler var? Tabii ki koroner anjiyografi ve stentleme koroner kalp hastalıklarının tedavisinde bir numaralı seçeneklerimiz. Ama her önüne gelene yapmadığımız kesin. Klinik olarak çok net hekimini şüphelendiği belirtileri olacak veya bazı testlerde evet anjiyografi yapsanız iyi olur diye bir sonuç çıkacak ondan sonra hastaya nasıl davranacağız. Tamamen kalp ekibinin kararıdır. Kardiyolog kalp damar cerrahı bir araya geliyor ve stentliyecek miyiz? bypass yapacak mıyız? Diye tartışıyor. Ona göre karar veriyor. Evet, Türkiye'de stent yapma sayısı çok arttı. Burada duygusallık ne kadar var ne kadar yok bilemiyorum ama bazı istatistikler var. Aslında en iyi istatistik Bakanlığın elinde; fakat bakanlık kendi istatistiklerini bizimle değil daha ziyade Kamu Hastaneleri çerçevesinde paylaşıyor. Koroner arter hastalıklarının tanısında anjiyografi yıldan yıla artıyor; ama istatistiksel olarak karşılaştırdığınız zaman dünyada da bir artış var. Çünkü anjiyografi artık daha kolay yapılabilen daha az sorunlu bir şey oldu ve hekimler kendilerini güvende hissetmek için olabildiğince çabuk tanıya gitmek istiyorlar. Stent de arttı; fakat Türkiye ortalaması toplum ortalaması açısından karşılaştırıldığında kesinlikle OECD ortalamasının altında bunu söyleyebiliriz. İkincisi gereksiz

yapılıyor mu, gereksiz ediyor mu? Bu konuda çok şaibe vardı. Kardiyoloji Derneği'de çok net zaten bu kaygılarını ifade etti. Onun üzerine bakanlık 2013 yılında bir denetleme grubu oluşturdu. Ben de orada hasbelkader yer aldım. Çok geniş bir ekip yüzlerce hekimden oluşuyor. Üniversite hastanelerinden veya devlet hastanelerinden doktorlar vardı. Biz de katıldık. Anjiyoların CD'leri başka merkezlere gönderildi. Başka kardiyologların yorumları ile karşılaştırıldı ve raporlandı. Fakat bu raporu maalesef Türk Kardiyoloji Derneği ile paylaşmadılar; toplumlarda paylaşmadılar. 2015'de bir kere daha yapılacak fakat şunu söyleyelim herkesle tek tek paylaşıldı ve bazı merkezlere mesela normal anjiyo sayınız fazla lütfen az yapın diye uyarı geldi. Yani bakanlık bu işin arkasında.

Nuh Zafer CANTÜRK

Teşekkür ederim. Ancak biz de bu performans sistemi uygulamaları nedeniyle ekokardiyografinin uygulanması gibi bazı problemleri hastanemizde yaşıyoruz. Biliyorsunuz eko çekimlerinde kardiyologların zaman zaman çekincesi ile karşılaşıyoruz. Biz şöyle, bizim TUS'a girdiğimiz yıllarda kardiyoloji hakikaten çok tercih edilen ekonomik getirisi hekim açısından bakıldığı zaman iyi olan bir branştı. Fakat son yıllarda mesela eko yapıldığında paket uygulamalar çerçevesinde ödendiği için arkadaşlarımız biraz geri kalmak istiyorlar. Buda hasta güvenliğini etkiliyor. Dolayısıyla bu uygulamalar, bu hadiseler hekim performansını ne kadar etkiliyor?

Dilek URAL

İşte bu çok kötü. Kardiyoloji Derneği'nin önemli yaralarından bir tanesi. Kendilerini de yeterince ifade edemiyorlar ve destek bulamıyorlar. Ekokardiyografi gerçekten bizim için yirmi birinci yüzyılın stetoskopu. Yani mutlaka yapmaya çalışıyoruz. Bir şey atlamadan ekokardiyografiyi doğru yapmayı öğrenmek yaklaşık altı ayımızı alıyor. Bir ekokardiyografi raporu örneğini ben size gösterecek olsam; yaklaşık iki sayfa ve bir sürü ölçüm içeriyor. Kişinin en az yirmi dakika yarım saatini alan bir şey. Aslına bakarsanız gerçekten ödemesi kardiyolojinin paket programlar içerisinde yer alıyor. Bu paket içinde kardiyoloji muayenesi var, biyokimya testleri var, efor testi var, ekokardiyografi var; göğüs radyogramı var ve bunların hepsi en ücretli olan üniversite hastanesi için 68 TL. Yani bir hekimin muayeneye ayırdığı zaman 15 dakika, eko için 15 dakika, efor testini 15 dakika diyelim toplamda 45 dakikasını alıyor. Biyokimya dahil diğer tetkiklerde maksimum 68 liradır. Aslına bakarsanız bu çok rencide edici bir durum. Çünkü gerçekten bu büyük bir emek istiyor. O yüzden bazı hastalarda çalاکalem ekokardiyografi yapıldığı oluyor. Gerçekten şöyle bir probu koydum çektim gibi yapılacak bir şey değil.

Nuh Zafer CANTÜRK

Dilek ben bir soru daha yönelteceğim. Biliyorsunuz ülkemizde eczaneden antibiyotik alabilmem için reçete edilmesi

gerekiyor. Fakat tabii kolesterol ilaçları olsun, antihipertansifler olsun bunlar için öyle bir şey olduğunu bilmiyorum. Herhâlde rahatlıkla alınabiliyor. Eğer rahatlıkla alınabiliyorsa; bunların böyle rahatlıkla alınabiliyor olması; hasta güvenliğini ne ölçüde etkiler?

Dilek URAL

Bununla ilgili Kardiyoloji Derneği adına değil ama kendi adına bir yorum yapabilirim. Şimdi kolesterol konusuna isterseniz hiç girmeyeyim. Çünkü buradan çıkmamız 2-3 gün sürer. Çok uzun bir tartışma konusu. Hipertansiyon için istersen anlatayım. O kısım daha kolay ve daha az şaibesi olan bir alan. Çünkü hocamızın çok güzel epidemiyolojik çalışmaları var. Bütün Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaların şablon bir oranı var. Erişkin toplumda Türkiye'de Dünya'ya benziyor. %30 hipertansiyon var. Bunu oranladığınız zaman toplumun yani %30'u 19-20 milyon kişinin hipertansiyon hastası olduğunu düşünebilirsiniz. Türkiye'de hipertansiyon hastası olup da bunun farkında olan hasta sayısı yaklaşık %50-60. Bu durumda bunu da tekrar oranladığınız zaman yaklaşık bu 20 milyon kişi diyelim. 12 milyon kişi tanı konmuş durumda ve yine çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda kontrol oranı da %40'larda çıkıyor. Tansiyonun farkında olan. Bunu oranladığınız zaman yine yaklaşık 5 milyon kişiye falan denk geliyor. Yani 20 milyon hipertansiyon hastasında kalp krizi geçilebilecek. Bunlardan sadece tedavi olabiliyor 15 milyon kişi açıkta geziyor diye düşünebilir Hekim sayısına bakalım. Benim bildiğim kadarı ile 135000 hekim var. Yani yanılmıyorsam istatistiksel olarak iç hastalıkları ve kardiyolog olarak 6000 civarında hekim sayısı olduğunu verecek olursak. Bu durumda 20 milyonu 135000 böldüğünüz zaman çok ciddi rakamlar çıkıyor. Altı bin tane dahiliye ve kardiyoloji uzmanı olduğunuz zaman bu baş edilmesi mümkün olmayan bir şey. O yüzden de bu biraz toplantılarda söylenen "self-management" hastanın kendi kendisini kontrol etmesi; aktif bir hasta olması belki gerekiyor. Yani bu tip çok yoğun görülen hastalıklarda sivil toplum örgütlerinin, bu hastalıktan muzdarip kişilerin veya olabildiğince sağlık alanındaki bütün kişilerin desteğinin alınması ve buna hemşireler dahil vesaireler dahil o kadar yoğun bir iş yüküyle baş etmekte başka yapılacak en iyi şey şu anda.

Nuh Zafer CANTÜRK

Teşekkür ediyorum. Biraz konuyu değiştirelim. Kansere Onkolojiye dönelim. Devrim'e soru yöneltmek istiyorum. Devrim, biz beraber çalışıyoruz. Kanser tanı ve tarama hizmetleri ülkemizde bölgesel farklılıklar da dikkate alındığında, bölgesel farklılıklar dikkate alacak olursak yeterli mi, eksik mi? Bu amaçla biz multidisipliner konseyi yapıyoruz. Daha doğrusu multidisipliner konseyleri ihtiyaç olduğunu biliyoruz. Bu açıdan ülkemizde diğer kurumlarda bu multidisipliner konseylerinin varlığı yeterli mi? Bu konuda birkaç şey söylersen memnun oluruz.

Devrim ÇABUK

İlk cümlede hemen konuyu tamamlamış olacağım. Erken tanı ve tarama programlarının yani bölgesel farklılığı bile bir kenara bırakırsak tüm Türkiye'de çok yeterli olduğunu düşünmüyorum. Mutlaka bölgesel farklılıklar var. En çok bilgilendirme yapılan meme kanserinde bile hala tarama ile erken evre saptanmış hasta oranları çok düşük. Dediğim gibi hani bölgesel farklılıklar olabilir. Büyükşehirlerde biraz daha sosyal kültürel seviyesi yüksek hastaların gittiği yerde daha erken evre meme kanserleri ile daha çok karşılaşılıyor. Ama biz pratikte hala yani 100 meme kanseri görüyorsak Taramayla erken tanı konan hasta oranları %3-5'i geçmez. Oldukça düşük oranlarda hala burada meme kanserinden bahsediyorum. Biz dördüncü sınıflara ders anlatıyoruz. Ben dördüncü sınıflara kolorektal kanser anlattığım zaman soruyorum. 50 yaş üstü sağlıklı toplumda herkese tarama yapılması gerekiyor. Aranızda yakınlarınızdan yaptıran var mı diyorum. Bir ya da iki kişi parmak kaldırıyor ve yapılacak yeri, Türkiye de biliyorsunuz Birçok yerde KETEM kuruldu(Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri).KETEM'i duyan var mı dediğimde hiç kimse elini kaldırmıyor. Bunu ben başka hekim toplantılarında da soruyorum. Yani hani bırakın sağlıklı toplumun taranmasını Tıp Fakültesi öğrencilerinden hekimlere kadar çok ilgili gruplar daha KETEM'i bile duymamış birçok kişi var. Bilgi sahibi değiller. O yüzden bu konuda yapılması gereken çok şey var diye düşünüyorum. Hani sadece sağlık çalışanları değil ama birinci basamakta aile hekimlerinin mutlaka eğitimi bilgilendirmesi gerekiyor; ama bu sadece sağlık çalışanlarıyla da bitmiyor. Yani toplumu bilgilendirmek için il sağlık müdürlükleri, sosyal derneklerle işbirliği yapıp belki daha fazla programları yapılması gerekiyor gibi görünüyor.

Nuh Zafer CANTÜRK

Doğru söylüyorsun aslında Sağlık Müdürümüz de burada KETEM'lerin bilinmemesi çok ilginç. Daha da ötesi var. KETEM'lerce ikinci mektubu gönderdiğinizde gelme oranları azdır. Bu bizim insanlarımızın sağlığı ihtiyaçları arasında kaçınıcı sıraya koymasıyla belki ilgili olabilir. Onun için sağlık okuryazarlığı meselesinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Sadece devletin değil aslında sivil toplum kuruluşlarının ve medyanın sağlıklı farkındalık projeleri yapması gerekir. Bu meselede ben bir başka soru daha soracağım sana. Kemoterapi uygulamalarında standartlarımız nasıl ve hasta güvenliği açısından açıklarımız var mı? Kanser tanı ve tedavisinde ulusal kılavuzlarımızda olması gerekir mi? Biz SENATURK olarak meme kanseri ile ilgili kılavuz oluşturma çabaları içerisindeyiz. Uluslararası kılavuzlar var; onlar yeterli; onları kullanıyoruz da diyebilirsin. Ama eğer bizim yerli kılavuzu ihtiyacımız var diye düşünüyorsan bunun nedenini bir yorumlarsan ve bunun etkinlik ve güvenlik açısından birkaç örnek ile belki zenginleştirebilirsiniz.

Devrim ÇABUK

Kanser uygulamalarında yani hazırlama ve uygulama son aşamasına gelmeden önce aslında daha önemli şeylerden birisi kemoterapiyi kimin uyguladığı. Kimin bu şemaları hazırladığı. Türkiye'de hala bu konuda da sıkıntı var. Yani aslında kemoterapi tıbbi onkologlar tarafından verilmeli. Birçok merkezde birçok doktor hala kemoterapi veriyor. Kemoterapi vermek çok zor bir şey değil; ama kemoterapi uygulamak kadar önemli olan onun yan etkileri ile baş etmek. Bununla baş edemeyecek bir hekimin kemoterapi vermemesi; verenin uzman olması gerekiyor. Sadece Onkoloji Medikal Onkoloji anlamında değil aslında az önce söylediğiniz gibi patoloji, genel cerrahiye kadar mutlaka multidisipliner yaklaşılmalı hani bu konuda tecrübeli kişilerin yapması gerekiyor. Sabah Vahit hoca da söyledi. Hala meme kanserinde bile modifiye radikal mastektomiden bugün geldiğimiz yeri söyledi; ama hala çok erken evre meme kanserine MRM yapan birçok hekim var. Yani bu konuda tecrübeli ve onkoloji ile ilgilenen merkezlerde bunların yapılması gerekiyor. Kemoterapi hazırlanması ve uygulanması konusunda artık oldukça iyi bir noktadayız. Birçok merkezde artık hazırlama otomatik sistemler tarafından yapılıyor. Birçok kontrol mekanizmasından geçiyor hataları mümkün olduğu kadar azaltmak amacıyla ve kemoterapilerin özel verme setleri var. Hazırlama ve uygulama aşamasında oldukça artık güvenli taraftayız Ama yine de bu hazırlanan şemaları hastaya uygulayacak olan kişiler hemşireler sonunda. Hani bu konuda yine insan hataları olabilir ama tecrübeli onkoloji ile ilgilenen hemşire oranlarını sayılarını arttırmak ve onların eğitimini arttırmak gerekiyor. Diğer sorunuz kılavuzlar ile ilgili ihtiyaç. Türkiye de ihtiyaç var. Biz bütün kılavuzları takip ediyoruz ama birincisi ilaçları kılavuzu giren her ilacı Türkiye'de hemen ulaşma şansımız yok. Bu belli bir süre alıyor; 2-3 yıl bir süre alıyor. Biz toplantılarda etkili ilaçları konuşuyoruz ama Türkiye'de kullanma şansımız her zaman hemen olmuyor. Bu noktada etkinlik konusunda yani dünyada Uzak Doğu, Avrupa ve Amerika'daki kişilerin ilaçların etkinliğini farklı olduğunu biliyoruz. Uzakdoğu'da çalışmada kanıtlanan bir ilaç Avrupa'da ya da Amerika'da etkili olmayabiliyor. İnsanların genetik yapısı ve metabolizmaları farklı. Örneğin; Örnek vermeme istediniz; Kapasitabin diye kemoterapi ilacı var. Oral alınan bir ilaç. Amerika'da birçok hasta çalışmalarda bu belirlenen düzeyde ilacı yan etkileri için tolere edemiyor. Metabolizmaları farklı; bizdeki Türkiye'deki farklı. Yani bölgesel farklılıklar var. Ben çalıştığım hastaneleri dikkate aldığımda yan etkilerin farklı olduğunu görüyoruz. Bunlara göre yani bizde çok fazla yapılan çalışma yok ama yine de tecrübeler göre kullanma imkanımız olan ilaçlara göre kendi kılavuzlarımızı oluşturmamız gerekiyor.

Nuh Zafer CANTÜRK

Ben de burada bir katkıda bulunmak istiyorum. Aslında güvenlik meselesine değinecek olursak; biz de bir çalışma yapalım dedik. Bizim meme kanserinde koltuk altı aksillada lenf nodlarının çıkartılması kol ödemeine yol açıyor. Sentinel

lenf nodu biyopsisi geliştirilmiş sonunda ilgili çalışmalar devam ediyor Acaba başka bir yöntemle daha erken, ameliyattan önce metastaz var mı yok mu ayırt edebilir miyiz? tartışmaları devam ediyor. Biz de bu amaçla acaba PET'i kullanabilir miyiz dedik. Bu amaçla kullanılan literatüre baktık. Öyle bir çalışma yok. Böyle bir çalışmanın dizayn edilmesi de çok mümkün değil; PET erken evre meme kanserinde evreleme amaçlı kullanmanın anlamı yok. O zaman böyle bir çalışmayı yapamayız dediler. Ben de böyle bir çalışmayı rahatlıkla yapabiliriz dedim. Çünkü özel hastanelerden gelen hastalarda PET çekilmiş oluyor. Hakikaten de bizde asistan arkadaşımıza tez konusu verdik. Birkaç ay içerisinde 40-50 civarında vakayı topladık. Yani demek ki birtakım yöntemler hem etkin kullanılmıyor hem de hasta gereksiz yere radyoaktiviteye ışına maruz kalmış. Bu da hasta güvenliğinde olumsuz yönde etkiliyor diye düşünüyorum.

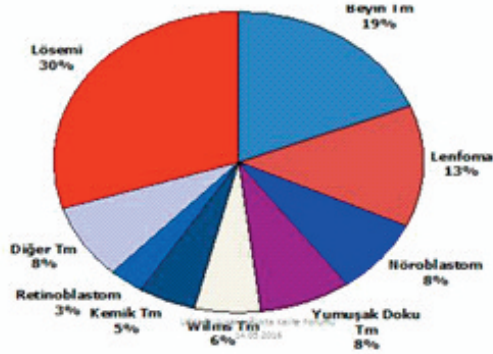
Rejin hocam size de bir soru yöneltmek istiyorum. Onkolojiye hazır girmişken ülkemizde çocuk onkolojisi uzmanı tabii ki çok fazla olmadığını biliyorum. Yeterli sayı ne olmalı? yani hekim sayımızın artırılması konusu gündeme geliyor. Dilek'in konuşmasında da söz konusu oldu Artırılması gerektiği konusunda bir tartışma olmadığını düşünüyorum; ama işte yardımcı sağlık personelinin artırılmasının hekim sayısının artırılmasından daha önemli olduğunu biliyorum. Ama çocuk onkolojisi çok özel. Buradaki hekim sayımız yeterli mi? Eğer yeterli diyorsanız; demeyeceğinizi biliyorum. Var olan merkezler etkin kullanılıyor mu? Eğer yeterli değil diyorsanız ne yapılması gerekiyor?

Rejin KEBUDİ

Ben de hem size hem organizasyon komitesine teşekkür ederim. Ben asistanlıkta da onkoloji ile uğraştığım için yaklaşık 30 yıldır Pediatrik Onkoloji ile uğraşmış oluyorum. Aynı zamanda Türk Pediatrik Onkoloji grubunun da yaklaşık 10 yıl yönetim kurulunda oldum. Başkanlığında yaptım. Uluslararası Pediatrik Onkoloji ki bütün dünyadaki pediatrik onkologların içinde olduğu cemiyette de aktif olarak görev alım. Çeşitli çalışma gruplarının içinde ve başkanlığını yapıyorum. Ayrıyeten Uluslararası Pediatrik Onkoloji Derneği'nde pediatrik onkoloji eğitimi komisyonunda yer aldım. Journal of Hematology and Oncology'de Türkiye'de Pediatrik Onkoloji'nin durumu ile ilgili 2012'de bir küçük yazımızda olmuştuk.

- **Çocukluk çağı kanserleri, erişkin kanserlerinden farklılıklar gösterir.**
- **Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin % 4**
- **İnsidans milyonda 120**
- **TÜRKİYE'DE DURUM: Çocuk nüfusu fazla**
- **Nüfus: 70 milyon**
- **< 15 yaş :24 %; < 18 yaş :36 %**
- **Türkiye'de her yıl ~ 3000 yeni çocukluk çağı Ca.**
- **MULTİDISİPLİNER YAKLAŞIM: EKİP ÇALIŞMASI!**

Çocukluk çağı kanserlerinin dağılımı



Çocukluk çağı kanserleri erişkinlerden çok farklı ve tarama testleriyle tanı konmuyor. En önemli olay erken tanı. Bunu niye söylüyorum kayıt sistemi çok önemli. Az öncede belirtilmişti. Hem kurumların kendi kayıt sistemleri hem ülkelerin kayıt sistemleri önemli kendi ülkemize baktığımızda Onkoloji Enstitüsünde 90'lı ve 2000 yılları arasında ileri evre hastaların çok olduğunu hep görüyorduk. Türk Pediatri Onkoloji grubu kurulduktan sonra 1996 da Sağlık Bakanlığı ile birlikte güzel bir program yaptık ve il gezerek pratisyen hekimleri yani birinci basamak hekimleri ve hemşireleri de pediatriye çocukluk çağı kanserleri erken tanısı konusunda bilgilendirmek istedik. 1300 hekime bu şekilde ulaştık. dört yıl bunu Sağlık Bakanlığı ile birlikte çok güzel yürüttükten sonra Sağlık Bakanlığı daire başkanlığına kendi bütçesi şu anda yok. Direkt bağlandığı üst kurum olmuş oldu. Türk Pediatrik Onkoloji grubu olarak bunu götürüyoruz ama Sağlık Bakanlığı ile birlikte yapmak lazım. Çünkü onlar kişileri görevlendiriyorlardı ve hekimler geliyordu. O zaman bulunuyorlar gerçekten hiç unutmuyorum Mardin'de bir hekim arkadaşımız "hocam ilk kez ayağımaza bilgi geldi" demişti "çok teşekkür etmişti" bize. Bu çok önemli ve biz bunun sonuçlarını gördük.

Yine Enstitü'nün kayıt sisteminden 22 yıllık bütün hastaların kaydını yaptım ve burada sağ kalımı da çıkardım. 2000'den sonra erken evrede gelen hastalarımız çok daha fazla. Yine Türk Pediatri Onkoloji grubunun kanser kayıt sistemi var. Tezer Kutluk hocamız başkanlığını yapıyor. Şu anda UR-CC'nin başkanı biliyorsunuz. Enternasyonal Kanser Savaş Derneğinin başkanı. Buna göre hem biz Türkiye'de hangi kanserleri görüyoruz çocukluk çağında bunlar Avrupa'dan Amerika'dan farklı mı onları görebiliyoruz. Hem de sağ kalımı izliyoruz. Bugün için Türkiye'de tüm Türkiye ele alındığında 5 yıllık sağ kalım yedi yıllık sağ kalım %65. Bu önemli bir oran gerçekten. Türkiye Dünya Bankası sınıflamasında bildiğiniz gibi orta gelir ülkesi yüksek gelir ülkesi değil. Şu anda Amerika'da bu %80'e ulaşmış durumda. Batı Avrupa'da %75-79 arası; Doğu Avrupa'da %60-69 arası. Kurumlar olarak bakacak olursak dediğim gibi

2002-2008 TPOG ve TPOD Türkiye Çocuk kanser kayıtlarının tanı gruplarına göre dağılımı

Tanı Grubu	TPOG %	SEER %
I-Lösemi	31,7	25,2
II-Lenfoma ve Retikuloendotelial tümörler	17,1	15,5
III-SSS Tümörleri	13,3	16,7
IV-Nöroblastom ve diğer periferalsinir hücreli tümörleri	7,5	5,4
V-Retinoblastom	3,1	2,1
VI-Böbrek tümörleri	5,5	4,4
VII-Karaciğer tümörleri	1,4	1,1
VIII-Kemik tümörleri	6,0	5,6
XI-Yumuşak doku sarkomu	6,5	7,4
X-Germ hücre tümörleri	4,5	7,0
XI-Karsinom ve diğer epitelyal kanserler	2,7	9,2
Toplam	100	100

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde ben 22 yıllık arşivini çıkardım. Sağ kalım %74. Yani yaklaşık 10 puan yukarıda. Tabii multidisipliner yaklaşım çok önemli. Bazı önemli konular var ve olmazsa olmaz diyebileceğimiz. Bunlardan bir tanesi multidisipliner yaklaşım.

Eğitim çok önemli; tıp fakültelerinde verdiğimiz derslerdeki içerik çok önemli. Erken tanıya yönelmek yoksa da ilaç kullanılmış ne yapalım. Bunlar önemli değil önemli olan bu hastalığın erken gelebilmesi ve ayırıcı tanıda çocukluk kanserinin düşünülmesi. Genellikle lösemi düşünülüyor ama halbuki %30'u lösemiler %70'i organ tümörleri ve organ tümörleri çoğunlukla atlanıyor. Eskiden kocaman bir kemik tümörü işte dizinde ağrısı var diye akut romatizmal ateş nedeniyle işte bir yıldır izlenebiliyor. Yani başım kadar büyük bir kitleyi atlayabiliyorlardı. Bunlar gerçekten çok yoğun bugün çok azaldı. Çünkü böylelikle hem hayat hem uzun korunabiliyor; daha iyi hayat kalitesi sağlanabiliyor. Eğitim çok önemli tıp fakültesinde yan dal eğitimi çok önemli. Bir sorun şu oldu aslında Türk Pediatrik Onkoloji 3 yıllık bir eğitimdi. 2010 yılında hematoloji-onkoloji birleştirildi. Şimdi bir buçuk yıl hematoloji bir buçuk yıl onkoloji görmüş oluyorlar. Burada mezuniyet sonrası eğitim önemli ve özellikle Türk Pediatrik Onkoloji ve Hematoloji Dernekleri önem veriyor.

	Prof.	Doç.	Ün.	EMEKLİ/Özel	Toplam		
TOTAL	35	18	33	86	23	115	2,8/100
İstanbul	7	4	12	23	16 (8Prof)	39	
Ankara	12	4	10	26	8	34	
İzmir	5	2	2	9	1	10	
Adana	2	1	1	3	3	7	



Türkiye'de kaç tane Pediatrik onkolog var. Bunlar yeterli mi dediğimizde; şu anda Pediatrik Onkoloji yapan yaklaşık tüm Türkiye 115 kişi var. Fakat bunların 29'u emekli. Bunların bir kısmı yaş haddinden emekli ama maalesef son yıllarda yaş haddinden değil özel hastanelere geçme nedeniyle de emekli olan epey kişi var. O nedenle geniş çerçevede aktif olarak çalışan 86 kişi oluyor ve bunun üçte ikisi İstanbul, Ankara ve İzmir'de. Diğer şehirlerde 1-2-1-2 diye sıralanıyor. Adana'da yedi kişi var. onlarında üçü özelde çalışmakta. O nedenle yeterli mi yeterli değil. Şu anda en önemli sorunlardan bir tanesi Pediatrik Onkoloji duygusal açıdan da çok zor bir meslek ve gerçekten o süre sekiz saatlik mesai hiçbir zaman yetmiyor. Burada aile bireyleri bilirler 24 saat devamlı elimizde telefon acil olarak çalışıyoruz. Birçok arkadaş başlayıp ya bu işi seçmiyor ya başlayıp vazgeçiyor. Ya da bittikten sonra mecburi hizmet söz konusu. İşte bu mecburi hizmetleri ele aldığımda bir kez Tıp Fakültesi bitince; bir Pediatri bitince ve Pediatrik hematoloji-onkoloji bitince. Daha sonra özel çalışacak olsa çok büyük getirisi olan bir meslek değil. Şu anda o nedenle özendirilmesi gereken meslekler içinde. Burada tabii Sağlık Bakanlığı ile birlikte bazı şeyleri yapmak lazım. Buna mecburi hizmet mi kaldırılacak; ek ödenekler mi verilecek. Olmazsa olmaz tabii ki bu etkin kullanabilmek için bu kadar kişi sayımız az. Çok iyi onkoloji hemşerilerimizin olması lazım. Çünkü onlar gerçekten az önce de söylendi. Bir ekip işi bu hemşire ve doktor ile birlikte onkoloji hemşiresi çok önemli. Aslında yurt dışında Avrupa'da Amerika'da tanı koyarken muhakkak yanınızda psikolog, sosyal hizmet uzmanı var. Bizde böyle bir şey yok. Doktor hem sosyal hizmet uzmanı hem psikolog olmuş oluyor. Her şeyi üstüne gerçekten yüklenip bir yere gidiyor. Gerçekten çok özverili arkadaşlarımız. Ama bunun devam edebilmesi için tabii Sağlık Bakanlığı nezdinde belli adımlarında atılması gerekecek.

İlaç açısından her türlü ilacı buluyoruz. Burada Sayın Nurrullah Zengin'de burada. Gerçekten çocukluk çağı açısından ben bunu çok rahat söyleyebiliyorum. İkinci üçüncü basamakta nüks ettiğinde kullanmamız gereken birçok akıllı molekülleri de Sağlık Bakanlığı'ndan özel izinle alabiliyoruz ve onlara ulaşabiliyoruz. Artık şu anda ilaç açısından bir eksiğimiz yok. 1990'ları falan düşününce. Bugün her türlü ilacı bulabiliyoruz. Kılavuzlar açısından pediatrikte tedavi kılavuzları zaten bu Amerika'da da gösterilmiştir. Çocukluk çağı kanserleri hep kılavuzlarda da gösterilmiştir. Tam teşekküllü merkezlerde tedavi ediliyor. Halbuki erişkin hastalar ve adolesanlarda öyle değil. Başarının çocukluk çağı tümörlerinde yüksek olmasında bunlar var. Kılavuzları Türk Pediatrik Onkoloji Derneği olarak kendi şartlarımıza göre modifiye ettiğimiz kılavuzlarımız da var. Ayrıyeten yurtdışından standart protokollerde kullanılıyor. O açıdan bir eksiğimiz yok.

Eğitim açısından az evvel söylediğim gibi hem hemşire eğitimi hem tabii ki burada kişilerin doktorların eğitimi çok önemli. Bir de tabii farkındalık yaratmak çok önemli. Burada

medyanın bence çok önemli rolü var. Çünkü bir anne baba hangi bulguyu gördüğünde gerçekten hekime başvursunlar. Burada öğretmenler de çok önemli. Mesela bir öğretmen arkadaş çocuk yazı yazarken elinin titrediğini fark edip aileye söylüyor, inceleniyor ve bu çocuktaki beyin tümörüne erken bir dönemde yakalayabiliyoruz. Çok nadir görülen ama çocukluk çağında çok önemli olan bazı tümörler var. Bir gözde parlaklık gerçekten mesela çok önemli. Bunun özellikle üzerinde duruyoruz. Göz tümörünün birinci belirtisi olabiliyor. Bunlar gittiğinde bazen hekimler atlayabiliyorlar gerçekten. Erken bulgular çok önemli bunlar zamanında tanı konması için çok önemli. Böylece hem hayat kurtulsun hem organlar kurtulsun hem de hayat kalitesini artırmak sureti ile tedavileri yapabilelim; geç yan etkileri önleyebilelim. Teşekkür ederim.

Nuh Zafer CANTÜRK

Hemşire arkadaşlarımıza hakikaten ihtiyaç olduğu vurgulandı. Bu hafta hemşirelik haftası bugün de eczacılar için dünya Eczacılık Günü olduğunu hatırlayarak; hem Hemşirelik Haftasını hemde Eczacılık Günü'nü kutlamak istiyorum. Nur, seni çok beklettim. Nur Hanım bizim yoğun bakım ünitemizin sorumlusu. Nur Hanım beni başhekim olarak beni en çok zorlayan kişilerden bir tanesi. Öylede olması lazım. Zorladığı için teşekkür ediyorum. Yoğun bakımın kalitesini artırmak için çok gayret gösteriyor. Onun Türkiye'de yoğun bakım ünitelerini denetlemeye de gittiğini biliyorum. Nur sana bu yoğun bakımlar etkin kullanılıyor mu diye soracağım; ama etkin kullanılmadığını biliyoruz. Bu konuda sorunlar var; bir takım sorunlar var. Bu konuda bunlarla ilgili birkaç örnekle bir tespit yapabilirsen memnun olurum.

Zehra Nur BAYKARA

Senin de söylediğin gibi Türkiye'de hiç kimse Türkiye'de yoğun bakım üniteleri efektif kullanılıyor demiyordur. Şöyle bunun birkaç sebebi var. Bir tanesi şu kritik hasta tanımının kısaca yaparsak; kritik hasta anstabil fizyolojik fonksiyonları olan; bu fonksiyonlar an be an takip edilmesi ve gerektiğinde müdahale edilmesi gereken; morbidite ve mortalitesi yüksek olan akut hasta grubunu anlatıyor. Diğer bir şart yoğun bakıma hasta kabul edilirken sorunun potansiyel olarak geri dönüşümlü olması lazım. Yani şunu demek istiyoruz. Terminal dönem ve geri dönüşümsüz hastaların bütün dünyada olduğu gibi kabul edilmemesi lazım. Ama Türkiye'de Türkiye genelinde birkaç hastane dışında yok. Hasta ölüyor. Zaten ölecek götürelim yoğun bakımda ölsün. Halbuki yani uluslararası algoritmalarda da tanımlanan yoğun bakıma bunlar alınmaması gereken hasta grupları. Bir hasta yüzde yüz ölecekse yoğun bakıma alınmaz. Şimdi bunlarla çok işgal edildiğini görüyoruz. Bu bir Futil tedavi. Bir sürü masraf. Hastaya acı çektiriliyor. Bunlar yapılırken de hastaya fikri de sorulmuyor. Yirminci yüzyılın en önemli etiği bu otonomisidir. Bilgilendirilmiş hastanın kendi sağaltımı hakkında kendisinin karar vermesi. Ben çok şahit oluyorum. Burada başka yoğun bakımçı arkadaşlar da var. Ben

hastanın ben hiç istemiyorum demesine rağmen; terminal dönem hasta resmen bağırtıla bağırtıla yoğun bakıma alınıyor. Bu azap verici süreci hastaya yaşıyoruz Hiçbir sonuçta alınmıyor. 1-2 ay hasta ıstırap çekiyor; kalıyor. İkincisi; Türkiye'de bakım evleri yok. Yoğun bakım üniteleri Türk Bakım evlerine dönüştürülmüş durumda. Bu nasıl oluyor. Kritik hasta bir süre sonra bir kısmı bakım hastası haline geliyor. Bunların gönderileceği yerler ya yok yada yetersiz.

Bunun örneği ben de Türk Yoğun Bakım Derneği Sepsis Komisyonu Başkanım. Yakın zamanda 90 merkez 120 yoğun bakım ünitesinde ocak ayında bir nokta prevalans çalışması yaptık. Orada yatan hastaların %32'si 75 yaş üstü. İleri yaşlılık dediğimiz yaş grubunda. Bu batı ülkelerine göre bile yüksek bir rakam. Halbuki bizde yaşlı nüfus oranı öyle değil. Yatış sürelerimiz çok uzun. Ortalama 30 gün. 970 gün yatan hasta var. 970 gün yatan hasta yoğun bakım hastası değil bakım hastasıdır.

Şöyle de bir gerçek var. Türkiye de yoğun bakım yatağı sayısı birçok Avrupa ülkesinden daha fazla; ama buna rağmen hala yoğun bakımda yer bulma sorunu var. Neden? İşte bu anlattığımız sebeplerden dolayı. Gerçek yoğun bakım hastalarına yer bulunamıyor. Bu sorunları çözülmesi lazım. Yani devletin artık bakım evleri açması lazım. Çünkü nüfusta çalışıyor. Evde bakmak istemiyorlar. Bakım evleri daha ucuza mal olabilir. Bir hemşire orada beş hastaya da bakabilir. Bunların açılması gerekiyor. Bizim hekim arkadaşlarımızın da hastayı yoğun bakıma gönderirken dikkat etmeleri, hastayı ve hasta yakınına göndermeden önce bilgilendirmesi lazım.

Nuh Zafer CANTÜRK

Çok teşekkür ediyorum. Bir de ruhsatlandırma döneminden geçiyoruz biliyorsun. Bir ruhsatlandırma furusu içerisindeyiz. Bu çerçevede bakıldığında sağlıkta kalite standartları çalışmalarının etkinliği ve güvenliği artırma da yeterli mi? Uygun ruhsatlandırma süreçleri var mı? Eksikler var dersen bu eksikleri neler olduğunu bize anlatır mısın?

Zehra Nur BAYKARA

Sağlık Bakanlığı ruhsatlandırma gerekse Sağlık Bakanlığı performans yönetimi ve kalite geliştirme Başkanlığı'nın hazırladığı yoğun bakım hizmetleri Kalite Standartları oldukça Çağdaş iyi hazırlanmış standartlar. Ama şu var mesela burada bazıları uygulanamıyor. Mesela üçüncü basamak yoğun bakımlarda bir hemşirenin en fazla iki hastaya bakması lazım. Bu standartların arasında var. Ama uygulanamıyor. Ama birçok yerde üç hastaya dört hastaya bakıyor. Mesela bu standartlarda diyor ki kurum kendi yoğun bakım basamağına göre hasta kabul standartlarını belirlemeli diyor. Ama bunu biz belirleyemiyoruz ki. Bunlar kâğıt üzerinde var ama 112 boş gördüğü yere hastayı getiriyor yatırıyor. Yani basamağına bakmıyor. Bunun dışında birkaç önerim var. Mesela bir şey var bu bildirmede sepsis,

ventilasyondaki hastanın izlenmesinde, sedasyon, analjezi ve ventilasyonda ayırma ile ilgili klinik süreçlerde yazılı düzenlemeler olmalı. Herkes bunu yapıyor. Yoğun bakımları Sağlık Bakanlığı denetliyor da. Bunların bana göre uluslararası kalite kanıtı dayalı rehberlerin olması teşvik edilmesi lazım. Bu konuda işte sepsis konusunda uluslararası rehberler var. Türk Yoğun Bakım Derneği olarak biz bu rehberleri tercüme de ettik. Ventilatore bağlı pnömونيye engelleme ile ilişkili önleme bandılları var. Üriner enfeksiyon ve kateterle ilgili, kan dolaşımı enfeksiyonu önleme rehberlerinin kanıtı dayalı rehberlerden oluşması kullanımının kalite standartlarının arasına alınması gerekiyor. Zira bu bizim yaptığımız çalışmada; hep ona atıfta bulunuyorum.

Yoğun bakım konusunda Türkiye'de çok merkezli çalışmalar az. Burada biz doktorlar arasında bile yoğun bakım sorumlusu doktorlar arasında bile sepsis farkındalığının çok yüksek olmadığını gördük. Bu uluslararası kanıtı dayalı tedavi uygulamalarının çok da gerçekleşmediğini gördük. Örneğin sepsis mortalitelerimiz yüksek. Bu gerekli bence.

Bir de bence Türkiye için şu durumu çok alarm verici bir durum olarak görüyorum. Türkiye dünyada en yüksek antibiyotik direncinin olduğu üç ülke arasında. Tabiki bu direnç panresistan suşlar bizim yoğun bakım ünitelerimizde var. Çünkü tüm dünya da en çok dirençli bakteriler yoğun bakım ünitelerinin olur. Panresistan bakteriler Türkiye'de özel bir önem arz ediyor. Biz şunu gördük. Yoğun bakımda tüm hastalar tüm yatış süresince gerekli ya da gereksiz antibiyotik alıyor. Genellikle de geniş spektrumlu antibiyotikler. Antibiyotik kullanımı politikalarının kalite standartlarına alınması ve bunun bence takip edilmesi lazım. Yoksa aksi takdirde hakikaten antibiyotiğin bittiği yerdeyiz veya oraya doğru geliyoruz. Bunlar benim özellikle dikkat çekmek istediğim noktalar.

Nuh Zafer CANTÜRK

Bir değerlendirme yapmış olduğun yoğun bakım güvenliğini anlattığın çok teşekkür ediyorum.

Rejin KEBUDİ

Ben de yoğun bakımla ilgili biraz ekleme yapmak istiyorum. Olay palyatif bakım olayının eksik olması. Türkiye'deki palyatif bakımla ilgili evde bakım hizmeti var ama Türkiye'deki evde ben çocuk ve erişkin kanser için söyleyebiliyorum. Evde bakım hizmetinden nöroloji diyabet hastaları çok faydalanmış. %4 oranında ancak kanser hastası faydalanmış yani burada belki kendini oradaki kişi yetersiz görüyor. Hastalara bakmak istemiyor ama herhalde bu konuda palyatif bakım bir şekilde daha iyiye gidemezse bu yoğun bakım sorunu çözülemeyecek.

Nuh Zafer CANTÜRK

Burada konuşmuş olduğumuz sürede konuşulan bu konuları biraz yorumlayabilir misiniz? Acaba sizin

katılmadığın noktalar neler? Katıldığın neler var? İsveç'teki sisteminde düşünecek olursak bununla alakalı nasıl yorum yapmak istersiniz?

Mossad ZİNELDİN

Ben belki antibiyotiklerin aşırı kullanılması ile başlayayım. İsveç'te ilaç kullanmıyoruz ya da çok ciddi bir şekilde az kullanıyoruz diyebilirim. Bunun haricinde birisi siyasilere bahsediyordu. Yani siyasal sistemin içerisinde İsveç'te de duruma bakacak olursak 17-18 sene oldu Çok eskiden tabii bu arada İsveç Avrupa'nın en fakir ülkelerinden biri idi eskiden. Ancak daha sonra en zengin ülkelerinden biri haline dönüştü ve görüyoruz. Ülkem ekonomik büyüme açısından şu anda çok güçlü bir pozisyonda ve bir yandan da tabii doğru bir orantı var.

Ekonomik sistem ve ekonomik kalkınma ve sağlık sisteminin gelişmesi arasında buradaki sebeplerden tabii ki birisi demokrasi ve doğru karar verme Şu anda bir uluslararası ve kararların alındığı o yüzden de kararlar alttan yukarı doğru çıkarak veriliyor. Adem-i Merkeziyetçilik var. Biz kendi kararlarımızı verme konusunda serbestiz. Yine vergi sistemini de aynı şekilde belediyeler olarak paraları böyle arz ettiğimiz gibi kullanabiliyoruz. Bu konuda da yine belediyeler merkezden uzakta bir şekilde karar alabiliyor.

Diğer ülkelerinde vergilendirme sisteminden daha farklı olarak adlandırılabilir. Sağlığa yatırılan paraya bakacak olursak Türkiye'deki durumu çok bilmiyorum ama İsveç'te gayri safi milli hasılanın %10 Sağlık Bakanlığı'na harcıyor. Türkiye'de ne kadar bu acaba? Ben tam rakamı bilmiyorum belki %4-5'tir. Aynı zamanda geliştirme ve araştırmalara da para yatırıyoruz. Bilim ve endüstri arasında entegrasyon ve iletişim çok önemli. Entegre olması gerekiyor. O yüzden de özellikle tıp ve eczacılık alanında İsveç önemli örnek ülkelerden bir tanesi. Tıp alanında inovasyon özellikle medikal cihaz anlamında inovasyonlarda da İsveç önemli bir ülke olma yerini koruyor.

Son olarak da şunları söyleyebilirim. Hasta merkezli, hasta odaklı bir yaklaşımdan söz ediyoruz. Elbette hasta odakta. Birisi şöyle demişti zannediyorum doktor patrondur demişti, aslında hasta patrondur. Hekimin dokunamayacağı bir şey, mesela doktora hasta izin vermezse doktor ona asla dokunamaz. Aslında işin patronu doktor değil hastadır.

Nuh Zafer CANTÜRK

Konuşmalardan anladığım kadarıyla eğitim çok çok önemli. Sade eğitim değil inovatif eğitim çok önemli. Tüm konuşmacılara çok teşekkür ediyorum. Sabrınız için ayrıca teşekkür ediyorum. Şimdi panelist hocalarımıza bugüne katkılarını hatırlatacak bir teşekkür belgesi verelim.

Panel Çıktıları

o Erken tanı Türkiye'de yeterli değil ve bölgesel farklılıklar mevcuttur. Meme kanserinde erken evrede tanımlanmış

olan oran çok düşük. Birçok yerde KETEM (Kanser Erken Teşhis Merkezleri) kuruldu. Tıp öğrencileri dahil, bunu duymamış birçok kişi bulunmaktadır. Sadece sağlık çalışanları değil toplum da bilgilendirilmelidir.

o Kemoterapinin kimin uyguladığı, tanımlamaları kimin hazırladığı önemlidir. Kemoterapinin yan etkileriyle baş edebilecek bir hekim olmalıdır. İnsanların genetik yapıları sebebiyle farklı kıtalarda ilaçlar farklı sonuçlar doğurmaktadır. Türkiye'de bölgesel farklılıklar bile vardır. Bu konuda kendi kılavuzlarımızı oluşturmamız gerekir.

o Türkiye'de bir numaralı ölüm nedeni kanser değil, kalp damar hastalıklarıdır. Kadınlarda esas ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Türk kadını Avrupa kadınına göre kalp damarda birinci sırada ölmektedir. Erkekler ise bu konuda üçüncü sıradadır. Herkese anjiyo stent yapılmıyor. Türkiye'de stent ve anjiyo çok arttı. En iyi istatistik bakanlık elinde ama bakanlık kamu hastaneleri ile paylaşıyor bunu. Dünyada da anjiyografi arttı. Türkiye ortalaması OECD ortalamasının altındadır. Anjiyonun gerekli olup olmadığı tartışma konusudur. Bakanlık 2013 yılında denetleme grubu oluşturdu. Başka kardiyologlar karşılaştırıldı raporlandı ama paylaşılmadı. Sonuçlara göre çok fazla yapılmış olduğu belirlendi.

o Kalp tetkiklerinin ucuz olmasına rağmen (68 TL) bazı doktorlar bunu çok özen göstermeden yapmaktadırlar.

o Erişkin toplumda %30 hipertansiyon var. Yaklaşık 19-20 milyon kişiye denk geliyor. Türkiye'de hipertansiyon olup bunun farkında olan %60. Bu da yaklaşık 12 milyon kişi farkında olmuş demektir. 20 milyondan 5 milyon tanesi tedavi olabiliyor. 135 bin kadar hekim var yaklaşık 6000 tane dâhiliye ve kardiyolog var.

o Türkiye, diyabet sıklığında Avrupa ülkeleri arasında birinci sırada bulunmaktadır. Bu konuda birçok sivil toplum örgütü mevcuttur. 14 Kasım Dünya Diyabet Günü farkındalık yaratmak için yapılıyor. Henüz yeterli düzeyde değil ancak hekimler yavaş yavaş harekete geçiyor.

o Türkiye'de yoğun bakım üniteleri etkin kullanılmıyor. Kritik hasta, fonksiyonlarının sürekli takip edilmesi gereken mortalitesi yüksek akut hasta grubunu temsil etmektedir. Terminal dönem ve geri dönüşümsüz hastaların yoğun bakıma alınmaması gerekir. Ancak Türkiye'de birkaç özel hastane dışında bu durum yoktur. Bir hasta %100 ölecekse yoğun bakıma alınmaz. Yoğun bakım üniteleri bakım evi gibi kullanılıyor. Devletin bakım evi açması gerekiyor.

o Hasta kabul standartları belirlenmeli. Ancak 112 basamağına bakmadan getirip yoğun bakıma yatırıyor.

o Burada en önemlisi erken tanı çünkü yetişkinlerden farklı bir durum. 1300 pratisyen hekim ve hemşire pediatri onkoloji grubu sayesinde (TPOG) bu konuda

bilgilendirilmiştir. Kayıt sistemi çok önemlidir. 2000 yılından sonra erken evrede gelen hastalar daha fazla olmaya başladı. beş yıllık sağ kalım oranı %74 (İstanbul Üniversitesi onkoloji bölümüne göre). Türkiye’de pediatrik onkolog 115 tane bu-

lunurken aktif olarak çalışan sayısı 86 kişidir. Çoğu da büyük şehirlerde olduğundan, yeterli sayıda hekim yok denmektedir. Bu hususta medyanın ve öğretmenin önemi çok büyüktür, erken bulguların bilinmesi ve tanınması gerekir.



OTURUM 3

SAğLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN
GERÇEK SORUNLARINA ODAKLANMAK II

Moderatörler

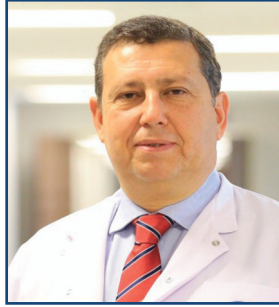


Abut KEBUDİ



Mürsel DURMAZ

Konuşmacı



Abut KEBUDİ

Sayın Doktor Zafer Cantürk'e bu kurumda, Kocaeli'nde çok güzel bir organizasyonu gerçekleştirdiği için çok teşekkür ediyorum. Hepiniz hoş geldiniz. Öğleden sonra da ilginin iyi olduğunu görüyorum. Şimdi bizim bugün konumuz sağlık hizmetlerine erişim konusu. Bu konuyu işleyeceğiz. Bir bölümünü ben bir bölümünü Dilek Hanım anlatacak.

Erişim;

- Etimolojik olarak; yaklaşma, ulaşma, bir yere girme faaliyeti, fırsatı ya da hakkı olarak tanımlanır.
- Belli iki yer arasında gidip gelebilme, ulaşım, muvasala (TDK).
- Sağlık sektöründe ise; hasta ve hasta yakınlarının ya da toplumun ihtiyaçları ile orantılı olarak uygun hizmeti kullanabilme kolaylığı ya da fırsatı olarak tanımlanmaktadır (Levesque ve diğerleri, 2013).
- Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyaçı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanabilir (Kurt, 2007:70).

- Dünya Sağlık Asamblesi>>>2005'te UHC'yi (Universal Health Coverage- Evrensel Sağlık Kapsamı) tanımladı.

- Amaç>>>Tüm insanlar için*destekleyici
 - *önleyici
 - *tedavi edici
 - *rehabilitasyonu da kapsayan VE
 - *ödenebilir, adaletli ulaşılabilir Sağlık Politikası

* World Health Assembly: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In World Health Assembly Resolution 58.33 (2005), vol. WHA 58.33. Geneva: World Health Organization; 2005.

- Bu konuda 70'i aşkın ülke>>>> Dünya Sağlık Örgütü'nden teknik destek almıştır.
- Sağlık hizmetine ulaşmanın yatay ve dikey 2 boyutu vardır.
- *Bir boyut>>>> tüm insanlara ulaşmak.
- *Diğer boyut>>> mümkün olduğu kadar her ihtiyaçı olan sağlık bölümleriyle ulaşmak.

* Frensz P. Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. In Background Paper for The Global Symposium on Health Systems Research, 16-19 November 2010 – Montreal, Switzerland. HSR Symposium; 2010.

sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyaçı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit nitelikli ücretsiz bir şekilde karşılanabilmesi Dünya Sağlık Asamblesi 2005'de Şöyle bir Şey tanımladı. Amaç tüm insanlık için evrensel sağlık kapsamını tanımladı.

Tüm insanlar için destekleyici, önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyonu da kapsayan ve ödenebilir, adaletli, ulaşılabilir bir sağlık politikası önerdi. Bununla ilgili yaklaşık 70 aşkın ülke buna müracaat edip; bunu yapmaya çalıştılar. Dünya Sağlık Örgütünden teknik destek aldılar.

Sağlık hizmetlerinde ulaşma denildiği zaman iki türlü Şeyden bahset etmemiz lazım yatay ve dikey iki boyutu var. Bir boyutu tüm insanlara ulaşmak bir diğer boyutu ise mümkün olduğu kadar hangi bölümler gerekiyorsa o bölümler açasından da ulaşmak.

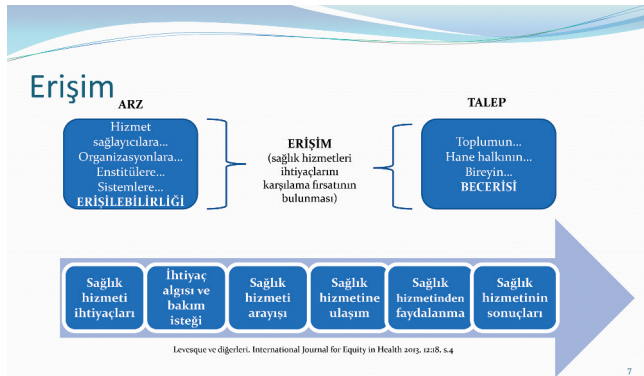
Erişim dediğimiz zaman nedir? Bir yere yaklaşma bir yere girmek olarak ta anlayabiliyoruz. İki yer arasında gidip gelebilme. Peki, sağlık sektöründe bunu ne olarak anlıyoruz? Hasta ve hasta yakınlarının ya da toplumun ihtiyaçları ile orantılı olarak uygun hizmeti kullanabilme olayıdır.

Sağlık hizmetlerine erişim, bir başka tanımlaması toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya

- Ülkeler kendi koşullarına göre bir yol haritası belirlemelidirler.
- **Kapsam >>>>>>> genişletilmeli ve derinleştirilmeli**
- **Bunun için de>>>> ekonomik engeller azaltılmalıdır.**

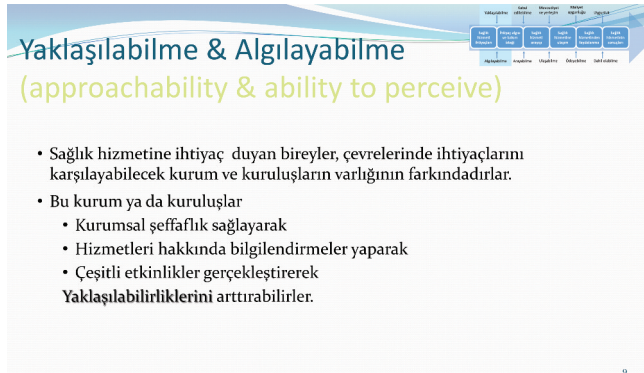
Tabii burada her ülkenin kendi ekonomik sosyal şartları, birçok şartları farklı. O bakımdan her ülkenin kendine göre bir yol haritasının çizmesi lazım bir takım değerleri ortak olabilir; ama bazı şeyler değişik olabilecektir.

Kapsamının genişletilmesi ve derinleştirilmesi çok önemli; dolayısıyla buna sağlık hizmetine ulaşmada ekonomik engellerin de azaltılmasında yarar var. Ülkelerle ilgili bir özet yaparsak ihtiyaçlar en iyi şekilde belirlenmeli; ekonomik kaynaklar en iyi şekilde



Yaklaşılabilme, algılayabilme faktörü; sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler çevrelerinde ihtiyaçlarını karşılayabilecek kurum ve kuruluşlarının varlığının farkındadırlar.

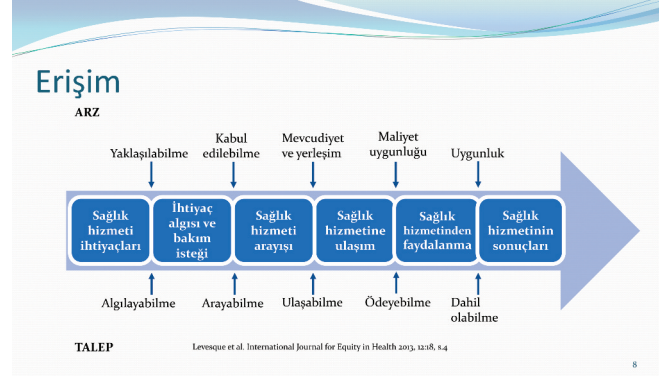
Bu kurum ya da kuruluşlar kurumsal şeffaflık sağlayarak hizmetler hakkında bilgilendirmeler yaparak çeşitli



- Ülkeler>>>> *İhtiyaçlarını en iyi şekilde belirlemeli
- *Ekonomik kaynaklarını en iyi şekilde değerlendirmeli
- *Sağlık hizmetlerine ulaşımı en adaletli şekilde sağlamalıdır.

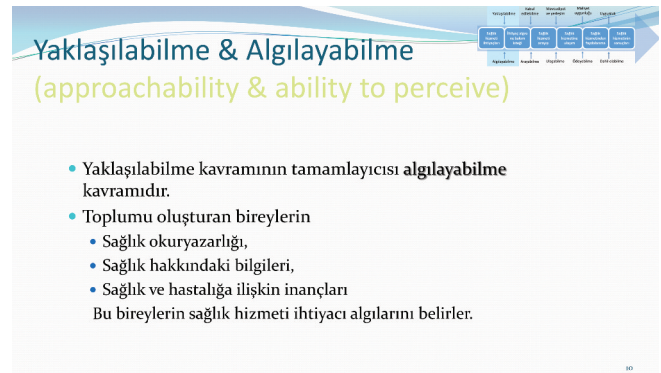
değerlendirilmeli ve sağlık hizmetlerine ulaşımı en adaletli şekilde sağlanmalıdır. Şimdi şöyle bakalım bir tarafta hizmet veren bir bölüm var. Bir tarafta talep var.

Bunları etkileyen faktörler de sağlık hizmeti ihtiyaçları, ihtiyaç algısı, bakım isteği, sağlık hizmeti arayışı, sağlık hizmetine ulaşım, sağlık hizmetinden faydalanma ve sağlık hizmetinin sonuçları. Biraz daha devam edelim. Her birini etkileyen başka parametreler var. Onların içine girmek istersek;



etkinlikler gerçekleştirerek kişilere uyandırmalı ve onların uyumunu sağlayabilmelidirler.

Gene yaklaşılabilme kavramı algılayabilme ile tamamlanıyor. orada da toplumu oluşturan bireylerin sağlık okuryazarlığı sağlık hakkındaki bilgileri sağlık ve hastalığa ilişkin inançları bu bireylerin alacağı hizmeti de etkilemektedir



Kabul edilebilme arayabilme; kabul edilebilmesi sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak verilen sağlık hizmetlerinin farklı açılardan toplumca kabul edilme olasılığıdır. Örneğin hizmet verenin cinsiyeti, hizmet verenin içinde bulunduğu sosyal grup ve toplumun hekimlik sistemine ilişkin inançları gibi faktörler verilen hizmetin kabul edilme düzeyini belirliyor. Yine benzer şekilde toplumun

belirlediği uygunluk düzeyi de ihtiyaç sahiplerinin hizmet arayabilme düzeyini belirler. Örneğin sağlık hizmetlerinin genellikle erkekler tarafından verildiği; ancak evli olmayan bir kadın ve erkeğin birbirlerine yaklaşımlarının uygun görülmediği toplumlarda doğal olarak kadınlara sağlık hizmeti arayışı da daha az olacaktır.

Kabul edilebilme & Arayabilme
(acceptability & ability to seek)

- **Kabul edilebilme** sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak, verilen sağlık hizmetinin farklı açılardan, toplumca kabul edilme olasılığıdır.
- Örneğin;
 - Hizmet verenin cinsiyeti,
 - Hizmet verenin içinde bulunduğu sosyal grup,
 - Toplumun hekimlik sistemine ilişkin inançları gibi faktörler verilen hizmetin kabul edilme düzeyini belirler.

Kabul edilebilme & Arayabilme
(acceptability & ability to seek)

- Benzer şekilde, toplumun belirlediği uygunluk düzeyi de ihtiyaç sahiplerinin hizmet **arayabilme** düzeyini belirler.
 - Örneğin sağlık hizmetlerinin genellikle erkekler tarafından verildiği, ancak evli olmayan bir kadın ve erkeğin birbirlerine yaklaşımlarının uygun görülmediği toplumlarda, kadınların sağlık hizmeti arayışı, toplum uygun bulmadığından azalacaktır.
- Arayabilme düzeyi bireysel bağımsızlık, karar verebilme yetisi, sağlık hizmeti opsiyonlarına ilişkin bilgi ve sahip olunan bireysel haklarla yakından ilişkilidir.

Arayabilme düzeyi bireysel bağımsızlık, karar verebilme yetisi sağlık hizmeti opsiyonlarına ilişkin bilgi ve sahip olunan bireysel haklarla ilişkilidir. Yani bir kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanması sadece sağlık hizmeti veren kurumun olup olmamasıyla değil; o toplumun birtakım

değer yargılarıyla da şekilleniyor. Dediğim gibi sağlık hizmetleri farklı kültürlerde sosyoekonomik olarak dezavantajlı durumda olan kırılğan yapıdaki topluluklarında ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde olmalıdır. Başka faktörler nelerdir?

Kabul edilebilme & Arayabilme
(acceptability & ability to seek)

Bu nedenle sağlık hizmetleri farklı kültürlerden, sosyoekonomik olarak dezavantajlı durumda olan, kırılğan yapıdaki toplulukların da ihtiyaçlarına yanıt verebilecek şekilde tasarlanmalıdır.

Farklı gruplar uygunluğu ve kaliteyi farklı değerlendirmektedirler.

Mevcudiyet ve Yerleşim & Ulaşabilme
(availability and accommodation & ability to reach)

- **Mevcudiyet ve yerleşim** gerekli donanım ve yeterliliğe sahip sağlık hizmetlerine fiziksel olarak zamanında erişebilmeye işaret etmektedir. Bu kapsamda;
 - Sağlık hizmeti veren tesislerin yoğunluğu, dağılımı , taşıma sistemleri ve
 - Hizmeti veren sağlık personelinin yeterliliği, yetkinliği ve tutumu değerlendirilir.
- **Ulaşabilme** ise sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin hareket kabiliyetinin olması, taşıma sistemlerinden faydalanabilmesi, çalışma koşullarının sağlık hizmeti almasına uygun olması, ve ulaşılabilir sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmasını gerektirir.

Mevcudiyet, yerleşim ve ulaşabilme; mevcudiyet ve yerleşim gerekli donanım ve yeterliliğe sahip sağlık hizmetlerine fiziksel olarak zamanında erişebilmeyi işaret ediyor. Bu neyi kapsar?

bilgi sahibi olmasını gerektiriyor.

Sağlık hizmeti veren tesislerin yoğunluğu,
Dağılımı,
Taşıma sistemleri

Maliyet uygunluğu ve ödeyebilme; Maliyet uygunluğu sağlık hizmeti alacak olan kişinin tabii ki sağlık hizmeti almasını etkilemektedir. Doğrudan ödenmesi gereken bedel, ne şekilde ödeneceği, gene bu kişi sağlık hizmetinden faydalandığı zaman bir müddet hastaneye yatabilir, hastalanabilir, çalışmadığı dönemin ödenmesi gibi etmenler bunu etkileyebilmektedir.

Hizmeti veren sağlık personelinin yeterliliği, yetkinliği ve tutumu bütün bu çerçeveyi etkilemektedir. Ulaşabilme sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin hareket kabiliyetinin olması; taşıma sistemlerinden faydalanabilmesi; çalışma koşullarının sağlık hizmeti almasına uygun olması ve ulaşılabilir sağlık hizmetleri hakkında

Sonuçta o kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında kendi bilgisi ve toplumun değer yargıları, ekonomik durumu, sağlık hizmeti veren kuruluşların mesafesi ve verdikleri hizmetin kalitesinin yanı sıra ödeyebilme de çok önemlidir.

Maliyet uygunluğu ve Ödeyebilme (affordability & ability to pay)

- **Maliyet uygunluğu** sağlık hizmeti alacak olan kişinin ekonomik olarak bu hizmeti alma gücünün olmasıdır.
 - Sağlık hizmetleri için doğrudan ödenmesi gereken bedel
 - Ödeme koşulları
 - Sağlık hizmeti almasından dolayı çalışmadığı süredeki kazanç kaybı gibi etmenler hizmet maliyetinin ne derece uygun olduğunu belirler.
- **Ödeyebilme** ise, sağlık hizmetinin maliyetine kazanç, birikimlerden faydalanma ya da borçlanma ile katlanabilmeyi ifade eder.

15

Uygunluk & Dahil Olabilme (appropriateness & ability to engage)

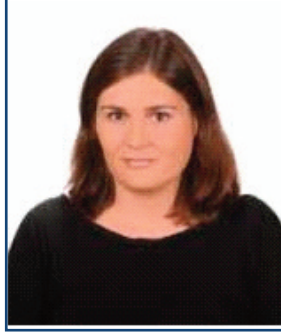
- **Uygunluk** koşulunun sağlanması için ihtiyaç duyulan hizmet ile verilmekte olan hizmetin uyumu ve kabul edilebilir kalite düzeyinden olması gerekir.
- **Dahil olabilme** ise hastanın tedavi süresince karar alma aşamalarına katılabilesidir. Bu ise
 - Hastanın sağlık okur-yazarlığı
 - Bireysel yeterliliği
 - Bireysel dikkatiile ilişkilidir.

16

Uygunluk ve dahil olabilme; uygunluk koşulunun sağlanması için ihtiyaç duyulan hizmet ile verilmekte olan hizmetin uyumu ve kabul edilebilir kalitede olması lazım. Dahil olabilmeden kastettiğimiz ise hastanın tedavi süresince karar alma aşamasına katılması. Bizim hekimliğimizde daha önce hastaya sende şu var; şu anda yapılacak bitti diyorduk. Şimdi bu

gide gide değişti hastayı karşımıza alıyoruz. Hastalığı hakkında bilgilendiriyoruz. Olası ameliyatların faydaları ve komplikasyonların hepsini konuşup hastanın da onayını alıp işi yapmak önemli. Yani burada da karşımızdaki hastanın bilgi düzeyi kültür düzeyi çok önemlidir. Evet, ben genel bilgileri verdim. Şimdi Dilek Hanım'da Türkiye ile ilgili bilgiler verecek.

Konuşmacı



Dilek ÖZDEMİR GÜNGÖR

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim

- Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin son Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’nün “OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards” isimli raporuna göre;
 - Son on yılda hastane sektörüne yapılan yatırımlar,
 - SGK ile tüm kaynakların tek bir havuzda toplanarak tekrar dağıtılması,
 - 2012 yılında yürürlüğe giren yeşil kart düzenlemesi,
 - Aile hekimliği uygulaması ve
 - 2003 yılında başlatılan “sağlıkta dönüşüm programı” neticesinde sağlık hizmetlerine erişim artmıştır.

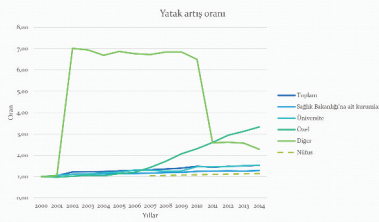
17

Sağlık hizmetleri ile ilgili en güzel raporu ne yazık ki yine de OECD raporu ile veriyorlar. Doğal olarak ben de o rapordan faydalandım. Ama biz zaten bu raporu konuştuk. Benim bu raporu ince ince anlatmama gerek yok. Rapor güzel başlıyor; Türkiye için hoş şeyler söylüyor; ama sona geldikçe bazı gerçekleri de yüzümüze vuruyor. Ayrıca TİSK’in verilerinden faydalandım. Malum bir dönüşüm sürecinin içindeyiz ve

sağlık için bazı yatırımlar yapılıyor. Ben de 2000 yılını baz olarak aldım. 2000 yılından 2014 yılına kadar temel olarak sağlıktaki erişim düzeyini ölçmekte kullanılan bazı değerlerin nasıl değiştiğine baktım. Bilemiyorum oturduğunuz yerden ne kadar görebiliyorsunuz? Ama şuan burada gördüğümüz grafikte nüfus değişimi ile birlikte işte yataklı sağlık kurumu sayısı, yatak sayısı gibi bazı değerler var.

Yatak sayısındaki artış oranı

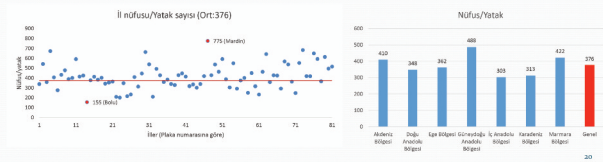
- “Diğer” grubu altında Belediyelere ait sağlık kurumlarının yatak sayıları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı’na ait hastanelerdeki yatak sayıları da bu gruba dahil edilmiştir.
- 2000 yılı baz alınmıştır.



19

Kaynakların il ve bölge bazındaki dağılımları

- Yapılmış olan bu yatırımların illere göre dağılımına bir örnek verecek olursak; 2014 yılı TÜİK verilerine göre
 - Türkiye’de 206.836 adet yatak bulunmaktadır ve 375 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Yatak sayısı bakımından en şanslı ilimiz Bolu’dur ve Bolu’da 155 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Mardin’de ise 775 kişiye bir yatak düşmektedir.



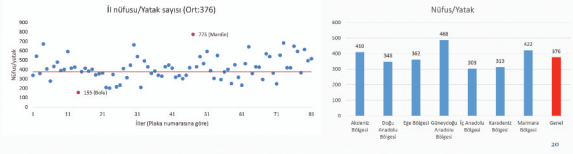
20

Şu bir gerçek 2000 yılını baz aldığımızda 2014’e kadar yapılan yatırım bizim nüfus artışımızdan daha fazla. Yani göreceli olarak bir iyileştirmeden söz edebiliyoruz. Mesela burada Sağlık Bakanlığı’na

üniversite, özel ve diğer kurumlara göre yatak artışını görüyorsunuz; tümündeki artış nüfus artışından çok daha fazla.

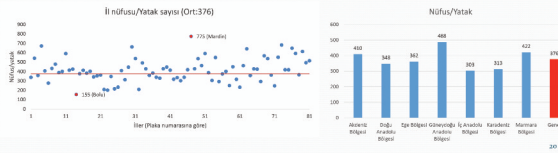
Kaynakların il ve bölge bazındaki dağılımları

- Yapılmış olan bu yatırımların illere göre dağılımına bir örnek verecek olursak; 2014 yılı TÜİK verilerine göre
 - Türkiye'de 206.836 adet yatak bulunmaktadır ve 375 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Yatak sayısı bakımından en şanslı ilimiz Bolu'dur ve Bolu'da 155 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Mardin'de ise 775 kişiye bir yatak düşmektedir.



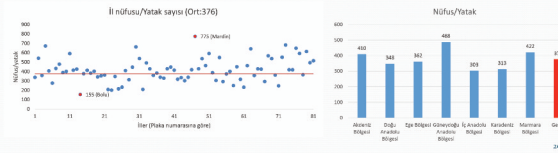
Kaynakların il ve bölge bazındaki dağılımları

- Yapılmış olan bu yatırımların illere göre dağılımına bir örnek verecek olursak; 2014 yılı TÜİK verilerine göre
 - Türkiye'de 206.836 adet yatak bulunmaktadır ve 375 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Yatak sayısı bakımından en şanslı ilimiz Bolu'dur ve Bolu'da 155 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Mardin'de ise 775 kişiye bir yatak düşmektedir.



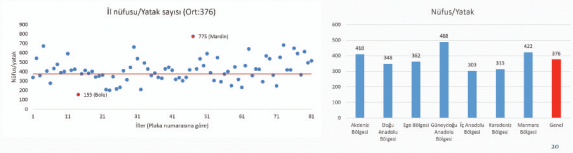
Kaynakların il ve bölge bazındaki dağılımları

- Yapılmış olan bu yatırımların illere göre dağılımına bir örnek verecek olursak; 2014 yılı TÜİK verilerine göre
 - Türkiye'de 206.836 adet yatak bulunmaktadır ve 375 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Yatak sayısı bakımından en şanslı ilimiz Bolu'dur ve Bolu'da 155 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Mardin'de ise 775 kişiye bir yatak düşmektedir.



Kaynakların il ve bölge bazındaki dağılımları

- Yapılmış olan bu yatırımların illere göre dağılımına bir örnek verecek olursak; 2014 yılı TÜİK verilerine göre
 - Türkiye'de 206.836 adet yatak bulunmaktadır ve 375 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Yatak sayısı bakımından en şanslı ilimiz Bolu'dur ve Bolu'da 155 kişiye bir yatak düşmektedir.
 - Mardin'de ise 775 kişiye bir yatak düşmektedir.



Konumuz erişim olduğu için bir miktar da hakkaniyetten bahsetmemiz gerektiği için yapılan yatırımların Türkiye geneline nasıl dağıldığına baktık. İl ve bölge bazında bazı değerleri karşılaştırdık.

Burada gördüğünüz bütün verileri TÜİK'in sayfasından alabilirsiniz. Bizde TÜİK'in sayfasından aldık. Türkiye'de yataklı sağlık kurumlarında 206836 adet yatak bulunuyor ve ortalama olarak 375 kişiye bir yatak düşüyor. Şöyle bir baktığımızda solda kalan grafik bize iller için her bir yatağa ortalama düşen kişi sayısını gösteriyor. Görebiliyor musunuz bilmiyorum ama Bolu'da 155 kişiye bir yatak düşüyor. Mardin'deyse 775 kişiye bir yatak düşüyor. Diğer grafiğimizde bölgeler bazında yatak başına düşen kişi sayısını gösteriyor. Gördüğünüz gibi Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Türkiye ortalamasının üzerinde. Göreceli olarak buradaki insanlara düşen kaynak miktarı daha az. Ben pek çok başka şeye baktım hekim, uzman hekim olarak baktım. Ancak çok

şey değişmiyor. Burada hekim başına düşen kişi sayısını görüyorsunuz. Türkiye'de bir hekime 573 kişi düşüyor. Ankara'da iseniz 320 kişiye Hakkari'de iseniz 1380 kişiye bir hekim düşüyor. Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgesinde yine ortalamasının üzerinde. Uzman hekim olarak bakarsanız Türkiye ortalaması 1032; Şırnak'ta 2794 kişiye bir uzman hekim düşerken Ankara'da ise 531 kişiye bir uzman hekim düşüyor. Yani hani sabahtan konuştuk ya ne kadar dağılıyor. İşte böyle dağılıyor. Pratisyen hekim olarak baktığımızda Hakkari'de 2848 kişiye bir pratisyen hekim düşerken Türkiye'ye ortalamamız 1990.

Aynı şekilde diş hekimlerimize baktığımızda; bir diş hekimine 3379 kişi düşüyor. Siirt'te 11377 kişiye bir diş hekimi düşüyor. Ben bugün ufak bir hesap yaptım dedim ki "Bir diş hekimi günde bir saat çalışır ve 200 gün çalışırsa ne olur. Biz sadece hani dedim ya altı ayda bir diş hekiminize görünün deniyor ya ve biz diş heki-

miniz ile 6 ayda bir görüşsek ve bu görüşme 10 dakika sürerse şu an sahip olduğumuzun üç katı kadar diş hekimine ihtiyacımız var. Kaynaklarımız yetersiz yani ne olursa olsun. Başta da dediğim gibi bu tablo hemşireler ve eczacılar için de geçerli çok değişmiyor. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerine çok fazla sağlık kaynağı gitmiyor. Gerek insan kaynağı olarak gerekse yatırım bakımından.

OECD raporuna geri dönersek hani iyi başladık kötü gitti. Rapor şöyle bir çıkarımda bulunuyor. Bizim düzenlememize göre acil servis hizmetlerine talep yüksek. Acil servisleri kendi yaptığımız düzenlememizle boğuyoruz. Ödeme sistemi yatılı hastayı daha çok teşvik ediyor. Doğal olarak insanlar hastaneye gittiğinde yatmayı tercih etmiş gibi bir durum oluyor. Kliniklerdeki kalite çalışmaları ise başlangıç düzeyde. Yani daha şöyle diyelim. Belki hastanelerin kapısı artık herkese açık ama içeri girdiğinizde ne bulacağınız çok tabi standarta bağlanmış durumda değil. TÜİK'in, DSÖ'nün ve OECD'nin raporlarına göre. Ben bu cümleyi yazdığımda paylaştığımda sunumumu. Hocalarımın biri "Dilek bu

böyle mi yazılır" dedi. İlk cümle benim cümlem değil birebir rapordan çeviridir. Sağlık hizmetlerine dair nicel değerlerin iyileştirilmesi uğruna niteliğe yönelik çalışmaların feda edildiğini söylüyor rapor. Çalışmalar sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının oluşturulması ve içselleştirilmesine yönlendirilmelidir şeklinde tamamlanıyor. Şu yanda gördüğümüz karmaşık tablo yine OECD'nin raporlarından biri. 2015 tarihli; Health at First Glance gibi bir başlıkla paylaşılmış.

İlk sütun sigorta sistemine kapsayan halk oranını gösteriyor. Şayet bu 1 ise güzel bir şey bu; çünkü %95 ve üzeri kimse sizin sağlık sisteminizden faydalanabiliyor demektir. Türkiye bu açıdan iyi bir durumda.

İkinci sütun sağlık harcamalarının için sizin cebinizden giden kısmı gösteriyor. Yani bütçenizin ne kadarını sağlık için ayırmalısınız. O kısım yine onu gösteriyor. Yine yeşil renkliyseniz güzel bir şey; çünkü halk maddi açıdan destekleniyor demektir. Türkiye orda da bir olarak değerlendirilmiş. Bu da iyi bir şey.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim

- Yine aynı raporda sağlık hizmetlerinin kalitesine gerekli önem verilmediği vurgulanmıştır.
- Düzenlemeler kalite kavramı göz ardı edilerek yapıldığından,
- Acil servis hizmetlerine olan talep yüksektir.
- Ödeme sistemi yatılı hastayı teşvik eder niteliktedir.
- Kliniklerdeki kalite çalışmaları ise başlangıç düzeyindedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim

OECD'nin 2015 raporuna göre ise Türkiye'de insanların %95'inden fazla sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahipken, sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin veriler hala bulunmamaktadır.

<http://www.hurriyet.com.tr/sistemde-muayene-10-dakika-uygulamada-9-saniye-49085724>

Sistemde muayene 10 dakika uygulamada 9 saniye

"Türkiye'de hasta başına bakılma süresi devlet randevu sisteminde 10 dakika yerine 12 saniye hastayı sırtlamak, 9 saniye ise fizik tedavi yapmak için geçiyor. Diyanınan en iyi hekimini dahi olsa yanlı yapma olasılığı var. Biz hastalarımıza zaman ayırmak istiyoruz." Tarih TORAKS Derneği 19'uncu yıllık kongresinde konuşan Prof. Dr. Oğuz Kılıç, hastaya sırtlan muayene süresinin kısa olduğunu, bu nedenle de hem doktorları hem de hastaları zor durumda bıraktığını söyledi. Kılıç, muayene süresinin kısa olmasının doğru teşhisin gerçekleştirilmesini ve hastaların doktora daha fazla gitmesini engellediğini, bu yüzden hastaların gereksiz taktilere, röntgen ve radyasyona maruz kaldığını belirtti.

Bu haber: OZEL@hurriyet.com.tr 11 Nisan 2016 - 11:05:00



Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim

Raporun nihai sonucu

- Sağlık hizmetlerine ilişkin nicel değerlerin iyileştirilebilmesi uğruna niteliğine yönelik çalışmaların feda edildiğidir.
- Çalışmalar sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının oluşturulması ve içselleştirilmesine yönelmelidir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim

OECD'nin 2015 raporuna göre ise Türkiye'de insanların %95'inden fazla sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahipken, sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin veriler hala bulunmamaktadır.

<http://www.hurriyet.com.tr/sistemde-muayene-10-dakika-uygulamada-9-saniye-49085724>

Table 1.3. Access to care

The table shows the percentage of the population with access to care, broken down by country and year. The data is presented in a grid format with columns for 'Access to care' and 'Population' and rows for various countries including Turkey, Brazil, Canada, France, Germany, India, Italy, Japan, Korea, Mexico, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, and the United States.

Country	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Türkiye	95	95	95	95	95	95	95
Brazil	95	95	95	95	95	95	95
Canada	95	95	95	95	95	95	95
France	95	95	95	95	95	95	95
Germany	95	95	95	95	95	95	95
India	95	95	95	95	95	95	95
Italy	95	95	95	95	95	95	95
Japan	95	95	95	95	95	95	95
Korea	95	95	95	95	95	95	95
Mexico	95	95	95	95	95	95	95
Netherlands	95	95	95	95	95	95	95
Norway	95	95	95	95	95	95	95
Poland	95	95	95	95	95	95	95
Portugal	95	95	95	95	95	95	95
Spain	95	95	95	95	95	95	95
Sweden	95	95	95	95	95	95	95
Switzerland	95	95	95	95	95	95	95
United States	95	95	95	95	95	95	95

Diğer sütunlar ise kalitatif göstergeler. İşte bekleme süresini, hizmet alma uzunluğunu doğrudan artık sayılarla değil de kalitatif düzeylere ait ölçüm ile gösteriyor. Türkiye'de böyle bir değerlendirme yok; çünkü bu değerler ölçülmüyor. Yani biz harcamalarını karşılıyor ama kalitatif kısmı incelemiyoruz. Sonuçta bu konuda başka bir şey söyleyemiyoruz. Sunum hazırlamaya çalışırken malum hakkaniyetten bahsediyorsanız din, dil ve ırk gibi ayrımlarının olmadığı herkesin eşit olarak sağlık hizmetinden faydalandığını söyleyebilmeniz

gerekir Ama onunla ilgili veri bulamadığım için ancak bölgeler bazında veya iller bazında bazı şeyler paylaşabildim. Sadece sunumumu hazırlarken verdiğim arada okuduğum gazete haberi de bu sistemde muayene süresi 10 dakika uygulamada ise 9 saniye şeklinde tıp alanından uzmanların serzenişini gazete haberi olarak karşıma çıktı. Demek ki Ben 11 Nisan 2016 günü hazırlamaya çalışıyordum bu slaytı: Bugün de gazetelerde böyle bir haberimiz varmış. Teşekkür ediyorum. Söyleyeceklerim bu kadar. Teşekkür ederim.

Konusmacı



Gökhan AKBULUT

Sayın Başkan değerli katılımcılar, hoş geldiniz. Öğleden sonraki oturum dinlemek aslında oldukça zordur. Bu açıdan da teşekkür ediyorum. Özellikle yemekten sonra beni dinlemek için burada bulunduğunuz için teşekkür ederim; fazla uzatmamaya çalışacağım. Ben de "tam zamanında sağlık hizmeti" konusunda kısaca kısaca kendi deneyimlerimden bahsedeceğim. Başta Zafer hocamız olmak üzere bütün organizasyon komitesine davet için çok teşekkür ediyorum. Ben bu oturumlardan çok şey öğrendim. Aslında kendim sonuçta genel cerrahi uzmanıyım ve kanser cerrahisi ile ağırlıklı uğraşan kişiyim; ama hayatımın önemli bir kısmında da hem üniversite hastanelerinde hem de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticilik yaptım. Şimdi de üç buçuk yıldır 4 bin çalışanı olan ve yaklaşık 2 milyon kişiye hizmet veren bir hastaneyi yönetiyorum. Burada sunacaklarım daha çok kendi kişisel gözlemlerime dayanıyor. Dünya literatürünü de taramaya çalıştım; ama çok fazla bir şey bulamadım. Açıkçası bu konuda yani tam hedef oluşturabilecek bir şey bulamadım. Sağlığın tanımını tabii tam iyilik hali olarak geçiyor; ama bizim bu-

Sağlık Nedir?

Günümüzde "sağlık hizmeti" denilince, "Tanı ve tedavi hizmetleri" biraz da "rehabilitasyon hizmetleri" anlaşılmaktadır. Oysa "tanı ve tedavi hizmetleri" sağlık hizmeti değil **'hastalık hizmeti'**dir.

Sağlıkla ilgili harcamalar bir masraf değil, insan gücü yatırımdır. **Hastalanan ve ölen kişiler toplum için kayıptır.** Toplumların en önemli zenginliği sağlıklı ve iyi yetişmiş **insan gücüdür**.
Sağlık harcamaları bir yatırımdır

Hastalıkların tanı ve tedavisi, bekleyemez ve ertelenemez
Tam zamanında yapılmalıdır
Just in time (JIT)



Sağlık Nedir?

Sağlık, sadece hastalıklardan arınmış olmak değil, **FİZİKSEL, RUHSAL ve SOSYAL** açıdan **TAM İYİLİK** halinde olmak demektir. Günümüzde doğrudan ilgili ve ilişkili olduğu için bunlara bir de **"EKONOMİK OLARAK"** iyi olma koşulu eklenmektedir.

Sağlığı oluşturan unsurlar toplumsaldır. Sağlıksızlığı yaratan nedenler de **toplumsaldır**, Sağlıksızlığı önleyecek, giderecek yöntem, araç ve gereçleri bireysel olarak sağlanamaz. O halde sağlıksızlığın çözümünü de toplumsaldır. Eşitsizlikleri / güçsüzlükleri bireysel olarak çözmek toplum olma/toplum içinde yaşama düşüncesiyle bağdaşmaz, insanın varolduğu her yerde **dayanışma** vardır, olmalıdır.

rada tarif ettiğimiz "just in time" konusuysa biraz sağlıktan çok hastalık hizmetine yönelik, hastalıkların tedavi hizmetine yönelik bir tanımlama. Sağlık hizmetini de tabii kendi içerisinde parçalara ayırmak gerekiyor. Yani hizmetleri ve bu konuda yapılan yatırımı da bir gider olarak değil de daha çok insana yapılan bir yatırım olarak görmek gerekiyor. Dünya literatüründe ise her ülkenin dinamikleri farklı. Mesela Fin-

landiya kalite sistemleri olarak çok iyi değerlendirilebiliyor; ama sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda yerleşim yerlerinin çok dağınık olması ve nüfusun küçük küçük olması sebebiyle bazı problemler yaşayabiliyorlar; standartların altına düşebiliyorlar ya da sistem açısından uygulamalarda bizde son üç senedir 663 diye uyguladığımız sistemi Amerika başarıyla uygulamasına rağmen; İngiltere zorlanıp bundan vazgeçsek mi? acaba diye tartışabiliyor. Her ülkenin kendisine göre eleştirildiği alanlar, iyi ve kötü olduğu alanlar var. Sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda temelde belirlenen net bir süre yok. Yani her bir ülke kendisine göre daha iyi hedefler koymaya çalışmış; mükemmel bir hedef tam anlamıyla yok diyebiliriz. Ülkeler kendi koşullarına, ekonomik olanaklarına, personel gücüne göre bunları değiştirmiş. Daha iyiye götürmeye çalışılmış özünde bu var. Hedefler her zaman daha iyi yapılmaya çalışılmış. Burada en temel motivasyon hastanın sağlık hizmetine ulaşırken güvenliğini fazla tehdit edecek bir ortamın oluşmamasını sağlamaktır. Özet olarak mevcut şartlar içerisinde hasta güvenliği için yapabileceğinin en iyisini yap diyor.

Bir örnek

- Radyoloji 1948 kaynaklı yasa
 - 7 saatten fazla çalıştırılmaz (Yasa 5 saat diyor, yönetmelik 7 saat)
 - Yılda 2 ay için kullanılmaları gereklidir
 - Nöbet tutturamazsınız
- Asistanlar nöbet tutmamak için dava açtı ve kazandı
- Uzmanlar nöbet tutmak istemiyor, vardiya için sayıları yetersiz
- Uzmanlar ve Eğitim grubu arasında çatışma (Dava ve soruşturma konusu olmuş)
- Uzmanlar ve asistanlar arasında çatışma (sorumluluk paylaşmıyor gerekçesi ile)
- 24 SAAT UZMAN NÖBETİ (ICAP Sorunu Çözüyor) GEREKİNİMİNİZ VAR PROBLEMİ NASIL ÇÖZÜRSÜZ?

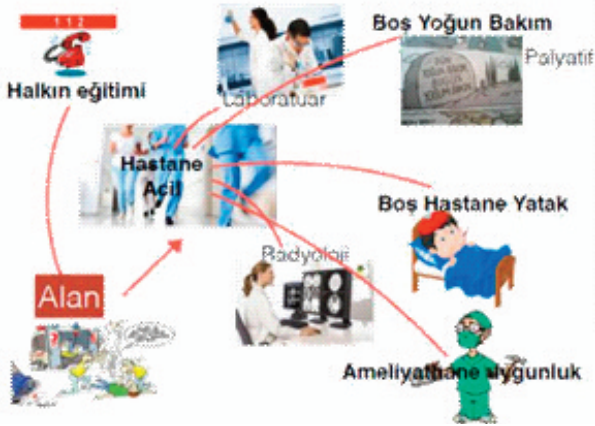
USKAF 1.6

Sağlık hizmeti özellikle tedavi edici hizmetler ve acil sağlık hizmetleri tıpkı bebeklerin ihtiyaçları gibi beklememesi gereken ve ertelenmemesi gereken ihtiyaçlar. Bu yüzden tam zamanında yapılması gerekiyor. Tam zamanı nasıl tanımlayacağız? Net olarak söyleyemiyoruz; ama tam zamanında yapılması lazım. Buradan gözüküyor mu bilmiyorum ama bakanlığın bize koyduğu bazı hedefler var. Bu sütun da ise benim şu anda çalıştığım hastanenin oluşturduğu sonuçlar var. Burada yaptığımız bir yıl içerisinde toplam sayı var. Her hastane ve yönetici altı ayda bir karne ile değerlendiriliyor. Bakanlık Türkiye ortalaması olarak bir hedef koyuyor. Kendiniz için hedef koyun ve buna ulaşmaya çalışma gayreti içinde olun diyor. Burada hemogram, biyokimya konuları bizim en çok zorlandığımız konulardır. Bir saatin altındayız. Acil görüntüleme ultrason, dopler, MR ve BT'yi hemen çekip hemen verebiliyoruz. Hastane poliklinik hizmetlerinde ise mesela ultrason 20 güne kadar uzayabiliyor. Ama mesela bakanlık ultrason için sonucun 30 dk içinde verilmesini söylemiş. Dopler ultrasonda 10 güne ulaşabilmişiz Yılda 23000 US çekiyoruz.

Üç gün mesela MR için on gün gibi bir hedef koymuş. Biz bunu sekiz günde çekebiliyoruz. BT'yi üç günde çekebiliyoruz. Bunları da bir kısmını kendi personelimiz ile yapıyoruz; bir kısmını da hizmet alımı olarak gerçekleştiriyoruz. Açıkçası zaman zaman hizmet alımı ise raporların kalitesinden biraz şüpheliyim. Bu yüzden komplike vakaları konsylerde kendi hocalarımız tarafından tekrar bir gözden geçirmemiz gerekebilir. Burada rakamı kısaltmaya çalışırken biraz kaliteden ödün vermek zorunda olduğumuzu da itiraf etmemiz gerekli. Poliklinik hizmetlerine baktığımız zaman; acil serviste örneğin bizim ulaştığımız rakam 30 dakika içerisinde bir hekim bir konsültasyona yanıt veriyor. Sadece bizim hastanede yaklaşık olarak yılda 400 bin acil bakılıyor. Bu inanılmaz bir rakam. Bize en yakın olan has-

LABORATUVAR VE RADYOLOJİ SONUÇ VERME SÜRELERİ			HASTANE SERVİSİN ÖZEL VE YALNIZ DEĞERİ		
ACİL LABORATUVAR	ORTAM SÜRESİ	SÜRE	ACİL LABORATUVAR	ORTAM SÜRESİ	SÜRE
Biyokimya		20 dk	Biyokimya		
Kültür		1 saat	Kültür		
Biyokimya		20 dk	Biyokimya		
ACİL SONUÇLAMA	ORTAM SÜRESİ	SÜRE	ACİL SONUÇLAMA	ORTAM SÜRESİ	SÜRE
USG	1 saat	30 dk	USG	1 gün	30 dk
Dozimet	1 saat	30 dk	Dozimet	1 gün	30 dk
MR	1 gün	1 saat	MR	10 gün	1 gün
BT	1 gün	1 saat	BT	10 gün	1 gün
POLİKLİNİK LABORATUVAR	ORTAM SÜRESİ	SÜRE	POLİKLİNİK LABORATUVAR	ORTAM SÜRESİ	SÜRE
Biyokimya		30 dk	Biyokimya		
Biyokimya		1 saat	Biyokimya		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
Üretiler		1 saat	Üretiler		
POLİKLİNİK SONUÇLAMA	ORTAM SÜRESİ	SÜRE	POLİKLİNİK SONUÇLAMA	ORTAM SÜRESİ	SÜRE
USG	10 gün	30 dk	USG	1 gün	30 dk
Dozimet	10 gün	30 dk	Dozimet	10 gün	30 dk
MR	10 gün	30 dk	MR	10 gün	30 dk
BT	10 gün	30 dk	BT	10 gün	30 dk

ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN MÜAYENE SÜRELERİ	
NORMAL ZAMAN	30 dk
ÇOK YOĞUN OLDUĞU ZAMAN	90 - 120 dk
TRAVMA HASTALARI	60 DİĞERİ anda müdahale
POLİKLİNİKTE BAŞVURAN HASTALARIN MÜAYENE SÜRELERİ	
NORMAL yaygı polik.	45-60 dk
ÇOK YOĞUN POLK.	90 - 180 dk



tane İzmir için söylüyorum 200.000 civarında. Travma hastalarında anında bakabiliyoruz. Çok yoğun olduğu zamanlarda ise bu süre yaklaşık 120 dakikaya kadar uzuyor. Poliklinik hizmetlerinde ise bir kişinin hastaneye geldikten sonra polikliniğe ulaşması, poliklinik hizmeti alması aynı gün içerisinde 45-90 dakika arasındadır. Çok yoğun polikliniklerde ise bu üç saate kadar uzayabiliyor. Yılda yaklaşık bir buçuk milyon poliklinik yapıyoruz. Bu da çok büyük bir rakam. Geçen sene günde ortalama mesai günleri içerisinde 7400 hasta bakılıyordu. Hastanemizde şu anda bu ortalama 10500-11000 doğru çıkmaya başladı. Bunu da bir sürü sebebi var. Ayrıca değerlendirilmesi ve tartışılması lazım.

24 saat kesintisiz uzmanlık hizmeti veren hastane var mı?

Bir de özellikle radyoloji hizmetleri ile ilgili bir konu var; biraz sonra nöbet konusundan bahsedeceğim. Radyoloji uzmanına nöbet koyma işi benim yaklaşık üç senemi aldı. Buradaki çalışan hastanelerde uzman düzeyinde radyolog çalışıyor mu? 24 saat gece uzman düzeyinde, asistan değil uzman düzeyinde. Derince'de var mı? Uzman düzeyinde gece gece geliyorlar mı? Bu çok çetrefilli bir süreç oldu. Bizim 1948 kaynaklı bir mevzuatımız var. Yasa izin vermeniz gerektiğini söylüyor; günde beş saatten fazla çalıştıramazsınız diyor. Onu bakanlık biraz 7 saate kadar esnetti ama nöbet tutamaz diyor. Muhtemelen radyasyonun etkilerini bağlı olarak nöbet tutamayacakları için 24 saat çalıştırılmıyor. Sizin

onları vardiyalı sisteme koymanız lazım. Bu da gerçekten sosyal açıdan ciddi bir sorun. Asistanlar isyana başladılar. Sayıları azaldığı için artık nöbet tutmayacağız dediler. Uzman hekimler zaten tutmak istemiyorlardı. Yani biz bir sürü davalar soruşturmalar vs. sonunda karşılıklı birbirimizi ikna ettik; anlaştık. 15 gün taşeron firmadan hizmet alıyoruz. 15 günde uzman hekimler kendi aralarında paylaştılar. Kendileri nöbet tutmayı kabul ettiler. Bize imzalı dilekçe verdiler. Ama bu yaklaşık bizim üç yıllık bir zamanımızı aldı.



Gerçekten şu anda sağlık hizmetlerine zamanında ulaşma konusunda acil, Türkiye'de bence en ciddi problem acil servislerde var. Bunun temelinde biraz halkımızın bu konuyu suistimal etmesi de yer alıyor. Çok da fazla bu şartları değiştiremiyoruz. Özellikle polikliniklerden sıra alamayan; almak istemeyen; işini çabuk yaptırmak isteyen kişiler acil servisi kullanmaya çalışıyorlar. Yaklaşık olarak acil servislerde baktığımız yeşil alan hastaları aslında %87'i buluyor ve bu toplumun yaklaşım biçimi değişmediği için de çok kolay düzeltilebilecek bir şey değil. Bir tane örnek var. Bu çektiğimiz videoda; pazartesi günü acil servis görüntüsü. Poliklinikten numara alamayan insanlar tamamen acil servisi kitlemiş durumda. Gerçekten acil olan insanların güvenliği burada tehdit altına giriyor. Şurada bir şey var yukarıda burada. Biz bunlara sıra veriyoruz ama hala orada oturuyorlar. Yani yeşil alan hastalarına poliklinik yapılıyor. Bizde ayrı bir poliklinik açtık. Yeşil alan polikliniği ve böylece gerçekten sarı ve kırmızı alan hastalarının güvenliğini biraz da artırmayı başarabildik. İçeride biraz da acil tıp uzmanlarının nefes alabileceği, doğru düzgün hastalarıyla ulaşabileceği bir alan oluşturabildik. Aslında biz acil servislerde poliklinik hizmeti veriyoruz. Alanda başlıyor dedik; halkın eğitimi ile başlıyor; daha sonra aşağıda ilk müdahale ile devam ediyor. Hastanenin acil servisine geliyor; acil servisine gelme aşamasında bir kere direnç var. Hangi hastane kabul edecek? Problemleri aday kim alacak? ve Doğum hastasını, yandaş bir problemi olan hastayı kim alacak?

Saat beşten sonra buna kim bakacak? Haftasonu kim bakacak? Bir grup yazılığa gitmek istiyor. Periferde çeşitli başka sebepler var. Biraz sonra söyleyeceğim gibi hekimler bakmak istemiyor; bu tür hastalarla uğraşmak istemiyorlar ve hastaneler acil servisleri ve 112 komuta kontrol sistemi aramaya başlıyor. Boş yoğun bakım yatağı arıyor ama üçüncü basamak hizmeti veren hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinde boş yatak yok. Hemen hemen hepsi %90 üzerinde dolu. Ameliyathane uygunluk durumuna göre eğer şansı varsa bir hastane buluyorlar ve oraya sevk ediyorlar. Bu arada özellikle acil hizmetler açısından tabii radyolojinin ve laboratuvarın da tam zamanında çalışması gerekir. 24 saat kesintisiz uzmanlık hizmeti derken tabii nöbet tutan uzmandan bahsediyoruz. Bunlar sadece radyoloji ile bitmiyor. Kalp Damar Cerrahisi çok önemli ama uzman düzeyinde nöbet tutturma çok kolay değil. Ya sayıları az yada tutmak istemiyorlar. Bir alışkanlık yok.



Neden?



Kalbe nefiz bıçaklanma kapının önünde; acile gelene kadar; acil müdahale edilene kadar ölebiliyor. Ya da ne bileyim bir yoğun bakım uzmanı gerektiren inme hastası; işte ortopedist nöbete kalacak mı bunlar tartışılan konular. Doğum acilleri uzman düzeyinde nöbet tutan ve doğum gerçekleştiren hastane sayısı genellikle çok az. Bir hastanenin bütün yük tepesine bindiriliyor. Mecburen o yükü taşıyor. Ama o yükün altında eziliyor. Diğer hastaneler bu konuda yatırım yapmak istemiyor; çünkü riskli. Yani perinatoloji ile ilgili sanıyorum. Ben her ay bir dava imzalıyorum. Yani açılmış bunların içerisinde gerçekten komplikasyon olan şeyler var. Biz kadın doğum uzmanlarını doğru düzgün performans da veremiyoruz. Ama ciddi bir malpraktis riski ile karşı karşıya olduğu için bu insanlar bu işle uğraşmak istemiyorlar. Bu nedenle bazı hastanelerde ciddi yığılma oluyor. Bu da hastalar açısından çok ciddi risk oluşturuyor. Çocuk travmaları mesela çocuk ortopedisti ve çocuk beyin cerrahisi yapabilecek çok az uzman var. Bunlar belli merkezlerde toplanmış durumda; dolayısı ile bu sebeple de bütün bölgedeki

çocuk travmaları bu hastaneye gidiyor. Biz bütün bunları yapan belki İzmir'deki nadir birkaç hastaneden biriyiz. Bütün Batı Anadolu neredeyse bize akıyor. O yüzden inanılmaz bir yoğunluğumuz var. Yoğunluğun altında acil hekimlerimiz eziliyor ve tamamen tükeniyorlar. Girişimsel radyoloji aynı şekilde giderek gelişen teknoloji kalite açısından çok önemli. Bizim hastanemizde kurulu ve çok başarılı bir ekibimiz var; ama 24 saat çalıştıramıyoruz. Özellikle gece bu tür vakalar geliyor. İnmesinden tutun damar kanmalarına kadar. Gastroenteroloji ve nefroloji uzmanı sürekli hastanedeler diyebilirim. Mutlaka kanama oluyor. İcap yapıyoruz; ama artık herhalde onları da nöbete sokacağız. Mutlaka diyaliz gerektiren hastalar oluyor. Kardiyoloji veya kalp damar cerrahi vakası veya benzer bir vaka oluyor. Onlar da 24 saatini hastaneden hiç çıkmadan geçiriyorlardır. Geçen sene bizim hastanemizde 3500 stent kondu. Yani bütün uzman düzeyinde nöbet tutan ve uzman düzeyinde anjiyografi yapan tek kamu hastanesiyiz. Bizimle birlikte Atatürk Devlet Hastanesi var. Diğer hastanelerde genellikle asistan ve icap sistemi gidiyor. O yüzden 15 gün 15 gün paylaşılmış ama genellikle Kuzey bölgesinden çok yoğun bir hasta akımı oluyor ve bu arkadaşlarımız da ciddi bir yükünü altındalar. Yani sonuç olarak saat 17'den sonra sistem biraz değişiyor yani bütün işin rengi değişiyor ve bunun çeşitli sebepleri var. Bunlardan en önemlisi bence belki başlangıçta yani zamanında sağlık hizmeti almayı olumlu etkilemiş olabilir. Sağlık personeline yönelik şiddet şimdilerde ciddi olarak hastayı güvenlik açısından tehdit ediyor; çünkü kimse şiddet korkusuyla problemleri vakalara girmek istemiyor. Bir diğer korku da daha önce söylediğim malpraktis korkusu. Geçen hafta bir 780 milyarlık, bir de 380 milyar iki tane davayı bilirkişiye göndermek durumunda kaldım. Bir tanesi kadın doğumla ilgili bir tanesi de genel cerrah ile ilgiliydi. Bu şartlar altında insanların da tabii çok gönüllü bir şekilde bu işleri yürütmesini beklemiyoruz. Bu neye neden oluyor?





Hastalar köyden başlayarak kente büyük kente geliyor. Büyük kentlerde büyük hastaneye doğru yığılıyorlar. Dolayısıyla büyük hastanelerde biz ne yapıyoruz. Çok yoğun bakım yatağı, diyaliz ünitesi ve ameliyathane yatırımı yapıyoruz. Hastaneler yapmaya çalışıyoruz. Ama aslında palyatif çözümler üretiyoruz. Şiddet gibi, malpraktis gibi konularda daha ciddi çözümler üretmeniz lazım. Dolayısıyla burada tam zamanında sağlık hizmetini tartışmak bile bence çok anlamlı değil. Evet, yeni nesil artık yeni nesil gençler, bunlar, haklı olarak kendilerine ve ailelerine zaman ayırmak istiyorlar. Daha az iş daha çok para kazanmak istiyorlar. Tam zamanı gerektiren kadın doğum gibi, cerrahi gibi, beyin cerrahisi gibi alanları tercih etmiyorlar; artık yani daha çok biyokimya, dermatoloji gibi branşları tercih ediyorlar. Bütün olanlar içinde aslında insanca çalışma koşulları istiyorlar. Bu da son derece doğal bir istek. Dolayısıyla bu da tam zamanlı sağlık hizmetlerini etkiliyor.

Neler yapılabilir? Hani benim kişisel gözlemlerim. Tabii bir kere malpraktis ve şiddet konularında çok radikal önlemler alınması lazım. Önümüzdeki torba yasadanda biraz umudumuz var; ama uygulama da çok önemli. Basının eğitilmesi çok önemli. Hekimler olarak bizim de bu işi

biraz sahip çıkmamız gerekiyor. Biraz üstüne gitmeniz gerekiyor; çünkü gerçekten meslektaşlarımızı çok eziyoruz. Halkın yeşil alan konusunda eğitilmesi lazım ve motivasyonun değiştirilmesi lazım. Belki birinci basamak güçlendirilerek; orada çok iyi hekimler çalıştırılarak; iyi ücretleri ödenerek ve üzerlerindeki angarya biraz azaltılarak yapılabilir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve saatleri iyileştirilmeli. Bu biraz altyapı ile biraz sayı ile alakalı bir durum. Biraz da bir yönetim bilinciyle yani bizlere de çok iş düşüyor. Performans kriterleri; çalışma saatlerine göre belki değiştirilebilir ve katsayıları değiştirilebilir. Acil saatlerini özellikle 17.00'den sonra sabah 08.00'e kadar farklı katsayı ile uygulanabilir. Zamanında yapılan işleri daha yüksek para ödenebilir. Bu hastanelere daha fazla kaynak ayrılabilir; daha fazla para ödenebilir ki yöneticiler bu alanlara yatırım yapsın. Yani çoğu yöneticide bu problemler alanları çok girmek istemiyor. Yani mesela yoğun bakım açmak istemiyor; doğumhane açmak istemiyor. Çünkü başına bela olacak. Bu üniversiteler için de geçerli. Yani mesela Anadolu'da acil hizmeti vermeyen, acil servisi olmayan üniversiteler var. Üçüncü basamak hizmeti veren kurumlarda altyapı özellikleri tanımlanarak bir pozitif ayrımcılık yapılabilir. Laboratuvar radyoloji yoğun bakım acil gibi yerlerde yapılabilir. Bunun içerisinde yardımcı sağlık personeli de unutmamak lazım. Bu işi tek başınıza hekimler olarak yapmıyoruz. Hemşirelerle birlikte yapıyoruz. Teknisyenlerle ve temizlik personeli ile onları fazladan bir şey vermezseniz fazla mesaiye kalmazlar; sizinle çalışmazlar ve fazla nöbet tutmak istemezler. İşte bunda da bir mevzuat çalışmasına ihtiyaç var. Bir piramit yapının da değiştirilmesi lazım. Şu anda doktor üretiyoruz. Doktor sayısı Türkiye'de hemşire sayısı aynı. Çok mantıksız bir şey. Bunu değiştirmemiz lazım. Doktor sayısında belli bir yere ulaştık; ama hemşire sayısına çok daha kötü durumdayız. Onları düzeltmeniz lazım. Mesai dışı gelen hasta acil değilse; aile hekimi tarafından yönlendirilmemişse ekstra ücret ödemesi

öneriler

- Performans kriterleri **çalışma saatlerine** göre yeniden düzenlenmeli
- Zamanında yapılan işlerde **daha yüksek** performans ödenmeli
- JIT standartları içinde kalan **hastanelere daha fazla** ödeme yapılmalı (ki yöneticiler yatırım yaparın)
- **3 Basamak hizmeti** veren kurumlara
 - Alt yapı yeterli ise
 - YB, Acil, Ameliyathane, Lab ve Rad için mesai saatleri dışında **pozitif ayrımcılık** yapılmalı

USKAF 14

öneriler

- **Mesai dışı çalışma özendirilmeli** (yüksek ücret)
- **Mesai dışı gelen hasta** acil değilse, aile hekimi tarafından gönderilmemişse ekstra ücret ödemeli
- **Patoloji (JIT)** yaptığında pozitif ücret olarak yazılmalı
- 24 saat kesintisiz hizmet ihtiyacı olan ve nöbet tutmak istemeyen branşlarda **performans üst sınırı kaldırılmalı** (Kardiyoloji, Gastro, Nefro)
- Yardımcı sağlık personeli **piramidi** düzeltilmeli (şu anda silindir)
- 24 saat kesintisiz hizmet vermek zorunda olan birimlerin **yardımcı sağlık personeline** saatlik fazla mesai ödenebilmesi (Toplam gelirleri %10-20 fark etmeli) Örn: Röntgen teknisyenleri, Kardiyoloji teknisyenleri yada ameliyathane hemşireleri -ikinci iş

USKAF 14

sağlanmalı. Sevk zinciri zorlamayla değil de özendirme ile yapılması lazım. Orada çok iyi hekimlerin çalışması ve hastanın gerçekten tatmin edilmesi lazım. Onlara iyi bir ücret ödemeniz lazım. Şimdi ne varsa onlara evde bakımı yükledik. Arkadaşlarımızın üstünde aşı var. Üç bin tane hasta yapmaları gerekiyor. En ufak bir şeyde cezalar alıyorlar. Gerçekten onlarda tükenmek üzere. Dolayısıyla birinci basamak güçlenmesi gerekirken zaman içerisinde orada da bir takım sıkıntılar var. Birinci basamağa çok güçlendiremezseniz. Bu hastalar hep hastanelere ve büyük hastanelere yığılmaya başlıyorlar. Bizim bu işin altından bu şekilde kalkmamız gerçekten çok zor. Patoloji de aynı şekilde tam zamanlı olarak bu ücretlendirilmiyor. Bu göz ardı ediliyor ve direkt hastanın güvenliğini ilgilendiriyor. Mesela bir meme örneği alıyorsunuz, sonucunu 20 günde veriyorsunuz ya da 25 günde. Bu belki de hastanın problemini etkileyecek bir durum; bunun da hızlandırılması lazım. Belki bunun için pozitif ayırım yapılmalı. Bir performans ayrıcalığı tanınması lazım.

Kardiyoloji gastro ve nefro gibi üzerinde çok yük olan branşların üst limitlerini artırmamız lazım. Bakın bizim 14 kardiyolog ile götürdüğümüz hizmeti özel hastane üç kardiyolog ile yapıyor; ama çok iyi para vererek yapıyor. Bu da bir mevzuat sorunu aslında. Üst sınırı açsak belki bu arkadaşlarımızla çok canla başla çalışmak isteyecekler ve onun dışında yardımcı sağlık personelini de unutmamamız lazım. Bunlara bakarak mümkün mü diye soruyorum kendi kendime. İmkânsız bir hedef gibi gözüküyor. Biraz lüks bir hedef gibi.

Ancak iki tane kısa hikaye anlatacağım sonra da bitireceğim bu bütün zor hedefler imkansız görünen hedefler için geçerli bir hikaye. Jackie Robinson 42 numara ile eşleşmiş biri New York Brooklyn Rodgers'ta oynuyor. O zaman beyazlar ligi gibi bir lig var. Beyaz Ligi'nde siyahların oynaması yasak ve oynadığı süre içerisinde yaşlı sanıyorum. Ortalama yaşı ligin yaşından 10 yaş daha ileride ve sözleşmesine şöyle bir şey var. Kendisine eğer tükürülürse şikayetçi olmayacağını söylemiş. Bu şartlar altında yürüyor ve takımı birkaç sene içerisinde şampiyon yapıyor. Şu anda New York'ta köprüler kendi adını taşıyor ve pek çok yol ve bina Jackie Robinson adını taşıyor. Efsane 42 numarayı artık kimseye vermiyorlar. Bu da benim kızımın ödevi, ev ödevi. Altı yaşında zaman makinesine binseniz nereye gitmek isterdiniz diye sormuşlar. O da "gökkuşağı olan bir yere gitmek isterdim; çünkü gökkuşağına dokununca ne olur merak ediyorum" demiş. İmkansız hedefler için aslında Jackie Robinson'ın iradesine ve küçük bir çocuğun hayal gücüne ihtiyacımız var. Onun dışında bir şeye ihtiyacımız yok. Teşekkür ederim.



PANEL 3

**SAğLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN GERÇEK
SORUNLARINA ODAKLANMAK II**

Panelistler



Şükrü HATUN



Kadir DOğRUER



Gökhan AKBULUT



Nurullah ZENGİN



Mehmet SARGIN

Abut KEBUDİ

Şimdi bölümümüzde bir panelle devam edeceğiz. Profesör Doktor Şükrü Hatun hocamı davet ediyorum. Çocuk Endokrin Bölümü Öğretim Üyesi Kocaeli Üniversitesi'ndeydi şimdi herhalde Koç Üniversitesi'nde. Hocam buyurun.

Kadir Doğruer; Avrasya Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Uzmanı. Kadir Bey burada değil mi? Oradasınız buyurun. Gökhan Akbulut dinlemiştik. Hocam buyurun. Profesör Doktor Gökhan Akbulut Tepecik Hastanesi yöneticisi.

Dr. Nurullah Zengin; Ankara Numune Başhekimisi ve Ulusal Kanser Danışma Kurulu Eski Başkanı.

Doç.Dr. Mehmet Sargın; Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı.

Mürsel DURMAZ

Başlangıçta sunumda söylendiği gibi gerçekten bizim kalite sıralaması var. Bazı konuşmacılar Sağlık Bakanlığı'nın bazı şeyleri dikte ettiğini; ama bazı konuşmacılarımız yeterli olmadığını, içeri giriyorsunuz belli bir standardın olmadığını söylediler. Ben gerçekten belki sabahki oturumlara katılamadım ama eve dönerken birçok şeyle sepetimi doldurduğumu düşünüyorum. İnşallah bu tip paneller ve toplantılar artar. Zafer Hocamdan veya ortaklaşa bu panelleri artıralım isterim. Öncelikle benim sorun Şükrü Hocama. Kendisini tanıyoruz. Gerçekten çok fedakar cefakar bir hocam. Bu bölgede bilinen birisi Şükrü Hocam. Özellikle diyabet denince akla geliyorsunuz. Diyabette yaşadığımız sıkıntılar nelerdir. Hani özgün bu bölgeye ya da Türkiye'de neler yapılması gerekiyor? Yapılamayan şeyler konusunda sorun ve çözüm önerilerini sizden duymak isterim.

Şükrü HATUN

Hem Zafer'e hem de değerli katılımcılara çok teşekkürler. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin böyle bir toplantıya ev sahipliği yapmasından memnuniyet duyduğumu söylemek isterim. Sevgili sağlık müdürümüzün de söylediği gibi biz arkadaşlarla birlikte uzun zamandan beri Türkiye'deki çocukluk çağı diyabeti ilgili bir takım programlarda emek veriyoruz. O yüzden de gerçekten de bu toplantının somut gündem ile ilgili kendi çabalarımızla ilgili bazı şeyleri sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Ülkemizde 18 yaş altı Tip 1 diyabet sıklığı

- İnsidans: Yüzbinde **10.84**
- 2013 yılı toplam diyabetli çocuk sayısı: **18190**
- Prevelans: Onbinde **7.98**

Map 2.8. New cases of type 1 diabetes (0-14 years per 100,000 children per year), 2012



Ülkemizde Diyabetli Çocukların Bakımında İlerlemeler

- 18 yaş altındaki diyabetli çocuklar büyük ölçüde **Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet uzmanlarının** liderliğindeki Çocuk Diyabet Ekibi tarafından izlenmektedir.
- Sosyal güvence sorunu büyük ölçüde çözüldü
- Ülkemizde bütün bölgelere dağılmış **50 kadar çocuk endokrin merkezi** var
- Bu merkezlerde 50 dolayında hemşire ve diyetisyen çalışmaktadır.
- Ülkemizde (İstanbul Tıp, Kocaeli Tıp, Ege Tıp, Dokuz Eylül Tıp, Akdeniz Tıp ve Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun) her yıl **7 diyabetli çocuklar kampı** düzenlenmektedir.
- Bir çok merkez esnek diyabet tedavisi yöntemi ile hastalarını izlemektedir
- **Buna rağmen...**

Biliyorsunuz toplumda diyabet deyince; sıklığı fazla olduğu için daha çok Tip 2 diyabet akla geliyor. Toplumda aslında büyük ölçüde böyle biliyor.

Ama hepinizin bildiği gibi zaman zaman bu çocukta olduğu gibi Kusmallı solunumu ile gelebilirler ve bazen bunda olduğu gibi yani küçük çocuklarda olduğu gibi toplum tanımadığı gibi onun Tip 1 diyabet olduğunu doktorlar, pediatriştriler bile tanımayabilir. Dolayısıyla en önemli sorunlardan bir tanesi hala Türkiye'de Tip 1 diyabetin çocuklarda görülebileceği özellikle küçük yaşlarda görülebileceği konusunda ilerlememiz gerekiyor. Türkiye'nin bizim açımızdan önemli konulardan bir tanesi gerçekten de diyabetin erişkinlerin bir hastalığı olarak bilinmesi. Bununla ilgili çabalar gösteriyoruz. Akut bir hastalık ve öyle olduğu için de özellikle tanı gecikmesi hala önemli bir sorun. Bildiğiniz gibi diyabetik ketoasidoz Türkiye'de yaklaşık olarak %50 oranında görülüyor.

Ulusal Diyabet Programı 2015-2020

Amaç IV. Çocukluk çağında diyabet bakım ve tedavisinin geliştirilmesi, tip 2 diyabet ve obezitenin önlenmesi

4.a 0-18 yaş grubunda ülke çapında tip 1 ve tip 2 diyabetlilerin kayıt altına alınmasının sağlanması

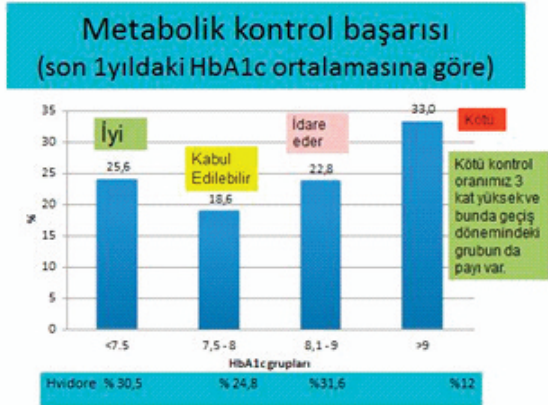
4.a.1. Aile hekimi bilgi sistemlerinde diyabetli çocukların kayıt edilmesi ve bu amaçla kullanıcı kolay bir veri giriş formu oluşturulması	SİSGEM	Yapıldı
4.a.2. 18 yaş altı tip 1 diyabet raporlarının SGK sisteminde aynı bir şekilde yer alması ve bu şekilde ülkemizdeki tip 1 diyabet epidemiyolojisinin güvenilir olarak izlenmesinin sağlanması <th>SGK, SİSGEM</th> <th>Üniversiteler, STK, Özel Sektör</th>	SGK, SİSGEM	Üniversiteler, STK, Özel Sektör
4.a.3. Çocukluk çağı obezite ve diyabet prevalansının 5 yılda bir kesitsel ve aynı yöntemi kullanan araştırmalar ile izlenmesi <th>SAGEM</th> <th>THSK</th>	SAGEM	THSK

4.b Tip 1 diyabetli çocuklara erken tanı konması ve DKA ile başvuru sıklığının azaltılmasıdır

4.b.1. Toplumla yönelik farkındalık için çocuklarda diyabet görülebileceğini vurgulayan ve tip 1 diyabet bulgularını anlatan kamu spotları hazırlanarak yayınlanmasının sağlanması	THSK, SİSGEM	Yapıldı
4.b.2. Okulda Diyabet Programı kapsamında öğretmenlere yönelik farkındalık çalışmalarına devam edilmesi <th>TH</th> <th>Sürdürülüyor</th>	TH	Sürdürülüyor

Oysaki Avusturya ve Batı Avrupa ülkelerinde %25 oranında görülüyor. Bu da büyük ölçüde hastalığın hala yeteri kadar tanınmamasından kaynaklanıyor. O yüzden de değişik programlara ihtiyaç söz konusu. Yakın zamanda Türkiye'deki Tip 1 diyabet sıklığı üzerine yeni bir araştırma yayınladık. SGK sisteminin bize getirdiği bir sürü imkan var.

Bir tanesi de veri bakımından da iyi bir sistem. Tabii çok emek vermek gerekiyor. Bu verileri oradan süzmek için; ama biz de Türkiye'den ilk defa bu konu ile ilgili bilgi yayınladık; çünkü daha önce haritalarda Tip 1 diyabet insidansı ve prevalansı ile ilgili olarak veri yoktu. Orta sıklıkta bir ülke olduğunu görüyorsunuz. Yaklaşık olarak insidans 100000'de 10,84; yani bu şu anlama geliyor. Her yıl Türkiye'de 100000 çocuktan 10 tanesinin bu da Türkiye'deki nüfuslara baktığınız zaman yaklaşık olarak 1700 çocuk yapıyor. Prevalans 10000'de 7,98. Bu da orta sıklıkta bir ülke olduğumuzu bize gösteriyor: Tabii bu kadar çocuk olunca aslında bir taraftanda ülkenin kaynaklarını düşündüğünüz zaman bu kadar çocuğun sorunlarını da düşünerek aslında daha iyi bir programla bunları çözmek mümkün. Gerçekten de hangi imkanlara sahibiz diye bakılınca; özellikle Türkiye'de çok hızlı bir şekilde yan dalların gelişmesi bizim açımızdan önemli bir ilerleme oldu. Bir kere önce şunu söyleyeyim Türkiye son 10 yılda sosyal güvenlik koşulları bakımından gerçekten de çok önemli bir ilerleme gösterdi. Cömert bir ülke. 18 yaş altı nüfusun otomatik olarak sağlık güvencesine kavuşması çok önemli bir reform. Bu da büyük ölçüde bizim diyabet ile ilgili sorunlarımızı çözdü. Bu en azından sağlık hizmetlerine erişim alanında sağlandı. Ayrıca pediatrik endokrin merkezleri gerçekten çok arttı. Türkiye'de 31 şehirde 73 tane çocuk endokrin merkezi var. Bu sayı az değil ve yaklaşık olarak de 185 tane pediatrik endokrinolog var. Onlarında sayısı artıyor; ama biraz önce bir arkadaşınız söyledi. Pediatrik endokrinolog sayısı artıyor; ama ekipteki hemşire, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet sayıları aynı şekilde artmıyor. Aslında Türkiye'de her halde hızlı bir şekilde bunu da çözmesi gerekiyor. Hekim yetiştirme programlarıyla aslında ekipteki diğerlerinin eşleştirilmesine ihtiyaç var. Önemli imkanlardan bir tanesi kamplar.



Bütün bunlara rağmen Türkiye'deki Tip 1 diyabetlilerin hemoglobin A1C üzerinden kötü kontrol yüzdesine baktığınız zaman iyi kontrol bakımından bir farklılık yok. Bizim kötü kontrol yüzdemiz üç kat fazla. Neredeyse Avrupa bölgesinden üç kat fazla. Bu da aslında belli bir grup çocuğa odaklanan yeni programlara ihtiyaç olduğunu gösteriyor.

Pediatrist ve pediatrik endokrin arkadaşlarımız bilirler. Tabii tedaviden kaynaklanan, insülin tedavisinin zorluklarına kaynaklanan hala kullandığımız tedavinin yeteri kadar fizyolojik olmamasından kaynaklanan sorunlar var. İşte dün ben bir tane biyonik insülin toplantısında idim. Bu aslında çok uzak değil. İşin doğrusu Boston'daki grup çok yaklaştı. Bu alet gerçek oluncaya kadar bir taraftan da aslında kapsamlı programlarda sorunları çözmeye çalışmanız gerekiyor. Sabahleyin İlhan Hanım söyledi. Aslında Türkiye'nin gerçekten de kapsamlı bir diyabet programı var. Bunun içinde de çocukluk çağı programı da söz konusu. Bundan da aslında gurur duyuyoruz; çünkü muhtemelen dünyada çocukluk çağı programın ayrı bir alt başlık olarak kabul edildiği az sayıda ülkelerden bir tanesi. Genellikle erişkinler çocuklardaki diyabeti Tip 1 diyabetin altında sınıflamayı severler ve bu şekilde yaklaşırlar. Oysa çocuklara dönük programların ayrı bir şekilde yapılandırılmasına ihtiyaç var. Bizim de bunu başardığımız söyleyebiliriz. Bu program için de çok hızlı bir şekilde söyleyecek olursak aslında büyük ölçüde önemli başarılar gösterildi. Kayıt sistemi ile ilgili sorunlar hala sürüyor; ama özellikle farkındalık çalışması ile ilgili geniş kapsamlı çalışmalar yürüttük. Bunu hem okulda diyabet programı hem de kamu spotlarında görmüşsünüzdür.

Çocuklarda Diyabet Kamu Spotu



Televizyonlarda dönen kamu spotlarına kurumlarca ve basın tarafından ilgi gösterildi. Tabii yaygınlaştırılması lazım ve daha uzun süreli kullanılması lazım Türkiye'deki televizyonların ilgisi de iyi oldu. Yani işin doğrusu bu bakımdan da Sağlık Bakanlığı'ndaki ilgili yetkililere çok teşekkür ederim. Sağlık Bakanlığı'nda tamamen bu medya ilişkileri ilişkili bir başkanlık var ve bu konudaki görevlerini çok iyi yapıyorlar. Bize çok fazla yardım ettiler. Onu söylemek isterim. Onun dışında biz tam kalite kapsamına girer mi bilmiyorum; ama aile hekimlerine eğitiminden tutunda ilköğretimdeki sağlık bilgisi kitaplarına diyabetin özel bir şekilde yer alması gibi konuları başardık.

14 Kasım'dan bahsedildi. 14 Kasım hala Türkiye'de resmi olarak farkındalık günü ama Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı günlerin içinde değil. Bu konuyla ilgili çaba göstermemiz gerekiyor. Yani verem savaş günü gibi veya diğer günler gibi Milli Eğitim Bakanlığı'nın okullardaki

Ulusal Diyabet Programı 2015-2020

4.b Tıp 1 diyabetli çocuklara erken tanı konması ve DKA ile bayıru sıklığının azaltılmasıdır

4.b.3. Aile hekimleri ve çocuk hekimlerine yönelik toplantılarda tıp 1 diyabet ile ilgili durumlara yer verilmesinin sağlanması ve bölgesel eğitim toplantılarının desteklenmesi	THSK	Kismen yapıyor Takip etmemiz gerekli
4.b.4. Acil servis ve 112 personeline yönelik sürekli eğitim programlarında "Çocuklarda Diyabet Klinik Bulguları" konusunun yer alınmasının sağlanması	ASHGM	
4.b.5. İlköğretim hayatı bilgisi ve fen bilgisi ders kitaplarında "Çocuklarda Diyabet" konusunun ayrı bir başlıkla yer alması	MEB	Sağlık Bakanlığının görevi. Bizim de airtif olmamız lazım
4.b.6. 14 Kasım Dünya Diyabet Günü'nün Milli Eğitim Bakanlığı tarafından "Diyabet Farkındalık Günü" olarak belirlenmesi ve her yıl 14 Kasım'da öğrencilere ve öğretmenlere yönelik bilgilendirme toplantıları yapılması, öğrencilere yönelik yaş gruplarına uygun eğitim videoları hazırlanarak izlettirilmesi	MEB	

programlarının içinde bir farkındalık günü haline getirilmesi gerekiyor. Onun dışında Toplum Sağlığı Merkezlerindeki hemşirelerin diyabetle ilgili çabalarını şu anda programlıyoruz. Belki Mürsel Bey bu konuyla ilgili bize katkıda bulunabilir. Okulda okullarda Türkiye'de hemşire olmadığı için bu açığı başka yollarla gidermemiz gerek veya çocuk buradan taburcu olduğu zaman öğretmeni bilgilensin diye biz öğretmene bir mektup gönderiyoruz; ama şimdi bir toplum sağlığı hemşiresine de bir mektup göndereceğiz. Aile Hekimliği yoluyla toplum sağlığı hemşiresi de gidip okulda çocuğu ziyaret etsin ve bu şekilde aslında bizim diyabet ekibimizi tamamlayan şekilde öğretmen ve toplum sağlığı hemşiresine görev vermeye çalışıyoruz. Önemli konulardan bir tanesi bizim açımızdan çocukların erişkin olması biliyorsunuz ve genellikle de erişkin olunca bizimle bağları kopuyor.



Çocuk endokrin merkezleri ve erişkin merkezleri arasında kalıyorlar. Öyle bir dönemleri oluyor. O yüzden de bununla ilgili kapsamlı çalışmalar yaptık ve erişkinliğe geçiş ile ilgili standartları belirlemeye çalışıyoruz. Son yıllarda geliştirilen teknolojilerle birlikte İlhan Hanım'ların grubu ile birlikte yaptığımız önemli çalışmalardan bir tanesi de bu. Onun dışında eğitimle ilgili gerçekten kapsamlı faaliyetler sürdürülüyor. Bizim yürüttüğümüz birçok proje var. Bunlar-

Ulusal Diyabet Programı 2015-2020

4.c. Ülkemizdeki diyabetli çocukların bakım ve tedavi standartlarının geliştirilmesidir		
4.c.1. Çocuk diyabet polikliniklerinin inşaatı ve altyapı etekliklerinin belirlenmesi ve tespit edilmiş eksikliklerin tamamlanması için gerekli çalışmaların yapılması	SHGM	TKHK, Üniversiteler, Özel Sektör
4.c.2. Okulda diyabet programı uygulamaları sınırlandırılması, diyabetli çocukların okulları yönetiminin desteklenmesi, bu amaçla okul hemşireliği sisteminin güçlendirilmesi, okul yöneticisi ve öğretmenlerin eğitimi	THSK, MEB	STK, Özel Sektör
4.c.3. Toplum sağlığı merkezi hemşirelerinin görev bölgelerine "kendini bilgilendiren tıp 1 diyabetli çocukların okullarının ziyaret edilmesi ve öğretmenlere yapılandırılmış bir eğitim verilmesi"nin eklenmesi	THSK	MEB
4.c.4. Çocuk Diyabet Hemşireliği sertifikası programı başlatılması		Adım almamız gereken en önemli
4.c.5. Çocuk diyabet kampı yapan ekip sayısının artırılması, kamp katılmayan öğrencilerin SGK tarafından karşılanması ve tatillerde gündüz kampı programının yaygınlaştırılması	GSSGM, SGK	KONU
4.c.6. Çocuklarda diyabet tan ve tedavi rehberi hazırlanması ve sevici için algoritma geliştirilmesi	SHGM	TKHK, Üniversiteler
4.c.7. Diyabetli çocukların erişkin kliniklerine geçiş için erişkin ve çocuk endokrinolojileri tarafından ulusal rehber ve formların hazırlanması		Yapıldı
4.c.8. Merkezi sınavlarda diyabetli çocukların özel durumları dikkate alınarak gerekli desteklerin sağlanması, bu konuda Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortak bir rehber hazırlanması	THSK, MEB	SEK

dan bir tanesi ise "Çizimlerle Diyabet" projesi. Çok anlaşılır bir şekilde aslında hem anneler hem de çocuklara diyabeti anlatmamız lazım. Türkiye'nin ve dünyanın önemli tıbbi çizimlerinden bir tanesi olan Levent Efe'nin katkılarıyla bir şeyler hazırlıyoruz. Bu çizimlerle diyabet kitabı orijinal olacak. Onu da Türkiye çapında kullanmaya çalışacağız. Biliyorsunuz okul kantinleri önemli bir sorun. Yalnızca Tıp 1 diyabetlilerin okullardaki hayatı bakımından değil; esasen şişmanlığın önlenmesi programı bakımından önemli bu konu bu.

Hem geçmiş sağlık bakanı hem de şu andaki sağlık bakanı ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın gerçekten besin endüstrisinin güçlü lobi çalışmalarına rağmen iyi bir inisiyatif koyduğunu söylemek isterim. Biliyorsunuz kantin genelgesini yakında yeniledik ve güçlendirdik. Ama tabii ki yapılacak çok şey var. Geçen bir televizyon programında da söylemeye çalıştım.

Kantinlerde gazlı içecek ve cips yasak

Bursa'nın Orhangazi ilçesindeki okul ziyaretinde açıklama yapan Sağlık Bakanı Müezzinoğlu, yeni eğitim yılında Sağlık Bakanlığı, Gıda ve Hayvancılık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı ile birlikte ortak ütecekleri çalışma neticesinde "Okullarda Gazlı İçecek ve Cips Yasak" kararını duyurdu. Müezzinoğlu, "Bu ulama kapsamında okul kantinlerimizde gazlı içecek ve cips gibi ürünlerin satışı yasaklanacak" dedi.

OKULLARDA YİYECEK VE İÇECEK STANDARTLARI

Okulda Şişmanlığın Önlenmesi Programı



ÇOCUK
ENDOKRİNOLOJİSİ VE DİYABET
DERNEĞİ

Türkiye'nin aslında hem kantinleri regüle etmesi gerekiyor; ama esasen okul yemeği programına geçmesi gerekiyor. Brezilya'da olduğu gibi öğlen yemeği programına geçmesi gerekiyor. 2-3 milyarlık bir para tutuyor. Türkiye'nin ekonomisini düşündüğünüzde tarımı çok destekleyen bir program olacaktır. Burada başka yetkililer de olduğu için bunları seslendirmek istiyorum. Türkiye'nin aslında kuvvetli bir okulda şişmanlığı önleme programına ihtiyacı var. Onlarla ilgili hepimiz çalışmaya çalışıyoruz. Gene sosyal güvenlik kuruluşu ile ilgili söylemiştim. Gerçekten önemli şekilde halloldu. Son 15-20 yılda, Mehmet Sargın ve buradaki birçok arkadaşlarım bu öyküyü biliyorlar. Türkiye'de Tip 1 diyabetlilerin sosyal güvenlik kuruluşlarından yararlanması ile ilgili sorunlar vardı ve ilk dava burada açıldı; yani Kocaeli'nde olduğunu söyleyebiliriz. Davaya neden olan hastamızı şimdilerde avukatı oldu. Çağrı küçükkün babası Selami Bey; Selami Çakıcı İzmitliler tanırılar; davayı açmıştı ve sonra yavaş yavaş aslında yeni girişimler oldu ve her şey ilerledi. Bu da yeni Tip 1 diyabet yeni sorunları bakımı önemli şeyler yaklaştı bizim Türkiye'deki program aynı zamanda uluslararası yankıları olan bir programdır. Birçok yerde programımızla ilgili olumlu yankılar alıyoruz.

Çalışmaların yankıları



İyi haber: Kamplar yaygınlaşıyor

1. İstanbul Tıp
2. Kocaeli Tıp
3. Akdeniz Tıp
4. Ege Tıp
5. Dokuz Eylül ve Katip Çelebi
6. Düzce Tıp
7. Diyarbakır
8. Samsun Tın

Ankara'da Diyabetli Gençlere Yönelik İlk Yaz Kampı Başarıyla Gerçekleşti

Gaziantep Şeker Çocuklar Kampının İkincisi Gerçekleşti

Süren çalışmalar

- Okulda Diyabet Programı
- Çocuklarda Diyabet Sıklığı ve Kayıt Sistemi
- Çocuk Diyabeti Eğitici Rehberi
- Diyabetli Çocuk Kamplarının/Yaz Okullarının Yaygınlaştırılması
- Çocuk Diyabet Ekibi Kursları
- Diyabetli Çocukların Erişkin Kliniklerine Geçiş İçin Rehber
- Okul Kantinlerinin İyileştirilmesi
- Çocuklarda Diyabet Kamu Spotu



Kampları söylemiştim. Şu anda Türkiye'de biz; çocukluk çağı grubuna yönelik şu programları sürdürüyoruz. Öğretmen farkındalığı ve Tip 1 diyabetlilerin okulda desteklenmesine dayalı bir okulda diyabet programı var.

Kayıt sistemi ile ilgili çalışıyoruz.

Kampları yaygınlaştırmaya çalışıyoruz.

Kampları ve kamp yapmadığımız yerlerde yaz okulu yapma gibi okulları kullanarak güçlü bir çocuk diyabet ekibi kursu ve programı var.

Diyabet hemşiresi, diyetisyen ve psikologların eğitimine dönük olarak her yıl yapıyoruz.

Okul kantinlerini söylemiştim. Bu kamu spotunun desteklenmesi lazım aynı zamanda bir şişmanlıkla ilgili bir kamu spotu hazırlığı sürdürüyoruz. Aslında Türkiye'de değişiklikler söz konusu. Ben geçen cumartesi CNN Türk'te bu konuyla ilgili bir programa katıldım ve orada da söylemiştim. Cuma günü de Türkiye Yemek Sanayicileri Dernekleri Federasyonu Başkanı beni aradı. Onlar biliyor-

sunuz her yere yemek yapıyorlar. Bizim okul yemeği programı önerisi ile onların ticari motivasyonları arasında bir örtüşme olmuş ve biz şimdi onlarla beraber belki de bu okul yemeği programını Türkiye çapında bir uygulama olması için çaba göstereceğiz. Sorunlar yok değil. Kan şekeri ölçüm sistemleri standardizasyonu ile ilgili. Çok ayrıntıları burada söylemeyeyim. Yeni teknolojiler var. Tip 1 diyabette insülin pompası geliştiriliyor. Akıllı pompalar ve onunla ilgili sistemler, klasik parmak delme yöntemi yerine implantla sürekli kan şekeri ölçüm sistemleri son yıllarda gelişti; henüz Türkiye'de bunlar az kullanılıyor. Sosyal güvenlik kuruluşlarının onları da karşılaması gerekir. Yoksa öbür türlü şöyle olabilir. Tabi yalnızca parası olanların ulaşabildiği imkanlar olur. Biliyorsunuz çocuklar bakımından olumlu bir durum değil. Öyle olduğu için de iyi endikasyonlarda tabii böyle Türkiye'yi sarsacak şekilde değil ama hekimlere ve sağlık kurullarına inisiyatif verilerek bunlar düzenlenebilir diye düşünüyorum. Onun dışında hala çocuk diyabet hemşiresi, çocuk diyabet diyetisyeni gibi kadrolar norm kadro olarak tanımlanmamıştır. Bununla ilgili yol almak lazım. Belki Mehmet söyler ama biz burada olduğumuz için söyleyeyim. Zafer de çok yakından biliyor. Türkiye'nin ilk ayak sağlığı podoloji programı Kocaeli Üniversitesi'nde açıldı. Türkiye'nin en kapsamlı Podoloji Merkezi Ayak Bakım Merkezi de bu binanın çatısı altındadır. Türkiye aslında birçok şeyi konuşuyor ama özellikle kronik hastalarda hastalıklardaki önleyici programlar konusunda yeteri kadar program üretilmiş değil. Örneğin Türkiye'nin gerçekten özellikle Tip 2 diyabetlilerde çok güçlü bir ayak bakım programına ihtiyacı var. Her yerde bir takım çabalara ihtiyaç var. O konu şu anda bizi ilgilendirmiyor; ama ben yine de söyleyeyim. Bunun için size hatırlattım. Ya çocuk diyabet hemşiresi, çocuk diyetisyeni gibi norm kadroların yanında bu okulun yetiştirdiği arkadaşların iş bulunması bakımından; podolog norm kadrosunun tanımlanması gerekiyor. Diğerleri de biraz daha farklı konular olup onları söylemeyeyim. Şöyle bir konuda var. Türkiye her yerde şişmanlık konusu konuşuluyor. Ama söylediğim gibi bunun önlenmesi ile ilgili de gerçekten kuvvetli programlara ihtiyaç var. Okul yemekleri sisteminin söylediğim gibi düzenlenmesi lazım ve merkezi bir menü havuzu oluşturulması gerekiyor. Onunla ilgili de hep beraber çalışıyoruz. İşin doğrusu Türkiye'de aynı zamanda bütün bunlar yanında Tip 1 diyabetlileri aslında normal bir hayat sürdürebileceklerini, Çünkü Tip 1 diyabet toplumunda dramatik bir problem gibi algılandığı için örneğin bir genç kız Tip 1 diyabetli olduğu zaman nişanlısı onunla evlenmekten vazgeçebiliyor. Onun gibi aslında değişik sorunlar söz konusu. Öyle olduğu için de bir taraftan Tip 1 diyabetlerin bakım kalitesini ki bu da aslında ben hani kalite kavramı ile ilişkili olduğunu düşünüyorum. Bir taraftan onları sağlık bakımlarını güçlendirirken öbür tarafından bütün insanlara bunu iyi anlatmamız gerekiyor. Diyabet ve Tip 1 diyabetliler kendilerine iyi bakarlarsa normal ve başarılı bir ömür sürdürebilirler.

İşte gördüğünüz gibi bizim basketbolcu Diyarbakır'da

Diyabetle barışık yaşamak/Diyabetin önüne "arkadaşım"ı eklemek



yaşayan Şevval ve herkesin tanıdığı Profesör Doktor Oğuz Deyneli gibi. Sonuç olarak ben de bunları sizle paylaşmış oldum. Bu kapsamda bana da imkan verildiği için ve bu konuları sizinle paylaşmamı sağladığınız için çok çok teşekkür ederim. Çok sağ olun.

Mürsel DURMAZ

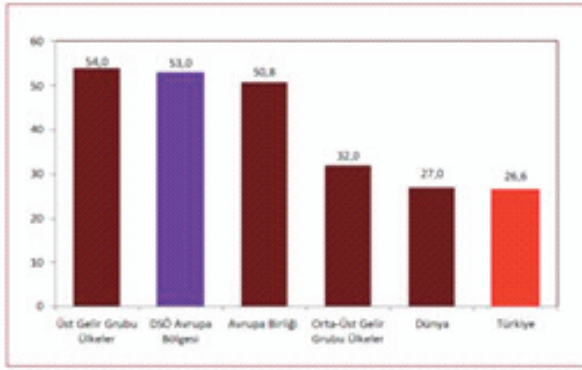
Şükrü Hocamıza, gerçekten verdiği bu değerli bilgileri ve paylaşımları için teşekkür ediyoruz. Aynı zamanda ben yerel basını da bir takip ediyorum. Gerçekten öneriler içeren yani içerisinde somut öneriler olan yazılar da yazıyor. Şimdi ayrı konu, gerçekten öyle bir şey ki bizleri yönetici olarak ilgilendiren diğer farklı bir konu olan yoğun bakım meselesi için Kadir Doğruer hocamızı davet etmek istiyorum. Şu an ben Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü görevini yürüttüğüm için 24 saat telefonum hiç susmuyor. Kapattığımı hatırlamıyorum. Zaten kapatamıyorum hele özellikle bir vira enfeksiyon döneminde yoğun bakım telaşı yüzünden üniversiteden eğitim ve araştırmaya diğer hastanelerden ve özeller kadar bir yoğun bakım telaşı hepimizi sarıyor. Şimdi ben de doğrusu bunun çok ideal şartlarda yürütüldüğünü düşünmüyorum. Yani işin icracı kısmında yer almakla birlikte bu eleştiriyi özeleştirerek söyleyeyim. Gerçekten iyi yönetilmediği konusunda hem fikirim. Ancak en azından mesela 710 yataklı bir üniversite hastanesinin 8 genel yoğun bakım yatağının yeterli olmadığını düşünüyorum. Bu arada onu da tırnak içinde belirtmek isterim. Sizin bu konuda tabii yoğun bakımcı olduğunuzu ve çok da deneyimli olduğunuzu biliyoruz. Bu konuya ben kısaca girdim; ama her şey olmasına rağmen Türkiye'deki yatak kapasitesi ve kalitesini acaba gelişmiş ülkelerdeki ile oranladığımızda ne gözüküyor? Bize yoğun bakımlarla ilgili sorunlar ve çözüm önerileri üzerine neler söyleyebilirsiniz.

Kadir DOĞRUER

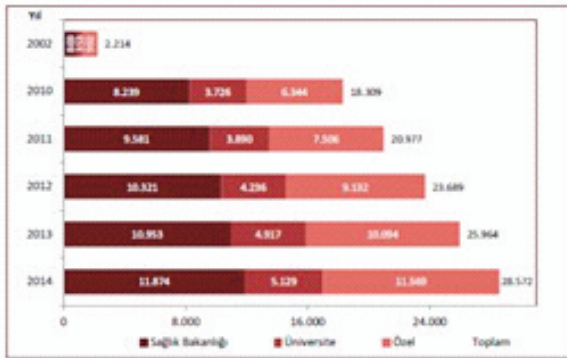
Önce davet edildiğim için teşekkür ederim. Panel katılımı için bu konuda onur duyuyorum. Tekrar teşekkür ediyorum. Bir yoğun bakımcı olarak şu anda içim çok huzurlu değil. Ne yazık ki Türkiye'de yoğun bakım hizmetlerinde ciddi olumsuzluklar var. Şu anda yoğun bakım hizmetlerinin kalitesinde sorun üstü örtülü bir durumda devam ediyor ve burada şöyle bir şey var. Bizim TÜİK'in bilgilerine göre Türkiye'de 25 bin küsur yoğun bakım yatağı var. Bu yoğun

bakım yatağı hem özel hem kamu hem de üniversite hastanelerini kapsıyor. Bütün yoğun bakımları yani nörolojik yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım ve erişkin yoğun bakımı buna dahil ediyoruz. Ama şu anda asıl kausun yaşandığı bölüm erişkin yoğun bakım. Erişkin yoğun bakımda yani üçüncü basamak hizmetinin gerekli olduğu ileri desteklerin, yaşam desteklerinin verilmesi gerekli olduğu yoğun bakım ünitelerinde ciddi sorun var. Yatak yok; yer yok; sayısına bakıyoruz. Üçüncü basamak yoğun bakım sayısı ne kadar 7800-7900 civarında bir sayısı önümüze çıkıyor.

10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı

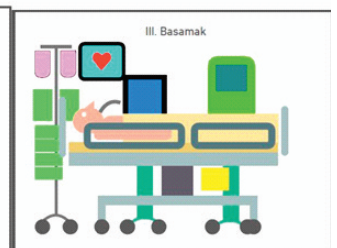
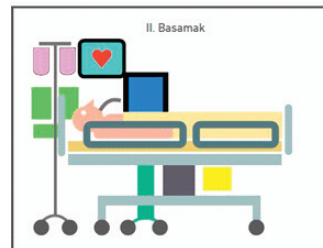
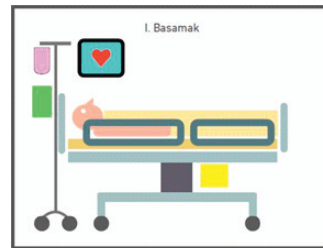


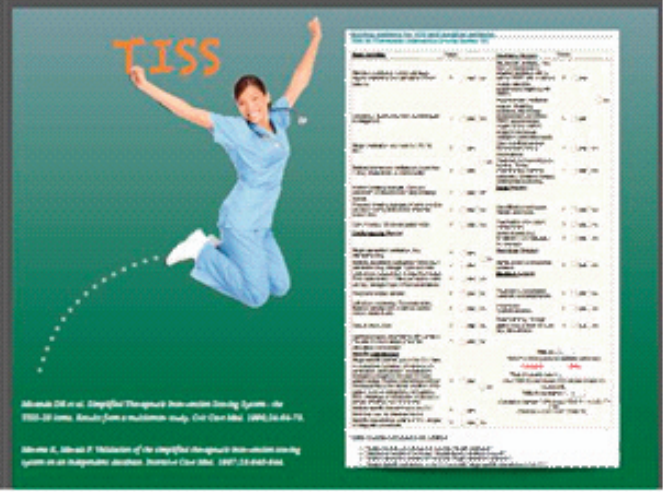
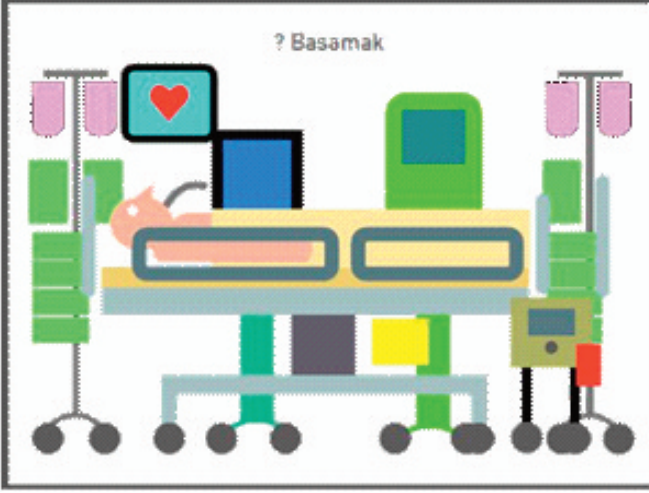
Yıllara ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısı



Biz yaklaşık 80 milyon insanız 8000 sadece 8000 üçüncü basamak yoğun bakım var. Üçüncü basamak yoğun bakım asıl yoğun bakım aslında. Birinci ikinci basamak yoğun bakımlar ara yoğun bakım ya da bir takım kritik hastaların takibinin sürdürüldüğü yerler. Dünya çapında baktığınızda Amerika'da bu olay çok daha farklı. Orada 100 bin kişiye 25 yoğun bakım yatağı düşerken bizim ortalamamız Türkiye ortalamamız 3.6 yatak. Öte yandan İngiltere'ye bakıyoruz. İngiltere'de de üç ile üç buçuk arasında düşüyor; fakat yoğun bakım yatağının kalitesi, hizmet kalitesi çok yüksek. Karşılaştırmalı bir yazıda bir bilimsel çalışmada, Amerika'daki yoğun bakım yataklarındaki mortalite oranları İngiltere'deki yoğun bakımdaki mortalite oranlarının çok çok üstünde. Yoğun bakımda İngiltere'de ölmüyor; Amerika'da

ölüyor; bizde ölüyor. Çünkü bizde Nur Hocam da bahsetti. Yoğun bakımlarda hasta seçimi konusunda ciddi sorunumuz var. Her türlü hastanın yoğun bakıma alınması daha doğrusu kritik olmayan, beklentisi olmayan hastalarında yoğun bakıma alınması söz konusu. Bu da yoğun bakımdaki yatak sayısı sorununu oluşturuyor. Örneğin 750 yataklı üniversite hastanesinde doğaldır ki sekiz yatak çok sınırlı bir sayı. Genelde dünyanın kabul ettiği hastanenin yatak sayısının %10'u kadardır ve bu genel kabul edilir. İngiltere yoğun bakım uygulamaları açısından çok daha katı kuralları olan bir ülke. Bunun nedeni de öncelikle planlamalara %10 diye çıkıyorlar. %10 diye çıktıklarında bakıyorlar ki yoğun bakım giderleri çok fazla yoğun bakım yatak oranını azaltıyorlar ve ben yoğun bakım yatak oranını arttırdığımda etkili bir tedavi yapamıyorum ve çok masraf yapıyorum diyorlar. Daha kısıtlayalım ve buraya kabul kriterlerini daha netleştirelim. Hem hastayı seçeyim hem de etkin tedaviyi yapayım. Daha ekonomik hale geliyor ve hasta daha çok faydalaniyor. Türkiye'de bu açıdan ciddi sorunlar var. Şimdi biraz önce 7800 civarında üçüncü basamak yoğun bakım sayısı verdim. Türkiye'de bugün bu yatak sayısının yaklaşık 4 bin tanesi özel sektörde. Özel sektördeki yoğun bakım hizmetleri ise tamamen kontrol dışı. Birtakım yazılar var; birtakım çizelgeler var ve birtakım kuralları var ama bu kurallara ne yazık ki uyulmuyor. Biliyorsunuz ki üçüncü basamak yoğun bakım hizmetlerinde iki hastaya bir hemşire kuralı var. Bu kuralı uygulayan herhangi bir hastane yok. İngiltere'de üçüncü basamak hastanın birebir bakılması gerekiyor. Kesinlikle birebir bakılması gerekiyor. Şimdi biz İngiltere'deki basamak sistemini almışız ama birinci, ikinci ve üçüncü basamak demişsin.





Ama İngiltere'deki yoğun bakım hizmetlerinin uygulama standartları burada yok. O nedenle biz üçüncü basamak hastaya üçüncü basamak hizmeti de veremiyoruz. Çoğu hastanede açıkçası 4 hastaya, 5 hastaya bir hemşire bakıyor. Özel sektörden farklı olarak belki kamu hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde şartlar çok daha farklı olabilir. Kaynak değerlendirmesi daha farklı. Özel hastanede ciddi bir yönetici baskısı var. Ekonomik olacaksınız. Biraz sonra başka bir konuşmam var. O konuları daha ayrıntılı anlatmaya çalışacağım. Özel hastanede çalışan bir yoğun bakım hekimi olarak rahat değilim. Öyle olunca bir de benim gibi çalışan birçok hekim var ki; mevcut üçüncü basamak yoğun bakım yatak sayısının yarısı özel hastanelerde ne yazık ki fizik şartları açısından, ekip ve ekipman açısından hiçbir denetim daha doğrusu rasyonel bir denetimden yoksun. Hocalarım daha önceki oturumlarda bahsetti. Gökhan Bey de bahsetti gece yoğun bakım nöbetçisi hiçbir yerde yok. Var deniyor ama yok hayır efendim ne gezer yok. Yani var gibi davranılıyor. Yoğun bakım uzmanı eksikliğinden değil; yönetiminden kaynaklanıyor.

Ben özel sektör tarafını anlatıyorum ve aslında bir şekilde kendimi ifşa ediyorum sanki. Yoğun bakımda hayat kurtarmaya çalışıyoruz. Yoğun bakımın bir kere yoğun bakıma yöneticilerin ölüm yeri gibi bakmasını artık bırakması gerekiyor. Yoğun bakım ölüm yeri değil; yoğun bakıma ölüm yeri olarak baktığımızda problem var. Biz orada kurtarmak için, yaşamı devam ettirmek için ve sürdürülebilirlik için oradayız. Diğer branşların da desteğiyle inşallah iyileştireceğiz. Ama öncelikle biz öldürmek için değil yaşatmak için varız. Bizim mortalite oranlarımız kendi kliniğimizde %18'lerde dünya standartları %20'lerde. Ama hangi hastayı seçtiğiniz de önemli. Şu anda bizim yoğun bakım ünitemizde hasta profiline baktığımda yatan hastaların büyük bir kısmı terminal dönem kanser hastası ya da 75 yaş üzeri hasta ve bu konuda yoğun bakımlarda daha çok derin konular var. Ama fazla vaktimizin kısıtlılığı nedeniyle bitiriyorum.

Mürsel DURMAZ

Ben teşekkür ederim. Gerçekten de bu konuda tabii Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü olarak bu açık, hem eleştiri hem özelleştirme kapsayan konuşmanız için teşekkür ederim. Şimdi bizim Türkiye genelinde WhatsApp grubumuz var. Bugün enteresan bana tesadüf etti. Yoğun bakımda 85 yaşında bir hasta inme geçirmiş. Uzun uzun anlatmayayım beyin ölümüne yakın bir tanesi var. İki defa arest olmuş re-suste edilmiş. Üçüncü kez olursa yapalım mı diye bir böyle bir danışma şeklinde bir mesaj vardı. Alt taraftaki yorumlar çok enteresan "Arkadaş sakın arest olursa yapmamazlık etme. Başın beladan kurtulamaz" gibi yorumlar silsilesi. Ben evde ölen kişi artık duymuyorum. Yani dini ritüellerle Kur'an okunduğunu ya işte bir telkin de bu yönde bir şey görmüyorum. Artık dediğiniz gibi ölüm yeri. Biraz ifadem kötü olmasın neyse yoğun bakımda ölüm herhalde. Çünkü çevre baskısı da var. Yani evde ölüm belli. Özellikle terminal dönemdeki hastalarla ilgili çok ciddi sıkıntılar var. Yani bu değil de artık yani yapılmış ve yapılması gerekenlerin tamamı yapılmış ve artık çaresiz kalmış hastalar gibi. Şimdi bana bağlı sağlık kurumlarından arkadaşlarımızın birçoğu da burada; Cihan Hocam; Derince Eğitim Araştırma'dan burada. Maalesef bu hastaları biz evinden acil koduyla alıyoruz. Yoğun bakıma getiriyoruz. Bu hastalara yeni bir isimlendirme var mı, bilmiyorum ama "Tıkaç Hasta". Kaç hasta maalesef işte 17 yaşındaki motosikletli trafik kazasında yaralanan ve yer bulamayıp da yolda ex olan hasta biliyorum ve insanın içini acıtıyor. Yani bu köklü bir çözüm gerektiren bir konumuz maalesef.

Kadir DOĞRUER

Sorunumuz bence bir triaj sorunumuz var. 112'nin triaj sorunu var. 112 triaj yapamıyor. Her hastayı taşımak gibi bir yükümlülük altında. Bu kabul edilir bir şey değil ve tamamen suistimal var. Bütün yoğun 112 servisleri lüzumsuz hasta taşımaktan lüzumlu hastayı taşıyamıyor. 112'ye telefon açıyor ve lütfen hastanenin ambulansını gönder diyor. Hastane ambulansı niye 112'ye hizmet etsin. Burada para

durumu ortaya çıkıyor. Şimdi açıkça konuşmak gerekiyor; çünkü 112 lüzumsuz hasta taşıma nedeniyle devamlı meşgul. Bunun çözümü değişiyor. Kesinlikle ve kesinlikle 112 çağrısının çağrının geldiği noktada tespit edilmesi, tanılanması ve ardından uzman görüşü olarak triajı gerçekleşmesi gerekiyor. Bu da sadece ve sadece teknoloji-den faydalanmak ile sağlanabilir. Bu da e-sağlık ya da tele sağlıkla mümkün. Birtakım mobil sağlık hizmetleri kullanarak bunu dijitalize ederek oradan uzman görüşü olarak çözer. Bence en doğru yaklaşım evinde, olay nerede ise orada olayı teşhis edip yönlendirmeyi yapmak en doğrusu. Biraz önce Gökhan Bey de anlattı. Bu şekilde çoğu Devlet Hastanesinin acil servisi hastadan kaynaklıdır. Bu yüzden bu yöntem işe yarar. Sayılara bakıyorsunuz Bakırköy Sadi Konuk Hastanesi'ne günde 1000 tane acil hasta geliyor. Olacak şey değil. Yani bu trafiği, bu hasta trafiğini yönetmek imkansızca yakın bir şey. Kesinlikle bu triajın yönetilmesi gerekiyor.

Mürsel DURMAZ

Kamu yönetimindeyiz; ama pratikte gerçekten bugüne kadar yaşadığımız sorunlar için benim aslında bir yerde böyle dört gözle bir çözüm bulabilir miyim, diye bekliyorum; çünkü dediğinizi bizzat yaşadım. Şükrü Hocam Çocuk Endokrin Uzmanı, aynı zamanda Çocuk Hastalıkları Uzmanı. ALT, AST yüksekliği olan bir hasta için gecenin bir yarısında acil hekiminin yoğun bakım bulunmasını istediğine şahit oldum. Hatta dedim ki çocuk hastalara mutlaka beni arayın dedim. Yanlış hatırlamıyorsam hasta şuydu. 7000 civarında AST, 6800 ALT değeri vardı ve ben doktor hanıma (aile hekimi uzmanı idi.) bilirubini kaç diye sorduğumda; Mehmet Ali Erbil'in bir dizisi vardı. Böyle tünele giriyor gibi bir hissettirdi veya ona benzer bir şey oldu görüşmemiz bitti. Neticede biz hastayı Alikahya Çocuk Hastanesi var. Oraya aldırıldım. Çocuğun genel durumu gayet iyi ve yoğun bakım gerekmiyor. Ha onu diyecektim aslında çocuk yoğun bakım isteniyordu. Çocuk yoğun bakım bulmak kolay değil. Çocuk Enfeksiyon Çocuk Gastroenteroloji isteniyor ve bunun üçünün olduğu yer İzmir, Ankara veya İstanbul var. Başka türlü kendi kendini kilitleyen 112 bunu karşılayacak bir bilgi asimetrisi var haliyle. Oradaki hekim arkadaşlar çoğunlukla yeni bitirmiş, çoğunlukla uzmanlığı kazanayım diye düşünüp; rahat bir yer olarak gelmiş; işte bir gün çalışacak üç günde yatacak çalışacak öyle bir ortam. Dolayısıyla karşıya kazık atmaya çalışıyor. Neticede o hasta hepatit A çıktı. Üzüldüm. Ama bu sistem yine hekimleri dışında dönüyor. Bence merkezinde hekim var. Aslında kazığı atarken dışarı atmıyoruz kendi kendimize atıyoruz. Bence süreçte aktif ve gerçekten samimi empati ve sempati kurarak bu işi yürütmek gerekir; yoksa mümkün değil.

Kadir DOĞRUER

Şimdi burada sorunun çözümünde önceliklerin doğru oluşturulması gerekiyor ve gerek sahada gerekse acil alanda veri oluşturulmasında sorunumuz var. Bu işin olabilmesi için de dijital teknoloji-den faydalanmak gerekiyor.

Gerek acillerin otomasyonu gerekse mobil alanların otomasyonu suretiyle hem triaj doğru yöneltilebilecek hem de veri birikimi sağlanacak; bu biraz önceki hekim arkadaşımızın size cevap verirken sonuca ulaşamaması gibi kaostan kurtulacaksınız. Çünkü bütün veriler ortak bir paylaşım alanında birikecek. Onun ötesinde değindiğimiz çok önemli bir konu var. Türkiye'deki yoğun bakım açısından en büyük sorunlardan biri pediatrik yoğun bakımdır. Pediatrik Yoğun Bakım Türkiye'de yok düzeyinde. 100-200 tane ancak; var ben fazla sayıyorum, çok iyi niyetli söylüyorum; Pediatrik Yoğun Bakım yatak sayısı en fazla ellidir. Etkin yoğun bakım, iyi yatak sayısı olarak diyorum. Biraz önce bahsettiniz gastroenteroloğu, nöroloğu ile kardioloğu ile hepsi de hizmet verebilecek. Özel hastanelerde 4000 yoğun bakımdan bahsettim. Özel hastanelerden hiçbirinde Pediatrik Yoğun Bakım yok. Çünkü karlı değil; bu nedenle yok.

Mürsel DURMAZ

Ben teşekkür ederim. Gökhan Hocam özellikle son dönemde bir Şehir Hastaneleri kavramı var. Yaklaşık 14 ilde 15 ciddi yatak sayısı ile hastane yapılıyor. Bizim ilimizde de bir tane yapılıyor. Biz yapıyoruz 1180 yatağı var. 6 hastaneden oluşuyor. Gerçekten ilimiz düzeyine bakıldığında böyle bir hastaneye gerek var mı? tartışıyoruz. Ama biz 14. bölge olduğumuz için Düzce'den hatta Batı Karadeniz'den Zonguldak'tan bile çok sık hasta gönderilir. Hatta biraz işin uyanıklığına kaçır; gönderir ve sonrada siz getirir misiniz der. Ama gerçekten bu konuda da tartışıyoruz. Ne kadar hani hastane sayısını mı artıralım yoksa yatak kapasitesini mi artıralım yani yoğun bakıma benzer bir konu ile ilgili.

Gökhan AKBULUT

Yoğun bakımla ilgili önemli üç konudan bahsetmek istiyorum.

- Bir tanesi Türkiye'de özellikle yaşam sonu bakımda özelleşmiş merkezlerin yapılması lazım. Bunlara yabancılar "Hospice" diyor. Yaşam sonu bakım yapılan yerlerin kişilerin yaşadıkları ortamlara yakın yerlerinde kurulması lazım; çünkü insanlar evlerine yakın, ailelerine yakın yerlerde ölmek istiyorlar. Hastane köşelerinde ve yoğun bakımda değil.
- İkincisi bir çözüm tıptan bir çözümü olmayan ümidi olmayan fakat akut problemleri olan hastalarımızda sorunlar yaşıyoruz. Örneğin ileri derecede Alzheimer'lı KOAH'lı bir hasta veya bir kanser hastası idrar yolu enfeksiyonu ile gelebiliyor. Dolayısı ile yoğun bakıma almak zorunda kalıyoruz. Bazen yoğun bakımda 300 gün kalıyorlar. Demin bir sunumda 900 gün vardı. 900 gün bir yatağı işgal ediyor. Bakın ortalama 30 günde bir hasta çeviriyorsunuz. Hiç bir umudu olmayan hastanın kaç tane insanın hayatına mal olduğunu düşünürsek. Bu hastalar için palyatif bakım ünitelerinin yaygınlaştırılması lazım. Her hastanenin bu konuda yatırım yapması lazım; palyatif bakımda çok önemli.
- Üçüncü konu "advanced case" dediğimiz yani ileri evre kişilerin kendi hayatlarıyla ilgili yaşam sonlarında verdikleri

kararlar var. Yani beni entübe etmeyin, bana iki kez kemoterapi verin işe yaramıyorsa kesin, bana restitüsyon yapmayın gibi. Bizim yasalarımızda bir sürü imzaladığımız sözleşmeye rağmen bunları yapamıyoruz. Yasal olarak suç. Biz hekimler olarak bunları yapamıyoruz; ama tartışmayı açmalıyız. Çünkü bunları artık daha uzun süre yaşıyoruz. Bunlar ciddi problemlerimiz. Bu üç problem yoğun bakımları kitleyen konular.

OECD istatistiklerine bakarsak; Türkiye'de 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı maviler, üniversiteler kırmızı, özel hastaneler sarı ve diğer hastanelerde (çeşitli kurumların hastaneler) mor olarak gözükmüyor. Sağlık Bakanlığı gördüğünüz gibi artık yavaş yavaş bir yere oturmuş durumda. Yani sayı olarak 866'da; fakat özel sektörün bu alana girdiğini ve bu açığı kapatmaya başladığını görüyoruz. Hem yatak olarak da görürüz; aynı şey nitelikli yatak sayısına baktığımızda da bir iyileşme var. 2002 yılından itibaren baktığımızda 6300'lerle başlıyor. Öyle bir trend var. 35 bin Sağlık Bakanlığı 38, 41,45, 50 diye gidiyor. Sağlık Bakanlığı çok güzel hastaneler yapıyor. Bakanlık bu konuya para ayırıyor. Özellikle periferde örneğin Doğu Anadolu'da ciddi bir yatırım yapıyor. Çok lüks hastaneler var. İzmir'de öyle hastane yok. İzmir'de Derince'de mesela yenilenmiş bir hastane var ama gidin Şırnak'ta çok güzel bir hastane var. Buna yatırım yapıyoruz. Hem bakanlık hem de üniversite hastaneleri de gördüğünüz gibi sayısal olarak artmış. Özel sektörde gene bu alanda ciddi yatırım yapıyor. Bu konuda da para harcıyor. Devlet bir şekilde kaynak ayırıyor. Özel sektörde aynı şekilde. 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı; tabii hastane ile paralel olarak değerlendirdiğimizde 2002'de 138'lerdeyken 175'lere gelmiş. Burada da hekim sayısını artırmak yönünde bir eğilim var. Aynı şeye yardımcı sağlık personeli içinde söz konusu; ama hekim sayısı daha hızla artıyor; fakat iç bölgelere göre dağılımı geldiğinde. Az evvel Dilek Hanımın da sunduğu gibi bir trajedi ile karşı karşıya kalıyoruz. Batı Anadolu'da 272 Doğu Anadolu'da bu sayı 122'ye düşüyor.

Şimdi burada bakanlığın üzerine düşen nedir? Sürekli Anadolu'dan geçici görevlendirmelerle insanları gönderiyoruz; ama şu dönemde hiçbir hekim arkadaşımız Doğu ve Güneydoğu Anadolu da çalışmak istemiyor. Bunları da tabii yargılayamayız. Biz de aynı durumdayız. Hatta orada doğan arkadaşlarımız bile oraya gitmeye çekiniyorlar ve orada çalışmaya çekiniyorlar veya çalışmak istemiyorlar. Şöyle bir durum var. İzmir'de Kordon'da bir hastanede mi çalışmak istersiniz, Şırnak'ta mı diye kendinize bir sorun. Dolayısıyla bölgeler arasındaki bu uçurum da bunda etkili bir faktör. Dünya Sağlık Örgütü ile karşılaştırdığımız zaman burada Dünya Sağlık Örgütü üst gelir grubu ülkeleri hasta ve toplam hekim sayısı var. Uluslararası karşılaştırma yapıldığında Türkiye, dünya ortalamasının biraz üzerinde ortalarında bir yerde. Dünya ortalaması 139, Avrupa'da 321'dir. Avrupa'ya sayısal olarak ulaşmaktan çok bölgeler arasındaki farkları gidermek bence bizim şu anda önceliğimiz olmalı. Hasta yatağı sayısına baktığımız zaman

100 bin kişiye düşen rakamlarda Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da ciddi sayı azalması ile karşı karşıya olduğumuzu görüyoruz. Yalnız dikkatinizi çekerim; İstanbul'da çok parlak durumda değil; yani İstanbul'un bazı semtlerinde hekime ulaşma olasılığı, kamu kaynaklarını ulaşma olasılığı daha güç diyebiliriz. Aşırı bir göç yüklenmesi var. Yani 45-50 senede Türkiye%75'i kırsalda yaşayan toplumdaki %85'ibüyük şehirlerde yaşayan bir topluma dönüştü. Yani buna devlet olarak yetişmek çalışmak çok kolay bir şey değil. 100000 kişiye düşen yeni uluslararası karşılaştırmaya baktığımızda Türkiye burada da biraz daha geride üst gelir grubu Avrupa bölgesinin yaklaşık onların yarısı kadar; yatak konusunda yatırım yapıyor ancak dikkat ederseniz biraz daha özel sektör bu alanı dolduruyor gibi gözüküyor. Teşekkür ederim.

Abut KEBUDİ

Nurullah Hoca'ya bir soru yöneltmek istiyorum. Kanser hastalarında genelde bir artış görüyoruz. Acaba bizim kurumlarımızda tanı erken konabiliyor mu? Tedavi tanı imkanları ne seviyede? O konuda bizi aydınlatabilir misiniz?

Nurullah ZENGİN

Kanserli hasta artıyor. Kanser tanısı artıyor değil mi? Bu aslında kendi günlük hayatımızda da karşılaştığımız bir husus. Zaman zaman aile içi sohbetlerine yansıyor. Herkes aile ortamında hekim olmayan kişiler de bu muhabbeti yapıyor. Gerçekten bu böyle ve bilimsel verilere de yansımış. İstatistiklere de yansımış bir gerçek. Gerçekten günümüzde kanser daha çok tanık olunan bir hastalık; önemi artan bir hastalık. Artışın nedenlerinden bir tanesi; gerçekten de daha sık rastlanır bir hastalık grubu olması. Şimdi öncelikle niye kanser tanısı artıyor? Bunu iyi anlamak lazım. Bunun birkaç nedeni var. Alt gruplarına, alt nedenlerine inebilirsek; bu konuda biraz daha sağlıklı bir yorum yapmamız mümkün olur. Belki de bu toplantının ana teması olan gerçek sorunlara odaklanmak noktasında da aslında bu sorunun güzel bir soru olabileceğini düşünüyorum. Biraz olayı o açıdan ele alacağım müsaadenizle.

Şimdi öncelikle kanser yaş ile ilişkili bir hastalık. Pediatrik onkolojiden hocamız bahsetti. Gerçekten şu anda çok daha az rastlanıyor. Yaşla birlikte artıyor. Şimdi ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kanser daha sık rastlanan bir hastalık haline geliyor. Birinci nedeni bu. Dünyanın pek çok ülkesinde ve ülkemizde de bildiğiniz gibi ortalama yaşam süresi artıyor

İkinci bir neden bunun dışında sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaştıkça kanser tanısı artıyor. Daha önce belki nedeni bilinmeyen nedenlerden ölüm olarak kabul ettiğimiz olayların önemli bir kısmının aslında kanserle ilişkili olduğunu bugün artık biliyoruz. Tüm dünyada teknik olanaklar gelişiyor ve ülkemizde de böyle. Kaldı ki ülkemizde bu teknik gelişmenin dışında sağlığa ulaşım yakın dönemde ne kadar kolaylaştı. Artık tüm dünyanın malumu

bunu biz de ifade ediyoruz. Tabii hizmete daha kolay ulaşım ile birlikte kanser tanısı da artıyor. Aslında bu iki neden özüne indiğinizde çok da olumsuz olmayan, bizi ürkütmemesi gereken nedenler; çünkü daha önce belirsizlik içinde kalan ya da tanı koyamadığımız olguların aslında kanser olduğunu anlamış olmaktan ibaret bir tablo çıkartıyor karşımıza

Üçüncü önemli bir neden var. Gerçek sorun dediğimizde buraya odaklanmamız gerekiyor. O da yaşam tarzında meydana gelen değişikliklerin kanser riskini artırması. Şehirli yaşam ya da batı tarzı yaşam dediğimiz yaşamın bugün için kanser açısından büyük risk olduğu bilimsel bir gerçek. Şöyle söyleyeyim işte yeme alışkanlıklarının değişmesi, geleneksel yaşam tarzımızdan fastfood tarzı yaşam tarzına geçmek; doğurganlığın azalması; emzirmenin azalması. Bunlar aslında her biri ile ilgili örnekler çoğaltılabilir. Egzersizin azalması değil mi? Daha hareketsiz yaşam obezitenin bunlarla beraber artışı hakikaten kanseri artıran önemli nedenler. Tabii bir dizi neden içerisinde bizim belki odaklanmamız gereken, gerçek sorun olarak görmemiz gereken budur. Hem farkında olmamız gerekiyor; hem de buna yönelik politikalar, buna yönelik yaklaşımların mümkün olduğunu da kabul etmemiz gerekiyor. Evet, önleyici, geri çevirebilecek belki bir dizi tedbirin alınabileceği bir netice alınabilecek bir alan olarak bu alanı görmek ve bu alana yoğunlaşmak gerekiyor. Pek çok olay tabii önce farkındalıkla başlayacak. Yani buna bizim daha fazla vurgu yapmamız lazım. Gerek belki onkoloji uzmanları olarak ya da daha geniş manada sağlık politikacıları yürütücüleri olarak oluşturucular ve yürütücüleri olarak bir bütün olarak bakıldığında belki atladığımız, belki yeteri kadar bu yapmadığımız husus olarak ben sorunun önemli kısmının bu olduğuna dikkat çekmek istiyorum. Bu noktada aslında şöyle bir avantajımız var. Kanserden korunma adına değil genel manada sağlıklı olma adına yapacaklarımız aynı zamanda kanserden koruyucu olacak. Yani daha aktif olmak diyetimizi düzeltmek ve strese karşı tedbirleri almak hayatınızı ve sizi kanserden koruyacak. Aynı zamanda belki bir bütün olarak daha sağlıklı bir yaşam elde etme adına bizlere bir fırsat vermiş olacak. Bunu bir defa daha vurgulayayım. Hani belki daha mutlu bir yaşam, daha anlamlı bir yaşam adına topluma vurgu yaparak bu mesajı yaparak vererek ifade etsek herhalde daha hoş olur diye düşünüyorum

Efendim, bir diğer konuda erken tanı konusu; isterseniz bir iki cümleyle de ona değineyim. Şimdi kanserde erken tanıda ülkemizde bu noktada neredeyiz. Aslında çok olumsuz bir yerde değiliz. Bütün olarak bakıldığında önceki oturma ortamlarında da ifade edildi; KETEM dediğimiz yapılar var. Kanser Erken Teşhis Eğitim Merkezleri Türkiye'nin bütün illerinde var ve gerçekten iyi hizmet veriyor; ama yeteri kadar talep yok. Maalesef bu gerçeğin altını çizmek lazım. Burada mamografisi var; gizli kan taraması, belli kan tetkikleri ve PSA bilgilendirme noktasında bir altyapı kurulmuş. Burada da yine esas sorun olan bir konu var. Buda bizim

insanımızın hasta olmadan bir sağlık kuruluşuna gitmek ve bazı tetkikler yaptırma noktasındaki davranış kalıbı karşımıza çıkıyor. Bence belki bu noktada da yapılacak şey herhalde bunun önemini ifade etmek olsa gerek. Bu noktada belki programa bu açıdan bakıldığında daha büyük ve toplumun sağlık anlayışını değiştirmek noktasında belki belli argümanları kullanmamız gerekiyor. Tabii medyayı kullanmak gerekiyor ve belki sağlıklı olmak adına belki hiçbir sağlık probleminiz yokken bazı şeyleri tedbir amaçlı ya da erken dönemde sağlıklıyken bazı şeyleri yapmanın önemini vurgulama noktasında çalışmamız gerekiyor. Belki esas işaret edebileceğimiz alanın bu olması gerektiğini düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Abut KEBUDİ

En son olarak Mehmet Sargın Bey aile hekimi olarak size söz vereceğim; daha çok diyabet ile ilgileniyorsunuz. Sabahtan beri diyabetle ilgili çok şey anlatıldı. Acaba oradaki sorunları çözümünü nasıl daha kolaylaştırabiliriz. Ülkemiz için önerileriniz neler olabilir.

Mehmet SARGIN

Öncelikli organizasyon komitesine beni davet ettikleri için teşekkür ediyorum. Gerçekten kalitenin çok önemli bir konu olduğunu düşünüyorum. Biz son 10 yılda Türkiye'de sağlıkta dönüşümle birlikte erişilebilirliği çözdük. Şu anda aşırı kullanımı, yanlış kullanımı konuşuyoruz. OECD ortalamasının üzerinde kişi başına başvuru 9'a çıktı ve doktora başvurular gittikçe de artıyor. Ama artık bundan sonra bir gerçekle yüzleşiyoruz. Gerçekten kaliteli bir hizmet sunuyor muyuz? Eğer bunu yapamazsak bugüne kadar yaptıklarımızda boşa gidecek. Bu adımları ciddi anlamda atmamak zorundayız. O yüzden çok önemli olduğunu düşünüyorum. Kalite çok ucu açık bir konu. Yani dünyada şu iki ülkeye örnek alalım da o ülkede toplumsal anlamda neler söyleniyor onları yapalım diyeceğimiz; toplumsal anlamda %100 kaliteyi yakalamış bir ülke yok. Her ülkenin kendine göre ciddi sorunları var. Bugün Amerika Birleşik Devletleri toplumsal alanda en sorunlu ülke. Ben diyabet ile ilgili neler yapılıyor konusuna geçmeden önce bir durum tespiti yapmak istiyorum. Aslında İlhan Hoca sabah anlattı. Ben de 20 yıldır diyabet ile uğraşıyorum. İlhan Hocayla çalışarak başladığım için de çok şanslıyım. TURDEP çalışmalarında da bulunmuştum. Diyabetle ilgili bir dünya gerçeği var ve oda şudur. Son 10-15 yıldır literatürde bulaşıcı bir hastalık olmadığı halde diyabet epidemisi, diyabet salgını diye konuşuluyor. Artık onu da geçtik ve geçen yıl IDF dedi ki diyabet eşittir acil durum. Dünya için diyabet bu durumda. Türkiye için nedir? Türkiye'de işte TURDEP 1 ve TURDEP 2 sonuçlarını gördük.%100 arttı. Türkiye için durum daha vahim. 10 yılda diyabet sayısı %100 arttı. Türkiye için durum daha da acil. Şunu belirtmek istiyorum. Avrupa'da 20 yılda beklenen artış hızı %20. Yani 2010 ve 2030 arası beklenen artış hızı%20. Amerika işte fastfood diyoruz.%42 idi. Son rakamlara göre beklenen artış hızını 37'ye düşürdüler. Biz de %100'e çıkıyor ve biz bunu

durduramıyoruz. Veriler ortada şu anda diyabet nerede patlıyor? Ortadoğu'da patlayan ve bizi geçen ülkeler var. Tabii Körfez Ülkeleri bizden daha ileri durumda. Hatta şöyle olacak; 20 yaş üzeri popülasyonda orada diyabet yoksa kişiler şanslı olacak. Diyabetli sayısı diyabetli olmayan sayısını geçecek gibi duruyor. Türkiye'de böyle ciddi bir sorunla karşı karşıyayız. 7 milyon kişinin diyabetli olduğunu düşünüyoruz. TURDEP çalışmasına göre 13 milyon da prediyabet nüfus var. Yaklaşık 20 milyon kişiyi direkt ilgilendiren bir hastalıktan bahsediyoruz. Bununla ilgili yeteri kadar pozisyon alabiliyor muyuz? Alamıyoruz; çünkü yani hani basit cümlelerde söyleyeceğim. Sinsi seyreden bir hastalık. Diyabet hastalığı kredi kartı kullanmak gibidir. Fatura arkadan gelir. Biz diyabeti ne zaman ciddiye alıyoruz; hasta diyabet nedeni ile diyalize gireceği zaman. Hemodiyaliz hastasına diyaliz merkezi açmak konusunda ciddi adım attık. Şu anda öyle bir sorunumuz yok artık. Diyaliz merkezi bulabiliyoruz; ama diyaliz gerekecek böbrek yetmezliği olan hasta konusunda, azaltma konusunda o kadar iddialı mıyız? Maalesef biz onun içinde somut adımlar atmak zorundayız. Burada belirleyici unsurun SGK olduğunu düşündüğüm için SGK'dan SGK bütçesinden birkaç tane örnek vermek istiyorum. 2011 yılında Simten Malhan Hoca Başkent Üniversitesi'nde bir çalışma yaptı. Bu çalışma şuydu. Türkiye'de işte o dönem için altı buçuk milyon diyabetli olduğu tahmin ediliyordu. Bir diyabetlinin yıllık tedavi giderlerinin SGK'ya maliyeti üzerinden bir hesaplama yaptı ve dedi ki Türkiye diyabete yılda 13 milyar TL para harcıyor. İndirekt maliyetten bahsetmiyorum; direkt maliyetten bahsediyorum. Bu da çok ciddi bir rakam; sansasyon yarattı. Niye ciddi bir rakam? O yıl SGK'nın harcadığı ilaç bütçesi 16,5 milyar liraydı; yani 16,5 katrilyon TL eski parayla söyleyeyim. Diyabet hakkında 13 katrilyon TL bütçe çok abartılı bulundu. Halbuki abartı değildi. Bizim için gerçekten gerçek olduğunu gördük. SGK kendi verilerine baktı ve dedi ki bu nedir? 2012'de SGK verileri çıktı. SGK verileri de aynı çıktı. SGK bütçesinin %22,6'sını diyabet ve ilgili komplikasyonlar harcıyor ve sadece %10'u direkt ilaç maliyeti. Simtel Hoca da aynı şeyi söylemişti. Diyabetin direkt ilaç maliyeti %10 iken %90'ı komplikasyonlara ait dedi. Direkt tedavi ve komplikasyonların ilaç maliyeti. Daha detay vereyim. Diyabetin direkt ilaç maliyeti ile komplikasyonları ile ilgili ilaç maliyeti ile karşılaştırdığımızda komplikasyonları ile ilgili ilaç maliyeti 3,5 kat fazla. Tedavi maliyeti 4 kat fazla. Komplikasyonlar tedavi maliyeti diyabetin direkt tedavi maliyetinden 4 kat fazla. Detaylı anlatıyorum. Onu başka bir sunumda da konuşmuştuk. Son konuşmacı bir milletvekili idi. Milletvekili inşallah ilerde daha yüksek oranlarda harcayacağız dedi. Bende hiçbir şey anlatamadım diye çok üzüldüm. Böyle bir sorunla karşı karşıyayız. Ne yapabiliriz noktasında birinci yapmamız gereken şey korunma. Bunda başarıda var. Dünya literatüründe sadece hastalara %5 kilo kaybettirirseniz %58 prediyabetten diyabette geçişi önlersünüz. Bununla ilgili çok çalışma var. Farklı yerlerde yapılmış çalışmalar var. Hatta şimdi uzun vadeli veriler gelmeye başladı. Yani 20 yıllık sonuçlar gelmeye başladı. Bu korunuyor. Ama tabii burada sorun erken başlamak; fakat

bizim sorunumuz ne; Şöyle bir sorunla karşı karşıyayız. TURDEP 1'de diyabetlilerin üçte biri farkında değildi. Biz şaşırmıştık. Sonra baktık literatürde de öyle. TURDEP II'ye gelince bu oran %45'e çıktı. Hoca sabah söyledi diyabetlilerin yarısı farkında değil. Demek ki farkındalığın artması lazım ama azalmış. Diyabetin hızına yetişememiştir. Bunu sorgulamamız lazım. Türkiye'de 700 milyon vize yapıyor İnsanlar doktora gidiyor. Diyabetle ilgili gazetelerde devamlı haberler çıkıyor. Farkındalık konusunda klasik yöntemlerle hiçbir yere varılamamış. Benim önerim daha ciddi direkt olarak kişilere dokunacak bir yöntem bulmak lazım. Yani işte medyada diyabet ile ilgili kamu spotu yapalım. Bu çok etkili oluyor. Kâğıt üzerinde eğitimde etkili olmuyor. Diyabet tedavisi birinci basamak rehberlerde gösterildi. Rehberlerde diyor ki yaşam tarzı değişikliği, diyet, egzersiz konusunun üstünden geçiliyor.

SGK'yı niye söyledim. SGK bu işe eğilmiyor. Bu konuya hocam ile ilgili örnek vermek istiyorum. Hoca hastane yöneticisi ve 60 bin lira gelir elde etmesi lazım. Öyleyse eğer bunu yapamazsa başarılı yönetici olmuyor; çünkü ekonomik olarak hastaneyi yönetememiş oluyor. Diyabet için bir doktor hasta bakacak; oysa doktorun yanında hasta bakıcı, diyabet hemşiresi olacak. Bir odada eğitim verilecek. Buna SGK ücret ödemiyor. Yandaki odada diyetisyen olacak; dördüncü odada podiatrist olması lazım; SGK ödemiyor. 4 oda kullanıyorsunuz. Bunun geliri 240 bin lira. Diyabet bakarsanız; 60 bin lira değil 30 bin lira; çünkü bu kadar diyabet hastası bu sürede bakamazsınız. Diyabeti doktor üzerinden çözemeyiz. Dünyada böyle bir çözüm üretmiş ülke yok. Mutlaka doktora destek olmamız lazım. Diyabet hemşireleri yetiştirmemiz lazım; diyetisyen yetiştirmemiz lazım; psikologların devreye girmesi lazım. Çünkü eğitim gerçek anlamda eğitim yapmamız lazım. Biz ne diyoruz davranış değişikliği olması lazım. Eğer bir eğitim yapıyorsanız kişinin yaşam tarzı değişikliği yapması için iyi bir eğitim yapmanız lazım hasta yaşam değişikliği yapamıyorsa siz iyi bir eğitim yapamamışsınız demektir. Tekrar etmeniz gerekiyor. Şimdi bunlar çok ütöpik geliyor ama bir gün buna döneceğiz; niye döneceğiz? Bu tamamen sağlığın finansmanı ile ilgilidir. Dünyaya baktığımız zaman devletlerin finansman konusunda sıkıntısı olmadığı dönemlerde üçüncü basamak tedavi edici hizmetler ön planda olmuştur. Ne zaman finansman sıkıntısı olmuş o zaman prevansiyona dönmüştür. Sağlık hizmeti sunumunda böyle hep gel-gitler vardır. Bunun için şu anda belki adım atılmayacak; ama bu adımları gelecekte atmak zorunda kalacağız. Bunun için de şimdiden tedbirleri almamız lazım. Kocaeli Üniversitesi'ne bu arada çok teşekkür ediyorum. Türkiye'deki ilk Podiatri Bölümünü açtılar. Biz de bu anlattığım anlamda Pendik'te Diyabet Merkezi açtık. İçinde 3 doktor, 2 diyetisyen, 3 diyabet hemşiresi ve bir podiatri uzmanı var. Podiatri uzmanını Kocaeli'nden mezun birini hemşire olduğu için alabildik; podiatrist olarak alamadık; hemşire kadrosunda aldık. Böyle bir merkez kurduk. Bakanlığa da sunduk. Gelecekte ne olur bilemiyorum. Teşekkür ederim.

Panel Çıktıları

Sağlık Bakanlığı sayı olarak açığı kapatmış 2005'den 2014'e kadar. Nitelikli yatak sayısı da 2002 den bu yana giderek artmış. Üniversite hastaneleri de özel sektör de artmış. 100000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 138'lerden 175'lere gelmiştir (2002-2014). Bölgelere göre bakıldığında, Batı Anadolu 270 iken Doğu Anadolu'da 122. Uluslararası ortalamanın biraz üstünde orta sıralardadır. Hastane yatağı sayısı Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da hala azdır.

o Türkiye'de yoğun bakım hizmetlerinde ciddi olumsuzluklar vardır ve kalitedeki sorun üstü örtülü olarak devam etmektedir. TÜİK bilgilerine göre hem özel hem kamu hem de üniversite hastanelerinde 25800 kadar yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Bu bütün yoğun bakım türlerini kapsamaktadır (erişkin, çocuk vs.). Önemli sorun erişkin kısımdadır. Yatak ve yer yoktur. 8000 civarı üçüncü basamak hasta olduğundan yetmiyor ve en önemlisi üçüncü basamak hastadır. Yoğun bakım kalitesi Türkiye'de düşüktür. Amerika'daki mortalite İngiltere'nin çok üstündedir. Türkiye'de ise daha da fazladır. Yoğun bakıma kritik olmayan hastaların da alınması söz konusu olduğu için bu da yatak sorununu ortaya çıkarmaktadır. Genelde kabul edilen yoğun bakım yatak sayısı hastane yatak sayısının %10'u kadar olmalıdır. Özel hastanelerde de yoğun bakım hizmetleri kontrolsüzdür ve kurallara uyulmamaktadır. İngiltere'de üçüncü basamak hastanın bir hastaya bir hemşire olarak bakılması gerekmektedir. İngiltere'de yoğun bakım hizmetlerinin standartları burada olmadığından üçüncü basamak hastaya üçüncü basamak hizmeti de verilememektedir. Özel hastanelerde ekonomik olmak gibi yönetici baskısı mevcuttur ve ne yazık ki toplam yoğun bakım yatak sayısının yarısı özel hastanelerde bulunmaktadır. Özel sektörde gece yoğun bakımların durumu tartışmalıdır.

o Diyabet bulaşıcı olmadığı halde salgın şeklinde konuşulur. Diyabet = acil durum dendi dünya çapında. Türkiye için 10 yılda %100 artış vardır. Avrupa'da 20 yılda beklenen artış hızı %20 iken Amerika'da %42 olan artış hızı %37'ye düşmüştür. Son yıllarda diyabet en çok Ortadoğu ülkelerinde artış göstermektedir. Körfez ülkeleri bu konuda daha kötü durumdadır. Diyabetli sayısı olmayan sayısını geçecek gibi duruyor. Türkiye'de 13 milyon prediyabet 7 milyon da diyabet vardır. Sinsi seyreden bir hastalıktır. Hemodiyaliz alacak hastaya hemodiyaliz merkezleri açılırken; SGK bütçesinin %22.6'sını diyabet ve ilgili komplikasyonlara harcamaktadır.

o Kanser yaşla birlikte artıyor. Ortalama yaşam süresi uzadıkça kanser de artıyor. Sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaştıkça kanser tanısı artıyor. Yaşam tarzındaki değişiklikler de (şehir, batı yaşamı) kanser riskinin artmasına neden oluyor.

o Erken tanıda çok olumsuz bir yerde değiliz. Türkiye'nin bütün illerinde bulunan KETEM'ler iyi hizmet vermektedir. Ancak yeteri kadar talep yoktur. Dışkıda gizli kan taraması, mamografi vs. yapılmaktadır. Temel sorun insanların hasta olmadan kontrole gitmek istememesidir. Toplumun sağlık anlayışını değiştirmek gerekmektedir. Bu da eğitimle sağlık okur-yazarlığını artırmakla sağlanır.

o Toplumda diyabet sıklığı çok fazla olduğu için çocuklarda da görülebileceğini unutmamak gerekir. SGK sistemi veri bakımından iyi bir sistemdir. Yeni bir çalışma yayınlamışlardır. Türkiye'de insidans yaklaşık yüz binde 10.84 dür ve bu orta sıklıkta bir ülke olduğumuzu gösterir. Türkiye son 10 yılda sosyal güvenlik bakımından 18 yaş altı sağlık güvencesine kavuşması diyabet açısından da gelişme sağlamıştır. 31 şehirde 73 çocuk endokrin merkezi bulunmaktadır. Kapsamlı diyabet programı çocukluk çağını da kapsamaktadır. Çocuklara yönelik programların ayrı olarak ele alınması önemlidir. Kamu spotları sayesinde birçok çocuk için erken tanı imkânı sağlanmıştır. Bu kamu spotları Sağlık Bakanlığı medya ilişkileri başkanlığı tarafından yapılmaktadır. Aile eğitimleri, ilköğretim sağlık bilgisi kitaplarında yer alması, 14 Kasım farkındalık günü erken tanı ve tedaviye imkan sağlamaktadır. Okulların eğitim programlarına katılması önem arz etmektedir.



OTURUM 4

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN GERÇEK SORUNLARINA ODAKLANMAK III

Moderatörler



Hatice CAMGÖZ AKDAĞ




Fethi ÇALIŞIR

Konuşmacı



Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Hoş geldiniz,
Bugün hasta odaklı tedavi üzerine konuşacağız. Son sekiz yıldır hasta memnuniyeti üzerine çalışıyorum; aslında doktoram toplam kalite üzerine. şu anda da İstanbul Teknik Üniversitesi İşletme Mühendisliğinde Üretim Yönetimi Anabilim Dalı Doçenti olarak görev alıyorum. Beni beş yıl önce SENATURK ekibi buldu. O günden beri birlikte projeler yapıyoruz.



SAĞLIK NEDİR?

- “Sağlık yalnız hastalıklardan arınmış olmak değil, fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali”dir.
- Ancak bunların yanında bir de “sağlık hizmetleri”nin olması gerekir.

USKAF/NIOP 04.05.2018 KOCAELI/TR Doç.Dr.Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Öncelikle sağlık nedir? Sabahtan beri çok konuşuldu. Sağlığın birçok tanımı yapıldı. Sağlık aslı yalnız hastalıklardan arınmış olmak değil fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmalıdır; ancak bunların yanında bir de sağlık hizmetlerinin iyi olması gerekiyor. Bu sağlık halinin sağlanması için öncelikle barınma, beslenme, sağlıklı bir çevrede yaşama, sağlığı etkileyecek olumsuzluklardan korunmak gibi bazı koşul ve olanakların bulunması gereklidir. Bu panellerde öneri olarak sunuldu.

Aslında sağlık hizmetleri ise yalnızca hastalıkların tanısı ve tedavi edilme hizmetlerinden oluşmuyor. Bunlar sağlık hizmetlerinin yalnız küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bunun yanında asıl büyük emek ve çabayı gerektiren sağlık hizmetleri sağlık halinin korunması geliştirilmesi, insanın ve

toplumun sağlığını etkileyen olumsuzlukların öngörülmesi, etkisiz hale getirilmesi, bireylerin ve toplumun bunlardan etkilenmelerinin engellenmesi ve önlenmesini içeriyor. Aslında kalitenin ana amacı önlemektir; olduktan sonra düzeltmek değildir.



SAĞLIK HİZMETİNDE EĞİTİM VE ÖĞRETİM SÜRECİ

- Tüm bunların önünde, öncesinde, üzerinde, dışında bir başka hizmet de, giderek gelişen, yenilenen ve yetkinleşen, tıbbi bilginin hizmetten yararlanacak kişilere
 - aktarılması,
 - anlatılması,
 - bu konularda davranışları belirleyecek bir “eğitim ve öğretim” sürecinin yaşanmasıdır.
- Onu da asıl olarak sağlıkçılar yerine getirir.

USKAF/NIOP 04.05.2018 KOCAELI/TR Doç.Dr.Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Burada gerçi çok net değil ama burada hekim jinekolog çok sinirlenmiş. Hamile kadıncağız bir türlü doğuramıyoruz. Oda “tavsiyelerimi neden kabul etmediğinizi anlayamıyorum. Beni dinlemezsen bu bebeği kim doğuracak” diye kadına kızıyor. Kadında “ben doğuracağım” diyor. Orada empati kurmak gerekiyor tabiki çünkü kadının acı çekiyor. Ben hasta olarak düşünerek konuşuyorum. Ben hekim olmadığım için olaya farklı bir bakış açısıyla bakabiliyorum.

Sabahtan beri yine panellerdeki konuşmalarda eğitim ve öğretimin ne kadar önemli bir konu olduğundan bahsediyoruz. Bunun sürecine baktığımız zaman; tüm bunların öncesinde üzerinde dışında bir başka hizmette giderek gelişen yenilenen tıbbi bilgilerin hizmetten yararlanacak kişilere aktarılması gerekiyor. Hastaları eğitmek gerekiyor. Anlatılması ve bu konularda davranışları belirleyecek bir eğitim ve öğretim süreci yaşanmasıdır.

HASTALAR İÇİN NELER ÖNEMLİDİR?


- Doğru zamanda doğru tedavi
- Doğru yerde doğru tedavi
- Tedavinin sürekliliği
- Evde bakım
- Kendi kendine bakım için destek



IBKAF/IRIOF 04.05.2016 KOCAELİ/TR Doç.Dr.Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

HASTA NELER BEKLER?

- Hasta ve yakınları sağlık personellerinden bakımları sırasında dürüstlük, empati ve saygı bekler.
- Sağlık kuruluşu ve personeli ile açık bir iletişim hasta ve yakınlarına yardımcı olur,
- Sağlık kuruluşlarının da daha iyi sonuçlar elde etmesine ve sistemlerin hasta güvenliği açısından daha güvenli olmasına yardımcı olur.



IBKAF/IRIOF 04.05.2016 KOCAELİ/TR Doç.Dr.Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

Biz yıllar önce bir anket çalışması yapmıştık. Hasta memnuniyeti üzerine hem Türkiye’de hem Kazakistan’da hem de Mısır’da; yani aynı anketi üç farklı ülkede gerçekleştirdik. Fakat çıkan sonuçlar aynı yani çok benzer çıkmıştı. Hastaların çoğu gördükleri tedaviden ziyade yani hekim hemşireden şikayet etmekten ziyade yemeğin soğukluğundan, park yerinin olup olmamasından ve bunun gibi otel hizmetlerinden daha çok şikayet ediyorlar. O da farkındalık ve algıyla alakalıdır. Tabii bizim bunu değiştirmemiz gerekiyor. Daha bilinçli hastaya yönlendirmek gerekiyor. Hasta için neler önemlidir Doğru zamanda doğru yerde olmak, “Just in Time” dedik. Doğru tedavi, tedavinin sürekliliği; evde bakım ve kendi kendine bakım için destek gibi konulara tek tek girmeyeceğim. Burada Fethi Hocam ile benim dışındakilerin hepsi sağlıktan geldiği için bunların tek tek ne anlama geldiğini daha iyi anlıyorsunuzdur. Hasta ve yakınları, sağlık personellerinden bakımları sırasında dürüstlük, saygı ve empati bekliyor. Sağlık kuruluşu ve personeli açık bir iletişim ile hasta ve yakınlarına yardımcı oluyor. Bununla ilgili de bir çalışma yapmıştık. Hiçbir maliyet artırmadan sadece hasta ile iletişimi artırarak %30 oranında hasta memnuniyetini artırabiliyorsunuz. Onunla sadece konuşarak ne gibi bir hastalığı olduğunu, nasıl tedavi edilmesi gerektiğini ve son-

raki aşamaları sadece beş dakika ayırıp anlatarak memnuniyeti arttırabilirsiniz. Tabii ki tedavi sürecini de hızlandırıyor. Sağlık kuruluşlarında daha iyi sonuçlar elde edilmesi ve sistemlerin hasta güvenliği açısından güvenli olması için.




Burada bir tane resim var. Gerçi İngilizce ama. Diyor ki hekim muayene ediyor ancak hiçbir şey sormuyor. Hasta da “neden burada olduğumu bilmek istiyorsan haber ver” diyor. Tedavide geleneksel yöntem hekim odaklı idi. Hizmeti sunanlar arasında hekimlerin ayrıcalıklı bir baskınlığı söz konusudur. Burada da haklılar konunun uzmanı oldukları için ama hastanın durumunu değerlendirilmesi tanıya uygun tedavinin kararlaştırılması neredeyse tamamen hekimin kontrolünde olup diğer sağlık personellerinin bu kararlara vereceği katkı sınırlı oluyor. Hekimin baskın olduğu bu yaklaşım hastalar, hasta yakınları ve diğer sağlık personeli açısından antidemokratik yaklaşım olmasının ötesinde; hasta memnuniyeti açısından yetersiz ve tıbbi hatalara daha yatkın bir yaklaşımdır. Örneğin benim bir kez başıma gelmişti. Bana iğne yapacaklardı. Acildeydim ve alerjim olup olmadığını sormadılar. Son anda ben bilinçli hasta olduğum için şu ilaca alerjim var dedim. İyi ki söylediniz yoksa ölecektiniz dediler. Bu da bir gerçek. Bende çok hikaye var ama şimdi vaktimiz yetmez.

Hasta odaklı tedavi nedir? Geleneksel tedavi yönteminin tam tersi hekim odaklı ve hasta odaklı diye bahsedip duruyoruz. Hastanın bakış açısı olarak da; ona değer veren ve onun fikirlerine; duygularına; beklentilerine, değerlerine saygı duyan ve doktorun hastanın dünyasına girerek hastalığı hastanın gözünden gören bir durumdur.

HASTA ODAKLı SAĞLIK HİZMETLERİ

- Hasta ile ilgili kararların hastanın isteklerine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun olmasını sağlamak amacıyla,
- hizmet sunucuları, hastalar ve gerektiğinde hasta yakınları arasında işbirliğinin kurulduğu;
- hastaların kendi bakımları hakkındaki kararlarda söz sahibi olabilmeleri için, gereken bilgilendirme ve
- eğitim desteğinin sağlandığı sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır.



IBKAF/IRIOF 04.05.2016 KOCAELİ/TR Doç.Dr.Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

Bir kere hekimlik aslında çok ayrıcalıklı bir branştır; çünkü hem hasta olabiliyorsunuz, hem doktor olabiliyorsunuz. Bu yüzden empati kurmak da çokta zor olmamalı. Ben de benim lisans öğrencilerim de burada; yüksek lisans öğrencilerim de; doktora öğrencilerim de burada. Şuanda onlarla hep iletişim kurarken ya da projelerimizi yaparken; ben de öğrenciydim ne hissettiklerini çok iyi anlayabiliyorum ve ona göre hareket ediyorum. Aslında bende öğrenci odaklı eğitim veriyorum. Herkes için hakkaniyetli sağlık hizmetleri sunmak için sağlığın iyileştirilmesi ve korunması tüm toplumun temel ilgi alanı olmalıdır. Hizmet sunumunda birey üzerinde odaklanılmalıdır deniyor. Hasta ile ilgili kararların hastanın isteklerine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun olmasını sağlamak amacıyla hizmet sunucu, hastalar ve gerektiğinde hasta yakınları arasında iş birliği kurulmalıdır. Ama bazı genel cerrah ya da meme cerrah arkadaşlarımla ortak projelerde çalışırken duyuyorum.

Bazı hocalarım hasta kanser olduğunu söyleyeceğim zaman aileyi de çağırıyorum ve tekrar tekrar anlatmak yerine zaten onlarda merak ediyor ve öyle olunca güven hissediyorlar diyor. Hastaların kendi bakımları hakkında kararlarda söz sahibi olabilmeleri için gereken bilgilendirme ve eğitim desteğinin sağlandığı sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta odaklı sağlık hizmeti sunma yaklaşımlarının başında toplam kalite yönetimi yaklaşımının sağlık kurumlarına uygulanması gelmektedir.

HASTA ODAKLı SAĞLIK HİZMETİNİN ÖNEM KAZANMASI'NIN ÜÇÜNCÜ NEDENİ

- Hasta odaklı sağlık hizmetinin önem kazanmasının üçüncü ve belki de en önemli nedeni ise hasta beklentilerindeki değişimdir.
- Günümüzün hastaları geçmiş hastalarından farklı olarak her türlü bilgiye daha rahat ulaşabilmekte, ihtiyacı olan sağlık hizmetleri konusunda daha fazla seçeneği değerlendirebilme imkanına sahip bulunmaktadır.
- Tersine her türlü tanı ve tedavi seçeneğini tartışmaya istekli, soruşturan, sorgulayan, güvenliği yasal düzenlemelerle korunan, memnun edilmesi gereken yeni bir hasta türü bulunmaktadır.

USKAF 7/NOF 04.05.2018 KOCAELİ/TE Doç.Dr.Habibe ÇAMGÖZ AİDİĞ

17

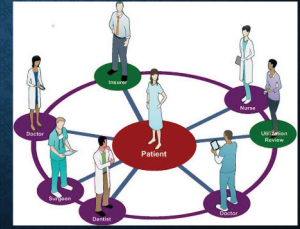
2008 yılında Dubai'deki bir konferansa, Josef Curan adlı bir kalite gurusu, oraya konuşma yapmaya gelecekti fakat konferanstan bir hafta önce vefat etti. Hatta 104 yaşında idi. Kalitecilerin uzun yaşadığını hep söylerler ve hastalanıp gelemeyeceğini anladığı zaman konuşmasını video olarak kaydedip göndermiş. Bizde orada onu andık. Onun söylediği son cümle şuydu. 104 yaşında olmasına rağmen üretimde kalite tamamlanmıştır artık yoluna girmiştir bundan sonraki bütün çalışmalarınızı eğitim ve sağlık üzerine yapınız" diye son bir cümlesi var. Bende zaten 2008 yılından sonra yanı o cümleyi duyduktan sonra bu konuda kendimi teşvik ettim. Literatüre de baktığınız zaman 2008 yılından sonra sağlık sektöründeki bu konudaki literatürde bir patlama vardır. Sağlık kurumlarında uygulanmamakla birlikte işletmelerde müşteri odaklı modern pazarlama

yaklaşımının; hasta odaklı sağlık kurumlarına katkı yapacağı düşünülmektedir. Neden bu kadar önem kazandı. Ortalama yaşam süresinin artması ve toplumun yaşlanmaya başlamış olması tabii ki esas sebeptir. Bugün için tüm dünyada 60 yaşın üzerindeki kişi sayısı 600 milyondan fazla olduğu hesaplanmaktadır. Bu sayının 2025 yılında ikiye katlanacağı 2050 yılında ise iki milyara; yani dünya nüfusunun %20'sine ulaşacağına; başka bir deyişle 60 yaş üzerindeki kişi sayısının 15 yaş altındaki çocuk sayısından daha fazla olacağı tahmin ediliyor. Yoğun bakım ile ilgili sorunları daha da artıracaktır. Muhtemelen benzer bir şey ülkemiz içinde de söz konusu olup; halen nüfusumuzun %7'sini oluşturan yaş grubunun 2050 yılında %20'yi bulması beklenmektedir. Buda birden çok kronik hastalığı nedeniyle bakıma ihtiyacı olan hastaların sağlık kuruluşları ve hekimler ile ilişkilerinin de şekil değiştireceğini göstermektedir.

Aslında şu anda bilim ve teknolojinin etkisi çok fazla ve hastanın bilinçlenmesi daha kolaydır. Siz onlara bir şey söylediğinizde internetten araştırıp bir şeyler öğrenip, okuyup gelebiliyor. Programlanmış makineler ve robotlar da hekimlere yardımcı oluyorlar; fakat sağlık hizmetlerinde çok önemli yeri olan insan sıcaklığı "Human Touch" dediğimiz etkinin ihmal edilmesine sebep oluyor. Maalesef buda insan bedeninin teknolojik uygulamanın nesnesi haline dönüşmesine yol açmaktadır. Bilim ve teknoloji buda mesleğimizi hayranlık duyulacağı amaçları haline getirebilmek ya da hasta daha kaliteli ve sürekli hizmet araçları olarak teknolojiyi kullanmaya çalışmamız gerekiyor. Yoksa bütün iş bizi teknolojiye bırakmamak gerekiyor.

HASTA ODAKLı SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

- Süreklilik:
- İhtiyaç ve değerlere öncelik:
- Tercihlere öncelik
- Açıklık ve şeffaflık
- Hasta güvenliği ve kanıt dayalı tıp
- Ekip çalışması



USKAF 7/NOF 04.05.2018 KOCAELİ/TE Doç.Dr.Habibe ÇAMGÖZ AİDİĞ

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin temel özellikleri süreklilik, ihtiyaç ve değerlerde öncelik, tercihlerde öncelik, açıklık ve şeffaflık, hasta güvenliği ve kanıt dayalı tıp ve ekip çalışması gerekiyor. Burada aslında çoğunuzun bahsettiği sorunlarınıza biz mühendisler sistem olarak baktığımız için, hastanelere bir fabrika olarak baktığımız için hasta bekleme sürelerini ve hasta yataklarının optimizasyonunu yaparak daha verimli kullanılmasını sağlayan birçok çözümler getirebiliyoruz.

Sağlık yöneticilerinin de bu hizmetlerin yönetimine kendilerini hazırlaması zorunludur. Bilimsel teknolojik, sosyolojik ve etik gelişmeler dikkate alındığında önümüzdeki yıllarda

sağlık hizmetlerinin başlıca özelliğinin hasta odaklı sağlık hizmetleri olacağı anlaşılmaktadır. Sağlık kuruluşlarının imkânlarına göre düzenlenmiş öncelikle hekimlerin isteklerini, beklentilerini ön planda tutan bir yöntem anlayışı olan sunucu odaklı sağlık hizmetleri yönetimi yerine yavaş yavaş hastanın ihtiyaçlarını isteklerine ve beklentilerine uygun hizmet sunan ve zaten toplam kalite ve yönetimi eskiye kaldıysa da ondan sonra gelen tüm terimler yine müşteri odaklı hale geldi. Hani müşteriyi memnun ederseniz, iyileştirirsiniz ve geliştirirsiniz. Bu hastanede de artık hasta odaklı diye uygulanıyor hastanın ihtiyaçlarına ve beklentilerine göre uygun hizmet sunan; hasta memnuniyetini ön planda tutan ve ölçerek izleyen hasta odaklı sağlık hizmetleri yönetim anlayışına yerini terk edecektir. Ülkemizdeki duruma baktığımızda çağımızda hasta hizmetlerinin verilmesi kaçılmaz hale geldi. Hasta odaklı sağlık hizmetine etkinlik verimliliğin artırılması sağlanmaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek isteyen kurumlar hastayı tanımalı ve beklentilerini bilmelidir. Bunun içinde aslında bizim hasta bilgi yönetim sistemini doğru kullanmak lazım ki etnografik ve demografik olarak hastalarımızın ne durumda olduğunu bilelim, geçmişlerini ve geleceklerini de takip edelim. Data çok önemli. Ülkemizde hasta beklentisi hastalara verilen yasal haklar düzeyine çıkmamıştır. Hasta hakları konusunda eğitim çalışması artırılması henüz hasta hakları konusunda eğitim çalışmaları artırılması ve sağlık sisteminin hasta merkezli hale gelebilmesi için yapısal dönüşümün sağlanması gerekmektedir henüz bir sağlık standardımız bile yok aslında. Hastaneleri kontrol edecek yada yapılan tedaviler için sağlık bakanlığının koymuş olduğu bir standart dahi yok. Ne yapmalıyız? Yaptığımız işleri bir de hastanın gözünden görmeye çalışın ve empati yapın. Çalışma ortamında empati yapın; hasta memnuniyetini ön planda tutun destekleyen bir kültür oluşturun. Hasta memnuniyetini ölçün ve izleyin kalite kavramına odaklanın, sürekli kalite gelişimini izleyin. Buna biz Japonca'da Kaizen diyoruz. Çoğumuz biliyorsunuz Kaizenin alt yöntemleri de var. Bunlar 5S ile başlıyor; sonra yalınla gidiyor.

HASTA ODAKLI TEDAVİ'YE GEÇİŞ İÇİN NE YAPMALIYIZ?

- Yaptığımız işleri bir de hastaların gözüyle görmeye çalışın, empatinin ne olduğunu bilmek yetmez, gerçekten empati yapın.
- Çalışma ortamında hasta memnuniyetini ön planda tutan, destekleyen bir kültür oluşturun. Hasta memnuniyetini ölçün ve izleyin
- Kalite kavramına odaklanın, sürekli kalite gelişimini sağlayın ve izleyin.
- Personelinizle hasta odaklı sağlık hizmetleri anlayışını geliştirme amaçlı toplantılar yapın.

USKAF/ANQF 04.05.2018 KOCAELİ/TR Doç.Dr. Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

21

Hale hazırda biz Kocaeli Üniversitesi ile beş tane yalın projesi yapmaktayız. Herşeyi aslında yalınlaştırıp; süreci hızlandırıp; hekimin, hastanede çalışanların ve hemşirelerin yükünü azaltabiliyoruz. Gereksiz işleri ortadan kaldırarak personele hasta odaklı toplantılar yapın ve tabii bu kadar çok iş yükü varken bunları yapmakta mümkün değil.



USKAF/ANQF 04.05.2018 KOCAELİ/TR Doç.Dr. Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

22

SONUÇ

- Tüm bilimsel, teknolojik, sosyolojik ve etik gelişmeler dikkate alındığında, önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerinin başlıca özelliğinin "hasta odaklı" sağlık hizmetleri olacağı anlaşılmaktadır.
- Sağlık yöneticilerinin kendilerini bu hizmetlerin yönetimine hazırlaması zorunludur.



USKAF/ANQF 04.05.2018 KOCAELİ/TR Doç.Dr. Hatice CAMGÖZ ARDAĞ

23

Bu slaytta acilde o sırada hemşire gelmiş memnun musunuz değil misiniz diye anket doldurmaya çalışıyor. Bu yanlış bir ortam sonradan yapmalı sonuç olarak tüm bilimsel teknolojik, sosyolojik ve etik gelişmeler dikkate alındığında önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerinin başlıca özelliğinin hasta odaklı sağlık hizmetleri olacağı anlaşılmaktadır. Bu bütün dünyada iyileşme gösteriyor ve o yöne doğru gidiyor. Türkiye de bu konunun farkında. Türkiye'de şuanda ki kurumlar da bu yöne doğru gitmekte. Sağlık yöneticilerinin kendilerini bu hizmet için hazırlaması zorunludur çünkü hastalar bizim için önemli. Hepimiz hasta olabiliriz; hepimiz hastaneden iyi olarak çıkmak istiyoruz.

Tek odak sizsiniz teşekkür ederim.

Fethi ÇALIŞIR

Hatice Hanıma Teşekkür ediyorum. Bir kez daha bu konuda fikirlerini almak için Dr. Kadir Doğruer'i davet ediyorum. Kadir bey de bize yoğun bakımlardan örneklerle ekonomik verimlilik yani "cost-effectivite"yi anlatacak.

Konuşmacı



Kadir DOĞRUER

En son konuşmacı olmak çok kolay bir Şey değil. Umarım sıkmadan dinlettirebilirim kendimi. Ben bir anestezi uzmanıyım. Ama sadece yoğun bakım ile ilgileniyorum. Burada da yoğun bakımda bakım kalitesi ve bunun mali denklemini anlatmaya çalışacağım. Geri ödemede bir takım değerler vardı.

DÜNYA GENELİNDE;
HÜKÜMETLER, SAĞLIK
HİZMETİ SUNUM
SİSTEMLERİ, SİGORTACILAR
VE TÜKETİCİLER ARASINDA
BİR SAVAŞ VAR.
BİR YANDAN ARTAN SAĞLIK
TALEBİNİ KARŐILAMAK VE
DİĞER YANDAN MALİYETLERİ
OLABİLDİĞİNCE DÜŞÜRMEK.
HİZMET KALİTESİ...?

Medikal etkinlik, güven kalite ama artık sadece maliyet etkinlik önemli. Geri ödemeyi sadece bu ölçek üzerinden değerlendiriyoruz. Şimdi dünya genelinde hükümetler sağlık hizmetleri sunum sistemleri, sigortacılar ve tüketiciler arasında bir savaş var. Devamlı artan bir sağlık hizmeti talebinin karşılanması isteniyor ve bunun da en ucuz Şekilde yapılması isteniyor. Hizmet kalitesi burada ciddi bir soru iŐareti var. Sağlık sektörü son zaman da bence, bence değil aslında bir yabancı kaynağa da dayalı olarak farklı noktalara odaklanmıŐtır. Bu durumda tasarruf yapalım diyor; yasal düzenlemeleri ve uyumu sağlayalım diyor; marketlere yani sağlık alanındaki yeni gelişmelere uyum sağlayalım diyor ve bir de değişim ve dijital adaptasyon sağlayalım diyor.

Sağlık harcamaları üzerinde bir takım baskılar var. Yaşlı nüfus artıyor. Yoğun bakım gereksinimi artıyor. Giderek

MALİYET-
ETKİLİLİK
COST-
EFFECTIVENESS

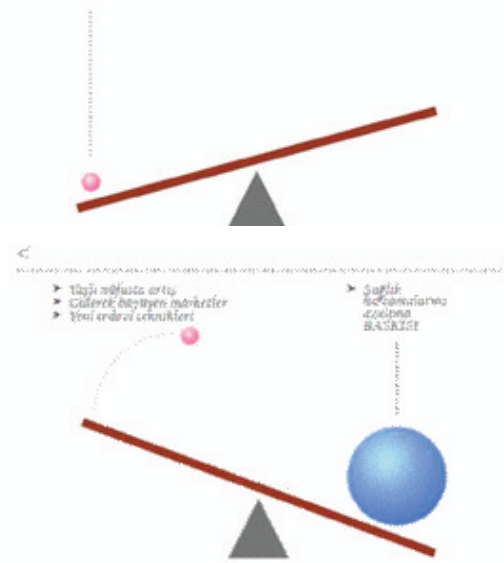
GERİ ÖDEMEDE
BİR YANLIK DEĞER
KRİTER

MEDİKAL ETKİLİLİK
GÜVEN
KALİTE

büyüyen marketler var. Yeni tedavi teknikleri ama sağlık harcamalarını azaltma baskısı bütün bu baskıların üstünde. Aslında hepimizin hakkı sağlık hizmetini almak. Bu bir insanı hürmanistlik bir hak.

SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ BASKILAR

- ▶ Yaşlı nüfusta artış
- ▶ Giderek büyüyen marketler
- ▶ Yeni tedavi teknikleri



SAĞLIKTA PARADİGMA DEĞİŞİMİ



- ▶ AMAÇ SAĞLIK MI, YOKSA..?
- ▶ TIBBİ BAKIM MI, YOKSA BAŞKA PROGRAMLAR MI..?
- ▶ DOKTOR MU, YOKSA DİĞER SAĞLIK SUNUCULARI MI..?
- ▶ BUGÜN MÜ, YARIN MI SAĞLIK..?
- ▶ KİMİN HAYATI ÖNEMLİ PEKİ..?

Bir takım paradigma değişiklikleri var. Hastalık odaklı sağlıkta fonksiyonellik ve iyilik hali odaklıya geçiyoruz. Tıbbi bakım odaklıdan sağlık bakım odaklıya geçiliyor. Hekim hastalığı iyileştiriciyken şimdi artık buna sağlığın geliştirilmesi hizmeti ekleniyor. Aynı zamanda hastalık es-kiden patolojik ve fizyolojik bir süreçti. Artık yaşam kalitesi fonksiyonellik hali olarak tanımlanıyor. Şimdi sağlıkta acaba ilgi alanları mı değişiyor. Amaç sağlık mı yoksa başka bir şey mi. Tıbbi bakım mı yoksa başka bir program mı? Doktor mu diğer sağlık sunucuları mı? Bugün mü yarın mı? Sağlık peki de kime sağlık? Dünya da birçok güç dünyayı kendi tarafına çekmeye çalışıyor.

Toplumsal beklentiler, inançlar ve diğer yargılar, toplumsal tercihler, lobiler, çıkar grupları, siyaset, bilgi ve kanıtlar kendi tarafına geri çekmeye çalışıyor. Sağlık hizmetleri de etkileniyor. Sağlık hizmetleri etkilenirken. Biz sağlığı nasıl etkin verelim ve bunun maliyet etkinliği nasıl olsun derken; bir takım kavramlar geliştiriliyor. Maliyet analizi yapalım. Maliyet fayda analizi, maliyet etkinlik analizi, etkinlik oranı, maliyet yarar analizi gibi karmaşık terimler topluluğu ortaya çıkıyor. Belki de şuna indirgemek gerekli. Maliyet minimizasyon analizi, maliyet fayda analizi, maliyet etkinlik analizi ve maliyet yararlanım analizi şeklinde değerlendirilerek sonuca daha iyi varacağız.



MALİYET MINİMİZASYON ANALİZİ	COST-MINIZATION ANALYSIS
MALİYET FAYDA ANALİZİ	COST-BENEFIT ANALYSIS
MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ	COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS
MALİYET YARARLANIM ANALİZİ	COST-UTILITY ANALYSIS

Ekonomik Değerlendirme	Tanımlama
Maliyet Analizi	Bir ürün ya da hizmetin veya müdahalenin maliyetinin ölçülmesi.
Maliyet-Fayda Analizi	Karar vermede sıklıkla kullanılan bir tekniktir. Projenin beklenen faydaları toplam bütçeden
Maliyet-Etkililik Analizi	Sonuç başına harcanan
Maliyet-Etkililik Oranı	Toplam maliyetin toplam faydaya oranı
Maliyet-Yarar Analizi	Maliyet-fayda analizi yöntemlerinden biridir. Farklı prosedürler ve sonuçlar karşılaştırılır.
Maliyet-Yarar Oranı	1 QALY elde etmek için yapılan girişimlerin karşılaştırılması



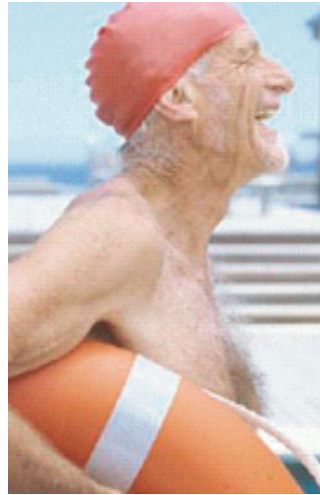
Şimdi bu maliyet etkinlik analizi üzerinden gidildiğinde bir takım tedavi yöntemleri değerlendirdiğinde bazı tedaviler ucuz ve etkin, bazı tedaviler pahalı ve daha az etkin derken orda bir alan oluşuyor. C hiç tercih edilmeyen A çok pahalı bir alan derken bunu ben biraz daha farklı özetledim. Maliyet ile etkinlik arasında bakıldığında kalibrasyonu biraz sonra açıklayacağım yüksek maliyet düşük etkililik hakimken düşük maliyet yüksek etkinlik baskın durumda. Şuan 1973 yılında ilk defa Threshold tanımlanıyor, eşik değeri. Burada Weinstein sağlık maliyetler ve etkilerinin bir sağlık sistemi için kabul edilebilir bir ölçüde olması gerektiğini savunması ile ortaya atılmış bir kavramdır. Eşik değer karar vericinin bir birim sağlık çıktısına verdiği değeri gösteren bir kural olarak tanımlanıyor. Türkiye’de ne kadar para harcıyoruz? Türkiye’de 2013 yılında 85 milyar lira gibi bir para harcanmış. 2002- 2013 yılları arasındaki harcamalara bakıldığında nominal olarak sağlık harcamalarımız 3.5 misli artmış. Gayri safi milli hasıladaki oranına da baktığımızda çok büyük bir değişiklik yok gibi görünüyor.



Şimdi bir yandan sağlık hizmetinin sunulması, bir yandan sağlık hizmetlerine harcanan para ve bir yandan hastanın daha doğrusu sağlık hizmeti alanın bu işten mutlu olması, olumlu yaklaşımları derken bir sorun var. Yöneticiler bazında hükümetin hükümetlerin bazında bir takım problemler var. Ve diyorlar ki ben bir yandan tasarruf yapayım bir yandan doğru sağlık hizmeti vereyim. Bu algının başladığı yıllar burada görüldüğü gibi 1993 gibi yıllar 1993’den itibaren Avustralya gibi Yeni Zelanda gibi ya da 1999’da İngiltere Galler gibi İsveç 2002 gibi. Bu tarihlerden sonra bu maliyet yararlılık etkinlik analizlerinin sağlıkta daha aktif kullanılması gerektiğini ortaya çıkıyor. Bu gerekliliğe inanan yöneticiler bu noktada bazı çalışmalar yaparak, bazı analizleri daha aktif düzenleyerek ülkelerinde bu maliyet etkinlik programlarını başlatıyorlar.

Country	Organisation	Implementation date
Australia	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	1993
Belgium	Medicine Reimbursement Committee	2002
England/Wales	National Institute for Health and Clinical Excellence	1999
France	High Health Authority	2008
Germany	Institute for Quality and Efficiency in Health Care	2007
Netherlands	Health Care Insurance Board	1999
New Zealand	Pharmaceutical Management Agency	1993
Scotland	Scottish Medicines Consortium	2002
Sweden	Drugs and Pharmaceutical Benefits Agency	2002
Taiwan	Centre for Medicine Evaluation	2008

Int J Environ Res Public Health. 2010 Apr; 7(4): 2388–2393.
Published online 2010 Apr 20. Health Systems Economics: Cost-Effectiveness Threshold and Other Decision Criteria Across Countries*



QALY

- QALY sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesi ve kantitesini dikkate alır.
- Beklenen veya geri kalan yaşam süresi içindeki yaşam kalitesinin yıla göre değerlendirildiği sayısal bir veridir.
- QALY konsepti karar bilimi ve beklenen yarar teorisine dayanmaktadır.



EQ-5D

EQ-5D ilk defa EuroQol Grup tarafından tanımlanmıştır. Bu grup 1987 yılında Hollanda, Birleşik Krallık, İsveç, Finlandiya ve Norveç’ten araştırmacıların multidisipliner katılımıyla kurulmuştur. Bu grubun amacı hastalığa özel olmayan, genel bir sağlık/yaşam kalitesi süreçlerini değerlendirmek için bir araç geliştirmektir.

EQ-5D3 SKORLAMASI

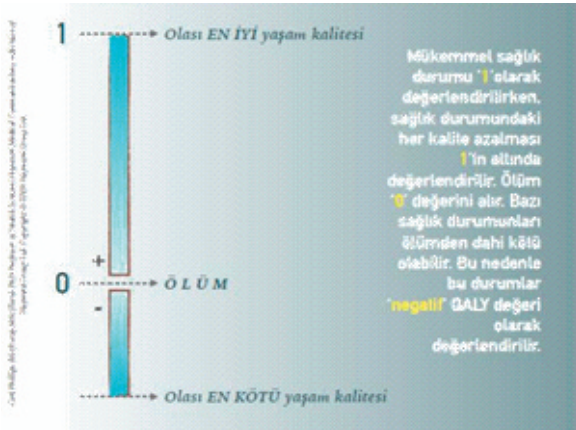


	SORUN YOK	BAZI SORUNLAR	BÜYÜK SORUN VAR
Mobilite	Sorunsuz yürüebiliyor	Yürürken problem	Yatağa bağımlı
Ağrı/Rahatsız	Rahatsızlık veya ağrı yok	Orta derecede rahatsızlık veya ağrı	Şiddetli derecede rahatsızlık veya ağrı
Anksiyete/ Depresyon	Anksiyete veya depresyon yok	Orta derecede anksiyete veya depresyon	Şiddetli Anksiyete veya depresyon
Kişisel Bakım	Kişisel bakımında sorun yok	Kişisel bakımında bazı sorunlar	Kendi kendine bakımı
Genel Aktiviteler/ Ev işi yapmak, çalışmak, amaçsız aktiviteler	Genel aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yok	Genel aktiviteleri gerçekleştirmede bazı sorunlar var	Genel aktiviteleri gerçekleştirmiyor

ÖRNEK EQ-5D5 SETLERİ

EQ-5D5 Seti	Özellikler	Fransızca	İngilizce	Yapay	Wellbeing	Genel	Ekstra	Ekstra	Ekstra	Ekstra	Ekstra
11111	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
11112	0.886	0.879	0.889	0.829	0.845	0.874	0.874	0.874	0.874	0.874	0.874
11113	0.816	0.810	0.808	0.795	0.805	0.814	0.794	0.846	0.844	0.854	0.854
11114	0.671	0.763	0.804	0.761	0.765	0.751	0.800	0.830	0.750	0.750	0.750
11115	0.719	0.822	0.811	0.738	0.770	0.761	0.740	0.474	0.850	0.850	0.727
11121	0.384	0.810	0.810	0.614	0.610	0.410	0.780	0.077	0.851	0.851	0.851
11122	0.787	0.836	0.809	0.740	0.761	0.807	0.733	0.736	0.820	0.820	0.810
11123	0.758	0.820	0.839	0.733	0.738	0.843	0.750	0.750	0.820	0.820	0.800
11124	0.822	0.878	0.739	0.887	0.829	0.880	0.880	0.850	0.880	0.880	0.736
11125	0.449	0.801	0.801	0.815	0.820	0.470	0.441	0.470	0.820	0.820	0.673
11131	0.824	0.880	0.831	0.758	0.813	0.807	0.754	0.754	0.820	0.820	0.830
11132	0.719	0.811	0.807	0.719	0.745	0.668	0.751	0.740	0.820	0.820	0.737
11133	0.740	0.724	0.821	0.724	0.710	0.725	0.694	0.715	0.810	0.810	0.781
11134	0.809	0.827	0.887	0.881	0.806	0.742	0.888	0.811	0.881	0.881	0.725
11135	0.421	0.811	0.849	0.830	0.844	0.422	0.417	0.417	0.811	0.811	0.462
11141	0.891	0.787	0.877	0.723	0.852	0.707	0.818	0.834	0.837	0.837	0.729
11142	0.827	0.868	0.877	0.873	0.824	0.852	0.840	0.827	0.850	0.850	0.703
11143	0.810	0.887	0.871	0.840	0.733	0.840	0.844	0.811	0.870	0.870	0.840

Farklı EQ-5D5 ve EQ-5D5-6 setleri için farklı EQ-5D5-6 setleri kullanılır.



EQ-5D3

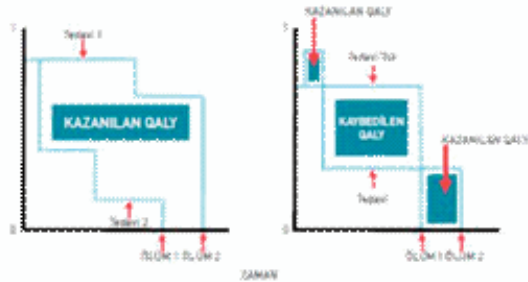
EQ-5D3 kullanımı için bir dizi soru sorulur. EQ-5D3'ün sağlık durumunu tanımlayan dört ve altı adet değerlendirilene göre kullanılan Washington State an Çay Değerlendirmesi ile Health & Medicine tarafından geliştirilmiştir.

Health State	Description	Value
11111	No problems	1.000
11121	No problems walking about, no problems with self-care, some problems with performing usual activities, some pain or discomfort, not anxious or depressed	0.782
11122	Some problems walking about, some problems with self-care, some problems with performing usual activities, moderate pain or discomfort, moderately anxious or depressed	0.516
11123	No problems walking about, some problems walking or driving only, unable to perform usual activities, some pain or discomfort, not anxious or depressed	0.529
11124	Some problems walking about, no problems with self-care, no problems with performing usual activities, moderate pain or discomfort, extremely anxious or depressed	0.322
11125	Some problems walking about, unable to walk or drive only, unable to perform usual activities, moderate pain or discomfort, moderately anxious or depressed	0.075
11132	Confined to bed, unable to wash or dress self, unable to perform usual activities, extreme pain or discomfort, moderate anxiety or depression	0.029

Calculating QALYs: an example

Intervention A: four years in health state 0.75 → 3 QALYs
 Intervention B: four years in health state 0.5 → 2 QALYs
 Additional number of QALYs generated by A → 1 QALY

Cost-utility ratio – an example

$$\text{Cost-utility ratio} = \frac{\text{Cost of Intervention A} - \text{Cost of Intervention B}}{\text{No. of QALYs produced by Intervention A} - \text{No. of QALYs produced by Intervention B}}$$


Şimdi biraz önce bir grafikte geçmiştik. Yani QALY (Quality Adjustment Life Year). Bu şu; QALY, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi ve kantitesini dikkate alıyor. Beklenen veya geri kalan yaşam süresi içinde ki yaşam kalitesini yıla göre değerlendiren sayısal bir değer. QALY konsepti karar bilimi ve beklenen yarar teoremine odaklanıyor. Şimdi bu QALY'yi oluşturmak için bir takım değerler oluşturuluyor. Bir takım veriler bulmaya çalışıyorlar ve ilk defa 1987 yılında Hol-

landa, Birleşik Krallık, İsveç, Finlandiya ve Norveç oluşan bir multidisipliner bir kurul QALY'nin nasıl oluşturulacağı konusunda bir takım çalışmalar yapıyorlar. Ve ilk defa EQ5D tanımlıyorlar. EQ5D'de şu; bir insanın mobilitesi, günlük aktivitesi, ağrısı veya rahatsızlığı, anksiyetesi veya depresyonu, kişisel bakımı, genel aktiviteleri, ev işleri yapması çalışması, amaçsız aktiviteleri yerine getirmesi gibi beş parametre üzerinden 3 farklı derecede değerlendiriliyor sorun yoksa 1,

bazı sorunlar varsa 2 ve büyük sorun varsa 3 puan veriliyor. Peki, nasıl hesaplanıyor nasıl oluyor? Bir takım setler yapılıyor. Bu setler üzerinden gidildiğinde yaklaşık 247 tane farklı sağlık durumu oluşuyor. Bu 247 sağlık durumuna ölüm ve çok kötü durumlar dahil değil. Onları da eklediğinizde 249 gibi bir sayıya ulaşır. Bunlar bir setting halinde bulunuyor ve siz biraz önce gösterdiğim tabloda burada EQ5D5 değerleri bunlar buradaki bu settinge göre hastanızın bir yıllık QALY'sini buluyorsunuz. Bu arada ben Türkiye'de çalışan bir hekim olduğum halde Türkiye'de bunun implante edildiğini bilmiyordum. EQ5D3'ün Türkiye'deki bütün ikinci versiyonu ve EQ5D5'in birinci versiyonu implant edilmiş durumda. Bu implementasyon ne demek. Siz bu EuroQALY'e üye oluyorsunuz. EuroQALY'in software üzerinden hedeflediğiniz QALY'lere yada öngördüğünüz QALY'leri hesaplıyorsunuz. QALY'yi mükemmel sağlık durumunu bir olarak değerlendiriliyor. Birim altındaki her sağlık kalitesindeki düşüş ise sıfır olarak değerlendiriliyor ve ölüm sıfır ancak ölümden daha kötü sağlık durumları var. Bugün gün içinde birçok kere gündeme de geldi.

YOĞUN BAKIM MALİYETİNDE ETKİLİ BAZI FAKTÖRLER:

- Yoğun bakımın sabit giderleri yüksektir.
- Yoğun bakım hastalarının tedavisinde pahalı ilaçlar kullanıldığı gibi, pahalı tanı yöntemleri de sıklıkla kullanılmaktadır.
- Her geçen gün yoğun bakım yatağı gereksinimi artmaktadır.



Yoğun bakıma bağlanan insanlar trakeotomi ile solunum cihazında yatağa bağımlı kalıyor. Bu bir ölümden de kötü bir durum. O da negatif QALY olarak değerlendiriyor. Şimdi EQ5D3'ü birçok kuruluş önermeye başladı ve burada biraz görüyorsunuz 1-1-1-1-1 aldığı anda; değerlendirmesi bir olarak veriliyor. Bu şekilde tablolarla hastaları QALY'leri hesaplanıyor. Şimdi QALY hesaplamada tedavi 1, tedavi 2 deniyor ve bu 0.75 ve 0.5 ise verilen setlerden alınıyor. OoO setler üzerinden mesela 4 yıllık QALY'si 0.75'lik bir hastanın QALY'si 3 olarak değerlendiriliyor. Ardından Cost-utility maliyet yararlılık oranları da verildiğinde bunun da bir oran sistemi var. Karmaşık bir mekanizmayla yaşayanların QALY değerleri oluşturulmaya çalışılıyor.

Yoğun bakım maliyetlerini yönetebilmek mümkün mü? Burada şimdi bir yoğun bakımın doğru organize edilmesi gerekiyor ki bir kere doğru işleyebilsin. Bunun da maliyetlerini yönetebiliriz. Doğru yoğun bakım organizasyonu ise

MODERN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN TOPLUM ÜZERİNDEKİ EKONOMİK BASKISI ÇOK BÜYÜK...

- Yoğun bakım yatak sayısı, toplam yatak sayısının %10'undan daha düşük olmasına karşın, normal yatağın 1\$'ına karşılık yoğun bakım yatağında 3\$ harcama yapılıyor.

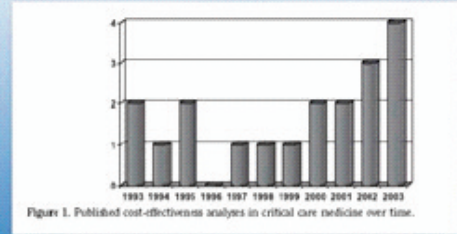
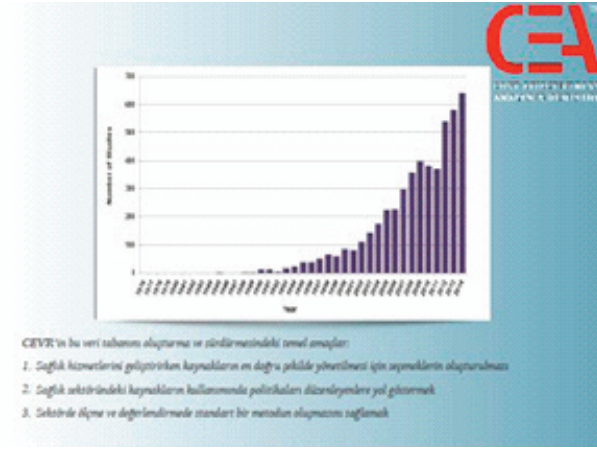


Figure 1. Published cost-effectiveness analyses in critical care medicine over time.

Cost-Effect. 2006;16(1):3-7.
 White is critical care medicine cost-effectiveness review of the 2003 effectiveness database.
 Wilson DL, Shapiro M, Grimberg D, Stone P, Robinson JF.

bütün bu komponentleri içermesi gerekiyor. Mesela burada belki de dikkatten kaçan; Türkiye'de birçok hastanede dikkat edilmeyen noktalardan bir tanesi; asansörü olmayan, asansörle ulaşılamayan, koridorları yeterli genişlikte olmayan, laboratuvarında çok uzakta olan ya da bekleme odası olmayan, en başta şöyle söyleyeyim yoğun bakımda eğitim odası bulunmayan üniteler var. Bütün bu komponentleri birleştirmeyen bir yoğun bakımı doğru yönetmeniz ve ekonomik yönetmeniz mümkün değil. Peki, yoğun bakım maliyetlerini etkileyen faktörler neler? Bir kere yoğun bakımın temel giderleri çok yüksek. Yoğun bakım tedavisi de pahalı ilaçlar ve pahalı tetkikler kullanılıyor.

Bir de her geçen gün yoğun bakıma gereksinim artıyor. Şimdi modern yoğun bakımların toplumdaki ekonomik baskısı çok fazla. Normalde bir hastanenin %10'u kadar bir oranda yoğun bakım yatağı bulunurken ve bu yataklardan normal yatağın bir tanesi bedel olarak bir dolar düşündüğümüzde yoğun bakım yatağı en az üç dolar. Yani üç misli farklı gider getiriyor. Yoğun bakımda giderler diğer normal yataklara göre arttıkça yöneticiler ne oluyor diyor. Doktorlar bilim adamları çalışmaya başladılar ve yıllara bakıldığında her yıl geçtiğinde yoğun bakımdaki Cost - Effectivite ile ilgili çalışmaların sayısı artıyor.



Tablo 1 - (Reproduction of the patient samples)

	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012-2013
Age (mean ± SD)	60 ± 15	61 ± 15	62 ± 15	63 ± 15	64 ± 15	65 ± 15	66 ± 15
Gender (male/female, n (%))	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)	100/100 (50/50)
WHO I, mean ± SD	80 ± 15	81 ± 15	82 ± 15	83 ± 15	84 ± 15	85 ± 15	86 ± 15
Mean hospital stay (n (%))	10 (10%)	11 (11%)	12 (12%)	13 (13%)	14 (14%)	15 (15%)	16 (16%)
Admission diagnosis, n (%)							
Coronary artery disease	30 (30%)	31 (31%)	32 (32%)	33 (33%)	34 (34%)	35 (35%)	36 (36%)
Hypertension	20 (20%)	21 (21%)	22 (22%)	23 (23%)	24 (24%)	25 (25%)	26 (26%)
Diabetes	10 (10%)	11 (11%)	12 (12%)	13 (13%)	14 (14%)	15 (15%)	16 (16%)
Stroke	5 (5%)	6 (6%)	7 (7%)	8 (8%)	9 (9%)	10 (10%)	11 (11%)
Other	35 (35%)	36 (36%)	37 (37%)	38 (38%)	39 (39%)	40 (40%)	41 (41%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)

CEA Analizleri için www.cearegistry.com adresine ulaşabilirsiniz.
* Her ay yenilenir.

YOĞUN BAKIM MALİYETİ...

ABD'de yoğun bakım gideri toplam hastane giderinin % 22'sini

Harper et al., Health Affairs (Millwood) 2008;27(12):2188-2192. doi:10.1196/1540-7745.2008.27.2188

Hollanda'da yoğun bakım gideri toplam hastane giderinin % 20'sini tutmakta...

de Wit et al., BMC Health Services Research 2008;8:100. doi:10.1186/1471-2325-8-100

Almanya'da yapılan bir çalışmada yoğun bakım maliyeti ortalama \$55 €

Werner et al., PLoS One 2011;6(11):e26888. doi:10.1371/journal.pone.0026888

ABD'de yapılan bir çalışmada ise yoğun bakım ortalama maliyeti 3221 € bildirilmiştir.

Werner et al., PLoS One 2011;6(11):e26888. doi:10.1371/journal.pone.0026888

Tablo 2 - The Best costs for an ICU day are determined by the operational setting characteristics*

	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012-2013
Operational characteristics	40 (40%)	41 (41%)	42 (42%)	43 (43%)	44 (44%)	45 (45%)	46 (46%)
Academic center	10 (10%)	11 (11%)	12 (12%)	13 (13%)	14 (14%)	15 (15%)	16 (16%)
Non-academic center	30 (30%)	30 (30%)	30 (30%)	30 (30%)	30 (30%)	30 (30%)	30 (30%)
Teaching hospital	15 (15%)	16 (16%)	17 (17%)	18 (18%)	19 (19%)	20 (20%)	21 (21%)
Non-teaching hospital	15 (15%)	14 (14%)	13 (13%)	12 (12%)	11 (11%)	10 (10%)	9 (9%)
Level I	5 (5%)	6 (6%)	7 (7%)	8 (8%)	9 (9%)	10 (10%)	11 (11%)
Level II	10 (10%)	10 (10%)	10 (10%)	10 (10%)	10 (10%)	10 (10%)	10 (10%)
Level III	5 (5%)	4 (4%)	3 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Level IV	5 (5%)	4 (4%)	3 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Level V	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level VI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level VII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level VIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level IX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level X	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XIV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XVI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XVII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XVIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XIX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXIV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXVI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXVII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXVIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXIX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXIV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXVI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXVII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXVIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XXXIX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XL	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLIV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLVI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLVII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLVIII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level XLIX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Level L	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

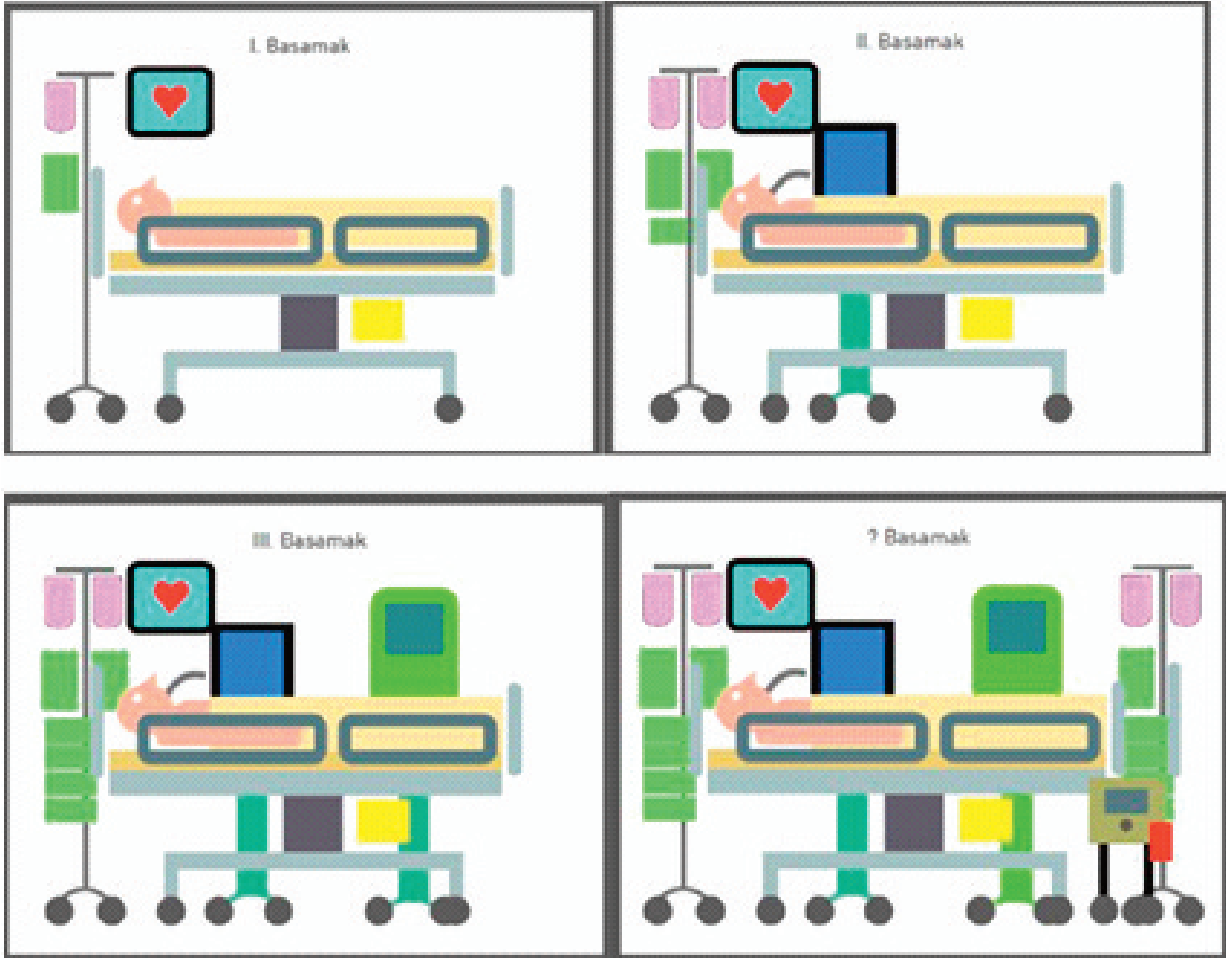
CEA Analizleri için www.cearegistry.com adresine ulaşabilirsiniz.
* Her ay yenilenir.

Hatta Avrupa'da bir kuruluş kuruluyor, kuruluş var. Bu kuruluş Cost Effectiveness Analysis Registry diye bir kuruluş. Sağlık kurumlarının özellikle yoğun bakımdaki giderlerini ve bazı verilerini alarak bu veriler üzerinden sağlık hizmetlerini geliştirme, geliştirirken kaynakların en doğru şekilde değerlendirilmesi sağlık sektöründeki kaynakların kullanımında politikaları düzenlemek ve sektörde ölçme ve değerlendirme ile ilgili bir standart oluşturmak için çaba sarf ediyor. Biraz önceki slayt da görüldüğü gibi 2014 yılında bir yıl içerisinde 600 üstünde sadece yoğun bakımda cost-effectivete ile ilgili bilimsel çalışma yapılmıştır. Şimdi yoğun bakım maliyetlerine geldiğimizde; aklımıza bu konuda yapılan çalışmalarda Amerika'da yoğun bakım gideri toplam hastane giderinin %22'sini, Hollanda'da %20'sini oluşturuyor. Almanya'da yapılan bir çalışmada bir yoğun bakım yatağının günlük maliyeti 855 Euro iken yapılan bir çalışmaya göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 221 Euro. Amerika'da yapılan bir çalışmada 7 farklı yoğun bakım departmanı çalışmaya alınıyor ve bu

çalışmada yoğun bakımda nasıl oluyor da maliyetler oluşuyor diye bakıyorlar. Bu çalışmada demografik bilgileri var. Bu çalışmada oluşan sonuç şöyle; toplamda oluşan sonuçta gördüğümüz gibi 1383 dolarlık bir ortalama gider oluşuyor. Burada baktığımızda medikal görüntüleme masrafları %4 oranında kalırken; ilaçlar, sıvılar ve disposabeller yaklaşık %24 civarında oluyor ve hemşire giderine baktığımızda %39, doktor giderine baktığımızda %17 gibi bir rakam olmuş. Yani oluşacak bu 1300 dolarlık maliyetin yüzdeleri bunlar. Bir yandan maliyet oluşturuyorsunuz bir yandan bu maliyeti korumaya çalışıyorsunuz. Bir yandan yenilikler var ve bu yeniliklerin uygulayarak hastanıza daha faydalı olmanız gerekebilir. Yoğun bakım yöneticisine gidiyorsunuz "Hadi bunları uygula" dediğinizde "Bunlar gereksiz. Çünkü ben aynıını başka şekilde yapabilirim ya da başarısız, kliniğe etkisi yok, güvensiz, riskleri çok yüksek, faydasından fazla fizik hasar verebilir yada böyle bir tedavi için tedavi yaptığında hasta hasar görecektir; dolayısı ile bu aptalca ve gereksiz.

Ben bu kaynağı daha farklı şeyler de kullanarak daha çok yarar sağlım" diyor. Bunu da 1984'teki bir yazıdan alıyor. Şu anda da böyle gidiyor. Çoğu sağlık profesyonelleri tarafından yoğun bakımda yapılanlar; "Biz ne büyük iş yaptık" şeklinde değerlendiriliyorsa da yapılanlar çoğu zaman beyhude, aslında çoğu hiçbir işe yaramayan işler. Bu konuda Roben Watson şöyle diyor "On hastadan biri hatta daha fazlasını gereksiz yere yoğun bakımda bakılıyor ve burada oluşan tek sonuç var oda hastanın ölümünü geciktiriyor veya ikinci olarak hastanın faturası şişiriliyor. Böyle bir hastanın yaşadığını düşünebiliyor musunuz; ama yapıyoruz. Burada 60 yaş üzerindeki beklentilerle ilgili ciddi sorunlar verilerde 2040 yılında Türkiye'nin de içinde olduğu ülkelerde ciddi bir yaşlı nüfus artışı olacak. Bu da ne demek yoğun bakım gereksinimini daha da artıracak. Yoğun bakımdaki bu ekonomik kargaşa ile ilgili en önemli şey birincisi hastanın kabulü, ikincisi hastanın değerlendirilmesi gibi bir sorun ortaya çıkıyor. Yani ben hastayı değerlendireyim, hastanın tedavisini programlayayım ama ben bu hastaya verdiğim hizmetin karşılığını nasıl geri alayım? Burada 1983 yılında geliştirilen bir skorlama sistemi var. TISS diye bu skorlama. Bunu hedefleyen bir skorlama Türkiye'de henüz ne yazık ki uygulanmıyor. TISS

skorlamasına göre yapılan her hizmetin puanı var. Buradaki TISS76 skorlaması var daha ağır olduğu için bu daraltılarak 28'e düşürülmüş. 28'de TISS standartları doğrultusunda bir puantaj veriliyor ve bunu puantaj da şöyle bir sonuç olarak karşımıza çıkıyor. Aldığı her bir puan 10.6 dakikaya denk geliyor. Hemşire eğer hastaya işte iki tane ilaç hazırlıyor, işte altını iki kere temizliyor, çarşafını 5 kere değiştiriyor ya da işte bir yandan diyaliz makinesine bağlı solunum makinesi bağlarken hepsine bir TISS puanı aldığında onun bir zaman limiti çıkıyor ve burayı hesapladığımızda bizim hemşirelerimizin üç hastaya bir oranıyla hastaya bu düzlemde bakabilmesi mümkün değil. Çünkü yaklaşık 36 saatte eksiksiz yoğun bakım için ne olmalı bir kere 7/24 proaktif yoğun bakım uzmanı olmalı; performansı arttıran prosesler olmalı; analizlerimizi doğru yapılması gerekiyor ve kanıta dayalı en doğru deneyimlerin oluşması gerekiyor. Şu anda biz yoğun bakımlarımızın organizasyonuna baktığımızda bunların dört noktasında da eksliğimiz var. Peki, nasıl çözeceğiz. Ciddi bir sorun vardı yatakta şimdi bir de geldi ki başka bir sorunuzda sorunu daha da büyütüyoruz dedik ki yoğun bakım hastaları basamak değerlendirilecek.



Birinci basamak hasta için diyor ki ben sana birinci basamak için 200 lira veririm. Böyle bir hasta şimdi ikinci basamak hastası, şöyle Bu ikinci basamak hastayı solunum cihazına bağladık. şimdi üçüncü basamak hasta oldu. Peki, bu hasta kaçınıcı basamak hastası? Geri ödemesi de yok. Siz hastaya yoğunlaşmışsınız, ekoyu bağlamışsınız, hemofiltrasyonu bağlamışsınız, solunum cihazına bağlamışsınız ödeme açısından önemli değil. İşte 12 tane şey çizdim pompa çizdim 12 tane pompayı koymuşsunuz bunun ödemesini kim yapacak? Bir antibiyoterapi yaklaşık 500 tl tutuyor. Cost-effectivite'yi nasıl sağlıyorsunuz? Hastaya nasıl bakım verirsiniz? Hep Amerika'dan örnek veriyoruz. Bizde bu verileri almak çok zor. Amerika'da her yıl 4 milyonun üzerinde hasta bu yoğun bakımlarda yatıyor. Sağlık hizmetleri arasında hastanelerde yapılan medikal hataların %78'i yoğun bakımda yapılıyor. Amerika'da her yıl en az 540 bin hasta yoğun bakımda ölüyor. Burada sorunları söyle özetlersek;

- Yeterince yatak yok;
- Yeterince veri toplaması yok
- Kalite bakım kalitesinde sorunlar var;
- Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde sorun var;
- Uzmanla ulaşmak sıkıntılı;
- Hemşireye ekonomik kullanamıyoruz;
- Zaman sorunu var.



Buradan nasıl çıkabiliriz? Yine Amerika bunun çözümünü Tele-ICU ile buluyor. Yani Tele-Medicine yöntemleri ile çözüyor. Diyor ki Tele-Medicine şöyle bir şey. Bir noktadan başka bir noktaya elektronik haberleşme yöntemleri ile medikal bilgilerin aktarılmasıyla hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesi olarak tanımlanıyor. Bu mantıkla Tele-ICU yöntemi yoğun bakım yöntemi geliştirildi. Burada niye Tele-yoğun bakım olarak geliştiriliyor?

- Giderek yoğun bakım sayısı artıyor,
- Yoğun bakım hasta sayısı artıyor,
- Yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşire sayısında yetersizlik var

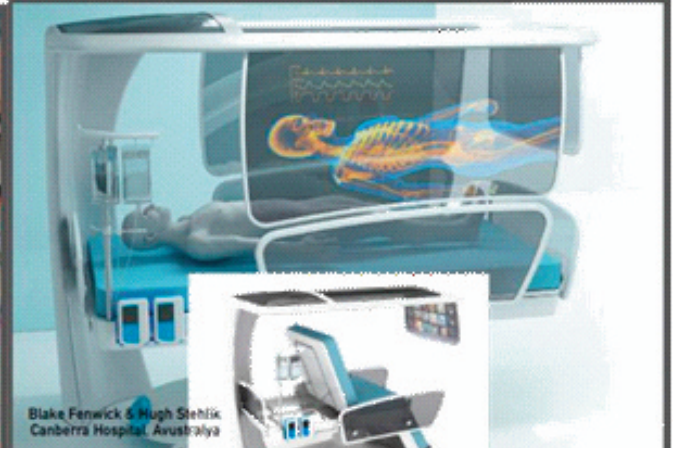
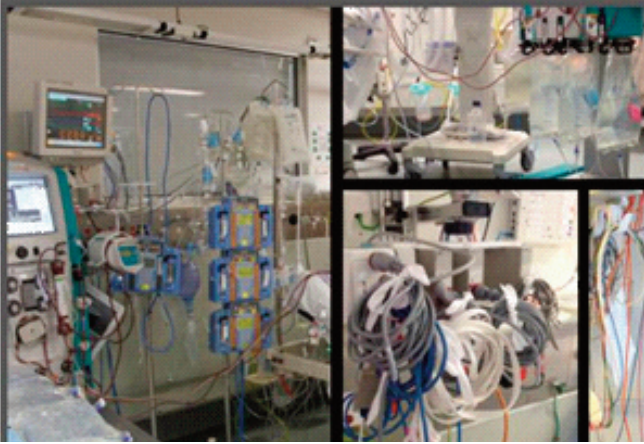
- Yoğun bakımın maliyeti yüksek,
- Finansal destek düşük, yoğun bakımlara ciddi bir finans desteği sorunu var,
- Veri Güvenliği ve veri toplamakta ciddi problemler var
- Yoğun bakımlarda ciddi oranda hata yapılıyor.



Şimdi Tele-ICU ile neleri sağlayabiliriz?

- Yoğun bakımdan hasta taburcu oranını arttırabiliriz ve mortaliteyi azaltabiliriz
- En doğru yaklaşımları uygulayarak komplikasyonları minimize edebiliriz ,
- Bölgesel medikal kadroyu destekliyen bilgi dağılımı bilgi paylaşımı olacaktır
- Hemşire "turnover"inde ciddi düşüşler oluşur
- Hasta ve yakınlarının hastaneye olan güvenleri artar
- Yoğun bakım gelişir hastanenin taburculuk yüzdeleri ve etkinliği artar
- Hastanenin değeri artar
- Yoğun bakım kapasitesi artar ve transfer yüzdeler artar
- Ve yoğun bakımların geliri artar.

Bunlarla ilgili kanıtları tek tek göstermeye çalışacağım. Şimdi etkili bir Tele-ICU'yu nasıl oluyor?



Bizim yaşadığımız yer burası; böyle bir ortamda yaşıyoruz; ama benim hayal ettiğim yoğun bakım bu değil. Şimdi Avustralya'da iki kişi çıkıyor diyor ki yoğun bakımı değiştirelim. Yoğun bakımı bu hale getirelim. Fütüristtik bir yoğun bakım yapılmak üzere paneller çekiliyor. Röntgen oluyor. Paneller çekiliyor başka bir teknikleri yapabiliyor-

sunuz. Hasta istediği zaman eviyle ya da bir takım sosyal ağlarla bağlantı kuruyor. Bütün bu şeyler sıvı verilmesi, ilaç verilmesi kompakt bir mekanizma üzerinden kurgulanıyor. Bütün destek hastanın yatağına alınıyor. Yatak akıllı yatak halinde.



Ben burada değilim; benim böyle bir yoğun bakımım olsa da yeter ama benim bu böyle bir yoğun bakımında yok. Yani ben yoğun bakımda otomasyonu yapamıyorum. Her hastanın başında solunum cihazı monitör işte hastanın yanına hasta yakınına koyamıyorum. Çünkü benim bir box sistemim yok. Hala koğuş sistemiyle bakıyoruz. O nedenle böyle bir yoğun bakıma hasretiz. İnşallah burada öyle bir yoğun bakım kuruyoruz. Bu yeni açılacak hastanemizin

yoğun bakımı olacak. Şimdi son söz olarak şöyle maliyet dedik, etkinlik dedik. Şöyle bir şey var. Beethoven quartetler yazmış. Quartetlerde iki keman ve viyolonsel, bir viola o zaman da çalınıyordu yine çalınıyor. O zaman ucuzdu şimdi pahalı. Ostrachtı dinlemek inanılmaz sıkıntı. Bu da robotumuz. Robot ile bakacağız hastalarımıza. Sabrınız için teşekkürler.



PANEL 4

**SAğLIK HİZMETLERİNDE ETKİ ALANLARI PERSPEKTİFİNDE ALANIN GERÇEK
SORUNLARINA ODAKLANMAK III**

Panelistler



Görkem AKSU



Zafer UTKAN



Gökhan AKBULUT



Dilek URAL



Kadir DOğRUER

Fethi ÇALIŞIR

Hocamıza teşekkür ediyoruz. Güzel sunumu için programda genişletilmiş panel diyor ama ben ismini ve niteliğini de değiştireceğim hızlandırılmış panel yapıyoruz. Şimdi panelistlere teker teker çağıracağım.

Görkem Aksu Hocamız Kocaeli Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Bölümünden;

Zafer Utkan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Genel Cerrah;

Dilek Ural Koç Üniversitesi Kardiyoloji Bölüm Başkanı;

Gökhan Akbulut daha önce de yer almıştı panellerimizde. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi ve Kadir Doğruer Hocamızı yeniden davet edelim.

Dediğim gibi bunu hızlandırılmış bir şekilde yapmaya çalışalım lütfen. Soruları Hatice Hanımla beraber hazırlarken açıkçası literatür vesaire de kopya çekip birtakım sorular hazırlamak yerine; hastanenin bir kullanıcısı olarak kullanıcıları olarak düşünüp katılımcılarımızın da uzmanlık alanlarına yönelik birtakım sorularla huzuruza geldik. Eğer siz uzmanlar için bu soruların düzeyi biraz düşük gelirse lütfen onu bizim bilgisizliğimize verin. Daha fazla sözü uzatmadan Görkem Aksu'ya sormak istiyorum. İlk sorumuzu radyasyon onkolojisinde maliyeti arttıran en önemli kalemler sizce nelerdir? ve bunların azaltılabilmesi için neler yapılabilir?

Görkem AKSU

Tedavi, radyoterapi pahalı bir tedavi. Çünkü bugün için kullanmakta olduğumuz cihazlara standart bir yoğunluk ayarlı Radyoterapi diyoruz. Biz artık MIRT dediğimiz tedavi yapan makineleri kullanıyoruz ve şu anda en ucuzları 5-6 milyon TL civarından başlıyor ve açık söyleyeyim ucu da yok. Yani 4 milyon Euro, 5 milyon Euro, 6 milyon euro gibi yani şöyle söyleyelim. Siz bugün 20-25 milyona küçük ölçekli bir bina yapabiliyorsunuz. Ama onun içine koyduğunuz bir radyoterapi cihazının fiyatı burada tabii artı işte tabii geri ödemeler buna bağlı olarak da radyoterapi pahalı bir tedavi. Fakat burada tabii bizim gibi gelişmekte olan ülkelere önemli olan standardizasyonun sağlanması yani sizin hizmet ettiğiniz hasta grubu, sizin karşılaştığınız hasta grubu sizlerden ne bekliyor. Örnek vereyim bugün söyledim. 5 milyon TL'ye de 6 milyon TL'ye de radyoterapi yapabilirsiniz. 15-20 milyon TL'ye de bir cihaz alabilirsiniz ama bu cihazların farklı farklı özellikleri var. Siz örneğin bir radyo cerrahi dediğimiz spesifik tedaviyi kaç hastaya yapıyorsunuz? Devlet hastanesinde mi çalışıyorsunuz? Eğitim araştırma hastanesinde mi çalışıyorsunuz? Üniversite hastanesinde misiniz? Günde kaç hasta tedavi ediyorsunuz? Şimdi bütün bu kavramların gündeme gelmesi

lazım. Bunlar tabii ki maliyetlerinizi etkileyen temel faktörler tek cihaz mı yetecek? İki cihaz mı yetecek? işte hep burada hasta sayıları önemli. O yüzden yönetimlerin planlama yaparken bunlara çok dikkat etmesi lazım. Uzatmadan kısaca böyle özetleyebiliriz.

Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Ben Zafer Hocama bir soru sormak istiyorum. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personel ücretlerinin düşük olmasının hasta odaklı hizmet kalitesine nasıl bir etkisinin olduğunu düşünüyorsunuz

Nihat Zafer UTKAN

2014 Yılında Antep'te göğüs cerrahı arkadaşınızın öldürüldükten sonra ertesi günü bir anma yapmak üzere refleks olarak hastanenin kapısının önüne çıktığımızda o kalabalığın hemen arkasındaki iki hasta sahibi olduğunu tahmin ettiğimiz kişilerden bir tanesi yandakine "Doktorlar ne için toplandılar? niye bağırıyorsunuz?" diye sorunca; diğeri de "Ne olacak canım yine para istiyorlardır" dedi. Şimdi böyle bir algı söz konusu fakat tabii hasta hekim ilişkileri, hasta sağlık personeli ilişkileri sadece karmaşık bir durum aslında fakat yabancı değerlendirmelerde; yine de en güvenilir en saygın meslekler grubuna girmekle birlikte son zamanlarda işte bu para işleri, akçeli işler maalesef durumu biraz daha sıkıntılı hale getiriyor diyebiliriz. Gerçekten etkili mi ya da düşük ücret mi söz konusu. Hekimler açısından baktığımızda; evet bir maaş alıyoruz. Bu maaşın yakın zamanda düzenlenmesi, düzelmesi veya artması çok beklenen bir durum değil. Öyle anormal bir artış olması da bence söz konusu değil. Bir zamanlar olmuştu 25 yıl önce. Günümüze böyle bir şeyde söz konusu değil. Tabii sağlıktaki dönüşüm programları, performans uygulamaları, döner sermaye uygulamaları ile bu maaşın dışındaki artışların temin edilmesi çabası güdülmekle birlikte; kurumların kalibrasyonu da her zaman eşit, düzenli ve adaletli bir dağılıma da izin vermiyor. Onu da söylemekte fayda var. Aslında sizler işletmecisiniz.

Bilimsel literatüre göre bir kurumsal yapının işletme olabilmesi için üç temel esas var. Önce mal ve hizmet üreten bir yapılanma olmalı; ikincisi bu üretilen değer karşılığında gelir elde edebilmeli ve üçüncüsü de bu gelirle mevcudiyetini sürdürüp çalışanlarına ve ortaklara kar payı dağıtılmalı; ama iki temel sorun var. Hangi hizmetlerde hangi değer ücretlendirilecek? Hangi para dağıtılacak? Cevap kolay kazanılan para. Nasıl kazanacak? Üniversite hastaneleri başta olmak üzere kamu hastanelerinin hepsi acaba kar amaçlı kuruluşlar mı? Yani çalışanlara bunu nasıl yansıtabilecek? Gerçekten çok zor ve zorunlu gelir getirmeyen hizmetlerin süspense edilmesine devam edilmesini de gerektiriyor. Performansın dağıtılması ile ilgili sorunlar var. Bunun üzerine bir de kaliteyi koymaya çalışıyoruz. Bu toplantıların yapılmasının Dr. Cantürk'e çok

teşekkür ediyorum ve bunun başlangıcının Kocaeli'nde olması nedeniyle de ayrıca onur duyuyoruz. Bu tartışmalar devam ederken; bu değişime öncülük etmesi gereken yenilikleri istemesi, talep etmesi ve uygulaması gereken üniversite hastanelerinde tabi son zamanlarda durağanlık yaşanıyor ve ciddi bir ekonomik sıkıntı söz konusu. Sağlıkta tasarruf tedbirleri yapılıyor. Kadir hocam çok güzel bir konuşma takdim etti. Bu tasarruflu olmalı mı yoksa maliyet etkinliği ile ilgili bir değerlendirme yapılarak mı bu şeyler belirlenmeli? Hastaların algıları çok farklı. Yani bizden çok şey bekliyorlar. Bu belki ülkemizin bulunduğumuz coğrafyanın bir özelliği de olabilir. Çok fazla fedakarlık etmemizi bekliyorlar. Geleneksel görüş çerçevesinde hasta ve hasta yakınları sağlık çalışanlarından gerektiğinde kendilerini hasta için feda etmesini beklemektedir. Bence bu patolojik bir durum ve gerçekten hasta hekim ilişkilerini de son derece bozabilir bir durum.

Şimdi sağlık sistemimizin kölesi diyebileceğiniz asistanlarımızın cerrahi asistanının bir günlük yaşamından biraz kesit sunmak istiyorum. Sabahları saat altı buçukta hasta vizitine başlarlar; sekizde ameliyathaneye inerler; artık o gün saat kaçta biterse ameliyatları ölesiyeye devam ederler; sonrasında yatan hastaların değerlendirmeleri; yoğun bakımlar ve servis vizitleri; eğer 8 civarında akşam evlerine girebilirlerse erken çıktık derler. Akşamları üzerlerine yüklenen ilave görevler seminer hazırlıkları, çeviriler, falan filan. Ayrıca hocaların fırça asistanın gübresidir tarzında davranarak; herhangi bir zaman diliminde çağrılmaları derdest edilmeleri ayrı bir sorun. Bunların dışında hak edişlerine oranla aldıkları cüzi maaşlar. Peki, ne var elimizde; mutsuz hekim mutsuz hasta. Mutsuz hekim mutsuz hastayı acaba iyi edebilir mi. Evet hastalardan birkaç örnek vereyim.

Nuri Bey diyor ki "Kolay gelsin Ben ... Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine mamografi sonucumu göstermeye gittim. Raporunda biyopsi gerekmektedir yazıyordu. Bunu asistan olduğunu tahmin ettiğim doktora sordum. Bana çok sert bir dille orayı oku burayı oku anlamıyor musun diye sert bir tavırla neredeyse kovdu. 2 dakika bile kalmadım yanında çok mahçup rencide olarak çıktım. Peki, hocam dedim olay çıkmasın diye bekleyen hastalara saygısızlık olmasın diye dışarı çıktım. Moralim çok bozuldu. Bununla ilgili gereğinin" Mehmet Bey diyor ki "Başımdan geçen bir olay bel ağrım için beyin cerrahına gittim. İçeri girdim. Daha ben bel dedim hemen kapıda işaretleyip MR'a yolladı. Daha sonra MR sonucunu götürdüğümde; yüzüme bile bakmadan. Fitiğin var; ilaç yazıyorum dedi ve ilacı yazdı. Ne yapmam gerekiyor ya da yapmamam gerekiyor bir şey söylemedi. Ben sordum bu ilacın faydası olacak mı? diye. Genelde oluyor" diye savuşturdu. Bu şekilde bir hizmet sizce ne kadar doğru. Hekimlerin tabii ki hastayı mutlu etme gibi bir kaygısı yok; aslında olmalıdır Çünkü bizler sağlık profesyonellerinin en temel arzusu insanların sağlıklı kalmasını sağlamak, hasta olanları iyileştirmek ve hayati riski olanları yaşama döndürmektir. Sorunun cevabı olarak da söylemekte fayda var. Sağlık çalışanları ve sağlık

kurumlarının çıkar ve beklentileri hastaya herhangi bir tıbbi müdahalenin yapılıp yapılmamasında belirleyici olmamalıdır; ama biraz önce bahsettiğim gibi sağlık çalışanlarının koşullarının düzeltilmesi, angaryaların azaltılması, performansı bir daha gözden geçirilmesi ve yardımcı sağlık personelinin mutlaka ekonomik açıklarının da gözetilmesi gerekmektedir. Teşekkür ederim.

Fethi ÇALIŞIR

Biz teşekkür ediyoruz. Bu arada sizin de sözünü ettiğiniz gibi akademisyenlerin maaşlarında ciddi artışın 20-25 sene önce olduğunu belirttiniz. Onu yapan benim her zaman hemşerisi olmakla gurur duyduğum Ekrem Pakdemirli idi. Biliyorsunuz yeni vefat etti. Bu vesileyle de Allah'a tekrar kendine gani gani rahmet eylesin diyorum. Diğer konuda tabii siz yine buyurdunuz. Doktorlarla sağlık personeli ile hastaların bakış açıları farklı. Meme cerrahi hocalarımıza bugün öğrencilerimiz vasıtasıyla bir anket dağıttık. Meme kanseri olan hastaların hasta memnuniyeti haritasıyla onlarla ilgilenen siz doktorların uzmanların haritasını çıkarmak istiyoruz. Bunu karşılaştırmak istiyoruz. İnşallah bu bağlamda da eğer sizlere sunulan anketleri doldurup; yine genç arkadaşlarımıza verebilirseniz çok memnun oluruz. Bunu da bir anekdot olarak aktarmak istiyorum. Ayrıca yardımcı olanlara tekrar teşekkür ediyorum. Bir sonraki sorumuzu Dilek Hanıma sormak istiyorum. Yanlış hatırlamıyorsam Kocaeli Üniversitesi ve sonrasında da Koç Üniversitesi; anladığım kadarıyla siz K ve O'yu muhafaza etmeye çalışıyorsunuz. Şimdi sorum da biraz o yönde olacak kamu ve özel sektör hastanelerini hasta memnuniyeti ve maliyetler açısından karşılaştırabilir misiniz?

Dilek URAL

Önceki konuşmalarda geçti. Hekimler için, siz de hasta oluyorsunuz biraz empati yapın dediniz. Açıkçası tabi tercihlerde kişilerin beklentileri hasta olarak beklentileri ve olanakları illaki belirleyici oluyor; ama görünen o ki hemen herkes olabildiğince kamu hastanelerinden ziyade özel hastaneleri tercih etmeye çalışıyor. Türkiye'de yapılmış bildiğim kadarıyla birçok hasta anketi var

Nereden daha çok memnunsunuz? Kamu hastanesinden mi daha çok memnunsunuz? Yoksa özel hastanelerden mi? Sonuç hemen hemen hiç değişmemiş. Hastalar özellikle özel hastanelerden daha fazla memnun olduklarını belirtiyorlar. Neden böyle yani niçin özelleri tercih ediyorsunuz? dendiğin de aslında bireysel olarak benim ve cevabı veren hastaların yanıtları değişmiyor.

- Birincisi kolay ulaşılabilmesi
- İkincisi hastanelerin nispeten hasta sayısının özellerde boş olması biraz daha bireysel hizmet almalarını sağlıyor. Kendilerinin özel hissetmeleri. Özel hastane hastaya kendisini özel hissettiriyor.

• Üçüncüsü iletişim; hekimle de yardımcı sağlık personeli çok daha iyi iletişilebiliyorlar ve bilgilendirmeleri özel hastanelerde çalışan doktorların daha fazla empati yaptıklarını söylüyorlar; ayrıca da mahremiyete daha fazla önem verdiklerini söylüyorlar.

Tabii ki maliyet hasta açısından net olarak devlet hastaneleri, kamu hastaneleri açısından neredeyse sıfır maliyet özelliklerinde de oldukça değişken bir profil.

Bu bağlamda baktığımızda aslında bu konuşmaların hasta odaklı sağlıktan bizde klinisyenler olarak birey odaklı tıbbı gidiyoruz. Bir kişinin genetiği, doğuşu, büyüüşü, çevresel maruz kaldığı faktörler, o anki durumu tamamı ile ele alınması gerekiyor. Bunu standart bir hekimin artık yapabilmesi mümkün değil. Hele bir de bir hastaya yani hastalık bazlı düşünelim kılavuzları onları bunları falan hepsini bir arada gözden geçirdiğimiz zaman gerçekten hekimin robot gibi bir şey olması gerekiyor. Tıbbın geleceği için yani ben 1-2 yorum yapmak istiyorum. Geçen sene geçtiğimiz Amerikan Kardiyoloji Kongresi'ne davet edilenlerden bir tanesi General Elektrik'in CEO'su idi ve şunu söyledi benim kızım dedi Tip 1 diyabet hastası. "Biz Amerika'da yaşıyoruz ve kızım doktoruna gittiği zaman doktoru yüzüne baksın istiyor" dedi. Bu arada çocuk 11- 12 yaşında. Oysa doktor sürekli karşısındaki bilgisayara bir şeyler girmeye çalışıyor dedi. Yani hızlı hızlı veri kaydeden; bana kaçamak bakışlar atan bir doktor vardı. Kızım "Baba bunu değiştir" dedi. "Benim de hedefim olabildiğince çocuğuma bunu sağlamaktır" diye ifade etti. Bu da General Elektrik gibi çok ciddi kuruluşun CEO'su olunca bu da hekimliğin geleceğini nispeten tehdit edici bir şey. Bu Hollywood filmlerini de göz önünde bulundurursanız; artık Hollywood filmlerinde gelecekte sağlık kabinleri var; doktorlar yok veya doktorlar yerine gayet iyi insan kılığında insan etkisini veren robotlar var. Bunların hepsi aslına bakarsanız aynı şey. Hastalandığımız zaman sadece bize özgü anında çok kolay bizi özel hissettirecek ve bize iyi bakıldığımızı hissettirecek bir tıp istiyoruz Başka bir şey değil.

Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Teşekkür ederiz. Ben Gökhan Bey'e bir soru sormak istiyorum. Kamu hastanelerinde hasta odaklı hizmet kalitesinin artırılması ve maliyeti düşürmek için ne yapılabilir? Önerileriniz nelerdir ?

Gökhan AKBULUT

Şimdi hasta odaklı hizmet derken; tabii hasta memnuniyetinden bahsediyoruz. Çok güzel anlattınız, özetlediniz. Bizim Sağlık Bakanlığı'nda rutin olarak her ay hastalara ve çalışanlara bir test yapılır ve bunun cevaplanması istenir. Poliklinik hastalarından ve bunun analizini genel sekreterlik (bizim bir üstümüzdeki) kurum yapar ve hastanenin bütün yöneticilerine gönderir. Genellikle de biz kendi hastanem-

izde, diğer hastanelerde aynı şekilde yapıyorlar ve bunları değerlendiririz. Hastalarımız ne kadar memnun? Çalışanlarımız yüzde kaç memnun? Geçen ay nasıldı? Geçen sene aynı ay nasıldı? Aynı zamanda kalite birimi dilek şikayet kutularından bilgi toplar ve biz onun dışında hastane olarak sosyal medyayı kullanıyoruz. Sosyal medyada ortalama 6 bin civarında bir takipçimiz var. Sosyal medyada yaptığımız sosyal faaliyetleri duyuruyoruz ve altındaki eleştirileri açık bırakıyoruz. Orada dilek ve şikayet edebiliyorlar veya teşekkür edebiliyorlar. Bunları da dikkate alıyoruz. Şöyle söyleyebilirim genellikle üç konuda şikayetçi alırsınız. Bütün hastanelerde çalıştım. Çok farklı profilde olan yerlerde eğitim düzeyleri farklı yerlerde 3 konuda şikayet alırsınız. Birincisi temizlik, ikincisi yemekler ve üçüncü size doktorun hemşirenin sağlık personelinin temizlik, güler yüz geliyor. Hastalar için genellikle eğer güler yüz varsa yada iyi iletişim kurulmuşsa birinci ve ikinci önemsiz olur. Biz çok şanslıyız gerçekten çok eski bir hastanemiz var. Otelcilik hizmetleri çok kötü, çok kalabalık. 45 yıllık binalar içerisine 10 bin kişiyi sokuyoruz; çıkartıyoruz; daracık yerler, havasız klimalar yok; refakatçi yatakları yok. Bunları düzeltmeye çalışıyoruz ama gerçekten yok. Fakat hasta memnuniyetimiz yüzde 91. Bunun sebebi ve bu şikayet kutularından geçiyor. Genellikle şeydir dilek ve şikayetler de bire ondur yani 10 tane şikayeti bir tane teşekkür alırsınız. Bizde bu 4-6 gibi bu oran. Onu da karşılaştırabilirsiniz.

Aynı hasta tekrar geliyor mu? Aynı bölgeden aynı hasta genellikle geliyor yani bizim sadık bir hasta grubumuz var. En önemli faktör dilek ve şikayetler de "doktorlarınız hemşireleriniz güler yüzlü, bizimle ilgilendiler" yazıyorlar. O kalabalığa rağmen bu yüzden memnuniyet duyuyorlar sanıyorum. İşin kritik noktası bu yani hastalığı tedavi ederken, sağlık hizmeti sunarken en kritik nokta bu verdiğiniz hizmet ne kadar üst düzey teknolojiye sahip olursa olsun; sizin bilgi düzeyiniz ne kadar iyi olursa olsun eğer güler yüzle anlatmıyorsanız; doğru iletişim kurmıyorsanız bunların hiçbir faydası yok. Yani hastaya ulaşamıyorsunuz, iyileşmesine katkıda bulunamıyorsunuz ve hasta memnun olmuyor. İkinci konu daha ucuza mal edilebilir mi? Hiç bir şey daha ucuza mal edilemez. Zaten maliyetler artıyor görüyorsunuz. Burada bir handikap var. Buna çok dikkat etmek lazım. Bir tanesi maliyetleri artırırken biz aslında teknolojiye, ilaçlara yatırım yapıyoruz. Yani hastalığı tedavi etmeye çalışıyoruz şimdi gider dediğiniz şey sağlık hizmetinde aslında insana yapılan yatırımdır. Siz daha sağlıklı bireyler oluşturup daha sağlıklı bir toplum oluşturabiliyorsanız; o yatırım size zaten geri dönecektir. Bu aslında bir gider değildir. Tıpkı eğitim gibi sağlığa yapılan harcama gideri olarak görülmemesi gerekir. Yatırım olarak görülmesi gerekir. Bu parayı acınmaması gerekir. Yani bir devlet niye var; eğitim güvenlik ve sağlık için onun dışında iyi fonksiyonları göz ardı edilebilir mi? Dolayısıyla burada harcanan para çok önemli değil ülkemizde harcamalar artmasına rağmen gene gayri safi milli hasılası içerisinde bu oran değişmiyor. Aslında daha da artırılması Fakat şu

yapılmalı tedavi edici hizmetlerden çok şunlara harcasak daha iyi olur. Yani biz yoğun bakımda harcadığımız parayı belki yaşlıların bakımına, Alzhemier hastalığına, engelli hastaların sosyal topluma katılmasına, belediyelerin bisiklet yolları düzenlenmesine, çocukların okul öncesi dönemde beslenmesine harcamalıyız ve burada maliyetleri de hiç önemsememeliyiz. Bir şey daha söyleyeyim. Einstein'ın değişen eğilimler için çok güzel bir sözü var. Bu sağlıkta dönüşüm programı maliyetleri artırdı ama hizmetlere daha kolay ulaşılmasını sağladı. Sağlık hizmetinin insanlar tarafından kullanımın da neden aşırı derecede artış oluyor? Veya suistimal mi ediliyor? Fakat Einstein'ın sözü şudur. Sorunlar kendilerini yaratan düzlemde çözülemez". Dolayısıyla farklı bir düzlemdeyiz. Yani Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm programının başka bir düzleme geçmesi gerektiğinin farkına varmalı ki farkında. Ancak bu tür toplantılar bu anlamda çok yararlı oluyor. Ben kişisel olarak çok faydalandım. Teşekkür ederim.

Fethi ÇALIŞIR

Biz de teşekkür ediyoruz. Son sorumuz Kadir Bey'e olacak. Türkiye'de özel hastanelerin acil ve yoğun bakım bölümlerinde hafta içi, akşamları ve hafta sonları neden uzman doktor bulamıyoruz. Bu durumun hasta memnuniyeti üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu düşünüyorsunuz ve son olarak bu durumda maliyet mi ve hasta memnuniyeti mi daha önemli hale geliyor ?

Kadir DOĞRUER

Şimdi bu soruya çok etkili bir cevap verebilir miyim bilmiyorum. Zorlandığın için değil; sakladığım için de değil; fakat çok farklı standartlar söz konusu yani özel sektörde birbirinden çok farklı konumda olan hastaneler var. Bu çok farklı konumdaki hastaneler çok farklı gece nöbetleri yaşıyorlar. Buradaki kriterlerden bir tanesi şu, hastanenin SGK ile anlaşması var mı? Eğer öyle bir şey varsa ekonomik açıdan bir takım tasarruflar nedeniyle; birtakım baskılar nedeniyle kağıt üstünde nöbetler tutuluyor ve özel sektörün farklı başka bir sorunu daha var. Kadro sorunu var. Ben şöyle bir şey söyleyeyim size. Ben yoğun bakıma kendi kadromdan nöbetçi yazmam; çünkü benim kadrom yok. Hastanede çalıştığım hastanede toplam üç anestezi kadrosu var. on yedi yataklı yoğun bakıma bakacak gece nöbet tutacak anestezi kadro verilmediği içinde nöbetçi yok. Ne oluyor bu sefer çevre hastanelerden asistan arkadaşlar nöbette geliyorlar ya da başka yerde çalışan arkadaşlar gece nöbete geliyorlar. Hatta şöyle bir kadro gelişti. Sadece nöbetlerle yaşayan hekimler var. Yani nasıl diyeyim bilmiyorum. Şimdi bu bir kaos, bunun çözülmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı'na geri dönüp kadro istiyorum dediğinde senin kadroya ihtiyacın yok deniyor. Bir tane anestezi yeter. 70 yataklı hastanede nasıl olabilir. Mümkün değil. Yoğun bakım açıyorsun on yedi yatak için ruhsat veriyor. on yedi yatak için kadro yok. Hastaya kim bakacak?

O hastaya hangi doktor bakacak? Diğer yandan mesaj yoğun bakım açısından bakıldığında belki kadro sorunu dediğinde Ben oraya uzman hekim koyamıyor olabilirim; ama diğer branşlar açısından bakıldığında bu sefer başka ekonomik sorunlar ortaya çıkıyor. Bir hastanede bir ortopedist yok. Bu SGK anlaşmalı olmayan hastanede de söz konusu. En büyük isimli hastanelerde bile gece ortopedist yok; kardiyolog var; kardiyolog genellikle var ama dahiliye uzmanı olmayabilir. Çocukçu, sorumlu pediatrist bulamayabilirsiniz. Kadın doğum uzmanı sorun olabilir; acil doğuma evden gelecektir. Yani bu kaosu şu anda çözebilmiş değiliz.

Bunun arkasında

1. Kadro sorunu var.

2. Maddi baskılar var.

Yani bu iki baskı ile birlikte ne yazık ki konuşmalardan bir tanesinde 17.00'den sonra kaos oluşuyor diye söylendi. Hastanede evet, bu özel hastane için de geçerli. Belki özel hastanede 19.00 dan 20.00'dan sonra oluşuyor; ama 17.00'dan sonra kesinlikle bir kaos var. Yani her şeyi durduruluyor; yavaşlıyor; bütün hizmet yavaşlıyor; her şey erteleniyor; yarına erteleniyor; gece hiçbir şey yapılmıyor ve hasta alınmamaya çalışılıyor. Halbuki şöyle bir şey var; benim deneyimim var. Acil hasta, sıkıntılı hasta gece oluyor; nedense hastaların kalbi gece duruyor; gece problem çıkıyor. Bunu belki metafiziksel bir takım şeylerle açıklamaya çalışabiliriz; ama o farklı bir tartışma. Gece sorunu çözemezsiniz aslında sadece erteliyorsunuz; yarın ekip geliyor ve sorunu çözmeye çalışıyor. O zaman tedavinin gecikmesinden dolayı ciddi bir maddi kaybınız oluyor. Öte yandan gecikme neticesi ile sağlıkta da kaybediyorsunuz. Morbidite artıyor ve mortalite artıyor.

Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

Katıldığınız için çok teşekkür ederiz. "Bu aslında bizim hayaldi gerçek oldu" nün ilk adımı olup; mühendislerle hekimlerin bir arada toplanıp; "problem definizin" dediğimiz; problemleri konuşup; en azından sizden dinleyip ikinci adıma geçmemiz için bir başlangıçtı. Katılmış olduğunuz için hepimize çok teşekkür ederim. Sağ olun.

Panel Çıktıları

• Türkiye'de yapılmış birçok hasta anketi vardır. Kamu veya özel hastane tercihi yapması istenen hastalar her zaman özel hastaneyi tercih etmişlerdir. Neden?

1. kolay ulaşım,

2. hasta sayısının az olması boş olması bireysel hizmet almalarını sağladığı için özel hissediyorlar

3. iletişim. Hekim ve personelle daha fazla empati yaptıklarını ve mahremiyete daha fazla önem verdiklerini söylüyorlar. Hasta odaklı sağlıktan birey odaklı tıbbı doğru gidiliyor.

• Sağlık bakanlığı her ay hastalara ve çalışanlara test göndermektedir. Genel sekreterlik analizini yapar ve bütün has-

taneye yollar. Bunlar değerlendirilir. Hastalar ve çalışanların ne kadar memnun olduğu geçmiş veriler ile kıyaslanır. Kalite birimi, dilek şikayet kutuları da koymakta olup sosyal medya da kullanılmaktadır. Böylece hastalar ve çalışanlar direkt teşekkür ve şikayet edebiliyorlar. Genellikle 3 konuda şikâyet alınıyor:

1. Temizlik
2. Yemek
3. Sağlık personelinin güler yüzlü olmayışı. Verilen hizmet ne kadar üst teknoloji olursa olsun güler yüzlü olunmalıdır. Maliyetler hiç önemsenmemeli ve farklı hastalara okul öncesi çocuklara vs. harcanmalı.

• Hastaneler için çok farklı standartlar söz konusu . Özel sektörde birbirinden çok farklı konumda hastaneler var.

Hastanenin SGK ile anlaşması var mı? Kadro sorunu nasıl çözümlenmektedir? Çevre hastanelerden nöbete geliyorlar mı? Sadece nöbetlerle yaşayan hekim var!! Ruhsat veriliyor ama hekim yok. Genelde sorunlar gece ortaya çıkar. Ekip de ertesi gün geldiği için tedavi ertelenmiş oluyor.

• Sağlıkçıların yakın gelecekte ekonomik girdilerinin artması söz konusu değildir. Hastalar çok şey bekliyorlar. Literatür çerçevesinde geleneksel sağlık yönetiminde hekimin hasta uğruna kendini feda etmesi beklenmektedir. Asistanlara fazla yüklenilmektedir. Unutulmaması gereken şey sağlık çalışanlarının maaşlarının düşük olması hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının; dolayısıyla hastanın mutsuz olmasına sebep olmaktadır.



SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Sunulan sağlık hizmetleri için yeterli düzeyde kalite sonuçlarının toplanması ve duyurulması, hizmetin kalitesinin yükseltilmesi, sağlık çıktılarına göre standartların geliştirilmesi, hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale getirilmesi, hizmetlerde ve yönetimde koordinasyon ve entegrasyon oluşturulması, sağlık kalitesi üzerine veri sistemlerinin oluşturulması, var olanların geliştirilmesi ve sürekli profesyonel eğitim ve gelişmeye yönelik ihtiyaçlar için standartların belirlenmesi ve kılavuzların yazılması gerekmektedir.

USKAF I sonucunda birinci arama toplantısı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantının amacı **Terminoloji ve Veri Toplama** olarak belirlenmiştir. Beyin fırtınası raporda

detaylı olarak tamamlanmış ve mevcut durum ile nereye gidilmek istendiği detaylıca tartışılmıştır. Bir sonraki toplantı olan ikinci arama toplantısı **USKAF II**'nin hedefi ve başlığı olan **Sağlık Endüstrisi 4.0** ile amaç ve hedef geliştirmeye katkı sağlanmış olacaktır. Bu toplantıların sonuncusu olarak üçüncü arama toplantısı **USKAF III**'de yapılarak **Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme** konusu irdelenip raporları hazırlanarak Türkiye'de sağlık sektöründe kaliteyi iyileştirme konusunda adımlar atılmış olacaktır. Ardından nihai hedef olarak **HEALTHQUALITISTANBUL** ile 2002'den itibaren gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programı uluslararası literatür ile tartışılacaktır.



