



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU

SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası

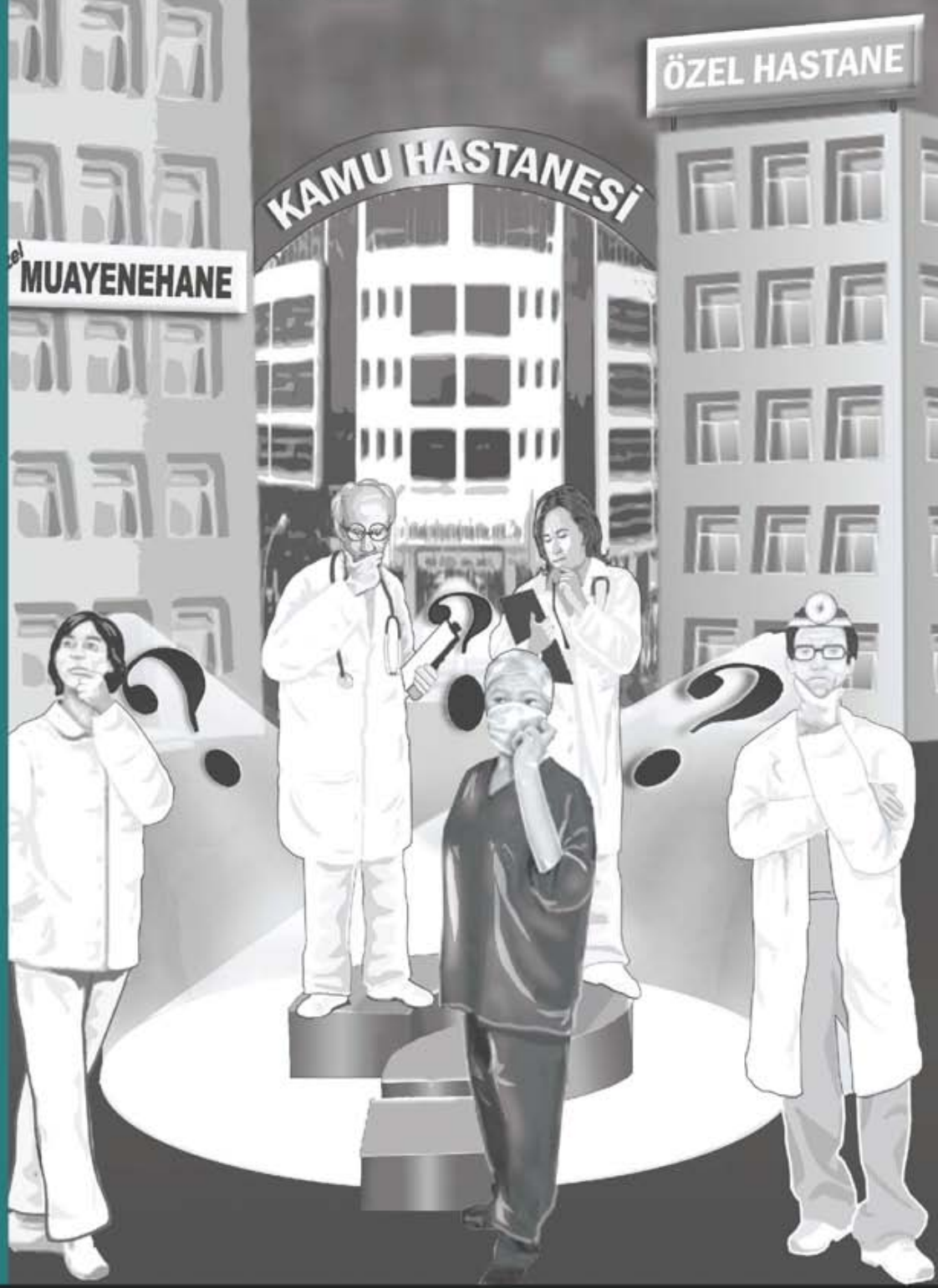
Dergisi

www.sagliksen.org.tr

GENEL YETKİLİ SENDİKA

Temmuz 2009

Tam Gün Yasasında Kaygılar Giderilmeli



GÜNDEM



Dumansız Hava Sahası
Genişliyor

9

ARAŞTIRMA-İNCELEME



Sağlık Çalışanları Açısından
İnfeksiyon Hastalıkları Riski
ve Korunma

36

PORTRE



İlk Hemşiremiz
Safiye Hüseyin ELBİ

54



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası

TEMMUZ 2009

**SAĞLIK-SEN ADINA
İMTİYAZ SAHİBİ**
Mahmut KAÇAR
Genel Başkan

GENEL YAYIN YÖNETMENİ
Semih DURMUŞ
Genel Basın Yayın ve Dış İlişkiler Sekreteri

YAYIN KURULU
Menderes TURBAY
Metin MEMİŞ
Mehmet Güner ERDOĞDU
Mustafa KULLUK
Mahfuz SUNAR

EDİTÖR
Murat KALEM
Genel Başkan Danışmanı



Grafik Tasarım ve Uygulama
Sağlık-Sen Genel Merkezi

BASKI
Başak Matbaası ve Tan. Hiz. Ltd. Şti.
Anadolu Blv. Meka Plaza İş Mrk. No:5/15
Gimat - Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 312 397 16 17 Fax: 0 312 397 03 07

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 19 95
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.saglik-sen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.
Yazıların sorumluluğu yazarına aittir.

İçindekiler



BAŞKANDAN

2 Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Paradigma Yanlışları

GÜNDEM



4 Dumansız Hava Sahası Genişliyor Hastaneler Ne Kadar Güvenli? A/H1N1 Virüsünün Pandemik Serüveni



DOSYA

13 Tam Gün Yasası Kaygıları Gidermeli

ARAŞTIRMA-İNCELEME



36 Sağlık Çalışanları Açısından İnfeksiyon Hastalıkları Riski ve Korunma

SAĞLIKLI İLETİŞİM



İletişim İçin Yalnızca 2 Şey
Bedenimizle Sağlıklı İletişim

46



SAĞLIĞINIZ

50

Sağlıklı Beslenme Tüyoları
Ağrıları Kronikleştiren Sorunlar



BİLİŞİM

Akıllı Hastaneler ve Bilişim

52



PORTRE

54

Safiye Hüseyin ELBİ

Demokratik sistemleri ayakta tutan unsur sivil toplumdur. Sivil toplum, militarist toplumun karşıtıdır ve bu zıtlık devlet algısında ortaya çıkar. Darbeler ve müdahalelerden müteşekkil siyasi tarihimize rağmen, son yıllarda ülkemizde, demokratikleşme ve sivilleşme yolunda geçmişten daha kararlı ve büyük adımlar atılmaktadır.

Demokratikleşme ve sivilleşme yolunda atılan her adım, devletimizi; şeffaf, hesap verebilir, örgütlenmesini ait olduğu topluma hizmet temelinde yeniden şekillendiren bir yapıya dönüştürmektedir. Bu dönüşüm toplumsal değişimin bir sonucudur. Toplumumuzda değişime yönelik bir irade oluşmasaydı bugün geçmişin karanlık dönemi yargılanamazdı. Ülkemizde hukukun, demokratik ve şeffaf devlet anlayışının, sarsılmayacak şekilde derinlere kök salması, sivil toplumun güçlü iradesine bağlıdır.

Sivil toplum aynı zamanda örgütlü toplumdur. Sivil toplum örgütleri, demokratik kurallara bağlı kalmak kaydıyla, adalet ve eşitlik temelinde hak arayışı içinde olan meşru baskı gruplarıdır. Sendikalar, tarihsel tecrübesinden kaynaklanan gücüyle sivil toplum örgütleri içinde lokomotif görevini üstlenen baskı gruplarıdır. Ülkemizde de emek örgütleri, hak mücadelesinde öncü role sahiptir. Çalışanların ekonomik ve sosyal haklarının müzakere edildiği toplu sözleşme ve toplu görüşmelerde, hem emek kesimini hem de işveren kesimini sendikalar temsil etmektedir.

Sendikalar ve sivil toplum örgütlerinin birincil görevi, ait oldukları kitlenin haklarını korumak ve beklentilerine cevap vermektir. Bu sorumluluğu başarı ile taşıyabilmek, faaliyet alanının tüm sorunlarına vakıf olmayı gerektirir. Ancak ülkemizdeki sivil toplum örgütlerinde alanının dışına çıkma alışkanlığına sıkça rastlanmaktadır. Halbuki sendikalar, tabanları ve muhatapları nazarındaki saygınlığına zarar veren bu zaaftan kurtulmalı ve hitap ettiği alanda yetkin olmaya çabalamalıdır. Bilgi çağının imkanlarını en iyi şekilde kullanarak faaliyet alanına ilişkin sorunlara çözüm önerileri geliştiren, hitap ettiği kitlenin sesini ve gücünü hissettirmeye dönük ürünler ortaya koyan sendikalar gelecekte de etkinliklerini koruyabileceklerdir.

Sağlık ve sosyal hizmet kolunda tüm çalışanları temsil etme yetkisi alan Sağlık-Sen, hitap ettiği kitlenin sorunlarını daha güçlü seslendirme hedefinde ilerlemektedir. Sağlık-Sen dergisi bu hedef doğrultusunda şekillenmiştir. Dergimiz, sağlık ve sosyal hizmet gibi 70 milyon insanımızı ilgilendiren hizmetleri özverili bir şekilde yerine getirmeye çalışan üyelerimizin dünyasına ışık tutmayı amaçlamaktadır. Yapılan haksızlıkları, uygulanan politika yanlışlıklarını, çalışma koşullarının ve kurumsal sorunların getirdiği olumsuzlukları gündeme taşımayı hedefleyen Sağlık-Sen dergisi, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının dünyasından kamuoyuna açılan bir pencere olacaktır.

Üçer aylık periyotlarla yayınlayacağımız dergimizin ilk sayısında, Tam Gün Yasa Tasarısı'nın sağlık çalışanları açısından öne çıkan sorunları, sahanın uzmanları tarafından tartışılmaktadır. Yukarıda belirttiğimiz hedef ve amaçlar doğrultusunda hazırlamaya çalıştığımız dergimizi yenilenen yüzüyle okurlarımızın ilgi ve beğenisine sunuyoruz.



Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Paradigma Yanlılıkları



Mahmut KAÇAR
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Hükümetin icraat döneminin köşe taşlarından birisini Sağlıkta Dönüşüm Programı oluşturmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlandığı 2004 yılından bugüne gelişen süreci özetleyecek en doğru cümle şudur: "Yetersiz sayıda sağlık personeli ile kat be kat artan sağlık hizmeti ve vatandaş memnuniyeti sağlanmıştır."

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında ortaya konan reform niteliğinde dönüşümlerle, vatandaş memnuniyetinin cumhuriyet tarihimize içinde en yüksek seviyeye ulaştığını istatistikler ortaya koymaktadır.

Ön yüzünde böylesine bir başarının resmedildiği madalyonun arka yüzünde ise, sağlık hizmetlerinin aksamaması için, türlü zorlukları büyük fedakarlıklarla göğüsleme gayreti içinde çırpınan sağlık çalışanlarının sorunları gizlenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının vatandaş memnuniyeti temelinde sürdürüldüğünü sıkça dile getiren hükümet, sağlık sisteminin sorunlarına çözüm getirmeyi hedefleyen politikaları belirlerken, sağlık çalışanlarının sorunlarını da dikkate almamıştır.

şanlarının sorunları gizlenmektedir.

Toplumun tüm kesimlerine ücretsiz, eşit ve en kaliteli sağlık hizmetini sunma hedefiyle sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Programının, hekiminden hemşiresine, idarecisinden personeline 400 bine yakın sağlık çalışanının, geleceğe umutsuzca bakmasına neden olan, iş motivasyonunu bozan uygulama yanılıklarını bünyesinde barındırıyor olmasını, anlamak mümkün değildir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının vatandaş memnuniyeti temelinde sürdürüldüğünü sıkça dile getiren hükümet, sağlık sisteminin sorunlarına çözüm getirmeyi hedefleyen politikaları belirlerken, sağlık çalışanlarının sorunlarını da dikkate almamıştır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve vatandaş memnuniyetini sürdürülebilir kılmayı engellemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı başarılı olamazsa, bu ancak sahada çalışanlarla mümkün olacaktır.

Nitekim 2004 yılından bu yana uygulanan program çerçevesinde, personel sayısında belirgin bir artış olmamasına rağmen, sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaş sayısı en az beş kat artmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık personelinin ekonomik ve özlük haklarına yönelik de bir takım yenilikler getirmiştir, ancak getirilen bu yeniliklerin, genel olarak sağlık çalışanları açısından huzursuzluk kaynağı olduğu bir gerçektir. Örneğin, sözleşmeli personel politikaları çalışma barışını tehdit eden en önemli huzursuzluk kaynaklarından birisidir.

Performans sistemine ilişkin sorunlar, tabip dışı personelin yaşadığı döner sermaye dağılımındaki adaletsizlikler v.b. konular, ancak ekip anlayışı içinde kaliteli hizmetin verilebileceği sağlık alanında, ekip ruhunu ve çalışma barışını tehdit eden önemli huzursuzluk kaynakları olarak varlığını sürdürmektedir.

Peki Sağlıkta Dönüşüm Programının geleceğini tehdit eden bu sorunlar niçin varlığını sürdürmektedir? Sistemin sağlık çalışan-

ları açısından adaletsizlik içeren yönlerini ortadan kaldırmak için neden gayret gösterilmemektedir? Sağlık hizmetleri, Anayasa ile teminat altına alınmış bir sosyal devlet sorumluluğu değil midir? Sosyal devlet aynı zamanda, emeğin haklarını koruyan, adil ve eşitlikçi bir düzenin güvencesi değil midir?

Şu haliyle Sağlıkta Dönüşüm Programını bir sosyal devlet projesi olarak görmemizi engelleyen ciddi bir paradigma sorunu yaşanmaktadır. Hükümetin sosyal devlet anlayışında sağlık çalışanların hakları bahis mevzuu olduğunda kırılma yaşandığı gözlenmektedir.

Toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmetini ücretsiz, eşit ve en kaliteli biçimde ulaştırma hedefiyle sosyal devlet sorumluluğunu yerine getirmeye çalışan Hükümet, eşit ve adil çalışma koşulları oluşturma, sağlık çalışanlarının emeğine, alın terine, huzur, refah ve güvenliğine dönük tedbirleri alma konularında, ekonomik kaygıları önceleyen bir saikle hareket etmektedir.

Bu görüşümüzü haklı çıkaran gelişmelerden birisi, TBMM Sağlık Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda müzakereleri tamamlanarak Genel Kurula sevk edilen Tam Gün Yasa Tasarısı'dır.

Tam Gün Yasa Tasarısının hazırlık sürecini yakından takip edenlerin de iyi bileceği gibi, Bakanlık, başta sendikamız olmak üzere ilgili kurumların Tasarıya ilişkin eleştirileri ve önerilerinin önemli bir bölümünü hazırladığı taslağa yansıtılmış ve Nisan ayı içinde kamuoyuna detaylarını açıklamıştır.

Bakanlığın hazırladığı bu taslağı, biz birkaç husus dışında olumlu bulduğumuzu ifade ettik. Ancak,

Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını, başta performans sistemi olmak üzere uygulamada yaşanan sorunları en iyi bilen kurum olan Sağlık Bakanlığının önerdiği bir taslağın, Maliye ve SGK tarafından tüccar mantığı içinde tırpanlandığını gördük.

Tasarı'nın Komisyon görüşmeleri sürecinde yaşanan olaylar ise, meselenin; var olan sorunların çok uzağında ele alındığını göstermiştir. Nitekim, sendika olarak hem hekimler, hem de hekim dışı sağlık personeli için talep ettiğimiz, döner sermaye gelirlerinin emekli keseneğine yansıtılması konusunda, sadece hekimlere yönelik bir iyileştirme yapılırken, hekim dışı personel dikate alınmamıştır.

Özetle, Sağlıkta Dönüşüm Programının sevk ve idaresinde öne çıkan piyasacı paradigmadan vazgeçilmelidir. Vatandaşa en iyi sağlık hizmetinin, en modern çalışma koşullarında, nimet ve külfetin en adil dağıldığı bir çalışma düzeninde sunulması hedefi içinde hareket edilmelidir.

Hekimler için döner sermaye gelirlerinin emekli keseneğine yansıtılmasını haklı bulan Komisyon, hekim dışı personeli hangi saikle devre dışı bırakmıştır. Yine; döner sermaye sisteminde adaleti sağlamaya dönük olarak, hekim dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının yüzde 200'e çıkartılması talebimiz, devlet bütçesine hiçbir ek yük getirmediği halde niçin kabul

edilmemiştir?

Tüm bu gelişmeler göstermektedir ki, politika belirleyiciler, Sağlıkta Dönüşüm Programını piyasa mantığı içinde ele almaktadır. Sağlık hizmetlerini bir maliyet unsuru olarak masaya yatırmaktadırlar. Sistemin içinde barındırdığı sosyal sorunlara, adaletsizliğe kayıtsız kalmaktadırlar.

Ancak sağlık hizmetlerinin aksamadan yürütülmesinden sorumlu bulunan hükümetin, sağlık çalışanlarının hakları konusunda tüccar mantığı içinde hareket ettiği ve meseleyi kar-zarar hesabı içinde değerlendirdiği bir ortamda, sağlık çalışanlarının emeğinin karşılığını en adil ve eşit koşullarda almak için sesini yükseltmesi ve mücadele etmesi en doğal hakkıdır.

Özetle, Sağlıkta Dönüşüm Programının sevk ve idaresinde öne çıkan piyasacı paradigmadan vazgeçilmelidir. Vatandaşa en iyi sağlık hizmetinin, en modern çalışma koşullarında, nimet ve külfetin en adil dağıldığı bir çalışma düzeninde sunulması hedefi içinde hareket edilmelidir.

Aynı işi yapıp farklı haklara sahip olan çalışanların bulunduğu, gerek iş yükü, gerekse gelir dağılımı açısından büyük adaletsizliklerin yaşandığı bir sistemden sürdürülebilir bir başarı beklenmemelidir.

Sağlık ve Sosyal Hizmet çalışanlarının yetkili sendikası olarak, gerek Tam Gün Yasa Tasarısı'nın Genel Kurul görüşmelerinde, gerekse sağlık çalışanlarının mağduriyet yaşadığı tüm konularda demokratik haklarımızı en etkin şekilde kullanmaya devam edeceğiz.



Dumansız Hava Sahası Genişliyor



Sigara yasağından bir yıl muaf tutulan lokanta, kahvehane ve kafeteryalar da 19 Temmuz 2009'dan itibaren sigara yasağı yürürlüğe girdi



Dumansız yaşama destek olun



Havanızı koruyun!



Halk sağlığı bakımından ciddi sorunlara neden olan sigara kullanımı, küresel bir sorun olarak varlığını sürdürüyor. Sigaraya bağlı hastalıklardan dünya genelinde her yıl yüz binlerce insan ölürken, ülke-

ler düzeyinde sigarasız bir dünya için önemli adımlar atılıyor. Türkiye de sigara tüketiminin en yaygın olduğu ülkelerden biri olma özelliğinden kurtulmak için ciddi tedbirler alan ülkelerin başında geliyor.

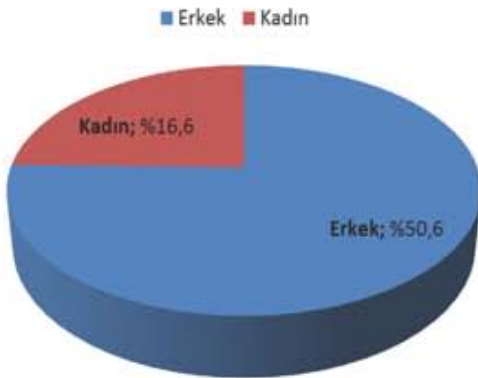
İstatistiklere göre Türkiye, sigara tüketimi açısından Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sırada geliyor. Yapılan araştırmalar, Türkiye'de 18 yaş ve üstü sigara içenlerin oranını yüzde 33.4 gösterirken, erkeklerin yüzde 50.6'sının, kadınların ise yüzde 16.6'sının sigara içtiğini ortaya koyuyor.

Çeşitli kurum ve kuruluşların sigaranın zararları üzerine yaptığı araştırmaların ortaya koyduğu verilere göre;

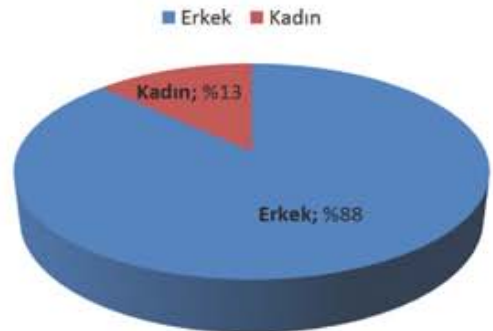
Sigara içmenin önlenmesi ile toplumun trakea, bronş ve akciğer kanserinden Korunma oranı %77. Erkeklerde bu oran %88, kadınlarda ise %13.

Türkiye'de "pasif içici" denilen, sigara içilen ortamlarda bulunan insanların sigara dumanından etkilenme oranı yüzde 80. (2005 Eurobarometer çalışması)

Türkiye'de Cinsiyete Göre Sigara İçme Oranı



Sigara İçmenin Önlenmesi ile Toplumun Kanserden Korunma Oranları





Hastaneler Ne Kadar Güvenli?



Bursa Şevket Yılmaz Hastanesi Yangını ile birlikte Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının ne kadarının yapı güvenliği standartları taşıdığı, benzer olayların yaşanabilme potansiyelinin olup olmadığı akıllara takılan sorular olarak öne çıkıyor

Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi'nde çıkan yangının ardından, hastanelerin yangın, deprem gibi felaketlere karşı dayanıklılıkları tartışma konusu oldu. Bursa'da elektrik sisteminden kaynaklanan yangının ardından İstanbul'da Çapa ve Cerrahpaşa hastanelerinde de küçük çaplı

yangınlar meydana geldi.

17 Ağustos 1999 tarihinde meydana gelen ve yüzyılın felaketi olarak adlandırılan Marmara depreminden sonra, binaların yapı güvenliği konusu önemli bir gündem maddesi olarak bugüne kadar varlığını korudu.

Bursa Şevket Yılmaz Hastanesi yangını ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin ne kadarının yapı güvenliği standartları taşıdığı, benzer olayların yaşanabilme potansiyelinin olup olmadığı akıllara takılan sorular olarak öne çıkıyor. Bakanlık kaynakları, yapı güvenliği konusunda üst düzey du-



yarlılıkla hareket ettiklerini ve yeni yapılan binaların bu noktada Avrupa standartlarının üstünde olduğunu belirtirken, bugüne ve geleceğe ilişkin bir takım veriler de ortaya koyuyorlar.

Bakanlık kaynaklarından alınan bilgilere göre, Türkiye genelinde yaklaşık 870 hastane bulunuyor. 2003 yılından bu güne kadar 235 hastane ve 113 ek bina yapıldı. Bu sayı toplam hastaneler içinde yüzde 30'luk bir düzeye tekabül ediyor. Bu hastanelerin bir kısmı yeni arsalar üzerine kurulan binalar iken, bir kısmı da eski ve kullanılamaz hale gelmiş hastanelerin yerine yapılıyor. Bu binalar çağın gelişen koşullarına göre sürekli yenilenen yönetmeliklere uygun şekilde kuruluyor.

Bakanlık kaynaklarından alınan bilgilere göre, Türkiye genelinde yaklaşık 870 hastane bulunuyor. 2003 yılından bu güne kadar 235 hastane ve 113 ek bina yapıldı. Bu sayı toplam hastaneler içinde yüzde 30'luk bir düzeye tekabül ediyor.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Bursa Şevket Yılmaz Hastanesi yangını sonrası hastanelerin genel durumu üzerine kamuoyuna yaptığı değerlendirmede bulunmuş ve yeni yapılan hastanelerin teknolojik donanımının yüksek standartlarda olduğunu ifade etmiş-

ti. Bakanlık kaynakları geliştirdikleri "nitelikli hastane" kavramının bir çok Avrupa ülkesine model olduğunu, Türkiye'de yeni yapılan hastanelerin standartlarının örnek alınacak düzeyde geliştiğini kaydederlerken, Bakanlığa bağlı tüm hastaneleri "nitelikli hastane" konumuna getirmeyi hedeflediklerini dile getirdiler.

TÜTEV: Binaların Risk Analizleri Yaptırılmalı

TÜTEV (Türkiye Teknik Elemanlar Vakfı) yetkilileri, kamu binalarının güvenliği konusunda, risk analizlerinin uzmanlarca yapılıp, analiz raporuna göre felaket başa gelmeden gereken önlemleri almanın çok daha kolay ve ucuz bir yöntem olduğunu vurguluyor. Sadece yangın değil olası bir deprem durumunda bile ellerinde gerekli raporların olmadığını belirten yetkililer, devletin ivedilikle okul, hastane, yurt, alışveriş merkezi, ibadethane gibi toplu yaşam yerlerinin risk analizlerini, sahasında yeterli teknik elemanlara hazırlattırıp gerekli önlemleri alması gerektiğini ifade ediyorlar.





SHÇEK Çalışanı Olmanın Bedeli



Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çalışanlarının ortaya koyduğu emek ile sahip olduğu haklar göz önüne alındığında yaşanan mağduriyetin boyutu net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Sosyal hizmet alanı, bugün hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmekte olan veya geri kalmış ülkelerin devlet politikalarında öncelikli yeri olan ve giderek önemini artıran alanlardan biridir.

Küreselleşme, nüfus ve demografi, eğitim, ekonomik gelişmeler, teknoloji, devlet politikaları, kalkınma programları, aile yapısında meydana gelen değişiklikler, paydaş kurum ve kuruluşlar arası koordinasyon, sosyal hizmetlere ihtiyacı

direk etkileyen unsurlardır.

Ülkemizde sosyal hizmet alanında en kapsamlı uygulamaları yapan kurum, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'dur. Sosyal hizmet politikasının belirlenmesi, uygulanması ve kurumlararası koordinasyonun sağlanmasında merkezi rol oynayan SHÇEK, sosyal hizmet alanında faaliyet gösteren tüm kamu kurum ve kuruluşlarının, yerel yönetimlerin, STK'lar ve özel sektörün birbiri ile koordineli çalışmasını, sosyal hizmetlerin belli



bir kalite ve verimlilikte sunulmasını sağlamaya çalışmaktadır.

Ancak bunun yanında SHÇEK'li personelin çalışma şartları incelendiğinde hak kayıplarının fazla olduğu aşikârdır. Yapılan işin önemi ve riski ile çalışanın sahip olduğu haklar göz önüne alındığında mağduriyetin boyutu ortaya çıkıyor. Beş farklı ücret uygulamasının yaşandığı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çalışanlarının temel sorunları şu başlıklar altında toplanmaktadır:

1. Ek Ders Uygulaması

a. SHÇEK'de görev yapan personel Milli Eğitim Bakanlığına nazaran ek ders saatleri daha az tahakkuk ettirilmektedir. (Örneğin; M.E.B.'da normal bir okul Müdürü haftalık 25 saat ek ders alırken, SHÇEK'de daha zor şartlarda görev yapan bir kuruluş Müdürü haftalık 15 saat ek ders almaktadır. Yine örnek verecek olursak; M.E.B da görev yapan bir öğretmen haftalık 18 saat ek ders alırken SHÇEK'de daha zor

şartlarda görev yapan bir öğretmen 15 saat ek ders almaktadır.)

b. M.E.B.'da yatılı bölge okullarında görev yapan bir öğretmen haftalık 30 saat ek ders ücreti ile gece nöbet tutulduğunda bir nöbet karşılığı 6 saat ek ders ücreti alırken;

c. Aynı yatılı okul statüsünde olan SHÇEK'e bağlı kuruluşlarda görev yapan bir öğretmen M.E.B.'da görev yapan personelin yarısı kadar; haftalık 15 saat ek ders ücreti ile gece nöbet tutulduğunda bir nöbet karşılığı 3 saat ek ders ücreti almaktadır.

2. Denge Tazminatı Uygulaması

Kamu görevlileri arasındaki ücret farklılıklarını dengelemek için uygulanan denge tazminatından SHÇEK'de meslek elemanları olarak adlandırılan personelden sadece öğretmenler yararlanmaktadır. (Örneğin; Kurumun hizmetlerinde çok önemli yer işgal eden Sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, diyetisyen vb. personel denge tazminatından yararlanmamaktadır.)



**Sosyal hizmet
çalışanları
mağduriyeti
değil,
adaleti
hak ediyor.**





İnsanlığın yenilenen virüsü ile ilgili DSÖ alarm seviyesini 6'ya yükseltti

A/H1N1 Virüsünün Pandemik Serüveni

Domuz gribi dünya kamuoyunun gündemini meşgul etmeye devam ediyor. Tüm dünyayı etkileyen ve kıtalar arası salgın (pandemi) boyutuna ulaşan A/H1N1 virüsünün bulaşıcılık düzeyinin kuş gribinden daha etkin olduğu söyleniyor.

Dünya Sağlık Örgütü, salgının pandemi evresini 11 Haziran 2009 tarihinde 6'ya yükseltti. Bu gelişme ne anlama gelmektedir? A/H1N1 virüsünün pandemik serüveninde insanları neler bekliyor? Geçmişteki pandemilerden farkı nedir?

Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Daire Başkanlığında grib sorumlusu olarak görev yapan Dr. Yavuz Odabaş, A/H1N1 virüsü ile ilgili bilinenler ve bilinmeyenler, salgınla mücadele adına ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar hakkında okurlarımızı aydınlattı.

Pandemi Nedir?

Pandeminin anlamı kıtalar arası tüm dünyayı etkileyecek salgın anlamına gelmektedir. Grip virüsü 30-40 yılda bir yapısında büyük değişimler yaparak grip pandemilerine neden olmaktadır. Pandemiler toplumda ekonomik ve sosyal birçok yıkıma neden olmaktadır. 20.yy'da bilinen önemli grip pandemilerinin başında 1918 İspanyol, 1957 Asya ve 1968 Hong-Kong gribi gelmek-

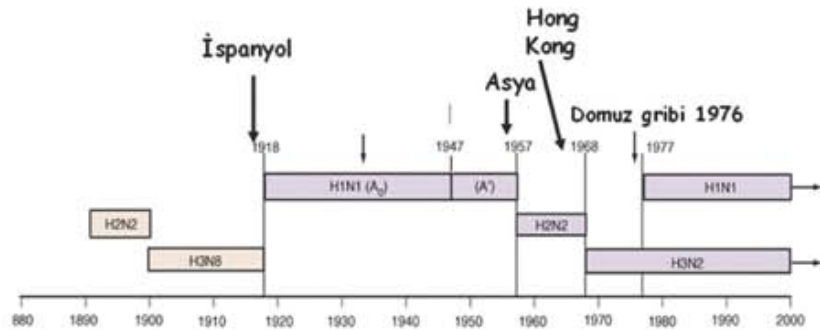
tedir. Bunların içinde en bilineni ve yıkıcı olanı İspanyol gribidir. Tüm dünya nüfusunun %45' i etkilenmiştir. Resmi rakamlara göre 50 milyon insan hayatını kaybetmiştir ki bu 1. dünya savaşında hayatını kaybedenlerden daha fazladır. Ancak o dönemle bu dönemdeki şartlar düşünüldüğünde, gerek tıp alanındaki gelişmeler gerekse etkenin tespitinde ve etkenle mücadele konusundaki gelişmelerle grip pandemisiyle etkili mücadele edebileceğimiz ortadadır. Nitekim Asya ve Hong-Kong griplerinde toplam 2 milyon kadar insan hayatını kaybetmiştir. Pan-

demi virüsünün en önemli özelliği insan vücudunun daha önce tanımadığı, yeni bir influenza A virüsü olmasıdır.

Normal Pandemilere Göre Avantajlar

- Antiviral ve Antibiyotik ilaçların olması
- Aşı geliştirilebilme imkanı
- Gelişmiş laboratuvar şartları
- Yoğun bakım şartlarının daha iyi durumda olması
- Yaygın iletişim araçlarının bulunması
- Sağlık bakanlığı olarak

20. Yüzyıl Pandemileri



Resmi rakamlara göre;
1918 salgınında 50 milyon,
1957 salgınında 1 milyon
1968 salgınında 800 bin kişi ölmüştür.

- hazırlıklarımızın bulunması
- Dolaşımda olan A/A1N1 virüsünün hastalık yapıcı ve ölüme yol açıcı özelliğinin zayıf olması

Normal Pandemilere Göre Dezavantajları

- Nüfusun yoğunluğu
- Ülkeler arası yoğun yolcu
- Medyada zaman zaman yer alan panik oluşturan haberler
- Grip virüsünde bundan sonra meydana gelebilecek genetik değişimlerin bilinmezliği

Pandemiye Yönelik Dünyada Yapılan Çalışmalar

Bu gelişmeler ve elimizdeki epidemiyolojik bilgiler ışığında dünya ülkeleri, 2003 yılında kuş gripinin insanda tespit edilmesi üzerine beklenen grip pandemisine karşı uluslar arası örgütlerle koordinasyon içerisinde hazırlık çalışmalarına başladı. Bu hazırlıklardaki amaç meydana gelecek olan bir pandeminin dünya üzerindeki yıkım etkilerini azaltmaktır.

Tüm dünya ülkeleri mevcut veriler ışığında ve Dünya Sağlık Örgütü koordinasyonunda, ulusal pandemiyle mücadele planlarını hazırladılar.

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere DSÖ dünyadaki Pandemi fazı 6 olarak ilan etmiştir. Bunun nedeni dünya üzerinde Meksika'dan başlayıp Amerika Birleşik Devletlerine ve İspanya'ya yayılan Pandemi (H1N1) 2009 gribi (domuz gribi) insan vakalarının birden fazla DSÖ Bölgesi'nde mevcudiyetidir.

Meksika'dan başlayıp tüm dünyaya yayılım eğilimi gösteren Pandemi (H1N1) 2009 gribi virü-

Dünya Sağlık Örgütünün Pandemi evreleri	
Faz 1	Hayvanlar arasında insanlarda enfeksiyona neden olabilecek hayvan influenza virüs dolaşımının olmaması
Faz 2	Pandemi potansiyeli olan hayvan influenza virüsünün evcil veya vahşi hayvanlarda dolaşımının tespit edilmesi
Faz 3	Pandemi potansiyeli taşıyan bu virüsün insanlarda tek tek vakalara ya da küçük hasta gruplarına hastalığa yol açması, fakat büyük insan gruplarında bulaşmanın olmaması
Faz 4	Pandemi potansiyeli taşıyan bu virüsle bir ülkede insandan insana bulaşmanın doğrulanması
Faz 5	Bir DSÖ bölgesinde iki veya daha fazla ülkede insandan insana bulaşmanın doğrulanması
Faz 6	Faz 5'te tanımlanan kriterlere ilaveten, aynı virüsün DSÖ'nün bir başka bölgesinde en az bir ülkede daha insandan insana yaygın bir şekilde bulaştığının doğrulanması

sü;

- Kuzey Amerika Domuz Gribi
- Avrupa/Asya Domuz Gribi
- Kuş Gribi
- İnsan Gribi

Virüslerine ait genetik yapı içermektedir.

Yapılan çalışmalar şu haliyle virüsün insan için yeni bir virüs olduğunu göstermektedir.

Domuz gribi 1976'da 200'den fazla kişiyi etkilemiş, 1 vakanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. 2005 ile Ocak 2009 arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 12 insanda domuz gribi tespit edilmiştir ve bu vakaların hepsi hayattadır.

DSÖ tarafından yapılan açıklamaya göre 06 Temmuz 2009 tarihi itibari ile halen 135 ülke veya bölgede toplam 94.512 vaka ve 429 ölüm bildirilmiştir.

Pandemiye Yönelik Ülkemizde Yapılan Faaliyetler

Ülkemizde 2005 yılında Pandemi İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı oluşturuldu. Bu plan rehberliğinde tüm illerimizin ve sağlık kurumlarımızın planlarının oluşturul-

ması istendi. Oluşturulan bu planlar üzerinde 81 ilin katılımıyla 2006 yılında Ankara'da tatbikat yapıldı. Tarım ve Köyşleri Bakanlığı ile ortak projeler yürütüldü. Sağlık personelimize ve Tarım ve Köyşleri Bakanlığı itlaf ekiplerinde çalışan personele 4 yıl süreyle mevsimsel grip aşılımları yapılmaktadır. Halk eğitimleri için çeşitli bilgilendirici ve eğitici kampanyalar düzenlendi. Her sene illerin ve sağlık kurumlarının pandemi planları güncellendi ve sağlık personeline eğitimler verildi.

Türkiye'deki Vaka Sayısı 57

14.05.2009 tarihinde ülkemizdeki ilk Pandemi (H1N1) 2009 gribi vakası tespit edildi. Ülkemizde 09 Temmuz 2009 tarihi itibariyle 14'ü yabancı ülke vatandaşı (11'i ABD, 2 Kanada, 1 Avustralya) ve 35'i çeşitli nedenlerle yurt dışında bulunduktan sonra ülkemize dönen vatandaşımız olmak üzere 51 impote (yurt dışı kaynaklı) vaka ve 6'sı yerli vaka olmak üzere toplam 57 vakamız bulunmaktadır.

Vakaların 21 tanesi ABD'den, 9 tanesi İngiltere'den, 7 tanesi Kanada'dan, 3'er tanesi Avustralya ve Yunanistan'dan, 2'ser tanesi Almanya ve Tayland'dan, birer tane

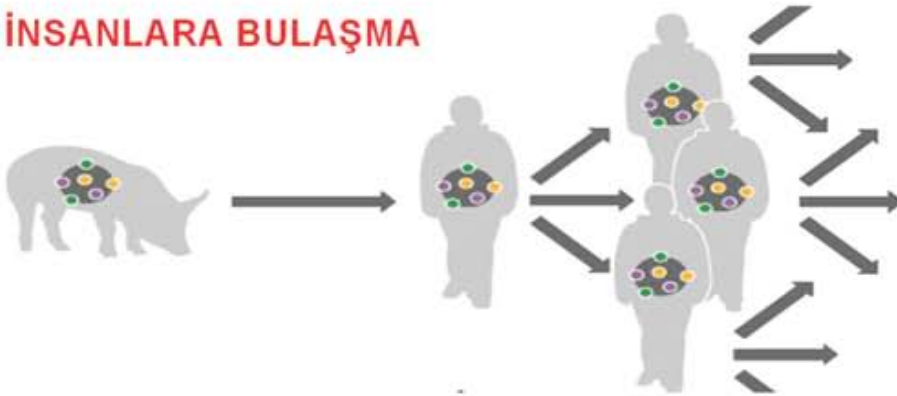


Gündem

Farklı Türler Farklı Grip Virüs Tiplerine Kaynaklık Yapar



İNSANLARA BULAŞMA



İsviçre, Filipinler, Suudi Arabistan ve bir tanesi de birden fazla hastalık görülen ülkede bulunan kişilerdir.

Pandemik (H1N1) 2009 Gribi Vakaları Ortaya Çıktığında Ülkemizde Yapılanlar

- 1- Ulusal Faaliyet Planı gözden geçirildi ve DSÖ tarafından yeni yayınlanan rehber doğrultusunda revizyonuna başlandı.
- 2- İlaç ve malzeme ihtiyaç planları gözden geçirildi.

• Tedavi ve korunmada kullanılması için;

- 1.200.000 kutu Oseltamivir,
- 1.000 kutu Zanamivir halen depolarımızda mevcuttu.
- İllere ilk müdahale için gerekli sevkiyat yapıldı.

- 350.000 adet sağlık personeli koruyucu kiti temin edildi. (Bir koruyucu kitle; 5 adet maske, 5 çift eldiven, 500 cc el dezenfektanı, bir adet gözlük ve 5 çift galoş bulunmaktadır) Ayrıca ihtiyaten 800.000

kutu daha Oseltamivir etken maddeli ve 113.000 kutu Zanamivir etken maddeli ilaç alımı daha gerçekleştirilmiştir.

3- Ülkemizde 2005 yılından bu yana yürütülmekte olan mevsimsel influenza sürveyansı 14 ilde yapıp yaz döneminde sürveyansa ara verilmesi gerekirken, Bilim Kurulu kararı ile uygulama 81 ile tüm yıl olacak şekilde yaygınlaştırıldı.

4- 03.05.2009 tarih ve 30 sayılı domuz gribi genelgesi yayınlanarak, illerimize gönderildi. Genelge doğrultusunda olası vakalardan numune alınarak referans laboratuvarlara gönderildi

5- Uluslararası hava-alanlarında, limanlarda ve kara hudut kapı-

larında ciddi önlemler alındı,

- Sağlık beyanı mecburiyeti,
- Sağlık kontrolü,
- Termal kamera ve ateş ölçerlerle ısı ölçümü,
- Yolcuların ve uçuş personelinin bilgilendirilmesi,
- Şüpheli durumlarda izolasyon tedbirleri ve numunelerin alınması

6- Pandemi İzleme Bilimsel Kurulu toplandı ve Yürütme Kurulu oluşturuldu.

7- Konuyla ilgili web sayfası güncellenmişti. (www.grip.saglik.gov.tr).

8- Alo 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hattı aracılığıyla halkın bu konudaki sorularına cevap verilmekte. İletişim merkezi. 20 sağlık personeli ile 7 gün 24 saat esaslı çalışmakta ve yılda yaklaşık 700 bin başvuruyu karşılıyor.

9- Sağlık Bakanlığı yetkilileri ve uzmanları tarafından iletişim organları tarafından yoğun kamuoyu bilgilendirme toplantıları yapıldı.

10- 81 İl Valisi ve İl Sağlık Müdürünün katılımıyla Pandemi bilgilendirme ve değerlendirme toplantısı yapılmıştı.



Tam Gün Yasa Tasarısında Kaygılar Giderilmedi

Hekimlerin tek kurumda çalışmasını hedefleyen Tam Gün Yasa Tasarısı'nın TBMM'deki komisyon görüşmeleri tamamlanarak Genel Kurul gündemine sevk edildi. Sağlık çalışanlarının temel itiraz noktalarının büyük ölçüde göz ardı edildiği Tasarı bu nedenle tartışmalı konumunu sürdürüyor.

Sağlık Bakanlığı'nın 15 Nisan 2009'da kamuoyuna açıkladığı Taslağın, Başbakanlıkta değişikliğe uğramış olması ve başta tabip dışı personelle ilgili haklar olmak üzere birçok düzenlemenin Tasarı'dan çıkartılması, sağlık çalışanlarının haklı tepkisine yol açtı.

Sendikalar ve ilgili sivil toplum örgütlerinin itirazlarına rağmen, Komisyon'da kabul edilen ve Meclis Genel Kuruluna sevk edilen Tam Gün Yasa Tasarısı'nı dergimizin dosya konusu olarak belirledik. Tasarı'nın olumlu ve olumsuz yönlerinin, sahanın uzmanlarının tarafından değerlendirildiği dosyamızın yararlı olması diliyoruz.



Tam Gün Yasa Tasarısında
Öne Çıkan Sorunlar
Doç. Dr. Bünyamin ŞAHİN

Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında
Prof. Dr. Murat KARAŞEN

Tam Gün Değil Hekim İşgücü
Piyasası Düzenleme Yasası
Doç. Dr. Kayıhan PALA

Tam Gün Yasası Kargaşası
Doç. Dr. Abdülkadir KOÇER

Tam Gün Yasası Işığında
Hekimlerin Sorunları
Prof. Dr. Ömer KARAHAH

Tam Güne İtiraz Noktalarımız
Mustafa KULLUK



Dosya

Tam Gün Yasa Tasarısında Öne Çıkan Sorunlar

Doç. Dr. Bünyamin ŞAHİN

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anatomi Ana Bilim Dalı Başkanı*

Tam Gün Yasa Tasarısı hakkında çok şey yazıldı, konuşuldu ya da tartışıldı. Hükümet, sendikalar, tabip odaları ve sivil toplum kuruluşları kendi bakış açılarındaki tasarıyı övüyor ya da yiyor.

Bakanlık yıllardır beklenen bu tasarımı yasalastırmak istiyor. Muayenehane ve kamu hastanesi ikilemine son verilmek isteniyor.

Sendikalar da çoğunlukla tasarıya tepkili. Aslında tasarıya ve hükümetin görüşlerine kökten karşı çıktıkları izlenimi daha ağır basıyor. Farklı olarak Sağlık-Sen Başkanı Mahmut Kaçar çalışanların haklarının gözetilmesi şartıyla tasarının yasallaşmasına destek veriyor.

Türk Tabipler Birliğinin Tam Gün Uygulamasına Bakışı

Türk Tabipler Birliği ve ona bağlı Tabip Odaları ise tasarıya çok sert tepki gösteriyorlar. Hükümeti bu tasarıdan derhal vazgeçmeye

davet ediyorlar. Gerekçelerinin ana eksenini ekonomik kaygılar oluşturuyor. Ayrıca, hastaların aldıkları hizmetin kalitesinin düşeceği, Tıp Fakültesi hastanelerindeki öğretim üyelerinin görevlerinden ayrılacağı ve tıp eğitiminin olumsuz etkileneceğini iddia ediyorlar.

Bütün bu tartışmalar sürüp giderken vatandaş, hekim dışında

kalan sağlık personeli ve öğrenci açısından olaya yaklaşanların ya sayısı yetersiz ya da sesleri yeterince çıkmıyor.

Vatandaş Açısından Tam Gün Uygulaması

Vatandaş yıllardır muayenehane ve kamu hastanesi ikilemini yaşıyor. Hastalar dahili dallara ait muayenehaneleri çoğunlukla has-



taneye yatabilmenin bir basamağı görüyor. Ya da alacağı tedavi-terapi öncesi hekime muayenehanede ücret vermenin bir zorunluluk olduğu iddia ediliyor. Üstelik muayenehaneye gidildiğinde yazılan tetkikler için hasta kamu hastanesi ve muayenehane arasında mekik dokumak zorunda kalıyor. Bu durum hastaların kamu hastanelerine ya da çoğunlukla özel sağlık kuruluşlarına yönelmesini doğuruyor. Dahili dallara ait özel muayenehanelerde hasta sayıları her geçen gün azalıyor. Bu yüzden son günlerde özel muayenehaneler kapanmakta, hekimler kamuya ya da özel hastanelere yönelmekte.

Cerrahi dallara ait muayenehaneler nispeten daha hareketli. Çünkü buralarda fazla tetkik istenmiyor. Hasta özel ya da kamu hastanesinde ameliyat ediliyor. Ancak, ameliyat öncesinde ya da sonrasında cerrahlara muayenehanede yüklü miktarda ödeme yapıldığı iddia ediliyor. Her insanın kaliteli sağlık hizmetinden yararlanma hakkı vardır. Ancak mevcut durum parası olan için bunun mümkün olduğunu gösteriyor.

Vatandaşın Tam Gün Yasa Tasarısına bakış açısını gösteren en kapsamlı kamuoyu araştırması Sağlık-Sen tarafından yapılmış. Elde edilen sonuçlar yukarıda aktardığımız öngörülerle birebir örtüşüyor.

Ankete göre, vatandaşların %87'si tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyor. Vatandaşın % 62'si hekimin muayenehanesine gitmediği takdirde kendisi ile ilgilenilmeyeceği kanaatinde.



Kamu hastanesine gittiğinde hekimin kendisini özel muayenehanesine yönlendirmesini istemeyenlerin oranı %96. Anket sonuçlarına göre, hastaneye yatmak için hekimin muayenehanesinden geçmek istemeyenlerin oranı %93. Son olarak, vatandaşın %82'si muayenehaneye gitmek zorunda bırakıldıktan sonra tahlilleri yaptırmak için devlet hastanesi ve muayenehane arasında gidip gelmekten yakınıyor.

Anket sonuçları açıkça gösteriyor ki muayenehane uygulaması vatandaşı olumsuz yönde etkilemektedir. Vatandaş tam gün uygulamasını kendisi için bir çıkış kapısı görmektedir. Bu nedenle vatandaş tamgün yasasından olumlu yönde etkilenecek kurum olarak devlet hastanelerini görüyor. Bazı yorumların aksine vatandaş özel sektör hastaneleri yerine devlet hastanelerine yöneleceğini ifade ediyor.

Üniversite Hastaneleri Açısından Tam Gün Uygulaması

Devlet Hastanelerinde he-

kimler performans uygulaması nedeniyle yüksek miktarda döner sermaye geliri alırlarken Tıp Fakülteleri için durum böyle değil. Öğretim üyeleri en fazla 2500 lira civarında döner sermaye geliri alabiliyorlar. Özel muayene ve ameliyat için vatandaş tarafından ödenen miktarın en fazla %25-30'u öğretim üyelerine verilebiliyor. Dolayısıyla bir Profesör Devlet Hastanesindeki uzman hekimden çok daha az ücret alabiliyor. Üstelik çoğu Tıp Fakültesi günümüzde döner sermaye ödemesini düzenli yapamıyor.

Bu durum Profesör öğretim üyelerinin özele yönelmesini doğuruyor. Türk Tabipler Birliğinin iddialarının aksine şu anda Tıp Fakültelerinin klinik dallarındaki Profesörlerin çoğunluğu zaten kısmi statüde çalışıyor. Öğleye kadar hasta viziti, kurumda bakılması gereken hastaların muayeneleri ve diğer resmi işleri yapılabilir.

Birçok öğretim üyesi öğle saatlerine yakın muayenehanesine gidiyor. Görüldüğü üzere bu işleyiş içerisinde eğitime, araştırmaya



Dosya



ve öğrenciye ayrılan zaman son derece sınırlı. Öğrenciler bilgi ve tecrübesinden istifade edecekleri profesörlerle temas kuramıyor. Dolayısıyla tıp eğitimi yara alıyor.

Geleceğimizi emanet edeceğimiz hekimlerin yetişmesi ekonomik kaygıların hepsinden daha önemli bizce. Antalya Tıp Fakültesinin dönem birincisi Dr. Tuğba Akın'ın yaptığı konuşma hala kulaklarımızda. Dr. Akın "Bu fakültenin öncelikli amacı hekim yetiştirmek değil midir? O zaman neden bazı polikliniklerde hiç hoca görmeden, sabahtan akşama kadar sadece asistan hekimlerle hasta bakıyoruz? Neden bazı bölümlerde öğrenci pratiklerini öğretim üyeleri yerine asistanlar yaptırıyor?" sorularını haklı olarak yöneltiyor hepimize. Bu durumun ortaya çıkmasının en büyük nedeni öğretim üyelerinin yeterli gelir temin edebilmek için kendi başarılarının çaresine bakmaya çalışmaları. Bu arada tabii ki olan çocuklarımız oluyor.

Tam gün uygulamasının Tıp Fakültesindeki öğretime olumlu

katkıda bulunacağını düşünmekteyim. Ancak, tam gün uygulaması ile birlikte Tıp Fakültesi Hastanelerinin döner sermaye ödeyebilmeleri için hangi kaynağı kullanacağını açıklığa kavuşturulması lazım.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Peyami Cinaz yaptığı bir açıklamada Tam Gün Yasa Tasarısını desteklediklerini dile getiriyor. Ancak, yukarıda aktardığımız ödeme problemlerinin mevcudiyetini de şu ifadelerle anlatıyor: "Yasa taslağı, öğretim üyesine 10 bin liraya kadar döner sermaye verebilirsiniz diyor. Ben 10 bin lira döner sermayeyi nasıl sağlayacağım, bu konuda açıklık yok. Maaşlar değişmiyor. O zaman maaşları 5 bin lira yapın, döner sermayeler değişmesin diyoruz. Maaştaki artış emekliliğe yansıtacak. Ama Maliye Bakanlığı yetkilileri buna karşı çıkıyor. Tam güne ilişkin en büyük kaygımız, öğretim üyelerinin maaşlarının nasıl ödeneceğidir."

Dr. Cinaz Bütçe Uygulama ve sağlık uygulama talimatlarında değişikliğe gidilmesinin sorunun

çözümüne yardımcı olabileceğini düşünmekte. Maliye, üniversite hastanelerinde yapılan işlemlerde BUT-SUT fiyatlarına %30 zam yapabilir. Ancak, tasarıda bu konuda da bir açıklık yok. Bir yandan hastane kazancı düşecek, diğer yandan döner sermaye gelirlerini artırıcı önlem olmayacak. Bu durumda döner sermaye nasıl dağıtılacak belli değil.

Bütün bu tartışmalar arasında Tıp Fakültelerinin Temel Tıp Dallarında çalışan öğretim üyeleri ile hekim dışındaki sağlık personelinin durumundan bahseden insan sayısı sınırlı.

Bu durum Dr. Cinaz tarafından çok güzel ifade edilmiş. Ona göre, taslağın akademik performans ayağı yok. Olsaydı, akademik performans üzerinden de temel tıp öğretim üyelerine performans verilebilirdi. Kişinin yaptığı yayınlar, çalışmalar, projeler, dersler akademik performanstır. Hasta bakana nasıl performans veriliyorsa, yazı yazana da verebilmelidir. O zaman eğitim kalitesi, yayın sayısı artar. O yüzden bu yasa tasarısına akademik performans da konulmalıdır.

Üniversitelere uygun bir per-





doğru orantılı olarak tıp fakültelerinin her alanında başarısının artacağı da aşikardır." Hocamızın görüşlerine katılmamak mümkün değil.

Hekim Dışı Sağlık Çalışanları Açısından Tam Gün Uygulaması

Tartışmaların sadece hekimlerin özlük hakları ve ücretleri ekseninde yürütülmesi doğru değildir. Sağlık hizmeti ve tıp eğitimi bir bütün olarak yürütülmektedir. Hekim

formans yönetmeliğinin çıkarılacağı tahmin ediliyor. Ancak, tasarıda yer almayan bu durumun yönetmelikle çözüleceğine dair de pek bir açıklama yok. Tasarıda akademik performans diye bir ifade de bulunmuyor. Bilindiği üzere kanunda geçmeyen bir yönetmeliğin çıkarılması mümkün değildir. Tasarının mevcut halde çıkarılması durumunda akademik performans dayalı bir ücretlendirmenin yapılması mümkün gözüküyor. Bu nedenle akademik performans ifadesi en azından bir cümle ile taslağa eklenmelidir.

Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Hamdi Çelik'te bir yazısında tam gün çalışma yarasını desteklediklerini ve kanun taslağının detaylarının ortaya konulmasını istediklerini ifade ediyor. Ayrıca temel tıp bilimlerine pozitif ayrımcılık yapılmasını talep ediyor.

Dr. Çelik şöyle devam ediyor "İnsan hayatını kurtarmaktan sorumlu olan hekimlerin yetiştiği tıp fakültelerinde klinik dallar kadar klinik öncesi dallar da büyük önem taşımaktadır. Temel tıp bölümlerinin yeterliliği ve donanımıyla

Tartışmaların sadece hekimlerin özlük hakları ve ücretleri ekseninde yürütülmesi doğru değildir. Sağlık hizmeti ve tıp eğitimi bir bütün olarak yürütülmektedir. Hekim dışındaki personelin göz ardı edildiği bir yasa tasarısı sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olacaktır.

dışındaki personelin göz ardı edildiği bir yasa tasarısı sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olacaktır. Tam gün yarasının çıkması ile birlikte şu günkü duruma göre iş yükü artacak kesim hekim dışı sağlık çalışanlarıdır.

Mevcut durumdan daha fazla iş yapması beklenen hekim dışı sağlık çalışanlarının döner sermaye gelirleri ve nöbet ücretleri ile ilgili yeterli bir düzenleme tasarıda mevcut değildir. Sağlık Bakanlığının hazırladığı tasarı taslağı ile meclise sevk edilen tasarı arasında göze

çarpan en önemli fark hekimlerin döner sermaye gelirleri tavan oranları yükseltirken hekim dışı personelin oranlarının indirildiğidir.

Ayrıca, tasarı taslağında zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası sigortalı personelin gözetim ve yönetiminde hizmet veren diğer sağlık çalışanlarının hizmet esnasında verebilecekleri zararları da teminat altına alırken, taslakta bu hüküm çıkarılmıştır. Bu durumda hekimler yanlış tedavi uygulamalarına karşı sigortalanırken hekim dışı sağlık personeli kendi başına bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde hekim ve hekim dışı personel arasında bu kadar keskin bir ayrıma gidilmesi kurumlarda sağlıklı hizmet verilmesini ve çalışma barışını olumsuz yönde etkileyecektir.

SONUÇ

Çıkarılması düşünülen yasa öncelikle vatandaşın daha iyi ve ucuz sağlık hizmeti almasını doğuracaktır. Ayrıca, tıp eğitimi de bu değişiklikten olumlu yönde etkilenecektir. Ancak, Tıp Fakültelerinin döner sermaye gelirlerinin artırılması yönünde düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca temel tıp bilimlerinde çalışan akademik personele yapılacak ödemelerin açıklığa kavuşturulması gerekir. Sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle hekim dışı personelin durumu tekrar gözden geçirilmeli ve taslakta uygun değişiklikler yapılmalıdır. Yasa çıkarılmadan önce ücret adaleti ve uygulamada ortaya çıkabilecek ödeme problemleri iyice gözden geçirilmeli, önce olası sorunlar çözülmeli sonra yasa çıkarılmalıdır.



Dosya

Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında

Prof. Dr. R. Murat KARAŞEN
Türkiye Hekim Platformu Başkanı
Keçiören Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Başhekim

Sağlık camiasının ve kamuoyunun malumu olduğu üzere, geçtiğimiz günlerin önemli gündem konusu, Sağlık Bakanlığı'nın hazırlayarak Başbakanlığa sunduğu, Başbakanlığın ise bir takım değişiklikler yaparak Meclise sevkettiği Tam Gün Yasa Tasarısıydı. Komisyondan geçerek genel kurula indi. Türkiye Hekim Platformu (THP), meslek örgütümüz olan Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) asli görevi olan, fakat mevcut yönetimin yerine getirmediği, hekim sorunlarını sahiplenme ve makul önerilerle çözüme ulaşma görevini üstlenmek üzere bir yıl önce yola çıkmıştır. Ülkemizin farklı coğrafyalarından 30 Tabip Odasını bir çatıda toplamış ve gün geçtikçe büyümüş ve güç kazanmıştır. Bu misyonu gereği hekimleri ve sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren bu yasa tasarısı ile ilgili çok aktif olmuş, tüm süreci başından itibaren yakından takip etmiştir.

Bu tasarı ile hekimlerin tarihten gelen serbest meslek icra etme hakkı daraltılmakta, hastaların ise bedelini ödemek kaydı ile özel sağlık hizmeti alma ve bir hekim tarafından özel takip edilme, dolayısı ile sağlığı ile ilgili mahre-

miyetini koruma şansı veya hakkı azaltılmaktadır. Bu düzenlemenin gerekçesinin ana unsuru suistimaldir, nitekim muayenehanesi olan ve aynı zamanda kamu hastanesinde çalışan hekimlerin hastaları kamu hastanesinden muayenehaneye yönlendirme ve oradan gelen hastalara kamu hastanesinde öncelik tanıma yanlışı önemli gerekçe olarak karşımıza çıkmaktadır. Maalesef bu yaygın inanış bu çok önemli kazanılmış hakkımıza karşı kamuoyunda bir direnç oluşturmuştur.

Komisyon üyesi iktidar veya muhalefet partilerinin tüm parlamenterleri ve hatta kendi meslek örgütlerimizin yöneticilerinin bile tamamı konuşmalarına "biz aslında tam günden yanayız ama..." diyerek başlamıştır. Dolayısı ile hekimler olarak bu konumda olmamız konusunda çok ciddi öz

eleştiri yapmalıyız kanaatindeyim. Maalesef bu suiistimal, bizi bu direnç karşısında serbest meslek icra etme hakkımızı savunamaz hale düşürmüştü ve onu kaybetmek üzere olduğumuz gerçeği ile karşı karşıya bırakmıştır. Aslında "madem bu düzenleme geliyor, yani sadece muayenehane çalıştırabileceğiz, o zaman bize sosyal güvenlik kurumları ile anlaşma yapma hakkı tanınmalıdır", "biz hekimler olarak sermaye



Muayenehanesi olan ve aynı zamanda kamu hastanesinde çalışan hekimlerin hastaları kamu hastanesinden muayenehaneye yönlendirme ve oradan gelen hastalara kamu hastanesinde öncelik tanıma yanlışı; Tam Gün Yasası'nın en önemli gerekçesi olarak karşımıza çıkmaktadır.



sahibi özel hastanelerin kucağına itilmeye zorlanmamalıyız”, “serbest meslek icra etme hakkımızı sonuna kadar kullanmak istiyoruz” diyebilmemiz gerekir. Ama çok üzgünüm ki bu konuda hiç kimseden ses çıkmıyor. TTB genel sekreteri dahi konuşmasına “tam günü herkesten çok biz istiyoruz ama ...” diye devam etmiştir. Dolayısı ile bu tasarıda hekimlerin kazanılmış bir hakkı elinden alınıyor, ama bu çok fazla tartışılmıyor, bu çok düşünülmesi gereken bir durumdur. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları da çaresizlik içinde haklı olarak “madem bu tasarı kanunlaşacak, bari özlük haklarımızda ilerleme sağlamak için mücadele edelim” demektedirler.

Her türlü ideolojik saplantıdan arınmış, yasalara ve temel etik normlara bağlı kalarak ve ülkenin birliği ve bölünmez bütünlüğü ilkesinden taviz vermeden hekim sorunları ile ilgilenen bir TTB isteyen, hekimlerin haklarının ancak etkin diyalogla korunup iyileştirilebileceğine inanan ve sloganı “doğruya doğru, yanlışla yanlış diyeceğiz” olan Türkiye Hekim Platformu,

“Tam Gün Yasa Tasarısı” konusunda, hekimlerin artık TTB yönetiminden ümidini kestiği ve manidar bir sessizliğe büründüğü noktada çok önemli girişimlerde bulunmuştur.

İlk olarak, çatısı altına topladığı 30 tabip odasının yönetimleri ile aktif diyalog içerisinde bulunarak mevcut tasarıнын hekimler açısından kabul edilemez noktaları saptanmıştır. Daha sonra bu noktalar başta Sayın Sağlık Bakanı olmak üzere yetkililerle görüşmeler yaparak hekimler ve sağlık çalışanlarının beklentileri, sıkıntıları, eleştirileri ve çözüm önerilerini dile getirmiştir.

Sayın Bakan, Sayın Sağlık Komisyonu Başkanı ve bakanlık üst düzey bürokratlar ile yapılan ve 7 saatten fazla süren toplantıda, hekimlerin çıkacak yasaya yönelik bütün çekinceleri, eleştirileri ve çözüm önerileri bir bir dile getirilmiş, birinci ağızdan muhataplarına iletilmiştir. Özellikle hekimlerin özlük hakları ve temel maaşlarında emekliliğe yansıyan iyileştirilmenin “olmazsa olmaz” olduğu ifade edilmiştir. Önceki görüşmemizde hükümetin herhangi bir meslek grubunun maaşla-

rına zam yapılmaması konusunda kesin olarak kararlı olduğunu açık ifade eden Sayın Bakan tarafından bu konuda yoğun çaba gösterilme sözü bizzat verilmiş, Tasarı Meclis Sağlık Komisyonuna gelmeden önce, bakanlık bürokratları ile çalışmak üzere 3 arkadaşımızı görevlendirmemiz istenmiş ve bu çalışma gerçekleşmiştir.

Türkiye Hekim Platformu, Meclis Sağlık Komisyonuna davet edilerek görüşlerini Komisyon üyelerine de doğrudan ifade etme şansı bulmuştur. Ayrıca Sayın Sağlık Bakanı komisyonda tasarıнын gerekçesini açıklayan konuşmasında bizimle yaptığı toplantıya atıfta bulunarak Türkiye Hekim Platformu'nun bu aktif, diyaloga açık, makul önerilere ve bilimsel verilere dayalı çalışması sonucunda önemli mesafeler kat edildiğini ifade etmiştir. Komisyon görüşmelerine davet edilen diğer birçok meslek örgütü, sağlık çalışanları sendikaları ve ilgili derneklerin yöneticileri katılmış ve hepsi söz hakkı almıştır.

Bu yasa tasarısı vesilesi ile tüm sağlık çalışanlarının problemleri Yüce Meclis çatısı altında dile getirilme şansı bulmuş ve saygıdeğer parlamenterlerimizin dikkatine sunulmuştur. Başta meslek birlikleri ve sendikalar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının da istekleri gündeme getirilmiştir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan ve Nisan ayında açıklanan taslakta tabip dışı personeli de kapsayan önemli iyileştirmeler vardı. Ancak Başbakanlıktan TBMM'ye gönderilen taslakta, hekimler için yüksek hâkimlik ve makam tazminatı da dâhil olmak üzere tabip dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının yüzde 200'e yükseltilmesi, mesleki mali sorumluluk sigortasından diğer sağlık çalışanlarının da yararlandığı



rılması, döner sermaye gelirlerinin emekli keseneklerine yansıtılması gibi düzenlemeler çıkartılmıştır.

Herkes kabul etmelidir ki: bu tasarı birinci öncelikle hekimleri ilgilendiren bir yasa tasarısıdır bu sebepten hekimlerin derterleri ön plana çıkmıştır. Başta THP olmak üzere yapılan tüm bu girişimler neticesinde: Hekimlerin emekliliğine yansiyacak olan maaşlarına, Maliye Bakanlığının kriz gerekçesi ile herhangi bir artışı öngörmediği ve buna yanaşmadığı bilinirken ve hükümet bu konuda kararlı iken, belli bir oranda artış yapılması kabul edilmiştir. Ancak bu artış hekimlerin ek ödeme gelirlerinden aktarılmak ve prim ödemelerinin tamamı hekimlerden kesilmesi kaydıyla sağlanmıştır. Sonuç olarak hekimlerin gelirlerinde herhangi bir artış olmadığı gibi, normalde %33 lük bir sigorta prim ödemesinin normalde %19 unu devlet vermekte, %14 ünü ise genel brüt tutar üzerinden çalışan vermektedir.

Kanun tasarısında ise ek ödeme brüt tutarı üzerinden tüm %33 lük kesintiyi ek ödeme alan

hekim ödeyecektir ve emekli olunmadığı müddetçe, çıkış olursa, bu kesintiden de geri ödeme kesinlikle alınamayacaktır diye ibare konmuştur. Bu düzenleme gelir açısından hekimlerin lehine değil aksine aleyhinedir. Üstelik yakın zamanda emekli olacak kıdemli hekimlerimiz bu durumdan fazla faydalanamayacaktır. Oysa buna benzer bir düzenlemede tüm yüksek hâkimler bu haktan faydalanmıştır. Bu düzenleme hekimleri tatmin etmekten uzak ve onlar için ciddi bir haksızlıktır. Bu şartlarda sağlanan artış avantaj olmaktan çıkmıştır. Dolayısı ile tabip dışı çalışanlar için de istenen bu artış aslında onlar için de avantaj olmaktan çok uzaktır.

Tasarının bir diğer maddesi ise hekimlere mesleki hataları için mali güvence sağlamak ve vatandaşın da bu hizmetlerden dolayı uğrayacağı zararları teminat altına almak gayesiyle zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası getirilmesidir. Kamuda çalışan personelin mesleki mali sorumluluk sigortası primlerinin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı ise döner sermayesi olan kurumlarda döner sermaye

Bir başhekim olarak gerek çalışma barışı, gerekse sağlık hizmetlerinde kalitenin artması açısından biz hekimlere her konuda yardım eden diğer sağlık çalışanlarının daha fazla ek ödeme almalarından yana olduğumu belirtmek isterim.

yeden, döner sermayesi olmayan kurumlarda ise kurum bütçelerinden karşılanacaktır. Bu durumda tüm maliyet hastane döner sermayesine ve oradan ek ödeme alan hekimlere yüklenmiştir, risk altında olan elbette sadece hekimler değil, ancak diğer sağlık çalışanları da bu kapsama dâhil edilirse hem sigorta priminin yarısını çalışanlar ödemek zorunda kalacaklarını peşinen kabul edecekler, hem de zaten ağır yükü olan hastane döner sermayeleri daha da zor duruma düşebilecekler. Sağlık çalışanları olarak bu riskli çalışma şartlarımızda kurumlarımızın tam güvencesi altında olmayı hak ettiğimizi düşünüyorum.

Aynı zamanda Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanenin başhekimliğini de yürüttüğüm için tüm sağlık çalışanlarının nasıl özveriyle çalıştıklarını, hangi risklerle yüze kaldıklarını, yeni Türk Ceza Kanununun onları nasıl tehdit ettiğini, cesaretle hastalarını tedavi ederken, kendi sağlıklarını nasıl riske ettiklerini yakından birisi olarak tüm sağlık çalışanlarının buna layık olduğunu düşünüyorum.

Başta hekimler olarak tüm sağlık çalışanları kendilerine daha fazla yük getirmeden ek ödemele-



rinin tamamının emekliliğe yansıtılmasını ve bunu yakın zamanda emekli olacak meslektaşlarımızın da faydalanmasını beklemekteler. Biz hekimler olarak hâkimlerden hiçbir eksiğimiz olmadığını düşünüyoruz, onlara sağlanan haklar biz sağlık çalışanlarına da sağlanmalıdır düşüncesindeyiz.

Sayın Sağlık Sen Genel Başkanı komisyon toplantısında yaptığı konuşmasında tabip dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının yüzde 200'e yükseltilmesini istemiştir. Tasarıda bu oran yüzde 150 de kalmıştır. Sadece işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için bu oran, yüzde 200 olarak uygulanması getirilmiştir. Bir başhekim olarak gerek çalışma barışı, gerekse sağlık hizmetlerinde kalitenin artması açısından biz hekimlere her konuda yardım eden diğer sağlık çalışanlarının daha fazla ek ödeme almalarından yana olduğumu belirtmek isterim.

Bu yasa tasarısının sağlık çalışanlarına bir takım olumlu getirileri de vardır elbette, nöbet ücretlerinde %50 ile %66 arasında değişen oranlarda artış söz konusudur, Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri 45 saatten 40 saate indirilmesi düşünülmektedir.

Bu arada, her ne kadar bu tasarı ile ilgisi olmasa da, bu vesile ile THP olarak görüşmelerimizde Sayın Sağlık Bakanına tüm sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren raporlu veya izinli olunan dönemlerde kesilen ek ödemelerin belli oran ve kıstaslarda verilmesi isteğimiz

dile getirilmiş ve konu ile yakından ilgilenen Sayın Bakan bu düzenlemenin yapılacağı müjdesini vermiştir. Artık hastasının iğnesi eline battığı için hastalanan hemşiremizin ek ödemesi kesilmeyip, belli oranlarda ödenebilecektir, çalışanlarımızın en tabii hakkı olan izin dönemini gözü arkada kalmadan, daha huzurlu geçirip dinlenmiş bir şekilde geri döndüklerinde çok daha verimli olacaklarını düşünüyorum. THP olarak öncülük ederek bunu sağladığımız için mutluyuz.

Mevcut tasarıda olmayan ve Türkiye Hekim Platformu olarak bizim eleştirilerimiz dikkate alınarak serbest meslek icra eden hekimlerin kendi muayenehanelerinde hizmet ettikleri hastalarının takip ve tedavisini SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında veya SGK ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversitelerinde de yapabilecekleri ve ameliyat edebilecekleri de kabul edilmiştir. Mesleğini serbest icra edecek meslektaşlarımız için bu çok önemli bir gelişmedir.

Üniversite hastanelerinin sürdürülebilir bütçelerinin oluşması konusunda hükümetin kaynak sağ-

Komisyon görüşmeleri tamamlanarak Meclis Genel Kurulu gündemine taşınan Tam Gün Yasa Tasarısının tüm sağlık çalışanlarını tatmin edecek düzenlemeler ile kanunlaşmasını, tüm sağlık camiasına ve halkımıza hayırlı olmasını temenni ederim.

layacağı ve 3. Basamak hastanelerde yapılan komplike vakalara daha fazla ödeme yapılarak daha fazla destek olunacağı açıklanmıştır.

Bu süreçte, yıllardır hiçbir ilerleme kaydedilemeyen hekim ve sağlık çalışanları özlük haklarının diyaloga kapalı kavgalarla değil, yapıcı eleştiri ve çözüm öneren diyalogla kazanılabileceğini ispat etme sürecinde bize destek olan tüm üye tabip odalarımızın yönetimlerine, görüş ve önerilerimizi dikkate alarak toplantı sonrası yoğun çabalarla sonuç almaya çalışan ve tüm gelişmeler hakkında henüz kamuoyuna açıklama yapmadan önce Türkiye Hekim Platformu yürütme kurulunu bizzat arayarak bilgi verme nezaketinde bulunan başta Sayın Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ olmak üzere, Meclis Sağlık Komisyonu Başkanı Sayın Prof. Dr. Cevdet Erdöl ve bütün komisyon üyelerine, teşekkür ediyorum. Ancak kurulan yapıcı diyalogun devamıyla hekim ve sağlık çalışanlarının yukarıda dile getirilen endişeleri giderilerek tasarının kabul edilmesini ve makul düzenlemeler beklediğimizi tüm kamuoyunun dikkatine sunmak istiyorum..

Komisyonun geçerek Meclis Genel Kurulunda görüşülecek olan yasa tasarısının tüm sağlık çalışanlarını tatmin edecek düzenlemeler ile kanunlaşmasını, tüm sağlık camiasına ve halkımıza hayırlı olmasını temenni ederim.

Türkiye Hekim Platformu bu süreçte şimdiye kadar hiçbir kazanım sağlayamayan ve tüm kurumlarla kavga halinde olan TTB yönetimine örnek ve yol gösterici olmuştur, gelecekte de hekimlerin gerçek sahiplenicisi olma yolunda artan gayretle çalışmalarına devam edecektir.



Dosya

Tam Gün Değil “Hekim İşgücü Piyasası Düzenleme” Yasası

Doç.Dr. Kayıhan PALA

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi*

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde tam süre çalışma uygulamaları ile ilgili deneyimler üç dönem olarak incelenebilir. İlki Dr.Refik Saydam’ın koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin tam süre çalışmasını düzenleyen uygulamadır. İkincisi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili yasanın getirdiği uygulamadır. Üçüncü uygulama ise 1978 yılında yasalanan 2162 sayılı yasanın uygulandığı dönemdir. Her üç uygulamanın da ortak özelliği yalnızca kamuda çalışmadır, ama daha fazla süreli ve daha çok ücret alarak (Hamzaoğlu,1998).

1980 Öncesi Tam Süre Uygulamaları

Cumhuriyet’in ilk yıllarında sıtma, frengi, trahom savaşım örgütlerinde tam süre çalışan hekimlere o günlerdeki milletvekili maaşının birkaç katı maaş verilmiş olması az bilinen bir gerçektir. 1961’de çıkarılmış sosyalleştirme yasının en önemli ilkelerinden birisi, zorunlu tam süre çalışmadır ve kısa bir süre başarı ile uygulanmıştır. Daha sonraki yıllarda, 1965’te yapılan yasal düzenlemelerle, hekimlere bazı sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı olarak tam süre çalışma olanağı sağlanmıştır. Bu uygulama Sağlık

ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nda sınırlı tutulmuş, buna karşın fazla çalışma ücreti, yokluk bölgeleri tazminatı, ikramiye gibi formüllerle sürdürüldüğü SSK’da ise yaygın

Tam süre çalışma, başka bir sektörde ya da iş dalında çalışmaksızın, kişinin bütün zamanını (mesaisini) yapmakta olduğu işe ayırması anlamına gelmektedir. Ülkemizde sağlık personelinin tam süre çalışması, mesleği ile ilgili yan gelir sağlamadan, devletten aldığı aylık karşılığında ve yasaların belirlediği çalışma saatleri içinde (hekimler için tüm gün) kamu sektöründe çalışmaları anlamında kullanılmaktadır (Öztek, 1998).

olarak benimsenmiştir. Öyle ki, 1978’de tam süre yasının çıkarıldığı günlerde SSK’daki hekimlerin

%79’u tam gün çalışmaktadır (Tonguç, 1990).

İsteğe bağlı olarak çalışmak dışında, kamuda çalışmanın yalnızca tam süre istihdamla olanaklı hale getirileceği bir yasal düzenlemenin yapılmasıyla ilgili tartışmalar temel olarak 1970’li yılların ikinci yarısında yoğunlaşmıştır. Dönemin dinamikleriyle de koşut olarak, tartışmalar kapitalist üretim ilişkileri ve sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri üzerinden yürütülmüştür.

1978’deki tam süre tartışmaları sırasında, sağlık alanının ticarileştirilmesine ilişkin temel eleştiriler de getirilmektedir. Kâr amacına yönelik her uygulamada olduğu gibi, sağlık alanına ticaret kurallarının girmesiyle birlikte, temel ilke olan “Halkın sağlığının korunması ve sağlanması”nın önemini yitireceği ve en iyi niyetli uygulayıcının gözünde bile hastanın bir kâr aracı olarak belireceği dile getirilmektedir. Buna göre özel çalışan hekim, hasta sayısını, yani “kâr”ını arttırmak için –ne denli iyi niyetli olursa olsun- özel hastasıyla çalıştığı hastane vs. gibi kamu kuruluşu arasında bir köprü kurmak durumunda kalacaktır. İşte bu nedenlerden dolayı muayenehanesi olan hekim kamu kuruluşundan ayrılmak istememek-



tedir (Tangör, 1978).

Hekimlerin part-time çalışma sırasında yaşadıkları hekim-hasta ilişkisindeki yabancılaşma da o yıllarda tartışılan konu başlıklarından biri olmuştur. TTB Başkanı Dr.Erdal Atabek, bu yabancılaşmadan duyulan rahatsızlığı dile getirmektedir. Atabek'e göre tam süre çalışma ilkesinin çok önemli bir dinamiği vardır: Hekim-hasta ilişkileri. Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak, kamu hizmetinde hekimlerin çalışmaları özel çalışmalarıyla birlikte yürütülmüştür. Hekimlere, sağlık elemanlarına özel bir ücreti de içeren personel rejimi yerine, hekim-

lerin 8-14 saatleri arasında kamu hizmetinde çalışmaları, bundan sonra ise muayenehanelerinde çalışmaları bir çalışma biçimi olarak kabul edilmiştir. Bu çalışma biçimi hükümetlerce konmuş ve sürdürülmüştür. Nedeni de çok açıktır: Hekimi yalnız kamu hizmetinde çalıştırmak için, özel bir ücret biçiminin uygulanması gerekir. Bunu hiçbir hükümet göze almamış, hekimin ikili çalışmasını sürdürmek yolunu seçmiştir. Böylece hekimler, kendilerine verilen memur maaşına ses çıkarmamış, hükümetler de hekimlerin asıl ekonomik kaynak olarak muayenehanelerinde çalışmaları üzerinde durmamış, tersine bu yolu

kendileri hekime göstermiştir. Bu bozuk düzende, hekimler kamuda çalışırken gelirlerini özel çalışmadan sağlamak için halktan ücret almışlar, halk da karşısında sadece ücret alan hekimi görmüş, böylece hekimle halk bu ilişkide yabancılaşmıştır (Atabek, 1978b).

Bir yandan tartışmalar sürüp giderken, TTB tarafından henüz yeterince tartışılmadığı ve beklentileri karşılamaktan uzak olduğu açıklansa da, 2162 sayılı yasa 1978'de çıkarılmıştır. O yıllarda yasanın hem öncesinde, hem de sonrasında başta TTB yayınlarında olmak üzere zengin bir tartışmanın yürütülmüş olduğu gözlenmektedir. Atabek, tam-süre çalışmanın, düzenin bozukluğunu ortadan tamamen kaldıramayacağını, ancak, hekim açısından sakıncaları önemli ölçüde giderebileceğini açıklamaktadır. Bunu sağlayabilmesi için, tam-süre sisteminin;

1. Tamamen ve sadece genel bütçeden finanse edilmesi,
2. Ekonomik koşullarının yeterli olması,
3. Günün koşullarına kolaylıkla uyabilecek bir hareketli ölçüye bağlanması,
4. Yatan hastayla ilgili bir genel/özel ayrımı yapmasına olanak vermemesi,
5. Bütün kamu kuruluşlarında aynı biçimde uygulanması,
6. Sistemin sürekliliğinin güvenceye kavuşturulması, ve
7. Kamu kuruluşlarında kesinlikle uygulanması koşullarının gerekliliği vurgulanmıştır (Atabek,1978a).

1978'deki tam süre tartışmalarına bakıldığında, kamu sağlık hizmetleri açısından, otuz yıl sonra tam süre ile ilgili temel istemlerin farklılık göstermediğini söylemek



Dosya

olanaklıdır.

1980 sonrası gelişmeler

12 Eylül darbesinin hemen ardından, ilk yapılan düzenlemelerden biri tam süre çalışmanın iptal edilmesi olmuştur. O yılların dinamikleri ve yaşananlar her ne kadar tam süre çalışmanın iptal edilmesiyle ilgili kapsamlı bir tartışmanın yürütülmemesine yol açmışsa da, başta halk sağlığı için olmak üzere sınırlı bir kesim hekimlerin tam süre çalışmasına duyulan gereksinimi toplumla paylaşmayı sürdürmüştür. Bunlardan biri Prof.Dr.Nusret Fişek'tir. Fişek değerlendirmesinde kamu personel rejiminin temel kurallarından birinin, hiçbir memurun serbest olarak mesleğini icra edemeyeceği ve ticaret yapamayacağı olduğuna değinmektedir. Fişek'e göre, bu kuralın uygulanmasında, hekimler dışında, önemli bir aksaklık görülmemektedir. Hekimlere gelince; kamu kesiminde çalışan hekimlere serbest meslek icra hakkı tanınmayınca, bunlar özel sektöre kaymakta, kamu sağlık hizmetleri aksamakta ve hatta durmaktadır. Bu nedenle hekimlere bir ayrıcalık tanıma zorunluluğu doğmaktadır (Fişek,1981).

Fişek, hekimin "hem memur hem de serbest meslek mensubu" sayılmasının, bir başka deyişle, kamuda part-time çalışmasının üç temel sakıncasının olduğunu açıklamaktadır. İlk olarak, bu sistem kamu yararına değildir. Çünkü bu sistem hekimi, kamu kuruluşlarındaki hizmetini ikinci plana atmaya zorlar. Hekim, gücünü ve zamanını çoğunlukla özel kazancı için harcamaya durumuna düşer. Bu doğaldır. Serbest kazancın söz konusu olduğu durumlarda davranışlara hukuk ve ahlak kurallarından çok, "Pazar

Tasarıyı "Tam Gün" olarak adlandırmak yanlıştır. Çünkü tasarı, hekimlerin tam süre çalışması felsefesiyle ilgili temel bir yaklaşıma sahip değildir. Tasarı bu haliyle kamu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaya ve hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesine yönelik bir çabanın değil; aksine finansmanı sigorta sistemiyle sağlanan bir sağlık sisteminin hekim işgücü piyasasını sermaye sahipleri yararına düzenlemeye dönük hazırlanmış bir yasal düzenleme özelliği taşımaktadır.



ekonomisi" kuralları yön verir. "Karı azamiye çıkarmak" Pazar ekonomisi kurallarından biridir. Ancak bu demek değildir ki her hekim bu biçimde hareket eder.

Doğal olarak her kuralın kuraldışı olanları da vardır. Kamu yararına olmaması dışında, bu sistemin bir başka sakıncası koruyucu hekimlik hizmetlerinin gerektiği ölçüde geliştirilmesini engellemesidir. Koruyucu hekimlik hizmetleri kişiler tarafından gereksinme duyulan bir hizmet değildir. Bu hizmetler parasız olarak sunulsa bile kabul edilmeyebilir. Kişilerin, sağlığı koruyucu önlemlere uymaları, onları uygulamaları için sürekli eğitilmeleri gerekir. Bu nedenle hiçbir ülkede koruyucu hekimlik hizmeti satılan bir hizmet olmamıştır. Herkesin para kazanma yarışında her yola başvurduğu bir toplumda, hekimlerin muayenehane açma haklarını kullanarak kendilerine gönençli yaşam sağlamaktan vazgeçmeleri, koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi alanında uzmanlaşmaları beklenemez. Halbuki sağlık hizmetlerinde öncelikle ele alınacak hizmet, koruyucu hekimlik hizmetleridir. Üçüncü temel sakınca, bu sistemle "Herkes eşit sağlık hizmeti" amacının sağlanmasının gerçekleşmemesidir. Muayenehane açma hekimlere bir hak olarak tanınınca, hekimleri herkese hizmet edecek biçimde yurt içinde yaymak olanaksızdır. Hekimler kazancın yüksek olduğu yörelerde ve uzmanlık alanlarında yığılır (Fişek,1981).

Fişek, bir yandan hekimlerin part-time çalışması ile ilgili sakıncaları sıralarken, diğer yandan da bu sistemin başarılı olmasının beklenmemesi gerektiğinin altını çizmektedir. Fişek'e göre; amaç tüm halka eşit sağlık hizmeti vermek olduğuna

göre, 50-60 yıllık Cumhuriyet döneminde uygulanan ve tüm halka sağlık hizmeti götürmede başarısız olduğu bilinen "Hekimin hem memur ve hem hizmetini hastalara para ile satan kişi" olması sisteminin bundan sonra başarılı olabilmesi de olanaksızdır (Fişek,1981).

Sağlıkta Dönüşüm ve "Tam Süre Çalışma"

1978'de yürürlüğe giren tam süre çalışma yasası 12 Eylül ile birlikte sona erdirilmiştir. Otuz yıla yakın süredir hekimlere tanınan yarı zamanlı çalışma hakkının, kamu sağlık kuruluşlarının eşitliğe odaklı ve verimli çalışmasını sağlayamadığı bilinen bir gerçektir. Hekim zamanını, bilgisini, becerisini, deneyimini ve enerjisini çalıştığı kamu kurumuna veremedikçe; sağlık hizmeti "eşitlik" hedefinden uzaklaşmaktadır. Ancak "Sağlıkta Dönüşüm" gibi temel bileşenlerinden birisi "devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi" olan bir programı uygulayan Hükümetin (T.B.M.M'de kabul edilen Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun'da (15 Temmuz 2004'te kabul edildi, 3 Ağustos 2004'te Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderildi) Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütünün kapatılmasının yasallaştırılmak istenmesi ve Kamu Hastane Birlikleri girişimi bu konuda iyi bir örnek oluşturmaktadır), tam gün adıyla çıkarmaya çalıştığı yasanın da "eşitlik" ilkesi ile çeliştiği çok açıktır. Yanıtlanması gereken temel bir soru ortada durmaktadır: Kamunun elinde sağlık kurumu kalmayacaksa tam gün ne için çıkarılmaktadır?

60. hükümetin "Tam Gün" yasasına bakış

Sağlık Bakanlığı tarafından

hazırlanan "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" (Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nun kabul ettiği metin, 26.6.2009) incelendiğinde ortaya çıkan sonuçları ana hatlarıyla şöyle sıralamak olanaklıdır:

1. Tasarımı "Tam Gün" olarak adlandırmak yanlıştır. Çünkü tasarımı, hekimlerin tam süre çalışması felsefesiyle ilgili temel bir yaklaşıma sahip değildir. Tasarım bu haliyle kamu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaya ve hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesine yönelik bir çabanın değil; aksine finansmanı sigorta sistemiyle sağlanan bir sağlık sisteminin hekim işgücü piyasasını sermaye sahipleri yararına düzenlemeye dönük hazırlanmış bir yasal düzenleme özelliği taşımaktadır. Tasarım kamucu bir sağlık sistemi ile ilişkili olmadığı için; hekimlerin çalışma koşullarının iyileşmesi beklenmemelidir.

2. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışanların gelirleri daha yüksek

oranda döner sermayeye bağlanmaktadır. Bu yaklaşım sağlık çalışanlarının gelirlerinde bir miktar artışa yol açacak gibi görünmekle birlikte; birçok belirsizliği de birlikte getirmektedir. Döner sermaye gelirlerinden sağlık çalışanlarına aktarılan pay, çalışanların biraz olsun gelirlerini artırmakla birlikte; özlük haklarının yükseltilmesi için kalıcı bir çözüm değildir. Kalıcı bir çözüm değildir çünkü: Emeklilik dönemine yansımamaktadır, süreklilik göstermemektedir (Sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paralar dağıtılmaktadır, bu kuruluşlardan sürekli para gelmesi söz konusu olmayabilir), eşitsiz dağılmaktadır, geleceği belirsizdir ve kişinin sağlık sorunları yaşamamasından büyük ölçüde etkilenmektedir. Bütün kamu hastaneleri son düzenlemelerle birlikte borç batağına doğru sürüklenirken, döner sermaye tazminatlarının bundan sonra ne kadar süre ile ödenebilecekleri bile belli değildir.

Döner sermayelerden Maliye Bakanlığı'nın tebliği ile yapılan düzenlemeler uyarınca, personelin tazminatları öncelikli olarak öden-





Dosya

mek zorunda değildir. Bilançosunda borcu görünen döner sermaye işletmelerinin personele tazminat ödemesi mümkün olmayabilir. Üstelik, özellikle devlet hastanelerinin döner sermaye gelirlerinin Hükümetin bir kararıyla silindiği bilinirken; hekimlerden yaşamlarını döner sermaye tazminatlarına bağlı olarak sürdürmelerinin beklenmesi doğru değildir. Bugün özellikle üniversite hastanelerinde zamanında ödenemeyen döner sermaye tazminatları ortadayken; tam süre çalışmakla ilgili geliri döner sermaye tazminatlarına dayandırmak gerçekçi değildir. Sağlık çalışanlarının maaşlarında artışa gidilmeksizin yapılacak iyileştirmeler, gerçek bir iyileştirme olmaktan uzaktır. Ayrıca hekimlere döner sermaye tazminatı üzerinden bile olsa yapılan iyileştirme oranlarıyla kıyaslandığında; sağlık çalışanları için belirlenen %150 düzeyindeki tavan düşük kalmaktadır. Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu düşünüldüğünde bu oranın artırılması gerekmektedir.

3. Öğretim elemanları üniversitelerde devamlı statüde görev ya-

pacaktır. Tasarı ile hem part-time çalışma ortadan kaldırılarak öğretim üyesinin üniversiteye daha fazla zaman ayırması sağlanmakta; hem de tıp fakültelerinde özel hasta muayenesi/ameliyat ortadan kaldırılmaktadır. Geç kalınmış, çok olumlu bir gelişmedir. Özel muayene/ameliyat bir yandan (yoksul) hastaların tıp fakültelerinde hizmete erişimini kısıtlarken; diğer yandan da öğretim üyelerinin eğitim ve araştırma için ayırması gereken zamanı azaltmaktadır.

4. Öğretim elemanlarının diğer kamu kuruluşlarında yaygın olarak görev yapmalarının önü açılmaktadır. Bu durum eğitimi olumsuz etkileyebilir. Zaten yasa bir bütün olarak değerlendirildiğinde, tıp eğitimi ve araştırmanın geri plana bırakıldığı; sağlık hizmeti sunumunun öncelendiği gözlenmektedir.

5. Üniversitede tıbbi teknolojinin yaygın olarak hizmet alımı/kiralama yoluyla sağlanmasının önü açılmaktadır. Bu durum mülkiyet devri olmaksızın sağlık hizmetleri-

nin özelleştirilmesinin bir örneğidir. Hizmette nitelik kaybı başta olmak üzere çok ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilir.

6. Hekimler (ve sağlık çalışanları) "Full-time" yerine "Over-time" çalışmak zorunda kalacaktır. Hekimin ve sağlık çalışanının kazancının mesai saatleri dışında üreteceği sağlık hizmetine endekslenmesi, uygulamada haftalık yasal çalışma süresinin aşılması sonucunu doğuracaktır. Üstelik mesai saatinin üzerinde bir çalışma anlayışının getirilmesi, karşımızda duran yasanın aslında bir "Over-time (Fazla çalışma)" çalışma biçimini getirdiğini de göstermektedir. Tasarı bu haliyle, bugün zaten fazla çalışmak zorunda kalan hekimleri, tam gün adı altında daha zor koşullarda, aynı belki daha uzun çalışma süreleriyle ve daha düşük özlük hakları ile istihdam etmekten öteye geçemeyecektir.

7. Tasarı hekimlerin çalışma yaşamlarına ilişkin kısıtlamalar getirmektedir. Tasarı ile "tam gün" bir kamu çalışma biçimi olmaktan çıkarılmaktadır. Tasarıda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşma yapmış özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için de tam süre çalışma zorunlu tutulmaktadır. Böylece hekimin özel sektörde çalışırken, çalışma süresini ve çalışabileceği kurumu kendi istenciyle belirleyebilmesi ortadan kaldırılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bu tasarı ile temel vurgusunun sağlık hizmeti sunumuna değil, sağlık hizmetlerinin finansmanına ve örgüt yapısına bir müdahale olduğunu göstermiştir. Tasarı bu haliyle, Bakanlığın kamu tarafından sunulan sağlık



hizmetlerinin niteliğini artırmak gibi bir kaygısının ürünü değildir. Tasarı hekimleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunan özel sağlık kuruluşlarının emeklerini rahatlıkla sömürebilecekleri bir insan gücü biçimine dönüştürmektedir. Bir başka deyişle, tasarı ile "hekim işgücü piyasası" sermaye sahipleri yararına düzenlenmekte; hekim emeği ucuzlatılmaktadır. Tasarı bir bütünün parçası olduğu için, tek başına değil, son yıllarda uygulamaya konulan/konulması planlanan diğer yasal düzenlemelerle birlikte ele alınmalıdır.

"Sağlıkta Dönüşüm"ün temel yaklaşımının devletin sağlık hizmeti sunumundan el çektilmesi olduğu bilindiğine göre; kamucu bir sağlık sistemi istemi olmaksızın hekimleri tam süre çalışmaya zorlamak; sağlık alanındaki patronların kârını artırmaktan öteye gidemeyecektir.

8. Tasarı hekimlerin sağlığını bozmaya adaydır. Döner sermaye tazminatlarının "performans" adı altında "hizmet başı ödeme"ye endekslenmesi; bir yandan çalışma barışını bozarken, bir yandan da özellikle rekabet içerisinde çalışmaya zorlanması yüzünden hekimlerin ruh sağlığını bozmaya da adaydır. Hizmet başı ödeme yönteminin yürürlükte olduğu ülkelerde, tanı/tedavi endikasyonlarının, operasyonlarda seçilen anestezi türlerinin, istenen tetkiklerin, kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin bilimsel ölçütlere göre belirlenmesi ilkesinden uzaklaşıldığını gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu sistemde ayrıca hekimden her şeyi daha fazla yapması beklenmektedir: Daha fazla hasta muayenesi, daha fazla tetkik, daha fazla ameliyat, daha fazla girişim... Bütün bu "daha fazla"lar,



Hekimin ve sağlık çalışanının kazancının mesai saatleri dışında üreteceği sağlık hizmetine endekslenmesi, uygulamada haftalık yasal çalışma süresinin aşılması sonucunu doğuracaktır. Üstelik mesai saatinin üzerinde bir çalışma anlayışının getirilmesi, karşımızda duran yasanın aslında bir "Over-time (Fazla çalışma)" çalışma biçimini getirdiğini de göstermektedir.

hekimin aynı zamanda daha uzun süre ve daha yüksek tempoyla çalışmasına da yol açacaktır.

9. Tasarı hekim işsizliğini arttırmaya adaydır. Kapitalist üretim ilişkileri içerisinde işgücü piyasasının düzenlenmesi, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, günümüzde küreselleşmenin de etkisiyle, genellikle çalışanların istihdamı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Şirketler yeni işçi almak yerine,

mevcut işçilerini daha fazla çalıştırma yolunu seçmektedirler. Örneğin, 2004'te Türkiye'de imalat sektöründeki işçiler haftada 52 saat yerine ortalama 45 saat çalışmış olsalardı, ek olarak 500.000 işçinin istihdam edilmesi gerekecekti. Benzer bir durum, bu tasarı ile hekim işgücü için de geçerli olacaktır. Patronlar bir yandan kendileri tarafından belirlenen esnek çalışma saatlerini dayatırken, diğer yandan da yeni hekim istihdam etmek yerine, var olan hekimleri daha uzun süre çalıştırma yolunu seçeceklerdir.

10. Tasarı yabancılaştırmayı artıracak, çalışma barışını bozacaktır. Rekabete dayalı çalışma düzeni, dayanışma içinde olması gereken sağlık hizmeti ekibinin üyelerini karşı karşıya getirecek ve çalışma barışı bozulacaktır. Üstelik hizmet başı ödeme ile ücretlendirilme, sağlık hizmetinin "ekip" olarak sunulması yaklaşımını da zedeleyebilir ve en gereksinim duyulduğu anda ekibin dağılmasına yol açabilir.

11. Tasarı tıp eğitimini ve tıpta uzmanlık eğitimini olumsuz etkileyecektir. Tasarı ile öğretim üyelerinin para kazanması sağlık hizmeti sunumuna endekslediği için, öğretim üyeleri eğitim ve araştırma için zaman ayırmak yerine, mesailerinin büyük bir bölümünü sağlık hizmeti sunumu için ayırmak yoluna gideceklerdir. Eğitim kurumlarının temel işlevinin lisans/lisansüstü öğrenci yetiştirmek olduğu asla akıllardan çıkarılmamalıdır. Üniversitelerdeki sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, tıp fakültesi öğrencileri ile asistanların uygulama olanağı bulabilmesi amacıyla kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların temel olarak sağlık



Dosya



hizmeti üretmesi anlamına gelecek her türlü düzenlemeden kaçınmak gerekir. Aksi halde, tıp eğitiminin niteliğinin düşmesi kaçınılmaz olacaktır. Öğretim üyelerinin özlük hakları, eğitim -ve araştırma- etkinlikleriyle mutlaka ilişkilendirilmelidir.

12. Hastalarımızın sağlığı tehlikeye atılmaktadır. Tasarı tedavi edici hizmetleri önceleyen, dolayısıyla temel sağlık hizmetlerini yok sayan bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Hekimlere verilecek ücret temel olarak döner sermaye katkılarına bağlanmakta; döner sermayeye katkı da tedavi edici sağlık hizmetine odaklanmaktadır. Bu durumda bir yandan hastalarımızın sağlığı tehlikeye atılmakta; diğer yandan da ilaç ve tıbbi malzeme tüketimi -dolayısıyla çok uluslu şirketlere aktarılan para arttırılmaktadır.

13. İşyeri hekimliği ile ilgili düzenleme belirsizlik içermektedir. Döner sermayeli sağlık kuruluşlarının işyeri hekimliği hizmeti vermesi, işyeri hekimliğinin yalnızca "gelir getirici" bir hizmet olarak ele alındığını düşündürmektedir. Bu yaklaşım işçi sağlığının felsefesine uygun değildir.

14. Tıbbi kötü uygulama için sigorta zorunluluğu getirilmekte-

dir. Tıbbi kötü uygulamaların önlenmesi için temel yaklaşımlardan uzak olan bu kanun ile getirilen sigorta zorunluluğu; yalnızca yeni bir fon sağlama girişimidir. Üstelik bu fon sağlanırken, primlerin yarısının hekimler tarafından ödenmesi de zorunlu tutulmaktadır.

15. İyonlaştırıcı radyasyonla çalışanların haftalık çalışma saatleri 35 saate çıkarılmaktadır. Eğer iyonlaştırıcı radyasyonla çalışanların sağlığını ve çalışma ortamını izleyecek ve önlem alacak yeni bir yasal düzenleme olmaksızın çalışma saatleri arttırılırsa; bu durum radyasyonla çalışanların sağlığını olumsuz etkileyebilir.

16. Nöbet ücretleri arttırılmakta, icap nöbetleri ücretlendirilmektedir. Bu durum olumlu olmakla birlikte, ücretlerin döner sermaye üzerinden verilecek olması, döner sermaye ile ilgili sakıncaları bir kez daha gündeme getirmektedir.

17. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin birimlerinin birlikte kullanımını sağlık hizmetini bir kez daha ön plana çıkarmaktadır. Oysa üniversitelerin temel işlevinin tıp eğitimi ve araştırma olması gerekir. Birlikte kullanımın yaygınlaştırılması, tıp eğitiminin niteliğini olumsuz etkile-

yebilme tehlikesi içermektedir.

18.Hekimlere bireysel emeklilik getirilmektedir. Bakanlığın bu yasa ile emeklilik dönemine yansıtacak bir bireysel emeklilik sigortasını gündeme getirmesinin pratikte hekimler için bir yararı bulunmamaktadır. Çünkü zaten primini kendisi ödeyecek olduktan sonra, isteyen her hekim bir sigorta şirketi aracılığıyla bireysel emeklilik sigortası yaptırabilir. Yasanın asıl içermesi gereken bir tür özel bireysel emeklilik sigortası değil; temel ücretler yoluyla bütün sağlık çalışanlarının emeklilik dönemlerine yansıtacak iyileştirmelerdir.

Sonuç olarak, hekimlerin tam süre çalışması benimsenmesi gereken bir çalışma biçimidir; ancak bu çalışma biçimi hekimin içerisinde yer alacağı sağlık sisteminden bağımsız olarak ele alınamaz. Tam süre çalışma ancak eşitsizliklerin azaltılmasına odaklanmış kamucu bir sağlık sistemi içerisinde hekim emeğini değerli kılar. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yasa tasarısı taslağı ise sağlığın serbest piyasanın insafına terk edileceği bir sağlık sistemi içerisinde hekim işgücü piyasasını düzenlemekte ve hekim emeğinin serbest piyasanın temel kuralı olan sunu/istem dengesine göre belirlenmesi yerine -şimdilik- kendisi tarafından düzenlenmesi yaklaşımını getirmektedir. Tasarının bu haliyle benimsenmesi uygun değildir. Gün, bütün sendikaların sağlık çalışanlarının kazanımları için mücadele etme zamanıdır.

**** Bu yazı, yazarın "Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi" adıyla Toplum ve Hekim Dergisi'nin Mart-Nisan 2008 (23;2:117-124) sayısında yayınlanan makalesinin kısaltılmış ve güncellenmiş bir sürümüdür. Kaynaklar bu yazıda yer kıstıllığı nedeniyle yer almadığından, söz konusu makalede görülebilir.*

Tam Gün Yasası Kargaşası...

Doç.Dr. Abdulkadir KOÇER
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Ana Bilim Dalı Başkanı

'Tam gün yasa tasarısı'... Ürküten, meraklandırıcı, heyecanlandırıcı, küplere bindiren, korkutan bir cümle. Bu tanımlamaları siyasi görüşünüze, muayene hekimi olup olmamanıza, hasta veya hekim olmanıza, ideallerinizin olmasına veya hastalardan elde ettiğiniz ranta bağlı olarak çoğaltabilirsiniz. Bir yanda yasaya karşı çıkan meslektaşlarımız, bir yanda da meslek örgütü olmanın getirdiği sorumlulukla bu olaya karşı çıkan meslek odaları ve sendikalar.



Giriş cümlelerinden de anlaşılacağı gibi diğer ülke gündemiyle ilgili meselelerde olduğu gibi bir bardak suda fırtına çıkarmaya çalışanların yanında yılların emeği olarak elde ettikleri bir mesleği icra konusunda ne ile karşılaşacaklarını bilemeyen çok sayıda insan da bu yasaya karşı çıkmaktadır.

Mecburi hizmeti süresince devlet hastanesinde, sonrasında hem eğitim hastanesinde hem de tıp fakültesi hastanelerinde çalışmış ve hizmet vermiş bir insan olarak getirilmeye çalışılan yasa hakkında birtakım şeyler söyleme hakkım olduğuna inanmaktayım. Bana göre tam gün yasasının hem duygusal

hem de gerçeklerle ilgili boyutları vardır.

Uzunca bir eğitim süreci sonrasında toplumda saygın bir yer elde etme düşüncesinin yerini maddi ve manevi yıkımların aldığı bir meslektaşımızın duygu durumunu düşünün... Verdikleri bir mu-



Dosya

ayene ücreti karşılığında yıllardır hekimleri kullanan ve sonrasında hekimlere hastanede bir çok işini yaptırtan hastalarımızın durumunu düşünün... Devletten aldığı maaş karşılığında vermesi gereken hizmetleri ancak muayenehanesine gelen hastalara sunan hekim arkadaşın duygu durumunu düşünün...

Tek bir sağlık karnesi ile hiçbir üretkenliği olmayan onlarca insana sağlık hizmeti sunması istenilen hekim arkadaşın duygularını düşünün... Üç beş arkadaşıyla birlikte 100-200 TL'yi bir yemekte çok rahatlıkla harcayabilen fakat sağlık harcamasına gelince eli titreyen ve devlet ödesin diye feryat eden hastalarımızın duygularını düşünün... Alışverişte, ev kiralarken ya da bir seyahat esnasında doktor olduğunu söylemekten çekinen 'çünkü fiyatlar hemen fark edecek' doktorların duygularını düşünün... Doktorlarımızı bu duygusal git gellerden kurtaracak tartışma ortamları oluşturmadıkça veya cüzdanları ile duyguları arasındaki yalnızlıklarına son vermedikçe bu işin çözülmesi mümkün görülmemektedir.

Haziran ayı içinde Anadolu Ajansı üzerinden basına geçilen bir haberle Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki personelin, özellikle de doktorların aldıkları döner sermaye katkısının ne kadar çok olduğu duyuruldu. Öte yandan sayın Sağlık Bakanımız doktorlardan beklediği gerçek hizmetlerin yanında kendilerinin sağlayacağı imkanları ve maaş artış oranlarını değişik medya kanallarında anlattı. Sağlanması planlanan imkanlar ve yanlışlar konusunda ben de sayın bakanımız gibi düşünmekteyim. Fakat düzeltilmesi ve hak edene hakkının verilmesi konusunda bir takım endişelerim var. Bunları sizlerle paylaş-

mak istiyorum:

1. Sağlık ocağı'nda verilen hizmetlerin kalitesi arttırılmadan ve vatan-daşla sağlık ocağı hekimi arasında bir empati kurulmasını temin etmeden yapılacak her türlü gayret boşa çıkacaktır. Hekimler yalnızca sevk zincirinin bir parçası olarak kalacaktır. Bu noktada da bir takım çıkmazlar vardır. Sağlık ocağı hekimlerinin özellikle zorlamasıyla ve önerileriyle hastalar hastane hizmetlerine geldiklerinde ilaçlar için sıkça sağlık kurulu raporları talep etmektedirler.

Sağlık raporlarıyla kendilerine ilaç yazılabileceği garantisini sağlık ocağı hekiminden alan hastalar (Alzheimer hastalığı, Parkinson Hastalığı, Diyabet ya da hipertansiyon hastalıkları, Şizofreni hastaları, Depresyon hastaları gibi kronik hastalar uzmanınca değerlendirilmeli ve ilaç düzenindeki değişiklikler takip eden uzmanca yapılmalıdır) rapor talebiyle gelmekte ve bazen olay çıkarmaktadır. Raporu aldıktan sonra uzunca bir süre ortadan kaybolmakta, takipten çıkmaktadırlar. Baktığı hastaya göre

pay vermeyi önerdiğiniz sağlık ocağı hekimi arkadaşların bu konuda takibi nasıl olacaktır? Uzman hekimce takibi gereken hastalar konusunda hastaneye gitme ve ilaçların yalnızca hekimin kontrolü altında yazılma zorunluluğu hem hastanın faydasına olacak hem de gereksiz ilaç tüketimini önleyecektir.

2. Pilot uygulamaların yapıldığı şehirlerde çok ilginç sonuçlarla da karşılaşmaktadır. Belirli noktalarda sorumluluğu üstlenme açısından bir geride sayılabilecek sağlık ocağı hekimleri uzman hekimlerden daha fazla prim almaktadır. Örneğin; Düzce ilinde sağlık ocağı hekimleri 4000-5000 TL civarında prim alırken, Dahili bilimlerde çalışan hekimlerin son 3 ay içinde aldıkları prim ortalaması 2500-3500 TL arasında değişmektedir. Hastanın kronik hastalığıyla birebir muhatap olan ve riski halkın gözünde daha çok aldığı düşünülen uzman hekimlerin karşı karşıya kaldığı bu denge-sizlik nasıl düzeltilecek ?

3. Bazı dahili branşlar için öngörülen primler çok düşük kalmaktadır.





Örneğin; bir psikiyatrik görüşme belki de hekim arkadaşın yarım saatini almaktadır. Fakat bu süreçte yapılacak basit bir cerrahi girişimle karşılaştırıldığında çok farklılık olduğu görülecektir. Hele tam gün yasası sonrasında aynı süre zarfında hastanede hizmet üreten arkadaşlar arasındaki bu adaletsizlik nasıl düzeltilecek? Hastaneye sadece kazandırdıkları değil, hekimlerin tetkik ve takipte devletin cebinden götürmeleri önlemeleri dahi primlendirilmelidir. Hastaneler sadece döner sermaye sistemin yürütüldüğü kurumlar olma mantığından kurtarılmalıdır. MR ve benzeri tetkik giderleri de nihayetinde bu ülke gelirinden karşılanmaktadır. Bu konuların düzeltilmesi düşünülüyor mu?

4. Gerek Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde ve gerekse üniversite hastanelerinde iş üretmeyen çok sayıda atıl eleman vardır. Büyükşehirlerdeki üniversitelerde bazı birimlerde hiç iş üretmeyen onlarca hekimden bahsediliyor. Bu hekimlerin işgücü olarak dönüşü nasıl sağlanacaktır? Halen iş üretmeye devam edeceklerse bu hekimler de aynı primimi alacaklardır? Bu hekimlerin iş yapmadıkları bulunduğu kurum yöneticileri tarafın-

dan da bilinmekte fakat her defasında memur mevzuatıyla ilgili bir kanun karşımıza çıkmaktadır. Bu mesele nasıl organize edilecektir. Eğer üretkenliğin primlendirilmesi esassa üretken insanlar üretken olmayan insanlarla primlerini paylaşmak istemeyecektir. Bu konu nasıl organize edilecektir?

5. Üniversite hastanelerini bir muayenehane gibi kullanan, özel muayene yaptırmadan hastanın yatmasına müsaade etmeyen, asistanıyla günde 1-2 saat dahi geçirmeyen, hatta derslere kendisi girmeyip asistanını sokan fakat ücretini kendisi alan öğretim üyeleri nasıl organize edilecektir? Üniversite ve fakülte yönetimleri bu konuda uyarılacak mı? Yoksa her ideolojik düşünce, kendisi gibi düşünmeyenler hakkında tutanaklar tutarken, kendisi gibi düşünen bu kaçak insanları idare etmeye devam edecek mi?

Sonuç itibarıyla uygulanması planlanan düzenleme hekimlerin cüzdanlarıyla vicdanları arasında sıkışmalarını önleyecektir. Fakat birkaç noktada netlik olması gerekiyor. Daha önce ilan edilen rakamların gerçeği yansıtmadığını, manipülatif bir içerikle hazırlandığını belirtmek istiyorum. En yüksek düzeyden alan birkaç kişinin değil de ortalamadan prim alan bir hekimin bordrosuna baktığınızda hekim maaşları ortalama 1600 TL dolayındadır. Ortalama prim düzeyi de 3000-3500 TL civarındadır.

Yüzlerce hatta bazısında binlerce hekimin çalıştığı illerden tek bir hekimin gelirini örneklemenin ve bunu tüm hekimleri ilgilendiriyormuş gibi Anadolu Ajansı üzerinden servis yapmanın ciddiyetle bağdaşır bir yönü yoktur. Düzenleme yapılmalı fakat demagoji yapılmamalıdır. Böylesi bilgilendirmeler halkın gözünde hekimin küçük düşürülmesine neden olmaktadır. Bu kanun tasarısını hem sağlıkta kalitenin artmasına katkıda olacağı hem de hekimlerinin gayretlerinin karşılığını alabileceği ümidiyle sonuna kadar desteklemekle birlikte üzülmeye gerek yok. Medyada yer alan örneklerle hekimlerin gelirleri hakkında yanıltıcı bir kamuoyu oluşturulması hedeflenmektedir. Böylece tam gün tasarısı ile yaratılmak istenen ortam desteklenmeye çalışılmaktadır. Bu yanıltıcı bilgilendirme nedeniyle performansla dayalı ödeme; hekimlerin istemedikleri, güvencesiz, adaletsiz, etik açıdan sıkıntılı çalışma ortamı doğuran bir uygulama olarak görülmektedir. Bakanlığın/yetkililerin yanılsama yaratacak haberler hazırlama yerine hekimlerin talepleri doğrultusunda hazırlık yapmaları yerinde olacaktır.

Bu kanunun bu istekler doğrultusunda yeniden düzenlenmesi ve 'şöyle alacak böyle alacak' şeklindeki reklam boyutu olan bilgilendirmelerden ziyade hekimlerin garanti isteklerine kulak verilmesi yerinde olacaktır.



Dosya

Tam Gün Yasası Işığında Hekimlerin Sorunları

Prof. Dr. Ömer KARAHAN
*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Klinik Şefi*

Hekimlerin belki de en büyük talihsizliği Türkiye'de bütün hekimleri temsil etmesi gereken Türk Tabipleri Birliği(TTB) nin hekim meselelerinden başka her işle uğraşmasıdır. TTB nin mevcut başkanı sayın Gencay Gürsoy TTB nin misyonunu şöyle ifade ediyor; "TTB nin en önemli görevi toplumsal muhalefete öncülük etmektir." Rotasını böyle belirlemiş bir zihniyetin hekim ve sağlık çalışanlarına ya da Türkiye'nin sağlık meselelerine ne hayrı olur?

TTB yönetiminden hayır gelmeyeceğini gören 30 Anadolu tabip odası Türkiye Hekim Platformu(THP)'nu teşkil ederek hekimlerin sorunlarına ve ülkemizin sağlık meselelerine çözüm üretmektedir. Metnin sonunda listesi verilen odalar internet üzerinden devamlı istişare ve iletişim içindedir. Tam Gün Yasa çalışmalarında hekimler açısından hiçbir kazanım olmadığını ve TTB nin de aynı işe yaramaz tutumunun devam ettiğini gören THP Yürütme Kurulu harekete geçti. Odalar arasında yapılan

görüşmeler ve internet vasıtası ile bir ortak metin hazırlanarak 11 Haziran 2009 günü Ankara'da yapılan basın toplantısı ile kamuoyuna ve basına duyuruldu.

12 Haziran 2009 günü de THP Yürütme Kurulu ve tabip odalarını temsilen yaklaşık 40 kişi ile Sağlık Bakanı arasında 7 saate yakın süren bir görüşme gerçekleştirildi. Sayın Bakanımıza hekimlerle ilgili önemli sorunların hemen hemen hepsi iletildi. Bu oturumda ciddi ve samimi olarak meselelere yaklaşıncı ciddiyet ve samimiyetle karşılaşıldığını memnuniyetle gördük. Bu noktada bizi ağırlayan ve eleştirilerimizi sabırla dinleyen, not alıp bizimle birlikte çözüm arayışına girip ekibimizi ve meselelerimizi TBMM Sağlık Komisyonuna taşıyan Sayın Bakanımız Prof Recep Akdağ ve ekibine teşekkür ediyorum.

Bu yazımda basın toplantısı ve görüşmede THP üyelerinin ifade ettikleri hususları özetleyerek Tam Gün Yasası vesilesi ile hekimlerin

meselelerine bir daha ışık tutmak istiyorum.

THP ve iştirakçi tabip odalarının peşinen bir hükümet yandaşlığı veya karşıtlığı söz konusu değildir. Kimin uyguladığına bakmadan Sağlık politikalarındaki doğruların savunuruz. Yanlıslara karşı çıkarız. Bugüne kadar böyle olmuştur. Bundan sonra da böyle olacaktır. TTB bütün sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanması, performans uygulaması gibi esasta yararlı uygulamada hataları olan gelişmelere ön yargı ile karşı çıkmıştır.

Merkez Konseyimizin karşı çıkmasına rağmen biz temelde karşı çıkmayıp yanlıslarının düzeltilmesini savunduk. Aynı şekilde Tam Gün Yasası olarak adlandırılan kanuni düzenlemelere de öz de karşı değiliz yanlıslarının düzeltilmesini ve büyük çaplı bu kanuni düzenleme esnasında hekimlerin mağduriyetinin giderilmesini savunuyoruz. Ülkemizin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi Sağlık Bakanı'nın görevidir. Bu görevin en iyi şekilde yeri-

ne getirilmesinde üzerimize düşeni hep yaptık, bundan sonra da yapacağız. Ancak Sayın Bakanımızın bir diğer görevinin de sağlık çalışanlarının haklarını savunmak olduğuna inanarak aşağıdaki hususları tekrar ifade ediyorum.

Sağlık sektörü hizmet sektörüdür. Eğitim, adliye ve asayiş ve benzeri hizmetlerin hiç birisinden daha kötü değildir. Fakat nedense sadece sağlık çalışanları aşağılanmaktadır. Hiçbir taltif ve takdir görmemektedir. Diğer hizmet sektörlerinin el üstünde tutulup hekimlerin horlanması hükümetin gücü doktorlara yetiyor veya hekimlere birilerinin kini var diye yorumlanıyor.

Hekimin hakimden neyi eksik? Özlük haklarından başka? Hekimlerin özlük hakları hakimlere endekslenmelidir.

Performans dedikleri parça başına ücretlendirme makbul bir şey ise bütün devlet memurlarına uygulansın. Mesela herkese asgari ücret verilip gerisi parça başına göre ödensin. Hakimlere sonuçlandırdıkları dosya sayısına göre ödeme yapılsın. Zaman aşımına uğrayan dosyalar için performansta kesinti yapılsın.

Hem kamuda hem muayenehanede çalışma bir haktır. Bu hakkın bedeli ödenmeden geri alınması hak gaspı olur. 1980 öncesi uygulama ile gündemdeki uygulamanın haklar bakımından hiç alakası yoktur.

Bizdeki şekli ile hiç bir meslek grubuna uygulanmayan zorunlu hizmetin öğrencilikte, asistanlıkta veya zorunlu hizmet döneminde karşılığı ödenmelidir. Devletin askeri öğrencilere verdiği imkanların yüzde kaçını tıp fakültesi öğrencisi ve asistanlara verildiği sorgulanmadan askerin gittiği her yere doktor da gidecek yaklaşımı adil değildir. Hakim, savcı, öğretmen, subay belli bir düzenle ülkenin her yerinde görev yapmaktadır. Fakat devletin görevlendirdiği yere gitmeyen hiçbir meslek grubunun diplomasına el konulmamaktadır. Tayin olduğu yere gitmeyen hakim savcı avukatlık yapabilir. Resmi görevi kabul etmeyen öğretmen özel okul veya dershanede çalışır. Ancak zorunlu hizmet yerine gitmeyen doktor hiçbir yerde doktorluk yapamaz. Yanlış anlaşılmasın. Mecburi hizmete karşı değilim. Ancak külfet karşılıksız olursa angaryadır. Angarya da Anayasa suçudur. Zorunlu hizmete giden hekim karşılığını almalı ve süresi dolunca nereye hangi usulle

gececeği belirlenmelidir.

Devlet memurunun haftalık çalışma süresi 40 saat iken hekimin ki neden 45 saattir? Dengi devlet memurlarının hepsinden maaşı düşük olduğu için mi? ABD de hekimin haftalık toplam çalıştırılabileceği süre 80 saat, AB de 56

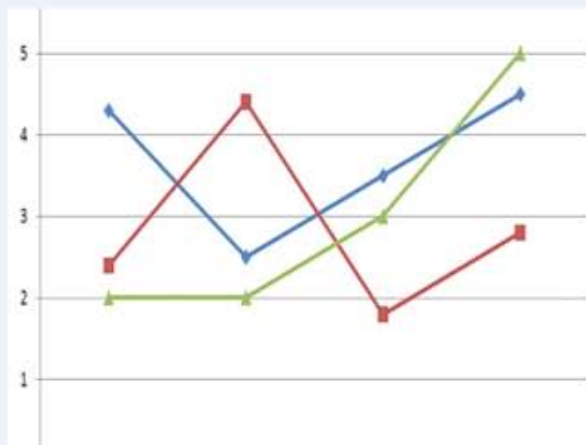
saat iken bizim ülkemizde gün aşırı nöbetlerle haftada 130-150 saat çalıştırılan hekimin ödülü zorunlu hizmet midir? Nöbetlerin sendikali işçinin saatlik ücreti üzerinden ücretlendirilmesini talep etsek haksız mı oluruz?

Hekimin emeklilik ücretinin en az kıdemli hakim kadar olmasını ısrarla ve vazgeçilmez bir hak olarak talep ediyoruz. Hekimlerin maaş artışı döner sermaye ödemesinden aynı oranda kesinti ile karşılanabilir.

Sayın Bakanımızın ifade ettiği "Maliye Bakanı hiçbir meslek grubunun özlük haklarında memurlardan ayrı iyileştirmeyi kabul etmediği" iddiası hakimler ve savcılara özel %40 iyileştirme ile ortadan kalkmıştır.

Hekimler malzeme ve cihaz ihalelerinde görevlendirilmemelidir. Bakanlık bizim cihaz ve malzeme ihtiyaçlarımızı merkezi alımlarla karşılamalıdır. Her hastane ihtiyacını Devlet Malzeme Ofisi gibi bir kurumdan talep etmelidir. Böylece ihaleye imza atan hekimler vatan haini gibi derdest edilip götürülmeğe kurtarılmalıdır.

İlaç tüketimi ve tetkik istenmesindeki israfın önüne geçecek tedbirler alınmalıdır. İlaç harcamaları ülkemiz sağlık harcamalarının %44 ünü götürmektedir. ABD de ilacın tedavi giderleri içindeki payı %20 ler dedir. ABD büyük israf olduğu iddiası ile harcamaları azaltmaya çalışıyor. Bizdeki israfı buna göre değerlendirip tedbir almalıyız. Buradan sağlanacak tasarruf personelin özlük haklarını kat kat iyileştirecektir.





Dosya

'Tam Gün'e İtiraz Noktalarımız

Mustafa KULLUK

Sağlık-Sen

Genel Mev. ve Toplu Gör. Sek.

Tam Gün Yasa Tasarısı son günlerde sağlık camiasının öncelikli gündemini oluşturmaktadır. Yaklaşık 3 ay önce Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Tam Gün Yasa Tasarısı Taslağı kamuoyuna açıklanmış ve üzerinde tartışmalar başlamıştı. Sendikamızın talep ve tekliflerinin büyük ölçüde yer aldığı bu taslak sağlık çalışanlarının beklentilerini kısmen de olsa karşılayacak düzeydeydi.

Bakanlıkça hazırlanan bu taslakta özellikle tabip dışı personelin döner sermaye tavan oranlarında artış, hekimlere yüksek hakimlik ve makam tazminatı, tabiplerin ve tabiplerin gözetimi ve yönetimi altında hizmet veren diğer sağlık çalışanlarının hizmet esnasında verebilecekleri zararları da teminat altına alan mesleki mali sorumluluk sigortası ve nöbet ücretlerinin 3 katına çıkarılması öngörülmektedir.

Meclis Genel Kuruluna sevk

edilen tasarıda maalesef, Sağlık Bakanlığı'nın taslağında öngörülen iyileştirmeler yer almamıştır. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan taslağın kamuoyuna yansımaları ile çalışanlarda oluşan umut, TBMM'ye gönderilen Tasarı ile yerini hayal kırıklığına bırakmıştır.

Genel Kurula sevk edilen Tam Gün Yasa Tasarısına baktığımızda; haftalık mesai süresinin 40 saate düşürülmesi, hekimlerin ücretlerinde ele geçecek garanti gelir miktarının emekliliğe de yansıtılacak şekilde artırılması, tüm yataklı tedavi kurumları ile ağız-dış sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan bütün personele nöbet ücreti ödenmesi, hekimlerin mesleki mali sorumluluk sigortası kapsamına alınmasıyla ilgili yer alan kazanımlar, çalışanlar açısından olumlu sayılabilecek düzenlemelerdir. Ancak beklentileri karşılamaktan çok uzak ve yetersizdir.

Yasanın çıkmasıyla birlikte hekimler, kamu ve özel arasında tercih yapmak durumunda kalacaklardır. Hekimlere ele geçecek garanti gelir oranının emekliliğe de yansıtılacak şekilde artırılmasının yanında temel ücret artışını da sağlayacak iyileştirme yapılmalıdır. Ayrıca ele geçecek garanti gelir oranında ön görülen artışın döner

sermayeden karşılanması kurumların mali açıdan sıkıntıya düşmesine sebep olacaktır. Bu nedenle yapılacak iyileştirmelerin genel bütçeden karşılanması kurumlar açısından önem arz etmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla beraber sağlık hizmetlerinin kalitesi artmış ve vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı bir şekilde yürütülmesinde sağlık çalışanlarının özverili çalışmasının payı büyüktür. Hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyet duymasını büyük ölçüde sağlayacak olan sağlık çalışanlarıdır. Dolayısıyla hastanın memnuniyetini sağlamak için öncelikle çalışanların memnuniyetinin sağlanması gereklidir. Hizmet sunumunda ekip çalışmasının önemi büyüktür. Tabiatıyla ekibin başı hekimlerdir. Ancak ekip hekimlerden ibaret değildir. Bu nedenle hekim dışı personelin yaşadığı sıkıntılara ilişkin çözümlerde mutlaka Tam Gün Yasa Tasarısında yer almalıdır.

Sağlık Bakanlığı personelinin önemli bir kısmı diğer kurumlarda çalışan emsallerinden daha düşük ek ödeme almaktadır. Ayrıca diğer kurumlarda çalışanlara ek ödemeler her ay düzenli olarak verilirken, Sağlık Bakanlığı personeline yıllık

izin, hastalık izni, doğum izni, şua izni vb. durumlarda döner sermaye ödemesi yapılmamaktadır. Önceki yıllarda sağlık personeli maaşları öğrenim düzeyleri aynı olan öğretmen ve polisten daha yüksek olduğu halde son yıllarda bu meslek gruplarının maaşlarında yapılan iyileştirmelerle sağlık personelinin ücretleri düşük kalmıştır. Temmuz itibarıyla bir öğretmen ortalama 72 saat ek ders ücretiyle beraber 2140 TL, bir polis memuru 1930 TL maaş alırken bir hemşire ortalama döner sermaye ile beraber 1358 TL ile 1576 TL arasında maaş almaktadır. Bu tablo sağlık çalışanlarının mağduriyetini açıkça göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının önemi göz önüne alındığında, hekimlere yapılacak iyileştirmelerden hekim dışı personelin mahrum bırakılması özveriyle çalışan hekim dışı personelin şevkini olumsuz yönde etkileyecektir. Bunun yanında diğer meslek gruplarının aldığı ücretlerle sağlık personelinin aldıkları ücretler mukayese edildiğinde, sağlık personelinin ücretlerinin düşük kaldığı göze çarpmaktadır. Bu mağduriyetin giderilmesi için öncelikle Sağlık Bakanlığında çalışan hekim dışı personele 375 sayılı KHK kapsamında, diğer kurumlarda çalışan emsallerine verildiği tutarda ek ödeme verilmeli ve döner sermaye tavan katsayı oranları artırılmalıdır.

Bir diğer önemli konu nöbet ücretlerinin artışıyla ilgilidir. Hafta içi 24 saat kesintisiz nöbet tutan bir personel, 8 saatlik mesaisi dışında tutmuş olduğu 16 saatlik nöbete karşılık, ertesi gün 8 saatlik izin kullanmakta ve 8 saat nöbet ücreti almaktadır. Bugün itibarıyla lise mezunu bir sağlık personelinin almış olduğu nöbet ücreti 12 TL gibi komik bir rakamdır. Çoğu zaman ken-

di çocuğu evde hasta iken nöbette başkalarının sağlığına kavuşması için fedakârca çalışan, aldığı nöbet ücretinin çok daha fazlasını nöbette harcayan sağlık çalışanlarının nöbet ücretlerindeki artış tatminkâr olmalıdır. Kanun tasarısında öngörülen %50 ila %66 lık artış yeterli değildir.

Tasarıda, tabiplerin gözetimi ve yönetimi altında hizmet veren diğer sağlık çalışanlarının hizmet esnasında verebilecekleri zararların mesleki mali sorumluluk sigortası kapsamında çıkartılmış olması, hekim dışı personeli risk altında bırakmaktadır. Mesleki mali sorumluluk sigortasının kapsamı hekim dışı personeli de kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Yine Tasarı'da Radyoloji çalışanlarının haftalık çalışma süresinin 35 saate çıkarılmasının, Türkiye genelindeki radyoloji ünitelerinin durumu dikkate alındığında yanlış bir karar olduğu ortadadır.

Sendikamız Tam Gün Yasa Tasarısı'nın toplumumuzun her kesiminin en üst seviyede sağlık hizmetine ulaşması açısından önemli ve gerekli görmektedir. Ancak, Tam Gün Yasası ile hedeflenen vatandaş memnuniyetini, sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliğine dönüştürmek doğru bir yaklaşım değildir.

Genel Kurul görüşmelerine kalan Tam Gün Yasa Tasarısı'nda hekim ve hekim dışı personelin talepleri mutlaka dikkate alınmalıdır.

Tam Gün Yasa Tasarısı'nın ilgili tüm sosyal tarafları geniş bir uzlaşma zemininde buluşturacak şekilde yasalaşması, sosyal barışa katkı sağlayacağı gibi, sağlık sistemini daha verimli ve işler hale getirecektir.



**Sağlık hizmeti
bir ekip
işidir!
Sağlıklı hizmet
için
önce özlük
haklarında adalet!..**



Ağır Çalışma Koşulları Çalışanların Sağlığını Tehdit Ediyor



Sağlık çalışanları için hastane enfeksiyonlarına yakalanma riski önemli bir sağlık sorunu haline dönüştü. Uzmanlar çalışanların hastane enfeksiyonlarına yakalanmasında ağır çalışma koşullarını, iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan tedbirlerin yetersizliği gibi faktörlerin etkili olduğunu belirtiyorlar.

Son aylarda artan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA) vakaları, sağlık personeli için ciddi tehlike arz ediyor. Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde stajyer hemşire Kübra Y., KKKA hastasından kan alırken iğneyi eline batırması sonucu hastalığa yakalanıp, hayatını kaybetti.

Ankara Hastanesi'nde de Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde çalışan hamile bir hemşireye servis yoğunluğu nedeniyle KKKA virüsü bulaştı. İsmi açıklanmayan hem-

şirenin çocuğunun alınma ihtimali var. Serviste iş yoğunluğuna rağmen sadece üç hemşirenin görev yaptığı ifade ediliyor. Aynı serviste hemşire ile aynı gün nöbet tutan bir doktora da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi belirtileri görüldü.

Bu olaylar; ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan enfeksiyonlar konusunda hastanelerde alınan tedbirlerin yeterli olup olmadığı, çalışma koşullarının hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği açısından ne derece sağlıklı

olduğu konularını bir kez daha gündeme getirdi.

Hastane enfeksiyonları hastane çalışanları içerisinde en çok hemşireleri tehdit ediyor. Vaka sayısı da her geçen gün artıyor. Yapılan bir araştırmaya göre hastane enfeksiyonları ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser ve beyin kanamalarından sonra dördüncü sırada yer alıyor. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ise hastanede yatarak tedavi gören her 10 hastadan birinde hastane enfeksiyonu görülüyor. En fazla enfeksiyona yakalanma olasılığı ise yoğun bakımda yaşanıyor.

Görüldüğü gibi tehlikeler saymakla bitmiyor. Enfeksiyon kapma

İhtimali de özellikle kan alıp verme işleriyle uğraşan hemşirelerde görülüyor. Basına yansıyan benzer vakalardan bazıları şöyle:

Tokat'ta 2002 yılında SSK hastanesinde Hemşire olarak çalışan 27 yaşındaki Esra Demir, aniden rahatsızlanarak Ankara Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'ne kaldırıldı ve 1 hafta sonra hayatını kaybetti.

Bolu -Çalışmakta olduğu Bolu Köroğlu Devlet Hastanesi'nde rahatsızlanan ve kanında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) virüsü tespit edilen Hemşire Arzu Ö. (26), tedavi gördüğü Ankara Numune Hastanesi'nde hayatını kaybetti.

Sağlık Bakanlığı, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığına bağlı olarak hayatını kaybeden Hemşire Arzu Ögen'in aynı hastalık nedeniyle tedavi gören bir hastanın çıkartıları ile temasta bulunduğu ve virüsü de bu yolla almış olabileceği kanaatine varıldığını açıkladı.

Çorum'da Kırım Kongo kanamalı ateşi virüsü taşıyan bir hastadan kan alınırken mikrop bulaşan Nazlı YAZICI (30) isimli Hemşire yaşamını yitirdi.

Samsun Ondokuz Ma-

yas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastasından kan alırken iğneyi eline batıran 18 yaşındaki Sağlık Meslek Lisesi ATT mezunu, üniversitede ise Lisans öğrencisi olup staj yapmakta olan sağlık personeli Kübra Y. yapılan tüm müdahalelere rağmen kurtarılamayarak stajyer olduğu hastanede hayatını kaybetti.

“KKKA Hastalığı Solunan Havayla Bulaşır mı?”

Hastane personelinin hayatını kaybetmesi, iş arkadaşlarını üzerken, beraberinde de bazı kuşular da doğuruyor. KKKA'lı hastaya iğne ile serum takarken kazara iğneyi kendi eline batırması sonucu KKKA hastalığına yakalanarak hayatını kaybeden acil tıp teknisyen Kübra Y.'nin OMÜ Tıp Fakültesi Acil Bölümü'nde beraber çalıştıkları ve aynı evi paylaştıkları arkadaşlarının tedbir amaçlı tetkikleri yapıldı ve hastalığa rastlanmadı. Ancak bu kişilerin kuşularının gitmemesi ve ciddi anlamda psikolojik çöküntü yaşaması üzerine bir haftalık idari izin verildi.

Uzmanlar hastane çalışanlarının ağır çalışma koşullarının hata yapma olasılığını ve dikkat eksikliğini getiren önemli bir faktör olduğuna işaret ediyorlar.



**Bulaşıcı
hastalıklara
karşı
güvenli
çalışma ortamı**





Sağlık Çalışanları Açısından İnfeksiyon Hastalıkları Riski ve Korunma

Doç. Dr. Mustafa Kasım KARAHOCAGİL
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Sağlık çalışanları sağlık hizmet sunumu sırasında çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının önde gelen mesleki riskleri; infeksiyon, radyasyon, toksik-kimyasal riskler, fiziki riskler (ısı, gürültü, toz vb.), kas-iskelet sistemi sorunları ve stres olarak sınıflanabilir (1). Bu mesleki risk sınıflaması içinde sağlık çalışanları arasında en sık ve önemli hastalık ve ölüm nedenini infeksiyonlar oluşturur (2).

ABD'de 1983 yılında yayımlanan bir rapor, sağlık çalışanlarının diğer sivil çalışanlara göre infeksiyon hastalıklarına 10 kat daha fazla yakalandıklarını göstermiştir. Sağlık çalışanları, çalıştıkları ortamın özellikleri ve sağlık hizmetinin doğal sonucu olarak infeksiyon etkeni mikroorganizmalara daha sık maruz kalırlar.

Çalışma ortamında alınan koruyucu önlemlerin düzeyi, ne ölçüde uygulandığı ve ayrıca çalışanların aşılama oranına bağlı olarak infeksiyon riski değişir. İş ortamında kazanılan infeksiyon etkenleri, hastalar, diğer sağlık çalışanları, aile bireyleri ve diğer toplumsal-sosyal temaslar için risk oluşturur (3,4).

Sağlık çalışanı difteri, pnömokok infeksiyonları ve tetanoz için normal popülasyona göre artmış bir risk taşımaz. Aynı şekilde boğ-

maca, kolera, meningokok, veba, kuduz, tifo, tifüs ve sarıhumma içinde artmış bir risk gösterilememiştir. Bazı hastalıklar için ise toplumdaki yaygınlığı nedeniyle artmış risk gösterilememişse de karşılaşma olasılığının ve bulaştırıcılığın yüksekliği nedeniyle artmış bir riskten söz edilebilir.

Bu grup içinde yer alan kızamık, kızamıkçık, suçiçeği ve hepatit A gibi infeksiyonlar için seronegatif sağlık çalışanlarının belirlenmesi ve rutin aşılama önerilir (Tablo1) (3,5).

Sağlık çalışanları açısından tehdit oluşturan infeksiyon etkenleri iki ana grupta toplanabilir. Birinci grup kan ve vücut sıvıları ile temas

sonucu (açık yaradan, mukozalardan veya iğne batması ile ciltten) bulaşan etkenlerdir.

20 civarında mikroorganizma bu yolla bulaşabilirse de en önemlileri Hepatit B, Hepatit C ve HIV virüsleridir. İkinci grupta yer alan etkenler hastalar tarafından solunan havaya bırakılan ve havada asılı kalan damlacık ve damlacık çekirdeği yoluyla bulaşır: Nezle, grip, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği bu gruptadır.

Toplumda görülen infeksiyonların artışına paralel olarak sağlık çalışanlarının bu tip infeksiyon etkenleri ile karşılaşma riskleri de artmaktadır. İnfeksiyon etkenlerinin oluşturduğu tehdidin derecesi o sağlık kuruluşunda alınan önlemlerle ilgilidir. Etkenlerin sağlık çalışanlarına bulaşma yolları göz önünde tutularak uygun önlemler alınmalıdır.

Tablo -1 Sağlık Çalışanları İçin Önerilen Aşı Planı

Yapılması Gereken Aşılar	Aşı Takvimi	Rapel
İnfluenza	Her yıl tek doz (Kasım sonu)	
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak	Tek doz	
Suçiçeği	Tek doz	
Pnömonokok (risk grubu)	Tek doz	5 yılda bir
Difteri-Tetanoz	0, 1, 12*	10 yılda bir
Hepatit B	0, 1, 6	

Tablo-2 Standart İzolasyon Önlemleri

Kan ve vücut sıvıları veya bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoza ile temastan önce eldiven giyiniz.
İki hasta bakımı arasında eldiven değiştiriniz.
Eldiven çıkarıldıktan sonra ellerinizi yıkayınız.
Yapılacak işlem sırasında vücut sıvısı sıçrama ihtimali varsa maske, gözlük ve önlük kullanınız.
Kullandığınız iğneleri kılıfına geçirmeyiniz, ucunu bükmeyiniz, delinmeyen kaplar içerisinde biriktiriniz.
Kan ve vücut sıvılarıyla kirlenen çarşaf ve diğer materyalleri özel torbalar içinde taşıyınız.
Eksudatif deri lezyonu varsa iyileşene kadar doğrudan hasta bakımı veya araç-gereç bakımı ile ilgilenmeyiniz.
Bu önlemleri tüm hastalar için uygulayınız.

Tablo 2'de mesleki maruziyet sonrası gelişebilecek infeksiyonlardan korunmak için önerilen standart izolasyon yöntemleri verilmiştir.

İnfeksiyon etkenlerinin bulaşında en önemli yol kesici ve delici aletlerle yaralanmadır. Kesici delici aletlerle yaralanma en sık enjeksiyon, kan alma, iğne başlığının takılması, kan ve vücut sıvılarının tüple-re boşaltılması ve iğnelerin atılması ve bu atıkların taşınması sırasında olmaktadır (1,3,5).

Ülkemizde konumuzla ilgili yeterli ve sağlıklı veri bulunmamaktadır. Ancak ABD'de sağlık çalışanlarında her yıl 600 000 iğne batması veya kesici alet yaralanması olduğu bildirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2002 yılı verilerine göre dünyada 35 milyon sağlık çalışanının yılda 3 milyon kez kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığını tahmin etmektedir.

Bu tür yaralanmalar özellikle hepatit B ve C ve HIV bulaşına sebep olurlar. Dünya genelinde 2002 sonu itibarıyla, 106'sı ispatlanmış, 238'i şüpheli olmak üzere toplam 344 sağlık çalışanı mesleki yolla

HIV infeksiyonuna yakalanmış durumdadır. Her yıl 15.000 HCV ve 70.000 HBV infeksiyonu bu yaralanmalar sonucunda gelişmektedir (3,5,6).

I. Kan ve Diğer Vücut Sıvıları ile Bulaşan İnfeksiyonlar

A. Viral Hepatitler:

Koruyucu önlemlerin bilinmesi ve uygulanmasına rağmen,

mesleki temas sonucunda Hepatit B virusu (HBV) ve Hepatit C virusu (HCV) bulaşı önemini sürdürmektedir. Bulaş esas olarak perkütan yol ile olmaktadır. Göz, burun ve ağızdaki mukoza üzerine kan sıçraması sonucu mukozal yolla da bulaş görülmektedir. Perkütan yolla bulaş, kontamine enjektör ya da diğer sivri uçlu aletlerin batması, kesici aletler ile derinin kesilmesi ve soyulması ve başka bir nedenle deri hasarı sonucu deri bütünlüğünün bozulması ile oluşur (7).

İnfeksiyonların bulaşma olasılığını arttıran özellikler; hasta popülasyonundaki infekte kişilerin sayısı, kanla temas sayısı ve tipidir. Temasın çoğu infeksiyonla sonuçlanmaz. İnfeksiyon gelişme olasılığı temasın tipi, içerdiği kan miktarı, temas anında hastadaki virüs miktarı ve etkenin tipine bağlıdır. Bununla birlikte HBV ve HCV için bulaşmayı sağlayan hastaların çoğunun asemptomatik olduğu unutulmamalıdır (8). Hepatitlerden korunmak için alınması gereken önlemler Tablo 3'de gösterilmiştir (6).





Araştırma-İnceleme

Tablo-3 Parenteral Bulaşan Hepatitlerden Korunma İçin Öneriler

Tablo-3 Parenteral Bulaşan Hepatitlerden Korunma İçin Öneriler	
Genel Önlemler	<ul style="list-style-type: none">* Tüm hastaların kanları potansiyel olarak infeksiyöz kabul edilerek, kan almada ve kanlı sıvılarla temasta eldiven giyilmeli* Kan ve vücut sıvıları ile temas eden cilt hemen su ve sabunla yıkanmalı* Kan ve vücut sıvılarının sıçrama riski varsa maske, gözlük ve önlük kullanılmalı* Tek kullanımlık malzemeler kullanılmalı* İğneler kılıfına takılmamalı, bükülmemeli ve diğer delici-kesiciler ile birlikte delinmeyen sağlam kutularda toplanmalı* Cilt lezyonu olan personel hastalarla direkt olarak temas etmemeli
Laboratuarda alınacak önlemler (Genel önlemlere ek olarak)	<ul style="list-style-type: none">* Örnekler taşınma sırasında sızıntıyı önleyecek kapaklı kutulara konulmalı* Kan ürünleriyle çalışırken ağız pipeti kullanılmamalı* Hastadan materyalleri ile çalışanlar eldiven giymeli
Diyaliz birimlerinde alınacak önlemler (genel önlemlere ek olarak)	<ul style="list-style-type: none">* HBsAg taşıyıcıları için farklı aygıtlar kullanılmalı* Personel ve hastaların hepatit serolojisi 6 ayda bir kontrol edilmelidir* Personel işlem sırasında eldiven giymeli
Diğer önlemler	<ul style="list-style-type: none">* Tüm kontamine materyal önce mekanik olarak temizlenmeli, sonra otoklav da veya etilen oksitle sterilize edilmeli* Kanla kontamine tüm yüzeyler 1/10 dilüe çamaşır suyu ile temizlenmeli* İnfeksiyöz atıklar otoklavda tutulduktan veya yakıldıktan sonra çöpe atılmalı

Hepatit B virüsü (HBV)

HBV sağlık personeline farklı yollardan bulaşabilir. İnfekte kan ya da vücut salgıları ile parenteral temas ve infekte kişilerle yakın temas bu yollardan en önemlileridir. Oral yolla bulaşma ancak infekte kanın hasarlanmış oral mukozaya temas etmesiyle gerçekleşebilir.

Virüs geçişinde göz ve bütünlüğü bozulmuş deri de önemli

rol oynar. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının çoğu perkütan yaralanma hikâyesi vermemektedir ve ancak 1/3'ünde HBsAg pozitif hasta bakımı hikayesi mevcuttur. HBV oda sıcaklığında kuru kanda 1 hafta canlı kalabilen bulaştırıcılığı yüksek olan bir virüsdür. Bulaş için 1/10.000mL miktarda infekte plazma yeterlidir (5,6). Aşı uygulamalarından önce sağlık çalışan-

larında HBsAg pozitifliği normal popülasyondan 5-10 kat fazla idi. Seroprevelansın sağlık çalışanının görev süresi ve kan temas sıklığı ile ilgili olup, laboratuvar, kan bankası, diyaliz çalışanları, hemşireler, diş hekimleri, acil servis çalışanları ve cerrahlarda daha yüksek oranlarda bulunduğu tespit edilmiştir.

1980 yılından itibaren başlatılan aşılama çalışmaları sayesinde sağlık çalışanlarında HBsAg pozitiflik oranlarının normal popülasyona yaklaştığı gösterilmiştir. CDC 1983 yılında HBV insidansını 100.000'de 386 olarak açıklarken, 1995 yılında açıklanan insidans 9.1/100.000'dir (5). Bununla birlikte aşılanmanın etkisiz kaldığı mutasyona uğramış HBV suşları ile oluşan HBV infeksiyonları bildirilmeye başlanmıştır (6).

Sağlık çalışanlarında Hepatit B virüsünün yaygınlığını önlemede iki konu büyük önem taşımaktadır. Bunlardan biri genel önlemler olup (Tablo 2), özellikle sağlık personelinin bulaşmaya yol açabilecek riskli





temaslardan kaçınmalarını içerir. Korunmada büyük önem taşıyan bir değer konu da bağışıklanmadır. Kan ve kan ürünleri ile teması olan kişiler aşılanmalıdır. İdeal olanı sağlık eğitimi alan tüm öğrencilerin öğrencilik döneminde aşılanmasıdır (9). Aşılama programı tamamlandıktan sonra serolojik olarak aşıya yanıtın değerlendirilmesi gereklidir.

Hepatit B aşısının standart uygulaması 0, 1 ve 6. aylarda kas içine uygulanan üç doz aşıdır. Sağlık çalışanı için de aynı takvim

geçerlidir. Aşının etkinliği %90'ın üzerindedir. Aşı sonrası serolojik kontrol son aşı uygulandıktan 1-2 ay sonraki antiHBs antikor titresi ile değerlendirilir. Koruyucu antikor titresi, antiHBs düzeyinin 10 IU/ml olmasıdır. Aşıya yanıt vermeyenlerde 3 doz aşı tekrar yapılmalıdır. Aşı cevabı olmayanlarda intradermal aşı uygulamaları denenebilir.

İleri yaş, şişmanlık, sigara kullanımı ve immünyetmezlik antikor oluşumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Pri-

mer aşı şeması tamamlanan kişilere, düzenli olarak tekrar dozlar yapılmasına gerek yoktur. Bağışıklık yetmezliği bulunan kişilerde özellikle hemodiyaliz hastalarında hepatit B aşısı ile elde edilecek korunma oranları daha düşük olduğundan bu hastalara erişkin dozun iki katı dozda (40µg) aşı uygulanması önerilir (6). Temas sonrası profilaksi kararı, kaynağın HBV infeksiyon durumu ve temas edenin aşı durumuna göre değişir (Tablo 4). Perkutan yaralanmada bulaş riskinin yüksekliği, kontamine kandaki virüs miktarı ve HBeAg'in pozitif veya negatif oluşu ile yakından ilişkilidir. Temas sonrası profilaksiste duyarlı kişilere rekombinant HBV aşısı ile aktif, Hepatit B immunglobulin (HBIG) ile pasif immünizasyon veya gerekiyorsa her ikisi birlikte uygulanmalıdır.

HBIG, aşı ile antiHBs cevabı gelişene kadar pasif korunmayı sağlar. Bu nedenle temas sonrası profilaksiste; bir yandan HBIG delto-id adaleye intramüsküler yapılırken, diğer delto id adaleye de hepatit B aşısının ilk dozu yapılır. Temastan sonra HBIG uygulaması 3 gün veya üzerinde geciktirilirse, koruyucu etkinlik azalır. Yedi günden sonra verilmesinin herhangi bir yararı yoktur.

Tablo - 4 Perkutan ve Mukozal Bulaş Sonrası Hepatit B Profilaksi Önerileri

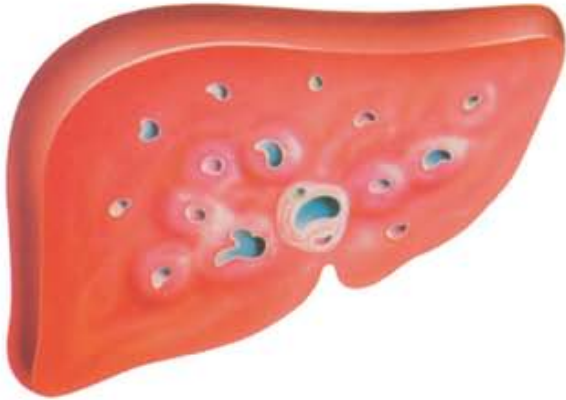
Aşı ve Antikor Yanıt Hikâyesi	Kaynak HbsAg (+)	Kaynak HbsAg (-)	Kaynak Bilinmiyor veya Kaynağa Test Yapılmamış
Aşılanmamış	HBIGx1, Aşılama serisi başlatılır	Aşılama serisi başlatılır	Aşılama serisi başlatılır
Daha önce aşılanmış			
*Aşı cevabı alındığını bilenen	Tedavi (-)	Tedavi (-)	Tedavi (-)
*Aşı cevabı alınmadığı bilenen	HBIGx1-2, Tekrar aşılamayı başlat	Tedavi (-)	Yüksek risk grubu ise kaynak HBsAg (+) kabul edilir
*Antikor cevabı bilinmeyen	Maruz kalan kişinin AntiHBs düzeyine bak Yeterli ise tedavi (-) Yetersiz ise HBIGx1ve booster doz aşı	Tedavi (-)	Maruz kalan kişinin AntiHBs düzeyine bak Yeterli ise tedavi (-) Yetersiz ise tekrar aşılamayı başlat



Araştırma-İnceleme

Hepatit C virüsü (HCV)

HCV mesleki nedenlerle maruz kalınan kan teması yoluyla kolay geçmez. Hepatit C pozitif bir kaynaktan perkütan yaralanma ile HCV serokonversiyonu ortalama % 1.8'dir (%0-7) (6). Yapılan çalışmalarda en büyük riskin kaynak kişinin ven ya da arterine batmış kanallı bir iğne ile gerçekleşen perkütan yaralanma olduğu bildirilmiştir (11). Mukozal yüzeylere kan temasıyla geçiş nadiren olur, sağlam deriden geçiş bildirilmemiştir. Hepatit C'nin çevrede canlı kalma süresi hakkında yeterince bilgi yoktur. HBV'den farklı olarak HCV'li kanın çevresel kontaminasyonunun anlamlı bir enfeksiyon kaynağı olmadığı düşünülmekle birlikte, hemodiyaliz ortamı riskli bölge olarak kabul edilebilir



(3,5,6). Seroprevalans çalışmaları hastanede çalışanlarda antiHCV sıklığını yaklaşık % 1 oranında göstermektedir. Bu oran genel popülasyondan farklı değildir (12).

HCV bulaşından sonra immünglobülin uygulamasının yararı olmadığı bilinmektedir. Ancak son çalışmalar, akut HCV enfeksiyonunda interferon tedavisinin kronikleşmeyi önleyebileceğini göstermektedir. Ancak akut enfeksiyonda kendiliğinden viral temizlenme ola-

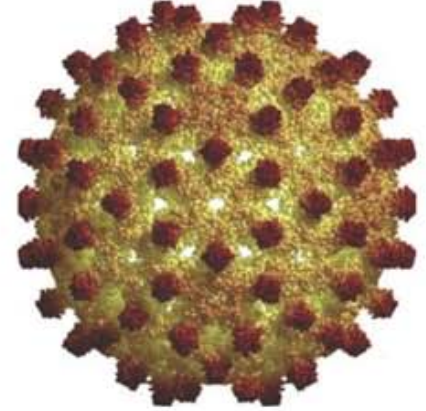
bileceği gösterildiğinden akut ya da erken safhada (ilk altı ay) tedaviye başlamanın kronik hepatit C'nin erken tedavisinden daha etkili olduğu şüphelidir (6).

Kaynak HCV antikor pozitif ise ya da tam olarak bilinmiyorsa başlangıçta ve 3-6 ay sonra HCV antikor bakılmalıdır. Pozitif antiHCV sonucu ileri tetkiklerle (PCR veya RİBA) doğrulanmalıdır. Bazal ve dört ay sonra alanin aminotransferaz (ALT) düzeyine bakılmalıdır. Yüksek ALT seviyeleri saptanması durumunda HCV-RNA bakılmalıdır (6,13).

B. HIV/AIDS

Mesleki olarak kanıtlanmış HIV enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu gelişmiş ülkelere bildirilmektedir. ABD'de sağlık çalışanlarında 2006 yılı itibarıyla 57 kanıtlanmış ve 104 muhtemel mesleki temasa bağlı HIV olgusu bildirilmiştir (5). Türkiye'de HIV/AIDS takip eden sağlık çalışanları arasında yapılan bir ankette, sağlık çalışanları bulaş riskini en önemli sorun olarak görseler de, ülkemizde bugüne kadar mesleki HIV bulaşı bildirilmemiştir (14).

Sağlık çalışanlarının HIV bulaşı kontamine kan veya vücut sıvıları ile perkütan temas (% 0.3) ve daha az olarak mukozal ve bütünlüğü bozulmuş kütanöz temas (% 0.09) sonucunda oluşur (13). Bulaşa en sık kan, gözle görünür biçimde kan içeren vücut sıvı ve dokuları ve kan içermeyen diğer vücut sıvıları (semen, vajinal salgı, beyin omurilik sıvısı, sinoviyal, plevra, periton, perikard ve amni-



yotik sıvılar) neden olur. Bununla birlikte kan içermeyen tükürük, ter, gözyaşı, idrar ve dışkı ile bulaşın olmayacağı kabul edilmektedir. Bulaş riskini, bulaş yolu ve virüs yoğunluğu yanında konağın immün yanıtı belirler. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) yaralanmaya neden olan aletin gözle görülür biçimde kontamine olması, aletin vene ya da artere girmiş olması ve yaralanmanın derinliğinin HIV bulaş riskini artırdığını bildirmiştir. Kanallı iğne ile perkütan yaralanma mesleki HIV geçişi için en sık görülen yoldur (3,6).

Bugüne kadar elde edilen bilgiler, bazı antiviral ilaçların kullanımının mesleki HIV bulaşını engellediği yönündedir. CDC 2005 yılında güncellediği rehberde sağlık çalışanının en kısa sürede (1-2 saat içinde en geç 72 saat içinde) antiviral tedavisinin başlamasını önermektedir. Önerilen tedavi, en az iki antiviral ilaçla (örn: zidovudin+lamivudin) en az dört haftalık bir tedavidir. HIV ile kontamine kan veya diğer vücut sıvılarının bütünlüğü bozulmamış deriyle temas etmesi durumunda antiviral tedavi önerilmemektedir. Yaralanma riski yüksekse (geniş lümenli iğne ile yaralanma, derin bir yara oluşumu veya hastanın arter ya da venine yerleştirilen bir aracın gözle görünür şekilde kontamine olması, dirençli suş ile bulaş) teda-

viye üçüncü bir antiviral ilaç eklenmelidir. Tedavi başladıktan 72 saat sonra sağlık çalışanı değerlendirilmelidir. HIV testi, infeksiyonun başlangıçta olmadığını göstermek için en kısa süre içinde ve bulaşı saptamak için 6. ve 12. haftada ve 6. ayda bakılmalıdır. Altı aydan sonra test yapılması genellikle gerekli değildir (6,13).

C. Viral Kanamalı Ateşler

Son yıllarda ülkemizde ortaya çıkan salgınlar nedeni ile sağlık çalışanları için önemli bir grup mesleki infeksiyon hastalığını içerirler. Ebola, Marburg, Lassa ateşi gibi dünyada farklı formları gündemde iken, ülkemizde 2002 yılından beri Kırım Kongo Kanamalı Ateş ve 2009 yılında Hantavirüs pulmoner sendrom tipleri görülmektedir. Bu hastalıkların kanama ile seyretmesi, hastalara bakım hizmeti veren sağlık çalışanları ve tanı öncesi bu hastalarla temas eden acil servis sağlık çalışanları için var olan riski artırmaktadır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)

Hastanede özellikle acil servislerde görevli sağlık çalışanları, özellikle burun, ağız, vajina ve enjeksiyon yerlerinden kanamaları olan durumu ağır ve acil olan KKKA hastalarının bakımlarını yaparken, ciddi risk altındadır. Doğal olarak, sağlık çalışanlarına bulaş toplumda görülen salgınlar ve ölümlerle paralellik gösterir. Bulgaristan'da 1953 ve 1965 yılları salgınlarından sonra 42 sağlık çalışanı olgusu bildirilmiştir (15).

Sağlık çalışanları için önerilen standart koruyucu önlemler; el yıkama, izolasyon önlemleri, koruyucu önlük, maske, eldiven ve gerektiğinde koruyucu gözlük korunmada yeterlidir. Ankara'da 2002-2003

yılları salgınından sonra yapılan bir araştırmada risk altında bulunan sağlık çalışanları serolojik açıdan araştırılmış ve hiçbirinde pozitif antikor saptanmamıştır (16). Bununla birlikte 2007 yılına kadar ülkemizde toplam 5 sağlık çalışanının KKKA kesin tanısı aldığı ve ikisinin öldüğü bilinmektedir. İnfekte hastaların kan ve vücut sıvıları ile temas eden sağlık çalışanlarının, temastan sonra 14 gün boyunca tam kan ve biyokimya testleriyle takip edilmeleri önerilmektedir (3).

Son yıllarda ülkemizde ortaya çıkan salgınlar nedeni ile sağlık çalışanları için önemli bir grup mesleki infeksiyon hastalığını içerirler. Ebola, Marburg, Lassa ateşi gibi dünyada farklı formları gündemde iken, ülkemizde 2002 yılından beri Kırım Kongo Kanamalı Ateş ve 2009 yılında Hantavirüs pulmoner sendrom tipleri görülmektedir.

II. Solunum Yoluyla Bulaşan İnfeksiyonlar

Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri arasında solunum yolu ile bulaşan infeksiyonlar özellikle sonbahar ve kış döneminde önemli bir iş ve güç kaybı nedenidir. Solunum yollarından infeksiyon, damlacık ve havayolu ile olmak üzere başlıca iki yolla bulaşır. Damlacık yoluyla bulaş, solunum yolu ile infekte bir insandan mikroorganizma taşıyan damlacıkların, (öksürük, hapşırma ve konuşma sırasında

veya bronkoskopi ya da aspirasyon yaparken) konjonktiva, nazal veya oral mukozaya teması sonucu oluşur. Damlacık yoluyla bulaş olabilmesi için kaynak ve hedef arasında bir metreden daha az bir mesafe olması gerekir. Hava yoluyla bulaş ise, mikroorganizma taşıyan damlacıkların uzun süre havada asılı kalarak veya toz parçacıklarıyla temas ederek hava akımıyla yayılımı sonucunda gerçekleşir. Ayrıca öksürme ve hapşırma sonucu deriye bulaşan etkenler eller aracılığı ile başkasının veya kendisinin göz ya da burun mukozasına taşınabilmektedir (3,17).

Sağlık çalışanlarına solunum yolları ile bulaşabilen infeksiyon etkenleri içinde; Neisseria meningitidis, Streptococcus pyogenes, Bordetella pertusis, Corynebacterium diphtheria, Mycobacterium tuberculosis gibi bakteriyel, influenza, suçiçeği, adenovirus, SARS, kızamıkçık, kabakulak, RSV, parvovirus ve rhinovirus gibi viral etkenler sayılabilir (3).

A. İnfluenza Virüsleri

Solunum yolları infeksiyonlarına neden olan etkenlerin başında influenza virüsleri gelmektedir. Tanı olanaklarının gelişmesi ile bu virüsün diğer etkenlerden ayrımı artık mümkündür. Yayılmasını kolaylaştıran özellikleri nedeniyle pandemilere yol açabilen influenza virüslerinin sağlık çalışanlarına bulaşını engellemek için bir dizi etkili yöntem önerilmiştir (Tablo 5). Grip olgularının çoğunluğu infekte insan ya da hayvanlarla veya kontamine yüzeylerle temas ve virüs taşıyan aerosollerin ağız, burun ve gözlere teması veya solunum yoluyla alınmasıyla gerçekleşir. Grip bulaşını önlemeye yönelik alınması gereken standart önlemler arasında en önemlisi hasta ile temas öncesi ve



Araştırma-İnceleme

Tablo-5 Pandemik İnflüenzadan Korunma Önlemleri

Standart önlemler	<ul style="list-style-type: none">* Eller her fırsatta yıkanmalıdır. Özellikle hasta ile temas etmeden önce ve ettikten sonra ve hasta solunum salgılarıyla bulaş olasılığı taşıyan yüzeylerle temas edildiğinde eller yıkanmalıdır.* Hasta ile temastan önce eldiven ve uzun koruyucu önlük giyilmelidir.* Hastalar için mümkünse ayrı tıbbi cihazlar (steteskop, termometre vs) kullanılmalıdır.* Hastaya 1 metre mesafe içinde mutlaka koruyucu gözlük kullanılmalıdır.* Hasta veya hastalar ayrı odalara alınarak damlacık ve temas izolasyonu yapılmalıdır.* Odaya girenler SARS ve tüberkülozda da kullanılan N-95 maskesi kullanılmalıdır.
Aşılanma	<ul style="list-style-type: none">* Sağlık çalışanlarına grip aşısı yapılmalıdır. Bu aşılanma ile var olan mevsimsel grip virüsünden korunmanın yanı sıra, insan, domuz veya kuş griplerinin aynı insanda bir araya gelerek, daha güçlü bir suşu oluşturması önlenmeye çalışılır.
İnfluenza olasılığı varsa	<ul style="list-style-type: none">* Ateşi yükselen sağlık çalışanları hastalara bakmamalı ve bir an önce tanı konulması için gerekli işlemler yapılmalıdır.* İnfluenza enfeksiyonu şüphesi kuvvetli ise oseltamivir tedavisi başlanmalıdır.* İnfekte aerosoller, vücut salgı ve sıvıları ile teması olan sağlık çalışanlarına oseltamivir profilaksisi önerilir.* Aerosolizasyon açısından yüksek risk taşıyan işlemler yapılacaksa sağlık çalışanlarına temas öncesi profilaksi önerilir.
Sağlık çalışanlarının izlenmesi	<ul style="list-style-type: none">* Pandemik influenza ile infekte hastalarla temastan sonra sağlık çalışanları 1 hafta boyunca ateş, solunum ve/veya konjonktivit semptomları açısından izlenmelidir.* Grip olan sağlık çalışanları ateş kaybolduktan bir gün sonrasında kadar evlerinde oturmalıdırlar.

sonrası el yıkama ve uygun maske kullanma yer almaktadır. Ek olarak temas ve damlacık izolasyonu, eldiven kullanma, koruyucu önlük giyilmesi ve hastaya bir metre mesafe içinde koruyucu gözlük takılması yer alır.

B. Tüberküloz (TB)

Mycobacterium tuberculosis, mikroorganizmayla infekte kişinin öksürmesi, hapsirmesi ve konuşması ile havaya damlacık çekirdekleri içinde yayılabilir. İnfeksiyon etkenini taşıyan bu çekirdekler infekte apsenin boşaltılması, infekte dokunun laboratuvarında incelenmesi veya otopsi sırasında da oluşabilir. Daha sonra oluşan damlacık çekirdekleri akciğerlerin en uç noktasına solunum yoluyla ulaşarak enfeksiyona neden olurlar. Uygun havalandırılmayan yerlerde damlacık çekirdeği saatlerce, hatta günlerce infektif kalabilir. Bakteri güneş ışığına ve ultraviyole ışığa çok duyarlıdır. M. tuberculosis ile enfeksiyon gelişmesi, 1) kaynak kişinin bulaştırıcılığı, 2) bakteriye veya infekte kişiye ma-

ruz kalma süresi, 3) infekte kişinin bulunduğu ortamın havalandırılması ve 4) kişinin bağışıklık sistemi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (3,4).

Sağlık çalışanları arasında TB riski, HIV enfeksiyonlarının ve immün sistemi baskılayan hastalıkların ve tedavilerin artmasıyla 1990'lı yıllarda gelişmiş ülkelerde daha yoğun olarak gündeme gelmeye başladı. Oysa TB gelişmekte olan ülkelerin kadim bir problemi olarak her zaman mevcuttu. Türkiye'de toplumda ortalama TB olgu insidansı yüz binde 35-40 civarındadır (35-40/100 000) ve TB nedeni bilinmeyen ateş serilerinde en sık saptanan etkenidir (3,4). Ülkemizde tüberkülozun sağlık çalışanları arasında önemli bir sorun olduğu bilinmektedir. Türkiye'de sağlık çalışanları arasında İstanbul ve İzmir'de yapılan çalışmalarda TB insidansı yüz

binde 96 olarak bildirilmiştir (18). Diyarbakır'da yapılan bir çalışma ise bu oran daha yüksek bulunmuş (200/100.000) ve bu oranın hemşirelerde 274/100.000 ve hekimlerde 127/100.000 olduğu gösterilmiştir (19).

TB enfeksiyonu aktif veya latent (sessiz) olarak seyredebilir. Klinisyenler için aktif enfeksiyonun saptanması ve tedavisi gerekir, ancak korunma önlemlerinin alınabilmesi için de latent enfeksiyonun saptan-



Sağlık çalışanlarında TB görülme oranının popülasyondan yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda yetersiz enfeksiyon kontrol önlemlerinin riski artıran en önemli faktör olduğu bildirilmektedir

ması önemlidir. Sağlık çalışanlarında latent enfeksiyon oranı düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde %63, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ise %24 olarak bildirilmiştir. Latent TB için risk faktörleri meslekte uzun süre çalışma, doktor veya hemşire olma, acil servis veya kliniklerde çalışma ve tüberkülozlu hasta ile temas öyküsü olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarında TB görülme oranının popülasyondan yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda yetersiz enfeksiyon kontrol önlemlerinin riski artıran en önemli faktör olduğu bildirilmektedir (5).

Latent enfeksiyonun saptanması için her sağlık çalışanına işe başlarken, işe başladıktan sonra belli aralıklarla ve hastane içinde çalışma alanı değiştiğinde tüberkülin deri testinin (TDT) uygulanması halen önerilmekte olan klasik yöntemdir. Tüberkülozlu hasta ile temas eden personelin TDT değeri bilinmiyorsa hemen test yapılmalıdır. Bu bazal test üzerine temastan 12 hafta sonra yapılacak test tekrarları tanı açısından değerli olacaktır. Türkiye gibi BCG aşılmasının rutin olarak uygulandığı ülkelerde TDT ile TB riskinin saptanmasının doğru olmayacağına dair görüşler vardır. Bu nedenle son yıllarda, QuantiFERON®-TB-Gold testinin TDT yerine bu alanda kullanımının özel bir önemi olduğu ileri sürülmüştür (20). Eğer sağlık çalışanı TB geçiriyorsa bulaştırıcılığı geçinceye kadar işten uzaklaştırılmalıdır. BCG aşısı sağlık çalışanlarına rutin olarak uygulanmamaktadır. Ancak çoklu ilaç dirençli TB riski bulunan, riskli ünitelerde çalışan sağlık çalışanlarına uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Dokuzoğuz B. Enfeksiyon kontrolü ve personel sağlığı, sağlık çalışanlarının yaralanma ve enfeksiyondan korunması. In:Doğanay M, Ünal S (eds). Hastane Enfeksiyonları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003 pp. 349-75.
2. Sepkowitz KA, Eisenberg L. Occupational deaths among healthcare workers. Emerg Infect Dis 2005; 11: 1003-8.
3. Ergönül E. Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ve korunma yolları. Klinik Gelişim. 2007; 20: 87-96.
4. Ergönül Ö. Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ve korunma yolları. Flora 2006; 11: 5-18.
5. Baykam N. Sağlık çalışanlarının sağlığı: Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri. Hastane Enfeksiyonları Derg 2009; 13: 47-51.
6. Turgut H, Asan A. Sağlık çalışanlarında mesleki risk olarak enfeksiyonlar. Clinic Medicine. 2007; 80-85.
7. Trim JC, Adams D, Elliot TS. Healthcare workers knowledge of inoculation injuries and glove use. Br J Nurs 2003; 12: 215-21.
8. Doğru Ü. Nosokomial viral enfeksiyonlardan korunma. Klinik Derg 2000; 33: 32-4.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Immunisation of healthcare workers. Recommendation of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICAP). MMWR, 1997/46 (RR18): 1-42.
10. Sepkowitz KA. Nosocomial hepatitis and other infections transmitted by blood and blood products. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. Elsevier inc Philadelphia 2005 pp. 3381-91.
11. Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguera B, Lot F, Campins M, Colombo C, Thomas T, Deuffic-Burban S, Prevot MH, Domart M, Tarantola A, Abiteboul D, Dery P, Pol S, Desenclos JC, Puro V, Bouvet E. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study. Clin Infect Dis 2005; 41: 1423-30.
12. Sünbül M. HCV enfeksiyonunun epidemiyolojisi ve korunma. In:Tabak F, Balık I, Tekeli E (eds). Viral Hepatit 2007. Viral Hepatit Savaşım Derneği. 2007 pp. 203-15.
13. Akbulut A. Sağlık personelinde enfeksiyon riski ve korunma: Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar. Hastane Enfeksiyonları Derg 2004; 8: 132-9.
14. Dokuzoğuz B, Ergönül Ö, Çelikbaş A, ve ark. Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS olgularını izleme süresince yaşadıkları. VII. Türkiye AIDS kongresi. 2006 (yayınlanmamış çalışma).
15. Ergönül Ö. Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ve korunma yolları. KLİMİK Derg 2006; 11: 5-18
16. Ergonul O, Zeller H, Celikbas A, Dokuzoğuz B. The lack of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus antibodies among healthcare workers in an endemic region. Int J Infect Dis 2007; 11: 48-51.
17. Ergönül Ö. Sağlık personelinde enfeksiyon riski ve korunma: Solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonlar. Hastane Enfeksiyonları Derg 2004; 8: 140-3.
18. Çuhadaroglu C, Erelel M, Tabak L, Kilicaslan Z. Increased risk of tuberculosis in health care workers: a retrospective survey at a teaching hospital in Istanbul, Turkey. BMC Infectious Dis 2002; 2: 14.
19. Hosoglu S, Tanrikulu AC, Dagli C, Akalin S. Tuberculosis among health care workers in a short working period. Am J Infect Control 2005; 33: 23-6.
20. Mori T, Sakatani M. Specific detection of tuberculosis infection: an interferon-gamma-based assay using new antigens. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 59-64.

Tablo-6 Hastanelerde Tüberküloz Bulaşının Önlenmesi İçin Yapılması Gerekenler

Risk değerlendirilmesi ve tüberküloz kontrol planının yapılması
a. Toplumda tüberküloz insidans ve prevalansının izlenmesi
b. Hastanede izlem: laboratuvar sonuçları, taburcu tanıları, ilaç direnci, hasta dosyaları, enfeksiyon yerleri
c. Sağlık Çalışanları arasında çalışma alanlarına göre TDT sonuçlarının analizi
d. Risk değerlendirmesine göre her alan için kontrol planı hazırlanması
Sağlık Çalışanlarına iki aşamalı TDT uygulanması
Bazal test sonucu negatif olanların belirli aralıklarla (6 yada 12 ay) yeniden test edilmesi
Sağlık Çalışanlarının erken tanı ve tedavi açısından takibi
Sağlık Çalışanlarının eğitimi ve danışma faaliyetlerinin sürdürülmesi
Aktif TB olgularının bildirilmesi
Kapalı ve ortak alanların uygun şekilde ventilasyonunun sağlanması
Tüberküloz hastaları için uygun izolasyon önlemlerinin alınması
a. Negatif basınçlı odaların kullanımı
b. İzolasyon odalarına giren personel sayısının minimumda tutulması
c. Günlük izlem ve periyodik bakım
d. Odalardaki havanın en azından 6 saatte bir değişiminin sağlanması



Sağlıklı İletişim

...ŞŞŞŞŞŞŞ-MA

Dilimizde bazı kelimelere baktığımızda sözcüğün tam orta yerine gelecek şekilde yerleşmiş 'ş' harfini görürüz. Uzla-ş-ma, Konu-ş-ma, Söyle-ş-me, Anla-ş-ma, Dertle-ş-me, Görü-ş-me, Sözle-ş-me, Bulu-ş-ma. Bu listeyi çoğaltmak mümkün. Kelimelere tekrar dönüp baktığımızda bir nokta daha dikkatimizi çekecektir. Anlam itibarıyla kelimeler insanın tek başına yapacağı eylemleri bildirmemektedir. Bir başka anlatımla 'uzlaşma' kişinin kendi başına yapacağı bir eylem değil, en az bir başka insanla yapılacak bir işlemdir. Şimdi teker teker kelimeleri bu yaklaşımla irdelediğimizde insanlığın toplumsallığının boyutunu görme fırsatı elde ederiz.

İnsan doğduğu toplum içerisinde birçok unsurla karşılaşır. Bunlardan birisi de 'dil'dir. Yani kendi kazanımıyla değil verili olarak dili bulur. Dil aracılığıyla diğer insanlara derdini, sevincini, hüznünü, heyecanını, korkularını anlattığı gibi diğer insanları da dil sayesinde anlamlandırır, konumlandırır.

İleti-ş-im kelimesinde de bu toplumsallığı hemen anlarız. Toplumsallığın algılanması oldukça önemlidir. Çünkü uzlaşma, konuşma, söyleşme, dertleşme, iletişim içinde bulunan toplumsala göre biçimlenir. Bu biçim sayesinde gerçekleştirilen iletişimin başarılı mı yoksa başarısız mı olduğu anlaşılır.

Yrd. Doç. Dr. Önder AYTAÇ
İletişim Uzmanı

Ayrıca dil toplum tarafından şekillendirildiğinden kişilerin karşılaştıkları kelimeleri algılayış tarzlarında, kullanımlarında, anlamlandırmalarda farklılıklar oluşturabilir ki bu da içinde bulunan toplumun bilinmesini dolayısıyla iletişim süreçlerini buna göre değerlendirilmesi gerektiği düşüncesini bizlere hatırlatmaktadır.

Diğer bir nokta ise toplumun içerisinde bireyin de dil üretimine katkı sağladığı gerçeğidir. Zaten bundan dolayıdır ki dil canlıdır. Birey aynı zamanda topluma sadece dil değil aynı zamanda davranış tarzları / kalıpları da kazandırmaktadır.

Dolayısıyla iletişim sadece bir yaklaşım tarzıyla ele alınıp incelenemez. Bunu Dökmen (2004:19) "İletişim, sadece psikolojinin konusu değildir. Elektrik mühendisliğinden biyolojiye, antropolojiden siyaset bilimine kadar pek çok alanda iletişimin yeri ve önemi vardır." şeklinde belirtirken, Fiske(2003:15) ise iletişim çalışmalarında çok sayıda disiplin ile yaklaşıma gereksinimin olduğuna vurgu yapmaktadır. Artık günümüzde çalışmaların sadece bir yaklaşımla değil kapsamlı bir şekilde yapılması gerektiği ile ilgili de birçok bilgi okumaktayız (Edles, 2002:221).



İLETİŞİM İÇİN YALNIZCA ^{no}2 ŞEY

2 Şey Kalitesiz insanın özelliğidir:

- 1-Şikayet
- 2-Dedikodu

2 Şey Çözumsuz problemleri bile çözer:

- 1-Bakış açısını değiştirmek
- 2-Karşındakinin yerine kendini koyabilmek

2 Şey yanlış yapmayı engeller:

- 1-Şahıs ve olayları akıl ve kalp süzgecinden geçirmek
- 2-Hak yememek

2 Şey gözden düşürür:

- 1-Demagoji (Laf kalabalığı)
- 2-Kendini ağıra satmak (övmek, vazgeçilmez göstermek)

2 Şey nitelikli insan yapar:

- 1-İradeye hakim olmak
- 2-Uyumlu olmak

2 Şey Ekstra değer katar:

- 1-Hitabet ve diksiyon eğitimi almak
- 2-Anlayarak hızlı okumayı öğrenmek

2 Şey insanı geri bırakır:

- 1-Kararsızlık
- 2-Cesaretsizlik

2 Şey insanı kâşif yapar:

- 1-Nitelikli çevre
- 2-Biraz delilik

2 Şey ömür boyu boşa kürek çekmemeyi sağlar:

- 1-Baskın yeteneği bulmak
- 2-Sevdiğin işi yapmak

2 Şey başarının sırrıdır:

- 1-Ustalardan ustalığı öğrenmek
- 2-Kendini güncellemek

2 Şey başarıyı mutlulukla beraber yakalamanın sırrıdır:

- 1-Niyetin saf olması
- 2-Ruhsal farkındalık

2 Şey milyonlarca insandan ayırır:

- 1-Sorunun değil, çözümün parçası olmak
- 2-Hayata ve her şeye yeni (özgün, orijinal,farklı) bakış açısıyla yaklaşabilmek

2 Şey gelişmeyi engeller:

- 1-Aşırılık
- 2-Felakete odaklanmış olmak

2 Şey çözüm getirir:

- 1-Tebessüm
- 2-Sükût

2 Şeyin değeri kaybedilince anlaşılır:

- 1-ANNE
- 2-BABA

2 Şey geri alınmaz:

- 1-Geçen zaman
- 2-Söylenen söz

2 Şey Gerçek son:

- 1-CENNET
- 2-CEHENNEM

2 Şey ulaşmaya değer:

- 1-Sevgi
- 2-Bilgi

2 Şey hayatta önemli olan her şey için:

- 1-Nefes almak
- 2-Nefes vermek

2 Şey özgürlüktür:

- 1-Vatan
- 2-Bayrak

2 Şey de bizden size:

- 1-Saygılar
- 2-Sevgiler



Sağlıklı İletişim

Prof. Dr. Doğan Cüceloğlu ile Bir Sohbet

Ben: Arkadaşlar, aranızda ölümcül hastalığı olan var mı?

Katılımcılardan Biri: Allah'a şükür, hocam, bildiğimiz kadarı ile yok.

Ben: Ne güzel! Peki, bana, istisnasız tüm insanların, yani altı milyar insanın da başına geleceği garanti bir şey söyler misiniz? Cevap neredeyse otomatik olarak çıkar:

Katılımcılar: Ölüm.

Ben: Gerçekten de ölüm tüm insanların başına geleceği kaçınılmaz olan tek şeydir. Doğum da tüm insanların başına kesinlikle gelmiştir, ama bundan sonra gelmesi kesin olan tek şey ölümdür. Diğer hiç biri insanların tümünün başına gelmeyecektir. Peki, madem öleceğimiz garanti, bu benim ölümcül bir hastalığım olduğunu göstermez mi?

Katılımcılar: Burada sessizce, başarıyla onaylamaya baslar.--

Öleceğim belli ise benim ölümcül bir hastalığım olduğu da açıktır.

Şu şekilde devam ederim:

Ben: Peki, ne zaman öleceğimizi biliyor muyuz?

Katılımcılar: Hayır.

Ben: Şu saniye içinde olma olasılığı var mı?

Katılımcılar: Var.

Ben: Yarın?

Katılımcılar: Evet.

Ben: 30 yıl sonra?

Katılımcılar: Olabilir.

Ben: Peki bunlardan hangisinin si-

zin başınıza geleceğini biliyor musunuz? Mesela bu akşam eve sağ salim varacağınızı nereden biliyorsunuz? Sınıf sessizce dinlemeye devam eder. Çünkü genellikle yaşama böyle hiç bakmamışlardır. Sözümlü sürdürdüm:

Ben: Peki bir de tersini düşünelim, bu akşam eve döndüğünüzde, bu sabah evden çıkarken sağ salim bıraktıklarınızı sağ bulma garantiniz nedir? Var mıdır böyle bir garanti?

Katılımcılar: Yoktur hocam.

Ben: Peki nereden biliyoruz, az sonra telefonumuzun çalmayacağını ve evdekilerden birinin az önce öldüğünün bize söylenmeyeceğini? Katılımcılar burada rahatsız olmaya başlarlar.

Katılımcılar: Hocam konuyu değiştiresek?

Ben: Ama en yalın ve açık gerçek üzerine konuşuyoruz, biraz daha devam edelim bence. Peki, acaba bunu dün gece bilseydiniz, yani evde akşam birlikte olduğunuz kişilerden birinin yarın ölüm günü olduğunu bilseydiniz, o zamanı aynı dün gece olduğu biçimde mi geçirirdiniz? Yoksa farklı şeyler mi yapardınız?

Katılımcılar: Kesinlikle çok farklı geçerdi Hocam.

Ben: Şimdi sizden rica ediyorum, lütfen bir an arkanıza yaslanın, gözlerinizi kapatın ve bu sabah evden

çıkarken evde bıraktıklarınızdan birinin gerçekten öleceğini düşünün, dün akşamınızı nasıl geçirirdiniz? Aynı iletişim mi olurdu? Onunla aynı konuları mı konuşurdunuz? Aynı konular, tartışma ya da gerginlik konusu yaratır mıydı? Yoksa önemsiz hale mi gelirdi? Bu sabah evden çıkarken, bu son görüşünüzde ona ne derdiniz? Onun boynuna sarılmakta tereddüt eder miydiniz? Çok sıkı sarılmaya mı, aynaya mı vakit ayırırdınız? Ona "yüreğimizin taa derininden gelen bir "seni gerçekten çok seviyorum" demeye ne gerek var diye düşünür müydünüz? Onun ölecek olması sizin ona duyduğunuz sevgiyi yoğunlaştırır mıydı? Burada bazı katılımcıların ağladığı olur. Belli ki dün akşam yaptıklarından bir kısmının ne kadar anlamsız olduğunu şimdi fark etmişlerdir.

Şimdi gözlerinizi açabilirsiniz, acaba kaç tartışmamızı bu kadar gereksiz biçimlerde yapıyoruz, kaç gerçekten yaşamda karşımızdakinin varlığından daha önemli, hangilerinde "şimdi kalbini kırdım, ama zaman içinde ben ondan özür dilemesini bilirim?" diye kendi kabuğumuza çekilip tartışmaları döndürüyoruz. Yarattığımız kırgınlıkları tamir etme olanağımız gerçekten var mı? Buna zamanımız gerçekten kaldı mı?

Bedenimizle Sağlıklı İletişim

1- Derin uykuda bizi rahatsız edenler.

Gürültü stres yaratır ve stres tansiyonu yükseltir. Sonuçta sürekli halsiz ve uykulu oluruz. Bunun için size önerimiz, yatak odanızdan saat gibi ses çıkarabilecek tüm eşyaları kaldırmanız olacaktır.

2- Kahve ve çayın 6 fincandan sonrası zararlıdır.

Kafein uyarıcı etki yapar, yani beyne daha fazla enerji emri verir. Günde 3 fincan kadar çay veya kahve içersek, bu canlandırıcı özelliğinden iyi şekilde faydalanırız. Fakat miktar ikiye katlanırsa, kafein ve

tein, vücudumuzdaki demiri emer. Bu durumda beyin ve kalbe yeterli oranda oksijen gitmez. Sonuçta kendimizi çok yorgun hissederiz.

3- Karbonhidratlar uyku hapi etkisi yapar.

Tüm karbonhidratlar, aç karına yenildiği zaman ağırlık yapar.



Siz siz olun, aç karnına bu besinleri tüketmemeye özen gösterin.

4- Vücudumuzun su eksikliği dikkat dağınıklığına sebep olabilir.

Her gün yaklaşık 8 bardak su içmemiz gerekiyor, yoksa hissedilir bir biçimde enerji koybolur. En iyisi, her saat başı içine biraz limon suyu sıkılmış bir bardak su içmektir.

5- Cep telefonu hipnozdan beter

20 dakikadan uzun telefon görüşmelerinin uykuyu hipnozu gibi bir etki yaptığı ortaya çıktı. Dolayısıyla, uzun süreli ve sık olarak telefonla konuşmak bizi yorar.

6- Duş alırken hangisi doğru?

Suyun sıcaklığı vücut sıcak-

lığının çok üzerindeyse bünyemiz uykuyu getiren hormonları fazlasıyla salgılamaya başlar. Akşamları iyi uyumak için sıcakla, sabahları enerji depolamak için ılık suyla yıkanın!

7- Bazı besinlere karşı dayanıksız olabiliriz.

Her şeyi doğru yaptığınız halde zinde değilseniz, "çöl yak" hastası olabilirsiniz. Bu bünyenizin tahıl nişastalarını işleyememesi anlamına gelir. Baş ağrısı ve yorgunluktan şikâyet eden bu kişilerin buğday, arpa gibi tahıllardan uzak durması gerekir.

8- Kola bünyeyi aside boğar

Az harekete bir de aşırı kola, çay ve et tüketimi eklenirse, bünyede aşırı asit meydana gelir. Sonuçta da dolaşım bozuklukları, migren, bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi rahatsızlıklar yaşanır.

9- Gürültü de yorar

Uzun süreli gürültüye maruz kalan insanların enerjisi tükeniyor. Bağıra çağıra konuşan insanların arasında olmak bile insanı yormaya yetiyor.

10- Floresan ışığı kronik esneme-ye neden olur.

Floresan ışık, öğrenme ve konsantrasyon yetimizi yüzde 60 oranında düşürür. Gün içinde saatlerce bu ışığa maruz kalan birinin bağışıklık sisteminin zayıfladığı ispatlandı. Bu da kronik yorgunluğa neden olabilir.

11- Küften uzak durmanız da yarar vardır.

Bulduğunuz ortam yeterince havalanmıyorsa küf oluşabilir. Bünye, küfe tıpkı mikroplarda olduğu gibi karşılık verir, bununla mücadele eder. Bu da açıklanamayan sürekli yorgunluğa neden olabilir.

İletişimi Olumluya Götürecek Paylaşımlar

1- Hem kendimizle, hem çevremizle hem de doğa ile kurduğumuz ilişkilerimizde, "esnek" olmamız hayat ile barışık yaşamımıza neden olur. Bir insan, her ne durum içinde bulunursa bulunsun, hayata hoşgörülü bakabilir, "dürüst" olmaya dikkat edebilir ve kendini sürekli motive edici artı değerlerle hayatı kucaklayabilirse, hem kendisi hem de çevresi ile daha barışık yaşayabilir. Eğer tutacağımız sözleri verirken, bize duyulan güvenin artması- nı da sağlamış oluruz.

2- Konuştuğunuz kimselerin adını sık sık tekrarlayın. Bir insanı övmek ve ona değer vermek, onun en iyi tarafını ortaya çıkarmak de-

mektir. İlişki kurduğunuz insanın değerini ve özelliklerini bilmek ve ona iltifat etmek çok önemlidir.

3- Bir tartışmaya herkes kendine göre fikirleri ile katılır: Başkalarının farklı olmalarına izin verin. Yapıcı olmayan bir rekabete katılmamalıyız. Alışlagelmiş bayağı eleştirilerden uzak durmalıyız. Eğer onları düzeltmeye yardımcı olamıyorsak, yalnızca hataları belirtmek ilişkiyi düzeltici katkı sağlamaz. Yararlı olan kuşkuya yer verin: Düşüncelerimizde her zaman ve mutlaka haklı olduğumuzu zannetmek çok doğru olmayabilir.

4- Başkalarına yardım etmek istediğiniz zaman kendinizi unutun.

Herkesi sorunlarınızla sıkmayın, unutmayın ki onların da sorunları vardır. Bir insanın en güzel huyu dinlemeyi bilmektir.

5- Hayatımızın dolu dolu geçmesini arzuluyorsak, bakış açımızı genişletelim ve yeni yeni kişilerle tanışalım. Aynı yerde durmak nasıl imkânsız ise eğer biz ileriye doğru gitmezsek geriye doğru gideceğimizi unutmamalıyız. Konuşma tarzınız coşkulu ve her zaman neşeli olmalı ve daima en güler yüzümüzle hayata ve çevremize bakmalıyız.

6- Güzel kurduğumuz ilişkiler, bize saygı, sevgi ve sempati kazandırır.



Sağlığınız

Sağlıklı Beslenme Tüyoları



Hava sıcaklıklarının artması ve beraberinde de sağlık sorunları getirmesi Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirdi. Bakanlık, sağlıklı beslenme konusunda vatandaşları uyararak, dengeli beslenmelerini istedi.

Sıcaklık ve nem artışına bağlı olarak özellikle yüksek tansiyon, kalp yetmezliği ve kronik kalp hastalıklarında artış gözleniyor. Yaz aylarında sıklıkla görülen sağlık problemlerinin azaltılmasında sağlıklı beslenmenin önemine vurgu yapan Sağlık Bakanlığı, şu önerilerde bulunuyor:

Yaz Aylarına Yönelik Sağlıklı Beslenme Önerileri

1. Yaşamın her döneminde yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunması için esastır. Bu nedenle, dört besin grubunda bulunan çeşitli besinler en az 3 ana ve 3 ara öğün-

de yeterli miktarlarda alınmalıdır.

2. Kahvaltı günün en önemli öğünüdür. Yaz aylarında yapılacak kahvaltıda az yağlı peynirler, zeytin ve taze sebzeler bulunmalı, kafein içeren içecekler yerine süt, meyve suyu, ihlamur ve kuşburnu gibi bitki çayları tercih edilmelidir.



3. Yaz aylarında yağlı besinlerin ve yağda kızartmaların tüketiminden kaçınılmalı, yemeklerde bitkisel sıvı yağlar tercih edilmeli, yemekleri pişirirken kızartma ve kavurma yeri-

ne haşlama, ızgara, kendi suyunda veya az suda pişirme gibi sağlıklı pişirme yöntemleri uygulanmalıdır.

4. Yaz aylarında vücut direncini artırmak ve vücuda yeterli miktarda vitamin ve mineral alınmasını sağlamak için sebze ve meyve çeşitlerinden yararlanılması önemlidir. Günde en az 5 porsiyon sebze ve meyve tüketilmesi gerekir.

5. Kan şekerini hızla yükselten ve hızlı düşüren besinlerin tercih edilmemesi, basit karbonhidrat olan saf şeker ve şekerli besinler yerine kepekli ekmek, makarna, bulgur gibi lifli besinlerin tüketilmesine özen gösterilmelidir.

6. Enerjisi yüksek hamur tatlıları yerine sütlü tatlılar, meyve tatlıları, dondurma gibi tatlılar tercih edilmelidir.

7. Terleme ile artan sıvı ve mineral kaybının önlenmesi için yeterli sıvı alınması önemlidir. Ayrıca, yaşamın her döneminde yeterli sıvı alımı vücutta oluşan toksinlerin (zararlı öğeler) atılmasında, vücut fonksiyonlarının düzenli çalışmasında, metabolizma dengesinin sağlanmasında ve vücutta pek çok biyokimyasal reaksiyonun gerçekleşmesinde son derece önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, her gün en az 2-2.5 litre (12-14 su bardağı) su içilmeli, sıvı alımının karşılansında kahve, çay ve gazlı içecekler yerine süt, ayran ve meyve suyu gibi içecekler tercih edilmelidir.



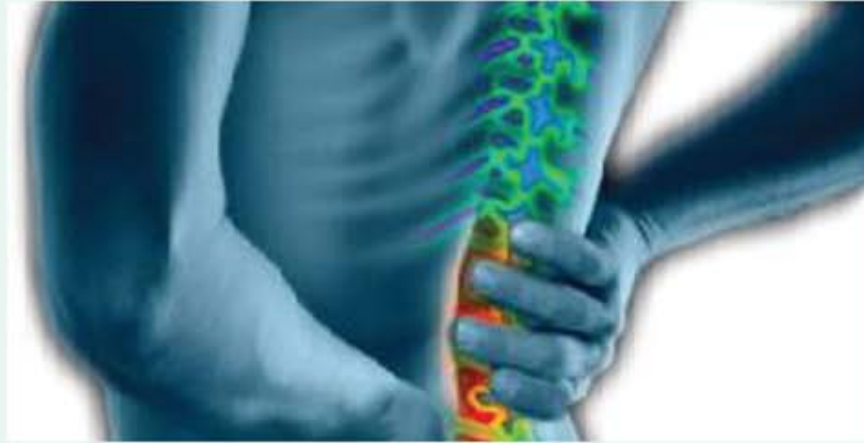
8. Besin zehirlenmeleri, halk sağlığını yakından ilgilendiren ve özellikle yaz aylarında artan hastalıklardandır. Çoğunlukla hafif seyirli ve kısa süreli hastalıklar olmalarına karşın, zehirlenmeye yol açan besinle ve kişisel bazı faktörler hastalığın zaman zaman daha ağır seyretmesine hatta ölümcül olmasına yol açabilmektedir. Özellikle yaz aylarında dışarıda ve açıkta satılan yiyeceklerin, tüketilmesinden kaçınılmalı, çabuk bozulan potansiyel riskli besinler (et, yumurta, süt, balık vb.) açıkta bekletilmemeli, besinlerin hazırlanması ve pişirilmesi aşamalarında hijyen kurallarına uyulmalıdır.

9. Yaz aylarında özellikle rotavirüslerden kaynaklanan, bebek ve çocuklarda yaygın olarak görülen ishallerin önlenmesinde el temizliği ile sebze ve meyveleri yemeden önce iyice yıkamak çok önemli olup, ishali olanlar en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

9. Yaz aylarında özellikle rotavirüslerden kaynaklanan, bebek ve çocuklarda yaygın olarak görülen ishallerin önlenmesinde el temizliği ile sebze ve meyveleri yemeden önce iyice yıkamak çok önemli olup, ishali olanlar en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

9. Yaz aylarında özellikle rotavirüslerden kaynaklanan, bebek ve çocuklarda yaygın olarak görülen ishallerin önlenmesinde el temizliği ile sebze ve meyveleri yemeden önce iyice yıkamak çok önemli olup, ishali olanlar en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

Ağrıları Kronikleştiren Sorunlar



Vücudumuzdaki ağrıların esas nedeni nedir? Bu soruya çoğunluğun cevabı vücudumuzun belli bir veya birden fazla bölgesinde hasar olduğu yönündedir. Ancak bazen onca doktora gidildiği halde ağrılar dindirilemez. Çünkü büyük ihtimal, hastalık vücudumuzda değil kafamızdadır. Zaten ağrıların da duygusal, duygusal ve sosyal özellikleri bulunmaktadır. Bazen aynı ağrıyı iki farklı kişi aynı şekilde hissetmeyebilir. Bunun nedeni, ağrının beyinde oluşturduğu mesajların herkesçe farklı algılanması ve ağrının dile getirilmesinin kişiden kişiye farklılık göstermesidir.

Birçoğumuzun kronik olduğunu düşündüğü ve yıllarca şikâyet ettiği baş ve bel ağrıları gerçekten kronik ağrı mıdır? Kronik ağrıların sebebi çoğu kez tam olarak bilinmiyor. Hastaya teşhis konuyor, hasta tedavi ediliyor, fakat ağrılarında azalma gözlemlenmiyor. Çünkü sorunun kaynağı hastanın beyinde yatıyor.

Kronik ağrılar genelde baş, eklem, bel, karın ve kasıkta görülüyor. En sık şikâyet ise baş ve bel den geliyor. Hastalardaki gerginlik sinirlere baskı yapıyor ve bu da ağrılara neden oluyor. Çözüm ise

bileninin aksine ilaç yerine hastanın beyinde yatıyor.

Örneğin modern bilim, bilimsel gelişmeler hayatımızı kolaylaştırıyor gibi görünse de beraberinde de sıkıntı ve stresler getiriyor. Zaten kronik ağrıların en önemli sebebi de kaygılar ve strestir. Trafik sorunu, kapkaç, geçim derdi vs. gibi streslerin oluşturduğu kaygılar sonucunda çeşitli ağrılar oluşabiliyor. Bu ağrıların tıbbi tedavileri de çok defa bulunmuyor. Hatta ağrının tam yeri dahi tespit edilemiyor. Bazı hastalar ise "Her tarafım ağrıyor" diyecek kadar işi abartıyor. Ağrıları yaşatan ve büyüten kaygılardan kurtulmanın en iyi yolu ise pozitif düşünceden geçiyor.

İnsanı gereksiz kaygı ve stresten kurtaran pozitif düşünme tarzının, kronik ağrılar için ağrı kesici görevini yaptığı toplumda daha yaygın bir kanaat olarak öne çıkıyor. Hayata pozitif bakmak, sorunların yarısını çözmeye anlamı taşıyor. Uzmanlar, ağrısız bir yaşam için, kaygı ve strese yol açan alışkanlıkların değiştirilmesi ile işe başlanmasını öneriyor.



Bilişim

Akıllı Hastaneler ve Bilişim



Teknolojinin hızla gelişim göstermesi ve tüm alanlarda etkin bir şekilde kullanılması sağlık alanındaki gelişmeleri de tüm hızıyla tetikliyor.

Sağlık alanında kullanılmakta olan teknolojilerin gün geçtikçe yenilenmesi ve bu teknolojilerin kullanılabilir hale getirilmesi sağlık hizmetleri açısından önemli bir işlemdir. Bu gelişmeler ise sağlık alanındaki hizmetin daha kaliteli bir aşamaya getirilmesi hususunda insanlara gösterilen değeri de katlayarak artırmaktadır.

Sağlık adına gelişme gösteren medikal teknoloji, bilgi teknolo-

jileri, inşaat, elektronik ve makine teknolojilerinin bir birleşimi olarak AKILLI HASTANE'lerde buluşturulmaktadır. Hastanelerdeki sistemlerin günümüz çağına uygun hale getirilmesi ve güvenlik sistemlerinin de gelişen bu teknolojilerin arasında yerini alması hastanelerde yeni bir yapılanmanın oluşmasında büyük rol oynamaktadır.

Akıllı binaları akıllı yapan aşamalardan ilki hastane sistemlerinin oluşturulmasında binaların proje aşamasında yapılan yerleşim planlarıdır.

Polikliniklerin, muayenehanelerin, ameliyathanelerin, hasta

odalarının ve birbiri ile bağlantılı birimlerin birbirlerine olan mesafe ilişkilerinin önceden hesaplanması gibi daha pek çok konuda hastane proje halinde iken büyük bir çalışma ve çaba sarf edilmelidir. Binaların tehlike anında kolaylıkla boşaltılmasından tutalım da sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği bir koridor ortamının hazırlanması dahi bu projelendirme sistemine dâhildir. Bu projelendirme sisteminin kullanılması hastaneye başvuran hastaların daha kısa süre içerisinde daha hızlı hizmet alabilmesi açısından önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Binaların görüntü olarak mo-

den ve kullanışlı bir hale getirilmesi elbette ki yeterli bir unsur değildir. Binaların yapımı aşamasında kullanılan malzemelerin deprem dayanıklılığı ve kullanılan elektrik tesisatı, su tesisatı, merkezi ısıtma ve soğutma sistemleri vb. yapı elemanlarının da tüm isteklere cevap verir nitelikte olması gerekir.

Akıllı binaları akıllı yapan bir diğer ve en önemli unsur bilgisayarlı otomasyon ve bilgi işlem sistemlerinin oluşturulması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bilişim sistemlerinin alanına giren otomasyon ve bilgi işlem sistemleri akıllı hastanelerin vazgeçilmez birer unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sistem hastanın hastaneye gelişinden itibaren yaptırdığı kayıtlar doğrultusunda hastanın bilgilerinin gideceği birime ulaşarak yaptırdığı işlemlerin kayıt altına alınması ve işlemlerinin doğru ve hızlı bir şekilde uygulanmasında büyük bir rol oynar. Ayrıca hasta için düzenlenen randevu ve işlemlerinde kayıt altına alınması, geçmişe dönük olarak işlemlerin görüntülenmesi büyük bir kolaylık sağlamaktadır.

Bu otomasyon sistemleri hastanelerdeki tüm poliklinikler arasındaki bilgi alışverişini interaktif bir şekilde sağlayarak tüm bilgileri eksiksiz bir şekilde hastaların dijital dosyalarında saklamaktadır. Ayrıca her türlü röntgen ve MR çekimi dijital ortama aktarılarak hekimlerin önüne dijital olarak takip edilebilecek bir sistemle ulaşılmış oluyor. Bu işlem de gelecekte hastanelerdeki kâğıtla yapılan işlemlere son vererek kâğıt kullanımını en aza indi-



recek bir sistem olarak karşımıza çıkacaktır.

Bahsettiğimiz bu otomasyon sistemlerinin bütün özellikleri bunlarla da bitmiyor. Hastanelere uygulanabilecek otomasyon sistemlerini sıralayacak olursak; poliklinik modülleri, ameliyathane modülleri, yatan hasta modülleri, göz poliklinik modülleri, hasta çağırma modülleri, arşiv modülleri, randevu modülleri, radyoloji modülleri gibi hastalara yönelik yapılan sistemlerin yanı sıra hastane yönetimini de rahatlatan cari stok programları ve hastaların ödeme kontrollerinin yapıldığı sistemlerde büyük kolaylıklar getiriyor. Bu sistemlerin hepsi hastanelerde ayrı ayrı olarak bulundurulacağı gibi tüm sistem aynı program içerisinde de bulundurulabilmektedir.

Birbiri ile iletişim halinde bulunan hastanelerde yapılan işlemler sevk durumunda anında diğer hastaneye ulaştırılabilir ya da A şehrinde bulunan bir hasta için tetkik yapmak için personel yok iken B şehrine sistem üzerinden çok kolay bir şekilde veriler aktarılarak tektiller uzmanlar tarafından kontrol edilerek yeniden A şehrine eksiksiz gönderilebilecektir. Kurulacak sistemlerle tek bir merkeze bağlı

çalışılarak hastanelerdeki doktor sayısı, günlük hizmet verilen hasta sayısı gibi birçok bilgi merkezden takip edilerek hastanenin istatistikî bilgileri çıkarılabileceği gibi hastanenin isteklerine anında müdahale edilebilecektir.

Elektronik, bilgisayar ve bilişim teknolojilerinin gittikçe gelişme gösterdiği günümüzde sağlık alanında yapılan bu yatırımlar insanlara duyulan önemin ve verilen hizmetin ne denli önemli olduğunu bir kez daha vurgular niteliktedir. Sağlık alanındaki medikal manada gelişmelere paralel olarak ilerleyen teknoloji hem hastanelerin yönetim biçimlerinde hem de hastalara verilen hizmet konusunda gerçekten büyük kolaylıklar getirmektedir. Bütün bu gelişmelere bakarak akıllı hastaneler de verimlilik en üst seviyede tutularak her açıdan insanlara hızlı ve kaliteli bir sağlık hizmeti verileceği açıkça görülmektedir.

Ülkemizde bu düzeydeki hastanelerin yayılması hem ülkemizin sağlık sektöründe büyük yol kat etmesi hem de vatandaşlarımıza sağlık alanında sunulan olumlu bir gelişme olarak hayatımıza önemli katkılar sağlayacağı aşîkârdır.



Portre

Yarama Merhemi Sen Sür Ey Koca Yürekli HEMŞİRE



Yumuşak elleriyle gün boyu dokunurdu yaralılara. Öyle bir dokunuş ki adeta hastalarına mutluluk enjekte ederdi. Yaptığı iğnelerin acısı yoktu sanki. Onun ellerinde ebediyete uçanlar dahi mutluluk rüyaları arasında en yüksek mertebeye doğru revan oluyorlardı.

O Nene Hatunların taşıdığı yükün ağırlığında, ağır yaralıları taşıyordu. Ortaya çıkan Çanakkale ruhu, onun elleleriyle yeniden diriliyor, yaralılar ikinci kez hayat bulmuş gibi Allah nidalarıyla harbe yeniden hiçbir şeyleri yokmuş gibi koşuyordu.

O ise yaşamak için değil, yaşıtmak için, başkalarının acılarını içine hapsediyordu. Yüreği kor gibi yansa da, bu yüreğe yaklaşan kendi elemi adeta unutup, diriliş ruhunu kendinde hissediyordu.

Düşmanına dahi sevgi besleyen, ona acıyan ve hemen yardım elini uzatan melekti O. Çanakkale Savaşı'nda yaralılara müdahale ederken yerde kıvranan bir İngiliz askeri görür. Hemen yardıma koşar. Yabancı dil bilgisi sayesinde yaralı ile adeta hasbihal eder. Nişanlısından bahseden düşman askerine, kendi askeri gibi bakar ve O'na "Katiyen ölmeyeceksin, yaşayacaksın... Bütün bu korkulu günler geçecek. İyi olup memleketine gideceksin, nişanına kavuşacaksın" diyecek kadar, merhamet yüklüdür O.. Bunca güzel hasleti içinde barındıran Safiye Hüseyin (Elbi)'den

başkası olamazdı elbette. Zaten "Sevmek dokunmaktır" deriz ya, işte Safiye Hüseyin(Elbi) bunu başarmış. Yükünün ağırlığının, yolunun ilim-irfan yolu olduğunun bilincinde bir kadındır.

İlk Türk hemşiresi Safiye Hüseyin (Elbi) de tarihte önemli hizmetlere imza atmış ama kendi nesillerinden olanlar tarafından pek de tanınmayanlardan. Makûs talih onu da buldu. Belki birçoklarımız O'nun adını dahi bilmiyoruz. Ne bir hastane, ne bir sağlık ocağı. Hiçbir yerde ilk hemşirenin adı yok.

Yaptığı işle binlerce hastanın kalbine adeta yeniden hayat veren, onlara dokunarak, sevgisini enjekte eden Safiye Hemşire, bugün değerlerinden uzaklaşan bir nesilden elbette hatırlanmayı beklemez. Diriliş ruhunu içinde hissedemeyen, var olma amacını bilemeyen bir torundan elbette çok şey umut etmez.

Büyük Hemşiresi Safiye Hüseyin Elbi Hanımefendi'nin muazzez hatırasını yaşatmak sadece bizim değil, bütün insanlık âleminin boynunun borcudur. Gazi Mustafa Kemal Paşa dahi "Beni Türk hekimlerine emanet ediniz" diye sıkı sıkı tembih etmemiş midir? Diyoruz ki "Yaralarımızı Sarmaya da "Safiye Hüseyin Elbi Hemşiremiz Gelsin..."

İlk Türk Hemşiresi: Safiye Hüseyin Elbi

Safiye Hüseyin, İngiltere'de Denizataşeliği görevinde bulunan Ahmet Paşanın kızıdır. Babasının görevi sebebiyle öğrenimini

Avrupa'da yapar. İngilizce ve Almanca öğrenir.

Trablusgarp(1911) ve Balkan Harbi'nde(1912-1913) çok sayıdaki Osmanlı askeri gerekli olan tedaviyi göremez ve şehit olur. Sağlık teşkilatları tarafından can kayıplarını en aza indirmek için derhal çalışmalara başlanır. 1907 yılında Londra'daki Kızılhaç Kongresi'ne katılan Besim Ömer Paşa (Akalin-1862-1940) burada ünlü hemşire Florance Nightingale ile tanışır. Hemşirelik hakkında kendisinden bilgiler alır. Daha sonra 1911 yılında Amerika'daki bir sağlık kongresine de katılan Besim Ömer Paşa ve Dr. Nihat Reşat Bey (Belger), orada hemşireliğin doktorluktan ayrı bir meslek olarak yapıldığını görürler. Yeni bir meslek sayılan hemşirelik çeşitli dallara dahi ayrılmıştır.

Amerika'dan yurda dönen doktorlardan özellikle Dr. Besim Ömer Paşa Hilal-i Ahmer (Kızılay) Cemiyeti'ne hemşirelik konusunda bilgi vererek gerekli hazırlıkların yapılmasını ister. Kendisi de yetkililere hemşireliğin önemini anlatır. Bunun üzerine, cemiyetin hastabakıcılık ve hemşirelik konusunda çalışmalar ve hazırlıklar yapabilmesi için ayrı bir ödenek ayrılır. Cemiyet Kadırga Hastanesi'nde ve Bursa'da 6 ay süreli hastabakıcılık kursu düzenler. Bu konuda kadınlara yönelik duyurular yapılır. Gönüllü olanların kabiliyetlerine göre seçilen hanımlar bu kurslara katılırlar. İstanbul'un zengin ve kültürlü ailelerine mensup kadınlar dahi hastabakıcılık için müracaatta bulunurlar (1912). Bu yüzden 1912 yılı Türk hemşireliğinin başlangıcı sayılır...

1913-1914 yıllarında üniversitede açılan kurslara gönüllü katılanların başında Safiye Hüseyin gelir. Balkan Harbi'nin son senesinde İstanbul'a akın eden yaralı ve

hasta askerlerimize elinden gelen hizmeti yapar. Osmanlı Devleti 1. Dünya Savaşı'nda birçok cephede savaşmak zorunda kalır. Bu cephelerden özellikle Çanakkale Cephesi çok önemlidir. İstanbul'un düşmemesi için Çanakkale'nin geçilmemesi gerekmektedir. Yapılan şiddetli muharebeler esnasında çok sayıdaki asker cepheye yakın yerleşim merkezine dağıtılır (Biga, Edremit, Keşan, Şarköy, Mürefte, Tekirdağ vb). Ancak hastanelerdeki personel ve yatak sayısı yetersizdir. Bunun üzerine Çanakkale'den İstanbul'a vapurlarla yaralı taşınması gündeme gelir. Bu tehlikeli bir görevdir. Çünkü savaş esnasında İtilaf Devletlerine ait denizaltılar boğazi geçip Marmara Denizi'ne açılmakta, nakliye, işe ve personel taşıyan gemileri batırmaktadırlar. Hatta E-11 Denizaltısı Haliç'e dek sokulup cepheye yapılacak olan sevkiyatı engellemeye çalışır. Limandaki gemilere saldırı düzenler.

Zamanın hükümeti bir çağrı yaparak, Çanakkale'ye gönderilecek olan Reşitpaşa vapurunda görev alacak hemşireler arar. Bu çağrıya Safiye Hüseyin olumlu cevap verir. Ayrıca yabancı dil de bildiği için hemen kabul edilir. Reşitpaşa vapurunda "Başhemşire" olarak görevlendirilir.

Reşitpaşa vapuru Marmara Denizi'ne açılır. Denizaltıların her



an saldıracağı endişesiyle yolculuk yapılır. Ancak bir saldırı olmadan vapur Eceabat'a yaklaşır. Kilye Limanı'na demirler. Vapur belli bir süre bu limanda kalır. Yaralılar alınıp İstanbul'a doğru yola çıkılacağı anda İngiliz keşif uçakları tarafından saldırıya uğrar. Uçaklar attıkları işaret fişekleri ile Saros Körfezi'nde bekleyen savaş gemilerine vapurun koordinatlarını verirler. Bu kez gemiler tarafından bombardmana tutulurlar. "Reşitpaşa vapuru batırıldı." diye İstanbul'da bir söylenti yayılır. Pek çok kişi yaralılarına ve vapurda görev yapan yakınlarına yanar yıkılır. Daha sonra olayın doğru olmadığı anlaşılır ve herkes rahat bir nefes alır.

Safiye Hüseyin kendisi ile yapılan röportajda birçok yaralı gencin son nefesini verdikten sonra gözlerini kapadığını belirtir. İlginç bir tespitte de bulunur; "Herkes son



Portre



anlarında hep "anne" diye sayıkladı. İster İngiliz, ister Fransız, isterse Alman, Türk olsun hepsi "anne" diyerek can verdiler, der... Bu arada bir İngiliz gencinden bahseder. Bu İngiliz genci gözlerini kaybetmiştir. Aldığı yaralar sebebiyle de çok yaşamayacağı bellidir. Safiye Hüseyin onu teselli eder: Dayanması gerektiğini, nişanlısına er ya da geç kavuşacağını söyler. Yalnızca bu İngiliz erinin nişanlısının ismini sayıklayarak can verdiğini belirtir.

Bir gün yaralanan Bekir Çavuşu vapura getirirler. Bekir Çavuşun ayağı kesilir. Birkaç gün sonra Alman hemşirelerden birisi Safiye Hüseyin'in yanına gelir.

Telaş içinde şöyle der:

- Hani ayağını kestiğiniz yaralı yok mu?
- Bekir Çavuş mu?
- Evet.
- Ne oldu peki?
- Kendisine bir hal oldu hemşire. Tek bacağı ile odanın içinde dolaşmak istiyor.

Bundan sonrasını Safiye Hüseyin'den dinleyelim:

"Hemen koştum. Bekir Çavuş yarısından kanlar aka aka ayağa kalkmıştı. Bileğinden tuttum. Müthiş bir ateşi vardı:

- Aman Bekir Çavuş! Ne yapıyorsun

bu hal ile ayağa kalkılır mı? dedim. Bekir Çavuş ise kendini kaybetmiş bir halde idi:

- Elbette kalkılır! dedi. Sen ne diyorsun! Emir geldi. Emir yerine getirmek lazım! Tabii kalkacağım!.. Sabaha karşı Bekir Çavuş kollarımızın arasında dünyaya gözlerini büsbütün kapadı. Bu adamcağız, son dakikasına kadar kumandanının emrini kendine verilen vatan vazifesini yapmaktan başka bir şey düşünmüyordu. Son dakikasında bile ne annesini ne de sevdiğini düşünüyordu. Kansız dudaklarından çıkan son cümleler;

"Emri yapamadım." oldu. Fakat ben şuna kani idim ki, Bekir Çavuş vazifesini en güzel şekilde yapmış idi.

Safiye Hüseyin sadece vapurda değil Eceabat'ta, Anafartalar'daki ordu karargahlarında ve cephe gerisinde büyük hizmetlerde bulunmuştur. Vatanını savunan nice Türk

yiğitleri gibi Türk kadınıni temsilen Çanakkale'de görevini fedakârca ve layıkıyla yapmıştır.

Ayrıca Mütareke döneminde yurt dışında okuyan Türk öğrencilerine Kızılây kanalı ile gönderilen paralara İtilaf Devletleri el koyar ve yurt dışına havale edilmesine izin vermezler. Öğrenciler çok zor durumda kalır. Bunun üzerine girişimlerde bulunur. Paranın ancak Safiye Hüseyin tarafından gönderilmesine işgal kuvvetleri komutanlığı razı olur. İtilaf Devletleri ona özel izin verir. Parasızlıktan çok zor durumda kalan öğrenciler onun sayesinde paraya kavuşur.

Safiye Hüseyin sonraki yıllarda kendini tamamen hemşirelik mesleğine adar. Yurt içi ve yurt dışında çeşitli konferanslar verir. Altıya yakın uluslararası madalya alır. 83 yaşında, 1964 Temmuzunda yine çok sevdiği hemşirelerin kollarında vefat eder.

Safiye Hüseyin'i bir kez daha rahmet ve minnetle anıyoruz. Mekânın cennet olsun.





Ajanda



Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda Nisan - Haziran 2009

6 Nisan 2009- Bakanlıktan İlaç Tanıtım Saatlerine Sınırlama Getirildi

Sağlık Bakanlığı, ilaç tanıtımlarının mesai saatlerin içinde olmasının hizmeti aksattığı gerekçesiyle, tanıtımların bağlı kurumlar tarafından mesai saatleri dışında yapılmasını kararlaştırdı.

9 Nisan 2009- Mazeret Tayinlerine Yeni Düzenleme Getirildi

Sağlık Bakanlığı'nın mazeret tayinleri ile ilgili yayınladığı ve 81 İl Valiliğine gönderdiği genelgeye göre, 8 Haziran 2004 tarihinden önce mazeret nedeniyle görev yeri değiştirilen personel, mazeret nedeni ortadan kalksa dahi buldukları yerde görevlerine devam edebilecek. Düzenleme, 5283 Sayılı Kanun kapsamında Bakanlığa devredilen personeli de kapsayacak.

15 Nisan 2009- Sağlık Bakanlığı Tam Gün Yasa Tasarısı Taslağını Kamuoyuna Açıkladı

Sağlık Bakanlığı, tabip dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının yükseltilmesi, tüm sağlık çalışanlarına mesleki mali sorumluluk sigortası getirilmesi, nöbet ücretlerinin yüzde 300

artırılması gibi düzenlemelerin de yer aldığı Tam Gün Yasa Tasarısı Taslağı'nı kamuoyuna açıkladı.

24 Nisan 2009- Zehirlenmeler için Zehirlenme Vaka Bildirim Formu' Düzenlenecek

Zehirlenmelerle ilgili istatistiki bilgileri Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü kayıtlarında tutan Sağlık Bakanlığı, 'Zehirlenme vaka bildirim formu' uygulaması başlatıyor. Konuyla ilgili bir genelge yayımlayan Bakanlık, her zehirlenme vakası için bundan böyle 'Zehirlenme Vaka Bildirim Formu' düzenleneceğini duyurdu.

29 Nisan 2009- Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği Resmi Gazete'de Yayımlandı



Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ Resmî Gazete'nin 29 Nisan 2009 sayısında yayımlandı. Tebliğde hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esaslar yer alıyor. Tebliğ, kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunan tüm sağlık

kurum ve kuruluşlarını kapsıyor.

4 Mayıs 2009 -İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası Kutlandı

Ülkemizde her yıl 4-10 Mayıs tarihleri arasında kutlanan "İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası" bu yıl da düzenlenen etkinliklerle kutlandı.



4 Mayıs 2009- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nda Devir Teslim



Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını üstlenen Ömer Dinçer, görevi Faruk Çelik'ten devraldı.

5 Mayıs 2009- Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı'nda görev değişimi yapıldı

Kurulan yeni kabinede Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı olarak görev yapacak olan Sayın





Ajanda

Selma Aliye Kavaf, görevi Milli Eğitim Bakanlığına atanan Sayın Nimet Çubukçu'dan devraldı.

6 Mayıs 2009- 4/B'liler İle İlgili Yönerge Yayınlandı

Sağlık Bakanlığı, 4/B'lilere eş durumu ve sağlık mazereti tayini, becayiş, askerlik dönüşü işe başlama gibi hakların uygulanmasına ilişkin yönergeyi yayınladı.

12 Mayıs 2009- Hemşireler Haftası Kutlandı

Sağlık-Sen Hemşireler Haftasında açıkladığı kamuoyu araştırmasıyla ebe ve hemşirelerin sorunlarını gündeme taşıdı.

22 Mayıs 2009- Sağlık Bakanlığı'nda Yetki Tutanağı İmzalandı

Sağlık Bakanlığı'nda 22 Mayıs Cuma günü yapılan toplantıyla en fazla üyeye sahip olan sendikamız, imzalanan tutanaklarla yetkili sendika oldu.

26 Mayıs 2009 - SHÇEK'te Yetki Tutanağı İmzalandı

Hizmet kolumuzun en büyük ikinci kurumu olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda(SHÇEK) yetkimiz, imzalanan tutanaklarla kayıt altına alındı.

28 Mayıs 2009- Tam Gün Yasa Tasarısı TBMM'ye Sevk Edildi

Başbakanlık tarafından TBMM'ye gönderilen Tam Gün Yasa Tasarısı'nda, Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı taslaktaki bir çok düzenleme çıkarıldı.

31 Mayıs 2009- Uluslararası Çalışma Örgütü 95.

Toplantısını Gerçekleştirdi

31 Mayıs - 18 Haziran tarihleri arasında gerçekleştirilen toplantıda sendikal özgürlükler konusunda gerekli yasal düzenlemeleri gerçekleştirmeyen Türkiye'ye uyarı geldi.

1 Haziran 2009- Sağlık-Sen, Tam Gün Yasa Tasarısı ile ilgili itirazlarını Başbakan'a ilettiler



Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, TBMM'ye gönderilen Tam Gün Yasa Tasarısının sağlık çalışanları açısından olumsuzlukları ilettiler ve bu konuda detaylı bir raporu Başbakan'a takdim etti.

2 Haziran 2009- Tıbbi Malzeme Katılım Payı Hakkında Genelge

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun imzasıyla yayımlanan ve valiliklere gönderilen genelgede; sağlık hizmetleri, ilaç, ortez, protez ve tıbbi malzemelerden katılım payı alınması, katılım payından muaf tutulan kişiler ve sağlık hizmetlerinden ise katılım payı alınmaması netleştirilirken, ilgililerin azami dikkat ve özen göstermesi istendi.

2 Haziran 2009- Sözleşmeli Personelin Hastalık İzni 30 Günle Sınırlı Olmayacak

Danıştay 12. Dairesi, Sağlık-Sen'in açtığı dava üzerine 657

Sayı Kanununun 4/B Maddesine göre çalışan sözleşmeli personelin hizmet sözleşmesinin yıllık izin süresinin belirtildiği 8/b maddesinde yer alan "Resmi tabip raporu ile kanıtlanan hastalıklar için yılda 30 günü geçmemek üzere ücretli hastalık izni verilir" şeklindeki düzenleme hakkında yürütmeyi durdurma kararı verdi.

9 Haziran 2009- Ebelik, Hemşirelik, Sağlık Memurluğu ve Sağlık Eğitim Enstitüsü Mezunlarına Lisans Tamamlama Hakkı İçin Protokol İmzalandı

Ebelik Lisans Tamamlama Programı için Erzurum Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı için Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Eğitimi Lisans Tamamlama Programı için Malatya İnönü Üniversitesi ile Bakanlığımız arasında Protokol imzalandı. Lisans tamamlama programlarına 2009 - 2010 öğretim yılında başlanılacak.

10 Haziran 2009- Sağlık-Sen Genel Merkez Yönetim Kurulu Yetkili Sendika Olarak Sağlık Bakanı ile Görüştü

Sağlık ve Sosyal hizmet kolunda yetkinin Sağlık-Sen'e geçmesinin ardından Sendika Yönetim Kurulu ilk ziyaretini Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'a gerçekleştirdi.

Genel Başkan Mahmut Kaçar "Yeni dönemde Sağlık Bakanlığı'nda çalışan 300 bini aşkın personelin hak ve kazanımları ile birlikte, sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması için, geçmişteki olumlu ilişkilerin geliştirilerek sürdürülmesini diliyoruz" dedi.

11 Haziran 2009 -Dünya Sağlık Örgütü Domuz Gribi Virüsü Yüzünden Alarm Seviyesini 6 Yaptı

Cenevre'de toplanan Dünya Sağlık Örgütü, H1N1 virüsü yüzünden 41 yıl sonra küresel grip salgını ilan etti. Salgın, en yüksek düzey olan altıncı aşamaya çıkarıldı. Evre 6, kıtalararası bir salgını ifade etmektedir (DSÖ bölgelerine göre en az iki bölgede salgın olması).



15 Haziran 2009 – Sağlık Bakanlığı Beslenme Konusunda Spot Film Hazırladı

Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bireylerin beslenme konusundaki duyarlılığını artırmak ve bu konuda toplum bilinci oluşturmak amacıyla CD formatında beslenme dizisi ve spot filmler hazırladı. Spot filmler hastane ve polikliniklerin bekleme salonlarında gösterilecek.

16 Haziran 2009- Sağlık-Sen, Sözleşmeli Personelin Üst Öğrenimi İntibakı İçin Dava Açtı

Sağlık-Sen 4/B ve 4924 kapsamında çalışanlardan üst öğrenimini tamamlayan tüm personelin intibakı hakkında yararlanması için Maliye Bakanlığı'na dava açtı.

18 Haziran 2009- Hasta Yakınından Kan İsteme Dönemi Sona Erdi

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Zorunlu Kan Temini" konulu genelge yayımlandı. 81 il valisine gönderilen genelgede kan ihtiyacının



Kızılay'dan karşılanacağı belirtilerek, hasta yakınlarından kan bulmasının talep edilmesi isteniyor.

19 Haziran 2009- Sağlık Bakanlığı, 4/B'lilerin Hakları ile İlgili Uygulama Yanlırlarını Açıklayan Genelge Yayınladı

Sağlık Bakanlığı, 4/B'lilerin hakları ile ilgili uygulama yanırlarını açıklayan yeni bir genelge yayınladı. Söz konusu genelgede, sözleşmeli personelin sözleşmesinde belirtilen görevi dışında bir alanda görevlendirilememesi uyarısı başta olmak üzere, çeşitli konularda yaşanan uygulama yanırlarına açıklık getiriliyor.

24 Haziran 2009- Sağlık-Sen ADSM'lerdeki Ücretli Yemeği Yargıya Taşdı

Yataklı Tedavi Kurumlarında çalışanlara verilen ücretsiz yemek hakkından Ağız Diş Sağlığı Merkezleri'nin de yararlandırılması için Sağlık-Sen Danıştay'a dava açtı. Dava gerekçesinde, Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin de yönetmelik gereği yataklı tedavi kurumu olduğu belirtilerek, bu kurumlarda çalışanların da ücretsiz yemekten yararlanması gerektiği vurgulandı.

25 Haziran 2009- Özürlü Nakillerinde Yeni Düzenlemeler Açıklandı

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, özürlülerin nakillerinde düzenlemeye gitti. Genel Müdür imzasıyla yayımlanan ve il müdürlüklerine gönderilen genelgede, yeni şartlara uyulması istendi.

26 Haziran 2009-Tam Gün Yasası Komisyondan Geçti



TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu, "Tam Gün Yasa Tasarısını" kabul etti. Komisyonda kabul edilen üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ilişkin hükümler de içeren yasa tasarısına göre, devlet veya üniversite hastanelerinde görev yapan hekimler, özel hastanelerde çalışmayacak, muayenehane açamayacak. Tasarı, devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerinde çalışmayı tercih edecek hekimlerin ücretlerinde artış yapılmasını da içeriyor.

30 Haziran 2009- Becayışlar Ağustos'ta



Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelinin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönerge" kapsamında 4/B sözleşmeli personelin karşılıklı yer değişikliği taleplerinin 2009 yılı Temmuz ayı içerisinde alınacağını ve şartları taşıyanların görev yerlerinin 2009 yılı Ağustos ayı içerisinde değiştirileceğini duyurdu.

**Sendikalar ve
sivil toplum örgütleri,
siyasi iktidarları,
demokrasi ve adalet
ölçüleri temelinde
hareket etmeye zorlayan
en etkin ve meşru
denetim organlarıdır.**



**Demokrasinin ve adaletin
ülkemizde yerleşmesi ve
derinlere kök salması, emeğimizin
hakkının korunması ve geliştirilmesi için
SAĞLIK-SEN'in mücadelesi
devam edecektir.**



SAĞLIK-SEN