

S rekli Tıp Eğitimi Dergisi

sted *günce*

Cilt : 19

Sayı : 3

Mayıs

Haziran 2010

ISSN 1300-0853





STED Günce



Türkiye'nin Sağlıkını Okumak
"Anadil ve Doğum Ağırlığı"
Dr. Onur Hamzaoğlu

TTB Fotoğraf Yarışması 2010



Yaşlı Sağlığı
"Yaşlılarda Depresyonun
Birinci Basamakta Yönetimi"
Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Aylin Yaman,
Dr. Ethem Kavukçu, Dr. Hakan Yaman



Söyleşi

"Zorunlu Hizmet"

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler



Günlüğümden

"Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü"

Dr. Figen Şahpaz

Mesleki Sorumluluk

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Verda Ersoy

VI

IX

XI

**Merhaba*,**

"İki yıl önce tıp fakültesini bitirdim. Gıyabımda Sağlık Bakanlığı'nda zorunlu hizmet kurası çekildi. 350 günlük zorunlu hizmet yükümlülüğüm olduğunu öğrendim. Kurada çıkan yere gitmediğim için müstafi sayıldım. Bir yıl sonra Sağlık Bakanlığı'na yeniden başvurduğum. Zorunlu hizmetimi yapmadığım için 13 ay boyunca tıp doktoru diplomam da olmadığı için mesleğimi de yapamadım. Sağlık Bakanlığı zorunlu hizmet kurasına ismimi ekledi. Yeni çekilen kurada 500 günlük zorunlu hizmet yapacağım bir yer kurada çıktı. Bakanlık yetkilileri daha önceki zorunlu hizmet süresini de ekleyerek 850 gün zorunlu hizmet yapacağımı söylediler.

Doğrusu tıp fakültesine girerken zorunlu hizmet yapacağımız bizlere söylenmedi. Tıp fakültesine girdiğim zaman tercih yaparken bu yaşayacaklarımı bilseydim eminim tıp

fakültesini istemezdim. Zorunlu hizmeti uzmanlık eğitimi sonrası da yapmamız gerekiyor. Uzmanlık yapmak bir yana, hekimlik yapacağımdan kuşku var. Mezuniyet töreninde elimize tutturulup yemin ettirdikleri kağıt parçasının bu kadar ulaşılmaz olduğunu düşünmemiştim. Belki tıp fakültesini seçmek isteyen kardeşlerim olur diye size yazıyorum. Belki bir sesimi duyan olur. Çok sevdiğim mesleğimi yapamamaktan, bir kusur işlemişim gibi itilip kakılmaktan çok rahatsızım. Zorunlu hizmete karşı çıkmayanlardan, meslektaşlarına böyle davranılmasından rahatsız olmayanlardan söz etmeyi bile gereksiz buluyorum."

Bilimsel ve dostça kalın.

*Zorunlu hizmet yapan bir hekimin mektubu.

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Anadil ve Doğum Ağırlığı"



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo. Annenin anadiline göre beş yaş altındaki çocukların doğumdaki ağırlıkları 2.5kg'ın altında olanların yüzde dağılımı ve hız oranları, Türkiye 2003

Annenin anadili	Doğum ağırlığı(< 2.5kg)
Türkçe	13.8
Kürtçe	27.6
Diğer*	24.1
Hız Oranı(K/T)	2.0
Hız Oranı(D/T)	1.7
Türkiye	15.5

*Arapça, Rumca, Yunanca, Ermenice, İbranice, Çerkezce, Gürcüce, Lazca, Rusça, Bulgarca, Romence, Sırpça.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre, Türkiye genelinde doğan her 100 bebekten yaklaşık 16'sı düşük doğum ağırlıklı(< 2.5 kg) olarak hayata gözlerini açıyor. Bu özellikle doğan bebeklerin diğerlerine göre hastalanma ve ölme riskinin çok daha fazla olduğunu biliyoruz. Bununla birlikte, düşük doğum ağırlıklı doğumların çok büyük bir bölümünün önlenabilir nedenlerle ortaya çıktığı da biliyor. Anne adaylarının doğum öncesi bakım alamaması, yeterli ve dengeli beslenememesi ve sık aralıklı doğumlar ile erken yaşta annelik ilk aşamada sayabileceğimizden bazıları. Saydığımız nedenlerin ara ve/veya son nedenler olduğunu da belirtmemiz gerekir. Öncelikle anne adaylarımızın yaşam koşullarının ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve yararlanabilme olanaklarının, toplumsal yaşantıda ait oldukları sınıf ve katmana göre değiştiği belirlemesini yapmalıyız. Bundan sonraki aşamada da ara ve son nedenler olarak eğitim durumu, sağlık hizmetlerine ulaşabilme durumu, sağlık hizmetlerinin sunulduğu dili bilme durumu vb. özellikleri sıralamamız mümkün.

Dünyanın bütün ülkelerinde yurttaşların, mültecilerin, göçmenlerin dili, ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin dili ile aynı olmadığı

durumlarda sağlık güvencesi kapsamında olsalar bile, hizmete ulaşabilme, kullanabilme ve yararlanmanın, dili aynı olanlara göre olumsuz, kötü durumda olduğunu biliyoruz. Hatta sağlık güvencesi kapsamında olup da, sağlık kurumlarında yaşadıkları nedeniyle o kurumlara gitmektense, kendi dilini konuşanlar tarafından sunulan geleneksel uygulamalardan yararlanmayı tercih etmenin oldukça yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Ülkemizde son yıllarda daha yaygın olarak konuşulmaya başlanan anadil konusu nedense Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Kürtler ile sınırlandırılıyor. Evet sıklık açısından böyle bir öncelikten bahsetmek mümkün. Bununla birlikte, ülkemizin her tarafında ve başka dilleri konuşanların da sorunlar yaşamakta olduğunu göz ardı etmememiz gerekiyor. Ülkemizde anadili Kürtçe ve Türkçe olanlar dışındakilerin de benzer sorunu yaşadıklarını unutmamalıyız.

Öncelikle anadil sorunu Kürtler için de bölgesel bir sorun değildir. Çünkü ülkenin her yerinde yaşıyorlar. Ülkemizde anadili Kürtçe olanların sayısı yaklaşık 30 milyondur. Bu sayı, toplam ülke nüfusunun beşte ikisinden daha fazla. Ayrıca Kürtlerin yaklaşık % 10-15'inin ve özellikle kadınların, anadillerinden başka bir dil de bilmediklerini anımsatmakta yarar var.

Yukarıda paylaştığımız tablodaki veriler ülke geneli ve ülkemizde konuşulan bütün anadilleri kapsıyor. Buna göre anadili Türkçe olan bir anneden dünyaya gelen 100 bebekten 14'ü, Kürtçe olan bir anneden dünyaya gelen 100 bebekten 28'i ve bu iki dilin dışında bir dili olan anneden dünyaya gelen 100 bebekten 24'ü düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya geliyor.

Farklılığı somutlaştırabilmek için hız oranlarını da hesapladık. Buna göre, anadili Türkçe olan bir anneden doğan her düşük doğum ağırlıklı bebeğe karşılık anadili Kürtçe

olan bir anneden 2.0, bunlar dışındaki dillerden olan bir anneden de 1.7 bebeğimiz düşük doğum ağırlıklı olarak hayata başlamak zorunda kalıyor.

Yukarıdaki veriler göz ardı edilemeyecek bir durumu yansıtıyor. Birçok ülke sorunun tercümanla ya da erken yaşta zorunlu dil eğitimi ile çözülemediğini ortaya koyan deneyime sahip. Konuyu her yönüyle ele alan, tüm tarafların ve temsilcilerinin yer aldığı çalışmalara daha fazla zaman geçirmeden başlamalıyız. Unutmayalım, konu hükümetler inisiyatifine bırakılamayacak kadar önemli.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu
E-posta: ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

Kaynakça

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu(Ağustos 2005). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
3. Kunst AE, Mackenbach JP. (1994). Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2010



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, onuncu yılına ulaştı. Fotoğrafa meraklı okurlarımızın emeğinin ürünü olan eserler yıllardır dergimizin kapağına ve içeriğine değer katıyor. Artık gelenekselleşen bu yarışmanın 2010 yılında da başarıyla gerçekleştirilebilmesi için fotoğraf çeken ve ürünlerini STED okurlarıyla paylaşmak isteyen tüm dostlarımızı TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2010'a katılmaya davet ediyoruz.

Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan ve siyah-beyaz fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in İnternet sayfalarından ulaşıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
 - Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazılacaktır.
 - Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi koşuluyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Eylül 2010

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2010

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2010

Ödüller:

Büyük Ödül: Bir adet fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),

Başarı Ödülü: Tanınmış fotoğraf sanatçılarından oluşan albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye).

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk altıya giren fotoğraflar 2011 yılında STED'in kapağında, diğer fotoğraflardan uygun görülenler iç sayfalarda yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

Başvuru Adresi: "STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara



*Dr. Melahat Akdeniz**, *Dr. Aylin Yaman***, *Dr. Ethem Kavukçu****,
*Dr. Hakan Yaman*****

Depresyon yaşlılığın dört dev sorunundan biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılına kadar depresyonun iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci engellilik nedeni olacağı öngörüsünde bulunmaktadır (2). Depresif bozukluğu olan hastaların çoğu başlangıçta birinci basamağa (BB) başvurur. BB'de depresyonun yıllık prevalansının %18.1 olduğu belirtilmektedir (3). Bakım kurumlarında yaşayanlarda depresyon prevalansı %27.1, kendi evlerinde yaşayanlarda %9.3 bulunmuştur. Kadınlarda (%10.4), erkeklerden (%6.5) daha fazladır ve işlevsel engellilik, komorbidite ve sosyal yoksunluk ile ilişkili bulunmuştur (4), Türkiye'de Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 1989- 1993 yıllarında yapılan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" çalışmasında depresyon prevalansı %10-20 arasında bulunmuştur (5).

Depresif yaşlı hastalarda özkıyım oranı yüksektir. Araştırmalar özkıyım girişiminde bulunan yaşlı kişilerin yaklaşık %75'inin son bir ay içinde BB hekimini ziyaret ettiğini, ancak semptomlarının fark edilmediğini ya da depresyonun tedavi edilmediğini göstermektedir (4). Bu nedenlerle, birinci basamak (BB) hekimleri riskteki hastaların taranmasında, depresyonun fark edilmesinde ve erken tanı almasında çok önemli rol oynayabilirler. DSÖ ve WONCA (World Organization of Family Doctors) üyelerinin ortak bir çalışması olarak 2008 Eylül ayında yayımlanan yazıda (Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective), ruhsal hastalıkların birincil bakımda başarı ile yönetilebileceğini ve ruhsal hastalık bakımının birinci basamakla bütünleştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (6).

Depresif bozuklukların sınıflandırılmasında genellikle iki majör tanı ölçütü

kullanılmaktadır: DSM -IV ve ICD 10. Yaşlılarda depresyon tanısında da bu iki ölçüt geçerlidir; ancak yaşlılar bu ölçütleri her zaman karşılamayabilir (7). "WONCA Special Interest Group in Psychiatry and Neurology" yayımladığı kılavuzda (Culturally Sensitive Depression Guideline) (8) tanı için DSM IV ve ICD 10 depresyon tanı ölçütlerinin yanında BB ve psikiyatri kliniklerinde sık görülen tabloların listesini ve depresyonla ilişkili sıkıntıları tanımlamak için kültürle özgü metaforların listesini vurgulamıştır (www.ailehek.org).

Yaşlılarda depresyon yakınmaları diğer yaşlardakinden biraz farklıdır. Depresif yaşlı kişiler duygusal yakınmalarını söylemekten kaçınırlar, bilişsel değişiklikleri ve somatik yakınmaları öne çıkarırlar. Bedensel rahatsızlık konusunda yoğun kaygıları nedeniyle sağlık hizmetini daha fazla kullanma eğilimleri vardır. İnatçı üzüntü, hayal kırıklığı ve özgüven kaybı, uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri, kilo kaybı yaşlılarda depresyonun sık görülen belirtileridir (4). Öz bakımın zayıflaması nedeni ile dağınık görünüm vardır. Yüz ifadeleri kederlidir. Alçak sesle ve yavaş konuşurlar. Enerjilerinin az olduğundan ve kendilerini sürekli yorgun hissettiklerinden sözedirler. Terk edilme duygusu, değersizlik, suçluluk, intihar düşünceleri ve umutsuzluk duyguları, konsantrasyonda güçlük vardır. Bir tıbbi ya da cerrahi durumun iyileşmesinde gecikme, tedaviyi reddetme yaşlılarda depresyonun işaretleri olabilir (7).

Yönetim

Yaşlılarda depresyon, kapsamlı tedavi rehberleri ve pek çok tedavi seçeneği olmasına karşın sıklıkla yetersiz tanı alır ve yetersiz tedavi edilir. Yaşlı hastalar genellikle depresyon tanısının ayırıcı özelliği olarak düşünülen kaygı,

* Yrd. Doç., Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Antalya

**Uzm. Dr., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

*** Uzm. Dr., Serbest Hekim, Antalya

**** Prof., Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

huzursuzluk ve değersizlik gibi yakınmalar yerine uykusuzluk, iştah azalması, yorgunluk gibi özgün olmayan yakınmalarla başvurdukları için tanı koymak zordur. Hekim ya da yaşlının aile üyeleri, depresyonun yakınma ve bulgularını normal yaşlanmaya ya da demansa bağlayabilirler. Yaşlı hastalar da, yaşadıkları duyguları yaşlanmanın normal bir sonucu ya da yaşam stresine doğal yanıt olarak algıladıkları için dile getirmezler.

DSÖ, Yaşlı Dostu Birinci Basamak Merkezi Pilot Projesi'nde, birincil bakıma herhangi bir yakınma ile gelen yaşlıların hekim görüşmesinden önce 10 dakikalık tarama testi ile taranmasını ve bu testte sorulan "Sık sık üzgün hisseder ve kederli olur musunuz" sorusuna "evet" yanıtı veren yaşlılara hekim tarafından "Geriyatrik Depresyon Skalası (GDS)" ve demansı dışlamak için "Mini Mental Durum Değerlendirme (MMSE)" testi uygulanmasını önerir (1). GDS skoru 5'in üzerinde olan hastalar ayırıcı tanı için fizik muayene ve biyokimyasal testler ile değerlendirilir. Depresyonun doğrulanmasından sonra hekim ve hasta birlikte bir tedavi planı oluştururlar. Bu plana göre, hasta ya BB hekim tarafından tedavi edilir ya da endikasyon doğrultusunda bir ruh sağlığı uzmanına sevk edilir. Tedavi önerilen hasta iki hafta sonra tekrar değerlendirilir ve tedaviye yanıtı göre devam ya da sevk kararı verilir (1).

Yaşlı hastalarda depresyonu tanımlamada özgün laboratuvar testleri yoktur. Laboratuvar testleri genellikle ayırıcı tanı ve komorbid hastalıkları değerlendirmek amacı ile yapılır. İlaç ve alkol kötüye kullanımı, bazı ilaçlar ve bedensel hastalıklar depresyona neden olabileceğinden EKG, idrar tetkiki, kan

biyokimyası, tam kan sayımı, tiroid sitümülan hormon, Vit B12 düzeyi, folik asid düzeyi ve ilaç düzeylerine bakılır (4).

Tedavi

Depresyon için hem farmakolojik, hem de psikososyal etkin tedaviler vardır ve yaşlı hastaların %65-75'inde depresyon tedavi edilebilir (9). Etkin yönetim biyopsikososyal yaklaşım, farmakoterapi ve psikoterapinin birlikte sunulmasını gerektirir. Tedavi başlandıktan sonraki depresif semptomların iyileşmesi için iki hafta geçmesi gerekir, ancak tam iyileşme aylar sürebilir. Ağır bir depresif dönemden iyileşme genellikle 6-12 ay sürer (4).

Yaşlı hastaların yaklaşık %60-80'i antidepressif ilaç tedavisine yanıt verir (9). Depresif semptomların akut tedavisinde tüm antidepressanlar benzer etki gösterir. Ancak yan etkileri ve ilaç etkileşimleri farklıdır. Trisiklik antidepressanlar ve MAO inhibitörlerinden daha iyi tolere edilmeleri ve yan etkilerinin daha az olması nedeni ile, Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI'lar) yaşlı hastalarda depresyonun pek çok tipinin tedavisi için kullanılırlar. Antidepressan ilaçların yetersiz ve hatalı kullanılması, uygun olmayan dozlarda reçetelenmesi sık yapılan hatalardır. Serotonin-norepinefrin gerialım inhibitörleri (SNRI'lar) venlafaksin ve duloksetin yaşlılarda depresyon tedavisinde SSRI'lara yanıt alınamadığında kullanılmaktadır. Kardiyovasküler hastalığı olan ve yüksek doz alan hastalarda kan basıncının izlenmesi gerekir (9).

Bilişsel davranışsal tedavi, destekleyici tedavi, sorun çözme tedavisi psikoterapötik girişimlerdir. BB hekimleri bu tedavi yöntemlerinde beceriler edinebilirler ve kısa bilişsel davranışsal tedavileri uygulayabilirler. Yaşlı hastalar genellikle tedaviye daha iyi uyarlar, tedaviyi bırakma oranları daha düşüktür ve psikoterapiye gençlerden daha olumlu yanıt verirler.

Disiplinler arası işbirliği, hasta ve ailelere destek, gerektiğinde bir üst bakım kurumuna sevk, tedavinin etkinliğini artırır. BB kliniklerinde depresif yakınmaların azaltılması ile sosyal ve mesleki becerilerde, günlük işlevsellikte, uyum ve başa çıkma becerilerinde, iş performansında, sosyal entegrasyonda ve yaşam kalitesinde iyileşme

Tablo. Depresyonlu yaşlı hastalarda sevk endikasyonları (4)

- Bipolar hastalık
- Özkıyım düşünceleri olması
- Psikoz
- Uygun ilk adım tedavisini tolere edememe ya da yanıt alınamaması
- Tanısal olarak karmaşıklık ya da kesin olmaması
- EKT tedavisi adayları
- Ağır hastalar
- İlaç tedavisi dışında başka tedavilere gereksinim duyulması.
- Distimik bozukluk üzerine majör depresyonun eklenmesi

sağlanabilir (4). Tedaviye dirençli hastalarda psikiyatriste sevk düşünülmelidir. Sevk ölçütleri Tabloda listelenmiştir.

Aile ilişkileri depresyon için bir neden olabildiği gibi, hastanın yönetiminde çok önemli bir kaynaktır. Depresif yakınmaları olan yaşlı hastanın değerlendirilmesinde aile üyeleri son derece değerli bilgiler sunabilir. Hastanın fark edemediği bilgiler verebilirler (10). Ayrıca yaşlı hastanın bakım yükü altında ezilmiş gizli hasta olma olasılığı yüksek olduğu için eş ya da bakım veren aile üyesinin de değerlendirilmesi çok önemlidir (10).

Yaşlılardaki depresyonun en ciddi sonucu özellikle tedavi edilmemiş ya da uygun olmayan bir biçimde tedavi edilmiş depresyonda hem öz kıyım hem de somatik hastalıklara bağlı mortalitenin artmasıdır (4). Yaşlı kişiler normal olarak ölümden sözdebilirler, ama özkıyımdan bahsetmezler. Bu nedenle özkıyımdan sözeden yaşlı kişilerin dikkatle izlenmesi ve gerekirse hastaneye yatırılması uygun olur. Çalışmalar özkıyım girişiminde bulunan yaşlı hastaların, girişimden kısa süre önce hekimlerini ziyaret ettiklerini göstermiştir (4). Yaşlılarda özkıyım aktif ya da pasif olabilir. Yaşlı hasta ilaçlarını almayı ya da yemek yemeyi reddederek ölümü çağırabilir. Bu nedenle yaşlı depresif hastalar özkıyım açısından değerlendirilmeli ve aktif özkıyım düşüncesi olan tüm hastalar bir psikiyatriste sevk edilmelidir. Özkıyım planları yapanlar acilen değerlendirilmeli; kendini öldürme yolları düşünen ve bunu amaçlayan hastalar ise hastaneye yatırılmalıdır (10).

Sonuç

Disiplinler arası işbirliği, hasta ve ailelere destek, gerektiğinde bir üst bakım kurumuna sevk (konsültasyon) tedavinin etkinliğini artırır. BB kliniklerinde depresif yakınmaların azaltılması ile sosyal ve mesleki becerilerde, günlük işlevsellikte, uyum ve başa çıkma becerilerinde, iş performansında, sosyal entegrasyonda ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabilir. Bu işbirliği yapılanmasında BB hekimi anahtar rol oynayabilir. Erken tanı ve tedavi ile pek çok yaşlı hastanın yaşam kalitesi geri getirilirken, bu hastalara bakım veren kişilere de daha sağlıklı bir yaşam sunma olanağı sağlanır. Hasta ve aile kaynaklarının

harekete geçirilmesi, eksiksiz ve bütünleştirici bir tedavi programının temelini oluşturmalıdır. DSÖ ve WONCA, ruhsal hastalıkların ilk başvuru yeri olan BB ile ruhsal sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi sonucunda pek çok tanı konamayan ya da yetersiz tedavi alan yaşlı kişinin tedavisinin BB yapılabileceği gerçeğini vurgulamaktadır.

Bilgi notu: Bu yazının bilimsel içeriğinin redaksiyonunda değerli katkılarından dolayı Sn. Prof. Dr. Bilgen Taneli Hocamıza teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Hakan Yaman

E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

1. Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 24.12.2009.
2. WHO, Depression. Erişim: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/; erişim tarihi 29.12.09.
3. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, Kerse N, MacGillivray S. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD007954. DOI: 10.1002/14651858.CD007954.
4. Birrer BB, Vemuri SP. Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. Am Fam Physician 2004;69:2375-82.
5. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(Ek 6):3-10.
6. Akdeniz M, Yaman A, Yaman H. Mental sağlığın birincil bakıma entegrasyonuna ilişkin çalışmalar: WONCA ve DSÖ belgeleri çerçevesinde bir irdeleme. RNA Aile Hekimliği Dergisi 2009; 1(5):56-61
7. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults Annual Review in Clinical Psychology 2009. 5:363-89
8. Wonca Special Interest Group in Psychiatry and Neurology. Culturally Sensitive Depression Guideline. 2004.
9. Diagnosis and Management of Common Mental Disorders in Primary Care. A WHO Educational Package. WHO/MSA/MNHIEAC/98.1. 1998. Erişim: whqlibdoc.who.int/HQ/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf; erişim tarihi 10.02.2010.
10. McDaniel HS, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. İkinci baskı. Çeviri editörü Yaman H. Yüce Yayınevi İstanbul 2005

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler***

Tıp fakültesini yeni bitiren, bitirecek olan hekimlerin gündemindeki "Zorunlu Hizmet" ile ilgili soruları Türk Tabipleri Birliği Hukuk Danışmanı Avukat Mustafa Güler'e sorduk.

Mecburi hizmet yükümlülüğü nedir?

Mecburi hizmet (yasal ifadesiyle Devlet Hizmeti Yükümlülüğü), 5371 sayılı Kanun ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen hükümler uyarınca, 05.07.2005 tarihinden sonra mezun olan, uzmanlığını ya da yan dal uzmanlığını tamamlayan tabiplerin, Sağlık Bakanlığı tarafından atandıkları yere göre değişen 300 ila 600 gün süreyle görev yapması zorunluluğudur.

Tıp fakültesini yeni bitirenler için süreç nasıl işlemektedir?

Tıp fakültesini bitiren tabiplerin diplomaları ilgili fakülte dekanlıkları tarafından 15 gün içinde Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Sağlık Bakanlığı diplomaların kendisine gelmesinden sonra diploma tescilini yapar ve bu tarihten itibaren iki ay içinde tabibin atamasını yapmak zorundadır.

Mecburi hizmet tercihleri nasıl yapılmaktadır? Tercih yapılmazsa ne olur?

Mecburi hizmete tabi olanların atamaları mevcut kadrolar arasında kendilerine tercih yapma hakkı tanınarak uygulanmaktadır. Ancak kişilerin tercih yapmış olmaları bu tercihlerine mutlak surette uyulacağı garantisini vermemektedir. Tabip tarafından tercih ve atama yapılabilmesi için öncelikle Sağlık Bakanlığı internet sayfasında yayımlanan kuraya dahil edilecek kişiler arasında isminin yayımlanmış olması gereklidir. Listede ismi olan tabip yine internet üzerindeki programı kullanarak tercihlerini belirtecek ve alacağı çıktıyı posta ya da kargo yoluyla Sağlık Bakanlığına ulaştıracaktır.

Yerleştirme noter huzurunda kura çekimi suretiyle yapılmaktadır. Öncelikle tercih belirtenler için kura çekimi yapılmakta, ardından tercihlerine yerleştirilmeyenler ile hiç tercih yapmamış olanlar için genel bir kura çekimi yapılmaktadır.

Gıyaben kura çekilmesi ne demek?

Mecburi hizmet, yerine getirilmesi gereken bir zorunluluk olarak ortaya konulmuş olmakla kişinin görev için müracaatı olmasa dahi atamasının yapılması öngörülmüştür. Gıyapta (yokluğunda) kura çekilmesi de kişinin herhangi bir başvurusu olmamasına karşın mecburi hizmet yapacağı yerin belirlenmesi için kura çekiminin yokluğunda yapılmasını ifade etmektedir.

Kurada belirlenen yere ne kadar sürede gitmek gerekir? Gidilmezse ne olur?

Mecburi hizmet yapılması gereken yerin belirlenmesinden sonra, bu listeler Sağlık Bakanlığı internet sayfasında ilan edilmektedir. Anılan ilan tebligat yerine geçmektedir. Ayrıca tabibin ikametgâhının bulunduğu yer il sağlık müdürlüğüne de ilgisine tebliğ edilmek üzere atama evrakı gönderilmektedir. Mecburi hizmet yükümlüsü tabibin atama emrinin tebliğinden itibaren en geç yirmi gün içinde atandığı yerde göreve başlaması gereklidir.

Atandığı yerde kesintisiz olarak 10 gün süreyle görevi terk eden ya da bu süre boyunca hiç göreve başlamayan tabip istifa etmiş (müstafi) sayılır ve buna bağlanan yaptırımların yanı sıra mecburi hizmete başlayana kadar geçen süre –en çok yükümlülük süresi kadar- yükümlülük süresine eklenir.

Mecburi hizmet süresi dolmadan istifa edilirse ya da görev terk edilirse ne olur?

Mecburi hizmet süresini tamamlamadan istifa edenler ya da istifa etmiş (müstafi) sayılanlar için tanımlanmış genel yaptırım belirli süreyle yeniden memuriyete alınmamaktır. Bu süre istifa edenler için altı ay, müstafi sayılanlar için ise bir yıldır.

Mecburi hizmette ise, bu sürelerin uygulanmasına olanak bulunmadığını düşünüyorum. Çünkü, mecburi hizmet yerine getirilmediğinde, yalnızca resmi kurumda çalışmamak değil, mesleğin herhangi bir yerde uygulanması yasaklanmaktadır. Mecburi hizmetin getirildiği düzenleme içinde bu yönde özel bir hüküm de olmadığına göre, altı

ay ya da bir yıl gibi sürelerin mecburi hizmetin yaptırılmasında uygulanmaması gerekir. Bir başka anlatımla, müstafi sayılan bir tabibin yeniden mecburi hizmet kurasına dahil edilmesi için bir yıl beklenmesi zorunluluğunun söz konusu olmadığını düşünüyorum. Ancak, önemle vurgulayalım ki, bu sürelerde TUS'ta Sağlık Bakanlığı kadrolarına atanamamak söz konusu olabilecektir.

Müstafi sayılmak ne demek?

Devlet memurlarının görevlerinden ayrılmalarında belirli usullere uyulmaması sebebiyle kişinin istifa etmiş sayılmasına müstafi sayılmak denir.

Devlet Memurları Yasasının 94. maddesine, göre kesintisiz olarak 10 gün süreyle görevini terk eden memur çekilmiş sayılır.

Ayrıca, çekilmek isteyen memur yerine atanan kimsenin gelmesine veya çekilme isteğinin kabulüne kadar görevine devam etmelidir. Memurun görevden ayrılma isteğinin kabulünü ya da yerine gelecek kimsenin gelmesine kadar beklemesi gereken bir aylık süreyi beklemeksizin ayrılması durumunda müstafi (çekilmiş/istifa etmiş) sayılır.

Mecburi hizmet yerine getirilmeden, istifa ederek ya da müstafi sayıldıktan sonra girilen Tıpta Uzmanlık Sınavında Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerine ait bir kadronun sınavı kazanılırsa ne olur?

2010 Sonbahar dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) Kılavuzuna göre "görevden çekilen veya çekilmiş sayılan memurlar için yeniden kamu görevine girebilmek için belirlenen kanuni süresi uzmanlık eğitimi giriş sınavı gününden itibaren 3 ay içinde bitecek durumda bulunmak" sınava başvuru koşulu olarak belirlenmiştir. Bu durumda, istifa ederek ayrılanların istifa tarihinden itibaren 3. aydan; müstafi sayılanların da bu tarihten itibaren 9. aydan itibaren, TUS'a girebilmesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerini de tercih edebilmeleri mümkün bulunmaktadır.

Mecburi hizmeti yerine getirilmeden, istifa ederek ya da müstafi sayıldıktan sonra vakıf ya da resmi üniversitelerin uzmanlık kadroları tercih edilip kazanılırsa ne olur?

Üniversitelerin tıpta uzmanlık kadrolarına Yükseköğretim Kanununun 50.maddesi uyarınca araştırma görevlisi olarak atama yapılmaktadırlar. Araştırma Görevlileri YÖK Personel Kanunu uyarınca, 657 Sayılı Yasa

kapsamında devlet memuru değildirler. Bu nedenle 657 sayılı yasa kapsamında istifa edenler veya müstafi sayılanlar için yeniden kamu görevine girebilmek için belirlenen sürelerin araştırma görevliliği kadroları için uygulanmaması gerekir. Bu çerçevede, istifa sebebiyle memuriyete girilemeyen süre içinde TUS sonucuna göre üniversitelerin tıpta uzmanlık kadrolarından birinin kazanılması durumunda araştırma görevlisi olarak atamalarının yapılması gerekir.

Mecburi hizmeti 'sözleşmeli personel' ya da 657'ye tabi 'memur' olarak yapma olanağı var mı?

Mecburi hizmet 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uyarınca atanma yoluyla yerine Getirilebileceği gibi 4924 sayılı Yasa uyarınca sözleşme ilişkisi biçimindeki bir çalışma yoluyla da yerine getirilebilir. Atandığı yerde 4924 sayılı Yasa uyarınca açılmış bir kadro olması halinde, bu iki statüden birini seçmek yetkisi tabibe aittir.

Mecburi hizmet TUS'a girmeye engel mi?

Mecburi hizmet yapılırken TUS'a girilmesinin önünde bir engel bulunmadığı gibi aksine yasal düzenlemede bunun mümkün olduğuna ilişkin hükümler mevcuttur. Ancak halen uzman olanların ikinci bir uzmanlık eğitimi yapmak istemeleri durumunda önce mecburi hizmeti bitirmeleri koşul olarak getirilmiştir.

Mecburi hizmette iken TUS kazanılırsa ne olacak?

Mecburi hizmet yapılırken TUS ile bir uzmanlık eğitimine başlanması durumunda eksik kalan mecburi hizmet süresi uzman olduktan sonra yapılacak mecburi hizmet süresine ekleneceğine ilişkin yasa hükmü Anayasa Mahkemesi kararı ile iptal edilmiştir. Bu nedenle pratisyen hekimlikte veya uzmanlıkta belirlenen süre tamamlanmadan uzmanlık ya da yan dal uzmanlığına başlanması halinde sadece anılan uzmanlık veya yan dal uzmanlığı ile ilgili mecburi hizmet yükümlülüğü söz konusu olacaktır.

Askerlik yapmak için mecburi hizmetten ayrılabilir mi?

Askerlik yapmak isteyerek mecburi hizmete gitme yükümlülüğü kalkar mı?

Mecburi hizmet yükümlülüğü sırasında askere gidilmesi mümkündür. Ancak askerlik

ödevinin yerine getirildiği süre mecburi hizmet süresinden sayılmadığı gibi, askerliğin bitiminde mecburi hizmetin kalan süresinin tamamlanması gerekir.

Sağlık raporu almak mecburi hizmet kurasına girmeyi engeller mi?

Sağlık mazereti mecburi hizmet yapmayı engelleyen bir mazeret olmayıp hastalığın niteliğine göre atama yapılacak yerin belirlenmesinde önem taşıyabilir. Sağlık mazereti bulunanlar kura öncesinde durumu Sağlık Bakanlığı'na belgesi ile birlikte ilettiklerinde bu durum atama kurasında değerlendirilmeye alınır.

Ayrıca kurası çekilip ataması yapılanların hastalanmaları halinde atandıkları yere gitmemelerinin gerekçesi olarak sağlık raporunu gösterebilmeleri koşuluyla ilgili yerde göreve başlamak rapor süresinin sonuna kadar ertelenir. Bir başka ifadeyle, ataması yapılan bir mecburi hizmet yükümlüsü atama kararının kendisine tebliğinden önce hastalanması ve istirahat rapor verilmesi halinde atama kararının tebliği rapor sonrasında ertelenebileceği gibi bu arada tebliğ edilmiş olsa da hükmünü rapor süresinin bitiminden doğurmaya başlar. Ancak önemle belirtmek gerekir ki, atama öncesi ya da atandıktan sonra raporlu olarak geçirilen süreler, mecburi

hizmet sürelerinin hesabında dikkate alınmayacaktır.

Uzman hekim olduktan sonra mecburi hizmet yükümlülüğü olacak mı?

Mecburi hizmet tabiplere, uzman tabiplere ve yan dal uzmanı tabiplere getirilmiş bir yükümlülüktür. Her statü için ayrı ayrı zorunlu hizmet getirilmiştir. Uzman hekimler de 05.07.2005 tarihinden sonra uzman olmuşlar ise mecburi hizmet yükümlüsüdürler.

Daha önce mecburi hizmet yapanlara yeniden mecburi hizmet yükümlülüğü olduğunda ne yapabilirler?

Daha önceden mecburi hizmet yapmış olması sebebiyle yeniden mecburi hizmete tabi tutulmasının hukuka aykırı olduğunu düşünen uzmanlar ve yan dal uzmanları uzmanlık belgelerinin verilmemesi ve kendilerine yeniden mecburi hizmet uygulanması işleminin iptali için İdare Mahkemesinde dava açabilirler. Bu davada 5371 sayılı Yasa'nın ilgili hükmünün Anayasa'ya aykırı olduğu savı da ileri sürülebilir.

Verdiğiniz bilgilerden dolayı çok teşekkür ederiz.

Ayrıntılı bilgi için www.ttb.org.tr



Ara...

Anasayfa Mevzuat Detaylı arama

ANAYASA MAHKEMESİ GEREKÇELİ KARARI YAYINLANDI

Cumartesi, 04 Aralık 2010 06:16

5947 sayılı 'Tam Gün' Yasası ile ilgili Anayasa Mahkemesi Kararı yayınlandı.

ANAYASA MAHKEMESİ KARARI

Son Güncelleme: Çarşamba, 01 Aralık 2010 08:11
Çarşamba, 01 Aralık 2010 08:05

Hekimlik mesleğinin uygulanmasını sürekli olarak engelleyen suçların tanımlandığı 1219 sayılı Yasanın 28. maddesinde, 2008 yılında yapılan değişiklikle bir çok suç tipi ölçsüz biçimde madde metnine dahil edilmişti. TTB'nin de katkısıyla, CHP'nin başvurusu üzerine Anayasa Mahkemesi, başvuruya konu edilen bütün hükümleri iptal etti; ancak yazık ki Karar bir yıl sonra yürürlüğe girecek.

İŞÇİ SAĞLIĞI ALANINDA YENİ YÖNETMELİKLER

Son Güncelleme: Pazar, 28 Kasım 2010 21:01
Pazar, 28 Kasım 2010 20:33

Mevzuat sayfasına erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>

Son Güncelleme: 13 Aralık 2010, 16:13

MEVZUAT

- ▶ Yasa
- ▶ Tüzük
- ▶ Yönetmelik
- ▶ Yönerge
- ▶ Bakanlar Kurulu Kararı
- ▶ Tebliğ - Genelge
- ▶ Uluslararası Belge
- ▶ Belgeler
- ▶ TTB Büyük Kongre Kararları

SON EKLENENLER



Bu ayki Günlüğünden sayfalarında, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Yayın Kurulu üyemiz Dr. Figen Şahpaz'ın "Son" Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'nü Mersin Tarsus Merkez 6 Nolu Sağlık Ocağı Aldı" başlıklı anısına yer veriyoruz.

Türk Tabipleri Birliği eski başkanlarından, halk sağlığı önderi Prof. Dr. Nusret Fişek'in ölümünün 20. yıldönümü nedeniyle 3 Kasım'da düzenlenen etkinliğe katıldım. Benim için çok özel, bir o kadar da hüznünlü bir geceydi.

Etkinlikte, Türk Tabipleri Birliği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Sağlıkçılar Derneği, Sevda Cenap And Müzik Vakfı, Karikatür Vakfı ve Çankaya Belediyesi vardı. Etkinlik kapsamında, "Etik Üzerine Düşünce Ortamı" konulu panel, Nusret Fişek Bilim, Hizmet ve Sağlık Ocağı Ödülleri Dağıtım Töreni, Çalışan Çocuk Karikatürleri Yarışması Ödül Töreni, 2. Çalışan Çocuk Karikatürleri Yarışması ve Sergisinin Açılışı ve "Bir Barış Dinletisi" adlı mini konser vardı.

Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü'nü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Anabilim Dalı'ndan Nisan 2010'da emekli olan Prof. Dr. Hamdi Aytekin hocamız aldı. Sıra Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'nü vermeye gelmişti. Ödül Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi Dr. Metin Uzabacı ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Öner Kurt'a verildi.

NF Sağlık Ocağı Ödülü "Sosyalleştirme Yasası"nın ruhuna uygun bir şekilde ve olanakları ölçüsünde; başarılı bir ekip hizmeti veren, entegre sağlık hizmeti sunan, bölgesindeki toplumla kaynamış sağlık ocaklarını kamuoyuna duyurarak, bütün sağlık ocaklarını daha iyi hizmet vermek yönünde özendirmek amacıyla 1991 yılından beri verilmekteydi.

1991 yılında İzmir Bornova Merkez Sağlık Ocağı, Muğla Yerkesik Sağlık Ocağı, Muğla Bayır Sağlık Ocağı, Isparta Göksöğüt Sağlık Ocağı ve Antalya Aksu Sağlık Ocağı'na; 1992 yılında Afyon Sultandağı Dereçine Sağlık, Muğla Ortaca Merkez Sağlık Ocağı, Muğla Göcek Sağlık Ocağı ve Muğla Dalyan Sağlık Ocağı'na; 1993 yılında Balıkesir Akçay Sağlık





Ocağı, Tekirdağ Balı Sağlık Ocağı ve Tekirdağ Balabancık Sağlık Ocağı'na; 1994 yılında Bolu I Nolu Merkez Sağlık Ocağı, İstanbul Kartal Kurtköy Sağlık Ocağı, Mersin Limonlu Sağlık Ocağı, Muğla Gökova Sağlık Ocağı, Muğla Yalıkavak Sağlık Ocağı ve Denizli 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı'na; 1995 yılında Burdur Tefenni Başpınar Sağlık Ocağı ve Muğla Dalaman II Nolu Merkez Sağlık Ocağı'na; 1996 yılında Ankara Gülveren Sağlık Ocağı, Muğla Milas Çamiçi Sağlık Ocağı, İzmir Karşıyaka II Nolu Sağlık Ocağı ve İzmir Torbalı Atatürk Sağlık Ocağı'na; 1997 yılında İzmir Bornova Özkanlar Sağlık Ocağı, Kocaeli Bahçecik Sağlık Ocağı, Kocaeli Seymen Sağlık Ocağı ve Nevşehir Gümüşkent Sağlık Ocağı'na bu ödül verilmiş. 1998 yılında ödüle değer görülen sağlık ocağı bulunamadı. 1999 yılında Denizli Çivril Sağlık Ocağı, Çankırı Ilgaz Merkez Sağlık Ocağı, Eskişehir 5 Nolu Merkez Sağlık Ocağı, Isparta Eğirdir Merkez Sağlık Ocağı ve İzmir Evka-3 Sağlık Ocağı; 2000 yılında Şırnak Balveren Sağlık Ocağı, Antalya Merkez 17 Nolu Dt.H.Selahattin Topçu Sağlık Ocağı ve Trabzon 4 Nolu Sağlık Ocağı; 2001 yılında Mihalgazi Sağlık Ocağı ve Kaynaşlı Merkez Sağlık Ocağı; 2002 yılında Anamur Karadere Sağlık Ocağı ve Samsun 9 Nolu Merkez Sağlık Ocağı; 2003 yılında Denizli 4

Nolu Merkez Sağlık Ocağı ve Kayseri Erkilet Sağlık Ocağı; 2004 yılında Samsun Tekkeköy Sağlık Ocağı; 2005 yılında Denizli Merkez 18 Nolu Medine Vural Sağlık Ocağı; 2006 yılında Kırklareli Evrensekiz Sağlık Ocağı; 2007 yılında Muğla Ovakışlacık Sağlık Ocağı, Aydın Koçarlı Merkez Sağlık Ocağı ve Balıkesir Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı; 2008 yılında Aydın Çakırbeyli Sağlık Ocağı ve Kuşadası Ferit Demirel-Ali Çallı Sağlık Ocağı; 2009 yılında Afyonkarahisar Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı, Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı bu ödüle layık görüldü.

Bu yıl bu anlamlı ve değerli ödülün sonuncusu verildi. İlk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konan, 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın 47 yıllık geleneği "Sağlık Ocakları", 2010 yılı bittiğinde tümüyle kapanmış olacak. Sağlık ocaklarının odaları, içindeki tıbbi malzemelerle birlikte aile hekimlerine kiralandı. Hekimi, diş hekimi, ebesi, hemşiresi, sağlık memuru, laborantı, çevre sağlık teknisyeni, tıbbi sekreteri, şöförü, hizmetlisi ile ekip anlayışıyla yürütülen, bölgelerinde tüm halka gebeliğin olduğu andan ölüme kadar tüm yaşamları boyunca, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerini, beraberinde de tedavi edici hizmetlerini verildiği sağlık ocakları, hızla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanının çalıştığı ofislere dönüştürülüyor.

Sevgili Metin ve Öner bu ödülü alıp sahnedeki indiklerinde yanlarına gittim. Onları kutladıktan sonra "Bu ödülü nereye asacaksınız?" diye sordum. Çünkü Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı, artık aile sağlığı merkezi olmuştu. Sorduğum soruya şaşkınlıkla, bunu daha önce düşünmemiş oldukları yüzlerinde beliren ifadeden anlaşılıyordu. Metin ödülü Aile Sağlığı Merkezi'ne asamayacağını, Öner ise bu ödülün Mersin iline verilmiş dördüncü Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü olduğunu, Mersin Tabip Odası'nda bir köşeyi ayırıp, plaketleri oraya asabileceklerini söyledi.

Eve dönerken, içimde bir ağırlık, midemde de bir sancı vardı.



Dr. Orhan Odabaşı, Av. Verda Ersoy***

Özel bir hastanede uzman olarak çalışan Dr. KA istifa ettiği tarihten sonra hastaneye arkadaşları ile vedalaşmak için uğradığında kendi adına hazırlanmış raporlarla karşılaşır. Raporların kimisi imzalı kimisi imzasızdır. Örnek raporlarla durumu bağlı bulunduğu tabip odasına bildirir.

İlçe Sağlık Başkanlığı'na da durumu bildiren Dr. KA'nın başvurusu üzerine yapılan ön incelemede raporları Dr. KA'nın imzalamadığı kanısı oluşur.

Dr. KA ayrılışını çalıştığı özel hastaneye noter kanalı üzerinden bildirmiştir. Ancak özel hastane ayrılan hekimin bilgilerini sistemden çıkartmamıştır.

Tabip Odası durum hakkında inceleme başlatır. Özel hastane yönetiminden bilgi ister. Başhekim Dr. ZE, rapor hazırlama işleminin bilgisayar üzerinden otomasyonla yapıldığını, raporda ismi yer alan hekimlerin isimlerinin yanlışlıkla yer aldığını, Dr. KA'ya ilişkin kaşe ve imzaların kullanılmadığını dile getirir. Yanlışlığın durum anlaşılır anlaşılmaz bilgisayarda giderildiği bilgisini verir. Dr. KA'nın işten ayrılmasıyla ilgili makamlara tüm gerekli bildirimlerin zamanında yapıldığını başhekimlik bildirmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü Tabip Odası'na bir hasta için özel hastanede düzenlenmiş sağlık kurulu raporunda yer alan iki doktorun imzaların serbest sağlık mensupları fişlerinde bulunan uygulama imzalarından farklı olduğu bilgisini gereğinin yapılması istemiyle iletir. Bu durum üzerine başhekim Dr. ZE hekimlerin bir kongrede olduklarından raporun sekreter tarafından bir diğer hekime imzalatıldığını söylemektedir. Raporu imzaladığı söylenen hekim Dr. SD, Dr. ZE'nin iddialarını reddetmiştir. Bunun üzerine görüşü tekrar sorulan Dr. ZE 18.01.2006 tarihli yazısında

raporun gecikmemesi için Dr. SD ve Dr. NÇ tarafından imzalandığını, "yerine" ibaresini yazmayı herhangi bir kasıt olmaksızın unuttuklarını belirtmiştir.

Dr. NÇ hekimlerden biri adına imzayı kendinin attığını kabul etmiştir. Diğer hekim imzası için tekrar görüşüne başvuru Dr. ZE 07.03.2006 tarihli yazısında imzalardan birini atan hekimin Dr. SD olduğunu, bu durumun sekreterin bilgisinde gerçekleştiğini öne sürmüştür.

Tabip Odası Yönetim Kurulu tarafından her iki dosya birleştirilerek, başkasının yerine imza atarak/atılmasına olanak sunarak gerçeğe aykırı belge düzenlemek/gerçeğe aykırı belge düzenlenmesine olanak sunmak iddialarıyla Dr. ZE hakkında soruşturma açılmıştır.

Dr. ZE savunmasında, Dr. KA'nın isminin olduğu raporlar hakkında bilgisinin olmadığını söylemektedir. Hastaneden istifa eden Dr. KA'nın istifasının ilgili yerlere ivedilikle gönderildiğini belirtmektedir. Belgelere imzasının olmaması nedeniyle usulsüz rapor tanzim etmek/ettirmek suçunu kabul etmeyeceğini ifade etmektedir. Usulsüz belge tanzimi konusunda bir talimatının da olmadığını da vurgulamaktadır. Bir hastaya düzenlenen sağlık kurulu raporunun ise içerik olarak doğru, şeklen usulsüz olduğunu, kurulun daimi üyelerinden Dr. CE ve Dr. MN'nin meslek kongresinde bulunması ve izinli olmaları nedeniyle hastanın acil talep ettiği raporun bekletilmemesi için başka iki hekim tarafından imzalandığını, ancak bilgisayardan şablon olarak çıkan hekim isimlerinin değiştirilmesi ve imzalayan hekimlerce de isimlerin yanına "yerine" ibaresinin eklenmesini unutulmuş çıktının alındığını, sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi aşamasındaki muayene fişinde

imzayı atan iki hekimden birinin adının ve imzasının olduğunu, diğerinin ise imzasının bulunmadığını, ancak heyet raporlarında 3 uzmanın imzasının yeterli olduğunu bu nedenle raporun usulen yeterli sayılması gerektiğini, raporun sahte olmadığını, içeriğinin gerçeği yansıttığını, ancak şekli unsurları bakımından tıbbi sekreterin ağır ihmalinin bulunduğunu, raporun altına kendisinin de kaşe ve imzasının sekreter tarafından basıldığını, bu nedenle rapordan savunma talebi ile haberdar olduğunu ifade etmiştir.

Tabip Odası Onur Kurulu, Dr. KA'nın hastaneden ayrıldığı tarihten sonra düzenlenen Dr. KA kaşeli raporlarının adı geçen hekim tarafından düzenlenmediği, usule uygun olmayan bu belgelerin düzenlenmesi eyleminde hastane Başhekim Dr. ZE'nin kusurlu olduğu, ancak Dr. KA'nın Hastane Başhekimliği'ne Noter kanalı ile gönderdiği ihtarnamede adının bilgisayar kayıtlarında sehven yer aldığını beyan ettiği ve buradan ayrılması nedeniyle bu kayıtların düzeltilmesini istediği, Dr. ZE'nin Dr. KA'nın

istifasını aynı gün faks yolu ile SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Satın Alma Daire Başkanlığı'na bildirdiği, düzenlenen raporlar nedeniyle elde ettiği bir menfaatinin bulunmadığı göz önünde bulundurularak Dr. ZE'nin 6023 sayılı Yasanın 39. maddesi ve Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nin 4. maddesi (p) bendi gereğince para cezası ile cezalandırılmasına; İl Sağlık Müdürlüğü tarafından bildirilen HT isimli hasta için verilen raporun gerçek bir rapor olduğu, ancak iki doktorun imzalarının kendileri tarafından atılmadığı, yerine olduğu belirtilmeden yerlerine imza atıldığı ve yerine atılan imzanın kim tarafından atıldığı belirlenemediği ve bu yolla usule uygun olmayan raporun düzenlendiği anlaşıldığından Hastane Başhekim Dr. ZE'ye 6023 sayılı Yasa'nın 39. ve Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nin 4. maddesi (p) bendi gereğince para cezası verilmesine, her iki eylem nedeniyle Dr. ZE'ye verilecek para cezasının eylem tarihindeki Tabip Odası en yüksek yıllık üye aidatı tutarının 5 katı olarak belirlenmesine (110,00 YTL x 5 = 550,00 YTL) oybirliğiyle karar verildi.

Erşilebilirlik: Bize Yazın

Sitede Arama

yalnızca bulunulan bölüm

Gir Kayıt ol

Buradasınız: Ana Sayfa

Gezi

- Dizin
- Yöntem
- Danışma
- Olgular

Disiplin Soruşturması ve Kovuşturmasında Yasal Çerçeve ve Yöntem

Tabip Odaları için kılavuz

Bu site, hekimlerin mevzuata aykırı eylemlerinin tabip odalarıca soruşturulması ve kovuşturulması sürecine yardımcı olmak ve olası uygulama hatalarının önüne geçebilmek amacıyla hazırlanmıştır.


Kullanım

Site içeriğine erişim açıktır.

Gir

Kullanıcı İsmi

Parola



Türk Tabipleri Birliği

Bilişim Grubu ve Hukuk Bürosu

Site Editörü: Dr. Orhan Odabaşı

Gönder — Yazdır

Erşim adresi: <http://www.info.dr.tr/hu/>