

XII

1-3

ARALIK

2006

**tıpta
uzmanlık
eğitimi
kurultayı**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KONFERANS SALONU
BALÇOVA - İZMİR**



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU
XII. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI

Düzenleme Kurulu

Başkan

Raşıit Tükel

Sekreterler

Ali Özyurt, Ali Kutsal

Üyeler

Sinan Adıyaman, Umut Akyol, Hamid Boztaş, Yıldırav Çete,
Nilüfer Kapaklı, Ali Kocabaş, Mustafa Morkoyun, Önder Okay,
Ahmet Ömer Özütemiz, Mustafa Ünlü

Bilimsel Kurul

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu-Ulusal Yeterlik Kurulu
Uzmanlık Dernekleri



XII

1-3

ARALIK

2006

tıpta
uzmanlık
eğitimi
kurultayı

***Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı***

■

*Birinci Baskı, Kasım 2006, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

■

■

Kapak - Sayfa Düzeni
Sinan Solmaz

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

İçindekiler

Program.....	5
Önsöz	9
Önsöz	11
• Uzmanlık Derneklerinin Sürekli Tıp Eğitimi (STE) / Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) Etkinlikleri Prof. Dr. Ali Kocabaş	13
• Bilimsel Araştırma Prof. Dr. Yücel Kanpolat	18
• Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Etiğin Yeri Dr. M. Volkan KavasProf. Dr. Berna Arda	20
• Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı ? Prof. Dr. Esat Yılmaz	24
• Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon Doç. Dr. Mehmet Zencir	31
• Ak Parti Hükümeti, Sağlıkta Üç Yıl Ne Yaptı/Yapamadı? Dr. Ata Soyer	35
• Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkileri Dr. Güray Kılıç	39
• Hayatı Ertelemeyelim Dr. Ali Küçük	43
• Sağlıkta Dönüşüm Programının Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkisi Prof. Dr. Sabahattin Aydın	45
• Afiliasyon Projesi: Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir "Afiliasyon Programı" Nasıl Olmalı? Dr. Ali Özyurt, Dr. Sema Anak, Dr. Pemra Ünal, Dr. Arzu Uzuner, Dr. Pınar Topsever, Dr. Erdem Birgül, Dr. Raşit Tükel	47
• Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir "Afiliasyon Programı" Nasıl Olmalı? Derinlemesine Görüşmeler ile Uzmanlık Eğitiminde Afiliasyonla İlgili Düşüncelerin Belirlenmesi Yard. Doç. Dr. Pemra C. Ünal	50
• Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir "Afiliasyon Programı" Nasıl Olmalı? Kesitsel Bir Araştırmanın Sonuçları Yard. Doç. Dr. Arzu Uzuner	52
• Eğitim Hastanelerinden Afiliasyona Bakış Dr. Sultan Kavuncuoğlu	54
• Üniversite Hastanesinden Afiliasyona Bakış Doç. Dr. Bülent Karadağ	57
• Sağlık Sistemi ve Uzmanlık Eğitimi Dr. Ceren Göker	58
• TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK) Dr. Ceren Göker	60
• Üniversite Hastanelerinde Uzmanlık Eğitimi ve Bir Örgütlenme Modeli Dr. Sadık Ç. Mollamahmutoğlu	61
• Yeterlik Sınavları Neyi Ölçer? Dr. Ayhan Şenol	62
• Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik Sürecinde Eğitici Gelişimi -Eğiticilerin Eğitimi- Yard. Doç. Dr. H. İbrahim Durak	63

• Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kurumsal Akreditasyon Prof. Dr. İskender Sayek	67
• Yeterlik Belgelerinin İşlevi Nedir, Ne Olmalıdır? Prof. Dr. Semih Başkan	69
• Hekim - Endüstri İlişkileri ve Etik Prof. Dr. Semih Şemin	71
• Bilimsel Araştırma Etiği Prof. Dr. Hasan Yazıcı	75
• Hekim - Hasta İlişkileri Prof. Dr. Berna Arda	76
• Hekim - Hekim İlişkisi Dr. Orhan Odabaşı	77
• Avrupa Birliği'nde Mesleki Yeterliklerin Karşılıklı Tanınması ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Gökhan Aralan	80
• Avrupa Ortopedi ve Travmatoloji Board'u (EBOT) Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi (TOTEK) İlişkileri Prof. Dr. Mehmet Demirhan	84
• Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Çalışmaları Prof. Dr. M. Umut Akyol	86
• Avrupa Birliği Sürecinin Türkiye'deki Tıp Uzmanlık Eğitimine Etkileri ve Beklentiler Dr. Arslan Ümit Giray	90
POSTER BİLDİRİLER	97
KURULTAY SONUÇ BİLDİRGELERİ	125

Program

1 Aralık 2006, Cuma

TTB -UDEK ÇALIŞMA GRUPLARI TOPLANTISI

09:00 - 09:45	Kayıt
09:45 - 10:00	Açılış
10:00 - 12:30	Uzmanlık Dernekleri Ne Yapmalı, Nasıl Yapmalı? Oturm Başkanları Prof. Dr. Raşit Tükel (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanı) Dr. Ali Özyurt (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Sekreteri) Sürekli Tıp Eğitimi-Sürekli Mesleki Gelişim Prof. Dr. Ali Kocabaş (Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu Başkanı) Bilimsel Araştırma Prof. Dr. Yücel Kanpolat (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi AD) Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD) Toplum Sağlığını Geliştirme Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD) Etik Prof. Dr. Berna Arda (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD) İnsangücü Planlaması Prof. Dr. Esat Yılmaz (Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı)
12:30 - 13:30	Yemek Arası
13:30 - 17:00	Çalışma Grupları Toplantıları Sürekli Tıp Eğitimi-Sürekli Mesleki Gelişim (Seminer Salonu) Bilimsel Araştırma (Dönem 2 Dersanesi) Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi (Dönem 3 Dersanesi) Toplum Sağlığını Geliştirme (Dönem 1 Dersanesi) Etik (Balo Salonu) İnsangücü Planlaması (Konferans Salonu)
18:00	Açılış Kokteyli

2 Aralık 2006, Cumartesi

08:00 - 09:00	Kayıt
09:00 - 09:30	Açılış Konuşmaları Prof. Dr. Gençay Gürsoy (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı) Prof. Dr. Raşit Tükel (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanı) Prof. Dr. Emin Alıcı (Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörü) Dr. Suat Kaptaner (İzmir Tabip Odası Başkanı)

09:30 - 11:15

Panel**Sağlıkta Dönüşüm ve Uzmanlık Eğitimi****Oturum Başkanları**

Prof. Dr. Gençay Gürsoy (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı)

Prof. Dr. Cem Terzi (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD)

Sağlıkta Dönüşüm Nedir?

Doç. Dr. Mehmet Zencir (Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD)

Sağlıkta Dönüşümün Sağlığa Etkileri

Dr. Ata Soyer (Halk Sağlığı Uzmanı)

Sağlıkta Dönüşümün Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkileri

Dr. Güray Kılıç (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı)

Sağlıkta Dönüşümün Asistan Eğitimine Etkileri

Dr. Ali Küçük (İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Radyoloji Asistanı)

Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı)

11:15 - 11:30

Ara

11:30 - 13:00

Panel**Uzmanlık Eğitiminde Kurumlararası İşbirliği : Eğitici ve Eğitilen Gözüyle Afiliasyon****Oturum Başkanları**

Prof. Dr. Haluk Eraksoy (Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı)

Prof. Dr. Mustafa Ünlü (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Yürütme Kurulu Üyesi)

İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu Afiliasyon Projesi

Dr. Ali Özyurt (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Sekreteri)

Niteliksel Bir Araştırmanın Sonuçları

Yard. Doç. Dr. Pemra C. Ünal (İTO - Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu Üyesi)

Kesitsel Bir Araştırmanın Sonuçları

Yard. Doç. Arzu Uzuner (İTO - Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu Üyesi)

Eğitim Hastanesinden Afiliasyona Bakış

Dr. Sultan Kavuncuoğlu (Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi)

Üniversite Hastanesinden Afiliasyona Bakış

Doç. Dr. Bülent Karadağ (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD)

13:00 - 14:00

Yemek Arası

14:00 - 15:30

Panel**Sağlık Sisteminde Asistanların Yeri ve Uzmanlık Eğitimi****Oturum Başkanları**

Dr. Önder Okay (Ankara Tabip Odası Başkanı)

Dr. Ahmet Solak (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD Asistanı)

Sağlık Sistemi ve Uzmanlık Eğitimi

Dr. Ceren Göker (TTB- Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu Yürütme Kurulu Üyesi)

Üniversite Hastanelerinde Uzmanlık Eğitimi ve Bir Örgütlenme Modeli

Dr. Sadık Ç. Mollamahmutoğlu (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Asistanı)

Eğitim Hastanelerinde Uzmanlık Eğitimi

Dr. Başak Bayram (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD Asistanı)

Yeterlik Sınavları Neyi Ölçer?

Dr. Ayhan Şenol (Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD Asistanı)

15:30 - 15:45

Ara

15:45 - 17:15

Panel**Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik: Sorunlar ve Çözüm Önerileri****Oturum Başkanları**

Prof. Dr. Münir Kınay (TTB-UDEK Ulusal Yeterlik Kurulu Başkanı)

Prof. Dr. Tolga Dağlı (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı)

Yeterlik Sürecinde Eğitimcilerin Eğitimi

Yard. Doç. Dr. İbrahim Durak (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD)

Eğitim Kurumlarının Akreditasyonu

Prof. Dr. İskender Sayek (TTB Merkez Konseyi Üyesi)

Yeterlik Kurullarında Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar

Doç. Dr. Yıldırım Çete (TTB-UDEK-Ulusal Yeterlik Kurulu Sekreteri)

Yeterlik Belgelerinin İşlevi Nedir, Ne Olmalıdır?

Prof. Dr. Semih Başkan (Türk Cerrahi Derneği Başkanı)

3 Aralık 2006, Pazar

09:00 - 10:30

Panel

Uzmanlık Dernekleri ve Etik

Oturum Başkanları

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken (Tıbbi Etik Derneği Başkanı)

Dr. Halis Yerlikaya (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Asistanı)

Hekim - Endüstri İlişkisi

Prof. Dr. Semih Şemin (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik AD)

Bilimsel Araştırma Etiği

Prof. Dr. Hasan Yazıcı (Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Başkanı)

Hasta - Hekim İlişkisi

Prof. Dr. Berna Arda (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD)

Hekim - Hekim İlişkisi

Dr. Orhan Odabaşı (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi)

10:30 - 11:00

Ara

11:00 - 12:00

Konferans

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği ve Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Geleceği

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Şebnem Özkan (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı)

Dr. Tolga Binbay (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Asistanı)

Konuşmacı

Dr. Zlatko Fras (Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS) Başkanı)

12:00 - 13:00

Yemek Arası

13:00 - 14:30

Panel

Avrupa Birliği Sürecinin Türkiye'deki Uzmanlık Eğitimine Etkileri ve Beklentiler

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Ülkü Bayındır (Ege Üniversitesi Rektörü)

Dr. Neşe Direk (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Asistanı)

Konuşmacılar

Gökhan Aralan (Avrupa Birliği Genel Sekreterliği Tek Pazar ve Rekabet Daire Başkan V.)

Prof. Dr. Mehmet Demirhan (Avrupa Ortopedi ve Travmatoloji Board'u Türkiye Temsilcisi)

Prof. Dr. Umut Akyol (Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Türk Tabipleri Birliği Temsilcisi)

Dr. Arslan Ümit Giray (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanı)

14:30 - 14:45

Ara

14:45 - 16:15

Çalışma Gruplarının Raporlarının Sunumu

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Ali Kutsal (TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu İkinci Başkanı)

Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan (Türk Göğüs Hastalıkları Derneği Başkanı)

16:15 - 16:30

Ara

16:30 - 17:00

Kurultay Bildirisinin Okunması ve Kapanış

XII.

1-3

ARALIK

2006

**tıpta
uzmanlık
eğitimi
kurultayı**

Önsöz

İlki 24 Şubat 1994 tarihinde İstanbul'da yapılan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultay'larının onikincisini, İzmir Tabip Odasının ev sahipliğinde, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplantı Salonlarında gerçekleştireyoruz.

Bilindiği gibi, İstanbul, Ankara ve İzmir illeri arasında dönüşümlü olarak yapılan kurultaylarda uzmanlık eğitimi ile ilgili güncel sorunlar tartışılmakta ve çözüm önerileri geliştirilmektedir. Kurultaylar, uzmanlık eğitiminin bileşenleri olan Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Eğitim Hastaneleri, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri temsilcilerinin bir araya gelerek görüş alışverişinde bulunmalarına da aracı olmaktadır.

Kurultay programı iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kurultayın ilk gününde uzmanlık derneklerinden temsilcilerin katılımıyla, İnsangücü Planlaması, Toplum Sağlığını Geliştirme, Etik, Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim, Bilimsel Araştırma ve Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi alanlarında yapılacak olan sunumlara ve bu başlıklarda oluşturulan çalışma grupları toplantılarına ayrılmıştır.

Kurultayın ilk günü yapılacak olan çalışma grupları toplantıları, süregiden bir çalışmanın önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Bu süreçle ilgili bazı bilgileri sizlerle paylaşmak istegindeyiz.

TTB-UDEK Yürütme Kurulu tarafından, 2005-2007 dönemi için;

- 1) Uzmanlık alanlarında toplum sağlığının geliştirilmesine yönelik etkinliklerinin yürütülmesi,
- 2) Uzmanlık alanında verilen sağlık hizmetlerinin (koruma, tanı, tedavi) iyileştirilmesi,
- 3) Uzmanlık alanında bilimsel araştırmaların desteklenmesi ve teşvik edilmesi,
- 4) Uzmanlık derneklerinde meslek etiği kurallarının oluşturulması ve etik kurulların etkin olarak çalıştırılması,
- 5) Sürekli tıp eğitimi/sürekli mesleki gelişim etkinliklerinin geliştirilmesi,
- 6) Uzmanlık alanlarında insan gücü planlamasının yapılmasına yönelik etkinlikleri içeren bir çalışma planı ve bu plan çerçevesinde altı çalışma grubu oluşturulmuştur.

TTB-UDEK olarak sürdürdüğümüz bu etkinliklerin amacı, uzmanlık derneklerinin eğitim, araştırma, sağlık hizmeti, toplum sağlığı ve etik alanındaki çalışmalarının iyileştirilmesi, teşvik edilmesi, desteklenmesi ve bu alanlarda uzmanlık dernekleri arasında bilgi ve deneyim alışverişine olanak sağlanması olarak özetlenebilir. Ana amaç ise, kuşkusuz, uzmanlık alanlarında etkin ve nitelikli sağlık hizmeti verilebilmesinin koşullarını oluşturmaktır.

Çalışma grupları toplantılarının ilki, derneklerden gelen 108 üyenin katılımıyla 1 Temmuz 2006 tarihinde Ankara'da yapılmıştır. Çalışma gruplarının başkan ve sekreterlerinin seçildiği ve iki yıllık etkinlik planlarını içeren raporların hazırlanarak sunulduğu toplantının sonrasında, çalışma gruplarının etkinliklerinde yol gösterici olması için, çalışma alanları anketleri oluşturulmuş ve TTB-UDEK üyesi uzmanlık derneklerine gönderilmiştir. Kurultay hazırlıkları kapsamında, geçtiğimiz günlerde, TTB-UDEK Yürütme Kurulu, çalışma gruplarının başkan ve sekreterleriyle bir araya gelmiş ve anketlere verilen yanıtlar ve 1 Temmuz toplantısının raporları temel alınarak eylem planları oluşturulmuştur. Kurultayın ilk gününün gündemini oluşturan çalışma grupları toplantıları, bu eylem planları üzerinden gerçekleştirilecektir. Bu toplantılarda oluşturulacak olan raporlar, Kurultayın son gününde ayrı bir oturumda sunulacaktır.

Kurultayın ikinci gününün ilk oturumu, güncel ve tüm sağlık sistemi üzerine önemli etkileri olan bir konuya, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ayrılmıştır. Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması, sağlık personelinin sözleşmeli kılınması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine aile hekimliğinin getirilmek istenmesi gibi unsurları içeren ve başta koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sağlık sistemi için bir tehdit oluşturan bu program, tıpta uzmanlık eğitime etkilerini de içerecek şekilde, konunun taraflarının katıldığı bir panelde tartışılacaktır.

Geçmiş yıllarda hazırladığı projelerle Kurultaylara renk katan İstanbul Tabip Odası-Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu, bu Kurultayda da yeni projesiyle geleneğini sürdürüyor: Uzmanlık Eğitiminde Kurumlarası İşbirliği ve Afiliasyon. Panelde afiliasyon konusu, biri niteliksel, diğeri kesitsel olarak nitelenen iki araştırmanın sonuçlarına dayanarak, eğitici ve eğitilen olmak üzere iki farklı bakış açısıyla ele alınacaktır.

İkinci günün bir diğer oturumu, "Sağlık Sisteminde Asistanların Yeri ve Uzmanlık Eğitimi" başlığını taşıyor. Konu başlıkları ve konuşmacıların TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu tarafından belirlendiği bu panelde, sağlık sistemi, uzmanlık eğitimi ve yeterlik sınavları asistan hekimler tarafından, eğitilen gözüyle ele alınarak tartışılacaktır.

İkinci günün son paneli, "Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik" konusuna ayrıldı. Bilindiği gibi, ülkemizde, 2004 yılında, Yeterlik Kurullarının etkinliklerini izlemek ve eşgüdümünü sağlamak, yeterlik konusunda mesleki ve eğitsel standartların geliştirilmesine yardımcı olmak amacı ile TTB-UDEK bünyesinde Yeterlik Kurulları temsilcileri ve TTB-UDEK temsilcilerinden oluşan Ulusal Yeterlik Kurulu (UYEK) kuruldu. Bu kurul, iki sene gibi kısa bir süre içinde uzmanlık dernekleri Yeterlik Kurullarından temsilcilerin katılımıyla, yeterlik alanında eğitimcilerin eğitimini amaçlayan iki çalıştay gerçekleştirdi. Konu başlıkları ve konuşmacıların UYEK Yürütme Kurulu tarafından belirlendiği bu panelde, çalıştaylardan elde edilen sonuçlar da göz önüne alınarak eğitimcilerin eğitimi, eğitim kurumlarının akreditasyonu ve yeterlik belgelerinin işlevleri üzerinde durulacak; yeterlik sürecinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri tartışılacaktır.

Çalıştayın üçüncü günündeki ilk oturumda, "Uzmanlık Dernekleri ve Etik" başlığı altında Hekim-Endüstri, Hekim-Hekim, Hasta-Hekim ilişkileri ve Bilimsel Araştırma Etiği ele alınacaktır. Kurultay programında yer alan tek konferans önemli bir yabancı konuğumuza ayrılmıştır: Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Başkanı Dr. Zlatko Fras. Dr. Fras, "Avrupa'da Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Geleceği" konusundaki düşüncelerini bizlerle paylaşacaktır. Kurultayın son paneli, "Avrupa Birliği Sürecinin Türkiye'deki Uzmanlık Eğitime Etkileri ve Beklentiler" başlığını taşımaktadır. Bu panelde, oldukça güncel bir konuya, Avrupa Birliği sürecine, tıpta uzmanlık eğitimi açısından yaklaşmak ve bu sürecin uzmanlık eğitimi üzerine olası etkilerini konunun uzmanlarına da yer vererek tartışmak istiyoruz.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarını başlatan, her aşamada verdiği destek ve yol göstericiliği ile bugünlere gelmesinde büyük pay sahibi olan Dr. Füsün Sayek'i bu vesileyle sevgi ve saygıyla anıyor; eğitimciler, eğitilenler, uzmanlık dernekleri ve tabip odaları yöneticileri ve uzmanlık eğitimi alanına ilgi duyan meslektaşlarımızın katılımı ve değerli katkılarıyla gerçekleştireceğimiz Kurultayımızın başarılı geçmesini diliyorum.

Dr. Raşit Tükel

TTB-UDEK Başkanı

Önsöz

Tıp Fakülteleri, eğitim hastaneleri, uzmanlık dernekleri ve tabip odalarının katkıları ile zenginleşerek on iki yıldır sürdürülen Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultaylarının on üçüncüsünde sizleri ağırlamaktan İzmir Tabip Odası olarak mutluluk duyacağız.

Uzmanlık eğitimi çağdaş, bilimsel gerçeklere uygun, ülkemiz gereksinimlerine cevap veren ve ülke koşullarına göre planlanmış bir yapıya kavuşturabilmek en büyük amacımızdır.

Kurultaya katılarak görüş ve önerilerinizle zenginleştirmenizi diliyoruz.

Saygılarımla

Dr. Suat KAPTANER

İzmir Tabip Odası

Yönetim Kurulu Başkanı

XII.

1-3

ARALIK

2006

**tıpta
uzmanlık
eğitimi
kurultayı**

Uzmanlık Derneklerinin Sürekli Tıp Eğitimi (STE) / Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) Etkinlikleri

Prof. Dr. Ali Kocabaş

Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu Başkanı

Tanımlama

Uzmanlık dernekleri, tıpta uzmanlık ana dalları ve yan dallarında kurulan, eğitim, araştırma, hasta bakımı ve halk sağlığı alanındaki çalışmaları ile, uzmanlık alanlarında en yüksek düzeyde sağlık hizmeti (koruma, tanı, tedavi) sağlanmasını hedefleyen kuruluşlardır. İlgili uzmanlık alanında kar amacı gütmeyen mesleki ve bilimsel kuruluşlar olan bu derneklerin uzun süreli hedefleri ise, uzmanlık dalları ile ilgili hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmaktır.

Uzmanlık dernekleri amaçlarını gerçekleştirmek için; (a) Uzmanlık dalının tüm alanlarında en yüksek mesleki ve bilimsel standartları oluşturmak, (b) Bilimsel bilgiyi toplamak, yorumlamak ve yaymak, (c) Uzmanlık alanları ile ilgili hastalıkların koruma, tanı ve tedavisine yönelik epidemiyolojik, klinik ve diğer bilimsel çalışmaları teşvik etmek ve desteklemek, (d) Uzmanlık alanlarında mezuniyet öncesi, uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimini iyileştirmek ve desteklemek, (e) Uzmanlık alanlarında en yüksek nitelikte hasta bakım hizmetlerinin oluşturulmasını sağlamak ve teşvik etmek, (f) Uzmanlık alanlarında ulusal sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönünde politikalar oluşturmak ve bunun için etkinliklerde bulunmak durumundadırlar.

Uzmanlık dernekleri, hedeflerine ulaşmak için benzer amaçlara sahip diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla yakın işbirliği oluşturmalı ve tüm etkinliklerini en yüksek etik standartları dikkate alarak uygulamalıdır. Uzmanlık Dernekleri, örgütlenme ve iç işleyişlerinde demokratik, katılımcı ve saydamlık özelliklerine sahip olmalı, üyelerinin mesleki ve özlük hakları konusunda yüksek duyarlılık göstermelidir.

2004 yılında TTB-UDEK'e üye olan 83 uzmanlık derneğinden 69'unun yanıtladığı bir anket çalışmasında, bu derneklerin % 62.3'ünün tüzüklerinde uzmanlık eğitimi iyileştirmeyi hedeflediği, % 60.9'unun da sürekli tıp eğitimi yapmayı bir çalışma alanı olarak belirttiği izlenmiştir. Gene aynı çalışmada, ilgili derneklerin % 10.1'nin 2004 yılı içinde TTB'ye STE kredisi almak için hiç başvurmadığı, % 62.3'ünün 1-6 kez başvurduğu, % 13'ünün ise 7'den fazla başvurduğu görülmüştür. Buna karşın uzmanlık derneklerinin sadece % 14.5'uginun yazılı bir STE politikasına sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışma uzmanlık derneklerinde STE etkinlikleri yürütme konusunda genel bir bilinç bulunduğu, fakat bu etkinliklerin yetişkin eğitim ilkelerine, etik ilkelere ve uluslararası STE ilkelerine uygun yapılması konusunda yeterli özenin gösterilmediği saptanmıştır. Buna ek olarak, ülkemizde uzmanlık derneklerinin yürüttüğü STE etkinliklerini nitelik yönünden izleyen veya denetleyen bir birimin bulunmaması, sorunun çözümünü geciktirmektedir.

Uzmanlık Derneklerinin Uzmanlık Eğitimi ve Sürekli Tıp Eğitimi İyileştirme Etkinlikleri:

a. Uzmanlık eğitimi iyileştirmek ve standartlarını oluşturmak

1. Uzmanlık eğitiminin düzeyinin yükseltilmesi ve standardize edilmesi için çaba göstermek, bu amaçla aktiviteler düzenlemek ve yeterlilik kurulu oluşturmak,
2. Uzmanlık alanında insan gücü planlaması ve politikaları oluşturmak,

b. Uzmanlık alanında sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim çalışmalarını geliştirmek

1. Uzmanlık alanlarında en yüksek mesleki ve bilimsel standartları geliştirmek ve sürdürmek,

2. Uzmanlık alanlarında mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi ile sürekli mesleki gelişimin iyileştirilmesini ve geliştirilmesini teşvik etmek ve desteklemek,
3. Uzmanlık alanları ile ilgili bilimsel bilgileri toplamak, yorumlamak ve yaymak. Bu amaçla düzenli bilimsel toplantılar (kongre, kurs, seminer, sempozyum, panel vb) ve hakemli bilimsel yayınlar (dergi, kitap, vb) yapmak,
4. Uzmanlık alanları ile ilgili hastalıklarının nedenleri, tanı, tedavi ve önlenimi konusunda sağlık çalışanlarının, yöneticilerin, kamuoyunun ve hastaların eğitimi ve bilinçlendirilmeleri konusunda her türlü çabayı göstermek, yayınlar yapmak,
5. Uzmanlık alanları ile ilgili olarak diğer kuruluşlara bilgi ve uzmanlık desteği sağlamak,
6. Yıllık bütçelerinde eğitim etkinlikleri için belirli oranlarda pay ayırmak

Uzmanlık Dernekleri ve Sürekli Tıp eğitimi (STE)

Uzmanlık derneklerince yürütülen Sürekli Tıp Eğitimi (STE) etkinlikleri, ilgili uzmanlık alanında çalışan hekimlerin bilgi, beceri, mesleki yetenekleri ve ilişkilerini geliştirmek ve sonuçta hastalara ve topluma daha etkin bir sağlık hizmeti vermelerini sağlamak amacıyla yapılan tüm eğitim etkinliklerini kapsamaktadır. Bu etkinliklerin içeriği; temel tıp bilimleri, klinik bilimler ve topluma sağlık hizmeti vermeye yönelik bilgileri içerir. Uzmanlık derneklerinin bu işlevlerini yerine getirebilmeleri için:

1. Nitelikli STE etkinliklerinin standartlarını tanımlamalı, bu etkinlikleri geliştirmeli ve özendirmeli, yazılı bir STE politikası oluşturmalıdır
2. Derneğin değişik birimlerince yapılması planlanan STE etkinliklerini, derneğin STE ilkelerine uygunluğu yönünden değerlendirmeli, izlemeli ve gerektiğinde gerekli önerilerde bulunmalı ve değişiklikleri yapmalıdır
3. Dernek bünyesinde, derneğin yürüttüğü STE etkinliklerini derneğin STE politikalarına uygunluğu yönünden izleyen ve değerlendiren bir birim oluşturma lıdır.

Uzmanlık derneklerince yürütülecek STE etkinliklerinde uyulması gereken ilkeler değişik ulusal ve uluslar arası kuruluşlarca belirlenmiş ve yayınlanmıştır. Bunların içinde en iyi bilinenleri, Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) (www.accme.org) ve Avrupa Tıp Uzmanları Birliği bünyesinde yer alan European Accreditation Council For Continuing Medical Education (EACCME) (www.uems.net)'dir. Bu kuruluşlar, ABD örneğinde ülke içindeki, Avrupa örneğinde ise Avrupa ülkelerindeki uzmanlık derneklerini STE etkinliği yapabilecek nitelikte olup olmadıklarına göre değerlendirmekte, uygun bulduğu dernekleri akredite ederek belirlediği ilkelere göre STE etkinliği yapma yetkisi vermektedir. Buna ek olarak, yetkilendirdiği derneklerce yürütülen STE etkinliklerini yayınladığı ilkelere göre değerlendirmekte, bu ilkelere uygun etkinlik yapmayan derneklerin STE etkinliği yapma yetkisini elinden almakta ve/veya bu etkinliklere katılan hekimlere STE kredisi vermemektedir. Ülkemizde, uzmanlık derneklerini STE etkinliğini yürütebilecek nitelikte olup olmadığı yönünden değerlendiren bir birim olmadığı gibi, uzmanlık derneklerince yürütülen STE etkinliklerinin belirli niteliklere sahip olup olmadığını değerlendiren bir birim de bulunmamaktadır. TTB-UDKK ve Sağlık Bakanlığı tarafından STE etkinliklerinde uyulması gereken ilkeler konusunda yayınlanan öneriler ise büyük oranda hayata geçirilememiş, STE etkinlikleri ile ilgili kredilendirme sistemimiz bu önerilere göre biçimlendirilememiştir. Aşağıda Türk Toraks Derneğinin yukarıdaki kuruluşlarca tanımlanan ilkeler ışığında oluşturduğu ve son beş yıldır uyguladığı STE ilkeleri örnek olarak verilmiştir (www.toraks.org.tr).

Sürekli Tıp Eğitiminin Temel İlkeleri

1. Dernek, dernek adına yapılan tüm STE etkinliklerinin içeriği, kalitesi ve bilimsel bütünlüğünden sorumludur. Buna göre; STE etkinlik gereksinimlerinin tanımlanması, eğitim hedeflerinin belirlenmesi, etkinlik içeriğinin belirlenmesi, konuşmacıların seçimi, eğitim metod ve materyalinin tayini ve etkinliğin değerlendirilme yöntemi tümüyle uzmanlık derneği tarafından yapılır.

2. STE etkinliklerinde konular, bilimsel olarak desteklenebilen değişik görüşlere sahip konuşmacılarla dengeli olarak ve tüm yönleriyle işlenmeli, bu etkinliklerde konuşmacılar araştırma bulguları ve tedavi önerilerini; bilimsel olarak doğru, güncel araştırma bulgularına dayalı, dengeli ve nesnel temellere dayandırılmalıdır.
3. STE etkinliklerinde izleyicilerin soruları ve tartışma için yeterli süre ayrılmalıdır
4. Değişik STE etkinliklerinden birine katılacak olan hekimlerin, seçimini yaparken bu etkinliğin eğitsel kalitesini dikkate almalı, sadece yüksek kaliteli ve kendi eğitim gereksinimlerine uygun olanı seçmelidir.
5. STE etkinliğine katılma kararı alırken hekimlerin öncelikle toplantının eğitsel değerini dikkate almalı, bu toplantılarda sunulan eğitim amacıyla ilişkisiz ağırlamalar ve hoşluklar toplantının eğitsel yönünün önüne geçmemelidir.
6. Hekimler sadece katıldıkları STE etkinliği için kredi talebinde bulunmalıdırlar.

Endüstri Destekli Toplantılarda İlkeler

1. STE etkinlikleri sadece bilimsel ve eğitimsel amaçlarla yapılır. Bu etkinlikler, endüstri ürünlerini dolaylı veya dolaysız olarak desteklemek amacıyla yapılamaz.
2. STE etkinliklerinin planlaması, tasarımı, sunumu ve değerlendirilmesinde (toplantı içeriği, yöneticilerin ve konuşmacıların seçimi ve değerlendirme yöntemi) tümüyle Dernek tarafından yapılır, destek sağlayan şirketler bu konularda söz sahibi olamazlar.
3. STE etkinliklerinde destekleyen şirket veya diğer şirketlerin ürünleri hakkındaki veriler tarafsız bir şekilde seçilir ve sunulur, ürünler ve/veya seçenek tedaviler konusundaki bilgiler dengeli olarak tartışılır, konu ile ilgili olumlu ve olumsuz tüm bilgilerin sunulmasına çaba gösterilir. Bu etkinlikler, herhangi bir şirket ürününün lehinde veya aleyhinde ticari önyargılardan uzak olmalıdır.
4. Bu etkinliklerde konuşmacıların sunumlarının içeriği şirket temsilcilerinden etkilenmemeli veya değiştirilmemeli, içeriği şirketlerce belirlenmiş materyaller bu toplantılarda kullanılmamalı, sunum materyallerinde şirket veya bir ticari ürününün isim, amblem veya tanıtımı yapılmamalıdır. Bu koşullara uymak kaydıyla, destekleyici şirketten eğitim materyallerinin hazırlanmasına destek istenebilir.
5. Konuşmacılar gerektiğinde bir şirket ile ilgili çıkar ilişkilerini derneğe ve dinleyicilere açıklayabilmelidir.
6. STE etkinliklerine katılan konuşmacılarla ilişkiler ve her türlü yazışmalar sadece dernek tarafından sağlanır, konuşmacıların ulaşım, konaklama ve diğer harcamalarının organizasyonu dernek tarafından sağlanır.
7. STE etkinliklerinin yapıldığı salonlarda, toplantının hemen öncesinde, toplantı sırasında ve toplantıdan hemen sonra hiçbir ticari ürünün tanıtım malzemesi sunulamaz ve dağıtılamaz, bu salonlarda şirket veya herhangi bir ticari ürünün tanıtım duyuruları bulunamaz.
8. STE etkinliğini destekleyen şirket veya şirketler, kendi tanıtım etkinliklerinde dernek amblem veya ismini kullanamazlar.
9. STE etkinliklerine ticari destek “koşulsuz eğitim bağışı” olarak kabul edilir ve bu durum toplantı duyurularında “ Bu toplantıya sağladığı (sağladıkları) koşulsuz eğitim bağışı nedeniyle şirketine (şirketlerine) teşekkür ederiz” diye belirtilmelidir. Bunun dışında STE etkinlik duyurularında destekleyici şirket veya ürünleri ile ilgili hiçbir tanıtım ögesi yer almamalıdır. Yaka kartları, toplantı çanta ve dosyaları da bu kurala dahildir.
10. STE etkinlik duyurularında; dernek ve şubenin ismi, amblemi, toplantının adı, yeri, saati, dernek veya şubesinin adresi, toplantının amacı ve bu toplantıdan eğitim hedefleri ile toplantının programı,

konuşmacıların isim ve çalıştıkları kurum ile destek sağlayan şirkete teşekkür cümlesi yer almalıdır. Bu duyurular destekleyici şirket temsilcileri tarafından hekimlere dağıtılabilir.

11. Toplantının yapıldığı salonlarda ve konuşmacı kürsüsünün önünde dernek amblemi ve flamaları ile toplantı adını belirten bez afiş bulunmalıdır.
12. STE etkinliklerinin yapıldığı binada şirketler ticari sergi açabilirler. Fakat, açılan ticari sergiler STE etkinliğinin planlanmasını ve sunumunu etkilemeyecek özellikte olmalıdır.
13. STE etkinliklerinde ticari kuruluşlardan sağlanan eğitim desteğinin amaçları, koşulları ve kullanım alanları, ilgili şirket temsilcisi ile dernek veya şube başkanı arasında imzalanan anlaşma ile belirlenir. Toplantı ile ilgili sağlanan tüm destekler derneğin bilgisi ve onayı dahilinde olmalıdır. Desteklenen etkinliğin yöneticisi, konuşmacısı veya desteklenen etkinliğe katılan diğer kişilere ticari kaynaktan bu anlaşma dışında para ödenmez.
14. Ticari kuruluşlardan sağlanan parasal desteğin kullanımında tek söz sahibi dernektir. İstem halinde dernek, STE etkinliğinin bitmesinden sonra sağlanan desteğin harcadığı kalemlerle ilgili bilgiyi ilgili şirkete veya şirketlere verir. Benzer şekilde dernek, destek sağlayan şirketlerden ilgili STE etkinliği için yaptığı harcamaların listesini isteyebilir.
15. STE etkinliklerinde şirketlerce desteklenen sosyal aktiviteler, STE etkinliklerinin ne önüne geçmeli, ne de onlarla yarışmalıdır.
16. Ticari şirketlerce sağlanan bursla STE etkinliklerine katılacak asistan ve araştırma görevlilerinin seçimi, akademik ve eğitim kurumlarınca veya bu kurumlarla işbirliği halinde dernekçe yapılmalıdır.

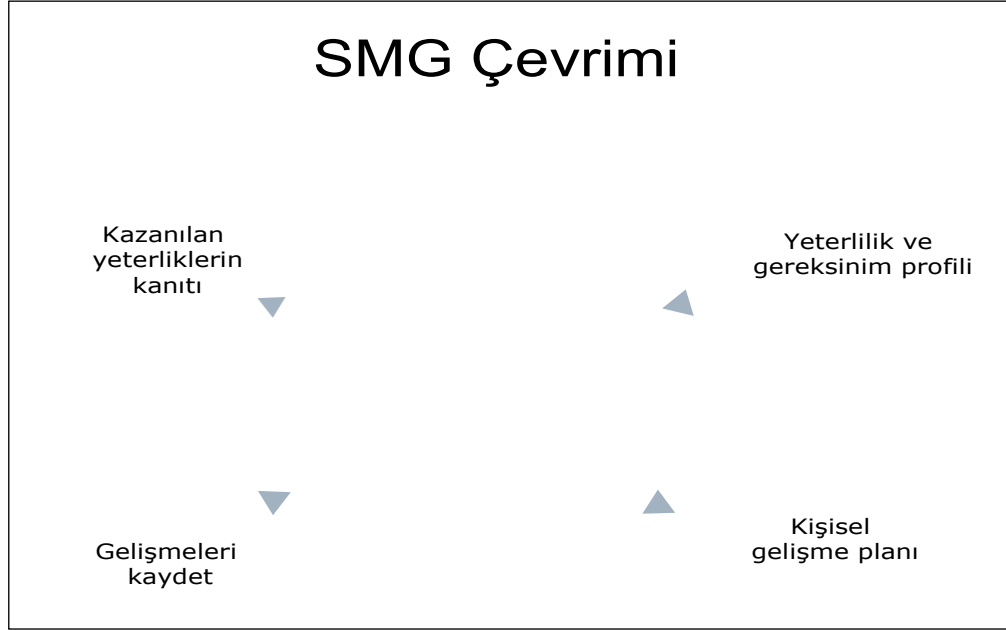
.Sürekli Mesleki Gelişim (SMG)

STE etkinliklerinin yararlılığı konusu 1990'lı yılların sonunda yoğun tartışmalara neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda uygulanmakta olan STE etkinliklerinin hekimlerin mesleki uygulamaları üzerinde ve verilen sağlık hizmeti üzerinde yeterince etkili olmadığı gösterilmiş, hekimlerde davranış değişikliği yaratmayan bir eğitim etkinliğinin yararsız olacağı vurgulanmıştır. Bu gelişmeler tıp eğitiminde yeni bir kavramın " Sürekli Mesleki Gelişim " kavramının ileri sürülmesine neden olmuştur.

Sürekli Mesleki Gelişim (SMG), hastalarının gereksinimi nedeniyle doktorların bilgi, beceri ve tutumlarını sürdürmek, güncellemek , geliştirmek ve artırmak amacıyla yaptıkları tüm resmi ve gayriresmi etkinliklerdir. SMG kavramı, STE'yi de içeren, fakat ondan daha geniş bir kavramdır. STE, tıp pratiği ile ilgili bilgi ve beceri alanında sürekli eğitimi tanımlarken, SMG, sadece tıbbi değil aynı zamanda mesleki ve akademik alanda da bilgi ve beceri geliştirmeyi (tıbbi, yönetsel, sosyal ve kişisel konular) hedefler.

Tablo 1. STE ve SMG etkinlikleri arasındaki temel farklılıklar (5)

STE	SMG
Aralıklı girişim	Kendi kendine değerlendirmeye dayanan yaşam boyu öğrenme
Grupların eğitim gereksinimleri	Bireylerin eğitim gereksinimleri
Öğretmen merkezli	Öğrenen merkezli
Genellikle klinik bilgiler	Klinik konular, yönetim, liderlik, eğitim ve mesleki etkinliklerin tüm yönleri
Konferans temelli	Değişik öğrenme şekilleri
Genellikle resmi ortamlarda (konferans salonları)	Değişik öğrenme ortamları



Şekil 1. SMG süreci

SMG süreci, hekimlerin kişisel öğrenme gereksinimlerini belirlemesi, bu gereksinimlerine uygun bir eğitim etkinliğine katılması, almış olduğu eğitimi klinik pratiğine yansıttığını belgelemesi ve bu etkinliğinin niteliğine göre kredi alması esasına dayanmaktadır. Böylece hekimlerin sürekli olarak eksikliklerini belirlemeleri ve bunu gidermeleri teşvik edilmekte, tüm bu süreç yetişkin eğitim ilkelerine göre sürdürülmektedir. Günümüzde SMG, çoğu batı ülkesinde genellikle hekimlerin yeniden belgelendirilmesi sürecinde kullanılmaktadır. Ülkemizde SMG kavramı henüz derneklerin günlük pratiğine girmiş değildir. Fakat uzmanlık derneklerinin, UYEK'in ve yeterlilik kurullarının ülkemize özgü SMG etkinlikleri konusunu ivedilikle tartışmaya açması ve bu konuda politika geliştirmelerine gereksinim bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Kocabas A. Uzmanlık Dernekleri: Ne Yapmalı? TTB-UDKK Bulten 2005; 1: 24-29
2. Kocabas A, Yalçın S. Günümüzde uzmanlık derneklerinin durumu. Uzmanlık Dernekleri Rehberi 2005; sah: 253-270
3. Charter on continuing medical education of medical specialist in the European Union. www.uems.net
4. ACCME. Standarts for commercial support. www.accme.org
5. TTB-UDKK. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerinde uyulması beklenen ilkeler ve etik kurallar. Uzmanlık Dernekleri Rehberi 2005; sah: 221
6. Sachdeva AK. The new paradigm of continuing education in surgery. Arch Surg 2005; 140:264-269
7. Basel decleration: UEMS policy on continuing professional development. www.uems.net
8. World Federation for Medical Education: Continuing professional development of medical doctors.
9. WFME Global Standarts for Quality Improvement. www.wfme.org

Bilimsel Araştırma

Prof. Dr. Yücel Kanpolat

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD Başkanı

Uzmanlık derneklerinin sivil toplumu yaratma misyonu içerisinde bu toplantıyı düzenlemesini çok önemli bir gelişme olarak kabul ediyorum. Konu değerlendirmesi için de bilimsel araştırmanın uzmanlık derneklerinin misyonu içerisinde yer bulmasını da geleceğin bilgi toplumunu oluşturmak yolunda Türk bilim insanlarının bir misyonu ve iddiası gibi görmek istiyorum. Bu doğrultuda araştırmanın ne ifade ettiği ile ilgili genel bir tanımlamayla yetinip bu tanımlamayı kendi disiplinim içerisindeki Avrupa örnekleriyle sürdüreceğim.

Kuşkusuz tartışmamız her toplumsal veya yaşama ait olayı değerlendirmek için soru soran insanların “İcat Çıkarma”, “Eski Köye Yeni Adet”, “Bize Plan Değil Pilav Lazım”, “Halk İstemiyor” deyimlerinin fazlaca kullanıldığı bir yapılanma içinde değerlendirilecektir. Kabul etmek zorundayız ki bu yapılanma içerisinde bir yandan bilgi toplumuna ulaşma gayretlerimiz sürerken diğer yanda bir inanç toplumu olarak skolastik düşünceye dayalı, itaatin esas olduğu bir toplumsal yapıyı da benimsemekteyiz. Nitelikli bilim adamlarının yıllarla Türk vatandaşı olarak toplum içerisinde kabul görmesini beklerken yurt dışından ithal bir kaç topçunun gene bir kaç gün içerisinde Türk vatandaşı seçilebildiği gerçeğini de görmeliyiz. Biz bu gerçeklerle yaşayarak alternatif üretmek ve Türk sağlık sektörünü dünyada araştırmaya yönlendirerek çağdaş medeniyetin üstüne çıkarabilecek bir yapılanmaya hazırlamalıyız.

Yukarıda ifade ettiğim gerçeklere gerekçe olabilecek bir bildiriye dikkatlerinize sunmak istiyorum. Bu bildiri 2 Mayıs 1995 tarihinde Washington Post gazetesinde yayınlanmıştır. İlan Amerika’nın en büyük şirketlerinin başkanlarının imzalarıyla yayınlanmıştır. Metnin esası şudur: **“Polio aşısı, kalp pilleri, bilgisayarlar, su arıtım sistemleri veya uydular olmasaydı, ileri kanser tedavileri ve organ nakilleri söz konusu olmasaydı, veya hastalıklara dayanıklı tahıl ve sebze türleri, kardiyopulmoner resesütasyon veya geliştirilmiş belli tıbbi teknikler olmasaydı hayatımız nasıl olurdu”** sorusunu sormaktadır. Bu soruya cevap olarak ta bunların bilim ve teknoloji ile elde edilebildiğini, bilim ve teknoloji karakteri gereği bu işler için kaynak ayırmayı ve bu alanda çalışılan insanların desteklenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Metinde imzası olan kişiler Amerika’nın dünya liderliğine niyetinin olup olmadığını sorguladıktan sonra **“Teknolojik liderlik karakteri gereği kalıcı değildir. Eski Mısır, Çin, Yunan, Roma Uygarlıkları, tarihlerinin bir dönemlerinde o günün biliminin en ileri düzeyini ellerinde tutmuşlardır. Her biri bu üstünlüklerinin ellerinden kaçmasına izin vermiş, buna paralel olarak ta uygarlıkları teknolojik öncülükten uzaklaştıkça uluslararası alandaki politik liderliklerini de yitirmişlerdir.”** demektedirler. Bu görüşten yola çıkarak Amerika Birleşik Devletleri’nin gelecekteki yüzyılı bir Amerikan yüzyılı yapabilmek için araştırma bütçelerini artırmasını, Amerika toplumunun 21. yüzyılda nasıl bir doğrultuda biçimleneceğinin kararı olduğunu vurgulamaktadırlar.

Bu değerlendirmeler için bizim yaşamı ve insanı iyi tanımlamamız zorunludur. Bilindiği gibi dünyamız güneşten kopmuş bir ateş topudur ve zaman içerisinde kabuğu soğuyarak kara parçaları ve denizler oluşmuş, sonra ilkel aminoasitlerin varlığı ile ilk ilkel hücre tuzlu suda ortaya çıkmış ve burada gelişerek sinir sistemi açısından doğanın en karmaşık ve en nitelikli varlığı yani insan ortaya çıkmıştır. İnsanı doğada farklı kılan sinir sistemi yapısıdır; özellikli olarak beynidir. Farklı sinir sistemi ve yapısıyla doğada insan yaşam ve barınmayı kolay kılabilen ortamlarda kafasını kaldırıp kendine ve çevresine bakmıştır.

Söz konusu yapılanma içerisinde üç farklı yorum ve insan örneği ortaya çıkmaktadır. Birinci gruptaki insanlar, kendilerine ve çevresine baktığında olayların nedenlerini araştıran, soru soran, sorgulayan ve araştırma yapan insan örneğidir. Bu örneğin kuşkusuz profesör olması da gerekmemektedir. Yani bir anlam-

da araştırmacı olmak, akademisyen olmak değildir. Bu yapılanma en mükemmel şekliyle ünlü Rönesans ressamı Raphael'in Akademia tablosunda tanımlanmıştır. Mitolojide sorgulayan insan örneğinin temsilcisi Prometheus'dur; sembolü ateş ve ışıktır. İkinci grup içerisinde inanç kaynaklı yapılanmalar yer almaktadır. Bu gruptaki insan tipi olayları daha çok yüce güçlerle açıklamayı benimsemiştir; inanç esaslı bu yapılanma içerisinde soru sormak inanç sistemini sakatlamaktadır. Üçüncü grup içerisinde sanatçıların bulunduğunu söyleyebiliriz. Sanatçıların yapılanma içerisindeki duruşları özgün ve bireyseldir. Bu açıdan oluşturdukları her ürün özgündür ancak sanatçılar için bu özgün ürün veya yorumlarının aynı koşullarda aynı sonuca varması veya bu sonucun herhangi bir biçimde ispatı gibi bir zorunlulukları yoktur. Oysa bilim adamlarının özellikle gözlem ve deneye dayanarak ortaya koyduğu gerçeklerin aynı koşullarda hep aynı sonucu vermesi gerekliliği vardır. Bu durum bilimsel deneylerle elde edilmiş gerçeklerin tanımlanmasının vazgeçilmez koşuludur. Bu yapılanma içerisinde insanlık binlerce yıl tarım toplumu modeli içerisinde yaşamıştır. Bugün hala var olan değerlerimizin çoğu tarım toplumu kökenlidir. Sanayi toplumuna geçişte özellikle teknolojik keşifler insanlığın yaşam kalitesini ve dinamiklerini tümüyle değiştirmiştir. Üç yüz yıl süren sanayi toplumu evresinden sonra özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinde başlayıp halen devam eden süreç içinde en önemli yapılanma kuşkuşuz bilgi toplumu yapılanmasıdır.

Bilgi toplumunun hedefi barış ve refahtır. Ancak teknolojik anlamda bilginin özellikle firmalar tarafından üretilmesi gelecekte büyük toplulukları firmalar için tüketici gibi görebilen bir yapılanma tehdidini de beraberinde taşımaktadır. Bu tehdit medya ve siyaset kurumlarının kalabalık kitlelerin inançlarını sömürmesi ile büyük bir yarar yerine zarara dönüşebilir. Kanımca burada insanoğlunun sorgulayıcı yeteneği önemli bir gücü ortaya koymalıdır. Bu da bir beyin etkinliği olarak "Etik" tir. Geleceğin barış ve refah toplumunu yaratmak kuşkusuz bilgi toplumunun bilgi ve teknoloji üretecek aydın ve bilimcilerinin misyonudur ama bu misyon bir beyin etkinliği olarak etikle beslenmelidir. Büyük Türk bilimcisi Cahit Arf'ın dediği gibi **"Bilim adamlığı bir meslek değil, bir yaşam biçimidir."** Konuşmamı diğer bir büyük bilim insanının, Einstein'ın, sözleriyle bitirmek istiyorum: **"Orada dışarıda, biz insanlardan bağımsız, düşünce ve incelemelerimize en azından kısmen açık o koca dünya, büyük ve ezeli bilmece gibi duruyordu. Onu tefekkür etmek, beni sanki özgürlüğe yöneltecek bir fener gibi kendine çekiyordu. Bir müddet sonra, saygı ve hayranlık duymayı öğrendiğim pek çok kişinin onunla uğraşmaya kendilerini adanarak büyük bir iç emniyeti ve özgürlüğü bulduklarını fark ettim. Dışımızdaki bu dünyayı, eldeki imkanlar nispetinde anlayabilmek arzusu, kısmen bilinçli, kısmen de bilinçsiz bir şekilde aklımdan çıkmaz oldu. Benzer bir tutku ile günümüzde ve geçmişte hareket etmiş ve hala da etmekte olan kişiler ve bunların başarıları, kaybedilmesi mümkün olmayan arkadaşlarım haline geldiler. Bu cennete giden yol, dini cennete çıkan yol kadar rahat ve çekici değildi. Ama sonunda emin olduğunu gördüm ve o yolu seçtiğim için asla pişman olmadım."**

Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Etiğin Yeri*

Dr. M. Volkan Kavas

Prof. Dr. Berna Arda

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deontoloji AD

Tıp alanı, çağlardır kapsamındaki birçok farklı boyut ile her zaman insanoğlunun gündeminde olmuştur. Tıp denince akla, hemen daima gündelik hekimlik uygulamaları gelse de, bu başlık altına, hem devasa bir bilgi birikimi zemini, hem de bu temel üzerinde yükselen bilimsel bir etkinlik alanı tanımı da dahil edilmelidir. Ancak tıbbın tüm bu boyutlarının ayrıntılarına inen, ama aynı zamanda tıp disiplini daha yukarıdan ve farklı bir gözle incelemeyi amaç edinmiş sosyal ve düşünsel bir boyutunun varlığı, zaman zaman gözden kaçsa da, asla unutulmamalıdır. Bu, tıbbın tarihsel, sosyolojik ve felsefi boyutlarını içine alan düşünsel boyutudur. Şüphesiz ki, neredeyse tıp varolageldiğinden bu yana, bu düşünsel boyutlar içinde en çok tartışmalı olan tıbbın felsefi yönü olan tıp etiğidir.

Tıp disiplini, en uç uygulama noktasında, tekil bireylerin sağlıkları ve ölümleri ile; bir başka deyişle onların acıları, kısıtlılıkları, hastalıkları, bu dünya üzerinde sahip oldukları en temel kendini gerçekleştirme araçları olan bedenlerinin işleyişi ve bu en değerli şeyin kaybı ile ilgilidir. Tekil bir birey olarak insan varlık burada, artık tek başınadır. Yüz yüze olduğu şey bir disiplinin temsilcileri ve kurumlarıdır. İnsan denen varlık sadece bir beden değil, aynı zamanda değerler ile örülü bir bilinçtir. Tam da bu yüzden, tıp etiği, en temelde insan ve değerleri ile baş başa olan bir disiplinin temsilcilerinin, uygulayıcılarının ve yönlendiricilerinin, ellerinde bulundurdıkları gücü kullanırken nasıl davranmaları gerektiği üzerine düşünsel bir yol izlemelerini sağlamak için vardır.

Günümüzde tıp eğitimi, temelde tıp disiplinin içerdiği teknik bilgi ve becerinin geleceğin sağlık çalışanlarına kazandırılması amacıyla yapılandırılmış, bu çerçevede kurumsal olarak örgütlenmiştir. Dünyanın hemen her yerinde tıp fakültelerinde verilmekte olan mesleki eğitim, bu nedenle, uzun zaman alan, son derece kapsamlı bir sistematığa ve titiz bir düzenlemeye ihtiyaç duyan pahalı bir eğitimidir. Bu eğitim yapılanması içinde, tıbbın sosyal ve düşünsel boyutlarına, bu çerçevede de özellikle tıp etiğine gün geçtikçe daha fazla yer vermeye başlanmıştır. Dünya Hekimler Birliği' nin "Tıbbi Etik ve İnsan Hakları" konularının tüm dünyada tıp fakültelerinde eğitim programlarına alınması yönündeki kararı bu yönde bir örnek oluşturmaktadır. Bu süreç, bilindiği gibi, ülkemizde de batıya koşut olarak gelişmiş, tıp eğitimi içinde etiğin yeri son otuz yıl içinde hem kapsam olarak, hem de eğitim süresi olarak artmaya başlamıştır. Eğitim kurumları, henüz yeterli olmamakla birlikte, kütüphanelerinde etik ile ilgili yayınlara yer ayırmakta, akademik toplantıları desteklemektedirler. Ne var ki, genel olarak tıp eğitimi içinde etiğin yeri, temel olarak mezuniyet öncesi dönem ile sınırlıdır. Kısaca tıp öğrencilerine, ilgili eğitimin niteliğine ilişkin bir değerlendirme bir yana, ağırlıklı olarak mesleklerini icra etmek için yeterli olacak en temel eğitimleri sırasında etik eğitimin verilmekte olduğudur. Ancak vurgulanması gereken önemli bir nokta; tıp etiğinin, gerçekte süregelen bir düşünme pratiğine işaret ettiğidir. Bu etkinliğin eğitimi de, dolayısıyla, kendi mesleklerinin uygulamaları bağlamında bu pratiği edinmiş bireyler yetiştirmeyi hedeflemektedir. Mezuniyet sonrasında, tıp disiplini uygulayıcılarının aldıkları eğitimi; bilgi, beceri ve tutum düzeyinde mesleki yaşamlarına geçirmeleri beklenmektedir. Bu ise ancak, akademik ve düşünsel anlamda etik konusu ile olan temasın sürdürülmesi ile mümkündür. Bu bağlamda, mezuniyet öncesindeki tıp etiği eğitiminin tek başına yeterli olmadığı açıktır. Hem gündelik tıp uğraşı içinde ortaya çıkan yeni değer sorunlarının tanımlanması, çözümlenmesi, hem de tıbbın kendisinin sürekli gelişen, değişen bir alan olması ve dolayısıyla yeni etik ikilemleri içinde barındırması nedeniyle, sağlık çalışanı etik ile ilişkisini canlı tutmak zorundadır. Mesleğin yürütülmesi sırasında bilinmesi gereken mevzuat bilgisi ve dolayısıyla yasal sorumluluklar da bu ilişkinin gözönünde tutulması gereken boyutuna işaret eder.

Bilindiği gibi, tıpta uzmanlaşma her geçen gün gelişmekte, artan bilgi birikimi kimi zaman yeni uzmanlık alanlarının doğmasına neden olmaktadır. Her bir uzmanlık dalı tek başına bütünlüklü ve yüklü bir disiplin haline gelmekte, bu nedenle, herhangi bir uzmanlığın ilgi alanlarının ve uygulamalarının bilgisi, ancak ayrı ve yapılandırılmış bir eğitim ile uzman adaylarına aktarılabilir. Bu hekimler, hali hazırda sahip oldukları temel bilgi ve becerilerinin üzerine, seçtikleri uzmanlık alanlarına özgü başka bilgi ve becerileri eklemek için kapsamlı bir eğitimden geçmektedirler. Bu eğitimleri sırasında, hem alanlarının kendine özgü uygulamalarını öğrenmekte, alanlarındaki gelişmeleri izlemekte, hem de uzmanlık dallarının yukarıda değinilen sosyal boyutunu yani alanın tekil birey ile kendine has ilişkisini yeniden üretmektedirler. Bu yeniden üretim sürecinin günümüzde ne kadar bilinçli bir şekilde yaşandığı, uzman hekim adaylarının bu sürece müdahalelerinin ne ölçüde özgünlükler taşıdığı ayrı bir tartışma konusudur. Ne var ki, parçası oldukları bu temel ilişki üzerine düşünme yükümlülüğünün uzman hekimlerin üzerinde olduğunu vurgulamak gerekir. Bu nedenle, tıpkı mezuniyet öncesi tıp eğitiminde olduğu gibi, kapsamlı bir eğitimden geçerek bir anlamda tıbbın tarihsel birikiminden gelen bir güçle donanırken, bu gücü nasıl kullanacaklarına ilişkin düşünsel bir yön de, konunun etik boyutu olarak uzmanlık eğitimlerinin temel bir parçası görülmelidir.

Bu noktada ele alınması gereken apaçık bir gerçeklik yol gösterici olabilir. Bu, tıbbın farklı uzmanlık dallarının kendine özgü uygulama koşullarına, birbirinden oldukça farklı hekim-hasta ilişkisi biçimlerine ve özgün kapsam ve sınırlara sahip olduğudur. Bu önerme bir kez kabul edildikten sonra, temel tıp eğitimi sırasında verilen etik eğitiminin, etiğin hem düşünsel hem de uygulamaya dönük süregelen bir yapısı olduğu gerçeği bir tarafa bırakılsa bile, neden uzmanlık eğitimi için yeterli olmayacağı ortaya çıkar. Farklı tıp uzmanlık alanları, en sade deyimle, farklı insan ilişkilerini öngörürler. Örneğin; bir “Kadın Hastalıkları ve Doğum” uzmanının hastasına yaklaşımı ile bir “Psikiyatri” uzmanının hastası ile kurduğu ilişki koşullar ve değersel içerikleri açısından farklılıklar gösterebilir. Her iki ilişki biçiminde de hekimlik uğraşının temel bir ögesi olan “hastanın güvenliğini tesis etme” gerekliliği vardır, ancak bu gerekliliğin ne şekilde hayata geçirileceği değişebilir. Adı geçen ilk uzmanlık dalı için, örneğin, toplumsal cinsiyetten köken alan kimi değerlerin anlaşılması, bu değerlerin ilişki kurulan tekil bireyin (yani hastanın) kendi gündelik gerçekliği içindeki yerinin kavranması esastır. Sonraki örnekte ise, hastanın değerleri bir bütün olarak kapsamlı şekilde ele alınmaya, bu değersel kurguların onun hayatını nasıl yönlendirdiği analiz edilmeye çalışılır. Yine benzer biçimde, terminal dönem hastaları izleyen bir “Onkoloji” uzmanının hastası ve yakınları ile kurduğu ilişki, uzun erimli hastalıkları olanlarla ilgilenen “Dahiliye” uzmanınınkinden farklı olacaktır. “Onkoloji” uzmanının hastaların ve onların yakınları için “ölüm” kavramının ne anlama geldiği üzerine düşünmesi, bu arada kendi ölümü ile yüzleşmesi gerekebilir. Bir “Dahiliye” uzmanı ise, “hasta olmak ve bir hastalıkla yaşamak” kavramlarına yoğunlaşmak durumunda kalabilir. Bir genel cerrah, bir mastektomi ameliyatına girmeden önce, hastası için böylesi bir kaybın boyutlarını anlama çabası gösterme yükümlülüğü altındayken, bir plastik cerrah kendisine gelen bir kişinin görünümünü değiştirmeden önce onun hayatında gerçekte neleri değiştirmek üzere olduğunu sorgulamalıdır.

Uzmanlık alanlarının uygulamalarının arasındaki farklılıkların etik açısından öneminin ortaya çıktığı bir örnek aydınlatılmış onam formlarının hazırlanması çalışmasıdır. Son yıllarda önemi giderek daha geniş çevrelerce anlaşılmaya başlanmış olan ve temelde hasta özerkliğinin tıp çevrelerince tanınmasından köken alan aydınlatılmış onam, ülkemizde de nihayet tartışılır hale gelmiştir. Gündelik hekim - hasta ilişkisinin daha paylaşımcı bir yaklaşımla ele alınması, kendisine tanı veya tedavi amacıyla yapılacak girişimlerin, tedavi seçeneklerinin, bakım koşullarının ve genel olarak hastanın iyiliği için izlenecek tıbbi stratejilerin hasta ile paylaşılmasını gerekli kılmaktadır. Bu bilgilendirme ve paylaşım sonrası, ancak hastanın kendisi onayladıktan sonra, ona tıbbi girişimlerde bulunulabilir. Bu sürecin en somut simgesi aydınlatılmış onam formlarıdır. Türkiye’de de son zamanlarda geçmişe göre yoğun olarak tartışılan konu, sonunda farklı uzmanlık alanları için aydınlatılmış onam formlarının hazırlanması çabasına dönüşmüştür. Bu çalışma esnasında görülmüştür ki, her uzmanlık dalı için ancak o alanın kullanımına uygun özgün formların geliştirilmesi gerekmektedir. Bireyin özerkliğinin korunması ilkesi bütün tıp dalları için geçerli olmakla beraber, hasta profili, kullandığı teknikler, uyguladıkları girişimler vb. gibi boyutlarının farklılığından dolayı, her uzmanlık alanı için ayrı bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Buradan çıkan sonuç, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde olduğu gibi, uzmanlık eğitimine de tıp etiği ile ilgili

müfredatın entegre edilmesi gerektiğidir. Herhangi bir tıp uzmanlık eğitimi alan hekim, tıbbi bilgi ve teknik becerinin yanı sıra alanına ilişkin tıp etiği donanımını da bu eğitim boyunca edinebilmelidir. İlgili eğitim, alanın kendine özgü özellikleri dikkate alınarak yapılandırılmalıdır. Bu eğitimin içeriğini mezuniyet öncesi etik eğitiminin başlıklarından farklı başlıklar oluşturmamaktadır. Ancak bu konuların alanın farklılaşmış koşul ve dinamiklerine göre yeniden ele alınması gerekmektedir. İlgili etik eğitimin yapılandırılması için dayanak olması açısından aşağıdaki konu başlıkları önerilebilir:

- Etik kuram ve kavramlar
- Deontoloji kavramı
- Tıp etiğinin başlıca sorun kümeleri
- Uzmanlık alanının özel kapsamı içinde yer alabilecek etik ikilemler
- Etik usamlama (akıl yürütme) yöntemleri
- Etik çözümleme (analiz) için uygulama çalışmaları
- Tıp etiğinde özel konular(Canlandırma uygulamayınız komutları, organ aktarımları, araştırma etiği, yayın etiği...gibi)

Görüldüğü gibi, her uzmanlık alanı için o uzmanlık alanına özgü etik eğitiminin yapılandırılması gerekmektedir. Bunun nasıl gerçekleştirileceği ayrı bir tartışmanın konusudur. Ancak, böyle bir çalışmaya hem alanın uzmanlarının, hem de tıp etikçilerinin dahil olmasının, kapsamlı, doyurucu ve işlevsel bir eğitim tarzını geliştirmek için önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Bu noktada, çok kısaca, Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitiminin koşullarına değinmekte yarar var. Bilindiği gibi, uzman adayı hekimler, eğitimleri sırasında oldukça fazla iş yükü altında kalmaktadırlar. Hem gündelik klinik işleyişin temel sorumluları olarak görev yapmakta, hem de bilimsel araştırmaları uygulamak ve alandaki akademik yenilikleri takip etmek durumundadırlar. Uzmanlık eğitime devam eden bir çok hekimde tükenmişlik sendromu gözlenmekte, kendileri de sıklıkla sosyal ve özel hayatlarına yeterince zaman ayıramadıklarını ifade etmektedirler. Uzmanlık eğitimi veren kurumların koşullarına göre değişmekle beraber, hemen tüm hekimler, emeklerinin karşılığı kadar ücret alamadıklarını, uzmanlık alanının idari ve akademik yönetimlerinde söz haklarının bulunmadığını belirtmektedirler. Açıktır ki, aday uzman hekimler, eğitimlerini bitirene kadar iyi koşullarda çalışmamakta, tersine yorgun düşmekte, sağlıkları bozulmaktadır. Bütün bunlar göze alındığında, uzmanlık eğitime entegre bir etik eğitiminin varlığından ve etkinliğinden söz etmek olanaksızlaşır. Yukarıda bahsedildiği gibi, etik eğitimi süregelen bir düşünsel sürecin, tıbbın sosyal ve felsefi yönünün hayata geçirilmesinin ilk adımıdır. Bireyin, konumuz bağlamında asistan hekimlerin, sürecin etkin birer öznesi olabilmeleri için, okumak, düşünebilmek, usamlama pratikleri yapabilmek için zamana ve güce ihtiyaçları vardır. Özne sürece aktif düşünsel bir çaba ile katılamazsa, edilgenlikten kurtulamaz ve her gün karşısına çıkan etik ikilemler karşısında sessiz, kayıtsız kalabilir ya da kaçınıcı davranabilir. Dolayısıyla, böylesi bir etik eğitiminin etkin bir işleyişe kavuşturulması için öncelikle, asistan eğitimi bütünüyle yeniden ele alınmalı, asistanlar üzerindeki iş yükü azaltılmalı, ilgili etik eğitimi için uzmanlık eğitimi içinde yer açılmalıdır. Etik eğitiminin uzmanlaşma sürecine entegrasyonu için öncü rolü oynayacak olanlar, ilgili alanların eğitimini veren kurumların yönetim kadrolarıdır. Bu kadrolar ise, asistanların üstü sayılan öğretim görevlileridir. İlgili öğretim görevlilerinin, asistanların çalışması ve eğitimi ile ilgili daha fazla rol almaları, bu durum kliniklerindeki hasta sirkülasyon sayısını olumsuz etkileyecek olsa bile, daha iyi ve duyarlı uzman hekimler yetiştirmek için kaçınılmazdır. Yönetim sorumluluğunu asistanları ile paylaşarak, onların kendi eğitim süreçleri hakkında fikirlerini açık ve etkin bir şekilde dile getirmelerine olanak sağlamak bir diğer adım olacaktır. Verilecek eğitim ancak onun hayata geçmesini sağlayacak koşulların temininden sonra etkin olabilir.

Etik eğitimin uzmanlaşma sürecine nasıl entegre edilebileceği tartışılmalıdır. Bu çabanın işlerlik kazanmasının ön koşulu, kendi içine kapalı gibi görünen uzmanlık alanlarının etikçiler ve eğitimcilerle işbirliğine gitmeleridir. Farklı disiplinlerin ortak çalışması ile her bir uzmanlık eğitimi için standart etik eğitim biçimleri yapılandırılabilir. Böylesi bir çalışmanın başlatılması, geleceğin uzman hekimlerinin, tıbbın sosyal ve düşünsel

boyutunu da düşünen, etkin kararlar verebilen “iyi” birer meslek uygulayıcısı olmalarını şansa bırakılmamak demektir.

Okuma önerileri:

1. Bandaranayake R: The concept and practibility of a core curriculum in basic medical education, Medical Teacher, 22: 560- 3, 2000.
2. Dünya Hekimler Birliği(World Medical Association), 51. Genel Kurulu Kararları, Tel Aviv, 1999.
3. Downie RS, Macnaughton J: Clinical Judgement Evidence in Practice. Oxford University Press, 2000.
4. Arda B: Profesyonel hekim ya da yabancılaşma. TUSİAD Görüş, 46: 64- 71, 2001.
5. Tıpta Uzmanlık Eğitimi: Programlama - Uygulama - Değerlendirme Çalıştayı Belgeleri, Ankara, 5- 10 Kasım 2004.
6. Tavistock Group. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care. *BMJ* 1999; 318: 249-251.

* Bu metin 5-10 Aralık 2005 tarihinde İstanbul’ da yapılan 41. Ulusal Nöroloji Kongresi’ nde yapılan konuşmaya temel olarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı ?

Prof. Dr. Esat Yılğör

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Bir ülkenin kalkınmasında insan gücü planlaması kilit rol oynar. İnsan gücünün en önemli parçalarından birisi de sağlık insan gücü olarak kabul edilmektedir. Birçok ülkede sağlık sektörü harcamalarının yaklaşık %60'ı (Türkiye'de %80'i) insan gücüne harcanır. Bu durum insan gücü planlamasının ülke ekonomisi için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

TANIM

Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması (SİGP) Coğrafi, ekonomik, sosyal ve kültürel özellikleri tanımlı bir bölgede yaşayan bir toplumun, mevcut sağlık gereksinimlerinden yola çıkarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren; kısa, orta ve uzun vadeli bir süreçte ortaya çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngörerek, toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkin sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün üretimi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili tüm eylemlerin sistematik olarak koordine edilmesi için plan yapmaktır.

DSÖ'ne göre SİGP; "Sağlık için insan gücü geliştirme; insan gücünün planlanması, üretimi ve yönetimidir." Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve kariyer gelişimi olanaklarının sağlanması da bu kapsamda değerlendirilmektedir.

SİGP' nin hedefleri ne olmalıdır?

SİGP yapılırken olabildiğince çok parametre hakkında karar verilmesi önerilmektedir. Aşağıdaki üç temel kararı üretmek SİGP için hedef olarak gösterilebilir.

Hangi hizmet gruplarında, hangi yetkinliklere ne düzeyde sahip, kaç kişi, ne zaman sağlanmalı

Bu işgücü nasıl dağıtılmalı?

Hizmet sunumu sırasında nasıl çalışmalılar ve yönetilmeliler?

Bu kurultayda konumuz Tıpta Uzmanlık Eğitimi olsa da SİGP hedefleri ve yöntemleri genel doğrular olarak kabul edilmelidir. Ülkesel ve yerel özelliklerin farklılığından dolayı ihtiyacın saptanması için uluslararası bir standart oluşturmak çok güçtür. Elde edilecek standart ülkelerin ihtiyacına yanıt veremeyeceği içinde böyle bir çaba göstermek gereksizdir.

SİGP için kullanılan yöntemler nelerdir?

SİGP için yaklaşımlar dört başlıkta ele alınabilir. (1)

1. Gereksinimlere dayalı yaklaşım (İş Yüküne Bağlı SİGP Yöntemi)

Bu yaklaşım gelecekteki gereksinimlerin öngörülmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda verimli ve etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için gereken sağlık insan gücü sayısı ve niteliklerinin belirlenmesini amaçlar.

Üç temel varsayıma dayanır.

- Bütün sağlık gereksinimleri karşılanabilir ve karşılanmalıdır.
- Gereksinimleri karşılamayı hedefleyen maliyet-etkin yöntemler tanımlanabilir ve uygulanabilir.
- Gereksinimlerin düzeyine bağlı olarak sağlık hizmeti kaynaklarından yararlanılabilir.

Bu yaklaşımın temel zayıflıkları sağlık sektörü ve diğer sektörler arasındaki ilişkiyi öngörmeyişi ve tanımlanan gereksinimlerin her şart altında karşılanamayacak oluşudur. Gereksinimler toplumların özellikleri ve dinamiklerine bağlı olarak değişken gösterir.

2. Kullanıma dayalı yaklaşım (arza dayalı yaklaşım)

Bu yaklaşım altında nicelik, çeşitlilik ve mevcut kaynakların nüfusa dağılımı gelecekteki gereklilikleri saptamada temel alınır. Sağlık insan gücü kullanım düzeyi toplumun demografik profiline bağlı olarak üretilen alt gruplara özgü ortalama oranlarla ifade edilir (örn. hekim başına düşen 0-5 yaş çocuk sayısı v.b)

Bu yaklaşım da geçerliliği tartışılabilir aşağıda verilen üç temel varsayıma dayalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin mevcut düzeyi, çeşitliliği ve dağılımı uygundur.
- Toplumun demografik özelliklerine bağlı olan sağlık gereksinimleri gelecekte de aynı kalacaktır.
- Toplumun gelecekteki demografik profili, var olan trendler ve sağlık göstergeleriyle tahmin edilebilir.

Burada karşılaştırmalı sağlık sistemleri alanında önemli bir uzman olan Milton Roemer' in **"Arz varsa hasta da vardır"** kuralını hatırlamak gerekir. Roemer, sigortalı bir toplumda yeni eklenen her yatağın dolduğunu saptamış ve kendi adıyla biline bu yasa arza dayalı yaklaşımlara yeni bir bakış açısı getirmiştir. (2)

3. Etkin talebe dayalı yaklaşım

Bu yaklaşımın altında gereksinimlere dayalı yaklaşımın dayandığı epidemiyolojik ilkelerin yanı sıra ekonomik değerlendirmeler de devreye girmektedir. Böylece tüm gereksinimlerin karşılanamayabileceği kabul edilmektedir. Bu yaklaşımı kullanarak yapılacak bir planlamanın ilk adımı gelecekteki, sunulacak sağlık hizmetlerini finanse edebilecek ekonominin büyüklüğünü tahmin etmektir. Bu öngörü daha sonra sağlık hizmetine ayrılacak finansmana dönüştürülür.

4. Simülasyon modelleri

SiGP'nın nasıl yapılması gerektiği konusunda üstteki yaklaşımları bir araya getiren **"simülasyon modelleri"** bir cevap oluşturma potansiyeli göstermektedir. Bazı uzmanlar yukarıda sözü edilen bu üç yaklaşımı bir araya getirerek dinamik çerçeveler oluşturmuşlardır.

Simülasyon;

- Sağlık düzeyleri ve riskleri ile ilişkili olarak ilgili nüfusun özelliklerini (gereksinimlere dayalı faktörler)
- Hizmet kullanımı ve sağlık insan gücü hareketlerini -emeklilik, göç , yeni katılan vb.- (kullanıma dayalı faktörler)
- Sağlığa ayrılacak kaynaklara etki edebilecek ekonomik, sosyal, durumsal ve politik faktörleri (etkin talebe dayalı faktörler)
- Farklı özellikler üzerinden yetiştirilecek insan gücünün sağlık hizmeti sistemine etkisi ve üreteceği çıktıları hesaba katmaya çalışır.

SAĞ HESAPLAMADA KULANILAN ÖLÇÜTLER

- Hekim başına düşen nüfus (nüfus/Uzman Hekim sayısı),
- Hekim başına düşen yatak sayısı (yatak sayısı/Uzman Hekim sayısı),
- Standart kadro sistemi,
- Ölüm, emeklilik, istifa vb nedenlerle aktif iş yaşamından çekilenlere göre yeni uzman olanların sayısı,
- Sağlık hizmetlerinde konulan hedeflere ulaşmak amacıyla yapılan planlama,
- Hastane poliklinik sayısı/Sağlık Ocağı poliklinik sayısı (ideali 1/9=0.11, Türkiye'de 1.3)

İŞ YÜKÜNE BAĞLI PERSONEL İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ (WISN) (3)

İş yüküne dayalı hekim ihtiyacı belirleme yöntemine göre her ülke kendi insanlarının çağdaş sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için bir standart oluşturmalıdır. Bu nedenle; “Hastaneler yada poliklinikler bazında; iş yüküne dayalı uzman hekim ihtiyacının hesabı” temel yaklaşım olmalıdır. İş yükü birçok faktör tarafından etkilenir; hesaplamalar sırasında bunlar dikkate alınmalıdır (4; 5).

- Uzman Hekimin görev tanımı, Hastane sayısı, Temel Sağlık Hizmetleri ve İdari Görevler,
- Nüfus artış hızı, nüfus yapısı, kişi başına düşen milli gelirdeki değişimler,
- Sağlık yatırımları, sağlık sistemindeki değişiklikler, gereksiz kurumlar kapatılması hedefi,
- Tanı ve tedavi olanakları, yeni tıbbi işlemler yada teknolojik donanımlardaki değişiklikler,
- Halkın sağlık sorunlarında ilk tercihleri; (Kırsal bölgede % 41.5, kentsel bölgede % 14 Sağlık Ocakları tercih edilmektedir.) (6)
- Yıllık istatistiklerde görülmeyen kayıt tutma, başvuru işlemleri, yönetim gibi iş aktiviteleri,
- Hizmetiçi eğitim, kurs, konferans vb nedenlerle oluşan süre kayıpları iş yükü hesaplamalarında dikkate alınmalıdır.

Sağlık alanında uzun yıllardan beri doğru kadro düzenlemeleri için bir rasyonel yöntem ihtiyacı duyulmaktadır. Önceki dönemlerde, SAİG planlamaları için nüfus oranları kullanılmıştır. (her 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı, vb.). Daha sonra, standart kadro programı kullanılmıştır (sağlık evleri, sağlık merkezleri, bölge hastaneleri için sabit modeller, vs). Bu yöntemlerle bölgesel farklılıklar belirlenemezler. Birçok faktör bölgesel ve bireysel düzeyde hizmet talebini ve dolayısıyla personel ihtiyacını etkiler.

Mevcut personelin fonksiyonel olarak elverişli bir şekilde dağılımının yapılması için; hizmetin kapsamı, yeri/kurumu ve bu hizmetler için gereken sağlık personeli tipi göz önüne alınmalıdır. Personel istihdamında, personelin en verimli şekilde dağılımı acil bir ihtiyaçtır.

İş yüküne göre personel ihtiyacı belirleme işlemi; farklı hizmetler için çalışmanın hızı ve birim zamanı oluşturmaya dayanır. Bu birim zamanlar ve hızlar kalite standartlarını da etkiler. Örn: Bir doktor her hastanın muayenesi için 12 dakika ayırmalıdır. Profesyonel standartlar içinde çalışıldığında bir vaka veya bir reçete yazmak için o personele belirli bir süre gerekir. Bu birim zamanlar dikkate alınarak iş yükünün her tipi için (yatan hasta, ayaktan hasta vb) bir “aktivite standardı” hazırlanır. Bu aktivite standartları (çalışmanın hızı), yıllık iş yüküne çevrilir. Böylece bir işin ne kadarı bir yılda bir kişi tarafından çalışma süresi içinde yapılabileceği bulunabilir. Burada yıllık iş yükü standart iş yükü olarak tanımlanır.

Yıllık çalışma süresinin belirlenmesi: Tüm personel kategorilerinde aynı ve sabit bir süredir. Yıllık izin, resmi tatiller, kurslar, konferanslar çalışma grupları, hastalık veya diğer mazeret izinleri dışında kalan mesai süresi olarak ifade edilebilir. Bir yılda bir sağlık hizmetinde yapılan iş miktarı istatistikler içinde rapor edilmektedir. Böylece Standart İş yükü (yıllık iş hızı) için ne kadar personele ihtiyaç duyulacağını yıllık istatistiklere göre hesaplanabilecektir. Bunun için formül:

Hizmette yıllık iş yükü

----- = Personel İhtiyacı

Standart iş yükü (bir personel için=yıllık iş hızı)

İş yüküne göre personel ihtiyacı belirleme yönteminden elde edilen ölçütler

Mevcut - Hesaplanan = Fark

Fark: eksiklik veya fazlalık düzeyini gösterir. Eksiklik; artmış iş yükünü ve personele olan iş baskısını, fazlalık ise hafiflemiş iş yükünü gösterir.

Mevcut / Hesaplanan = Oran

Oran: personel ihtiyacının iş yükü göstergesi olarak adlandırılır. Bu oranı 1 ise; mevcut personel = hesaplanan personel ihtiyacı ise; mevcut personel oluşturulan profesyonel standartlara göre iş yükünü karşılamaya tam yeterlidir. Eğer oran 1'den az ise; mevcut personel bu standartları karşılamaya yeterli değildir. Örn: Eğer bir hizmette 6 Uzman Hekim yer alıyor, fakat ihtiyaç 8 Uzman Hekim ise, WISN oranı $6/8=0.75$ veya %75'dir ve standartların %75'ine ulaşabiliyor demektir. Eğer WISN oranı 1'den büyük ise; oluşturulmuş standartları karşılamak için yeterinden fazla personel vardır. Oran her personel için yıllık iş yükünün baskı derecesini gösterir. İş yükü baskısının nerede fazla, nerede az olduğunu bilmek personel düzeylerini ayarlamak için önemli bir rol oynar.

Genel olarak Ülkeler arasında SAİG, karşılaştırması yapmak oldukça güçtür. Çünkü, insan gücü standartları her toplumun sosyal ve ekonomik koşullara ve kültürel yapılarına göre değişiklikler gösterir. Ülkeler arasındaki kıyaslamalarda nüfus başına düşen sağlık personeli yada sağlık personeli başına düşen nüfus (nüfus/hekim) sayıları ile yapılmaktadır. Nüfus/hekim oranı planlama için tek başına yeterli olmamaktadır. SAİG planlamasında dikkate alınması gereken birçok fiziksel ve sosyal etken bulunmaktadır. Örn: Hekimlerin coğrafi dağılımı, ulaşım durumu, uzmanlaşma oranı, sektörler arası dengesizlik, sağlık harcama düzeyleri, sağlık hizmeti talebi (uzman yada pratisyen hekime muayene olma isteği), sağlık yatırımları, eğitim sistemi, nüfus özellikleri, nüfus yoğunluğu ve kentleşme vb. Zengin ülkelerde hekim başına düşen nüfus, yoksul ülkelere göre daha azdır. Hekim başına nüfus ülkemizde 700 (2004), zengin ülkelerde 300-500 arasındadır. Hekim sayısı yetersizliği az gelişmiş ülkeler için çok önemli bir sorundur. Sağlık Bakanlığında kadroların doluluk oranı (2002 Mayıs) Uzman Hekimlerde %76, Pratisyen Hekimlerde %79'dur. Ülkemizde bulunan 6066 sağlık ocağının 1320 tanesinde hekim bulunmamaktadır (7). Ancak sayısal yetersizlik yanında hekim dağılımı da önemli bir etkidir. Örn: Brezilya'da her yıl mezun olan hekim sayısı 1500'den 8000'e çıkarılmasına karşın dengeli bir dağılım sağlanamadığı için sorun çözülememiştir (8).

Türkiye'de yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve sayısal planlaması DPT ve YÖK tarafından yapılmakta ve eğitim tamamen YÖK tarafından düzenlenmekte iken, sağlık insan gücünün planlanması ve eğitim esaslarının planlanması yetkisi DPT ve Sağlık Bakanlığı'na aittir.

DPT ülkemizin daha fazla hekime ihtiyacı olduğu görüşündedir. DPT hekim gereksinmesini gelişmiş ülkelerdeki hekim/nüfus oranına göre hesaplanmaktadır. Her ülkenin hekim istihdam gücü ve halkın hekim kullanma alışkanlığı farklıdır. SSK'nın istatistiklerine dayanarak yapılan hesaba göre, Türkiye'de 1250 kişiye bir hekim yeterlidir. Bugün ülkemizde hekim nüfus oranı da 1/1250'dir. Her yıl 5000 yeni hekimin mezun olması ve Ülkemizde uzmanlaşma oranının fazla olması nedeniyle önümüzdeki yıllarda, hekim başına düşen nüfus sayısı hızla azalacak ve hekim enflasyonu ile karşı karşıya kalabileceğiz (9).

SİGP GEREKSİNİM DUYULAN BİLGİLER

1. Uzman Hekim sayılarının dağılımı, (yaş, kalan emeklilik süresi, zorunlu emeklilik için kalan süreleri)
 - a.Devlet Hastaneleri
 - b.Özel hastaneler, tıp poliklinikleri ve özel muayenelerinde çalışan (resmi görevi olmayan),
 - c. Tam günlük iş yeri (kurum) hekimleri
 - d.Belediyeler,
 - e.Üniversite Hastaneleri
2. Yıl ortası nüfusları (ETF sayımları),
3. Hedef nüfus sayıları
4. Toplam poliklinik sayıları (başvuru hızı ...)
5. Hastane binalarının durumu (tip projeler, uygun olmayan binalar),
6. Sevk hızı,
7. Diğer bilgi gereksinimleri

- Son 10 yıllık Demografik bilgiler;
 - Nüfus artış hızı,
 - Nüfusun yapısı (yaş grupları 0-6, 7-14, 15-64, 65+, cinsiyet, kır-kent)
- BÖH, AÖH, vb.
- Canlı doğum sayısı, düşük sayısı,
- Yıllara göre beklenen nüfus projeksiyonları
- 0-49, 50-999 ve 1000 ve üzeri işçi çalıştıran işyerlerinin sayısı,

İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR

- SB, DPT, YÖK, TTB, TÜİK (DİE), Çalışma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı,
- Sosyal güvenlik Kurumu, Özel Sağlık Sigorta Kuruluşları

OLASI ENGELLER VE KISITLILIKLAR

Bu çalışmada bir çok kurum ve kuruluşla işbirliği yapılması gerekmektedir. Ülkemizde kayıtların ve arşivlerin yeterince standart olmaması nedeniyle bir takım zorluklar engeller olabilir. *(Kurultayda bu tür engellerin nasıl aşılabacağına ilişkin de öneriler olmalıdır.)*

1. İstenilen bilgi ve diğer verilerin zamanında elde edilememesi,
2. Veri eksiklikleri,
3. Veriler arasında tutarsızlıklar,
4. Uzman hekimlerin görev yeri (istihdam) ve görev tanımının çeşitliliği
5. Personel ihtiyacının belirlenmesi için kullanılacak bir ölçütün bulunmaması
6. Aynı şehir içinde kır-kent gecekondulu-merkez ayırımlarını yapabilme güçlüğü

UZMAN HEKİM İHTİYACI YILLIK PROJEKSİYONLARI

Nüfus artış hızına, sağlık sistemindeki değişikliklere, iş yükü miktarındaki değişikliklere göre yapılmalıdır.

Geçmişte SİGP' ler neden başarılı olamadı?

Sebepler dünyada ve ülkemizde benzerlik göstermektedir.

- Genel olarak stratejik plan yapıl(a)maması
- Sık bütçe krizleri
- Sık değişen hükümetler
- Sorumluluk, koordinasyon sorunları (03.02.2006 tarihli resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5450 sayılı kanunla SİGP yapma sorumluluğu, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü, Sağlık İnsan gücü Planlaması Daire Başkanlığı'nın görevi olarak tanımlanmıştır)
- Planlamaların gerçekçi, gerçekleştirilebilir ve/ veya sürdürülebilir olmayışı
- Planlamaya esas alınacak uygun verilerin olmayışı ve/ veya kullanıl(a)mayışı, yanlış verilerin kullanılması
- Özellikle deneyim ve uzmanlık eksikliği, yanlış hükümet politikaları nedenleriyle uygun yöntemlerin kullanılamayışı
- Aşırı karmaşık planlama yöntemlerinin kullanılması
- Planlamacılar ve uygulamacılar arasındaki bağlantı kopukluğu, zayıflığı

- Yapılan planlamadan bağımsız gündeme gelen büyük dönüşüm, hızlı değişim kararları
- Bürokrasinin değişime karşı direnci

Bu başarısızlık gelecekte de devam edebilir mi?

Bu soruyu cevaplarırken aşağıdaki noktaları gözden geçirmekte fayda vardır.

- Sağlık sektörünün giderek artan bir şekilde ekonomi alanının baskısı altına girmesi
- Uluslararası (IMF, Dünya Bankası, DSÖ, BM v.b) kurumların sürece etkisi
- Günümüz dünyasındaki küreselleşme nedeniyle kötü kararların doğuracağı geçmişe göre daha yıkıcı sonuçlar
- Artan bilgi iletişim olanakları
- Daha iyi planlama yöntem ve araçlarının varlığı
- Simülasyon yöntemlerinin kullanımı
- Uzun dönemli stratejik planlamanın önem ve faydası konularında giderek artan farkındalık
- Planlamanın niteliksel ve sürece dair boyutlarının daha fazla kabulü- tüm paydaşların katılımını gerektiriyor
- Sağlık hizmetleri ve sağlık politikası alanlarına ilgi artışı ve araştırmalar
- SİGP'in ve Sağlık insan gücü yönetiminin önceliğinin farkına varılması

Bütün bu noktalarda ülkemizin durumu SİGP'nın başarısını olumlu yada olumsuz etkileyebilir.

SONUÇ

1. Sağlık insan gücü planlamasının sadece nüfus projeksiyonların dayandırılması gerçekçi değildir.
2. Sadece gereksinimlere dayalı bir planlama değişken koşullar ve doğal olarak gereksinimlerin hepsinin karşılanamayacak olması ve sağlık hizmet sisteminin diğer ilişkili hizmet alanları ile bağlantısını öngöremeyişi nedeniyle başarısız olmaktadır.
3. SİGP sadece gerekli hizmet grupların sayısının belirlenmesini değil, özelliklerini, iş tanımlarını, çalışacakları sağlık sitemini, sistemin yönetimi gibi olmazsa olmaz diğer öğeleri de içermelidir.
4. SİGP kamu tarafından yapılmalı hiçbir şekilde pazar koşullarına bırakılmamalıdır.
5. SİGP sürecine tüm paydaşların katılımı, bilimsel bir katılık ve sosyal alanın doğasından kaynaklanan esneklikle, nicel ve niteliksel analiz ve yorumlama yöntemlerini içermelidir.

Bu saptamalar doğrultusunda ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yapılırken, hizmeti sunan ve insan gücünü üretenler (Sağlık Bakanlığı , üniversiteler, hekim örgütleri, uzmanlık dernekleri v.b) kurumlar, hizmeti alanlar (hastalar, sivil toplum örgütleri v.b), hizmeti finanse edenlerin (hükümet, işveren örgütleri) temsil edildikleri bir yapı çerçevesinde en azından;

a. Gereksinimlere dayalı

- i. Mevcut sağlık gereksinimleri saptanmalı
- ii. Gelecekteki gereksinimler ön görülmeli
- iii. Hizmet sunumu ve sağlık hizmeti talebi ile ilgili ilgili trendler analiz edilmeli

b. Kullanıma dayalı

- i. Nüfus projeksiyonları yapılmalı (demografik özelliklere göre ayrıştırılmış)
- ii. Bu nüfusa hizmet verecek sağlık sisteminin özelliklerinin tanımlanmalı (tercihen

kamu tarafından ekip hizmeti olarak üretilen, genel vergilerle finanse edilen genel sağlık sigortası çerçevesinde topluma sunulan kapsamlı ve çok düzeyli koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmeti)

iii. Sağlık insan gücünün mevcut durumu ve hareketliliği iyi tanımlanmış olmalı

iv. Sağlık insan gücünün görev tanımları, iş analizleri, motivasyonu, üreteceği hizmetin etkisi öngörülmesi

v. Sağlık insan gücü yetiştiren kurum kapasiteleri belirlenmeli ve görev tanımlarına göre kapasite ve eğitim programları öngörülmesi

vi. Temel sağlık göstergeleri için gerçekleştirilebilir hedefler saptanmalı

c. Etkin talebe dayalı

i. Ülkenin sağlığa ayırabileceği finansman belirlenmeli

ii. AB perspektifinin sağlık hizmet sistemi ve sağlık insan gücünün eğitimi sürecine etkileri iyi analiz edilmelidir.

Sonuç olarak da bu faktörleri dikkate alan ve optimum hedefleri içeren bir planlama yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Üniversiteler Arası Kurul Tıp-Sağlık Konseyi Raporu “Türkiye’ de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu” 26 Mayıs 2006 Ege Üniversitesi, İzmir.
- 2- Milton Roemer, National Health Systems of the World. Volumes 1 and 2. Oxford University Press, 1993 New York.
- 3- İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Uygulama Kılavuzu. Hazırlayan: Dünya Sağlık Örgütü Adına Peter J. Shipp Initiatives Inc., Boston, USA Çevirenler: Dr. M. Fikret Doğan, Dr. Türkan Oğuzhan. http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/331_is_yukune_bagli_personel_istihdami.pdf 21.09.2006.
- 4- Türkay F, Özcan S, Taranto Y, Koç Y, Veziroğlu A, Akbay K. Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu, Bölüm: insangücü geliştirme. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Doküman No: TSH/İGG/1-05/001 2. Basım Ankara, 1999.
- 5- Michener JL. US plans to increase the medical workforce. www.nciom.org/projects/supply/feb_13_michener.pdf, Eylül 2006.
- 6- Soyer A. Bir araştırma nedeniyle “sağlık hizmetlerinin kullanımı” ve sağlık ocakları. Toplum ve Hekim, Eylül-Ekim 1998;13(5): 362-363.
- 7- <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo5-6.htm>. Ağustos 2006.
- 8- Sağlık Hizmetlerinde İnsan Gücü. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/> 21.09.2006.
- 9- Fişek N. 2000 Yılında Türkiye’de ve Dünyada Hekimlik Kitaplaşmamış Yazıları-III. Toplum ve Hekim, Sayı 46, Mart 1988.

Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon

Doç. Dr. Mehmet Zencir

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlıkta dönüşüm, özünde emekçi sınıfların tarihsel kazanımlarına saldırının bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Bu süreç; devletin yeniden yapılanması denilen bir araç ile sahneye konulmaya çalışılmaktadır. Devlete biçilen rol, sosyal işlevlerinden vazgeçmesi, sadece vergi toplayan, asayiş ve güvenlikten sorumlu minimal devlet rolüdür. Sosyal işlevler de acımasız piyasanın kontrolüne bırakılmak istenmektedir. Emekçi sınıfların kazandıkları her türlü hakkın birer birer geri alınması ile süreç eşgüdümlü olarak yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır. Emekçi sınıflar örgütsüz, iş güvencesiz, sosyal haklarından arınmış bir pozisyonda tutulmak istenmektedir.

Sağlık alanında sunulan değişim, gerçekte kendi içinde uyumlu bir deformasyondur. Dönüşüm kavramı özünde:

- kamucu anlayışla yürütülen her aşamaya müdahale-piyasalaştırma,
- sağlıkta meta kültürünü sağlık çalışanlarına ve halka benimsetme,
- toplum yerine bireyi öne koyma, dayanışma yerine rekabet, kuşaklar arası yaklaşım yerine gemisini kurtaran kaptan anlayışını içermektedir.

Nasıl gerçekleştirildi:

Bir yandan kamu çökertilirken bir yandan piyasanın önü açıldı. Eşgüdümlü işleyen bu süreç ile üniversiteler, kamu hastaneleri, sağlık ocaklarının sahip olduğu kamucu zihniyet, piyasacı bir zihniyete dönüştürülmeye çalışıldı. Akademisyenler, sağlık çalışanları ve halk piyasacı bir sağlık hizmetine alıştırıldı. Bu sürecin engellenemezliği, başka bir seçeneğin (kamucu bir gelişmenin) mümkün olmadığına akademisyenler, sağlık çalışanları ve halk inandırılmaya çalışıldı. Sağlık alanındaki bu deformasyona karşı direnen toplumsal muhalefet nedeniyle bu süreç istediği hızla gitmedi. Sağlıkta deformasyon için 12 Eylül sonrası her hükümet bir tuğla koymaya çalıştı. Final bu hükümete kaldı.

Sağlıkta deformasyon sürecinin yaşama geçmesinde üniversiteler önemli roller oynadılar. Kamucu anlayışın, piyasacı anlayışa dönüşümdeki müdahalelerin çoğunluğu üniversitelerde uygulanmaya başlandı. Akademisyenlerin bilimle politikayı birbirine karıştırmama konusundaki saf tutumları; ekonomik katkılar nedeniyle sessiz kalma; neoliberal rüzgarın peşine takılma; kamucu anlayışın piyasa koşulları ile uyuşmadığı inancı gibi faktörler, üniversitelerde sağlıkta dönüşümle ilgili müdahaleler için hem ortam hazırladı, hem de ideolojinin yayılması aktörlerini yarattı. Üniversiteleri kamu hastaneleri (devlet hastaneleri, SSK) ve sağlık ocakları izledi.

Sağlıkta dönüşüm-deformasyon sürecindeki bazı kritik başlıkları ele almaya çalışacağım.

- 1. Yarı zamanlı çalışma:** Halkın kamudaki ve özeldeki aynı hekimin farklı yaklaşımları ile karşılaşması, parasını ödediğinde aldığı hizmetten memnuniyetinin fazla olması, kamuda asık yüzlü anlayışsız hekim yerine, özeldeki anlayışlı, hoşgörülü, güler yüzlü, danışman özelliği olan hekimle karşılaşması ve hastanede yatma işleminde özel muayenehaneye uğramanın neredeyse zorunlu olması.
- 2. Üniversitelerde özel hasta bakımı:** Parasını yatıran özel hastaların öğretim üyeleri tarafından görülmesi, tüm ekip tarafından daha özenli davranılması.
- 3. Kamu yatırımları azaltılırken, özel sektöre yapılan teşvikler:** Özallı hükümetlerle başlayan sü-

reçte özel sektörün gelişmesi arazi tahsisi, vergi indirimi ve kredilerle yapılan teşviklerle desteklenmiş, peşi sıra gelen hükümetlerde süreci daha da geliştirerek kamunun özel sektörden hizmet satın alması sonucunu yaratmıştır. Bu ise kamuya yapılan yatırımları azaltırken kamu kurumlarını işe yaramaz, atıl kurumlar haline getirmiştir.

4. **Sağlık çalışanlarının ücretlerinin düşük tutulması:** Sağlık çalışanlarının ikinci bir işte çalışmasını zorunlu hale getirilmiş, döner sermaye-performans gibi uygulamalara sessiz kalmasına yol açılmıştır.
5. **Koruyucu hizmetlerin sağlık hizmetinden sayılmaması:** Halk ana-çocuk sağlığı, bağışıklama gibi kamudan aldığı hizmetleri sağlık hizmetleri olarak görmemektedir. Bu başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları içinde geçerlidir. Tıp fakültelerinin bu alandaki yetersiz eğitimi ve önceliği tedavi edici sağlık hizmetlerine vermesi de ayrıca vurgulanmalıdır.
6. **Katkı payları:** İlaçla başlayan katkı paylarının, sağlık ocaklarında verilen temel sağlık hizmetlerine kadar inmesi. Yine halkın ödediği koşulda hizmeti alması.
7. **Döner sermaye ve Performans:** Döner sermaye ile hastanelerin işletmeleştirilmesi süreci hızlandırılmıştır. Döner sermaye sağlık alanına; 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile girmiştir. Burada amaç; **kar etme değil**, tedavi kurumlarının satın alma ve kiralandırmalarla yetkilendirerek, **bürokrasinin azaltılması** idi. Döner sermayenin kar amaçlı kullanımı, **27.06.1983** tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile gerçekleştirilmiştir. Döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. Böylece bu kurumlar **bağımsız ve kâr amaçlı işletmeler** durumuna getirilmişlerdir. Yine 209 sayılı yasada **27.06.1989** tarihinde 375 sayılı yasa gücünde kararname ile yapılan değişikliklerle; her türlü hak edışı (istihkakı) ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında **dışardan personel çalıştırılmasına** olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye **gelirlerinin % 50’sinin kendi personeline ek ödeme** olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir. Böylelikle hastanelerde kamu çalışanı dışında iş güvencesi olmayan, düşük ücretlerle çalışan emekçiler yer almaya başlamış, yine bu emekçilerin sırtından geçinen taşeronlar türemeye başlamıştır. Ne yazık ki sağlık çalışanları, aldıkları ekonomik katkı nedeniyle bu sürece sessiz kalmıştır.

Hastanelerde başlayan bu süreç 209 sayılı yasada yapılan **23.01.2001** tarihli değişiklikle 4618 sayılı yasanın yürürlüğe girmesi ile sonuçlanmış ve artık birinci basamak sağlık kurumlarında da döner sermaye uygulamasına geçilmiştir.

Döner sermaye ile sağlık çalışanlarının ücretlerindeki azlığın takviyesi ve taşeronlatırma ile başlayan süreç performans uygulaması ile pekiştirilmiş, artık ne kadar hizmet verirsən, o kadar para alırsın anlayışı yaşama geçirilmiştir. Performans diye sunulan kavram; tamamen hizmet başı ödemedir. Amaç: daha fazla hasta muayene edilmesi; daha fazla ilaç yazılması; daha fazla hasta opere edilmesi; daha fazla tetkik yapılması; puanı yüksek olan girişimler daha fazla tercih edilmesi; “Teknoloji odaklı tıp” benimsenmesi; .“High-tech” tıbbi teknoloji kullanımının artırılması; sağlık çalışanları arasında ticari rekabetin artırılması olarak sıralanabilir. Ne yazık ki, sağlık çalışanları ve halk kısa sürede bu uygulamaya alışmış, sağlık tamamen piyasa kurallarına terk edilmiş, metalaştırılmıştır .

8. **Özel sektörden hizmet alma:** Daha önce bazı özel hizmetlerle başlayan hizmet alımı, AKP hükümeti tarafından yaygınlaştırılmış, özel sektör önemli aktör haline gelmiştir. Emekli Sandığı’na bağlı kamu çalışanlarına özel sektörden hizmet alma hakkı tanınmıştır.
9. **Sözleşmeli personel çalıştırılması:** “11. Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”9. ‘un 2003 yılında yürürlüğe girmesi ile sağlık çalışanlarında sözleşmeli personel uygulaması başlamış, en son Aile Hekimliği pilot uygulamalarında da mevcut uygulama daha da genişletilmiştir.

Kamu Personel Rejimi'nde yapılacak değişiklikler ile de tüm sağlık çalışanları sözleşmeli personel haline getirilmek istenmektedir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu'nun çıkması ve sağlık hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi ile sağlık çalışanları kamu çalışanı özelliğini tamamen kaybedecek ve işçi statüsünde çalışmaya başlayacaktır. "Beni ilgilendirmiyor" anlayışı ile sessiz kaldığı iş yaşamındaki işçi aleyhine, işveren lehine olan tüm düzenlemeler ne yazık ki sağlık çalışanlarını da artık etkiler hale gelecektir.

10. Hizmet satın alma (taşeronlaştırma): Sağlık hizmet sınıfında olmayanlarda döner sermaye uygulamasında değişikliklerle gündeme gelen taşeronlaştırma, sağlık hizmet sınıfını da kapsamı **"Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller"** adlı düzenlemenin 05.05.2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanması ile gerçekleştirilmiştir.

11. Hizmet içi eğitimin ilaç firmalarından sağlanması: Hekimin piyasa tarafından yönlendirilmesine yol açmıştır.

12. Yeni açılan tıp fakülteleri, sağlık yüksek okulları: İstihdam edilemeyen sağlık personeli, piyasada ucuz ve yedek işgücünün doğmasına yol açacaktır. Aynı zamanda alınan eğitimin yetersizliği nedeniyle emeğin niteliğinin zayıflaması sonucu, tıbbi teknoloji kullanımı, ilaç firmalarının etkisinde kalma gibi süreçler daha kolay hale gelecektir.

13. SSK'nın sağlık bakanlığına devri: Toplumun yarısından fazlasına sağlık hizmeti sunan SSK'nın sağlık bakanlığına devri ile; sağlık için yapılacak her türlü düzenlemenin SSK hastanelerini de etkilemesinin yolu açılmıştır. Örneğin; Kamu Yönetimi Temel Kanunu yaşama geçmesi halinde Çalışma Bakanlığı'na bağlı taşra örgütleri varlığını sürdürürken, SSK hastanelerinin özelleştirilmesinin yolu açılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının aynı kurum tarafından yapılması SSK devrinin gerçekleşme nedenlerinden biridir. Sağlıkta Dönüşüm programlarının ana vurgusu olan hizmet sunumu ile finansmanın ayrılması ilkesine ters bir anlayışa sahip olması, maliyet anlamında en etkin hizmet sunan sosyal güvenlik kurumu olması önemli nedenler arasındadır. Yine kamu eczacılığı, kendi ilaç fabrikaları ve toplu ilaç alımı ve eşdeğer ilaç uygulaması gibi özellikleri ile ilaç piyasası için tehlikeli bir örnektir. Devir etkisini hemen göstermiş SSK'nın kişi başı sağlık harcaması 124 dolardan **316 dolara yükselmiştir**.

14. Aile Hekimliği: Adını tam olarak koymak gerekirse, sağlıkta özelleştirmenin birinci basamak hizmetlere yaygınlaştırılarak sağlık piyasasının genişletilmesi operasyonudur. Aynı zamanda devletin sağlık alanından çekilmesi anlamına gelmektedir.

a) Aile Hekimliği Sağlık Çalışanına Ne Getiriyor

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında "esnek çalışma" diyebiliriz. Çünkü esnek çalışmanın tüm bileşenleri mevcut:

- Yapılacak işler belirsiz
- Çalışma saatleri belirsiz
- Tatiller belirsiz
- Çalışma mekanı belirsiz
- Ücretler belirsiz
- Çalışanlar arasında ayırım
- Örgütsüzlük

Esnek çalışmanın olmazsa olmazı sözleşmeli personel uygulaması ile iş güvencesi ortadan kaldırılmaktadır.

Yine aile hekimliği uygulamasını, sağlık insan gücünün azaltılmasına yönelik girişim olarak da değerlendirebiliriz.

b) Aile Hekimliği Sağlık Ortamına Ne Getiriyor

- Patronların değişmesi ve artması
- İşletmecilik ile ilgili işler
- Kimliksizleşme
- Süreksizlik
- Sosyal ve etik sorunlar
- Baskılar
- Daha fazla çalışma
- Daha az kazanma
- İşsizlik

c) Aile Hekimliğinin Toplum sağlığına Etkileri:

- Tedavi edici hizmetler ön planda
- Sadece başvuran kişilere sağlık hizmeti- Sahada sürdürülen hizmetlerde azalma
- Koruyucu hizmetlerde azalma
- Artan sağlık harcamaları
- İş sağlığı hizmetlerinde sorunlar
- Sağlık yönetiminde sorunlar
- Bütüncül yaklaşım ve toplumun sağlık düzeyini belirlemede sorunlar

15. Genel Sağlık Sigortası:

- Prim toplamayı esas alan bir sistem (ikinci vergilendirme)
- Teminat paketi: (BUT, vaka başı ödemeler, kapsam dışına çıkan ilaçlar belirtisi)
- Katkı payları
- Tamamlayıcı sigorta: Önce gönüllü, sonra zorunlu.
- Sözleşmeli personel çalıştırma
- Finansman kurumu

16. Kamu tarafından sürdürülen sağlık hizmetlerinin çökertilmesi bilinçlidir. Sağlıkta piyasa yaratmak ve özel sektörün gelişmesine olanak vermek amacıyla sağlık hizmetleri denetim dışında tutulduğunu söylemek mümkündür. Bir hasta yakının açtığı dava ile kamunun denetim görevini aksattığı mahkemeler tarafından da kanıtlanmıştır. (İstanbul 3. İdare Mahkemesi ilginç bir karara imza attı. Sağlık Bakanlığı, özel hastanede gerçekleştirilen bir ameliyat sonrası yoğun bakımda ölen bir hastanın yakınlarına, hastanedeki “denetim” görevini yerine getirmediği için 137 milyar lira tazminat ödemeye mahkum edilmiştir. Ailenin avukatı Sağlık Bakanlığı’nın aileye faizleriyle birlikte yaklaşık 300 milyar lira ödeyeceğini belirtmiştir (http://www.barobirlik.org.tr/calisma/basinda_yargi/2004/06/22.htm). Sonuç olarak; yapılan ve yapılması planlanan birçok düzenleme ortak bir amaca hizmet etmektedir. Amaç; sağlık hizmetlerinin meta haline getirilmesi ve piyasa kuralları ile sunulmasıdır. Bu vatandaş için “paran kadar sağlık”, sağlık çalışanları için ise “iş güvencesiz, ucuz emek gücü” yaratılması sürecidir.

Ak Parti Hükümeti, Sağlıkta Üç Yıl Ne Yaptı/Yapamadı?

Dr. Ata Soyer
Halk Sağlığı Uzmanı

2002 Kasım ayında yapılan seçimle Türkiye, Ak Parti Hükümeti ile tanışmış oldu. Ak Parti Hükümeti, çok hızlı bir değişim programı ile işe girişti. Bu değişimin en önemli ayaklarından biri de, sağlıktı. Hatta, Başbakan Erdoğan, kendi üç yıllarını değerlendiren, en başarılı oldukları alanlardan birinin sağlık alanı olduğunu ifade etti. Bu değerlendirmenin ne derece gerçekçi olduğunu birlikte gözden geçirelim.

1. 2002 yılında sağlık alanına akıtılan toplam para miktarı, 11 milyar dolardı. 2004 yılında, bu miktar, 19 milyar dolara yükseldi. Toplam sağlık harcamalarının, ulusal gelir içindeki payı, 2002-2004 yılları arasında %5.6'dan %6.3'e yükseldi (DPT, 2005).

2. Sağlık alanına ciddi bir para akışı var. Ama, burada önemli olan, kamunun payındaki değişim. Bakıyoruz, kamu sağlık harcamaları, aynı sürede, 8.7 milyar dolardan, 16.3 milyar dolara çıkmış (DPT, 2005). Neredeyse, iki misli bir artış! 1980 yılına kıyasla ise, 6.5 kat fazla bir para. Bu anlamda, Ak Parti Hükümeti'nin diğer hükümetlere kıyasla daha fazla bir para ayırdığı söylenebilir.

3. Kamusal kaynakların artışı ile ilgili farklı verilere sahibiz. Örneğin, 2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları'na göre, sağlığa akan paranın %62'si kamusal kaynaklardan gelmekte. Kamusal kaynaklar içinde ise, aslan payı %36 ile sosyal güvenlik kurumlarında. Merkezi bütçe payı, %22 civarında. 2003 Dünya Bankası Raporu'nda ise, kamu sağlık harcamalarının payı, %76. Bu kamusal bölmede, sosyal güvenlik kurumları ağırlığı, kendini hissettirmekte. Son verimiz, 2005 DPT kaynaklı. Burada da, ciddi bir kamu ağırlığından söz edilmiş; %86. Bu verilerin hepsinin doğru olduğu varsayılırsa, kamu sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %62'den, önce %76'ya, sonra da %86'ya çıktığı söylenebilir. Buradan çıkarabileceğimiz sonuç, Ak Parti Hükümeti'nin kamu sağlık payını önemli ölçüde arttırdığı yolundadır (Sağlık Bakanlığı, 2004; Dünya Bankası, 2003; DPT 2005).

4. Ak Parti Hükümeti, ne yapmıştır da, kamusal sağlık kaynaklarını arttırabilmiştir? Burada, bir dinamik sosyal güvenlik kurumları kaynaklarına "yüklenmektir". 1996'da toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı %38 olan sosyal güvenlik kurumları, 2002'de %53'ü aşan bir ağırlığa ulaşmışlardır. Ak Parti Hükümeti, bu kurumlara yüklenmeye devam ederken, bir başka yol daha bulmuştur: SSK'ya el koyarak, Sağlık Bakanlığı bütçesi payını (da) yükseltmek. Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı, Genel bütçe içinde 2002'de %2.4'ken, 2006'da neredeyse iki misline ulaşmış, %4.4 olmuştur (Dünya Bankası 2003; Sağlık Bakanlığı, 2005b). Bu arada, yeşil kart sahiplerine tanınan yeni olanakların, yeşil kart ödemelerini, beklenenden %132 oranında aşması da, bir faktör olarak değerlendirilmelidir (Tepav, 2005). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada da, benzer bir yapıyı, farklı oranlarda görmek mümkün. 1999-2004 yılları arasında Genel Bütçe içinde sağlığa ayrılan payın, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %35'ten %23'e gerilerken, Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı ise %25'ten, %15'e düşmüştür. Öyleyse artan nedir? Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları (%41'den %46'ya) ile döner sermayeler (%17'den %26'ya). Neredeyse, sağlığa ayrılan her 4 TL'lik kamu payının 3'ü sosyal güvenlik kurumları ile döner sermaye kaynaklıdır (Emil ve Yılmaz, 2005).

5. Artırılan para ile ilgili, özet şöyle yapılabilir. Ak Parti Hükümeti, sosyal güvenlik kurumlarına yüklenerek ve SSK'ya el koyarak, bu arada dolaylı olarak Sağlık Bakanlığı bütçesini artırarak, ve de yeşil kartta hesapsız bir uygulamaya girmek, kamu sağlık harcamalarını, son 25 yılda görülmeyen bir miktara çıkarmıştır. Peki, özel sağlık harcamalarının ya da cepten harcamaların, bu artışta hiç mi payı yoktur? Bakalım; 2002'de 2 milyar dolar olan özel sağlık harcamaları, 2004'de 2.6 milyar dolara ulaşmıştır (DPT, 2005). Kamusal harcamalar-
daki artışın yanında, çok önemsiz bir para diyebiliriz.

6. Sağlık alanına akan kamusal para artmıştır da, bu para nereye gitmiştir? Ya da vatandaşa ve sağlık çalışanlarına nasıl yansımıştır? Yine, Ulusal Sağlık Hesapları 2000'den başlayalım: Kamu kaynaklı sağlık harcaması %62, toplam sağlık harcamalarından kamu sağlık kurumlarına kalan pay, %38. Aradaki fark, %24. Türkçesi, 2000 yılında, sağlığa akan toplam paranın %24'ü kamudan özele (kaynak olarak) aktarılmış. İlaç-teknoloji alımı, hizmet satın alma vb yolu ile. Gelelim, 2003 Dünya Bankası Raporu verilerine. Kamudan gelen para, toplam sağlık harcamalarının %76'sı, buna karşın kamu sağlık kurumlarına giden para, toplamın %39'u. Fark, %37. Yani, kamu, özel sektöre-uluslararası ve ulusal düzeyde-toplam sağlığa akan paranın %37'si kadar kaynak aktarıyor. 2004'de bu fark, %47'ye ulaşıyor (Sağlık Bakanlığı, 2004; Dünya Bankası, 2003; DPT 2005). Türkçesi, 19 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcamalarının %47'si 8.9 milyar dolar, çeşitli yöntemlerle kamudan özele aktarılmaktadır.

7. Türkiye'nin son 25 yılının en büyük sağlık harcamasını yapan Ak Parti Hükümeti, yine bu ülke tarihinin en büyük kaynak aktarımını-kamudan özele-da yapmaktadır. Bu anlamda, sadece, miktar artışı değildir, söz konusu olan. Yapısal bir değişikliğe de imza atmıştır, Ak Parti. Sosyal güvenlik kurumlarının bu alandaki en temel özelliği, -hizmet üretmesi engellenerek, hizmet ve mal satın alma yolu ile kaynak aktarmaya zorunlu kılınma-bu ülkenin sağlıktan sorumlu en temel kurumu, Sağlık Bakanlığı'na da "bulaştırılmıştır". 2005 öncesi, çok az bir paya sahip olan dışarıdan hizmet (ve mal) satın alma, 2005 ve 2006'da %30'u geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005b). Kaynak aktarımı, salt sağlık alanına özgü değildir. Bütçenin geneline bakıldığında, 2004-2005 arasında artan harcama kalemlerindeki ilk sıranın %27' lik bir artışla, "mal ve hizmet alımları" kaleminde olduğu görülür. Böylelikle, 2005 yılında (Kasım ayı sonu) aktarılan kaynak miktarı, 14.4 milyar YTL'yi bulmuştur (Tepav, 2005).

8. Bir kriter de, sağlığa ayrılan kamusal paranın, hizmeti üretmeye yönelik olarak harcanıp harcanmadığıdır. Hizmet üretmeye yönelik harcamanın anlamı ise, kamu sağlık yatırımlarının artması gereğidir. Özellikle, Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlarının artmasını beklenir. Bakalım: 2000'de %6.6 olan Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı 2001'de %3.2, 2002'de %3.6, 2003'de %4.1 ve 2004'de %5.6 olmuştur. Yani hemen hiç sağlık yatırımı yapılmadı demek, abartma olmaz. Üstelik gerçekleşen rakamlar, bu bütçe ödeneklerinin de altındadır. Örneğin, 2004'de %5.6 olarak görülen yatırım rakamının, sadece 2/3'ü gerçekleştirilmiştir (DPT, 2005). Yeni yatırım yap(a)mayan, ama bu alana daha fazla para akıtan bir Hükümet; sağlığı kamusal bir hizmet olmaktan çıkararak, kamudan finanse edilen bir özel hizmete dönüştürme aracı(sı)...

9. Ama, Hükümet yetkilileri, vatandaşın tüm kamu sağlık kurumlarından, özel hastane ve polikliniklerden, özel eczanelerden yararlanabilmelerini sağladıkları ve bundan vatandaşın memnun olduğunu söyleyerek, övünmektedirler. "Olsun, vatandaş memnun ya, size ne kaynak akıtıldığından" demektedirler. Doğrusu, vatandaş, hizmete ulaşmada sağlanan kolaylıklardan şimdilik, memnun görünmektedir. Hükümet, bir yanı ile tüm kamu sağlık kurumlarını tüm kesimlere açarak, diğer yandan "performans" uygulaması ile sağlık çalışanlarını-daha çok da hekimleri-motive ederek, sağlık kurumlarına başvuru sayısını artırmıştır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde poliklinik sayısı 2002'den 2004'e %27, yatan hasta sayısı ise %20 artmıştır. Aynı sürede, sağlık ocaklarında yapılan poliklinik sayısı da, %25 oranında artmıştır (2002'de %17 olan sevk oranı, 2003'de %22'ye fırlamıştır). Bu artışın, sorun çözmeye ne kadar yansıdığına ilişkin pek bilgi olmamakla birlikte,-tekrar başvuruları da bir yana bırakırsak- kamu sağlık kurumlarından yararlanma sayısında ciddi bir yükselme söz konusudur (Sağlık Bakanlığı 2005a ; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005).

10. Ancak, aynı "başarı", koruyucu hizmetler için geçerli değildir. Örneğin, Difteri-Boğmaca-Tetanoz aşılama oranı 2002'de %78'den %68'e gerilemiş, ancak 2004'de %85'i bulmuştur. Ancak, halen Doğu ve Güneydoğu ile diğer bölgeler arasında ciddi bir eşitsizlik sürmektedir. Kızamık aşılama oranı, 2002-2004 arasında gerilemiştir. BCG aşılama oranı, halen 2001'deki düzeyin altındadır. Bebek izlemi, önce gerilemiş, sonra artmış görünmektedir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005). Parasal bir değerlendirme yaparsak; koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payının, son 5 yılda %5'den %2.6'ya düştüğünü görebiliriz. Başka bir deyişle, 1999'da 5 dolar olan, kişi başına koruyucu sağlık harcaması, 2004'de 4.8 dolara gerilemiştir (Tepav, 2005). Bunun anlamı, dün belediyelere "ihale" edilen kolera skandalının, bugün yaşanan "kuş gribi trajedisi"nin, yarın başka görüntülerle, kaçınılmaz olarak yaşanabileceği gerçeğidir.

11. Sağlık çalışanları –çoğunlukla-, giderek olumsuzlaşan çalışma ve yaşam koşulları karşısında, kendilerine sunulan “performans” uygulamasını, çok sorgulamadan benimsemiş görünmektedir. Aslında hak ettikleri bir parayı, ama kaynağını yeterince önemsemeden almak, yaşam standartlarını bir anda etkilemiştir. Özü itibarıyla, “eşitsizlikçi” bir müdahale olan “performans” uygulaması, kamusal (ve de özellikle emeği ile geçinenlerin birikmiş) kaynaklar(ın)a el koymanın meşrulaştırılmasıdır. Hekim-hemşire arasında 25 kattan fazla, hekim-hekim arasında 10 kattan fazla farklarda yapılan ödemelerin adaletsizliği bir yana (SES İzmir Şube, 2005), sınırlı kamusal kaynaklara aşırı yüklenme ile gerçekçi olmayan bu uygulama, bizzat Ak Parti Hükümeti’nin politikasının iflası ile sonlamıştır. 2006 yılı bütçe tartışmaları sürecinde “tahsil edilmeyecek alacaklar” başlıklı 31. maddeye eklenen bir hükümle, sosyal güvenlik kurumlarının (ve de yeşil karttan kaynaklanan) kamu sağlık kurumlarına olan borçları (yaklaşık 3.5 katrilyon TL) silinmiştir.

12. Gerçi, Hükümet, bu alandaki hesapsız gidişi konusunda kendisini uyararak IMF’ye 24 Kasım 2004 tarihli bir niyet mektubu göndermiş ve bu yaptıklarının “sinyalini” o mektupta vermiştir.

“Sağlık harcamalarını daha iyi kontrol edebilmek amacıyla gerçekçi bir yıllık global bütçe hazırlanmıştır. Bu bütçe ile, her hastanenin tüm hastalarının harcamalarını finanse etmesi beklenmektedir. Söz konusu global bütçe, sene başında tahsis edilecek ve sosyal güvenlik kuruluşlarının devlet hastanelerine yapacağı toplam ödemelerin üst sınırını teşkil edecektir. Aynı zamanda, sağlanan hizmetlerin miktar ve kalitesini muhafaza etmek için sosyal güvenlik kuruluşlarının denetleme ve ödeme mekanizması ile devlet hastanelerinin idaresinin güçlendirilmesi planlanmaktadır. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasının, sağlıklı bir bütçe pozisyonunun korunması açısından anahtar öneme sahip olduğu bilinmektedir. Bu itibarla, bu alandaki gelişmeler yakından takip edilecek olup; gelecek sene başlarında harcamaların öngörülmesi aşması durumunda ek tedbirler alınacaktır.”

13. Bu bağlamda, Ak Parti Hükümeti’nin sağlık alanındaki övünmesi, “yağı bol bulan Arabın, yağı nereye süreceğini bilememesi gibi” bir övünmedir. Kamu sosyal güvenlik kurumlarının kaynaklarını zorlayarak ve SSK’ya el koyarak, kamu sağlık harcamalarını, o tarihe kadar görülmemiş bir oranda artıran Ak Parti Hükümeti, bu parayı yatırıma yönlendirmeyerek, kamusal sağlık hizmetlerini geliştirmeyen, aksine çökertmeyi sürdüren bir tercihte bulunmuştur. Burada oluş(turul)an boşluğu, hizmet (ve mal) satın alma ile doldurma tercihi, Ak Parti’nin kamudan özele inanılmaz boyutta bir kaynak aktarmanın yolu olmuştur. Bu kaynak aktarma “operasyonu”nun önündeki görüntü, “performans” ve “her sağlık kurumunun, daha çok hasta bakması” zorlaması ile şişirilmiş bir poliklinik hizmeti patlamasıdır. Ancak, zorlama ve hesapsızlık, Ak Parti Hükümeti’ni, iflas noktasına getirmiştir. Ya, bizzat zorladığı sosyal güvenlik kurumlarının iflasını tercih edecekti, ya da zaten şimdiden vazgeçtiği kamu sağlık hizmetlerini üreten sağlık kurumlarının çöküşünün hızlanmasını...İkincisini seçti, Ak Parti. Giderek, hizmet üretmekte-bırakın performans dağıtmayı-hatta, ücret ödemekte zorlanmakla karşı karşıya bıraktığı kamu sağlık kurumları yerine, özel sağlık kurumlarından hizmet satın almayla bir süre daha idare edeceğini düşünüyorlardır. Önümüzdeki dönem, vatandaş açısından, kısmen hoşnut olduğu yalancı bir dönemin bitişi, suni olarak şişirilmiş sağlık pazarının maliyetini daha fazla üstlenmesi şeklinde yaşanacaktır. Sosyal güvenlik kurumları, her ne kadar şimdilik paralarını kurtarmış görünse de, artık kamu sağlık kurumlarından hizmet alan üyelerinin şikayetleri ile daha fazla bunalacaklardır. Sağlık çalışanları ise, kaynağını yeterince sorgulamadan ellerine geçen “tatlı paraları”, hoş –olmayan-bir anı olarak yad edecekleri, verecekleri hizmetin niteliğinin giderek kötüleşeceği bir sürece girmektedirler. Bu, tüm

uyarıları göz ardı ederek, kendisinden önceki hükümetlerin bir türlü cesaret edemeyip de, ağır ağır yaptığı “karşı-reformlar”ı hesapsızca/pervasızca uygulayan Ak Parti Hükümeti’nin sağlık politikasının iflasıdır!

KAYNAKLAR:

1. DPT (2005), Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 2005, www.dpt.gov.tr
2. Dünya Bankası (2003), Türkiye Sağlık Sektörü Reformu, Dünya Bankası dokümanı.
3. Emil, F. ve H.Yılmaz (2005), Kamu Eğitim ve Sağlık Harcamaları, Tepav 2005 içinde.
4. Sağlık Bakanlığı (2004), Ulusal Sağlık Hesapları-2000.
5. Sağlık Bakanlığı (2005a), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Yıllığı-2004, www.saglik.gov.tr
6. Sağlık Bakanlığı (2005b), Sağlık Bakanının 2006 Bütçe Konuşması.
7. SES İzmir Şube (2005), Performans Sağlık Çalışanlarına Ne Getiriyor, broşür, SES İzmir Şube.
8. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yıllığı (2005), Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı-2004, www.saglik.gov.tr
9. Tepav (2005), Mali İzleme Raporu-Aralık 2005, www.tepav.org.tr

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkileri

Dr. Güray Kılıç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı

1 Temmuz 2003'de AKP Hükümetinin Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın kamuoyuna sunduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) uygulamaları bu güne dek sağlık sektöründe ciddi sonuçlara / etkilere yol açtı.

Bu programın temel felsefesi sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak sağlığa devletin yapması gereken katkıyı en aza indirmek ve sağlığı ticarileştirip piyasanın kurallarına göre yönlendirmektir.

Bu amaçla birinci basamakta sağlık ocağı sisteminin kaldırılıp aile hekimliği modelinin getirilmesi hedeflendi. Üniversiteler dışında tüm sağlık kurumları tek çatı altında Sağlık Bakanlığına bağlandı. Bu kurumlar birer işletme haline dönüştürülüyor. SSK, Bağ-Kur, emekli sandığı mensupları özel sağlık kuruluşlarına sevk ediliyorlar. Sağlık çalışanlarına sözleşmeli çalışma düzeni getiriliyor. Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışanlara performansla göre ücretlendirme getirildi. Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasalaştı. Buna göre tüm yurttaşlar zorunlu prim ödemesi adı altında sağlık vergisi ödeyecek ve katkı payı katılımı ile paket halinde sağlık hizmeti alacaklar. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarının birbirleriyle rekabet halinde GSS'na sağlık hizmeti satmaları ön görülüyor. Bu kurumların genel bütçeden hiç katkı almayan ve piyasanın koşullarına göre işleyen birer işletme haline dönüştürülmesi hedefleniyor.

Tıpta uzmanlık eğitimi veren ve bu şekilde ülkenin sağlıktaki geleceği üzerinde büyük etkileri olan EAH'leri ve Tıp Fakülteleri bu süreçten ciddi olarak etkilenecekler. Konuşmamda daha çok Sağlık Bakanlığına bağlı EAH'lerinin ve bu kurumlarda verilen uzmanlık eğitiminin bu süreçten nasıl etkilendiğinden söz edilecektir. AKP Hükümetinin uyguladığı SDP'nin yanı sıra bununla da bağlantılı olarak bu kurumlarda yürüttüğü kadrolaşma çabaları/ girişimlerinin tıpta uzmanlık eğitimini nasıl etkilediği de söz konusu edilecektir.

SDP ve EAH'lerinde finansman

Birer işletmeye dönüştürülen bu hastanelere yapılan genel bütçe katkısı giderek azaltıldı. Bu hastanelerin SSK, Bağ-Kur ve emekli sandığı mensupları ve sosyal güvencesiz olanlara Bütçe Uygulama Talimatındaki (BUT) ücretlerle sağlık hizmeti satması ve buradan elde edeceği gelirle ihtiyaçlarını karşılaması, taşeron şirketlerden aldığı hizmetin bedelini ödemesi ve devlet memuru olan kadrolu çalışanlarına ek katkı payı ödemesi amaçlandı.

Eğitim ve araştırma için genel bütçeden katkı yapılması bir yana hizmetin yapılması için bile gereken finansman ancak sigorta kurumlarından ve vatandaşın cebinden gelecek parayla mümkün olabiliyor.

Bunun için hastanenin bilgi-işlem altyapısı düzenlendi. Kayıtlar düzgün hale getirildi. Kaçaklar engellendi. Performansa göre ek ödeme sistemi ile doktorların daha çok işlem yapması teşvik edildi. Ancak tüm bunlar da yeterli olmadı. 2005 yılı bütçesinde Sağlık Bakanlığı kurumlarının SSK alacakları bir gecede siliniverdi. Bu kurumlardan bir yandan artık bağımsız bir işletme gibi davranmaları beklenirken diğer yandan alacakları TBMM kararı ile silinebiliyor. Bunu anlamak mümkün değildir.

Daha çok hasta muayene edilmesi ve daha çok işlem yapılması için hekimler teşvik edildi. Poliklinik sayıları artırıldı. Bilgi-işlem'den muayene süreleri otomatik olarak kısaltıldı. Daha kısa sürelerle randevular verildi. Hastalar artık para getiren nesneler olarak değerlendirilmeye başlandı. "Daha çok işlem ve daha çok para". Başhekimlerin hastane çalışanlarına yaptığı konuşmaların konusunu gelir-gider, ciro, kar vb. sözcükler oluşturmaya başladı.

SDP ve EAH'lerinde çalışanların durumu

Kliniklerin düzenli çalışan kadrosu sık sık değişmeye başladı. Kadrolu devlet memuru çalışan sayısı giderek azaldı. Yerlerini çeşitli pozisyonlarda / kategorilerde çalışanlar almaya başladı. Asgari ücretle iş güvencesiz olarak çalışanların sayısı artmaya başladı. Aynı kurumda bir yandan 657 sayılı yasaya bağlı devlet memurları diğer yandan da taşeron şirketlerde sözleşmeli, döner sermaye'den sözleşmeli, hastaneye tıbbi hizmet satan şirkete bağlı elemanlar bir arada bulunmaya başladı.

Hekim ve diğer kadrolu sağlık çalışanlarının gelirleri her ay gelmesi kesin olan güvenceli maaş ve döner sermaye gelirlerinden ödenen, miktarı her ödeme döneminde değişen güvencesiz ücretten oluşmaya başladı. Maaşlar, yapılan düşük ücret artışları ile güdük kalırken performansla göre ek ödeme olarak tanımlanan sistem öne çıkmaya başladı. Yapılan iş'e göre ücret olarak kurgulanan bu modelde aslında tam olarak yapılan işin karşılığı verilmemektedir. Aynı birim işi yapsanız dahi bir sonraki ay havuza giren para miktarı farklı olduğunda farklı ücret alınabiliyor ya da hiç ücret alınamıyor. (ücret güvencesiz ve belirsiz)

Yıllık izinli ve raporlu olunan süre için döner sermayeden ücret yok. Aynı iş yapılsa bile tam gün çalışana göre yarı zamanlı çalışanlar % 70 daha az pay alıyorlar. İşlemlere farklı birimler verildiğinden klinikler arasında ücretler önemli ölçüde farklılık gösteriyor.

Bu durum çalışma barışı-ahengi hızla bozmaya başladı. Klinikler arası ilişkiler zedelendi. Tıbbi hizmetin ekip işi olduğu anlayışı zedelendi. Klinik içinde hekimler kendi aralarında ve diğer personelle gerilim içinde.

SDP ve uzmanlık eğitimi

Eğitim getirisi en az olan işlemlerden. Eğitici kadroya eğitim faaliyeti için düşük puan veriliyor. Uzmanlar daha çok puan getiren işlemlerin peşindeler. Bir olguyu ayrıntılı tartışıp eğitim vakası haline getirmeye zaman yok. Daha çok ücret için daha çok çalışmak gerekiyor. .

Hastane yönetimleri eğitim yapılacak zamanda daha çok poliklinik ve tıbbi işlem yapılmasını teşvik ediyor, çoğu kez de buna zorluyor. Eğitim hastanelerinde para getirmeyen işlemler daha az tercih edilir hale geldi. Eğitim programı yani klinik içi yapılan vaka tartışmaları, seminerler, konferanslar, kliniko-patolojik toplantılar için ayrılan zaman azalıyor.

Asistanlar ucuz iş gücü olarak değerlendiriliyor ve giderek daha çok hizmet üretmekle yükümlü hale getiriliyorlar.

Tezler ve diğer bilimsel çalışmalar için hastane kaynaklarından finansman sağlanması giderek güçleşiyor.

EAH'sinde taşeronlar tarafından tıbbi hizmet verilmesi uzmanlık eğitiminde ciddi handikap oluşturuyor. Örneğin görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri taşeron tarafından hastane mekanı içinde ancak tamamen ayrı bir kadro tarafından yürütülüyor.

AKP'nin EAH'lerinde kadrolaşma çabaları-girişimleri

Başhekimler hiçbir güvenceye sahip olmadan doğrudan Sağlık Bakanı tarafından belirleniyor. Hastane çalışanlarına karşı başhekim bir sorumluluk hissetmiyor. Bu nedenle siyasi iktidarın politikalarının doğrudan uygulayıcısı durumunda. Adeta "patron" temsilcisi ve

işletme yöneticisi konumunda.

Eğitici kadroyu oluşturan şef ve şef yardımcılarının belirlenmesinde daha önceki iktidarlar döneminde başlayan kötü uygulama AKP Hükümeti döneminde daha yoğun ve pervasızca devam etti. Tüm yargı kararlarına ve TTB'nin aktif mücadelesine rağmen hükümet keyfi olarak kendisine yandaş profesör ve doçentleri şef ve şef yardımcılığı kadrolarına atadı.

Atama şefler bakanlığın girişimlerine karşı sessiz kalıyor, çoğunda yandaşlık ilişkisi içinde davranıyorlar. Hastane içinde demokratik mekanizmalar içinde yer almaktan kaçınıyorlar. Çoğunluğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesi Tıp Fakültelerinden gelen profesör ve doçent meslektaşlarımız kendi kliniklerinde daha bilgili ve deneyimli uzmanlar karşısında sıkıntıya düşebiliyorlar. Bir bölümü ekonomik durumunu düzeltmek

amacı ile burada. Pozisyonlarını kullanarak hiçbir etik kaygı taşımadan performansa göre ücretlendirme de diğer meslektaşları aleyhine yüksek ücret almaktan çekinmiyorlar.

Bu pozisyondaki eğitici kadro ile eğitimin nasıl bir hal alacağını ve bunların asistanlarına nasıl bir model oluşturacaklarını tahmin etmek güç olmasa gerek.

Eğitici kadronun dışarıdan Bakan'ın doğrudan tasarrufu ile belirlenmesi kliniklerde bu kadrolara yükselmeyi hedefleyen uzman/başasistan/ şef yardımcılarını olumsuz etkilemiştir.

Atama ve Nakil Yönetmeliği'nde sık sık yapılan değişiklikler ile başasistan ve uzmanların bulundukları hastanelerden uzaklaştırılma girişimleri ve tehditlerine maruz kalmaları bu meslektaşlarımızın eğitime katkı sunma ve hizmet verme şevklerini kırmaktadır. Başka bir yere sürgün edilebilme olasılığı, sınav ile şef ve şef yardımcılığı kadrolarına atanma imkanı ellerinden alınmış olan meslektaşlarımızda kırgınlığa yol açmıştır.

Sonuç olarak bir ticari işletme zihniyeti ile yönetilen, giderleri için gereken finansmanı gelirleri ile karşılamak zorunda bırakılan ve bunun gereklerini yapmaya zorlanan eğitim kurumlarında uzmanlık eğitiminin nasıl bir şekil alması beklenebilir ?

Daha çok sayıda mesleki pratik yapmak asistan eğitiminde olumlu bir durum olarak

görünse de eğitim amacıyla vakalara daha çok zaman ayırarak yeterli değerlendirme yapılamamasının eğitimi olumsuz etkileyeceği kuşkusuzdur.

SDP ve asistanlara gelecek modeli

Performansa göre ödeme yoluyla daha çok tetkik/işlem yapmaya yönlendirilen hekimler 1 Temmuz genelgesi ile vaka başı ödeme sisteminde daha az tetkik / işlem yapılma baskısına maruz bırakılmışlardır. Yani geri ödeme kurumlarının durumuna ve tutumuna göre hekimlerin hastaya yaklaşımının değişmesi istenmektedir. Bu durumun uzmanlık eğitimi alan asistana nasıl bir model olacağını ve meslek ahlakını nasıl etkileyeceğini tahmin etmek güç değildir.

AKP Hükümetinin kadrolaşma amacı ile liyakatı önemsemeyen bir anlayışla EAH'lerine sınavsız profesör ve doçenti şef olarak ataması uzmanlık eğitimine başlayanlar için kötü bir model, gelecekleri içinse kendi öz gücüne değil bir başka siyasi odaklara güvenme tarzını geliştirdi.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ve Yönetmelik uzun süredir yayınlanmadı.

Tıpta Uzmanlık alanı ile ilişkin kurallar bir türlü netleşmedi. Bu alanın tarafları olan Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB ortak bir zeminde buluşamadı. Hükümet hukuk tanımaz bir tutumla Danıştay'ın bu konudaki kesinleşmiş kararlarına ve meslek örgütünün meslektaşlar le birlikte oluşturduğu kurallara itibar etmedi ve bu alanın hukuksal metni olan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü hala çıkarmadı. Bu nedenle hali hazırda uzmanlık süreleri, rotasyonlar, yan dallar, eğiticilerin nasıl belirleneceği gibi konular belirsizliğini korumaktadır.

Sonuç ve öneriler

SDP'nın temel felsefesi sağlığın bir hak olduğu iddiasından vazgeçmektir. Dolayısıyla sağlığın esas olarak kamuda genel bütçeden finanse edilen bir hizmet olduğu anlayışı hızla terk edilmektedir. Bunun sonucu olarak ta 1.basamak ve 2.basamak sağlık kurumlarında olduğu gibi EAH'leri de hızla işletmeleştirme –özelleştirme sürecine girmektedir. Bu durum Tıpta uzmanlık eğitimini farklı bir mecraya yönlendirmektedir.

EAH'lerinde asistanlar ucuz işgücü olarak değerlendirilmekte, adeta eğitim aldıkları için ayrıca bedel ödemeleri gerekir duygusu yaratılmaktadır. Artık asistanlara biçilen görev/rol nitelikli uzman olarak yetişmek için gerekli beceri ve bilgiyle donanmak değil daha çok hasta bakmak, işlem yapmak ve işletmeye daha çok para kazandırmak olmaktadır.

Ana amaç tıp biliminin gerektirdiği hizmet sunumu ve uzmanlık eğitimi için gerekeni yapmak değil “işletme”nin ihtiyaçlarına göre tutum almak olmaktadır.

Ancak bu durum kabul edilemez. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık ortamının karşı karşıya kaldığı yıkımdan tıpta uzmanlık eğitimi de payını almaktadır.

İMF patentli bu programın ortadan kalkması ve kamucu bir anlayışla sağlığın yeniden düzenlenmesi ile uzmanlık eğitimi de yeniden düzenlenecektir.

Eğitim ve araştırma için genel bütçeden ayrıca finansman ayrılacak , “işletmenin “ değil , eğitimin gereklerini de önceleyen bir anlayışla hasta/vaka seçimi yapılacaktır. Eğiticilerin belirlenmesinde siyasi iktidarın etkisini sınırlandırılacaktır. Bu alanda ulusal otorite olan Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun belirlediği liyakatı esas alan yöntemler ile eğiticiler belirlenecektir.

EAH’lerinde iş güvencesiz ve düşük ücretlerle farklı statülerle çalışanların bulunması kabul edilemez. Klinik/hastane içinde birbirini tanıyan, güvenen, seven, benzer ücret ve çalışma koşullarına sahip çalışanlarla hizmet üretilir ve eğitim verilir.

Asistanlara performans gibi etik dışı yöntemler model olmamalıdır. Bir an önce bu ücretlendirme modeline son verilmelidir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin yetersizliği, yanlış moral değerlerle yapılması ülkenin sağlıktaki geleceğini olumsuz etkileyecektir.

Hayatı Ertelemeyelim

Dr. Ali Küçük

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Radyoloji Asistanı

Hekimlik mesleğinin saygınlığının azaldığı, emeğimizin değerinin yitip gittiği, mesleğimize yönelik hürmetsiz tutumların yaygınlaştığı bir dönemdeyiz.

Tıp öğrencisiyle, asistanıyla, uzmanıyla, öğretim üyesiyle tüm hekimler sağlık ortamına yapılan yoğun müdahalelerden tedirgin olmakta, geleceğine güvenle bakamaz hale gelmektedir. Sağlık alanında bir çöküş ve keşmekeş yaşanmaktadır.

Hekimlere işgüvencesiz çalışma, sözleşmeli istihdam, düşük ücretler, kötü çalışma koşulları ve işsizlik dayatılmaktadır. Geleceğimiz ipotek altındadır!

Tıp fakültesi öğrenciliği ve asistanlık döneminin belirgin ideolojik motiflerinden birisi hayatın başka bir deyişle hedeflerin-özlemlerin ertelenmesidir. Sanatla uğraşılacaktır ama fakülte bittikten sonra. Siyasetle ilgilenilecektir ama uzman olduktan sonra. Dostlara daha fazla zaman ayrılacaktır ama para kazanmaya başladıktan sonra. Aslında ipotek altına alınmış ve belirsizleşmiş bir gelecek hayatı ertelemeyi gereksiz kılmaktadır. Bir yerlerden başlamak gerekmektedir.

Tarihi yapanın kahramanlar değil de bir toplumsal formasyon içerisinde bir araya gelen, belli bir devinim içerisinde birbiri ile ekonomik-sosyal-politik ilişki kuran, gülen, ağlayan vs. insanların-insan kümelerinin başka bir deyişle kitlelerin olduğuna inanıyorsak; geleceğimize dair umutlarımızı arttırmamız tek tek tüm bireylerin-hepimizin bugününe sahip çıkması ile mümkün olacaktır.

Bugünün sağlık alanındaki politik programı 'sağlıkta dönüşüm'dür. Sağlıkta dönüşüm sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasıdır. Sağlık hizmeti bir hak olmaktan çıkarılmaktadır.

Sağlığın piyasa koşullarına terk edilmesi demek;

- Piyasanın kuralları ile deontolojinin en temel ilkeleri, hastanın ihtiyaçları ile işletmenin çıkarları, hekim vicdanıyla rekabetin zorunlulukları arasında sıkıştırılmamız,
- Performansa dayalı ücretlendirme ile hekim-hekim, hekim-diğer sağlık çalışanları ve hekim-hasta ilişkilerinin yıpratılması, ekip ruhunun yokedilmesi,
- Eğitimin performansa feda edilmesi,
- Sağlık ortamında şiddetin yaygınlaşması,
- Hekimlerin gönüllü değil mecburi çalıştırılması demek,
- Hekimler üzerindeki idari baskılar, soruşturmalar, cezalar, sürgünler, angarya çalıştırma demek,
- Saygısız, sevgisiz, hürmetsiz, hakkaniyet duygusunun yitildiği/yitirildiği bir sağlık ortamı demektir.

Asistanlık eğitimi günümüzde biriken akademik ve demokratik sorunlar ile maluldür. Günaşırı nöbetlerden, ücretlerdeki yetersizlik-dengesizliklere, eğitim ve rotasyonlarda standardizasyon oluşturulamamasından, angarya ve aşırı çalıştırmaya vs. kadar bir çok problem çözüm beklemektedir.

Aslında temel sorun demokratik bir örgütlenme ve sorunların çözüm aşamalarına katılım mekanizmalarının yaratılamamasıdır. YÖK üniversitelerinde ve eğitim-araştırma hastanelerinde hiyerarşik-muhafazakar yapının tasfiye edilmesi, eğitim süreçlerinin bilimsel temellerde demokratikleştirilmesi gerekmektedir.

Türk Tabipleri Birliği yüz binin üzerinde hekimi temsil etmektedir. Hekimlerin özlük haklarını ve halkın sağlık hakkını tutarlı bir şekilde savunan bir gelenek oluşturmuştur. Bilgi ve kadro birikimiyle, mücadelecî çizgisiyle toplumda güvenilir ve saygın bir yer edinmiştir. Asistanların örgütlenme sürecinde, her türlü örgütlülüğün zenginleştirici olduğunu gözardı etmeden (sendikalaşma, dernekleşme, üniversite konseylerine katılım vs.), bilimsel-akademik temelde TTB-UDEK, demokratik-özlük haklarımız temelinde Tabip Odaları (ve oluşturulan komisyonlar) anlamlı olanaklar sunmaktadır.

Mesleğimize, geleceğimize sahip çıkmak, umudu yeşertmek hayatı ertelemeden, hemen bugün ipin ucunu tutmaktan, örgütlenmekten geçmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkisi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Hızla değişimlerin yaşadığı ve toplumsal beklentilerin bazen değişimlere beklenenden daha fazla ivme kazandırdığı ülkemizde sağlık sistemimizin de payını aldığını biliyor ve görüyoruz. Sağlık alanında yapılması planlanan değişimler ve eylemler dizisi Sağlık Bakanlığınca Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılmış ve kamuoyuna ilan edilmiştir. Bu programın amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak açıklanmıştır. Yine Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığında bu amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve hazırladığımız "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatı'nın, Avrupa Birliği sağlık mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacı ve diğer uluslararası deneyimlerin dikkate alınacağı ileri sürülmektedir.

Programın ana başlıkları 1.Bakanlığın yeniden yapılandırılması, 2.genel sağlık sigortası, 3.sağlık hizmet sunumu, 4.sağlık insan gücü, 5.eğitim ve bilim kurumları, 6. akılcı ilaç ve malzeme yönetimi, 7.kalite ve akreditasyon ile 8.sağlık bilgi sistemidir.

Aslında Sağlıkta Dönüşüm Programının tıpta uzmanlık eğitimini doğrudan hedefleri arasına koyduğunu söyleyemeyiz. Bu tespit, programın teorik anlamda uzmanlık eğitimini göz ardı ettiği anlamına gelmemelidir. Eğitim ve bilim kurumlarından bahsederken daha çok meslek içi eğitimi ve sağlık yönetimi ile halk sağlığı program ve politikalarını geliştirmeyi, bunun için Hıfzıssıha Okulunu tekrar canlandırmayı hedeflemiştir. Tıpta uzmanlık eğitiminin müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi konusunda bir yönlendirme yaparken, Eğitim hastanelerinin yeniden organize edileceğini, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacağını ileri sürmektedir.

Sağlık insan gücü konusu, üniversitelerle işbirliğinden, birinci basamak hekimliğinin teşvik edilmesinden, sağlık personelinin motivasyonunu artırmaktan, dış hekimliği uzmanlığından, hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyine çıkarılmasından ve sağlık personelinin dengeli dağılımından söz etmektedir. Bu arada zorunlu hizmetin kaldırılmasını ve kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek tedbirlerin alınmasını ön görmüştür.

Programın bir bütün olarak ne derecede hayata geçirilebildiği, geçtiğimiz 3 yıl içinde yukarıda sözü edilen hususların hangileri ile ilgili yasal veya pratik süreçlerin başlatılabildiği ayrı bir tartışma konusudur. Ne var ki, ülke sağlık hizmetlerinde büyük bir değişim meydana getirdiğini ve birçokları ciddi tartışmalara yol açan kararlı uygulamaların hayata geçirildiğini söyleyebiliriz. Ancak programda konan hedeflere uygun adımlar atılırken bazen öngörülmeleyen sonuçlarla karşılaştığımız da olmuştur. Örneğin program doğrultusunda zorunlu hizmet kaldırılmış, ancak ne yazık ki, programa aykırı olarak biraz esnek bir şekilde de olsa devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmek zorunda kalınmıştır.

Hıfzıssıha Okulu yeniden açılmış ve birçok başarılı projelere, çalışmalara imza atmaya başlamıştır. Hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyine çıkarılması için Meslek Liselerini kapatmaya yönelik kararlı adımlar atılabilmiş, ancak üniversite ile işbirliği, dış hekimliği uzmanlığı ve tıpta uzmanlık konularında fazla bir yol kat edilememiştir. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği, şeflik atamaları, başasistan atamaları, yan dal eğitimi sınavları ile ilgili trajikomik ve masalsı süreci hep birlikte yaşadık.

Neden her ne olursa olsun, Sağlıkta Dönüşüm Programının genel sağlık hizmetlerine olan etkilerinin yansımaları dışında, bu süreçte ne uzmanlık eğitimi konusunda ne de eğitim hastanelerinin standardizasyonunda ve özerkleşmesinde belirgin bir değişim ve gelişimin olduğunu söylemek zordur. Birçok adımlar atılmaya çalışılmış, asistan eğitici dengesizliği giderilmeye çalışılmış, eğitim hastanelerinde dengeli doktor dağılımı için planlamalar yapılmış, hastane özerkliği için yasa taslağı hazırlanarak ilgili sektörlerin tartışmasına açılmıştır. Ancak bu çabaların hiç birisinin Sağlıkta Dönüşüm Programının uzmanlık eğitimi ve eğitim hastanelerinin yapılandırılmasında somut sonuç doğuracak gelişmelere ulaştığını söyleyemeyiz. Bu ifadeleri karamsar bir yaklaşım olarak değil, gerçekçi olma kaygısı olarak algılamak gerekir. Yıllardır süregelen sorunlar yumağı, alışılmış davranışlarımızı terk etmeme duyarlılığımız, uzlaşma güçlüğü ve bir kısmı sağlık sektörünün dışından kaynaklanan uzlaşma engelleri, değişimin ve yasal sürecin zamana ihtiyaç duyması bu sürecin beklentilere yeteri kadar cevap verebilecek kadar uzun olmadığını göstermektedir.

Bu arada, sağlık personelin performansına dayalı ek ödeme ile ödüllendirilmesi, oluşturduğu bütün olumlu ve olumsuz tartışmalara rağmen, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerine olan ilgiyi hem eğitici hem de asistan düzeyinde artırmıştır. Hekimlerin tam gün çalışması teşvik edilmiş ve bunun niceliksel ve niteliksel sonuçları görülmüştür. Özellikle uzmanlık eğitimcilerinde bilimsel çalışmalar ve asistan eğitimleri ödüllendirilerek teşvik edilmiştir. Sınırlı sayıda da olsa kongreye katılım sadece izinle değil maddi olarak desteklenmiştir.

Yaşanan değişimlerin sadece Bakanlık hastanelerinde gerçekleştirilip üniversite hastanelerine yansıtılması ise ne yazık ki, eşitsizliklere ve yeni sorunlara yol açmaktadır.

Afiliasyon Projesi: Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir “Afiliasyon Programı” Nasıl Olmalı?

**Dr. Ali Özyurt*, Dr. Sema Anak*, Dr. Pemra Ünalın*, Dr. Arzu Uzuner*,
Dr. Pınar Topsever*, Dr. Erdem Birgül*, Dr. Raşit Tükel***

** İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu*

Giriş: Sağlık kurumları arasında ideal bir “Afiliasyon Programı” nasıl olmalı, sorusuna yanıt bulmak ve konuya açıklık getirmek için 2005-2006 yıllarında bir proje yürütülmesi planlandı. Farklı kurumların fizik alt yapı, insan gücü ve bilimsel alt yapılarının saptanabilmesi için sağlık kurumlarının özelliklerinin değerlendirilmesi, bu kurum çalışanlarının(Eğitici-Eğitilen) “Afiliasyon” konusuna yaklaşımlarının belirlenmesi, “Afiliasyon” konusunda ideal bir değerlendirme yapabilmek için konuyla ilgili yasal düzenlemelerin gözden geçirilmesi, bu konuda uluslararası ölçütlerde neler yapıldığı araştırılarak konuya ışık tutabilecek bir alt yapı araştırması, konuyla ilgili ulusal çalışmalar irdelenerek konuya katkılarının araştırılması projenin ana çalışma alanlarını oluşturdu. Proje çerçevesinde, afiliasyonda rol alacak öğretim üyeleri, klinik şefleri, başasistanlar ve asistanların konuya yaklaşımlarının irdelenmesi amacıyla “Odak Görüşme Uygulamaları” yapılmaktadır.

Amaç: Bu projenin amacı, ülkemizde biraz da “tabu” niteliğindeki kurumlar arası ideal bir “Afiliasyon Programı” nasıl olmalı, konusunda bir rapor hazırlanarak afiliasyon konusundaki olabilirlikler ve imkânsızlıkların belirlenmesidir.

Genel Bilgiler: Ülkemizde tıp uygulamalarının yapıldığı kurumlar çok değişik özellikler taşımakta ve farklı alanlardaki üstünlükleri veya eksiklikleri ile tartışma konusu oluşturmaktadırlar.

Ülkemizde hekimlik uygulamaları beş çeşit kurumda yapılmaktadır:

- Üniversite Hastaneleri
- Sağlık Bakanlığı Hastaneleri
- Askeri Hastaneler
- Özel Statüyle Çalışan Kurum Hastaneleri
- Özel Hastaneler

Bu kurumlar arasında dengeleri ve özlük haklarını zedelemeyen nasıl bir “Afiliasyon” çalışması yapılabilir?

- Eğitim:** Genelde en kolay uygulanabilen ve “akademik afiliasyon” olarak adlandırılan bu konuda hedeflenen, farklı kurumların eğitim anlayışlarında paralellik sağlamak, bilgi ve deneyim alışverişi yaparak “bilgi gücü” nün paylaşılmasını ve hasta yararına en iyi şekilde kullanılmasını mümkün kılmaktır.
- İnsan gücü:** Genelde eğitim amaçlı bir iş gücü transferi söz konusudur. Bu iki aşamada incelenebilir:

***Uzmanlık Eğitimi:** Bu konuda yıllardır süren bir uygulama söz konusudur. Asistanların belli bir süre “gelişmiş” üniversitelerde eğitilmesi, öğretim elemanlarının gelişmekte olan üniversitelerde görevlendirilmeleri, son yıllarda özel tıp fakültelerinin hem sağlık bakanlığı eğitim hastaneleri, hem de üniversite hastaneleri ile öğrenci eğitimi anlaşmaları yapmaları ve uygulamaları bunun somut örnekleridir.

Ancak kanımızca bunun daha sistematik ve kontrollü, belli bir müfredat dahilinde, standart yapılması gereklidir. Bu konuda hangi kurumların nasıl rol alacağı, üst otoritelerce mi, yoksa bizzat kurumlar arasında mı yönlendirileceği ayrı bir çalışma konusudur.

***Yandal Uzmanlığı:** Burada zaten “yan dallar” konusunda önemli bir aşama sağlanmıştır. Bazı kurumlardan diğerlerine, uygun eğitici kadro ve eğitim ortamı olmak şartıyla “yan dal” eğitimi almak üzere uzmanlar yollanmakta ve hem eğitilmekte hem de iş gücü kaynağı olarak destek vermektedirler. Buna ek olarak kurumlar arası uygun eş güdümlerle eğitici kadrolar arasında da değişim sağlanabilir. Belli sürelerde karşılıklı kurum ziyaretleri, vizitler, eğitim programları, asistan alışverişi ve bu kişilerin eğitimleri sağlanabilir. Bu uygulama kurumlar arası, benzer yapıdaki kurumlar arası veya kurum içi departmanlar arası yapılabilir.

- **Teknoloji :** Hizmet alımı zaten bugün tüm sosyal güvence yapıları arasında uygulanmaktadır. Burada aslında bir “teknolojik afiliasyon” da söz konusudur. Bir kurumda mevcut olmayan teknoloji den hasta sevk almak yoluyla başka bir kurumda yararlanmaktadır.
- **Yerleşim alanı:** Bugün için bu konu tabu niteliğindedir. Ancak özel statülü hastanelerin kendi istekleriyle Sağlık Bakanlığı’na bağlanmaları bir başlangıç olabilir.
- **İş yükü:** Bugün bazı kurumlar taşıyabileceklerinin çok üstünde iş yükü taşıırken, bazıları “butik hastane” vasıflarını korumaktadırlar. Eğitilenlerin mümkün olduğunca çok hasta görerek deneyimlerini arttırmaları için bu kurumlar arasında “Afiliasyon” bir gereksinim olabilir.
- **Finansman:** Özel sağlık kuruluşları ulusal ve uluslararası boyutta bu “Afiliasyon”u yapmaktadır.
- **İdari konular:** Bir kurumun diğer bir kurumun idaresine karışması söz konusu değildir. İyi niyet çerçevesinde sürdürülen ortaklaşmalar bile resmi platforma oturtulamamaktadır.

Günümüzde “Afiliasyon” sadece kurumlar arası değil, kurum içi farklı bölümler, benzer nitelikteki kurumlar ve uluslararası kurumlar arasında da yapılmaktadır.

Ulusal işbirliğinin yanında tüm bu başlıkları kapsayacak şekilde uluslararası “Afiliasyon” da söz konusudur. Burada iki yöntem kullanılmaktadır :

Sadece eğitim, insan gücü değişimi konularında yapılabilecek ortaklaşmalar :

1. Uluslararası projeler kapsamında,
2. Uluslararası kurumların kendi ürettikleri ve olanaklarıyla destekledikleri projeler kapsamında sıralanabilir.

Hedefler:

- Ülkemizde “Afiliasyon” konusunda standardizasyon sağlayabilmek için gerekli olacak şekilde, farklı kurumların alt yapı, insan gücü ve araç-gereç alt yapıları saptanacak,
- Farklı kurumların fizik alt yapı, insan gücü ve bilimsel alt yapıları konusunda pilot bir çalışmayla ve örneklemeler yapılarak bugünkü stratejiler konusunda bilgi edinilecek,
- Tüm sağlık kurumlarında eğitimcilerin ve eğitilenlerin konuya bakış açıları belirlenecek,
- Bugün yürürlükte olan yasalar çerçevesinde olabirlikler ve olanaksızlıklar gözden geçirilecek,
- Konunun farklı alt başlıkları içermesi göz önüne alınarak, her biri konusunda bugünkü durumlar saptanacak, küçük çaplı da olsa halen yapılan uygulamalar irdelenecek ve neler yapılabileceği araştırılacak,
- Ulusal ve uluslararası uygulamalar konusunda bilgi edinilecek ve bu örneklerle dayanarak uygulama stratejileri saptanacak,
- Saptanan stratejilerin uygulamaları konusunda değişik kurumlarda çalışan sağlık personelinin görüşleri ele alınacak,

- Sonuçta belirlenen ilkeler bugün için konuyu yönlendirmekle görevli yöneticilere iletilerek çözüm önerileri araştırılacaktır.

Projenin Ana Başlıkları ve Uygulamalar :

- Üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinin , fizik alt yapı, insan gücü ve bilimsel alt yapılarının saptanabilmesi için bir anket çalışmasının yapılması,
- Bu kurumlarda çalışan asistanların uzmanlık eğitimi konusundaki görüşlerinin alınması için asistan anketinin yapılması,
- Uzmanlık Eğitimi veren kurumlarda çalışan eğitici ve eğitilenlerin “Afiliasyon” konusuna yaklaşımlarının belirlenmesi için “Odak Görüşme” çalışması yapılması,
- Afiliasyon” konusunda uluslararası ölçütlerde neler yapıldığı araştırılarak konuya ışık tutabilecek bir alt yapı araştırması yapılması planlanmıştır.

Bu konuda birçok uluslararası çalışma örnekleri mevcuttur :

Örneğin, Cambridge Üniversitesi hazırladığı “web” sayfasında “Afiliasyon”u şu şekilde özetlemektedir : “Bir enstitüyü veya onun dallarını veya departmanlarını afiliye etmek, o kurumların seçilmiş bazı öğretim üyelerini üniversitemiz öğretim üyesi olarak kabul etmek & onları üniversitemiz ayrıcalıklarından yararlandırmak zaman zaman üniversitemizce denetlenmek ve yönlendirmek şartıyla, o kurumlarda uygulanan çalışma programlarını üniversitemiz programı olarak kabul etmektir. Bu konudaki politikamız, uygun akademik vasıftaki akademik kuruluşlarla yakın ilişkiler kurarak üniversitemizin akademik yapısını bu görüşlerin de ışığında genişletmektir. “Afiliasyon”, üniversite gibi yaşayan kurumlar için bire bir ilişkide vazgeçilmez bir öğedir ve ortak programların ve çalışmaların yapılabilmesinde tartışılmaz bir önemi vardır.” Görüldüğü gibi “Afiliasyon” tek yönlü bir “asimilasyon” değil, günümüzün en önemli gereksinimi “ortaklaşma”nın vazgeçilmez bir yöntemidir”.

- Benzer şekilde, ulusal çalışmalar (Kurumlar arası deneyimler, derneklerin konuyla ilgili çalışmaları vb.) irdelenerek konuya katkıları araştırılacaktır.

Bu amaçla, İstanbul ilindeki genellikle kişisel gayretlere dayanan bazı örnekler bizzat uygulayıcılarından dinlendi ve kendilerine deneyimlerini yazılı olarak bildirmeleri önerildi. Bu konudaki çalışmalar sürmektedir.

Sonuç: Ülkemizde gereksinimi hissedilen afiliasyon konusunda yeni bir bakış açısı geliştirerek, uygulanma olasılıklarını araştırmak hedeflenmiştir. Konuyla ilgili hazırlanacak İTO-UEÇG raporunun ilgili kişi ve kuruluşlara iletilerek afiliasyon konusu tartışmaya açılarak olabilirliği sorgulanacaktır.

Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir “Afiliasyon Programı” Nasıl Olmalı?

Derinlemesine Görüşmeler ile Uzmanlık Eğitiminde Afiliasyonla İlgili Düşüncelerin Belirlenmesi

Yard. Doç. Dr. Pemra C. Ünal

İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu Üyesi

Tıp dünyasında sağlık kurumları arasında işbirliği konusu her zaman gündemde olmuş bir anlayıştır. Kişisel bazlı ortaklaşmadan, kurumsal bazlı ortaklaşmaya kadar çok farklı platformlarda bu işbirliği söz konusudur. Ancak ülkemizde bu yaklaşımlar genellikle bir yok etme süreci olarak görüldüğünden kişiler bu düşünceye şiddetle karşı çıkmakta ve bu olguyu irdelemekten bile kaçınmaktadırlar.

Bu konuya açıklık getirmek amacıyla Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu içinde 2004-2005 yıllarında bir proje yürütülmesi planlanarak, farklı kurumların alt yapı özelliklerinin değerlendirilmesi, bu kurum çalışanlarının “afiliasyon” konusuna yaklaşımlarının belirlenmesi, “Afiliasyon” konusunda ideal bir değerlendirme yapabilmek için konuyla ilgili kanun ve yönetmeliklerin gözden geçirilmesi, bu konuda uluslararası ölçütlerde neler yapıldığı araştırılarak konuya ışık tutabilecek bir bilgi derlemesi oluşturulması, konuyla ilgili ulusal çalışmalar irdelenerek katkılarının araştırılması planlanmış ve yürütülmüştür. Proje çerçevesinde afiliasyonda rol alacak üst düzey tıbbi personelin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, kullanmayı planladıkları farklı eğitim yöntemleri ve olanakları olup olmadığının araştırılması, afiliasyonu bir seçenek olarak tartışmalarının sağlanması ve en azından bu kavramla ilgili olarak farkındalık yaratmak amacıyla “derinlemesine görüşme” tekniği ile yürütülecek olan niteliksel bir çalışmanın planlanması da bu sürecin parçalarından biri olmuştur.

Bu araştırma projesinin amacı : ülkemizde biraz da “tabu” niteliğindeki, kurumlar arası ve farklı platformlarda uygulanabilecek “afiliasyon”lar konusunda bir değerlendirme çalışması yaparak konunun pratikte nasıl ve ne boyutlarda kullanılabileceğini irdelemektir.

Her tip sağlık kuruluşunda eğitici/kolaylaştırıcı/yönlendirici ya da uzmanlık öğrencisi olarak çalışanların eğitim sürecindeki gereksinimleri, kendi kurumlarındaki olanakların niteliğini değerlendirmeleri, önerileri ve afiliasyon kavramına bakışları belirlenecektir.

- Bugün yürürlükte olan yasalar çerçevesinde gerçekleştirilebilen/gerçekleştirilemeyenler gözden geçirilerek
- Konunun farklı alt başlıklar içermesi göz önüne alınarak, her biri konusunda bugünkü durumlar saptanacak, küçük çaplı da olsa halen yapılan uygulamalar irdelenecek ve neler yapılabileceği araştırılacak
- Ulusal ve uluslararası uygulamalar konusunda bilgi edinilecek ve bu örneklerle dayanarak uygulama stratejileri saptanacak
- Saptanan stratejilerin uygulamaları konusunda değişik kurumlarda çalışan sağlık personelinin görüşleri ele alınacak

Sonuçta belirlenen ilkeler bugün için konuyu yönlendirmekle görevli idari mercilere aktarılabilecek bir rapor oluşturulmasına katkıda bulunulabilecektir

Yöntem: Niteliksel araştırma tipi kullanılarak yürütülen bu çalışmada İstanbul’da çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda uzmanlık eğitimi veren kurumlar evreni olarak hedeflenmiş eğitim koşulları birbirine benzer

olanlar arasında tabakalandırma yapılarak seçilen 7 kurum görüşmelerin yapılacağı alanları oluşturmuştur. Kurumlar arasından eğitimle ilgili bir profesör ya da doçent ya da şef, ya da şef yardımcısı ile eğitimden sorumlu bir uzman ve orta kıdem bir asistan ile görüşülmüş, önceden hazırlanmış olan yarı-yapılandırılmış görüşme formu içindeki akış izlenerek, tarafsız ve olumlu bir görüşme ortamı yaratılarak bire bir olarak derinlemesine görüşme tamamlanmış, verilen yanıtlar kayba uğramaksızın not edilmiştir.

Bulgular: 4 farklı araştırmacı tarafından ayrı ayrı kodlanan transkriptlerde ortaya çıkan bulgular bir araya getirildiğinde afiliasyon fikrini olumlu ya da olumsuz olarak besleyen koşullar ya da inanışlar ile bu konuda en önemli gereksinim olarak resmi bir uygulama olarak kabul edilmesi ve duyurulmasının önemi ortaya çıkmıştır.

Görüşmecilerin gruplanmamış ifadelerinden bazıları şöyledir;

“Orada çok şey öğrendim. Kendimi bir nevi yan dal yapmış gibi görüyorum. Çünkü sonradan da buraya gelip herşeyi sıfırdan burada kuracağımı bildiğim için bu işe dört elle sarıldım. Her kırıntıdan yararlanmaya çalıştım. Sadece hastalara değil, idari işlere de çok dikkat ettim. “

“Bunlar yeni işler, yeniden emek ve bilgi gerekecek, yeni bir sistem, yeni biriyle uğraşmak gerekecek diye algılanıyordur, zor geliyordu. “

“Kimse dışarıya gidilsin istemiyor. Neden “ benim yaptığım doğru olarak görülsün ve öyle kalsın “ diye istediklerinden...”

“Bir kere konudaki iletişim eksik.”

“Eğitimi düzenleyemedikleri için süreyi uzatıyorlar. Eğitimin standartlarını koyup, eğitim veren yerleri buna göre açık açık denetleyemedikleri için süreyi uzatıyorlar.”

“Hafta sonu geldim. Vizit yaptım. Çünkü zor hastalar vardı. Nöbetçi asistanın başa çıkamayacağını düşündüm. Ben bunu gerekli gördüğüm için yaptım. Yine yaparım. Ama ufukta bana da bir ışık görünsün. Benim de kendimi geliştirebileceğime dair bir ışık yakılsın”

“Bir kere benim şef olarak bu işin yararlı olacağına inanmam lazım. Gideceği yerin ona yararlı olacağına, iyi eğitileceğine, kontrol edileceğine inanmam lazım. Hastane idaresinin de onayı olması lazım. Ben kendi kendime bunlara karar verip yollarsam sonra da şikayet olursa bununla başa çıkılmaz hal alır. Takip kriterleri oluşturulursa gitti ne yaptı ne öğrendi diye öğrenebilirim.”

Sonuç: Afiliasyon eğitim kurumları arasında bire bir ilişkide, ortak programların ve çalışmaların yapılabilmesinde tartışılmaz bir öğedir. Bu oturumda afiliasyon konuda yapılmış bir literatür derlemesinin de sunulması ve ulusal çalışmalar (kurumlar arası deneyimler, derneklerin konuyla ilgili çalışmaları vb.) irdelenerek konunun tartışmaya açılması planlanmaktadır.

Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir “Afiliasyon Programı” Nasıl Olmalı?

Kesitsel Bir Araştırmanın Sonuçları

Yard. Doç. Dr. Arzu Uzuner

İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu Üyesi

Giriş: İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu (UEÇG) 2004 yılından bu yana, ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi için önemli bulduğu, uzmanlık eğitimi veren kurumların işbirliği olan afiliasyon konusu üzerinde çalışmaktadır. Afiliasyon öncelikle uzmanlık eğitimi alan kişilerin ihtiyacı doğrultusunda, eğitimi veren kişi ve kurumların desteğinin sağlanmasını gerektirmektedir.

Bu konuda UEÇG tarafından geliştirilen proje kapsamında öncelikle, uzmanlık eğitimine etkin olarak katılan uzman, başasistan, şef ve şef yardımcılarını/anabilim dalı başkanlarıyla derinlemesine görüşmelerden oluşan bir niteliksel çalışmanın yanı sıra iki de niceliksel araştırma planlanmıştır. İç içe gerçekleştirilmesi planlanan bu niceliksel araştırmalardan biri, uzmanlık eğitimi veren kurumlardaki şeflikler ve anabilim dalı başkanlıklarının katılımıyla kurumların ve klinik dalların eğitim alt yapısına ve uzmanlık eğitimi faaliyetlerine yönelik, diğeri ise asistanların uzmanlık eğitimiyle ilgili kapsamlı değerlendirmelerini içeren bir asistan anketi uygulamasıdır.

Amaç: Uzmanlık eğitimini, eğiticiler ve uzmanlık öğrencilerinin gözüyle, eğitim ortamı ve imkanları, klinik dallara göre eğitimin yapısına yönelik değerlendirmesini yapmaktır.

Yöntem: İstanbul’da uzmanlık eğitimi veren devlet hastaneleri, eski Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri, üniversite ve yan dal hastaneleri olmak üzere tüm hastaneler (n=25) arasından hem dahili hem de cerrahi bilimleri içeren 21’i çalışmanın evreni olarak belirlendi. İstanbul Tabip Odası verilerine göre İstanbul’da halen eğitim görmekte olan asistan sayısı toplam 5088 idi. Çalışmanın yürütüleceği hastaneler, İstanbul’daki asistanları temsil edecek şekilde belirlenen sayıda (toplam 11 hastanede 640 asistan) ve ağırlıklarına göre her bir kategoriden (Devlet/SSK, Fakülte ve Yan Dal), asistan sayısı en yüksek olanlar alınarak seçildi. Hastanelerdeki dahili, cerrahi ve temel bilim dallarından her bir bölüm için görüşülmesi gereken minimum asistan sayısı hesaplanarak, hastane temsilcileri vasıtasıyla kapsamlı olarak hazırlanmış anketler dağıtılıp toplama yoluyla uygulanmaya başlandı.

Asistanlara yönelik anketler tıpta uzmanlaşma ile ilgili genel soruların yanı sıra, halen uygulanmakta olan uzmanlık eğitiminin özellikleri, kullanılmakta olan eğitim yöntemleri, rotasyonlar, eğiticilere yönelik değerlendirmeler, eğitim süreci ve ortamı, bilimsel yayınlar ve etkinliklere katılım, uzmanlık dernekleri ve Türk Tabipleri Birliği ile ilişkileri irdeleyen sorular içermektedir. Uzmanlık eğitimi veren birimlerin eğitim kadrosu, eğitim alt yapısını değerlendirmeye yönelik olarak hazırlanan anketler ise, eğitim kadrosunun özellikleri, bilimsel etkinliklere katılım ve bilimsel yayınlar, eğitimde kullanılan alt yapı ve donanım, birimin hizmet kapasitesi, eğitim programı, rotasyonlara ilişkin soruları içermektedir.

Her iki anket çalışması halen sürmekte olup, asistan anketi çalışmasına ilişkin ilk sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmaktadır.

Bulgular: İki yüz otuz beş asistan anketi değerlendirilmiştir. Katılımcıların %52.4’ü kadın, %47.6’sı erkek, yaş ortalaması 29.32±3.1 (24-40)’dir. Çalışmamıza katılan asistanların %59.6’sı ≥3 yıldır uzmanlık eğitimini sürdürmekte olup, %65.5’i daha önce pratisyen hekim olarak çalışmamış, %86.4’ü uzmanlık alanını kendi isteğiyle seçmiştir. Asistanların %79.3’ü kendi uzmanlık dalında aldığı eğitimin süresini yeterli bul-

makta, %72.8'i eğitimde daha fazla hizmete ağırlık verildiğini ifade etmektedirler. Eğitimle hizmet sunumunun dengede olmadığını düşünenler toplam katılımcıların %79.1'ini oluşturmaktadır. Asistanların %48.5'i uzmanlık dalının çekirdek eğitim müfredatının mevcut olduğunu belirterek, uzmanlık için gerekli olan asgari uygulamaların belirlenmiş olduğunu %51.5 ve asistan karnelerinin uygulanması sıklığını ise %54.9 oranında bildirmişlerdir. Eğitim biriminde her yıl için yapılandırılmış asistan eğitim programı olmayanların oranı %34.4, var olan ama eksik uygulananların oranı %32.2, düzenli uygulananların oranı ise %33.5'tir. Seminer ve makaleler en çok kullanılan eğitim yöntemidir. Kurumlarda eğitim araç gereçlerinden en az bir slayt makinesi (%68.7), tepegöz (%74.2), barkovizyon (%81.6), bilgisayar (%73.6) ve %64.8'inde internet bağlantısı mevcuttur. Eğitim biriminizde asistan eğitimi sırasında belli dönemlerde sınav yapılması gerekir diyenler katılımcıların %53.6'sını oluşturmaktadır. Rotasyonlar tüzükte belirtildiği sürelerde ve eksiksiz uygulanıyor mu sorusuna katılımcıların %66.7'si olumlu yanıt vermiştir. Rotasyonlarda, rotasyonlar için ayrı bir eğitim programı oranında uygulanmamakta (%86.9) olup, rotasyonlarda alınan eğitimi asistanların %69.5'i orta-kötü ve çok kötü olarak nitelendirmiştir. Kurum dışı rotasyonların oranı %48.3 olarak belirtilmiştir. Asistanların %59.2'si kurumunun branşla ilgili eğitimi vermeye yönelik alt yapısını (teknik donanım) yetersiz olarak değerlendirmiş, eğitimde en çok kitaplardan, kıdemli asistandan (%44) ve baş asistan/uzmandan (%38) yararlandıklarını belirtmişlerdir. Uzmanlık eğitimi süreci, eğitimden beklentilerini kısmen karşılamaktadır (%59.5). Asistanların %54.8'i araştırma amaçlı çalışmalarda görev almaktadırlar, %36.6'sının bilimsel yayını mevcuttur. Asistanların %80.4'ü kendi uzmanlık derneklerinin yeterli kurullarının varlığından ve çalışmalarından haberdar değildir.

Sonuçlar: Asistanların gözüyle yürütülmekte olan uzmanlık eğitimi programlarında kitaplardan öğrenme ve usta çırak ilişkisi içinde bir eğitim sürdürülmekte ve daha çok hizmete dayalı bir eğitim süreci yaşanmaktadır. Kurumlarda yapılandırılmış bir eğitim programı var olmakla birlikte düzenli uygulamaların oranı düşüktür. Uzmanlık süreci içinde rotasyonlar ve dış rotasyonlar yapılmaktadır. Ancak rotasyonlarda alınan eğitimi asistanlar orta ve altında olarak değerlendirmişlerdir. Rotasyon amacıyla gidilen klinik ve kurumlarda rotasyonların uzmanlık alanına ait müfredatla ilişkili olarak yapılandırılmış bir eğitim verilmesi daha uygundur. Asistanlar, kendi uzmanlık alanlarının yeterlilik kurullarının etkinlikleri konusunda yeterince haberdar olmadıklarından, eğitime verdikleri şekil ve önerilerle halen sürdürülmekte olan uzmanlık eğitimlerinin kalitesini yükseltmede son derece önemli olan bu kurulların varlığından ve işlevlerinden haberdar edilmelidirler.

Eğitim Hastanelerinden Afiliasyona Bakış

Dr. Sultan Kavuncuoğlu

*S.B. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi*

Sağlık hizmetlerinde uluslararası standartlara göre kalitenin sağlanması bir çok faktöre bağlıdır. Bunların başlıcaları:

- 1- Hizmetin verildiği yerin alt yapısının uygunluğu.
- 2- Yeterli tıbbi donanım(cihaz,alet,yeterli sarf malzemeler).
- 3- Yeterli sayıda yetişmiş tıbbi eleman varlığı
 - a) Eğitimli, deneyimli hekim kadroları
 - b) Özellikle ünitelerde yetiştirilmiş teorik pratik donanımlı hemşireler
 - c) Yetişmiş yardımcı sağlık personeli

Uluslararası standartların hastanelerimizde gerçekleşmesi bu sisteme önce inanmak daha sonra gerçekleştirmekle mümkündür.

Bilindiği üzere uzmanlık eğitim kurumları:

- 1- Üniversite Hastaneleri
- 2- Kamuya Ait Eğitim Hastaneleridir.

Bu hastaneler bir yandan uzmanlık eğitimi verirken, bir yandan da değişik ölçülerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamaktadır.

Eğitim sistemi içinde eğiticiler ve eğitilenler yer almakta olup üniversitede eğitim kadrosu kıdem sırasına göre baş asistan ve/veya yardımcı doçent , doçent, profesör olarak sıralanırken ,eğitim hastanelerinde baş asistan ve/veya uzman doktor, şef yardımcısı, klinik şefi olarak organize edilmiştir.

Hastanemiz 1988 yılında ,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği uzmanlık eğitim hakkını almış olup 1989 yılında 4 asistan ,1 şef, 1 şef yardımcısı ve 1 başasistan ile eğitime başlamıştır.

Hizmetin kalitesinin artırılması amacıyla üst ihtisas dallarının kurulması konusunda ilk adım Kasım 2006 atılmıştır.O dönemde görev yapan başhekim Kadın doğum klinik şefi Op Dr Metin NURLUOĞLU eğitim hastanelerinde kalitenin artırılması, üst ihtisas birimlerinin oluşturulması için Ankara`da bakanlıktaki üst düzey toplantıda konuyu gündeme getiren büyüğümüzdür. Bu yapılanma ile üniversitelere sürekli sevk edilen yan dal hasta gruplarına ünite de hizmet verilmek suretiyle hem üniversitenin artan hasta yükünü üstlenmek; hem de eğitim hastanesi olarak dalında nitelikli hizmetin yanında yetişen asistanlarına yararlı olmak; diğer sevklerden kaynaklanan kurum harcamalarını en aza indirmek hedeflenmektedir. Bu düşüncelerle Kasım 1989`da 6 uzman doktor neonatoloji,hematoloji-onkoloji ve enfeksiyon-allergi bilim dallarında eğitim için 6 aylığına İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları ABD'na gönderildi. Haziran 1990`da hastaneye dönen uzmanlar ünitelerini kurarak göreve başladılar. 1991 yılında hastanemiz (SSK dönemi) ilk 4 kişilik grubu yan dal eğitimi için o yıl üniversiteye gönderildi. 1993,1994 ve 1995`de birer ,1997`de bir,1998`de iki, 1999`da bir ve 2001`de iki uzman yandal eğitimi için değişik ünitelere gönderildi. 2003 yılını gelindiğinde hastanemizde Neonatoloji,Enfeksiyon allerji, Nefroloji, Nöroloji, Kardiyoloji, Gastroente roloji,Endokrin Metabolizma,Hematoloji ve Onkoloji bilim dallarında toplam 15 yandal uzmanı çalışmak-

ta idi. Hizmetin devamlılığı için ekipte ikinci veya üçüncü yan dal uzmanlarımızın oluşturulması için 2004 yılında aynı bilim dallarından 12 uzman daha değişik üniversitelere gönderildi ve halen görevlerine devam etmektedirler. Hastanemizin toplam pediatri yatak sayısı 471, Çocuk cerrahisi yatak sayısı 25 olup doluluk oranımız ortalama 2004 yılında %91, 2005 yılında %93'tür. Toplam 1 yılda bakılan (yatan + poliklinik) sayısı 492.884'tür.

	YATAK KAPASİTESİ	
	2004	2005
NEONATOLOJİ		
Prematüre	43	43
Term	67	55
Yoğun Bakım	10	12
Sepsis	14	12
YATAN HASTA SAYILARI		
Term	4462	3708
Prematüre	1324	1118
Yoğun Bakım	416	518
Sepsis	275	242
NEONATOLOJİ POLİKLİNİK SAYILARI		
Yenidoğan polikliniği	14671	13722
Prematüre polikliniği	4954	4747

	2004 Yatan	2004 Poliklinik	2005 Yatan	2005 Poliklinik
Nöroloji	-	-	-	-
Nefroloji	530	23318	663	15317
Hem.Onk.	430	8753	725	11694
Endokrin	247	16595	542	19616
Alerji	1889	23048	1663	30752
Kardiyoloji	-	8888	-	8520
Yoğun bakım	416	-	518	-
Gastroentoloji	420	6323	465	7854

- Şu anda yatak kapasitemiz -

Mevcut yatak = 471

Kadro yatak = 531

Son iki yılda geldiğimiz noktada; hastanemiz pediatri yan dalları, servis ve poliklinik sayıları özellikle Sağlık Bakanlığıyla birleşmeden sonra oldukça yoğun bir çalışmaya girmiştir. Bu da üniversite desteğiyle oluşan yan dal hizmetlerine ihtiyacın çok fazla olmasıyla açıklanmıştır. Üniversiteyle birlikte yürütülen diğer bir çalışma da yenidoğan metabolik hastalık taramasıdır. Ünitimizde hiperfenilalaninemi taraması 1994 yılından beri başarılı bir şekilde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Metabolizma Bilim Dalı ile yürütülmektedir. 1994 yılında başlayan tarama programında 2004 yılına kadar 240.105 olgu taranmış bunlardan 36 olgu klasik PKU 92 olgu ise geçici Hiperfenilalaninemi tanısı almıştır. Ünitimizin klinik PKU sıklığı 1/6660 bulunmuştur. Reonatal resüstasyon programı (NLP) 2000 yılından beri Sağlık Bakanlığı, Neonataloji Derneği ve Üniversitelerin Neonataloji Bilim Dallarıyla birlikte yürütülen bebek ölümlerini önlemeyi hedefleyen çok önemli bir eğitim programı olup ülkemizin birçok ilinde çok sayıda ebe-hemşire, doktorun eğitimi gerçekleştirilmiştir. Hastanemizde 2003 yılından beri 10 kurs düzenlenmiştir 205 ebe, hemşire, anestezi teknikeri 210 doktor sertifika almıştır

Yine bebek ölümlerini önlemede anne sütü konusunda WHO-Unicef iş birliğinde bebek dostu hastane projesinde 1992 yılında hastanemiz Türkiye`de bu sertifikayı alan ilk üç merkezden biri olup hala ‘Bebek Dostu Hastane’ kimliğini taşımaktadır. Anne sütü eğitim kursları ile ebe ve hemşirelerimize sertifika verilmektedir.

Sonuç olarak hastanemizin eğitim ve hizmetin birlikte yürütüldüğü bir merkez olarak hedeflerini :

- Alet yapı ve donanım olarak;
- Gereksinim olarak modern cihazları temin ederek kullanıma sunmak;
- Ebe,hemşire ve teknisyen kadrosunun özel eğitimlerine önem vermek;
- Yetişmiş uzman kalitesini yükselterek,yan dal ünitelerinin oluşmuş kadrolarına yeni elemanlarını katmak,hem hastane hizmetlerinde hem de uzmanlık eğitiminde kaliteyi arttırmaya devam etmek olarak özetlemekteyiz.

Bu yapılanmamızda bize geçmişte destek olan hala desteğini,işbirliğini sürdüren Üniversitedeki tüm hocalarımıza şahsım ve hastanemiz adına minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Üniversite Hastanesinden Afiliasyona Bakış

Doç. Dr. Bülent Karadağ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıpta uzmanlık eğitiminde amaç, ilgili uzmanlık alanında yüksek düzeyde yeterliliğin geliştirilmesidir. Bu yeterliğe ulaşabilmek için eğitim esnasında edinilecek klinik deneyimler yeterli ve çeşitliliği sağlayacak kadar çok olmalıdır. Bir eğitim kurumunda bu olanaklar yetersiz olduğunda, kurumlararası rotasyon uygulanmalıdır. Bu nedenle uzmanlık eğitiminde kurumlararası işbirliği kaçınılmazdır. Ne yazık ki, ülkemizdeki tıp eğitim kurumları arasında bu tarzda bir ilişki yok denecek kadar azdır.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlardan, üniversiteler ve eğitim hastaneleri arasında belirli bir standardizasyon bulunmamaktadır. Eğitimde esas amaç olan standardizasyonun ilk koşulu, ilgili dalın özelliklerini içeren standart bir eğitim programı olmasıdır. Üniversiteler, Yükseköğretim Yasası'na göre bir teşkilatlanma içinde, eğitim hastaneleri ayrı bir yapılanma içindedir. İkisinin farklılıkları ister istemez işleyişi etkilemekte ve tıpta uzmanlık eğitiminde bir boşluk yaratmaktadır. Eğitimin standardizasyonu için hastaneler arası rotasyonun hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Eğitim hedeflerine uygun olarak farklı kurumların eğitim programlarında paralellik sağlama, kurumlararası bilgi ve deneyim alışverişi için akademik afiliasyon büyük önem taşımaktadır. Bazı yanlış yansımalar nedeniyle, eğitim hastaneleri ve üniversiteler birbirini rakip olarak görmektedir. Bu kurumların uzmanlık eğitiminde işbirliği yapan akademik kuruluşlar haline getirilmesi gerekmektedir. Bunun için, üniversite ve eğitim hastanelerindeki karşıt düşünceler ortadan kalkmalı ve iki taraf eşit koşullar altında afiliasyonu kabul etmelidir. Üniversitelerin afiliasyonda eğitim hastaneleri ile eşit koşullarda olduğu konusu üzerinde en çok durulması gereken konudur. Afiliasyon, eğitim hastanelerinin, üniversitelerin idari, yönetsel, akademik çatısı altına toplanması olarak anlaşılmamalıdır. Eğitim hastanelerinde, “üniversite hastaneleri bizi niye denetlesin, biz onlara göre neyi daha kötü yapıyoruz?” soruları doğuyorsa bu işbirliğini sağlamak güç olacaktır. Afiliasyon karşılıklı olarak eşit koşullarda işbirliği şeklinde gerçekleşmelidir.

Normal işleyen bir sistem içinde afiliasyonun yararları büyüktür. Üniversite hastanesi açısından avantaj, asistan ve akademisyenlerin toplumda sık görülen ve ülke sağlığı açısından çok önem taşıyan hastalıklar konusunda deneyim kazanabilmesidir. Böylelikle ayakları yere daha sağlam basan bir eğitim sistemi ve ülke gerçekleri doğrultusunda bilim üreten bir üniversite yapısı sağlanabilecektir. Afiliasyon uygulandığında, geniş eğitici kadro, çok sayıda ve geniş profilde hasta yani daha iyi bir eğitim olanağı sağlanacaktır. Bu da tıpta uzmanlık eğitiminde yeterlilik ve standardizasyon hedeflerine ulaşılmasını sağlayacaktır.

Sağlık Sistemi ve Uzmanlık Eğitimi

Dr. Ceren Göker

TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK) Yürütme Kurulu Üyesi

Uzmanlık eğitimi, temel bilgi ve becerilerin edinildiği tıp fakültesi öğrenciliği sonrasında belli bir alanda uzmanlaşmak amacıyla Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı (TUS) geçmeyi başarmış uzmanlık eğitimi öğrencisine yani asistana sunulan organize eğitim programıdır. YÖK tarafından tıpta uzmanlık eğitimi "Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yüksek öğrenimdir." diye tanımlanmaktadır.

Uzmanlık eğitimi süreci standart bir eğitim müfredatı doğrultusunda, eğitici olma niteliği kazanmış olan eğitimcilerin gözetimi altında, yeterli bir teknik donanıma sahip olan eğitim kurumlarında verilmesi gereken 5-6 yıl ile sınırlı bir süreçtir. Bu süreçte doğal olarak asistan, hastaya sunulan sağlık hizmetinde sorumluluk alır ve uygulama becerilerini geliştirerek deneyim kazanır.

Doğası gereği bu süreç, asistan hekimin uzman hekim olmak için eğitim aldığı geçici bir dönemi kapsar. Geçici olmasına rağmen kişinin o alandaki gelecek yaşantısını belirleyen kritik bir dönemdir. Bu dönemin asıl amacı eğitim kurumundaki hizmet eksikliğini gidermek değil hizmet-eğitim dengesi gözetilerek ülkemizin uzman hekim ihtiyacı doğrultusunda uzman hekim yetiştirmek olmalıdır.

Ancak uygulamada asistan hekimler hizmet yükü altında ezilmekte, standardize edilmemiş bir eğitim programıyla ve eğiticilik konusunda yeterli eğitimi olmayan eğitimcilerle karşı karşıya bırakılmakta, akredite edilmemiş ve teknik donanımı yeterli olmayan kurumlarda "eğitim" görmektedirler. Ek olarak gerek büyük şehirlerle küçük olanlar arasında, gerekse üniversite hastaneleri ile eğitim hastaneleri arasında hem eğitimin niteliği, hem de çalışma koşulları açısından bariz eşitsizlikler mevcuttur. Uzman hekim ihtiyacının %52'sini karşılayan eğitim hastanelerinde iş yükü daha ağır olmaktadır. Örneğin 2004 yılında Ankara'da psikiyatri eğitimi veren kurumlarda yaptığımız bir asistan anketinin verilerine göre Ankara'daki üniversite hastanelerinde poliklinikte asistan başına düşen hasta sayısı ortalama 20, hasta başına süre ortalama 10-20 dakika iken, eğitim hastanelerinde hasta sayısı 40-50 ve süre 1-10 dakikadır. Gene nöbet sayısı ve nöbet yükünde de benzeri bir eşitsizlik söz konusudur. Aynı anketten örnekle Ankara'da üniversitelerde psikiyatri asistanı ayda ortalama 4 nöbet tutup ortalama 4 acil hastaya hizmet verirken, eğitim hastanesi asistanı 6 nöbet tutmakta ve 10-20 hastaya hizmet vermektedir.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (TUT) çerçevesinde verilmektedir. 2002'de yayınlanan TUT hükümlerinin yürütmesi Danıştay tarafından durdurulmuş ve halen 1973'te çıkmış olan TUT ve buna dayalı olarak 1974'te yayınlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği uygulanmaya devam etmektedir. Uzmanlık eğitiminin tüm boyutlarına dair görev ve yetkilere sahip olan Tıpta Uzmanlık Kurulu ile ilgili hükümlerin yürütülmesinin durdurulmuş olması nedeniyle tüzük çoğu hükmü bakımından uygulanamaz haldedir, yani işlevsizdir. Uzmanlık eğitiminin tarafları olan Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB ve Uzmanlık Dernekleri'nin bir arada çalışması gereği hükümet tarafından görmezden gelinmektedir. Bu eğitimin doğrudan muhatabı olan asistanların ise söz hakkı akla bile gelmemektedir. Yasal mevzuattaki yetersizlik ve belirsizlik, sürecin sonunda asistanları bekleyen mecburi hizmet ile birleşince asistan hekim gelecek kaygısıyla başbaşa kalmaktadır.

Hükümetin uygulamaya koyduğu sağlık "reform"ları da uzmanlık eğitimini derinden etkilemiştir. 1980 sonrası yönetime gelen MGK, ANAP, DYP-SHP, Anayol, Refahyol, Anasol-D, DSP-ANAP-MHP koalisyon hükümetlerinin tümünün gündeme getirdiği öneriler Kasım 2002 seçimleriyle iktidara gelen AKP tarafından da aynen benimsenmiş ve "sağlıkta dönüşüm" adıyla uygulamaya geçmiştir. Hükümetin sağlık alanında yaptığı düzenlemeler kamu sağlık hizmetinin sınırlandırılması, özelleştirme-taşeronlaştırma ve özel sağlık piyasasının genişletilmesi olarak tanımlanabilir. Bütçeden sağlığa ayrılan payın az olması yetmiyormuş gibi, koruyu-

cu sağlık hizmetlerine ayrılan pay giderek azaltılmakta, birinci basamak tasviye edilmeye çalışılmaktadır. Aile hekimliği modeli, performans dayalı ücretlendirme, genel sağlık sigortası, yabancı uyruklu hekim istihdamı gibi uygulamalar sonucunda hastanelerin birer işletmeye dönüşeceği; prim, katkı payı, temel teminat paketi gibi uygulamalarla sağlık hizmetinden yararlanan nüfusun giderek azalacağı, desteksiz kalan kamu hastanelerinin birer birer kapanacağı, hekimlerin ucuz işgücüne dönüşeceği ve sağlığın alınıp satılır bir mal haline geleceği ortadadır. Sağlıkta dönüşüm programının sağlığın tüm alanlarına indirdiği darbeden uzmanlık eğitimi ve asistan hekimler de payını almaktadır. Merkezi bir istihdam planı yapılmadan ve gerekli donanımdan yoksun olarak açılan tıp fakültelerinin çoğu yeterli bilgi ve beceriye sahip uzman hekim yetiştirmekten çok uzaktır. Gerek tıp fakültelerine öğrenci alırken, gerek TUS'la asistan hekim alırken sadece o anlık hizmet ihtiyacı doğrultusunda davranılmakta, böylelikle ülkemizin ihtiyaç duyduğundan fazla pratisyen hekim ve uzman hekim yetiştirilmektedir. Bunun bir sonucu olarak hekim emek gücü ucuzlatılmakta, ciddi bir işsizlik tehditi doğmaktadır. Gündemde olan 15 yeni tıp fakültesi ve hukuksal olarak hiçbir zemine oturmayan 180 şef-şef yardımcısı ataması eğitim kurumlarını bilimsellikten uzak hale getirmekte ve eğitimi popülist siyasi manevralar uğruna baltalanmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme uygulaması hastaneleri birer işletmeye dönüştürmekle kalmamakta; aynı zamanda eğitimde yetersizliğe, çalışma barışının bozulmasına, motivasyon eksikliğine, hekim-hasta ilişkisinde bozulmaya ve etik değerlerde yozlaşmaya yol açmaktadır.

GSS sisteminde ortaya çıkabilecek tüm eksik uygulamalardan hekimler sorumlu tutulmakta ve cezalandırılmaları öngörülmektedir. Yeni TCK ile hekimler potansiyel suçlu gibi gösterilmektedir. Bunun sonucu olarak girişimsel tanı yöntemlerinden kaçınma, gereksiz tetkiklerde artış, tanıda gecikme ve kaynakların yanlış kullanımı söz konusu olacak, bu da uzmanlık eğitimi olumsuz etkileyecektir.

Uzmanlık eğitimi alırken “çırak” konumunda olan asistanın “ustası” karşısında temsiliyetinde de sorun yaşanmaktadır. Bazı tabip odalarının asistan komisyonlarında, bazı uzmanlık derneklerinin yönetimlerinde veya komitelerinde ve bazı üniversitelerin asistan temsilciliklerinde örgütlenmeye çalışan asistanlar için merkezi bir temsiliyet gerekliliğinden ortaya çıkan TTB-Asistan Hekimler Eğitim Kurulu (AHEK) XI.TUEK'te kuruldu ve 18-19 Kasım'da yapılan TTB Büyük Kongresi'nde sunulan yönerge ile resmen tanındı.

Sonuç olarak daha kaliteli bir uzmanlık eğitimi için öneriler:

1. Asistanlık geçici bir dönem olsa bile asistanlık süregelen bir durumdur. Asistanların kendi eğitimleriyle ilgili tüm süreçlere aktif katılımı sağlanmalıdır.
2. STE etkinliklerine katılım asistanlar için bir hak ve mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur. STE etkinliklerine asistanların katılımı kurumlarınca desteklenmelidir.
3. Asistanların eğitim sürecini aksatacak sıklıkta nöbet tutmaları engellenmelidir. Haftalık çalışma saati 56 saati geçmemeli, nöbet sonrası kesintisiz 11 saatlik nöbet izni olmalıdır. Her türlü fazla çalışma tam olarak ücretlendirilmeli ve yasal dayanağa bağlı olarak ödenmelidir.
4. En kısa zamanda SB, TTB, UDEK ve AHEK işbirliğinde yeni bir tüzük çıkarılmalıdır.
5. Asistan yetiştiren kurumlar ülke gereksinimlerine uygun biçimde ve bilimsel standartlar doğrultusunda yapılmalıdır.
6. Başasistan, uzman, şef-şef yardımcısı konumlarına atamalar bilimsel dayanaklarla yapılmalıdır.
7. Sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları eğitici-eğitilen ilişkisini patron-emekçi ilişkisine, hastaneleri işletmeye ve sağlığı alınıp satılır bir mala çevirmeyi amaçlamaktadır. Bu uygulamalar asistanın emeğini gasp etmekte ve eğitimin yerini hizmet sunumuyla doldurmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme ve ithal doktor benzeri uygulamalar ivedilikle durdurulmalıdır.
8. Tıp eğitiminde standardizasyona gidilmeli, eğitim hastanesi-üniversite hastanesi ile büyük şehir-küçük şehir arasındaki eşitsizlikler giderilmelidir.
9. Eğitici, eğitilenler ve eğitim kurumları periyodik olarak denetlenmeli ve değerlendirilmelidir. Tüm eğitim kurumlarında eğitici ve asistanlardan oluşan eğitim komisyonları kurulmalı ve eğitim programı üzerinde birlikte çalışılmalıdır. Asistanların eğitimini değerlendirmek amacıyla yeterli sıklıkta mesleki gelişimi değerlendirme oturumları yapılmalı, asistanların tuttukları kayıtlar incelenerek eğitim programının yeterliliği değerlendirilmeli, eğitilenler tarafından eğiticilere geri bildirim yapılmalıdır.

TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK)

Dr. Ceren Göker

TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK) Yürütme Kurulu Üyesi

Asistanlık 5-6 yılı kapsayan geçici bir süreçtir. Kişi için geçici olmakla birlikte asistanlık süregelen bir durumdur. Asistan hekim/uzmanlık eğitimi öğrencisi/araştırma görevlisi, kendine takılan çeşitli adlardan da anlaşılacağı üzere, çalıştığı kurumda o anda eksik olanı tamamlamak için bulunan hekimdir. Duruma göre asistanın doktor, hemşire, hasta bakıcı veya personel olabilme becerisi geliştirmesi beklenir. Asistan sınavla girdiği eğitim kurumundan gene bir sınav sonrasında uzmanlık belgesi alarak çıkar.

Bu süreç asistanın mesleksi olgunluğa eriştiği ancak bunun için de ağır bedel ödediği bir dönemdir. Günümüz Türkiye'sinde asistan hekim; eğitimi, çalışma koşulları ve özlük haklarıyla ilgili çok ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Standardize edilmemiş eğitim programlarıyla, yetersiz teknik donanımla ve yetersiz eğitici gücüyle açılan tıp fakülteleri ve hukuksuz şef-şef yardımcısı atamalarıyla gittikçe bilimselliğini yitiren eğitim hastanelerinde asistan adeta harcanmaktadır. Görece daha iyi koşullarda çalışma imkanı bulan daha şanslı asistanlar ise hiyerarşik düzen altında ezilmektedir.

Yıllardır bu gerekçelerle asistanlar örgütlenmeye çalışmaktadır. Asistanların örgütlü olduğu yapılar bazı tabip odalarının asistan komisyonları, bazı uzmanlık derneklerinin yönetim kurulları veya asistan komiteleri, bazı yerlerde sağlık emekçileri sendikasının eğitim komisyonları, çeşitli eğitim kurumlarının asistan temsilcilikleri, psikiyatri asistanları ve uzmanları derneği gibi yarı asistan örgütleridir. Ancak asistanların bu örgütlülüğünde süregelenlik sağlanamamış, ortak kurumsal bellek oluşturulamamış ve çoğu çalışmalar birbirini tekrarlar hale gelmiştir.

Asistanların mesleki dayanışmalarını artırmak, çalışma koşullarını düzeltmek, eğitim kalitelerini yükseltmek ve eğitim programlarının planlanıp uygulanmasında yer almalarını sağlamak amacıyla 2002 yılında Ankara'da düzenlenen VIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı (TUEK)'nda Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) benzeri bir asistan örgütlenmesine gidilmesi ilk kez dile getirildi. İzmir ve İstanbul'da yapılan IX. ve X. TUEK'lerdeki panellerde model üzerinde tartışıldı. Nihayet Kasım 2005'te Ankara'da düzenlenen XI.TUEK'teki asistan çalıştayında çeşitli şehirlerden ve kurumlardan gelen 42 asistanın katılımıyla TTB-Asistan Hekim Eşgüdüm Kurulu (AHEK) kuruldu. Oybirliği ile seçilen 7 kişilik geçici yürütme kurulunun (YK) Ankara Tabip Odası Asistan Komisyonu üyelerinin yaptığı TTB-AHEK ön yönergesinin maddeleri üzerinde çalışması kararlaştırıldı. Geçici YK çalışmasını tamamlayarak oluşturduğu yönergeyi 18 Kasım 2006'da TTB Büyük Kongresi'nde sundu ve böylece TTB-AHEK resmen tanınmış ilk merkezi asistan örgütü oldu.

Artık AHEK'i tüm asistanlara tanıtarak tüm ülkeyi kapsayacak şekilde örgütlenme zamanıdır.

Üniversite Hastanelerinde Uzmanlık Eğitimi ve Bir Örgütlenme Modeli

Dr. Sadık Ç. Mollamahmutoğlu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Asistanı

Üniversite hastanelerinde, üniversiteden üniversiteye çok değişen nitelikte uzmanlık eğitimi verilmektedir. Üniversitelerdeki uzmanlık öğrencileri çok çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Uzmanı olacakları tıp alanındaki ulusal sağlık öncelikleri buna uygun olan planlama uzmanlık eğitiminin vazgeçilmez nitelikleriyle ilgili belirsizlikler hayatlarını etkilemektedir. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün sürekli tartışma konusu olması gerçekçi ve uygulanabilir bir çekirdek müfredatının olmaması, uzmanlık eğitimi aldıkları kliniklerin eğitici, eğitim kurumu ile ilgili standartların belirsiz olması ve bu konuda herhangi ulusal sağlık otoritesi tarafından denetim yapılamaması, uzmanlık eğitimine yansımaktadır.

Yaşadıkları sorunlara yönelik olarak asistan hekim inisiyatifinin öncülüğünde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Asistan Örgütlenme Modeli asistan hekimlerin yaşadıkları sorunlara bir çözüm modeli olarak düşünülmüştür. Bu yazıda, üniversite hastanelerinde uzmanlık eğitimi ve asistan hekimlerin bu sürece en uygun katılımını sağlayacak örgütlenme modelleri üzerinde tartışılacaktır.

Yeterlik Sınavları Neyi Ölçer?

Dr. Ayhan Şenol

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD Asistanı

Yeterlilik sınavlarını kimler yapar?

Bu görev dernek yönetim kurullarının denetimi altında dernek yeterlilik kurullarına aittir.

Koordinasyon:

TTB-UDKK koordinasyonu sağlar, yönlendirir ve danışmanlık hizmeti verir.

Yeterlilik sınavları ile ne amaçlanmıştır?

Uzmanlık eğitimini iyileştirmek, düzeyini yükseltmek, uluslar arası ve ulusal standartlara uygun hale getirmek ve ülkemiz gereksinimlerini karşılayabilir hale getirmek.

- a) uzmanlık eğitiminin standardını oluşturmak ve yükseltmek,
- b) Kalite denetimi sağlamak,
- c) Uzmanlık eğitimi sonrasında ülke düzeyinde standart sınav yapmak,
- d) Uzmanlık yeterlilik belgesini vermek,
- e) Sürekli Tıp Eğitimi etkinliklerine katılımı teşvik etmek, özendirmek ve denetlemek.

Yeterlilik sınavlarından önce uzmanlık eğitiminde bazı standartlara ulaşılmalıdır.

Eğitim için yeterli alt yapı donanımı: Uzmanlık dernekleri anabilim dalları ile koordinasyona geçip eğitim gereçleri ve koşulların yeterliliğini sağlamalıdır.

Eğitim için yeterli standartlarda eğitici: Kaliteli standart eğitim için bu eğitimi verecek eğiticilerinde belirli standart yakalaması gerekmektedir. Uzmanlık dernekleri Üniversite ve Eğitim hastaneleri ile birlikte gereğinde bu koşulları sağlamak için rotasyon veya benzeri bir sistemle belirli standartlar yakalanmalıdır.

Çekirdek eğitim programı oluşturulmalı ve uzmanlık dernekleri aracılığıyla eğitim veren kurumlarda uygulanması sağlanmalıdır.

Bu eğitimin uygulandığını gösteren **karneler** hazırlanmalı, uygulamalar karnelere sistematik işlenmeli ve eğitim sürecinde belirli dönemlerde **değerlendirmeye** alınmalıdır.

Yukarda belirtilen standartlar sağlanmadığı takdirde gönüllülük temelinde girilen ve katılımı en son verilere göre yetersiz olan yeterlilik sınavlarında alınan başarılar da bireysel başarının ötesine gidemeyecektir.

Belirtilen koşullar sağlandıktan sonra bu standartlarda alınan bilginin sınanması için yeterlilik sınavların uygulamasına geçilmelidir.

Bilindiği gibi yeterlilik sınavlarına katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu uygulamayı yaygınlaştırmak için standartlar sağlandıktan belli uygulamalara gidilebilir.

Uzmanlık eğitimi sonrasında girilecek olan uzmanlık sınavında süre, rotasyon, tez yeterliliği yanısıra ilgili uzmanlık derneğinin yapmış olduğu **yeterlilik sınavına girmeye teşvik etmeli**. Bunun yanında Üniversite veya eğitim hastanelerinin açacağı **akademik kadrolarda** Yeterlilik sınavına girişin tercih sebebi olarak belirtilmesi şu anda yetersiz olan katılımları arttıracaktır.

Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik Sürecinde Eğitici Gelişimi -Eğiticilerin Eğitimi-

Yard. Doç. Dr. H. İbrahim Durak
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

“Şüphesiz ki aynı zamanda öğrenci olmayanlar başarılı birer eğitici olamazlar”

Sir William Osler

Tıpta öğretim becerileri ilk kez 1950’lerde Miller tarafından gündeme getirilmiştir. 1970’lerde davranışçı akım etkisinde eğiticilerin eğitimi için çalıştay ve kurslar düzenlenmeye başlamıştır. 80’lerde bilişsel akımla zenginleşen yöntem ve kavramlar, 90’larda yapılandırmacı akım ve sosyal öğrenme teorilerinden de etkilenerek daha da genişlemiştir. Bugün tıpta eğitici; öğreten, anlatan dışında “eğitim yönlendiricisi (tutor), yetiştirici (coach), akıl hocası (mentor) gibi başka ifadelerle de tarif edilebilmektedir. Görevlerini yerine getirirken eğiticilerden, kullanılabilecek eğitim-öğretim ve sınav yöntemlerinin seçimi ve uygulanması, teknolojiden faydalanılması konularında ustalık beklenmektedir. Doğal olarak bu beklentilerin karşılanabilmesi için eğiticilerin eğitilmesine gereksinim vardır. Günümüzde artık eğiticilerin eğitimi, eğitici gelişimi kavramı altında bir alt alan olarak kurumsallaşmıştır ve tıpta öğrenme ve öğretmeyi daha etkin hale getirmekle uğraşan tüm kurum ve bireyler için önemi giderek artan bir etkinlik alanıdır.

İngilizce orijinali “faculty development” olan bu kavram için ülkemizde “eğitici eğitimi” karşılığı daha yaygın kullanılmaktadır. Ancak bu kullanım kısmen doğrudur. Bu metinde, tıp eğiticilerinin eğitim dışında sağlık hizmeti, araştırma, yönetim, vatandaşlık gibi hizmet ve sorumlulukları bulunduğu ve tüm bu alanlardaki niteliklerinin “eğitici” vasıfları ile doğrudan ilişkili olduğu göz önünde bulundurularak ve kavramın orijinal kökenine sadık kalarak eğitici eğitimi yerine “eğitici gelişimi” kavramı kullanılacaktır. Eğitici gelişimi “elemanlarının kurumsal rollerini yenilemek/ desteklemek için, kurumların kullandığı çok çeşitli etkinlikler”, “öğretim elemanlarının temel performans alanlarında (eğitim, araştırma ve yönetim) bilgi ve becerilerini artırmak için tasarlanan aktivitelerin tümü”, “kurumları ve öğretim elemanlarını çeşitli rollere hazırlamak ve yaşamsallıklarını, üretkenliklerini sürdürmek için hazırlanmış programlar” gibi ifadelerle tanımlanmaktadır; eğitici gelişimi programları (aynı cümlede iki kez ‘etkinlik’ olmaması için ‘eğitici gelişimi programları’ gibi bir şey kullanılsa daha iyi mi olur?) eğitim sürecinin her düzeyinde (mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi) eğiticilik etkinliğini iyileştirmek üzere değişik formatlarda tasarlanmaktadır.

Eğitici gelişim programları, bireysel (akran işbirliği vb.) etkinlikler ya da grup programları (çalıştay, kurs, v.b) şeklinde uygulanabilir. Akademik bir bölüm ya da kurum (fakülte, üniversite, dernek) tarafından ya da ulusal veya uluslararası programlar şeklinde örgütlenebilir. Tıp eğitimi yazınında rastladığımız eğitici gelişimi programları daha çok bölüm ya da fakülteler tarafından uygulanan, öğretsel gelişmeye odaklanmış ve sıklıkla katılımcı memnuniyeti, bilgi düzeyindeki değişimlerle değerlendirilen etkinliklerdir. Eğitici gelişimi programlarında etkinliği mutlak ve kanıtlanmış tek bir yöntem yoktur. Çoklu yöntem kullanılması, eğiticilerin gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmış longitudinal programların uygulanması, öğretim becerilerinin yanı sıra başka konulara da yer verilmesi önerilmektedir. Son yıllarda tıp eğiticileri için uluslararası eğitici gelişim etkinlikleri ortaya çıkmış olmakla birlikte (FAIMER, ESME), örgütsel gelişim, liderlik, program geliştirme gibi konular ve tıpta profesyonel davranış, iletişim becerileri gibi yeni ve zor alanların eğitimlerini verecek eğiticilerin de yetiştirilmesi gereklidir.

Ülkemizde geçmişte çok da eskiye dayanmayan uzmanlık eğitiminde yeterlik çalışmaları sürecinde, içe-

riği eğitimcilerin öğretsel gelişiminin ötesinde çekirdek müfredat, yeterlik sınavları, program geliştirme gibi konuları da içermesi beklenen eğitici gelişim programlarına gereksinim ortaya çıkmıştır. Bu konuda Türk Tabipleri Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) çatısı altında kurulan Ulusla Yeterlik Kurulu (UYEK)' in daveti ile 2004 yılı sonunda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD olarak bir işbirliğine başlanmıştır. Bu işbirliği kapsamında yeterlik kurullarını oluşturmuş uzmanlık derneklerine yönelik olarak ilki Kasım 2004'te Ankara-TTB' de ve ikincisi Mayıs 2006' da İzmir EÜTF Tıp Eğitimi AD' da olmak üzere iki eğitici gelişimi çalıştay düzenlenmiştir. 4,5 gün süren bu çalıştaylara 60'a yakın dernek temsilcisi katılmıştır. Çalıştaylarda yetişkin eğitimi ilkeleri temelinde kurgulanan katılımcı eğitim yöntemleri uygulanmış, içerik katılımcı beklentileri, UYEK misyonu ve düzenleyicilerin öngörülerinde yola çıkılarak tematik bir kavramsal çerçeve üzerinden örgütlenmiştir. Ek 1'de verilen 2004 programında da görülebileceği gibi, Dünya da ve Türkiye' de uzmanlık eğitimi ve yeterlik perspektifinden, öğrenme ve öğretme yaklaşımlarına, uzmanlık eğitiminde genel yetkinliklerden eğitim yöntemleri ve ölçme değerlendirmeye, program geliştirmeden eğitimde liderlik ve yönetime uzanan geniş bir çerçevede oluşan içerik zengin bir okuma materyali ile desteklenmiş, pre-post test uygulamaları ve katılımcı geribildirimleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, ülkemiz için bu çapta bir ilk olma özelliği olan çalıştaylarda, dernek temsilcilerinin yeterlik kurullarının çalışmalarını sunmaları istenmiş ve çalıştay bitiminde bundan sonra yapılacaklar için bir yol haritası çıkarılmaya çalışılmıştır.

Her iki çalıştay da katılımcılar tarafından ufuk açıcı ve bilgi verici olarak değerlendirilmiş ve devamlılığı vurgulanmıştır. İlk çalıştayda uygulanan pre-post test sonuç karşılaştırmasında, katılımcıların anlamlı düzeyde bilgilerini artırdıkları saptanmıştır.

Elbetteki bu girişim ilk olması ve genel bir giriş olması nedeniyle değerlidir. Fakat yeterlik sürecinde, ülkemizde uzmanlık eğitimi ve öğrenme ortamında niteliğin geliştirilmesi; derneklerin ortak gereksinimleri paydasında planlanmış, izleme ve destek mekanizmaları kurulmuş, çoğul yöntem kullanılan benzer eğitici gelişim programlarının yaygınlaştırılmasını gerektirmektedir.

Ek 1.

**UYEK TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ:
PROGRAMLAMA-UYGULAMA-DEĞERLENDİRME ÇALIŞTAYI PROGRAMI**
(5-10 KASIM 2004 ANKARA)

5 Kasım Cuma

18.00 Tanışma kokteyli

6 Kasım Cumartesi

TEMA 1: Açılış

09.00 Hoşgeldiniz Konuşması	F. Sayek
09.15-10.15 Dünya' da ve Türkiye' de Uzmanlık Eğitimi ve Board Perspektifi	C. Terzi
10.15-10.45 ARA	
10.45-11.30 UYEK-misyon ve vizyonu, kursun bu vizyon içindeki yeri ve hedefleri, katılımcılar ve derneklerden beklentiler	M. Kınay
11.30-12.30 Pre-test, katılımcılardan kurs beklentilerin alınması, kursun öğrenme hedeflerinin tanıtımı, program açıklamaları	H.İ. Durak
12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ	

TEMA 2: Uzmanlık Eğitiminde yer alması gereken yetkinlikler

13.30-14.00 Uzmanlık Eğitiminde yer alması gereken genel yetkinlikler	C. Terzi
14.00-15.00 Profesyonellik ve profesyonel davranış	H.İ.Durak
15.00-15.15 ARA	
15.15-16.45 Sağlık sistemi ve Sağlık Politikalarının Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Yeri	A. Soyer
16.45-17.00 ARA	
17.00-18.30 Uzmanlık Eğitiminde Tıbbi Etik	B. Arda

7 Kasım 2004 Pazar

09.00-10.30 Uzman hekimin sahip olması gereken Tıbbi Bilişim Yetkinlikleri	N. Dizdar
10.30-11.00 ARA	
11.00-12.30 Uzmanlık Eğitiminde yer alması gereken alana özel yetkinlikler	T. Dağlı
12.30-13.00 Temanın değerlendirilmesi	C. Terzi
13.00-14.00 ÖĞLE YEMEĞİ	
TEMA 3: Öğretme ve Öğrenme Yaklaşımları	
14.00-15.45 Öğretme ve öğrenme yaklaşımları	S. E. Törün
15.45-16.00 ARA	
TEMA 4: Eğitim Programı Geliştirme	
16.00-17.30 Eğitimde program geliştirme süreci	H. Şahin

8 Kasım 2004 Pazartesi**TEMA 5: Klinikte eğitim, öğretim tasarımı**

09.00-09.15 Tema programının açıklanması önerilerin alınması	M. Çiçeklioğlu
09.15-09.45 Klinik eğiticinin günlüğü ve eğitimde karşılaşılan sorunlar	K.Vatansever
09.45-10.30 Hekimler nasıl öğreniyor?	H.İ. Durak
10.30-11.00 ARA	
11.00-12.00 Klinik eğitimde kullanılabilecek eğitim kuramları ve eğitim tasarımı modelleri	H. İ. Durak
12.00-13.00 ÖĞLE YEMEĞİ	
13.00-14.30 Klinik eğitimde geleneksel usta-çırak eğitimi yerine bilişsel çıraklık modeli	K.Vatansever
14.30-14.45 ARA	
14.45-17.00 Bir örnek olarak uzman hekimin araştırma yapabilme yetkinliğine yönelik eğitim programı tasarımı	K. Vatansever
17.00-17.30 Temanın değerlendirilmesi	M. Çiçeklioğlu
	H.İ.Durak

9 Kasım 2004 Salı**TEMA 6: Ölçme Değerlendirme**

09.00-09.45 Ölçme ve değerlendirmede genel ilke ve yöntemler	H.İ. Durak
09.45-10.45 Uzmanlık eğitiminde kullanılan ölçme değerlendirme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları	H.İ.Durak
	S.E.Törün
10.45-11.15 ARA	
11.15-12.30 Bilişsel alanda ölçme değerlendirme	S.E.Törün
12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ	
13.30-14.45 Tutum ve davranış alanında ölçme değerlendirme	H.İ.Durak
	C. Terzi
14.45-15.00 ARA	

TEMA 7: Eğitim Yönetimi

15.00-16.15 Eğitim Yönetimi, Program Değerlendirme ve Eğitici Gelişiminde temel kavram ve yöntemler	M.Çiçeklioğlu
16.15-16.45 Eğiticilerin değerlendirilmesi	G.Kandiloğlu
16.45-17.00 ARA	
17.30-18.00 Post-test, katılımcı beklentilerinin gözden geçirilmesi	H. İ.Durak

10 Kasım 2004 Çarşamba**TEMA 8: Kapanış**

09.30- 11.30 Derneklerin deneyimi ve bundan sonrası için eylem planı önerileri	C. Terzi
	M.Kınay
11.30- 12.00 Kursun değerlendirilmesi ve sertifika töreni	

Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kurumsal Akreditasyon

Prof. Dr. İskender Sayek
TTB Merkez Konseyi Üyesi

Tıp eğitimi tıp fakültesine girişle başlayan ve emekliliğe kadar süren yaşam boyu bir eğitimidir. Amacı toplum sağlığını en yüksek düzeyde tutacak “iyi hekim” yetiştirmektir. “İyi hekim” belli standartlara sahip hekim olarak tanımlanabilir. Bu süreç tıp eğitiminin temel tıp eğitimi dönemi ve uzmanlık eğitimi dönemlerinde ana hedef olmalıdır. Sürekli Tıp Eğitimi /Sürekli Mesleki Gelişim bu sürecin yaşam boyu olmasını sağlayan temel ögedir.

Yaşadığımız bu dönemde tıp biliminin ve tıp eğitiminin en önemli sorunları bilginin aşırı artması, aşırı teknoloji bağımlılığı, sağlık alanında metalaşma, toplumda eşitsizliklerin derinleşmesi, sağlık politikaları ile eşgüdümün olmaması, kurumlar ve eğiticiler arasındaki heterojenlik ve “internasyonalizasyon” dur. Ülkeler arası sınırların kalması ve Avrupa Birliğinde olduğu gibi mesleki ve toplumsal serbest dolaşım bu etkenler arasında önemli yer almaktadır.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı tıp eğitiminde standartların oluşturulması şarttır. Ancak standartların oluşturulmasından “Standart” hekim yetiştirmek anlamı çıkarılmamalıdır. Standardizasyon belli standartların başarıyla oluşturulduğu süreç veya belli standartlar ve kuralların bir süreçte kullanımı olarak tanımlanabilir. Tıp eğitiminde standardizasyon için ilk ve en önemli örnek Amerika Birleşik Devletlerinden 1910 yılında A. Flexner’in yaptığı çalışmalardır. Bu çalışma ile o zaman ABD ve Kanada’da mevcut 115 tıp okulu ziyaret edilerek kurumlar arası farklılıklar ortaya konmuş ve standartlara uymayan okulların kapatılması sağlanmıştır. Daha sonra Amerikan Tabipler Birliği standartları belirleyerek hekimlik yapabilme lisans sınavlarını yerleştirerek standardizasyon sürecinden kurumsal ve bireysel akreditasyon süreçlerini başlatmıştır. Bu örnek sürecin temel hedefi eğitim niteliğini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlayarak toplum sağlığını korumaktır. Bu standartlar ulusal gereksinimleri karşılayacak düzeyde olmalıdır. Standartların belirlenmesinde uluslar arası standartlar kullanılmalı ve bu standartlar bölgesel, ulusal ve kurumsal gereksinimler ve öncelikler doğrultusunda modifiye edilmelidir. Her ülke temel ve uzmanlık tıp eğitiminin ülkenin sağlık politikalarına uygun olmasını sağlaması sorumluluğundadır. Bu standartlar eğitici, eğitilen ve kurumu birlikte ilgilendirmektedir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME World Federation for Medical Education) tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili global standartları belirlemiştir. (www.wfme.org)

Tıpta uzmanlık eğitiminde standardizasyon altyapısının incelendiği kurum ziyaret programları, çekirdek müfredatın belirlenmesi, asistan karnelerinin kullanımı ve denetimi, yeterlik sınavlarının uygulanması, standartların belirlenmesi ve akreditasyon süreçlerinin kullanılması ile sağlanır. Belirlenecek standartlar gereksinimleri karşılamalı, sağlık uygulamaları ve sağlık hizmetleriyle uyumlu olmalı, toplum yararına sonuç vermeli, “iyi hekim” lik ilkeleri ile bağdaşmalı ve tüm tarafları kapsamalıdır.

Standartların belirlenmesi ve uygulanması bir sonraki kademede akreditasyon sürecinin oluşmasını sağlar. Eğitimde akreditasyon Webster Sözlüğünde “bir eğitim kurumunun belli standartları koruduğunu tanımlamak ve benzer kurumlar arasında yer alabilmesini sağlayacak özelliklere sahip olduğunu belirlemek, mezunlarının belli bir nitelikte olduğunu onaylamak” şeklinde tanımlanmaktadır. Aslında bu tanıma bakıldığında akreditasyon süreci denklik ve yetkilendirme süreçlerine de kapsamaktadır. Akrediasyon süreci akreditasyonu yapan kuruluşa göre ulusal veya uluslar arası, iç veya dış ; akreditasyon alana göre de kurumsal, üniter veya bireysel olabilir.

Bugün dünyada tıpta uzmanlık eğitiminde kurumsal akreditasyonu yapan kurumlar oldukça sınırlıdır. Buna en iyi örnek yine ABD’de Amerikan Tabipler Birliğinin başlattığı süreçtir. Amerikan Tabipler Birliğinin ön-

derliğinde kurulan ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumları akredite eden kuruldur. Avrupada ise tıpta uzmanlık eğitimi akreditasyonu Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS) uzmanlık alanları yeterlik (Board) kurulları tarafından yapılmaktadır. Bu iki yöntem arasındaki en önemli fark ABD’de merkezi tek bir kuruluşun yürüttüğü çalışmalar doğrultusunda yapılan akreditasyon iken Avrupa’da bu her alanın içinden kurulan kurullarca yapılmasıdır. Şüphesiz her iki yöntemin olumlu ve olumsuz yönleri olabilir. Türkiye’ de yeni kurulan ve gelişmekte olan alan yeterlik kurulları akreditasyon konusunda çalışmalar yapmaktadır.

Standardizasyon ve akreditasyona ek olarak harmonizasyon süreci de önemlidir. Özellikle Tıpta “internasyonalizasyon”un giderek yaygınlaştığı bir dönemde önem kazanmaktadır. Bu alanda yapılacak tüm çalışmaların temel hedefi eğitimi niteliğini yükselterek sağlık hizmetlerinde niteliği artırmak ve toplum sağlığını korumaktır.

Yeterlik Belgelerinin İşlevi Nedir, Ne Olmalıdır?

Prof. Dr. Semih Baskan
Türk Cerrahi Derneği Başkanı

“Eğitim sanatlarının en zoru sınavdır ve gerek öğrenciler gerekse öğretmenler üzerinde etkisi çok büyük olabilir.”

Prof. Dr. Elliot (Harward Üniversitesi eski Rektörü)

1910 yılında kaleme alınan Flexner Raporu’ndan beri tüm dünyada tıp fakültelerinin vermiş oldukları eğitimin yeterliği hep gündemde kalmıştır. Bu konuda yapılan yoğun çalışmalar ve bunların sonunda ortaya çıkan sonuçlar bizleri daha dikkatli olmaya yöneltmiştir.

Tıp eğitimi alan doktorların yeterliğinin belirlenmesinde yazılı sınavlar son derece önem taşımaktadır. Bilgiyi değerlendirmenin olağan yolu yazılı sınavlardır ve tüm eğitim programlarında önemli bir yer tutmaktadır. Mesleki yeterliği ölçmede kullanılan yazılı seçme sınavları ne kadar etkilidir belki eğitim programlarında olduğu kadar etkili olmasa da yine de mesleki lisans için başvuran çok sayıda adayın durumunu değerlendirmek için tek pratik yol budur. Bu uygulama ideal olmamasına ve etik ve moral standartları test etmemesine karşın nitelikli doktoru diğerlerinden ayırt etmede kesin bir rol oynar. Sonuç olarak bu sınavların amacı anatomi, patoloji, iç hastalıkları ve cerrahi gibi konularda adayın genel bilgisini ölçmekten çok bu bilgilerini hastalığın tanı ve tedavisi konusunda uygulayabilme yeteneğini, adayın tıp sanatı ve bilimi konusundaki genel düzeyini belirler.

Dünya’daki gelişmelere paralel olarak ülkemizde de TTB-UDKK’nın kurulmasından sonra bu konuda ki faaliyetler hız kazanmıştır. İlk 1995’de Türk Nöroşirürji Derneği yayın organı olan Türk Nöroşirürji Dergisi’nde “Türk Nöroşirürji Bordu” kurallarını yayımlayarak bu konuda önemli bir köşe taşı oluşturmuştur. Bunu takiben TTB-UDKK 1997 yılında Dr. Yücel Kanpolat, Dr. Yücel Tümer ve Dr. İskender Sayek’e hazırlattığı Yeterlik Kurul Yönerge taslağını katılımcı derneklerle tartışmaya açmıştır. Bu konuda ilk uygulamalarından birini de başlatan Türk Cerrahi Derneği olmuştur. 1998 yılında Ulusal Cerrahi Kongre’sinde Yeterlik Kurul Yönergesi’ni tartışıp daha sonra da yürürlüğe koymuştur. 2000 yılında İstanbul’da ilk yazılı sınavını gerçekleştirmiş ve gene aynı kongre’de Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Kurulu’nu seçmiş ve faaliyete geçirmiştir.

Türk Cerrahi Yeterlilik Kurulu’nun amaçlarını “genel cerrahi uzmanlık eğitiminin standartlarını oluşturmak ve yükseltmek, kalite denetimini sağlamak, uzmanlık eğitimi sonrasında ülke düzeyinde standart sınav yapmak, uzmanlık yeterlilik belgesi vermek, Sürekli Tıp Eğitimi etkinliklerini katılımı özendirmek ve denetlemektir”. şeklinde özetlememiz mümkündür.

Sonraki yıllarda bu alandaki çalışmalar süratlenmiş ve sonuçta 43 ana uzmanlık dalı ve yan dalında yeterlik kurulları oluşturulmuştur. Bunlardan 14’ünde yeterlik sınavları yapılmıştır. Bir başka deyişle kurulan bu kurulların 1/3’ü bu işlemi gerçekleştirmiştir.

Bugün bütün eksiklikleri ve aksaklıklarına karşı sınavlar yeterlik işleminin temel unsurlarıdır. Bunlar sadece eğitimin iyi planlanmış gerekli bir parçası değil aynı zamanda iyi uygulandığında çok sayıda adayın pratiğe uyum ve mesleki yeterliğini ortaya koyacak tek genel yöntemdir. Bu nedenle sınavlar kalıcı yöntemlerdir ve tüm tıbbi yeterlik kurullarının amacı temel bilgileri ve klinik yeterliği ölçen adil, geniş kapsamlı ve güncel testler hazırlamak olmalıdır.

Türk Cerrahi Derneği yeterlik sınavlarını 2 aşamada gerçekleştirmektedir. 1.aşama yazılı sınav olup, genel

cerrahi alanındaki tüm asistanlar bu sınava girebilmektedir. Çoktan seçmeli olarak gerçekleştirilen bu sınavda başarılı olan adaylardan genel cerrahi uzmanı olanlar ikinci aşama sözlü sınava alınmaktadır. Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınav 4.aşamada gerçekleştirilmektedir. Bunlar:

- 1-Maket üzerinde klinik becerilerin değerlendirilmesi,
- 2-Makale değerlendirme,
- 3-Canlı senaryolar ile klinik değerlendirme,
- 4-Ölgu tartışmaları ile klinik değerlendirmedir.

Her iki aşamada başarılı olanlara Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Belgesi verilmektedir.

Türk Cerrahi Derneği bugüne kadar gerçekleştirdiği 9 yazılı sınava 511 başvuru olmuş bunlardan %50.10 (256)u başarılı olarak 2.aşama sınava katılmaya hak kazanmışlardır. 2.aşama da yapılan 5 sınavda 114 başvuran adaydan 93'ü (%81.58) Türk Cerrahi Yeterlik Sertifikası almaya hak kazanmışlardır.

Yeterlik sertifikasını kazanan genç meslektaşlarımızın her zaman bizlere yönelttiği bir soru olmaktadır. Bu almış olduğumuz sertifikalar bizim ne işimize yarayacak? Bu sorunun yanıtını vermek için uzmanlık derneklerimiz ve yeterlik kurullarımız uzun zamandır kafa yormaktadırlar. Kanımızca yeterlik sertifikaları;

- 1-Kişisel yeterliği ortaya koymalı,
- 2-Akademik yükseltmelerde de kriter olarak ele alınmalıdır.

Bu konuda bugüne kadar yeterince bir çabanın gösterildiğini söylemek mümkün değildir. Ancak son zamanlarda yapılan bazı düzenlemeler önümüzdeki engelleri aşabilmemiz için bizlere olanak sağlayacak gibi görünmektedir. Bir örnekle konuyu açacak olursak Yükseköğretim Kurulu yeni yaptığı bir düzenleme ile üniversitelerdeki akademik yükseltme kriterlerine yasal bir kolaylık getirmektedir. “Öğretim Üyeliğine Yükseltme ve Atama Yönetmeliği”nde yaptığı bir düzenleme ile;

“İlgili Yasa ve Yönetmelik hükümleriyle öngörülen koşullar dışında; Doçentliğe atama ile profesörlüğe yükseltme ve atamalarda ilan edilen bir kadroya başvurabilmek için yükseköğretim kurumları tarafından belirlenen ve Yükseköğretim Kurulutarafından uygun bulunan asgari kriterleri ve varsa üniversite ya da yüksek teknoloji enstitüsü senatoları tarafından belirlenen ilave kriterleri sağlamak zorunludur. Yardımcı doçentlik ile diğer akademik kadrolara yükseltme, atama ve uzatmalarda kriterler doğrudan yükseköğretim kurumları senatolarınca belirlenir.” hükmü getirilmiştir.

Dolayısıyla üniversitelerin ve tıp fakültelerinin kendi kriterlerini belirlemelerinin önündeki yasal engellemeler kalkmış bulunmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse, **“9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı’nda açılan yardımcı doçent, uzman veya öğretim görevlisi kadrolarına başvuran adaylardan Türk Cerrahi Derneği yeterlik sertifikası alanlar tercih nedenidir.”** şeklinde bir koşul akademik yükseltmeler için yeterlik belgelerini yürürlüğe koymuş olacaktır.

Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Eğitim Personelinin Nitelik ve Seçim Esasları Hakkındaki Yönetmeliğin” 5. maddesinde baş asistanlar ve 6.maddesinde şef yardımcısı olabilmek için gereken nitelikler maddesine eklenecek **“ ortopedi dalında TOTBİD Yeterlik Sertifikasını almış olması tercih nedenidir”** koşulunun getirilmesi eğitim hastanelerindeki akademik yükseltmelere yeterlik belgelerini dikkate almak koşulunu getirmiş olacaktır.

Sonuçta yeterlik belgelerini alan doktorların en önemli ideallerinden biri olan akademik yükseltmelerinde uzun ve yoğun bir emek sonucu alınmış olan yeterlik sertifikaları da bir anlam ve değer kazanmış olacaktır.

Hekim - Endüstri İlişkileri ve Etik

Prof. Dr. Semih Şemin

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik AD

Sağlık hizmetlerinde tartışmasız önemli bir yeri olan ilacın araştırma üretim kullanım ve tanıtım gibi alanlarında önemli sorunlar vardır. Bu sorunların hekim endüstri ilişkileri açısından öne çıkan yönleri daha çok ilaç araştırmaları, ilaç tüketiminin boyutları ve ilaç tanıtımı olmaktadır.

Hekim endüstri ilişkilerini ilaç araştırmaları ve üretimi açısından ele aldığımızda öncelikli olarak ilaç sektöründe özel sektörün ve gelişmiş ülkelerin tartışmasız bir hâkimiyetini belirtmekte yarar vardır. Bu durum iki önemli sonucu gündeme getirmektedir. Özel sektör, doğası gereği ilacın, sağlık hizmetlerinde bir plan içersinde ele alınıp gereksinimlere göre üretilmesinden daha çok alınıp satılan ve kâr getiren bir meta olmasını ve ilacın “sosyal ürün” niteliğini değil, “ticari ürün niteliğini”, öne çıkarmaktadır. Diğer yönden ise ilaç üretiminde gelişmiş ülkelerin artan hâkimiyeti ile birlikte ilaç araştırmalarının %97’si gelişmiş ülkelerde yapılmakta ve sağlık sorunlarının %90’ından fazlasına sahip gelişmekte olan ülkelerin sağlık alanında araştırmaya ayrılan kaynaklardan aldıkları pay %10’u ancak bulmaktadır. Örneğin ilaç araştırmalarına ayrılan kaynağın sadece % 0,2’si Tüberküloz, diyare ve pnömoni gibi, dünyada ölümlerin yaklaşık %20’sinden sorumlu hastalıklar için ayrılmaktadır.

İlaç araştırmaları açısından belirtilmesi gereken diğer önemli bir nokta artan rekabetin yanı sıra azalan yeni etken maddeli ilaç sayısıdır ve yeni ilaçlar genellikle patent süresini uzatma amacı için üretilmiş, eski ilaçlardan klinik etki bakımından farksız ya da küçük farklılıklar içeren ilaçlar olmaktadır. Örneğin, ABD’nde son yıllarda gündeme gelen her 4 yeni ilaçtan 3’ünün piyasada eskiden olan ilaçlardan ciddi bir üstünlüğü yoktur. Bununla birlikte ilaç sektörünün diğer sektörlerin ortalama kârından yaklaşık 4 kat daha fazla olmak üzere, dünyanın en kârlı sektörleri arasında olduğunu da belirtmekte yarar vardır.

İlaç sektöründe yoğunlaşan rekabet ile birlikte hekim endüstri ilişkileri daha bırakın ilacın pazardaki tüketimini ilacın doğumunda önemli bazı çelişkilerin, çıkar çatışmalarının oluşması açısından üzerinde durulması gereken bir konu haline gelmektedir. Bu çerçevede ilaç alanında üniversiteler ve şirketler arasında artan maddi ilişkiler ve ticari bağlar araştırmaların planlanmasını, yayınlanmasını, sonuçlarına ulaşmayı ve araştırmalarda etik ilkelerin uygulanmasını büyük oranda olumsuz etkilemekte ve artan çıkar çatışmalarının yaşanmasına neden olmaktadır. Örneğin yapılan bazı araştırmalara göre ilaç şirketlerinin desteklediği araştırmalarda diğer araştırmalara göre yaklaşık 4 kat daha fazla oranda destekleyici firma lehine sonuç çıkmaktadır. İlaç şirketlerinin yönlendirdiği araştırmalarda da nasıl taraflı sonuçların çıktığına ve araştırmaların istenen sonuçların çıkmasına göre nasıl planlandığına ilişkin çarpıcı yayınlar çok sayıda vardır. Ünlü tıp dergilerindeki “Akademik tıp satılık mıdır?”, “Akademik psikiyatri satılık mıdır?” başlıkları bu konuda ki itibar kaybının önemli örnekleridir.

Türkiye’nin özelinde ise ilaç üretiminde ve araştırmaları açısından artan bir dışa bağımlılık ve artan bir ilaç tüketimi son dönemlerde daha önem kazanan iki temel konudur. 1980’ler sonrası önemli ve hızlı büyüyen bir pazar konumunda olan Türkiye’de 1989 da yılda kişi başına 7 kutu olan ilaç tüketimi 2003’te 16 kutuya çıkmıştır ve ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1990’da %22 iken, 2003’te %55’e yükselmiştir. Avrupa ülkeleri arasında ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay açısından sonuncu, sağlık harcamalarında ilaç tüketimine ayrılan pay açısından ise ilk sıralarda yer alan Türkiye’nin koruyucu sağlık hizmetlerine sağlık harcamalarının yaklaşık %1’ini ayırması da üzerinde dikkatle durulması gereken diğer bir olgudur.

Çok sayıda ilacın piyasada bulunduğu ülkemizde sınırlı sayıda ilacın pazarda hâkimiyeti bulunmaktadır. Tüketimde antidepressanların kolesterol düşürücülerin osteoporoz tedavi ilaçlarının artan ağırlığı bazı olum-

suz sağlık göstergeleriyle birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde gelişmekte olan ülkeler gibi “hastalanıp” gelişmiş ülkeler gibi “ilaç tüketildiği” izlenimini yaratmaktadır.

Bununla birlikte başta antibiyotikler olmak üzere ilaçların uygun olmayan tüketimi yıllardır önemli bir sorundur ve bazı araştırmalarda reçetelerdeki ilaçların %60’dan fazlasının uygun reçete edilmediği vurgulanmaktadır. Sağlık ocaklarına başvuruların yarısından fazlası (%52.5) muayene olmak için değil de ilaç yazdırmak için olmakta ve hekime başvuruların %95’i reçete ile sonuçlanmaktadır (bu oran Gelişmiş ülkelerde %50 civarındadır). Hasta başına reçete edilen ortalama ilaç sayısı da ülkemizde 3 civarındayken bu sayı Avustralya’da 0.9 ABD’de 1.3’tür ve Dünya Sağlık Örgütü bu değeri standart olarak 1.6-1.8 arası önermektedir.

Bu çerçevede hekim endüstri ilişkileri açısından önemi büyük olan olarak tanıtım / promosyon çalışmalarını gibi pazarlama yöntemleri de yoğun olarak gündeme gelmekte ve bu çalışmalarda hekimlere ‘bilgi’ ve ‘Teşvik- hediye’ verilmesi iki temel yön olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmaların ‘tıbbi temsilcilerin çalışmalarından’ ‘ilaç reklamlarına’, basit bir ‘kalem vermeden’ ‘yurtdışı gezilerine’, ‘tanıtım yemeklerinden’ ‘ilaç numunelerine’, ‘beş yıldızlı turistik otellerdeki kongrelerden’ ‘gösterişli balolara’ bir buzdağı gibi bilinen ya da bilinmeyen birçok yönü vardır. Dünya genelinde promosyon harcamaları da 80 milyar civarında olup Afrika’da yaşayan 850 milyon insanın toplam sağlık harcamalarından fazla konumdadır. Toplam ilaç satışlarının yaklaşık %15’i olan bu oran diğer sektörlerde %2 civarındadır. İlaç şirketleri, ilaç araştırmalarına ayırdıkları kaynaktan ve insan gücünden çok daha fazlasını pazarlama ve yönetim harcamalarına ayırmaktadır. Ülkemizde de ilaç şirketlerinin, sadece sayıları 10 bine yakın tıbbi temsilcisi bulunmakta ve 1 milyar dolara yakın tanıtım harcaması yapıldığı tahmin edilmektedir. İlaç şirketlerinin tanıtım harcamaları ülkemizdeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaktan, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bütçelerinden katlarla ölçülen oranda daha fazladır.

Tıp alanında her yerde ilaç şirketlerinin ‘maddi gücü ve katkısı’ bir şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Örneğin ABD’nde önemli bir tıbbi etik dergisinde promosyon çalışmalarının etik yönünü ele alan bir yazıda bile bir ilaç şirketinin sponsorluğu vardır. Amerikan Hekimler Birliği de hekimlerin “ilaç şirketleri tarafından verilen hediyeler” konusunda eğitimini bile ilaç şirketlerinden sağladığı bir kaynakla yapmaktadır ve ilaç şirketlerine promosyon çalışmalarında gerekli olan hekimlerle ilgili bilgileri vererek yılda 20 milyon dolar kadar bir gelir sağlamaktadır. Yine tıp alanındaki dergiler de gelirlerini büyük oranda ilaç şirketlerinin reklamlarından sağlamaktadır.

Promosyon çalışmalarında etik açıdan da önemli temel soru(n)lar şu şekilde özetlenebilir:

1- Hediyeler / teşvikler karşılıksız mıdır?

Promosyon çalışmalarında çok önemli bir yeri olan ‘hediye’, ilaç şirketleriyle hekimler arasında ilişkiyi başlatmanın, kabul ettirmenin, devam ettirmenin ve alışkanlık haline getirmenin önemli bir aracı olmakta ve otomatik olarak işleyen karşılık verme çabası yaratmaktadır. İlaç şirketleri hediye olgusunun anlamını pazarlama gücü açısından çok iyi bilmekte ve kendi çalışanlarının küçük armağanları bile kabul etmesine bile sınırlamalar getirmektedir.

2- Promosyon çalışmalarının reçeteye etkisi varmıdır?

Büyük oranda aynı bilgilerin aynı şekilde aylarca verilmesi şeklindeki ‘tanıtım bombardımanının’ hekimlere yönelik etkisi genellikle, önce tepkisiz hale gelme, sonra bu tepkisizliğin kabule dönüşmesi ve kabulün de reçetede kendini göstermesi şeklindedir. Yapılan bazı araştırmalara göre promosyon harcamalarına yatırılan her bir dolar tıbbi temsilcilerin çalışmasında 1.72 dolar, toplantı etkinliklerinde 3.56 dolar, tıbbi dergi ilanlarında 5 dolar olarak ilaç şirketlerine satış olarak geri dönmektedir.

Promosyon çalışmalarının “bilgilendirici, ikna edici, kafa karıştırıcı, manuplatif,” vb bir çok yönü değişik kombinasyonlarla karşımıza çıkmakta ve temelde ilacın reçeteye bir şekilde girmesini sağlamayı hedeflemektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre hekimler büyük oranda ilaçlar konusunda bilgilerini yetersiz bulurken, yarısından fazlası da reçetelerini şekillendiren en önemli etkeni ilaç şirketlerinin temsilcilerinin çalışmaları olarak belirtmektedir. Yapılan bir çok çalışmaya göre de promosyon çalışmaları uygun olmayan reçete yazımına neden olmaktadır.

Bununla beraber hekimler arasında promosyonun “diğer hekimleri etkilediğini” kabul etmekle birlikte, “kendisinin reçete yazımına etkisinin az olduğuna” dair bir düşünce de yaygın durumdadır.

3- Hediyelerin bedeli özünde kimler tarafından ödenmektedir?

İlaçların tüketiminde hekimlerin tercihlerini etkilemek için uygulanan promosyon çalışmalarının neden olduğu harcamalar vergiden düşülmekte veya ilaç maliyetlerine eklenmektedir. Bu anlamda promosyon çalışmalarının bedelinin toplum tarafından ödendiğini belirtmek yanlış olmasa gerekir.

4-Hediyelerin etik olarak kabul edilmesini sağlayacak bir değer sınırı var mıdır?

Hediyelerin hekimin çalışma yaşamıyla ilişkili ve hasta yararına olması, maddi değerinin küçük olması (örneğin; ABD’nde 100, İngiltere’de 9, Fransa’da 34 doları geçmemesi) gibi değişik sınırlamalar vardır. Bununla birlikte, hediye ilişkisinde gündeme gelen ‘yükümlülüğün’, hediyein değerinin küçük olmasıyla ortadan kalktığını söylemek çok zordur

5- Toplum/ hasta yararına hediye ya da cihazların verilmesi onların niteliğini değiştirir mi?

‘Sağlık hizmetlerinde kullanılan ve hastaların yararına olan hediyeler’ genelde ‘hediyeleri savunulabilir’ kılmada rolü açısından üzerinde durulması gereken bir konu durumundadır. İlaç şirketlerinin iş alanları arasında ve görev tanımında sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi bir ‘sorumluluk’ bulunmamaktadır. Son zamanlarda yaygınlık kazanan sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluk ve bir insan hakkı olması yerine, bir yardım ve bağış hizmeti şekline dönüştürme girişimlerinin bu tür bir hediye olgusunda önemli bir rolü kuşkusuz söz konusudur. Bununla birlikte promosyon çalışmalarında ‘olumlu’ ya da ‘zararsız’ gözükken bazı yönleri kabul etmek, buzdağının görünmeyen kısmında kalan bir çok olumsuz yöne destek olma değilse bile, en azından bunları görmezden gelmeye neden olabilmektedir.

6- İlaç şirketlerinin sağladığı bilgiler yansız ve güvenilir mi?

Yapılan araştırmalara göre tıbbi temsilciler aracılığıyla yürütülen çalışmalarda sağlanan bilgiler hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgilendirilmesinde önemli oranda temel kaynak durumundadır. Bununla birlikte promosyon çalışmalarının kesin olmayan, taraflı bilgiler içermekte olduğu ve her ilacın benzerlerinden üstün olduğunu gösteren en az bir ‘bilimsel makaleyi’ o ilacı çıkaran şirketin istediğinin anda size sağlayabildiği de unutulmamalıdır. İlaç şirketlerinin ‘bilimsel makalelerini’ güvenilir bulmayan bilimsel makalelerin sayısı da azımsanmayacak kadar çoktur. Bir tıp dergisi editörünün belirttiği gibi: “İlaç şirketlerinin kendi ürünlerini yansız değerlendirdiklerine güvenmek, bira firmalarının alkolizmin zararlarını anlatmasına güvenmek gibidir”.

7- Bu konuda temel etik çözüm nerededir?

İlaç sektörünün dünyanın en kârlı sektörlerinden biri olması bir yönüyle promosyon çalışmalarının başarısı olarak değerlendirilebilir. Ama bu ‘başarının’, toplum sağlığı açısından önemli bedellerle ve hekimler açısından da yitirilen değerlerle olabildiği de unutulmamalıdır. Günümüzde ‘promosyon savaşlarında’ kazanan değişik ilaç şirketlerinden biri olmakla birlikte, kaybeden ‘toplum’ olmaktadır. Günümüz ürün pazarlama tekniklerinin çok geniş bir yelpaze içinde sağlık alanına yansımalarının olumsuz bir gerçeği olarak promosyonun gündeme getirdiği “hediyeler ve teşvikler” hekimin hastaya verdiği hizmetin bir karşılığı değildir ve etik değerler açısından kabulü zordur. Etiğin görevi öncelikle “olan” ve “olabilen” arasında bir denge kurmak ya da aramak değil “olması gerekeni” açık ve net belirtmektir. Bu genel çerçeve içinde promosyon çalışmalarının hem toplum sağlığı, hem de etik açıdan yanlışlığının net olarak vurgulanması gerekmektedir.

Uluslararası İlaç İşverenleri Birliği’nden, Dünya Sağlık Örgütü’ne, Sağlık Bakanlığı’ndan Türk Tabipleri Birliği’ne kadar ulusal ve uluslar arası düzeyde birçok kuruluşun gittikçe önem kazanan tanıtım yozlaşmasına karşı belli düzenleme ve sınırlamalar içeren kuralları vardır. Buna karşın, artan sınırlamalar ve kurallarla promosyon konusunda yaşanan etik sorunların azaldığını söylemek zordur ve esas sorun kuralların olmamasından daha çok, yaşama geçirilmesindeki eksiklik ve duyarlı yaklaşım azlığıdır. Toplumun sağlık gereksinimi ve beklentisi ile ilaç şirketlerinin kâr amacı arasındaki çelişki bu konudaki çıkar çatışmalarının temel kaynağıdır

ve hekimler de bu durumdan etik açıdan olumsuz etkilenmektedir. Bu konuda Hekimlerin 'hatırlatmaya' gereksinim duymayacak kadar bilgi ve eğitim kanallarına sahip olması, armağanlara' tenezzül etmeyecek kadar bilinç ve duyarlılık içinde bulunması önem taşımaktadır.

Kâr amaçlı ilaç üretim koşullarının ve günümüz ürün pazarlama tekniklerinin olumsuz bir sonucu olan promosyon konusunda ki çözümleri sağlık hizmetlerindeki ve genel olarak ilaç alanındaki nitel değişimlerden ayrı ele almak çok zordur. Bu çerçevede öncelikli olarak sağlık hizmetlerinde tedavi edici değil, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, gereksiz ilaç tüketiminin ve savurganlığının önlenmesi önemli bir adımdır. Bununla birlikte ilaçların jenerik adla reçetelere yazımının yaygınlık kazanması, hekimlerin ilaçla ilgili sürekli eğitimlerinde, ilaç şirketlerinden bağımsız bilgi kaynakları oluşturulması, vb yaklaşımların da gündeme getirilmesinde yarar vardır.

KAYNAKLAR

1. Şemin S. Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç. Türk Tabipleri Birliği (TTB) yayını. 1998. ISBN 975-6984-06-6.
2. Şemin S. İlaç üretiminde, tanıtımında uyulması gereken temel ilkeler. Antalya Tabip Odası Yayın Organı 2001;15:17-18.
3. Şemin Ş, Aras Ş. Temel Yönleriyle Psikiyatride Etik. Dokuz Eylül Yayınları - İzmir, 2004. ISBN 975-6981-69-5
4. Roy N and Madhiwala. N Promotional Practices of pharmaceutical firms in India. Forum for Medical Ethics, 2004.
5. Şemin S. İlaç ve etik. 2. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Kitabı. 2006:349-356.

Bilimsel Araştırma Etiği

Prof. Dr. Hasan Yazıcı

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Başkanı

Bilim ahlaktan ayrı düşünülemez. Bilim gerçeği arar. Ünlü felsefeci K.Popper'ın geçen yüzyılın ilk yarısında vurguladığı üzere bilimsel uğraşın başlangıç noktası varsayım üretmektir. Varsayım üreten bilim insanının bundan sonraki işi olanca gücüyle bu varsayımı çürütmeye çalışmaktır. Bilimsel gerçek ancak ve ancak çürütülemeyen varsayımlarla ortaya çıkar. Düşünülecek olursa varsayımın oluşturulmasında doğal yetenekler, çevre, eğitim ve rastlantı gibi birçok faktör vardır. İşte bilim insanının kendisi için çok değerli, bir yerde adeta kendinin özünden gelen, varsayımını kanıtlamak için bir öz-çürütme (*self-falsification*) yolu izlemesi olağanüstü bir dürüstlük gerektirir. Demek ahlak bilimin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Bunun yanında söz konusu öz çürütme yönteminin bilim insanları ve aydınlar tarafından benimsenmesi bir yerde, “tümevaran” değil, “tumdengelen” bir bilim yöntemi gerektirir. Birçok nedenle ülkemiz düşün/akademik yaşamına tumdengelen bilim yöntemi hala yerleşememiştir.

Yine düşün/akademik yaşamımızda özgünlük önemli ve yaygın bir sorundur. Kanımca bunun belki de ana nedeni tumdengelen bilim yöntemini bir türlü benimsemiyor olmamızdır. Özgünlük bilim uğraşının ikinci vazgeçilmezidir. Varsayımlar benzer veya aynı olsalar dahi bilimin temel yöntemi olarak vurguladığımız varsayım çürütme işlevi hemen her örnekte nitelik veya en azından nicelik bakımından değişkenlik gösterir. Bu da bizi bilimin ikinci temel ögesi olan özgünlüğe götürür.

Toplumumuzda, uygarlık göstergeleri açısından kara bir leke olarak duran “aşırımlar” ın ana kaynağı da özgünlük yoksunluğumuz, özgünlüğe verdiğimiz önem azlığıdır.

Son olarak özgünlük hemen daima birey hakkına koşut gider. Birey haklarında sorunu olan yerlerde bilim tarih boyunca pek gelişememiştir.

Günümüzde Hekim –Toplum ve İlaç Endüstrisi ilişkileri açısından da sorunlar olduğu kuşkusuzdur. Ancak ilgili tüm taraflar gözünde bu sorunun bilim ahlakı boyutu çoğu kez göz ardı edilmektedir.

Bugünkü modern anlamıyla ilk kontrollü ilaç çalışması 1948 yılında yapılmış, söz konusu çalışmayla streptomisinin tüberküloz tedavisinde iyi gelip gelmediği sınıanmıştır. Bu bir rastlantı sonucu değil aynı yıllarda Batı uygarlığı ve bilimine egemen, tumdengelen, öz-çürütme yönteminin doğal bir çıktısıdır. Hal bu iken son yıllarda tüm dünyaya hakim (global) çıkarıcı görüşler yukarıda vurguladığım öz-çürütme yönteminin belki de en mükemmel örneği olan kontrollü ilaç çalışmasını amacından hemen tümüyle saptırmıştır.

İlaç çalışmaları giderek hekimlerin, bilim insanlarının işi olmaktan çıkmıştır. Hekimler varsayım üretici olmaktan çıkıp sadece kendilerine yap denilen çalışmaları yapar olmuşlardır. Bence bunun getirdiği bilimsel, etik ve hatta ekonomik boyut, magazin haberi olmaya uygun diğer sorunlardan çok daha önemlidir.

** Konuşmanın hazırlanmasında Ekim 2005'te İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünce düzenlenen “Bilimsel Araştırmalar: Bilgi Üreten Topluma Geçiş” konulu sempozyumda yaptığım konuşmayla Şubat 2006 TÜBA (İstanbul) da yaptığım konuşmadan doğrudan alıntılar yaptım.*

Hekim - Hasta İlişkileri

Prof. Dr. Berna Arda

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD

“Sağlıklı yaşama hakkı”nın bireyin en doğal haklarından birisi olduğunun kabul edilmesi 20. Yüzyılın kazanımlarından birisidir. Bu, temelde İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ ne giden uzun ve zahmetli yolun ulaştığı sonuçlardan, mesleğimiz açısından en önemli birisinin saptandığı anlamına gelir. Öte yandan da devletlerin “sosyal devlet” olarak adlandırılmayı ne ölçüde hakediyor olduklarıyla ilişkilendirilebilir. Bir başka deyişle, sağlığı bireysel hak olarak tanımlamaktan hiç vazgeçmemek, hele onu sadece bireysel bir özgürlük olarak tanımlamaya hiç yanaşmamak, insan hakları bağlamında elde edilen kazanımların farkında olunduğu anlamına gelmektedir.

Hasta hakları konusu hekimleri yakından ilgilendirmektedir. Bir yandan mesleki saygınlıkları ve hekim konumunun yükseltilmesi için yaşamsal önerisi olan bir durum olarak görülmektedir. Öte yandan bu hakların hayata geçebilmesinin hemen tek yolu, hekimlerin onları bilmeleri ve uygulayıcısı, hatta takipçisi olmalarıdır. Çünkü, bu haklar açısından iki olasılık söz konusudur; hekimlerin eliyle uygulamada kendilerine yer bulmak ya da kağıt üzerinde kalmak gibi iki durum söz konusudur. Hasta haklarının “nitelikli ve insancıl” bir hekimlik uygulamasının omurgasını oluşturacağı, “iyi hekimlik” uygulamalarına temel oluşturmak için tıp eğitiminin her düzeyinde gündemde olması gerektiği açıktır.

Hekimliğin uzun bir zaman dilimi içinde sergilediği değişimler ve dönüşümler hiç kuşkusuz tıbbın hem iç, hem de dış belirleyicilerinden kaynaklanmaktadır. Hekim kimliğindeki yansımalarının yanı sıra, tıbbın hizmet verdiği toplumlar da ciddi farklılaşmalar sergilemektedir. Böylece hekim – hasta ilişkileri gibi bir başlık, aslında hem hekim- toplum ilişkisinin çözümlenmesini, hem de hekim – hasta ilişkisinin çok boyutlu yapısına ışık tutulmasını gerektirmektedir.

Günümüzde insan hakları kavramının tıba ilişkin izdüşümleri hasta hakları, denek hakları... gibi başlıklarda özetlenebilmektedir. Hasta hakları sağlıklı yaşam hakkının tamamlayıcı öğelerinden birisi olarak görülebilir. Günlük hekim – hasta ilişkisinde en fazla zedelenen hakların başında iletişim sorunlarıyla da beslenerek iyice çetrefil hale gelen konular gelmektedir; hastaya kendine yapılan/ yapılacak işlemlerle ilgili bilgi vermemek, bazı işlemleri hastanın iznine başvurmaksızın hekimin kendi kararı ile yapması, sağlık ekibi üyelerinin her zaman “en iyi”nin ne olduğunu bilir gibi davranmaları, hastaya seçenek sunmadan sık sık onların yerine karar vermeleri; hastanın özellikle eğitim hastanelerinde gereksiz yere teşhir edilen vücudu, anlamsız bir biçimde bir çok kez yapılan incelemeler, yabancılarla dolu bir odada yapılan tıbbi terminoloji yoğun tartışmalar, hastalardan izin alınmadan yapılan uygulamalar, araştırmalardaki hak ihlalleri, belki de temelde hastaya yeterli zamanı tanımamak...gibi. Hekim – hasta ilişkilerini tarih öncesinden günümüze uzanan zaman çizgisi üzerinde açıklamak üzere çeşitli tanımlayıcı modeller geliştirilmiştir. Etkinlik- edilginlik ilişkisi, yol gösterme- işbirliği etme ilişkisi, paylaşımcı ilişki; ya da teknik model, babacıl (paternalist) model, anlaşmalı model gibi. Ama bunların tümü tıbbın sosyal tarihinin, tüm dünyayı etkileyen küreselleşme gibi bir olgunun, ulusların ekonomik göstergelerden nasıl etkilendiklerinin de bilinmesini, en azından farkında olunmasını gerektirmektedir. Aksi takdirde, tüm bu geliştirilen modeller karikatürize hekim – hasta tipleri yaratmanın ötesine geçemeyecek, durumu açıklama olanakları da son derece sınırlı kalacaktır.

Kaynaklar

1. Arda B: Meslekte kişilerarası iletişim. Deontoloji Genişletilmiş 2. Baskı(Arda B, Oğuz NY, Şahinoğlu S) ANTIP Yayınları No: 37, s. 105- 110, Ankara, 1999.
2. **Yılmaz M, Atalay M: Hasta hakları, Cumhuriyet Bilim Teknik 228:10-11, 27.7.1991**
3. Sayek F: Hasta hakları, sosyal ve bireysel haklar. Cumhuriyet Bilim Teknik, 201:10 Ocak 1991.

Hekim - Hekim İlişkisi

Dr. Orhan Odabaşı
TTB Merkez Konseyi Üyesi

Her meslek grubu üyeleri arasında çeşitli sorunlar yaşanabilir. Duyduklarımız, okuduklarımız, en önemlisi de yaşayıp içimize attığımız, kimseye anlatamadığımız, anlatmayı, üzerine konuşmayı hem kendimize hem de mesleğimize yakıştıramadığımız olaylar karşısında ne yapalım?

Böylesi olaylar hekimlerin kendilerini değersiz hissetmelerine yol açıyor. “Neden bu bana yapıldı?”, “Bunu hak edecek ne yaptım?” benzeri sorular kişide genel bir sevgisizlik, güvensizlik ortamının doğmasına neden oluyor. Çoğunlukla biz hekimler yaşananların nedenlerini sorgulamak yerine, birkaç öfke sözcüğü sonrası olayın üzerinde durmadan kapatmayı yeğliyoruz.

Hekimlerin bu konudaki tutumu bilimsel çalışmalara da yansıyor. Hekimler arası ilişkiler konusu hekimlerin diğer sağlık çalışanları ile, hastalarla hatta hastane yönetimleri ile ilişkileri üzerine yapılan yayınlarla karşılaştırıldığında az sayıda olduğu görülüyor.

Meslektaşlarımızla yaşadığımız sorunlar yıpranmamıza neden oluyor. Sorunlara çözümler üretilse de olaylar belleğimizde izler bırakıyor. Diğer meslek gruplarında da yaşanabilecek bu iletişim/işbirliği kazaları bizlere, kimi zaman çalışma ortamımızda diğer çalışanlara, bir eğitim kurumunda çalışıyorsak uzmanlık öğrencilerine, hastalarımıza zarar veriyor, incitiyor.

Kişisel davranış biçimleri bir kurumun genel işleyişine yön veriyor. Genç hekimler benimsemeseler bile bu tür davranışları yutkunup sineye çekiyorlar. Örseleyici tutumlar bir kurumun güven ortamına, sevgi, saygı değerlerine zarar veriyor, çalışma güdüsünü azaltıyor, bütünlüklü tutum almayı, ekip olmayı engelleyebiliyor. Görünür olan bu durum genel dengeler adına, sonradan sorumluluk alacak olanın kişisel rahatlığı adına sürdürülmesine, “gün gelir ben de ezerim” yanılmalı, sağlıksız bir zamanı bekleme duygusunu öne çıkarıyor.

Bu konuların gündem yapılması, bilimin yol göstericiliğinde yetişkinlerin davranış-tutum alışları göz önüne alınarak bir programla mezuniyet öncesinden başlanıp tüm meslek yaşantımıza yayılarak sürdürülmesinde sonsuz yarar var. Olumsuz tutum içerisinde olanların bile son derece yararlanacakları, korku-tehdit-aşağılama-çekinme duygularının baskın olduğu meslek-çalışma ortamından bilgiye, deneyime değer verilen, saygı duyulan, daha insana yaraşır olan için ortak çabanın yürütüleceği, bilimin ışığında eleştirel düşüncenin ufuk açıcılığında, ekip olma duygusunun bir ömür süren hekimlik meslek yaşantımızın her döneminde, güven ve sevgi ortamında geçmesine olanak sunacaktır.

Zaman zaman yoğun işlerimizden başımızı kaldırıp durumu değerlendirmenin, bir bakıma akıntının dışına çıkmanın başta kendimize yararı olacaktır. Dışardan bakarak kendimize her türlü soruyu sorabiliriz. Birlikte çalışmanın getirdiği durumların yalnızca sorun yaşandığında ya da sorun ortaya çıktığında sorgulanmasına alıştık. Oysa küçük ipuçlarını değerlendirerek tanı koyan, “şu da olmasın” diyerek en kötüyü düşünme yaklaşımı olan biz hekimlerin daha iyi için düşünmesi sanırım diğer meslek gruplarına göre gelişkin bir becerimiz. Ancak “masaya yatma-yatırılma” çıplak kalma, korkumuz da oldukça gelişkin. Sorumluluklarımız yanı sıra yaşadığımız ortamın atmosferine hangi kokuyu saldırdığımız, ortak içtiğimiz çaydanlıkta kaynayan çaya hangi tadı kattığımızı bir kenara not edelim. Günümüzün yarısına yakın bölümünü geçirdiğimiz işyerimizin rengi sizce ne? Sevdiğiniz renklerden mi? Sizin bir renginiz var mı?

İnsanların kırılgan olması, ilişkilerinin sorgulanmasına açık olmaması, renklerle bile olsa ilişkilerin konuşulmasına izin vermiyor. Algılarımız yaşanmışlıklardan doğallığında etkileniyor. Biriktirdiklerimiz sanılanın tersine, zamanında konuşulmadığında kendi ayaklarımıza bağ oluyor. Küçük anlaşmazlıkları çatışmadan/ça-

tışarak çözmek yerine kendi haline bırakmak, biriktirmek, vurup devireceğimiz uygun anı kollamak... Böylesi ortamlarda bu tutumu geliştirenin tek olmadığını söylemek sanırım gereksiz.

Tüm bu gerekçelerle özenli bir çalışmanın sonunda **Hekimlik Meslek Etiği Kuralları** (10-11 Ekim 1998) Türk Tabipleri Birliği 47. Genel Kurulu'nda kabul edildi. Üçüncü Bölümde (**Hekimler Arası İlişkiler**) Meslektaşlar Arasında Saygı, Mesleki Dayanışma, Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı, Danışım (Konsültasyon) ve Ekip Çalışması, Odaya Bildirme Yükümlülüğü başlıkları genel bir yaklaşım sunulmakta:

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI

TTB 47. Genel Kurulunda kabul edilmiştir.
(10-11 Ekim 1998)

Kendilerini her zaman dünya hekimliğinin bir parçası olarak gören; Türkiye Cumhuriyeti toprakları üzerinde ulusal, evrensel ve çağdaş bir sorumluluk ve hizmet anlayışına sahip bulunan, hekimlik mesleğinin, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanmayacağını bilinci ile insanın sahip olduğu olanakları geliştirebilmesinin en temel koşulunun onun bedensel ve ruhsal sağlığı olduğunun bilincini taşıyan bu ülkenin hekimleri; dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve çeşitli platformlarda tartışılarak oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na bağlılıklarını bildirmekle, insana insan olarak hizmet etmenin yüce onurunu taşırlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

(Hekimler Arası İlişkiler)

Meslektaşlar Arasında Saygı:

Madde:16- Hekim, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunmaz.

Mesleki Dayanışma:

Madde:17- Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

Madde:18- Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

Danışım(Konsültasyon) ve Ekip Çalışması:

Madde:19- Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

- Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.
- Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.
- Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.
- Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.
- Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.
- Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri

arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekim tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Odaya Bildirme Yükümlülüğü:

Madde:20- Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda anlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasına konuyla ilgili bildirimde bulunur.

Yürürlük:

Madde:47- Bu kurallar bütünü Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından birinde yayımlandıktan bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütülür.

Başta kendimize, sonrasında meslektaşlarımıza olan sorumluluğumuz gereği ama en önemlisi hastalarımıza karşı yükümlülüklerimiz için hekimler arası ilişkilerin olumlu örneklerinden başlanarak konuşmak, anlamak, gereğini yapmak için hepimize sesleniyorum.

Sevgiyle dostlukla...

Avrupa Birliği'nde Mesleki Yeterliklerin Karşılıklı Tanınması ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi

Gökhan Aralan

Avrupa Birliği Genel Sekreterliği Tek Pazar ve Rekabet Dairesi Başkan Vekili

Avrupa Birliği üyesi ülkelerin Avrupa Birliği tek pazarına tam entegrasyonunun gerçekleşmesi ve ekonomik olarak aktif kişilerin diğer AB üyesi ülke işgücü piyasalarına engelsiz girişi ve de o ülkelerde mesleklerini icra edebilmeleri AB tarafından getirilen ortak kurallara ve mekanizmalara uyumun gerçekleştirilmesine bağlıdır.

Kişilerin serbest dolaşımı adı verilen bu özgürlükten faydalanabilmek için oluşturulmuş önemli bir sistemin adı da “mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması”dır.

Bu sistem temel olarak ikiye ayrılmaktadır.

Bunlardan ilki icrası ortak kurallarla belirlenmiş mesleklerdir. Doktorluk, eczacılık, hemşirelik, ebelik, mimarlık, veteriner hekimlik ve diş hekimliği meslekleri için bu eğitimi veren tüm kurumların uygulaması gereken “asgari eğitim şartları” bulunmaktadır. Diğer meslek gruplarında uygulanan temel prensip ise bir mesleği ülkesinde icra edebilen üye ülke vatandaşının, diğer bir üye ülkede de mesleğini icra edebilmesidir.

Doktorluk, eczacılık, hemşirelik, ebelik, mimarlık, veteriner hekimlik ve diş hekimliği meslekleri için asgari eğitim şartlarının yerine getirildiği kabul edildiğinden, bu mesleklerde “otomatik tanıma” bulunmaktadır. Bir başka deyişle bir üye devlet bu 8 mesleğe dair başka bir üye devletten alınan diplomaları kabul etmekle yükümlüdür.

Yukarıda belirtilen 8 meslek dışında kalan meslekler için karşılıklı tanıma sadece ulusal bir mevzuatla düzenlenmiş meslekler için geçerlidir. Şayet bir meslek alanı ülkenizde bir ulusal mevzuat ile düzenlenmemiş ise diğer üye ülke vatandaşları herhangi bir kısıtla karşılaşmadan o mesleği ülkenizde diledikleri gibi icra edebilmektedirler. Ancak, mesleğin icra edileceği ülkede mesleğe ilişkin bir iç düzenleme bulunması durumunda, ulusal mevzuatta belirlenen şartların mümkün olduğunca karşılanması gerektiği öne sürülebilecektir.

Bu nedenle, üyelik perspektifinden baktığımızda ülkemiz açısından mesleklere belirli kriterlerin getirilmesi, ülkemiz vatandaşlarının AB üyesi ülkelere mesleklerini icra etmek istemeleri durumunda ilave eğitim ve staj benzeri yükümlülüklerden asgari düzeyde etkilenmelerini sağlamak açısından önem arz etmektedir. Ayrıca konu, ülkemize çalışmak amacıyla gelebilecek üye ülke vatandaşlarının doğrudan işgücü piyasasına girmeleri yerine mesleki niteliklerinin tanınmasında ülkemizin ulusal kriterlerinin belirleyici olmasının sağlanması bakımından da büyük önem taşımaktadır.

Avrupa Topluluğunda 2005 yılında yayımlanan 2005/36/EC sayılı Konsey Direktifi öncesinde, yukarıda belirtilen 8 meslek için ayrı ayrı mevzuat bulunmakta; lise sonrası en az 4 yıl eğitim gerektiren, ancak Topluluk çapında düzenlenmemiş meslekler için farklı, 4 yıldan az eğitim gerektiren meslekler için farklı, mesleki tecrübeye dayalı tanıma yapılması için farklı mevzuat uygulanmakta idi. 2005/36/EC sayılı Konsey Direktifi yukarıda belirtilen tüm mevzuatı konsolide ederek tek bir mevzuat oluşturmuştur.

2005/36/EC sayılı Konsey Direktifi temel olarak şu hususları düzenlemektedir;

- 1- Kısa süreli hizmet sunumunun usul ve esasları,
- 2- Doktorluk, eczacılık, hemşirelik, ebelik, mimarlık, veteriner hekimlik ve diş hekimliği meslekleri için bu eğitimi veren tüm kurumların uygulaması gereken “asgari eğitim şartları ve bu mesleklerde otomatik tanıma kuralları,

- 3- Tıpta uzmanlık dalları ve asgari eğitim süreleri,
- 4- Topluluk çerçevesinde düzenlenmemiş olan meslekler için “karşılık tanıma “ mekanizması,
- 5- Mesleki unvanların kullanılması.

Tıpta uzmanlık konusu 2005/36/EC sayılı Konsey Direktifinde ayrıntılı olarak ele alınmıştır. (Mad.25): Direktife göre: tıpta uzmanlık eğitiminin alınabilmesi için;

- Temel tıp eğitiminin tamamlanmış olması;
- Uzmanlık eğitiminin bu eğitimi vermeye ehil bir kurumda verilmesi;
- Ve eğitim süresinin asgari Ek V 5.1.3 de belirtilen kadar olması

gerekmektedir.

Ek V 5.1.3'e göre

Eğitim süresi 3 yıl olan uzmanlık alanları:

- Stomatoloji
- Allerji Hastalıkları
- Dermato-veneoroloji
- Endokrinoloji
- Psikoterapi
- Genel Hemotoloji
- Kulak Burun Boğaz
- Ophtalmoloji
- Anestezi

Eğitim süresi 4 yıl olan uzmanlık alanları:

- Diş, ağız ve çene kemiği-yüz cerrahisi (temel tıp ve diş eğitimi)1
- Klinik nöropsikoloji
- Venerology
- Tropikal Hastalıklar
- Dermatoloji
- Biyolojik hemotoloji
- Nükleer Tıp
- Farmakoloji
- İş hastalıkları
- Bulaşıcı (Communicable diseases)Hastalıklar
- Halk Sağlığı ve Sosyal (Community Medicine) tıp
- Geriyatri
- Renal Tıp
- Radyoloji

- Çocuk Psikiyatrisi
- Romatoloji
- Kardiyoloji
- Gastro-enteroloji I
- İmmünoloji
- Mikrobiyoloji- Bakteriyoloji
- Biyolojik Kimya
- Diagnostik radyoloji
- Radyoterapi
- Nöroloji
- Psikiyatri
- Patolojik anatomi
- Solunum Yolu Hastalıkları
- Pediatri
- Doğum ve jinekoloji
- Klinik Biyoloji

Eğitim süresi 5 yıl olan uzmanlık alanları:

- Gastro-enterological (Karın) cerrahi
- Kaza ve acil durum hekimliği
- Maxillo facial cerrahi
- Nöropsikiyatri
- Pediyatrik cerrahi
- Damar cerrahisi
- Göğüs cerrahisi
- Plastik Cerrahi
- Ortopedi
- Üroloji
- Dahiliye (İç Hastalıkları)
- Nörolojik cerrahi
- Genel Cerrahi

Bu süre zarfından eğitime katılanlara uygun ödeme yapılmalıdır. (Madde 25.3)

Yukarıda belirtilen mesleklere yeni uzmanlık dalı eklemek, o uzmanlık dalının üye ülkelerin 2/5 inde ortak olarak kabul edilmesi üzerine ve direktifte değişiklik yapma usulünü belirleyen 58.2 inci maddeye göre yapılır.

Ülkemizde yapılması gerekenler:

Mesleki Niteliklerin karşılıklı tanınması konusu Türkiye'nin "Hizmet Sunumu Serbestisi ve İş Kurma Hakkı" alanında uyum sağlamak zorunda olduğu en önemli konulardan biridir. Bu alandaki AB mevzuatı doktorluk, eczacılık, hemşirelik, ebelik, mimarlık, veteriner hekimlik ve diş hekimliği meslekleri için asgari eğitim

şartı aramaktadır. Bu meslekler için tamamlanması gereken eğitim şartları ilgili direktifte belirtilmiştir. Bunun anlamı serbest dolaşım başladığı takdirde bu meslek dallarında ülkemize AB üyesi ülkelere çalışmak üzere gelmek isteyen üye ülke vatandaşlarından asgari eğitim şartlarının tamamlandığına dair belgeler istenecektir. Aynı şekilde bu meslek dallarında ülkemizden AB üyesi ülkelere çalışmak üzere gitmek isteyen vatandaşlarımızın herhangi bir sorunla karşılaşmamaları için üniversitelerdeki müfredatın ve eğitim süresinin 2005/36/EC sayılı Konsey Direktifinde belirtilenlerle uyumlu olması zorunludur.

Bu konuda asıl sorun, herhangi bir direktifle mesleğe sahip olunması ve icrası bir düzenlemeye sahip olmamış mesleklerdir. Topluluk bu konuda üye ülkeleri serbest bırakmıştır. Yani her üye ülke bu mesleklerle ilgili kendi ulusal düzenlemelerini yapmakta serbesttir. Mesleğini icra etmek üzere başka bir ülkeye gitmek isteyenler bu mesleklerde Topluluk kurallarına değil gitmek istediği ülkenin o meslekle ilgili düzenlemelerine uymak zorundadır. Eğer gitmek istediği ülkede o meslekle ilgili bir düzenleme bulunmuyor ise bu takdirde mesleğini serbestçe icra edebilmektedir.

Ülkemizde AB normlarına uygun meslek kriterlerinin belirlenmesi ve belgelendirilmesi sisteminin oluşturulmaması durumunda, ülkemiz tam üye olduğu takdirde, pek çok alan itibarıyla diğer AB üyesi ülkelere mesleki eğitim almış AB vatandaşları, hiçbir ulusal kriterle uyum zorunluluğunda olmadan ülkemizde mesleğini icra edebileceklerdir. Buna karşın, Türk vatandaşları çalışmak üzere gittikleri diğer AB üyesi devletlerin belirlediği mesleki kriterlere uyum sağlama gibi bir engelle karşılaşabileceklerdir. Başka bir deyişle, herhangi bir mesleğe ilişkin ulusal standartların belirlenmemesi durumunda, bu konuda yetersiz de olsa bir eğitim almış her AB vatandaşı Türkiye’de bu mesleği icra edebilecektir. Ancak AB’de mesleğini icra etmek isteyen bir Türk vatandaşı, mesleki yeterliliğini ülkemizde belgelendiremediği için, o ülkede çalışamayacaktır.

Bu sorunun ortadan kaldırılması için ülkemizde bizim için özel öneme sahip mesleklerle ilgili meslek kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu kriterler belirlenirken ülkemiz gerçekleri dikkate alınmalı, Türkiye’den çalışmak üzere en fazla hangi üye ülkelere gidilebileceği araştırılmalı ve meslek standartları o ülkeninkilere yakın olarak belirlenmelidir.

Bu bağlamda, kurulan Mesleki Yeterlilikler Kurumu, ülkemizde, birçok mesleğe ilişkin düzenlemeleri gerçekleştirebilecek bir kurum olarak AB üyelik sürecinden gerekli faydanın sağlanmasında önemli bir rol oynayacaktır.

Kurum, bu düzenleyici işlevi ile sadece AB sürecinde önemli bir eksikliği yerine getirmekle kalmayacak yaptığı faaliyetler ile Türkiye’de bugüne kadar büyük oranda eksikliği hissedilen eğitim-istihdam-işgücü piyasası arasındaki bağlantının kurulmasında da faydalı olacaktır.

Konuyu tıpta uzmanlıkla ilgili olarak değerlendirdiğimizde ise durum daha farklıdır. Tıp ve tıpta uzmanlık eğitimi ilgili direktifte düzenlenmiş bir alan olduğu için, tüm üye ülkelerin bu koşulları aynen kendi mevzuatlarına aktarması gerekmektedir. Bu hükümler, mevzuat aktarıldığı takdirde, zaten uzman doktorların dolaşımını engelsiz olarak temin etmiş olacaktır. Önemli olan husus da, şu an itibarıyla, ulusal mevzuatımız ile AB düzenlemesi arasındaki farkların, uygun değişikliklerin hangi mevzuatta ve hangi yöntemle gerçekleştirileceğinin ve bu değişikliklerin zamanlamasının belirlenmesidir.

Avrupa Ortopedi ve Travmatoloji Board'u (EBOT) Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi (TOTEK) İlişkileri

Prof. Dr. Mehmet Demirhan

Avrupa Ortopedi ve Travmatoloji Board'u Türkiye Temsilcisi

TOTBİD'in bir alt kuruluşu olarak 2001 yılında kurulan TOTEK uluslararası ilişkiler açısından faaliyetlerine hemen başlamıştır. Bu çerçevede UEMS bazında Avrupa Board'uyla (EBOT) ilişkilere geçilmiştir ve 2002 yılında Ekim ayında yapılan EBOT toplantısına Türkiye davet edilmiştir. Bu toplantıya Türkiye ilk kez gözlemci sıfatıyla katılmıştır. O zamanki 15 AB topluluğu üyesi ülke temsilcileri, Norveç ve İsviçre temsilcileri ve aday ülkelerden de Macaristan, Kıbrıs ve Romanya'nın katılımıyla gerçekleşen toplantıda Türkiye'nin katılımı tartışma yaratmıştır. Henüz aday ülke olmaması nedeniyle gözlemci üye statüsü verilmesi tartışmalara neden olmuş, ancak sonunda gözlemci üyeliğimiz UEMS ve EFORT ilişkileri göz önüne alınarak hayatiyete geçirilmiştir.

Bu ilk toplantı esnasında özellikle Avrupa bazındaki ülkeler arası ilişkiler ve karar mekanizmaları oluşturulmasını gözleme imkanı bulundu. Ülkemiz açısından özellikle çekirdek müfredat hazırlanması, Continuing Medical Education (CME) kredilendirme sisteminin Avrupa bazında standardizasyonu, gerek hekimlerin gerekse hastaların medikolegal sorunlarıyla ve malpractice davaları ile ilgili gelişmeler konusunda fikir sahibi olundu. Bu toplantının en önemli noktalarından biri de yapılmakta olan Avrupa Board sınavına Türkiye'nin katılıp katılamayacağı ile ilgili EBOT kurulunun takınmış olduğu tavrıdır. Bu yapılan sınavın sadece AB'ye üye ülkeler ve İsviçre, Norveç ve resmi aday statüsü kazanmış olan 10 ülke için geçerli olduğu ve Türkiye'nin bu sınava alınmaması gerektiği kurul üyelerinin büyük bir çoğunluğu tarafından desteklenen bir karar olarak zabıtlara geçilmiştir. Yukarıda katıldığımız ilk toplantıdaki ilgili tarihsel gelişimi paylaşmak istedim. Dört yıl önce gerçekleştirilen bu toplantıdan sonra görece diğer Avrupa branş boardlarına nazaran daha konservatif olduğuna inandığım EBOT da bu gün gelinen nokta hakikaten sevindiricidir.

EBOT ülke temsilcileri toplantıları her yıl iki kez ilkbahar ve sonbaharda olmak üzere çeşitli ülkelerde yapılmaktadır. Türkiye'nin ilk defa katıldığı 2002 toplantısından bu yana sırasıyla bu toplantılar Hollanda'da, Kıbrıs Rum Kesimi'nde, Danimarka'da, Romanya'da, İstanbul'da, Finlandiya'da ve İsviçre'de yapıldı. 2002 yılında başlayan Türkiye'nin ilişkileri özellikle 2005'deki İstanbul toplantısından sonra oldukça olumlu ve verimli bir noktaya ulaştı. Türk Ortopedi ve Travmatoloji ailesi olarak 4 yıl önce başlayan bu ilişkiler neticesinde önemli kazanımlar elde ettiğimiz düşüncesindeyiz. Öncelikle hem kendimizin tanıtılması hem de ülkemizdeki düzenlemelerin Avrupa standartlarına çekilmesi açısından bu toplantılara katılmış olmanın faydası tartışılmazdır. Genel olarak elde ettiğimiz kazanımları sıralayacak olursak:

- 1) Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği olarak Türkiye'yi yurtdışında temsil etmekle görevli bir organizasyon UEMS-EBOT içinde artık resmen yer almaktadır.
- 2) EBOT toplantıları içerisindeki karar mekanizmalarında ülkemizin de artık sözü geçmekte ve etkin olmaktadır.
- 3) Avrupa Birliği tarafından tüm üye ülkelere önerilen Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı, Türkiye'deki tüm uzmanlık eğitim veren üniversite ve hastanelere uygun düzenlemeler yapılarak gönderilmiş ve Sağlık Bakanlığı'na da bu konuyla ilgili gerekli dokümanlar gönderilmiştir.
- 4) Avrupa'da uygulanan CME kredilendirme sistemine Türkiye dahil edilmiş ve gerek Türkiye'de yapı-

lan uluslar arası toplantılarda gerekse yurtdışında elde edilen kredilerin Türkiye'deki kredi sistemiyle eşdeğerliği sağlanmış ve bu konuda TTB'yle ilişkiler geliştirilmiştir.

- 5) TOTBİD_TOTEK tarafından yapılan Board sınavının EBOT tarafından geçerli sayılması sağlanmış ve 2006'dan itibaren de bu sınavı geçen üyelerimizin Avrupa Board Sınavı'na girebilme hakkı elde edilmiştir. Önümüzdeki yıllarda EBOT sınavının Türkiye'de yapılması için de girişimlere başlanmıştır.
- 6) EBOT Avrupa sınavına çeşitli dönemler halinde 9 gözlemci göndererek sınav yapıcı sertifikasyonu alınmış ve bu sayede EBOT sınavlarına da ülkemizden sınav yapıcı olarak katılma imkanı bulunmuştur.
- 7) 2006'da yapılan EBOT sınavına Türkiye'den katılan 4 aday başarılı olmuş ve ilk kez Avrupa Board'u sertifikasına haiz üyelerimiz olarak bizi gururlandırmışlardır.
- 8) Uzmanlık eğitimi veren kliniklerin akreditasyon çalışmaları EBOT ile koordine olarak devam etmekte olup bu konudaki karar alma mekanizmalarında Türkiye'nin aktif rolü sağlanmıştır. Akreditasyon uygulamalarına başlanılacağı düşünülen 2008 yılından itibaren ülkemizde bu şartlara haiz kliniklerin bu belgeyi alması için gerekli hazırlıklara başlanmıştır.
- 9) Çalışma saati uygulamaları ile ilgili olarak Avrupa Parlamentosu'nda belirlenen şartların Türkiye'de uygulanabilirliği konusunda gerek TTB gerekse Sağlık Bakanlığıyla gerekli yazışmalarda bulunulmuştur.
- 10) Özellikle diğer branş boardlarıyla ilişkiler konusunda ve bunlar içerisinde nöroşirurji, el cerrahisi, pediatri ve kaza cerrahisiyle ilgili düzenlemelerin ülkemizdeki uygulamalarına yönelik bilgi sahibi olunmuş ve bu konuda gerekli girişimler başlatılmıştır.
- 11) EBOT toplantısı 2005 yılı ilkbaharında İstanbul'da toplanmıştır. Gerek ülkemiz gerekse derneğimizin geniş bir tanıtımı sağlanmıştır.

Derneklerin uluslararası ilişkileri; özellikle Avrupa Birliği platformunda ülkemiz açısından son derece önemlidir. Bu ilişkiler neticesinde hem Türkiye'nin gerekli kurullarda yeterince ve ağırlığına temsil edilmesi sağlanmakta, hem de ülkemizin AB uyum süreci içerisindeki hazırlıklarına büyük katkıda bulunmaktadır. Zaman içinde bu ilişkilerin kurumsallaşması, Türkiye'nin karar alma mekanizmalarındaki etkinliğini önemli ölçüde arttıracaktır. Bunun getireceği faydalara tartışılmazdır. UEMS içerisindeki çeşitli branşların boardlarının birbirleriyle olan ilişkileri de özellikle son yıllarda gündeme gelmiştir. Bu çerçevede Türkiye olarak Avrupa Boardlarıyla ilişkisi olan Türkiye dernek temsilcilerinin TTB-UDKK bünyesinde oluşturulan yeni oluşum içerisinde bir araya gelmiş olmaları sevindiricidir. Türkiye'nin AB'ne hazırlığı çerçevesinde bizlerin de kendi mesleğimiz çerçevesinde bu girişimlerde bulunmamız kaçınılmazdır. Bütün bu oluşum içerisinde çalışmaların Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak yürütülmesi gereklidir. Ancak özellikle sivil toplum kuruluşlarının AB bünyesi içerisinde en az bakanlıklar kadar etkili ve yetkili olduğu ve bu noktadan hareketle Sağlık Bakanlığımızın da bu işbirliğine ilgi göstermesi gerekliliği kaçınılmazdır. Özellikle hazırlıkları devam eden çeşitli yönetmelik ve uzmanlık sınavları ile ilgili uygulamaların bu müktesebat çerçevesinde UEMS ile ilişkili olarak ve Türkiye'deki ilgili derneklerle beraber yürütülmesi uygun olacaktır.

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Çalışmaları

Prof. Dr. M. Umut Akyol

TTB-Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Temsilcisi

ATUB (Avrupa Tıp Uzmanları Birliği) / UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes/ European Union of Medical Specialists) günümüzde Avrupa Birliği'nin tıp alanındaki en köklü ve en geniş katılımlı kuruluşudur. ATUB, Avrupa Topluluğu'nun temelini atıldığı Roma antlaşmasının 1 yıl ardından, 1958 yılında Avrupa'daki tıp eğitimi ve uygulamalarında standardizasyon sağlanması ve tıpta uzmanlık eğitimi/uygulaması alanının organize edilmesi amacıyla kurulmuştur. ATUB, kuruluşundan itibaren uzmanlık alanları, çalışma koşulları ve yasal durumlarına bakmaksızın Avrupa Topluluğundaki tüm uzman hekimleri bir araya toplamak için kurulmuştur.

ATUB'un kuruluşunda belirtilen ve halen geçerli olan **temel amaçları**; Avrupa'daki tıpta uzmanlık uygulamalarının niteliğinin ilerletilmesi, harmonizasyonu ve uluslararası düzeyde tıp uzmanlarının statülerinin ve toplumdaki rollerinin savunulmasıdır. ATUB aynı zamanda AT'deki diğer tıp ile ilgili kuruluşlar ile birlikte uzman doktorların Avrupa'da eğitim derecelerinin karşılıklı tanınmasını ve serbest dolaşımını sağlayacak düzenlemeleri hazırlamak ile de görevlendirilmiş ve bu doğrultuda çalışmalarını halen artan bir yoğunlukla sürdürmektedir.

ATUB'un kendi varlık nedeni olarak belirlediği **tıpta uzmanlık eğitimi ve uygulaması standartlarının yükseltilerek topluma daha nitelikli uzmanlık ve tıp hizmeti sunulması ve uzman hekimlerin statü ve toplumsal rollerinin korunması ve geliştirilmesi** olarak özetlenebilecek evrensel amaçları hangi ülkeden olursa olsun, bu konulardaki sorumluluk bilincine sahip tüm hekimler ve meslek kuruluşu tarafından paylaşılmalıdır. Şüphesiz Türkiye'de daha nitelikli ve çağdaş bir tıp eğitimi ve hizmeti vermek için çalışan TTB ve Türk halkına en kaliteli tıpta uzmanlık hizmeti verilmesi amacıyla bir araya gelen tıpta uzmanlık derneklerimizin varlık nedenleri de ATUB'un anılan amaçlarıyla bire bir örtüşmektedir.

ATUB'un kurulması ile birlikte tüm AB kuruluşlarında olduğu gibi Avrupa ülkelerinde tıpta uzmanlık alanında kurulan devlet dışı toplum kuruluşları, tabip odaları/birlikleri bu kuruluş bünyesinde birleşerek organize olmuşlardır. Her ülkenin tabip odaları/birlikleri ve tıpta uzmanlık alanının gerçek sahipleri olan tıpta uzmanlık dernekleri ATUB şemsiyesi altında kendi alanlarında (seksyonlarında) Avrupa ülkeleri arasında eğitim ve uygulamaların standardizasyonu için çaba harcamaya başlamışlardır.

Kuruluşunda 6 öncü ülkenin sivil toplum örgütlerince başlatılan bu çalışmalar daha sonra AT'luğunun oluşumu ve genişlemesi ile genişlemiş ve sonunda AB'nin günümüzdeki halini alması ile 27 asil üye ve 7 asosiye üyenin tıpta uzmanlık ile ilgili sivil toplum örgütlerini içeren bir kuruluş halini almıştır. Bu genişleme ile birlikte çok dilli, çok kültürlü ve çok farklı eğitim ve toplumsal sistemlerden gelen farklı ülkelerdeki tıp uzmanlığı eğitimi ve uygulamalarının ortak bir paydada birleştirilmesi (harmonizasyonu), standardize edilmesi ve zamanla denetlenmesi gibi dev boyutta bir işte ağır fakat kararlı ve yapıcı adımlar atılarak önemli yol kat edilmiştir. Dışlamak ve cezalandırmak değil, ortak doğruları bulmak ve en iyisinde birleştirmek yöntemi ile, üstelik farklı ülkelerin karmaşık bürokratik sistemleri içerisinde hareket etmek zorunda kalan ATUB doğal olarak çalışmalarında zaman zaman çıkmazlar ile karşılaşmakta, hantal kalmakta ancak, ağır da olsa çalışmalarını başarıyla sürdürmektedir.

ATUB yapılanmasında her uzmanlık alanında üye ülkelerin ilgili uzmanlık derneklerinin katılımı ile oluşturulan seksiyonlar ve bu seksiyonların çalışma gurupları olan Boardlar yer almaktadır. Üç ana gurup altında (kabaca cerrahi disiplinler, dahili disiplinler ve diğer disiplinler olarak tanımlanabilecek üç gurup) bir araya

gelen sekiyon ve boardlar kendi seçtikleri 2 temsilci aracılığı ile üye ülkelerin temsilcilerinden oluşan genel kurulda temsil edilmektedirler.

ATUB kurallarınca ATUB asil üyesi olabilmek için başvuran ülkenin AT üyesi olması gereklidir. Bunun dışındaki ülkeler kabul edildikleri takdirde asosiye üye olurlar. Asosiye üyeler oy kullanma dışında asil üyelerin tüm hak ve yükümlülüklerine sahiptirler. Herhangi bir konuyu gündeme getirebilir karar aldirtabilir ancak oy kullanamazlar.

ATUB konusunda her zaman göz önünde bulundurulması gereken bir temel bilgi ATUB kararlarının önemli bir kısmının tavsiye niteliğinde olduğu, ülkelerin yasal hükümleri üzerinde bir zorunluluk içermemesidir. İhtisas süreleri, mesleklerin ve statülerin karşılıklı tanınması gibi her geçen gün artan temel kavramlar dışındaki kararlar ülkeler arasındaki ikili anlaşmaların üzerinde değildir. Bu, özellikle serbest dolaşım gibi konularda hekimlere, ülkelerarası ikili anlaşmalar üzerinde bir hak vermemekte, ancak aldığı eğitimin ATUB standartlarında olduğunun belirlenmesi bir hekim için büyük avantaj olup yakın zamanda bir ön koşul haline gelecek gibi görünmektedir. Bu paralelde ATUB sekiyonlarının çalışma gurupları “board”larınca düzenlenen ve yurdumuzdan da bazı alanlarda bir çok meslektaşımızın başarı ile aldıkları Avrupa board sınavlarının yasal bir geçerliliği olmamakla birlikte bir hekimin portfolyosunda yer alabilecek en önemli belgelerden birisi olma özelliğindedir. Bu sınavlar örneğin İsviçre’de bazı disiplinlerde ulusal sınav yerine kullanılmaktadır.

Yurdumuzda da kendi uzmanlık alanlarında eğitim ve sağlık hizmetinin ileri ülkelerde uygulanan çağdaş düzeye yükseltilmesi ve üyelerinin toplumsal statülerinin korunarak yükseltilmesi amacı ile çalışan sivil toplum örgütleri olan uzmanlık derneklerimizin büyük bir kısmı yıllardır Avrupa ve diğer ülkelerde kendi disiplinlerinde kurulmuş dernek ve birlikler ile yakın ilişki içerisinde çalışmakta idiler. Bu derneklerden birisi “Türk Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneği” 1992 yılında uzun süredir yer aldığı ATUB’un kendi alanındaki çalışma gurubuna üyelik için başvuruda bulunduğunda bu sekiyona resmi üye olmak için önce Türkiye’nin ATUB üyeliğine başvurması ve kabul edilmesi gerektiğini bilgisini almıştı. Bunun üzerine üyelik için ATUB kurallarını araştıran dernek temsilcisi ve yöneticilerinden Prof. Dr. Namık Kemal Baran Türkiye adına ATUB’a AB kurallarınca tüm hekimlerin sivil toplum örgütü olan TTB’nin üye olabileceğini öğrenmiştir. Sayın Dr. Baran’ın öncülüğünde dernek yöneticileri bu bilgi ile TTB’ne başvurmuş ve TTB ATUB ile yazışmalara başlayarak üyelik başvurusunda bulunmuştur. Dönemin TTB başkanı Dr. Selim Ölçer önderliğinde TTB yöneticilerin yoğun çabaları ile ATUB’un istediği dosya hazırlanmış ve 1993 tarihinde ATUB genel kurulunda oy birliği ile yurdumuz ATUB asosiye üyeliğine kabul edilmiştir.

Türkiye AB üyesi olduğunda ATUB asil üyeliği de gerçekleşecektir. Şu anda TTB ATUB’un yıllık ücretini yatıran aktif assosiye üyesidir. UDKK üyesi tüm dernekler ATUB altında çalışan kendi disiplinlerinin tüm kuruluş ve çalışma guruplarına aynı şartlar ile katılma hakkına sahiptir. Bu hakkın engellendiği durumlarda UDKK ATUB kurallarınca Yürütme Kurulu aracılığı ile ilgili engellenmenin kaldırılmasını ve ilgili derneğin alanındaki ATUB çalışmalarına katılımını sağlayacaktır.

Bu gelişmelere paralel olarak uzun süredir TTB’nin bazı uzmanlık dernekleri ile birlikte sürdürülmekte olduğu tıpta uzmanlık alanı ile ilgili çalışmalar ATUB yapılanmasının örnek olarak alındığı TTB- Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu (UDKK) nin kurulması ile yeni bir aşamaya girdi. Bir anlamda TTB’nin ATUB üyeliğinin en olumlu ve somut meyvası üyeliğimizin hemen ardından Türkiye’de uzmanlık eğitimi ve pratiğinin çağdaş standartlarda ilerlemesi için her biri kendi disiplininde uğraş veren uzmanlık derneklerinin bir araya gelmesi oldu. Ulusal uzmanlık derneklerimiz ATUB organizasyonuna benzer bir yapılanma ile TTB şemsiyesi altında bir araya geldiler ve daha sonra Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurul (UDEK) adını alacak UDKK’yı oluşturdular.

TTB UDKK, TTB adına ATUBun Türkiye üyesi kimliği ile kısa sürede hepimizin bildiği gibi bu alanda örnek bir yapılanma ve çalışma ile yurdumuzda tıpta uzmanlık alanındaki en geniş katılımlı ve kapasiteli kuruluş haline geldi. UDKK uzun süredir kendi alanlarında organize olan ve çalışmalar sürdüren tüm derneklerin bir araya gelerek ortak bir güç oluşturmaları, zaman içerisinde artan bilgi birikimleri ile Türkiyede uzmanlık eğitimi ve uygulaması alanındaki yeniden yapılanma çalışmalarında tek bilimsel otorite haline gelmelerine neden oldu. Demokratik ve dinamik yapısı ile her geçen gün kendisini geliştiren ve alanında bir çok çağdaş

uygulama başlatarak Türkiye’de uzman hekimliğin eğitim ve uygulama standartlarını çağdaş bir düzeye taşıma da büyük yol alan UDKK (günümüzde UDEK) bu çalışmalarında ATUB temsilcisi olmasının verdiği yetki ve sorumluluklarda her zaman güç almıştır.

TTB-UDEK’in ATUB temsilcisi olması nedeni ile ATUB kuralları içerisinde Türkiye’deki tıpta uzmanlık eğitimi ve uygulaması standartlarını Avrupa Birliği ülkeleri ile eşgüdüm içerisinde çalışarak harmonize etme çalışmaları varlığının doğal bir sonucudur. Bu çaba Türkiye’nin AB üyesi olmasına karşı çıkanların eleştiri noktası olduğu gibi AB istediği için kendi eğitim ve uygulamalarımızı değiştirmek zorunda olduğumuz için değil, ATUB üyesi ülkelerdeki meslektaşlarımız ile paylaştığımız ve yukarıda **“tıpta uzmanlık eğitimi ve uygulaması standartlarının yükseltilerek topluma daha nitelikli uzmanlık ve tıp hizmeti sunulması ve uzman hekimlerin statü ve toplumsal rollerinin korunması ve geliştirilmesi”** olarak açıklanan prensiplere yürekten katıldığımız için sürdürülmektedir. Bu prensipler Türkiye’nin AB üyeliği ile ilgili olumlu veya olumsuz politik görüşlerden ve yorumlardan tümüyle bağımsız olarak benimsenmiştir. UDEK’in ATUB üyesi olarak sürdürdüğü çalışmalar Türkiye’deki uzman hekimlik alanını Türk hekimleri ve Türk halkı için çağdaş bir düzeye taşımak için sürdürülmektedir.

Yurdumuzdaki tıpta uzmanlık eğitim ve uygulamalarının bu alanın sahipleri olan uzman hekimlerin kurdukları sivil toplum örgütleri olan uzmanlık dernekleri ve ATUB aracılığı ile yeniden yapılandırılması ve çağdaş düzeye yükseltilmesi çalışmaları, hepimizin bildiği gibi bu alandaki tüm yetkiyi, her geçen gün daha açık görülen yetersizliğine rağmen, tümüyle elinde tutmak isteyen ve konunun tarafları ile paylaşmaktan ısrarla kaçınarak tehlikeli ve yıkıcı bir çıkmaza sokan Sağlık Bakanlığı tarafından engellenmektedir. Tıpta uzmanlık alanının çağdaşlaştırılması çalışmalarında temel tıkaıyıcı sorun olan yeni bir Tababet Uzmanlık Tüzüğü çıkarılması alanında, yıllardır biriken bilgi birikimimiz ve konunun tek uzmanı olmamıza dayanan, yapıcı önerilerimizi her seferinde görmezden gelen ve baltalamaya çalışan Sağlık Bakanlığı yetkilileri TTB-UDEK’in hükümet politikası olarak katılmaya çalıştıkları AB’nin konu ile ilgili tek yetkili kuruluşu olan ATUB’un resmi temsilcisi olmasından son derece rahatsızdılar. Değişik zamanlarda değişik manevralar ile TTB-UDEK’in bu gücünü zayıflatmak amacı ile girişimlerde bulunan bakanlığın bu çabaları her seferinde kendi yetersizliğini ortaya koyarak sivil toplum örgütleri olan uzmanlık derneklerinin UDEK çatısı altındaki örgütlü çalışmalarının, ve engellenemez bilgi birikiminin önemin daha çok ortaya çıkarmıştır.

TTB-UDEK-ATUB üyesi olmasının verdiği, arkasında AB’deki yüz binlerce uzman hekim meslektaşının desteğini Sağlık bakanlığı karşısındaki savaşımında daha aktif olarak kullanmalıdır. Üyesi olduğumuz ATUB ile dayanışmadan aldığımız yasal ve manevi gücü daha çok ortaya çıkarmalı ve kullanmalıyız. Yurdumuzda tıpta uzmanlık eğitiminin bağımsız yapılanmasında bize önemli katkı sağlayacak ATUB ve üyeleri ile profesyonel dayanışmanın sağlayacağı gücü kullanabilmek ve arttırmak için TTB-UDEK’in son yıllarda ATUB yönetimine artan ölçüde düzenli katılımı gerekli yolu açmıştır. ATUB yönetim kuruluna temsilcilerimiz aracılığı ile düzenli olarak katılımımızın artırılması, ATUB genel kurulunun 2009 yılında İstanbul’da yapılması davetimizin oy birliği ile kabul edilmesi gibi somut göstergeler ile ATUB içerisindeki varlığımızı sağlamlaştırmıştır. Gelişen ilişkilerimize son bir örnek ATUB 2006 güz toplantısında en önemli çalışma guruplarından birisinin raportörlüğüne ATUB temsilcilerimizden Dr. Umut Akyol’un seçilmesi olmuştur. Gelişen bu ilişkilerimiz sonucunda ATUB’daki meslektaşlarımızın desteği bize siyasal otorite karşısında AB’ce tanınan bir sivil toplum örgütü olarak önemli bir siyasal baskı oluşturma şansı vermektedir. Ancak ATUB ve üye ülkelerdeki meslektaşlarımız ile dayanışmadan elde edeceğimiz politik baskı gücünü kullanabilmek için uzmanlık alanlarında üyemiz olan derneklerin de ATUB faaliyetlerine daha çok ve aktif olarak katılması gerekmektedir. Bazı alanlarda kendi disiplinlerinin çalışma guruplarında aktif olarak rol alan, Avrupa board sınavlarını yurdumuzda gerçekleştiren derneklerin bu alanda bu kadar yol almamış derneklere örnek olması ve var olan bilgi birikimlerinin her alanda bu olumlu ilişkiyi kurmak için paylaşılması için UDEK yönetimi başlattığı çalışmalarını sürdürecektir. Uzmanlık alanlarında sürdürülen çalışmalar sonucunda aktif olarak içlerinde yer alacağımız ATUB üyesi ülkelerdeki meslektaşlarımız ile dayanışmadan elde edeceğimiz bilgi paylaşımı ve birikimi, yurdumuzda daha nitelikli uzmanlık eğitimi ve uygulaması için sürdürdüğümüz bilimsel ve profesyonel çalışmalara destek olacak; alacağımız güç bu amaç önünde bir engel olmaya devam eden siyasi otoriteye karşı savaşımımıza büyük katkı sağlayacaktır.

Anılan nedenler ile üye derneklerimize düşen görev kendi seksyonlarında ATUB birimleri ile ilişkilerini geliştirmeleri, toplantılara düzenli temsilciler göndererek faaliyetlere aktif olarak katılmaları, ATUB etkinliklerinin yurdumuzda yapılması için seksyonlardaki meslektaşlarını özendirmeleri ve yurdumuzda alanlarındaki çalışmalarını Avrupa'daki meslektaşlarına iletecek sürekli iletişim kanallarını kurmalarıdır. Bu konuda UDEK elinden gelen desteği sağlamaya devam edecektir.

Avrupa Birliği Sürecinin Türkiye’deki Tıp Uzmanlık Eğitimine Etkileri ve Beklentiler

Dr. Arslan Ümit Giray

Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanı

Tıp eğitimi, 1990’ lı yıllarda, Dünya Tabipler Birliği tıp eğitimini, “Tıp eğitimi tıp fakültesine girişle başlayıp emeklilikle sona eren bir öğrenme sürecidir” şeklinde tanımlıyor.

Uzun yıllar geçerli olan bu görüşe daha sonraki yıllarda “Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi” ve “Sürekli Mesleki Gelişim” kavramları eklenmiştir.

I – AVRUPA BİRLİĞİ ÜYE ÜLKELERİNDE TIPTA UZMANLIK

A – TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN AB’ DE YASAL DAYANAKLARI

Roma Anlaşması, Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerinde kişilerin, hizmetlerin, malların ve sermayenin serbest dolaşımı ile ilgili hususları belirlemektedir.

AB’nin, tıp doktorlarının serbest dolaşımı ile ilgili yürürlükteki mevzuatı, 2005/36 sayılı “**Mesleki Yeterliliklerin Tanınmasına Dair**” direktifidir. Bu direktif, 1970’li yıllardan bugüne kadar çıkarılan ve sağlık mesleklerine ilişkin düzenlemelerin de yer aldığı 15 adet direktifin birleştirilmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Avrupa Birliği’ nde yasal mevzuatın şekillendirilmesinde, Avrupa Tıp Uzmanları Birliğinin (ATUB) 5.4.1993 tarih ve 24, 26, 27 maddeleri esas alınmıştır.

B - AB’ DE UZMANLIK EĞİTİMİ

2005/36 sayılı direktifin 25. nci maddesine göre uzmanlık eğitimi; 6 yıllık tıp eğitiminden sonra teorik ve pratik eğitimi kapsmalı, full-time bir eğitimle (belirli koşullarda part-time eğitim de olabilir), bir eğitim hastanesinde veya bir üniversite hastanesinde verilmelidir. Üye ülkeler, uzmanlık eğitimlerinin asgari süresinin, direktif (2005/36) ekinde belirlenen süreden daha az olmamasını sağlamalıdır. Eğitim, yetkili makamların ya da kurumların gözetimi altında verilmelidir.

C - YETKİLİ ULUSAL OTORİTE

2005/36 sayılı direktifin 56. maddesine göre “Her üye ülkede uzmanlık eğitiminin koordinasyon, gözetim, denetim ve düzenlemesinden sorumlu olan bir ulusal otorite olmalıdır”. Bu ortak ulusal otorite; tıpta uzmanlık eğitimini koordine etmek, denetlemek ve düzenlemek sorumluluğunu taşımalıdır.

D - AB ÜLKELERİNDE TIP EĞİTİMİNDEN SORUMLU YETKİLİ OTORİTE ÖRNEKLERİ

AB üye ülkelerinde tıp eğitiminden sorumlu yetkili otoriteler farklılık göstermektedir.

İngiltere	Sağlık Kurulu (Medical Board)
İrlanda	Sağlık Kurulu
Almanya	Tabipler Birliği (Medical Association)
Portekiz	Tabipler Birliği
Hollanda	Tabipler Birliği
Fransa	Üniversiteler
İtalya	Üniversiteler
Finlandiya	Üniversiteler
Belçika	Sağlık Bakanlığı
Avusturya	Tabipler Birliği
Danimarka	Ulusal düzeyde Devlet tarafından kontrol edilir.
İspanya	Ulusal düzeyde Devlet tarafından kontrol edilir.
İsveç	Ulusal düzeyde Devlet tarafından kontrol edilir

E - AVRUPA TIP UZMANLARI BİRLİĞİ (ATUB = UEMS (European Union of Medical Specialists))

ATUB, 1958 yılında 8 Avrupa ülkesi tarafından kurulmuştur. AB ülkelerinde uzman hekimliğin kalitesini artırmak ve uyumlaştırmak amacıdır. Uluslararası düzeyde tıp uzmanlarının statülerinin ve toplumdaki rollerinin savunmasını hedefler. Diğer tıp ile ilgili kuruluşlar ile birlikte, uzman doktorların Avrupa'da eğitimleri ve serbest dolaşımları ile ilgili düzenlemeleri hazırlar ve üst organlara sunar.

ATUB, AB' ndeki tıp uzmanlarının temsilci kuruluşudur. ATUB' un faaliyetlerine, AB' ne ve EFTA' ya üye ülkelerin tıp uzmanlarının temsilci kuruluşları, diğer Avrupa ülkelerinden gözlemciler ve yardımcı üyeler, katılmaktadır.

Türkiye, Türk Tabipler Birliği aracılığı ile 1993' ten bu yana, UEMS' de ortak üye olarak (associated member) temsil edilmektedir

Asil üye olabilmek için ise, AB üyesi olmak gerekmektedir. Ortak üyeler oy kullanma dışında asil üyelerin tüm hak ve yükümlülüklerine sahiptirler. Herhangi bir konuyu gündeme getirebilir karar alabilir ancak oy kullanamaz.

1. ATUB Düzeyinde Örgütlenme

Konu ile ilgili terimler ve açıklamaları şöyledir;

Uzmanlık Alanı: Mezuniyet sonrası bir eğitim programı bulunan ulusal ya da uluslararası olarak tanınan bir tıbbi uzmanlıktır.

ATUB - Uzmanlık Bölümü (UEMS Specialist Section): AB' de herhangi bir uzmanlık alanındaki doktorları temsil eden bir kuruldur. Bu kurul her ülkeden o alanda seçilen 2 üyeden oluşur ve uzmanlık bölümleri kendi uzmanlık dallarının ilgilendiren konularda düşünce, öneri ve bulgularını diğer uzmanlık dallarıyla birlikte ATUB 'a sunarlar.

Avrupa Üst Kurulu (European Board): AB üyesi bir ülkede, bir uzmanlık dalında en yüksek bakım standardını garanti etmek ve eğitiminin yeterli düzeye çıkarılmasını sağlamak üzere, ATUB' un ilgili uzmanlık bölümüne oluşturulan bir kuruldur. Kurul amaçlarına şu yollarla ulaşır;

- Eğitim standartlarının oluşturulması, tanınması ve idamesi için önerilerde bulunarak,
- Eğitimin niteliği için önerilerde bulunarak,
- Eğitimin değerlendirilmesi için önerilerde bulunarak,
- Üye ülkeler arasında eğitim görenlerin değişimine olanak sağlayarak ve
- Uzmanların serbest dolaşımına olanak sağlayarak, vb.

2. Ulusal Düzeyde Örgütlenme

Ulusal Üst Kurul (National Board): AB'nde geçerli olan kurullara göre tıp uzmanlarının eğitimi denetleyen ulusal mesleki bir kuruluştur. Görevi ulusal standartları oluşturmak ve şu konularda denetlemeler yapmaktır:

- Eğitimin süresi ve içeriği
- Niteliğin denetimi
- Talebe uygun eğitimin denetimi
- Eğitime girme ile ilgili uygulamalar ve
- Değerlendirme ya da niteliği belirleyen diğer yöntemler, vb.

Ulusal Sağlık Üst Kurulu (National Authority): Her AB üyesi ülkede tıp uzmanlarını nitelendirilmesinden (qualification) sorumlu kurumdur.

ATUB' un önerilerini de dikkate alarak ulusal kurullar ve AB mevzuatı arasında uyum sağlar.

Mesleki yapılanma temsilcileri yanında YÖK, DPT, Sağlık Bakanlığı ve Dışişleri Bakanlığı temsilcilerini de içerir. Bu, ülkemizdeki Tababet Uzmanlık Kurulu'na benzer bir yapıdır.

Ulusal Sağlık Üst Kurulu, ATUB /Avrupa Kurulu (European Board) önerilerini de göz önüne alarak ulusal kurullar ve AB mevzuatı arasında uyum sağlayacak şekilde ulusal düzeyde eğitim kurumlarının, eğitimcilerin seçimi ve onaylanmasından sorumludur. Bu sorumluluğunu bir eğitim programı oluşturup nitelik güvencesi arayarak tıp uzmanlarının niteliğini denetleyerek, ilgili ulusal mesleki ve/veya bilimsel organizasyonlarla uyum içinde insangücü planlaması yaparak ve standartlarını belirleyip, denetlediği tıp uzmanlarının kaydını tutarak yapar.

F - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN GENEL HATLARI

Tıpta uzmanlık eğitiminin genel hatları denildiğinde şunlar anlaşılmalıdır;

1- Tıp Uzmanlığı Eğitimi için Seçim ve Uzmanlığa Giriş: Seçim şeffaf ve yerleşik bir sistemle, temel eğitimi tamamlamış her hekime açıktır.

2- Eğitimin Süresi: ATUB tıpta uzmanlık eğitimi süreleri 2005/36 sayılı direktifin Md. 25 ile düzenlenmiştir.

3- Ana Dal (Common Trunc): ilgili dallarda dahiliye, cerrahi ve pediatri gibi ana dal eğitimi gerektirir. Bu kararı asıl olarak o uzmanlık dalının Üst Kurulu alır.

4- Eğitim Programı: Her uzmanlık alanında, Ulusal Sağlık Üst Kurulu tarafından ilgili kurullar, ulusal kurullar ve AB mevzuatı arasında uyum sağlayacak şekilde hazırlanmış yerleşik bir programı izlenmelidir. Eğitimin evreleri ve eğitilen kişinin mesleki eylemleri eğitim tutanağına kaydedilmelidir.

5- Nitelik Güvencesi (Quality Assurance).

6- Sayı Hükümü (Numerus Clausus): Herhangi bir dalda, ülkenin ne kadar uzman hekime gerektirdiği Ulusal Sağlık Üst Kurulu ile ilgili Uzmanlık Kurulları tarafından DPT, YÖK, Sağlık Bakanlığı gibi (bu sıralama ülkeden ülkeye yetki anlamında değişiklik arz edebilmektedir.) kurumlar ile uyum halinde belirlenir.

7- Yabancı Ülkede Eğitim: Kişiler, istekleri dahilinde diğer AT ülkelerinde tanınmış eğitim kurumlarında uzmanlık eğitimi alma hakkına sahip olmalıdırlar.

G - TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURUMLARININ GEREKLERİ

Tıpta uzmanlık eğitim kurumlarının gerekleri denildiğinde şunlar anlaşılmalıdır;

1- Eğitim Kurumlarının Tanınması: Ulusal Sağlık Üst Kurulu tarafından yapılacaktır.

2- Eğitim Kurumunun Boyutu: Yatan hasta, günlük bakım ve poliklinik eğitimini içeren yeterli çeşitlilikte, nitelik ve nicelik olarak yeterli boyutta olmalıdır.

3- Eğitim Kurumunun Nitelik Güvencesi: Her kurumda belli bir düzende mortalite toplantıları, paneller, olgu sunuları, dahili tıbbi denetleme kurulları gibi yapılarla belirli bir nitelik düzeyi olmalıdır. Ayrıca enfeksiyon komitesi, ilaç kullanımı ve tedavisi gibi komiteler olmalıdır. Ulusal Sağlık Üst Kurulu eğitim kurumlarını belli bir düzende gözlemelidir.

4- Eğitim Kurumunun Altyapısı: Kurumda eğitilenlerin pratik ve teorik çalışmaları için yeterli yer ve çeşitli laboratuvar ve iletişim olanakları, araç-gereç sağlanmalıdır.

H - TIPTA UZMANLIK EĞİTİCİLERİ İÇİN GEREKENLER

Tıpta uzmanlık eğiticileri için gerekenler denildiğinde şunlar anlaşılmalıdır;

1-Eğitcinin Nitelendirilmesi: Eğitim şefinin tanınabilmesi için, uzmanlığını aldıktan en az 5 yıl aktif olarak çalışıyor olması ve uzmanlığı her yönüyle yapıyor olması gereklidir. Eğitcilerin üniversitede olması zorunluluğu yoktur. Ulusal Sağlık Üst Kurulu tarafından tanımlanmış bir eğitim kurumunda nitelendirilmesi yeterlidir.

2-Eğitim Programı: Eğitciler, eğitimi saptanan bir program çerçevesinde yapmalıdır. Bu programı esas olarak o alanın üst kurulu yapar.

3-Eğiten/Eğitilen Oranı: Eğitcilerin yeterli eğitimi almalarına olanak sağlayacak ölçüde olmalıdır.

I - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ ALANLAR İÇİN GEREKENLER

Tıpta uzmanlık eğitimi alanlar için gerekenler denildiğinde şunlar anlaşılmalıdır;

1-Deneyim: Eğitilen, deneyimi oluşturmak için yeterli sayıda poliklinik ve yatan hasta bakımını üstlenmeli ve yeterli sayı, çeşitlilikte işlem yapmalıdır.

2-Yabancı Dil: Hastalarla iletişim kurmak, uluslararası yayınlan izlemek ve yabancı meslektaşlarla iletişim kurmak için gereklidir.

3-Eğitim Tutanağı - Sicil (Log Book): UEMS/Avrupa Üst Kurulu önerileri göz önünde bulundurularak kendisine ait eğitim tutanağını güncel olarak doldurmalıdır.

İ - UZMANLIK EĞİTİMİ SÜRELERİ

Avusturya'da uzmanlık eğitiminin süresi –uzmanlığın ne olduğuna bakılmaksızın- 6 yıldır. Diğer Devletlerin tamamında uzmanlık eğitiminin süreleri, uzmanlığa göre değişmektedir. Üye Devletler' in çoğunluğunda farklı eğitim dönemleri 4 ila 6 yıl arasında değişmektedir (Almanya, Portekiz, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda). Danimarka'da uzmanlık eğitimi 4 ½ ila 5 ½ yıl arasında değişmektedir. İngiltere'de ve İrlanda'da 4 ila 7 yıl sürmekte, Finlandiya'da 6 ila 8 yıl ve İsveç'te en az 5 yıl olarak öngörülmektedir. Lüksemburg'da bir uzmanlık eğitimi sunulmamaktadır. Bu nedenle uzmanlar diğer AB üyesi devletlerde eğitim almaktadırlar.

J- UZMANLIK EĞİTİMİNİN ORGANİZASYONU VE EĞİTİM İÇERİĞİNİN OLUŞTURULMASI:

İngiltere'de ve İrlanda'da, "Uzmanlık Onayı" öncesinde gerçekleşen yüksek lisans eğitimi üniversite tarafından düzenlenir ancak bu "Onay" Tıp Kurulu tarafından verilmektedir. Her iki ülkede de uzmanlık eğitimi mesleki / bilimsel topluluklar tarafından denetlenmekte ve düzenlenmektedir. Almanya ve Portekiz'de ruhsatın verilmesi ile sonuçlanan yüksek lisans eğitimi, ulusal bir düzeyde denetlenmekte ve düzenlenmektedir ancak

genel tıbbi uygulamaya ilişkin ek eğitim ile uzmanlık eğitimi, Tıpta Uzmanlık Birliği'nin yetki alanına girmektedir. Hollanda'da da genel tıbbi uygulama eğitimi ile uzmanlık eğitimi, Tıp Uzmanlık Birliği'nin yetki alanına girmektedir. Fransa, İtalya ve Finlandiya'da tıp eğitimi üniversitelerin sorumluluğundadır. Danimarka, İsveç ve İspanya'da tıp eğitiminin tamamı ulusal düzeyde kontrol edilmektedir. Avusturya'da lisansüstü tıp eğitimi, diplomaları veren makam olan Tıp Derneği tarafından denetlenmektedir. Ancak eğitimin içeriği ulusal yetkililer tarafından belirlenmektedir.

Belçika'da tıp eğitiminin içeriği Bilim Bakanlığı'nın yetki alanındadır. Uzmanlık ve genel tıp uygulaması eğitimi Sağlık Bakanlığı tarafından (federal düzeyde) belirlenmektedir.

II – TÜRKİYE’ DE TIPTA UZMANLIK

A - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN YASAL DAYANAĞI

Türkiye’ de tıpta uzmanlık eğitimi konusundaki ilgili mevzuat: T.C. Anayasası, Madde 130 ve 131 1219 sayılı Yasanın 9. Maddesi, 2547 sayılı Yasanın 3. Maddesinin t. Fıkrası, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (1973, 2002) ve Tıpta Uzmanlık Yönetmeliğidir (1974).

B – TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ ALANLARI

Ülkemizde; 50 Tıp Fakültesi ve 46 Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ nde olmak üzere toplam 96 hastanede uzmanlık eğitimi verilmektedir

C - TÜRKİYE – AB UZMANLIK EĞİTİM SÜRELERİ KARŞILAŞTIRMASI

Tıpta Uzmanlık süreleri karşılaştırıldığında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ nde yapılan mevzuat uyumlaştırması sonucunda Türkiye ile AB Uzmanlık branşlarının süreleri büyük çoğunluktaki uyumlaştırılmıştır. Ancak, bazı uzmanlık branşlarında halen kısa veya uzun süreli olan uzmanlık branşları bulunmaktadır. Bunlara örnek olarak aşağıdaki tablo verilmektedir;

Uzmanlık Dalı	Türkiye’ de	AB’ de
Radyasyon Onkolojisi	3 Yıl	4 Yıl
Tıbbi Farmakoloji	3 Yıl	4 Yıl
Nükleer Tıp	3 Yıl	4 Yıl
Alerjik Hastalıklar	2 Yıl	3 Yıl
Endokrinoloji ve Metabolizma Has.	2 Yıl	3 Yıl
Gastroenteroloji	2 Yıl	4 Yıl
Gastroenterolojik Cer.	2 Yıl	5 Yıl
İmmünoloji	1 Yıl	4 Yıl
Anestezi ve Reanimasyon	4 Yıl	3 Yıl

III – TÜRKİYE’ DE TIPTA UZMANLIK ALANINDAKİ BEKLENTİLER > TIPTA UZMANLIK KURULU

Tıpta Uzmanlık branşları ile ilgili mevzuat uyumu ve uygulamalarını AB ülkelerinin mevzuat ve uygulamaları ile denkleştirmek üzere hazırlanan Kanun Tasarı Taslağı T.B.M.M. Genel Kurulu’ na ilgili bütün tarafların görüşü alınarak iletilmiş ve mevzuatlaşma yolundadır.

A - Tasarı taslağında aşağıdaki hükümlerin yer alması önerilmektedir;

1. Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, Uzmanlık sınavı jürilerini tespit etmek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri belirlemek, Tıpta uz-

manlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, Uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmakla görevli olmak üzere, Sağlık Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmaktadır.

2. Kurul; Bakanlık Müsteşarı, ilgili Genel Müdür ve 1. Hukuk Müşaviri, biri dış tabibi olmak üzere eğitim hastanelerinden Bakanlığın seçeceği beş, dört tıp fakültesinden ve bir dış hekimliği fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesinin seçeceği bir, Türk Tabipleri Birliği ve Türk Dış Hekimleri Birliğinin seçecekleri birer, üyeden oluşmaktadır.

3. Kurumlar, seçecekleri asıl üye sayısı kadar yedek üye de belirler. Kurula seçilecek asıl ve yedek üyelerin uzman olmaları, ayrıca en az üç yıllık klinik veya laboratuvar şefi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şarttır. Üyelerin görev süreleri üç yıldır. Süresi bitenler tekrar seçilebilir.

4. Kurul, Bakanlığın daveti üzerine yılda en az iki kez toplanır. Kurula Bakanlık Müsteşarı veya yapılacak ilk toplantıda üyeler arasından seçilecek başkan vekili başkanlık eder. Kurul, üyelerden en az beşinin teklifi ile olağanüstü toplanır. Kurul, üyelerin üçte ikisinin katılımı ile toplanacaktır.

5. Türk Tabipleri Birliği temsilcisi yalnızca tabiplerle ilgili, Türk Dış Hekimleri Birliği temsilcisi de yalnızca dış tabipleri ile ilgili konuların görüşüleceği toplantılara katılabilirler ve kendi meslek alanları ile ilgili konularda oy kullanabilecektir.

6. Kararlar oyçokluğuyla alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır. Ancak, kurumların eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin toplantılarda katılanların en az üçte iki çoğunluğu ile karar alınması şarttır.

7. Kurul toplantılarına üst üste iki kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşer.

8. Kurulun çalışma usul ve esasları ile ilgili diğer hususlarla ihtisas belgelerinin alınması ve uzmanlık eğitimi ile ilgili diğer usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca hazırlanıp Bakanlar Kurulunca yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenlenir. Bu yönetmelik yürürlüğe konuluncaya kadar, mevcut düzenlemelerin uygulanmasına devam edilir.”

Yukarıda açıklanan maddelerin kabul edilmesi ile mevzuat uyumunda bir adım daha atılmış olacaktır. Teşekkür eder, başarılar dilerim. 15.11.2006

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. AB Komisyonu, “AB Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”, Genişleme Genel Müdürlüğü Web Sitesi, erişim tarihi 10 Ekim 2006.
2. Baskan, S., “15 Mart Tıp Bayramı, İTO Semineri Konuşma Notları, İstanbul, 2006.
3. Güner, Ş., “Avrupa Birliği Müktesebatı Bakımından Tıpta Uzmanlık Standartları ve Ülkemizdeki Durum”, http://www.turkiyeavrupavakfi.org/haber_detay20.asp?hid=472, erişim tarihi 11 Ekim 2006.
4. Sağlık Bakanlığı, “Ulusal Sağlık Programı”, ABKD, Ankara, 2003.
5. Sağlık Bakanlığı, “Avrupa Birliğinde Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Eğitim Merkezleri Denetim Şartları”, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayınları, Ankara, Kasım 2002.
6. Sağlık Bakanlığı, “Kişilerin Serbest Dolaşımı”, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayınları, Yayın No: 648, Ankara, 2002.

XII.

1-3

ARALIK

2006

**tıpta
uzmanlık
eğitimi
kurultayı**

POSTER BİLDİRİLER

Silah Ruhsatı Başvurusunda Yapılacak Psikiyatrik Değerlendirmenin Standardizasyonu Ön Çalışması - İlk Öneriler -

Hüseyin Soysal¹, Hande Karakılıç²

iletişim: hsoysal1@ttnet.net.tr, handekarakilic@yahoo.com

¹ Psikiyatri uzmanı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

² Psikiyatri uzmanı, Emniyet Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Ruh Sağlığı Merkezi

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

www.psikiyatri.org.tr

Görev Grubu Üyeleri

GENEL HUSUSLAR

Rutin ruhsal muayene yapılır. Adli sicil kayıt incelemesi, ruhsal belirti tarama envanterinin doldurulması, yardımcı yöntemler muayeneyi tamamlar.

Muayenenin 20 dakikadan az olmaması, ikinci bir görüşme yapılması önerilir.

Muayeneler sonucunda kesin bir kanıya varılamazsa ikinci bir psikiyatriste veya kuruma danışılması, sevk nedeninin ayrıntılı gerekçelendirilmesi önerilir.

Rapora “sağlam”, “psikopatoloji yok”, “akıl hastalığı ve zayıflığıma rastlanmadı yerine “kişinin muayene edildiği tarihler arasında silah ruhsatı almasına engel psikiyatrik bozukluk belirtisi yoktur” yazılması önerilir.

Psikiyatrist gerekli durumlarda ruhsat için onay vererek veya onayı erteleyerek 6 ay veya 1 yıl sonra muayene tekrarını isteyebilir.

Silah ruhsatı için başvuran kişilerin adli sicil kayıtları, yasaya göre suç olmayan ama ruhsat almaya engel oluşturabilecek davranış örüntüleri incelenir.

YARDIMCI YÖNTEMLERİN KULLANIMI

Başvuran tüm kişilere muayene edilen kurum veya yerleşim merkezinde psikolog varsa bir psikolojik test, klinik tercihe göre MMPI, Rorschach, TAT’dan biri uygulanabilir.

İlkokul mezunu ve altı eğitime sahip başvuru sahiplerine zeka testi uygulanır.

Bilişsel işlevlerde herhangi bir kısıtlılıktan/anormallikten veya Ruhsal Muayene neticesinde herhangi bir nöropsikiyatrik patoloji varlığından şüphelenildiğinde, EEG, zeka testi, nöropsikolojik tetkikler, beyin görüntüleme yöntemleri (BT; MRI), kan/idrar/BOS’ta laboratuvar tetkiklerinden biri veya hepsi ek tetkik olarak istenebilir. Bu tetkikler yine ayırıcı tanı amaçlı kullanılabilir. Özgül nöropsikiyatrik durumlarda bunlara yönelik özgül tetkikler istenebilir, örneğin madde bozukluklarında maddeyi veya hastalık belirtilerini saptamaya yönelik tetkikler veya epilepside EEG istenmesi gibi.

RUHSAL BELİRTİ TARAMA ENVANTERİ

Muayene esnasında bulgu ve belirti atlanmasını önleyici ve kayıt tutulmasına yardımcı bir araçtır.

Her bir maddenin karşılığında var/ yok / yorum şeklinde üç sütun yer almaktadır. Maddeler sırasıyla:

1. Genel görünüm ve bakımda farklılık
2. Konuşma ve artikülasyon sorunu
3. Yönelim sorunu
4. Bellek sorunu

5. Zeka sorunu
6. Öğrenme güçlüğü
7. Dikkatte bozukluk, artma/azalma
8. Algıda bozukluk, yanılsama/varsanı
9. Silah edinme gerekçesinde sanrı, varsanı, hostile
10. Düşünce içeriğinde, sürecinde, yargılamada farklılıklar, düşünce içeriğinde dikkat çeken unsurlar, sanrılar, aşırı değer verilmiş düşünceler
11. Duygulanımda çöküntü, öfke, öfori, labilite, sıklık, anksiyete; düşünce içeriğinde uyumsuzluk
12. Benlik algısı bozukluğu
13. Dürtü kontrol ve/veya davranım sorunları
14. Bedende açık veya iyileşmiş yaralar, izler, çizikler, yanıklar, enjeksiyon/ponksiyon izlerinin varlığı. Bunların niceliğini ve niteliğini tanımlayınız
15. Özgeçmişte dikkat çekici özellikler:çok sayıda veya sorunlu evlilik, boşanma, göç, okul veya işi yarım bırakma ve iş değişikliği, askerlikte sorunlar, geçirdiği hastalıklar, maddi sorunlar, alışılmadık alışkanlıklar ve ilişkiler
16. Patolojik kişilik özellikleri
17. Madde ve alkol kullanım öyküsü
18. Organisite şüphesi

Sağlık alanının iyileştirilmesinde yeni bir mücadele şekli Hekim – hasta hep birlikte... Ruh Sağlığı Platformu

Doç. Dr. M Sercan, Doç. Dr. P Gökalp
Türkiye Psikiyatri Derneği

Sorun:

Ruh sağlığı... Kendine özgü sorunları büyük olan bir sağlık alanı... Genel sağlık alanındaki sorunlar bütünüyle bu alanda da geçerli olduğu gibi, hukuktan hasta haklarına, hastaların aşağılanması, ruh sağlığı politikalarına, genel tıptan farklı tedavi ve rehabilitasyon düzenlemeleri gereksinimine dek farklı sorun alanları olduğu bütün dünya bilim ve tıp çevrelerince kabul edilen bir alan.

Ruh sağlığının ülke yönetimlerince de farklı ve önemli bir sağlık alanı sayıldığı son göstergesi 2005 yılı başında Helsinki’de toplanan Avrupa Sağlık Bakanları toplantısıdır. Bu toplantıda sorun ve gelecekteki çözüm önerileri metinleştirilerek bir bildirme imzalanmış, bu alanda yapılacak düzenlemeler hükümetlerin vaadi olarak imzalanmıştır.

Durum:

Ülkemizde bugüne dek ruh sağlığının korunması ve hastalananların rehabilitasyonu konusunda hiçbir temel düzenleme yapılmamış, tedavi yalnızca hastane ve farmakolojik-somatik tedavi ile sınırlanmış, ruh sağlığı yasası çıkarılmamış, ulusal ruh sağlığı politikası oluşturulmamış, köklü bir çağdaşlaşma çabası gösterilmemiştir. Yapılan bazı çağdaşlaşma denemeleri yerel kalmış, yaygınlaştırılmamıştır. Başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere Türkiye Psikiyatri Derneği’nin düzeltici önerileri uygulama alanında karşılık görmemiştir.

Öte yandan son on yılda başta şizofreni ile ilgili olmak üzere ruh sağlığı alanında hasta ve hasta yakını dernekleri kurulmuş ve yerel ve konuyla sınırlı çalışmalara girişmişler ve bir federasyon olarak da örgütlenmişlerdir.

Çıkış:

Tüzüğünde yazılı amaçları arasında “Ülke genelinde ruh sağlığının korunması, ruh hastalarının sağaltım ve bakımının sağlanması, ruh sağlığı çalışmalarının yaygınlaştırılması, yönlendirilmesi, standartlarının belirlenmesi ve izlenmesi ile ilgili çalışmalar yapmak. Bu konudaki değerlendirmelerini ilgili kurumlara iletmek ve kamuoyu oluşturmak, Toplum ruh sağlığı ve ruh hekimliği konularında aydınlatıcı, eğitici, uyarıcı faaliyetlerde bulunmak” yazılı olan Türkiye Psikiyatri Derneği, ruh sağlığı alanındaki en eski meslek derneği olan Türk Nöropsikiyatri Derneği ile birlikte ... Ağustos 2006 tarihinde hasta ve hasta yakını derneklerine bir çağrı yaparak ortak amaçların gerçekleştirilmesi için bir platformda bir araya gelmeyi önermişlerdir. Çağrıyı kabul eden hasta ve hasta yakını dernekleri yanında ruh sağlığı ile dolaylı ilgili tıp dallarının uzmanlık dernekleri, tabip odaları ve TTB de platforma katılmışlardır.

8 Eylül 2006’da yapılan ilk toplantıda 7 kişilik bir yürütme kurulu seçilmiş ve Ekim 2006’da bir kampanya açılmasına, kampanya zamanı olarak 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı günü dolayısıyla 3-10 Ekim arasını “Ruh Sağlığı Haftası” olarak belirleyip bu kampanya doğrultusunda faaliyet gösterilmesine karar verilmiştir. Kampanya konusu olarak Ruh Sağlığı Platformu’nun kuruluşunu duyurmak ve ‘Ruh Sağlığı Yasası’nın çıkarılması seçilmiştir. Kampanyanın platforma katılan kuruluşların bulunduğu şehirlerde de yürütülmesi ve etkinliğin ülke geneline yayılması hedeflenmiştir.

Ruh Sağlığı Yasası... Hemen Şimdi

Ruh Sağlığı Platformu yürütme kurulu, ilk kampanya doğrultusunda duyuru, afişler ve pankartlar hazırlamış, bu gereçleri platform katılımcısı derneklere dağıtmış, her derneği yerel olanakları kullanması yönünde yöreklendirmiştir.

1. 8 Ekim 2006 günü İstanbul Taksim – Galatasaray arasında düzenlenen “Şizofreni Yürüyüşü”ne Ruh Sağlığı Platformu olarak katılmış, kampanya pankartları taşınmış ve kampanya konusu olan iki konuyla ilgili duyurular dağıtılmıştır. Bu yürüyüş dolayısıyla görsel basın haberlerinde Ruh Sağlığı Platformu da yer almıştır.
2. NTV, CNN, TV8, Ulusal TV, Açık Radyo, NTV Radyo gibi ulusal ölçekte yayın yapan radyo ve televizyonlarda kampanyayı tanıtıcı, sorunun özellik ve boyutunu ortaya koyan konuşmalar gerçekleştirilmiştir.
3. Ankara, İzmir, Konya, Manisa, Samsun, Erzurum illerinde Türkiye Psikiyatri Derneği Şubeleri ya da hasta-hasta yakını derneklerince kampanyayı tanıtıcı faaliyetler yapılmış, yerel basın, radyo ve televizyonda sorun gündeme getirilmiştir.
4. 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü’nde en yüksek basım sayısı olan ve ülke genelinde dağıtılan üç gazetede kampanyayı tanıtan ilan verilmiştir.

Etki (?):

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Danışma Kurulu 20 Ekim 2006 tarihli toplantısında Ruh Sağlığı Yasası’nın Sağlık Bakanlığı’nca TBMM’ne gönderilecek taslağını hazırlamak üzere bir kurul oluşturulması kararlaştırıldı. Bu kurul öte yandan, toplum tabanlı ruh sağlığı örgütlenmesi (Toplum Psikiyatrisi) ve Ruh Sağlığı Eylem Planı (Ruh Sağlığı Politikası) alanda da temel bir metin oluşturacak.

Sonuç:

Ülkemiz geleneğinde, sağlık alanının savunulması daha çok sağlık çalışanlarının meslek örgütlerince yürütülmüştür. Düzeltici çabaların eksikliği ya da bozucu girişimler söz konusu olduğunda başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere meslek örgütleri alan savunmasında başı çekmiştir. Oysa sağlık bir yandan politikacılara bırakılmayacak ölçüde ciddi bir alandır, öte yandan da tıp meslek örgütlerinin gücünü büyük ölçüde aşan bir boyuttadır.

Günümüzde ve gelecekte etkin olabilmenin yolu toplumun bütün kesimlerini bu alanda bir araya getirebilmekten, sağlık alanının hizmet alıcısı olan toplumun tamamının, hizmet üreticisi sağlık emekçileriyle birlikte davranmasından geçmektedir. Hekimler ve öbür sağlık çalışanları olmadan, toplum kesimleri sağlık alanında bilgisiz ve dağınık, toplum kesimleri olmadan sağlık çalışanları güçsüzdür.

Sağlık Platformu bir etkinlik ve eylem modeli olarak üzerinde çalışılması gereken yeni bir bakış açısı vermektedir. Sendikalarından meslek birliklerine, hasta-hasta yakını derneklerine dek geniş bir platform arka planı vardır. Bu, günümüze dek pek çalışılmamış olduğundan yeni olanaklara gebe bir modeldir.

Ruh Sağlığı Platformu geliştirilmesi ve etkinleştirilmesi gereken bu bakış açısının ilk cümlesidir. Sağlık alanındaki iyileşmelerin sağlanabilmesi için daha yürünecek çok yol var. Hedefe varmak için de yeni yürüyüş modelleri gücümüzü artıracaktır.

Platform Üyesi Sivil Toplum Kuruluşları:

- Türkiye Psikiyatri Derneği
- Türk Nöropsikiyatri Derneği
- Türk Psikologlar Derneği
- Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
- Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği
- Türk Tabipleri Birliği
- İstanbul Tabip Odası
- Ankara Tabip Odası

- Konya – Karaman Tabip Odası
- Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
- Psikiyatri Hemşireleri Derneği
- Türkiye Şizofreni Dernekleri Federasyonu
- Şizofreni Dostları Derneği-İstanbul
- Dünya Şizofreni Derneği - İstanbul
- Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği - İstanbul
- Şizofreni Dayanışma Derneği - İzmir
- Şizofreni Hastaları ve Yakınları Derneği - Ankara
- Şizofreniyle Yaşam Derneği – Manisa
- Şizofreni Gönüllüleri Derneği- Konya
- Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Derneği - Konya
- Sağlık Memurları Derneği- Konya

Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Yeterlik Yürütme Kurulu Faaliyetleri

Prof. Dr. Önder Kayhan, Prof. Dr. Berrin Durmaz, Prof. Dr. Fitnat Dinçer, Prof. Dr. Yeşim Kirazlı, Prof. Dr. Kemal Dinçer, Prof. Dr. Füsün Uysal, Prof. Dr. Ömer Faruk Şendur, Doç. Dr. Hatice Bodur, Doç. Dr. Banu Kuran

ÖZET

Türkiye FTR Yeterlik Kurulu, TTB'nin çizdiği çerçeveye uygun olarak, 18. Ulusal FTR Kongresi (12-17 Mayıs 2001) 'nde ilk seçimini gerçekleştirmiştir. Bu seçim sonucu belirlenen 24 meslektaşımız, Kurucu Genel Kurul'u oluşturmuştur. Yürütme kurulu üyelerinin çalışma süreleri 2, 4 ve 6 yıl süreyle olup kura ile belirlenmektedir. Böylece yürütme kurulunun üçte biri iki yılda bir yenilenmektedir. Üyelik seçimleri genel kurullarda yapılmaktadır. Yeterlik Kurulu'nun alt komisyonları olan Sınav ve Akreditasyon Komisyonları'nda kimlerin ve nasıl görev alabileceği yönergede belirtilmiştir.

31.12.2001'den önce uzman olmuş olanlara isteğe bağlı olarak, Yeterlik Kurulu sertifikaları sınavsız verilmiştir.

Bu tarihten sonra uzman olanların sertifika alabilmeleri için sınava girme şartı getirilmiş ve ilk Yeterlik Kurulu Sınavı 08. 10. 2003'de, 19. Ulusal Kongremiz'in son günü yapılmıştır. Bunu takiben ikinci sınav 7.11.2004'de Ankara'da, üçüncü sınav Kasım 2005'de yine Ankara'da yapılmıştır.

2001 yılıyla beraber, 3 genel kurul toplantısı yapılmış. Birinciden sonra yapılan genel kurullara sertifikası olan hekimler katılmışlardır.

Akreditasyon Komisyonu üç üniversite ziyareti yaparak ilgili bölümleri akredite etmiştir.

Halen uzmanlarımızın 698 tanesi Türkiye FTR Yeterlik Yürütme Kurulu Sertifikasına sahiptir.

Olağan Yürütme Kurulu toplantıları iki ayda bir yapılmaktadır.

Bunun yanı sıra, etkinliklerimizin ve eğitimde standardizasyon çalışmalarının tüm eğitim birimlerince paylaşılması ve ortak bilincin oluşması amacıyla, tüm ana bilim dalı başkanlıkları ve klinik şefliklerinin davet edildiği dört adet geniş katılımlı toplantı düzenlenmiştir. Genişletilmiş toplantıların yılda iki kez düzenlenmesi hedeflenmiştir.

Bu toplantılarda başlıca çekirdek eğitim müfredatı, asistan karnesi, rotasyonlar, yan dallar, resertifikasyon kriterleri, toplantıların harmonizasyonu ile ilgili görüşler paylaşılmakta, Avrupa ve Amerika'daki branşımızla ilgili uygulamalar gözden geçirilmektedir.

Türkiye’de Çocuk Cerrahisinin Geleceği

Dr. Ali Avanoğlu, Dr. H İbrahim Durak***

**Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği*

***Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı*

Araştırmanın amacı, ülkemizde Çocuk Cerrahisi Uzmanlık alanının geçmişi ve bugününe dayanarak geleceğinin planlanabilmesi, makro (ulusal) ve mikro (kurumsal) düzeylerde toplumun önceliklerine uyan bilimsel verilere dayalı, Çocuk Cerrahisi Uzmanlık alanında maliyet-etkin bir sağlık hizmeti, eğitim ve araştırma hizmet planlaması yapılabilmesi, uygulanması ve değerlendirmesi için ana bir belge oluşturmaktır.

Ülkemizde tıpta uzmanlık alanında hekim gereksiniminin hizmet ve uzmanlık eğitiminin standartlarının belirlenmesi tamamen Sağlık Bakanlığı’nın yetkisindedir. Bunun yanı sıra üniversiteler, uzmanlık dernekleri, Türk Tabipleri Birliği bu konuda çalışmalar yürütmektedir ancak halen bu konularda ülke gereksinimlerine karşılık verecek, bilimsel kanıtlara dayalı, kamu ve sivil toplum örgütlenmelerinin üzerinde uzlaştığı bir planlama, uygulama ve değerlendirme süreci hayata geçirilememiştir. Dünyada bu standartların belirlenmesi için ülkemizdekine benzer kurumların farklı ağırlıklarda rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Diğer yandan uluslararası örgütlenmeler (örneğin Avrupa’da UEMS, Birleşik Devletlerde US-RRC) bu standartlara ait çalışmalar yapmakta, öneriler geliştirmekte ve üyeleri aracılığı ile bu önerilerin hayata geçirilmesi için çalışmalar yürütmektedir. Çocuk cerrahisi konusunda bu amaçlara yönelik bir çalışma ülkemizde henüz yapılmamıştır.

1.Dün

D1. Türkiye’de Çocuk Cerrahisi Uzmanlık alanının tarihsel gelişiminin ortaya konulması

2.Bugün

B1. Türkiye’de şu anda hizmet veren Çocuk Cerrahisi Kliniklerinin altyapı, insangücü ve hizmet olanakları saptanması ve UEMS kriterleri ile karşılaştırılması

B2. Türkiye’de şu anda hizmet veren Çocuk Cerrahisi Kliniklerinin güçlü ve zayıf yönleri ile gelecek hedeflerinin belirlenmesi

B3. Türkiye’deki Çocuk Cerrahileri ve Uzmanlık öğrencilerinin mesleklerine bakış açısı ve gelecekte beklenmeleri

B4. Türkiye 2004-2005 eğitim öğretim yılında tıp fakültelerinin son yılında okuyan öğrencilerin kariyer tercihleri ve bunun içinde çocuk cerrahisinin yeri

B5. Türkiye’deki mezuniyet öncesi ve sonrası çocuk cerrahisi eğitimi

3. Yarın

Y1. Türkiye’de çocuk cerrahilerinin 2015 yılındaki iş tanımları ve iş profili (gerekli mesleki yetkinlikler)

Y2. Türkiye’de çocuk cerrahisi disiplinin 2015 yılındaki durumu

Çocuk cerrahisi derneği üyelerinden bir grup 1. Dün başlıklı bölümü üstlenerek Türkiye’deki tüm çocuk cerrahisi kliniklerinin tarihini toplayarak bir metin haline getirmiştir. . Türkiye’de şu anda hizmet veren çocuk cerrahisi kliniklerinin altyapı, insangücü ve hizmet olanakları saptanması için geniş kapsamlı bir veri toplama formu tüm kurumları içerecek bir şekilde dağıtılmış ve veriler toplanmıştır. Bir ulusal kongre sırasında uzmanlara mesleki memnuniyeti araştıran bir anket formu ile ulaşılarak bu konu ile ilgili veriler toplanmıştır. Son olarak da tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine bir anket formu dağıtılarak gelecekte hangi branşta uzman-

laşmak istedikleri sorgulanmış, cerrahi branşların ve özelde de çocuk cerrahisine ilgileri ortaya konmaya çalışılmıştır.

Tüm bu veriler toplanarak bir metin haline getirildikten sonra tüm Türkiye’deki kurumlardan temsilciler bir araya gelerek SWOT analizi yöntemi ile mesleğın geleceğı tartışılacak ve insan gücü gereksinimi hakkında somut verilere dayanan bir öngörü formülü geliştirilmeye çalışılacaktır.

Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Açılan Acil Tıp Asistan Kadroları İle İlgili Türkiye Acil Tıp Derneği Görüş ve Önerileri

Doç. Dr. Yıldırım Çete, Yrd. Doç. Dr. Cem Oktay

Acil Tıp Uzmanlığı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete ile “İlk ve Acil Yardım” adı ile yeni bir uzmanlık anadali olarak kabul edilmiştir. Eylül 2006 dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavına kadar toplam 33 Tıp Fakültesine bağlı kurulan Acil Tıp anabilim Dallarında asistan kadrosu ilan edilmiş ve eğitime başlanmıştır.

İlk kez Nisan 2006 dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavında olmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Acil Tıp Asistan kadrosu ilan edilmiş ve sınavda başarılı olan hekimler bu hastanelerde uzmanlık eğitimine başlamışlardır. Nisan 2006 dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavında 18 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 200, Eylül 2006 döneminde ise 10 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 85 kadro ilanı yapılmıştır. Kadro ilan edilen hastaneler ve açılan kadro sayıları Tablo 1’dedir. Toplam 19 EAH’i için ilan edilen 285 kadronun ilk yerleştirilmesi sonrası boş kalan 174 (toplam kadronun %61.1’i) kadro için ek kontenjan ilan edilmiştir. Ek kontenjanlar sonrası eğitime başlayan asistan sayısı net bilinmemektedir.

Türkiye Acil Tıp Derneği’nin Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde açılan Acil Tıp Asistan Kadroları ile ilgili görüşleri ve önerileri aşağıdadır:

1. Acil Tıp Kadrolarının Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilanı yeni bir dönemin başlangıcıdır.
2. Bu dönem Acil Tıp Uzmanlığı önünde hem fırsatları hem de tehditleri içermektedir. Çünkü iyi organize edilebilirse açılan bu kadrolar uzun zamandır istediğimiz bir yapının kurulmasını yani tüm acil servislerin Acil Tıp Uzmanı denetiminde işletilmesi fikrini desteklemektedir. İlan edilen kadrolara başvuracak ve göreve başlayacak asistanların öncelikle hizmet üreten kişiler olarak değil eğitim alması gereken uzman adayları olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle Acil Tıp Şeflikleri kurularak eğitime başlanmalı ve eğitimde ve organizasyonda Acil Tıp Öğretim Üyeleri ve Uzmanları aktif olarak yer almalıdır. Eğitimin altyapısının kurulması, sürekliliği, güncel bilgiler ve bilimin ışığında yenilenmesi ve son olarak sınanması aşamalarında Acil Tıp Uzmanları sorumlu ve yetkili kılınmalıdır.
3. Bu yeni bir süreçtir ve tüm acil tıp uzmanlarını ve uzmanlığımızın geleceğini ilgilendirmektedir. Bu nedenle Acil Tıp ile ilgili tüm derneklerin ve Üniversitede yer alan akademik kurumların görüş ve önerilerinin alınması gereklidir. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin acil servislerine başvuran hasta sayısı düşünüldüğünde, açılan yeni kadrolara başlayacak Acil Tıp Asistanlarının bu ağır hizmet yükü nedeniyle eğitim faaliyetlerinin aksamaması için gerekli eğitim alt yapısı önceden planlanmalı ve bu plana uyulmalıdır. Bu amaçla Acil Tıp Yeterlik Kurulunun hazırladığı standart çekirdek eğitim müfredatı, asistan karnesi ve rotasyon hedefleri kılavuz olarak kullanılabilir.
4. Acil servislerin hasta yüküne göre Acil Tıp Uzmanı/Acil Tıp Asistanı sayısının belirlenmesi gereklidir. Bu sayıya ne kadar zamanda ulaşılması gerektiği ve her TUS döneminde kaç asistan kadrosu açılması gerektiği konularında bir insan gücü planlaması yapılmalıdır.
5. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde açılacak Acil Tıp kadrolarına başlayacak yeni asistanların Üniversite hastanelerindeki Acil Tıp Anabilim Dallarına eğitim amaçlı rotasyonları düzenlenmelidir. Acil Tıp Şeflikleri kurulup eğitime başlansa bile yeni başlayan asistanların 6 aydan az olmamakla beraber, üniversitelerde rotasyonları organize edilmelidir. Aynı zamanda Acil Tıp Asistanlarının kurum içerisinde öncelikle acil servislerde çalışmaya başlatılması, iç rotasyonlarının ise daha sonra yaptırılması uygun olacaktır.
6. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde kurulacak Acil Tıp Şefliklerinde gerekli Acil Tıp

Öğretim Üyesi ve Acil tıp Uzmanı sayısı açılan asistan kadrosunun eğitimine ve devam eden hasta bakım hizmetinin aksamadan yürütülmesine olanak tanıyacak sayıda olmalıdır. Bu amaçla kadro ilan edilen tüm Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Acil Tıp Şeflikleri kurulmalı ve Acil Tıp Uzmanı şef ya da şef yardımcısı atanmalı ve en azından her bir Eğitim Hastanesine en az 1 (bir) adet Acil Tıp Uzmanı Başasistan olarak görevlendirilmelidir.

7. Acil Tıp ile ilgili kurumların ve derneklerin devam eden Mezuniyet Sonrası eğitim etkinliklerinde Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde göreve yeni başlayacak Acil Tıp Asistanlarının eğitimleri göz önünde bulundurulacaktır. Eğitim etkinlikleri Yaz ve Kış okulları şeklinde düzenli bir çerçevede yürütülecektir. Eğitim Hastanesi sorumlularının göreve yeni başlayacak Acil Tıp Asistanlarının bu eğitim faaliyetlerine katılımlarını sağlamaları konusunda destek olmaları gereklidir. Hasta yükü göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde göreve başlayacak Acil tıp Asistanlarının Mezuniyet Sonrası Eğitim etkinliklerine katılımları engellenmemelidir.
8. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri belirlenirken mümkün ise 3 büyük şehirde öncelikle pilot hastaneler belirlenmeli ve Acil Tıp Uzmanı ve Acil Tıp Asistanlarının bu pilot hastanelerde çalışmaya başlatılması fikri ciddi bir şekilde düşünülmelidir. Böylece Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde göreve yeni başlayacak Acil Tıp asistanlarına ulaşmak ve eğitimlerini standardize etmek daha kolay olacaktır. İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde açılan Acil Tıp kadrolarına başlayacak asistanların eğitimi İstanbul ilinde var olan Acil tıp uzmanı sayısının yetersiz olması nedeni ile ek zorluklar taşımaktadır. Bu durum mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.
9. Atılan adımlarda, yapılan veya yapılması planlanan tüm çalışmaları için tüm Acil Tıp Uzmanlarının ortak iradesi yer almalıdır ve mümkün olduğunca medya desteği alınmalıdır.

Geçen yaklaşık 8 aylık süreçte Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından 09-10 Mayıs 2006 tarihinde Kızılcahamam'da Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çalışma Toplantısı yapılmış, uzmanlık eğitiminin başlayacağı hastanelerden görevlendirilen Koordinatör Şefler ve başhekim/başhekim yardımcıları ile üniversite acil tıp anabilim dallarından öğretim üyeleri ve dernek temsilcileri davet edilmişlerdir. Bu toplantıda özetle:

1. Acil Tıp uzmanlarının sayısının artması açısından EAH'de asistan kadrosunun açılmasının uygun olduğu fikri savunuldu.
2. Aynı anda 18 EAH'de acil tıp uzmanlık eğitiminin başlamasının uygun olmadığı, bu nedenle Pilot hastanelerde Acil Tıp Şeflikleri kurularak bu eğitimlerin yapılması önerildi. Ancak SB SEGM yetkilileri mevcut 18 EAH'nde de acil tıp asistanlarının eğitimlerinin yapılabileceğini savundu ve pilot hastane uygulamasını reddetti.
3. Göreve atanan koordinator şeflerin çoğunun görevlendirmelerin mevzuata uygunluğu konusunda şüpheli, ileride doğacak olan yasal sorumluluklar açısından tedirgin ve kendi asistanları ve işleri olduğu için isteksiz oldukları izlendi.
4. SEGM, Koordinatör şeflerin diğer şefliklerden yardım alarak eğitimi organize edebileceklerini belirtti. Üniversitelerde ilk yıllarda acil tıp uzmanı olmadan yetişen asistanlar örnek verilse de, üniversitelerde birer anabilim dalı ve bu anabilim dallarında tam zamanlı görev yapan dahiliye, genel cerrahi vs uzmanların olduğu gerçeği vurgulandı. Ancak SEGM yetkililerinin EAH'de şeflik olmadan diğer birimlerdeki eğitmen şeflerle bu işin yürüyebileceğine inandığı gözlemlendi.
5. EAH'lerine en 5-6 acil tıp uzmanının atanarak başlayan asistanlar için rol-model olmaları istendi. Ancak plan olarak her EAH'e 2 ATU atanacağı öğrenildi.
6. EAH'de asistanların özellikle pratisyen hekimlerden ayrı vardiyalarda ve acil tıp uzmanları sorumluluğunda hizmet yapmaları istendi. Koordinatör şeflerin hemen hepsi öneriye sıcak baksa da SB yetkilileri bu öneriye sıcak bakmadı.

Sonuç olarak, EAH'de acil tıp uzmanlık eğitimi sancılı bir şekilde başlamıştır:

1. Acil tıp şeflikleri kurulmamıştır.
2. Görevlendirilen koordinatör şefler tam zamanlı değildir, kendi şefliklerindeki eğitim ve hizmetin yanında bu sorumluluğu yürütmeye çalışmaları olanaksızdır.
3. Eğitim müfredatı ve eğitim hedefleri belirlenmemiş, Türkiye Acil Tıp Derneği ve Acil Tıp Yeterlik Kurulu tarafından önerilen rotasyon ve eğitim hedefleri uygulamaya konulmamıştır.
4. Eğitime başlayan asistanlar gittikleri rotasyonlarda acil tıp uzmanlığı eğitiminin dışında kalan konularda hizmet vermeye ve çalışmaya mecbur kalmışlardır. Devam eden acil servis işleyişinde rotasyon ve pratisyen hekimler yanında eğitim almaya çalışmaktadırlar.
5. Düzenli bir ders programı oluşturulmamıştır.
6. Halen şef, şef yardımcısı, başasistan ve acil tıp uzmanı atamaları yapılmamıştır. Asistan alan 19 hastanenin 14'ünde acil tıp uzmanı görev yapmamaktadır.
7. Açılan kadroların yarısından çoğuna hekimlerin başlamaması bu eğitim birimlerindeki aksaklıkların tıpta uzmanlık sınavına giren hekimler tarafından da anlaşıldığının bir göstergesidir.
8. Mevcut şekilde ilerleyecek olan eğitimler ile acil tıp uzmanlığı temel bilgilerinden uzak uzmanların yetişeceği açıktır.
9. Aile hekimliğine kaydırılacak pratisyen hekimler nedeni ile boş kalan hastane acil servislerinde çalışmak üzere acil tıp uzmanı yetiştirilmesi öngörüsü ile başlatılan plansız uygulama ile acil tıp uzmanlık anadali ciddi zararlar görecektir.

Tablo 1. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde açılan Acil Tıp Asistan Kadroları ve Boş Kadrolar için ilan edilen ek kontenjalar

	Nisan 2006 TUS Dönemi İlan Edilen		Eylül 2006 TUS Dönemi İlan Edilen		Toplam İlan Edilen Kadro
	Kadro	Ek Kontenjan	Kadro	Ek Kontenjan	
Adana Numune EAH			12	6	12
Ankara Atatürk EAH			6	3	12
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH	8	5	14	3	14
Ankara EAH	14	6	5		28
Ankara Keçiören EAH	10	5			15
Ankara Numune EAH	3	1			3
İstanbul Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EAH	15	3	8	7	15
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	6	4	4	1	14
İstanbul EAH	8	8			12
İstanbul Göztepe EAH	10	7			10
İstanbul Haseki EAH	14	7			14
İstanbul Haydarpaşa EAH	10	10	10	10	10
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH	15	10	8	4	25
İstanbul Okmeydanı EAH	15	14			23
İstanbul Şişli Etfal EAH	15	12	8	6	15
İstanbul Taksim EAH	15	13			23
İzmir Atatürk EAH	10	10	10	7	10
İzmir EAH	16	7			26
İzmir Tepecik EAH	8	1			8
	8	4			8
	200	127 (%63.5)*	85	47 (%55.3)*	285

Akademik Atama ve Yükseltmelerde Ulusal Süreli Yayınlarımız

Rahşan Vargün¹, Aydın Yağmurlu¹, Semih Baskan²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Üniversiteler arası kurul (ÜAK) ve Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) doçentlik başvurusunda yabancı yayın zorunluluğunu getirmesiyle üniversitelerimizde yapılan yayınların çoğu yabancı dergilere kaymıştır. Bu çalışma ile üniversitelerde akademik atama ve yükseltme ölçütlerinde ulusal süreli yayınların yerini saptamak ve bunları yurt dışındaki dizinlerdeki süreli yayınlarla kıyaslanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Örnek teşkil etmesi açısından beş merkezi köklü üniversite, beş merkez dışı küçük üniversite ve beş vakıf üniversitesi seçildi. İnternet üzerinden bu üniversitelerin akademik atama ve yükseltme ölçütleri elde edildi. Ulusal süreli yayınlarla, yurt dışı dizinlerdeki süreli yayınların karşılaştırılması yapıldı.

Bulgular: Gerek merkezi köklü üniversiteler, gerek merkez dışı küçük üniversiteler, gerekse vakıf üniversitelerinde, ulusal süreli yayınlara yurt dışındaki dizinler göz önünde bulundurulduğu zaman, çok daha düşük puan verildiği, bazı üniversitelerde Türkçe yayınlanan araştırma makalelerine, yabancı dilde yayınlanan olgu sunumlarından bile daha az puan verildiği, yurt dışı aynı dizinde bulunan yabancı ve Türkçe süreli yayınlar arasında bile fark olduğu görüldü.

Sonuç: Bilim dili Türkçedir. Hayal etme, araştırma ve düşünme dili Türkçedir. Ülkemizde araştırmaların son ürünü olan bilimsel makalelerin Türkçe yayınlanmasına hak ettiğinden daha az değer verilmektedir. ÜAK, YÖK ve üniversitelerimiz akademik atama ve yükseltmede adres olarak yurt dışını göstermektedir. Bu da ulusal süreli yayınlara darbe vurmaktadır. Bu nedenle 1996'dan beri çalışmalarını yürüten Türk Tıp Dizini ölçütleri de göz önünde bulundurularak ulusal süreli yayınlarımıza gereken değerin verilmesi amaçlı ÜAK ve YÖK bünyesinde çalışmaların başlatılması zorunluluk kazanmıştır.

Eğitimde Biçim Sorunlarına Alternatif Bir Model

*Dr. Ayşem Öztin, Dr.Gülgün Çetintaş, Dr.Şule Bilgin, Dr.Korkmaz Oruç, Dr.Aylin Öngel, Dr.Hülya Arda,
Dr.Gülbanu Horzum, Doç. Dr. Haluk C.Çalışır
T.C.Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi
6.Klinik Şefliği. İstanbul*

Geleneksel eğitim biçiminde anlatıcı ve dinleyen formatı öğreneni pasif konumda tutmakta, uzun saatler süren kalabalık kongre ortamları ve seminerlerde ilgi kısa sürede dağılarak beklenen verim alınamamaktadır. Bu tür etkinliklerde anlatılanların klinik pratikleri değiştirmede, kısa sürede unutulduğu bildirilmektedir.

Bu amaçla klinik olarak farklı bir eğitim modalitesi arayışına girdik.

Hasta sirkülasyonunun çok yoğun olduğu hizmet ağırlıklı hastane yapısı nedeniyle mesai saatleri içerisinde eğitim ortamı sürekli bölünmeye uğramakta, yeterli ve verimli zaman ayrılamamaktadır.

Bu nedenle biz kliniğimizde 2004-2006 yılları arasında, ayda bir cumartesi günleri süre kısıtlaması olmadan ve konusunda uzman bir hocanın katılımı ile yeni bir öğrenme ortamı deneyimlemeyi amaçladık. Bu toplantılarda klinik şefi, uzman ve asistanlarının bilgi artırımı ve günlük klinik pratiğinin kanıta dayalı tıp temelinde ve son literatür desteğinde değiştirilmesi hedeflendi.

Toplantılarda , konu ile ilgili teorik bilgi yanında, kliniğimizde o güne kadar takip edilen konuyla ilgili olgular tekrar gözden geçirilip tartışılmakta, böylece tüm kliniğin deneyimleri ile uzman konuşmacının tecrübe ve bilgi birikimi bir arada değerlendirilmekte ve iki yönlü bir bilgi, deneyim alışverişi olmaktadır. Bu nedenle de toplantılara 'Bilgi Paylaşım Toplantıları' adı verilmiştir.

Planlama safhasında klinikte çalışan asistan, uzman ve klinik şefinin bir arada olduğu ön toplantılarda eğitim ihtiyacı duyulan konular birlikte belirlendi. Konuya göre o konuda uzman kişiler davet edildiler. Diğer kliniklerden de isteyen kişilerin katılabildiği ortalama 8-18 arasında katılımcı ile toplantılar gerçekleşti.

Genellikle ilaç endüstrisinin desteği ile organize edilen toplantılar, özellikle yetişmekte olan hekimler üzerinde hekim-endüstri ilişkisinin doğru algılanmasında yanıltıcı olabilmektedir. Böyle bir algılamının da önüne geçmek amacıyla toplantı organizasyonunda endüstri vb. hiçbir kuruluştan maddi destek , katkı alınmadı. Tüm masraflar katılımcılar arasında eşit şekilde paylaşıldı. Davetli konuşmacının ulaşımı (gerektiğinde uçak vb.) , konaklaması, toplantı sırasındaki ikram-yemek ve eğitim materyallerini içeren toplantı her bir katılımcıya 40-60 YTL.ye mal oldu. Her bir toplantı Türk Tabipler Birliği tarafından kredilendirildi ve gün sonunda katılımcılara toplantı katılım belgesi verildi.

2006 Kasım ayında tüm katılımcıların retrospektif olarak görüşleri alındı ve anket uygulandı. Toplantıların kendilerinde bilgi, bakış açısı ve davranış değişikliğine neden olup olmadığı 4 üzerinden bir puanlama ile sorgulandı. Anket ile ilgili sonuçlar tabloda verilmiştir :

	Bilgiye Katkısı	Bakış Açısını Değiştirme	Klinikte Davranış Değişikliği
4 (çok iyi)	77 (%73.8)	64 (%61)	48(%45)
3 (iyi)	23 (%22)	31 (%30)	37 (%37)
2 (Orta)	3 (%0.2)	8 (%0.7)	15 (%14)
1 (az)	1 (%0.09)	1 (%0.09)	4 (%0.3)

Sonuçlara göre hem bilgiye katkı, hem de bakış açısını ve klinik davranışı değiştirmede yüksek oranlarda olumlu geri bildirim alınmıştır.

Bu toplantıların klinikte ekip çalışmasını güçlendirdiği, motivasyonu artırdığı, klinik pratiği olumlu yönde değiştirdiği, uzmanlık alanımızın başka kurumlarda çalışan hocaları ile asistanlar arasında bire bir diyalog fırsatı yarattığı, ekonomik olarak bu tür toplantıların katılımcıların katkılarıyla da gerçekleştirilebileceği görülmüştür.

Yeni deneyimlenen bu öğrenme ortamının 2 yıl süresince uygulanıp geliştirilerek yaşama geçirildiği için, başka kurumlarca da asistan ve uzman eğitiminde kullanılabilecek alternatif bir eğitim modeli olabileceği görüşündeyiz.

TTB- UDEK Üyesi Uzmanlık Derneklerinin Toplum Sağlığını Geliştirme Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr. Cengiz Kılıç
Toplum Sağlığını Geliştirme Grubu Başkanı
Dr. Nurdan Taçyıldız
Toplum Sağlığını Geliştirme Grubu Sekreteri
Dr. Dilek Aslan
Geriatric Derneği Temsilcisi

GİRİŞ

Sağlık Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişinin beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1998). Bu noktada sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili olarak hekimlerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar mesleki alanda bir katkı şeklinde olabileceği gibi sağlığın sosyal, ekonomik, kültürel belirleyicilerini etkilemek üzerinden de gerçekleştirilebilir.

Hekimlerin toplum sağlığını geliştirmek adına birlikte hareket edebilecekleri çalışma alanları arasında meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri öncelik taşımaktadır. Toplum sağlığı tek bir tıp branşının çabalarıyla gerçekleştirilemeyecek kadar farklı yönleri olan ve farklı etkenlerce belirlenen bir olgudur. Hatta tıbbın dışında birçok ekonomik ve sosyal belirleyicisi vardır. Uzmanlık dernekleri toplumun sağlığının korunması konusunda farklı branşlardaki hekimlerin ortak hedefler ve öncelikler belirleyerek güçlerini birleştirmelerini sağlayabilirler. Uzmanlık derneklerinin bir arada çalışmalar yaptığı Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) bu amaca yönelik çalışmalar yapmaktadır. Bu yazıda UDEK'in yukardaki amaçlara yönelik oluşturduğu çalışma gruplarının gelişim süreci özetlenmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

UDEK 1 Temmuz 2006 tarihinde üyelerinin birlikte çalışmasına yönelik olarak altı temel alanda çalışma grubu oluşturmuştur:

1. Toplum Sağlığını Geliştirme
2. Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi
3. Bilimsel Araştırma
4. Etik
5. Sürekli Tıp Eğitimi
6. İnsangücü Planlaması

Toplum Sağlığını Geliştirme (TSG) grubu olarak tanımlanan altı grubun ortak amacı ise uzmanlık derneklerinin toplum sağlığını geliştirmek konusunda hangi aktiviteleri hangi çerçevede planlayıp uygulamaya geçecekleri konusunda görüş belirlemek olmuştur.

1 Temmuz toplantısı sonrasında alınan kararlar doğrultusunda UDEK çalışanları tarafından belirlenmiş bazı sorular üzerinden oluşturulan anket formu üye derneklere iletilmiş; bu çalışmada da anketlere yanıt veren Uzmanlık Derneklerinin yanıtları değerlendirilmiştir. Anket sorularının gönderildiği 88 dernekten 50'si (%57) yanıt vermiştir.

Çalışmanın bulgular bölümünde katılımcı derneklerin görüşleri sayısal olarak ifade edilmiştir. Anket formunda temel olarak beş konuda görüş istenmiştir:

1. Derneğiniz toplum sağlığını koruma ve geliştirme konusunda çalışmalar yapıyor mu?
2. Yaptığınız çalışmalar sırasında herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?

3. Toplum sağlığını korumaya yönelik çalışmalarınızı sürdürürken toplum bireylerine ulaşma yollarınızı/araçlarınız nelerdir?
4. Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için TTB-UDEK nasıl bir katkı sağlayabilir?
5. Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için bundan sonra yapılacak çalışmalara katılmayı ister misiniz?

BULGULAR

Ankete katılan 50 derneğin 29'u (%58) toplum sağlığını geliştirme konusunda çalışmalar yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapıldığı ifade edilen çalışmalar başlıca; toplum eğitimleri, bilgilendirme, toplantı-sempozyum-kongre etkinlikleri, sık görülen hastalıklar ile ilgili çalışmalar olmuştur.

Toplum sağlığını geliştirme çalışması yapan 29 derneğin 16'sı (%55.2) yürüttükleri çalışmalar sırasında sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Belirtilen sorunlar arasında; "görüşlerin ifade edileceği ortamların olmaması, mali sorunlar, yerel sağlık otoritelerinden yeterince destek alınamaması, yetkililer ile iletişim sorunları, planlanan eğitimlerde gönüllü eğitmenlerin bulunması" gibi konulara değinilmiştir.

Katılımcı derneklerin "Toplum sağlığını korumaya yönelik çalışmalarınızı sürdürürken toplum bireylerine ulaşma yollarınızı/araçlarınız nelerdir?" sorusuna dernekler birden fazla kategori için yanıt verebilmişlerdir. Yirmi üç dernek (%46.0) topluma ulaşma aracı olarak yazılı ve görsel basını , yirmi dernek (%40.0) ise temel olarak dernek web sayfasını kullanmaktadır. Dergi,kitap, broşür ile (%34.0) ve kongre (%6.0) ile ulaşım da kullanılan diğer araçlardır. Dergi aracılığı ile topluma ulaştığını belirten derneklerin çoğu için dergi mesleki yayın organlarıdır.

"Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için TTB-UDEK nasıl bir katkı sağlayabilir?" sorusu için de dernekler birden fazla grup için yanıt verebilmişlerdir. Katılımcı derneklerin çoğunun UDEK tarafından katkı yapılmasıyla ilgili ciddi beklentisi vardır. Bu katkılar dernekler arası, derneklerle diğer kurumlar arası koordinasyon (%40.0), topluma yönelik eğitim faaliyetleri verme (%20.0), derneklere eğitim çalışmaları ve medyayı kullanma, toplantı vb konularında finans sağlama (%10.0), derneklere bu faaliyetlerde kullanılacak eğitim materyali geliştirme (%6), toplum sağlığını geliştirme konularında gündem oluşturma (%6.0) ve tıbbi hizmet gibi konularda standart belirleme (%6.0) başlıklarında beklenmektedir.

"Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için bundan sonra yapılacak çalışmalara katılmayı ister misiniz?" sorusuna yanıt veren 50 derneğin 44'ü (%88.0) bundan sonra yapılacak çalışmalara katkı vereceğini ifade etmiştir. Çalışmalara katkı vermeyeceğini belirten altı derneğin büyük bölümü temel bilimler alanında çalışan derneklerdir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar, ulaşılan derneklerinin büyük çoğunluğunun toplum sağlığını geliştirme yönünde çabalar gösterdiklerini, bunu yaparken kullandıkları araçların da birbiriyle benzerlikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Doğal olarak, uğraştıkları alan gereği bazı derneklerin bu alanda daha etkin olması doğal olsa da toplumun sağlığını koruma ve geliştirme konusunda her derneğin katkısı olabileceğine ve olması gerektiğine inanıyoruz. İnsan sağlığını bir bütün olarak gördüğümüze göre sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda da ortak hareket edilmesi kaçınılmazdır. Farklı derneklerin bu konudaki deneyimleri paylaşması işbirliğini ve bu konudaki çabaların niteliğini arttıracaktır.

Bu sonuçlar UDEK kayıtlarında olan derneklerin 50'sinin görüşüne ilişkin bilgiler içermektedir. Bu nedenle, soruların yanıtlarının derneklerin tamamından alınması konusunda çalışmaların sürdürülmesi önerilmektedir. Bu sorular çalışmalara temel oluşturmuş olması nedeniyle önemlidir; alınan yanıtlar doğrultusunda çalışmaların sürdürülmesi uygun olur.

TTB-UDEK Bilimsel Araştırma Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr. Orhan Yılmaz
Bilimsel Araştırma Çalışma Grubu Başkanı
Dr. Feride Göğüş
Bilimsel Araştırma Çalışma Grubu Sekreteri

Anketimizin çalışma gurubumuzla ilgili olarak hazırlanan 6 soru içerikli anketine 34 Dernek yanıt göndermiştir.

*Birinci sorumuz olan “**Derneğinizin tüzüğünde bilimsel araştırmaları desteklemeye yönelik madde bulunuyor mu?**” şeklindeki soruya 26 Dernek Evet, 5 Dernek Hayır yanıtı verirken 3 dernek soruyu yanıtlamamıştır.

*“**Derneğinizde bilimsel araştırmalara destek için neler yapılıyor ?**” sorusuna verilen yanıtlar ise,

- | | |
|--|-------------------------------|
| - Kongre bildiri ödülünü | 15 dernek |
| - Bilimsel araştırma projesi destek ödülünü | 9 dernek |
| - Yurt dışı burs ödülünü seçen | 11 dernek var iken |
| - Kongreye ücretsiz katılım ödülü | 20 dernek tarafından seçilmiş |
| - Yabancı yayına ödül ise sadece üç dernek tarafından seçilmiştir. () | |
| - Diğer başlığı altında boş bırakılan seçeneğe ise şöyle yanıtlar verilmiştir : Çok merkezli bilimsel araştırmalar yapmak, Poster ödülü vermek, projeleri destekleme, çalışma harcamalarına katkı ve demirbaş kullanımı, dergi yayın ödülü şeklinde dir. | |

Üçüncü sorumuz olan “**Derneğinizde farklı disiplinler ile işbirliği içinde çok merkezli çalışmalar yapılıyor veya planlanıyor mu?**” sorusuna ise 28 dernek evet, 6 dernek ise hayır yanıtını vermişlerdir. İki dernek ise örnekleri ile yazmışlar biri ülke içinde multidisipliner bir diğeri ise yurtdışı multidisipliner ve multisentrik çalışma örneğini vermiş.

Dördüncü sorumuzda “**Bilimsel araştırmalara geliştirme ve destekleme konusunda karşılaştığınız sorunlar nelerdir?**” diyorduk. Bu soruya yanıtlar ise : finansal kısıtlılık, maddi kaynak bulma, Başvuru azlığı, ilgi eksikliği, bütçe ve ortak kurulların yokluğu, proje azlığı, kaynakların tanıtım eksikliği, insangücü eksikliği, kurumlararası işbirliği eksikliği, fonlama, Bilimsel araştırma bölümlerinin eksikliği, insangücü kısıtlılığı gibi yanıtlar verirken, 5 dernek ise herhangi bir sorun yok şeklinde yanıtlanmıştır.

Beşinci sorumuz “**Bilimsel araştırmaların geliştirilmesi ve desteklenmesi konusunda TTB-UDEK nasıl katkı sağlayabilir?**” sorusuna ise : Proje ve yayınlara destek sağlayabilir, Koordinatör olabilir, Derneklerarası işbirliği yapabilir, Projeler geliştirebilir, ortak ilke ve kuralları belirleyebilir, Proje organize edebilir, kaynakları duyurabilir ve proje yazımına katkı yapabilir, araştırmacıları uygun adreslere yönlendirebilir, TÜBİTAK ve Sağlık Bakanlığına destek sağlamak için planlar yapabilir, Akademik yükseltme ve öğretim üyesi görev tanımını yapabilir, Fon dağıtımında koordinatör olabilir, ödül vererek katılım sağlayabilir, Çalışmalar konusunda toplumu bilgilendirme yapabilir, Bakanlık mensuplarının çalışmalarına katılmasını sağlayabilir, Ulusal veri tabanı oluşturup çokmerkezli çalışmalar planlayabilir, ödüllere ilişkin nesnel ölçütler koyabilir şeklinde yanıtlar verilmiştir.

Altıncı sorumuz ise “**Bilimsel araştırmaların desteklenmesi ve geliştirilmesi konusunda bundan**

sonra yapılacak çalışmalara katılmak ister misiniz? “ şeklindeydi. Ve sonuçta iki dernek Hayır şeklinde yanıtlar iken diğer leri katılıma sıcak bakıyordu. Bu soruda yanıtı evet olanlara (lütfeñ katkı sunabileceğiniz konuları belirtiniz) şeklinde sormuştuk, Buraya verilen yanıtlar ise: Bilgi paylaşımı, Burs verebiliriz, araştırma projesi yazımı, deney tasarımı yapabiliriz, uygulamalarımızı aktarabiliriz, multidisipliner çalışmalara katılabiliriz, epidemiyolojik çalışmalara katılabiliriz, projeler geliştirebiliriz, ödöl yönergesi hazırlayabiliriz, deneyimlerimizi aktarabiliriz, bilimsel destek verebiliriz, ölçütlerin belirlenmesine katılabiliriz şeklinde olmuştur.

Sonuç olarak, kısa sürede ve bize göre az sayıda hazırlanmış sorular ile derneklerin Bilimsel araştırma konularında düşünceleri alınmış, yanıtlama düşük yüzdeli olsa da derneklerin katılımcı, destekçi ve ilgili tavırları ileriye yönelik umutlarımızı artırmıştır.

TTB-UDEK Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr.Ali Kutsal

Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Çalışma Grubu Başkanı

Dr. Mustafa Kemal Aslan

Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Çalışma Grubu Sekreteri

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi grubu anketine toplam 50 uzmanlık derneğinden yanıt geldi. 2 dernek (Nükleer Tıp ve Anatomi Dernekleri)bu alanda herhangi bir çalışmalarının olmadığını, Anatomi Derneği bundan sonra da bu alandaki çalışmalara katılmayacağını belirtti.

48 dernek kendi alanlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için çalışmalar yaptıklarını, Anatomi Derneği hariç tutularak yapılan değerlendirmede 49 dernekten 11'i bu çalışmalar sırasında herhangi bir sorunla karşılaşmadığını ,38 dernek ise sorun yaşadıklarını vurguladı. Bu sorunlar mali güçlükler, kurumlar ile yaşanan iletişim güçlükleri, merkezler arası işbirliğinde sorunlar yaşanması ve etik sorunlar olarak belirtildi.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi alanında en etkin koruma,tanı ve tedaviyi sağlamak,en yüksek bilimsel standartları geliştirmek amacı ile dernek üyeleri ile kurulan iletişim yolları internette oluşturulan web siteleri ve internet grupları,kurs ve kılavuz kitapçıkları,dergiler;halkı bilgilendirmek amacı ile de web sitelerinde hazırlana bilgi köşeleri,yazılı ve görsel medyada yapılan açıklamalar ve broşürler olarak belirtildi.

Bu alanda TTB-UDEK'nun sağlayabileceği katkılar uzmanlık eğitimi ve sonrasında sürekli mesleki eğitim alanının sertifikalandırılması,derneklerin yapacakları standardizasyon çalışmalarına eşgüdüm sağlanması, meslek etiği konusundaki düzenlemelerin yaşama geçirilmesi ve izlenmesi, Sağlık Bakanlığı ,YÖK ve Eğitim Kurumları arasındaki eşgüdümün kurulması, TTB-UDEK web sayfası aracılığı ile düzenlenen kurs ve eğitim toplantılarının duyurulması, yeterlik sınavlarının desteklenmesi ve düzenlenecek çalıştaylar aracılığı ile derneklerin kendilerini geliştirmesine yardımcı olunması olarak belirtilmiştir.

Kendi alanlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için bundan sonra yapılacak çalışmalara katılmayı ister misiniz sorusuna, 49 dernek olumlu yanıt vermiş ve bunlardan şu ana kadar 29'u bu alanda 1 Aralık 2006 tarihinde İzmir'de düzenlenecek çalışma grupları toplantılarına katılacaklarını bildirmiştir.

Katkı sunabilecekleri konular olarak ise, kendi alanlarında uzmanlık eğitiminin nicelik ve niteliklerinin belirlenmesi, insan gücü planlaması çalışmalarının yapılması, eğitimin standardizasyonu, sağlık hizmeti verecek kurumların alt yapı standartlarının belirlenmesi, benzer kuruluşlardaki oluşumları inceleyerek hizmet kalitesinin iyileştirilmesine yönelik model geliştirilmesine katkıda bulunma şeklinde belirtilmiştir.

TTB-UDEK İnsangücü Planlaması Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr.Serdar Arda

İnsangücü Planlaması Çalışma Grubu Başkanı

Dr. Ayşe Hancı

İnsangücü Planlaması Çalışma Grubu Sekreteri

Giriş:

TTB-Uzmanlık dernekleri Eşgüdüm Kurulu Çalışma Programı doğrultusunda oluşturulan “**İnsangücü Planlaması Çalışma Grubu**”, uzmanlık dernekleri düzeyinde, ülkemizde sağlık alanında insangücü kullanımının bugünkü durumunu saptayıp geleceğe yönelik planlamaların yapılmasında yol gösterici ve eşgüdüm görevi yapmayı amaçlamaktadır.

Yöntem:

Bu amaçla Ankara’da, 1 Temmuz 2006 tarihinde 17 katılımcı ile ilk toplantı yapılmıştır. Bu toplantıya katılan uzmanlık dernekleri temsilcileri ile duru saptaması yapıp bir eylem planı oluşturulmuştur.

Sonuçlar:

İnsangücü planlaması çalışma grubu toplantısı sonrasında ortaya çıkan ana görüşler şunlardır:

1. Tıpta “insangücü planlaması” çalışma grupları içerisinde en önemli başlıklardan biridir. Yeterli planlama ve dağıtımın yapılamadığı durumlarda gerek hizmet ve gerekse bilimsel anlamda yeterli ve etkin bir üretimin yapılabilmesi olanaklı değildir,
2. “İnsangücü planlaması” yapılırken sadece “nicelik” değil, ancak “nitelik” de mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.
3. “İstihdam” sadece hekimin bir yere yerleştirilmesi değildir. Hekimlerin çalıştıkları ortamda yeterli ekip ve ekipmanın olmasının yanısıra uygun yaşam koşullarının, iş ve gelir güvencesinin de sağlanması gerekmektedir.
4. Tıp Fakültelerinin sayıca artması hekim ve hizmet kalitesinde artışa değil, aksine azalmaya neden olmaktadır.
5. Sağlık hizmeti bir ekip işidir. Bu nedenle, farklı grupların biraraya gelip eğitim çalışmaları yapması hizmet kalitesini artıracaktır.
6. Ülkemizin sağlık alanındaki en önemli sorunlarından biri de hekim dağılımındaki düzensizliktir.
7. Ülkemizde çok dikkate alınmayan bir veri de “hekim kullanma alışkanlığı”dır.
8. Eğitim veren devlet hastanelerinin yeniden tanımlanması, hizmet hastanelerinin daha çok “afilie hastaneler” olarak çalışması uzman hekim yetiştirilmesinde kalitenin artırılmasına katkıda bulunacaktır.
9. Hekim sayısının artmasına koşut olarak uzman hekim sayısı da artmıştır. Uzmanlık derneklerinin bu konuya yönelik çalışma yapmaları hastaların başvuracakları hekim ya da kurumların belirlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.
10. Sağlık hizmetinin sunumunda hekim yanında yardımcı personel de büyük önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarında her basamakta eğitilmiş personel yetiştirilmesi ve çalıştırılması için planlama yapılmalıdır.
11. Sağlık Bakanlığı’nın bugüne değin olan uygulamalarında tutarlı bir politika izlemediği gözlenmek-

tedir. Bakanlık içerisinde hekim ve sağlık personelinin işgücü planlaması ve dağılımında baz olarak kullanılabilecek “sağlık istatistikleri” yeterli oranda bulunmamaktadır. Uzmanlık Derneklerinin sahip oldukları verilerin çok daha yeterli ve duyarlı olduğu düşünülmektedir.

12. Sağlık hizmetinde “işgücü planlaması” yapılmasında yurtdışından doktor getirilmesi kabul edilemez bir seçenektir.
13. Ülkemizde uzman hekim sayısının planlanmasında Uzmanlık Derneklerine büyük görev düşmektedir. Bu amaçla derneklerin kendi planlamalarını yapıp TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Komisyonu aracılığı ile sağlık Bakanlığı’na iletmeleri önem taşımaktadır. Bu planlama ile Tıpta Uzmanlık Sınavlarında alınacak asistan sayıları belirlenmelidir.
14. Sağlıkta “işgücü” ve “istihdam” planlaması yapılırken özel sağlık kuruluşları da dikkate alınmalıdır.
15. Derneklerin planlama çalışmalarına etkin olarak katılımları ülkemizde şu anda düzensiz ve karmaşık olan insangücü dağılımının daha sağlıklı yapılmasına en büyük katkıyı yapacaktır.

Yorum:

Nitelikli bir sağlık hizmeti sunumunda her boyutta insangücü planlaması en önemli yeri tutmaktadır. Ülkemizdeki genel veriler gözden geçirildiğinde henüz bu konuda yeterli istatistiksel bilgiye sahip olunmadığı görülmektedir. Bu nedenle, öncelikle yapılması gereken uzmanlık dernekleri düzeyinde bugünkü durumun saptanmasıdır. Bunun için uzmanlık dernekleri ile TTB-UDEK işbirliği en uygun yaklaşımdır.

TTB-UDEK Sürekli Tıp Eğitimi Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr. Ferda Özyurda
Sürekli Tıp Eğitimi Çalışma Grubu Başkanı
Dr. Füsün Köseoğlu
Sürekli Tıp Eğitimi Çalışma Grubu Sekreteri

Anketimize 46 uzmanlık derneği yanıt vermiştir.

Soru 1:Derneğinizi sürekli tıp eğitimi konusunda uzmanların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitim gereksinimlerine dayanan eğitim programları yapılması, eğitim metodolojisinin yetişkin eğitim ilkelerine göre düzenlenmesi, ölçme-değerlendirmede standardizasyon sağlanması alanlarında çalışmalar yapıyor mu?

Bu soruya 36 dernek EVET, 10 dernek HAYIR cevabı vermiştir. EVET diyenlerin verdiği cevaplar ise şöyledir:

Eğitim kursları (temel ve ileri)

Kış ve yaz okulları, eğitim kurultayı

1. basamağa yönelik sürekli tıp eğitimi

Yeterlilik kurulu-yeterlilik belgesi-yeterlilik sınavları

Kongre ve bilimsel etkinliklerde STE kredilendirme yönergeleri uygulanıyor

Dergi çıkarma

Sürekli eğitim çalışma grubu oluşturulması

Uzmanlık eğitim programı hazırlanması

Yönetim kurulu çalışmaları

Akreditasyon kurulu

Kongre organizasyonu

Alt branş dernek aktiviteleri

Asistan karnesi hazırlanması

Yeni gelişmelerin takibi

Bölge toplantıları düzenleme

Çekirdek eğitim kılavuzu

Anabilim dalları koordinasyon toplantıları

Anket yapılarak sonuçlara göre programların düzenlenmesi

Soru 2: Bu çalışmalarınız sırasında uygulayıcı kurumlar olan üniversite, eğitim hastaneleri ve TTB ile alanınızdaki uzman doktorlar arasında paylaşım ve işbirliği konularında sorunlar yaşıyor musunuz?

Bu soruya 12 dernek EVET, 24 dernek HAYIR cevabı vermiştir; 10 dernek ise bu soruyu cevaplamamıştır. EVET diyenlerin dernekler ise şu sorunları belirtmişlerdir:

Eğitim hastanelerindeki eksikliklerle ilgili sorunlar

Uzmanlar arasında ve kurumlar tarafından derneğin tanınmaması
Eğitim kurumlarının farklı yöntem ve eğitim programına sahip olmaları
Koordinasyon ya da iletişim eksikliği
Hasta-hekim arasındaki sorunlarla ilgili yeterli iletişimin sağlanamaması
Meslektaşlarımızın izin problemleri
Alt yapı ya da personel eksikliği

Derneklerin sorunlara çözüm önerileri ise şöyledir:

Tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminin standardizasyonu
Koordinasyon sağlanması
İşbirliğinin artırılması
Ortak etkinlikler düzenlenmesi
Eğitim hastenelerine şefliklerin açılması

Soru 3: Sürekli tıp eğitimi alanına yönelik çalışmalarınızı sürdürürken alanınızdaki uzmanlara ulaşma yollarınızı/araçlarınızı (web sitesi, basılı materyal vb) belirtiniz.

Bu soruya 38 dernek cevap vermiştir (%83), cevaplar ise şöyledir:

İnternet (web sitesi, e-posta, e-grup)
Basılı materyal (kitap, dergi, bülten, broşür)
PTT
Kongre, seminer, toplantı
Anket

Soru 4: Sürekli tıp eğitimi sürdürmek ve geliştirmek için TTB-UDEK nasıl bir katkı sağlayabilir?

Bu soruya 35 dernek cevap vermiştir (%76), cevaplar ise şöyledir:

Standartlar belirlenebilir
Kılavuzlar hazırlanabilir
Diğer derneklerin deneyimleri öğrenilebilir
Ortak eksiklikler belirlenebilir
Eğitim programları geliştirilebilir
Sertifikasyon ve akreditasyon sağlanabilir
STE kredilerinin işe yararlılığı hayata geçirilebilir(Sınavlarda kredilerin ağırlığı olabilir)
Toplantı takvimleri yıl başında belirlenebilir
Dergi ve bültenlerin uluslararası kabulü için girişimlerde bulunulabilir.
Uzmanlık sonrası güncelleştirilmesi gereken konularda kurs, seminer düzenlenmesi sağlanabilir
STE için fon oluşturabilir
Tüm derneklerin eğitim faaliyetleri koordine edilebilir
Her toplantı için ayrı ayrı kredilendirme başvurusu yerine, akademik sene başında programın sunulması ile tüm toplantılara kredilendirme tek seferde yapılabilir.

Sadece kredilendirme ile ilgilenen bir birim olabilir, böylelikle toplantı tarihlerinde değişiklik olduğunda kredilendirme işlemleri hızlandırılabilir.

Sağlık bakanlığı-YÖK ve dernekler arasındaki iletişim kopukluğu giderilebilir

Erişkin eğitim yöntemlerine ilişkin seminerler verilebilir

Tüm derneklerden gelen görüşler doğrultusunda 'çalışma öneri demeti' oluşturulabilir

Dernekler arasında 'eğitici bankası' oluşturulabilir

Soru 5: Sürekli tıp eğitimi alanında bundan sonra yapılacak çalışmalara katılmayı ister misiniz?

Bu soruya 38 dernek EVET, 4 dernek HAYIR cevabı vermiştir; 4 dernek ise bu soruyu cevaplamamıştır. EVET diyen derneklerin sunduğu katkılar ise şöyledir:

Eğitim programı hazırlanabilir

Hizmet içi eğitim verilebilir (ölçme-değerlendirme, eğitim standardizasyonu- kredilendirme)

Çalışma gruplarına aktif katılım sağlanabilir

Eğitimde koordinasyon sağlanabilir

Çalışma grubunda görev alması için bir yönetim kurulu üyemiz görevlendirilebilir

Çalışma gruplarının toplanmasından sonra ortaya çıkan sorunlara göre katkılar belirlenebilir

Çalışmalar internet ortamında yapılabilir

Yapılacak toplantı ve kurslarda konuşmacı ya da katılımcı olarak destek verilebilir.

TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu Anket Sonuçları

Dr. Yaşar Bilge
Etik Çalışma Grubu Başkanı
Dr. Nüket Örnek Büken
Etik Çalışma Grubu Sekreteri

Toplam olarak **46 uzmanlık derneğinden gelen cevaplar** değerlendirildi. Bu dernekler şunlardır:

Neonatoloji D., Türk Cerrahi D., Radyoloji D., Türk İmmunoloji D., Türk Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu, Anestezi D., Aile Hekimliği D., Türk Hematoloji D., Histoloji D., Anatomi D., Deri ve zührevi hastalıklar D., Farmakoloji D., Üroloji D., İç Hastalıkları D., Acil Tıp Uzmanları D., Sualtı ve Hiperbarik Tıp D., Nükleer Tıp D., Türk Manyetik Rezonans D., Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı D., TOTBİD, Pratisyen Hekimlik D., Türk Plastik D., TPOG, Türkiye Acil Tıp D., Türk Üroloji D., Çocuk Nefroloji D., Androloji D., Nöroradyoloji D., Türk Biyokimya D., Tıp Etiği ve Tıp Hukuku D., FTR D., Adli Tıp Uzmanları D., Perinatoloji, FTR, Türk Nöroşirürji Derneği, Türkiye Biyoetik Derneği, TPD, Geriatri, Romatizma D., Dermatoloji D., Havacılık Tıbbi Derneği, Patoloji D., Türk Toraks D., Nöroloji D., Türk Pediatri Kurumu, Sitopatoloji Derneği.

Derneklerin Etik konularında çalışmalar yapıp yapmadıkları sorulmuş ve 25 dernek yapmadıklarını bildirmiştir. Sadece 1 dernek gerekçesinde kurumların zaten kendi etik kurulları olduğunu ve dernek çatısındaki etik kurulun etkinliğinin az olacağını düşündüklerini bildirmiştir.

Etik konusunda çalışma yaptıklarını belirten 20 derneğe ne tür çalışmalar yaptıkları sorulmuş ve yanıtlar sıklık sırasına göre değerlendirilmiştir:

Aydınlatılmış onam formlarının hazırlanması, **Etik Kurul oluşturulması ve yönerge hazırlanması- (9 dernek)**, Bilimsel çalışmaların etik ilkelere uygunluğunun denetlenmesi, Kongrelerde konu ile ilgili etkinlikler ve bilimsel programlar düzenlemek, Etik dışı tutum ve davranışların derneklerde görüşülüp, dernek etik kurullarında karara bağlanması, Etik ve hukuk dışı tutum/davranışların belirlenmesi ve yaptırımların uygulanması.

Derneklere bu çalışmalar sırasında herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı sorulmuş ve 10 dernek sorun yaşanmadığını belirtmişlerdir. Sorun yaşandığını söyleyen 8 derneğin yaşanan sorunlarla ilgili olarak verdikleri yanıtlar şunlardır (en sık görüldenden en az görülene doğru bir sıralamayla):

- Dernek Etik Kurullarının ve Yönergelerinin oluşturulmasında yaşanan sıkıntı• Dernek Etik Kurullarının görev ve sorumlulukları konusundaki bilinmezlikler• Dernek üyeleri arasındaki kişisel sürtüşmeler
- Yazılı materyal oluşturma ve yayma konusunda yaşanan maddi sıkıntı
- Etik dışı tutum ve davranışlara yönelik yaptırımın olmayışı/ bilinmemesi
- Dernek Yönetim ve Etik kurullarının kararlarındaki uyumsuzluklar
- Etik Yönergelerin uygulanmasında derneklerin tek başına yetersiz kalması
- İnsan gücü sıkıntısı, katılım ve ilginin yetersizliği

Sorunların çözümünde neler yapılabileceği, çözüm önerileri sorulduğunda alınan yanıtlar şöyledir:

- Etik konusunda dernekler arası ortak çalışmaların yapılması
- Etik Çalışma grubunun bir çerçeve Yönetmelik hazırlaması
- Her derneğin etik davranış rehber kurallarını belirlemesi
- Etik dışı tutum ve davranışların değerlendirilmesinde TTB Yüksek Onur Kurulu ile işbirliği sağlanması

- Dernekler arası deneyim ve bilgi paylaşımı
- Basılı materyale ulaşmada kolaylık sağlanması
- Maddi destek sağlanması

Derneklere Etik konularında çalışmalarını sürdürürken toplum bireylerine ulaşma yolları/araçları sorulduğunda alınan yanıtlar şöyle olmuştur (yine sıklık sırasına göre):

- Basın açıklamaları-Medya
- Dernek web sayfası
- TTB
- Dernek Bülteni
- Kongre ve Sempozyum bildirileri, ilgili toplantılar
- Basılı materyaller

Etik sorunların çözümünde TTB-UDEK' in nasıl bir katkı sunabileceği sorulmuş ve derneklerin bu konudaki beklentilerinin oldukça yüksek olduğu, hatta TTB- UDEK'İN görev ve yetki sınırlarını aşan kimi istemlerde dahi bulundukları saptanmıştır. Alınan yanıtlar şöyledir:

- Uzmanlık derneklerinin çatı örgütü olarak gelişim hedefleri koyar, ayrıca bu gelişimi ölçer, denetler, yaptırım uygular.
- Etik kuralların belirlendiği ve duyurulduğu bir çalışma grubu ile aktif eğitimler yapılmalı, bu alandaki eğitim etkinlikleri planlanıp yürütülmelidir.
- Etik kurul kararlarının uygulanmasında yaptırımı sağlayabilir.
- Dernekler arasında bu konuda eşgüdümü sağlayabilir, koordinatörlük yapabilir
- Ulusal Etik Komite kurulması ve ulusal etik yönerge hazırlanmasını sağlar.
- Sağlık Bakanlığına yönelik girişimlerde bulunmalıdır.
- Tüm Derneklerin katkılarıyla kılavuz rehberler hazırlanabilir ve bu rehberlerin derneklere ulaştırılması sağlanabilir.
- Etik Kurul ile Yönetim Kurul kararı çelişiyorsa sorunu TTB çözmelidir.
- Özlük haklarının geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- UDEK'in kanuni alt yapıya kavuşturulması gerekir.
-

Anket sonuçlarının uzmanlık derneklerince değerlendirilmesiyle oluşturulan “etik çalışma grubu eylem planının” tartışılması ve hayata geçirilmesinde ortak çalışmak yapmak dileğiyle katılan tüm derneklere teşekkür ediyoruz.

KURULTAY SONUÇ BİLDİRGELERİ

I. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 27 Şubat 1994, İstanbul

- Temel sağlık hizmetlerine öncelik vermeyen ve kaynak tahsis etmeyen politikalar, hekimlerin genel pratisyenlikten uzmanlığa doğru kaçış isteğini giderek artırmaktadır.
- Uzmanlık eğitiminin tüm kademelerindeki karar, yürütme ve denetleme mekanizmalarına yön veren politikalarda hekimlik mesleğindeki bilgi beceri birikimine giderek daha az önem verilmekte, konunun gerektirdiği özen gösterilmemektedir.
- Yönetim kademelerine hakim olan bu tutum, esas işlevi tıbbın belli alanlarda bilgi beceri kazandırmak olan uzmanlık eğitiminin bütününe olumsuz yönde etkilemekte ve ülkemizdeki tıp ortamını tahrip etmektedir.
- Ortalama mesleki nitelik düzeyi düşerken, ciddi istihdam sorunları hızla gündeme girmekte ve mesleki etik değerler erozyona uğramaktadır.
- Çeşitli uzmanlık alanlarında nitelikli bir eğitici birikiminin olduğu ülkemizde, tıpta uzmanlık eğitiminin ortalama niteliğinin düşük olması kabul edilmez bir durumdur.
- Karar organizasyon ve denetleme mekanizmalarının halen Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından yönetildiği tıpta uzmanlık eğitiminin nitelik ortalamasını ülkemizin ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeye yükseltmek, bir dizi karmaşık sorunun çözümüne bağlı görünmektedir.
- Tıpta uzmanlık eğitiminin ciddi sorunlarını adım adım çözebilmek, uzmanlık eğitiminin çeşitli kademelerinde fiilen yer alan ve sonuçlarından doğrudan etkilenen tüm tarafların söz ve karar sahibi olarak katılacakları geniş bir işbirliğini gerektirmektedir.
- Uzman hekimlikteki niteliğin yükseltilmesi, eğitimin standartlarının, hükümetlerden doğrudan etkilenmeyen bir ulusal kurum tarafından belirlenip denetlenmesine bağlı görünmektedir.
- Tıpta uzmanlık eğitiminde reform yapılması şikayet etmekten daha fazla şeylere ihtiyaç göstermektedir.
- Uzmanlık eğitiminde hekimler arasında bir fikir birliğinin oluşması ile bu Kurultay'da güçlü bir adım atılmış olmakla beraber, bu yöndeki çabanın artırılması gerekmektedir.
- Üzerinde birleşilen fikirleri uygulamada hekimler arasında yaygın bir kararlılık, irade ve bu iradeye dayanarak sürekli bir programı uygulamak gerekmektedir.
- Uzmanlık eğitiminin tüm kademelerinde, siyasi müdahaleden etkilenmeyen bir karar mekanizmasının ve özerkleşmenin kendiliğinden oluşmasını beklemek gerçekçi görünmemektedir.
- Bu durum gözönüne alınarak, 27 Şubat 1994 Tıpta uzmanlık Eğitimi Kurultayı sonuçlarını izlemek ve bu alandaki çalışmaları gerçekleştirmek üzere;
- Tıpta Uzmanlık Dernekleri, Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı ve SSK Eğitim Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinin saptanacağı temsilcilerden oluşan "Tıpta Uzmanlık Kurulu" oluşturması ve bu kurulun sekreterliğini Türk Tabipleri Birliği'nin yürütülmesi benimsenmiştir.

II. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi **18 Şubat 1995, Ankara**

- Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tarafların yeterli katılımını sağlamadan önerdiği tüzük değişikliği, olumlu noktalar içermekle birlikte çağdaş gereksinimlere yanıt verecek köklü değişimleri ve yeni düşünceleri içermektedir.
- Tıpta uzmanlık eğitimindeki sorunların adım adım çözülebilmesi, bu alanın temel standartlarının hükümetlerin doğrudan kontrolünde olmayan bir ulusal otorite tarafından belirlenmesini ve denetlenmesini gerektirmektedir.
- Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumları (Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya bağlı eğitim hastaneleri, GATA) bağlayıcı, karar alma ve denetleme yetkisine sahip, idari, bilimsel ve mali özerkliği olan bir ulusal otoritenin (Tıpta Uzmanlık Kurulu) oluşturması gerekmektedir.
- Bu kurulda, tıpta uzmanlık eğitiminin tarafları olan Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve SSK Eğitim Hastaneleri, Türk Tabipleri Birliği ve Uzmanlık Dernekleri eşit dengede ve demokratik katılımı güvenceye alacak bir yöntemle temsil edilmelidir. Kendi başkanını kendi seçmeli ve belli aralıklarla çalışma devamlılığını bozmayacak şekilde yenilenmelidir.
- Kurultay, Sağlık Bakanlığı tüzük taslağında yer alan ve "özel sağlık kurumlarına uzmanlık eğitimindeki karar ve denetim organlarının özerkleşmesi ve belli bir hazırlık döneminden sonra ele alınmasını, bugünkü koşullarda tüzük taslağının tümüyle çıkarılmasını oybirliği ile karara bağlamıştır.
- Bu temel ve vazgeçilmez ilkeler ışığında TTB tarafından Sağlık Bakanlığı tüzük taslağı üzerinde yapılan tüzük değişikliği önerileri genel hatlarıyla oybirliğiyle kabul edilmiş, Kurultay'da benimsenen görüşler ve bu değişiklikler doğrultusunda yeni bir tüzük hazırlanması konusunda TTB'ye tam destek verilmesi karara bağlanmıştır.
- UEMS (ATUB)'a üyelik ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile ilgili konularda tıpta uzmanlık derneklerinin aktif katılımının sürmesi ve bu derneklerle olan bağların güçlendirilerek ve daha yaygınlaştırılarak devamı için TTB-Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu'na tam yetki verilmesi karara bağlanmıştır.

III. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 30-31 Mart 1996, İstanbul

- Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı ile ilgili olarak 2 Mart 1996 gün toplanan TTB-UDKK'nun tüzükle ilgili aldığı kararlar esas olarak benimsenmiştir.
- Tüzük hakkında Kurultay'a gelen çok sayıda yazılı rapor ve sözlü görüşler aşağıdaki noktalarda görüş birliği içindedir:

a) Tababet Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu hakkında;

SSK ve Sağlık Bakanlığı'nın kurullarda bulunduracakları üye sayısı toplamı aynı kalmakla birlikte iki kurum arasındaki dağılım, eğitim birimleri ve eğiticilerin sayısı dikkate alınarak belirlenmelidir.

Eğitim hastaneleri ve tıp fakültelerinin gönderecekleri üyeler, eğitici niteliği sahip hekimler tarafından, yine eğiticiler arasından seçimle belirlenmelidir. Kurul ve komisyonlara üye gönderecek eğitim kurumlarının belirli bir süredir uzmanlık veriyor olması koşulu getirilmelidir.

Kurullarda GATA, her bir tıp fakültesi ile eşit hukuka sahip olarak temsil edilmelidir.

Tababet Uzmanlık Kurulu'nda Sağlık Bakanı ve Bakanlık bürokratlarının ayrıcalıklı bir hukuku olmamalıdır.

b) Kurul'un aldığı kararlar tüm eğitim kurulları için bağlayıcı olmalı, bunu engelleyen yasalarda gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

c) İstisnasız bütün eğitimcilerin bireysel performanslarının denetlenmesi gereklidir. Bununla ilgili yöntem ve ölçütlerin Tababet Uzmanlık Kurulu tarafından geliştirilmesi benimsenmektedir. Bu değerlendirme ve denetimin tıp fakültelerindekiler dahil tüm eğitimcileri kapsamı için gerekli yasal değişiklikler yapılmalıdır.

d) Şef ve şef yardımcılığı sınavları uygulamasındaki esaslar Tababet Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenmelidir.

e) Tababet Uzmanlık Kurulu ve diğer iki komisyonun eğitim kurumlarına yetki verme ve denetleme esaslarını belirleyecek yönetmeliklerin oluşturulması ve uygulamaya geçilmesini takiben özel sağlık kuruluşlarına eğitim verme yetkisi gündeme gelebilir. Bunlar halen gerçekleşmediği için özel sağlık kuruluşlarına Bakanlıkça eğitim yetkisi veren madde Tüzük Tasarısı'ndan çıkarılmalıdır.

f) Asistanlığa giriş sınavı bu haliyle yapılmalı, ihtiyaçlar gözetilerek Tababet Uzmanlık Kurulu tarafından geliştirilmelidir.

g) Asistan yeterlilik sınavı bir hazırlık döneminden sonra uygulanmalı, yeterlilik ve uzmanlık sınavının esasları Tababet Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenmelidir.

h) Tüzük yürürlüğe girdiği tarihte asistan olanlar, ancak isterlerse bu Tüzük hükümlerine tabi olmalı, kazanılmış haklar korunmalıdır.

i) Kurultay'a gelen çok sayıda yazılı ve sözlü giriş, ek çizelgede belirlenen ana dallar, yan dallar, rotasyonlar ve bunların süreleri ile ilgili hükümlerin sakıncalar taşıdığı noktasında görüş birliği içindedir. Bu görüşler değerlendirilerek TTB-UDKK'nın ilk toplantısında bu konuda alınacak kararlar Tüzüğe dahil edilmelidir.

j) Geçici maddelerle belirlenen aile hekimliği, ana dallar ve yan dallarla ilgili tasarı hükümleri uygulamada önemli sakıncalar doğuracağından, bu konu da TTB-UDKK'nın söz konusu toplantısında karara bağlandıktan sonra ele alınmalı, bu haliyle Tüzük'ten çıkarılmalıdır.

Kurultay, uzmanlık eğitimi sırasında eğitim hastaneleri ile tıp fakülteleri arasında işbirliği yapılması ve afilyasyon için her iki kurumun haklarını koruyan bir işleyiş sağlanmasını benimsemektedir.

- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, alınan kararların ve kurultay'a gelen görüşlerin TTB tarafından Yüksek Sağlık Şurası'na, Sağlık Bakanlığı ve yetkili mercilere ivedilikle iletilmesini kararlaştırmıştır.

Kurultay üyeleri, tıp fakülteleri, eğitim hastaneleri, uzmanlık dernekleri ve TTB arasındaki bu sıcak işbirliğinin yeni kurultaylar ile sürdürülmesini kararlaştırmıştır.

IV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi **14 Aralık 1997, İstanbul**

1. Sağlık Bakanlığı, “Yüksek Öğretim Kurulu ve Türk Tabipleri Birliği arasındaki uzlaşının ürünü olan yeni “Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı” tam beş ay önce Danıştay incelemesinden geçmiştir.
2. Yıllardır özlemi duyulan tıpta uzmanlık eğitimi ortamının kapılarını aralayacak olan bu metnin 5 aydan beri Sağlık Bakanlığı tarafından “ sümen altında” tutulması dolayısıyla Bakanlar Kurulu’nda imzaya açılmamış ve yürürlüğe girememiş olması hekim kamuoyunda düş kırıklığı yaratmaktadır.
3. Tüzüğün geciktirilmesi, bu tüzüğe bağlı olarak hazırlanacak yeni yönetmelikleri de gündem dışı bırakmaktadır.
4. Yürürlükteki yönetmeliği şef ve şef yardımcılığı sınavını yeniden düzenleyen biçimine uygun mesleki bilgi sınavlarının hala açılmamış olması bir başka güvensizlik kaynağıdır.
5. Uzmanlık eğitimi sırasında karşılaşılan başlıca sorunlar, uzmanlık eğitiminin niteliği ile ilgili sorunlardır. Bunun en önemli nedeni eğitimin asgari standartlarının belli olmamasıdır. Bu konuda ilk adımları atabilecek komisyon ve kurullar, yürürlüğe henüz giremeyen tüzükte bulunmaktadır. Tüzüğün geciktirilmesi, niteliğin değerlendirilmesini ve denetimi de önlemektedir.
6. Eğitim görenlerin değerlendirilmesi ve yeterliliklerinin ölçülmesine ilişkin düzenlemelerin yanısıra eğiticilerin yeterliliklerinin değerlendirilmesi konusu da ilgili kurul ve komisyonlarda ele alınmalıdır.
7. Yeterlilik kurulları, resmi bir düzenlemeyi beklemeden uzmanlık dernekleri bünyesinde oluşturulmalıdır.
8. Uzmanlık dernekleri, düzenledikleri, ulusal kongrelerin ilk gününü o dalın eğitim ve planlama çalışmalarına ayırmalıdır.
9. Yeterlilik kurullarının ulusal kongreler sırasında oluşturulmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
10. Yeterlilik kurullarınca hazırlanacak taslaklar, o uzmanlık dalındaki tüm hekimlerin görüş ve eleştirilerine açıldıktan sonra kesinleştirilmelidir.
11. Biran önce “sağlıkta insan gücü planlaması” yapılmalı, ülke gereksiniminden fazla sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmemelidir.
12. Var olan tıp fakültelerinin yetiştirdiği hekim sayısı yeterlidir. Yeni tıp fakültesi açılmamalıdır. Vakıflarca açılan ve yeni devlet üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde alt yapı ve öğretim kadrolarının yetersizliği nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitiminin verilmesi sakıncalıdır. Buralarda uzmanlık eğitimi kesinlikle verilmemelidir. Üniversite dışı eğitim hastanelerinde de altyapı öğretim kadrosu yetersizliği varsa bunlar en kısa sürede giderilmelidir.
13. Özel eğitim kurumlarının eğitici açıklarını devlet üniversitelerinin kadrolarından karşılama girişimleri devlet üniversiteleri aleyhine sonuçlar doğurabilecektir.
14. Gerek üniversite gerekse üniversite dışı eğitim hastanelerinde eğitim, araştırma ve verilen sağlık hizmeti düzeyini yükseltecek çalışmalar birlikte ele alınmalıdır.
15. Üniversite dışı eğitim hastanelerindeki uzmanlık eğitimi çalışmaları, üniversitedeki eğitimle birlikte ortak bir çatı altında ele alınmalıdır.

V. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 12 Haziran 1999, Ankara

- 1- Eğitim kurumlarında tam süre çalışma özendirilmeli ve yarı zamanlı çalışanların eğitime katkısı artırılmalıdır.
- 2- Eğitim kurumları arasında (Üniversite, Sağlık Bakanlığı, SSK,) minimum standartlar belirlenmeli ve bilimsel etkinlikler açısından işbirliği yapılmalıdır.
- 3- Üniversitelerdeki doçentlik sınavları, eğitim hastanelerindeki Şef, Şef Yardımcılığı sınavları ile birlikte merkezi olarak yapılmalıdır.
- 4- Eğiticiler arasında eşdeğerlilik sağlanmalıdır.
- 5- Eğitim kurumlarının belli bir eğitim programı oluşturmaları ve açıklamaları sağlanmalıdır.
- 6- Eğiticilerin performansının değerlendirilmesi (yıllık raporlar ile) sağlanmalıdır.
- 7- Uzmanlık eğitimi sırasında Dernekler ve TTB kanalıyla ölçme ve değerlendirmeye yönelik ara sınavlar yapılmalıdır.
- 8- Tababet Uzmanlık Kurulu'nun göreve çağrılarak eğiticiler ve kurumlar denetlenmelidir.
- 9- Uzmanlık eğitiminde nitelik artışı sağlanmalıdır.
- 10- Özlük haklarında standardizasyon sağlanmalı ve eğitim hastanelerinde çalışan eğiticilere de tıp fakültelerindekiler gibi eğitim tazminatı verilmelidir.
- 11- Eğitim veren hastanelerin yıllık akreditasyonu (kredilendirilmesi) sağlanmalıdır.
- 12- Uzmanlık eğitimi asgari standartları sağlayan tıp fakülteleri hastaneleri ve kamu hastanelerinde yapılmalı, bu standartları belirlenen sürede tamamlanamayan kurumların (Tıp Fak. veya Eğitim hast.) eğitim yetkileri iptal edilmelidir.
- 13- Eğitim hastanelerindeki eğiticiler tıp fakültelerindeki eğitim kadroları ile aynı özlük haklarına kavuşturulmalıdır.
- 14- Gerek tıp fakülteleri gerekse eğitim hastanelerinde eğitici olarak atanacaklarda eğitici formasyonu aranması ve eğiticilerin eğitiminin sağlanması gereklidir.
- 15- Aile hekimliği ihtisası için Sağlık Bakanlığı hastanelerinde de mesleki bilgi sınavında başarılı olma koşulunun aranması gerekmektedir.
- 16- Eğitim hastanelerinin başhekimleri belirli bir süre için eğiticiler tarafından seçilen adaylar arasından atanmalı, eğitim hastaneleri Yönetim Kurulu tarafından yönetilmelidir.
- 17- Eğitim hastaneleri yükseköğretim statüsüne kavuşturulmalıdır.
- 18- Eğitim etkinlikleri ve kazanılan becerileri belgelendiren uygulama defterlerinin (log book) her alan için ilgili derneklerce hazırlanması gerekmektedir.
- 19- Eğitim veren her kurumda "Tıp Eğitimi Birimi veya Anabilim Dalı" kurulmalı ve Tıp Eğitimi birimleri mezuniyet sonrası eğitimi kapsamalıdır.
- 20- Yeterlik (board) kurullarının iç yönerge taslağı tartışılarak kabul edilmiştir.

VI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sonuç Bildirgesi **4-5 Kasım 2000, İzmir**

6. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 4-5 Kasım 2000 günlerinde İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans Salonu'nda yapılmış, Kurultay'a;

- Dokuz Eylül, Ege, İstanbul, Ondokuz Mayıs Üniversiteleri Rektörleri;
- Sağlık Bakanlığı Müsteşarı;
- YÖK Başkan Danışmanı;
- Türk Tabipleri Birliği Başkanı ve yöneticileri, Ankara, Balıkesir, Bursa, İstanbul ve İzmir Tabip Odası Başkanları, Adana, Ankara, Aydın, İstanbul, İzmir, Samsun Tabip Odaları yöneticileri,
- Adnan Menderes, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Edirne, Ege, Gazi, Hacettepe, Süleyman Demirel Tıp Fakülteleri Dekanları; Ankara Tıp Fakültesi Dekan Yardımcıları;
- TTB-UDKK Başkan ve üyeleri,
- İzmir İl Sağlık Müdürü; Ankara Dr. Sami Ulus ve İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Başhekimleri,
- 23 tıp fakültesi ile 30 eğitim hastanesinin eğitimcileri; 35 uzmanlık derneğinin başkan ve temsilcilerinin aralarında yer aldığı 324 eğitimci, uzmanlık öğrencisi ile basın mensupları katılmıştır.

Kurultay'da iki gün boyunca "Eğitim hastanelerindeki yeni düzenlemeler, şeflik sınavları", "Tıpta Uzmanlık Tüzüğü konusundaki gelişmeler" ve "Tıp Kongreleri" konuları delegelerin aktif katılımıyla ele alınmış, aşağıdaki kararlara varılmıştır:

6. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı,

- 1- 1994 yılından bu yana çok taraflı ve geniş katılımlarla gerçekleşen Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarının sonuç ve kararlarını dikkate almayan yasal düzenlemelerin, şura ve toplantıların "demokratik katılımcılık" ve "bilimsellik" ilkelerini gözardı eden, eksik ve meşruluğu tartışmalı yaklaşımlar olarak değerlendirilmesi gerektiğini,
- 2- Ülkemizin gereksinimlerine uygun sayı ve nitelikte, tıptaki gelişmeleri dikkate alan uzman hekimlerin yetiştirilmesi, eğitim kurumlarının bu açıdan yeniden düzenlenmesi amacıyla uzun yıllar boyunca uzmanlık dernekleri, TTB, Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ün katkılarıyla oluşturulduktan sonra 1997 yılında Danıştay'ca onaylanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı'nın bir an önce yürürlüğe girmesi gerektiğini,
- 3- Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler ile birlikte meslek kuruluşlarımız olan Türk Tabipleri Birliği ve uzmanlık derneklerinin uzmanlık eğitimi konusunda söz ve karar sahibi taraflar olarak kabul edilmesi gerektiğini,
- 4- Uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmını gerçekleştiren tıp fakülteleri dışındaki eğitim hastanelerindeki düzenlemelerin politik müdahalelerden uzak olarak gerçekleşmesi, tüm eğitim hastanelerinde (üniversiteler ve diğer eğitim hastaneleri) eğitimcilerin belirlendiği sınavların şeffaflık, hak eşitliği ve bilimsellik ölçütleri içinde yapılmasının önemini vurgulayarak Sağlık Bakanlığı'nın meslek kuruluşları ve eğitim hastanelerinden gelen eleştiri ve önerileri dikkate almadan, sınav sistemini geriye götüren ve Sağlık Bakanlığı Merkez Yönetimine "sınırsız ve keyfi" yetki kullanma olanağı veren 12.8.2000 tarihli Yönetmelik Değişikliği'nin bu hastanelerdeki uzmanlık eğitimi ve sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyeceğini,

eğitimle ilgili taraflara ve kamuoyuna duyurmayı kararlaştırmıştır.

6. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı,

- 5- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü konusunda reform niteliğinde düzenlemeler yapılana kadar, uzmanlık eğitiminin niteliğini arttırmaya yönelik olarak “asistan karnesi ve eğitim programları hazırlanması”, “yeterlilik kurulları ve sınavlar”, “eğitim birimlerinin ziyaretleri”, “sürekli tıp eğitimi ve kredilendirme” konularında uzmanlık derneklerimiz ve TTB’nin eğitimin diğer tarafları ile temas halinde bugüne kadar yürüttükleri çalışmaları daha yaygın ve yoğun olarak sürdürmelerini, böylece bu alandaki fiili etkinliklerini ve ağırlıklarını arttırmalarını tavsiye etmeyi,
- 6- Tıp kongrelerinin ülkemizin sağlık gereksinimlerini dikkate alarak, hekimlerin tıptaki gelişmeler konusunda sürekli ve yaygın eğitimi hedefiyle, etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesi için; “tıp kongrelerinin düzenleme ve gerçekleşmesi sırasında dikkate alınması gereken hedefler, ilkeler ve etik kurallar” ile ilgili bir yönerge hazırlamak üzere Prof. Dr. Berna Arda, Prof. Dr. Semih Başkan, Prof. Dr. Feyza Erkan, Prof. Dr. İskender Sayek ve Prof. Dr. Şadi Yenen’den oluşan bir komiteye görev vererek, hazırlanacak taslak metninin uzmanlık derneklerinin görüşüne açılarak TTB-UDKK Genel Kurulu’nda karara bağlanmasını tavsiye etmeyi kararlaştırmıştır.

VII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 1-2 Aralık 2001, İstanbul

VII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 1-2 Aralık 2001 günlerinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi salonlarında toplandı. Kurultay'a Türk Tabipleri Birliği Başkanı, tıp kökenli rektörler, Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanı, TTB ve tabip odalarının başkan ve yöneticileri, uzmanlık derneklerinin yöneticileri, tıp fakültesi dekanları, eğitim hastanelerinin başhekimleri, üniversite öğretim üyeleri, eğiticiler ve asistanlardan oluşan 326 kişi katıldı.

Avrupa Cerrahi Board (Yeterlik Kurulu) Başkanı Prof. Dr. Jacques Gruwez "Avrupa'da uzmanlık eğitiminin standardizasyonu" ve "Avrupa'da eğitim birimlerini ziyaret uygulamaları" başlıklı iki konferans verdi. Kurultay'da sunulan uzmanlık eğitimi 2001 anketi ve asistan anketinin sonuçları tartışıldı. Kurultay'da beş ana konuda oluşturulan çalışma gruplarındaki tartışmaların ardından hazırlanan raporlar özetle aşağıda sunulmaktadır.

A- UZMANLIK EĞİTİMİ 2001 ANKETİ

İstanbul, Ankara ve İzmir'deki tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde bulunan 450 eğitim birimindeki insangücü, altyapı, fizik kapasitelerine ait verileri içeren anketin uzmanlık eğitimi konusundaki ülke gerçeklerini saptamada önemli bir adım olduğunda birleşmiştir. Türkiye'deki tüm eğitim birimlerine uygulanması, eksikler tamamlanarak veriler gözden geçirildikten sonra basılı hale getirilmesi benimsenmiştir.

Kurultay'a sunulan anket sonuçları, eğitim kurumlarının altyapı olanakları, insangücü ve eğitim materyalleri arasında önemli farklar olduğunu göstermektedir. Eğitimin standardize edilebilmesi için birimlerde asgari koşulların sağlanmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. İstanbul'da anketin uygulandığı eğitim birimlerinin yarısında asistan karnesi ve ara sınav uygulamasının başlatılmış olması memnuniyet uyandırmıştır.

B- ASİSTAN ANKETİ

İstanbul'da tıp fakülteleri, SSK ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde eğitim gören 1018 asistan arasında uygulanan anket, asistanların uzmanlık eğitimi ile ilgili değerlendirmeleri ve eğitimden beklentileri konusunda önemli bilgiler sunmaktadır. 1996 yılında yapılan ankete göre eğitim birimlerinde ara sınav ve asistan karnesi uygulamasının yaygınlaştığı görülmektedir. Asistanların eğitimden memnuniyet dereceleri tıp fakülteleri ve diğer kurumlar arasında belirgin farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Asistanların kendi eğitim süreçleri hakkında söz sahibi olmaları özendirilmelidir.

Asistanların tıpta uzmanlık eğitimi kurultaylarına katılımı yönündeki çabaların artırılmasının önemine dikkat çekilmiştir.

C- AKADEMİK YÜKSELTMELEK VE EĞİTİCİLERİN BELİRLENMESİ

Tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerindeki eğiticilerin belirlenmesi konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Yardımcı doçentlik uygulaması, doçentlik yönetmeliği değişiklikleri, şef ve şef yardımcılığı sınavları ile ilgili gelişmeler Kurultay'da da çeşitli yönleriyle tartışılmıştır.

Şeflik sınavlarında kullanılan son kriterlerin yetersiz ve tartışmalı olduğuna dikkat çekilmiştir. Yabancı dil ve mesleki bilginin ölçüldüğü merkezi bir sınav uygulamasının nesnel ölçütlere en yakın yöntem olduğu konusunda birleşilmektedir.

Akademik unvan isteğinin, eğitim arzusu ve iyi hekimlik ilkelerine dayanması gerektiği vurgulanmalıdır. Akademik ünvanlar, eğitim kurumları dışında kullanılmamalıdır.

Halen görevdeki eğiticilerin yeni yetişen eğiticilere her yönü ile örnek olmalıdır.

Kurultay katılımcıları “ideal eğitici”de beklenen özellikleri şu şekilde sıralamıştır: Bağımsız ve özgün düşünceye sahip, eğitici eğitimi almış, düşündüğünü söyleyen, toplumla iletişim içinde olan, üreten, mutlaka denetlenen, eğitilenlerce değerlendirilen örnek kişiler olmalıdır. Ancak eğitimcilerin çalışma süreleri ve özlük hakları da belirlenmiş olmalıdır. Eğitimciler belirlenirken dış yayınlar yanında anadilde de nitelikli yayınlar yapılması teşvik edilmelidir. Bu amaçla ülkemizde sayıca fazla olan dergilerin, nitelik olarak da iyileştirilmelidir. Türk Tıp Dizini

oluşturulması çalışmalarını sürdürülmeli ve yerli yayınlar kategorize edilmelidir.

D- EĞİTİM KURUMLARI VE BİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bir eğitim kurumunda temel standartlar; yeterli yatak kapasitesi, eğitime uygun altyapı ve ortam, yeterli materyal ve hasta sayısıdır. Eğitimin sonuçları ölçülmeli, kişisel-kinik performans ve davranışlar değerlendirilmelidir.

İçerik, eğitici, alt yapı, hizmet kalitesi, değerlendirme ve çıktının tanımlanması konularında standartlar belirlenmelidir. Standartlar saptanmadan önce ortak bir dil oluşturulmalıdır.

Tüm uzmanlık dernekleri yeterlik kurullarını hızla oluşturmalı, uzmanlık eğitiminin denetimi dernekler tarafından yapılmalıdır. Her uzmanlık derneğinden iki kişi katılımıyla UDKK Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu oluşturulması önerilmektedir.

Bu başlık altında bir araya gelen Çalışma Grubu çalışmalarını 1 yıl boyunca sürdürmeyi ve çalışmanın sonuçlarını 8. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'na sunmayı kararlaştırmıştır.

Çalışmanın kapsamı içerisinde aşağıdaki konularda 4 alt grup kurulmasına karar verilmiştir:

1. Alt yapı standartlarının saptanması (Fiziksel, insan kaynakları –eğitici sayısı vb-)
2. Süreçler için standartların saptanması: (Eğitim programı, kurum içi ve dışı rotasyonlar, asistan karnesi vb) Bilgi; beceri; davranış-tutum açılarından
3. Çıktılar için standartların saptanması (Süreç içi ve süreç sonu değerlendirme): Bilgi; beceri; davranış-tutum açılarından
4. Değerlendirmede kullanılabilecek yöntemlerin belirlenmesi ve bu konuda öneri hazırlanması.

E- UYGULAMA REHBERLERİ

Rehberlerin başlıca amacı; hekimleri daha iyi uygulamalara yönlendirmek, hasta bakım hizmetinin kalitesini yükseltmek, hekimler ve sağlık kurumları arasında uygulama farklılıklarını azaltmaktır. Kurultay katılımcıları rehberlerin hekimler açısından tavsiye niteliğinde olduğunu özellikle vurgulamaktadırlar. Uygulama rehberleri aynı zamanda hekimin sürekli eğitimi, değerlendirilmesi yanında kısıtlı kaynakların etkin kullanımına yaramaktadır.

Rehberler hazırlanırken yüksek mortaliteye ve yaygın morbiditeye, gereksiz harcamalara yol açan konular arasında en öncelikli olanlar seçilmelidir. Diğer ülkelerdeki uygulamalarda olduğu gibi bilimsel verilere dayanmalı ve hazırlama ekiplerine değişik konulardan uzmanlar ve birinci basamak hekimleri yer almalıdır. Tıp Eğitimi bu rehberlere göre gözden geçirilmelidir.

Uygulama Rehberleri hazırlanırken Sağlık Bakanlığı, SSK, Özel Sigortalar, TTB-UDKK ve Uzmanlık Dernekleri arasında İşbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır. Rehberlerin geliştirilmesi ve uygulamasının hiçbir aşamasında endüstri yer almamalıdır.

F- ASİSTAN KARNESİ

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin/asistanların uzmanlık eğitimi boyunca alanlarında ve rotasyonlarda gerçekleştirdikleri teorik ve pratik eğitimsel etkinlikleri düzenli olarak kaydetmeleriyle oluşan asistan karnesinin, uzmanlık eğitimi programının temel bileşenlerinden biri olduğu görüşü kabul edildi.

Bu bilgilerin kaydedilmesinin uzman olmak için sağlanması gereken asgari standartların belirlenmesinde

ve daha sonraki uygulamalarda tıpta uzmanlık öğrencisinin/asistanın belirlenmiş asgari standartları yerine getirmiş olmasının aranması görüşü benimsendi.

Bu açıdan bilgilerin doğruluğunun çok önemli olduğu; karne sahibinin ve onaylayan kurumun bilgilerin doğruluğundan sorumlu tutulması gerektiği görüşü benimsendi. Bu çerçevede, sözü geçen bilgilerin kaydedileceği asistan karnelerinin/eğitsel etkinlik kayıt defterlerinin içeriklerinin ortak olabilmesini sağlamak amacıyla uzmanlık derneklerinin örnek karneler hazırlaması ve bunları ülkedeki uzmanlık eğitimi veren bütün kurumların yararlanımına sunması görüşü benimsendi.

Asistan karnesi uygulamaları değerlendirilmiş ve asistan karnelerinin bazı ilkelere göre uzmanlık dernekleri tarafından hazırlanması benimsenmiştir. Asistan karnelerinin içerik ve biçim olarak asgari standardizasyona hizmet etmesi, ancak kurumsal farklılıkların yansıtılmasına uygun olması görüşü benimsendi. Farklı kurumların farklı eğitim programlarının olduğu; bunların

kaydedilmesinde de kurumlar arasında farklar olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekildi.

Asistan karnesi uygulamasının amacının asistanlara ve eğiticilere iyi anlatılması gerektiği; bunun en iyi dernekler aracılığıyla yapılabileceği, uygulamanın eğitim programlarını geliştirici olmasının hedeflendiği, cezai niteliğinin bulunmadığının vurgulanması gerektiği görüşü benimsendi. Bu uygulamanın eğitim kurumları arasında, asgari standartları herkesin sağladığı nitelikli uzman yetiştirmek için bir dayanışma kültürü geliştirilmesine katkıda bulunması, kurumlar arasında bir yarışmaya yol açmaması görüşü benimsendi.

Asistan karneleri;

Basit ve kullanışlı olmalı. Güncellenebilmeli.

Asgari standartlar gerçekçi ve gereksinime uygun olmalı.

Hem eğiticinin hem de eğitilenin geri bildirimini alabilecek bölümleri barındırmalı.

Cezalandırıcı değil, geliştirici olmalı.

Elektif / dış rotasyonların kaydedilmesine olanak tanımalı.

Bu ilkeleri içeren ve üzerinde tartışılan Türk Cerrahi Derneği Asistan Karnesi taslağının bütün derneklerin görüş ve yararına sunulmasına karar verildi.

G- TÜRKİYE'DE YETERLİK KURULLARI VE YETERLİK SINAVLARI

Yeterlik kurullarının oluşturulması sürecinde uzmanlık eğitiminin standardizasyonu önemlidir.

Kurultay'da Yeterlik kurulları ve alt kurullarının yapısı ve işlevleri tartışılmıştır. Avrupa Yeterlik Kurulu tarafından verilen sertifikalar ve denklikleri ele alınmıştır.

TTB-UDKK bünyesinde Yeterlik Kurulları Koordinasyon Kurulu'nun kurulması önerilmektedir. Yan dallarda da yeterlik kurulları oluşturulmalıdır.

TTB - STE kredilendirmesi yeterlik kurullarının işleyişi açısından önemlidir.

VIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 30 Kasım-1 Aralık 2002, Ankara

VIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 30 Kasım-1 Aralık tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezinde toplandı. Kurultaya, TTT Merkez konseyi Başkanı, YÖK Tıp Eğitimi ve Sağlık Konseyi Başkanı, mecliste grubu olan iki partinin milletvekilleri, Tıp kökenli rektörler, çeşitli tıp fakültelerinin dekanları, Sağlık Bakanlığı temsilcileri, TTB-UDKK Başkan ve yürütme kurulu üyeleri, Tabip odalarının başkan ve yöneticileri, uzmanlık derneklerinin yöneticileri ve temsilcileri, bazı eğitim hastanelerinin başhekimleri, üniversite öğretim üyeleri, eğiticiler ve uzmanlık eğitimi öğrencilerinden oluşan 235'i Üniversite ve 132'si Eğitim Hastanelerinden toplam 367 kişi katıldı. Katılımcıların, 241'i Ankara, 126'sı da diğer illerden gelmişti.

Kurultayda 1. gün, ATO Başkanı Prof Dr Sinan Adıyaman, TTB-UDKK Başkanı Semih Başkan, TTB Merkez Konseyi Başkanı Fusun Sayek ve Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof Dr Ahmet Göğüş'ün açılış konuşmalarını takiben, Prof Dr Aykut Erbeni ve As Dr Fatih Özalın'ın moderatörlüğündeki ilk panelde YÖK Tıp Eğitimi ve Sağlık Konseyi Başkanı, Trakya Üniversitesi Rektörü Prof Dr Osman İnci, Dr Selim Ölçer ve TTB-UDKK Yürütme Kurulu Üyesi Doç Dr Kürşat Yıldız '**Ulusal Sağlık Otoritesi: Türkiye ve Dünya Uygulamaları**' nı ele aldılar. Yine bu panel sırasında TBMM'de grubu bulunan iki partinin milletvekilleri Dr Turan Çömez ve Dr Muzaffer Kutulmuşoğlu ile, Kültür eski bakanı Prof Dr Suat Çağlayan'da kısa birer konuşma ile partilerinin görüşlerini dile getirdiler.

'**Uzmanlık Derneklerinin Nitelikleri ve Kamusal Etkinlikleri**' konulu ikinci panel Prof Dr Yücel Kanpolat ve As Dr Barış Kaya'nın moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde de Türk Oftalmoloji Derneği adına Prof Dr Emin Özmert, Türk Cerrahi Derneği adına Doç Dr Atilla Korkmaz, Türk Radyoloji Derneği adına Prof Dr Ayşenur Cila, Toraks Derneği adına Prof Dr Ali Kocabaş, Türk Nöroşirürji Derneği adına Prof Dr Yücel Kanpolat ve Pratisyen Hekimler derneği adına da Dr Mustafa Sülkü kendi derneklerinin niteliklerini, eğitim konusunda ve kamusal alanda yaptıklarını özetlediler.

Ege Üniversitesi Rektörü Prof Dr Ülkü Bayındır ve As Dr Bengü Ekinci moderatörlüğünde gerçekleşen '**Uzman Hekim Gereksinimi ve İnsan gücü planlaması**' konulu üçüncü panelde TBMM'den Samsun Milletvekili Prof Dr Haluk Koç, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörü Prof Dr Ferit Bernay, Sağlık Bakanlığı Daire Başkanı Recep Karpuz ve Ankara Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim dalı öğretim üyesi Prof Dr Ali Özden görüşlerini aktardılar. DPT Sağlık Sektörü uzmanı Dr Muharrem Varlık programda olmasına karşın mazereti nedeniyle bu oturuma katılamadı.

Birinci günün son oturumunda '**Uzmanlık Eğitimi İstanbul Anketi**' Prof Dr Raşit Tükel ve As Dr Levent Et moderatörlüğünde ele alındı. Anket, Dr Ali Özyurt'un 'İnsan gücü ve eğitim altyapısı: Kurumlararası karşılaştırma' başlıklı anket değerlendirmesi, Dr Cuma Kılıçkap, Prof Dr Sema Anak ve Dr Mehmet Ertürk'ün ana dallardan verdikleri örneklerle ayrıntılı bir biçimde değerlendirildi.

Birinci gün, Dr Pelin Zorlu ve As Dr Efe Özkan'ın moderatörlüğünde gerçekleşen '**Poster Tartışmaları**' ile sona erdi.

Kurultayın ikinci gününün ilk paneli olan '**Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde yer alan Kurul ve Yeni Komisyonlar**', Ankara Üniversitesi Rektörü Prof Dr Nusret Aras ve As Dr Necdet Sertkol'un moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde Ankara Hastanesinden Doç Dr Demokan Erol, Sami Ulus Çocuk Hastanesinden Prof Dr Ali Kutsal, GATA'dan Prof Dr Hayati Bilgiç SSK Eğitim Hastanesinden Doç Dr Sadık Ardıç ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinden Doç Dr Cem Terzi interaktif bir panelde görüşlerini açıkladılar.

'**Türkiye'de Eğitim Kurumlarının Akreditasyonu ve Uluslararası Örnekler**' başlıklı ikinci panel Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof Dr İskender Sayek ve As Dr Emre Canpolat'ın moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Nejat Akalın, Prof Dr Zafer Hasçelik ve Prof Dr İskender Sayek, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Oğuz Söylemezoğlu

ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Tolga Dağlı bu konudaki görüşlerini ve deneyimlerini aktardılar.

Kurultayın son paneli Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof Dr Tümer Çorapçıoğlu ve As Dr Meltem Kurt moderatörlüğündeki **‘Tıpta Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavları’** idi. Bu panelde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr İskender Sayek, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Sabri Kemahlı, Sami Ulus Çocuk Hastanesinden Prof Dr Tahsin Teziç ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden Prof Dr Mehmet Demirhan görüşlerini dile getirdiler.

İlk kez bu kurultayda Uzmanlık Derneklerini temsilen görevlendirilen Uzmanlık eğitimi öğrencileri de aktif olarak görev aldılar ve her oturumda eş moderatör olarak yer almanın yanında Kurultay Sonuç Bildirgesini de hazırladılar.

SONUÇ BİLDİRGESİ

1.- Bugün için ülkemizdeki sağlık otoritesi **Sağlık Bakanlığı** ve yeni hazırlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile de belirlenmiş karar yetkisi olan tek organ olan **Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)** olarak görülmektedir. Bu Kurulda Sağlık Bakanlığı 6, YÖK 5, SSK ve TTB 1’er üye ile temsil edilmektedir.

TUK’un oluşumunun katılımcı, işleyişinin demokratik olması tıp ortamının beklentisi olup kurulda meslek örgütü ve uzmanlık derneklerinin yeterince yer almadığı olması eleştirilmiştir. Kurulun oluşumunda uzmanlık eğitiminin diğer taraflarının(örneğin asistanların) yer alması da hedeflenmelidir.

Kurulun karar alma sürecinin demokratik ve şeffaf olması sağlanmalıdır. Tüm toplantı tutanakları daha sonra açıklanmalıdır. Tüm kurullarda yer alacak olan temsilci üyelerin bu alanda çalışmış olmaları, tıp ortamında oluşmuş birikimlerini yansıtmak üzere hazırlık yapmaları da yararlı olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Eğitiminde, Ulusal Otoritenin doğal bileşenleri olan TTB ve Tıpta Uzmanlık Derneklerinin’de TUK’da eşit olarak temsili gereklidir.

2.- Ülkemizde halen uzmanlık alanlarındaki rakamsal veri eksikliği, uzman hekim gereksiniminin planlanması için sağlıklı bir veri tabanı oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu görev, uzmanlık dernekleri tarafından üstlenilmeli ve eşgüdüm TTB-UDKK tarafından sağlanmalıdır. Veri sağlama konusunda YÖK, Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi kuruluşların desteği alınmalıdır.

3.- Bütün Uzmanlık Dernekleri, görev alanları, nitelikleri ve kamusal alandaki etkinliklerini belirleyerek yeniden tanımlamalı ve bu konularda UDKK ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

4.- Bütün uzmanlık derneklerinde uzmanlık eğitimi öğrencilerinin(asistanlar) de yeterli ve etkin bir şekilde temsiliyetinin sağlanması konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

5.- TTB-UDKK bünyesinde bir **‘Asistan İnisiyatifi’** oluşturulmalı ve her uzmanlık derneğinin bu yapılanma içinde iki uzmanlık öğrencisi ile temsili sağlanmalı ve bu temsilin demokratik olmasına özen gösterilmelidir.

Uzmanlık Eğitimi ile ilgili olarak alınacak her türlü karar ve uygulama da bu inisiyatifin aktif katılımı ve ilgili alt komisyonlarda demokratik temsili sağlanmalıdır.

6.- ‘Uzmanlık Eğitimi İstanbul Raporu’nda da belirtildiği gibi,

- b) Ankette belirtilen veriler doğrultusunda eğitim birimleri kendilerini yeniden gözden geçirmelidir.
- c) Uzmanlık eğitimi veren kurumlar arası farklılıklar giderilmeli, ideal eğitim için optimal koşullar sağlanmalıdır.
- d) Kurumlar kendi bünyelerinde eğitim ve hizmet standartları için kurullar oluşturmalı ve bu kurullarda her kademedeki eğiticiler yanında eğitilenlerin de demokratik temsili sağlanmalıdır.
- e) Asistan karnesi ve ara sınav uygulamaları yaygınlaştırılırken, asistanların bir temel eğitim kursundan geçirilmeleri de sağlanmalıdır.

- f) Eğitimcilerin (Üniversitelerde Profesör, Doçent ve Yrd Doçent; eğitim hastanelerinde ise Şef, Şef Yrd ve Başasistan) de belirli aralarla değerlendirilmesi ve eğitilmeleri için gerekli çalışmalara başlanmalıdır.
- g) Eğitim için döner sermayeden pay ayrılmalı, asistanların eğitimle ilgili gereksinimleri karşılanmalıdır.

7.- Eğitim hastanelerindeki eğitimcilerin Tıp Fakültelerindeki eğitim kadroları ile aynı özlük haklarına kavuşturulması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

8.- Yetersiz altyapı ile ve siyasi nedenlerle açılan Tıp fakülteleri ve Eğitim hastanelerinden gerekli koşullara uygun olmayanların verilecek belirli süreler sonunda uzmanlık eğitimi içeriği ve alt yapısı ile ilgili çekirdek eğitim müfredatı da dahil olmak üzere belirlenen kriterleri yerine getirmeleri sağlanmalıdır. Yapılmaması halinde eğitim verme yetkisinin '**engellenmesi**' konusunda Tüzükteki '*Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu*'na büyük görevler düşmektedir.

Gerekli koşulları sağlamadan yeni eğitim kurumlarının açılması da engellenmelidir.

9.- Yeni Tüzükle, Üniversitelerde 3 yılını doldurmamış yardımcı doçentler ve eğitim hastanelerinde de başasistanlar eğitici kadrosu dışında tutulmuştur. Bu durum işlevsel açıdan gerçekle bağdaşmadığı gibi yürürlükteki diğer yasa ve yönetmeliklerle de çelişmekte olup, özlük hakkı kayıplarına da yol açabilir.

10.- Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde tanımlanan '*Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu*'nda özellikle birimlerle ilgili incelemede, ilgili alandan uzmanlık eğitimi öğrencilerinin de temsili sağlanmalıdır.

Eğitim veren tüm kurumların (*üniversite veya eğitim hastaneleri*) değerlendirmesi ile ilgili düzenlemeler eşit olmalıdır.

11.- '*Eğitim ve Müfredat Komisyonu*'nda da sayısal anlamda bir temsiliyet sorunu olduğu açıktır. Bu temsiliyet sorunu giderilmeli ve buna ek olarak her uzmanlık dalında uzmanlık derneklerince belirlenecek en az bir son yıl asistanının da ilgili komisyona katılımı sağlanmalıdır.

12.- Tüzüğün 17. maddesinde '**Asistanlık giriş sınavının sonuçları ve asistanlığa başlama**' başlığı altında ele alınan ve '*....asistanlığa başladıktan sonra kurum veya dal değişikliği için yeniden asistanlık giriş sınavına girenlerin mesleki bilgi sınavı %3 oranında düşürülür*' şeklindeki düzenleme kabul edilemez niteliktedir.

13.- Tüzüğün 26. maddesinde yeterlik sınavı eğitimle ilgili gerekli düzenlemeler ve standardizasyon sağlanmadan uygulanmamalıdır.

14.- Tüzüğün 28. maddesinde uzmanlık Sınav jürileri'nin seçimi ile ilgili esaslar ve kriterler belirlenmişken, sınav jürilerini seçmekle yetkili olan Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Eğitim ve Müfredat Komisyonu üyeleri için hiçbir kriter belirlenmemiş olması son derece büyük bir eksiklikler.

15.- Yan dalların tespiti konusundaki eksikler ve önerilere uygun olmayan değişiklikler ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

16.- '**Kurultayımızda ifade edilen ilkelere uygun**' bir Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği çalışmaları hızla gerçekleştirilmeli ve bu alandaki yasal boşluk doldurulmalıdır.

2002 Tıpta Eğitim Kurultayında Asistan İnsiyatifi

2002 tıpta eğitim kurultayı Ankara Hacettepe M salonunda yapıldı,uzmanlık dernekleri asistan üyelerinden bir kısmını katılıma teşvik ettiler.Asistanlar 2 gün boyunca toplantıların her birinde eş moderatörlüğü ve kurultayın sonuç bildirgesinin yazımı sürecine katıldılar.Bu birliktelik asistan gözüyle eğitim, tıpta uzmanlık tüzükleri ve asistan eğitimi konularının İstanbul'da yapılan anket ışığında nasıl görüldüğünü ortaya koyma fırsatı verdi.

1.Asistanların eğitimi konusunda müfredat, eğitim araçları, eğitici sayıları ve niteliği konusunda asgari standart henüz oluşmamıştır.

2.Asistanlar için bir çok kurumda eğitim ve kendini geliştirme faaliyetlerinin hizmet üretiminden sonra geldiği görülmüştür.Asistan dersleri mesai saatleri dışında akşam çıkışları ve öğlen araları yapılmaktadır. Asistan dersleri temel ve en öncelikli faaliyet haline gelmesi sağlanarak hizmet üretimiyle dengelenmelidir.

3.Eğitim konusunda karar verici olan mevcut ulusal otorite bu yetkisini eğitim alanında TTB,asistan örgütlülükleri, uzmanlık dernekleri gibi diğer kurumlarla paylaşmak istememektedir.Temel ve en öncelikli faaliyet haline gelmesi sağlanarak hizmet üretimiyle dengelenmelidir.

4.Bu durumu engellemek için yapılan girişimler Sağlık Bakanlığı, YÖK ve ilgili kurumlar düzeyinde sonuç alınmasını engellemiştir.Bu durumda asistan eğitiminin yeterliliği için sınavlar gündeme gelmiştir. Herhangi bir eğitim,çalışma,eğitici standardı oluşturmada yapılacak bir sınavın asistanlar için yeterlilik sınavı olmaktan uzak olacağı açıktır.Bu durum sonuçta asistanlara sorumlusu olmadıkları bir yapının tüm olumsuz yükünü taşımak gibi bir durumla karşı karşıya bırakmıştır.Bu durum asistanlar açısından kabul edilemez sonuçlar doğurabilir.

5.Yeni tüzük asistan eğitiminde dal değiştirmek isteyenlere %3 gibi bir puan kesintisi getirmektedir. Bu durum asistanlara beğenmedikleri kurumları değiştirme,kendisi açısından daha iyi olduğunu düşündüğü yerlere geçme fırsatı tanımazken, kurumları kendi eksiklerini gözden geçirmek yerine zorlama yöntemleri pekiştirmektedir.

6.Mevcut tüzük bazı yönleriyle geçmiş yılların birikimini,eğitim konusunda çalışan yapıların emeklerini yansıtmaktadır.Ancak alanda en dağınık ve örgütsüz konumda olan asistan ve öğrenciler aleyhine hükümler tam da bu örgütsüzlükleri nedeniyle yeni tüzükte rahatça yer almıştır.

7.Bu durumu farklılaştırmak için tüm uzmanlık derneklerinin asistan birimleri kurmaları, bu birimlerin yönetimlerine asistanların seçimle gelmelerini sağlamaları, tabip odaları asistan birimlerini eğitimle ilgili toplantı süreçlerine aktif olarak katmaları ve bu asistan birimlerinin gelecek kurultaylarda sorumluluk almalarının sağlanması gerekmektedir.

8.Asistanlar gelecek kurultaylarda uzmanlık dernekleri, tabip odalarından gelen bileşenleriyle eğitim kurumlarını esas alan asistan birlikleri kurmayı hedeflemektedir.

9.Daha önce ertelenen mecburi hizmet kanunu geçmiş dönem bakanlığı tarafından yeniden yürürlüğe sokulmuştur.Kadro verilemediği gerekçesiyle de uzmanlık sınavından sonra atamaları yapılamamaktadır. Mecburi hizmetin derhal ve tüm sonuçlarıyla kaldırılması sağlanmalıdır.

10.Uzmanlık eğitimi veren kişi ve kurumların denetlenmesiyle ve yeterli koşulları sağlamayanların eğitim yetkisini kaldırma yetkisi olan kurul ve komisyonları göreve çağırıyoruz.

11.Asistan eğitimleri sırasında rotasyonların ilgili uzmanlık alanıyla ilişkili ve uygun sürelerde olması sağlanmalıdır.

12.Asistan tarafından uzmanlık sınavı öncesi verilmesi beklenen tez konularının asistan ve tez hocası tarafından uzlaşarak vermesi sağlanmalıdır.

IX. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 6-7 Aralık 2003, İzmir

A- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü için Temel İlkeler

1-Tüzük, uzman hekimlik konusunda eğitime giriş, eğitim verebilme, eğitimi sürdürebilme, eğitim sonu başarı-yeterlilik konularında (İnsan gücü planlaması, eğitim politikaları, ülke gereksinimlerine ve tıptaki yeni gelişmelere uyum konularında) kuralları içermelidir.

2- Tüzük, uzmanlık eğitimi ile ilgili tarafların: Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve SSK, TTB ve Uzmanlık Derneklerinin eşit ölçüde katılımlarını sağlamalıdır.

3- Tüzük, hekimlerin, eğiticilerin, eğitim kurumlarının ve uzman hekim istihdam eden kuruluşların planlama yapabilmelerine zemin oluşturacak şekilde uzak görüşlü bir yaklaşımla hazırlanmalıdır.

4- Tüzük, tıpta aşırı uzmanlaşmayı özendirmemelidir.

5- Tüzük, eğitimle ilgili kararlarda bilimsel, nesnel, şeffaf, katılımcı, adil olarak tıpta uzmanlık alanında dünyadaki gelişmeleri ülke gereksinimleri ve gerçekleri ile birlikte değerlendirerek, tıpta uzmanlık eğitiminin toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilecek yüksek kalitede ve erişilebilir niteliklerde olmasını sağlamalıdır.

6- Eğitici seçiminde eğitime katkı, bilimsel çalışma, liyakat, mesleki etik kurallarına uyumu temel ölçütler olarak almalıdır. Konulan ölçütlerle eğitim kadrolarının yeniden değerlendirilmesine olanak vermemelidir.

B- Uzmanlık Dernekleri ve UDKK

1- Uzmanlık Dernekleri eğitim, sağlık hizmetleri, toplum sağlığı, araştırma ve etik konularında, uluslararası standartlara uygun olarak yapılmalıdır.

2- Uzmanlık Dernekleri UDKK ile olan ilişkilerini geliştirmeye, gerekli önemi vermeye ve Sağlık Bakanlığı gibi diğer kurumlarla olan ilişkilerinde TTB-UDKK bünyesindeki kurumsal konumlarının dışına çıkmamaya özen göstermelidir.

3- Kendi branşında mevcut insan gücünü belirlemeye ve uygun kadrolaşmayı gerçekleştirmeye; alanında koruyucu tanı ve tedavi edici standartları saptayarak yayınlamaya ve kaliteyi sürekli geliştirmeye; etik komisyonlar kurarak yapılan tanı ve tedaviler, yayın ve araştırmaların irdelenmesi ve hasta hakları kurallarının oluşturulmasına ve gözetilmesine; hasta eğitimi, halkın hastalıklardan korunması için eğitimini, hasta okulları kurulmasını ve devam ettirilmesini amaçlamalıdır.

4- Dernekler, uzmanlık öğrencilerinin sorunlarını, kendi sorunları olarak ele almalı, uzmanlık öğrencilerinin derneklerde aktif olarak görev almaları sağlanmalıdır.

5- TTB-UDKK ve dernekler insan gücü planlamasında Sağlık Bakanlığı içerisinde aktif rol almalıdır.

6- Yan dal uzmanlık alanları ve yan dal eğitimi veren üniversite ve diğer eğitim hastaneleri giderek yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle yan dal uzmanlık eğitiminin değerlendirilmesi, yetkili kuruluşların görevlerinin tanımlanması, yan dal uzmanlık eğitimi ile önerilerin tartışılması gereklidir.

7- Yeni yan dalların oluşturulmasında ve düzenlenmesinde yetkili kuruluşların belirlenmesi ve yetki verilmesi gereklidir.

8- Yan dal uzmanlığına girilebilmesi için ana dal yeterlilik sınavında başarılı olma şartı aranmalıdır.

9- Klinik uygulamaların standardize edilebilmeleri için dernekler tarafından kanıta dayalı klavuzların hazırlanması ve çekirdek eğitim programlarının belirlenmesi gereklidir.

10- TTB-UDKK her ana dal ile ilgili gerekli yan dalları saptamalı ve bu yan dalların oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı ile koordinasyonu sağlamalıdır.

11- Uzmanlık dernekleri bilimsel toplantıların düzenlenmesinde TTB-UDKK'nın etik ilkelerini benimsemeli ve yaşama geçirmeli; o daldaki asistan ve uzman tüm hekimlerin bu toplantılara katılımına olanak sağlanmalıdır.

12- Uzmanlık eğitimi sırası ve sonrası için yetkinlik alanları bilgi ve beceri alanları ile sınırlandırıp sınanmamalıdır.

13- Tıbbi bilgi ve problem çözme, hasta bakımı yanı sıra, sürekli mesleksi gelişim ve iletişim becerileri de uzmanlık eğitiminin genel yetkinlik alanlarıdır.

14- Genel yetkinlik alanlarına uygun içerikler, uygun yöntemlerle sınanmalı, sinama yazılı, sözlü sınav ve teze indirgenmemelidir.

15- Yapılandırılmış yazılı ve sözlü sınavlar, objektif yapılandırılmış klinik sınavlar, asistan karneleri, portfolyo, mini klinik sınavlar gibi ("miniCEX") gibi yöntemler sık aralıklarla eğitim süreci içinde ve bir arada kullanılmalıdır.

16- Ölçme-değerlendirme eğitici eğitimleri düzenlenmeli ve sinayan ve sinananların bu konudaki bilgilenmeleri ve uzlaşmaları sağlanmalıdır.

17- Her türden ölçme-değerlendirme aracı güvenilirlik, geçerlilik ve eğitime etkisi açısından değerlendirilmeli, değerlendirme sonuçlarından üretilen geri bildirim, ilgililere uygun biçimde verilmelidir.

18- Ölçme değerlendirme sisteminin standardizasyonu dernekler ve ilgili organlarının sorumluluğunda olmalıdır.

19- Uzmanlık eğitimi programı ve tasarımı (müfredat ve rotasyonlar) uzmanlık dernekleri tarafından yönlendirilmelidir. Uzmanlık derneklerinin uzmanlık eğitim programlarını geliştirmeden önce bu konuda eğitim almaları önemlidir.

20-Tüm alanlarda uzmanlık eğitimi programları (çekirdek müfredat ve uygulamalar) hasta ve hasta yakınları hakları konularını içermelidir. Bu konuya gereken önem verilmelidir.

21- Ondokuzuncu Avrupa Üroloji Kongresinin İstanbul'dan Viyana'ya terör gerekçesiyle alınmış olmasından dolayı TTB-UDKK olarak üzüntümüzü ifade ediyor ve bu olayı kınıyoruz. Uzmanlık dernekleri, ulusal ve uluslararası düzeyde böyle bir yanlışın tekrarlanmaması için çaba göstermesi gereklidir.

22- Tıpta uzmanlık tüzüğünde tanımlanan uzmanlık alanlarında bazı sertifikasyon çalışmaları ile uzmanlık ünvan ve yetkileri verilmeye çalışıldığını görüyoruz. 10 günlük kurslar ile aile doktorluğu adı altında aile hekimliği ya da acil hekimliği gibi uzmanlık ünvan ve yetkilerinin verilmesi bilimsel kurallara ve uluslararası standartlara uygun değildir. Bu alanlarda sürekli mesleki gelişim kapsamında çeşitli kurs ve benzeri eğitim programları yapılabilir, ancak bunlar uzmanlık yetki ve ünvanı kazandırmaz. Bazı ülkelerde geçici bir süre için geçiş dönemi tanımlanarak toplumun öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik 1 yıl –1.5 yılı bulan eğitim programları ile gerekli alanlarda aile hekimi/genel pratisyen yetiştirildiği bilinmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının yukarıda sözü edilen uygulaması niyet ve içeriği ile bu uygulamalara uymamaktadır. Bu nedenle bu uygulama kabul edilemez.

23- Tıpta uzmanlık tüzüğü ve yönetmeliğinin yasal belirsizlikleri ve sağlık ortamında yarattığı memnuniyetsizlik içinde Sağlık Bakanlığı'nın siyasi, nesnel değerlendirilmelerden yoksun bir biçimde yapmış olduğu Şef ve Şef Yardımcısı atamaları uygun değildir. Gerek Şef ve Şef Yardımcılığı gerekse Profesör ve Doçentlik gibi akademik yükseltme ve kadro atamalarında, önce iş tanımının yapılması ardından bu kadronun tüm ülke insan gücüne yönelik açık, şeffaf ve adil bir yarışma sistemiyle gerçekleştirilmesi gereklidir.

24- Sağlık Bakanlığı eski yönetmeliklerde de bulunan ancak uzmanlık eğitimini aksatacağı gerekçesiyle uygulanmayan başasistanlık süresini 9 yıla sınırlandıran ilgili tüzük maddesini uygulamaya karar

vermiştir. Başasistanlık üniversitelerdeki yardımcı doçentliğin karşılığıdır. Yardımcı doçentlikte bir süre kısıtlaması yoktur. 9 yılı dolan başasistanlar Sağlık Bakanlığı düzenli olarak Şef ve Şef Yardımcılığı sınavları açmadığı için bir akademik kadro yükseltmesi şansını sistematik olarak elde edememişlerdir. Bu nedenle bu kişiler bu uygulamayla özlük hakkı kaybına uğramaktadırlar. Bu kişilere mutlaka en az 1 sınav hakkı tanınmalıdır. Bundan sonra çalıştıkları kurumda uzman kadrosunda ihdas edilmeleri sağlanmalıdır.

25- Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında eğitim hastanelerinde döner sermaye ücretlendirmesini performansla bağlamak istemektedir. Sağlık alanında performans saptaması son derece güç, uygulanması neredeyse imkansız bir yaklaşımdır. Örneğin çok hasta tedavi etmeyi performans ücretlendirmesiyle özendirmek koruyucu hekimliği tehdit eder. Ayrıca bu yaklaşım eğitim ortamını eğitim alanlar açısından oldukça olumsuz etkileyecek, çalışma barışını da riske edecektir. Daha bir çok sakıncaları bulunan bu uygulama kabul edilemez.

26- Asistanların 2002 yılında TTB ve Tabip Odaları bünyesinde başlattıkları asistan inisiyatifi isimli girişim olumlu ve önemlidir. Bu girişimin eğitim sonuçlarını da içeren asistan özlük hakları ile ilgilenmek üzere tüm anadal asistanlarını kapsayacak ve ülke çapında organize bir biçimde TTB çatısı altında örgütlenmesi olumlu olacaktır. Bu asistan örgütünün TTB-UDKK ile yakın ilişkide çalışması gerekli ve önemlidir.

X. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi **27-28 Kasım 2004, İstanbul**

Sağlıkta Dönüşüm Programı

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı; (a) Genel Sağlık Sigortası, (b) sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, (c) Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile sağlık hizmetinin sunumun İl Özel İdareleri ve belediyelere devredilmesi, dolayısıyla Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetinin sunumundan çekilmesi, (d) birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sistemiyle özelleştirilmesini içermesi nedeniyle, başta koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sağlık sistemi için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Anayasa ile güvence altına alınan sağlık hakkını engelleyen ve sosyal devlet ilkesine aykırı olan bu program geri çekilmelidir.

2. Temel Sağlık Hizmetleri toplum içindeki tüm kesimlere, eşit olarak, kamu eliyle ve ücretsiz bir biçimde verilmelidir.

İnsan Gücü Planlaması

3. Sağlık alanında insan gücü planlaması, sağlık ile ilgili gereksinimler, istihdam kapasitesi, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi, hizmet hedefleri, insan gücü/nüfus oranı dikkate alınarak yapılmalıdır.

4. Uzmanlık dallarında insan gücü planlaması yapılırken ülkenin gereksinimleri ve asistan yetiştirme kapasitesi göz önüne alınmalı; nicelik değil nitelik ön planda tutulmalıdır.

5. Uzmanlık dernekleri TTB-UDKK çatısı altında, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak insan gücü planlamasında sorumluluk üstlenmelidir.

6. İnsan gücü planlaması yapılırken asistanlar dahil olmak üzere konunun muhatabı olan tüm kesimler bu sürece katılmalıdır.

Sürekli Tıp Eğitimi

7. Uygulanmakta olan Sürekli Tıp Eğitimi (STE) etkinlikleri, hekimlerin davranışlarında değişiklik oluşturmakta ve hekimlik uygulamalarını iyileştirmekte yetersizlikler içermektedir. Temel amacı hekimlerde davranış değişikliği yaratmak olan; meslek uygulamaları ve sağlık hizmeti üzerinde etkili; planlama, süreç ve değerlendirme aşamalarını içeren etkin STE'ler düzenlenmelidir.

8. STE'ler hekimlerin nasıl öğrendiğine uygun olarak oluşturulmalı ve mezuniyet öncesi eğitim ve mezuniyet sonrası eğitim ile dinamik ve bütüncül bir ilişki içinde olmalıdır.

9. STE'lerin ticarileşmesine karşı çıkılmalı ve bu alanda kişisel çıkar çatışmalarında uzak durulmalıdır. Hekimler ilaç endüstrisi ile herhangi bir ilişkiye girme zorunluluğunda bırakılmadan STE etkinliklerine katılabilmelidir.

10. STE hekimler için bireysel olduğu kadar toplumsal bir sorumluluktur. Bu, hem sunulan sağlık hizmetinin iyileştirilmesi için bir ön koşul, hem de bir hekim hakkıdır. Kamuda çalışan hekimlerin kamusal kaynaklardan faydalanarak STE etkinliklerine katılmaları sağlanmalıdır.

Performansa Dayalı Çalışma Sistemi

11. Performansa dayalı çalışma sistemi;

- a) Hekimlerin motivasyonunu olumsuz etkilediği,
- c) Klinikler arası rekabeti artırdığı,
- c) Mesleki saygı ve doyum duygusunu olumsuz etkilediği,
- d) Muayene süresinde azalmaya neden olduğu,

- e) Hastanedeki çalışma barışını olumsuz etkilediği,
- f) Eğitime ayrılan sürede ve verilen önemde azalmaya neden olduğu,
- g) Etik olmayan uygulamalara yol açtığı,
- h) Mesleğe yabancılaşmaya neden olduğu,
- ı) Hastaların tedavi maliyetlerini artırdığı için terk edilmelidir.

12. Kamusal bir anlayışla, halkın sağlık hakkı gözetilerek, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri birlikte planlanarak gerçekleştirilen, sağlık harcamalarının genel bütçeden karşılandığı bir sağlık sistemine dönülmelidir.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

13. Tüzükte yer alan Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonları'nda; üyelerin çoğunluğu Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından atanırken, TTB'nin sadece birer üye ile temsil edilmesi ve uzmanlık derneklerine yer verilmemesi, kurul ve komisyonların, demokratik bir işleyişten uzak, gündelik politikalardan etkilenen bir yapıya sahip olmalarına yol açacaktır.

14. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan kurul ve komisyonlarda Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB eşit ağırlıkta temsil edilmeli; kurul ve komisyonlar, görevleri görüş bildirmek ve danışmanlıkla sınırlı olmayan, karar alma süreçleri üzerinde ağırlığa ve etkin bir işleyişe sahip yapılar olmalıdır.

15. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan uzmanlık sınavları, sınava giren asistanın eğitim sorumlusunun da yer aldığı jüriler tarafından, bilgi, beceri ve tutumu ölçmeye yönelik olarak yapılmalıdır. Test usulü merkezi sınavlar ise, uzmanlık eğitiminde standardizasyon çalışmaları yapıldıktan sonra uygulanmalıdır.

16. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yan dallar keyfi olarak ya da sadece Avrupa Tıp Uzmanları Birliği önerileri ya da ülkemiz dışındaki kurul ya da kuruluşların ölçütleri esas alınarak değil, ülkemiz gerçeklerine dayanarak ve TTB – UDKK başta olmak üzere ülkemizde konunun muhatabı olup bu alanda söz sahibi olan kurul ve kuruluşların görüşleri doğrultusunda belirlenmelidir.

17. Uzmanlık alanlarında ülkemiz gereksinimleri ve alt yapı olanakları göz önüne alınmadan, aşırı sayıda yan dal açılması, karşı çıkılması gereken bir uygulamadır. Bu durum, ana uzmanlık dalında yetersiz eğitim, iş gücü ve ekonomik kayıp gibi birçok soruna yol açacaktır. TTB-UDKK yapısı altında yan dallarla ilgili bir alt komisyon kurulmalıdır.

Ölçme ve Değerlendirme

18. Uzmanlık eğitiminde durağan ve günlük bir sınama yerine, tüm eğitim sürecinin değerlendirildiği bir uygulamaya geçilmelidir.

19. Uzmanlık eğitiminde ölçme ve değerlendirme, geçerli, güvenilir, uygulanabilir, nesnel, ayırıcı ve dengeli olmalı; kuramsal bilginin yanı sıra, beceri ve tutumu da ölçen yöntemleri içermelidir.

Uzmanlık Dernekleri

20. Uzmanlık dernekleri, etkinlik alanlarını sadece uzmanlık eğitimiyle sınırlamamalı, üyelerinin özlük hakları ve etik ilkelerin yerleştirilmesi gibi alanlarda da etkinlik göstermelidir.

21. Uzmanlık dernekleri, üyelerinin, Genel Kurullar başta olmak üzere, yönetsel etkinliklere ve toplantılara katılımlarını artırmaya yönelik çalışmalar yapmalıdır.

22. Uzmanlık alanındaki kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklerin sayısı, aşırıya kaçmadan, o alandaki gereksinimler ve bilimsel gelişmeler göz önünde tutularak belirlenmelidir.

Yeterlilik Kurulları

23. Yeterlilik Kurullarının faaliyetleri içinde, uzmanlık eğitimi veren kliniklerin akreditasyonu uygulamalarının da yer almasının sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır.

24. Yeterlilik Kurulları eğitim programlarının değerlendirilmesine katkıda bulunmalıdır.

Eğitim Hastaneleri

25. Eğitim hastanelerinde asli unsur olan eğitim ve araştırmadan ödün verilmeden, nitelikli bir hizmet verilmesi, işyükü eğitim hedeflerine ulaşmayı engellememelidir.

26. Eğitim hastanelerinde yıllardır yoğun bir emekle eğitim ve hizmet alanlarında çalışan ve uzmanlık eğitiminin vazgeçilmez unsurları olan başasistanların ve uzmanların görev yerlerinin değiştirilmesi uygulamasına neden olan yönetmeliklerin yürütmeleri durdurulmalı, yerleri değiştirilenler görevlerine iade edilmelidir.

27. Eğitim hastanelerinde koordinatör şefler seçimle göreve gelmelidir. Eğitim hastanelerindeki, şeflik kurumu başta olmak üzere eğitim sistemi ayrı bir kurultayda yeniden değerlendirilmelidir.

Asistanların Özlük Hakları

28. Asistanların eğitim kalitelerini artırmak, çalışma koşullarını düzeltmek ve dayanışmalarını yaygınlaştırmak için yaptığı örgütsel çalışmalar desteklenmelidir.

29. Eğitim uygulamaları, asistanların eğitim sürecinin nesnesi değil, öznesi olduğu gerçeğine uygun olarak gerçekleştirilmelidir

30. Asistanların, eğitim sürecini aksatacak sıklıkta nöbet tutmalarına son verilmelidir.

31. Üniversite ve eğitim hastanelerindeki asistanlar arasındaki ücret farklılıkları ve nöbet tutma / ücret dengesizliği giderilmelidir.

32. Rotasyonların uygulanması ve değerlendirilmesi konusunda asistanların önerileri alınmalıdır.

33. Her eğitim biriminde asistan temsilcilikleri, asistanlar tarafından seçilerek oluşturulmalıdır.

34. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarında tıp fakültesi öğrencileri de yer almalıdır.

35. Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Kurultayının yapılabilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.

XI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi 25-27 Kasım 2005, Ankara

ÇALIŞTAYLAR

Kurultay bünyesinde yapılan;

- Türk Tabipleri Birliği Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu
- Uzmanlık Dernekleri ve İnsan Gücü Planlaması
- Araştırma Görevlisi Bakış Açısıyla Uzmanlık Eğitimi Ve Geliştirilebilecek Yeni Kavramlar

Çalıştaylarının sonuçları ve alınan kararlar kabul edilir. Sonuç bildirgesi eki olarak çalıştay raporları eklenir.

TTB-UDEK

- TTBUDEK ATUB un üyesi olarak yerini almış Türkiyede tanınan tek yetkili kuruldur. Uzmanlık eğitimi sürecinde etkin rolünü kullanmaya kararlıdır.

YENİ TÜRK CEZA KANUNU

- Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) yeterli tartışma ortamı sağlanmadan çıkarılmıştır, gerekli düzeltmeler ivedilikle yapılmalıdır.
- TCK çekinik tıp uygulamalarına eğilimi arttırabilecektir. Bunun sonucunda girişimsel tanı yöntemlerinden kaçınma gereksiz tetkiklerde artış ve tanıda gecikme, kaynakların yanlış kullanımına yol açabilmektedir. Bu da uzmanlık eğitiminde olumsuzluklara neden olabilmektedir.
- Mahkeme öncesi değerlendirmede bilirkişiye başvurularak gereksiz dava açılması önlenmelidir.
- Yeni TCKda bilirkişilik müessesesi çok önem arz etmektedir. Bilirkişilik listeleri oluşturulmasında TTB öncülüğünde çalışılmalıdır. Uzmanlık dernekleri kendi uzmanlık alanlarına ilişkin bilirkişilerin başvurabileceği bilimsel teşhis ve tedavi protokolleri hazırlanması yönünde çalışmalıdır.
- Yeni TCK nın hekimleri potansiyel suçlu olarak görmesi engellenmelidir. 1219 sayılı yasa değiştirilmelidir.
- Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ortaya konulmalı ve tek suçlu olarak hekimin gösterilmesi önlenmelidir.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

- Herkese eşit, ulaşılabilir, sürekli, nitelikli ücretsiz bir sağlık anlayışı sağlık hizmetlerinin genel perspektifi olmalıdır.
- Tedavi edici hekimliği önceleyen anlayış terk edilmeli, birinci basamağı ve koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir sağlık anlayışı yaşama geçirilmelidir.
- Uzmanlık dernekleri toplumsal sağlığın öncelikli görevleri olarak görmeli ve özellikle kendi alanlarında gerekli çalışmaları yapmalıdır.
- Toplumun sağlık düzeyini bozan ya da olumsuz etkileyen, hekimlerin çalışma koşullarını, yaşam koşullarını olumsuz etkileyen sağlık politikaları terk edilmelidir.
- Mezuniyet sonrası genel pratisyenlik mesleki eğitimi geliştirilmelidir, Bu bağlamda TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsünün mesleki programı desteklenmelidir.

ASİSTAN HEKİM

- Asistanların, eğitim sürecini aksatacak sıklıkta nöbet tutmalarına son verilmelidir. Haftalık çalışma

saati 56 saati geçmemeli nöbet sonrası kesintisiz 11 saatlik nöbet izni olmalıdır. Her tür fazla çalışma tam olarak ücretlendirilmeli ve yasal dayanağa bağlı olarak ödenmelidir.

- STE etkinliklerine katılım asistanlar için bir hak ve aynı zamanda sürekli mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur.
- STE etkinliklerine asistanların katılımı kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir. Desteklenmelidir.
- Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili yapılan bütün çalışmalara ve örgütlenmelere asistanların taraf olarak katılımı sağlanmalıdır.

EĞİTİM KURUMU VE SEKTÖREL İLİŞKİLER

- Hekimler ilaç endüstrisi ile herhangi bir ilişkiye girme zorunluluğunda bırakılmadan STE etkinliklerine katılabilmelidir. Bunun için gerekli koşulların yaratılmasına çalışılmalıdır.
- İlaç endüstrisi ile olan ilişkilerde TTB-UDEK ilkeleri gözetilerek, bu ilişkilerin etik sorunlara yol açması, hasta-hekim ilişkisini ve mesleği olumsuz etkilemesi ve maliyetleri artırması engellenmelidir.
- Hizmet Satın Alma Sağlıkta dönüşüm programının en önemli işleyiş mekanizmalarından biridir ve dolaylı bir özelleştirme yöntemidir. Programın bir bütün olarak sağlık sektöründe yarattığı tahribatlar ve Tıpta Uzmanlık Eğitime vereceği zararlar göz önüne alınarak Hizmet Satın Alma uygulamasının engellenmesine çalışılmalıdır.

ENTEGRASYON

- Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri arasında tıpta uzmanlık eğitimi amaçlı entegrasyon için yapısal bir model oluşturulmalıdır.
- Eğitim hedeflerine uygun olarak farklı kurumların eğitim programlarında paralellik sağlama ve kurumlar arası bilgi ve deneyim alışverişi geliştirilmelidir.

PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA SİSTEMİ

- Performansa dayalı çalışma sistemi hastanelerimizdeki çalışma barışını olumsuz etkilemiş, eğitime ayrılan süreyi ve verilen önemi azaltmış, etik anlamda tartışmaya açık uygulamalara yol açmış, hastaların tedavi maliyetini arttırmış, muayene süresini azaltmış, kırtasiye işlemlerini arttırmıştır.
- Hizmet başı ödeme sisteminin (performansa dayalı ödeme) terk edilmesi ve Sağlık Bakanlığının Türk Tabipleri Birliği ile işbirliğine giderek hekimlerin ücret sorununu çözmesi gerekmektedir.

UZMANLIK EĞİTİMİNDE;

- Ulusal Sağlık Otoritesinin yeniden tanımlanmasına izin verecek yasal düzenlemelere ivedilikle gerek vardır.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, şeflik atamaları ve sınavları konunun tüm tarafları ile birlikte bilimsel, hukuki ve adil olarak yeniden düzenlenmelidir.

TIPTA UZMANLIK KURULU

- Kurulun eski tüzükte olduğu gibi icracı bir kurul olarak görevine devam etmelidir
- Ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin tarafları; Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, TTB ve Uzmanlık Dernekleridir . Bu nedenle gerekli yasal değişiklik yapılarak yetki ve sorumluluk adı geçen kuruluşlar arasında eşit paylaştırılmalıdır.

TIPTA UZMANLIK GİRİŞ SINAVI

- Tıpta Uzmanlık Giriş Sınavı (TUS) tek aşamalı olmalı ve genel tıp konularını kapsamalıdır.
- Yan dal önerilerinde öncelikle, o dalda uzman yetiştirmenin ülke gereksinimine olan katkıları ve

yetiyecek uzman hekimin istihdamı konuları göz önünde bulundurulmalıdır.

- Yeni bir yan dal kurulurken bu alandaki yeterli alt yapının (teknik ve bilimsel donanım) mevcut olduğundan emin olunmalıdır.

YAN DAL UZMANLIK GİRİŞ SINAVI

- Yan Dal Uzmanlık Giriş Sınavı (YUS) adı altında getirilen merkezi sınav birinci basamak eleme/ba-
raj sınavı olmalıdır.
- İkinci aşama sözlü sınav olarak adayın eğitim göreceği kurum tarafından yapılmalıdır.
- Yan dal uzmanlık giriş sınavının içeriği sadece ana uzmanlık dalının müfredatını kapsamalıdır.

YAN DALLAR

- Farklı ana dallarda uzman olup, aynı yan dalda uzmanlık eğitimi alınması durumunda yan dal sü-
releri açısından bir eşitsizlik yaratılmamalıdır.
- Aynı uzmanlık dalı hem ana dal hem de yan dal olmamalıdır.
- Ana dal uzmanlığı olmadan kesinlikle yan dal uzmanı olunmamalıdır.

EĞİTİCİ KADROLAR

- Eğitim Hastaneleri Eğitici Kadrolarının belirlenmesi eşitlikçi, bilimsel kriterleri gözetken, adil, şeffaf,
herkese açık, ilgili tüm kurumların katılımı ile hazırlanan sınavla olmalıdır.
- Profesör ve doçentlerin sınavsız eğitim hastanelerine atamalarını sağlayan düzenleme Danıştay
tarafından yürütmeyi durdurma kararı verilmiş olması ve hizmetin gereklerine ve kamu yararına
uygun düşmediği, dolayısıyla hukuka uygun olmadığı, siyasi kadrolaşmaya neden olacağı ge-
rekçeleriyle Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmesine rağmen atamalar yapılmıştır. Şef ve Şef
Yardımcılarının yapılan atamaları geri alınmalıdır.
- Atamaların geri alınması için TTB-UDEK, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri bu sürecin aktif
takipçisi olmalıdır.

EĞİTİM PROGRAMI

- Eğitim programı yöneticisi, zamanının en az yarısını eğitim programının yönetimine ve bu konuyla
ilgili çalışmalara vermelidir.
- Uzmanlık eğitimi programının yöneticisinin altında, eğitimcilerden ve uzmanlık öğrencileri temsilcisin-
den oluşan ve eğitim politikasını belirleyen bir kurul bulunmalıdır.
- Eğitim kurulu, uzmanlık eğitimi programının planlanması, geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendiril-
mesi aşamalarının her birine etkin olarak katılmalıdır.
- Uzmanlık öğrencileri tarafından eğitim programı çerçevesinde seçilen olguların kayıtları tutulmalı ve
kayıtlar aracılığıyla, eğitim programının gerekliliklerinin karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmeli-
dir.
- Her uzmanlık öğrencisiyle yeterli sıklık, süre ve derinlikte, mesleki gelişimi değerlendirme oturumla-
rı yapılmalıdır.
- Eğitimcilerin eğitim görenler tarafından periyodik olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

EĞİTİM KURUMUNUN EŞ YETKİLENDİRMESİ

- Ulusal düzeyde mesleki bir organ tarafından yürütülen eş yetkilendirme uzmanlık eğitim progra-
mının uygulanması ve sürekli geliştirilmesi için, birimlerin gönüllülüğüne dayanan ve ziyaret prog-
ramları ve rehberleri oluşturulmalıdır.

YETERLİK KURULLARI

- Yeterlik uygulamaları yeterli alt yapı donanımı, yeterli standartlarda eğitici, çekirdek eğitim programı, asistan karnesi ve bu standartlarda alınan bilginin sınanması esasına dayanmalıdır.

SON SÖZ

- Kasım 2006'da İzmir'de XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'nda, daha iyi ve nitelikli bir sağlık ve tıp ortamına ulaşmış olarak buluşmak dileğiyle...

¹ Diş, ağız ve çene kemiği-yüz cerrahlığı uzmanlığı için resmi yeterlilik eğitimi (temel tıp ve diş eğitimi) temel tıp derslerini tamamlanmış olmasını gerektirir (Madde 19) ve, bunların yanında , diş derslerinin de tamamlanması gerekir (Madde 29).

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) başkanı Dr. Zlatko Fras kurultayımızda konuk olarak yer alacaktır.

Kurultayda “Avrupa Tıp Uzmanları Birliği ve Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Geleceği” konulu bir konferans verecek olan Dr. Fras, Slovenyalı genç bir meslektaşımızdır. Dr. Fras, kardiyoloji uzmanı olarak çalışmakta ve gerek alanında gerekse ATUB içerisindeki çalışmalarını uzun zamandır aktif olarak sürdürmektedir. Geçen yıl ATUB başkanlığına seçilen Dr. Fras, bu yılın başından itibaren bu görevini sürdürmektedir.

Daha önce, ATUB’un en önemli çalışma gruplarından birisi olan Tıpta Uzmanlık Eğitimi çalışma grubunun başkanlığını yürüten ve hepimize çok yararlı olacağına inandığımız, bir kopyasını WEB sayfamızdan elde edebileceğiniz tıp eğitiminin denetimi ile ilgili ATUB belgesinin yazılmasında büyük katkısı olan Dr. Fras, ATUB’un orta vadedeki organizasyonu, görevleri ve Avrupa tıp ortamındaki yeri ile ilgili bir raporu da ATUB’un 2006 yılı güz dönemi Genel Kuruluna sunmuştur.

Dr. Fras konuşmasında bizlere, ATUB deneyimini aktaracak ve güncel işleyiş ve sorunların yanında son raporuyla ilgili de bilgi verecektir. ATUB çalışmaları ve amaçları ile ilgili en güncel bilgileri birinci elden dinleyeceğimiz bu konuşmanın, başta uzmanlık dernekleri yönetici ve üyeleri olmak üzere kurultaya katılan tüm meslektaşlarımız için yararlı olacağına inanıyoruz. Dr. Fras konuşmasını İngilizce yapacaktır.

Dr. Umut Akyol

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği TTB Temsilcisi