hospital
manager

Ocak 2011

sağlık profesyonelinin dergisi



Kanser Tedavisinde Ülke Liderleri

Türkiye Kanseri Nasıl Yönetiyor?

Kanser ile İlgili Gerçekler

hospitalmanager içindekiler



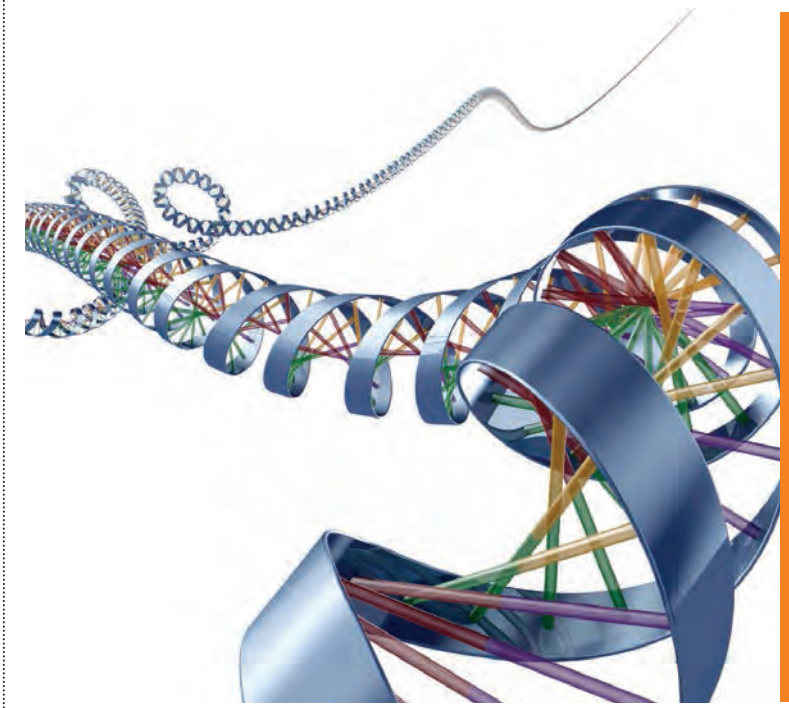
8

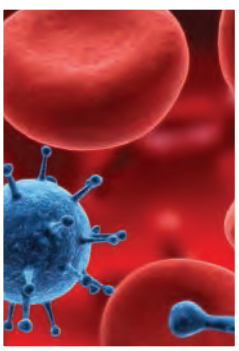
Kanser kontrol programlarının en önemli stratejik noktası, doğru veri elde etmek. Türkiye'de kanser verileri aşağı yukarı 2004'ten itibaren sağlıklı olarak toplanabiliyor. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi, KETEM Projesi ile kanseri önlemeyi hedefliyor.



12

"Onkoloji alanında insan kaynağı yetersiz. Kaynak var, eğitim düzeyi de yeterli, on yıllarda gelişmeler de yaşandı ama hala onkoloji alanında çok sayıda yetişmiş insan gücüne ihtiyaç var"





16

Türkiye'de 2009 yılında ölçülen yıllık 17,273 yeni kanser vakasının 2020 yılında 24,851'e ulaşması bekleniyor.



20

"Türkiye'de büyük bir medikal onkolog açığı var. Bugün 230 civarında onkoloji uzmanı ve 250 kadar da hematolog var. Aslında bu uzman sayısı en az bin civarında olmalı"

24



"Bugün on altı kanserin kök hücresi tıbben keşfedilmiştir. Artık biz hangi hücreye karşı ne tedavi yapmamız gerektiğini öğrendik. Yani duvarın arkasını görüyoruz"

28



Radyolojide son yıllarda ulaşılan teknolojik düzey, kanserin erken teşhisinde önemli rol oynuyor.

Özel hastanelerin kanser tanı ve tedavisine yaklaşımı nasıl?



42

Acıbadem Sağlık Grubundan Tıbbi Hizmetler Direktörü Prof. Dr. Ahmet Şahin:

"Önümüzdeki 20-30 yılda sigaraya bağlı kanser hastalarının sayısının artmaya devam edeceğini tahmin ediyoruz. Ülke olarak erken teşhis yöntemlerine yönelik ciddi bir eksiğimiz yok, ancak tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerin tümü ne yazık ki yurdumuzun her köşesinde aynı etkinlikte kullanılamıyor"

Medical Park Hastanesinden Medikal Onkoloji Uzmanı Doç. Dr. Hakan Karagöl:

"Sağlık Bakanlığında kanser tedavisi ile ilgili iki konuda sıkıntı var: Devlet hastanelerinde kanser tedavisi ile ilgili branşların bazılarında hekim sayısı yetersiz. Yeterli alt yapı ve hekim sayısına sahip merkezlerinde sayısı az ve bu merkezlerdeki aşırı hasta başvurusuna cevap verilmesinde sıkıntı yaşanıyor"

Amerikan Hastanesi Kanser Programı:

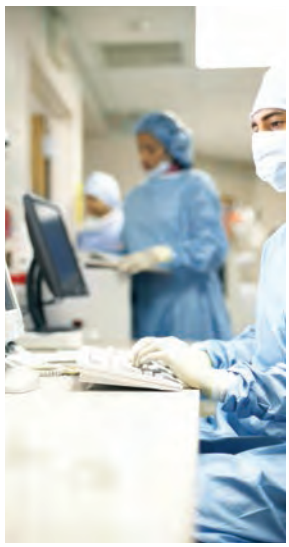
"Hastanemizde kurulan 'Tek Pratik Modeli' ile tıbbi ve fizik sistematik kalite kontrolü sağlandı; herhangi bir hastanın Houston'da M. D. Anderson Radyasyon Onkolojisi Merkezinde gördüğü tedavinin aynı merkezimizde sağlanıyor "

Anadolu Sağlık Merkezinden Medikal Onkoloji Uzmanı Prof. Dr. Haluk Onat ve Radyasyon Onkolojisi Uzmanı Prof. Dr. Kayıhan Engin:

"Her hastanın kendi kanser hücresi hakkında bilgiler elde edildiğinde, tedavileri kişiselleştiriliyor ve onlara yonelik yeni geliştirilen bu ilaçlar kullanıyor"

76

Kansere Karşı El Ele Federasyonu Türkiye'de kanseri tüm boyutları ile ele alan bir yasa eksikliğine dikkat çekiyor









56

İleri kanser tedavisinde teknolojik gelişmeler baş döndürücü şekilde ilerliyor

60

Avrupa'da kanser harcamalarının sağlık harcamalarındaki payı ortalama yüzde 6.3; Türkiye'de ise aynı oran yüzde 3'e düşüyor

62

İlaç sektörünün önde gelen kuruluşlarından Mustafa Nevzat'ın Ar-Ge'ye ayırdığı bütçe, yıllık cirosunun yüzde 10'u kadar

75

2010 yılı itibariyle Türkiye'de toplam 360 radyasyon onkoloğu aktif olarak çalışıyor. Tıbbi onkolojide 154 ve cerrahi onkolojide toplam 23 uzman hekim aktif görev yapıyor

Türkiye Kanseri Nasıl Yönetiyor?

Kanserin hastalık olarak insanlık üzerindeki yükü her geçen yıl daha da artıyor. Her yıl milyonlara yakın kişi bu hastalıkla karşılaşıyor, mücadele ediyor ve birçoğu hayatını kısa bir süre sonra kaybediyor. Kanserin sebepleri ve etkili tedavisi ile ilgili laboratuar ve klinik çalışmalar olanca hızıyla devam ediyor ve de bu arada kanser için ayrılan kaynaklar da sürekli artış gösteriyor.

Bu sayıda kanseri tüm yönleriyle ele almaya çalıştık. Kansere neden olan temel faktörler, kanserin erken teşhisi, cerrahisi, medikal tedavisi, ışın tedavisi ve ileri görüntüleme yöntemleri ile takibi. Kanser ile ilgili yapılan çalışmalar, kanser ile mücadelede ortaya konulan stratejiler, planlar, programlar…

Dünya'da kanser ile ilgili en geniş kapsamlı çalışmalar ABD'deki Ulusal Kanser Enstitüsü'nde (NCI) gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Global Cancer Control'da tüm dünyada kanser ile ilgili farkındalık programları yürütmekte ve kanser ile savaşı geniş kitlelere yaymaktadır. Ülkemizde ise Kanser Savaş Dairesi, başkanının büyük kişisel gayretleri ile ülkemizin kanser ile savaştaki karnesini iyileştirmektedir. Ayrıca ülkemizde ve dünyada ilaç endüstrisinin, tıbbi cihaz sektörünün kanserin ileri ve etkin tedavisi ile ilgili yaptıkları araştırma ve geliştirme çalışmaları da övgü almaktadır. Bunlara ek olarak son yıllarda kanseri önlemeye yönelik genetik çalışmalarda da önemli mesafeler alınmıştır.

Tüm bu çalışmaların tabi ki ortak amacı kansere yol açan etkenlerle mücadele etmek, kişisel olarak kanserden korunmayı öğretmek, ileri kanser tedavisini uygun maliyetlerde geniş kitlelerin kullanımına sunmak ve bu yolla kanserden dolayı oluşan kaliteli yaşam yılı kayıplarını minimize etmektir.



Yönetim
UHS Yayıncılık Ltd. Şti. adına
İmtiyaz Sahibi
Pelin Soydaş

Yönetim Adresi
Kuleli Sokak
No: 57/1 G.O.P. Ankara
Tel : 0312 446 91 14
Fax : 0312 446 91 17
GSM : 0541 691 88 69
E-mail:info@uhs-tr.com

Sorumlu
Yazı İşleri Müdürü
Fatma Ergüzeloğlu

Reklam Rezervasyon
Tel: 0312 446 91 15
Faks: 0312 446 91 17
E-mail: hhospitalmanager@gmail.com

Görsel Tasarım
UHS Yayıncılık Ltd. Şti.

Yayın Türü
Yerel Süreli

Basım Yeri
TŞOF Trafik Matbaacılık A.Ş.
Sincan 1. Organize Sanayi Bölgesi
Dr. Orhan Işık Cad.
No:3 Sincan / ANKARA

Baskı Tarihi
Ocak 2011

Hospital**manager** UHS Yayıncılık Ltd. Şti. tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Derginin isim ve yayın hakkı Pelin Soydaş'a aittir. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir.

hospital manager

sağlık profesyonelinin dergisi





ilan ve abonelik için

0312 446 91 14 - www.uhs-tr.com

Sağlık Profesyonellerinin Dergisine BUGÜN ABONE OLUN, sağlık sektöründeki gelişmelerden anında haberdar olun!

Ad/Soyad :.....

Kurum/Kuruluş :.....

Adres :.....

:.....

Tel :..... e-mail: .....

Lütfen bu formu aşağıdaki banka hesaplarından herhangi birine yatırmış olduğunuz abonelik ücreti dekontunu da ekleyerek 0312 446 91 17 nolu faksa gönderiniz.

Hesap Numaraları:

Garanti Bankası Emek Ankara Şb. No: 778-6299330
İş Bankası Köroğlu Ankara Şb. No: 4234-0325584
Yapı Kredi G.O.P. Ankara Şb. No: 822-81481601
Diğer ödeme şekilleri için lütfen 0312 446 91 14 nolu telefonu arayınız.

uhs Yayıncılık Ltd. Şti.
Kuleli Sokak No: 57/1 G.O.P. Ankara
Tel: 0312 446 91 14 * www.uhs-tr.com

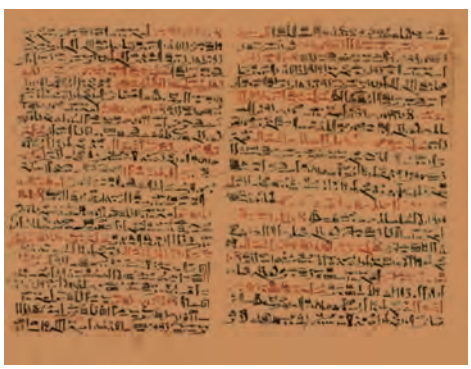


Hastalıkların İmparatoru: Kanser

Kanserin tarihçesi neredeyse insanoğlunun yazılı tarihi kadar eskidir. M.Ö. 1600'lı yıllardan kalan Ebers, Smith ve Petri papirüslerinde tümörlerin bahsi geçer. Eski Mısır'da travma cerrahisi üzerinde yazılmış bir kitabın parçası olan Edwin Smith papirüsünde koterize edilen 8 meme tümörü vakasından bahsedilmekte, karşılarında da "tedavisi yoktur" ibaresi bulunmaktadır[1].



Beril Öngen



Edwin Smith Papyrus,
Kaynak: The New York Academy of Medicine

Kanserin etiyolojisiyle ilgili ilk varsayımlar eski Yunan'a ve Hipokrat'a dayanır. Bugün de medikal terminolojide yer alan "carcinoma" terimi Hipokrat tarafından büyük ihtimalle şeklen ya da sebep olduğu acının benzetildiği yengeç (crab) kelimesinden "karkinos" türetilmiştir. Vücutta dört ana salgı (kan, balgam, siyah safra ve sarı safra) bulunduğu ve hastalıkların bu dört salgı dengesinin bozulmasıyla ortaya çıktığı teorisini savunan Hipokrat kanserin sebebinin de vücuttaki fazla siyah safra olduğunu düşünmüştür. "Sarcoma" ve "oncos" terimleri ise, bugün anatomi, fizyoloji, patoloji, farmakoloji gibi birçok bilimsel disiplinin temellerini atan Romalı hekim Galen tarafından M.S. 2. yüzyılda tıp literatürüne kazandırılmıştır.

Kanserin şişmiş ve inflame doku değil, hücresel anormal büyüme olduğu ise ancak 1800'lerde, Fransız Marie Francois Xavier Bichat tarafından ortaya atılmıştır. Yeni keşfedilen mikroskobun da yardımıyla, hücresel patolojinin babası Rudolf Wirchow, kanser patolojisinin temel bilimsel kuramlarını oluşturulmuştur.

20. yüzyılın başlarında sadece lokalize ve cerrahıyla tamamen eksize edilebilen kanserler tedavi

edilebiliyordu. Alman fizik profesörü Wilhelm Conrad Roentgen'in X ışınını keşfetmesini takiben radyasyon, tanı yanı sıra kanser tedavisinde de kullanılmaya başlandı.



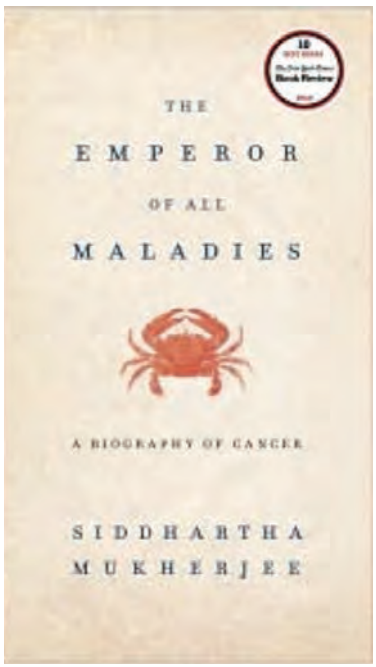
1915'li yıllarda radyasyon tedavisi gören bir hasta. Kaynak: The Burns Archive

1950'lerin sonunda sistematik kemoterapinin metastatik kanserlerde etkili olduğu kanıtlandı. 1953'te DNA'nın kimyasal yapısının Watson ve Crick tarafından keşfiyle (ki bu çalışmalarıyla 1962'de Nobel Ödülü aldılar), kansere karşı bir cephe daha açtı insanoğlu. BRCA1, BRCA2 ve MSH2 gibi kanser riskini artıran genetik mutasyonların tespiti, tümörlerin moleküler parmak izlerinin takibi, farmakogenetik, nanoteknoloji ve gen terapileri bu yeniçağın silahları oldu kansere karşı[2].

Aslında modern zamanlara kadar kanserin toplum psikolojisindeki yeri ve etkisi çok da fazla değildi. Geçmişte, insanoğlunun ölüm korkusu bulaşıcı hastalıklar, ani ölümler ve 19. yüzyıl boyunca ince hastalık etrafında yoğunlaşmıştı. Oysa bugün kanser tarihçi Roy Porter'in deyimiyle "eşi olmayan modern hastalık" ("the modern disease par excellence"). Aslında günümüzde kanserin bu kadar gündemde olmasının çeşitli sebepleri var:

Artık bu hastalığı çok daha iyi tanıyor, tanımlıyor ve anlıyoruz. Kanser bugün daha yaygın çünkü eskiden vücudumuzun maruz kalmadığı bir sürü kanserojen etken var artık hayatlarımızda. Ve de, artık kanserin ortaya çıkmasına imkân verecek kadar uzun yaşıyoruz. Örneğin, ABD'de ortalama yaşam süresi 19. yüzyılın yarısında 40'ın altında, 20 yüzyılın başında ise 47.3 idi. Oysa meme kanserinin medyan tanı yaşı 61, prostat kanserinin 67, kolorektal kanserinin ise 70. Dünyadaki tüm ölümlerin yüzde 13'üne sebep olan kanser, gelişmiş ülkelerde ilk 3'te yer alırken mortalite sebebi olarak, az gelişmiş ve yaşam beklentisi düşük ülkelerde ilk ona bile giremiyor[3].

Modern dünyanın kanserle savaşında en büyük cephe 20. yüzyılın ortasında ABD'de açıldı. Varlıklı ve hayırsever bir çift olan Albert-Mary Lasker'dan Albert kolon kanserinden vefat edince, eşi kanseri düşman ilan edip, bu savaşta sadece gönüllü bağış toplayarak değil ancak politik aksiyonla başarılı olunabileceğini fark edip, oyunun kurallarını değiştirdi. Tıbbi araştırmanın etkin bir silah olarak kullanılması gerektiği bilinciyle, Boston Çocuk Hastanesinde çalışan (ve bugün Boston'daki ünlü Dana Farber Kanser Enstitüsüne ismine veren) Sidney Farber'ı saflarına kattı. Yaklaşık 20 sene omuz omuza kaynak mobilize ve organize eden ikili, 1970'lerde kendilerine en yüksek seviyeden bir politik yandaş buldu. Kendisine belki de Manhattan Projesi ya da Apollo Programı gibi zafer ve prestij arayan Nixon 1971'de Ulusal Kanser Yasasını meclisten geçirdi ve böylece kanser idari ve finansal olarak diğer tüm hastalıklardan ayrılmış oldu. Bu yasayla Ulusal Kanser Enstitüsünün (National Cancer Institute) kaynakları ve sorumluluk alanı genişletildi ve kanser dünyası bugün gördüğümüz politika, popüler aktivizm, kurumsal destek ve bilimsel araştırma konfigürasyonuna bu şekilde ulaştı.



The Emperor of All Maladies: Tüm Hastalıkların İmparatoru

Dr. Siddhartha Mukherjee biyografi tadında yazdığı 570 sayfalık kitabını "bu ölümsüz hastalığın beynine girmek, karakterini anlamak ve davranışlarını çözmek için bir çaba" olarak tanımlıyor. New York Times'tan Jonathan Weiner'in "genç ve heyecanlı bir papazın şeytanın biyografisini yazmasına" benzettiği kitap tıbbın evreka dediği anlar ve umutsuzlukla geçen yıllar arasında tarih yazıyor[4]. Dr. Mukherjee onkolojide değişmez gerçeklerden birinin yenilgi ve ümit arasında gidip gelme olduğunu söylüyor. Kitabın en etkileyici vurgusu ise sanırım ki şu: "Kanser genomumuzda taşımak zorunda olduğumuz bir yük; hatta belki de insanoğlunun ölümsüzlük hevesine vurulan bir gem"[5].

Kaynakça:

1. American Cancer Society, "The History of Cancer", 22 Mart 2010. www.cancer.org/Cancer/CancerBasics/TheHistoryofCancer/index
2. Milestones in Public Health, Chapter 5: Cancer, Pfizer, 2006, sayfa 83-106
3. Shapin, Steven. "Cancer World", The New Yorker, 8 Kasım 2010, sayfa 78.
4. Weiner, Jonathan. "The Mind of a Disease", New York Times, 12 Kasım 2010. http://www.nytimes.com/2010/11/14/books/review/Weiner-t.html?_r=1&scp=9&sq=Siddhartha%20Mukherjee&st=cse
5. Mukherjee, Siddharta. "The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer", Simon & Schuster, 2010.

2030'da kanser yükü katlanarak artacak

"Her yıl yeni kanser hastası sayısı yaklaşık yarım milyona çıkacak. Bir buçuk milyondan fazla insan kanserle yaşıyor olacak. 2030'da bugün bulunduğumuz noktadan çok daha fazla kanser yükü bekliyoruz"

Kanserle mücadele konusunda planlama ve organizasyondan sorumlu, hastalığa ilişkin her türlü istatistiksel bilgileri toplayarak araştırma ve incelemeler yapan, gerekli tedbirleri tespit eden Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanı **Prof. Dr. A. Murat Tuncer,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Faaliyetlerinizden kısaca bahseder misiniz?

2008'de başlattığımız bir strateji programımız var. Ülkemizde 2015 ve 2030 yılına kadar hangi kanser türünün hangi aşamaya geleceğinin ele alındığı programda kansere harcanan para, uygulanması gereken kontrol programı yer alıyor. Aynı zamanda çok zayıf olduğumuz konular var. Mesela, palyatif bakım dediğimiz destekleyici bakım konusunda Türkiye'de yapılması gerekenler gibi. Bu konuda özel strateji programımız var. Bazı özel kanser türlerine ait ayrı strateji programlarımız var. Mesela, mezotelyoma (akciğer zarı kanseri) çevresel bir kanser. Bunu yenmeye yönelik özel bir program yürütüyoruz. Meslek kanserlerine yönelik özel bir programımız var. Yine sigaranın azaltılması konusunda tüm Bakanlık olarak Kanserle Savaş Dairesinin sorumlu olduğu bir program var.


Prof. Dr. A. Murat Tuncer

Yani genel bir stratejik programımız olduğu gibi, ayrıca özel konularda da ayrı stratejik programlarımız var. Tabi hedeflenen şey, kanseri önlemek. İkincisi tarama programı. Tarama programlarında kanser konusunda çağın projesi diyebileceğimiz KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Projesi çok önemli. Avrupa Birliği ve dünyayla entegre olarak üç kanseri tarıyoruz şu anda. Meme, rahim ağzı ve kolorektal kanserler.

Bugün her ilimizde bir KETEM var. Sigara bırakma programları da KETEM merkezli yürüyor.

Kansere yönelik veri de topluyorsunuz. Sağlıklı işleyen bir veri bankası var mı?

Kanser kontrol programlarının en önemli stratejik noktası, doğru veri elde etme. Kanser verileri aşağı yukarı 2003-2004'ten itibaren sağlıklı olarak toplanabiliyor. Ondan önce güvenilir bir verimiz yok. 2004'ten itibaren devam yıllarda bir projeksiyon yapıyoruz. (Ne kadar para harcıyoruz, ne kadar kanser bekliyoruz, nasıl durdururuz gibi)

Türkiye'de temel olarak şunu söyleyebiliriz: Kanser insidanslarını karşılaştırdığımız zaman bizim en dezavantajlı olduğumuz grup sigarayla ilişkili kanser. Onlar çok yüksek. Sigarayla daha az ilişkili kanserler daha az bizde. Bu konuda çalışmalar yürütüyoruz.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Erken teşhis yanı sıra bir de tarama programı var. Diyelim ki, siz evde oturuyorsunuz, hiçbir şikayetiniz yok, size bir mektup geliyor. Diyor ki, "49 yaşından sonra her kadına meme kanseri için mamografi yapılması lazım, iki yılda bir gelin çektirin mamografinizi." Siz gidip çektiriyorsunuz kanser çıkıyor. Bu bir taramadır. Bizim ana amacımız bu tarama. Yani hiçbir şikayeti olmayan insanları taramak.

İkincisi erken teşhis. Bu konuda hem doktorların hem halkın uyanık olması lazım. Mesela bir çocuk sağlığı uzmanının kendisine gelen zatürreli bir hastayı teşhis-tedavi ederken aynı zamanda çocuğun anemisi, kitlesi, karaciğer-dalak büyüklüğü, kemik ağrısı olup-olmadığına da bakması gerek. Bunlar erken yakalanırsa tedavisi mümkün kanserler. Burada sorumluluk doktora düşüyor. Mesela ayağı kırılmış bir hasta geliyor; ona mutlaka sigara içip-içmediği, içiyorsa kaç yıldır ve ne kadar içtiğini sormak lazım, böylelikle akciğer kanserine erken tanı konabilir. Mesela, mide rahatsızlığı için gelmiş ve belli bir yaşın üzerindeki kadın hastaya mutlaka mamografi çektirilmesi lazım. Doktorların ve halkın bu konuda uyanık olması lazım.

Hiç şikayet yokken tarama yaptırmak üzere hastaneye gitmek insanlarda sanki lüks olduğu algısı mı yaratıyor?
Tarama lüks değil. Lüks dediğiniz şey aslında ucuz maliyetli, etkinliği çok yüksek. O nedenle bütün Türkiye'de bunu yapmak istiyoruz. 49 yaşını geçmiş her kadına mamografi yaptırıyoruz. Kanserin taraması, erken teşhisi, her tür masraf devletten biliyorsunuz.

"Bir milyon kadına düşen mamografi sayısının en az olduğu ülkelerden biri de İngiltere. Ancak etkin mamografi taramalarına bakınca İngiltere, Avrupa'da bir numara. Makine sayınız çok önemli değil, ne kadar verimli kullanıldığı önemli"



Dünya istatistikleri göz önün bulundurulduğunda Türkiye'nin hizmet altyapısında (kanser tedavisinde kullanılan teknolojik cihazlar, uzman sağlık profesyoneli sayısı, kanser araştırmalarına yapılan yatırımlarda) durum nedir?
Avrupa ülkelerinde meme kanseri taraması açısından mamografi en yoğun Avusturya'da bulunuyor; bir milyon kadına düşen mamografi sayısı açısından İngiltere mesela en az bulunan ülkelerden biri. Ancak etkin mamografi taramalarına bakınca İngiltere, Avrupa'da bir numara. Yani makine sayınız çok önemli değil, elinizde bulunan makinenin ne kadar verimli kullanıldığı ölçü burada.

Türkiye'de şu an en çok sıkıntı çektiğimiz şey, insan kaynakları. Örneğin radyasyon onkoloğu sayısı kısmen yeterli. Ancak etkin makine kullanımımız yok çünkü radyasyon fizikçimiz yok.

Yani makinelerin çalışır halde tutulması, kalibre edilmesi, güvenli ışın verilmesi gibi konulardan sorumlu kişi olmayınca etkin kullanım da zorlaşıyor. Mesela tıbbi onkolog sayımızın aşağı-yukarı altı veya yedi katına ihtiyacımız var. Ciddi bir ihtiyaç. Şimdi siz bu sayıya ulaşamayınca verimli bir kanser izlemi yapmanız çok zor. Yine hemşiremiz, Avrupa ortalamasının beş ve yedi kat altında. Türkiye'de onkoloji hemşireliği yeni yeni anlaşılan bir branş maalesef.

Mesela şöyle bir örnek vereyim: Rahim ağzı kanser taramalarında bütün Türkiye'deki patologları sadece bu rahim ağzından alınan PAP smear için ayırsak görevlerini, yine de yetemiyorlar. İki konu var; Türkiye'de uzmanlar az, Avrupa'nın üçte biri oranında yaklaşık ve ara kademeli meslek grubu yok. İnsan kaynakları konusunda çok ciddi gelişme kaydetmemiz lazım.

Kanser araştırmaları için ayrılan belirli bir fon var mı?
TÜBİTAK aracılığıyla kansere ayrılmış bir fon var. Kanserde beklenenden daha iyi durumdayız.

Kamu ve özelde verilen kanser tedavi hizmetini nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?
Kanser hastalarının yüzde 80 gibi bir



ağırlığın tedavisini kamu yükleniyor. Kanser tedavisi yapan çok fazla özel hastane yok ve bazı özel hastanelerinin sadece ismi özel! Anlaşma yaptıkları halde hastaların cebinden para istiyorlar. Üstelik nüfus dağılımını da göz önünde tutarsanız Anadolu'nun her yerinden insanlar özel hastaneye mi gitsinler? Türkiye'deki kanser hizmetinin çoğu kamu tarafından yürütülüyor. Bir de kanser tedavisinde özel hastaneler çok fazla yükümlülük altına girmek istemiyor. Meşakkatli bir hizmet bu, bir hastayı yüzlerce kez görüyorsunuz. Onkoloji alanında hekim çok emek sarf ediyor. Bu da özel hastane zihniyetiyle çok bağdaşmıyor.

Tedavi amacıyla yurtdışına gitmeye gerek var mı? Türkiye'nin tanı ve tedavi açısından eksiği var mı?
Çağdaş dünyada uygulanan ve Türkiye'de uygulanmayan bir tedavi yöntemi yok. Her şey Türkiye'de var. İlaç konusunda mesela, istenen her ilaç bulunabilir Türkiye'de. Bazı sıkıntılar var ama bunları yenmeye çalışıyoruz. Yeni çıkan bazı ilaçlar var; bunların Türkiye'ye girişinde ve kullanımında bazı sıkıntılar var. Burada da eğer hastanın doktoru, hasta bu ilacı muhakkak kullanması gerektiğini ispatlarsa devlet bu ilacı getirtip kullandırtıyor. Türk Eczacıları Birliği getiriyor. Sadece hekimin belgelendirmesi lazım. Bu hasta sayısı da yüzde 5'in bile altında.



Tedavi konusunda çok ciddi para harcıyoruz. Yılda 2.3 milyar Euro harcıyoruz. Bu, Avrupa'nın en yüksek altıncı maliyeti. Hasta sayısı fazla ve ilaca iyi para yatırıyoruz.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserli hasta sayısı ne boyuta gelecek?
Bugün ülkemizde 150 bin yeni kanserli vaka var. 350-400 bin kanserli hasta var. Bunun 2030 yılındaki projeksiyonu şudur:
Her yıl yeni hasta sayısı yaklaşık yarım milyona çıkacaktır. Bir buçuk milyondan fazla insan kanserle yaşıyor olacaktır. 2030'da bugün bulunduğumuz noktadan daha fazla kanser yükü bekliyoruz maalesef. Çünkü Türkiye'de sigara ile ilişkili kanserler çok yüksek. Akciğer bronş kanserlerinin Türkiye'de görülme sıklığı Avrupa ortalamasından aşağı yukarı bir buçuk kat fazla.

"Bazı sivil toplum örgütleri kanseri kullanarak vicdan sömürüsü yapabilirler. Türkiye'de devlet, her tür kanser tedavisini geri ödüyor. Toplanan yardım paraları başka yerlere gidebilir"

Bunun mali boyutu nasıl?
2030 yılında bugün harcadığımız 2.3 milyar Euro'nun 10 milyar Euro'yu geçeceğini düşünüyoruz.

Bakanlık olarak neler planlıyorsunuz?
Sağlık Bakanlığı etkin tarama programları geliştiriyor şu anda; yepyeni ve daha hızlı programlar. Tedavi merkezi sayımız arttırılacak. 2015'e kadar aşağı-yukarı 54 tane onkoloji merkezi planlanıyor, hastane kampusları projesi çerçevesinde. Bir diğeri Ulusal Kanser Enstitüsü kuruluyor. Türkiye'de yapılan bütün kanser çalışmalarını finanse edebilecek boyutta mali yapıya kavuşturuluyor Ulusal Kanser Enstitüsü. Bu da çok önemli bir proje olacak. Palyatif bakım açısından yeni bir stratejik projemiz var. Artık sıfır ağrı hedefliyoruz. Evde bakımı planlıyoruz. Yeni meslek grupları oluşturuyoruz. Önümüzdeki günlerde bunun aşamalarını göreceğiz hep birlikte.

Son olarak eklemek istediğiniz bir husus var mı?
Kanser, değişik açılardan Türkiye'de istismar edilen bir konu. Bunun üzerinde durmamız lazım. Sivil toplum örgütlerinden bazıları, meslek dernekleri tabi son derece iyi çalışıyorlar, bunların pek çoğuyla ortak çalışmalarımız var. Ancak bazı sivil toplum örgütleri kanseri kullanarak vicdan sömürüsü yapabilirler. Türkiye'de devlet, her tür kanser tedavisini geri ödüyor. Bu nedenle halkımız "Yardımlarınızla kanseri tedavi edelim" gibi çağrılara aldanmamalı. Toplanan yardım paraları başka yerlere gidebilir. Daha gerçekçi şekilde bağış toplanmasını öneriyorum. Tabiî ki bir sivil toplum örgütü ihtiyacı olan kanserli hastalara ekonomik yardım yapmaya gönüllü olabilir. Ama böyle bir kuruluş aynı zamanda kanser tedavisi de yapıyorsa bu çok iç içe geçmiş, karmaşık bir durumdur.



"Kanser tedavisi ekip işidir"

"Onkoloji alanında insan kaynağı yetersiz. Kaynak var, eğitim düzeyi de yeterli, on yıllarda gelişmeler yaşandı ama hala daha çok sayıda onkoloji alanında yetişmiş insan gücüne ihtiyaç var"

Kanser tedavisinin iyi donanımlı bir ekiple yapılabileceğini belirten Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörü **Prof. Dr. Tezer Kutluk**, ekibin tüm bireylerinin olmadığı yerlerde kanser tedavisinde risk alınacağını öne sürdü.

Prof. Dr. Tezer Kutluk, hospitalmanager'*in* sorularını yanıtladı.



Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri tüm sağlık sektörlerini göz önünde bulundurarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Her yıl 13 milyon insan kansere yakalanıyor. Şu an dünyada 25 milyon kanserli insan var. Türkiye'de ise yılda en az 150 bin, tahmini 200 bin civarında insan kansere yakalanıyor. Dünyada her yıl yaklaşık 13 milyon insan kansere yakalanıyorsa ve bunların 7 buçuk milyonu ölüyorsa bu dünya için çok ölçekli bir sağlık sorunudur. Dünyanın buna emek harcaması, kaynak ayırması, yatırım yapması gerekiyor.

Kanserin kontrolü derken; kanserden korunma, erken tanı, tedavi ve kanserden kurtulan kişilerin topluma kazandırılması, rehabilitasyonu, psiko-sosyal adaptasyonu gibi bir yelpazeden bahsediyoruz. Türkiye'deki hatta dünyadaki onkolojiye baktığımız zaman ağırlıklı politikaların tedavi etrafında şekillendiğini, kaynakların tedavi etrafında kullanıldığını görmekteyiz. Halbuki kanser, korunmadan tedaviye ve topluma kazandırmaya kadar bir bütün. Bu bütünlük içinde sorumluluğu kim üstlenecek? Sadece devlet m,, üniversiteler mi, tedavi kurumları mı, sivil örgütler mi, birey mi, aile mi sorumluğu üstlenecek? Tabii ki hepsi. Çünkü her yıl 13 milyon kişinin kansere yakalanmasından bahsediyoruz.

Hekim olmanız yanı sıra Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği ve uluslar arası örgütlerde başkanlık pozisyonundasınız…

Standart bir pediatrik onkoloji eğitimi almama ve tedavi hekimi olarak yetiştirilmeme karşın, bir hastanenin duvarları arasında kurtarabileceğim can sayısı, topluma kazandırabileceğim insan sayısı sınırlı kalacağı için bunun ötesine geçme çabasındayım. Bu nedenle Türkiye'nin ilk kanser örgütü olan Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneğinde 25 yıldır gönüllü olarak çalışmaktayım ve bugün başkanıyım. Ama kanser kontrolü, stratejilerine yönelik çalışmalarım nedeniyle, Avrupa Kanser Örgütleri Birliğinin (ECL) ki 25 kanser örgütünün şemsiye örgütüdür, başkanlığını yapmaktayım ve uzun zamandır da yönetim kurulu üyesiyim. Merkezi Cenevre'de olan ve yüzü aşkın üyede 400 üyesi olan dünyanın en başta gelen kanser örgütü olan Dünya Kanser Örgütünün (UICC) de yönetim kurulu

"Türkiye'de teknolojik donanım var ama ABD'de tedavide sağlanan yüzde 69'luk başarıya ulaşmak bir tane aletle, bir insanla, bir adet binayla olmaz. Bu bir bütündür; sosyal güvenlik politikalarıyla, sağlığa ayrılan pay ile kişi başına düşen gelir ile alakalı"

üyesiyim. Bu nedenle tedavi hekimliğinin yanı sıra kanser politikaları, tedavi stratejileri, kanserden korunma politikaları, bu politikaların uygulanmasına yönelik eylemler ve çalışmalar artık benim uzmanlık alanım.

Dünya ülkelerinin kanser yönetimine, geliştirdikleri politikalara vakıf bir noktadasınız. Türkiye'nin kanserle mücadelesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

ABD'de tüm kanser türlerine baktığınız zaman iyileşme oranının yüzde 69'lara çıktığını görüyoruz. Yüzde 69 iyi bir rakamı? Evet, iyi bir rakam. Ama tüm kanser türleri için. Tek tek kanserlere bakarsak farklı oranlarla karşılaşırız. Türkiye'nin bunu ölçebiliyor olması lazım, bu ölçümde sorunumuz var. Son 40 yıl içinde giderek artan şekilde kanser tedavisi daha uygulanır oldu. Son 10 yıl içinde de büyük şehirlerden birçok kente de yaygınlaştı. Tedavi merkezleri var fakat tedavi başarısı hala araştırma bazında ölçülüyor. Merkezi bir veriyle hastaların yüzde kaçının yaşadığı ölçülmüyor. Bunu kim ölçecek? Hepimiz ölçeceğiz.

Peki, tedavi imkanlarına karşılık insan kaynağı yeterli mi?

Onkoloji alanında insan kaynağı yetersizdir. Kaynak vardır, eğitim düzeyleri de yeterlidir, on yıllarda gelişmeler yaşanmıştır ama hala daha çok sayıda onkoloji alanında yetişmiş insan gücüne ihtiyaç vardır. Tedavinin psiko-sosyal tarafının Türkiye'de eksik olduğunu düşünüyorum. Çünkü insan sayısı azalınca merkez sayısı giderek artmasına rağmen onkoloji hizmetlerinin dağılımında eksiklikler olunca hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek anlamında alınacak yolumuz var. Sivil örgütler bunun bir kısmını kapatabilir. Ama sivil örgütlerin de yönetimle ilgili sorunu var; sayıları artıyor ama profesyonel yönetim planlaması, performans ölçüleri ile de kaygılarım var. Sivil örgütlerin topluma geri dönüşünün daha fazla olması lazım.

"İnsanların tedavi için yurt dışına gitmesi gerekiyor mu? Hayır, gerekmiyor. Bu teknoloji Türkiye'de var. Ama insan gücü planlamasında, hizmete erişimde bunca çabaya rağmen sorun yaşanabiliyor"

Korunma-erken tanı kısmına bakarsak da; Türkiye'de tütünle mücadelede kanserden korunmada önemli bir yol alınmıştır. Tütün içen insanlar düşman değildir ama tütüne düşmanız. Tütün yasaklarını desteklemek herkesin boynunun borcudur. Türkiye'de akciğer kanserinde patlama vardır, akciğer kanserlerinin yüzde 90'ı tütünle ilgilidir. Kanserden korunma konusunda beslenmeyle, fiziksel aktivite ile ilgili faktörlere ilişkin yapılacak bilgi transferinin davranışlara yansıtılmasına ihtiyaç vardır. Bu da eksiğimiz olan alanlardan biridir.

Dört ana kanser türünde erken tanı bugün dünyanın kabul ettiği yöntemdir. Bunlar; meme, prostat, her iki cins için de kalın barsak ve kadınlarda rahim ağzı kanseridir. Sağlık Bakanlığı son on yılda kanser taramalarına ciddi bir emek, para harcamaktadır. Fakat kanser taramalarında geri durumda olduğumuzu söyleyebiliriz.

Kanserden korunma politikaları üretme konusunda ne aşamadayız?

Benim iyi donanımlı, akıllı, çalışkan ve birçok örgütte faal çalışıyor olmam değişim için yeterli mi? Hayır. Değişim için bir planın olması lazım. Her ülkenin kanserden korunma politikasının olması lazım. Sağlık Bakanlığı böyle bir kanser kontrol planı yaptı ama bunun sürdürülebilirliği konusunda Sağlık Bakanlığına, sivil toplum örgütlerine çok ciddi görevler düşüyor.

Dünya Kanser Örgütünün dünyanın önde gelen kanser liderlerini toplayarak oluşturduğu bir deklarasyonu var. İlk kez 2006'da Washington'da yayınlanan bu bildirgeyi insanlarımızı imzalamaya davet ediyorum. 2020 yılına kadar 11 hedef konulmuş durumda. Bu hedeflere kanserden korunmaya, insan kaynaklarının yetiştirilmesine, tedaviye ve rehabilitasyona dair her şey var. Ülkelerin planlarına bu maddeleri yerleştirmesi gerekir.

Türkiye'de kanser tedavisinde uygulanan teknolojik donanımı ve kanser araştırmalarına ayrılan payı nasıl buluyorsunuz?

Türkiye'de teknolojik donanım vardır ama ABD'de sağlanan yüzde 69'luk başarıya ulaşmak bir tane aletle, bir insanla, bir adet binayla olmaz. Bu bir bütündür; sosyal güvenlik politikalarıyla, sağlığa ayrılan pay ile kişi başına düşen gelir ile alakalı. Bugün en iyi koşullarda teknolojiye sahip olmamıza rağmen hastanın yaşam şansının yüzde 10-15'lik bir değişim oranına sahip olduğuna inanıyorum. Bunun için elimizde bir veri yok. İnsanların tedavi için yurt dışına gitmesi gerekiyor mu? Hayır, gerekmiyor. Bu teknoloji Türkiye'de var. Ama insan gücü planlamasında, hizmete erişimde bunca çabaya rağmen sorun olabiliyor. Veri üretmemiz gerekiyor. Veri demek, araştırma demek. Türkiye'nin pek çok alanda, tıp alanında yayın sayısı dünya sıralamalarında giderek üst sıralara çıkmaktadır. Ama Türkiye, kişi başı geliriyle olması gereken yerde midir? Ben daha iyi şeyler yapabileceğimize inanıyorum. Kanser araştırmaları bakımından yeterince iyi düzeyde olduğumuzu söyleyemem. Bu nedenle hepimize tek tek görevler düşüyor.

Kanser cerrahisi, kanserin ilaç ve ışınla tedavisi ülkemizde ne boyutta?

Kanser tedavisi ekip işidir. Ekibin tüm bireylerinin olmadığı yerlerde kanser tedavisinde risk alınır. Kanser tedavisinde benim iyi olmam sonuç için gerekli ama yeterli değildir. İyi eğitim almış patologum, cerrahım, hemşirem, sosyal hizmetçim, psikologum olmadıktan sonra iyi düzeye ulaşamayız. Bu nedenle ABD'de tam kapsamlı merkezlerde tedavi edilen hastalarla tam kapsamlı olmayan merkezlerde tedavi edilen hastaların tedavi başarıları arasında fark vardır. Ekip eksikse mesela, özel hastanede de tedavi eksiktir. Ama özel hastanedir, ekibi tamdır, tedavisi uygun olabilir. Bütüncül yaklaşımla baktığım zaman beni çok ilgilendiriyor: Bir hastanede yılda kaç hasta tedavi edilmiş, kaçı kaybedilmiş, kaçı kurtarılmış ve bunların yaşam kalitesi gibi ölçümlerin yapılması lazım. Bu ölçümleri yapmak da, kanser araştırmaları yapmak demektir. Bu araştırmalar eksik olduğu için gerçekçi bir mukayese yapılamıyor. "Ben iyiyim" diyen iyi olamayabiliyor.

Yeni tedavi ve görüntüleme tekniklerinin Türkiye'ye ulaşma hızı nasıl?

Türkiye, büyük bir ülkedir; çok ileri düzey bir ülke değildir ama geri kalmış bir ülke de değildir. Gelir düzeyi orta-üst düzeye düşmektedir. O nedenle kendine yakışan şekilde radyoloji görüntüleme yöntemleri Türkiye'de vardır. Işın tedavisi cihazları bazı yerlerde sıkıntı olmakla birlikte, özellikle büyük kentlerde radyoterapi cihazları vardır. İnsanlar da sıkıntıların farkındadır. Sağlık sisteminde sağlığın finansmanıyla ilgili bugün Türkiye'de tartışma yaşanmaktadır. Üniversite hastaneleri maddi açıdan sıkıntı yaşamaktadırlar. Sağlık teknoloji bağımlıdır ve giderek pahalı hale gelmektedir.

Ülkemizde klinik çalışmalarda da yol alınmasına rağmen hala istenen seviyenin altında klinik çalışma yapabilmekteyiz. Klinik çalışmalara giren hastaların yaşama şansları bu çalışmalara girmeyen hastalardan daha fazladır. Her türlü klinik çalışmaya destek olunması gerekir. ■





Dünya Kanser Bildirgesini imzaladınız mı?

- *Biz, küresel kanser toplumu olarak, hükümetlere, uluslararası düzeyde resmi kuruluşlara,*
- *bağışçılara, kalkınma ajanslarına, özel sektöre ve sivil toplum kuruluşlarına,*
- *aşağıda belirtilen hedefleri taahhüt ederek ve bunlara ulaşmak için gereksinim duyulan öncelikli eylemlere kaynak ve politik destek sağlayarak, kansere bağlı ölümleri azaltma yönünde acil adımlar atmaları yönünde çağrı yapıyoruz.*

Dünya Kanser Bildirgesi

2020 yılı hedefleri

- Bütün ülkelerde etkin kanser kontrol programlarının oluşturulması için, sürdürülebilir sistemler yürürlüğe konulacaktır.
- Küresel düzeyde kanser yükünün ve kanser kontrolüne yönelik girişimlerin etkilerinin izlenmesi önemli derecede iyileştirilecektir.
- Küresel düzeyde tütün tüketimi, şişmanlık ve alkol tüketimi önemli derecede azaltılacaktır.
- HPV ve HBV virüslerinden etkilenen bölgelerde halk asılama programları kapsamına alınacaktır.
- Halkın kansere karsı olan yaklaşımları iyileştirilecek ve bu hastalık hakkında gerçek dışı efsaneler ve yanlış bilinenler düzeltilecektir.
- Tarama, erken tanı programları ve kanserin erken belirtileri konusunda halkın bilinçlendirilmesi ile çok sayıda kanser türüne erken dönemde tanı konulacaktır.
- Kanserde doğru teşhis, uygun tedaviler, destek bakım, rehabilitasyon hizmetleri ve palyatif bakıma erişim hakkı bütün hastalar için dünya genelinde iyileştirilecektir.
- Etkin ağrı kontrolü, ağrı çeken tüm kanser hastaları için evrensel düzeyde erişilebilir olacaktır.
- Kanser kontrolünde farklı alanlarda hizmet veren sağlık profesyonelleri için eğitim fırsatları önemli derecede artırılacaktır.
- Kanser kontrolünde uzman sağlık elemanlarının görev yeri değiştirmesi önemli ölçüde azaltılacaktır.

uicc

global cancer control



Sağlık politikaları

- Bir ülkenin büyüyen kanser problemi ile uğraşmak için yaptığı yatırımın ülkenin ekonomik ve sosyal refahına bir yatırım olduğunu göstermek suretiyle kansere verilen politik önceliği artırın. Kanserle ilgili kuruluşlar kanser kontrolünde yatırım yapmak için küresel bağışçılarla, kalkınma ajanslarıyla, özel sektör ve bütün sivil toplumla işbirliği yapmalıdır.
- Küresel kontrol stratejilerinin en çok ihtiyacı olanlara yönelmesini sağlamak için, konuyla ilgili olan tüm tarafları harekete geçirin. İlgili bütün grupları ulusal kanser politikalarının geliştirilmesine veya güncelleştirilmesine dahil edin.
- Kanıtlanmış stratejileri kullanın.
- Yerel ve ulusal düzeyde kanser kontrol planlamalarına kanser hastalarının katılımını destekleyin.

Kanserden korunma ve erken tanı

- Hükümetlerin Tütün Çerçeve Anlaşmasının kurallarını eksiksiz olarak uygulamaya koymasını desteklemek suretiyle tütün tüketimini azaltacak çabaları artırın.
- Kanserin erken belirtileri konusunda kamuoyunun ve profesyonellerin bilinçlenmesini artırın. Hükümetleri, toplum seviyesinde risk azaltma yöntemlerini destekleyecek politikaları uygulamaya zorlayın. Bireyleri ise daha bilgili tüketim seçenekleri ve daha sağlıklı davranış tarzlarına uymaları konusunda etkinleştirin.
- Hükümetleri, insanların çevresel ve mesleki kanser yapıcı maddelerle temasını azaltma yönünde tedbirleri almaya teşvik edin.
- Kansere yol açan enfeksiyonları önlediği gösterilen aşıların ve diğer stratejilerin daha yaygın olarak temin edilebilir olmasına yönelik tedbirleri uygulamaya koyun.
- Faydalı olduğu yönünde kanıtı mevcut olan uygulanabilir tarama programlarının sunulmasını savunun. Henüz kesin olmayan tarama teknolojilerinin toplumda fizibilitesi ve yararlılığını değerlendirmek için tasarlanan pilot projeleri yürütün.

Kanser Tedavisi

- Yerel ihtiyaçlar ve kaynaklara uygun kanser tedavi kılavuzlarının geliştirilmesini ve kullanılmasını teşvik edin.
- Ağrı kontrolünün önündeki birçok engeli ortadan kaldırmak için adımlar atın. Ağrı ilaçlarıyla ilgili katı düzenlemeler sorununu ele almak için hükümetlerle işbirliği yapın. Birleşmiş Milletlerin uluslar arası uyuşturucu kontrol konvansiyonlarının, ağrılı kanserli hastalarda bu ilaçların kullanılmasında yasal yöntemleri olumsuz etkilememesini sağlamak için, Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu ve Dünya Sağlık Teşkilatı dahil uluslararası kurumlarla işbirliği yapın.
- Maliyeti karşılanabilir ve güvenli kalitedeki kanser ilaçlarına erişimin sağlanabilmesini artırmak için ilaç sanayisi ile işbirliği yapın.
- Uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimine yönelik fırsatları oluşturarak, kanser kontrolünün tüm alanlarında uzman sağlık profesyonellerinin sayısını uzmanlıklarıyla uygun ortamlarında çalışma yapabilecek şekilde artırın.
- Sağlık çalışanlarının yer değiştirmesinin, ülkelerin yeterli seviyede kanser tedavisi sunabilmesi üzerindeki etkisi konusunda bilinci artırın, ulusal ve küresel sağlık personeli yetersizliğinin ve bundan doğan, derinleşen adaletsizliğin ele alınması için ortak çalışmalar yürütün.

Kanser araştırmaları

- Temel ve uygulamalı kanser araştırmalarına yatırımı artırın ve araştırma sonuçlarının klinik uygulamalara ve kamu sağlığına katkılarını hızlandırın.
- Farklı ülkelerdeki kanser araştırma örgütlerinin birlikte çalışmasını, verileri paylaşmasını ve kanser araştırmaları için mevcut sınırlı fonların kullanılmasının optimize edilmesine yönelik araştırma hedeflerinin tanımlamalarını ve çabaların gereksiz yere tekrar edilmemesini

teşvik edin.

Dünya Kanser Bildirgesi 2008 yılında, Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC) tarafından hazırlandı. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği web sayfasından (http://www.turkkanser.org.tr/) imza kampanyasına destek verilebilir.
Daha fazla bilgi için www.uicc.org\wcd adresi ziyaret edilebilir.



Ülkelere göre tüm kanserler

Kanserin küresel yükü

Yeni kanser vakaları (2009, 2020) ve maliyetleri (2009)

Kaynak: Livestrong - The global burden of cancer - challenges and opportunities

	Tahmin edilen yeni vaka		Yeni Vaka Maliyeti	
	Yeni vaka 2009	Yeni vaka 2020	Artış Yüzdesi	Toplam Maliyet 2009 $
Total:	1,593,713	2,080,871	30.6	52,893,803,601
Afghanistan	961	1,359	41.4	449,420
Albania	1,346	1,661	23.3	4,659,229
Algeria	2,306	3,525	52.8	7,835,432
Angola	326	456	39.7	417,620
Argentina	11,527	13,883	20.4	79,116,068
Armenia	1,155	1,327	14.9	1,890,614
Australia	10,171	13,637	34.1	490,597,683
Austria	4,267	5,115	19.8	230,231,822
Azerbaijan	1,535	2,044	33.2	2,061,425
Bahamas	42	62	46.5	1,471,726
Bahrain	97	213	120.1	1,755,510
Bangladesh	13,903	20,369	46.5	8,611,849
Barbados	33	50	52.7	645,374
Belarus	4,329	4,670	7.9	13,376,037
Belgium	8,349	9,848	18.0	479,862,603
Belize	23	35	51.5	142,265
Benin	75	111	48.4	62,711
Bhutan	36	51	41.1	41,099
Bolivia	527	734	39.5	1,054,681
Bosnia Herzegovina	2,302	2,601	13.0	8,975,343
Botswana	62	78	26.2	386,979
Brazil	25,481	36,648	43.8	156,569,751
Brunei Darussalam	49	85	72.9	1,324,521
Bulgaria	3,322	3,294	-0.8	16,375,946
Burkina Faso	208	304	46.3	115,757
Burundi	127	181	41.8	22,112
Cambodia	1,039	1,550	49.2	928,541
Cameroon	175	230	31.2	306,324
Canada	24,873	33,627	35.2	1,430,895,511
Cape Verde	4	7	59.4	12,804
Central African Republic	65	79	21.8	40,210
Chad	152	205	35.1	66,499
Chile	3,454	4,931	42.7	88,715,177
China	484,678	676,323	39.5	993,932,331
Colombia	5,787	9,118	57.5	22,835,009
Comoros	13	20	49.1	8,451
Congo	792	1,104	39.3	367,413
Congo Brazzaville	42	58	38.2	40,415
Costa Rica	365	580	59.1	2,883,050
Cote d'Ivoire	421	532	26.2	554,563
Croatia	3,556	3,923	10.3	39,703,302
Cuba	4,760	6,205	30.4	27,795,677
Cyprus	207	262	26.7	5,597,250
Czech Republic	6,898	8,010	16.1	108,918,760
Denmark	3,882	4,553	17.3	288,108,665
Djibouti	15	21	39.8	27,338
Dominican Republic	1,160	1,643	41.6	6,219,025
Equador	1,004	1,456	45.0	2,995,495
Egypt	3,446	4,817	39.8	9,594,110
El Salvador	287	394	37.4	1,384,658
Equatorial Guinea	9	11	29.3	37,626
Eritrea	67	95	41.4	25,245
Estonia	785	822	4.8	6,599,626
Ethiopia	1,484	2,082	40.3	364,180
Fiji	8	10	21.0	36,398
Finland	2,227	2,795	25.5	109,816,168
France	31,045	36,292	16.9	2,046,572,177
Gabon	54	74	35.4	406,269
Georgia	1,337	1,423	6.4	1,766,682
Germany	48,803	55,151	13.0	3,147,730,543
Ghana	232	325	40.1	153,146
Greece	6,984	7,913	13.3	217,119,144
Guam	53	77	45.2	0
Guatemala	950	1,325	39.6	2,814,228
Guinea	306	430	40.5	291,046
Guinea-Bissau	13	17	34.7	2,511
Guyana	47	63	34.2	90,754
Haiti	336	451	34.0	278,648
Honduras	494	713	44.5	975,175
Hungary	9,403	10,091	7.3	142,284,542
Iceland	139	182	31.5	10,829,380
India	52,739	72,686	37.8	49,799,903
Indonesia	27,007	37,912	40.4	31,953,374
Iran, Islamic Republic	2,431	3,463	42.4	9,961,952
Iraq	2,105	3,298	56.7	1,761,291
Ireland	1,879	2,509	33.5	104,482,750
Israel	1,674	2,267	35.4	68,242,014
Italy	41,621	47,508	14.1	1,851,886,414
Jamaica	377	468	24.1	2,207,458
Japan	78,133	93,222	19.3	4,491,006,862
Jordan	348	552	58.6	1,795,201
Kazakhstan	6,108	7,866	25.5	17,145,761
Kenya	584	844	44.6	505,691
Korea, Democratic Republic	8,792	10,367	17.9	5,238,087
Korea, Republic	21,750	31,264	43.7	398,123,698
Kuwait	173	389	124.7	4,297,270
Kyrgyzstan	711	977	37.4	464,284
Lao People Democratic Republic	428	612	43.1	239,179
Latvia	1,137	1,204	5.9	8,893,130

Yeni kanser vakaları (2009, 2020) ve maliyetleri (2009)

Kaynak: Livestrong - The global burden of cancer - challenges and opportunities

	Tahmin edilen yeni vaka		Yeni Vaka Maliyeti	
	Yeni vaka 2009	Yeni vaka 2020	Artış Yüzdesi	Toplam Maliyet 2009 $
Lebanon	713	915	28.4	10,549,116
Lesotho	72	72	0.6	63,330
Liberia	20	29	42.3	5,992
Libya	288	441	52.7	2,154,819
Lithuania	1,553	1,689	8.8	11,959,160
Luxembourg	280	349	24.7	26,730,419
Macedonia	836	979	17.2	3,599,247
Madagascar	332	484	45.5	149,919
Malawi	90	115	27.2	41,278
Malaysia	4,287	6,766	57.8	26,945,510
Mali	75	94	25.1	33,089
Malta	163	211	30.0	4,075,103
Mauritania	29	44	51.4	26,676
Mauritius	133	195	47.0	840,899
Mexico	11,316	16,956	49.8	122,427,502
Moldova	1,070	1,149	7.4	1,132,151
Mongolia	348	520	49.3	330,359
Morocco	2,764	3,915	41.6	7,124,293
Mozambique	173	211	22.1	72,560
Myanmar	8,594	12,032	40.0	52,935,047
Namibia	47	59	26.7	177,397
Nepal	1,237	1,728	39.7	592,163
New Zealand	1,941	2,585	33.2	62,498,550
Nicaragua	313	467	49.4	523,598
Niger	206	321	55.9	55,657
Nigeria	644	855	32.8	683,294
Norway	2,247	2,782	23.8	241,266,401
Oman	102	178	75.3	1,583,591
Pakistan	12,504	18,093	44.7	10,517,298
Panama	322	480	48.8	2,708,682
Papua New Guinea	61	92	50.1	68,681
Paraguay	568	825	45.3	1,275,810
Peru	2,231	3,125	40.1	6,954,872
Philippines	18,475	27,720	50.0	28,360,948
Poland	27,334	32,117	17.5	301,135,447
Portugal	3,649	4,157	13.9	107,285,120
Puerto Rico	804	971	20.8	5,926,884
Qatar	74	122	65.2	4,122,365
Romania	9,260	9,826	6.1	40,724,202
Russian Federation	65,308	68,843	5.4	326,380,671
Rwanda	70	93	32.6	28,184
Samoa	12	18	47.6	44,976
Saudi Arabia	917	1,650	79.8	14,891,437
Senegal	58	80	37.9	78,041
Serbia and Montenegro	5,824	6,251	7.3	25,261,921
Sierra Leone	53	67	26.4	27,110
Singapore	2,067	3,627	75.5	63,248,220
Slovakia	2,859	3,507	22.7	25,631,249
Slovenia	1,225	1,466	19.6	33,605,495
Solomon Islands	28	43	49.4	35,722
Somalia	136	200	47.2	48,152
South African Republic	5,556	6,625	19.2	35,491,886
Spain	23,298	28,054	20.4	798,212,387
Sri Lanka	1,239	1,568	26.5	2,085,762
Sudan	213	300	41.3	205,450
Suriname	44	60	35.3	248,108
Swaziland	33	33	0.8	85,120
Sweden	3,240	3,738	15.4	209,390,118
Switzerland	3,907	4,702	20.4	419,343,965
Syrian Arab Republic	1,897	3,081	62.4	4,380,485
Tajikistan	266	386	45.1	104,899
Tanzania	270	370	36.6	180,912
Thailand	13,658	18,643	36.5	45,099,610
The Gambia	30	44	47.5	17,184
The Netherlands	11,141	14,135	26.9	716,962,746
Togo	56	81	44.6	34,043
Trinidad and Tobago	126	169	34.4	1,457,269
Tunisia	1,354	1,904	40.7	5,939,571
Turkey	17,273	24,851	43.9	111,971,515
Turkmenistan	485	685	41.2	1,230,291
Uganda	400	565	41.1	265,959
Ukraine	21,493	21,689	0.9	35,214,186
United Arab Emirates	161	318	97.2	6,239,330
United Kingdom	43,019	50,639	17.7	2,197,304,763
United States of America	237,096	308,270	30.0	29,455,662,864
Uruguay	1,433	1,625	13.4	15,074,162
Uzbekistan	2,113	3,080	45.8	1,819,385
Vanuatu	14	21	53.2	32,762
Venezuela	3,441	5,164	50.1	23,226,177
Viet Nam	13,103	19,415	48.2	11,005,264
Yemen	405	613	51.4	478,189
Zambia	206	253	22.8	159,062
Zimbabwe	626	742	18.4	1,759,648

Ülkelerin 2004 Yılında Kanser Araştırmalarına Harcadıkları Miktar

	Ülke Tarafından Harcanan (€, M)
Birleşik Krallık	783
Almanya	324
Fransa	249
İtalya	115
Hollanda	65
İsveç	61
Belçika	42
Yunanistan	40
İspanya	38
Danimarka	27
Norveç	24
Finlandiya	17
İrlanda	16
İsrail	6
Polonya	5
Çek Cumhuriyeti	4,4
Portekiz	4
Türkiye	2,9
Macaristan	2,3
Avusturya	1,8
Slovakya	1,7
Slovenya	1,7
Estonya	1
Romanya	0,95
Lüksemburg	0,61
Litvanya	0,61
Letonya	0,61
Güney Kıbrıs Rum Cumhuriyeti	0,52
İzlanda	0,08
Bulgaristan	Rapor Edilmemiş
Malta	0
Avrupa Komisyonu	90,000,000
Trans-Avrupa Kurumları	10,000,000

Bir grup kanser ilacının ilk kullanıma giriş tarihi

Molekül	Dünyada ilk kullanıma giriş tarihi	Türkiyede ilk kullanıma giriş tarihi
Anastrozol	Eylül 1995	Eylül 1998
Bicalutamid	Mayıs 1995	Ocak 1997
Bevacizumab	Şubat 2004	Şubat 2006
Bortezomib	Mayıs 2003	Haziran 2005
Capecitabine	Mayıs 1998	2002
Dasatinib	Kasım 2006	Ağustos 2008
Docetaxel	Nisan 1995	1998
Exemestane	Kasım 1999	Şubat 2005
Fulvestrant	Mayıs 2002	Aralık 2006
Gemcitabine	Mayıs 1995	Ağustos 1997
Imatinib	Mayıs 2001	Mart 2002
Letrozole	Haziran 1997	Mart 1999
Oxaliplatin	Haziran 1996	2004
Pemetrexed	Şubat 2004	Mayıs 2007
Rituximab	Kasım 1997	Mayıs 2002
Sunitinib	Temmuz 2006	Ocak 2008
Temsirolimus	Temmuz 2007	Aralık 2008
Topotecan	Temmuz 1996	2003
Trastuzumab	Ekim 1998	Ağustos 2003

Kanser konulu makale sayılarının yıllara göre dağılımı (2008'deki artış dikkat çekici)

Yıllar	Türkiye	Dünya
2000	164	24807
2001	218	26695
2002	277	27406
2003	395	31515
2004	426	31886
2005	529	38698
2006	528	39445
2007	578	42150
2008	757	52532
Ortalama/yıl	430,22	35015

Seçilmiş ülkelerin kanser insidansları, kişi başına kanser tedavi ve araştırma harcamaları ve kanser alanındaki ortalama etki değerleri

Ülke	Kişi Başı Gelir Düzeyi ($) (2006)	Kişi Başı Kanser Tedavi Harcaması ($) (2006)	Kişi Başına Kanser Araştırma Harcaması ($) (2004)	Kanser Alanındaki Ortalama Etki Değeri (2007)	Toplam Kanser İnsidansı (1/100000) (2005)
A.B.D.	44,857	267	17.61	5,13	469,3
İngiltere	33,878	118	13.18	4,19	464,1
Fransa	32,091	156	4.16	3,93	312,3
Almanya	29,455	147	2.00	3,7	518,3
İtalya	32,513	185	3.93	3,5	426,9
Japonya	31,943	195	7.86	2,97	233,2
Yunanistan	27,393	134	3.62	2,43	187,8
Türkiye	12,107	42	0.04	1,87	173,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

Türkiye'de kanser mortalitesi, kadın

Yerleşim yeri	Ölüm sayısı	Kaba hız (yüzbinde)	YSH* (Dünya)
Meme	2970	8,8	9,7
Kolon ve rektum	1654	4,9	5,4
Mide	1618	4,8	5,4
Trakea, bronş, akciğer	1453	4,3	4,9
Lösemi	1303	3,9	4,1
Beyin, sinir sistemi	1002	3	3,2
Over	1001	3	3,4
Serviks uteri	726	2,1	2,4
Non-Hodgkin lenfoma	693	2	2,2
Korpus uteri	561	1,7	2
Pankreas	473	1,4	1,6
Karaciğer	429	1,3	1,4
Özofagus	405	1,2	1,4
Mesane	274	0,8	0,9
Oral kavite	271	0,8	0,9
Böbrek	262	0,8	0,9
Tiroid	198	0,6	0,7
Multipl miyelom	186	0,6	0,6
Melanom	136	0,4	0,4
Larinks	97	0,3	0,3
Nazofarinks	94	0,3	0,3
Hodgkin lenfoma	87	0,3	0,3
Diğer farinks	54	0,2	0,2
Kaposi sarkomu	-	-	-
Tüm yerleşim yerleri (MM dışı deri hariç)**	**17768**	**52,5**	**58,7**

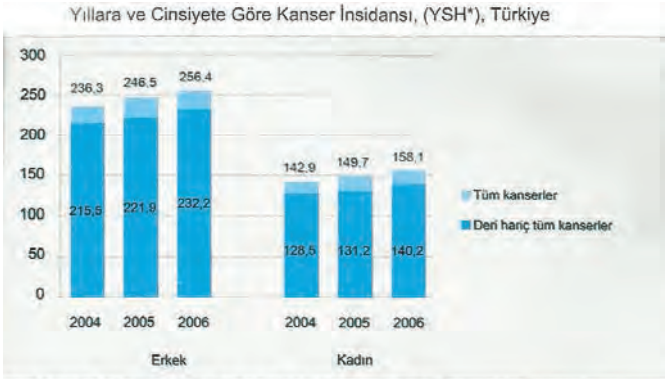
* YSH: yüzbinde, yaşa standardize hız, dünya standart nüfusu
**MM Malign Melanom

Türkiye'de kanser mortalitesi, erkek

Yerleşim yeri	Ölüm sayısı	Kaba hız (yüzbinde)	YSH* (Dünya)
Trakea, bronş, akciğer	11884	34,5	44,1
Mide	2821	8,2	10,4
Kolon ve rektum	1625	4,7	5,8
Mesane	1586	4,6	6
Lösemi	1519	4,4	5
Larinks	1302	3,8	4,8
Prostat	1301	3,8	5
Beyin, sinir sistemi	1133	3,3	3,8
Non-Hodgkin lenfoma	807	2,3	2,7
Karaciğer	672	2	2,5
Pankreas	632	1,8	2,3
Özofagus	530	1,5	2
Oral kavite	472	1,4	1,7
Böbrek	388	1,1	1,4
Nazofarinks	182	0,5	0,6
Multipl miyelom	180	0,5	0,7
Testis	164	0,5	0,5
Melanom	159	0,5	0,5
Hodgkin lenfoma	152	0,4	0,5
Diğer farinks	95	0,3	0,3
Tiroid	71	0,2	0,3
Kaposi sarkomu	-	-	-
Tüm yerleşim yerleri (MM dışı deri hariç)**	**29560**	**85,7**	**107,8**

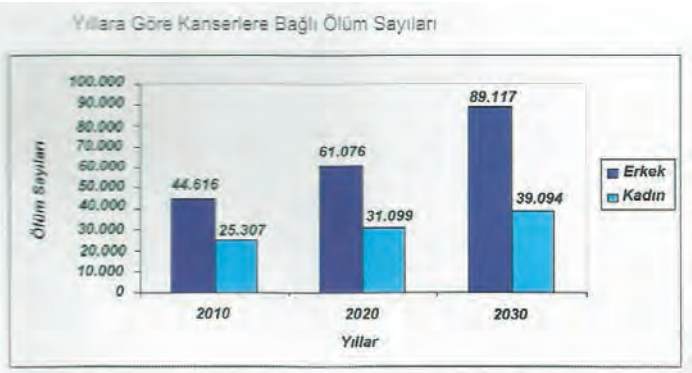
* YSH: yüzbinde, yaşa standardize hız, dünya standart nüfusu
**MM Malign Melanom

Yıllara ve Cinsiyete Göre Kanser İnsidansı, (YSH*), Türkiye



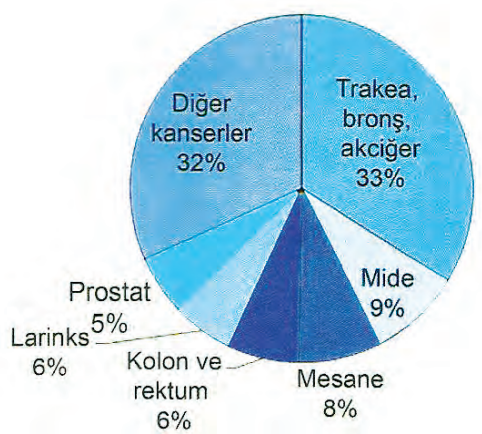
*Yüz binde, Dünya Standart Nüfusu, **M. Melonom dışı
Kaynak: Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

Yıllara Göre Kanserlere Bağlı Ölüm Sayıları

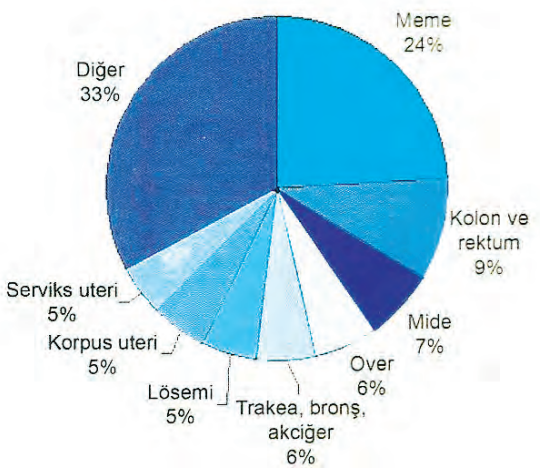


Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması

Yerleşim yerlerine göre kanserler, Türkiye, erkek



Yerleşim yerlerine göre kanserler, Türkiye, kadın



Medikal onkolog açığı büyük

"Türkiye'de büyük bir medikal onkolog açığı var. Bugün 230 civarında onkoloji uzmanı ve 250 kadar da hematolog var. Aslında bu uzman sayısı en az bin civarında olmalıdır"

Medicana International İstanbul Hastanesi Medikal Onkoloji Bölüm Başkanı **Prof. Dr. Bülent Berkarda,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Türkiye'de kanserin erken teşhisine yönelik alt yapı iki açıdan incelenmelidir:

a) Birey açısından; kişi, erken teşhis için yıllık muntazam kontrollerine gidecek şekilde eğitilmiş olmalıdır. Sadece kanserde değil, bütün hastalıklar için bu kural geçerlidir (kalp, diyabet vs). Bu bir eğitim işidir. Bizde çoğunlukla hasta, ileri derecede hastalanınca doktora başvurduğu için erken teşhis güçleşmektedir.

b) Sağlık kuruluşları sayıca yetersizdir. Sağlık Bakanlığının kurduğu KETEM'ler bu amaca yönelik olmakla birlikte, sayıca yetersizdir. Özel kuruluşlarda ise, erken tanı başvurularını Sosyal Güvenlik Kurumu kabul etmemektedir.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sektör açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?
Türkiye'de büyük bir medikal onkolog açığı var. Bugün 230 civarında onkoloji uzmanı ve 250 kadar da hematolog var. Bu sayılar çok yetersiz. Aslında bu uzman sayısı en az bin civarında olmalıdır. Uzmanlarımızın yetiştirilmesine ait yönetmelik – tüzükler ona göre düzenlenmelidir.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak konusunda hastanenizin sunduğu özel imkanlar veya plan dahilinde özel çalışmalarınız var mı?
Medicana International İstanbul Hastanesinde kanser teşhis ve tedavisi uluslar arası niteliktedir.



Prof. Dr. Bülent Berkarda


Güçlü bir cerrahi ekip (bütün alt dallarıyla) görev başındadır. Medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi de iki takım halinde çalışmaktadır.

Medikal onkoloji bölümünde iki uzman ve dört yetişmiş hemşire takımımız var. Burada bütün kemoterapi şekilleri düzgün, titiz ve konforlu bir şekilde yapılmaktadır. Bu yapılırken hasta yaşam kalitesi sürekli olarak göz önünde bulundurulmaktadır. Kemoterapideki yenilikler izlenmekte ve uygulanmaktadır. Bunun yanında besleyici, ağrı giderici ve destekleyici tedaviler de verilmektedir. Genel hasta memnuniyeti ve buna paralel olarak kemoterapi uygulamaları giderek artmaktadır.

Radyasyon onkolojisi bölümünde iki deneyimli ve değerli onkolog, fizikçileri ve teknisyenleriyle çok yeterli bir kadro oluşturmaktadır. Bu bölümde de radyoterapi ve brakiterapi disiplinleri titizlikle ve bilgiyle uygulanıyor. Hastanemizde 2 lineer akseleratör kullanılıyor. Bu dalla ilgili bilgileri, uzmanları daha iyi vermektedir.

Bu arada hastanemizde çok güçlü bir radyo-diagnostik ve nükleer tıp bilimlerinin de kanser tedavisine büyük katkıları olduğunu belirtmemiz gerekir.

Türkiye'de kanser cerrahisi ne aşamada?
Genelde büyük merkezlerde kanser cerrahisi iyidir. Ancak bunda da cerrahi onkolog sayısına bakarsak çok yetersizdir. Kanserin ilk tedavisi genelde cerrahi açığına göre, cerrahi onkolog yetiştirme programlarına ihtiyaç vardır.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Önümüzdeki 15-20 yıl sonunda kanser görülme sıklığı (nüfus artışını da hesaplayarak), bugünkünün 2 katına çıkacaktır. ■

Büyük onkoloji merkezlerine olan ihtiyaç artıyor

"Öyle bir şeyin içindesiniz ki, bu gelişmeye hem şahit oluyorsunuz, hem de katkınız oluyor ve hiçbir şifa şansı olmayan hastalara şifa verebiliyorsunuz. Onun mutluluğu da bize yetiyor"

Tıbbi Onkoloji Derneği Eski Başkanı **Prof. Dr. Ahmet Demirkazık,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Prof. Dr. Ahmet Demirkazık

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Sağlık Bakanlığınca Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) faaliyeti yürütülüyor. KETEM'ler yeni doğmuş ve yuvaya verilmiş bir çocuk gibi. Çok gayretliler, adeta yoktan var edildi ama henüz bunlar iş yapabilir durumda değiller. Murat (Tuncer) Hoca ile de konuştuk, tartıştık bunu. Bu da tüm dünyada böyledir, kurulduğu zaman çok iyi fonksiyonları olmaz. Sene başı yaptığımız bir toplantıda 80 adetti. Daha büyük hedefleri var.

Tarama konusunda yapılacaklar belli; kadınlarda mamografi, kendi kendine muayene yapılmalı. Mamografide de soru işaretleri biraz, biraz başladı; hangi yaşta ve ne sıklıkta yapılması gerektiği tartışılıyor. ABD standardı 40'tır. 40-50 yaş arasında maliyet etkinliği çok yüksek olan bir şey. 50'den sonra olması daha mantıklı görünüyor.

KETEM'lerin verimli hizmet sunabilmesi için dikkat edilmesi gereken unsurlar neler?
Orada radyologlar yok. Mamografi konusunda deneyimli radyologlar KETEM'de çalışan hekimlere, mamografi çekecek teknisyenlere hizmet içi eğitimlerinin yükselmesi için eğitim veriyorlar. Ama sayıları

"Erken tanı konusunda KETEM'lerin eğitimi mümkün hale gelirse yol alınabilir. KETEM'ler yeni doğmuş ve yuvaya verilmiş bir çocuk gibi. Bütün Türkiye tarama yapmaya gelecek olsa altından kalkamazlar"

yeterli değil. Zamanla olacak tabi. Bunların yeni sağlık sisteminde yerlerinin nasıl olacağından çok emin değilim. Birinci basamakta olması gerekir ama sağlık ocağı diye bir şey kalmadı. Aile hekimliği var. Aile hekimleri özel şirket gibi çalışan yerler. hekimler kendi kiralarını kendileri verecek vs. Sağlık ocağı içinde önce var olan toplum taraması, sağlık memuru, ebe-hemşireler, ana-çocuk sağlığı gibi birimler vardı. KETEM'leri bunun neresine koyacaklar, ben anlamadım. Aile hekimliğiyle KETEM'in bir alakası yok. Bağımsız gidecek gibi duruyor.

Türkiye'de kanser tanı ve tedavisine ilişkin yürütülen hizmet politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bakanlığın çok iyi yürüttüğü tütün karşıtı kampanya var, yine beslenmeye yönelik çalışmaları var. Erken tanı konusunda KETEM'lerin eğitimi mümkün hale gelirse yol alınabilir. KETEM'lerin bunu yapacak gücü yok. Bütün Türkiye tarama yapmaya gelecek olsa altından kalkamazlar. Bizim işimiz ne? Tedavi. Kanser tedavisi için Türkiye'de çok sayıda merkez var. Tıbbi onkolog sayısı 2012 sonunda 350'yi bulacak. 2015'te 500'e yaklaşacak. Bu, oldukça iyi bir rakam. Tıbbi onkolog sayısı çok iyi düzeye gelmiş olacak. Eğitim olarak da Tıbbi Onkoloji Derneği olarak, farklı yerlerde çok sayıda eğitim merkez ortaya çıktığı için onlara standart bir eğitim verebilmek için geniş kapsamlı bir temel çalışmamız var.

Branşınızda hekim sayısı ve eğitim konusunda sıkıntı yaşamıyorsunuz. Çalışma hayatında yaşanan sorunlar neler?

Tıbbi onkologlar herhangi bir küçük devlet hastanesinde hizmet vermemelidir. Biz bunu Sağlık Bakanlığı ile henüz görüşmedik ama düşüncemizi biliyorlar. TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl ile 6 yan dal uzmanlık derneği ile birlikte görüştük. Kendisi de kanun değişikliği gerektiği için uygulamayı kaldıramayacaklarını, uzmana ihtiyaç duyduklarını ifade etti. O halde yer seçimi konusunda düzenleme yapılmalı. Tıbbi onkoloji uzmanları ya da dahiliyenin diğer yan dal uzmanları da herhangi bir devlet hastanesinde, birinci basamak gibi hizmet vermemeli. Eğitim hastanelerinde, üniversitelerde, tam teşekküllü yerlerde görev yapmalı. Tıbbi onkoloji uzmanı, radyasyon onkoloğunun, onkolojik cerrahi yapabilen cerrahların ve iyi ameliyathanelerin olduğu yerlerde olmalı. İyi düzeyde hizmet oralarda verilebilir. Bakanlık da bunun farkında. Şu anda hastalarımız Türkiye'nin pek çok yerinde tıbbi onkolog, radyasyon onkoloğuna kolaylıkla ulaşabiliyor. İlaç açısından da bir sıkıntı zaten yok. Dünyanın herhangi bir yerinde, daha çok batı kökenli tabi, kanser tedavisinde etkililiği ispatlanmış ilaçlar Türkiye'ye rahatlıkla giriyor; biz de bunları rahatlıkla kullanıyoruz. Bulunamayan ilaçları da yurt dışından getirtebiliyoruz.



Kanser tedavisinde ne durumdayız? Tedavinin başarı şansı ne kadar?

Kanserde tüm yöntemler kullanıldığında, radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi olmak üzere bunlar temel üç yöntemdir; ama radyoretapi ve cerrahi bölgesel tedavi yöntemidir, kemoterapi tepeden tırnağa yayılan ilaç tedavisidir, biz buna sistemik tedavi diyoruz. Kanser sistemik bir tedavidir. Bölgesel tedavi yöntemlerinin teknoloji temelli ilerlemesi erken evre kanserlerde hastaya daha az zarar verici, daha etkili yöntemlerin ortaya çıkmasını sağlar. Ama tıbbi onkolojideki, yani ilaç tedavisindeki gelişmeler şifa oranındaki artışın asıl nedeni olacaktır. Çünkü ileri evrelerde bölgesel tedaviler pek bir işe yaramaz. Kemoterapi de bir işe yarayamayabiliyor. Bu üç tedaviyi bir arada kullandığınızda tüm hastalarda yüzde 40 şifa şansı vardır. Daha kötümser bakacak olursak; yüzde 40 değil de 33 olsun. Yani hastaların üçte biri kanser tedavilerinde şifaya kavuşur. Şifaya kavuşamasa bile bu tedavilerle yaşama süresinde uzama elde edilir. Geri kalan üçte birde tüm yöntemleri kullansak da belirli bir yaşama süresi sağlayamayız. Zarar vermeyelim yeter. Kaliteli yaşam süresinin olması önemli. 6 ay yaşaması öngörülen hastanın bir yıl boyunca hastanede kalarak yaşaması kalite değil. Hastanın kendi evinde, çevresinde, yan etkilerden bağımsız uzun yaşaması önemli.

Kanser henüz tedavisi kesin olarak bulunabilmiş bir hastalık değil. Hastalarınız ölüyor ya da ölüm riski yüksek hastaları iyileştirmeye çalışıyorsunuz. Tıbbi onkolog olmak yaşam algınızı nasıl etkiliyor? Depresif oluyor musunuz?

Tıbbi onkologlar tükenmişlik sendromu açısından üst sıralarda yer alırlar. Bir süre sonra hastayı kaybediyorsunuz. Bunu bilerek isteyip seçenler gelmeli. Hiçbir tedavi şansı olmayan bundan 50 sene öncesini düşünün. Kemoterapinin gelişmesi, bir takım ilaçların şifa şansı tanıması 2. Dünya Savaşından sonra zaten. Öyle bir şeyin içindesiniz ki, bu gelişmeye hem şahit oluyorsunuz, hem de katkınız oluyor ve hiçbir şifa şansı olmayan hastalara şifa verebiliyorsunuz. Onun mutluluğu da bize yetiyor; diğer taraftaki götürülerini karşılıyor. Başka bir branştaki hocamız şöyle demişti: "Sizin öte dünyada yeriniz yok, siz Allah'ın yazdığı kaderi değiştiriyorsunuz." Büyük başarılar elde edilemiyor bazı tümörlerde maalesef ama birçok kanserde ilaç tedavileri 50 sene öncesine göre çok iyi durumda.

"Kanser de kronik bir hastalık olma yolunda"

Önümüzdeki beş yıl içinde kanser tedavisinde çok büyük başarı sağlanacağına inanan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Osman İlhan, kanser tedavisinde de hedeflenmiş tedavinin önemine dikkat çekiyor

Kanser tedavisine yaklaşımını anlatan **Prof. Dr. Osman İlhan**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Hematoloji-onkoloji alanında tedavi olanaklarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Özellikle bu alandaki tedaviler yüz güldürücü. Bunlar neler? Birinci sırada lenfomalar, ikinci sırada lösemiler ve üçüncü sırada da myeloma hastalığını sayabiliriz.

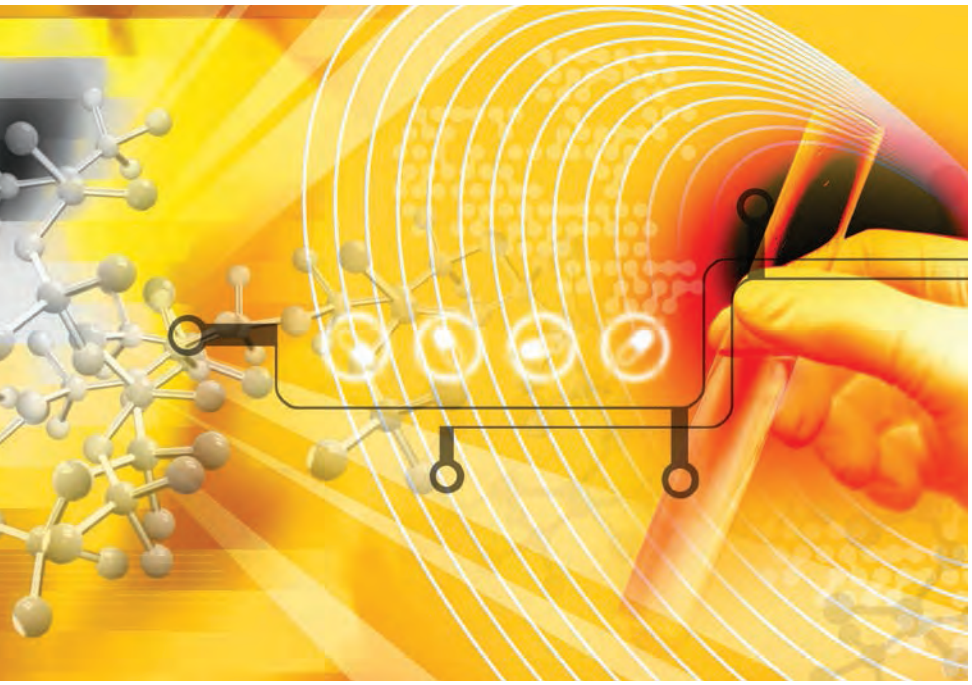
Lenfomalarda tedavi başarısı nedir?
Gerçekten lenfomalarda bugün Türkiye'de yılda 15 bin civarında yeni hasta bekliyoruz. Özellikle erken tanı çok önemli. Türk Hematoloji Derneği bu konuda farkındalık yarattı biliyorsunuz. Özellikle lenf bezlerinin sürekli olarak büyümesi ve düzelmemesi lenfoma açısından hastalarımızı daha dikkatli olmaya sevk etti.

33 yıllık meslek hayatımda hastalarıma eskiden lenfoma tanısı koyar koymaz tedaviye başlıyordum. Oysaki bugün, yavaş seyirli hodgkin dışı lenfomalarda "bekle-gör" politikası yapıyoruz. Hatta benim hastalarım, "Hocam niye tedavi yapmıyorsunuz, göz göre göre bekliyorsunuz, hatta 'kanser olmaktan korkma, geç kalmaktan kork' diyorsunuz ama ben lenfoma hastasıyım, beni takip ediyorsunuz. Bunun hikmeti sebebi nedir?" diye sorduğunda özellikle yavaş lenfomalarda kemoterapilerin etkili olmadığını, hatta vermiş olduğumuz kemoterapinin, lenfoma hücresini değil de normal hücreyi öldürdüğünü söylüyoruz. Bu da bağışıklığı bozarak hastamızın yaşam kalitesini düşürüyor. Yani düşük seyirli hodgkin dışı lenfomalarda kemoterapiye erken dönemde başlamak iyi değil, kötü bir şey. Bu büyük bir gelişme. Bazı hastalarıma, yüzde 12 civarında, bu tip lenfomaların kendiliğinden düzeleceğini söylüyorum, bu da hastaları motive ediyor. Buna karşılık yüksek riskli hodgkin dışı lenfomada ise, çok hızlı tedavi gerekiyor. Hatta sonunda kök hücre nakli yapmak gerekiyor.


Prof. Dr. Osman İlhan

Peki, lenfomada en büyük gelişme nedir?
Birinci sıradaki gelişme, CD20 adını verdiğimiz, lenfosit özelliği olan hodgkin dışı lenfomada geliştirilen ilacın etkinliğidir. Obama Başkan olduğu zaman sağlık reformuna ilişkin şu lafı demiştir: Hedeflenmiş tedavi. Bir, kemoterapi yaparken kanser olduğunu düşündüğümüz hücreye karşı bunu yapıyoruz, oysa normal hücre de bundan etkileniyor. Demek ki bizim vereceğimiz tedavi spesifik, hastalığa özgü olması lazım. İşte hedeflenmiş tedavi.

İkinci sırada da kök hücre nakli yapmaktır. Örnek verelim, bir hastaya kemoterapi yaptığınız anda belli oranda başarı sağlarsınız. Ama geri kalan kanser hücresini yok etmek için yüksek doz verdiğiniz takdirde maalesef hastanın kemik iliği bozulur. O zaman ne yapmak gerekir? İşte Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi önderliğinde 20 yıl önce başlayan uygulama ile nakil öncesinde hastanın kendi kanından aferez yöntemiyle kök hücre alınıyor. Bugün Türkiye'de 40 kadar aferez merkezi Sağlık Bakanlığınca ruhsatlıdır. Biz bu hastanın kendi kanından almış olduğumuz



kök hücreyi donduruyoruz, daha sonra çok yüksek dozda ilaç vererek o lenf bezini yok etmeye çalışıyoruz. bu arada yüksek doz kemik iliğini bozuyor demiştik, ama en büyük avantaj ne, devrim olan; daha önce almış olduğumuz kök hücresini verdiğiniz anda o gidip yerine oturuyor ve en fazla 3 haftada sonuç veriyor. Bu da büyük bir gelişmedir. Bunun sonucu lenfomalarda büyük başarı elde edilmiştir.

Lösemi tedavisine ilişkin neler söylemek istersiniz?

Özellikle lösemilerde kronik myeloid lösemilerde (KML) belirli yaşlarda artan bir hastalıktır. Bundan dokuz yıl önceye kadar ortalama beş yıl yaşadığı için hasta, kardeşten kemik iliği nakli yapmak gerekiyordu ve bu nakilde maalesef yüzde 25'lere varan ölüm komplikasyonu söz konusuydu. 100 hastanın ancak 25'ine nakil yapıyorduk, bu 25 hastada da yüzde 25 ölüm oranından bahsediyorduk. Ama burada da Glivec isimli ilaç keşfedildi. Bu ilaç hastalar için 25 yıl daha yaşam süresi demek. 5 yıl yaşayan hastalık grubuna 25 yıl daha şans verebiliyorsunuz. İşte size hedeflenmiş tedavi. Bu beni çok mutlu ediyor.

Multiple myeloma hastalığına yaklaşımız nasıl?

Multiple myeloma hastalığı, tedavisi olmayan bir kemik iliği kanseri olup, kemik kırılması ve böbrek yetmezliği ile kendini gösteriyor. Bu hastalıkta üç yıllık bir yaşamdan bahsediyorsak, ilaç tedavisi ve hastanın kendi kanından kök hücre nakli yaparak şimdi artık on yıl üzerine kadar gidiyoruz. Bu da benim için çok olumlu bir sonuçtur. Bunların en güzel taraflarından biri de tedavinin geri ödeme kurumunca karşılanmasıdır.

Hasta bana soruyor: "Ben bu hastalıktan kurtulabilir miyim?" Cevabım, "Evet" oluyor. 33 yıllık meslek hayatımda her zaman bir olayın sebebini öğrenmeye çalıştım. Bir olayın sebebini bulabilirseniz sonuca doğru gidebilirsiniz. Özellikle kanserle ilgilenmemin sebebi hasta yaşı arttıkça ortaya çıkan bu kanserler maalesef tüm teknolojiye rağmen yüzde yüz düzelme sağlamıyor, bir müddet sonra da nüksediyorlar.

Bundan iki yıl önce farklı disiplinlerden arkadaşlarla beraber hücresel tedaviler derneğini kurduk. Burada amacımız hücre üreterek değişik hastalıkların tedavisinde yenilikler ortaya çıkarmak. KML, KLL, lenfoma, multiple myeloma gibi hastaları her gün tedavi ediyoruz. Ama son iki yıldır, dünya literatürüyle beraber benim bir görüşüm oldu; buna göre her organın bir kök hücresi olduğu ve her dokunun da bir kök hücresi olduğuna inanıyorum. Özellikle kanser olgularında bir organın kanserinin kanser kök hücresinden meydana geldiğini düşünüyoruz. Örneğin bir kanser dokusunda diyelim ki yüz milyon hücre var, bunun ancak yüz tanesi kanser kök hücresi. Biz kemoterapi yaptığımız anda bütün o kanser hücrelerini öldürüyoruz ama geride yüz tane kanser kök hücresi kalıyor. Bu kanser kök hücreleri anlaşıldı ki, kemoterapiye dirençliler; ışına da dirençliler. Bu bir yeni keşif.

Bugün 16 kanserin kök hücresi tıbben keşfedilmiştir. O zaman bunun ne faydası var? Artık biz hangi hücreye karşı ne tedavi yapmamız gerektiğini öğrendik. Yani duvarın arkasını görüyoruz.

Benim kişisel teorime göre; biz insandaki bağışıklık sistemi bozukluğunda biz bu kanser kök hücresini yok edemiyoruz. Bunun için bir hastanın kansere yol açan kök hücresini tespit edip dokudan alsak bunu dondursak, tüp içinde, hastaya yüksek doz ilaç uygulasak ve hastalığı yüzde 99 oranında geriletsek, daha sonra hastanın kendi kanından kök hücre alarak, savunma hücrelerini çoğaltsak, daha sonra bu lenfositleri, dondurduğumuz kanser kök hücresinin içinde muamele yapsak, ben inanıyorum ki, hastanın kendi bağışık hücreleri bu kanser hücresini doğrudan gördüğü zaman ona karşı mücadele imkanına kavuşacak. Bu lenfositleri hastanın kendisine aşı şeklinde ayda bir yapsak bana göre çok başarılı oluruz.

Ankara Tıp Fakültesi bünyesinde Ankara Tıp Kök Hücre Topluluğu (ANTKÖK) kurdunuz…

Bu öğrenci kulübünde amacımız, tıp öğrencilerinde farkındalık yaratmak. Bu öğrenci kulüplerini tüm Türkiye'ye yayarak ulusal öğrenci kök hücre konseyi oluşturuyoruz. 11-13 Şubat tarihleri arasında da 1. Ulusal Kök Hücre Kongresi var. Bir başka konu da, Türkiye'de ilk defa Ankara Üniversitesi Kök Hücre Enstitüsü açıldı. Kanser aşısı üretmek gibi bir amacımız var.

Son olarak ne söylemek istersiniz?

Ben inanıyorum ki, önümüzdeki beş yıl içinde kanser tedavisinde çok büyük bir başarı sağlanacak. Bence kanser de kronik bir hastalık olacak. ■

"Bugün 16 kanserin kök hücresi tıbben keşfedilmiştir. Artık biz hangi hücreye karşı ne tedavi yapmamız gerektiğini öğrendik. Yani duvarın arkasını görüyoruz"

Türkiye'nin sağlığına kalbini verenler...



Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2011

Sağlık Gönüllüleri, Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri'ne aday olacak projeleri son başvuru tarihi olan 30 Mart 2011 tarihine kadar beklemektedir.

Bu yıl için belirlenen ödül teması **KANSER** olacaktır. Kanserin erken teşhis ve etkin tedavisini destekleyen tüm hizmet, eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları ödül için başvurabilecektir.

Saygılarımızla

Oğuz Engiz / Sağlık Gönüllüleri Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2010 sahiplerini buldu.

Türk Böbrek Vakfı
Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Olarak

İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Merkezi
Sağlığa En Fazla Katkıda Bulunan Kişi Olarak

Astellas Pharma Turkey
Sosyal Sorumlulukların En İyi yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Olarak

Organ Nakli Koordinatörleri Derneği
Ülkemizde Organ Bağışı ve Nakli Konusunda Göstermiş Oldukları Yüksek Performans İle

Ferhat Boratav, CNN Türk Televizyonu Genel Yayın Danışmanı
Ülkemizde Toplumun Organ Bağışı ve Nakli Konusunda Bilinçlendirilmesi için Göstermiş Oldukları Toplumsal Sorumluluk İle

Doç. Dr. İrfan Şencan, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ülkemizde Organ Nakli Hizmetleri'nin Kurumsal Gelişimi için Vermiş Oldukları Destek İçin

Ödüle Layık Görülmüşlerdir.

Türkiye'ninKalbi
Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri 2008

Sağlık Gönüllüleri | Kuleli Sokak No: 57/1, G.O.P, ANKARA | T 312 446 91 14 F 312 446 91 17 | www.saglikgonulluleri.org | info@saglikgonulluleri.org

Radyoloji, kanserle savaşta klinisyenlere yeni ufuklar açıyor

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünün yılda dokuz bine yakın poliklinik sayısı olan radyasyon onkolojisi biriminde, yaklaşık iki bin iki yüz hastaya radyoterapi uygulanıyor

Hacettepe Üniversitesi (H.Ü.) Onkoloji Enstitüsü Müdürü **Prof. Dr. Emin Kansu,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sağlık sektörü açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?

Ülkemizde kanser tedavisine yönelik hizmetler devlet üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde, kamu hastaneleri ile özel tıp fakültelerinde onkoloji alanında yan dal uzmanlığını tamamlamış onkologlar ve/veya öğretim üye ve elemanları tarafından verilmektedir. Kanser tedavisi cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve gerektiğinde biyoterapi gibi multi-disipliner bir yaklaşım gerektiğinden bu bölümleri içeren tam teşkilatlı sağlık kurumlarında yapılma zorunluluğu vardır. Halen ülkemizde hizmet veren kapsamlı kamu ve özel sağlık kuruluşları bu açıdan oldukça yeterlidir Kanser hastaları tanı ve tedavileri için bu tür kurumlara ve hizmete ulaşabilmektedirler. İstanbul, İzmir, Adana, Ankara ve Kayseri gibi büyük şehirlerde devlet üniversitelerindeki kapsamlı kanser merkezleri dışında kaliteli hizmet veren özel tıp merkezleri de mevcuttur. Bu özel merkezlerde de tam zamanlı ve/veya yarı-zamanlı uzmanlar ile kanser tedavisinde deneyimli öğretim üyeleri çağdaş hizmet vermektedirler.


Prof. Dr. Emin Kansu

Halen bir hizmet açığından söz etmek mümkün değildir, ancak ülkemizde 300'e yakın medikal onkoloji ve 65'in üzerinde pediatrik onkoloji uzmanı mevcuttur. Bu sayıların yeni açılacak eğitim kurumlarının katkıları ile önümüzdeki yıllarda artmasını beklemekteyiz.

Görüntüleme cihazları konusunda hastanelerin ve kullanıcı personelin eksiklikleri neler? Kamu ve özel sağlık sektörü hastanelerinin cihaz donanımı yeterli düzeyde mi?

Son 25 yıldaki teknolojik gelişmeler sonucunda görüntüleme yöntemleri çok gelişmiştir. Direkt grafi, anjiyografi gibi konvansiyonel görüntüleme yöntemlerine ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi yöntemler eklenmiştir. Film çekimine dayanan radyolojinin yerini dijital radyoloji almaktadır.

Ülkemiz, Ortadoğu ülkeleri ve Balkan ülkeleri arasında radyoloji alanında cihaz ve uzman doktor açısından önde giden bir ülkedir. Birçok cihaz firmasının bölge temsilcilikleri ülkemizde bulunmaktadır.

Ülkemizde, yaklaşık 3 bin radyoloji uzmanı bulunmaktadır. Radyoloji, tıpta uzmanlık sınavında en çok





"Kanser tedavisi cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve gerektiğinde biyoterapi gibi multi-disipliner bir yaklaşım gerektirir. Halen ülkemizde hizmet veren kapsamlı kamu ve özel sağlık kuruluşları bu açıdan oldukça yeterli"

tercih edilen branşların başında gelmektedir. Türk Radyoloji Derneğinin yanı sıra diğer radyoloji dernekleri ulusal ve uluslararası kongre ve kurslar düzenleyerek hizmet içi eğitim yapmaktadır. Bu şekilde, radyologların eksiklikleri giderilmeye çalışılmakta ve yurt çapında nitelikli sağlık hizmetinin verilmesi amaçlanmaktadır.

Enstitünüzde akademik personel, eğitimde kullanılan araç-gereç, tıbbi cihaz eksiğiniz var mı? Akademik personel araştırmalara yeterli zaman ayırabiliyor mu?

1982 yılında 2547 sayılı YÖK Yasası ile ülkemizde kurulan onkoloji enstitülerinde temel onkoloji, klinik onkoloji ve prevantif onkoloji anabilim dalları ile onlara bağlı bilim dallarının yer alması sonucu onkolojinin tanımı, kapsamı, işlevleri ve misyonu daha çağdaş hale gelmiştir.

H.Ü. Onkoloji Enstitüsünde temel onkoloji, klinik onkoloji ve prevantif onkoloji olmak üzere üç anabilim dalı bulunmaktadır. Temel onkoloji anabilim dalımızda kanser etyolojisi, kanser genetiği, tümör biyolojisi ve immünolojisi, tümör patolojisi ve deneysel onkoloji bilim dalları bulunmaktadır. Temel onkoloji anabilim dallarındaki programlar, tıp doktorları, medikal onkoloji, pediatrik onkoloji, hematoloji, radyasyon onkolojisi, patoloji, eczacılık, kimya, medikal ve moleküler biyoloji alanlarında uzmanlık eğitimi almakta olan genç akademisyenlere yeni ufuklar ve çok önemli kazanımlar sağlamaktadır.

"Ortadoğu ülkeleri ve Balkan ülkeleri arasında radyoloji alanında cihaz ve uzman doktor açısından önde giden bir ülkeyiz. Birçok cihaz firmasının bölge temsilcilikleri ülkemizde bulunmaktadır"

Klinik onkoloji anabilim dalında medikal onkoloji, pediatrik onkoloji ve radyasyon fiziği bilim dalları görev yapmaktadır.

Teknolojik donanım ve sunulan hizmetlere ilişkin bilgi verebilir misiniz?

Onkoloji Enstitüsümüzün onkoloji hastalarına hizmet veren ayaktan tedavi veren medikal ve pediatrik onkoloji üniteleri, modern imkanlarla donatılmış radyasyon onkolojisi anabilim dalı, nükleer tıp ve radyoloji üniteleri ile çok kapsamlı poliklinik hizmet bölümlerimiz mevcuttur. 2002 yılı sonrasında hizmete giren 140 yataklı onkoloji hastanesi ile H.Ü.Onkoloji Enstitüsü ülkemizde en geniş fiziksel imkanlara ve modern donanıma sahip örnek bir kurum olarak hizmet vermektedir. H.Ü.Onkoloji Enstitüsü ve Onkoloji Hastanesinde halen 40'dan fazla öğretim üye ve elemanı ile 120'yi aşkın personel hizmet vermektedir.

Medikal Onkoloji'de haftada 350–400 hastaya poliklinik hizmeti sunulmaktadır. Modern imkanlara sahip 34 toplam yatak ile çalışan "*Gündüz Tedavi Ünite*"mizde günde 75 ila 110 hastaya ayaktan kemoterapi, biyoterapi ve destek tedavileri verilmektedir.

2010 yılında hizmete açılan yeni üniteleri ile radyasyon onkoloji anabilim dalımızda altı adet Linear Accelerator, Cyberknife, Brakiterapi, BT Simulatör, 3-Boyutlu Planlama, Stereotaksik Planlama gibi modern planlama sistemleri mevcuttur. Yılda 9000 kadar poliklinik sayısı olan radyasyon onkolojisinde 2000–2200 hastaya radyoterapi uygulanmaktadır.

Kök hücre nakli ünitemizde hematolojik malignansi tanısı olan hastalara yılda 40–45 kadar otolog ve allojenik hematopoietik kök hücre nakli yapılmaktadır.

Kanser hastalarımızın tedavilerinde geleneksel olarak cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yaklaşımları uygulanırken son yıllarda bu listeye biyoterapi ve hedeflenmiş tedaviler eklenmiştir. Kanser hücrelerinin analizi, moleküler biyolojilerinin daha iyi anlaşılmaya başlanması ve moleküler onkolojinin hızla gelişmesi sonucunda tümör hücrelerinin oluşmasına yol açan bazı "özgül" moleküller tanımlanmaya başlanmıştır. Bu moleküllerin karsinogenez, kanserin gelişimi ve metastazdaki önemleri belirlendikten sonra bu yapıları da "özgül" olarak *"hedefleyen-targeted"* yeni biyolojik ilaçların da geliştirilmeye başlandığını memnuniyetle görmekteyiz.

Yurtdışında önemli onkoloji merkezleri ile ortak gelişim projeleriniz var mı?

H.Ü. Onkoloji Enstitüsü olarak özellikle uluslararası kemoterapi ve biyoterapi protokollerini Avrupa Birliği ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada ile ortak yürütmekteyiz. Enstitümüzdeki öğretim üye ve elemanları meme, baş-boyun, mide-bağırsak ve kan kanserleri ile pediatrik kanserlerde yürütülen çok-merkezli çalışmalarda önemli bilimsel katkılarda bulunmaktadırlar. Kanser tedavisinde monoklonal antikorlar kullanarak daha etkili tedavi yöntemlerin geliştirilmesi amacıyla klinik onkoloji anabilim dalı, temel onkoloji anabilim dalı ve Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi ile işbirliği yaparak araştırmalar yürütmektedir. ■

Erken teşhiste radyolojinin önemi giderek artıyor

"Yakın gelecekte daha özgün tanı verisi sağlayan cihazlarla tanışacağız. "Moleküler" düzeyde görüntüler üretilerek, kanser odaklarının çok daha erken süreçte tanımlanabilmesi, sürdürülen araştırmalar arasında önemli bir yer tutuyor"

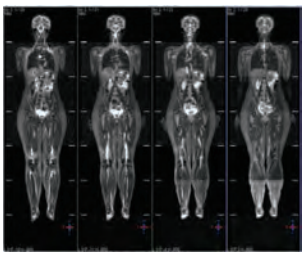
Medicana International Ankara Hastanesi Radyoloji Bölüm Başkanı **Prof. Dr. Barış Diren,** kanserin erken teşhisinde en objektif yöntem olarak kabul edilen tıbbi görüntüleme tekniklerinin rolünü hospitalmanager için kaleme aldı.

Teknolojik gelişmeler bir yandan insan sağlığını kötü yönde etkilerken, bir yandan da tıp dünyasına yeni ve ileri uygulamalar kazandırıyor. Çağımızın en önemli sağlık sorunları arasında süratle üst sıralara tırmanan kanserin nedenlerine yönelik araştırmalar sürdürülürken başarılı tedavi uygulamaları için "**erken teşhis**"in önemi de her geçen gün artıyor. Kanserin erken teşhisinde birçok laboratuvar yöntemlerinden yararlanılırken en objektif yöntem olarak kabul edilen tıbbi görüntüleme tekniklerinin rolü ise giderek artıyor.

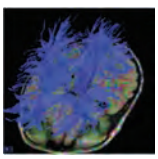
Yüz yılı aşkındır tıp dünyasında kullandığımız radyolojik görüntüleme yöntemlerinin bilgisayar teknolojisi ile birleşmesi sonucu geliştirilmiş olan **bilgisayarlı tomografi (BT)**, özellikle akciğer kanserlerinin teşhisi ve evrelendirilmesinde günümüzde "altın standart" özelliğini sürdürüyor. Özellikle son yıllarda BT teknolojisinde kat edilen yeni gelişmelerin ürünü olan "**çok kesitli BT**" (Multi-directional computed tomography) teknolojisi ile sadece anatomik görüntüleme değil, ek olarak damarsal yapıları da gösteren katetersiz anjiografiler ve hastaya hiç bir girişime gerek duymadan "sanal bronkoskopi" uygulamalarını yapmak mümkün olmuştur. Yine bu cihazlarda kuşkulu akciğer nodüllerini izleyen özel yazılımlar kullanılabilmekte ve kanıta dayalı veriler ile etkin teşhis olanakları sunabilmektedir.


Prof. Dr. Barış Diren

80'li yıllarda tıp dünyasına kazandırılan bir diğer tıbbi görüntüleme yöntemi olan **Manyetik Rezonans (MR)** ise özellikle beyin tümörlerinin erken teşhisine yönelik büyük katkılar sağlamıştır. Yüksek doku kontrast çözümleme özelliği olan ve radyasyon kullanmadan sınırsızca kullanılabilen MR tekniği etkin teşhis gücü yanında hastalığın seyri ve tedavi yanıtlarının izlenebilmesinde de büyük yararlar sağlamıştır. MR cihazları; görüntü oluştururken dokunun yapısal özelliklerini gösteren bir teknolojik özelliğe sahiptir. Bu özelliği sayesinde "**MR spektroskopi**" adı verilen bir inceleme yöntemi sayesinde beyin dokusu içindeki değişikliklerin tümöral bir yapıya mı yoksa başka patolojik süreçlere mi ait olduğunu kesin veriler ile ayırt edebilmektedir.



Beyindeki nörolojik yollar görüntüleniyor



Yine MR cihazları ile beyin dokusunun ultra-strüktürel görüntülemesi yapılabilmekte, bu sayede örneğin beyindeki nörolojik yolları görüntülemek mümkün olabilmektedir.

"**Fiber tractography**" adı verilen bu yeni ve ileri uygulama ile özellikle beyin sapında gelişen tümörlere emniyetli cerrahi yaklaşımda bulunulabilmektedir. MR teknolojisinde elde olunan pek çok yeni gelişme özellikle beyin tümörlerinin teşhisi yanında emniyetli cerrahi girişimlere de yardımcı olabilmektedir. Örneğin, "**fonksiyonel MR**" adı verilen bir teknik ile beyindeki birçok merkez fonksiyonel özellikleri ile görüntülenebilmekte ve cerrahi girişimler sırasında istenmeyen hasarların oluşması önlenebilmektedir.

Tıbbi görüntüleme teknolojisindeki gelişim, baş döndürücü bir hızla devam etmektedir. Yakın gelecekte daha özgün tanı verisi sağlayan cihazlarla tanışmamız beklenmelidir. Yine bu gelişmelerin, "**moleküler**" düzeyde görüntüler üreterek, kanser odaklarını çok daha erken süreçte tanımlayabilmesi sürdürülen araştırmalar arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Erken teşhiste radyolog kadar teknoloji de önemli

"Erken teşhiste radyologun deneyimi kadar son teknolojik mamografi cihazının kalitesi önemli rol oynamaktadır. Son altı yıldır kullanmakta olduğumuz digital mammografiye ek olarak geçtiğimiz yıldan bu yana tomosentez cihazını da rutin olarak uygulamaya koyduk"

Radyoloji uzmanı **Dr. Levent Kuşçu,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Meme kanseri görülme sıklığı nedir?
Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Her sekiz kadından birine meme kanseri tanısı konmaktadır. Türkiye'de kadınlar arasında saptanan her dört kanserden biri meme kanseridir.

Bu hastalık nasıl tespit ediliyor?
İleri evre meme kanseri hastanın kendisi tarafından fark edilebilir. Erken evre meme kanserleri ise genellikle sadece tarama mammografilerinde bulunur. Meme kanseri erken evrede teşhis edilirse hastanın yaşam süresini, kalitesini ve memeyi koruyarak tedavi edebilme şansını vermektedir. Erken evre ile kastettiğimiz kanserler evre 0 olarak adlandırılır ve 1 cm'den küçük kanserlerdir. Meme kanseri ilk olarak metastazını koltukaltı lenf bezlerine yapar. Evre 0 kanserde metastaz oranı yüzde 5'in altında olmasına karşın evre 1 kanserde (1 - 1.5 cm arası kanserler) oran yüzde 10-15, evre 2 kanserde (2 cm boyutundaki kanserler) bu oran yüzde 80'i bulmaktadır. Tümörün çapı, koltukaltı lenf bezlerine yayılımı hastalığın gidişatını ve tedavi seçimini buna bağlı olarak da hastanın yaşam süresini ve kalitesini doğrudan etkiler. Bu nedenle tarama amaçlı mammografilerde radyologun birinci görevi evre 0 en geç olarak da evre 1 seviyesindeki kanserleri yakalamaktır. Evre 0 düzeyindeki kanserler elle muayene ile tespit edilemediğinden dolayı radyolog tarafından mammografi ve gerekli görüldüğü ultrasonografi ile birlikte tespit edilebilmektedir. Erken teşhiste radyologun deneyimi kadar son teknolojik mamografi cihazının kalitesi önemli rol oynamaktadır.

Son teknolojik cihazlardan neleri kastediyorsunuz?
Son altı yıldır kullanmakta olduğumuz digital mammografiye ek olarak geçtiğimiz yıldan bu yana tomosentez cihazını da rutin olarak uygulamaya koyduk. Tomosentez cihazı, süperpozisyona bağlı olan yalancı görünümleri ayırt etmede ve dens memelerde erken evrede gizlenen kanserleri yakalama şansı vermektedir. Digital mammografi sayesinde eski sistem mammografilerde (analog mammografi) alınan radyasyon dozu yüzde 40 oranında azaltılmıştır. Değerlendirme için filme olan bağımlılığı ortadan kaldırmış ve tüm görüntüler dijital ortamda saklanabildiği için kaybolma ya da bozulma olasılığı yoktur.

Bu kontrollere ne zaman başlanmalı ve ne sıklıkta tekrar edilmelidir?
Meme kanseri 50 yaş üstünde daha sık görülmekte ve risk yaşla birlikte artmaktadır. Ancak 40'lı yaşlarda da meme kanseri sık görülmekte ve bu yaşta ortaya çıkan meme kanserleri endojen östrojen hormonları nedeni ile daha hızlı seyretmektedir. Bundan dolayı mammografik taramalara 40 yaşında başlanmalı ve yılda bir kez tekrarlanmalıdır. 35-40 yaş arasında bir kereye mahsus olmak üzere baseline mammografi çektirilmesi ileriki dönemde hastamıza konulacak teşhislerde referans olacak ve gereksiz biyopsilerden koruyacaktır.

Meme kanserinde risk faktörleri nelerdir?
Meme kanseri için en önemli risk kadın olmaktır. Erkeklerde meme kanseri görülme sıklığı kadınlara nazaran 100 kat azdır. Aile de meme kanseri öyküsü bulunması da en önemli risk faktörlerindendir. Özellikle kendisinde meme kanseri olanlar, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunması, göğüs ya da boyun bölgesinden radyoterapi almış olanlar, geçirilmiş meme biyopsilerinde atipik duktal hiperplazi, lobüler intraepitelial hiperplazi sonuçlarının varlığı, over kanserli hastalar ve tiroid kanseri nedeni ile radyoaktif iyot tedavisi gören hastalar daha yüksek risk grubundadır.


Dr. Levent Kuşçu

Radyoterapide son gelişmeler

"Son on yılda bilgisayar teknolojisinde kaydedilen gelişmeler özellikle tıp alanında devrim yarattı. Bu gelişmeler en fazla hastalıkların tanısında ve kanser tedavisinde tıbbın hizmetine girdi ve kanserli hastalarda kür oranlarının ciddi şekilde artışını sağladı"

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof. Dr. Ferah Yıldız,** hospitalmanager'e radyoterapideki son gelişmeleri anlattı.

"Son yıllarda özellikle prostat kanseri için geliştirilen düşük doz hızında ışın veren radyoaktif kaynaklar ile kanserli dokunun yavaş ve uzun süreli ışınlanması sağlanmaktadır"

Radyoterapi nedir?
Halk arasında ışın/şua tedavisi denilen radyoterapi kanserli dokuların iyonizan radyasyonla tedavisi anlama gelmektedir. Kanser tedavisinde sıklıkla cerrahi ve kemoterapi ile birlikte kullanılmasına karşın özellikle cilt kanserleri, rahim ağzı kanseri gibi olgularda tek başına kullanım alanları da mevcuttur.

Peki, radyasyon nedir?
Radyasyon parçacık demetleri ve dalgalar yolu ile taşınan özel bir enerji tipidir. Radyoaktif kaynaklardan ya da lineer akseleratör gibi özel cihazlardan elde edilir. Günümüzde gerek kanserli hastalarda tanı ve hastalığın yaygınlığını tespit etmede, gerekse kanser tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Radyoterapi uygulamaları beden dışından, 80-100 cm mesafeden, (eksternal radyoterapi) yapılabildiği gibi, beden içine yerleştirilen özel radyoaktif kaynaklarla içten tedavi (brakiterapi) şeklinde de olabilir. Brakiterapi uygulamaları genelde jinekolojik tümörlerde olduğu gibi içinde boşluk ihtiva eden organların tümörlerinde boşluk içine yerleştirilen radyoaktif kaynaklarla, prostat kanseri gibi tümörlerde ise kanserli doku içine yerleştirilen özel radyoaktif iğnelerle veya sidlerle yapılmaktadır. Brakiterapinin en önemli özelliği tümör içeren organa yüksek doz verirken, radyoaktif kaynaktan uzaklaştıkça dozun hızlı düşmesi nedeni ile çevre normal dokuların yüksek oranda korunmasının mümkün olmasıdır.

Eksternal radyoterapi, radyoterapi uzmanının, hastanın ve hastalığın durumuna göre planladığı tedavinin Co-60 veya Lineer Akseleratör (Linac) cihazları ile, hastaya dışarıdan ve belli bir mesafeden uygulanması esasına dayanır. Genelde verilecek radyasyonun toplam dozu günlük küçük ve eşit dozlara bölünerek haftanın 5 günü uygulanır. Tedavi süresi 1 günden 8 haftaya kadar değişebilen uygulamalar mevcuttur.



Eksternal radyoterapide foton olarak ta adlandırılan X ve gamma ışınları ve elektron demetleri kullanılır. Kullanılan ışın demetinin enerjisi arttıkça, ışın dokunun daha derinlerine nüfuz eder.

Radyoterapide son yıllarda nasıl gelişmeler yaşandı?
Son on yılda bilgisayar teknolojisinde kaydedilen gelişmeler özellikle tıp alanında devrimlerin yaşanmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler en fazla hastalıkların tanısında ve kanser tedavisinde tıbbın hizmetine girmiş ve kanserli hastalarda kür oranlarının ciddi şekilde artışını sağlamıştır.

Günümüzde radyoterapide Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), PET/BT gibi görüntüleme yöntemlerinin de yardımı ile üç boyutlu planlama yapılmakta ve hastaya ve tümöre özel tedavi mümkün olmaktadır.

Eksternal radyoterapide hangi gelişmeler yaşandı?
Eksternal tedavide ilk devrim iki boyutlu planlamadan üç boyutlu konformal radyoterapiye geçişle yaşanmıştır. Bu planlamada genelde önce hastanın tedavi pozisyonunda BT filmi çekilmekte, BT kesitleri üzerinde tümör ve çevre normal dokular işaretlenerek bilgisayarlı tedavi planlama sistemleri ile hasta için en uygun tedavi planı oluşturulmaktadır. Ancak üç boyutlu konformal radyoterapide özellikle tümöre çok yakın yerleşimli normal dokuları korumak çok güçtür. Son yıllarda geliştirilen yoğunluk ayarlı radyoterapi (YART), görüntü kılavuzluğunda radyoterapi (IGRT) ve adaptif radyoterapi ile tümör ve tümör taşıma olasılığı yüksek dokulara etkin yüksek dozlar uygulanırken, çevre normal dokuların azami ölçüde korunması mümkün olmaktadır.

YART ile özellikle baş-boyun bölgesi tümörleri, beyin tümörleri ve prostat kanseri gibi tümörlerin tedavisinde çevre normal dokuların daha iyi korunabilmesi ve tümöre yüksek dozlar verilebilmesi mümkün olmakta ve lokal kontrolü arttırma ve yan etkileri azaltma açısından önemli avantajlar sağlanmaktadır. YART tekniğinde çok dar emniyet sınırlarıyla yüksek doz ışınlama yapıldığından, tedavi alanındaki milimetrik yer değişimleri bile risk oluşturabilmektedir. IGRT radyasyon onkologlarına tümörleri daha iyi hedefleme ve tedavi sırasında takip etme olanağını sağlayan, kanser tedavilerinin etkinliğini ve hassaslığını arttırmak için tasarlanmış yeni bir teknolojidir ve tedavi edilecek alanın her gün görülerek, oluşabilecek organ hareketlerine uyarlanmasını sağlar.

IGRT ile her gün hastanın tedavi bölgesinin kesitsel olarak görüntüsü alınarak çevre organlardan ve tümörün hareketinden kaynaklanan yanlışlıklar düzeltilebilmekte ve her gün tümörün hassas bir şekilde ışınlanması sağlanabilmektedir.

Eksternal radyoterapide gelinen son nokta stereotaktik radyoterapi-radyo-cerrahidir (SRT-SRC). Bu teknolojide işaretlenmiş hedef hacime tek veya az sayıda fraksiyonlar halinde yüksek doz radyasyon uygulanmaktadır. SRT-SRC de özellikle 4 cm den küçük hedef hacimlerde doz dağılımında diğer radyoterapi tekniklerine göre ciddi avantajlar sağlanmaktadır.

Son yıllarda özellikle prostat kanseri için geliştirilen düşük doz hızında ışın veren radyoaktif kaynaklar ile kanserli dokunun yavaş ve uzun süreli ışınlanması sağlanmaktadır. Bu yöntemde radyoaktif sidler prostat dokusuna görüntüleme eşliğinde yerleştirilmekte ve bir daha çıkarılmamaktadır. Doku içine yerleştirilen sidler hasta günlük hayatına devam ederken prostat kanserinin tedavisini sağlamaktadır. ■

"Kansere ilişkin tıbbi kayıtlarımız yetersiz"

"Amerika'da uygulanan bir tedaviyi aynen uyguluyoruz. Aynı sonucu alıp almadığımızı bilmiyoruz. Örneğin bir bireyin meme kanseri olma riskini hesaplamaya yarayan GAİL modeli Türkiye'de hiçbir öneme sahip değil, hatta yanıltıyor"

Hekimlerin meme problemleri konusunda spesifikleşmesi gerektiğini belirten genel cerrahi uzmanı, meme ve endokrin cerrahisi uzmanı **Prof. Dr. Semih Aydıntuğ**, bu alanda yapılması gerekenleri hospitalmanager'e anlattı.

Meme kanseri neden artıyor?
Her 12 kadından biri hayatı boyunca meme kanseri ile karşılaşıyor. Batı dünyasından alınan bu rakam Türkiye için de geçerli. Bu oldukça yüksek bir kanser oranı.

Kadınlarda en sık görülen kanser, meme kanseridir. Meme kanseri, kanser dolayısıyla yaşanan ölümler sıralamasında kadınlarda ikinci sıradadır.

Bu kötü haberlere ilaveten daha da kötü olan, meme kanserinin son yıllarda genç yaşlara doğru kayması, hastalığın biyolojik davranışı hakkında yeterli bilgi sahibi olmamamız ve tedavi metodlarının giderek pahalılaşmasıdır.

Hiç iyi haber yok mu?
Var ama şimdilik yeterli görünmüyor. İyi haberler neler? Bir kere toplum bilincininin artması ile ve sağlık politikasını yönlendirenlerin işi ciddiye alması ile erken tanı oranı arttı. Bu da tedavisi mümkün bir hastalığı, daha kolay tedavi edilebilir hale getirdi. Pratik hayata yansıyan en önemli konu budur. Sansasyonel haber sayısı çok; yok, "aşı bulundu" yok, "genetik olarak kişiyi değiştirebiliyoruz" v.s. Bunların şu anda bilimsel değeri yok!

Meme kanseri 100 -150 yıl önce bu kadar sık değildi. Belki o zamanlar tanı çok geç konduğu için bu gerçek bir artış değil diye düşünebilirsiniz. Ama maalesef bilimsel verilere dayanan gerçek bir artış söz konusu. Peki ne oldu da bu hastalık gün geçtikçe artıyor. Bunun cevabı aslında basit. Düşünün; şişmanlık, diyabet, kalp hastalıkları artıyor. Demek ki yaşam şekli çok önemli.

Neleri yanlış yapıyoruz? Meme kanseri hem artıyor, hem de genç yaşlara kayıyor…

1- Doğurma yaşı giderek ileri yaşlara kayıyor. Optimal yaş olan 21 yaşta doğum yapanlar ve 6 aydan uzun süt verenler avantajlı,

2- Çok kötü besleniyoruz. Hayvansal yağları çok fazla tüketiyoruz. Balık yağını nerdeyse tamamen unuttuk. Obezite – şişmanlık menopoz sonrası meme kanseri ile ilişkili,

3- D vitamini düzeylerimiz çok düşük. Düşük D vitamini başta meme kanseri olmak üzere birçok kanserle ilişkili. Düşük D vitaminine karşı şu anda toplumun duyarlılığı maalesef düşük,



4- Alkol ve sigara tüketimi kadınlarda arttı. Bu olgu oksidatif stressin çok arttığı bir ortam yarattığı gibi, C vitamini, folik asit gibikoruyucu mikronütrientleri de vücutta azaltıyor,

5- Fizik egzersiz yapmıyoruz. Görünüşte her köşede bir spor kompleksi var ama "Aerobik spor" ne demek, kimse bilmiyor. Yorulmadan, terlemeden spor yapmanın sihirli yollarını arıyoruz,

6- Erken tanı imkânları çok arttığı halde bunlardan yeterince yararlanamıyoruz. Çünkü radyolojide standartları oturtamadık. Görüntüleme yöntemlerini ucuza mal etmek için hekimleri baskı altına alıyoruz. Eksik ve yanlış tanılarla karşılaşınca her zamanki gibi hekimlere suçu atıyoruz,

7- Sadece meme konusunda yetişmiş doktor sayısı çok az. Domuz gribi için Türkiye ve dünya ayağa kalktı, ama kronik olarak devam eden daha büyük ve ciddi bir problem için spesifik sağlık personeli (meme doktoru, radyolog, radyasyon onkoloğu, medikal onkolog, özel hemşire vs) için o derece çaba göstermiyoruz,

8- Tıbbi kayıtlarımız yetersiz. Ame-rika'da uygulanan bir tedaviyi aynen uyguluyoruz. Aynı sonucu alıp almadığımızı bilmiyoruz. Örneğin bir bireyin meme kanseri olma riskini hesaplamaya yarayan GAİL modeli (Komplike bir matematik formülü) Türkiye'de hiçbir öneme sahip değil hatta yanıltıyor. Standart tedaviler dışında daha yeni ve pahalı tedavi yöntemlerinin bizim halkımızdaki etkinliğini gösteren çalışmalar çok az. Amerikan ilaç endüstrisi ne emrederse onu yapıyoruz! ■

Radyasyon onkolojisinde nitelikli personel ihtiyacı artıyor

"Sağlık personeli konusunda, sayı olarak çıktığımızda yola çözüme ulaşmak kolay. Ama burada sıkıntı nitelikte ortaya çıkıyor. Nitelikli personele ihtiyacımız var"

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Başkanı **Prof. Dr. A. Faruk Zorlu,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Branşınızı nasıl tarif edersiniz?
Radyasyon onkoloğu, kanserli hastaların minimum yüzde 50'sinin bir şekilde kapısını çaldığı bir branştır. Bu açıdan oldukça önemlidir. Disiplin olarak kanser tedavisinde etkin rol oynayan ana dallardan bir tanesiyiz. Bu vesileyle de kanser tedavisinin bir ekip çalışması olduğunun altını çizmekte yarar görüyorum. Bu ekibin içinde cerrah, tıbbi onkolog, patolog, radyasyon onkoloğu, radyolog gibi disiplinler de bulunuyor. Tedavi sonuçları açısından bakıldığında tedavi sonuçlarını pozitif anlamda etkileyen unsur, bu ekibin uyumlu çalışmasıdır. Bu, çok önemli bir ayrıntı.


Prof. Dr. A. Faruk Zorlu

Kanser tanı ve tedavisinde görevli ekip ve sunduğu hizmetler ülkemizde yaygın ve yeterli seviyede mi?
Ekibin içindeki yetkin hekimlerin sayısı az. Multidisipliner eğitim terbiyesi almış hekim sayısı az; tek başına aldığınızda da majör branşları bir araya getireceğiniz hekim sayısı çok fazla değil. Türkiye'nin avantajı var; bundan 10 sene öncesine baktığınız zaman bugün, hekim sayısı olsun, cihaz sayısı olsun çok daha iyi noktadayız. Merkezi otoritenin yatırım kararları uygulamasının objektif sonuçlarına ulaştık sayılır. Daha önce özel sektör bu alanda öncüyken şimdi hem özel hem de kamu sektörü onkoloji alanına yatırım yapıyor. 10 yıl öncesine baktığımızda bu bir avantaj. Bundan bir 10 sene sonrasında da bazı olanaksızlıkların aşılacağını düşünüyorum.

Tıp fakültesi sayılarının arttırılması hekim sayısını arttırmaya çare olabilir mi?
Bu politik bir karar ki, yarar getireceğini sanmıyorum. Konuya Sağlık Bakanlığının bakışı farklı, öğretim üyelerinin bakışı farklı… Hekim sayısının artmasını tek başına baz almıyoruz; iyi eğitim almış hekimin niteliğinin ön plana çıktığını düşünüyoruz. Onkoloji konusunda eğitim verecek merkezlerin sayısının arttırılarak ve sayısı arttırılmış bu yerlerden de çok kişiyi çıkarmak uzun zaman içinde ülkeye yarar getirmez. Hatta multidisipliner çalışma alışkanlığı olan merkezlerde eğitim verilmesinde şiddetle yarar var. Onkolojik cerrahi ya

da radyasyon onkolojisi olmayan yerlerden tıbbi onkoloji uzmanının yetiştirilmemesi lazım.

Şu anda böyle bir uygulama var mı?
Var tabi. Çünkü insana ihtiyaç var. Sağlık Bakanlığına göre, sayısal olarak baktığımızda, ortada insan gücü açığı var ve bu açığın kapatılması lazım. Bu da sayısal olarak projekte ediliyor ve buna göre de işlem yapılıyor. Mesela, radyasyon onkolojisi merkezi kuruluyor; bu merkezi kurduğunuz yerde mutlaka kanser tedavisini destekleyecek gerek radyoloji, gerek patoloji gibi dalların olması lazım. Yine tıbbi onkoloji uzmanının olması lazım, bu uzmanların bir araya gelerek hastaya yönelik tartışmalar yapması lazım. Eğitimler bu şekilde olmalı. Siz dağın başına veya ufak bir ile merkez kurmaya çalışarak tedavi vermek isterseniz bu iş kağıt üzerinde kalır. Şu anda Türkiye'nin açmazı; insan gücü eksikliği, cihaz sayısı eksikliği. Bunlar kapanıyor. Kapanırken de yaşanacak ufak tefek sıkıntılar var, bunlara da hoşgörüyle bakılması lazım. Benim bu söylediklerim yapılan bu pozitif işi gölgelememeli. Daha iyiye gidişin ufak eleştirel tarafları olarak değerlendirilmeli.

Eğitim boyutunu gündeme getirirsek Derneğinizden söz etmemiz gerek. Faaliyetlerinizden kısaca bahseder misiniz?
Evet. Dernek olarak ana amacımız eğitim. Türkiye'deki radyasyon onkologlarına yönelik ciddi bir eğitim programımız var. Eğitimde standardizasyonu sağlamaya çalışıyoruz. Merkezler arasındaki eğitim, performans farklılaşmasına bağlı çıtayı ayrıştırmamaya çalışıyoruz. Gelişmiş teknolojilerin çok hızlı girmesine bağlı pratikteki bilgi eksikliğini gidermek için ciddi bir çabamız var. Dernek olarak meslektaşlarımıza yönelik hazırladığımız kurslar, kongreler, eğitim programları var; yurtdışına burslu öğrenci gönderiyoruz. Şu an 550'yi aşkın üyemiz var. Ama tüm üyelerimiz radyasyon onkoloğu değil. Bizim alanımızın ayrılmaz parçası olarak gördüğümüz fizik mühendisleri de üye olabiliyor. Onlar cihazların kalibrasyonundan sorumlular. Mutfakta işi kotaran meslek gruplarından biri de bu arkadaşlardır. Cihazları kullanan tekniker arkadaşlar için de ciddi bir eğitim programımız var. Şu anda yasal bir dayanağı yok ama dernek uzman arkadaşlara board sınavı yapar, bu sınavda başarılı olan arkadaşlara başarı belgesi verir. Biz bunun derneklerce bütün disiplinlerde yapılıyor olmasını istiyoruz.

"Radyoloji ve tanısal amaçlı cihazlar açısından sorun, daha az cihazla da çözülebilir diye düşünüyorum. Bu organizasyon Türkiye'de çok yapılamıyor herhalde"



Yeni görüntüleme ve tedavi yöntemleri Türkiye'de yaygın halde kullanılıyor mu?
Son yıllarda eksiğimiz yok. Hatta şöyle söyleyebilirim: Acaba bu kadarına gerek var mı? Radyoloji ve tanısal amaçlı cihazlar açısından sorun daha az cihazla da çözülebilir diye düşünüyorum. Bu organizasyon Türkiye'de çok yapılamıyor herhalde.

Fakat burada dikkat edilmesi gereken önemli bir noktayı vurgulamak istiyorum. Bu cihazların kullanım dillerinin Türkçeleştirilmesi gerekiyor. Cihaz kullanıcılarının çoğu da, İngilizce terminolojiye çok hakim değil. Teknisyen arkadaşların yabancı dil bilgisi hemen hemen hiç yok. Bu, ne yazık ki geriye dönük çalışan bir sistem değil. Cihaz alınırken şartnameye konulması gereken bir koşul da, kullanım dilinin Türkçe olması.

Bununla ilgili Fransa'da geçen yıllarda ciddi bir kaza oldu. Olayda, uyarı mesajı İngilizce çıkıyor ve kullanan arkadaş da Fransız olduğu için uyarıyı algılamıyor. Özetle, hastaya verilmesi gereken radyasyondan fazlası verildi ve hasta kaybedildi. O nedenle Türkiye'nin kendi diliyle konuşmayan cihazları almasını çok doğru bulmuyorum, çok tehlikeli.

Mesleğinizden dolayı radyasyonla bir arada yaşıyorsunuz. Bu biraz korkutucu değil mi? Öte yandan, uzmanlık dernekleri ile Bakanlık arasında süre giden bir çalışma saatleri polemiği var…
Her şey kağıt üzerinde doğru gitse, merkezi otoritenin söylediğine itiraz etmek çok mümkün olmayabilir ama bir gerçek var, iyonize radyasyon erken yaşlandırır, yıpratır. Mesai saatlerine sınır getirilmesinde yarar var. İşin ucu açık bırakılmamalı. Hala çok eski cihazlar kullanımda olabiliyor, hala dozimetrik ölçümler sağlıklı yapılamayabiliyor. Eskiden daha fazla hastalıklar görülürdü. Ama bizim meslektaşlarımız erken yaşlanır, erken ölürler. Batıda bir teknisyen, bir çalışma gününde 20 hasta alır, bizde şansı varsa bunun en az iki katını alır.

Branşınızdaki hekimlerin çalışma hayatında yaşadığı sorunlar neler?
Radyasyon onkologlarının kendi içinde de ekibe ihtiyacı var. Bunların görev tanımlarına ilişkin merkezi otoritede bir takım eksiklikler olduğunu düşünüyorum. Sayı olarak çıktığımızda yola, çözüme ulaşmak kolay. Ama burada sıkıntı nitelikte ortaya çıkıyor. Nitelikli personele ihtiyacımız var. Bu da ancak donanımlı merkezlerde yetiştirilerek olur.

Kanser tedavisini akıllıca, multidisipliner bir yaklaşım olarak kabul edip bu şekilde hayata geçirirseniz hasta için hem çok daha başarılı bir tedavi sonucu alırsınız, hem de ekonomik olarak daha ucuza mal edersiniz. ■

"Kamunun radyoterapide altyapı eksiği var"

"Kamunun, özellikle radyoterapi konusunda, ciddi bir altyapı eksiği var. Kamunun mevcut cihaz parkının üçte ikisi, teknolojik ömrü dolmuş cihazlardan oluşmaktadır"

Kamu hastanelerinin hem teknoloji hem de radyasyon güvenliği konularında özel sektöre göre daha geride olduğunu belirten Tıbbi Görüntüleme Teşhis ve Tedavi Teknolojileri Derneği (Tıp Gör Der) Yönetim Kurulu Başkanı **Esen Tümer**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı? Kanser önleme, tanı ve tedavisinde uygulanan politikaları nasıl buluyorsunuz?

İleri tanı yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasına paralel toplumun erken teşhis konusunda gün geçtikçe bilinçlenmesi kanser tanı ve tedavisinde yukarı doğru ivme yakalamıştır. Bakanlığın bu konuda olumlu çalışmaları var, örneğin 81 ilde KETEM kurulması gibi. Ancak yine de erken tanı oranı Avrupa ülkelerine göre çok düşük.



Esen Tümer

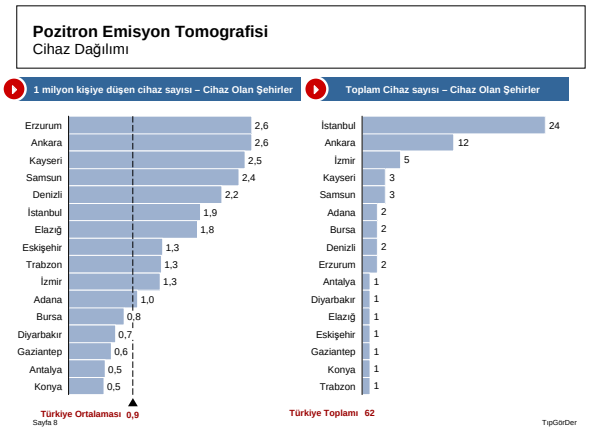
Geç tanı hem kuratif/palyatif hasta oranında negatif değere yol açıyor, hem de önleyici tıbba olanak sağlamadığından maliyet artışına sebep oluyor. Tanı ekipmanındaki eksiklik Türkiye'de kanser veri tabanı oluşumuna mani olarak milli yatırım stratejilerine de belirsizlik getiriyor.

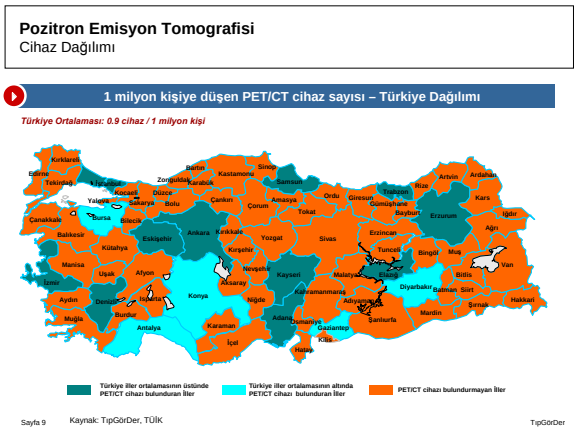
Kanseri önlemeye yönelik Sağlık Bakanlığının girişimleri sonucu hayata geçirilen sigara yasağı çok önemli ve olumlu bir adım. Ayrıca yine bakanlık tarafından yapılan halkı kanser konusunda bilgilendirme kampanyaları da olumlu; bu tür kampanyaların çeşitliliği ve sıklığı daha da arttırılmalı.

Tabii ki hala istenen dünya standartları seviyesine erişmiş değiliz. Ekipman düzeyimiz, önemli kuruluşlarda en ileri seviyelerde olmasına rağmen yaygınlık ve ulaşılabilirlik halen önemli bir sorun gibi duruyor. Kanser tanısında en etkin yöntem olan moleküler görüntüleme de son birkaç sene içerisinde ciddi oranda yol aldı.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sağlık sektörü açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?

Hızla yatırımlar yapılmasına rağmen kamuda açık olduğu ifade edilebilir. Özelde ise kanser tedavisine yatırım yapmak bir tercih konusu olduğundan, her yerde yeterli olmadığı açıktır. Nitekim, asıl mesele toplumun çoğunluğuna hitap eden kamu sektöründedir.
Kamunun, özellikle radyoterapi konusunda, ciddi bir





altyapı eksiği var. Bunu gidermek için yeni cihaz alım ihaleleri yapılıyor ancak kamunun mevcut cihaz parkının üçte ikisi, teknolojik ömrü dolmuş cihazlardan oluşmaktadır ve bunların yenilenmesi zaman alacaktır.

Türkiye'de kanser tedavi cihazlarının orta seviye konfigürasyonlar ile kendini kanıtlamış tedavi tekniklerine odaklanması gerekiyor. Radyoterapide aşırı high-end cihazların fazla olması, asgari kalitedeki radyoterapi hizmetlerini genel popülasyona yayılmasındaki harcamaları daha az efektif hale getiriyor. Bu görüntüleme için geçerli değil çünkü tedavinin ön koşulu tanı.

Buna paralel, özel sektör fark yaratmak için teknolojiyi daha yakından takip etmektedir. Ülkemizde belli başlı üniversite hastaneleri ve özel sektör teknolojiyi sonuna kadar kullanmaktadır. Tabii ki bunun tüm bölgelere yaygınlaştırılması arzu edilendir. Uzun süren kanser tedavilerinde verilen hizmetin lokasyon yakınlığı hastalar açısından birinci derece önem kazanmaktadır. Bu nedenle yüksek teknoloji ve hizmetin bölgesel olarak yaygınlaştırılmasında daha gidilecek yol var. Cihaz planlaması konusunda önemli birçok çalışma yapılıyor.

Kanser tedavisinde kullanılan teknolojik cihaz sayısı ve niteliği açısından gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'yi nerede görüyorsunuz?

Kanserle savaşta teknolojik olarak yaygınlık ve etkinlik açısından en stratejik cihazlar lineer akseleratörler ve PET/CT cihazlarıdır. 5 yıl öncesine kadar kanser tedavisine yönelik yatırımlar oldukça kısıtlı ve kullanılan teknoloji eskiydi. Daha etkin tedaviye olanak sağlayan iner akseleratör cihazların sayısı 50'yi geçmiyordu.

İstatistiki olarak gelişmekte olan ülkelerde her 500 bin kişilik nüfus için bir adet, gelişmiş ülkelerde her 250 bin kişilik nüfus için bir adet lineer akseleratör öngörülmektedir. Bu hesaptan yola çıkarsak Türkiye'nin lineer hızlandırıcı sayısının 280'lere çıkması gerekir. Son yıllarda yapılan yatırım atağı ile Türkiye gelişmekte olan ülkeler seviyesini yakalamıştır.

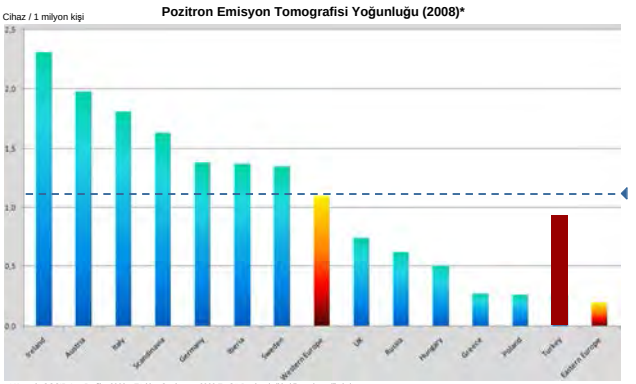
Ülkemizde 140'dan fazla doğrusal hızlandırıcı (lineer akseleratör) cihazı bulunuyor. Bunların yaklaşık 30 adedi özel hastanelerde, 23 adedi de hizmet alım

"2010 Haziran itibariyle Türkiye'de kurulu 62 PET/CT sistemi bulunuyor. Dünya Sağlık Örgütüne göre her 500 bin kişiye bir PET/CT gerekli olduğu vurgulanıyor. Bu rakama ulaşmak için Türkiye'deki PET/CT'lerin yaklaşık 2 katına çıkması gerekiyor"



Sol baştan: Hami Türkeri (Tıp Gör Der Danışman) -Esra Alfandari (Reproset) Ünver Güneş (Meditel), Esen Tümer (Philips), Ufuk Eren (Siemens).

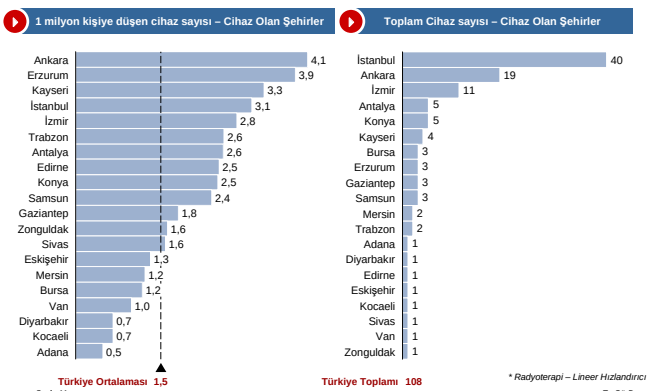
Pozitron Emisyon Tomografisi
Avrupa Ortalamaları ile Karşılaştırma



* Kaynak: COCIR Age Profile, 2009 – Türkiye Ortalaması 2009 TıpGörDer istatistikleri ile revize edilmiştir.

TıpGörDer

Radyoterapi Cihazları
Cihaz Dağılımı



* Radyoterapi – Lineer Hızlandırıcı

TıpGörDer

Radyoterapi Cihazları
Cihaz Dağılımı ı



Kaynak: TıpGörDer, TÜİK

TıpGörDer

firmaları bünyesinde faaliyet göstermektedir. 10 yıl içinde bu rakamın ikiye katlanması beklenmektedir.

Örneğin IMRT uygulamaları çok daha yaygın hale getirilmeli ve mümkün olan her vaka da standart uygulama olmalı. Kanserli dokuyu, çevresindeki sağlıklı dokuya daha az zarar vererek yok eden bu teknoloji gelişmiş ülkelerde standart tedavi yöntemi olarak kullanılıyor. Bu konuda hem cihaz teknolojisi hem de uygulamayı yapmada çok önemli olan medikal fizikçilerin eğitimi gibi konularda Türkiye maalesef geride.

Ayrıca, bu saydıklarımızın daha hızlı gerçekleşmesi için devletin üç boyutlu görüntü destekli (IGRT), adaptif radyoterapi (ART) ve gerçek zamanlı tümör takip gibi üst düzey tedavilere ödenek çıkarması ile mümkün olacaktır.

2010 Haziran itibariyle Türkiye'de kurulu 62 PET/CT sistemi bulunuyor. Bu da kansere daha kolay tanı konup daha rahat takip edilmesini sağlıyor. Moleküler görüntülemede iyi bir yerde olsak da Dünya Sağlık Örgütüne göre her 500 bin kişiye bir PET/CT gerekli olduğu vurgulanıyor. Bu rakama ulaşmak için Türkiye'deki PET/CT'lerin yaklaşık 2 katına çıkması gerekmektedir.

Türkiye'de kanser tedavisi için kullanılan teknoloji insan sağlığı, çevre güvenliği ve kalite konusunda yeterli ve yaygın düzeyde mi?
Bu konuda özel sektörün, TAEK'in sıkı denetimleri sonucunda, kamu sektörüne göre çok daha iyi durumda olduğunu görüyoruz. Kamu hastaneleri hem teknoloji hem de radyasyon güvenliği konularında özel sektöre göre maalesef daha geride.

Bu konuda en önemli konular hastaya verilen dozun doğru verilmesi ve teşhiste gereksiz yere X ışını verilmemesidir. Bu konularda düzenleyici kurumlara ve STK'lara önemli roller düşmektedir. Biz de dernek olarak teşhis aşamasında hastalara mümkün olan en az dozun verilmesi konusunda toplumu ve düzenleyici kuruluşları bilinçlendirmek için elimizden geleni yapıyoruz.

Dernek olarak, yurtdışında önemli onkoloji merkezleri ile ortak gelişim projeleriniz var mı?
Dernek olarak henüz yok ancak dernek üyelerimizin kurumsal kimlikleriyle bireysel temasları ve projeleri olabilir.

Nükleer tıpta eğitim ve personel sorunu var

"Görüntüleme sistemlerinin kullanımında çalışacak yardımcı teknik personelin eğitimini ve sistemin gerekli kontrollerini göz ardı ediyoruz. Genellikle hemşire, yardımcı personel veya teknisyen arkadaşlar bu görevleri yapıyor ama ne yaptıkları hakkında herhangi bir eğitim almıyorlar"

Türkiye Nükleer Tıp Derneği Yönetim Kurulu Üyesi **Prof. Dr. Özlem Küçük,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.


Prof. Dr. Özlem Küçük

Kanser tanı ve tedavisinde kullanılan teknolojik cihaz, uzman sağlık personeli sayısı, kanser araştırmalarına yapılan yatırım açısından gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'yi nerede görüyorsunuz?

Türkiye'nin kanser tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler gösterdiğini düşünüyorum. Uluslar arası kongrelerde ve dergilerde de çıkan sonuçlar bu düşüncemi destekler nitelikte. Avrupa Nükleer Tıp Birliğinin her yıl düzenlediği kongrelerde Türkiye'den gönderilen bildiriler son yıllarda ülke sırlamasında 2. ve 3. sıraları almaya başlamıştır ve bunların çoğunluğu onkoloji alanındadır. Ayrıca, bilimsel düzeyin yanı sıra teknolojik cihaz olarak yenilikleri de yakından takip etmekteyiz, ancak uzman sağlık personelimiz ne yazık ki halen yeterli düzeyde değil. Özellikle eğitimli teknik personel önemli bir sorun.

Kanser araştırmaları açısından ise yatırımlar gelişmiş ülkelere oranla kısıtlanıyor. Bunun da alt yapı eksikliklerinden ve mevcut mevzuattan kaynaklandığını düşünüyorum. Merkezi etik kurullar ile ilgili yönetmeliğin idari yargı tarafından yürütmesinin durdurulmasından sonra bu konuda ciddi bir sıkıntı yaşanmaktadır.

Görüntüleme cihazları konusunda hastanelerin ve kullanıcı personelin eksiklikleri neler?

Türkiye'de görüntüleme açısından yenilikleri yakından takip edebiliyor ve uygulayabiliyoruz. Ancak bu sistemlerin kullanımında çalışacak olan yardımcı teknik personelimizin eğitimini ve sistemlerin gerekli olan kontrollerini göz ardı ediyoruz. Genellikle hemşire, yardımcı personel veya teknisyen arkadaşlar bu görevleri yapıyor ama ne yaptıkları hakkında herhangi bir eğitim almıyorlar. Eğitim konusunun ve alınan eğitimin denetlenmesinin Sağlık Bakanlığı tarafından derneklerle işbirliği ile çözülebileceğini düşünüyorum.

Kullanılan sistemlerin ise belli aralıklarla yapılması gereken kontrollerinin, kullanım hatalarının mutlaka denetlenmesi gerekir. Ama bu konu genellikle göz ardı ediliyor.

Kamu ve özel sağlık sektörü hastanelerinin cihaz donanımı yeterli düzeyde mi?

Hastanelerin cihaz donanımı genellikle yeterli. Zaten bu donanımların mutlaka denetlenerek eksikler belirlenmeli ve ona göre çalışmalarına izin verilmeli. Şu anda kanser görüntülemesinde en doğru sonuç veren teknoloji, anatomi ve metabolizmayı birlikte yansıtan PET-BT ve SPECT-BT gibi hibrid cihazlar. Yurtdışı ile paralel olarak ülkemizde de bu cihazların sayısında son yıllarda hızlı bir artış meydana gelmiştir. 2010 yılı itibariyle Türkiye'deki PET-BT sayısı 72'yi geçmiştir. Bu cihazların 16'sı üniversite hastanelerinde, 14'ü devlet hastanelerinde, 42'si ise özel kuruluşlardadır. SPECT-BT sayısı ise 9'dur.

Türkiye'de kanser tanı ve tedavisi için kullanılan teknoloji insan sağlığı, çevre güvenliği ve kalite konusunda yeterli, yaygın ve modern çizgide mi?

Türkiye'de teknolojik olarak ileri düzeydeyiz. Karşılaştığımız sorunların başında bu sistemlerin yeteri kadar tanıtılamaması veya yanlış tanıtılması yer alıyor. Bu konuda suistimaller ve yanlış kullanımlar bildirilmekte. Kanser hastaları ve yakınları doğal olarak ellerinden gelen her şeyi hastalığın tedavi-

2010 yılı itibariyle Türkiye'deki PET-BT sayısı 72'yi geçti. Bu cihazların 16'sı üniversite hastanelerinde, 14'ü devlet hastanelerinde, 42'si ise özel kuruluşlarda. SPECT-BT sayısı ise 9

si için yapmak isterler. Bizim görevimiz de onlara zarar vermeden elimizden gelenin en iyisini yapmak. Kullanılan her yeni teknolojinin amacına uygun hizmet vermesini sağlamamız lazım. Kontrolsüz ve gereksiz yapılan her işlem hastaya olduğu gibi topluma da zarar vermekte. Hipokrat'a göre tıbbın ilk kuralı "Primum non nocere" (Önce zarar verme!) ilkesidir. Burada kanser tanı ve tedavisinde kullanılan radyasyon veren cihazların ehil ellerde doğru kullanılması büyük önem taşıyor.

Bu konuda derneğinizin hastanelere- hekimlere- yardımcı personele yönelik çalışmaları var mı?

Dernek olarak biz, uyguladığımız tüm görüntüleme ve tedavi protokollerinin doğru yapılması ve eğitimlerin verilmesi için belli aralıklarla doktorlara yönelik eğitim programları ve kongreler düzenliyoruz. Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde doktorların eğitiminin standardizasyonunun, teknolog eğitimlerinin, kalite kontrollerinin yapılmasına uğraşıyoruz. Kılavuzlar hazırlayarak belirli bir standart çerçevesinde çalışmaların yapılmasını sağlamaya çalışıyor. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) ile de denetlemeler, radyoaktif madde kullanımları ve izinler hakkında ortak çalışmalarımız mevcut. Dernek web sayfamızda hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgileri vermekteyiz. Görsel ve yazılı basında nükleer tıp hakkında doğru bilgilerin topluma aktarılması ve yeniliklerin aktarılmasına çalışmaktayız. Derneğimizin web sayfasında (www.tsnm.org) yayınladığımız uygulama kılavuzlarını tıptaki gelişmelere paralel düzenli olarak

"Teknolojik olarak ileri düzeydeyiz. Karşılaştığımız sorunların başında bu sistemlerin yeteri kadar tanıtılamaması veya yanlış tanıtılması yer alıyor; suistimaller ve yanlış kullanımlar bildiriliyor"

güncelliyoruz. Yeterlik kurulumuz nükleer tıp uzmanlık eğitimini tüm Türkiye'de standardize etmek için yoğun bir emek sarf ediyor. Diğer derneklerle ortak toplantılar düzenleyerek bilgi paylaşımı yanında ortak çalışmalar düzenlemekteyiz. Ayrıca uluslararası Atom Enerjisi Kurumu ile teknologların eğitimi ve Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikasyon programı başlatmayı amaçlıyoruz.

Türkiye'nin, nükleer tıp tanı ve tedavisinde bulunduğu pozisyonunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Nükleer tıp, Türkiye'de teknik açıdan oldukça gelişmiş durumda. Tıbbi cihaz alımları ihtiyaç durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından da onaylanarak yapılmakta. Ancak eğitim konusu ve personel sayısı yetersiz. Yardımcı personel eğitimi



neredeyse yok. Hizmet kalitesini artırmak amacıyla denetimlerin düzenli yapılması eksiklerin mutlaka tamamlanmasın gayret edilmelidir.

Çalışma alanınız hekim, yardımcı sağlık personeli, teknikerlerin sağlığı için risk oluşturuyor mu?

Her şeyin olduğu gibi tabi ki bazı riskleri var çalışma alanımızın. Nükleer tıp radyoaktif madde ile çalışan bir bölüm. Radyasyon dozu açısından çalışanların radyasyondan korunma hakkında bilgilendirilip çalışma kurallarına dikkat etmesi gerekir. Nükleer tıpta çalışan tüm personelin aldıkları radyasyon dozları kullandıkları dozimetriler aracılığıyla TAEK tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilir ve izin verilen sınırların üzerinde radyasyona maruziyeti söz konusu olduğunda hastanelerdeki radyasyon koruma görevlilerince müdahalede bulunulur.

Dernek olarak, onkoloji alanındaki çalışmalarınız neler? Yurtdışında önemli onkoloji merkezleri ile ortak gelişim projeleriniz var mı?

Nükleer tıpta yapılan görüntülemeler ve radyonüklid tedaviler gün geçtikçe daha fazla kullanılmakta. Özellikle PET (pozitron emisyon tomografisi) kullanımı ile kanserli dokudaki metabolik değişimler çok erken dönemde saptanabildiğinden tanıda, tedavi cevabını değerlendirmede ve hastalık nüksünün ayrımında çok önemli bilgiler elde edilmektedir. Henüz diğer tanı yöntemleri ile fark edilemeyen bu durumların erken dönemde tespit edilmesi ile hastalığın tedavi şansı ve dolayısıyla yaşam süresi ve kalitesi artmaktadır.

Hedefe yönelik radyonüklid tedaviler ise umut verici şekilde ilerlemektedir. Nükleer tıpta uygulanan tedaviler tümöral dokuda birikerek burada etkili olmakta ve bu sayede yan etki azalırken tedavi başarı şansı artmaktadır. Son zamanlarda uygulanan lenfoma hastalarında radyoaktif monoklonal antikor tedavisi, karaciğer tümörlerine uygulanan intrarteriyel radyonuklid tedavilerin sonuçları yüz güldürücüdür. Nükleer Tıp'ta kullanılan hedefe yönelik tedavileri kanser tedavisindeki diğer yöntemlerden ayıran en önemli farklılık kanser dokusuna radyasyon yoluyla zarar verirken normal organların korunmasıdır. Ülkemizdeki gelişmiş kanser merkezlerinde yurtdışı ile yakın işbirliği içinde bu tedaviler ile ilgili uluslar arası çok merkezli çalışmalara devam edilmektedir.

"Erken teşhiste ciddi bir eksiğimiz yok"

"Önümüzdeki 20-30 yılda sigaraya bağlı kanser hastalarının sayısının artmaya devam edeceğini tahmin ediyoruz. Ülke olarak erken teşhis yöntemlerine yönelik ciddi bir eksiğimiz yok, ancak tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerin tümü ne yazık ki yurdumuzun her köşesinde aynı etkinlikte kullanılamıyor"

Acıbadem Sağlık Grubu Tıbbi Hizmetler Direktörü **Prof. Dr. Ahmet Şahin,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Prof. Dr. Ahmet Şahin

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Kanser, çağımızın en önemli sağlık sorunlarının başında geliyor. Dolayısıyla bilim insanları kansere tıbbi çözümler getirmek için daha çok araştırma yapıyorlar. Özellikle moleküler düzeydeki laboratuar çalışmaları sonucu o kadar çok yeni ve farklı yöntemler geliştiriliyor ki, her geçen gün bu hastalıkların tanı ve tedavisinde önemli aşamalar kaydediliyor. Dünyanın her yanındaki bu gelişmeler fevkalade kısa sürede ülkemizde de uygulanır hale gelebiliyor. Ülke olarak erken teşhis yöntemlerine yönelik ciddi bir eksiğimiz yok. Acıbadem Sağlık Grubu da bu konuda gerek laboratuar, gerekse radyolojik görüntüleme yöntemlerinde dünyanın birçok gelişmiş ülkelerini bile kıskandıracak altyapıya sahip. Ancak tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerin tümü ne yazık ki yurdumuzun her köşesinde aynı etkinlikte kullanılamıyor.

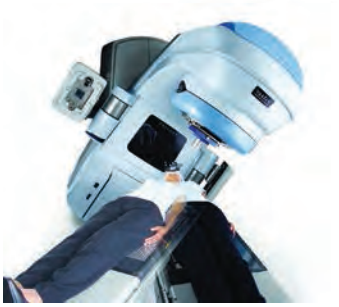
Kanserin ilaç ve ışınla tedavisi ne boyutta? Hastanenizde verilen hizmetlerden kısaca bahseder misiniz?
Kanserin ilaç ve ışınla tedavisi konusunda dünyada neler yapılıyorsa, ülkemizde de yetkin bilim insanları bunları uygulayabiliyorlar. Radyoterapi son yıllarda teknolojik olarak en hızlı gelişen alanlardan biri. Radyasyon ve kanserli dokunun tedavi edilmesini sağlayan modern yöntemler ve ileri teknolojinin kullanıldığı cihazlarla başarılı sonuçlar alınıyor. Bu yüksek teknolojik cihazlar Acıbadem Sağlık Grubunun dört ayrı ilimizdeki beş hastanesinde de mevcut. Günümüzde bu cihazlardan tüm SGK'lı hastalar da faydalanabiliyor. Üç ayrı radyoterapi yöntemini birlikte yapabilen lineer hızlandırıcı (LINAC) olarak





"Sağlıkta harcanan paranın çok büyük bir kısmı, önümüzdeki 15-20 yıl içinde kanserin tanı ve tedavisine harcanacak ve bilimsel araştırmaların çoğu bu alanda yapılacak"

görev yapan Trilogy (IGRT, IMRT ve SRT / SRC) ve Rapidarc cihazı, IGRT yöntemi ile tedavi sırasında görüntüleme yaparak tedavi niteliğini artırırken, IMRT ile hassas bir şekilde normal dokular korunup ışınlanabiliyor ve gerektiğinde noktasal yüksek doz ışınlama ile cerrahiye alternatif "stereotaktik radyocerrahi" ye (SRT\SRC) olanak sağlıyor. Bir cihazda bütün bu olanakların birlikte yer alması uzmanların doğru müdahaleyi, daha kısa zamanda ve en ideal oranda yapmasını sağlıyor. Bu durum hasta açısından da en doğru tedaviyi, en kısa zamanda görmesi anlamına geliyor. IMRT bugün Amerika Birleşik Devletlerinde radyoterapi merkezlerinin yüzde 90'ında bulunan ve gelişmiş bilgisayar teknolojisinin tedaviye entegre edilmesi ile doz yoğunluğunu ayarlayan ve klasik radyoterapiye göre normal dokuları koruyup, hedef tümörü tam olarak yüksek dozlarda tedavi edebilen yeni bir yöntem. Bu gelişmiş tedavi yöntemi Acıbadem hastanelerindeki beş merkez için, standart bir yöntem. Ülkemizde ise bu yöntemle tedavi tüm radyoterapi merkezlerinin ancak yüzde 10-15`inde mümkün.

Türkiye'de kanser cerrahisi ne aşamada?

Onkoloji alanında ilaç ve ışınla tedavinin yanı sıra cerrahi tedavide de Türkiye'deki yetkin ve eğitimli uzman doktorlarımız, en gelişmiş ülkelerle eş düzeyde sağlık hizmeti sunabiliyorlar. Klasik yöntemlerin yanı sıra laparoskopik ve robotik cerrahi de başarı ile kullanılabiliyor. Ameliyat öncesi hazırlık ve sonrası gerektiğinde yoğun bakım hizmetleri de yine başarıyla gerçekleştirilebiliyor.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?

Önümüzdeki yıllarda birçok kanser türünün görülme sıklığının artacağı öngörülüyor. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde sigaranın kullanımındaki azalma istenen düzeyde olmadığı için önümüzdeki yıllarda sigara tüketiminin etkisiyle görülen kanser çeşitleri önemli bir sağlık sorunu olmaya devam edecek.



Ülkemizde son yıllarda başarılı bir şekilde sigara içilmesinin önüne geçilmesi sağlanmaya başladı ancak sigaranın kanser yapıcı etkisinin 20-30 yıl gibi bir sürede çıktığı göz önüne alındığında önümüzdeki 20-30 yılda sigaraya bağlı kanser hastalarının sayısının artmaya devam edeceğini tahmin ediyoruz. Bu nedenle sağlıkta harcanan paranın çok büyük bir kısmı, önümüzdeki 15-20 yıl içinde kanserin tanı ve tedavisine harcanacak ve bilimsel araştırmaların çoğu bu alanda yapılacak.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak konusunda hastanenizin sunduğu özel imkanlar veya plan dahilinde özel çalışmalarınız var mı?

Onkolojik tedavide artık organ korunmasına öncelik veriliyor. Böylece hasta hayat kalitesini en az oranda etkileyen sınırlı cerrahiler ön plana çıkıyor. Özellikle meme, gırtlak, yemek borusu, anal kanal kanserlerinde organı koruyarak sınırlı cerrahi ile kemoradyoterapiyi ön plana çıkaran tedaviler başarısının yanında tedavi sonrası hayat kalitesini en üst düzeyde sağlanmasına olanak veriyor. Bu süreçte psikolojik destek de çok önemli bir yer tutuyor! Hasta psikolojik yardım talep ettiğinde uzman bir psikoloğa yönlendiriliyor. Hastaların psikolojik uyumu ve tedavi sonrası sosyal yaşama ve çevreye adaptasyonu için klinik psikolog rehberliğinde Kanser Destek Grupları oluşturuluyor. Kanser alanında deneyimli ve bilgili personelimiz, hastalara tedavileri süresince hasta güvenliğini ön planda tutarak yüksek nitelikli hizmet sunmaya çalışıyorlar. Yaşanan tüm bu tedavi sürecinin başarısında önemli olan beslenme desteği ve ağrı kontrolü de diyetisyen ve algoloji uzmanı hekimlerimiz ve ekipleri tarafından ele alınarak yaşam kalitesini korumaya yönelik uygulamalar gerçekleştiriliyor.



Kanser tedavisinde hizmet açığı kapatılamadı

"Sağlık Bakanlığında kanser tedavisi ile ilgili iki konuda sıkıntı var: Devlet hastanelerinde kanser tedavisi ile ilgili branşların bazılarında hekim sayısı yetersiz. Yeterli alt yapı ve hekim sayısına sahip merkezlerin de sayısı az ve bu merkezlerdeki aşırı hasta başvurusuna cevap verilmesinde sıkıntı yaşanıyor"

Medical Park Hastanesi medikal onkoloji uzmanı **Doç. Dr. Hakan Karagöl,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?

Kanser erken teşhisi için her bir bireyin, kanserin ne tür belirtiler verdiği konusunda eğitilmesi ve tarama testleri ile yakalanabilen meme, rahim ağzı ve barsak kanserlerinde tarama testlerine başlama zamanı ve test tekrarlama süreleri konusunda bilgilendirilmesi gerekiyor, Kanser şüphesi ile veya tarama amacıyla başvuran hastaların, hızlı değerlendirilmesi ve doğru tanısı konusunda hastanelerin yeterli eleman ve ekipmanın olması lazım.

Kansere yönelik bireysel eğitim konusunda Sağlık Bakanlığı ve özel sağlık kurumları tarafından yapılan çalışmaların son yıllarda arttığı görülmektedir. Ayrıca, 2008 verilerine göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Kanserle Savaş Dairesinin koordinasyonunda 81 ilde toplam 84 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi devlet hastaneleri bünyesinde hizmet vermeye devam etmektedir. Bu merkezlerde meme, rahim ağzı ve barsak kanserlerine yönelik tarama hizmeti sunulmaktadır. Yine, son yıllarda özel sağlık kuruluşlarında da gittikçe artan sayıda kanser erken tanı ünitelerinin kurulmaya başladığını görmekteyiz.

Her ne kadar henüz yeterli düzeye ulaşmamış olsa da kansere yönelik bireysel eğitim faaliyetleri ve

"Bazı kanser türlerinde önümüzdeki yıllarda görülme sıklığında belirgin artış olacağı bildiriliyor. Örneğin, meme kanseri günümüzde her 8 kadından birinde görülürken 2020 yılından sonra 6 kadından birinde görüleceği tahmin ediliyor"



hizmete giren kanser erken tanı birimi sayısındaki artış umut vericidir.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sektör açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?
Kanser tedavisinde, temel olarak cerrahi, radyasyon onkolojisi ve tıbbi onkoloji bölümleri görev almakla birlikte radyoloji, patoloji, nükleer tıp gibi tanısal bölümler de gündelik tedavi uygulamalarına aktif olarak katılmaktadır. Bu bölümlerden herhangi birinin olmadığı sağlık kurumlarında, tedavisi tam olarak yapılmadığında ölümcül olacak bu hastalığın gereğince tedavi edildiğini söylemek mümkün değildir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda kanser tedavisi ile ilgili iki konunun sıkıntı olmaya devam ettiğini görüyoruz. Devlet hastanelerinde kanser tedavisi ile ilgili branşların bazılarında hekim sayısındaki yetersizlikten kaynaklanan sorunlar. Bunun en güzel örneği, Türkiye'de tıbbi onkoloji uzmanı sayısındaki yetersizliktir. 2010 yılı sonunda Türkiye'de yaklaşık 200 civarında tıbbi onkoloji uzmanı vardır. Bu nedenle henüz pek çok ilimizde kemoterapi tedavisi verebilecek hekim bulunmamaktadır. İkinc, sıkıntı, yeterli alt yapıya ve hekim sayısına sahip merkezlerin sayısının az olmasından kaynaklanan bu merkezlere aşırı hasta başvurusuna cevap verilmesindeki sıkıntılardır.

Son yıllarda özel sağlık kurumlarının kanser tedavi merkez yatırımlarında belirgin artış olduğu görülmektedir. Bugün için özel sektörün yatırımlarının, çoğunlukla büyük bir kaç il ile sınırlı olması ve çoğunlukla hastalığın tedavisine aktif olarak katılan tüm birimleri içermeyen (örneğin açılan merkezde sadece radyoterapi hizmeti verilmesi gibi) merkezlerin hizmete girmesi şeklinde sorunlar yaşadığı görülmektedir.

Sonuç olarak Türkiye'de kanser tedavisi ile ilgili hizmet açığının henüz kapatılamadığı görülmektedir.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Kanser, her yıl sayısı artan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün açıklamasına göre 2020 yılından sonra 60 yaşından büyük insanlarda en sık ölüm nedeni olan hastalık haline gelecektir. Günümüzde 60 yaş sonrasında en sık ölüm nedeni kalp ve damar hastalıklarıdır. Bazı kanser türlerinde önümüzdeki yıllarda görülme sıklığında belirgin artış olacağı da bildirilmektedir. Örneğin, meme kanseri günümüzde her 8 kadından birinde görülürken 2020 yılından sonra 6 kadından birinde görüleceği tahmin edilmektedir.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak konusunda hastanenizin sunduğu özel imkanlar veya plan dahilinde özel çalışmalarınız var mı?
Medical Park Göztepe Onkoloji Hastanesi, kanser hastalarının tanı ve tedavisinde gündelik klinik uygulamada rastlanan tüm zorlukların kolay çözümünü sağlayacak şekilde dizayn edilmiştir.

Tanı ve tedavinin pek çok aşamasında farklı tıp branşlarının yer alması nedeniyle onkoloji hastanesinin genel hastanesinden çok uzak binalarda olmaması gerekir. Medical Park Göztepe Onkoloji Hastanesinin binası bu düşünce doğrultusunda genel hastane binasıyla bitişik şekilde yapılmış olup, gereğinde onkoloji hastanesinde genel hastaneye kolayca geçiş sağlanmaktadır.

Ulaşımın kolay olması hastanenin diğer bir avantajıdır. E5 karayolunun hemen kenarında direk hastane kapısına açılan kısa yolla bir hastaneye kolayca ulaşılmaktadır.

Medical Park Göztepe Hastanesinde diğer kamu veya özel onkoloji merkezlerinde bulunmayan diğer hizmetler ise; kanser hastalarında görülen hastalığa bağlı stresin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak psikolojik destek veren psikoterapi uzmanlarının aktif olarak günlük klinik uygulamada yer alması, yine, bu hastalarda sıkca karşılaşılan beslenme problemlerinin çözülmesine yönelik gerek günlük poliklinik uygulamalarında, gerek yatan hastaların tedavisinde diyetisyen grubunun aktif olarak yer almasıdır.

Tıbbi onkolji bölümünde üç doçent, iki profesör, radyasyon onkolojisi bölümünde iki profesör ve bir uzman doktor poliklinik hizmeti vermektedir. Cerrahi, radyoloji ve nükleer tıp bölümleride de benzer kalite ve akademik özellikte hekimler gündelik klinik uygulamada hizmet vermektedirler.
Medical Park Göztepe Onkoloji Hastanesi tedavi birmlerinin yanı sıra ayrı bir kanser tarama birimi de hizmet vermektedir.



Amerikan Hastanesi kansere Tek Pratik Modeli ile yaklaşıyor

"Hastanemizde kurulan 'Tek Pratik Modeli' ile tıbbi ve fizik sistematik kalite kontrolü sağlandı; herhangi bir hastanın Houston'da M. D. Anderson Radyasyon Onkolojisi Merkezinde gördüğü tedavinin aynı merkezimizde sağlanıyor. Tedavi standardımız, sürekli iletişim ve veri aktarımını sağlayan online bağlantı ile Houston ana kampüs ile birebir aynı"

Amerikan Hastanesi Kanser Programı, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Ne yazık ki henüz değil. Özellikle büyük şehirlerde açılan merkezlerde, erken teşhisle ve özellikle de meme kanserine yönelik taramalar yapılıyor. Bu noktada, çekilen mamografilerin iyi değerlendirilmesi çok önemlidir; bazı merkezlerin bu konuda yetersiz kaldığını görmekteyiz. Ayrıca erken teşhisin ve taramanın çok önemli olduğunu bildiğimiz rahim ağzı kanseri ile ilgili sıkıntılar da var; rahim ağzından alınan sürüntü testlerini iyi değerlendirebilecek sitopatolog sayısı da yeterli değil.

Halkın bilinçlendirilmesi, halen işlemekte olan ve açılması beklenen erken tanı merkezlerine nitelikli uzmanların hizmet vermesini sağlamak şart. Yazılı ve görsel basına çok iş düşmektedir.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sektör açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?
Türkiye'de kanser tedavisi son yıllarda tüm ülke sathında yaygınlaşmıştır. Üniversiteler ve devlet hasta-

"Medikal onkoloji uzman sayısı ülke nüfusumuza göre çok yetersiz. Tıbbi onkolog sayısının azaldığı yerlerde ilaç tedavileri kısmen hastalığı ilgilendiren üroloji, jinekoloji veya genel cerrahi hekimleri ya da göğüs hastalıkları uzmanlarınca yürütülüyor"

nelerinin çoğu onkoloji servisi/hekimi içermektedir. Ancak illere dağılım söz konusu olduğunda devlete ait ve özel merkezler özellikle İstanbul merkez olmak üzere Marmara bölgesinde, Adana, İzmir ve Ankara'da yoğun olarak bulunmaktadır. Radyasyon onkolojisi artık makine parkurları açısından rahatlamaya başlamıştır ve radyasyon onkolojisi uzman sayısı yeterli düzeye yaklaşmıştır. Kanseri ilaçla tedavi eden medikal onkoloji uzman sayısı ise hala ülke nüfusumuza göre çok yetersizdir. Bu nedenle tıbbi onkolog sayısının azaldığı yerlerde ilaç tedavileri kısmen hastalığı ilgilendiren üroloji, jinekoloji veya genel cerrahi hekimleri ya da göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yürütülmektedir.

Kanserin ilaç ve ışınla tedavisi ne boyutta? Hastanenizde verilen hizmetlerden kısaca bahseder misiniz?

Günümüzde ışın tedavisi teknolojik gelişmelere paralel olarak mükemmelliğe yaklaşmakta; bilgisayar destekli sistemler ile radyasyon, hastaya daha etkili dozlar, çok daha az yan etkiler ve sağlam dokuların ciddi oranda korunabildiği şekilde uygulanabilmektedir. Tüm kanserli hastaların yarısından fazlası için tanı aldıktan sonraki süreçte radyoterapi ihtiyaç duyulan bir tedavidir. Bilinmesi gereken radyoterapinin yalnız ileri evre tümörler için değil ihtiyaç duyulan her evrede devreye girebileceğidir. Kanser tedavisi en uygun tedavinin seçimi ve uygulanması için cerrahi, radyasyon onkolojisi, tıbbi onkoloji, patoloji, radyoloji ve nükleer tıp gibi birçok ilgili branşın eşgüdüm içinde çalışmasını gerektirmektedir. Hastanemizde iki yıldan bu yana, kanser hastalarının tedavi planlaması multidisipliner olarak yapılmaktadır. Farklı kanser türleri için, ilgili birimlerin bir araya gelip tartıştığı tümör konseyleri oluşturuldu. Daha sonra hastalarımızla uygun tedavi seçeneklerini tartışmaktayız.

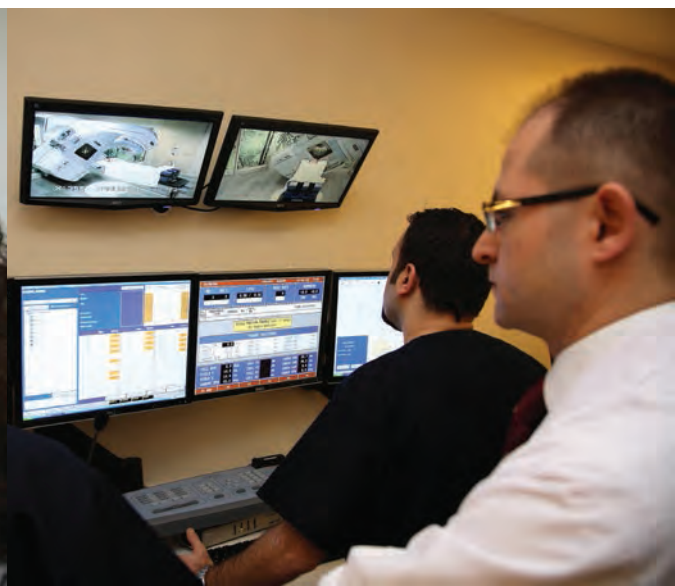
Işın tedavisi olarak adlandırılan radyoterapi uygulaması için hastanemizde her tedavinin etkin yapılmasını, aynı kalite ile doğruluğun sürdürülebilmesini ve denetlemesini sağlayan bir sistem kurulmuştur. Bu sistemin temelinde bilgi birikimi, hastalıklara ve evrelerine dönük radyoterapi için standardizasyon, hasta bazında kişiselleştirilmiş tedavinin öngörülen standart tedavi ile örtüşmesinin denetlenmesi ve tüm bunları uygulanabilir hale getirecek deneyim ve kurumsal bir yapı esastır. Bu bağlamda, sistemle yoğrulmuş ve sürdürülebilirliğini sağlayan başta sorumlu radyasyon onkoloğu olmak üzere klinik ekip en önemli kriter olarak öne çıkmaktadır. Hastanemizde teknolojiyi yetkin bir şekilde uygulayarak 4 boyutlu radyoterapi, yoğunluk ayarlı ve görüntü klavuzluğunda radyoterapi, vücut radyocerrahisi ve konformal brakiterapi yapılabilmektedir.

Hastanemizde kurulan altyapının temel hedefi "Tek Pratik Modeli" ile tıbbi ve fizik sistematik kalite kontrolü sağlayarak herhangi bir hastanın Houston'da M. D. Anderson Radyasyon Onkolojisi Merkezinde tedavi olmakla bir M. D. Anderson Radyasyon Onkolojisi Merkezi (MDA-ROM)'nde tedavi olması arasındaki farkın ortadan kaldırılmasıdır. MDA-ROM'larımızda cihaz konfigürasyon - donanım ve yazılımları, cihaz dataları, kalibrasyon ve kalite kontrol testleri, sürekli bir iletişim ve veri aktarımını sağlayan online bağlantı Houston ana kampüs ile birebir aynıdır. Bu sistemi aktifleştirenler ise klinik eğitimini M. D. Anderson Kanser Merkezinde tamamlamış ve aynı zamanda Teksas Üniversitesi öğretim üyesi de olan yetkin radyasyon onkologları ve yine Houston'da klinik eğitimlerini tamamlayarak sertifikalandırılmış olan radyoterapi fiziği alanında uzmanlaşmış fizik mühendisleri, radyoterapi teknikerleri ve radyasyon onkolojisi hemşireleridir.

"Tek Pratik Modeli'nin en önemli basamağı, tüm M. D. Anderson radyasyon onkologlarının hedef çizim ve planlarını bir konseyde sunmak ve diğer meslektaşlarının önerileri ve yorumları doğrultusunda sağlanan konsensusla hastalarını tedaviye almak sorumluluğudur. Bu doğrultuda radyasyon onkologlarımız haftada iki kez rutin bir şekilde ana kampüsle telekonferanslarla bir araya gelmekte ve aynı planlama bilgisayar ekranı üzerinde birbirlerinin hastalarında endikasyon, kontur, plan ve doz dağılımını tartışıp ortak karar alarak tüm küratif hastalarımızın Houston ana kampüsle aynı standartlarda tedavisi için çalışmaktadırlar. Amerikan Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Merkezi, MDA-ROM'un sekizinci halkası ve ilk denizaşırı merkezi olmanın sorumluluğunu aktif olarak taşıyarak bu kalite zincirindeki yerini almıştır.

Kanser hastalarında multidisipliner







toplantılar sonucunda en uygun tedavisinin girişimsel onkolojik müdahaleler olduğunda karar verilen hastalarda gerekli işlemler uygulanmaktadır.

Türkiye'de kanser cerrahisi ne aşamada?
Bunu belirleyen başlıca etkenler; hastane olanakları ve hasta bakımı, ameliyathane teknolojisi ve cerrahi yeterliliktir.

Türkiye bu açılardan dünyanın pek çok ülkesinden daha iyi durumdadır. Doğal olarak her ülkede olduğu gibi bu olanaklara erişim sorunundan bahsetmek daha doğrudur. Yoksa ülkemizde kullanılan tıp teknolojisi sadece kanser için değil hemen her alanda oldukça yüksektir. Çok doğal olarak bu hizmetlerin daha yoğun verildiği özelleşmiş kurumlar vardır. Örnek vermek gerekirse Amerikan Hastanesi gerek cerrahi ekip ve ekipman açısından gerekse yoğun bakım, ameliyathane ve yatan hasta katlarındaki bakım ve teknoloji açısından dünyanın hemen tüm olanaklarını kullanmaktadır.



"Hastanemizde, kanser hastalarının tedavi planlaması multidisipliner olarak yapılmaktadır. Farklı kanser türleri için, ilgili birimlerin bir araya gelip tartıştığı tümör konseyleri oluşturuldu"

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Nüfus artışı ve kanserli hasta sayısındaki artış oldukça ciddi görünüyor. Özellikle, akciğer ve meme kanseri sıklığının artması beklenmektedir.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak konusunda hastanenizin sunduğu özel imkanlar veya plan dahilinde özel çalışmalarınız var mı?
Kanser tedavisi zorlu bir süreç olduğundan bizler bu süreci hastalarımız ve aileleri için en kolay aşılır hale getirmek adına tıbbi donanımızın yanı sıra hastalarımızı sahiplenen farklı bir bakış açısı geliştirdik. Bu yaklaşımla Türkiye'de bir ilk olan Amerikan Hastanesi Kanser Programını oluşturduk.

Hastanemizde kanser tedavisi gören her hastamızı birebir sahiplenmek için, ilave koşuşturmalarla yormamak için, her hastamıza bir hasta bakım koordinatörü atadık.

Amerikan Hastanesi Kanser Merkezinde tedavi gören her hastamızın bir beslenme danışmanı da bulunmaktadır. Bu kişi uzman bir diyetisyen hekimdir. Kanser tedavisinin duygusal yan etkileri de olabilir. Kanser Merkezinde tedavi gören her hastamızın bazen kanserin yanında getirebileceği stres, baskı, endişe, depresyon gibi olumsuz duygularla başa çıkmasına yardımcı desteği sağlayacak bir psikolog danışmanı bulunmaktadır. Hastanemizde kanser tedavisi gören her bireyin tedavi planına bu ilave hizmetleri ücretsiz olarak dahil ettik.



Kanser tedavisine kişisel yaklaşım

Hastaların kanser hücrelerine göre tedavilerinin de kişiselleştirildiğini belirten Anadolu Sağlık Merkezi Medikal Onkoloji Uzmanı **Prof. Dr. Haluk Onat** ile Radyasyon Onkolojisi Uzmanı **Prof. Dr. Kayıhan Engin,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Prof. Dr. Haluk Onat

Kanserin ilaçla ve ışınla tedavisi ne boyutta? Hastanenizde verilen hizmetlerden kısaca bahseder misiniz?

Prof. Dr. Haluk Onat: Birçok kanser tipinde lokal bir hastalıktan ziyade sistemik bir hastalık olduğunun öğrenilmesi ilaç tedavilerini ön plana geçirdi. Son yıllarda özelikle genetik ve moleküler bilimdeki gelişmelere paralel olarak, kanser hücresinin biyolojisiyle ilgili bilgiler arttı. Tedaviler bunlara göre planlanır oldu. Son yıllarda hastanın ölümünü engelleyen ve yaşamını devam ettirmesini sağlayan, hücre içindeki mekanizmaları kırmak için yeni ilaçlar geliştirildi. Her hastanın kendi kanser hücresi hakkında bilgiler elde edildiğinde, tedavileri kişiselleştiriliyor ve onlara yönelik yeni geliştirilen bu ilaçlar kullanıyor. Özellikle son 5 yıldır bu hedefe yönelik tedaviler dediğimiz ilaçları kullanmaya başladık ve bu sayede başarı oranlarını arttırdık.

Prof. Dr. Kayıhan Engin: Radyasyon tedavisi, kemoterapi ve cerrahi ile birlikte kanser tedavisinde kullanılan üç temel tedaviden birini oluşturur. Kanser hastalarının tedavisinde önemli bir yeri bulunan radyoterapi kanser olgularının yanı sıra bazı iyi huylu tümörler ve bazı sınırlı sayıda kanser dışı olgularda da kullanılıyor. Tedavide temel felsefe tümör bölgesine yoğun radyasyon verip, hücrelerin kromozomlarında kırılmalar oluşturarak tümör hücresinin zaman içinde ölmesini sağlamaya dayanıyor. Işın tedavisi lokal bir tedavi yöntemi olup, radyasyon onkolojisindeki teknolojik gelişmelerle birlikte artık daha kısıtlı bir alana çevre dokulara zarar vermeden daha fazla radyasyon verilebiliyor. Çok önemli diğer bir nokta da tümöre yönelik uygulanan tedavide sağlam dokular korunabilmesidir. Tümör



Prof. Dr. Kayıhan Engin

bölgesine yoğun radyasyon verirken, yakın çevresindeki normal organ ve dokuları korumak ve olabildiğince az radyasyon almasını sağlamak temel hedeftir. Dolayısıyla bedenin herhangi bir bölgesindeki tümöre radyasyon verilmeden önce yakınlarında hangi organ ya da dokuların bulunduğunun ayrıntılı olarak belirlenmesi gerekiyor. Tümör sınırlarının belirlenmesi için konturlama istasyonu ve görüntü transferi gibi en son teknolojiler kullanılıyor. Günümüzde tüm bedendeki tümörlerde rutin olarak uygulanan 3-boyutlu konformal radyasyon tedavisi (3-BKRT) sayesinde hekimler tedavi alanındaki tümörü üç boyutlu olarak görüntüler ve sanal simülasyon ile tümörü, çevre ve kritik organları çizerek sisteme tanıtır. 3-BKRT tedavisinden sonra geliştirilmiş yoğunluk ayarlı radyoterapi tekniği "YAR - IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy)" hayati önem taşıyan yapıların yakınında bulunan tümörlere maksimum dozun ulaşmasını, aynı zamanda çevredeki sağlıklı dokunun da önemli ölçüde korunmasını sağlar. Hedef odaklı kanser tedavisinde cerrahi işlem gerektirmeyen CyberKnife yöntemi, birçok iyi ve kötü huylu tümörde ve değişik hastalıklarda, ameliyat ve radyoterapiye alternatif bir seçenek oluşturur. Tedavi sırasında, tümör veya hastalıklı alanı yok etmek ya da büyümesini durdurmak için, çok sayıda radyasyon ışını hedefe yönlendirilir. Klasik radyoterapiye nazaran daha yüksek hassasiyetle tümörü ışınlaması ve çevre dokuların daha az radyasyona maruz kalması nedeniyle, yan etki profili çok daha düşük olur.



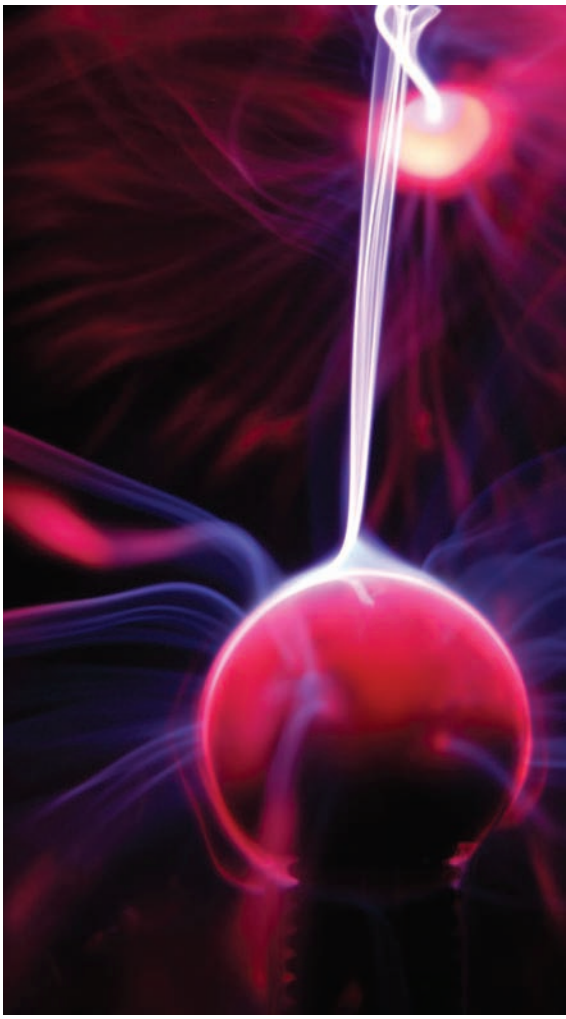
Prof. Dr. Haluk Onat: Anadolu Sağlık Merkezi Onkoloji Merkezi, yerli ve uluslararası kanser hastalarının gereksinimlerini karşılamak üzere bir referans merkezi olarak kurulmuştur.
"Hastane içinde hastane" konsepti ile tasarlanan onkoloji merkezine, hastanenin genel işleyişinden ayrı ve bağımsız olarak ulaşılabiliyor. Bu düzenleme, hastalarımıza diğer bölümlerimizden tümü ile ayrılmış, özel bir ortamda tedavi görme olanağı sağlıyor."Hastane içinde hastane" konsepti, kanser hastalarının tedavi ve izlemine katılan tüm disiplinlerin aynı çatı altında ve işbirliği içerisinde çalışmasına olanak veriyor. Bu ortam, hasta ve ilgili hekimin diğer tıbbi disiplinlerden kolaylıkla destek alabilmeleri açısından büyük önem taşıyor. Onkoloji merkezi, tüm kanser tiplerinin tanı ve tedavisi ile ilgili hizmetlerinin yanı sıra koruyucu hekimlik hizmeti de sunuyor.

Kanser tedavisi ile ilgili disiplinleri bünyesinde birleştiren onkoloji merkezine gelen hastalar, en uygun tedavi planının belirlenmesi ve uygulanması amacıyla cerrahi, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, dahili bilimler, patoloji, radyoloji, nükleer tıp ve biyokimya bölümleri tarafından değerlendiriliyor.

Onkoloji merkezimizin, Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO) akreditasyonuna sahip ülkemizdeki ilk olması da onkoloji alanındaki referans merkezi konumunu güçlendiriyor.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak konusunda hastanenizin sunduğu özel imkanlar veya plan dahilinde özel çalışmalarınız var mı?

Prof. Dr. Haluk Onat: Medikal onkoloji bölümü, kanser türlerinin büyük bir kısmının tanı ve tedavisine ek olarak koruyucu önlemler ve klinik araştırma olanakları da sunuyor. Kanser tanısı alan hastaların tedavi ve izlem planları ilgili cerrahi birim, radyoloji, patoloji, nükleer tıp, dahili birimler ve radyasyon onkolojisi bölümlerinin işbirliği ile multidisipliner bir yaklaşımla belirleniyor. Ayrıca, tedavi ve izlem süreçlerinde hastaların gereksinimlerine bağlı olarak ağrı tedavisi (algoloji), beslenme



ve psikoloji alanlarında destekleyici ve hastalığın belirtilerini azaltıcı (palyatif) tedavi ekibinden de yardım alınıyor.

Konusunda eğitimli, kanser hastalarının psikolojik ve fiziksel gereksinimleri hakkında deneyimli onkoloji hemşireleri uzman hekimlerin denetimi altında kemoterapi uygulaması yapıyor ve onkoloji hastalarına hizmet veriyor.

Anadolu Sağlık Merkezi Kemik İliği Nakli Merkezinde, uluslararası standartlarda sağlık hizmeti veriliyor. Aynı anda 22 hastaya kemik iliği nakli gerçekleştirebilen altyapıya sahip merkezde, tedavinin yanısıra hastanın gereksinim duyduğu tüm hizmetler bir arada sunuluyor.
Merkezimiz tarafından sunulan palyatif tedavi programının amacı onkoloji hastaları için mümkün olan en yüksek yaşam kalitesini sağlamaya yardımcı oluyor.

Onkoloji odaklı merkez sayısı oldukça az

Bozlu Holding tarafından kurulan NeoLife Tıp Merkezi, üst düzey teknoloji donanımı ve sağlık profesyonelleri ile onkolojide uzmanlaşmış bir merkez olarak hizmete açıldı.

NeoLife Tıp Merkezi İşletme Koordinatörü ve Bozlu Holding Sağlık İşletmeleri ve Pazarlama Koordinatörü **Meri İstiroti Bahar**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Kanser tanı ve tedavisinde gelinen noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz? Türkiye, dünya standartlarının neresinde duruyor?

Özellikle son on yılda bilgisayar teknolojilerinin hızla gelişiyor olması ve bunun tıbba uyarlanması ile tanı ve tedavi yöntemlerinde hızlı ilerlemeler sağlandı. Bugün son teknoloji desteği ile kurulan cihazlar çok hızlı ve etkin çekim yapabilmektedir. Son yıllarda elde edilen görüntü çözünürlüğü görüntü kalitesini yükseltti ve bu görüntülerin dijital ortama alınması standart oldu. Yazılım programları görüntüleri yorumlamaya başladı. Bu yorumlar halen kesin rapor olamamaktadır, ancak doktorların bazı detayları gözden kaçırmamasına yardım etmektedir. Bu vesile doktorlar, daha etkin bir yorum yapabilmektedirler.


Meri İstiroti Bahar

Günümüzde çekilen her mamografi, tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme aynı değil. Yeni teknolojinin kullanıldığı makinelerle daha iyi görüntü alınabilmektedir. Ancak elinizde iyi görüntü olsa da iyi bir yorumlayıcı doktorun çok yetkin ve tecrübeli olması gerekmektedir. Basit veya küçük denen detaylar hayat kurtarabilmektedir. Çekilen her filmde patolojik görüntü olmayabilir. Yorumlayan doktorun yüzde 1 hata payı olması erken dönem tanısı için hayati risk oluşturabilir. Yani filmleri yorumlayan radyologun yüzde 1 farkı bile farkı ortaya çıkarabilmektedir. Sadece teknoloji değil üretilen bilginin de artması tanımlamalarda büyük yararlar getirmektedir.

Türkiye'de ise birçok özel sektör, üniversite ve araştırma hastanesi bu gelişmeleri yakından izliyor. Gönül rahatlığı ile hem teknolojik ilerlemelerin takip edilmesi olsun, hem de hekim ve destek kadro kalitesi olsun, dünya standartlarının üstündeyiz diyebiliriz. Bugün birçok merkezde Avrupa ve Amerika standartlarını yakalamış, hatta aşmış durumdayız. Ülkemizde de kanser hastalığının giderek daha sık bir şekilde görüldüğünü düşünürsek bu hızı korumamız gerekiyor. Biz de Bozlu grubu olarak NeoLife Tıp Merkezinde bu düşünceden hareketle bu kadar büyük bir yatırım yaptık.

Türkiye'nin kanser tanı ve tedavisinde kullanılan teknolojik altyapısı yaygın ve yeterli mi? Erken teşhise ilişkin altyapı yeterli mi?

Bu alanda imkanlar genellikle büyük şehirlerde odaklanmış durumda. Ayrıca, onkolojiye odaklanmış merkez sayısı oldukça az. Erken teşhis konusunda ise her ne kadar çeşitli kampanyalar düzenlense de, toplumun



"Radyoterapi ve radyo cerrahi işlemleri için birçok teknolojiyi bir araya toplayan, TrueBeam adlı Lineer Akseleratörü Varinak kanalı ile Türkiye'ye ilk ve tek olarak biz getirdik"

bu konudaki bilinç düzeyinin her tür kanser alanında arttırılması gerekiyor. Örneğin, prevalansa paralel olarak, ülkemizde en çok meme kanseri konusunda çalışma yapıldı ama büyük şehirler dışında yeterli olduğunu düşünmüyorum. Bu konuda tüm sağlık yöneticilerine önemli görev düşüyor; toplumumuzu bilinçlendirmeli, bu çalışmaları tarama kampanyaları ile pekiştirmeliyiz.

Tıbbi cihazlarınızın benzerlerinden ayrılan üstün özellikleri var mı? Bu cihaz kullanıcıları yeterli donanıma sahip mi?

Bozlu Grubu olarak 20 yılı aşkın bir süredir nükleer tıp sektöründeyiz ve diğer şirketlerimizin faaliyet alanları gereği sektörü çok yakından izliyoruz. Bu bağlamda NeoLife Tıp Merkezinde de en yeni teknolojiyi halkımızın hizmetine sunmak, burayı bir model işletme yapmak istedik.

Radyoterapi ve radyo cerrahi işlemleri için birçok teknolojiyi bir araya toplayan, TrueBeam adlı Lineer Akseleratörü Varinak kanalı ile Türkiye'ye ilk ve tek olarak biz getirdik. Bu cihazla yapılabilen tedavi işlemleri şu şekilde sıralanabilir:

- 3 Boyutlu Konformal Radyoterapi
- IMRT (Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi)
- IGRT (Görüntü Kılavuzluğunda Radyoterapi)
- SRS (Stereotaktik Radyocerrahi)
- SBRT (Stereotaktik Vücut Radyoterapisi)
- Volumetrik Yoğunluk Ayarlı Ark Terapi

Dünyada sayılı merkezde kurulu bulunan bu cihaz ile hastalarımız için en uygun tedavi yöntemini seçebilmekteyiz. Lineer akseleratörlerde ışın çıkışı "flattening filter" denilen ışın düzleştirici filtreler ile homojen hale getirilir. 2010 yılında kullanıma giren TrueBeam cihazının en önemli farklılığı bu filtrenin kullanılmadan ışınlama özelliğine de sahip olabilmesidir. Böylece radyasyon dozunun merkezde daha yüksek olması sağlanırken, hemen yakınında doz hızla düşmektedir. Aynı zamanda ışın çıkış hızı diğer lineer akseleratörlere göre 4-8 kata kadar artırılabilmekte, bu sayede IMRT ve SBRT gibi tedaviler birkaç dakika gibi çok kısa sürelerde yapılabilmektedir. Ayrıca, radyasyon tedavilerinde çok önemli bir konu olan hata payını minimuma indirecek şekilde sürekli bir kontrol söz konusudur.

NeoLife Tıp Merkezinde kullanılan diğer bir özel cihaz ise Tomosentez dijital mamografidir. Üç boyutlu görüntüleme ile meme tümörlerinde en etkin tanıyı sağlayan Tomosentez mamografi cihazı ile sorunlu bölgelerde net görüntü elde edilir.

Türkiye'deki tıbbi görüntüleme teşhis ve tedavi teknolojileri sektörünün Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, SGK ile ilişkileri nasıl? Satın alımlar, geri ödemeler konusunda sıkıntılar yaşanıyor mu?

Son 20 yıla baktığımızda kanser tedavi programları ile ilgili ülkemizde çok yol kat edilmiştir. Ancak halen tedavi standardizasyonu ile ilgili yapılacak önemli görevlerimiz vardır. SGK hizmet alım anlaşmaları ile belli başlı hizmetleri sunamayan (radyoterapi, nükleer tıp, radyoloji gibi) hastanelerde ya da tıp merkezlerindeki hastalara kolaylık sağlanması için hizmet alım sözleşmelerinin önünü açmıştır.

Görüntüleme cihazları konusunda hastanelerin eksiklikleri neler? Kamu ve özel sağlık sektörü hastanelerinin cihaz donanımı yeterli düzeyde mi?

Gerek hizmet alımı yöntemi ile, gerekse de kamunun kendi temin ettiği cihazlarda son teknoloji ürünler aranmaktadır. Sadece görüntüleme cihazlarında değil, tedavi cihazları için yeni teknoloji yatırımları yapılmaya başlanmıştır. Kanser konusundaki hassasiyetin artması ile son bir iki yılda teknoloji yoğunluklu cihazlar tercih edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde nüfus dağılımına göre nüfus yoğunluğu olan yerlerde yeteri kadar görüntüleme hizmeti sunulmaktadır. Kaynakların daha iyi kullanılmasına ihtiyaç vardır. Ancak doğuya gidildiğinde yüksek teknolojide görüntüleme hizmeti sunumu konusunda gelişime açık noktalar var.

Türkiye'de kanser tedavisi için kullanılan teknoloji insan sağlığı, çevre güvenliği ve kalite konusunda yeterli ve yaygın düzeyde mi?

Truebeam cihazının ülkemizde ilk defa kurulması radyasyon onkolojisi alanında çok tecrübeli hekim ve fizikçi grubuna sahip olmamız nedeni ile bir dünya markası olan Varian, Neolife'ı teknik eğitim merkezi olarak seçmiştir. Bu Varian'ın NeoLife Tıp Merkezi'ne ve Türkiye'deki temsilcisi olan Varinak'a olan güveni ile şekillenen bir süreç olmuştur. Ülkemizdeki ve çevre ülkelerindeki ilgili branş hekimlere ve fizikçiler eğitim verme misyonumuzla bu alandaki tıbbi ve hizmet standardımızı arttırmayı hedefliyoruz.

Yine Bozlu grup şirketlerinden birisi olan ve Türkiye'nin nükleer tıp işletmeciliğinde faaliyet gösteren ilk firması olan MNT, stajyer fizik mühendislerini yeni teknolojilere ve uygulamalara hazırlamakta, ülkemizdeki bilgi birikimine katkıda bulunmaktadır. MNT kadrosundaki fizik mühendislerini periyodik olarak yurt dışı eğitim ile desteklemeye devam etmektedir. MNT iş güvenliği (özellikle radyasyon güvenliği) konusunda da son derece titiz davranmaktadır. ■

neolife tıp merkezi

Radyasyon onkolojisi periferde çok geride

"Radyasyon onkolojisi bugün merkezlerde etkili bir şekilde kullanılabilirken, periferde yeterli görülmemektedir. Çok defa bu hastaların tedavisinin yapıldığı merkezde 6-8 hafta geçirmek zorunluluğu vardır"

Onko Tıp Merkezi yöneticileri **Prof. Dr. Önder Berk** ve **Dr. Emin Kamgözen**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanserin erken tanısına ilişkin alt yapı yeterli ve yaygın mı?
Kanser tanı ve tedavisini çeşitli iç hastalıkları ve cerrahi bilim dalları içinden çıkarıp organize bir kurum haline getirme işi 1970'li yılların başında başarılabilmiştir. Öncelikle büyük kentlerdeki üniversiteler kuruluşların başındaki, çoğu yurt dışında bu konuda yetişmiş doktorlarca eğitim, kaynak yaratma, organize olma, bu konuda donanımlı yeni eleman yetiştirme konusunda enerjik bir uğraşı başlatılmıştır. Buna paralel olarak kanserli hastaların sorumluluğu alınıp tanı ve tedavi uygulamaları başarılı bir şekilde sürdürülmüştür.

O başlangıç günlerinden bu güne 301 tıbbi onkolog, 334 radyasyon onkologu yetiştirilmiş ve ayrıca genel cerrahların belli kanser konularında deneyim kazanıp tedavide daha radikal çözüm bulma olasılıkları artmıştır.

Evet, büyük şehirlerde tanı ve tedavide batı standartlarına ulaşılmıştır. Ancak bunu her noktaya yayabildiğimizi söylemek çok yanlış olur.



Prof. Dr. Önder Berk (solda) ve Dr. Emin Kamgözen (sağda)

Türkiye'de ilaç ve ışınla tedavi ne boyutta?
Yurdumuzda kanser tedavisi konusunda gereken donanıma sahip 44 kamu sağlık kuruluşu (üniversite ve devlet hastanesi), 45 özel tıp merkezi tüm dünyaca her yıl yeniden gözden geçirilen gelişmeler doğrultusunda konsensüse uygun tedaviler başarı ile yürütülmektedir. Ancak bu etkinlik merkezlerden periferi gittikçe bir ölçüde aksaklıklara uğramaktadır.

Radyasyon onkolojisi bugün merkezlerde etkili bir şekilde kullanılabilirken, periferide yeterli görülmemektedir. Çok defa bu hastaların tedavisinin yapıldığı merkezde 6-8 hafta geçirmek zorunluluğu vardır.

Merkezinizde verilen hizmetler neler?
Onko Tıp Merkezi – Ankara, kanser tedavisinde 20 yıllık deneyime sahip Türkiye'nin bu konuda organize olmuş ilk kuruluşudur diyebiliriz. Ayrıca bu süreçte Türkiye'nin çeşitli yörelerinde şube açarak tedavide ek katkı yaratmış bir kuruluştur. (İstanbul, Antalya, Adana ve en son Diyarbakır). Geçen 20 yıl boyunca radyoterapinin geçirdiği teknik ilerlemelerin tümüne anında adapte olması gibi övünülecek bir kariyere sahiptir. Bunun en objektif göstergesi merkezlerimizin çoğunda yeni teknolojilerin kullanılmasını gösterebiliriz.

20 yıldır sürdürdüğümüz tanı ve tedavi çabaları merkezimizde 50 bine varan bir hasta izleme dosyası oluşturmuştur. Bundan elde edilen sonuçlar Türkiye'de kanser verilerine önemli bir kaynak oluşturacaktır.

Sizce önümüzdeki 15-20 yılda hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Kanser hastası yurt dışında çare aramak yerine güvenle kendini Türk doktorlarına emanet edebilmektedirler. Ancak bu olumlu yaklaşım hasta potansiyelinin giderek artmasına neden olmakta ve buna yer yıl yüzde 2 artan hasta sayısı eklenmektedir.

hospital
manager

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri

Hospital Manager dergisi her yıl sağlık sektöründe başarı gösteren yönetici ve girişimcileri ödüllendiriyor. Sağlık sektöründe işletmeci ve yönetici olarak çalışanlar bu ödüllere bizzat başvurabiliyor ya da aday gösterilebiliyorlar.



Ödülün Amacı

Ülkemizde sağlık sektöründe başarılı yöneticileri teşvik etmek ve sağlık kuruluşlarında yönetim becerilerinin gelişimini desteklemektir.

Kimler Katılabilir

Kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında yönetici pozisyonunda bulunan tüm çalışanlar ve özel sektör girişimcileri bizzat başvurabilir ya da aday gösterilebilir.

Başvuru Yöntemi

Başvurular kişinin kendisi ya da aday gösteren tarafından adayın aşağıda değerlendirme kriterlerinde belirtilen tüm özelliklerini içeren dosyasını yedi kopya olarak 30 Mayıs 2011 tarihine kadar aşağıdaki adrese ulaştırması yeterli olacaktır.

Başvuru Adresi

Hospital Manager
Kuleli Sokak No: 57-1 G.O.P. Ankara Tel: (312) 446 9114

Son Başvuru Tarihi

30 Mayıs 2011

Ödül Kategorileri

1 Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi
2 Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi
3 Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi
4 Yılın En Başarılı Medikal Yöneticisi
5 Yılın En Başarılı Hemşire Yöneticisi

Ödül Gecesi

Ödüller Haziran 2011 'de İstanbul'da düzenlenecek gecede sahiplerine ulaştırılacaktır.

Ödül Kriterleri

i) Yöneticinin eğitim geçmişi, aldığı yönetim eğitimi, katıldığı seminerler, eğitimler, kongreler ve konferanslar
ii) Yöneticinin sağlık yönetimiyle ilgili yayınları, verdiği konferanslar, eğitimler, seminerler ve yaptığı konuşmalar
iii) Yöneticinin profesyonel ve sivil toplum kuruluşu üyelikleri
iv) Yöneticinin kuruluşuna/topluma kazandırdığı başarılar; yenilikler, gelir artışı, büyüme, ödül, vb.
v) Girişimcinin ortaya koyduğu büyüme, gelir artışı, ödüller

Ödül Jüri Üyeleri


Prof. Dr. Barış Diren


Prof. Dr. Metin Çakmakçı


Prof. Dr. Melih Bulut


Yaşar Yıldırım


Bülent Kiymir


Oğuz Engiz


Meri Bahar



Siemens'in önceliği hasta güvenliği

Siemens kanserle savaşa hem tanı hem de tedavi alanında ciddi yatırımlar yapıyor. Bununla ilgili iki örneğin ilki, kanser tanısında yeni bir çığır açması beklenen ve Biograph ürün ailesinin en yeni üyesi olan PET- MR sistemi olan Biograph mMR. Diğeri ise, tedavi alanında, Lineer akseleratör ürün ailesinin en yeni üyesi olan Artiste lineer akseleratörleri ile beraber sunulan CT Vision sistemi

Siemens Sağlık Sektörü Görüntüleme ve Tedavi Sistemleri Bölüm Yöneticisi **Şevket On**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Türkiye'nin kanser tanı ve tedavisinde kullanılan teknolojik altyapısı yaygın ve yeterli mi?

Sağlık Bakanlığının izlemiş olduğu kanserle savaş politikası ile kullanılan ileri teknolojiler oldukça yaygınlaştırmıştır. Kanserle savaşta etkin olarak kullanılan üç stratejiden birisini radyasyon onkolojisi oluşturmaktadır. Radyasyon onkolojisinde de en hayati cihazlar lineer akseleratörler ve PET - CT radyoterapi konusunda, ciddi bir altyapı eksiği var. Türkiye'de kurulu PET - CT ve lineer akseleratörlerin bir çoğu son teknoloji ürünleri olmakla beraber, coğrafi yaygınlık olarak yetersiz kalmaktadır.

Tıbbi cihazlarınızın benzerlerinden ayrılan üstün özellikleri var mı? Bu cihaz kullanıcıları yeterli donanıma sahip mi?

Siemens kanserle savaşta hem tanı hem de tedavi alanında ciddi yatırımlar yapmaktadır. Ar-Ge'ye yaptığımız yatırımların sonucunda sektörde inovasyonda lider firma haline geldik. Bununla ilgili en son iki örneği sizinle paylaşmak istiyorum. İlki tanı alanında, kanser tanısında yeni bir çığır açması beklenen ve Biograph ürün ailemizin en yeni üyesi olan PET MR sistemimiz olan Biograph mMR'dır. Dünyadaki ilk ve tek bütünleşik PET MR sistemi olan Biograph mMR ile PET ve MR çekimleri aynı anda yapılabilmektedir.

İkinci örneğimiz ise tedavi alanında, Siemens en gelişmiş ve en güvenilir tedavi sistemlerini sunmayı amaçlamaktadır. Lineer akseleratör ürün ailemizin en yeni üyesi olan Artiste lineer akseleratörleri ile

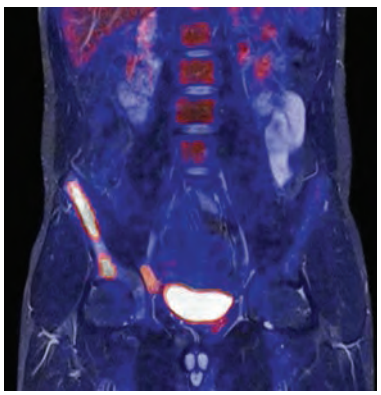
"Cihaz donanımı arttıkça, o donanımı etkin kullanabilecek kalifiye personel sayısındaki artış ihtiyacı da ön plana çıkıyor. Teknisyen ve doktorların gerekli eğitim planlamalarının yapılması gerekiyor"

beraber sunmaya başladığımız CT Vision sistemi kullanıcılarımıza radyasyon onkolojisi alanında en hızlı, en güvenilir ve en hassas üç boyutlu görüntü destekli ve adaptif radyoterapi çözümlerini sunmayı amaçlamaktadır.

Radyasyon onkolojisinin yanı sıra tedavi alanında girişimsel onkoloji gibi dünyada da hızlı büyüyen klinik alanlarda öncü teknolojiler geliştiriyoruz. Kemoembolizasyon rehberliği yapan anjiyografi sistemlerine kadar geniş perspektifte ürünler sunuyoruz. Ancak, ülkemizde bu teknolojilerin klinik alanda uygulanmasının yaygınlaşması özellikle üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde bu konulardaki akademik araştırmaların artmasıyla sağlanabilecektir.

Türkiye'deki tıbbi görüntüleme teşhis ve tedavi teknolojileri sektörünün Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, SGK ile ilişkileri nasıl? Satın alımlar, geri ödemeler konusunda sıkıntılar yaşanıyor mu?

Burada önemli olan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte kalitenin de yaygınlaştırılması gerektiğidir. Devlet kurumları özellikle teşhis ve tedavi teknolojilerinde kalitenin korunması ve geliştirilmesi için oldukça yoğun çaba sarf ediyorlar. Ancak her zaman en yüksek kalitedeki ürünler bütçe nedeniyle tercih edilebilir olmuyor. Genel olarak bütçeden Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bu konuda daha fazla kaynak ayrılması gerektiği ortadadır.





Görüntüleme cihazları konusunda hastanelerin eksiklikleri neler? Kamu ve özel sağlık sektörü hastanelerinin cihaz donanımı yeterli düzeyde mi?

Cihaz donanımı arttıkça, o donanımı etkin kullanabilecek kalifiye personel sayısındaki artış ihtiyacı da ön plana çıkıyor. Sağlık teknolojilerinde teknisyen ve doktorların da teknolojiyi yakalayabilmesi için de gerekli eğitim planlamalarının yapılması gerekiyor.

Türkiye'de kanser tedavisi için kullanılan teknoloji insan sağlığı, çevre güvenliği ve kalite konusunda yeterli ve yaygın düzeyde mi? Bu konuda firmanızın hastanelere-hekimlere- yardımcı personele yönelik çalışmaları var mı?

Siemens'in birinci önceliği her zaman hasta güvenliği olmuştur. Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi ve görüntüleme cihazlarımızın güvenliği konusunda en iddialı firmayız. Özellikle, lineer akseleratör cihazlarımız radyasyon sızdırmazlık seviyeleri pazardaki diğer cihazlara oranla oldukça düşük seviyededir ve en hassas tedavileri sağlamaya yöneliktir.

Tanı alanında kullanılan PET-CT ve CT sistemleri ise X ışını ile çalışan sistemlerdir. Burada da sunduğumuz sistemlerin temel tasarımında her zaman hastaya verilen X ışınının teşhisin gerektirdiği minimum dozda verilmesi ve hastaya gereksiz doz vermenin önlenmesi ön planda tutulmaktadır. Bu tasarımlar sayesinde Siemens X ışınlı cihazların tümünde özellikle anjio, PET - CT ve CT de her zaman en düşük dozu sağlamaktadır.

Ülkemizde de her platformda bu bilincin yerleşmesi için çalışmaktayız, son zamanlarda gerek özel gerekse kamu yatırımlarında bu bilincin ön plana çıktığını görmek bizleri çok sevindirmektedir.

Firmanızın özellikle onkoloji alanında hastanelere-hekimlere-halka yönelik çalışmaları neler?

Firmamız hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalitenin arttırılması için sivil toplum kuruluşları ile sürekli çalışmalar yapmaktadır. Bunlardan birisi Türkiye Nükleer Tıp Derneği ile yaptığımız çalışmadır. Siemens olarak Türkiye Nükleer Tıp Derneğinin bazı eğitim faaliyetlerini Siemens eğitimcileri ve Siemens iş istasyonları ile desteklemekte ve bu istasyonlar üzerinde hekimlerin yeni yazılımları öğrenmesinde destek olmaktadır.

Ayrıca, broşürler, e-postalar ve kongrelere katılımlar ile hekimlerimize sürekli olarak yeni teknolojileri ulaştırmaya çalışıyoruz. Bunun yanı sıra eğitim ve araştırma kurumlarında cihazlarımızla yapılan araştırma projelerinde de bu kurumlarla ortak çalışmalar yürütüyoruz.

Kansere daha çok kaynak ayrılmalı

"Türk halkının sağlık, iyi yaşam ve teknolojiye ilişkin eğilimini ölçen Philips, on iki şehirde binden fazla kişinin katılımı ile yaptığı araştırmada Türkiye'nin Sağlık ve İyi Yaşam Haritasını ortaya koydu. Buna göre, Türk halkı önümüzdeki beş yıl içinde devletin en çok kanser ve kardiyovasküler hastalıkların tedavisine öncelikli olarak kaynak ayırmasını istiyor "

Türk Philips Genel Müdürü ve Philips Sağlık Türkiye Genel Müdürü **Willem Rozenberg**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Onkoloji alanında tıbbi cihazlarınızın benzerlerinden ayrılan üstün özellikleri var mı? Bu cihaz kullanıcıları yeterli donanıma sahip mi?

Philips'in onkolojideki stratejisi, "care-cycle" kavramına odaklanmaktır. Bu kapsamda, çabamız kanserin erken teşhisini ve yüksek kalitede tedavisini sağlayan, en iyi seçenekleri içeren gerçek çözümler yaratmak ve sunmaktır. Philips, bugünün değil geleceğin teknolojilerine yatırımlar yapar, bu teknolojilerin gerçekleşmesine ve kullanımına sunulmasına öncülük eder.

Bu amaçla Philips, radyasyon onkolojisine yönelik olarak, teşhis ve takibe dayalı, kanserli tümörün lokalizasyonunu daha net belirleyen, third-generation TOF (Time of Flight) platformuna ve onkolojide kullanıma uygun, 85 cm hasta açıklığına sahip GEMINI TF Big Bore cihazlarını pazara sundu. TOF teknoloji, iki coincident gama ışının dedektörlere varış zamanı arasındaki farkı ölçerek, daha düşük doz tüketimi ve daha kısa tarama sürelerinde, daha yüksek kalitede görüntü elde edilmesini sağlayan bir yazılım ve donanım platformudur. TOF teknolojisine sahip, GEMINI TF Big Bore sistemi, ilk kez Amerika'da Pennsylvania Üniversitesi Proton Terapi Ünitesinde hizmete girmiştir ve dünyaca ünlü tanınmış onkoloji merkezlerinde hizmet vermektedir.



Willem Rozenberg

Teknoloji k donanımınızı göz önünde bulundurarak, sistemlerinizi anlatır mısınız?

Philips Pinnacle³ Radyasyon Tedavi Planlama Sistemi (TPS); hızlı, kesin, etkileşimli tedavi planlama özellikleri ile performans ve güvenilirlikte dünyada bir numara oldu. Entegre, foton, elektron, steorotaktik, brakiterapi, simülasyon, görüntü füzyonu, IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) opsiyonlari ve en son VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) planlama (SmartArc modülümüz ile birlikte) modülü ile, Pinnacle³ terapi planlama işlerinizi tek bir platformdan gerçekleştirmenize imkan tanır.

Philips Pinnacle/AcQSim³ Simulasyon Sistemi (CT Simulation); onkolojide kullanım için özel olarak dizayn edilen, 85 cm hasta açıklığı, 16 kesitli CT sistemine sahip, simülasyon amaçlı AcQSim³ İş İstasyonu ile birlikte (CT-Sim), onkolojideki tedavi tekniklerinden IGRT (Image Guided Radiation Therapy) terapi planlamadaki ilk adımdır. Onkolojideki iş akışını maksimize etmek için, AcQSim³ İş İstasyonu, endüstri lideri radyasyon terapi planlama sistemimiz Pinnacle³ sistemi ile entegre edilebilir. Bu entegre onkoloji iş istasyonu, simülasyondan, automated görüntü kaydına, 3D planlama, IMRT ve IGRT çalışmalarının tamamını gerçekleştirir.






"Önümüzdeki beş yıl içinde sağlığını tehdit eden potansiyel unsurlar olarak Türkler kalp krizi, tansiyon ve kanseri listenin başına koyuyor. Her on kişiden dokuzu, yeni teknolojiler çıktıkça yaşam standardının geliştiğini düşünüyor "

Philips'in bu alandaki vaadi; en yeni teknolojileri sağlamak, desteklemek ve devamlı kılmaktır.
Anatomik ve biyolojik verilerin doğru kaydını yapmak ve etkin tedavi kararları için "care cycle" iş akışında veri entegrasyonunu sağlamak temel hedeftir.

Teknoloji çözümlerimiz ile birlikte, kanseri nasıl teşhis, evreleme ve tedavi edeceğimiz konusunda yaptığımız çalışmalar da yenilikçi anlayışımız ile birlikte gelişmeye devam etmektedir.

Philips, ilk duyurusunu RSNA 2010, Chicago'da geçtiğimiz aylarda yaptığı "Imaging 2.0" ile, görüntülemede, birçok modalitenin entegre çalıştığı ortak bir "care-cycle" yaratarak, yeni bir çağa damgasını vurmaktadır. Bu entegrasyon, daha ekonomik ve daha etkili çalışmaya liderlik ederek, X-Ray, Ultrasound, PET ve MR gibi modaliteleri biraraya getirerek, hibrid görüntülemenin öne çıktığı yeni bir dünyaya açılmaktadır. Bu açılımın başrollerinde, Philips'in lider Ingenuity serisinden, Dünya'da ilk ve tek Tüm Vücut (Whole Body) PET-MR Sistemi, Ingenuity TF PET-MR ve Ingenuity TF PET- CT başı çekmektedir.

"Halk genelinin yüzde 77'si tıp teknolojisinin daha uzun yaşamalarını sağladığını düşünüyor. Yine halkın yüzde 71'i sağlık ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanması açısından, Türkiye'deki kamu kurumlarındaki sağlık hizmetlerini yeterli buluyor"

Türkiye'de kanser tedavisi için kullanılan teknoloji insan sağlığı, çevre güvenliği ve kalite konusunda yeterli ve yaygın düzeyde mi?
Philips'in klinik gücü, özellikle diagnostik (teşhise dayalı) görüntüleme, görüntü eşliğinde biyopsi ve terapi planlama başta olmak üzere, kemoterapi, radyasyon terapisi, cerrahi gibi geleneksel kanser tedavilerini destekler niteliktedir. Görüntüleme ve takip sistemlerimiz, kemo-embolizasyon ve termal ablasyon (girişimsel) gibi yeni tedavi tekniklerini destekleyen, yaşamsal teknolojiler içermektedir.

Bu bağlamda "Oncology Care-Cycle" kavramı çerçevesinde hareket ederek, erken teşhis, önlem, teşhis ve terapi planlamaya hedeflenerek daha iyi tedavi ve sonuçlar elde etmek için entegre çözümler sunmaktadır.

Firmanızın özellikle onkoloji alanında hastanelere-hekimlere-halka yönelik çalışmaları neler?
Amerika'daki en üst elli kanser merkezinin yüzde 98'inde Philips çözümleri kullanılmaktadır. Philips, kullanıcılarına, yüksek klinik ve ekonomik değer sunmak için onkoloji çözümlerine yönelik araştırmalara büyük kaynak ayırmakta ve yatırım yapmaktadır.

Türkiye'de Philips'in onkoloji - RT amaçlı çözümlerine ilk olarak Amerikan Hastanesi'nde hizmete sunulmuştur. Dünyadaki ilk on TOF teknolojisine sahip PET-CT sistemlerinden biri olan GEMINI TF-True Flight TOF sistemi Amerikan hastanesinde 2007 yılı başından beri güvenle hizmet vermektedir.

Türkiye'nin Sağlık ve İyi Yaşam Haritasını hazırladınız. Bunu biraz açar mısınız?
Philips olarak, 2010 yılında Türkiye'de 80. yılımızı kutladık. Bu kapsamda, sağlık ve iyi yaşam alanının lider bir şirketi olarak Türk halkının sağlık, iyi yaşam ve teknoloji alanlarındaki mevcut durumunu ve eğilimlerini ölçümlemek amacıyla binden fazla kişinin katılımı ile 12 şehirde yaptığımız araştırma ile Türkiye'nin "Sağlık ve İyi Yaşam Haritası"nı ortaya koyduk.

Araştırma sonuçlarına baktığımızda görüyoruz ki, Türk halkı önümüzdeki 5 yıl içinde devletin en çok kanser ve kardiyovasküler hastalıkların tedavisine öncelikli olarak kaynak ayırmasını istiyor.

Yine benzer şekilde görüyoruz ki önümüzdeki beş yıl içinde sağlığını tehdit eden potansiyel unsurlar olarak Türkler kalp krizi, tansiyon ve kanseri listenin başına koyuyor.

Neredeyse her on kişiden dokuzu, yeni teknolojiler çıktıkça yaşam standardının geliştiğini düşünüyor.

Halk genelinin yüzde 89'u, hastane seçiminde, teknolojik ekipmanın ne derece güncel, gelişmiş ve son teknoloji olduğunun etkili olduğunu düşünüyor.

Halk genelinin yüzde 77'si tıp teknolojisinin daha uzun yaşamalarını sağladığını düşünüyor.

Türk halkının yüzde 71'i sağlık ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanması açısından, Türkiye'deki kamu kurumlarındaki sağlık hizmetlerini yeterli buluyor. (Memnuniyet özel kurumlarda yüzde 84'e ulaşmaktadır) ■



Türkiye kansere para harcamıyor

Türkiye'de her yıl yaklaşık 160 bin kişiye kanser teşhisi konuluyor; yaklaşık 100 bin kişi de bu hastalıktan dolayı yaşamını yitiriyor. Avrupa'da kanser harcamalarının sağlık harcamalarındaki payı ortalama yüzde 6.3; Türkiye'de ise aynı oran yüzde 3'e düşüyor. Polonya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti gibi daha düşük gelirli Avrupa ülkelerinde bile sağlık harcamaları içinde kanser harcamalarının payı yüzde 3-5 düzeyinde bulunuyor

Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarında kanser harcamalarının payı, ortalama yüzde 6.3. Kanser tedavisi için kişi başına ortalama harcama ise 148 Avro olarak tahmin ediliyor. Türkiye'de ise sağlık harcamalarının yüzde 3'ü kanser tedavilerine ayrılıyor. Türkiye'de kişi başına düşen kanser tedavisi harcaması ise 25 Avro düzeyinde kalıyor.

"Türkiye'de Hastaların Kanser İlaçlarına Erişimi Raporu"na göre, Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarında kanser harcamalarının payı ortalama yüzde 6.3 olurken, Türkiye'de bu oranın yüzde 3 olduğu belirlendi.

Her yıl 160 bin yeni teşhis

Türkiye'de her yıl yaklaşık 160 bin kişiye kanser teşhisi konulduğu ve yaklaşık 100 bin kişinin de bu hastalıktan dolayı yaşamını yitirdiği belirtilen raporda, hala Türkiye'de erkekler arasında en yaygın kanser türlerinin akciğer, prostat; kadınlarda ise meme ve kolorektal kanserler olduğu ifade edildi. Raporda, tedavi sonuçlarıyla en az yüz güldüren kanser türleri ise akciğer, mide, kalın bağırsak ve rektum kanserleri olarak işaret ediliyor.

Rapor, ilaç sektörüyle ilgili araştırmalarda dünyanın önde gelen kuruluşları arasında gösterilen i3 Innovus ile Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) desteğiyle hazırlandı.

Türkiye'de sağ kalım şansı az

Rapora göre, Türkiye'de kanser tedavisinin sonuçları, karşılaştırılan Avrupa ülkelerinden çok daha geride bulunuyor. Bu durum, Türkiye'deki kanser hastalarının Avrupadakiler kadar yüksek bir sağ kalım şansına sahip olmadığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarında kanser harcamalarının payı ortalama yüzde 6.3 olurken, Türkiye'de oran yüzde 3

Bazı ülkelerdeki kanser harcamaları

	Toplam sağlık harcamalarındaki payı	Kişi başı direkt maliyetler (Euro)
Çek Cumhuriyeti	5.0 %	72
Fransa	6.6 %	205
Almanya	7.2 %	216
Macaristan	5.0 %	61
İtalya	6.4 %	144
Polonya	5.0 %	41
İspanya	6.4 %	141
İngiltere	5.6 %	132
Türkiye	3 %	25

Sağ kalımı olumsuz etkileyen faktörler, geç tanı, tedaviye geç ulaşım, var olan tüm tedavi seçeneklerine Türkiye'deki erişim olanakları, ülkeye özgü kanser nedenleri (sigara tüketim oranı) ve genetik özellikler gösteriliyor.

Raporda, 2002 yılı verilerine göre 5 yıllık kanser vakası sayısının en düşük olduğu ülke Türkiye.

Avrupa'da kişi başı harcama 148 Avro

Rapora göre, Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarında kanser harcamalarının payı, ortalama yüzde 6.3, kanser tedavisi için kişi başına ortalama harcama ise 148 Avro olarak tahmin ediliyor. Kanser tedavisi sonuçlarının en yüksek olduğu Fransa'da ise bu rakam 205 Avro. Polonya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti gibi daha düşük gelirli Avrupa ülkelerinde dahi sağlık harcamaları içinde kanser harcamalarının payı yüzde 3-5 düzeyinde bulunuyor. Polonya'da kişi başına kanser harcaması 41 Avro, Macaristan'da 61 Avro, Çek Cumhuriyeti'nde ise 72 Avro.

Türkiye'de kişi başı harcama 25 Avro

Türkiye'de ise sağlık harcamalarının yüzde 3'ü kanser tedavilerine ayrılıyor. Türkiye'de kişi başına düşen kanser tedavisi harcamasının ise sadece 25 Avro düzeyinde kaldığı öngörülüyor. Raporda ayrıca, kanser tedavi masraflarının Türkiye'ye doğrudan maliyetinin 1.8 milyar Avro (yaklaşık 3.6 milyar TL) olduğuna, üretim ve iş gücü kayıpları ile diğer dolaylı harcamalar göz önüne alındığında bu maliyetin katlanarak büyüdüğüne dikkat çekiliyor.

Kanser tedavisi için Avrupa'da kişi başına ortalama harcama 148 Avro. Kanser tedavisi sonuçlarının en yüksek olduğu Fransa'da kişi başına ortalama harcama 205 Avro

Yenilikçi ilaçların etkin bir şekilde kullanılmasıyla verimlilik ve iş gücü kaybının önlenerek, ekonomi için değer yaratılığı ve kamu kaynaklarının daha büyük bir maliyetten korunduğu hatırlatılıyor."

Türkiye de kanserden kaynaklanan ölüm sayıları (kişi)

	100.000 Erkekte	100.000 Kadında	100.000 Kişide
Akciğer	44.1	4.9	24.5
Mide	10.4	5.4	7.9
Kolon ve rektum	5.8	5.4	5.6
Lösemi	5.0	4.1	4.6
Beyin, MSS	3.8	3.2	3.5
Mesane	6.0	0.9	3.5
Larenks	4.8	0.3	2.6
Hodgkin dışı lenfoma	2.7	2.2	2.5
Karaciğer	2.5	1.4	2.0
Pankreas	2.3	1.6	2.0
Özofagus	2.0	1.4	1.7
Ağız boşluğu	1.7	0.9	1.3
Böbrek vb.	1.4	0.9	1.2
Multipl miyelom	0.7	0.6	0.7
Tiroid	0.3	0.7	0.5
Melanom	0.5	0.4	0.5
Nazofarenks	0.6	0.3	0.5
Hodgkin lenfoma	0.5	0.3	0.4
Diğer farenks	0.3	0.2	0.3
Prostat	5.0		
Testis	0.5		
Meme		9.7	
Serviks		2.4	
Rahim		2.0	
Over		3.4	
Cilt dışı tüm	107.8	58.7	83.3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi (2009)
** 2004 yıl sonu rakamları*

Türkiye ve bazı ülkelerdeki sağlık harcamalarının karşılaştırması (2007)

	Kişi başı GSMH* (USD)	Kişi başı sağlık harcaması (USD)	Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı	Kişi başı ilaç harcamaları (USD)**
Türkiye	11.535	591	% 5.7	143
Polonya	14.674	843	% 6.2	236
Macaristan	18.155	1.440	% 8.5	391
Çek Cumhuriyeti	22.042	1.447	% 7.1	402
Yunanistan	27.232	2.283	% 9.0	651
İspanya	29.383	2.260	% 8.3	332
İtalya	32.002	2.496	% 8.9	376
Almanya	31.949	3.251	% 10.7	326
Fransa	31.316	3.306	% 11.1	429
İngiltere	32.961	2.580	% 8.2	316

** Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasıla*
*** 2006 yılı verileri*
Kaynak: OECD

Ar-Ge gelişiyor

Mustafa Nevzat, 2010 Aralık ayında Türkiye'den Amerika'ya hematolojik malignitelerde kullanılan Fludarabin etkin maddeli ürünü bitmiş halde ihraç ederek sektörde bir ilki gerçekleştirdi





Mustafa Nevzat, kısa bir zaman önce Türk İlaç Sektörü için önemli bir başarıya imza attı ve onkoloji gibi zor bir alanda global oyuncu oldu. 2008 yılında devreye giren onkolitik ilaç üretim tesisleri 2010 Mayıs ayında Amerikan Gıda ve İlaç Kurumu FDA'dan 2010 Temmuz ayında Avrupa ilaç Kurumu EMAE'den onay aldı. Böylece ilaç alanında tüm dünyada standartları belirleyen iki kurumdan aynı anda onay alma başarısını gösteren, Türkiye'deki ilk onkolitik ilaç üretim tesisi Mustafa Nevzat oldu.

FDA'den alınan onayla birlikte 2010 Aralık ayında Türkiye'den Amerika'ya hematolojik malignitelerde kullanılan Fludarabin etkin maddeli ürünü bitmiş halde ihraç ederek sektörde bir ilki gerçekleştirdi. Firmanın diğer birçok ürünü de ruhsat başvurusu aşamasında.

30 sene öncesine dayanıyor

1923 yılından bu yana Türk tıbbına hizmet veren Mustafa Nevzat İlaç Sanayinin onkoloji branşı ile ilgili çalışmaları 1930'lu yıllarda şirket kurucusu Mustafa Nevzat Bey'in ürettiği ve anemi ve lösemi tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yaklaşık 30 sene kadar öncesinde vincristine, vinblastine ve cisplatin gibi moleküllerin üretimi ve pazarlanmasına dayanıyor.

Bu alanda hızla gelişmekte olan ürün portföyü ve yatırımlarının 2008 yılında Mustafa Nevzat Onkoloji biriminin kurulması ile daha da hızlandığına dikkat çeken MN Onkoloji Birim Müdürü Özkan Sabuncu, "Bu çabamızın sonuçlarını da FDA onaylı olan hammadde fabrikamız ve üretim tesislerimizin bize ve ülkemize verdiği gururla yaşıyoruz.

Sektörde ilklere imza atan öncü bir kurum olarak akademik ve bilimsel anlamda her zaman değerli hekimlerimizin yanındayız" diye konuştu.

Birçok ürünü de ruhsat başvurusu aşamasında olan Mustafa Nevzat'ın Ar- Ge'ye ayrılan bütçesi, yıllık cirosunun yüzde 10'u kadar

Ar- Ge bütçesi yıllık cironun yüzde 10'u

Mustafa Nevzat İlaç Ar–Ge'ye yönelik ciddi yatırımlar yapıldığını belirten Sabuncu şunları kaydetti:
"Şu anda, hammadde ünitesinde ve bitmiş ürün ünitelerinde araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütmek üzere bir yapılanma bulunmaktadır. 50'den fazla uzman bu bölümde çalışmaktadır. Ar- Ge'ye ayrılan bütçe, yıllık cironun yüzde 10'u kadardır.

Ar-Ge, Mustafa Nevzat firmasının kuruluşundan bu yana önemli bir alan olmuştur. İlaç laboratuvarı olarak kurulan

2011 yılı için Ar-Ge biriminde en az 10 yeni ürün geliştirilmesi hedefleniyor. Yakın bir gelecekte oral onkolitikler de üretilecek. Nano teknoloji ile kanser ilaçları üretimi için Ar-Ge çalışmaları devam ediyor

Mustafa Nevzat daha 1930'lu yıllarda insülin üretmiştir. Firma, Türk ilaç sektöründe formülasyon geliştirmesini kendisi yapan ve bütün ürünleri kendi laboratuvarından çıkan ender kuruluşlardan biridir. 2011 yılı için Ar-Ge biriminde en az 10 yeni ürün geliştirilmesi hedeflenmiştir. Yakın bir gelecekte oral onkolitikler de üretilecektir. Nano teknoloji ile kanser ilaçları üretimi için Ar-Ge çalışmaları sürdürülmektedir.

Mustafa Nevzat olarak misyonumuz, ülkemiz ve dünya insanlarına daha sağlıklı ve daha mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri için kaliteli, güvenilir ve en uygun maliyetli ürünleri sunmaktır."

Hekimler için Makale Destek Programı

Sabuncu, onkoloji alanındaki faaliyetlerini şöyle anlattı:
"2008 yılı sonunda başlattığımız hekim destek programının ilk ayağı olan Makale Destek Programı ile hematoloji ve onkoloji dallarında uzmanlık yapan hekimlerimize iki yılı aşkın süredir makale hazırlanması konusunda destek veriyoruz. Sektörde bu kadar profesyonel olarak ilk defa verilen bu destek; yazılan makalenin çevirisinin yapılması, bilimsel açıdan incelenmesi, gerekli olduğu düşünülen değişikliklerin önerilmesi, araştırmacının makalesini yayınlamayı planladığı dergiye ya da önerilecek dergiye göre redaksiyonunun yapılması ve dergiye yollamaya hazır haliyle araştırmacıya geri gönderilmesi süreçlerinden oluşmaktadır."

Sabuncu: Altyapı ve insan gücüne sahibiz

Türk İlaç sektörünün küresel vizyona sahip olması ve dış pazarlara açılması gerektiğini düşünen Sabuncu, sözlerini şöyle sürdürdü:
"Ülkemizin bunu başaracak teknik alt yapıya ve nitelikli insan gücüne sahip olduğuna inanıyoruz. Mustafa Nevzat'ın başarısı sektörümüzün küresel düzeyde neler başarabileceğinin bir kanıtıdır. Açtığımız bu yolda pek çok ilaç firmamızın bizi izleyeceğine inanıyoruz.

Türk ilaç sanayinin de bizler gibi büyük hayalleri ve bu hayalleri gerçeğe dönüştürmek için gayreti olduğu müddetçe geleceğin çok daha parlak olacağını düşünüyoruz." ■









İlaçta onay süresi 210 günü aşıyor

Aralarında kanser ilaçlarının da bulunduğu birçok üründe onay süresi 210 günü fazlasıyla aşıyor. Bu yıl başlatılan iyi üretim uygulamaları sertifikası uygulaması sıkıntıyı daha da artırdı

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) Başkan Yardımcısı **Engin Güner,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Kanser ilacı üretiminde Türkiye ilaç piyasasının durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ülkemiz ilaç endüstrisi son dönemde kanser ilaçları alanında bazı önemli adımlar atmış olmakla birlikte, bu alandaki ilaçların çok büyük bir bölümünün ithal edildiğini söylemek gerekiyor. Ancak ithalat, ruhsat ve geri ödeme sürecinde yaşanan gecikmeler sorun yaratmaktadır. Ülkemizde yeni ilaçlara ilişkin onay ve geri ödeme süreci,



Engin Güner

Avrupa ülkelerindekinden daha fazla zaman almakta ve sonuçta hastaların tedaviye erişimini geciktirmektedir. Ayrıca, onaylanan endikasyonlar ve geri ödeme koşullarındaki kısıtlamalar da hastaların en modern tedavilere erişimini kısıtlamaktadır. Ne yazık ki, Türkiye'deki kanser hastaları Avrupa ülkelerine kıyasla, en yeni ilaç tedavilerine kısıtlı erişime sahiptir.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?

Kanserin hem dünyada, hem de ülkemizde neden olduğu maliyetler giderek yükseliyor. İnsani kayıpların yanı sıra, bu kayıplardan kaynaklanan maddi yük de sürekli ağırlaşıyor. Amerikan Kanser Cemiyeti ve bu hastalıkla mücadele eden ünlü bisikletçi Lance Armstrong'un adını taşıyan Lance Armstrong Vakfi'na bağlı Livestrong adlı kuruluş tarafından hazırlanan, "Kanserin Küresel Ekonomik Maliyeti" adlı rapora göre, 2008 yılı itibarı ile kanser hastalığının dünyaya maliyeti 895 milyar dolara ulaştı.

Ülkemizde, büyük ölçüde genç olan nüfusumuz nedeni ile kanserin yaygınlığı şu anda gelişmiş ülkelere benzer oranlarda seyretmemektedir. Ancak halen Türkiye'de her yıl yaklaşık 150 bin (207 / 100.000 kişi) kişiye kanser tanısı konulmaktadır. Kanser, ülkemizde yıllık yaklaşık 60 bin ölümün nedenini oluşturmaktadır. Doğrudan tedavi masrafları, yıllık 1,8 milyar avroya varırken, dolaylı masraflar daha yüksek

"İthalat, ruhsat ve geri ödeme sürecinde yaşanan gecikmeler sorun yaratıyor. Yeni ilaçlara onay ve geri ödeme süreci, Avrupa ülkelerindekinden daha fazla zaman alıyor ve sonuçta hastaların tedaviye erişimi gecikiyor"

değerlere ulaşmaktadır.
Nüfusumuz yaşlandıkça, kanserin maliyetinin artması beklenmelidir.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?

Bu konuda Sağlık Bakanlığımız son derece etkin çalışmalar yürütmektedir. Türkiye'nin 81 ilinde toplam 80'den fazla Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) kurulmuş bulunuyor. Bunlar devlet hastaneleri bünyelerinde faaliyetlerine devam etmektedirler. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim verilmiş olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görev yapmaktadır.

Türkiye'deki ilaç pazarı size göre parlak bir gelecek vaat ediyor mu?

Türkiye ilaç sektörü pek çok açıdan ciddi bir büyüme potansiyeline sahiptir. Pazar büyüklüğü olarak 11 milyar ABD dolarına ulaşarak, dünyanın en büyük 15 pazarı arasına girmiştir. Şu anda ağırlıklı olarak genç ancak, demografik özellikleri bakımından önümüzdeki yıllarda sağlık ihtiyaçları daha da artacak bir nüfusa sahiptir. Hükümetimizin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında son yıllarda başarıyla uyguladığı reform süreciyle ülkemizde sağlık ve ilaç hizmetlerine erişim güçlenmektedir. Türkiye'de ayrıca teknik altyapısı güçlü, üretim kapasitesi yüksek ve nitelikli insan kaynaklarına sahip bir ilaç endüstrisi mevcuttur. Bütün bunlar ülkemiz ilaç sektörünün son derece parlak bir geleceğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu geleceğe güvenle yürüyebilmek için uzun vadeli strateji ve politikalar oluşturulup istikrarlı bir şekilde uygulanmalıdır. Artan nüfusumuz ve büyüyen sağlık ihtiyaçları nedeni ile ülkemizde sağlık harcamaları da yükselmektedir. Bu durum kaynakların daha etkin kullanılmasını gerektirmektedir. Geçen yıldan bu yana ilaç harcama bütçesini dengelemek için yapılan fiyat indirimleri sonucunda, ilaç harcamalarının payı 2010 yılında



düşmeye başlamış, buna karşılık diğer tedavi masraflarının payı artmıştır.

Türkiye ilaç endüstrisinde AR-GE yatırımının yok denecek kadar az olduğu ifade ediliyor. Bu durum ilaç sektörünü nasıl etkiliyor?

Ülkemizde Ar - Ge yatırımlarının yeterli olmaması ilaç endüstrimizin daha ileri teknolojili ve katma değeri daha yüksek ürünler üretmesini zorlaştırmakta, küresel rekabet gücünü azaltmaktadır. Bugün araştırmacı ilaç firmaları ve biyoteknoloji şirketleri tüm dünyada her yıl 100 milyar ABD doları civarında Ar - Ge yatırımı yapmaktadır. Pek çok ülke bu yatırımlardan pay almak için birbiri ile rekabet halindedir. Halen yılda yapılan ilaç Ar - Ge'si yatırımı 40 - 50 milyon dolar düzeyinde olan Türkiye'nin bundan çok daha fazla yatırım çekecek potansiyeli bulunmaktadır. Ancak bunun için yatırım ortamını iyileştirme süreci hızla sürdürülmelidir. Ülkemiz ilaç sektöründe, fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve geri ödeme gibi alanlarda şeffaf, öngörülebilir kriterlere dayanan politikalar oluşturulmalı ve istikrarlı bir şekilde uygulanmalıdır. bu yapıldığı takdirde, sektörün orta ve uzun vadeli olarak önünü görmesi ve yatırım kararı alması mümkün olacaktır. Böyle bir ortam, ülkemize yapılan uluslararası ilaç Ar - Ge yatırımlarını büyük ölçüde artıracak, ilaç endüstrimize ve ülke ekonomisine ciddi bir ivme kazandıracaktır.

Kanser hastalarına temininde güçlük çekilen ağrı kesicilerin ücretsiz verilmesi kararlaştırıldı. Uygulamayı nasıl karşılıyorsunuz?

Hastalarımızın ilaca erişimini güçlendirecek, özellikle de kanser gibi ağır bir sağlık sorununda hastayı rahatlatacak uygulamaları AİFD olarak desteklemekteyiz.

Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?

Türkiye'de yeni ilaçların ruhsatlandırma ve geri ödeme listesine alınma süreçleri Avrupa Birliği veya ABD gibi gelişmiş ülkelere göre daha uzun sürmektedir. Hükümetimiz ruhsatlandırma sürecini 210 günde tamamlama gayretini göstermeyi taahhüt etmiştir, ancak pratikte bu süre aşılmaktadır. Aralarında kanser ilaçlarının da bulunduğu birçok üründe onay süresi 210 günü fazlasıyla aşmaktadır. Bu yıl başlatılan İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practices - GMP) sertifikası uygulaması sıkıntıyı daha da artırmıştır. Sağlık Bakanlığımız, karşılık GMP sertifikalarını tanımak konusunda Türkiye ile karşılıklı anlaşmaya sahip olmayan ülkelerde üretilen ilaçlar için kendi denetlemesini yapma ve GMP sertifikası verme kararı almıştır. Bu uygulama belirsizliği daha da artırmıştır. Oysa kanser gibi, yeni ilaçların ölüm kalım meselesi olduğu bir sağlık sorununda onayı bekleyen ilaç değil hastadır. Bu soruna kısa ve orta vadeli bir çözüm bulmak gerekmektedir.
Türkiye ruhsatlandırma ve geri ödeme konularında, net, öngörülebilir kriterler oluşturmalı ve değerlendirme süreçlerini ilaç endüstrisiyle şeffaf bir biçimde paylaşmalıdır. Bu gerçekleştiği takdirde hastalarımız yeni kanser ilaçlarına çok daha hızlı ve kolay erişecektir. ■

Yenilikçi tedavilere erişim ciddi bir sorun

Sanofi-aventis meme kanserinde erken teşhisin önemini ön plana çıkarmak adına beş yıllık bir proje olarak sürdürülen meme tarama programını tamamladı. Bu çerçevede beş merkezde, 50-84 yaşları arasında toplam 3 bin 814 kadın tarandı

Sanofi-aventis Türkiye'de marka müdürü olarak görev yapan **Pelin Tatlıcı,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Hastanın erişimine sunulan bir onkoloji ilacı ülkemize en erken iki sene sonra gelebiliyor. Bu süre bazı örneklerde sekiz yıla kadar çıkabiliyor.

Kanser ilacı üretiminde Türkiye ilaç piyasasının durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Türkiye'de kanser ilacı üretimi son yıllarda yapılmaya başlandı. Ancak üretimin yaygınlaşması maliyetlerin azalmasına ve Türkiye'de bu konuda da gelişmeyi sağlayacağı için daha alınması gereken büyük bir yol olduğuna inanıyorum.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Türkiye'de yaşlı popülasyon yıllar içinde artmakta olduğu için buna bağlı olarak kanserli hasta sayısında artış olması beklenmektedir. Bu artışa karşılık Türkiye'de üst ihtisasa devam eden hekimler dahil yaklaşık 350 medikal onkolog bulunmaktadır. Ve kanserdeki artışla doğru orantılı olarak sayıları artmadığı için hekim başına düşen hasta sayısının yıllar içinde artması beklenmektedir. Bu da teşhis ve tedavide hasta başına harcanan zamanın azalması demektir.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
"Kanserde erken teşhis hayat kurtarır" mesajı ile Kanserle Savaş Daire Başkanı bu konuya yoğun bir şekilde eğilmektedir. Ancak bu konu ile ilgili hastaların, aile hekimlerinin ve diğer uzmanlıkların bilincinin artması gerekmektedir. Taramaların tüm Türkiye'ye yayılarak artması gerekmektedir. Bu tarama programlarının artması ve aynı oranda da bireylerin bilinçlenmesi gerekiyor. Çünkü bu programların başarısı bireylerin bunu kabullenip kullanmaları ile doğrul orantılı olarak başarıya ulaşacaktır.

Dünya ilaç pazarı liderlerinden biri olarak, Türkiye'deki ilaç pazarı size göre parlak bir gelecek vaat ediyor mu?
Türkiye'de mali açıklar ve sağlık harcamalarında daralma politikaları nedeniyle ilaçlarda kısıtlamalar ve düzenlemeler yapılmaktadır. Bu değişiklikler ilaç üretici firmaların kaynaklarının azalmasına ve Türkiye'de sağlık sektörüne verdikleri destekleri daraltmalarına neden oluyor. İlaç firmalarının sosyal sorumluluklarını yerine getirmek, hastaya ilacın erişimini kolaylaştırmak, hekimin doğru hastaya doğru ilacı ulaştırmalarını sağlamak gibi bir misyonları olduğuna inanıyorum. Ancak bahsettiğim daralmalar nedeniyle tüm bunların gelecekte var olan durumdan daha az olacağını düşünüyorum.


Pelin Tatlıcı

Ayrıca ilaç sektörünün Türkiye'de çok büyük bir istihdam kaynağı olması da bu pazarın önemli unsurlarından bir tanesi. Ve kaynaklar azaldıkça bu konuda da bir daralma olması "gelecek vaat etme" tanımından gün geçtikçe uzaklaşmasına neden oluyor.

Türkiye ilaç endüstrisinde AR-GE yatırımının yok denecek kadar az olduğu ifade ediliyor. Bu durum ilaç sektörünü nasıl etkiliyor?
AR-GE yatırımı sanofi-aventis gibi uluslar arası kaynaklı ilaç firmalarının yaptıkları yatırımlar arasında en büyük payı almaktadır. Hatta sanofi-aventis AR-GE'ye en büyük yatırım yapan firmalar arasında en üst sıralarda yer almaktadır. Ayrıca sanofi-aventis Türkiye'de ilk Faz I çalışmayı yapan firmadır. Yine de Türkiye'de AR_GE yatırımı tabii ki daha fazla olmalıdır.

Kanser tanı ve tedavisi konulu hastanelere, hekimlere yönelik hazırladığınız çalışmalarınız mevcut mu?
Sanofi-aventis firması olarak meme kanserinde erken teşhisin önemini ön plana çıkarmak adına 5 yıllık bir proje olarak sürdürülen meme tarama programı yakın zamanda tamamlandı ve bu program çerçevesinde 5 merkezde, 50-84 yaşları arasında toplam 3814 kadın tarandı ve izlendi.

Kanser hastalarına temininde güçlük çekilen ağrı kesicilerin ücretsiz verilmesi kararlaştırıldı. Uygulamayı nasıl karşılıyorsunuz?
Kanser hastalarının yaşam kaliteleri hastalık nedeniyle düşmektedir. Bu kaliteyi artırabilecek ve hastaya destek sağlayacak her türlü uygulamanın çok faydalı olacağına inanıyorum.

Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?
Türkiye'de kanserli hastalar ruhsatlı ilaçlara rahat erişiyorlar. İlacı serbest eczanelerden kurul raporu sonrası yazılan uzman reçetesi ile veya direk hastaneden temin ile alabiliyorlar. Ayrıca sağlık uygulamalarına göre hastadan katkı payı alınmayan ilaç grubunda olmaları da hasta için önemli bir unsur. Biraz önce bahsettiğim gibi hekim başına düşen hasta sayısında azalma sağlanıp, hastanın hekime daha kolay ulaşmasının sağlanması daha büyük önem taşıyor.

Fakat ülkemizde geliştirilmesi gereken önemli bir konu yeni onkoloji ilaçlarının diğer ülkeler ile kıyaslandığında hastanın erişimine sunulmasının çok zaman almasıdır. Örneğin, i3 Innovus tarafından hazırlanan "Türkiye'de Hastaların Kanser İlaçlarına Erişimi Raporu"na göre dünyada ilgili otoriteler tarafından onaylanarak hastanın erişimine sunulan bir onkoloji ilacı ülkemize en erken 2 sene sonra gelebiliyor. Bu süre bazı örneklerde 8 yıla kadar çıkabiliyor. Bu durum ülkemizdeki hastaların yenilikçi tedavilere erişiminde ciddi bir sorun yaratıyor.

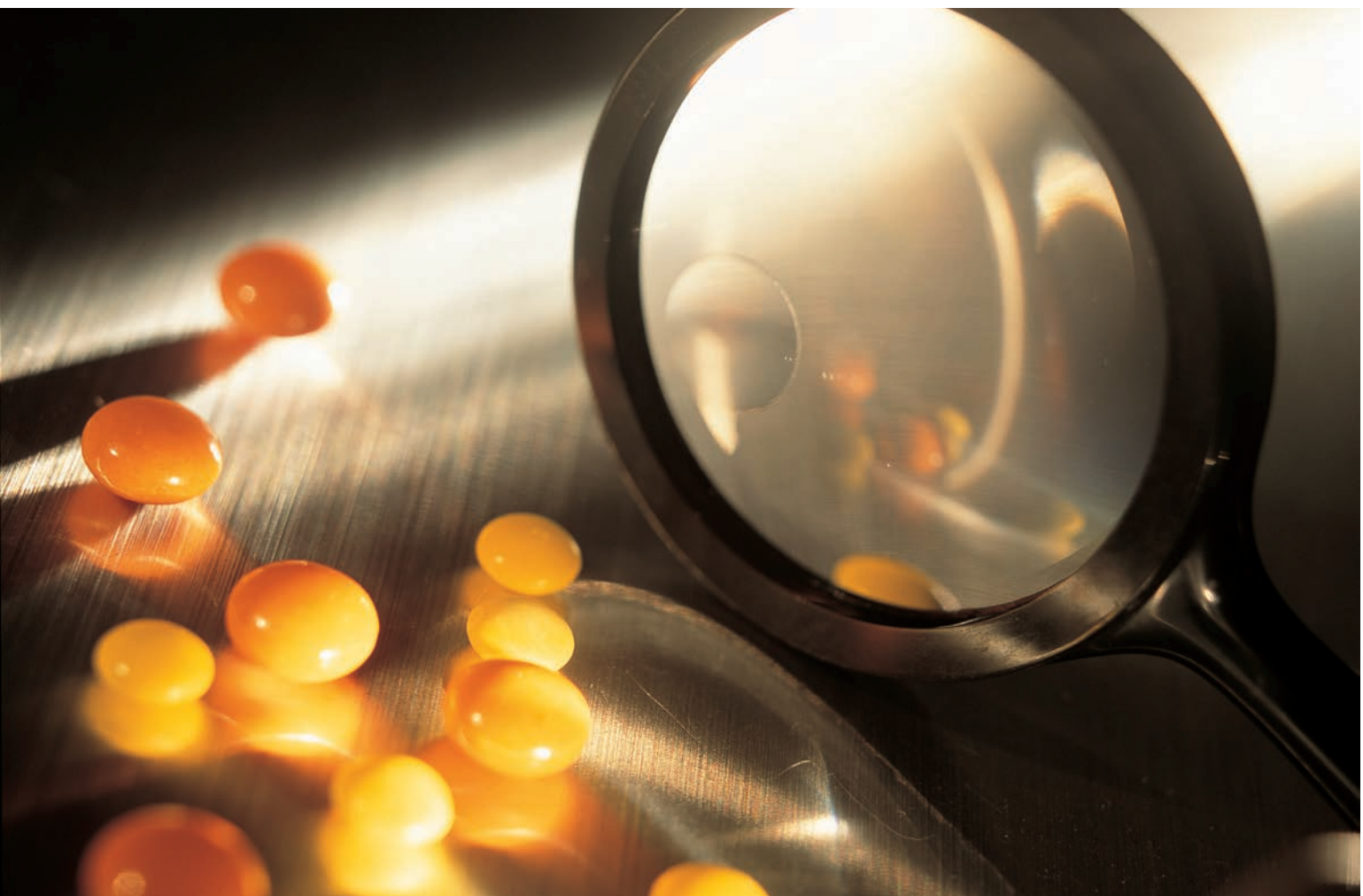
Bu çerçevede, kanser hastalığının özel durumuna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı ve ilgili resmi kurumların hastaların ilaca daha hızlı erişimini sağlayacak önlemler alması büyük önem arz ediyor.

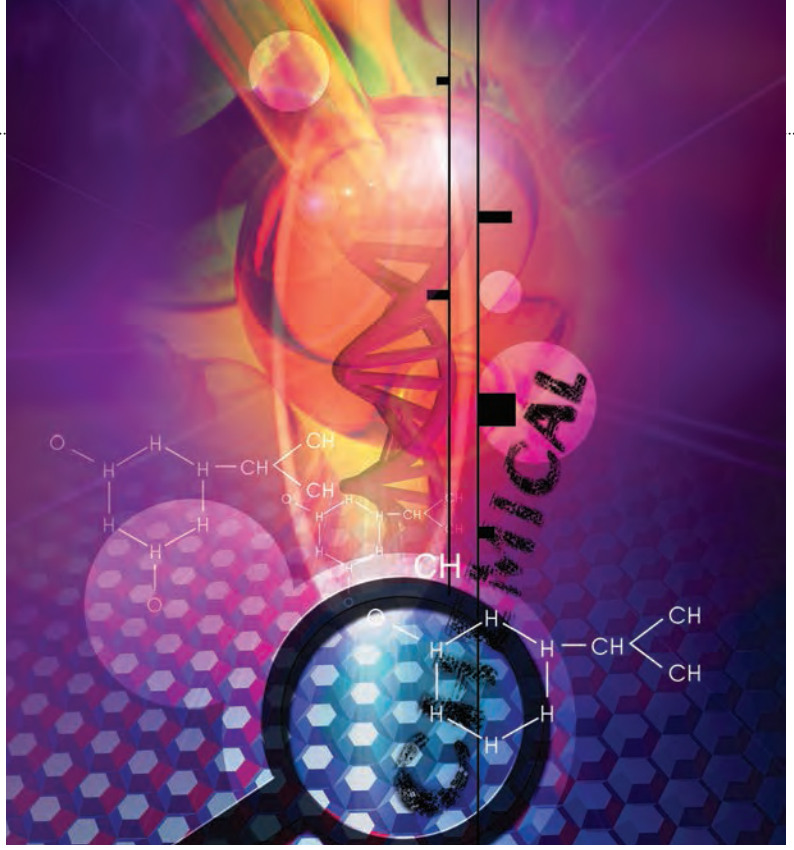
"İlaç keşfi önemli bir kalkınma aracı"

Pfizer Türkiye 2007 yılından bu yana, Sağlıkta Umut Vakfının Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ile işbirliği içerisinde yürüttüğü, kanser kayıt sisteminin iyileştirilmesi ve hasta derneklerinin bir araya getirilmesi yönündeki iki büyük projesine destek veriyor

Pfizer Onkolojiden Sorumlu Grup Medikal Müdürü **Dr. Tanju Turan,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Önümüzdeki 15 - 20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?
Kanser, hem dünyada, hem de ülkemizde kalp ve damar hastalıklardan sonra ikinci sırada gelen ölüm nedeni. Bu bakımdan, çağımızın en büyük toplum sağlığı probleminden birisi olarak nitelendirmektedir. 2000'li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kanser teşhisi konmuşken, bu sayı önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona yaklaşacaktır. 2005 yılı içinde 12 milyon kişi kansere yakalanmış, 7 milyon insan kanser nedeni ile yaşamını yitirmiş, 25 milyon kişi kanserle yaşamıştır.





"Bir ilacın ruhsatlandırma aşamasında geçirdiği süreç çok önemli. Ruhsatlandırma yönetmeliklerinde belirlenmiş olan 210 günlük değerlendirme süresi, iyileştirme anlamında atılmış önemli adımlardan biridir"

Tahminlere göre 2030 yılında ise 24 milyon insan kansere yakalanacak, 17 milyon insan aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle kaybedecek, 75 milyon insan, kanserle yaşıyor olacak.

2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın bir artış öngörülmektedir.

Türkiye ilaç endüstrisinde AR-GE yatırımının yok denecek kadar az olduğu ifade ediliyor. Bu durum ilaç sektörünü nasıl etkiliyor?

Dünyada ilaç endüstrisi en değerli endüstrilerden biri olarak kabul görmekte ve gelişmiş ülkelerde ilaç keşfi, önemli bir kalkınma aracı olarak değerlendirilmektedir. İlaç keşfine yönelik AR-GE çalışmaları ise, katma değeri yüksek ve yeni nesil tedavi yöntemlerinin önünü açabilecek önemli çalışmalardır.

Yenilikçi ilaç sanayinin bir ülkede yatırım yapması ve gelişmesi için, bütünlüklü bir ekosisteme ihtiyaç bulunmaktadır. Yatırımları çekebilmek için, ülkeler arasında bir rekabet yaşanmaktadır. Başta İrlanda, İngiltere, Fransa, Almanya olmak üzere Avrupa Birliği üyeleri ve Singapur, Çin, Hindistan gibi ülkeler ilaç sanayini kendi ülkelerine çekebilmek için bütünlüklü düzenlemeler yapmakta ve önde gelen yatırımcıları ikna edebilmek için çaba göstermektedirler.

Yatırım çekmek isteyen ülkeler, ilaç sanayine yönelik vizyonlarını çok net biçimde ortaya koymalıdırlar. Bu vizyon öngörülebilir, inandırıcı, sürdürülebilir ve şeffaf olmak zorundadır.

Dünyadaki ilaç yatırımlarından daha fazla pay alacak potansiyele sahip olduğunu bildiğimiz ülkemizin, bu potansiyelden faydalanabilmesi için, devletimiz tarafından ilaç sektörüne yönelik teşvik politikalarının geliştirilmesi önemli rol oynamaktadır. İlaç sektörünü doğrudan etkileyen araştırma, üretim, fiyatlandırma, fikri mülkiyet hakları ve pazara erişim gibi politikalar, ülkemizi ilaç yatırımları için küresel rekabet ortamında öne çıkaracaktır.

Türkiye'nin ilaç yatırımları için önemli bir çekim merkezi olabilmesine yönelik politikaların tasarlanması ve hayata geçirilmesi konusunda çalışmalarımızı kararlılıkla sürdürüyoruz. Ülkemizde AR-GE faaliyetlerinin nitelik ve nicelik açısından derinleştirilmesi ve ilaç alanında inovasyon çalışmalarını destekleyecek bir ortamın geliştirilmesi amacıyla, 2009 yılından itibaren, Hacettepe Üniversitesi ile gerçekleştirdiğimiz, Türkiye'nin ilaç sektöründeki ilk akademi-sanayi işbirliği kapsamında bir dizi projeye imza atmaktayız.

Kanser tanı ve tedavisi konulu hastanelere, hekimlere yönelik hazırladığınız çalışmalarınız, projeleriniz mevcut mu? Kısaca bahseder misiniz?

Pfizer Türkiye olarak kanser ile mücadele edecek, toplumumuzun ve hekimlerimizin çözüm arayışlarına ışık tutacak ve katkı sağlayacak birçok projeyi hayata geçiriyoruz.

2007 yılından bu yana Global Pfizer kaynaklarını da seferber ederek, Sağlıkta Umut Vakfının Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ile işbirliği içerisinde yürüttüğü, kanser kayıt sisteminin iyileştirilmesi ve hasta derneklerinin bir araya getirilmesi yönündeki iki büyük projesine destek veriyoruz.

Bilimsel camianın çalışmalarını desteklemek amacı ile Tıbbi Onkoloji Derneği ile birlikte, her yıl dört tıbbi onkoloji uzmanının, Harvard'da 3 haftalık eğitim programına katılması için destek veriyoruz.

Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?

Türkiye'de yeni bir ilacın hastaya ulaşması için üç önemli sürecin tamamlanması gerekiyor: Ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve ödeme. Bu süreçlerin iyileştirilmesi konusunda son dönemde olumlu gelişmeler yaşandı. Ancak Türkiye'deki hastaların ilaca erişimini hızlandırmak için önümüzde hala atılması gereken adımlar var.

Bir ilacın ruhsatlandırma aşamasında geçirdiği süreç çok önemlidir. Ruhsatlandırma yönetmeliklerinde belirlenmiş olan 210 günlük değerlendirme süresi, iyileştirme anlamında atılmış önemli adımlardan biridir. Belirlenen sürecin tam olarak uygulanabilmesi ve 210 gün içinde ruhsat işlemlerinin sonuçlanabilmesi gerekmektedir. Çünkü ancak bu şekilde hastaların ilaçlara erken erişimi hızlanacak ve daha uzun yaşamaları için fırsat yaratılmış olacaktır.

Türk hastalarının da dünyadaki diğer kanser hastaları ile eş zamanlı olarak ilaca erişimi için, kanser konusunda ulusal politikaların oluşturulması ve hayata geçirilmesinde tüm paydaşlara önemli sorumluluklar düşmektedir.

Onkoloji alanında dernek, ruhsatlandırma ve ödeme ile ilgili kurumlar ve ilaç sektörü temsilcilerinin bir araya gelerek, hastanın ilaca daha kolay erişimi için bu konuda ortak bir çözümün geliştirilebileceğine inanıyoruz.



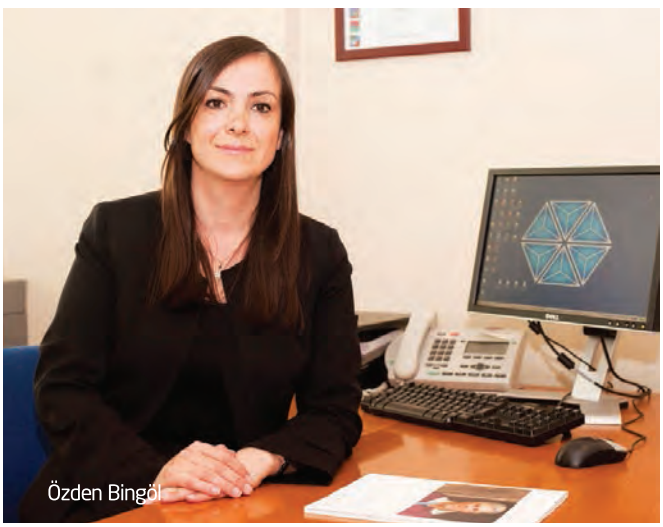
Ruhsatlandırmada bürokrasi azaltılmalı

"Türkiye'de hastaların yenilikçi kanser ilaçlarına vaktinde ulaşamamaları, bu alanda erişimin yeterince hızlı olmaması tedavi sürecini aksatıyor. Ruhsatlandırma ve geri ödeme listelerine alınma sürecinde bürokratik engeller azaltılmalı, hayati önem taşıyan onkoloji ilaçları için hızlı ruhsatlandırmaya olanak sağlayan modeller uygulamaya konulmalıdır"

Bristol Myers Squibb (BMS) İlaçları Kurumsal İlişkiler Müdürü **Özden Bingöl,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Kanserin dünya'da ve Türkiye'de hastalık yükü ve maliyeti nedir. ? Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin bu yük ne boyuta gelecek?

Dünyada her yıl 11 milyondan fazla insana kanser tanısı konmaktadır. 2020 yılına dek her yıl 16 milyon yeni vakanın ortaya çıkacağı tahmin ediliyor. Kanser her yıl 7 milyon kişinin ölümüne, yani tüm dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık yüzde 12,5'ine neden olmaktadır. Amerikan Kanser Cemiyeti ve kanserle mücadele eden ünlü bisikletçi Lance Armstrong'un kurduğu Lance Armstrong Vakfi'na bağlı bir kuruluş olan Livestrong tarafından yapılan ortak çalışmada bir ilke imza atılarak kanser hastalığının dünyaya ekonomik maliyeti ortaya çıkartılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine dayanarak yapılan bu çalışmaya göre, kanser hastalığının maliyeti 2008 yılı itibarı ile 895 milyar dolara ulaşmıştır. 895 milyar dolara varan bu rakamın, 2008 yılı dünya gayri safi hâsılasının yüzde 1,5'una denk düştüğü göz önüne alındığında hayli yüksek ve çarpıcı bir maliyet olduğu görülmektedir.


Özden Bingöl

Türkiye açısından bakıldığında ise, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında kanserler yüzde 13,7 ile ikinci sıradadır. Ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre hastalık yükü (DALY) dağılımlarına göre kanserler yüzde 9'luk bir oran ile altıncı sırada yer almaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık 160 bin kişiye kanser teşhisi konulmakta ve yaklaşık 100 bin kişi bu hastalıktan yaşamını yitirmektedir. Tüm kanserler içinde Türkiye'de en yaygın görülen kanser türü yüzde 30,1 ile akciğer kanseridir.

Bunu yüzde 18,9 ile cilt, yüzde 18 ile meme, yüzde 12,2 ile prostat, yüzde 9,6 ile mide kanseri izlemektedir. Türkiye'de tedavi sonuçlarıyla en az yüz güldüren kanser türleri ise akciğer, mide, kalın bağırsak ve rektum kanseridir.

Kanser yaygınlığı Avrupa ülkelerine kıyasla Türkiye'de daha düşüktür. Bu durum ülkemizde nüfusun ağırlıklı bir şekilde genç olmasından ve yaşam süresinin gelişmiş ülkelere göre daha kısa olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak ülkemizin bu demografik özelliği bir değişme sürecindedir ve nüfusumuz yaşlanmaktadır. Bu nedenle kanser tehdidinin Türkiye için ağırlığı ve kanserin insan yaşamı, iş gücü kaybı ve tedavi maliyetleri açısından Türkiye'ye faturası sürekli artmaktadır. Kanserden kaynaklanan hastalık yükü oldukça fazladır ve sadece bireyleri değil, bu bireylerin çevresini de etkilemektedir. Türkiye'nin demografik gelişme dinamikleri önümüzdeki yıllarda kansere daha fazla kaynak ayrılması gerektiğini göstermektedir. Kanser tedavisinin Türkiye'ye doğrudan maliyeti yılda 1.8 milyar Euro (Yaklaşık 3.6 milyar TL) düzeyinde tahmin edilmektedir. Buna üretim ve işgücü kayıplarıyla diğer dolaylı harcamalar da eklendiğinde maliyet bunun çok daha üstündedir.

İlaç endüstrisinde özellikle onkoloji alanındaki AR-GE yatırımı ne düzeydedir? Bu durum hastalıkla mücadeleyi nasıl etkileyecek?

Kanserin yaygınlığı ve maliyeti artarken, kansere karşı araştırmacı ilaç sektörünün mücadelesi de sürmektedir. Araştırmacı ilaç sektörü, enstitüler ve üniversiteler dünya çapındaki Ar–Ge çalışmalarıyla kansere karşı yenilikçi, yaşam kalitesini yükselten ve değer yaratan ilaç ve tedaviler geliştirerek insanlığın hizmetine sunmaktadır. Günümüz koşullarında bir yenilikçi ilacın geliştirilerek hastaların hizmetine sunulması için çok riskli, ortalama 10 – 12 yıllık bir süre ve 1 milyar doların üstünde yatırım yapmak gerekmektedir. Geçmişte onkolojide ilaç Ar–Ge'si ağırlıkla akademik dünya ve kamu enstitüleri tarafından yapılıyordu. Ancak özellikle son on yılda biyolojik araştırmalarda ve moleküler tıp alanında yaşanan gelişmeler, daha spesifik hedeflere yönelik tedavileri mümkün kıldı ve onkoloji Ar–Ge'sine yapılan yatırımlar arttı. Bizzat tümörün kendisini hedef alan, çevresindeki normal hücrelere zarar vermeyen tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için çalışılıyor. Ayrıca, kanserde ortalama yaşam süresinin son yıllarda artmasına paralel olarak, hastaların yaşam kalitesini yükselten, kemoterapinin yan etkilerini hafifleten ilaçlara da talebin arttığını söyleyebiliriz.



Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?

Türkiye'de hastaların yenilikçi kanser ilaçlarına vaktinde ulaşamamaları, bu alanda erişimin yeterince hızlı olmaması tedavi sürecini aksatmaktadır. Ruhsatlandırma ve geri ödeme listelerine alınma sürecinde bürokratik engeller azaltılmalı, hayati önem taşıyan onkoloji ilaçları için hızlı ruhsatlandırmaya olanak sağlayan modeller uygulamaya konulmalıdır.

Türkiye'nin kanser ilaçlarına kaynak ayırması gerekmektedir. Yenilikçi kanser ilaçları için, bu ilaçlar hastalara sunulduktan sonra bir süre için ayrı fon yaratmak, hastaların ilaca erişiminin artırılması açısından yararlı olacaktır. Kanser tedavisi için yapılan doğrudan ilaç harcamalarını değerlendirirken, bu harcamaların engel olduğu dolaylı maliyetin boyutunu da dikkate almalıdır. Yenilikçi ilaçların etkin bir şekilde kullanılması, verimlilik ve işgücü kaybını önleyerek ekonomi için değer yaratmakta, kamu kaynaklarını daha büyük bir maliyetten korumaktadır.

BMS olarak önümüzdeki yıllarda onkoloji alanındaki yatırımlarınızdan bahseder misiniz?

BMS onkoloji ürün portfolyosunda araştırma-geliştirme aşamasındaki yeni ürünlerinin sayısı en fazla olan firmaların başında gelmektedir. Bu ürünler arasında karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlara cevap verebilecek ve biyofarma stratejisine uygun olan innovatif biyolojik ürünler de yer almaktadır. Kronik myeloid lösemi ve metastatik meme kanserinde son birkaç yılda lansmanı yapılan ürünlerinin yeni endikasyonları için faz III çalışmalar devam etmektedir. Ayrıca yine faz III çalışma aşamasında olan metastatik melanom, karaciğer kanseri ve küçük hücreli olmayan akciğer kanseri tedavisi için geliştirmekte olduğu yenilikçi ürünleri bulunmaktadır. Bunların yanında faz I ve faz II aşamasında multipl myelom ve çeşitli solid tümörlerde çok kapsamlı bir klinik çalışma programı yürütülmektedir.

Son olarak belirtmek isterim ki, BMS olarak ciddi hastalıkları olan hastaların karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlarına cevap veren yenilikçi, yüksek kaliteli ilaçları sağlamak için bilimsel mükemmellik içinde araştırma ve geliştirme taahhüdü veriyoruz. Hastaların yaşamlarını iyileştirip geliştiren ilaçlar aracılığı ile klinik ve ekonomik fayda sağlamak da en büyük çabamız. ■

Az insanla çok performans sağlanmalı

"Türkiye'de faaliyet gösteren ilaç firmalarının geleceğine bakacak olursak, daha az insan gücü ile daha çok performans göstermeleri gerektiğini söyleyebiliriz"

AR-GE yatırımları konusunda Türkiye'nin epeyi yol kat etmesi gerektiğini düşünen Janssen-Cilag'tan ürün müdürleri **Engin Yıldız** ve **Bahar Öztürk**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'nin kanserin erken teşhisine ilişkin altyapısını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Altyapıyı düşündüğümüzde hem insan gücü ve kalitesi hem de teknoloji ve donanım diye ayırarak ele almak gerekir. Kanser alanında uzmanlaşmış hekimlerimizin kalitesi zaten oldukça yüksek ve en iyi tanı ve tedavileri uyguluyorlar. Teknoloji ve donanım ise Avrupa standartlarında. Ancak tüm ülkeyi düşündüğümüzde teknolojik alt yapının yaygın olduğu söylenemez. Bu nedenle periferi bölgedeki hastalar belirli şehirlerdeki belirli kliniklere yöneliyorlar. Erken teşhis daha çok hastanın hastalık bilinci ile doğru orantılı. Hastalar, kanser ve türleri hakkında ne kadar çok bilgilendirilirlerse, erken teşhis için gerekli ön uygulamaları yaparlarsa ve zamanında hekime başvururlarsa tanı ve tedavi ihtiyaçları en üst düzeyde karşılanacaktır.

Türkiye'deki ilaç pazarı size göre parlak bir gelecek vaat ediyor mu?
Dünyadaki ekonomik krizler ve zorluklar her sektör gibi ilaç sektörünü de olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Ancak Türk ilaç pazarı, diğer çoğu ülke ile karşılaştırıldığında büyüme ve gelişme potansiyeline sahip bir pazar. Bu nedenle çoğu ilaç firması Türkiye'de faaliyet gösteriyor. Karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlara yönelik yeni ilaçlar Türkiye'de ruhsatlanırsa pazarın parlak bir geleceği olabileceğini söyleyebiliriz. Pazarın yanı sıra, Türkiye'de faaliyet gösteren ilaç firmalarının geleceğine bakacak olursak, daha az insan gücü ile daha çok performans göstermeleri gerektiğini söyleyebiliriz.



Kanser ilacı üretiminde-dağıtımında Türkiye ilaç piyasasının durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Üretim için şu an söylenebilecek hiçbir şey yok. Ama ilaçların dağıtımı ve hastalara ulaştırılması konusunda gayet başarılı olduğunu düşünüyoruz.

Türkiye ilaç endüstrisinde AR-GE yatırımının yok denecek kadar az olduğu ifade ediliyor. Bu durum ilaç sektörünü nasıl etkiliyor?
Ülkemizde AR-GE yatırımları sizin de belirttiğiniz gibi çok az. Ama son yıllarda belirli firmalar bu konuda çok yol aldı. AR-GE çok ciddi yatırımlar gerektiriyor bu nedenle bu konuda alacağımız çok yolumuz olduğunu söyleyebilirim. Aslında en önemli husus Türkiye'den bir ilacın doğması... Böyle bir durumda hem endüstri, hem de Türkiye çok büyük kazanç ve faydalar elde edebilir.

Kanser tanı ve tedavisi konulu hastanelere, hekimlere yönelik hazırladığınız çalışmalarınız, projeleriniz mevcut mu?
Her şeyden önce bir ilaç firması olarak hekimlerimize yapacağımız her türlü tanıtım faaliyetlerinde en üst seviyede etik kurallara uyumu aradığımızı söyleyerek başlamak istiyoruz. Yapılabilecek en güzel tanıtım şirketinize ait ilacın bilimsel verilerinin yanı sıra o hastalık türü ile ilgili en güncel tanı ve tedavi algoritmalarının hekimlerle paylaşılması. Bunu yapabileceğiniz platform ise bilimsel toplantılar. İster bir şehir, ister klinik, isterse de ulusal bir kongre olsun güncel çalışmalar ve kılavuzların tartışıldığı platformlara destek ve köprü olmak bizim asli çalışmalarımızı oluşturuyor. Bizde hematoloji alanında birçok bilimsel platformda bulunduk ve tanı ve tedavinin en üst düzeye çıkarılması için performansımızı her geçen gün artırarak çalışmalarımıza devam ediyoruz.

Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?
Mevcut ilaçlar için çok fazla bir sorun görünmüyor ortada. Ancak asıl sorunun hastalığın seyrini değiştirebilecek yeni ilaçların hızlı bir şekilde tıbbın hizmetine sunulamaması olduğunu düşünüyoruz.

Onkoloji ilaçlarının çoğu ithal

"Türkiye, dünyadaki ilaç pazarları arasında ilk 10 içerisinde; onkoloji olarak düşünürsek ilk 6 içerisinde. Bu da önemli bir potansiyele sahip olduğumuzun açık bir resmi"

28 yıldan beri onkoloji alanında hizmet veren Onko & Kocsel İlaçları Ürün Müdürü **M. Erkan Özener,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

"Veriler öyle gösteriyor ki, gelişmekte olan ülkelerin ilaç sektörü gelişmiş ülkelere oranla daha fazla büyüyor. Avrupa ve dünyada büyük pazarlardan biri olan Türkiye de bu gelişimden payını alacaktır"

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?

Kanser erken teşhisi için en etkili faktörün kanser taraması olduğunu düşünüyorum. Tarama hastalığın başlaması ile görünür belirtiler verdiği süreçte uygulanan teşhis yöntemlerinin tümünü kapsamaktadır. Kanser maalesef hala içinde pek çok bilinmeyeni barındıran, her türü için etkin bir erken teşhis yöntemi geliştirilememiş hastalık grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak etkin tarama yöntemleri sayesinde özellikle rahim ağzı, meme, cilt, prostat, kalın bağırsak gibi erken teşhisinde kesin tedavi şansının çok yüksek olduğu kanser türlerinin kötü sonuçlar vermesi önlenebilmektedir.

Ülkemizde son yıllarda erken teşhis için gerek KETEM gibi Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerekse sivil toplum kuruluşları bazında oluşturulan merkezlerde oldukça ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Ancak ülkemizin genel yapısı itibari ile hastalık belirtileri günlük yaşantımızı etkilemeden hekime gitmemek gibi bir davranış tarzımız vardır. Öncelikle halk sağlığında belirli düzeyi yakalamış ülkelerde olduğu gibi insanlarımıza düzenli sağlık kontrolüne gitme alışkanlığını aşılamamız gerektiğini düşünüyorum. Bunun paralelinde kanser taraması yapan merkezlerimizin sayısının da artması gerekmekte.

Önümüzdeki 15-20 yılda kanserin hastalık yükü ne boyuta gelecek?

İstatistikler insan yaşamının süre olarak gittikçe uzadığını göstermektedir ve buna paralel olarak kanser gibi hastalıkların görülme sıklığı da gün geçtikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalar 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığının tüm dünyada iki katı gibi bir orana ulaşacağını göstermektedir. Bu artışın büyük bir kısmının ise ülkemizin de içerisinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği öngörülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedeni olarak karşımıza çıkan kanser hastalıklarının özellikle sigara, yaşlanma, obezite gibi risk faktörlerinin artması ve çevresel koşulların etkisi ile giderek büyüyen bir tehdit oluşturacağı öngörülmektedir.

Ayrıca önümüzdeki yıllarda kanserle daha büyük bir mücadeleye girmesi beklenen gelişmekte olan ülkelerin kanserle savaş için ayırdıkları bütçenin hali hazırda gelişmiş ülkelere oranla çok daha az olduğunu göz önüne alırsak; kanserin, zaten ekonomik gücü yeterli olmayan ülkeleri finansal anlamda da çok zorlayacak bir tehdit olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde elimizde bulunan kısıtlı verilere göre her yıl 150 bin yeni kanser vakası ile karşılaşılmaktadır.


M. Erkan Özener

Bunun için ülkeler bazında kanser kayıtlarının bir an önce ciddiyetle oluşturulması gerektiğini ve kayıt altına alınan kanser türlerine uygun tedavi ve koruma yöntemleri doğrultusunda bir mücadele programının yürütülmesi gerektiğini düşünüyorum.

Türkiye'deki ilaç pazarı size göre parlak bir gelecek vaat ediyor mu?

Dünyada ve Türkiye'de ilaç sektörü insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesine hizmet eden bir olgu olarak katma değer kazandıran, ulusal ve uluslararası rekabetin yoğun olduğu ve sürekli gelişmek zorunda olan bir sektör. Şu ana kadarki veriler ilaç sektöründe büyümenin, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla daha fazla gerçekleştiğini göstermekte ve Avrupa ve dünyada büyük pazarlardan biri olan Türkiye'nin de bu gelişimden payını alacağı yönünde.

Ülkemizin, dünya genelindeki refah düzeyinin artışı, obezite, yaşlanan nüfus gibi etkenlerden etkilenerek 2020 yıllarında dünyadaki en büyük 10 pazardan biri olacağı düşünülmektedir. Bu büyümeye paralel olarak yabancı sermeyenin Türk ilaç sektöründeki payının ileriki dönemlerde artacağını ve çokuluslu şirketlerle birleşmelerin gerçekleşebileceğini söyleyebiliriz.

Dünya ortalamasının üzerinde büyüyen ülkemiz ilaç pazarının, insan kaynakları, jeopolitik konumu, ekonomik dinamikleri göz önüne alındığında uluslararası düzeyde daha rekabetçi ve belirleyici bir rol oynaması beklenebilir.

İlaç sektörü karlı büyüme ile birlikte şirket maliyetlerini azaltırken yenilikçi ürün portföyünü geliştirmek gerekliliği hissedecektir.

Kanser ilacı üretiminde-dağıtımında Türkiye ilaç piyasasının durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Türkiye, dünyadaki ilaç pazarları arasında ilk 10 içerisindedir, biraz daha onkoloji olarak detaylandırdığımızda ilk 6 sıra içerisine giriyoruz. Bu da önemli bir potansiyele sahip olduğumuzun açık bir resmidir. Bugüne kadar onkoloji alanında kullanılan ilaçların neredeyse tamamı ithal ürünlerdi halen de büyük bir çoğunluğu öyle olsa da yerli üretilen onkolojik ürünler de piyasamızda tedaviye sunulmuştur. Tahminim önümüzdeki yıllarda onkolojik ilaç üretim tesislerinin artacağı ve böylece hem farmakoekonomik tedavi süreçlerinin devreye gireceği hem de daha iyi tedavi koşullarının tabana yayılacağı yönündedir.

Türkiye ilaç endüstrisinde AR-GE yatırımının yok denecek kadar az olduğu ifade ediliyor. Bu durum ilaç sektörünü nasıl etkiliyor?

Bu konuda maalesef sektörümüz ülkemizde sağlık harcamalarının yarısını almakla birlikte AR-GE'ye dünya ortalamasının çok altında yatırım payı ayırmaktadır. Ancak sektörel dinamikler bu payı arttıran firmaların önümüzdeki yıllarda rekabetçi kimliğini geliştirebileceğini ve sürekliliğini sağlayabileceğini göstermektedir.

Kanser hastalarının ilaca rahat erişiminde alınması gerektiğini düşündüğünüz önlemler var mı?

Bu konuda yaşanan bir konu var ki, şu an birçok kanser hastasının karşı karşıya kaldığı önemli bir problemdir. Türkiye'de ruhsatlı olmayan ancak hekimlerin tedavilerde ihtiyaç duyduğu önemli ürünler. Bu ürünlere ulaşım yeri, zamanı bazen hayati olabilmektedir. Bunun dışında Türkiye'de ruhsatlı olan ve kanser tedavisinde kullanılan ürünler için zaten herhangi bir erişim problemi yaşanmamaktadır.

Türkiye'de aktif çalışan kaç onkolog var?

2010 yılı itibariyle Türkiye'de toplam 360 radyasyon onkoloğu aktif olarak çalışıyor. Tıbbi onkoloji yan dalında toplam 154, cerrahi onkoloji yan dalında toplam 23 ve çocuk hematolojisi ve onkolojisi yan dalında toplam 120 uzman aktif olarak görev yapıyor

Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı işbirliğiyle hazırlanan 2010 yılı Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporuna göre; Türkiye'de toplam 360 radyasyon onkoloğu aktif olarak çalışıyor. Buna göre Sağlık Bakanlığında 200, üniversitelerde 117, özel sektörde 43 radyasyon onkoloğu görev yapıyor.

21 Avrupa Ülkesinde ve Türkiye'de 22 Branşta 100.000 Kişiye Düşen Uzman Sayılarını Ülkelere ve Branşlara Göre Dağılımı

ÜLKELER	Cerrahi Onkoloji
BELÇİKA	
ÇEK CUMHURİYETİ	2,3
DANİMARKA	1,6
ALMANYA	1,5
ESTONYA	2,1
YUNANİSTAN	0,9
FRANSA	0,9
İRLANDA	0,5
LETONYA	3,6
LİTVANYA	3,4
LÜKSEMBURG (1)	0,0
HOLLANDA	
AVUSTURYA	
SLOVENYA	1,1
SLOVAKYA	4,4
FİNLANDİYA (2)	2,2
İSVEÇ	3,2
İNG İLTERE	2,3
BULGARİSTAN	
PORTEKİZ (3)	1,8
POLONYA	0,6
TÜRKİYE (4)	0,03
AVRUPA ÜLKELERİ ORT.	1,1

Kaynak: EUROSTAT, 2005 yılına ait veriler
(1) 2004 verileri; (2) 2003 verileri;
(3) 2005 verileri; (4)
15 Haziran 2010 tarihli veriler

100 bin kişiye düşen aktif çalışan radyasyon onkoloğu da 0,50 şeklinde açıklandı.

Tıbbi onkolog sayısı 154

İç hastalıkları uzmanlığına bağlı tıbbi onkoloji yan dalında da toplam 154 aktif çalışan uzman bulunuyor. Sektörlere göre dağılımına bakıldığında; tıbbi onkologların 47'si Sağlık Bakanlığında, 76'sı üniversitelerde ve 31'i de özel sektörde görev yapıyor. 100 bin kişiye düşen aktif çalışan tıbbi onkolog oranı 0,21 olarak kaydedildi.

Cerrahi onkolog sayısı 23

Genel cerrahi uzmanlığına bağlı cerrahi onkoloji yan dalında toplam 23 uzman görev yapıyor. Dağılımına bakıldığında; cerrahi onkologların 4'ü Sağlık Bakanlığında, 19'u üniversitelerde görev yapıyor. Rapora göre, özel sektörde çalışan cerrahi onkolog bulunmuyor. 100 bin kişiye düşen aktif çalışan cerrahi onkolog oranı ise, 0,03 olarak açıklandı.

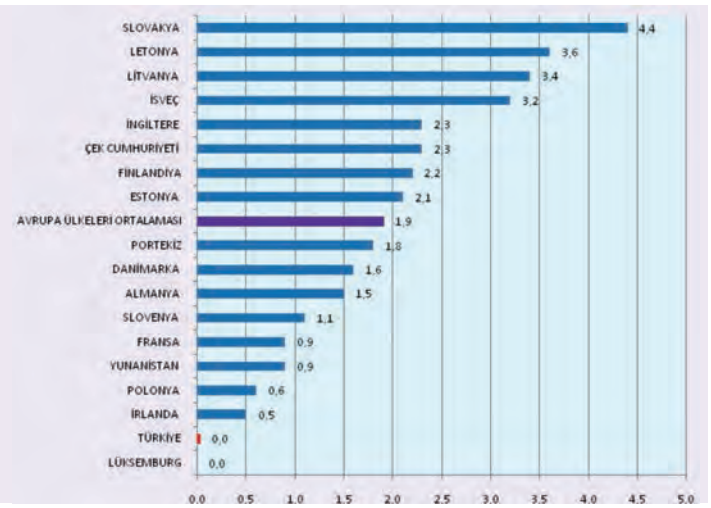
Çocuk hematolojisi ve onkolojisinde rakam 120

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığına bağlı çocuk hematolojisi ve onkolojisi yan dalında toplam 120 uzman görev yapıyor. Dağılımlara bakıldığında; çocuk hematolojisi ve onkoloji uzmanlarının 43'ü Sağlık Bakanlığında, 73'ü üniversitelerde, 4'ü özel sektörde çalışıyor.

100 bin kişiye düşen aktif çalışan çocuk he matolojisi ve onkoloji uzmanı oranı ise 0,17.

Toplam 111 bin 211 hekim var

Rapora göre, halen 31 bin 978'i pratisyen, 58 bin 258'i uzman ve 20 bin 975'i tıpta uzmanlık eğitimine devam eden olmak üzere toplam 111 bin 211 hekim bulunuyor. Bu hekimlerin 63 bin 622'si Sağlık Bakanlığında, 25 bin 15'i üniversitelerde ve 22 bin 574'ü de özel sektörde çalışıyor. ■



Türkiye'de ve 17 Avrupa ülkesinde cerrahi onkoloji alanında 100 bin kişiye düşen aktif çalışan uzman hekim sayıları

	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008				2009			
	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM	ÜNİVERSİTE	SAĞ.BAK.	GATA	TOPLAM
RADYASYON ONKOLOJİSİ	42	15	0	57	30	4	2	36	39	13	2	54	44	0	0	44	46	4	1	51	39	2	1	42	72	11	1	84	88	48	0	136

Kaynak: ÖSYM TUS Kılavuzları, 2002-2009; Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Sağlık Mesleki Eğitimi Daire Başkanlığı

Kanserde alternatif tedavi yöntemlerine dikkat

Özellikle aktarlardan elde edilen bitkisel ürünler, doğrudan doğadan toplanmış ve işlenmemiştir. Dolayısıyla steril değildir; mantar sporları, çeşitli bakteriler içerebilirler. Kemoterapi altında enfeksiyon riski olan hastalar bu tür ürünleri tükettiklerinde temizlik kurallarına çok dikkat etmelidir

Kontrolsüz kullanılan bitkisel ürünler ve vitamin takviyeleri, kanseri önlemek yerine olası riskleri artırarak tedavinin etkinliğini azaltabiliyor ve ciddi komplikasyonlara yol açarak, ölümcül sonuçlar doğurabiliyor. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Çelik, bazı bitkisel karışımların, vitaminlerin ve diğer alternatif yöntemlerin kanser tedavisi üzerinde olumsuz etkileri olacağını belirtti.

Sağlıklı kişilerin gereksiz ilaç ve vitamin desteklerinden uzak durması gerektiğine dikkat çeken Çelik, hasta olan kişilerin hekim bilgisi dahilinde ilaç kullanması gerektiğini ve kanser tedavisi öncesinde, esnasında ve sonrasında bitkisel karışımlar-vitamin kapsüllerinin kullanımına kesinlikle izin verilmemesi gerektiğini söyledi.

Beta karoten akciğer kanserini kolaylaştırıyor

Çelik'in verdiği bilgiye göre, antioksidanlar ve vitaminlerin olumsuz etkileri bulunuyor. Beta karoten tüketimi özellikle sigara içenlerde akciğer kanseri gelişimini önlemek yerine kolaylaştırmaktadır. Tüm anti-oksidanların potansiyel olarak kemoterapi ve radyoterapinin etkisini azaltabilir. Kalsiyum-magnezyum-potasyum ve çoğu zaman vitamin karışımları içeren minerallerin özellikle kemik metastazı olan veya kalsiyum yüksekliği bulunan hastalarda sakıncalı olabilir.

Isırgan otu-sarımsak

Isırgan otunun, kan pıhtılaşmasını sağlayan hücreler üzerindeki olumsuz etkisi, kemoterapi yan etkileri ile karışabiliyor. Aşırı sarımsak tüketimi, kanama problemine yol açabiliyor. Bu bitkilerin, kemoterapi-radyoterapi alanlarda kullanılmaması gerekiyor. Japon eriği ölümcül kanamalara yol açabileceğinden kemoterapi ve radyoterapi etkisini azaltabilmektedir. Meme ve rahim kanseri hastalarının soya ve ginsengten uzak durması gerekiyor. Japon eriği olarak bilinen ginkgo biloba, içeriği nedeniyle kanamaya eğilimi artırıyor. Özellikle kanı sulandıran ilaçları kullananlarda (kumadin-heparin) ölümcül kanamalar görülüyor.



Aşırı sarımsak tüketimi, kanama problemine yol açabiliyor. Bu bitkilerin, kemoterapi-radyoterapi alanlarda kullanılmaması gerekiyor



Koni çiçeği, kirpi otu olarak bilinen echinaceada karaciğerde yıkılan bazı ilaçların etkinliğini azaltabildiğinden kemoterapi ile birlikte alınması önerilmiyor. Iressa, tarceva, irinotecan, topotecan, siklofosfamid, etoposide, teniposide, taxol, docetaxel, vincristine, vinblastin ilaçlarını kullananların bu üründen kesinlikle uzak durması isteniyor.

Soya ve ginseng

Soya ürünleri ise içerdiği isoflavonların östrojenik hormonal etkisi nedeniyle meme ve rahim kanseri olan hastalarda zararlı olabiliyor. Soyada bulunan genistein adlı bir madde, tamoksifenin etkinliğini azaltabiliyor. Tamoksifen kullanan meme kanseri hastalarının soya ürünlerinden uzak durması gerekiyor. Soya ürünleri farmakolojik dozlarda bazı ilaçların emilim ve dağılımını da etkileyebiliyor. Yeşil çayın tablet halinde yüksek dozlarda alınması, mide rahatsızlıklarına, ishale ve kramplara yol açabiliyor.

Bazı ginseng preparatlarında östrojenik maddeler olduğundan, meme ve rahim kanserli hastaların bunları kullanma-



Soya ürünleri ise içerdiği isoflavonların östrojenik hormonal etkisi nedeniyle meme ve rahim kanseri olan hastalarda zararlı olabiliyor

ması gerekiyor. Ginseng, bazı ilaçların kan düzeyini azaltabiliyor, bazılarını da artırabiliyor. Iressa, tarceva, irinotecan, topotecan, siklofosfamid, etoposide, teniposide, taxol, docetaxel, vincristine, vinblastin alanların, ginsengden uzak durması gerekiyor.

Cüce palmiye
Cüce palmiyenin, içerdiği hormonal maddelerden ötürü meme ve rahim kanseri hastalarının tüketmemesi gerekiyor. Tedavi için hormonal preparatlar alan meme kanserli hastalarının da tedavi etkileşimi olabileceğinden bu üründen uzak durması isteniyor.

Hipericum perforatum, binbirdelik otu da ilaç etkileşimlerinden dolayı kanser ilacının kan seviyelerini ve etkisini azaltabiliyor. Bunun dışında birçok ilacın



etkisini azaltma ya da arttırma yönünde etki edebiliyor. Kemoterapi alan hastaların, bu ürünü kesinlikle kullanmaması gerekiyor.

Kedi otu - yaban mersini
Kedi otunun, tamoksifen kullananlar ve siklofosfamide, etoposide, teniposit kullananlarca tüketilmemesi, ezan çiçeği ile gece mumu yağının serum proteinlerine bağlandığı için ilaç etkinliğini değiştirebildiğinden kemoterapi ile birlikte kullanılmaması gerekiyor.

Kaya koruğu, bazı kanser tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliğini azalttığından kemoterapi ile alınmaması ve karaciğer sorunu olanlarca kullanılmaması isteniyor. Özellikle karaciğer toksisitesini arttırabiliyor.



Yaban mersinini, kanama problemi olanların, kemoterapi-radyoterapi alanların, kumadin kullananların tüketmemesi gerekiyor.

Siyah üzüm çekirdeği - zakkum
Siyah üzüm çekirdeği, yüksek dozlarda alındığında bazı ilaçlarla etkileşebiliyor. Bu nedenle, ıressa, tarceva, irinotecan, topotecan siklofosfamid, etoposide, teniposide, taxol, docetaxel, vincristine, vinblastin ve platin kullananlarca alınmaması vurgulanıyor.

Köpekbalığı ve sığır kıkırdağı, kalsiyum yüksekliğine yol açabiliyor. Özellikle kemik metastazı olan hastalar ya da vitamin-D, kalsiyum kullanan hastalarda sakıncalı olabiliyor. Bulantı, kusma, mide rahatsızlığı, hipotansiyona ve alerjik reaksiyona yol açabiliyor.



Zakkum, mevcut hali ile kanser tedavisinde kullanılmamalıdır. Olumlu etki yaptığına dair bilimsel veri bulunmuyor

Sekiz farklı karışımdan oluşan Pc-Spes, içeriğinden ötürü östrojen ve diğer bazı maddelerle kontamine olabiliyor. Jinekomasti, libido azalması, mide rahatsızlıkları, kramplar, damar pıhtılaşması, ishal, kalp problemleri, sıcak basmasına yol açabiliyor. Pc-Spes'in herhangi bir amaçla kullanılmaması gerekiyor.

Zakkum, mevcut hali ile kanser tedavisinde kullanılmamalıdır. Olumlu etki yaptığına dair bilimsel veri bulunmuyor.

Akupunkturun tedavide yeri yok
Akupunkturun, doğrudan kanser tedavisinde yeri bulunmuyor. Vücuda bir iğne girmesi söz konusu olduğu için, kan ve pıhtılaşma hücreleri düşükken uygulamanın yapılmaması gerekiyor. Aromaterapi, masaj ve yoga, meditasyon ile egzersiz gibi yöntemlerde de kemik metastazı olan hastalarda kırıklara yol açabileceğinden dikkatli olunması gerekiyor.

Bitkisel ürünlere dikkat
Bitkisel ürünlerde, içine karışmış toksik maddeler olabileceği gösterilmiştir. Bu ürünlerin saflığı ve güvenilirliği kuşkuludur. Özellikle aktarlardan elde edilen bitkisel ürünler, doğrudan doğadan toplanmış ve işlenmemiş olduğu unutulmamalıdır. Dolayısı ile bunlar steril değildir, mantar sporları, çeşitli bakteriler içerebilirler. Kemoterapi altında enfeksiyon riski olan hastalar bu tür ürünleri tükettiklerinde temizlik kurallarına çok dikkat etmelidirler.

Onkoloji hemşireliğinin resmi bir tanımı yok

"Onkoloji hemşireleri gelişmiş ülkelere göre oldukça sınırlı sayıda. Bölümler arası geçişler yaşandığı için, onkoloji hemşireliğinin sayısı da sürekli değişiyor; yeterli ya da yetersiz diye bir şey söylemek güç"

Onkoloji Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanı **Fatma Gündoğdu** ve Genel Sekreteri **Sevcan Atay,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sağlık sektörü açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?

Kanserin cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği transplantasyonu gibi birden çok tedavi şekli vardır. Kanser hastalarına etkin bir tedavi için bu yöntemlerin genellikle bir kaçı uygulanmaktadır. Kanser tedavi yöntemlerinin multidisipliner ve kompleks olması nedeniyle hizmetin sürekliliğinin sağlanması, etkin bir tedavi, bakım ve izlem için kapsamlı hastaneler olmasını gerektirmektedir. Ülkemizde bu hizmetleri bir arada uygulayan üniversite hastaneleri, bazı Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile birlikte bazı özel hastaneler karşılayabilmektedir. Ancak Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sağlık sektörü açısından değerlendirdiğimizde yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Dernek Yönetim Kurulu üyeleri (Sol baştan): Nurseven Karaman, Fatma Gündoğdu, Sevcan Atay, Sevinç Kutlutürkan, Mine Buluş.



Kanser tedavisinde kullanılan teknolojik cihaz, uzman sağlık personeli sayısı, kanser araştırmalarına yapılan yatırım açısından gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'yi nerede görüyorsunuz?

Kanser teşhisinde kullanılan görüntüleme yöntemleri yeterli olmakla birlikte kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi cihazlarının sınırlı olduğu bilinmektedir. Kanser tedavisinde tıbbi onkolog, radyasyon onkoloğu v.b. alanlarda olduğu gibi onkoloji hemşireliği sayısının gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça sınırlı olduğunu söyleyebiliriz. Ancak öncesi onkoloji dışı başka bir bölümde çalışmış hemşire 2-3 yıl onkolojide çalışıp daha sonra başka bir bölümde çalışmaya başlayabilmektedir. Bu nedenle onkoloji hemşireliğinin sayısı sürekli değiştiği için yeterli ya da yetersiz diye bir şey söylemek güç olmaktadır. Bu durumun 2007'de hemşirelik yasasının güncellenmesiyle hemşirelikte özel alanlara yönelik çalışmaların başlamış olması nedeniyle düzeleceğini umut ediyoruz.

Kanser alanında tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yaklaşımınız nasıl?

Kanser tedavisi sırasında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin özellikle bitki türevlerinin kullanımı hasta için zararlı, istenmeyen toksik etkilere yol açabilmektedir. Bu sorunları yaşayan hastalarla maalesef karşılaşmaktayız. Kanser tedavisi sırasında bazı yan etkilerin azaltılmasına, korku, anksiyetenin azaltılmasına yönelik etkinliği kanıtlanmış (gevşeme egzersizleri, akupunktur v.b.) uygulamaların bile doktoru bilgilendirmeden kullanılmamasını öneriyoruz. Bizim de onkoloji hemşireleri olarak, hasta değerlendirmemizde alternatif bir tedavi kullanıp kullanmadığımıza ilişkin mutlaka hastayı değerlendirme sorumluluğumuz var. Sonuç olarak kanserden korunma ya da kanser te-



davisinde bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmamış uygulamaların yapılması birey için zararlı olabilir ve hayati tehlikelerin doğmasına neden olabilir.

Kanser hastalarına yardım sağlama adı altında kurulan ve hastaları kullanarak bağış toplayan kuruluşlara karşı politikanız nedir?
Bağışlar hasta yararına toplanabileceği gibi farklı amaçlar için de toplanabilmektedir. Bu nedenle bu gereksinimin hükümetin kontrolünde olması önemlidir.

Toplumda kanserin erken teşhisine yönelik yeterli bilinçlenme var mı?
Kanserden korunmaya yönelik son zamanlarda sigara kullanımının azaltılması çalışmaları ve hükümet politikaları ile birlikte oldukça olumlu gelişmeler olduğu görülmektedir. Ayrıca kanser erken tanı teşhis merkezlerinin (KETEM) kurulması ve yaygınlaştırılmış olması kanserin erken teşhisinde olumlu gelişmelerdir. Ancak kanserde erken tanı ve tarama yöntemlerinin medyada daha fazla yer almasının bilinçlenmeyi arttıracağını düşünüyoruz.

Kanser hastaları hakları kavramına nasıl bakıyorsunuz? Hak ihlalinden söz edilebilir mi?
Hasta hakları ile uğraşan dernekler tarafından kanser hastaları haklarına yönelik sağlık kurumları ve toplumun bilinçlendirilmesine yönelik daha fazla çalışma yapılmasını istiyoruz.

Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin çalışma koşulları, özlük hakları, eğitimi konusunda bilgi verebilir misiniz?
Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin iş yükü değerlendirmesi yapıldığında maalesef sayının çok yetersiz olduğu görülmektedir. Yine kanser tedavi yöntemlerinden biri olan ve tıbbi hata riski, yan etki riski ve toksisite riski yüksek olan kemoterapi hazırlama ve uygulamalarını, yan etki takiplerini, hasta ve ailesinin eğitimini, ağrısı olan hastanın ağrısının kontrolü ve değerlendirmesini, yine yoğun bakım gerektiren hastalarımızın bakımını onkoloji hemşireleri yapmaktadır. Bunların etkin ve yeterli yapılabilmesi, tıbbi hataların olmaması için bu alana yönelik hemşirelerin sayı olarak yeterli olması gerektiği gibi bilgi gücü bakımından da güçlü olmaları gerekmektedir.

"Kanser tedavisi sırasında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin özellikle bitki türevlerinin kullanımı hasta için zararlı, istenmeyen toksik etkilere yol açabiliyor. Bu sorunları yaşayan hastalarla karşılaşıyoruz "

Derneğinizin bu konularda çalışmaları-görüşleri-çözüm önerileri neler?
Biz dernek olarak yaptığımız sertifika ve kurs programları ile bilgi gücünü arttırmaya çalışıyoruz ancak sayı yeterli olmadığı zaman, bilgiye önem vermeyen yönetim anlayışı olduğu zaman bu kurslara ya da eğitimlere katılımda güçlük yaşanmaktadır. Ayrıca kanser hastası ile çalışan hemşirelerin acil, yoğun bakım, hemodiyaliz gibi özellikli alan kabul edilmemesi ve özellikli birimlere verilen döner sermaye oranından düşük döner sermaye verilmesi ister istemez bu alandan ayrılmaları arttırmaktadır. Biz özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Komisyonu ile görüşmelerimizi yaptık ancak halen olumlu bir gelişme olmadığından görüşmelerimize devam etmekteyiz.

Onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmalar var mı?
Onkoloji hemşireliğine yönelik tabii ki birçok araştırma mevcut. Bu yapılan araştırmalar konuya ilişkin ilgili dergiler olmakla birlikte daha çok cancer nursing, oncology nursing society forum, seminars of oncology nursing, european oncology nusing journal dergilerinde yayınlanmaktadır. Ülkemizde onkoloji alanına yönelik araştırmaları yayınlayan onkoloji hemşireliğine özel bir dergimiz bulunmamakla birlikte diğer hemşirelik dergilerinde bu araştırmalar yayınlanmaktadır. Derneğimizin de araştırma komisyonu mevcut olup 1989'da kurulduğu yıldan bu yana onkoloji hemşireliğine yönelik konuları belirleyip araştırmalar yapılmaktadır.

Elinizdeki veriler ışığında, hemşirelerin istihdam durumunu Türkiye yanı sıra diğer ülkelerle karşılaştırma olanağımız var mı?
Ülkemizde hemşireliğe ilişkin özel alan çalışmaları yeni başlamıştır ve halen onkoloji hemşireliği diğer alanlarda olduğu gibi resmi olarak tanımlanmamıştır. O nedenle kanser hastası ile çalışan bir hemşire bilgi birikimi ve deneyimi ne kadar iyi olursa olsun kendi isteğiyle ya da yönetimin kararı ile başka bölümlere verilebilmektedir. Bu nedenle belli kirterlere sahip onkoloji hemşire sayımız şu kadardır diye bir sayı veremiyoruz, belki onkoloji hemşireliği tanımlaması netleştiğinde bu sayı daha net söylenebilir. Ancak Kemoterapi Hemşireliği Sertifikasına sahip 600 hemşiremiz bulunmaktadır. Bunun da yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Elimizdeki veriler değerlendirildiğinde diğer ülkelerle kıyaslandığında hemşire sayısının ülkemizde çok az olduğu görülmektedir.

Derneğinizin kansere yönelik hemşirelere-hastanelere-hekimlere-halka yönelik çalışmaları neler? Projeleriniz var mı? Kısaca bahseder misiniz?
Meme kanserine yönelik erken tanı taramada halkı bilinçlendirmeye yönelik bir Avrupa Birliği projesi gerçekleştirdik. Ayrıntılı bilgi için www.onkohem.org.tr'deki dosyalarda bültenimize bakabilirsiniz. Belli aralıklarla halk eğitimleri yapılmaktadır. Kemoterapinin güvenli hazırlanması ve uygulanmasına ilişkin TÜBİTAK destekli araştırmamız ve yine bu alana ilişkin web sayfamızda yer alan rehberimiz bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yılda dört kez gerçekleştirdiğimiz Kemoterapi Hemşireliği Sertifika Programımız bulunmaktadır. Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS) işbirliği ile yılda dört kez gerçekleştirdiğimiz anemi, lökopeni, kanamanın yönetimini ele alan TİTAN kursumuz, onkoloji hemşirelerinin hasta ve ailelerinin psiko sosyal sorunlarda baş etmelerine yardımcı olabilmeleri amacıyla düzenlenen psiko-onkoloji hemşireliği kurslarımız vardır. ■

Cep telefonu kanser riskini artırmıyor

"Bir baz istasyonu yerinden kaldırıldığında, cep telefonları daha uzaktaki bir baz istasyonuna ulaşmak için daha fazla güç harcayacaktır. Bu, cep telefonunu kullanan kişinin daha fazla elektromanyetik enerjiye maruz kalması anlamına gelir. Bu kapsamda, baz istasyonlarının kapatılması çözüm değil bizzat sorun teşkil edecektir"

Dünya genelinde iki milyardan fazla kişinin cep telefonu kullandığı tahmin ediliyor; bu sayı gün geçtikçe artıyor. 2000 yılında her 100 kişiden 12'si cep telefonu kullanırken bu sayı 2007 yılında 100 kişide 50'ye yükseldi.

Kamuoyuna yanlış aksettirilen bazı bilgilerin açıklığa kavuşturulması gerektiğini belirten Hacettepe Üniversitesi Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İsmail Çelik, baz istasyonu maruziyetinin ve cep telefonu kullanımının kanser riskini artırmadığını öne sürdü. Çelik şunları kaydetti:
"Bir baz istasyonu yerinden kaldırıldığında, cep telefonları daha uzaktaki bir baz istasyonuna ulaşmak için daha fazla güç harcayacaktır. Bu, cep telefonunu kullanan kişinin daha fazla elektromanyetik enerjiye maruz kalması anlamına gelir. Bu kapsamda, baz istasyonlarının kapatılmasının çözüm değil bizzat sorun teşkil edeceği unutulmamalıdır. Bir diğer önemli husus da piyasada 'radyasyon önleyici', 'radyasyon koruyucu', 'EMR azaltıcı' gibi lanse edilen filtre, yapışkan, çip, v.b. gibi ürünlerin bilimsel olarak etkinliği mevcut değildir ve gereksiz emniyet duygusu yaratması açısından da ayrıca sakıncalıdır. Bireysel korunma için 'cep telefonları ile konuşurken kulaklık kullanmak' yeterlidir."



Araştırma 14 bin kişide yapıldı

Kansere yol açan gerçek sebeplerin çoğunlukla çevresel ve yaşam tarzı kökenli olduğunu vurgulayan Çelik, tütün mamülleri kullanımı, beslenme alışkanlıkları, şişmanlık, fizik aktivite azlığı, alkol kullanımı, çeşitli enfeksiyonlar (Hepatit B ve Human Papilloma virüsleri) ve bilinçsiz güneş ışığı maruziyetinin, kanser sebeplerinin yüzde 90-95'ini oluşturduğunu söyledi. Çelik'in verdiği bilgilere göre, Mayıs 2010'da cep telefonu-kanser ilişkisi, Kasım 2010'da da baz istasyonu-kanser ilişkisi bölümlerinin sunulduğu ve aralarında Almanya, Danimarka, Avustralya, Fransa, Finlandiya, İngiltere, İsrail, İtalya, Japonya, Kanada, Yeni Zelanda, Norveç ve İsveç'in olduğu 13 ülkede 14 bini aşkın kullanıcı üzerinde yapılan uluslararası INTERPHONE araştırma raporu, baz istasyonu maruziyetinin ve cep telefonu kullanımının kanser riskini artırmadığını gösterdi.

Diyabet kanseri çok seviyor

Son yıllarda, diyabet hastalarında kanser görülme sıklığında artış var. Kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve egzersiz, hem diyabeti ve diyabete bağlı organ hasarlarının gelişimini önlemede hem de kanseri önlemede en etkin ve en ucuz yöntem

Diyabet hastalarında kansere yakalanma riskinin, diyabet hastası olmayanlara oranla daha fazla olduğu belirtildi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nilgün Güvener Demirağ, son yıllarda, diyabet hastalarında kanser görülme sıklığında artış olduğuna dikkat çekti.


Prof. Dr. Nilgün Güvener Demirağ

Metforminin diyabetik hastalarda kanser riskini azalttığı yönünde veriler var; var olan kanserleri de olumlu yönde etkiliyor

Diyabetin hem özellikle meme, kolon ve pankreas kanseri riskini arttırdığını, hem de var olan kanserleri olumsuz etkilediğini belirten Demirağ, "Bunun nedenleri konusunda çok çalışma var, bu hastalarda beraberinde eşlik eden kilo fazlalığı, obezite ve insülin direnci patogenezde bu tablonun ortaya çıkışında en önemli nedenlerden bir tanesi olarak görülüyor. Bazı kanser türlerinde de, kan şekeri regülasyon bozukluğunun etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu hastalar bize başka birçok ek hastalıklarla geliyorlar, bu hastalıklarla uğraşırken genetik hastalarda gözden kaçan şeylerden bir tanesi, rutin kanser taramalarında bazı atlamalar, gecikmeler olduğudur. Diyabetik hastalarda, ek komplikasyonların da varlığı nedeniyle, verilen tedavilerin daha komplikasyon yaratma riski var. Sorun yarattığını biliyoruz" dedi.

"Kilo kontrolü en ucuz yöntem"

"Gelinen noktada söyleyebileceğim en önemli sorunun hiperinsülinemi olduğudur" diye konuşan Demirsğ, buna insülin direncinin neden olduğunu söyledi. Dolayısıyla insülin direncini azaltmaya yönelik bu hastalarda kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve egzersizin, hem diyabeti ve diyabete bağlı organ hasarlarının gelişimini önlemede hem de kanseri önlemede en etkin ve en ucuz yöntem olarak göründüğü açıklandı.

Metformin diyabetiklerde kanser riskini azaltıyor

Kullanılan ilaç tedavisi dozunu azaltmanın yolunun da kilo kontrolünün sağlanması olduğunu belirten Demirağ, diyabetik hastalarda çok sık kullanılan ve dünyada diyabetin tedavisinde eğer kullanmada bir engel yoksa neredeyse rutin kullanılan ilaçların başında gelen metformin ile ilgili gelişmeler olduğunu belirterek şöyle devam etti:

"Bu ilaçla ilgili çarpıcı ve güzel sonuçlar var, metforminin diyabetik hastalarda kanser riskini azalttığı yönünde olan veriler ve var olan kanserleri olumlu yönde etkilediği yönünde veriler artmaya başladı. Dolayısıyla bu tedavilerin de diyabetik hastalarda kanserle ilişkisi açısından da çalışmaların devam ettiğini söyleyebilirim. Şu aşamada yapabileceğimiz şey, hastalarda mümkün olduğu kadar insülin direncine yönelik tedavileri ön plana getirip, bu hastalarda kanser tarama çalışmalarında biraz daha risksiz davranmamız, aldıkları tedavileri de gözden geçirmemiz gerekmektedir." ■



Hava kirliliği 2 milyonu aşkın insanın hayatına mal oluyor

Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı **Prof. Dr. Bensu Karahalil**, hospitalmanager için hava kirliliği ve kanser ilişkisini irdeledi.



Doğa ve insan kaynaklı emisyonlar sonucu, atmosferde bulunan kirletici konsantrasyonlarının belirli seviyeleri aşması hava kirliliği olarak tanımlanır. Hava kirliliğin insan sağlığı üzerinde risk yarattığı giderek artan sayıda araştırma ile kanıtlanmaktadır. Hava kirliliği araştırmalarının çıkış noktası, 1930'da Belçika'da Meuse Vadisinde, 1948 ABD'de Donora'da ve 1952'de Londra'da bir aydan kısa sürede binlerce kişinin ölümüyle sonuçlanan hava kirliliği olayları olmuştur (1). Hava kirliliği akciğer hastalıkları açısından morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (2). Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar (PAH), karbonmonoksit, nitrikoksitler, kurşun önemli hava kirleticileri arasındadır. Söz konusu hava kirleticilerinin sağlık üzerindeki etkileri incelendiğinde etkilenen populasyon oranı ile etkinin şiddeti arasında ters bir orantı vardır. Örneğin, akciğer fonksiyon bozuklukları, göz, burun ve boğazda tahriş, nefes darlığı, irritasyon semptomları gibi "akut etkiler" popülasyonun daha geniş bölümünü etkilemekteyken, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH), amfizem, akciğerlerin kronik enflamasyonu, akciğer büyümesi gibi "kronik etkiler"den etkilenen popülasyon boyutu daha azdır. Popülasyonun çok daha az bir bölümün-

de ise akciğer dokusunun malignant dokuya dönüşümü ve yayılmasıyla karakterize kanser meydana gelmektedir ve daha sınırlı popülasyonu etkileyen mortalite olarak gözlenmektedir.

2 milyonu aşkın insan kirlilik kurbanı

Gerek iç ortam gerekse dış ortam hava kirliliği, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sağlık kayıplarına yol açan önemli bir sorundur. Gelişmekte olan ülkelerde hava kalitesini kontrol uygulamalarının yetersizliği, kalitesiz yakıt kullanımı, ev içi ısınma, pişirme amaçlı uygulamalar, yakıt kullanımı ve bina yapımında kullanılan sağlıksız malzemeler ilave bir riskin kaynağıdır. Dünya Sağlık Teşkilatı verilerine göre hava kirliliğinden dolayı her yıl 2,4 milyon insan ölmektedir. İç ortam hava kirleticileri, ısınma, pişirme ve aydınlanma amaçlı işlenmemiş katı ilkel yakacakların yanma ürünler sonucu ortaya çıkan organik ve inorganik kirleticilerdir. Dünya nüfusunun yarısı ve gelişmekteki ülkelerin kırsal kesiminin yüzde 90'nından fazlası yakıt olarak tezek kullanmaktadır (3). Isınma ya da pişirme amaçlı, tezeklerin yakılması iç ortamda yüksek partikül konsantrasyonlarına neden olmaktadır. En önemli iç ortam hava kirleticileri, partikül maddeler, CO, NOx'lerdir (4). Partikül çapları 10 özellikle 2.5 µ'dan az olan partiküller akciğerlerin derinlerine kadar alveollere kadar penetra olduklarından daha fazla sağlık riskine neden olmaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelerde biyomas yakıtları açıkta ya da fonksiyonu iyi olmayan sobalar ya da bacasız sobalarda kullanılmaktadır. Bu sobalarda yanma tamamlanamaz ve havalandırmanın iyi olmadığı bu ortamlarda çok yüksek seviyede iç ortam kirliliği oluşabilmektedir. Özellikle kadınlar yemek pişirme esnasında ve çocukları da onlarla birlikte yüksek miktarlarda iç ortam kirleticilere maruz kalmaktadırlar (5).

188 adet zararlı hava kirleticisi var

Dış ortam kirleticileri, özellikle yoğun trafiği olan yerlerde otomobil egzozlarından kaynaklanmaktadır. Benzin, gaz gibi karbon bazlı yakıtların tam yanmamasıyla CO oluşmakta bu da kanın oksijen taşıma kapasitesini düşürmektedir. Yine kurşunlu benzinlerden havaya yayılan Pb'da hava kirliliğine neden olmaktadır. EPA (Environmental Protection Agency; Çevre Koruma Teşkilatı)'nın listesine göre 188 adet zararlı hava kirleticisi bulunmaktadır (4). Bu hava kirleticilerinden bazıları karsinojenik etkiye sahiptirler. Karsinojen maddeler Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansına (WHO-IARC) göre 5 ana grupta sınıflandırılmaktadır. İç ve dış hava kirleticilerden, örneğin, formaldehit, arsenik, radon, kadmiyum, benzo(a)piren *Grup 1* yani *insanlara karsinojen*, bazı kimyasal karışım halindeki kirleticiler, dizel motor dumanı, biyoyakıtların yanma ürünleri ve Pb. *Grup 2A* yani *insanlarda muhtemel karsinojen*dir (6).



Hava kirleticilerin sağlık üzerinde meydana getirdiği risklerde maruziyet yolu ve partikül boyutu önemlidir. Maruziyet yolu ağız, burun olduğu için akciğer yani solunum sistemi hedef organdır. Partikül boyutu sağlık etkisinin şiddetini belirleme açısından önemlidir. Partikül boyutu küçüldükçe akciğerlerin en derin bölümlerine alveollere kadar penetrasyon söz konusu olmaktadır. 10µ ve daha büyük partiküller üst solunum yollarında, 5-10 µ boyutundakiler trake ve bronşlara, 5 µ'dan küçükler ise alveollere kadar ulaşırlar. Türkiye'de ve diğer ülkelerdeki PM'in 10 µ olduğu maksimum değerler incelendiğinde, 24 saatte ve yıllık genel ortalama değerleri Türkiye için sırasıyla 300 µg/m^3 ve 150 µg/m^3 iken ABD, WHO ve diğer ülkelerde çok daha düşüktür. 400 µg/m^3'de alarm verilmektedir (7, 8).

Özetle bilimsel çalışmalarla hava kirliliği sağlık üzerinde önemli risk yaratmaktadır. Hava kirliliğinden korunmak için eğitim, toplumsal duyarlılığın arttırılması, mevcut yakıt türünün değiştirilmesi, ortam havalandırılmasına önem verilmeli ve ısıtıcı modellerinin iyileştirilmesi ile hava kirliğine maruziyeti azaltabiliriz. ■

Kaynaklar

1. *Introduction to Environmental Science 12:008/159:008 Spring 2002.*
2. *Bayram H., Dörtbudak Z., Fişekçi FE, Kargın M., Bülbül B.: Hava kirliliğinin İnsan Sağlığına Etkileri, Dünyada, Ülkemizde ve Bölgemizde Hava Kirliliği Sorunu" Paneli Ardından, Dicle Tıp Dergisi, 2006, 33, Sayı:2, 105-112, 2006.*
3. *World Health organization (WHO) Member State, Estimated deaths& DALYs attributable to selected environmental risk factors, 2002.*
4. *http://www.epa.gov/ttn/atw/188polls.html*
5. *Bruce N., Perez-Padilla R., Albala R., Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge, Bul. WHO, 78, 2000.*
6. *http://www.iarc.fr*
7. *Annex A to LCQ 7, Comparison of HK AQOs, WHO Air Quality Guidelines, US Primary Air Quality Standards, EU Limit Values for Protection of Health and Air Quality Standards of other advanced countries in µg/m3.*
8. *Öztürk M., Çevre ve Orman Bakanlığı, 2007.*

Kanserin gelişiminde en önemli faktör sigara

Akciğer kanserleri, erkeklerde ve kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alıyor. 40-50'li yaş gruplarında da sıklıkla görülmeye başlayan akciğer kanserinin tedavisinde, en etkin yöntem olarak cerrahi tedavi uygulanıyor

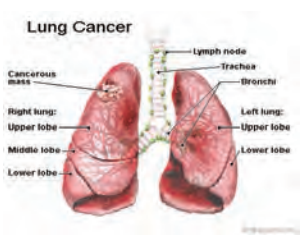
Akciğer kanseri hastalarında en sık görülen bulgu, öksürük olarak öne çıkıyor. Konuya ilişkin bilgi veren Medicana International Ankara Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölüm Başkanı Doç. Dr. Erkan Dikmen, "Ancak akciğer kanseri hastalarının çoğu sigara içicisi olduğu için, kronik öksürük onların yaşamının bir parçası haline geliyor. Bu nedenle öksürük şikayetiyle doktora gidenlerin sayısı fazla olmuyor. Öksürük dışında hastayı hekime götüren en önemli bulgu nefes darlığı, balgam çıkarma ve kan tükürme şikayetidir. Bunun yanı sıra vücudun diğer organlarına metastaz yapmış vakalarda, yaygın kemik ağrıları, baş dönmesi, baş ağrısı gibi şikayetler de olabilmektedir" diye konuştu.

Akciğer kanseri olgularında, tüm dünyada hedeflenen en etkin tedavi yöntemi, cerrahi tedavi. Ancak hastaların ancak yüzde 10-15'ine cerrahi müdahale ile tedavi yapılabiliyor. Hastalığın gelişmesinde en önemli unsur sigara

En etkin tedavi cerrahi

Dikmen, akciğer kanseri olgularında, tüm dünyada hedeflenen en etkin tedavi yönteminin cerrahi tedavi olduğunu belirterek şunları kaydetti:

"Bu hastalıktan tam kurtulma şansı sadece cerrahi tedavi uygulanabilen hastalarda mümkündür. Ancak akciğer kanseri hastalarının yüzde 10-15'inin ameliyat şansı olmaktadır. Akciğer kanserinin cerrahi tedavisinde yapılan işlem, tümörün bulunduğu akciğer lobunun çıkarılmasıyla birlikte, göğüs boşluğunun aynı tarafındaki lenf bezlerinin temizlenmesi şeklinde olur. Sadece tümörün çıkarılması yeterli değildir.



Tümör sağ akciğerde ise göğüs boşluğunun sağ yarısındaki lenf bezlerinin de temizlenmesi gerekir. Benzer şekilde tümör sol akciğerde ise göğüs boşluğunun sol yarısındaki lenf bezleri temizlenir. Tümörlü akciğer dokusunun çıkarılması ile ilgili olarak ise akciğerde tümörün olduğu akciğer lobu çıkarılır. Eğer tümör kritik noktadaysa, bir akciğerin tamamının çıkarılması da söz konusu olabilir."


Doç. Dr. Erkan Dikmen

Erken teşhis edilemiyor

Son yıllarda sigara kullanımının bayanlar arasında da artması nedeniyle, akciğer kanserinin bayanlar arasında da artış gösterdiğine dikkat çeken Dikmen, "Ancak akciğer kanserinin erken dönemde teşhis edilememesi nedeniyle, hastaların ancak yüzde 10-15'ine cerrahi müdahale ile tedavi yapılabilmektedir. Kanserin gelişiminde en önemli faktör sigara içimidir. Bunun yanı sıra çevre kirliliği, kimyasal ajanlar, bir takım kimyasal maddelere maruz kalmak sayılabilir. Bunların yanı sıra genetik yatkınlığı da göz ardı etmemek gerekiyor. Özellikle genetik yatkınlığı olan kişilerde sigara tüketimi, kimyasal maddeye maruz kalma gibi çevresel faktörler de varsa, risk artmaktadır" dedi.

Akciğer kanserinin evreleri

Erken teşhis ve cerrahi tedavi, akciğer kanserinde uzun sağ kalım için çok önemli. Akciğer kanserinde tüm dünyada kullanılan bir evreleme sistemi vardır. Hastalığın yayılımına bağlı olarak Evre I, Evre II, Evre III ve Evre IV olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Evre I en erken, cerrahi tedavi yöntemlerinin en yüz güldürücü olduğu evredir ve erken teşhis olduğunda beş yıllık sağ kalım yüzde 80 civarındadır. Evre II ve III'de de cerrahi tedavi şansı mümkündür. Ancak her evreye göre, 5 yıllık sağ kalım yüzdesi değişmektedir. Evre IV ise hastalığın akciğer dışında diğer organlara yayıldığı evredir. Bu durumda çok istisnai durumlarda cerrahi tedavi yapabilmektedir. Cerrahi tedavi için uygun olmayan hastalar için ise radyoterapi ve kemoterapi rejimleri uygulanmaktadır.

Kalın bağırsak kanseri önlenebilir!

Kalın bağırsağın en sık görülen hastalıklarından biri olan poliplerin hangilerinin kanserleşeceğini anlamak için patolojik inceleme gerekiyor. Poliplerin kalın bağırsaktan çıkarılması mümkün olduğu için, kalın bağırsak kanseri önlenebilir bir hastalık olarak dikkat çekiyor

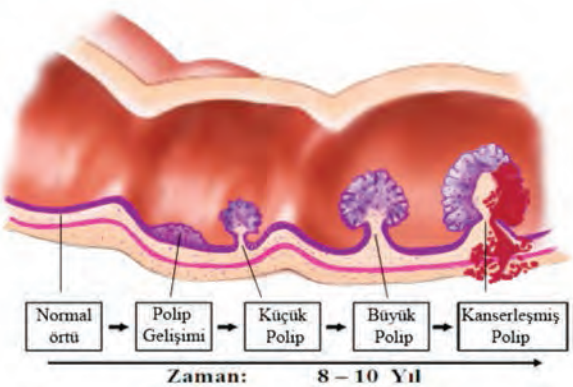
Kalın bağırsak kanserlerinin yüzde 90'dan fazlası polip zemininde gelişiyor. Bunlar, kalın bağırsağın radyolojik veya endoskopik incelenmesi sırasında tesadüfen bulunuyor. Bir polipin kanserleşmesi için yaklaşık 8-10 yıl kadar bir süre gerekiyor.



Prof. Dr. M. Ayhan Kuzu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof. Dr. Mehmet Ayhan Kuzu,** kalın bağırsak kanserinin önlenebilir bir hastalık olduğuna dikkat çekti. Prof. Dr. Kuzu, hastalığın gelişim sürecini şöyle anlattı:

"Kalın bağırsağın iç yüzeyini örten tabakayı oluşturan hücrelerin çoğalması sonucu gelişen ve bağırsak kanalı içine doğru büyüyen kabartı ve şişliklere polip denir. Polipler, kalın bağırsağın en sık görülen hastalıklarından biridir. Hemen hemen tüm kalın bağırsak kanserlerinin, bir polip zemininden başladığı konusunda görüş birliği vardır. Zaman içinde, polibi oluşturan hücrelerin değişimleri sonucu polip zemininde kanser ortaya çıkabilir. Önce polip içinde sınırlı kalan kanser hücreleri zaman içinde çoğalarak tümör kitlesini oluşturur ve bu kitle kalın bağırsak duvarını işgal eder. Kontrolsüz büyümeye devam eden kanser hücreleri belli bir dönem sonra bağırsakta tıkanıklığa yol açabilir, çevre ve uzak organlara yayılabilir."



Çoğu polip belirti vermiyor

Çoğu kalın bağırsak polibinin belirti vermediğini ifade eden Kuzu, "Bunlar kalın bağırsağın radyolojik veya endoskopik incelenmesi sırasında tesadüfen bulunur. Fakat bazı polipler kanama, sümüksü yapışkan akıntı, bağırsak fonksiyonlarında değişiklik ve nadiren de karın ağrısına neden olur. Kanserleşme gösteren polipler ise kanama, dışkılama alışkanlığında değişiklik (kabızlık, ishal vs) ve karın ağrısı gibi şikayetlere neden olurlar" diye konuştu.

Kanser 8-10 yılda oluşuyor

Kuzu, kalın bağırsak poliplerinin genellikle iyi huylu olmalarına karşın kalın bağırsak kanserleri ile kesin olarak ilişkili olduğunu anlattı. Kalın bağırsak kanserlerinin yüzde 90'dan fazlasının polip zemininde geliştiğini belirten Kuzu, "Bir polipin kanserleşmesi için yaklaşık 8-10 yıl kadar bir süre gerekir. Polipler kanser öncüsü lezyonlar olmakla birlikte tümünün kansere dönüştüğünü söylemek mümkün değildir. Hangi polipin kanserleşeceğini anlamak için polip dokusunun patolojik (mikroskobik) incelemesine gerek vardır. Bu nedenle kanser öncüsü hastalık olan poliplerin kalın bağırsaktan çıkarılmaları gereklidir. Bu şekilde kalın bağırsak kanseri önlenebilir bir hastalıktır" dedi.

TTB: Bölgesel onkoloji merkezleri kurulmalı

"Türkiye'de kanser tedavisine yönelik hizmet sunumu yetersiz. Hizmet için belli bölgelerde yoğunlaşma söz konusu. KETEM'ler yeterli altyapıya sahip değil. Çoğunda hekim bulunmuyor. Erken teşhis için gerekli olan insan gücü de yetersiz. Türkiye genelinde bölgesel spesifik onkoloji merkezleri kurulmalı"

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Üyesi Dahiliye Uzmanı **Dr. Halis Yerlikaya,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

"Performans sisteminin getirdiği daha çok performans yapma kaygısı ile kemoterapi verilemeyecek bazı hastalara kemoterapi verme eğilimi ağırlık kazanmaktadır"

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Türkiye'de kanserin erken teşhisine yönelik altyapı yeterli ve yaygın değildir. Türkiye genelinde belli bölgelerde yoğunlaşan Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) yeterli altyapıya sahip değildir. Çoğunda hekim bulunmamaktadır. Erken teşhis için gerekli olan insan gücü yetersizdir. Örneğin çeşitli nedenlerle serviks için yeterli smear alınamamaktadır; alınsa bile bunu değerlendirecek yeterli sayıda patolog ve sitolog bulunmamaktadır.



Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sektör açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?
Türkiye'de kanser tedavisine yönelik hizmet sunumu yetersizdir. Hizmet için belli bölgelerde yoğunlaşma söz konusudur. Altyapısı yeterli olan büyük merkezlerde yeterli onkolog bulunmazken, altyapısı uygun olmayan yerlere mecburi hizmetle birlikte onkolog ataması yapılmaktadır. Örneğin radyoterapi merkezi olmayan Şanlıurfa ilinde beş tane radyasyon onkologu mevcuttur. Bölgeler arasında büyük eşitsizlikler söz konusudur. GİS malignitelerinin yoğun olarak bulunduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde altyapısı yeterli donanıma sahip onkoloji merkezi bulunmamaktadır. Hastalar standart bir tedavi almak için bile bin kilometreden fazla uzaklıktaki Ankara ve İstanbul gibi merkezlere başvurmaktadırlar.

Ayrıca alanında uzmanlaşmış yeterli sayıda cerrahi onkolog bulunmamaktadır. Türkiye genelinde bölgesel spesifik onkoloji merkezleri kurulmalıdır.

Kanser alanında tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yaklaşımınız nasıl?
Kanser alanında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler kanıta ve bilimsel verilere dayalı olmadığından ve hastaların çoğunda standart tedavi mevcut olduğundan dolayı kesinlikle kullanılmamalıdır. Bu tür tedaviler karaciğer enzim inhibisyon ve indüksiyonu yaptıkları için standart tedavi sırasında kullanılan ilaçların etkinliklerini azaltabilmektedir.

Kanser hastalarına yardım sağlama adı altında kurulan ve hastaları kullanarak bağış toplayan kuruluşlara karşı politikanız nedir?
Hastaların mağduriyeti üzerinden bağış toplanmasının uygun olmadığını düşünmekteyiz. Ancak hastalara sosyal destek verecek moral ve motivasyonlarını sağlayacak ve toplumsal dayanışmayı güçlendirecek etkinlikleri desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz…

Toplumda kanserin erken teşhisine yönelik yeterli bilinçlenme var mı? Birliğinizin bilinçlendirmeye yönelik çalışmaları neler?
Toplumda kanserin erken teşhisine yönelik yeterli bilgi ve bilinç bulunmamaktadır. Bu konuda medyanın da katkısı bilgi kirliliği mevcuttur.
Türk Tabipleri Birliği olarak, özellikle kanserin etyolojisinde önemli rol oynayan sigara karşıtı kampanya ve etkinliklere aktif destek sunmaktayız.

Ülkemizde kanserin hastalık yükü belirlenmiş durumda mı?
Ülkemizde çoğu alanda olduğu gibi kanserin hastalık yüküne ilişkin yeterli ve güvenilir istatistiki veri bulunmaktadır. Ancak son yıllarda bu konuya ilişkin Sağlık Bakanlığı Kanser ile Savaş Daire Başkanlığınca önemli bir çaba sarf edilmektedir.

Kanser hastaları hakları kavramına nasıl bakıyorsunuz? Hak ihlalinden söz edilebilir mi?
Her hastada olduğu gibi kanser hastalarının da altyapısı yeterli, donanımlı ve alanında yetkin sağlık personelinin hizmet sunduğu yerlerde nitelikli, ulaşılabilir ve etkin bir sağlık hizmetine erişmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Yoğun iş yükünden dolayı kanser hastalarına yeterli zaman ayrılamadığı için çoğu hasta hastalığı, tedavi seçenekleri ve verilen tedaviye ilişkin yeterli bilgi alamamaktadır. Ayrıca performans sisteminin getirdiği daha çok performans yapma kaygısı ile kemoterapi verilemeyecek bazı hastalarda kemoterapi verme eğilimi ağırlık kazanmaktadır. Bu da bazı hastalarda mağduriyete yol açabilmektedir.

Müjde: Türkiye'de mesleki kanser yok!

Türkiye'de yıllık yeni kanser tanısı alan hasta sayısı 150 bin. Mesleki kanserler tüm kanserlerin yüzde 6-10'unu kapsasa yılda 9 – 15 bin mesleki kanser görülmeli. Fakat ülkemizde bildirilen "mesleki kanser yok!". Oysa Türkiye'de çeşitli sektörlerde çalışan birçok işçi kanserojen olarak sınıflanan maddelere maruz kalıyor

Meslek hastalığı görülme sıklığı her yıl bin işçide 4-12 olarak ifade ediliyor. 10 milyon çalışanı olan Türkiye'de beklenen rakamın 40 - 120 bin olması gerekirken, bildirilen meslek hastalığı sayısı sadece 539.

4. Prevantif Onkoloji Sempozyumunda konuşan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Çelik, bildirimi yapılmadığı için Türkiye'de mesleki kanserin olmadığını ironik bir ifadeyle ortaya koydu.

Türkiye'de yıllık 150 bin kanser vakası beklediklerini belirten Çelik, bunların yüzde 10'u yani 15 bin kadarının mesleki kanser olduğunu açıkladı.


Prof. Dr. İsmail Çelik

Çelik, Türkiye'de veba, HIV gibi durumları bildirmenin zorunlu olduğuna dikkat çekerek "Kayıtlarımızı inceledik, çok sevindirici bir haber var; Türkiye'de bildirilen mesleki kanser yok! Hiçbir işyeri ve işyeri hekimi, orada tanımlanmış meslek grubuna dahil kanser türü bildirmemiş. Yorumu size bırakıyorum. Doktorlarımız tanıyamamış, hastaya 'hangi meslekte çalışıyorsun' diye sormamışız. Biz akciğer kanseri deyip geçmişiz" diye konuştu.

"Kanser tarama konusunda en küçük bilgileri yok"

Endüstriyel sektörlerde çalışan binlerce insanın birçok kanserojen maddeye maruz kaldığını anımsatan Çelik, şunları kaydetti:

"Türkiye'de işyeri güvenliği, bireysel korunma, eldiven, maske gibi uygulamaların ne kadar yüksek olduğunu düşünürseniz mesleksel kanserlerin sıfır olma şansı yoktur. Biz Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi ile ortak bir çalışma yürüttük. Bu çalışmada şuna baktık; hastaneye kadar gittik kanser riski anketlerini doldurduk. Bu işçilerin yüzde 65'i sigara içiyor. Hem işyerinde o ağır maddelere maruz kalıyorlar hem de sigara içiyorlar. Bu yüksek bir oran. Gene çok sevindirici bir haber var, hiç kadın meslek hastası da yok! Kadınlar çalışmıyorlar mı, çalıştıkları halde hasta mı olmuyorlar, yoksa bazı şeyleri gene atlıyor muyuz? Bu konuda biz çalışmayı başlattık, peşini de bırakmaya niyetimiz yok. Anketten şu sonuç da çıktı, kanser tarama yöntemleri ile ilgili de en küçük bilgileri yok bu hastaların. Bu, her yerde görebileceğiniz bir sonuç gibi görünse de burada önemli bir fark var, bu insanlar her gün kanserojen madde ile yıkanıyorlar, onun içinde yaşıyorlar, teneffüs ediyorlar."

Meslek hastası istatistiği sadece 539

Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Dr. Hınç Yılmaz ise meslek hastalığının tıp eğitim müfredatında yer almadığını belirterek şöyle konuştu:
"Hiçbir hekimimiz, hiçbir eğitim döneminde bu hastalıklar ile ilgili yeterli eğitim almıyor. Mesela ağır metal sanayiyi ilgilendiren bir konu... Kurşun hangi mesleklerde bulunur, kişiye nasıl etki eder, kaç metre yakınında çalışmak gerekir, bunlar mühendisliği ilgilendiren konular olduğu için hekimlerimiz uzak kalmış bu konulara. Gelen hastaları da mesela, bir kurşun nefropatisi gibi değil, mesela böbreği hastalanmış bir hastayı kurşun sebebiyle böbreği hasarlanmış bir kişi gibi değil de böbrek yetmezliği hastası gibi değerlendiriyoruz. Ama ilk baştan etken ve maruziyet ilişkisinin farkında olsaydık, sadece sağlık profesyonellerine değil işverenlere, çalışanlara bu etkenlerden korunma yöntemlerini anlatarak konuyu en başta netleştirirdik. Bu kültürü oluşturabilirsek meslek hastalıklarının yüzde yüzünden korunabiliriz. Ülkemizde en son istatistiksel olarak 539 meslek hastası belirlendi, ama 100 bin civarında bekleniyordu. Bu rakamdan çıkarırsanız, çeşitli hastanelerde tedavi olmaya çalışan-ama mesleği ile ilişkilendirmeden tedavi olmaya çalışan, verilen hiçbir tedavinin etkili olmadığını görebiliriz."

"İşinden alırsanız kişi iyileşir"
Yılmaz sözlerini şöyle sürdürdü:
"Mesleki kanserlerin bizim için önemi şu;


Dr. Hınç Yılmaz

meslek hastalığında etkeni ortadan kaldırırsanız ilaç bile vermeseniz kişiyi iyileştirirsiniz, hastaneye de yatırmasanız, hekim de vermeseniz, kişiyi işinden alırsanız kişi iyileşir ama kanseri başlatırsanız; diğer kanserlerle aynı süreci yaşar, tedavi edilir-edilemez o artık uzmanlarımızın karar vereceği bir konudur. Mesleki kanserler ve mesleki hastalıklar çoğunluklu olarak çalışan ve en az 3-4 nüfusa bakıp, bunların sorumluluğunu taşıyan insanların hastalığıdır. Biraz daha önem göstermemiz gerektiğini düşünüyoruz."







Türkiye'de bir kanser yasası yok!

"Ülkemizde bir kanser yasasının olmaması verilen hizmetlerin de yetersizliğini ortaya koymaktadır, fakat aile hekimlerinin erken teşhis için bireyleri KETEM'lere yönlendirmesi ile önemli ölçüde başarı kaydedileceğini düşünüyoruz"

Kansere Karşı El Ele Federasyonu İkinci Başkanı **Salih Yüce**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de kanserin erken teşhisine ilişkin altyapı yeterli ve yaygın mı?
Türkiye'de kanser erken teşhisine yönelik altyapı konusunda, özellikle son 3-4 yıldır yapılan çalışmalar neticesinde 81 ilde 120 civarında kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi bulunmaktadır. Ancak, KETEM'lerin kanser korku yaratan bir hastalık olduğu için yeterli derecede halka ulaşmasında sıkıntılar bulunmaktadır.

Ülkemizde bir kanser yasasının olmaması verilen hizmetlerinde yetersizliğini ortaya koymaktadır, özelikle aile hekimlerinin erken teşhis için bireyleri KETEM'lere yönlendirmesi ile önemli ölçüde başarı kaydedileceğini düşünmekteyiz, yine kanser kelimesinin insanlara hala korkutucu gelmesi bireylerin eğitim seviyesine bakılmaksızın erken teşhis için bireylerin bu merkezlere yönlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır.

Türkiye'de kanser tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kamu ve özel sektör açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Hizmet açığından söz edilebilir mi?
Türkiye'de kanser hastalarına sunulan klinik hizmetler son yıllarda oldukça gelişmiştir ve hastaların tedavilerini daha önceki yıllara göre daha iyi şartlarda yapılmaktadır. Kanser hastalığındaki artışa rağmen, onkoloji alanında hizmet veren hekimlerin sayısının yetersizliği sunulan hizmeti yetersiz kılmaktadır. Yine belli kanser hastalıklarında SGK'nın bazı medikal gereksinimleri karşılamaması hastalara sunulan hizmeti olumsuz etkilemektedir.

Kanser hastalığının tedavisi uzun ve pahalı bir tedavidir. Bu zorlu süreçte zaman zaman doktorlardan, hastanelerden kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır. Ancak bu sorunlar zamanla çözülmektedir.

Kanser alanında tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yaklaşımınız nasıl?
Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimi alışılagelmiş geleneksel tedavi yöntemleri dışındaki tedavi, teknik ve ürünleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Geleneksel (konvansiyonel) tedavi yöntemleri bilimsel olarak test edilmiş ve etkili ve güvenli bulunmuştur. Bu nedenle tamamlayıcı tıp konvansiyonel tedavi yöntemlerine ilave olarak kullanılmalıdır. Tamamlayıcı veya alternatif tıp yöntemleriyle tedaviyi düşündüğünde hasta bu konuyu öncelikle doktoruyla konuşmalıdır. Alternatif tedavi yöntemleri kanser tedavisine yardımcı olabilir, ancak geleneksel tedavi yöntemlerinin yerini almamalıdır.

Kanser hastalarına yardım sağlama adı altında kurulan ve hastaları kullanarak bağış toplayan kuruluşlara karşı politikanız nedir?
Kanser toplumda tabu nitelinde ve baş edilmesi maddi ve manevi olarak zor bir hastalık olduğu için ciddi bir rant kaynağı durumundadır. Bu durumdan yararlanmak amacıyla faaliyette bulunan dernek vb sivil toplum örgütleri ile mücadele temel ilkelerimiz arasında yer almaktadır.

Toplumda kanserin erken teşhisine yönelik yeterli bilinçlenme var mı? Kuruluşunuzun bilinçlendirmeye yönelik çalışmaları neler?
Federasyonumuz, kanserin erken teşhisine yönelik bugüne kadar toplam 76 adet halka yönelik eğitim toplantısı düzenlemiştir. Bu eğitimlerde vatandaşların yanında özellikle ilköğretim okullarında, liselerde ve üniversitelerde sigara kanser, beslenme kanser, çevre kirliliği kanser ve kanserden korunma yolları konulu seminerler düzenlenmektedir.

Kanser hastaları hakları kavramına nasıl bakıyorsunuz? Hak ihlalinden söz edilebilir mi?
Hasta hakları konusundaki yaratılmaya çalışılan duyarlılığa rağmen, hekimlerin ve politika yapıcıların bir kısmının olumsuz yaklaşımı kanserli hastaların hak taleplerini olumsuz olarak karşılamaktadır. Ülkemizde son yıllarda bilimsel olarak kanser hastalığı ile baş edilebilmektedir, bilimsel başarının yanında sosyal çalışmalarda bu başarının yakalandığını söz etmek imkânsızdır. Hasta ve hasta yakınları öncelikle tedavilerini sürdürdükleri ve hastalık sonrası da çoğunlukla hastalıktan etkilenmemek adına kaçtıkları için kanserli hastaların hakları bu kesim tarafından pek gündeme getirilememektedir. Son yıllarda artan onkoloji sivil toplum kuruluşları yardımlardan ziyade kanserli hastalara hakların sağlanması için çaba göstermektedirler; örneğin İtalya'da bir kanser hastasının meslek edinme ve para kazanma hakkı vardır. Çünkü kanser hastasının tedavi masrafları yüksektir. Bununla birlikte kanser hastasının devletten gelir/gelir getirici iş talep etme hakkı da bulunmaktadır.

Bu önemli haklar Türkiye'deki kanser hastalarına da tanınmalı, tanınmıyorsa kanser hastaları için çözüm üretilmelidir. Ağır kanser vakaları aile birliğini ve maddi imkânları yok etmektedir. Bu nedenle devlet tarafından hastaların örgütlenmeleri desteklenmeli örgütlenen hastalara yasal dayanak hazırlanmalı ve bu örgütler kanser hastalarının haklarını savunacak mekanizmaya kavuşturulmalıdır.

"Onkoloji alanındaki hekim sayısının yetersizliği ve SGK'nın bazı medikal gereksinimleri karşılamaması hizmeti olumsuz etkiliyor"