hospital manager®

Ekim 2011

sağlık profesyonelinin dergisi



Türkiye'nin Kalp Sağlığı Haritası

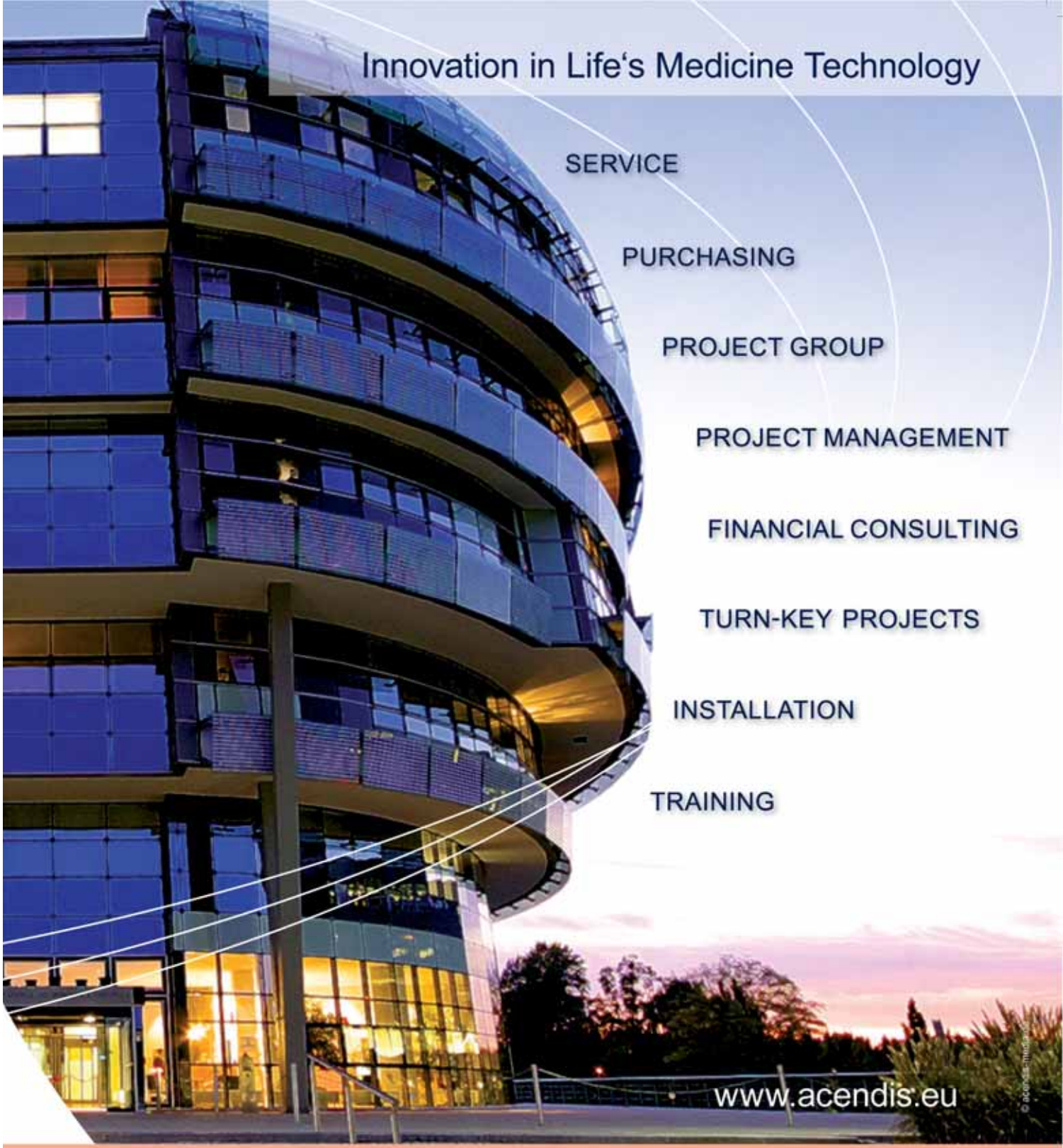
Kalp Hastalığı ve Tedavisinde Son Durum

Ülkemizin ve Dünyanın En Başarılı Kalp Merkezleri

Tüm Dünya Bu Türk Kalp Cerrahını Konuşuyor..

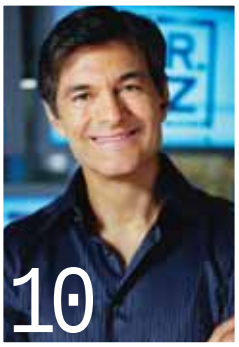
DR. MEHMET ÖZ

THE DR. OZ


Innovation in Life's Medicine Technology
SERVICE
PURCHASING
PROJECT GROUP
PROJECT MANAGEMENT
FINANCIAL CONSULTING
TURN-KEY PROJECTS
INSTALLATION
TRAINING
www.acendis.eu

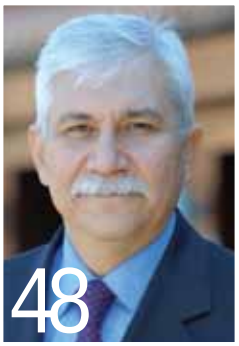
ACENDIS

hospital manager içindekiler



10

Dr. Mehmet Öz: Amerika'da onu tanımayan yok ev belki de bir çok Amerikalı onu Amerikalı zannediyor, oysa o bir Türk ve bundan da gayet hoşnut. Arkadaşlarının ona Mehmet diye hitap etmesini istiyor ve bundan hoşlanıyor, ama günün sonunda o Oprah'nın dediği gibi Amerika'nın doktoru: Dr.OZ.



48

Prof. Dr. Oktay Ergene: "Avrupa Kardiyoloji Derneğinin girişimsel çalışma grubu verilerine göre Fransa'da milyon başına 1864, Polonya'da 1570, Almanya'da 2427, İtalya'da 1977 stent uygulanırken bu sayı ülkemizde 1150'dir. Bu objektif verilerden de anlaşılacağı üzere ülkemizde takılan stent sayısı öne sürülenin aksine düşüktür"

Türkiye'de Özel Hastaneciliğin ve Sağlık Sigortacılığının Geleceği:

Tamamlayıcı Sigorta

Sheraton Maslak, İstanbul 21 Ekim 2011, Cuma

22

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Konferansına büyük ilgi

Özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruşlarının geleceği için kritik bir konu olarak kabul edilen Tamamlayıcı Sigorta Konferansı 21 Ekim 2011 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirildi. Çok sayıda özel hastane ve sigorta sektörü temsilcisinin katılımına sahne olan organizasyon tamamlayıcı sigorta uygulamasının hayata geçirilmesi yönünde tetikleyici bir rol oynamayı hedefliyor. Uygulamanın yararları, tehditleri, yasal zemini, uygulama örnekleri, yurtdışı deneyimi yerli ve yabancı katılımcılar tarafından tüm gün süreyle tartışıldı.



50

Prof. Dr. Mehmet Aksoy: "Gelişmiş ülkelerde 7-10 yılda uzmanlık ve uzmanlık sonrası eğitim ile alınan kardiyolojik işlemleriyapma yetkinliği Türkiye'de 4 yılda alınabiliyor. Bu da işlemlerin kalitesine yansımaktadır. Hem uzmanlık süremiz uzatılmalı, hem de uzmanlık sonrası sertifikasyon programları konmalıdır"



52

Prof. Dr. Çetin Erol: "Türkiye'de sağlık harcamaları hızla artıyor; bunun büyük bir bölümü ilaç ve yeni teknikler-le ilgili… O nedenle hep aynı şeyi söylüyoruz; "Gereksiz yere ilaç kullanmayın ve tetkik yapmayın"



70

Prof.Dr. Altan Onat: "Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılındaki Ulusal Kalp Sağlığı Politikasının saptadığı önceliklerde başköşe sigaraya verildi. Bu orantısız vurgulama, abartılıdır. Gelecekte kalp-damar sağlığı için şişmanlanmaya karşı mücadele en ön safta yer almalıdır."

60



Dr. Seraceddin Çom: "Türkiye halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye'de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin ortalama yüzde 44'ü sadece ekmekten, yüzde 58'i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır"

Özel hastanelerin kalp sağılığı politikaları nasıl?

Bayındır Sağlık Grubu Doç. Dr. Yaman Zorlutuna ve Doç. Dr. Can Özer:
"Kardiyoloji kliniğimiz koroneranjiyografi yaptığı hastaların yaklaşık yüzde 20 'sine stent veya balon uyguluyor. Hastaların yaklaşık yüzde 12'sine de ameliyat öneriyor. 2009 rakamlarına göre Türkiye genelinde stent kullanım oranı yüzde44, koroner bypass oranı ise yüzde 14 'dür. Oysa stent kullanım oranları İngiltere'de yüzde 30, ABD'de yüzde 32 dolayında."

Anadolu Sağlık Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı Op. Dr. Ahmet Hulisi Arslan:
"Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi diğer hastalıklara nispeten maliyetli bir süreçtir. Bunun nedeni hasta sayısının çok olması, yapılan işin nitelikli olması, nitelikli personel ihtiyacı ve tedavide kullanılan malzemenin bir çoğunun ithal ürün olması nedeniyle toplam maliyetin yüksek olması kaçınılmazdır."

Medicana Sağlık Grubu Çamlıca Hastanesi Dr. Yalım Yalçın:
"Pediyatrik kardiyoloji diğer branşlara göre çok daha özverili ve yoğun bir çalışma temposu gerektiriyor. Maalesef bu konuda deneyimli yardımcı personeli uzun süreli ve motive olarak çalıştırabilmek için gerekli maddi ve manevi ortamı oluşturmakta biraz zorlanıyoruz."

VKV Amerikan Hastanesi Prof. Dr. Yılmaz Nişancı:"Ülkemizde yeterince kardiyolog ve kalp-damar cerrahı var. Dağılım dengesine baktığımızda, dengeli olduğunu söyleyemeyiz. Ama, bu dengesiz dağılımın doğal sonuç olduğunu düşünüyorum."

International Hospital Doç. Dr. Tuğrul Okay:"Ülkemizdeki kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkez adedi yeterlidir. Eksik olan özelleşmiş merkezlerin olmamasıdır. Spesifik, komplike ve daha çok tecrübe isteyen operasyonların yapıldığı merkezlere ihtiyaç vardır."

21 36 40 44 46

18

İstatistikler ne diyor?

Türkiye'de toplam 46 ilde açık kalp cerrahisi yapılıyor. Sağlık Bakanlığına ait 40 hastane, üniversitelere ait 45 hastane, özel sektöre ait 122 hastane bünyesinde olmak üzere toplam 207 merkezde açık kalp cerrahisi yapılıyor. 31 Mart 2010 Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de 495 adedi Bakanlık hastanelerinde olmak üzere 987 KVC uzman tabibi mevcut. Buna göre 73 bin 717 kişiye bir KVC uzmanı düşüyor.



32

Amerika'nın En İyi Kalp Merkezleri:

"Hastanenin büyüklüğü, vaka sayısı ve vaka karışımının komplekslığı, bir eğitim araştırma hastanesi olması, bir tıp fakültesi ile afiliye olması ve belli başlı büyük teknolojiyi bünyesinde barındırması en iyi hastane olma kriterleri arasında yer alıyor. Bu yıl tüm hastaneler içinden sadece 2 bin 196'sı ön elemeyi geçip değerlendirmeye kalabildi. Bu rakam ABD'deki toplam hastane sayısının yüzde 46'sına tekabül ediyor."



Prof. Dr. Mustafa Paç:
"Kalp hastalıkları sebebiyle ün kazanmış bir hastaneyiz. Artık koroner bypass olmaya yurtdışına çıkan hasta pek sık duyuyor musunuz? Ben duymuyorum..."



Prof. Dr. İbrahim Yekeler:
"Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yaygın fakat yeterli düzeyde değil. Küçük merkezlerin birleştirilip orta-büyük ölçekli merkezlere dönüştürülmesi kanımca sorunu çözecektir"



Prof. Dr. Bingür Sönmez
"Kalp hastası olmamak için, diyet - sağlıklı beslenmeye çocuk yaşlarda başlanacağını unutmayın. İş ve meslek konusunda hiçbir zaman beceri ve olanaklarınızı zorlamayın."



Prof. Dr. Tayyar Sarıoğlu: "Türkiye'nin kalp sağlığı politikası, kurulacak bir Ulusal Kalp Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülmelidir. Ulusal veri tabanı ve enformasyon ağı kurularak yeterli finansman ve bütçe oluşturulmalıdır"

Alt Edilmeyi Bekleyen En Önemli Sağlık Sorunu:

Kalp Hastalıkları

Bu sayımızda hospitalmanager olarak yönetilmesi en kritik olduğunu düşündüğümüz organ nakli-kanser-kalp triosunun sonuncu ayağı olan kalp sağlığını ele alıyoruz. Halen dünyada kalp sağlığını korumak için milyarlarca, kalp hastalıklarının teşhis ve tedavisi için ise trilyonlarca dolar harcanıyor ancak bu organ odaklı sorunlar halen bir numaralı sağlık sorunu olmaya devam ediyor.

Kalp sağlığını tehdit eden konuları en iyi, dünyanın en çok takip edilen doktoru Dr. Öz özetliyor; 1) Yaşam tarzınızı normalleştirin ve beslenmenize dikkat edin, 2) Yeterli ve düzenli egzersiz yapın, 3) Stresten uzak durun ve sosyalleşin, 4) Genetik risklerinizin farkında olun ve düzenli sağlık kontrollerinden geçin.

Dr. Öz'u, yine 'mass media' aracılığı ile diğer binlerce doktor, diyetisyen, gurme, fitness coach'u, köşe yazarı, sivil toplum örgütü ve sağlık kuruluşu da izliyor ancak sonuç değişmiyor; her yıl yüz binleri bulan açık kalp ameliyatı, on binlerce ilaçlı stent ve milyonları bulan ileri kardiyak tetkikler. Sadece ABD'de kalp hastalıklarının teşhis ve tedavisi için yılda 150 milyar doların üzerinde para harcanıyor. Bu tutar ABD sağlık harcamalarının %10'una tekabül ediyor. Bu oranı ülkemize uyarladığımızda yaklaşık 60 milyar dolarlık toplam yıllık sağlık harcamamız içinde 6 milyar doların kalp hastalıklarının teşhis ve tedavisine harcandığını düşünebiliriz. Bu tutarın içinde yıllık tüketilen ilaçlar, kardiyolojik muayeneler, tetkikler, kateterizasyonlar, stentler, piller, EPS tedavileri, açık kalp ameliyatları, kapak ameliyatları, kongenital kalp hastalığı tedavileri bulunuyor.

Amerika'da yaşayan diğer bir Türk doktoru Dr. Murat Tuzcu değişen kalp rahatsızlıklarına bağlı olarak uygulanan tedavilerin nasıl etkinleştirileceği konusunda önemli çalışmalar yapıyor. Teşhis ve tedavinin optimize edilerek kurtarılan kaliteli yaşam yıllarını artırmak ve her kurtarılan kaliteli yaşam yılı başına düşen maliyeti azaltmak mümkün olabiliyor.

Bu sayıda ağırlıklı olarak kalp hastalıklarının teşhis ve tedavisine odaklanmış ve önemli başarılar göstermiş sağlık kuruluşlarını ve oralarda görev yapan kardiyolog ve kalp cerrahlarını ele aldık ancak bu alanda aslında ele alınması gereken başka birçok konunun da varlığına işaret etmeden de geçemedik. Umuyoruz, WHO, ülke sağlık bakanlıkları, bilim kuruluşları ve gıda sanayi kalp sağlığının korunması konusunda çok daha etkili adımlar atarlar ve insanlık bu önemli sağlık sorununu alt etmeyi başarır.



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

Yönetim Adresi
Kuleli Sokak
No: 57/1 G.O.P. Ankara
T. 0312 446 91 14
F. 0312 446 91 17
www.hospitalmanager.com.tr

Sorumlu
Yazı İşleri Müdürü
Fatma Ergüzeloğlu

Katkıda Bulunanlar
Doç.Dr. Erdem Diker
M.Yavuz Engiz

Reklam Rezervasyon
T. 0312 446 91 15
F. 0312 446 91 17
info@hospitalmanager.com.tr

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
Ekim 2011

hospitalmanager 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
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

KALP VE DAMAR HASTALIKLARI
Günümüzün salgını

Doç. Dr. Erdem Diker



Bundan yüz yıl önce insanoğlunun baş belası bakterilerdi. Bakterilerin neden olduğu infeksiyon hastalıkları toplumdaki başlıca ölüm nedeni idi. Bin dokuz yüzlü yılların başında kalp ve damar hastalıklarından ölüm, tüm ölüm nedenlerinin ancak yüzde onunu oluşturuyordu. Geçen süre içinde infeksiyon hastalıkları ile mücadelede büyük başarılar sağlandı ve infeksiyon hastalıkları özellikle gelişmiş toplumlarda ölüm nedenleri arasında gittikçe küçülen oranlarda yer almaya başladı. Son yüzyılda uzayan insan ömrü nedeniyle toplum farklı bir ölüm tehdidi ile karşı karşıya kaldı: Kalp ve damarların dejeneratif hastalıkları. Bugün gelişmiş toplumlarda her iki kişiden biri kalp ve damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmekte, örneğin Amerika Birleşik Devletlerinde her 30 saniyede bir kişi kalp ve damar hastalığından ölmektedir. Ülkemizde yaklaşık 4 milyon kişide kalp hastalığı olduğu düşünülmektedir. İki binli yıllarla birlikte ülkemizde de nüfus profili değişmekte, geleneksel genç toplum yapısının yerini yaşlanan toplum almaktadır. Bu da her geçen gün kalp ve damar hastalıklarında artan bir oran demektir.

Mısır'da mumyalar üzerinde yapılan çalışmalarda ortalama 3000 yıl önce de insanlarda damar sertliği (ateroskleroz) olduğu gösterilmiştir. Muhtemelen o dönemde de aterosklerotik hastalıklar nedeniyle insanlar ölmekte idi. Bugün durumdaki farklılık, başka ölüm nedenlerini gittikçe azalması ve ortalığın aterosklerotik kalp hastalıklarına kalmasıdır. Bir de sigara, kötü beslenme, hareketsizlik, şişmanlık gibi faktörler ekleninince kalp damar hastalıklarında 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren patlama yaşanmıştır. Birçok batı ülkesi bu durumu fark edip hızlı bir refleksle önlemini alınca (sigaranın kullanımını azaltmak, beslenme alışkanlıklarını değiştirmek, hareketliliği teşvik etmek gibi) bu ülkelerde en azından artış hız kesmiştir. Bizim gibi ülkelerin de hızlı hareket edip kaçınılmaz salgından en az hasarla kurtulmaya çalışması gerekir.

Bu konuda sivil toplum örgütlerine ve devletin sağlık örgütlerine büyük görev düşmektedir. İşin güzel tarafı, ülkemizde hem konuyla ilgili sivil toplum örgütleri hem de sağlık bakanlığı üstüne düşenleri gayet başarı ile yapmaktadır. Sigara tüketimini azaltma çalışmaları, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi, obezitenin tehlikelerine dikkat çekme, hipertansiyon ile mücadele ve daha çok egzersizin yapılması konusunda son yıllarda büyük ivme kazanan farkındalık projeleri ve yasal düzenlemeler gerçekleştirilmektedir.

Kalp hastalıklarının önlenmesi konusunda çabalar sarf edilmesinin yanı sıra, hastalananların da tedavi edilmesi bir o kadar önemlidir. Yine bundan yüz yıl önce kalp hastalıklarından ölmek bir kaderdi. Kalp krizi geçiren kişi, eğer ilk saatlerde ölmez hayatta kalırsa hastanede bir ayı bulan ruhsal ve bedensel dinlenme dışında yapılabilecek başka şey yoktu. Yüksek tansiyonun öldürücü olacağı biliniyor, ancak bir şey yapılamıyordu. İkinci dünya savaşında Amerika Devletler Başkanı olan Roosevelt'in tıbbi kayıtlarında 1938 den 1946 ya kadar kan basıcının nasıl yükseldiği, ölümünün de hipertansiyona bağlı beyin kanaması sonucunda olduğu gözlenmesine rağmen tansiyon düşürücü tedavi bilinmediğinden hiçbir şey yapılamamıştı.

Çok değil, 1950'li yıllarda kalp krizi geçirip hastaneye ulaşabilen hastaların yüzde 40'ı hastanede ölürken, koroner bakım üniteleri, defibrilatör denilen şok ile kalp ritmini düzelten cihazların, yeni ilaçların, damardaki pıhtıyı eriten maddelerin kullanılması ve son olarak tıkalı damarın hemen balonla açılması işlemleri ile bu oran günümüzde yüzde 5-6'lara kadar düşürülmüştür. Kalp romatizması ve buna bağlı kapak hastalıkları büyük bir toplum kesimini etkilerken yeni ilaçlar sayesinde romatizmal kapak hastalıkları nerede ise kalmamıştır. Hipertansiyon ve kalp yetmezliği yeni ilaçlarla çok başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Özellikle seksenli yıllardan itibaren kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisinde muazzam gelişmeler yaşanmıştır. Bu sayede birçok kalp hastalığının tedavisi sağlanmış en azından ölümcül etkileri azaltılmıştır.

Bu aşamada ülkemizde hedef daha çok kalp hastasına bu modern tedavi yöntemlerini götürmektir. Hala bir takım ciddi sorunlarımız olmakla birlikte birçok kamu hastanesi ve özel hastanede kalp ve damar hastalıklarının tedavisi modern tıbbın gerektirdiği şekilde yapılmaktadır. Dergimizin bu sayısında kalp ve damar hastalıkları konusunda uzmanlaşmış hekimler ve hastanelerin günümüzün salgınına farklı perspektiflerden bakışları yansıtılmaya çalışılmaktadır.



Yeşil+ Hastaneler

Sürdürülebilir Sağlık Altyapısı

www.siemens.com.tr/yesilhastaneler

Hastane işletmecileri pek çok zorlukla karşı karşıyadır. Siemens, Yeşil+ Hastaneler programı ile müşterilerini geleceğe hazırlar ve sürdürülebilir bir sağlık altyapısına ulaşmalarına yardımcı olur.

Yeşil+ Hastaneler enerji tasarrufu ve daha düşük emisyon sağlarken, iş akışlarını düzenleyerek hastanelerin etkinliğini optimuma çıkarmalarına yardım eder.

www.siemens.com.tr

Türkiye'nin temel besin gıdası ekmek

Fatma Ergüzeloğlu

Kalp sağlığı denilince akla gelen ilk isimlerden biri Dr. Mehmet Öz… Seveni de nefret edeni de bol bulunan Dr. Öz, sağlığın korunması ve elbette "sürdürülebilir" olması için daha önce söylenmemiş yeni bir şey söylemiyor aslında. Fakat görünen o ki, hastalarla kurduğu empatik ilişkisini kitle iletişim araçları kanalıyla da başarıyla sürdüren Öz, bu anlamdaki en ironik sınavı bizzat yaşadığı sağlık sorunlarıyla verdi. Tabi bunun da üstesinden başarıyla geldiğini söylemek, Öz nezdinde sıradan bir ifadeden öteye geçmez.



hospitalmanager'in renkli açılış sayfalarını ayırdığımız Mehmet Öz'ün sunduğu yaşam reçetesi ve bunu pazarlama stratejisi kalp sağlığına ilişkin sunulan önerileri ezberci ve sıkıcı bulan insanlar için dahi keyifli ve okumaya değer…

Öz'ün renkli ve iştahlı dünyasından, Türkiye'nin ve dünyanın kalp sağlığına odaklandığımızda durumun çok da iç açıcı olmadığını söyleyebiliriz. Kalp ve damar hastalıklarına ilişkin yürütülen politikaları hastane, hekim, sağlık, beslenme, tüketim, eğitim, Sağlık Bakanlığı, geri ödeme kurumu ve yurtdışı uygulama örnekleri açısından ele aldığımız bu sayıda birbirinden çarpıcı ve farklı analizlere rastlamak mümkün.

Dergimizin bu sayısında Türkiye yanı sıra Amerika'nın da en iyiler arasında işaret edilen kalp merkezlerini mercek atına aldık.

Gereksiz kullanımıyla anılan bir cihaz: Stent

Kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisinin birbirini tamamlayan iki branş olduğunu hem hizmetleriyle hem de ifadeleriyle vurgulayan Bayındır Sağlık Grubu hekimlerinden Doç. Dr. Yaman Zorlutuna ve Doç. Dr. Can Özer, hospitalmanager'e verdikleri özel röportajda, modern tıbbın açmazları ve kötü alışkanlıklarına değindiler. Zorlutuna'nın verdiği rakamlara göre, 2009 rakamlarına göre Türkiye genelinde stent kullanım oranı yüzde 44, koroner bypass oranı ise yüzde 14. Oysa stent kullanım oranları İngiltere'de yüzde 30, ABD'de yüzde 32 dolayında. Kalp hastalıkları denilince akla gelen ilk uygulamalardan olan stent kullanımı kişiler ve kurumlar arasında da mutabık kalınan bir konu değil. Özer'in de ifade ettiği gibi, Gereksiz ameliyat, gereksiz stent, gereksiz ilaç performansa göre değerlendiriliyor. Bunlar tüm dünyada sorgulanıyor…

TKD'den Yaşam İçin Stent projesi

Aynı konuda yönelttiğimiz soruları yanıtlayan Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji Klinik Şefi Prof. Dr. Oktay Ergene farklı bir tutuma sahip. "Türkiye'de gereksiz stent takılıyor mu' sorusuyla ilgili olarak, Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de yapılan işlemleri sayısal olarak değerlendirdiğimizde bunun tamamıyla yanlış anlaşılmadan ibaret olduğunu söyleyebilirim" diye konuştu. TKD aynı zamanda "Yaşam İçin Stent" isimli Sağlık Bakanlığı ile birlikte yürüttüğü ve üç yıl içinde tüm yurdu kapsamasını hedeflediği pilot bir proje çalışması yapıyor.

Değişen şartlar ve SGK

SGK'nın uyguladığı fiyat politikaları kardiyoloji ve kalp damar cerrahisinde son derece belirleyici faktör olarak karşımıza çıkıyor. Ancak kendi alanı olan kardiyolojide bazen bu kurumun özel hastanelere üvey evlat muamelesi yaptığını ifade eden Medicana International Ankara Hastanesinden Kardiyolog Doç. Dr. Erdem Diker, uyguladığı fiyat politikası ve yaklaşımı konusunda Kurumun Türkiye'nin değişen şartlarını izlemesi gerektiğine dikkat çekti.

Merkez sayısı çok ama kapasite yok

Hizmet veren kuruluş ve hekim sayılarına bakıldığında hemen hemen üzerinde hemfikir olunan konu, nicelik ve nitelik çatışmasının belirginliği oldu. Röportajlarda merkez sayısından ziyade işlem ve cerrahi kalitesinin artırılması gerektiğine dikkat çekildi. Yine Zorlutuna'nın verdiği bilgilere göre, "Şu anda Türkiye'de 262 kalp ameliyatı yapılan klinik var. Ortalama kapasite kullanım yüzde 44 civarında. Bu rakam çok düşük. Eğer bu klinikler kabul edilebilir kapasite ile çalışıyor olsalar 150-200 arasında kalp merkezi yeterli olur."

Merkez sayısında bir istisna olarak çocuk kardiyolojisini işaret etmek yerinde olur. Medicana Sağlık Grubu Çamlıca Hastanesi Çocuk Kardiyoloji bölümünden Dr. Yalım Yalçın, hizmet veren merkez sayısının yeterli düzeyde olmadığını belirterek, "Son yıllarda Sağlık Bakanlığı bünyesinde pediyatrik kardiyoloji ve kalp cerrahisi ile ilgili yeni bölümler açılmasına
karşın, kanımca özel hastanelerdeki potansiyelin daha iyi analiz edilmesi gerekmektedir" diye konuştu.

Tedavilerin mali boyutu

Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi diğer hastalıklara nispeten daha maliyetli olduğu her zaman ifade edilir. Anadolu Sağlık Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı Op. Dr. Ahmet Hulisi Arslan'ın da belirttiği gibi hasta sayısının çokluğu, yapılan işin nitelikli olması, nitelikli personel ihtiyacı ve tedavide kullanılan malzemenin birçoğunun ithal ürün olmasını bunun nedenleri arasında bulunuyor.

Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavisi maliyetli ve uzun süreli. Buna göre hastalığın AB ekonomisine yılda ortalama 170 milyar Avro, kişi başına ise yılda ortalama 372 Avro dolayında ilave yük getirdiği tahmin ediliyor. Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler ve işgücü kayıpları nedeniyle üretim kaybının AB için 35 milyar Avro civarında olduğu hesaplanıyor. Bunun 24.4milyar Avrosunun ölümlere 10.6 milyar Avrosunun çalışamamaya bağlı ekonomik kayıplar olduğu tahmin ediliyor.

Uzmanlık süresi yetersiz

Uzmanlık eğitim sürelerinin değiştirilmesi konusu kardiyolojide de bir eleştiri noktası olarak karşımıza çıktı. TKD Genel Sekreteri ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Aksoy, "Gelişmiş ülkelerde 7-10 yılda uzmanlık ve uzmanlık sonrası eğitim ile alınan kardiyolojik işlemleri yapma yetkinliği Türkiye'de 4 yılda alınabiliyor. Bu da işlemlerin kalitesine yansımaktadır. Hem uzmanlık süremiz uzatılmalı, hem de uzmanlık sonrası sertifikasyon programları konmalıdır" dedi.

Bir Türkiye gerçeği: Temel besin gıdamız ekmek

Bu özel sayıda, son derece popüler başlıklar arasında gösterilebilecek kalp sağlığına ilişkin beslenme alışkanlıkları konusunu da ötelememeye çalıştık. Sağlık Bakanlığı konuya son noktayı koyan bir araştırma sonuçlarını bizimle paylaştı. Buna göre, Türkiye halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye'de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleri. Günlük enerjinin ortalama yüzde 44'ü sadece ekmekten, yüzde 58'i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanıyor.

Sağlık konusunda daha bilinçli, ilk yardım konusunda daha bilgili çocuklar için Türkiye'yi geziyoruz!



AstraZeneca Türkiye olarak, Milli Eğitim Bakanlığı ve TOÇEV iş birliğiyle yürüttüğümüz, alanının en uzun soluklu projesi olan İlk Yardıma İlk Adım 5 yaşında! Bu güne kadar 76 ilde, 205 Yatılı İlköğretim Bölge Okulu'na (YİBO) ve 40.000'in üzerinde öğrenciye ulaştık...

Uluslararası alanda PR News Onur Ödülü ve Golden Peacock Global Kurumsal Sosyal Sorumluluk Ödülü'nün ardından, bu sene de Türkiye Altın Havan Ödülleri'nde "Sanayi-Eğitim Ödülü"ne layık görüldük.

Gelecek sene de hızımızı kesmiyoruz! 2012 için hedefimiz yine binlerce çocuğumuza ulaşarak, ilk yardıma ilk adımı atmalarını sağlamak. Daha bilinçli bir geleceğe, daha sağlıklı bir Türkiye'ye uzanmak.

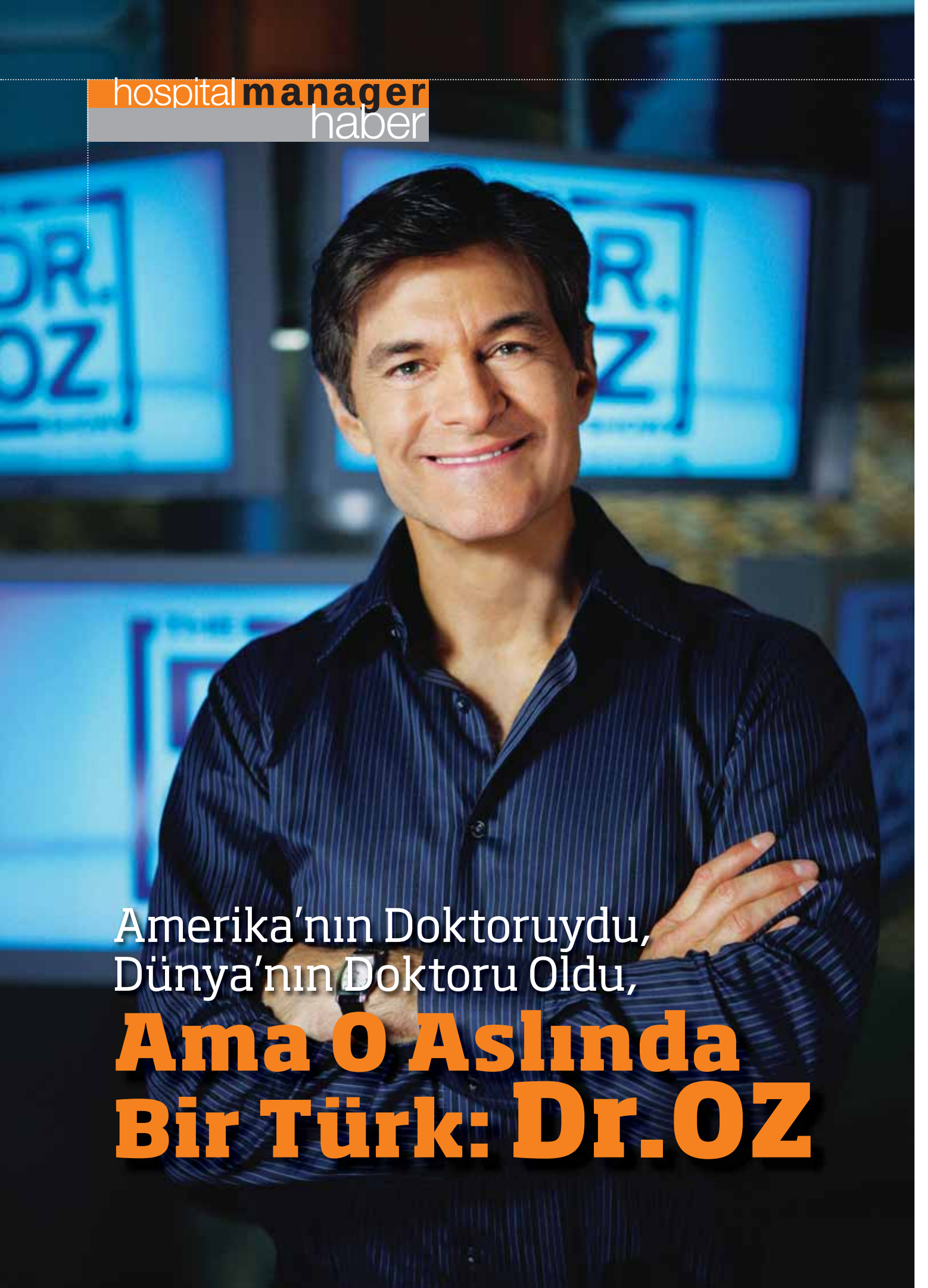
CORP-00-43-Mayıs 2011

TOÇEV

AstraZeneca

İLK YARDIMA® İLK ADIM

Sağlıklı bir gelecek için doğru adım



Amerika'nın Doktoruydu,
Dünya'nın Doktoru Oldu,

Ama O Aslında Bir Türk: Dr.OZ

Amerika'nın Doktoruydu, Dünyanın Doktoru Oldu...

Mehmet Öz, 1960 yılında babasının görev yaptığı Cleveland'da dünyaya gelmiş, ABD'nin en iyi okullarında tıp eğitimi (Harvard) ve kalp cerrahisi (UPenn) eğitimi almış ve hatta yine ABD'nin en iyilerinden bilinen Wharton Business School'da master dahi yapmış. Her yönüyle farklı bir doktor ve başarıyı sadece büyüklüğe giden bir basamak olarak görüyor. Büyük olmayı toplum için sürekli bir şeyler vermek ve karşılığını beklememek olarak görüyor. Bu arada iyi bir aile babası ve kendisine saygı duyup beden ve ruh sağlığına önem veren biri...

Doktorluğu çok önemsiyor ancak ruhunu katmadan doktorluk yapanlara ve de olaylara hasta gözüyle bakamayan meslektaşlarına çok içerliyor. Tutkusuz doktorluk yapılamayacağına inanıyor. Sağlık yönetimi konusundaki fikirleri de klasik doktor bakışından farklılaşıyor; o ekibe çok inanıyor ve sağlık hizmeti sunan her kişinin bir diğeri kadar önemli ve kritik olduğuna inanıyor. Hastanelerin salt doktor gözüyle yönetilmemesi gerektiğini savunuyor ve fayda maliyet ilişkisini önemsiyor. ABD ulusal sağlık sistemini çok dikkatlice analiz ediyor ve iyileştirilmesi gereken konuları uygun bir üslupla paylaşıyor. Toplumların sağlıklı kalmasının sadece sağlığa daha çok para harcayarak elde edilemeyeceğinin farkında ve bu alanda dünyanın en başarılı sosyal pazarlama kampanyasını yürütüyor: Dr. Öz şov.

Amerika'da onu tanımayan yok ev belki de bir çok Amerikalı onu Amerikalı zannediyor, oysa o bir Türk ve bundan da gayet hoşnut. Arkadaşlarının ona Mehmet diye hitap etmesini istiyor ve bundan hoşlanıyor, ama günün sonunda o Oprah'nın dediği gibi Amerika'nın doktoru: Dr. Öz.

Dr. Öz, ABD'nin en çok okunan dergilerine kapak oldu. Ana tema onun halkın dikkatini çekmedeki başarısı ve insanların hayat tarzlarını olumlu alamda değiştirebilmesinde ustalığı. O, insanların hangi koşulda olursa olsun imkanları ne ölçüde olursa olsun sağlıklı, kaliteli ve mutlu bir hayat sürebileceklerini ve bunun için de aslında yapmaları gereken şeyin düşünüldüğü kadar zor olmadığını kanıtlıyor. Sadece averaj Amerikalı değil yüksek gelir grubundaki insanlar dahi Dr. Öz'un örnek yaşam tarzını kopyalamaya çalışıyorlar.

Biz de kalp konusu ele aldığımız bu sayımızda kalp sağlığı ile özdeşleşmiş Dr.OZ'un Amerika basınında geçen ay çıkan en son söyleşilerini sizin için derledik. Dr. Öz'u yakından tanımak ve onun sosyal pazarlama zekasını paylaşmak için iyi fırsat olacağını düşündük.

THE DR. OZ



The Oprah Magazine,

Eylül 2011

You're Invited to Dinner With Dr. Öz

Saygın kalp cerrahlarından Dr. Öz kariyeri boyunca hastalarının sağlıksız yaşam tarzıyla uğraştı. İnsanlara sağlıklarının kaderini kontrol edebilmeyi öğretmek için *The Dr. Öz Show*'u yarattı ve kilo verme, sağlıklı beslenme ve genç kalmayı anlatan dokuz tane popüler kitap yayınladı.

Basitçe anlatmak gerekirse, Dr. Öz herkesin yapması gereken şekilde yaşıyor ve besleniyor. Hergün egzersiz yapıyor, basit şekerli besinlerden uzak duruyor ve bir saat aralıklı mini "yemek"ler yiyor. Standart kahvaltısında yoğurt ve yabanmersini yiyor; öğleden sonra badem ve ceviz atıştırıyor. Akşam yemeklerinde ise sadece sebze oluyor, çünkü yemekleri vejeteryan karısı Lisa yapıyor.

HM

Men's Fitness,

Eylül 2011

Life's a Game, Play to Win
Dr. Öz'un Günlük Yaşamı

5:45 Rutin haline getirmek için hergün aynı saatte kalkıyorum.

5:50 Çok hızlı bir şekilde yedi dakikalık bir egzersiz yapıyorum.

6:15 Evden çıkmadan, yeşil içeceğimi işe giderken yolda içmek üzere yanıma alıyorum.

7:00 Sabah toplantım sırasında kahvaltımı yapıyorum.

10:00 Şovumun setine girmeden önce, suda beklettiğim fındıklarla atıştırıyorum.

18:00 Akşam yemeğimi yiyorum.

22:30 Yatmadan önce, çocuklara hikaye anlatıyorum. Ailenizle zaman geçirmek için en iyi zaman yatmadan öncedir. Böylece uyumadan önce rahatlamış olursunuz.



HM



Prevention Dergisi,

Ekim 2011

Dr. Öz wants you to ...

Dr. Öz birçok TV şovuna çıkmış olmasına rağmen doktorluğunu en büyük önceliği olarak tanımlıyor. Kendisi Columbia University Medical Center'daki cerrahi professörü, aynı zamanda ameliyatlarını yaptığı New York Presbiteryen Hastanesi'ndeki "Bütünleştirici Tıp Programı"nın medikal direktörü. "Hastalarla uğraşmak bana enerji veriyor ve stresimi atıyor" diyor Dr. Öz. "Aynı zamanda beni daha iyi bir TV program sunucusu yapıyor. Çünkü belli bir süreden sonra kendi söylediğin saçmalıklara inanmaya başlıyorsun. Ve bunu kimse istemez. Gerçek olmalısın." Onun başarısının sırrı da bu, gerçek olması.

S: Programda kullandığınız komik mankenlerin arkasındaki mantık nedir?

C: İnsanlar sağlık konusundan korkuyorlar. Özünde korkutucu bir konu, bu yüzden şovu eğlendirci hale getirerek insanları rahatlatıp bilgiyi kolayca kavramalarına yardımcı oluyoruz. Ama elime kolay anlaşılabilen bir konuyu organlar üzerinde gösterme fırsatı çıkınca da bunu kaçırmıyorum, çünkü bu insanları iyi yaşamaya motive ediyor. Mesela, kabızlık konusunu sonsuza kadar anlatabilirim, ama siz kabız dışkısını ve o dışkının kolonunuzdan çıkışını gösterirsem-

hoş görünmez, ama meseleyi hemen kavrarsınız. En büyük düşmanım şimdiden herşeyi bildiğini sanan insanlar. O yüzden onları biraz dürtmemiz gerekiyor.

S: Bu sezon şovunuzda ne gibi değişiklikler olacak?

C: Motivasyon konusu üzerine daha da yoğunlaşacağım. Birçok izleyicim bir Prevention dergisi okuyucusu kadar vücudunu tanımaya yaklaşıyor. Ama asıl konu bu bildikleri bigileri uygulamalarını sağlamak. Bu bir siyasi kampanya gibi. İnsanların zayıflama, seks, fiziksel aktivite ve uyku konularının üstüne yoğunlaşmalarını istiyoruz.

S: Sizce ömrünüz içersinde hangi sağlık sorunu çözülebilir?

C: Obezite. Bunun üstesinden gelebileceğimize inanıyorum. Obeziteyi tedavi etmek, kanseri tedavi etmekten daha kolay. Kalp hastalıkları ve otoimmün sorunları da böylece azalabilir. Ayrıca gastrik bypass ameliyatlarının da bunda büyük bir rol oynacağını düşünüyorum. Şu anda yapmamız gereken gastrik bypass ameliyatlarının yaklaşık sadece yüzde 1'ini yapıyoruz.

S: O zaman gastrik bypass ameliyatlarını destekliyorsunuz?

C: Evet. Eğer 50 yaşındaysanız ve olmanız gereken ağırlığın 45 kilo üzerindeyseniz, ölüm oranınız tedavi edilemez kansere yakalanmış biri kadardır. Kanser için ameliyat olur muydunuz? Tabi. O yüzden kilo veremiyorsanız, bu ameliyatlardan birine girmelisiniz. Tabi bunu bilinçli olarak ve yardım alarak yapmalısınız. Eğer insanların fazla kilolarının yüzde 5'ini kaybetmelerini sağlarsanız, Amerika'daki obezlerin üçte ikisinin düzelmesini sağlarsınız.

S: Karınız Lisa vejeteryan. Siz de vejeteryan olmayı düşündünüz mü hiç?

C: İyi bir vejeteryan olabileceğimi sanmıyorum. Bazen balık ve et aşersem bile, çok et yiyen bir insan değilim. Bir bağış yemeğine katıldığımızda karımın tek yiyebildiği şey haşlanmış patates olur, çünkü et veya balık yiyemiyor. Ve ben de bu duruma düşmek istemiyorum. Et yiyorsam da kaliteli bir biftek yerim. Sanıyorum haftada en fazla bir kere et yiyorum.

S: Sizce Amerika'da etin şöhreti kötümü?

C: Öyle. Eti yetiştirme şeklimizin ideal olduğunu düşünmüyorum. Ama çimenle semirilmiş bir sığırda yeterli miktarda omega-3 yağları bulunur. İçinde demir ve bir sürü B vitaminleri olur. Vücudumuzun muhtaç olduğu birçok besini sağlar yani.

S: Şovunuzda çoğu zaman doğal tedavi, bütünleştirici tıp ve yediğimiz şeylerin sağlımızı nasıl etkilediğini anlatıyorsunuz. Bu konular neden bu kadar önemli?

C: İnsanların anlaması gereken şey şu, ne zaman bir markete girseler aslında bir eczaneye giriyorlar, ve aldıkları yemeklerin en az bir ilaç kadar güçlü olduğunu bilmiyorlar. Amerika'daki yemeklerin daha kolay alınabilir hale gelmesi gerektiğini de düşünüyorum. Bunun olabilmesinin tek yolu da insanların bir araya gelip besinlerini çiftçilerden alması. Geçen sene paketlenmiş, dondurulmuş yeşil bezelye aldığınızda bile onun besin değerlerinin yüzde 85'i hala sağlam durumdadır. Artık fast food restoranları bile sağlıklı yemekler satmaya başla-



dı. Ve bunun nedeni bilinçli insanların bu duruma dur demesidir.

S: Bir kadın kocasını doktora gitmeye nasıl ikna edebilir?

C: Ortalama bir adam hobilerini, işini, iş arkadaşlarını sağlığının önüne koyacaktır. Ve kadınlarda kendileri dışında herkesi daha çok önemseyecektir. Yani erkek kendi sağlığına dikkat etmeden karısı da etmeyecektir. Bence kocanızı ikna etmeye çalışmayın. Doktordan onun için randevuyu alın ve onun takvimine bunu not edin. Gidecektir. Günün sonunda, bunu kendisi için yapmıyor. Etrafındaki insanlar için yapıyor.

S: Nasıl egzersiz yapıyorsunuz?

C: Her sabah, hızlı bir yoga egzersizi yapıyorum: "Güneşi Selamlama", sonrasında 100 şınav ve 50 çakı hareketi yapıyorum. Bu benim 7- 10 dakikamı alıyor, sonra duşa giriyorum. Haftada bir gece de koşu bandında ya da cross aletinde koşuyorum.

S: Peki ya hafta sonları?

C: Evde spor salonum var. 15 ya da 20 tekrarlık barfiks, ki bu vücut ağırlığıyla yapıldığından yediklerinize dikkat etmeniz gerekiyor.

S: Meslektaşlarınız şovunuz hakkında ne düşünüyor?

C: Bence doktorların büyük bir çoğunluğu minnettar ve bu mesleği doğru sebepler için seçmiş güzel insanlar. Tabi her alanda olan kötü insanlar gibi kötü doktorlar da var. Ama bundan da farklı, tutkusunu kaybetmiş doktorlar var. İnsan kalbinin ne kadar büyüleyici olduğunu öğrendiğiniz zaman işler güzel.

Ama bunu bin kere sizi dinlediğine emin olmadığınız hastalara anlatınca bu biraz onur kırıcı olabiliyor. Ama şunu anlamaya başladıklarında, İşin sırrının hastaları yıldırmak değil de, onları sağlığı bulaşıcı yapan virüsler haline getirmek, işte o zaman bunu yapmak istiyorlar.

S: Kadınların ikinci bir görüş almasının önemli olduğunu söylüyorsunuz. Neden?

C: Asla ilk görüşe kanmamalısınız- bu doktorunuza güvenmediğinizden değil…

S: Ama bunu yapmak zor olabilir.

C: Hastalar doktorlarıyla aralarındaki değerli bağı bozmak istemezler. Bu yüzden onları incitmemek için doktorlarına meydan okumazlar, ama zarar yine hastalara olur. Eğer insanlara ikinci görüş almayı aşılayabilirsek bu bir norm olur.

S: Bu neden önemli?

C: Bu doktorları küçük düşürmek için değil, aksine yükselmelerini sağlamak için. Hastalar doktorlarını sorgulayarak onların daha önceden bilmediği şeyleri öğrenme fırsatı sunuyor, böylece sadece sorgulayan hasta değil bütün hastalar bu yeni bilgilerden yararlanabiliyor.

HM



Success Dergisi,

Ekim 2011

Success to Significance

Dr. Öz ile ilk tanışmamda beklenmedik hiçbir şeyle karşılaşmıyorum. Her şey yerli yerinde: direkt bir kendini tanıtma, sağlam bir el sıkışma, ve bir takım elbiseyle kravat. Cebindeki kaju fıstığı paketini çıkartıp, "Fıstık ister miydiniz ?" diye soruyor. Tabi, herkes yanında kaju fıstığı taşımaz, ama bu bana hiç de garip gelmiyor- bu adam hayatını sağlığa adamış.

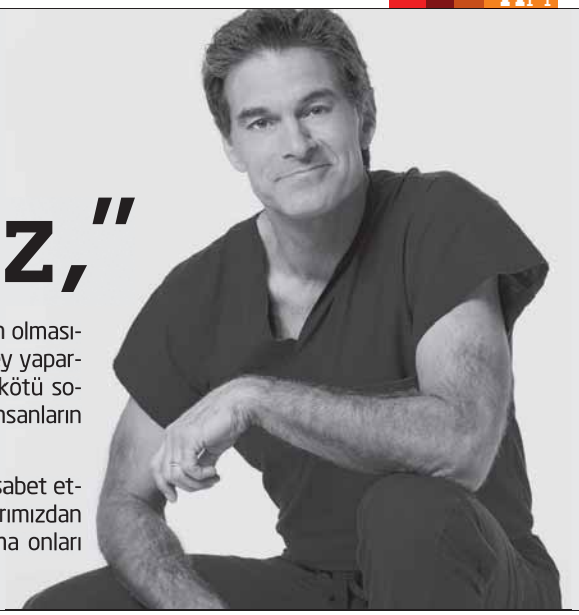
Sonra yerleşiyor. Yerleşirken ceketini çıkarıyor ve gömleğini pantolonunun içinden çıkarıyor ve gömleğinin buruşuk kısımları açığa çıkıyor. Bunu beklemiyordum. Ama bu bana bu kişinin kişiliği hakkında bir ipucu veriyor: Rahatlık daha iyi bir konsantrasyon sağlar, daha iyi bir konsantrasyon da daha iyi bir performans. Kısaca, kendini önceden hazırlıyor ki bununla sonradan uğraşmak zorunda kalmasın.

"Beyin düşündüğü sırada yüzde yirmi daha fazla enerji harcar," diyor. "Bu enerjiyi harcaman gerekmediğinde niye israf edesin ki ?"

Dr. Öz, 51, hızlı ve direkt konuşuyor ve her cümlesini bilgilerle donatıyor. Bu sunabileceği daha çok bilgisi olmasından kaynaklanıyor, bir ömür boyu kazanılmış tıp tecrübesi ve bunun cilası olarak da yılların medya eğitimi. Sonuç olarak ise Oprah Winfrey'nin tabiriyle "Amerika'nın Doktoru."

Özgeçmişi ve günlük ajandası oldukça etkileyici: Kendisi Ivy League eğitimli bir tıp doktoru ama çoğu kişi Wharton'da işletme master'ı yaptığını ve binlerce açık kalp ameliyatına katıldığını bilmeyebilir. Kendisi hastanın vücuduna en az müdahaleyle yapılan ameliyatlar alanında yoğunca çalışıyor ve bu konuda birkaç patenti bulunuyor. WebMD'nin kurucusuyla birleşerek önde gelen tıbbi bilgiler içeren soru ve cevap sitelerinden sharecare.com'u kurdular. Ve bir de herkesin bildiği şeyler: kendi sunduğu Emmy ödüllü tıbbi

"Birçok hata yaparız,"



"Kısa zaman önce kızımla konuşuyordum, ve bir sürü unvanımın olmasının kaynağının yaptığım hatalar olduğunu söyledim. Bir sürü şey yaparsanız, kötü sonuçlar doğacaktır. Bir sürü ameliyat yaparsanız, kötü sonuçlar doğacaktır. Bir sürü şov sunarsanız, istemeden de olsa insanların duygularını inciteceksinizdir."

... "Topa her zaman vuramazsın. En iyi vurucular topa daha çok isabet ettirenlerdir çünkü çok antrenman yapmışlardır. O yüzden hatalarımızdan ders çıkarmalıyız, hatalarımız tarafından tanımlanmak değil ama onları telafi ederek tanınmak. Umut da bundan ibarettir."

danışma şovu, *The Dr. Öz Show;* Dr. Michael Roizen ile yazdığı bir numaralı satan kitaplar…

Ama kısa süre önce büyük bir dönüşüme uğradı. Bunun tam ne zaman olduğunu tarif edilemez, ama yürüdüğü yol boyunca, daha ve daha başarılı oldukça, Mehmet Öz büyüklüğe ulaştı. Bu maddi başarıyla aynı şey değil. Ve o neye dönüştüğünün farkında. Aslında bunun için çok gayret etti.

"Büyüklük hizmet demektir. Daha iyi bir yöne doğru inandığınız şekilde, insanları etkileyen şeyler yapmak. Bu çıkıp da yaptığın belli bir şeyle övünmek değil de, o şeyi insanlara hayatlarında nasıl uygulayabileceklerini ve nasıl daha iyiye gidebileceklerini göstermektir. Benim için büyüklüğün tanımı budur."

Çoğumuz bu büyüklüğün arayışındayızdır, ama büyüklük ve başarı aynı şey değildir. Başarı, Öz'un tanımıyla, basitçe "hedeflerine ulaşmaktır". Bu hedeflerini başkalarına yardım edecek şekilde belirlemekten daha kolaydır. Ve size bir sır: Başarı büyüklüğü yakalamanıza yardım eder, çünkü başarı size açılmak, şansınızı denemek ve yeni projeler geliştirmek için gerekli araç gereçleri sağlar.

Şaşırtıcı olmasa da, Dr. Öz'un sizi büyüklüğe giden yola sokmak için birkaç fikri var. Bu fikirler- kişisel tecrübelerinden ya da güvenilir tıp bilimini baz alarak- sizi ileriye taşımak için varlar. Bunu en başarılı ve büyük hayat geliştirme uzmanlarından birinin dersi olarak düşünün.

1. Daha iyi bir yolunu bulun

Öz iki tıp türünü uyguluyor: proaktif ve reaktif. Reaktif tıbbı daha geleneksel tıp gibi düşünün. Bir hasta kalp damar tıkanıklığı gibi bir problemle gelir. Doktor problemi düzeltmek için hastayı ameliyat eder. Çoğu doktor reaktif tıbbı uygular.

Proaktif tıp farklı, ve daha zordur, çünkü insanlara reaktif tıptan kaçınmaları için daha iyi yaşam tercihleri seçmeyi öğretmeye çalışırsınız. Öz'un bu tıp stilini de uygulamasının nedeni yılların ve ameliyatların birikmesiyle, rahatsız edici bir şeyin farkına varması: Her geçen gün daha genç hastaları ameliyat ediyordu. … "20'li yaşlarındaki insanlara damar tıkanıklığı ameliyatı yaptığınızı düşünebiliyor musunuz? Bu çılgınca."

Ve yirmili yaşlarında bir hastasının ameliyat sonrası yemeği olarak fast food yediğini görünce, anladı ki eğitime ve koruyucu tıpa hak ettiği ilgi gösterilmiyordu. "Belli bir noktada bir profesyonel olarak sorumluluklarınızı yerine getirmelisiniz. Profesyoneller toplumun dengeleyicisidir. Gemi tehlikeli sularda giderken onu doğru rotaya sokmak bizim işimizdir. … Bir sivil sorumluluğunuz vardır. Benim benimsediğim de buydu."

2. Şansınızı birden çok deneyin

Öz'un dört çocuğu var ve onlara vermeye çalıştığı bir derste başarıya tekrarlı ve azimli girişimlerle ulaşılabileceği. "Birçok hata yaparız" diyor. "Kısa zaman önce kızımla konuşuyordum, ve bir sürü unvanımın olmasının kaynağının yaptığım hatalar olduğunu söyledim. Bir sürü şey yaparsanız, kötü sonuçlar doğacaktır. Bir sürü ameliyat yaparsanız, kötü sonuçlar doğacaktır. Bir sürü şov sunarsanız, istemeden de olsa insanların duygularını inciteceksinizdir."

Kendi hırslarını bir beyzbol oyuncusunun hırslarıyla karşılaştırıyor. … "Topa her zaman vuramazsın. En iyi vurucular topa daha çok isabet ettirenlerdir çünkü çok antrenman yapmışlardır. O yüzden hatalarımızdan ders çıkarmalıyız, hatalarımız tarafından tanımlanmak değil ama onları telafi ederek tanınmak. Umut da bundan ibarettir."

3. Pazarlamacılığın gerçek tanımını anlayın

Öz'un işinin proaktif tarafı, insanların daha sağlıklı yaşamalarına yardım etmek, pazarlama yetenekleri gerektiriyor. Başka yolu yok… Müşterilere onlara sunduğunuz şeyin ihtiyaç duyduk-



Çok kötü bir hastaydım

"Birçok insanın yaşadığını ben de yaşadım, kötü bir teşhis duymak, doğru bilgiyi beklemek, ne yapacağına karar vermek ve herkese söylemek. Dokuz ay boyunca ikinci kolonoskopiyi oyaladım ve erteledim, ama bu zorunluydu. Çok kötü bir hastaydım. Ama söylemeliyim ki ikinci seferde, kafamı topladığımda, o kadar iyi hazırlanmıştım ki kolon duvarımdan yemek bile yiyebilirdiniz."

HM

ları şey olduğunu nasıl inandırırsınız? Öz'un pazarlama yetenekleri çok iyi bir ayarda çünkü insanlara nasıl ulaşacağını biliyor.

"Başarılı olabilmek için yapacağınız en önemli şey dinlemektir, bunun çok bariz ve basit olduğunu biliyorum, çok azımız iyi dinleyici. Bir doktor, erkek ve baba olarak, bütün bu erkeksi şeyler...

Ama dinlemek sadece ilk adım. Dinlediklerinizi işlemeniz ve anlamlı bir şekilde geri dönebilmeniz gerekir. Öz'un 300 milyon müşterisi için yapmaya çalıştığı şeyi düşünün: onlara uzun vadede zarar veren alışkanlıkları değiştirmek. Bir toplumu daha iyiye doğru değiştirmek? Bundan daha zorlu bir pazarlama olamaz. Ama yine de olumlu bir etki yaratmayı başarıyor. Peki sırrı ne?

"İnsanlara bir sürü bilgi sunabilirsin, ama bu yetmez," diyor. "İnsanlar bilgilerine dayanarak değişmezler; insanlar hislerine dayanarak değişirler. Eğer insanları dinler ve duygularını onaylarsanız, sizinle aralarında bir bağlantı hissederler. Bunu yaparsanız, sadece beyinleriyle değil, duyguları ve ruhlarıyla konuşmaya başlarsınız. Gerçek değişimde o zaman başlar. Bunu anladığınızda, onların davranışlarını değiştirir, böylece de, onlarla nasıl davrandığınızı değiştirirsiniz. …"

4. Her şeyden önce sağlığa odaklanın

Öz 50 yaşına girdiğinde, "dünyadaki yarı asrımı kutlamak üzere" kendine bir hediye vermek istemiş. Her şeyi olan adama ne alabilirsiniz ki? Bir kolonoskopi muayenesi, tabi ki. Teoride, sorumluluklarını yerine getirmek ve sağlığına dikkat etmek için, tıpkı izleyicilerine her gün söylediği gibi. Ama pratikte, "İyi bir hasta değildim. Önceki akşam mercimek ve pancar yemiştim, bu da kolonoskopinin görüntülemesini zorlaştırmıştı."

Kısaca, bunu ciddiye almamıştı. Ta ki durum ciddileşene kadar. "Gastroenterolog sesinin tonunu değiştirip, 'Burda bir polip var.' Ekrana baktım, ve daha önce de kolonoskopi yapmış biri olarak, 'Tanrım, bu kanser öncesi polip' dedim. Polipi çıkardı."

Şaşırtıcı olan ise, bir hasta olarak tavrı değişmedi. "Birçok insanın yaşadığını ben de yaşadım, kötü bir teşhis duymak, doğru bilgiyi beklemek, ne yapacağına karar vermek ve herkese söylemek. Dokuz ay boyunca ikinci kolonoskopiyi oyaladım ve erteledim, ama bu zorunluydu. Çok kötü bir hastaydım. Ama söylemeliyim ki ikinci seferde, kafamı topladığımda, o kadar iyi hazırlanmıştım ki kolon duvarımdan yemek bile yiyebilirdiniz."

Sonunda hastalarının nasıl hissettiğini anlayabilmişti. Ve bu çılgıncaydı: Hastalarında yıllarca gördüğü inkarı ve kendine zarar vermeyi o da yapıyordu. Bir doktor olarak onu sinirlendiren şeyleri yapıyordu. Kendine şunu sordu: "'Neden mantıklı insanlar mantıksız şeyler yapar?' Bu soruyla şovumda her gün boğuşuyorum."

"Ölümsüz olduğumuz için değil. Ve rakamların bize işlemediğini düşündüğümüzden de değil, çünkü bunun doğru olmadığını biliyoruz. Bence derinlerde, *rutin hayatımızın bozulmasını istemiyoruz.* Kötü haberin akşam yemeğimizi, gelecek hafta planlarımızı ya da yaz tatilimiz bozmasını istemiyoruz…"

Hayatını rutinler üzerine kuran Öz'un parmak bastığı nokta çok doğru. Hepimiz gibi, o da gün içindeki bütün işlerini bir rutine oturtuyor. Bu onu mutlu ediyor. Ve birden, bütün bunlar

elinden akıp gidiyor. Şimdi insanların neden check-up gibi basit muayeneleri başından savdığını anlıyor.

Ama işte size daha büyük bir gerçek: Eğer başarı için çırpınıyorsanız, sağlınız yerinde olmadan buna ulaşamazsınız. Sağlık bütün başarıların temelidir…

"Yaşadığım en büyük aydınlanma benimle ilgili değildi, bu hayatımızdaki sevdiğimiz insanlarla ilgili, bize değer veren insanlar, evde, işte, her yerde bize güvenen insanlarla ilgili. Eğer duruma bu açıdan bakarsanız ve muayenelerinize giderseniz, bu yerinde bir yatırım olacaktır, kaderiniz hakkındaki fantazilerinizi bozacak olsa bile."

5. Yabancılarla aranızda bir bağ kurun

Öz sözlükteki en önemli kelimenin farkına vardı. … Hangi kelime mi? *Sen.*

Bu kelimeyi başlık olarak kullanarak Dr. Roizen ile 1 numaralı en iyi satan kitaplardan *SEN: Kullanıcı Kılavuzu, SEN: Diyette* gibi kitaplara imza attılar. … Sen kelimesini kullanarak, her kitabı okuyucu hakkında yaptılar- son derece sade, ve son derece güçlü bir başarı stratejisi.

"Kitabın kapağına bilerek resimlerimizi koymadık, ki bu bir tıp kitabı için alışılmış bir şey değil," diyor. "Çoğu tıp kitabı bir kişinin sağlık gurusu olmasıyla ilgilidir. 'Eğer beni izlersen ve müridim olursan, sağlıklı olursun!' Bu doğru değil. Söylediğim her şeyi ezberlesen bile, bunları birazcık bile uygulamazsan bunun hiçbir faydası olmaz."

Öz tüketicilerin kalkanlarını delmekte de usta. İzleyicilerin onu sadece izlemesini değil dinlemesini de sağlayan benzer bir formülü var.



"Karşımızdaki en büyük engel, insanların cevabı bildiklerini varsayması. Onları sarsmalısınız. O yüzden hemen hemen her şovun başında size kışkırtıcı bir gerçek sunuyoruz ve sizde böylece her şeyi bilmediğinizin farkına varıyorsunuz… Benim işim bunu eğlendirici ve komik yapmak. Eğer bunu eğlendirici hale getirebilirseniz, başarırsınız."

6. Ciddi olduğunuzu gösterin

İyi bir patron olduğu gibi davranır. Dr. Öz hergün TV'ye çıkıp İyi bir yaşam sürebilmeleri için ne yapmaları gerektiğini söylüyor. Ama dedikleri sadece göstermelik mi ? Şovdaki kamera arkası ekibine her gün şirketin verdiği yemek yerine sağlıklı yemekler gösteriyor… " 'Sizlere şirketin çalışanlara verdiği yemeği vermek istemiyorum. Size kahvaltı olarak yulaf ezmesi, tam tahıllı ekmek, yumurta, gerçek besinler; öğle yemeğinde ise quinoa, tam tahıllı besinlerini öneriyorum çünkü size enerji verecektir. Ben de onları yiyorum."

Bir patron takımını sadece yemekle değil, enerjisiyle de besler. Takımın coşkusu patronun coşkusunu yansıtacaktır. Onların alışkanlıkları patronun alışkanlıklarını etkileyecektir…

7. Hayatınızı olabildiğince rutine oturtun

Bu Öz'un başta söylediği düşünme konusuyla ilgili. Düşünmek enerjimizi harcar. Onun felsefesi basit: Yapabildiğiniz kadar az düşünün. "Başarılı olan herkes, bence, hayatlarının belli bir bölümünü otomatiğe bağlamıştır," diyor. "Bu tembel olduğunuzdan değil, sadece bütün gün düşünmek istemezsiniz."

Güne başlamadan önce bütün gün içerisinde ne yiyeceğine 5 dakikada karar veriyor. İşte bu kadar. Bugün ise seçimi bir paket fıstıktı.

"İdeal bir dünya, yemek için sadece sabahları beş dakika kafa patlattığınız bir dünyadır. Ve gün boyunca bunu çokça düşünmenize gerek kalmaz. Bu beş dakika, bu ekstra çaba, hayatınızdaki başarıyı tanımlar ve bu hep de böyle kalacaktır."

Türkiye'de klinikler yüzde 39 verimlilikle çalışıyor

Verimli çalışan bir kliniğin her gün 2 veya yıllık 450-500 cerrahi vaka yapması gerekiyor.
Yüzde 100 kapasiteyle çalışan bir anjiyografi ünitesinin de 4-5 bin arası anjiyografi yapması gerekiyor. Bu şartlarda Türkiye'de, mevcut klinikler ortalama yüzde 39 verimlilikle çalışıyor

Şu anda Türkiye'de, total olarak değerlendirildiğinde mevcut kliniklerin ortalama yüzde 39 verimlilikle çalıştığı bildirildi. Yapılan değerlendirmelere göre bir merkezin verimli kabul edilebilmesi için (yüzde 100 kapasite) her gün 2 veya yıllık 450-500 cerrahi vaka yapması gerektiği öngörülüyor. Kardiyoloji için yüzde 100 kapasiteyle çalışan bir anjiyografi ünitesinin 4-5 bin arası anjiyografi yapması gerekiyor. Bu kriterler esas alınarak her 500 bin nüfusa bir merkez planlandı.

Türkiye için nüfus bazlı düşünüldüğünde 145 kliniğe ihtiyaç duyulduğu açıklandı. Şu anda 207 merkez, 262 klinik mevcut.

Rakamlar ne diyor?
Türkiye'de toplam 46 ilde açık kalp cerrahisi yapılıyor. Sağlık Bakanlığına ait 40 hastane, üniversitelere ait 45 hastane, özel sektöre ait 122 hastane bünyesinde olmak üzere toplam 207 merkezde açık kalp cerrahisi yapılıyor.

Türkiye'de nüfusunun tamamı içinde 350 bin 537 kişiye bir merkez düşerken İngiltere'de 1 milyon 505 bin 237 kişiye bir merkez düşüyor.

Türkiye'de üniversitelerde 71 klinik, Bakanlık hastanelerinde 58 klinik, özel hastanelerde 133 klinik olmak üzere, toplam 262 açık kalp cerrahisi yapan klinik olduğu açıklandı.
Klinik olarak incelendiğinde eğitim araştırma hastanelerindeki her şeflik bir klinik olarak üniversite ve özel hastaneler için de ameliyathane ve uzman tabip sayıları ölçüt alındı.

Türkiye'deki merkezlerden alınan bilgilere göre 1 Ocak 2009 – 31 Aralık 2009 tarihleri arasında toplam 66 bin 105 kardiyak cerrahi yapıldı. Toplam 196 bin 210 KKH hastasına invaziv girişim yapıldı. (Grafik 1)

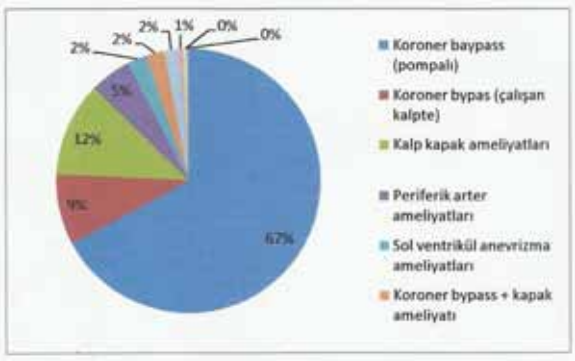
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği (1992-2010)

Ameliyat	Sayı	Oran
Koroner baypass (pompalı)	9472	67.28%
Koroner bypas (çalışan kalpte)	1196	8.49%
Kalp kapak ameliyatları	1631	11.58%
Periferik arter ameliyatları	708	5.02%
Sol ventrikül anevrizma ameliyatları	328	2.33%
Koroner bypass + kapak ameliyatı	329	2.33%
Doğumsal kalp hastalıkları	223	1.58%
Koroner reoperasyon	105	0.74%
Koroner bypass + periferik arter ameliyatı	66	0.46%
Koroner bypass + doğumsal kalp hastalığı	19	0.13%
	14077	

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan "Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri" başlıklı çalışma kalp ve damar hastalıklarına ilişkin yürütülen politikaları ortaya koyuyor.

Klinik tedavisi maliyetli ve uzun süreli
Çalışmada, Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavisi maliyetli ve uzun süreli olmasına dikkat çekildi. Buna göre hastalığın Avrupa Birliği (AB) ekonomisine yılda ortalama 170 milyar Avro, kişi başına ise yılda ortalama 372 Avro dolayında ilave yük getirdiği tahmin ediliyor. Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler ve işgücü kayıpları nedeniyle üretim kaybının AB için 35 milyar Avro civarında olduğu hesaplanıyor. Bunun 24.4milyar Avrosunun ölümlere 10.6 milyar Avrosunun çalışamamaya bağlı ekonomik kayıplar olduğu tahmin ediliyor.

31 Mart 2010 Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de 495 adedi Bakanlık hastanelerinde olmak üzere 987 KVC uzman tabibi mevcut. Buna göre 73 bin 717 kişiye bir KVC uzmanı düşüyor.



Mortalite oranı

	Sayı	Oran
Toplam	242	1.71%
Koroner bypass (pompalı)	131	1.38%
Koroner bypass (çalışan kalp)	16	1.33%
Kapak ameliyatları	57	3.49%
Periferik arter ameliyatı	38	5.36%

Türkiye'nin sağlığına kalbini verenler...



Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2012

Sağlık Gönüllüleri, Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri'ne aday olacak projeleri son başvuru tarihi olan 30 Mart 2012 tarihine kadar beklemektedir.

Bu yıl için belirlenen ödül teması Kalp Sağlığı olacaktır. Erken teşhis ve etkin tedavisini destekleyen tüm hizmet, eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları ödül için başvurabileceklerdir.

Saygılarımızla

Oğuz Engiz / Sağlık Gönüllüleri Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlıkta sosyal sorumluluk ödulleri 2011 sahiplerini buldu

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Türk Hematoloji Derneği - Lenfoma Bilinçlendirme Kampanyası ile

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Kamu Sağlık Kuruluşu Ödülü
T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkı Yapan Kişi Ödülü
Dr. Sharon Erel
Prof. Dr. Osman İlhan

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Novartis - Harekete Geç Hikayeni Gönder Projesi ile

Özel Ödül ve Teşvik Ödülü
Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü - Kadın Sağlığı Projesi ile
Onkoloji Hemşireleri Derneği - Şimdilik Kadın Kadına Projesi ile
Ankara Sigara Bırakma Merkezi Platformu - Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı ile

Sağlıkta Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Kuruluş Ödülü
AVON - Erken Teşhis Hayat Kurtarır Projesi

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

2009 yılında KVC ve Kardiyoloji Kliniklerinde yapılan İşlemler

Kalp Damar Cerrahisi Merkezlerinde yapılan ameliyatlar

Muayene edilen hasta sayısı	824.102
Yatan hasta sayısı	126.114
Koroner arter bypass sayısı	48.227
Kalp kapak ameliyat sayısı	10.091
Yapılan aort cerrahisi sayısı	2.459
Konjenital Kalp cerrahisi	4.285
Kompleks konjenital cerrahi sayısı	1.043
Toplam açık kalp cerrahi ope	66.105
Periferik arter hastalığı ope.	641

İnvaziv Kardiyoloji Merkezlerinde Yapılan İşlemler

Muayene edilen hasta sayısı	3.499.282
Yatan hasta sayısı	468.340
Koroner anjiyografi sayısı	333.004
Perkütan transluminal koroner angioplasti sayısı	57.447
Koroner arter stent yerleştirilmesi girişim sayısı	90.544
Konjenital Kalp cerrahisi	4.285
Kompleks konjenital cerrahi sayısı	1.043
Toplam açık kalp cerrahi ope	66.105
Periferik arter hastalığı ope.	641

Türkiye'deki KVC uzman tabip sayısı ve kurumlara dağılımı

Sağlık Bakanlığı	495 Kadro
Üniversite	226
Özel	266
Toplam	987

Türkiye'deki kardiyoloji uzman tabiplerin kurumlara dağılımı

Sağlık Bakanlığı	6989
Üniversite	386
Özel	602
Toplam	1677

KVC uzman tabip sayılarının yıllara göre dağılımı

2007	855
2008	906
2009	930
2010	987
2013	1211
2014	1290
2015	1352
2016	1461

Kurumlara göre açık kalp cerrahisi sayısı

Kurum Türü	CABG	Açık Kalp cer.	Açık Kalp Cer.
Üniversite	4.916	9.114	14,00 %
Sağlık Bakanlığı	14.236	19.102	29,00 %
Özel hastane	29.075	37.889	57,00 %

2011'de KVC merkezi açılması planlanan yerler

İl	Nüfus	Planlama
Çorum	540.704	Yeni yapılan DH'de planlanıyor
Hatay	1.448.418	DH'de planlanıyor
Adıyaman	588.475	Yeni DH'de planlandı
Ağrı	537.665	Yeni yapılan DH'de planlandı
Mardin	737.852	Yeni yapılacak DH'de planlandı
Muş		Anjiyogrofi cihazının alım ihalesi yapıldı
Kars		Üniversite planlanıyor. Buradaki kliniğin Ardahan'ın da yükünü alması bekleniyor. Anjiyogrofi cihazının merkezi alım ihalesi yapıldı.

2013-2015 yılına kadar açılmasına izin verilecek yerler

Balıkesir	1 Merkez	Üniversitede planlanıyor
İstanbul Çekmece	3 Merkez	Mehmet Akif Ersoy EAH güçlendirilecek, İkitelli Kampus Hastanesine 1 Merkez
Diyarbakır	1 Merkez	EAH'da kapasite artışı yapılacak veya özel
Düzce	1 Merkez	Üniversitede planlanıyor
Tekirdağ	1 Merkez	SB Hastanesi
Van	1 Merkez	Van Yüksek İhtisas kapasite artışı yapılacak
Kars		Üniversite planlanıyor. Buradaki kliniğin Ardahan'ın da yükünü alması bekleniyor. Anjiyogrofi cihazının merkezi alım ihalesi yapıldı.

hospital manager

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri

Hospitalmanager 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 31 Mayıs 2012 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

31 Mayıs 2012

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 2012'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



Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Konferansına ilgi büyüktü

"1960-2000 arası OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları artışı (40 yıl) 3 kat Türkiye'de 2000-2008 yılları arasında, sadece sekiz yıllık süredeki artış oranı 4 katı aştı. Sağlığın finansmanı üzerindeki bu tehdidin sürmesi halinde tamamlayıcı sağlık sigortası Türkiye'de herkesin her yerden sağlık hizmeti alabilmesinin önünü açacaktır"

Özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruşlarının geleceği için kritik bir konu olarak kabul edilen Tamamlayıcı Sigorta Konferansı 21 Ekim 2011 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirildi.

Çok sayıda özel hastane ve sigorta sektörü temsilcisinin katılımına sahne olan organizasyon tamamlayıcı sigorta uygulamasının hayata geçirilmesi yönünde tetikleyici bir rol oynamayı hedefliyor.

Programın açılış konuşmasını gerçekleştiren Sağlık Gönüllüleri Türkiye (SG-T) Derneği Başkanı Oğuz Engiz, Türkiye'nin toplam sağlık harcama rakamının 2010 yılı için 61,1 milyar ABD Doları olarak tahmin edildiğini açıkladı.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulamaya geçmesi halinde yaşanacak gelişmeleri kaydeden Engiz, çifte primlendirmenin sona ereceğini, vakıf, sandık ve birliklerin sağlık hizmetine daha ekonomik ulaşacağını, hasta ile özel sağlık kuruluşu arasındaki para alışverişinin son bulacağını, sigorta sisteminin güçlenerek sürdürülebilir bir yapıya kavuşacağını ve özel sağlık kuruluşlarının finansal yapılarının daha az riskli hale geleceğini belirtti.

Neler yapılmalı?

Engiz, uygulama için yapılması gerekenleri şöyle anlattı:

"Sigortacılık mevzuatında tamamlayıcı sigortanın tanımlanması, SGK farklarındaki sınırlamanın kaldırılması, sigorta şirketlerinin satın alınabilir poliçeleri oluşturması, çok çalışanı olan kuruluşların tamamlayıcı sigortan teşvik edilmesi gerekir."

Toplam sağlık harcaması katlanarak arttı

TOBB Sağlık Kuruluşları Sektör Meclisi Başkanı Dr. Seyit Karaca ise, tamamlayıcı sigortaya duyulan ihtiyacı şu ifadelerle anlattı:

"1960-2000 arası OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları artışı (40 yıl) 3 kat Türkiye'de 2000-2008 yılları arasında, sadece sekiz yıllık süredeki artış oranı 4 katı aşmıştır. Türkiye'de değişim 1992-2008 yılları arasında 6.48 milyar dolardan, 50.91 milyar dolara ulaşarak 8 katı bulmuştur. Halen genç olan nüfus yapımız da düşünüldüğünde, bu artış sadece sağlık hizmetleri kullanımındaki artış ile kolayca açıklanamayacaktır. Kamu sağlık finans-



man bütçesi her yıl artış ile karşı karşıya. Hizmet sunucuları ise, alınan paylardan kalite anlamında memnun değil. (Kamu global bütçeden, özel kesim SUT fiyatları ve fark sisteminden) Sağlığın finansmanı üzerindeki bu tehdidin artarak sürmesi halinde tamamlayıcı sağlık sigortasının sadece sağlık finansman sisteminin sürdürülebilirliği için değil, aynı zamanda Türkiye'de herkesin her yerden sağlık hizmeti alabilmesinin önünü açması adına gerekmektedir. Sağlık riskinin önceden, paylaşılarak ve dolaylı ödemeyle yapılmasını öngören özel sağlık sigortacılığı modellerinden biri de tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. Sosyal sigortanın ana ilkesi, kişilerin temel yaşama koşullarını garanti etmesi olmalı, azami koşulların sağlanması ise tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla gerçekleşmelidir."

Diğer Ülkelerde Nasıl Uygulanıyor?
Karaca, diğer ülkelerde uygulanan tamamlayıcı sigorta modelini anlatarak, "Fransa, İrlanda, Danimarka, Almanya, İsveç, Lüksemburg gibi ülkelerde uygulanan sigorta modeli, kamunun karşıladığı payın üzerindekini tamamen ve kısmen karşılıyor" diye konuştu.

Uygulamanın tehditleri neler?
Uygulamanın tehditlerine dikkat Çeken Karaca şunları kaydetti;
"Tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi ile sosyal devlet kavramı temel teminat paketi dışına taşınmak istenebilir. Temel teminat paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak GSS için-


Dr. Seyit Karaca

"Tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi ile sosyal devlet kavramı temel teminat paketi dışına taşınmak istenebilir. Temel teminat paketinin daralması tamamlayıcı sağlık sigortası risklerini genişleterek daha fazla prim ödenmesini zorunlu hale getirebilir"

de verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulabilir. Özel sigorta şirketleri başlangıçta fiyatlandırma sorununu yaşayabilir. Bu durumda sigorta şirketleri açısından çok değişkenli, çok alternatifli planlara yönelerek hata paylarını yükseltmeleri riski ile karşılaşılabilir, özel sağlık sigortası şirketlerinin, kendi pazarlama stratejilerine göre alternatif poliçeler hazırlarken ortaya çıkabilecek rekabet denetim mekanizmalarıyla yeterince desteklemeyebilir, Temel teminat paketinin daralması tamamlayıcı sağlık sigortası risklerini genişleterek daha fazla prim ödenmesini zorunlu hale getirebilir."

Uygulamanın yararları neler?
Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının yararlarına da dikkat çeken Karaca, şöyle konuştu:
"Dünyada hiçbir sosyal sigorta sisteminin tüm sağlık risklerini karşılayamamaktadır. Sigorta sistemlerince karşılanamayan durumlar için öngörülen tamamlayıcı sigortada riskin paylaşılarak, risk öncesi, dolaylı ödemeyle yapılandırılması sözkonusudur. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıları azaltacak, hizmet alan kişilerin hekim ve hastanesini seçme konusundaki sınırları genişletecektir. Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından prospektif kontrol ve ek yatırım yapılmadan GSS ile deneyim paylaşılabilecektir. Hizmet sunucu kurumlardaki kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayabilecektir. Özel sağlık sigortalarının, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşması sağlanabilecektir. Kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünlere ve daha ekonomik fiyatlara yönelinerek işverenlerin çalışan memnuniyeti ile bağımlılığını etkileyebilecektir."


Oğuz Engiz

"İlk etapta branş anlaşmalılar için çıkarılması doğru değil"
Modeli, vakıf, sandık, birlikler ile özerk yapıdaki kurum ve kuruluşlar açısından değerlendiren Murat Kaya, konuşmasında şu hususlara değindi:

"Tamamlayıcı sigortanın ilk etapta branş bazında anlaşmalı hizmetler için çıkarılması doğru bir uygulama olmayacaktır. Bugün mevcut sigorta poliçelerinde olduğu gibi tamamlayıcı sigorta poliçelerindeki hizmet hesaplama yönteminin TTB esasları ve ilkeleri dahilinde belirlenmesi; çifte işlem ve sigorta sektörü için yüksek maliyetli bir uygulamadır. Özel hastanelerce alınan SGK farkları ile ilgili kısıtlamaların devamı, tamamlayıcı sağlık sigortalı bir sistemin etkinlik ve verimliliğini ciddi şekilde azaltacaktır. Tamamlayıcı sigortanın diğer bazı uygulamalarla ilişkilendirilmesi veya gündemdeki mevcut sevk zinciri ve ASM uygulamaları ile entegre edilmesi doğru değildir."

Toplantıda kimler konuştu?
Toplantıda Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı Reşat Bahat Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB) Başkanı Mustafa Su, Genel Sekreteri Erhan Tunçay, Mapfre Genel Sigorta Genel Müdürü Serdar Gül, Eureko Sigorta Sağlık Sigortaları Birim Müdürü Dr. Uğurcan Akyüz Tepe Teknoloji Genel Müdürü Salih Güreş de birer sunum yaptı.

Tamamlayıcı sigortanın hukuki boyutunu anlatan sigorta hukukçusu Prof. Samim Ünan dışında uygulamanın tüketici boyutunu Sigortamedia Grubu Genel Yayın Yönetmeni Can Kantar değerlendirdi.

Toplantıyı çok sayıda yabancı katılımcı da izledi. Ryan Florjin (Health Eureko Division Europe) ve Barry Egberts (Achmea Health Insurance Division) da konuşmalarında ülke uygulamaları hakkında bilgi verdi.

Klinik çok ama kapasite düşük

"Şu anda Türkiye'de 262 kalp ameliyatı yapılan klinik var. Ortalama kapasite kullanım yüzde oranı 44 civarında. Bu oran çok düşük... Eğer bu klinikler kabul edilebilir kapasite ile çalışıyor olsalar 150-200 arasında kalp merkezi yeterli olabilir"

Bayındır Sağlık Grubu Tıbbi Direktörü ve Kardiyovasküler Cerrahi Bölüm Başkanı **Doç. Dr. Yaman Zorlutuna** ve Kardiyoloji Bölüm Başkanı **Doç. Dr. Can Özer,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Sağlık Bakanlığı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi (TYİH) kökenli olarak branşlarınızda bugün geldiğiniz noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: O dönemde Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nin Türk tıbbındaki yeri çok önemliydi. Ben uzmanlık eğitimimi tamamlayıp Yüksek İhtisas Hastanesi'nde göreve başladığımda kendimi bambaşka bir dünyada buldum. Kalp cerrahisi ve kardiyoloji alanında, gerek alt yapı gerek insan kaynağı ve sistem açısından o dönemin genel ortalamasının çok ilerisindeydi. Bu oluşumda Dr. Kemal Bayazıt'ın çok önemli rolü ve önderliği vardır. Yüksek İhtisas Hastanesi, kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında Türkiye'de birçok ilki gerçekleştirmiş ve çağdaş anlamda koroner bypass ameliyatlarının yurdumuzda yerleşmesinde liderlik yapmıştır. Bu bağlamda Türk tıbbında bir ekol olarak birçok yeni merkezin doğmasına neden olmuştur. Bunların içinde ilk aklıma gelen İstanbul Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği'dir. Aslında Bayındır Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisini de bu ekolün bir yansıması olarak düşünmek gerektiğine inanıyorum. Oradan aldığımız bilgi, beceri ve güçle Bayındır Hastanesi'nde, temel kavramları çağdaş tıp anlayışıyla uyumlu, hasta güvenliğine her şeyin üstünde tutan bir kalp cerrahisi merkezi kurduğumuz kanısındayım. Bugün gelinen noktada,

Bayındır Kalp ve Damar Cerrahisi bir referans merkezi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Doç. Dr. Can Özer: TYİH, Dr. Kemal Bayazıt ve Dr. Mehmet Özdemir'in önderliğinde kardiyoloji ve kalp damar cerrahisinin Türkiye'de yerleşip yaygınlaşmasında önemli etkisi olan bir merkezdir. Ben TYİH'de girişimsel kardiyoloji ve yoğun bakım ünitesinde kritik hasta takibinde birçok ilkin yerleşip uygulanmasında etkin görev aldım. 1993 yılı başında da TYİH'den ayrılarak tam gün Bayındır Hastanesinde çalışmaya başladım. Halen aynı hastanede Kardiyoloji Bölüm Başkanı olarak görevimi sürdürüyorum.

Hastanenizde kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi alanında verilen hizmet dağılımı nasıl?

Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: Benim düşünceme göre kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi branşları birbirlerini tamamlayan disiplinler. Bu iki branşın mutlaka hasta odaklı, kanıta dayalı ve



"Türkiye'de başka hastanede var mı bilmiyorum ama ameliyathane, yoğun bakım katater laboratuarı bizde tek katta alıyor. Bizim odalarımızdan bir tanesi hibrit oda şeklinde. Burada anjiyografi, stent, balon ve kalp cerrahisini yapabiliyorsunuz"

birlikte çalışmaları gerekir. Kurumumuzda da bu konuya üst düzeyde önem verilir. Hastalarımız için kararları birlikte alırız. Böylece birbirini tamamlayan iki dalın daha doğru uygulamalar yapacağına inanıyoruz. Bayındır Söğütözü Hastanesi'nde 1992-2010 yılları arasındaki dönemde yaklaşık 14 bin kalp ameliyatı yaptık. Bunların yüzde 67'si koroner bypass cerrahisidir. Bunun yanı sıra kalp kapak, damar ve doğumsal kalp hastalıkları da başarı ile gerçekleştirilmekte. Başarı oranımız dünya standartlarının çok üzerinde. Bunda iyi bir alt yapı, doğru sistem ve kanıta dayalı uygulamaların önemli rolü olduğunu düşünüyorum.
Burada üzerinde durulması gereken bir diğer konunun da yurdumuzda önemli bir hacme sahip olan koroner arter hastalıkları için seçilecek tedavi yönetimi olduğunu düşünüyorum. Çünkü bu oldukça tartışmaya açık bir konu durumuna geldi. Bu da şundan kaynaklanıyor; koroner arter hastalıklarının tedavisi için üç seçeneğimiz var. Bunlar ilaç tedavisi, balon veya stent uygulamaları ve ameliyattır. Bu seçeneklerin her biri bir hasta için uygulanabildiği gibi, bir birini tamamlayıcı da olabilir. Bu nedenle kardiyolojinin ve kalp cerrahisinin birlikte, hasta özelinde karar vermesi gerektiğini düşünüyorum. Kardiyoloji kliniğimiz koroner anjiyografi yaptığı hastaların yaklaşık yüzde 20 'sine stent veya balon uyguluyor. Hastaların yaklaşık yüzde 12'sine de ameliyat öneriyor.
2009 rakamlarına göre Türkiye genelinde stent kullanım oranı yüzde 44, koroner bypass oranı ise yüzde 14 'dür. Oysa stent kullanım oranları İngiltere'de yüzde 30, ABD'de yüzde 32 dolayında.

Bu oran Türkiye'de neden yüksek?
Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: Türkiye'de sağlık hizmeti çok yaygın bir şekilde vatandaşa ulaşmaya başlamıştır. Bu nicelik anlamında olumlu bir gelişmedir. Ama bunun olumsuz bir tarafı da var. Daha fazla hasta hekimle temas ettiğinde "endikasyonlar" tartışmaya açık hal almaya başlıyor. Çünkü klinikler birbirleriyle iletişim içinde çalışmıyor. Kardiyoloji, kalp cerrahisinden bağımsız kararlar verebiliyor. Bunun tersi de söz konusu. Şu anda Türkiye'de 262 kalp ameliyatı yapılan klinik var. Ortalama kapasite kullanım yüzde 44 civarında. Bu rakam çok düşük. Eğer bu klinikler kabul edilebilir kapasite ile çalışıyor olsalar 150-200 arasında kalp merkezinin yeterli olacağı inancındayım. Gerekli kapasiteyle çalışan kliniklerde de kardiyoloji ile kalp cerrahisinin birlikte daha fazla hasta odaklı ve kanıta dayalı tıp kurallarına uygun kararlar vereceği kanısındayım. Ama bu durumun bir geçiş dönemi olduğunu düşünüyorum. Çünkü Sağlık Bakanlığının konuyla ilgili çalışmaları var. Bu çalışma kapsamında bir kalp cerrahisi merkezinin temel kuralları belirlenmiş durumda. Sağlık uygulamalarında niceliğin yanında artık niteliğin de ön plana çıkarılmasının zamanının geldiğine inanıyorum.

Doç. Dr. Can Özer: Özellikle Türkiye'de değil, bu konu modern tıbbın açmazı ve kötü alışkanlığıdır. Gereksiz ameliyat, gereksiz stent, gereksiz ilaç performansa göre değerlendiriliyor. Bunlar tüm dünyada sorgulanıyor.

Yıllık baktığınız hasta sayısı, yaptığınız işlem sayısı hakkında bilgi verebilir misiniz?

Doç. Dr. Can Özer: Yılda ortalama 2 bin 500 ile 3 bin 500 arasında işlem yapıyoruz. Bizim katater laboratuvarlarımızın iki işlevi var; biri tanısal (anjiyografi) diğeri tedaviye yönelik işlem (perkütan koroner girişim). Yıllık anjioplasti sayımız 500 dolayında.
Kardiyoloji ve kalp cerrahisi bir ekip çalışması olmalıdır. Bu ekipte bir kalp cerrahı, girişimsel kardiyolog, klinik kardiyolog mutlaka birlikte çalışıp karar vermelidirler. Cerrahın gördüğü hastaya ameliyat kararı, girişimsel kardiyologun gördüğü hastaya balon/stent kararı doğru değildir, yanlış bir uygulamadır. Hastanemizde tedavi yöntemi

"Halen yürürlükte bulunan Türk Ticaret Kanunu'nda sağlık sigortaları hiç düzenlenmemiştir. Yeni Kanunu yapılırken, sağlık sigortasına ilişkin düzenleme getirilmişse de, yeni hükümler birçok bakımdan eksiktir"

kararları; (medikal, balon/stent, bypass) hastanın yaşam süresi, yaşam kalitesi ve hastaya vereceğimiz yarar ve zarar ilkesi ile kılavuzlar doğrultusunda birlikte verilmektedir. Kardiyoloji kliniği olarak tanısal bir işlem olan koroner anjiyografi devamında balon/stent uygulamasına geçişi rutin uygulamaktan yana değiliz, belirli uygun damar yapısında ve önceden hasta bilgilendirilmiş olarak yapmaktayız. Komplike ve cerrahi seçeneğin de doğru olabileceği durumlarda balon/stent uygulaması daha sonraya bırakılmaktadır. Karar, hasta, kardiyolog ve cerrah birlikteliği sağlandıktan sonra verilmekte ve uygulanmaktadır. Kliniğimizde, revaskülarizasyonun (cerrahi yada girişimsel) yanı sıra optimum medikal tedavinin de önemli bir seçenek olduğu unutulmamaktadır.

Doç. Dr. Can Özer: Biz tam gün çalışıyoruz. 25 yataklı servisimiz var; 16 hemşiremiz ve bir sorumlu hemşiremiz var, katater laboratuarında invaziv girişim yapan üç doktorumuz var, üç anjiyo teknisyen hemşiremiz var, iki radyoloji teknisyenimiz var, bir sekreterimiz var. Ayrıca ekokardiyografi teknisyeni, efor teknisyeni, holter teknisyeni ve EKG teknisyeni ve sadece poliklinik yapan iki hekimimiz daha var. Biz beş doktor ve bir asistan doktorla götürüyoruz. Sekiz yataklı koroner yoğun bakım ünitemiz var ve buranın da ayrı bir ekibi var.

Türkiye'de başka hastanede var mı bilmiyorum ama ameliyathane, yoğun bakım katater laboratuarı bir tek kattadır bizde. Bizim odalarımızdan bir tanesi hibrit oda şeklindedir. Burada, anjiyografi, stent, balon ve kalp cerrahisini yapabiliyorsunuz.

Hastaneniz kalp damar cerrahisi kliniğinde işlem sayısı ve personel durumunuz nasıl?

Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: Yılda 750 civarında kalp ameliyatı yapıyoruz. Kalp cerrahisinde şu anda dört kalp cerrahı, bir pratisyen hekim, üç perfüzyonistimiz, iki kardiyak anestezist çalışmakta. 24 yataklı servisimiz 18 yataklı yoğun bakım ünitemiz var. Yoğun bakımda yirmi civarında hemşiremiz, yatan hasta servisinde ise on altı hemşire hizmet veriyor.

Branşınızı göz önüne alarak, SGK ve Sağlık Bakanlığınca yapılması gereken düzenlemeler, alınması gereken tedbirler neler olmalı?



Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: Bizim açımızdan bakıldığında iki önemli sorunun ön plana çıktığını görüyoruz. Bence bunlardan en önemlisi özel hastanelere uygulanan hekim kadro kısıtlamasıdır. Ben özel, kamu veya üniversite hastaneleri gibi ayırımın olmaması gerektiği inancındayım. Tüm hastaneler aynı kurallar içinde çalışmalıdır diye düşünüyor. Bu bağlamda kadro kısıtlamasının hasta güvenliği ile ilgili önemli sorunlar yaratabileceği düşüncesindeyim. Özellikle artan hasta sayısının gereksinimlerini karşılamada veya nöbet hizmetlerinde özel hastanelerin ciddi anlamda sıkıntıları olduğu kanısındayım. Burada bazı rakamları sizinle paylaşmanın, özel kalp cerrahisi merkezlerinin içinde bulunduğu kadro kısıtlaması sorununu daha net olarak açıklayabileceğini düşünüyorum.

Kalp cerrahisi uzmanı sayısı 2010 rakamlarına göre 987 civarında. Bunların 495'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 226'sı üniversitelerde, 266'sı da özel hastanelerde çalışıyor. Türkiye'de yılda yaklaşık 67 bin kalp ameliyatı yapılıyor. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan 495 uzmanla bu ameliyatların yüzde 29'unu gerçekleştiriliyor. Üniversite hastanelerinde, 226 uzmanla (toplam uzman sayısının yüzde 22'i) ameliyatların yüzde 14'ü, özel hastanelerde ise 266 uzmanla (toplam uzman sayısının yüzde 27'i) yüzde 57'si yapılıyor. Özetle, Türkiye'deki kalp cerrahisi uzmanlarının yaklaşık dörtte biri, ülkedeki kalp ameliyatlarının yarısından fazlasını özel sektörde gerçekleştiriyor. Bizim açımızdan bir diğer çözülmesi gereken sorunda kalp ameliyatları için SGK tarafından belirlenen ödeme kurallarıdır. Belirlenen paket fiyatların maliyetler göz önüne alındığında çok da gerçekçi olmadığını düşünüyorum. Bunun yanı sıra hastalar için kullanılan paket dışı malzemelerde önemli sorunlarımız olduğu kanısındayım. SGK, belirledikleri dışında malzeme kullanılmasını engellemektedir. Bu da teknolojik olarak gelişmekte olan tıbbın yeniliklerinin uygulanmasının önünü kapatmaktadır. Örneğin yeni teknoloji bir kapağın SGK kapsamında hasta için kullanılma olanağı yoktur. Tıbbın, özellikle kalp cerrahisinin gelişimi, teknolojinin gelişimiyle çok yakın ilişki içindedir. Tabi ki ödeyici kurumun sıkı denetlemesinin olması gerekmektedir. Ama ben, yeni teknoloji kullanımının kalp cerrahisinde çok önemli olduğunu ve bunun da hastaların katılımlarının önünün açılarak çözümlenebileceğine inanıyorum.

Sizin branşınızda SGK uygulamalarının yarattığı engel daha mı etkin?



Doç. Dr. Can Özer: Bizde cihaz kullanımında sıkıntı yaşanıyor. Örneğin ilaçlı stentler, biz de her olguda ilaçlı stenten yana değiliz, ancak uygulanması gereken SGK kuralları dışında da gereklilikler olabiliyor. Hasta, eğer parası varsa, ilaçlı stent parasını ödeyebiliyor.

SGK bunu bazı koşullarla kabullendi. Ayrıca bazı ilaçlar örneğin clopidegral ilaçlı stent kullanımında uzun süre alınmalı zaman zaman sorun olabiliyor.

Doç. Dr. Yaman Zorlutuna: Türkiye'nin çok ciddi bir tıbbi birikimi olduğu kanısındayım. Özellikle kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında doğru strateji ve politikaların bizleri çok daha sağlıklı bir yere getireceğine inanıyorum. Sağlık hizmetinin sunumunda nicelik kadar niteliğin de ön plana çıkarılması gerektiğini ve iyi yetişmiş hekimin nitelikli sağlık hizmeti için vazgeçilmez bir unsur olduğunu düşünüyorum.

Kişisel Radyasyon Ölçümlemesi



Neden OSL?

- Dünya genelinde 1.500.000 üzerinde kullanıcı
- Dozimetri ölçümlerinde en yeni ve uygulanabilir teknoloji OSL
- Kısa sürede doz değerlendirmesi (1 hafta)
- Hızlı ve doğru değerlendirme yöntemi
- Film ve TLD dozimetrelerden daha hassas ve daha kesin
- Nümerik ve detaylı doz sonucu
- Tekrar okunabilirlik özelliği
- X-ışınları, gama, beta ve nötrona karşı duyarlı
- X-ışınları ve gama radyasyonu için 10µSv ölçüm hassasiyeti
- Bir, iki ya da üçer aylık dönemlerde kullanım seçeneği
- Kullanımı kolay
- Ergonomik boyut ve ağırlık
- Su geçirmez
- Taşıyıcı üzerinde detaylı bilgiler
  - Kullanıcı adı soyadı
  - Organizasyon ve bölüm
  - Kullanım periyodu
  - Renk kodlaması

Sağlık ve güvenliğiniz bizim için önemli: Kişisel dozimetre hizmetlerimizi çok yakında **TURKAK ISO 17025** Laboratuvar Akreditasyon belgemiz ile sunacağız.

www.epsilonlandauer.com.tr

Tel: 0212 219 56 57
Faks: 0212 219 42 88
e-mail: info@epsilonlandauer.com.tr

19 Mayıs Mah. Dr. Şevket Bey Sk.
No:5 Şişli / İstanbul

EPSİLON LANDAUER

Epsilon Landauer Dozimetri Teknolojileri San. ve Tic. A.Ş.

Kardiyolojiye üvey evlat muamelesi yapılıyor

"Ankara'nın en modern ve yüksek teknolojik olanakları olan hastanelerinden birinde çalıştığım için şanslıyım. Ama kendimizi sıkıntıda hissettiğimiz anlar da yok değil. Kardiyolojide bazen SGK'nın özel hastanelere üvey evlat muamelesi yaptığını düşünüyorum"

Medicana International Ankara Hastanesinden Kardiyolog **Doç. Dr. Erdem Diker**, hospital**manager**'in sorularını yanıtladı



Hastanenizde kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında verilen hizmetler neler? Yıllık bakılan hasta sayısı, yapılan işlemler hakkında bilgi verebilir misiniz?

Medicana International Ankara Hastanesi olarak tam teşekküllü bir kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi merkezi olduğumuzu söyleyebilirim. Yani kalp ilgili yapılabilecek ne varsa hastanemizde yapılabilir. Bunun iddialı bir söylem olduğunun farkındayım. Ama hem teknik donanım hem de işin uzmanı açısından bu gerçek bir durum. Tabii ki burada deneysel tedavileri kastetmiyoruz, dünyada ispatlanmış, onaylanmış, birden fazla merkezde uygulanan tedavi yöntemlerinden bahsediyoruz. Bu tetkik ve tedavi yöntemlerini kardiyoloji için kısaca özetlersek, girişimsel olmayan tetkik yöntemleri olarak ekokardiyografi, transözefageal ekokardiyografi, ritm ve tansiyonun ayaktan monitorizasyonu (Holter), egzersiz EKG testi gibi bir çok yerde yapılan tetkikler dışında, hastanemiz radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinin verdiği destekle yapılan, bir çok merkezde eksikliği hissedilen tomografik koroner anjiyografi, kalbin manyetik rezonans görüntülenmesi, miyokard perfüzyon çalışmaları ve pozitron emisyon tomografisi incelemeleri sayılabilir. Girişimsel tetkikler olarak ise her türlü sağ-sol kalp kateterizasyonu, koroner anjiyografi, elektrofizyolojik çalışma merkezimizde gerçekleştirilmektedir. Hastalıkların tanısı koyduktan sonra yapılan tedavilerde kalp damarlarının balon ve stent ile açılması, kalp kapaklarının balonla genişletilmesi, kalp boşlukları arasındaki deliklerin kapatılması, kalp ritmi bozukluklarının hem geleneksel hem de sofistike üç boyutlu yöntemlerle ortadan kaldırılması, pil, şok veren özel pil, kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan pillerin takılmasını sayabiliriz. Bu işlemlerinin bazıları rutin olarak her gün uygulanırken, bazıları ihtiyaç olduğunda gerçekleştirilmektedir.

Genelde bir kardiyoloji- kalp damar cerrahisi merkezinin aktivitesi kabaca yıllık kateter sayısı ve ameliyat sayısı ile değerlendirilir. Bizim hastanemizin yıllık kateter sayısı 4 bin kalp ameliyatı sayısı 7 yüz civarındadır. Bu sayılar dünyadaki her hangi bir merkezin yoğun bir merkez olduğunu gösteren yüksek sayılardır.

Günümüzde uygunsuz ve gereksiz anjiyoplasti yüzdesinin giderek arttığı iddia ediliyor. Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz ?

İki binli yıllarda bypass cerrahisinin popülerliği azalırken, anjiyoplasti yöntemi altın çağını yaşamaya başlamıştır. Hele ki ilaçlı stentlerin ortaya çıkmasında ile gittikçe daha çok hastada anjiyoplasti yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. Şimdi tabloya bir daha bakalım. Ülkemizde yaklaşık dört milyon civarında kalp damar hastası var ve bunların önemli bir bölümünün kalp damarlarında tedavi edilebilecek (yani bypass veya anjiyoplasti yapılabilecek) darlıklar var. Bir bypass ameliyatı yaklaşık iki saat sürüyor. Hastanın hastaneden çıkması en erken 1 haftada oluyor ve bir günde bir merkezde 3-4 hasta ameliyat edilebiliyor. Bypass ameliyatı yapmak için büyük bir teknik donanım ve kalabalık bir ekip gerekiyor. Yani her yerde

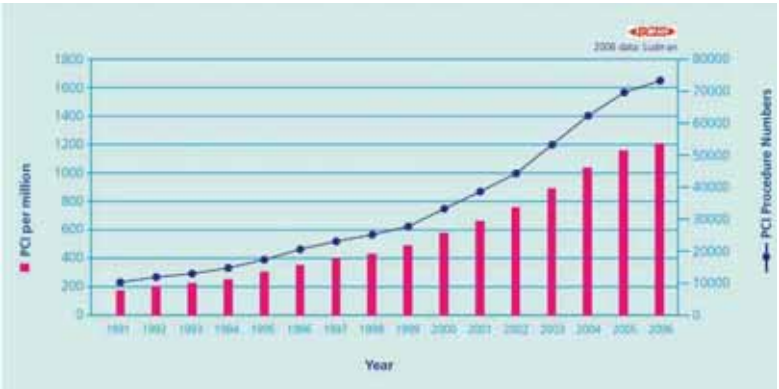


bypass ameliyatı yapmak zor. Buna karşılık anjiyoplasti işlemi dakikalar sürüyor, hasta en fazla bir gün yatıyor. İşlemi yapmak için önemli bir donanım ve ekibe ihtiyaç yok. Bir merkezde günde 10-15 anjiyoplasti işlemi yapılabilir. Ve bu tedaviyi bekleyen muazzam sayıda hasta var. Her gün yeni bir merkez açılıyor, her gün anjiyoplasti yapabilecek hekimler yetişiyor. Hastaların tedaviye erişimleri gittikçe artıyor. Yirmi yıl önce böyle bir tedaviden haberi olmayan, olsa bile bu tedaviye ulaşamayan hastalar, bugün son derece kolay bu tedaviye ulaşıyorlar. Sonuçta tabiî ki anjiyoplasti sayısı sağlık istatistiklerinde dikkati çekici, sağlık bütçelerinde gözden kaçmayacak bir boyuta ulaşıyor. Çevremizdeki insanlardan, tanıdıklardan, akrabalardan kişilere anjiyoplasti uygulandığını daha çok duyuyoruz. Bu durumu nasıl okuduğunuza göre değişir. Tıbbi müdahaleler konusunda oldukça tutucu bir ülke olan İngiltere'de yıllara göre anjiyoplasti sayılarındaki artışı yandaki grafikte kolayca görebilirsiniz.

Kalp ve damar hastalıkları ile başarıyla mücadele edebilmek için sağlık alt yapısı ve organizasyonu sizce nasıl planlanmalıdır?

Ben daha çok kalp hastalıklarının tedavisi ile uğraşan kesimdeydim. O nedenle kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi ile ilgili sağlık alt yapısı ve organizasyonu konusuna biraz daha yakınım. Konuyla ilgili planlamanın birinci basamağı hastalık sıklığı ve dağılımı ile ilgili veriler olmalı. Ülkemizde maalesef doğru, güvenilir, toplumu iyi yansıtan hastalık istatistikleri yok. Genelde verilere batı ülkelerindeki istatistiklerden ekstrapole edilerek ulaşılıyor. Ancak kalp hastalıkları yönünden bu konuda şanslı olduğumuzu düşünüyorum. Ülkemizin





"Bazı büyük özel hastanelerde, birçok kamu hastanesinde yapılmayan işlemler yapılıyor. Ama SGKözel hastanelere bazı işlemlerin karşılığını ödememeyi tercih ediyor. Kurum, denetim ve ödemeler konusunda tüm hastanelere eşit mesafede durmalı"

en büyük meslek örgütlerinden Türk Kardiyoloji Derneği 1990 yıllarda başladığı TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışması ile ülkemizde kalp hastalıklarının, kalp hastalığı için risk oluşturan faktörlerin sıklığı, yaygınlığı ve kalp hastalıklarından ölüm oranları ile ilgili çok önemli veriler sağladı. Bildiğim kadarı ile ülkemizde başka hiçbir hastalık ile ilgili uzun süreli takip verilerini de içeren böyle sağlam bir istatistik yok. Bu veriler bize kalp hastalıklarının temel epidemiyoloji özelliklerinin batı toplumlarına çok benzediğini gösterdi. Dolayısıyla batı dünyasının ilgilendiği hastalıklarla ilgilenmemiz gerektiğini biliyoruz.

Kardiyoloji alanında heyecan duyduğunuz yeni gelişmeler var mı?

Evet var. Bu gelişmeler kalp damar hastalığının tedavisi, hem kapak hastalıklarının ve ritm bozukluklarının tedavisi alanında. Öncelikle kalp damar hastalıklarının tedavisinde, özellikle kalp krizinin acil tedavisi gibi durumlarda gittikçe daha başarılı ilaçlar ortaya çıkmakta. Kalp damarlarına yapılan müdahalelerin (anjiyoplasti, stent) daha cesurca ve başarılı olmasını sağlayan malzemelerimiz var. Eskiden sadece cerrahi müdahale ile düzeltilebilen kapak hastalıklarının bir çoğu artık perkutan, yani göğüs açılmadan, bacak damarları kullanılarak gerçekleştirilebiliyor. Bu yolla yeni kapak takmak bile mümkün hale geldi. Ritm bozukluklarının tedavisinde kullanılan üç boyutlu görüntüleme ve haritalama sistemleri sayesinde bir çok ritm bozukluğunun tedavi mümkün oluyor. Teknoloji her gün bize yeni olanaklar sunuyor. Pıhtı atmasını önleyen yepyeni ilaçlar sayesinde birçok hasta felç olmaktan korunuyor. Kalp yetmezliğinin tedavinde uygulanan piller sayesinde hastaların hem yakınmaları azalıyor hem de hayatta kalma oranları artıyor. Bu saydıklarım son 3-5 yılda pratik uygulamaya giren yöntemler ve ilaçlar. Diğer taraftan tomografik, manyetik ve ekokardiyografik görüntüleme alanında çok etkileyici gelişmeler var. Deneysel birçok tetkik ve tedavi yönteminin önümüzdeki yıllarda rutin uygulamaya gireceğini beraberce göreceğiz.

Bir kardiyolog olarak günlük uygulamalarınızda yaşadığınız zorluklar nelerdir?

Öncelikle kendimi Ankara'nın en modern ve yüksek teknolojik olanakları olan hastanelerinden birinde çalıştığım için şanslı hissettiğimi ifade etmek isterim. Burada kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi alanında çok güzel şeyler yapıyoruz. Ama kendimizi sıkıntıda hissettiğimiz anlar da yok değil. Bilindiği gibi SGK sağlık alanında ülkemizin en büyük geri ödeme kurumu. Dolayısıyla hem ilaç, hem de teknoloji konusunda sektörü bu kurumun uygulamaları şekillendiriyor. Ancak kendi alanım olan kardiyolojide bazen bu kurumun özel hastanelere üvey evlat muamelesi yaptığını düşünüyorum. Kurum tabiî ki kendi çıkarlarına uygun fiyat politikaları uygulayabilir, ama özellikle Türkiye'nin değişen şartlarını da izlemesi gerekir. Artık bazı büyük özel hastanelerde, birçok kamu hastanesinde yapılmayan işlemler yapılıyor. Ama kurum bu uygulamaları her yönden denetlemek yerine, özel hastanelere bazı işlemlerin karşılığını ödememeyi tercih ediyor. Bir geri ödeme kurumu olarak SGK'nın denetim ve ödemeler konusunda tüm hastanelere eşit mesafede durması gerektiği kanısındayım. ■



Personel sayısı değil kalitesi arttırılmalı

"Kalp sağlığı hizmeti veren personel kalitesi arttırılmalıdır. Mevcut sistemle eğitilen personel sayısı yeterli fakat tecrübe açısından eksiklikler var. Eğitilen mevcut personel sayısının kontrolü ve eğitimin her aşamasında denetlenmesi en önemli husus"

Anadolu Sağlık Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı Op. Dr. Ahmet Hulisi Arslan hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Hastanenizde kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında verilen hizmetler neler?

Kalp cerrahisinde; erişkin kalp ve damar cerrahisi, pediyatrik kalp ve damar cerrahisi ve vasküler cerrahi olmak üzere üç ana başlık altında hastanemizde hizmet verilmektedir.

Kardiyolojide ise invazif ve noninvazif kardiyak tanı ve tedaviler olmak üzere iki ana başlık altında hizmet verilmektedir.

Erişkin kalp ve damar cerrahisinde; koroner bypass, kalp kapak ameliyatları ve tamirleri, erişkin hastalarda büyük damar cerrahisi (aort cerrahisi) yapılmaktadır.



Op. Dr. Ahmet Hulisi Arslan

Pediyatrik kalp ve damar cerrahisinde; doğumsal kalp hastalıklarından ventiküler septal defekt, atriyal septal defekt, fallot tetrolojisi, büyük arterlerin transpozisyonu, venöz dönüş anomalileri, patent duktus arteriozus ameliyatları başarıyla uygulanmaktadır.

Vasküler kalp ve damar cerrahisinde; aort anevrizmaları ve okluzif vasküler hastalıklara yönelik cerrahi girişimler yapılmaktadır. Özellikle son yıllarda perkütan anjiyoplasti ve stent yöntemlerinin gelişmesine paralel olarak birçok hastada perkütan anjiyoplasti teknikleri hastanemizde başarıyla uygulanmaktadır.

Kardiyoloji kliniğinde; invazif olmayan tanı yöntemleri olarak EKG, Holter monitorizasyonu, EKO kardiyografi, 24 saatlik basınç monitorizasyonu uygulanmakatadır. İnvazif yöntemler içinde selektif koroner anjiyografi ve anjiyoplasti, Kalp boşluklarının basınç ölçümleri, perkütan trans kateter balon valvuloplasti, anjiyo plasti ve stent uygulamaları yapılmaktadır. Özellikle aritmik hastalarda aritminin teşhisine yönelik elektrofizyolojik çalışmalar ve tedavisine yönelik ablasyon uygulaması yapılabilmektedir. Özellikle son dönemde

el bileğinden bir çok kardiyolojik işlem yapılarak hastanın normal yaşantısına dönmesi hızlandırılmıştır.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yeterli ve yaygın düzeyde mi?

Türkiye'de kalp ve damar cerrahisi yapılan merkezlerin sayısının yeterli, hatta gereğinden fazla olduğunu düşünüyorum. Bu sayının kontrol altında tutulması gerekiyor. Özellikle verilen hizmetin kalitesinin düşmemesi için merkez sayısının ve burada çalışan personel sayısı kontrol edilmelidir.

Türkiye'nin kardiyolojik işlem ve kalp cerrahisi rakamlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1990'lı yıllardan sonra özellikle kardiyoloji kalp ve damar cerrahisinde hem erişkin hem de pediyatrik kalp hastalığının tanı ve tedavi metotları belirgin derecede iyileşmiştir. Buna paralel olarak yurt içinde yapılan tanı ve tedaviye yönelik işlem sayısı belirgin olarak artmıştır. Deneyimin artmasıyla birlikte verilen hizmetin kalitesi de artmıştır. Artık Türkiye kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisinde sağlık hizmeti ihraç eden ülke konumuna gelmiştir.

Tanısı konulmuş kalp hastasına ne tür tedavi uygulanacağına nasıl karar veriliyor?

Hastanın kardiyoloji tarafından tanısı konduktan sonra kardiyoloji va kalp damar cerrahisi ekibinin ortak olarak yaptığı konseyde hastanın hem tanısı üzerinde hem de bu hastalığa yönelik yapılacak tedavinin türü konusunda ortak bir görüş alınır ve belirlenen tedavi sonrasında hastaya uygulanır.

Kalp yetmezliğinde ilaçla tedavi iyileşme sağlıyor mu? Bu tedavide nelere dikkat edilmeli?

Kalp yetmezliğinde tedavi skalasında öncelikli olarak medikal tedavinin önemli bir yeri mevcuttur. Tüm medikal tedavilerde olduğu gibi kalp yetmezliği tedavisinin de multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyacı vardır. Yalnızca medikal tedavi kalp yetmezliği tedavisinde yeterli olmayabilir. Hastanın yaşam şekli, alışkanlıkları ve ilaç disiplini mutlaka değerlendirilmeli ve düzenlenmelidir. Kalp yetmezliği tedavisi medikal tedaviyle yeterli olabilir. Ancak buna ek olarak rutin hekim kontrollerinin aksatılmaması gerekmektedir.

"Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi diğer hastalıklara nispeten daha maliyetli... Hasta sayısının çokluğu, yapılan işin nitelikli olması, nitelikli personel ihtiyacı ve tedavide kullanılan malzemenin birçoğunun ithal ürün olması bunun nedenleri arasındadır"

Koroner arter hastalığında yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik çalışmalarınız neler?

Koroner arter hastalığının ortaya çıkması tek bir nedene bağlı olmadığı için multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Koruyucu hekimlik ile hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın tedavisi birbirinden ayrı değildir. Koroner arter hastalığında, hastalığı ortaya çıkaran nedenlerin mümkünse ortadan kaldırılması değilse zararın en aza inidirilmesi önemlidir. Yaşam tarzının, alışkanlıklarının (beslenme, sigara ve alkol kullanımı vb) kontrolü önemlidir. Bunlara ilave olarak hastada mevcut olan diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği gibi sistemik rahatsızlıkların kontrolü yaşam kalitesi açısından çok önemlidir. Medikal tedaviye rağmen hala koroner arter hastalığının etkilerinden kurtulamamışsa uygun olan hastalarda, balon anjiyoplasti ve stent tedavisi uygulanabilir. Özellikle çoklu damar hastası ve balon anjiyoplastiye uygun olmayan hastalarda cerrahi yöntemle koroner bypass ameliyatı yapılarak hastanın risklerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir.

Koruyucu kalp sağlığına ilişkin alınması gereken tedbirler neler?

Koruyucu kalp sağlığı anne rahminden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde önemlidir. Artık tıbbi yöntemler anne karnında dahi doğumsal kalp hastalıklarını teşhis edebilmektedir. Bazı doğumsal kalp hastalıkları doğumdan hemen sonra cerrahi yöntemle düzeltilebilir. Edinsel kalp hastalıkları için koruyucu hekimlik çok önemlidir. Edinsel kalp hastalıklarını önemli bir kısmı okluzif kalp damar hastalığıdır. Bu hastalığın önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında en önemli basamak hastanın yaşam tarzının alışkanlıklarının ve eşlik eden hastalıklarının kontrol altına alınmasıdır. Edinsel kalp kapak hastalıklarının en önemli nedeni romatizmal ateş sonucu oluşan romatizmal kalp kapak hastalıklarıdır. Sıklığı azalmakla birlikte özellikle çocukluk çağında geçirilmiş olan çocukluk çağı boğaz enfeksiyonlarının iyi tedavi edilmesi ve takip edilmesi önemlidir.

Ulusal kalp sağlığı politikasının oluşturulması yönünde önerileriniz neler?

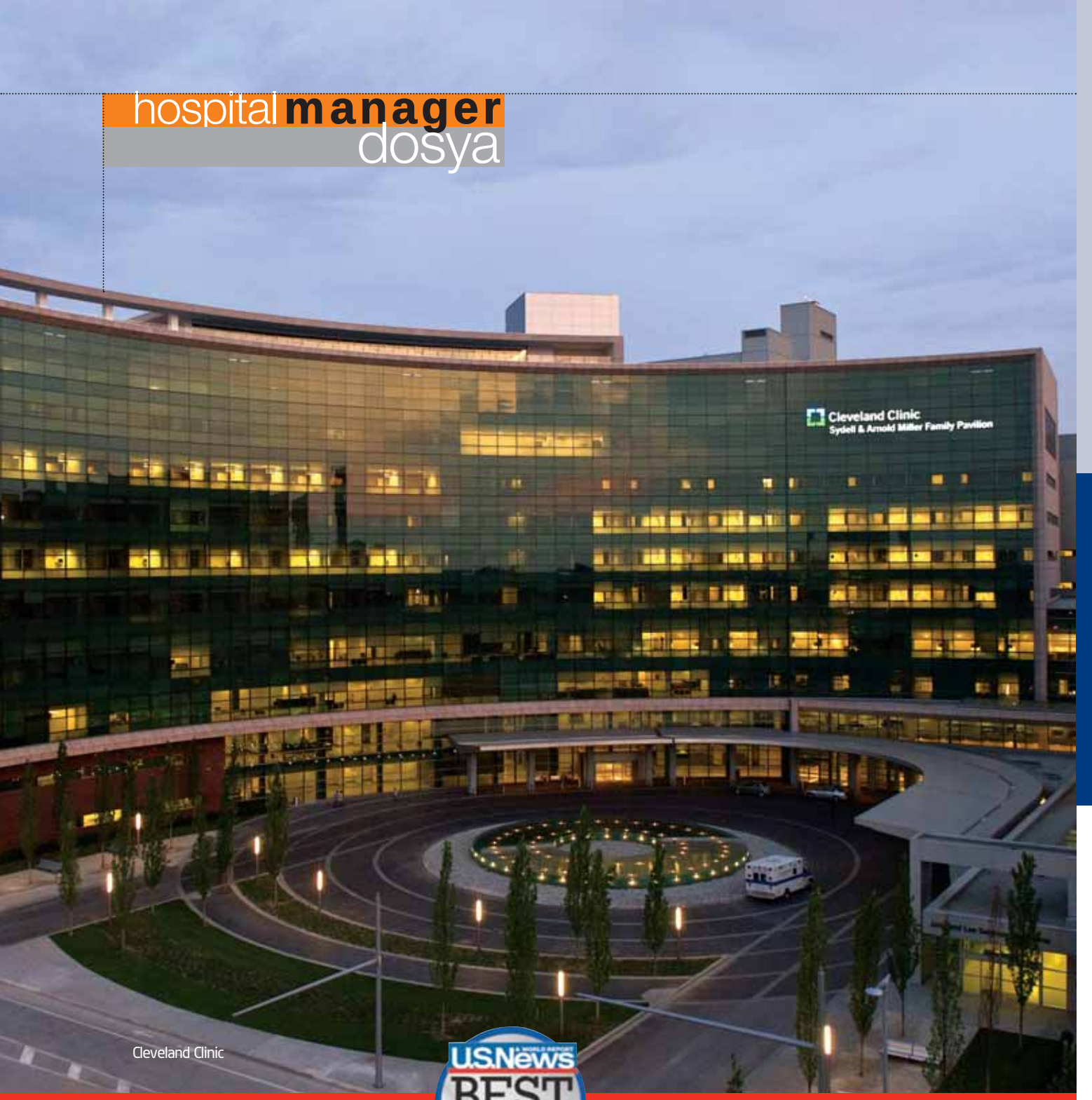
Mevcut olan sosyal güvenlik sistemine göre hastalarımızın büyük bir kısmı, sosyal güvenlik kapsamı içinde kalp sağlığı departmanlarında muayene ve tedavi olabilmekteler. Bundan sonraki geliştirilmesi gereken husus kalp sağlığı hizmeti veren personel kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar olmalıdır. Bu yönde ülkemizde halen çalışmalarını sürdüren derneklerden bu politikalara yönelik fikir alınabilir. Mevcut sistemle eğitilen personel sayısı yeterli olmakla birlikte tecrübe açısından eksik olduğunu düşünmekteyim. Eğitilen mevcut personel sayısının kontrolü ve eğitimin her aşamasında denetlenmesi en önemli hususdur. Eğitilen personelin kalitesine ve deneyimine artırmaya yönelik, sağlık politikasının geliştirilmesi önemlidir.

Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?

Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi diğer hastalıklara nispeten maliyetli bir süreçtir. Bunun nedeni hasta sayısının çok olması, yapılan işin nitelikli olması, nitelikli personel ihtiyacı ve tedavide kullanılan malzemenin bir çoğunun ithal ürün olması nedeniyle toplam maliyetin yüksek olması kaçınılmazdır.

Hastaya stent konulmasına karar verme süreci hastanenizde nasıl işliyor? Gereksiz stent kullanımına yönelik getirilen eleştirileri nasıl karşılıyorsunuz?

Hastanemizde kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi uzman hekimleri ortak konsey sonucu hastanın hastalıklı damarına stentin konulup konmayacağına karar verilir. Stent tedavisi ya aynı seans içinde ya da daha sonraki bir seansta hastaya konsey kararı sonucuna göre uygulanır. Bu tür konsey kurallarının olmadığı hastanelerde gereksiz stent uygulaması veya yanlış stent uygulaması oranı daha yüksek olabilir.



Cleveland Clinic

Amerikan US News &World Report dergisi her yıl ABD'nin en başarılı hastanelerini branş branş sıralayan bir çalışma yayınlıyor. 2011 yılında yayınlanan çalışmada kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında ilk beş şu şekilde sıralanmış;

1) **Cleveland Clinic** *(tüm branşlarda onur listesinde 4 numara)*
2) **Mayo Clinic** *(tüm branşlarda onur listesinde 3 numara)*
3) **Johns Hopkins** *(tüm branşlarda onur listesinde 1 numara)*
4) **Texas Heart Institute at St.Luke's Episcopal Hospital**
5) **Massachusetts General Hospital** *(tüm branşlarda onur listesinde 2 numara)*

AMERİKA'NIN EN İYİ KALP MERKEZLERİ

Ülkedeki tüm hastaneler öncelikli olarak bazı baz kriterlere göre ön elemeye tabi tutuluyor daha sonra elenerek gelen hastaneler arasından tekrar en iyileri seçiliyor. Ön elemenin temel kriterleri hastanelerin i) büyüklüğü, ii) vaka sayısı ve vaka karışımının kompleksliği, iii) bir eğitim araştırma hastanesi olması, iv) bir tıp fakültesi ile afiliye olması, ve v) belli başlı büyük teknolojiyi bünyesinde barındırması (örneğin PET-CT ya da ileri radyoterapi, vb.). Bu yıl tüm hastaneler içinden sadece 2,196'sı ön elemeyi geçip değerlendirmeye kalabilmiş. Bu rakam ABD'deki toplam hastane sayısının %46'sına tekabül ediyor. Ön eleme sonrasındaki değerlendirme ise binlerce profesyonelin branş branş en iyi hastaneyi seçmesinden, yapılan anket sonuçlarına, ve de hastanelerin ulusal veri bankalarındaki durumlarının değerlendirilmesi ile oluşuyor. Bu durum genel olarak mortalite ve morbidite gibi verilerin yanı sıra akreditasyon kriterlerine göre oluşan performans ve de hasta-çalışan memnuniyet anket sonuçlarını içeriyor.

1 Cleveland Clinic

Cleveland Clinic 1921 yılında Dr. Crile, Dr.Bunts, Dr. Lower ve Dr. Phillips tarafından kuruldu. Kurucularının o günkü vizyonu "hastalıkların ileri tetkiklerle teşhisi, bakım niteliğinin arttırılması ve de çalışanların iyi eğitilmesi" olarak özetlenebilir. Dr.Crile troid cerrahisindeki başarısı nedeniyle ülkenin dört bir yanından hasta çekmeyi o yıllarda başarabilmişti. Klinik hızla ilerleme göstermiş ancak 1929 yılının baharında hastanede çıkan yangın sonucu kurucu Dr. Phillips'in de aralında bulunduğu 125 kişi hayatını kaybetmiş. İlerleyen aylarda ABD'de yaşanan Büyük Buhran'ın da etkisiyle neredeyse kapılarını kapamak zorunda kalmış. Ancak ilerleyen yıllarda klinik kendini hızla toparlamış ve ulusal düzeyde dikkat çekici noktaya gelmiş.

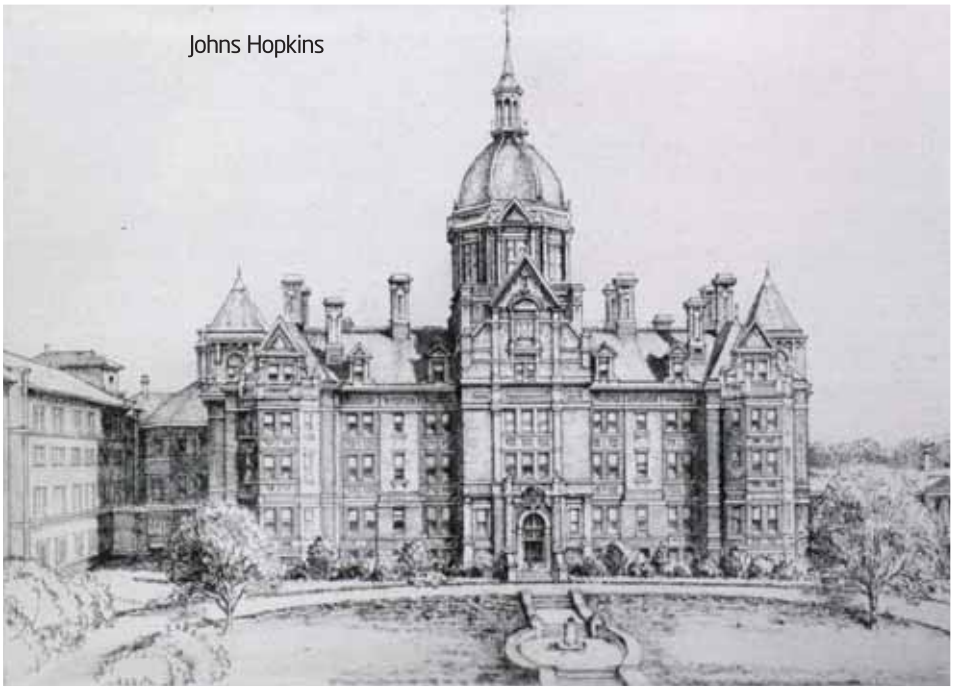
Özellikle kalp ve damar hastalıkları konusunda ün kazanan klinik dünya savaşı takip eden yıllarda uluslar arası arenada da dikkatleri üzerine çekmeyi başarabilmiştir. Klinik bugün halen Mayo Clinic'ten sonra dünyanın en geniş 'group practice' yapılan sağlık kuruluşu.
Son 17 yıldır kalp alanında birinciliği kimseye kaptırmayan Cleveland Clinic, tüm ABD'de genel sıralamada dördüncü en başarılı sağlık kuruluşu durumunda (U.S. News & World Report). Klinik yılda 3.5 milyon ayaktan ve 80.000 yatan hastaya hizmet veriyor, halen ABD'nin 50 eyaletinden ve tüm dünyada 100'den fazla ülkeden buraya hasta geliyor. Cleveland Clinic'te yaklaşık 2,500 kadrolu uzman/asistan doktor 120 farklı branş ve yan branşta hizmet sunuyorlar.

2 Mayo Clinic

Mayo Clinic 1800'lü yılların sonuna doğru Dr. William Mayo ve onun iki oğlu DR. James Mayo ve Dr. Charles Mayo tarfından Rochester, Minnesota'da kuruldu. Onlara Dr. Stinchfield, Dr Graham, Dr. Plummer, Dr. Millet, Dr.Judd ve Dr.Balfour katıldı ve klinik 'group practice' mantığı ile büyüyerek güçlendi. 1901 yılında gruba katılan Dr. Henry Stanley Plummer hem Amerika'da modern tıbbın hem de Mayo Clinic'in başarısının mimarı olarak bilindi.

Mayo Clinic bugün bünyesinde 1700 doktoru barındırmakta ve Clinic Amerika'daki en büyük 'grup practice' örneği olarak halen bir numara olarak bilinmektedir. 2011 yılında Mayo Clinic Rochester US News & World Report'a göre tüm kategorilerde ABD'nin en iyi üçüncü hastanesi seçildi.




Johns Hopkins


Texas Heart Institute at St.Luke's Episcopal Hospital

3 Johns Hopkins

Johns Hopkins hastanesi Baltimore Maryland'de hayırsever Johns Hopkins tarafından kuruldu. Hastane, aynı adı taşıyan üniversitenin tıp fakültesine bağlı olarak eğitim ve araştırmanın yoğun yapılığı bir sağlık merkezi olarak ABD'de modern tıbbın mabedi olarak bilindi. Hastane US News & World Report tarafından yirmi bir yıl boyunca peş peşe ABD'nin tüm dallar dikkate alındığında en iyi hastanesi olarak seçildi.

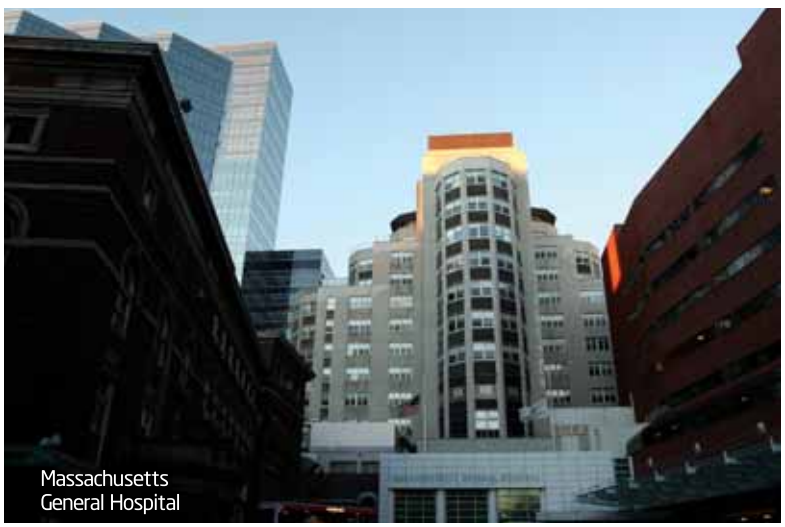


4 Texas Heart Institute at St.Luke's Episcopal Hospital

Texas Kalp Enstitüsü 1962 yılında ünlü kalp cerrahı Dr. Denton Cooley tarafından kuruldu. Enstitü bugün kalp hastalıkların teşhis ve tedavisinde eğitim, araştırma ve yenilikçi metodların geliştirilmesine odaklanmış bir şekilde çalışmalarını sürdürmekte. Enstitü ve onun ortak kuruluşu St. Luke Epsicopal Hastanesi ülkenin en büyük kalp damar cerrahisi merkezlerinden bir olmuş durumdadır. 2010 yılında Enstitü bünyesindeki 160 doktor tarafından bugüne kadar 100.000 üzerinde açık kalp ameliyatı, 200.000 kardiyak kateterizasyon ve 1.000'in üzerinde kalp nakli gerçekleştirilmiştir.

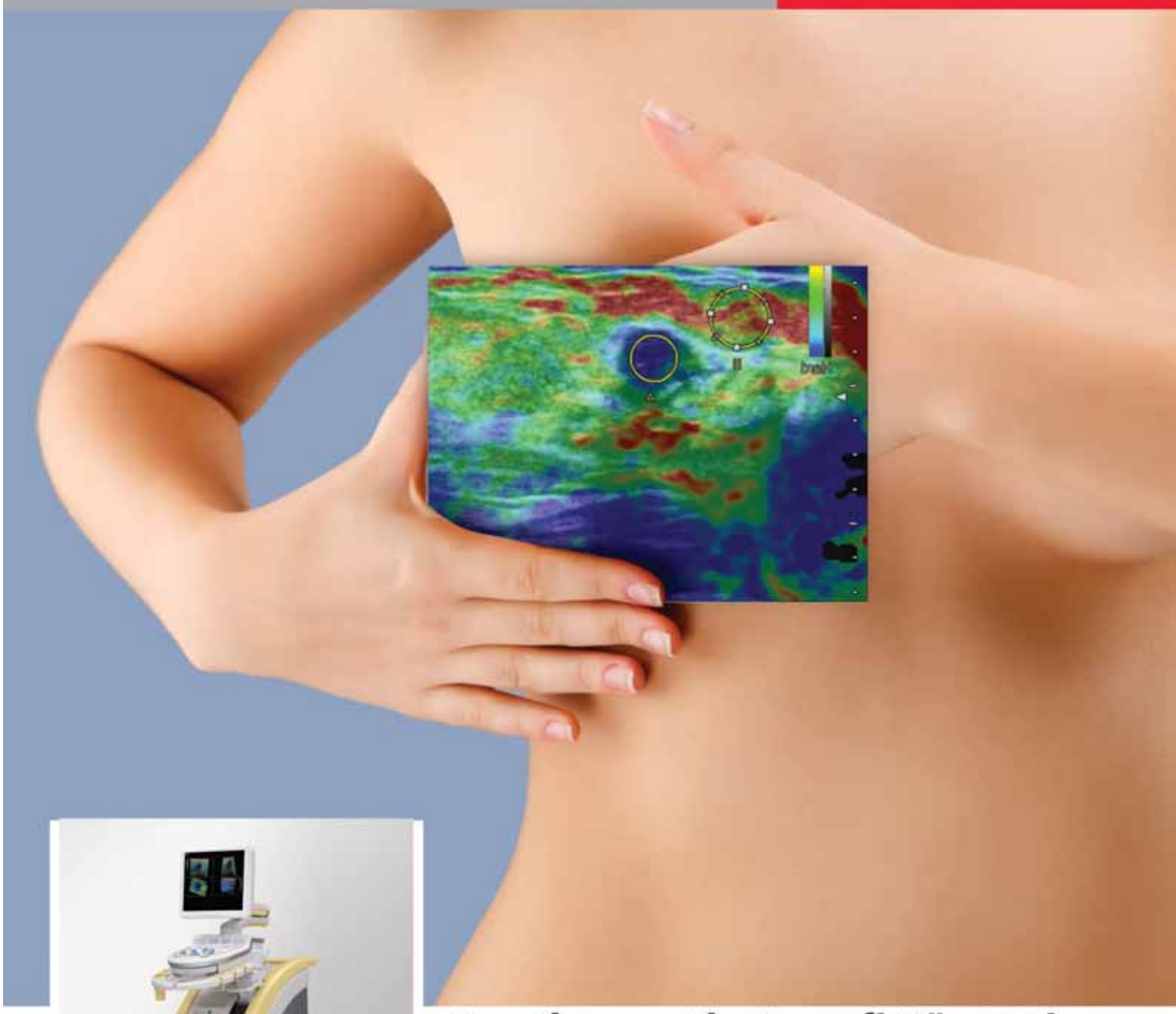
Enstitü, US News & World Report tarafından yirmi yıl boyunca peş peşe ABD'nin en iyi kalp merkezleri sıralamasında ilk ona girmeyi başarmıştır.

5 Massachusetts General Hospital


Massachusetts General Hospital

Mass General olarak da bilinen hastane 1811 yılında Boston'da kurulmuş ve ABD'nin en eski üçüncü genel hastanesidir. Harvard Tıp Fakültesi ile afiliye olan hastane Partners HealthCare kuruluşunundur (yine ABD'nin en iyi kadın hastanesi olarak bilinen Brigham& Women's hastanesi de bu kuruluşa aittir). US News & World Report tarafından ABD'nin tüm kategorilerde en iyi ikinci hastanesi ünvanına da sahip hastane aynı zamanda bir Magnet hastanedir ve Dana Farber Kanser Enstitüsü ile de afiliyedir. Hastanenin 2011 yılı toplam geliri 5.6 milyar doları bulmuştur. ■

HITACHI
Inspire the Next



Ascendus **Elastografi**

Kanıtlanmış Elastografi Yöntemi ile Doğru Tanı

İlk **4 Boyutlu Doku Elastografi Görüntüleme;**

- Yeni nesil Hitachi Beamformer ile hızlı ve net görüntüleme
- 19" Dijital Dokunmatik LCD Monitör
- Farklı kullanımlara yönelik geniş prob seçenekleri

Distributed in Turkey by

KURT & KURT

Reşit Galip Cad. Gölgeli Sok. No:18 GOP-Ankara
T: +90 312 436 82 82 | www.kurt.com.tr

En ünlü kardiyoloji uzmanları CardioScope toplantısında buluştu

Bu yıl ikinci kez düzenlenen CardioScope toplantısında dünyaca ünlü kardiyoloji uzmanları bir araya geldi. Sanofi-aventis'in desteğiyle düzenlenen toplantıda "Koroner ve kalp kapak hastalığı iç içe" konusu örnek bir olgu üzerinden Türkiye'nin önde gelen kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi uzmanları tarafından tartışıldı

Sanofi-aventis tarafından bu yıl ikincisi düzenlenen CardioScope toplantısı, dünyaca ünlü kardiyoloji uzmanları Prof. Dr. Murat Tuzcu ve Prof. Dr. Stephen Ellis moderatörlüğünde gerçekleşti. 17 Eylül Cumartesi günü İstanbul'da gerçekleşen ve yaklaşık altı saat süren toplantıya Türkiye'nin önde gelen uzmanlarından Dr. Ali Oto, Dr. Lale Tokgözoğlu, Dr. Yelda Başaran, Dr. Belhan Akpınar, Dr. Vedat Sansoy, Dr. Zeki Öngen, Dr. Oktay Ergene, Dr. Ömer Kozan, Dr. Tevfik Gürmen ve Dr. Vedat Aytekin de konuşmacı olarak katıldı.

"Koroner ve kalp kapak hastalığı iç içe"

Sanofi-aventis'in desteğiyle düzenlenen CardioScope isimli toplantıda "Koroner ve kalp kapak hastalığı iç içe" konusu örnek bir olgu üzerinden Türkiye'nin önde gelen kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi uzmanları ile tartışıldı. Moderatörlüğünü dünyanın referans kalp merkezlerinden biri kabul edilen Cleveland Clinic Kardiyoloji bölümünden Prof. Dr. Murat Tuzcu ve Prof. Dr. Stephen Ellis'in yaptığı toplantıda koroner kalp hastalığı ve kalp kapak hastalığının birbiriyle ilişkili ve örtüşen yönleri ayrıntılı olarak tartışıldı.



Toplantıda neler konuşuldu?

Türkiye'nin dört bir yanından kardiyoloji ve kalp damar cerrahlarının katıldığı toplantıda, akut koroner sendromlar risk değerlendirmesi, biyobelirteçler, mitral yetersizliğin eko ve cerrahi değerlendirmeleri, miyokardiyal canlılığın değerlendirilmesi, revaskülarizasyon ve mitral yetersizliği arasındaki ilişki, kronik total oklüzyon gibi konular irdelendi.



Cleveland Clinic Kardiyoloji bölümünden Prof. Dr. Murat Tuzcu ve Prof. Dr. Stephen Ellis'in yaptığı toplantıda koroner kalp hastalığı ve kalp kapak hastalığının birbiriyle ilişkili ve örtüşen yönleri ayrıntılı şekilde irdelendi

Hipertansiyonun her evresi için bir

KARVEA® irbesartan

KARVEZIDE® irbesartan / hidroklorotiyazid

✓ ETKİN[1,2] ✓ GÜÇLÜ[1,2] ✓ RENOPROTEKTİF[3] ✓ GÜVENİLİR[1,2]



Referanslar

Karvea® Prospektüs Bilgisi

Karvezide® Prospektüs Bilgisi

TR.IRB.11.03.12

sanofi aventis
Esas olan sağlıktır.



Kalp sağlığı rehberi

"Herkesin bir sağlık envanteri olmalı. Kişi kendisinin ve ailesinin risk faktörlerinin ne olduğunu bilmeli, hayat standartlarını ona göre belirlemeli. Erkeklerin kalp krizi geçirme riski kadınlara göre daha fazladır. Çünkü östrojen hormonu kadınları kalp hastalıklarından ve kalp krizinden koruyucu bir hormondur"

Memorial Hastanesi Kardiyoloji Bölüm Başkanı **Prof. Dr. Servet Öztürk**, kalp sağlığı için benimsenmesi gereken yaşam biçimi konusunda hospitalmanager dergisine özel bilgi verdi

Balık, tahıl ve kuruyemiş tüketin

Doymamış yağ oranı yüksek olan balık tahıl ürünleri, kabuklu kuru yemişler, ayçiçeği, soya ve mısır yağlarında bulunan Omega 6 yağ asitleri kötü kolesterolün düşmesine yardımcı olur.

Balık; Yüksek derecede Omega 3 yağ asidi içeren somon, uskumru, ton balığı gibi balıklar kalp sağlığına son derece yararlıdır. Elma; çözülebilen ve çözülemeyen iki tür lif içerir. Çözülebilen "pektin" lifleri sayesinde kolesterolün düşmesine yardımcı olur. Arpa; Karbonhidrat deposu arpa, B6 vitamini, demir, çinko içerir. Kötü kolesterolün düşmesine yardımcı olur. Muz; Potasyum içeriği nedeniyle bir mineral deposudur. Yüksek tansiyonu ve kötü kolesterolü düşürür. Pancar; Zengin bir potasyum ve folik asit kaynağıdır. Çok düşük kalorilidir. Sebzeler arasında en fazla doğal şeker içerenidir. Sarımsak; İçinde bulunan besin öğelerinden dolayı damar içinde pıhtılaşmayı engelleyerek koroner kalp hastalıklarının oluşma riskini azaltır. Balık yağı; kanama zamanını uzatır, damar içi tıkanıklarının azalmasında etkindir. Ceviz, fındık; yüksek antioksidan özelliği olan omega-3 ve E vitamininin yanı sıra magnezyum ve posa da içerir. Haftada 2-3 kez 6-7 fındık, 2-3 ceviz tüketilmelidir. Yulaf, çavdar, tam buğday un: B ve E vitamini içeriklerinden dolayı kalp hastalıklarını önleyici özellikleri vardır. Yeşil çay; çayda bulunan polifenoller, antioksidan özelliği nedeniyle kalp hastalıklarının engellenmesinde etkilidir. Domates-karpuz; Antioksidan özelliği ve içinde bulunan yüksek oran-daki likopen kalp hastalıkları riskini azaltmaktadır. Soya; yüksek protein içeriğinin yanı sıra içerdiği B1, demir, çinko, fosfor, magnezyum sayesinde kalp hastalıklarının engellenmesinde etkilidir. Keten tohumu; doymamış yağ asitleri, potasyum, posa, E vitamini ve omega-3 içerir. Bu sayede kalp hastalıklarına karşı koruyucu etki yapmaktadır.



Sebzeli et yemeği tüketmeyin!
Hayvansal yağlar yerine zeytinyağı tüketimi, kolesterolü düşürür ve koroner kalp hastalıkları oranını azaltır. Modern toplumlarda her öğünde mutlaka et olacak diye bir kural var. Bu çok yanlış bir beslenme şekli. Et tüketiminin en çok haftada bir iki kez olmasını öneriyoruz. Baklagillerinin tüketiminin artırılması çok önemlidir. Sebzeli et yemeği çok sağlıksız bir beslenme şekli. Sebzelerin zeytinyağlı pişirilmesi etin de yağsız olarak tüketilmesi daha uygun. Anne babalar her yemekten sonra tatlı yeme alışkanlığından uzak durarak, çocuklarının da bu bilinç ile yetişmesini sağlamalı. İnsanlar tatlıdan mümkün olduğunca uzak durduğunda, yaşam şeklini mümkün olduğu kadar az tatlı tüketimine göre ayarladığında mutlaka kalp ve damar sağlığı bakımından olumlu bir beslenme şekli olacaktır.

Kalp sağlığı için beslenme programı nasıl planlanmalıdır?

- Günlük alınan kalori miktarı azaltılmalı
- Katı yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar (zeytinyağı, fındık yağı,, ayçiçeği yağı, soya ve mısırözü yağları) düzenli ve belirli düzeylerde tüketilmelidir
- Balık tüketimi artırılmalıdır. Kırmızı et tüketimi haftada bir olarak sınırlandırılmalıdır
- Tavuk ve hindi gibi beyaz et tüketimine ağırlık verilmelidir
- Yağ içeriği yüksek poğaça, cips, kek, pasta gibi gıdalar tüketilmemelidir
- Besinler pişirilirken ızgara, buğulama, haşlama gibi yöntemler tercih edilmelidir
- Tuz tüketimi azaltılmalıdır
- Günlük öğün sayısı artırılmalıdır
- Alkol alımı azaltılmalı, sigara kesinlikle içilmemelidir
- Haftada üç kez egzersiz yapılmalıdır
- Basit şeker içeren tatlılar ve rafine edilmiş gıdalar yerine posa içeriği yüksek, saflaştırılmış tahıl ürünleri, kuru baklagiller, sebze ve meyve alımı artırılmalıdır

"Modern toplumlarda her öğünde mutlaka et olacak diye bir kural var. Bu çok yanlış bir beslenme şekli. Et tüketiminin en çok haftada bir iki kez olmasını öneriyoruz"

Kişi ailesinin soy ağacını tanımalı
Bir kişinin ailesinde kalp hastalıkları, tansiyon, şeker varsa çok erken yaşlardan itibaren kontrollerinin yapılması gerekir. Kişinin babası ya da annesi 40 yaşında bypass olduysa, onun 20 yaşından itibaren kan tetkiklerini düzenli olarak yaptırması gereklidir. Ailesinde risk faktörü olan kişilerin 20 yaşından itibaren yılda bir kez kolesterol, kan yağları, tansiyon ve şeker değerlerini ölçtürmeleri çok önemlidir. Herkesin bir sağlık envanteri olmalı. Kişi kendisinin ve ailesinin risk faktörlerinin ne olduğunu bilmeli, hayat standartlarını ona göre belirlemeli. Ailesinde şeker hastalığı olan bir kişinin bunun araştırmasını yaparak sigaraya hiç başlamaması lazım. Herkes 18-20'li yaşlarda risk faktörlerini öğrenmeli. Bilirse buna göre yaşar ve yaşam kalitesini buna göre belirler. İnsanlar ailelerini, birkaç kuşak öncesindeki akrabalarını tanımıyor. Genetik geçiş sadece anne ve babaya bakılarak belirlenebilecek bir kriter değil. Çünkü kişiye büyük büyük dedesinden de kalp hastalığı riski geçebilir. Bu nedenle soy ağacı mutlaka bilinmeli. Bu durum kişinin taşıdığı risk faktörlerini belirlemede yardımcı olacaktır.

Çocuklar okula başlarken kontrol eko'su yapılmalı
Aileler, çocuklarına okula başlamadan önce ya da okuyla başlayacakları sırada mutlaka bir kez eko yaptırmalı. İlkokula başlarken çocuklara eko yaptırılırsa kalpte var olan sorunlar erken tespit edilerek ona göre önlem alınabilir. Bu uygulama, sorun büyümeden kolay bir çözümle giderilmesine yardımcı olacaktır. Çocukların ilköğretim çağından itibaren sağlıklı beslenme bilinci ile tanışması çok önemlidir. Bu durumda en büyük görev ailelere düşüyor. Çünkü kişiler her türlü kötü beslenme ve kötü alışkanlıklara maruz kalan bir yaşam sürüyorlar. İleri bir yaşta kalpte ya da başta bir organda çıkacak bir hastalıkla bir anda yaşam şekillerini değiştirmek zorunda kalıyorlar. Çocukluktan bu yana ailede belli alışkanlıklar gelişirse kaliteli yaşamın kazanımları kişi için çok fazla olacaktır.

Kişi risk faktörü olmasa da hayatında bir kez 20'li yaşlarda mutlaka şu testleri yaptırmalı:

- Tüm kolesterol ölçümlerini yaptırmalı
- Kan yağlarını ölçtürmeli
- Tansiyonunu ölçtürmeli (özellikle kişi kiloluysa)
- Şeker ölçümü yapılmalı (açlık ve tokluk)

Kişinin hobisi olmalı
Kişinin çok yoğun bir temposu varsa ve hareketli ise gün boyu daha sakin ve rahatlatıcı bir hobi seçmelidir. Eğer masa başında iş yapıyorsa ve hareketsizse bu eksikliği giderici hareketli bir hobisi olmalıdır. Bunun için spor yapmayı öneriyoruz. Spor yapmanın kalp ve damar sağlığı açısından önemi çok büyüktür. Evde yapılan sporlar için de bir alışkanlık geliştirilebilirse örn; plates, yogalates yapmaları onlar için çok iyi olacaktır.

Kadınlar da risk altında!
Erkeklerin kalp krizi geçirme riski kadınlara göre daha fazladır. Çünkü östrojen hormonu kadınları kalp hastalıklarından ve kalp krizinden koruyucu bir hormondur. Ancak menopoz ile birlikte kadınların da kalp krizi geçirme ve kalp hastalıklarına yakalanma riski erkeklerle neredeyse eşitlenmektedir. Türkiye'de koroner kalp hastalığı, kadınlarda birinci sırada ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Kadınlar kalp krizinden korunmak için hayat tarzlarında yapacakları birkaç değişikliklerle önlem alabilir:

Sigaraya hayır!
Kişi eğer sigara içiyorsa hemen bırakmalıdır. Bu alışkanlık kan basıncını yükseltir ve ölüm riskini üç kat artırır. Sigara, kanın pıhtılaşmasına da neden olarak kalp krizlerine davetiye çıkarır. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk yıl kalp krizi geçirme riski yüzde 50 oranında azalmaktadır.

"Türkiye'de koroner kalp hastalığı, kadınlarda birinci sırada ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Kadınlar kalp krizinden korunmak için hayat tarzlarında yapacakları birkaç değişikliklerle önlem alabilir"



Kardiyolojinin meşakkatli branşı: Pediyatrik kardiyoloji

Pediyatrik kardiyoloji diğer branşlara göre çok daha özverili ve yoğun bir çalışma temposu gerektiriyor. Maalesef bu konuda deneyimli yardımcı personeli uzun süreli ve motive olarak çalıştırabilmek için gerekli maddi ve manevi ortamı oluşturmakta biraz zorlanıyoruz

Medicana Sağlık Grubu Çamlıca Hastanesi Çocuk Kardiyoloji bölümünden **Dr. Yalım Yalçın,** hospitalmanager dergisinin sorularını yanıtladı.

Pediatrik kardiyoloji kısaca nasıl tanımlanabilir? Bu branşta çalışmanın erişkin kardiyolojiye göre zorlukları var mı?

Pediatrik kardiyoloji genel olarak tanımlamak istersek 0-18 yaş aralığında çocuk hastaların konjenital ve edinsel kalp hastalıklarının tanı ve tedavisi ile ilgilenen bilim dalıdır. Erişkin kardiyolojiden farklı olarak; pediatrik kardiyoloji uzmanlarının hastalarının büyük çoğunluğunu konjenital kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Çocukluk çağının pek çok hastalığı gibi, kalp hastalıkları da farklı yaş grubundaki çocuklarda farklı klinik tablo ve sonuçlara neden olabilmektedir. Her hastalığın yönetimi farklı olmaktadır. Ayrıca 18 yaş üstünde olan ancak doğumsal kalp hastalığı olan tedavi edilmiş ya da edilmemiş olan hastalarında erişkin kardiyolojisi ile birlikte ortak bir klinikte takip edilmeleri bu hasta grubunun en iyi şartlarda tedavi ve takip olanaklarına ulaşabilmesi açısından son derece faydalıdır. Ama bu tip klinikler maalesef ülkemizde pek yaygın değildir.



Yenidoğanlarda kalp hastalığı nasıl anlaşılabilir? Tedavide izlenen yola ilişkin kısaca bilgi verebilir misiniz?

Yenidoğanlar sıklıkla siyanoz veya konjestif kalp yetersizliği tablosunda çocuk hekimi tarafından şüphelenilerek pediatrik kardiyoloğa yönlendirilir. Ancak konjenital kalp hastalıklı yenidoğanların birçoğunun yenidoğan döneminde klinik bulgu vermeyebileceği, subklinik seyirli olabileceği unutulmamalıdır. Sistemik dolaşım yetersizliği bulunan hipoplastik sol kalp sendromu, kritik aort stenozu, ağır aort koarktasyonu gibi hastalıklarda ve pulmoner dolaşımın patent

duktus arteriozus yoluyla sağlanabildiği pulmoner valvüler atrezi gibi durumlarda neonatal dönemde girişimsel kardiyolojik veya cerrahi tedaviler gerekebilir. Girişimsel tedaviler; balon valvüloplasti, balon anjioplasti, pulmoner kapağın radyofrekans yöntemle perforasyonu veya patent duktus arteriozusa (PDA) stent yerleştirilmesi şeklinde olabilir. Bu yöntemlerle kritik yenidoğanın açık kalp cerrahisinin muhtemel risklerinden korunarak, yaşamasının sağlanması ve daha sonraki tedavi seçenekleri için vakit kazanılması mümkündür.

Prematüre bebeklerde kalp hastalığı riskleri var mı? Koruyucu önlemler nasıl alınabilir?
Prematüre bebeklerde doğumsal kalp hastalığı sıklığı miyadında doğan bebeklere göre bir farklılık göstermemekle birlikte, sıklıkla fetal yaşamda dolaşımın önemli bir unsuru olan duktus arteriozusun, inmatür doğum nedeniyle persistansı (kapanmaması) sorun oluşturmaktadır. Geniş PDA'lar prematüre bebeğin ventilatör tedavisinin uzaması, ekstübasyon zorluğu gibi sorunlara neden olabilir. Mümkünse prematüre doğumun önlenmesi, doğum önlenemiyor ise aşırı miktarda parenteral sıvı tedavisinden kaçınılması, destek tedavisine yanıt alınamadığı durumlarda nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (indometasin gibi) ile Ya da cerrahi olarak PDA'nın kapanması sağlanabilir.

Doğuştan kalp hastalığı ne sıklıkta görülüyor? Bu hastalıkta Türkiye'ye özgü nedenlerden söz edilebilir mi?
Her bin doğumda 4-8 oranında görülmektedir. Annenin yaşam koşulları; hava kirliliği, yoğun sigara dumanı solunan bir ortamda bulunması, gebelikte alkol alınması konjenital kalp hastalığı sıklığını arttırabilir. Sinek öldürücülerin, bazı solventlerin solunması, gebelikte kullanılan ilaçlar (isotretinoin (sivilce tedavisi), lityum (psikiyatriktedavi), ...gibi) zararlı olabilir. Ülkemizde özellikle; akraba evliliği, sosyoekonomik koşullar nedeniyle beslenme yetersizliği, bazı vitaminlerin ve minerallerin yetersizlikleri (A, B, D vitaminleri, kalsiyum eksikliği gibi) de kalp hastalığı sıklığını arttırabilir.

Hastalığın tedavisi maliyetli bir süreç mi?
Hastalığın ağırlığı ile paralel olarak tedavi maliyeti artmaktadır. Giderek yaygınlaşan transkateter tedavilerde kullanılan yeni geliştirilen cihazların, kompleks hastalarda uygulanan açık kalp cerrahisinin, yoğun bakım tedavi sürecinin maliyeti yüksek olabilmektedir.

Hastanenizde pediatrik kardiyoloji alanında verilen hizmetler neler? Yıllık bakılan hasta sayısı, yapılan işlem sayısı hakkında bilgi verebilir misiniz?
Tüm konjenital ve edinsel kalp hastalıklarının muayene, transtorasik, transözofageal ekokardiyografi, elektrokardiyografi, holter elektrokardiyografik monitörizasyon, kateterizasyon- anjiografi ile tanı ve girişimsel yöntemlerle tedavi seçenekleri pediatrik kardiyologlar tarafından uygulanmaktadır. Endikasyonu olan hastaların her türlü cerrahi tedavisi de hastanemizde başarıyla uygulanmakta, pediatrik kardiyoloji tarafından her aşamada (pre-per-postoperatif yoğun bakım desteği verilmektedir. Hastanemizde pediatrik kardiyoloji bölümünde görülen yıllık hasta sayısı yaklaşık 2 bin civarındadır. Yine hastanemizde yılda yaklaşık 350-400 pediatrik kalp ameliyatı ve yaklaşık yüzde 30'u girişimsel olmak üzeren toplam 250-300 arasında pediatrik kalp kateterziasyonu ve anjiyografi işlemi gerçekleştirilmektedir.

Pediatrik kardiyoloji branşında hekim – yardımcı personel sıkıntısı yaşıyor musunuz?
Bu alanda son yıllarda hekim sayısı artmış olduğundan özellikle büyük kentlerde eskisi gibi hekim sorunu yaşanmamakla birlikte yardımcı personel ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Çünkü pediyatrik kardiyoloji diğer branşlara göre çok daha özverili ve yoğun bir çalışma temposu gerektirmektedir ve maalasef bu konuda deneyimli yardımcı personeli uzun süreli ve motive olarak çalıştırabilmek için gerekli maddi ve manevi ortamı oluşturmakta biraz zorlanmaktayız.

Bu alanda hizmet veren merkez sayısı sizce yeterli ve yaygın düzeyde mi?
Hayır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı bünyesinde pediyatrik kardiyoloji ve kalp cerrahisi ile ilgili yeni bölümler açılmasına ve daha önceden bu alanda hizmet veren hastane ve bölümlerin daha etkili bir biçimde çalışmasının sağlanmış olmasına karşın, kanımca özel hastanelerdeki potansiyelin daha iyi analiz edilmesi ve daha etkili bir şekilde kullanılmasının sağlanması gerekmektedir.

Ulusal kalp sağlığı politikasının oluşturulması yönünde önerileriniz neler?
Kamu ve özel hastanelerde kardiyak merkezlerin sayısının ve bu merkezlerin niteliğinin arttırılması önemli. Girişimsel kardiyolojide kullanılan kateter, kılavuz tel, kılıf, device (cihaz), stent gibi malzemelerin ülkemizde biyoteknolojik araştırma-geliştirme çalışmalarına ağırlık verilerek geliştirilmesi, yüksek maliyetli ürünlerin ithalat zorunluluğunun azaltılması hatta ihracatı, ülkemiz pediatrik kardiyoloji alanına ve ekonomisine önemli bir katkı sağlayabilir.

Tüm dünyada pediyatrik kardiyoloji ve kalp cerrahisi erişkin kardiyoloji ve kalp cerrahisine oranla daha meşakkatli ve maliyetli yüksek bir branştır. Bugün özellikle ABD'de bu hastaların optimum servis alabilmesi adına birçok merkezde özel ya da kamuya ait vakıflar kanalı ile bu harcamalar subvanse edilmekte ve devletin yükü azaltılmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde de benzer bir mekanizma ile hizmetten ödün verilmeden devletin yükü azaltılabilir diye düşünmekteyim.

Pediyatrik kardiyoloji ve kalp cerrahisi, erişkine oranla daha maliyetlidir. ABD'de bu hastaların optimum servis alabilmesi adına birçok merkezde özel ya da kamuya ait vakıflar kanalı ile bu harcamalar subvanse edilmektedir. Ülkemizde de benzer bir mekanizma uygulanabilir

Pediyatrik kardiyoloji bölümünde yıllık hasta sayımız 2 bin civarındadır. Yılda yaklaşık 350-400 pediyatrik kalp ameliyatı ve yaklaşık yüzde 30'u girişimsel olmak üzeren toplam 250-300 arasında pediyatrik kalp kateterziasyonu ve anjiyografi işlemi yapılıyor

Kalp Yetersizliği Tedavisi SHIFT Çalışması Sonuçları ile Eşik Atladı

Kalp yetersizliği olan hastalarda kalp hızı azaltılması ile yasam kalitesi arasında direk bir bağlantı olduğu ivabradin (Coralan) ile yapılmış olan SHIFT çalışmasının yeni verileri ile kanıtlandı

24 ülkeden standart kalp yetersizliği tedavisi üzerine ivabradine (Coralan) veya plasebo almak üzere randomize edilmiş kronik kalp yetersizliği olan 1944 hasta dikkate alındı

Çalışma sonuçlarına göre, ivabradin (Coralan) tedavisi alan kalp yetersizliği hastaların günlük aktivitelere daha fazla katılabildiği ve yaşamlarının gün be gün değiştiği ifade edildi

Kronik kalp yetersizliği tedavisinde yapılmış morbi-mortalite çalışması olan SHIFT çalışmasının (Systolic Heart FailureTreatment with the If Inhibitor Ivabradine Trial) yeni sonuçları dünyada ilk kez, kalp yetersizliği olan hastalarda kalp hızı azaltılması ile yasam kalitesi arasında direk bağlantı olduğunu gösterdi. İvabradin ile yapılmış SHIFT çalışmasının yeni verileri, geçen ay gerçekleştirilen Avrupa Kardiyoloji Derneği Kongresinde sunuldu.

SHIFT Çalışması Başkan Yardımcısı ve aynı zamanda İsveç Gothenburg Üniversitesi Öğretim Üyesi Profesör Karl Swedberg, "Geçen yıl ESC kongresinde sunulmuş olan SHIFT çalışmasının ana sonuçları bir If inhibitörü olan ivabradinin (Coralan) kalp yetersizliğinin ilerlemesini engellediğini ve hayatta kalışı artırdığını açıkça göstermiştir. Bizim yaptığımız bu yeni analizler, ivabradin (Coralan) tedavisinin, kalp yetersizliği hastalarının yasam kalitesini belirgin olarak iyileştirdiğini ve bu iyileşmenin kalp atım hızında elde edilen azalma ile doğru orantılı olduğunuortaya koydu" diye konuştu.

Hastaların Yaşamı Gün Be Gün Değişti

SHIFT çalışmasının sözkonusu yeni analizi kalp yetersizliği olan hastalarda yasam kalitesinin prognoz ve kalp atım hızındaki değişimler ile ilişkili olup olmadığının değerlendirilmesi için tasarlandı.

Analiz için, 24 ülkeden standart kalp yetersizliği tedavisi üzerine ivabradine (Coralan) veya plasebo almak üzere randomize edilmiş kronik kalp yetersizliği olan 1944 hasta dikkate alındı.

Analizde sağlıkla ilişkili yasam kalitesi, hastalığa özel bir fonksiyonel durum ve yasam kalitesi ölçütü olan ve valide edilmiş olan Kansas City Kardiyomiyopati Anketi ile değerlendirildi.

Sonuçlara göre, ivabradin (Coralan) tedavisi alan kalp yetersizliği hastaların günlük aktivitelere daha fazla katılabildiği ve yaşamlarının gün be gün değiştiği ifade edildi. Bu nedenle, yeni sonuçlar ışığında, ivabradin (Coralan) ile elde edilen kalp atım hızındaki azalmanın, beta-blokerlerin aksine, kalp yetersizliği hastalarında hem yaşamda kalımı hem de yasam kalitesini artırdığına dikkat çekildi.

Ekokardiyografi Sonuçları Ne Diyor?

Söz konusu kongrede SHIFT çalışmasının yaşam kalitesine dair yeni sonuçlarına ek olarak bir başka alt çalışmasının da sonuçları sunuldu. SHIFT ekokardiyografi altt çalışması, 411 hasta üzerinde yapıldı. Ekokardiyografik değerlendirmeler, çalışmanın başlangıcında ve ivabradin (Coralan) veya plasebo ile tedaviyebaşlandıktan sekiz ay sonra yapıldı. Bu çalışmanın sonuçları, ivabradinin (Coralan)istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sol ventrikül volümünü azalttığını ve sol ventrikülejeksiyon fraksiyonunu iyileştirdiğini gösterdi.

Yeni Sonuçlar SHIFT Çalışmasının İlk Sonuçlarını Tamamlar Nitelikte

Kanada'da bulunan Montreal Üniversitesi, Montreal Kalp Enstitüsü'nden Profesör Jean-Claude Tardif, "Yapmış olduğumuz ekokardiyografi çalışması, ivabradinin (Coralan) sol ventrikül boyutunu anlamlı düzeyde azalttığını ve kalbin pompalama fonksiyonunu ve yeniden şekillenmeyi iyileştirdiğini göstermiştir" diye konuştu.

Özetle tüm bu yeni sonuçların, ivabradinin (Coralan) kötüleşen kalp yetersizliğine bağlı hastaneye yatış riskini yüzde 26 ve kalp yetersizliğine bağlı ölüm riskini de yüzde 26 oranında azalttığının gösterildiği SHIFT çalışmasının ana sonuçlarını tamamlar nitelikte olduğu ifade edildi.

Coralan® 7.5mg

İvabradin



Yaşama Eklenen Zaman[1,2,3*]

Monoterapide veya Beta Blokerlerle Kombinasyonda



Referanslar:
1. Tardif JC, Ponikowski P, Kahan T, ASSOCIATE study investigators. Efficacy of the If current inhibitor ivabradine in patients with chronic stable angina receiving-blocker therapy: a 4 month, randomized, placebo-controlled trial. Eur Heart J. 2009;30:540-548. ETT: exercise tolerance test. **2.** Fox K, Ford I, Steg PG, Tendera M, Ferrari R; BEAUTIFUL Investigators. Effect of ivabradine on cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction with limiting angina: a subgroup analysis of the randomized, controlled BEAUTIFUL trial. Eur Heart J 2009; 30: 2337-2345. **3.** Swedberg K et al. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled outcome trial of ivabradine in chronic heart failure: the Systolic Heart Failure Treatment with the If Inhibitor Ivabradine Trial (SHIFT). European Journal of Heart Failure 2010; 12 (1):75-81.

* Onaylı endikasyon kapsamında olmayıp 2010 Shift çalışması Kalp Hızı ≥ 70 vuru/dakika olan Kalp Yetersizliği Hastalarında kanıtlanmış ek faydadır.

Coralan®
"Coralan®" ilk selektif ve spesifik If akım inhibitörüdür. Uluslararası Ticari Olmayan Adı: İvabradine Endikasyonu: Koroner arter hastalığına bağlı stabil angina pektorisin semptomatik tedavisi için beta blokörlere karşı kontrendikasyonu veya intoleransı olan veya tolere edilebilen maksimum beta blokör dozuna rağmen anginası devam eden ve kalp hızı 60 vuru/dakikanın üzerinde olan sinüs ritmindeki hastalarda. Dozaj ve Veriliş Yolu: Coralan®'ın tavsiye edilen başlangıç dozu, bir kez sabah bir kez akşam yemeklerle birlikte olmak üzere oral yoldan, günde iki kez 5 mg'dır. İki ile dört haftalık tedavi sonrasında, tedaviye verilen cevaba göre doz günde iki kez 7.5 mg'a yükseltilebilir. Kontrendikasyonları: İvabradin'e veya içerdiği yardımcı maddelerden birine karşı bilinen aşırı duyarlılık, tedavi öncesinde dinlenme halinde kalp atım hızının 60 vuruş /dakikadan az olması, kardiyojenik şok, akut miyokard enfarktüsü, şiddetli hipotansiyon (<90/50 mmHg), şiddetli hepatik yetersizlik, hasta sinüs sendromu, sino-atriyal blok, NYHA fonksiyonel sınıflandırması III-IV olan kalp yetersizliği hastaları (veri yetersizliğinden), pacemaker'a bağlı olanlar, stabil olmayan angina, 3. derece AV-blok, güçlü sitokrom P450 3A4 inhibitörleri ile kombinasyon (azol antifungaller, makrolid antibiyotikler, HIV proteaz inhibitörleri), gebelik ve emzirme. Uyarılar ve Önlemler: Coralan®, kardiyak aritminin önlenmesinde veya tedavisinde etkin değildir ve muhtemelen taşiaritmi oluştuğunda etkinliğini yitirmektedir. 2. derece AV-bloku olan hastalarda Coralan® kullanımı önerilmemektedir. Coralan® tedavisine başlanmasından önce varsa kalp yetersizliği uygun olarak kontrol altına alınmalıdır. QT sendromu olan ve QT aralığını uzatan ilaçlar ile tedavi gören hastalarda Coralan® kullanımından kaçınılmalıdır. Göz ile ilgili olarak "Pigmenter Retinit" hastası olanlarda Coralan® kullanımda dikkatli olunmalıdır. Orta derece hepatik yetmezliği veya şiddetli renal yetmezliği olan hastalarda Coralan® dikkatli kullanılmalıdır (kreatinin klerensi<15 ml/dak). Yan Etkiler: Coralan® kullanımında karşılaşılan yan etkiler doza bağlı olup, çoğunlukla tedavinin ilerleyen dönemlerinde kendiliğinden veya ilaç kesildiğinde hızla ortadan kalkmaktadır. Sıklıkla karşılaşılanlar; görsel olarak "fosfenler" (ortamdaki ışığın yoğunluğundaki değişimlerle tetiklenen görme alanındaki lokal parlaklıklar) ve kardiyolojik olarak ta "bradikardi" dir. Nadir olarak ise; bulanık görme, çarpıntı, supraventriküler ekstrasistol, bulantı, kabızlık, diyare, başağrısı, sersemlik hissi bildirilmiştir. Doz Aşımı: Doz aşımı şiddetli ve uzun süren bradikardiye yol açabilir. Zayıf hemodinamik toleransın eşlik ettiği bradikardi durumunda, isoprenalin gibi intravenöz beta adrenerjik reseptör agonisti ajanlar ile semptomatik tedavi düşünülmelidir. Bileşimi: Her bir Coralan® 5 mg film kaplı tablet, 5 mg ivabradin bazına karşılık gelen 5.390 mg ivabradin hidroklorid ve herbir Coralan® 7,5 mg film kaplı tablet, 7,5 mg ivabradin bazına karşılık gelen 8.085 mg ivabradin hidroklorid içermektedir. Sunuluşu: Coralan® 5 mg 56 adet film kaplı tablet 14 Aralık 2010 itibariyle KDV dahil perakende satış fiyatı 117,13 YTL ve Coralan® 7,5 mg 56 adet film kaplı tablet 14 Aralık 2010 itibariyle KDV dahil perakende satış fiyatı 117,39 YTL şeklindedir. Ruhsat Sahibi: Servier İlaç ve Araştırma A.Ş Ruhsat Tarihi ve No: 19 Temmuz 2006. Coralan® 5 mg- 120/ 35 Coralan® 7,5mg- 120/ 34 Detaylı bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz.

12 PA ADV

SERVIER

Günde 2 kez 1 tablet



Kardiyolojide operasyon sayıları gittikçe azalıyor

"Her koroner arter darlığı ille de açılmalı veya ameliyat edilmeli diye bir yaklaşımın doğru olmadığı artık biliniyor ve operasyon sayıları da gittikçe azalıyor. Ama sistem hastalara hemen girişim yapmayı, ameliyat kararı vermeyi kolaylaştırır tarzda işliyor"

İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve VKV Amerikan Hastanesi doktorlarından **Prof. Dr. Yılmaz Nişancı** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Girişimsel Kardiyoloji (İnvaziv Kardiyoloji) alanında heyecan duyduğunuz gelişmeler-yenilikler var mı?

Girişimsel-invazif kardiyoloji, son 20 yıl içinde genel tıp ve kardiyolojide, hemen hemen hiç bir uzmanlık alanında görülmeyen yeniliklere sahne oldu. İşin güzel yanı, bu yenilikler her geçen gün hala devam etmekte. Bu alanda çalışma imkanını çok önceden bulan şanslı bir kişi olarak, kişisel heyecanım hala devam etmekte. Fakat, son yıllarda yapılan mali kısıtlamalar nedeni ile, heyecan duyduğumuz uygulamaları yapabilmenin çok kolay olmadığı gerçeğini kabul etmemiz gerek.

Bana göre "girişimsel kardiyoloji" terimi yerine, "girişimşel kardiyo vasküler hastalıklar ve tedaviler" olarak adlandırmak doğru olur. Yani şunu demek istiyorum: Sadece kalp ve kalbin damarları değil, damarların olduğu her yerde örneğin böbrekler, bacaklar, beyin damarları gibi her yerde kardiyovasküler uzmanlar tanı ve tedavi için bulunmalılar. Çünkü bu işi, diğer branş-

lardaki doktorlardan daha iyi yapacaklarına ve bu konuda daha fazla geleneksel bir tecrübe birikimine sahip olduklarına inanıyorum. Bu işlemlerde cerrahları da ekibin bir parçası olarak görüyorum. Spesifik olarak heyecan verici prosedürlere gelince, "perkütan kapak uygulamaları", "dirençli hipertansiyonlarda kateter ile ablasyon tedavileri", "gangrenli bacaklarda mikro invazif ve cerrahi girişimlerin birlikte uygulanması", ilk uygulamalarda yeterince başarılı sonuçlar alınamamsına rağmen kardiyovasküler hastalıklarda "kök hücre uygulamaları" na yönelik yeni araştırma-uygulama çalışmaları benim şahsen heyecan duyduğum ve kısmen üzerlerinde çalıştığım alanlar. Şahsen uygulama içinde olmasam da, ritm bozukluklarının özellikle atriyal fibrilasyonun tedavisinde yeni yöntemler de heyecan verici geliyor. Bu alanlardaki çalışmalar, araştırma ve uygulamalar, malesef özel bütçe, eğitim ve destek gerektirmektedir. Günümüzdeki bütçe uygulamaları ile yapabilmek gerçekten zor.

Türkiye'nin kalp sağlığı haritasını nasıl değerlendirmek gerekir? Hastalık yükünün şimdiki durumu ve gelecek yıllardaki projeksiyona ilişkin neler düşünüyorsunuz?
"Ülkemizin kalp sağlığı haritası" yok. Böyle bir haritanın da olmasına pek gerek olduğunu sanmıyorum. Genetik yatkınlığın dışında o kadar çok faktör kalp sağlığını etkilemektedir ki, bu faktörlerin belli bölgelere dağılım yapması ve buradan özel haritalar çıkarılması bana göre gerekli de değil, anlamlı da değil. Hastalık yükü, modern yaşamın getirdiği stres faktörü, daha zengin gıdalarla fakat yanlış beslenme ve otomasyon arttıkça kalp hastalığı yükünün gittikçe artış gösterdiği bilinmektedir. Ülkemizde de böyle olmaktadır ve olacaktır. Gelecek yıllarda, eğer bilinçli şekilde bu sorunun üzerine gidilmezse ki, burada kişisel tedbirler ve bilinçlenme daha önemlidir, hastalık yükü ve riski azalacaktır. Koruyucu ilaçların olumlu etkileri bu yükü azaltabilir, ama bunun için de sağlık bilincinin eğitimle verilmesi gerekir. Aksi taktirde, gelecek yıllarda kalp hastalığı ve buna bağlı sakatlık ve ölümler daha da artacaktır.

Kalp-damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri göz önünde tutulduğunda Türkiye'ye özgü unsurlar neler?
Türkiye'ye özgü faktörler içinde en önemlileri, sigara kullanımının yüksek oranda oluşu, düzenli egzersiz kültürünün olmaması, yanlış ve ölçüsüz beslenme alışkanlıkları, toplum olarak sinirlenmeye ve stresten etkilenmeye yatkın oluşumuz olarak sayabilirim. Ayrıca hipertansiyonun da gün geçtikçe daha da önem kazandığı bir gerçekdir.

> "Ülkemizde yeterince kardiyolog ve kalp-damar cerrahı var. Dağılım dengesine baktığımızda, dengeli olduğunu söyleyemeyiz. Ama, bu dengesiz dağılımın doğal sonuç olduğunu düşünüyorum"

Türkiye'de kardiyolog – kalp ve damar cerrahı sayısı yeterli ve dağılımı dengeli mi?
Ülkemizde yeterince kardiyolog ve kalp-damar cerrahı vardır. Dağılım dengesine baktığımızda, dengeli olduğunu söyleyemeyiz. Ama, bu dengesiz dağılımın doğal sonuç olduğunu düşünüyorum. Bir ölçüde doktor dağılımı, modern hizmetleri yapabileceği hastanelerin dağılımına bağlıdır. Yani gerekli modern cihazların olmadığı bir hastaneye kardiyolog ve cerrah gitmek istemez. Yine de ülkemizde hemen her vilayette ve hatta büyük kasabalarda gerekli modern tetkik ve tedavilerin yapılabileceği özel ve resmi hastaneler bulunmaktadır. Sorunun dağılımın eşit olmamasında ziyade, ilk basamak hekimliğinin yetersiz veya istendiği kalitede olmamasından ve mesleki uygulamalardaki standardizasyon ve kalite derecesinden kaynaklandığını düşünüyorum.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yeterli ve yaygın düzeyde mi?
Bu alanda uzman sayısı yeterli. Amaç her kasabaya ve yerleşim birimine kardiyolog ve cerrah göndermek olmamalı. Pekala iç hastalıkları uzmanları, aile hekimleri ve hatta pratisyen hekimler hastaları ve hastalığı doğru bir şekilde değerlendirebilirler ve gerekli olanları uzman merkezlere gönderebilirler. Hizmet kalitesi ve başarı oranı merkezlerin tecrübe derecesi ve tedavi ettikleri hasta sayısı ile artar. Bölünerek küçük hastanelerde bile ameliyat vs yaparak kalite artmaz. Acil durumlarda gerekli uygun tedaviyi ve yönlendirmeyi pekala dediğim gibi aile hekimleri ve iç hastalıkları uzmanları rahatlıkla yapabilirler.

Türkiye'nin kardiyolojik işlem ve kalp cerrahisi rakamlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Sayı olarak bilgi vermek bana çok anlamlı gelmiyor. Bütün dünyada olduğu gibi, ülkemizde de kalp ve damar hastalıkları sayı olarak ilk sırada gelen hastalıktır ve bunun doğal sonucu olarak da girişim ve cerrahi tedavi sayısı fazladır. Ama bu durumu böylece kabul etmek yerine, gerçekten bu hastaların girişimsel veya cerrahi tedavi yerine başka seçenekleri olup olmadığını daha iyi değerlendirmek gerekir. Şunun altını çizmek istiyorum: Her koroner arter darlığı ille de açılmalı veya ameliyat edilmeli diye bir yaklaşımın doğru olmadığı artık biliniyor. Buna bağlı olarak da operasyon sayıları da gittikçe azalıyor. Koruyucu ve hastalığı kontrol altına alıcı tedavilerle de önemli başarılar elde edilebiliyor. Bu noktada, karar aşamasında hem kardiyolg olarak kendimize, cerrahlara, hastalara ve ailelerine önemli görevler düşüyor. Ama sistem de hastalara hemen girişim yapmayı veya ameliyat kararı vermeyi kolaylaştırır tarzda işliyor. Yani sorunuza özetle, girişim ve cerrahi sayısının değil ama, hastaneye başvuran hastalara göre oranının fazla olduğunu düşünüyorum.

Görev yaptığınız kuruluşların kardiyoloji servisinde muayene edilen hasta sayısı ve yapılan işlem sayısı ortalama nedir?
Çalıştığım kurumda yıllık 10 bin civarında kardiyoloji hastası muayene edilmektedir. Kendi hastalarımızdan ve bize gönderilen hastalarla yıllık 3 bin civarında anjiyografi ve çeşitli girişimler yapılmaktadır. Bizim bölümümüzden cerrahiye gönderilen hasta sayısı diğer merkezlere göre oldukça azdır. Cerrahi tedavi hastaların yüzde 10'u kadarına önerilmekte veya gerekli görülmektedir.

Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?
Hastalar ameliyat edilsin veya girişim yapılsın veya ilaç tedavisine karar verilsin, tedavilerinin ve kontrollerinin devam etmesi gerekir. Bu bütün dünyada böyledir. Dolayısı ile kalp damar hastalıklarının uzun süreli takibi oldukça masraflıdır. ■

Kalp sağlığı alanında özel merkezlere ihtiyaç var

"Ülkemizdeki kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkez adedi yeterlidir. Eksik olan özelleşmiş merkezlerin olmamasıdır. Spesifik, komplike ve daha çok tecrübe isteyen operasyonların yapıldığı merkezlere ihtiyaç vardır"

International Hospital Kardiyoloji Bölümü hekimlerinden **Doç. Dr. Tuğrul Okay,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Koroner anjiyo nedir? Kısaca bilgi verebilir misiniz?
Koroner anjiyografi kalbin üzerinde onu besleyen (kan getiren) damarların görüntülenmesi işlemidir. Klasik olarak bir arterden girilerek koroner damarın ağzına ulaşıldığında radyokontrast madde verilerek X ışınları yardımı ile damarın görüntüsü alınmaktadır.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkezleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
Kanımca şu anda ülkemizdeki kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkez adedi yeterlidir. Eksik olan özelleşmiş merkezlerin olmamasıdır. Türkiye'nin kardiyolojik işlem ve kalp cerrahisi adetleri tatminkardır. Fakat her merkezde her türlü kardiyolojik ve kardiyovasküler işlemlerin yapılması uygun değildir. Spesifik komplike ve daha çok tecrübe isteyen operasyonların yapıldığı merkezlere ihtiyaç vardır.

Kalp yetersizliğinde ilaçla tedavi iyileşme sağlıyor mu?
Kalp yetersizliğinin tıbbi tedavisinde son 10 yılda alınan ilerleme etkileyici düzeylerdedir. Özellikle beta-bloker ve ARB/ACEI kullanımı ile hastaların ömür beklentileri anlamlı ölçüde artmaktadır. Artık bu ilaçları çok daha erken evrelerde başlamak gerektiğini anlamamız ve yakınmasız hastalarda da kullanımı ile hastalığın seyri değişmiştir. İlaç tedavisine yanıtsız olgularda cihaz seçenekleri de vardır.

Koroner kalp hastalığından korunmada alınması gereken tedbirler neler?
Koroner kalp hastalığının ülkemizde giderek artması ne yazık ki engellenememektedir. Bunun başlıca nedeni de sigara ve yanlış beslenmedir. Sigara yasaklara rağmen azalma göstermeden en temel tehlike olarak süregelmektedir. Beslenme konusunda da, gerek bilinçsizlik gerekse gelir düzeyi düşüklüğü toplumda yanlış beslenmeye yol açmaktadır. Rafine gıdalardan (şeker ve diğer fabrikasyondan geçmiş gıdalardan) uzak durmak gelir düzeyi ile yakından ilişkilidir. Ucuz gıda tüketiminin artmasının engellenmesi sadece eğitim ile değil aynı zamanda ekonomik kalkınma ile sağlanabilecektir.

"Okullarda ve hastanelerde yaygın olan 'şekerli içecek makinelerini' yasaklasak bile her yıl koroner kalp hastalıklardan ölümleri azaltabiliriz"



Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?
Tüm hastalıklarda olduğu gibi tedavi daima giderek artan maliyet getirmektedir. Bu nedenle önemli olan korunmadır. Kalp ve damar hastalıklarından korunma bir devlet politikası haline almadan maliyetler azalmayıp giderek artacaktır. Okullarda ve hastanelerde yaygın olan "şekerli içecek makinalarını" yasaklamakla işe başlamak bile her yıl koroner kalp hastalıklardan ölümleri azaltmakta etkili olabilecek çok basit bir yoldur. ■

Türkiye' nin Kalp Hastalıkları ile savaşında bir adım daha





AFD
atriyal
fibrilasyon
derneği

"Türkiye'de stent uygulaması öne sürülenin aksine düşük"

"Türkiye'de gereksiz stent takılıyor mu" sorusuyla ilgili olarak, Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de yapılan işlemleri sayısal olarak değerlendirdiğimizde bunun tamamıyla yanlış anlaşılmadan ibaret olduğunu söyleyebiliriz"

Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji Klinik Şefi **Prof. Dr. Oktay Ergene,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında verilen hizmetler neler?
Kardiyoloji kliniğimizde koroner anjiyoplasti ve stent işlemlerine ek olarak (2009 yılında 1840, 2010 yılında 1956 vakaya stent implantasyonu yapıldı), yapısal kalp hastalıkları ile ilişkili olarak doğuştan kalp hastalıklarının (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriyozus, aort koarktasyonu, fistül vb) perkütan yolla tedavisi (200'e yakın vaka), perkütan aortik kapak implantasyonu, renal, periferik ve karotis arter stent işlemleri yapılmaktadır.

Kısa bir süre sonra da kumadin alamayan veya kontrendike olan hastalarda yeni uygulamaya başlanan perkütan sol atrial apendiks okluzyonu tedavisine başlanacaktır.

Kardiyolog ve kalp-damar cerrahı branşında hekim – yardımcı personel sıkıntısı yaşıyor musunuz?
Son yıllarda Sağlık Bakanlığının asistan kadrolarını azaltması dolayısıyla asistan sayısında bir azalma olmuştur. Bunun dışında personel sıkıntısı yaşanmamaktadır.

Türkiye kadar çok stent takılan başka ülke olmadığı ifade ediliyor; gereksiz yere stent kullanımı öne sürüldüğü gibi yaygın bir uygulama mı? Hastaya stent konulmasına karar verme süreci, prosedürü nedir?
"Türkiye'de gereksiz stent takılıyor mu" sorusuyla ilgili olarak Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de yapılan işlemleri sayısal olarak değerlendirdiğimizde bunun tamamıyla yanlış anlaşılmadan ibaret olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki; Avrupa Kardiyoloji Derneğinin girişimsel çalışma grubu verilerine göre Fransa'da milyon başına 1864, Polonya'da 1570, Almanya'da 2427, İtalya'da 1977 stent uygulanırken bu sayı ülkemizde 1150'dir. Bu objektif verilerden de anlaşılacağı üzere ülkemizde takılan stent sayısı öne sürülenin aksine düşüktür.

Ulusal kalp sağlığı politikasının oluşturulması yönünde önerileriniz neler?
Ulusal Kalp Sağlığı Politikası 2004-2006 döneminde çeşitli uzmanlık derneklerinin ve 100'ün üzerinde bilim insanının katılımıyla tamamlanıp Sağlık Bakanlığına ve TBMM'ye teslim edilmişti. Bu belge web sitemizde http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276 sayfasında sürekli yayındadır.

Bu belgeye dayanılarak ve belgede önerilen araştırmalar tamamlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı" 25 Aralık 2007 tarihinde Ankara'da gerçekleştirilen "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi Türkiye İmza Töreni"nde (http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=354) Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından ilk kez açıklanıp yürürlüğe koyulmuş ve Bakanlık yapısında iki yeni daire başkanlığı kurulmuştur.

"Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı" http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=132 sayfasında sürekli yayındadır.

Bu belge ertesi yıl İngilizceye çevrilip tüm dünyaya da duyuruldu.

2009'da Ulusal Politika doğrultusunda ikinci bir çalıştay yapıldı ve bu çalıştay sonunda da Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2010-2014) hazırlanıp 2010 yılında yayınlandı (bkz. http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=450). İlk Programın gözden geçirilip geliştirildiği çalıştayda hazırlanan 2. Program kalp ve damar hastalıklarının kontrol altına alınıp önlenmesine ilişkin birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemlerini, hedeflerini, hangi kurumların görevli olduklarını ve neler yapmalarının beklendiğini kapsamlı ve ayrıntılı biçimde içermektedir.

BÜTÜNÜYLE HİZMETİNİZDEYİZ...

- Organ Nakli
- Beyin ve Sinir Cerrahisi
- Onkoloji
- Tüp Bebek
- Kardiyoloji
- Kalp ve Damar Cerrahisi
- Ortopedi
- Plastik ve Rekonsrüktif Cerrahi
- Genetik Merkezi
- Üroloji



444 44 84
medicalpark.com.tr

MEDICALPARK

Herkes için sağlık



Kardiyolojide uzmanlık süresi uzatılmalı

"Gelişmiş ülkelerde 7-10 yılda uzmanlık ve uzmanlık sonrası eğitim ile alınan kardiyolojik işlemleri yapma yetkinliği Türkiye'de 4 yılda alınabiliyor. Bu da işlemlerin kalitesine yansımaktadır. Hem uzmanlık süremiz uzatılmalı, hem de uzmanlık sonrası sertifikasyon programları konmalıdır"

Türk Kardiyoloji Derneği Genel Sekreteri ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Mehmet Aksoy** hospital**manager**'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'nin kalp sağlığı haritasını nasıl değerlendirmek gerekir?
Türkiye ekonomik olarak hala gelişmekte olan ülkeler kategorisinde. Ancak, kalp damar hastalıkları sıklığımız gelişmiş ülkeler kategorisinde. Bugün kalp damar hastalıklarından ölümde kadınlarda Avrupa'da birinci, erkeklerde üçüncü sıradayız. Nüfusumuzun yüzde 52'sinde ölüm nedeni kalp ve damar hastalıklarıdır. Türkiye'ye bölgesel olarak baktığımızda ise önemli farklar olmamakla birlikte kalp damar hastalıkları en sık Marmara ve Karadeniz Bölgelerinde, en az Ege Bölgesinde görülüyor. Yakın gelecekte bu tablonun gerek Avrupa'da gerekse yurt içinde değişmesi pek beklenmiyor.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi kardiyoloji servisinde muayene edilen hasta sayısı ve yapılan işlem sayısı ortalama nedir?
Günlük poliklinik muayene sayımız 100 civarında. 10'u yoğun bakım olmak üzere toplam 45 yatağımız bulunmakta. İki anjiyografi salonumuz mevcut. Top-

lam girişimsel ve elektrofizyolojik çalışma sayımız yılda 3 bin 5 yüz civarında.

Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?
Kalp ve damar hastalıkları en sık ölüm nedeni olduğu için teknolojik yatırımın ve gelişmelerin en hızlı olduğu alanlardan birisidir. Bu gelişmelere bağlı olarak hem tanı, hem de tedavi işlemlerinde kullanılan sürekli yeni cihazlar ve teknikler ortaya çıkmaktadır. Bu cihaz ve teknikler sayesinde daha önce sadece cerrahi olarak tedavi edilen bazı hastalıklar bu gün girişimsel olarak tedavi edilebilmektedir. Örneğin kompleks koroner stent girişimleri, kapak hastalıklarında TAVI- mitra clip uygulamaları, kalp yetersizliğinde çeşitli pil uygulamaları. Ancak bunlar maliyeti yüksek cihazlar ve tekniklerdir. Hastalık sıklığının yaygın olduğunu düşünürsek maliyet daha da artacaktır.

Kalp-damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri göz önünde tutulduğunda Türkiye'ye özgü unsurlar neler?
Türkiye'de kalp damar hastalıklarının sık görülme nedenleri, bize özgü nedenleri olarak sigaranın fazla tüketilmesi ile obezite-hareketsiz yaşamı sayabiliriz.

Türkiye'de kardiyolog – kalp ve damar cerrahı sayısı yeterli ve dağılımı dengeli mi?
Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre Türkiye'de kardiyolog sayısı olması gereken ortalamayı yakalamıştır, kalp damar cerrahı sayısı ise ortalamayı geçmiştir. Nitekim son birkaç yıldır her iki branşın TUS kontenjanlarında kısıtlamaya gidilmiştir. Dağılım da mecburi hizmet uygulamasının da etkisiyle uygun düzeydedir. Bugün Doğu illerimizin ilçelerinde bile yeterli sayıda kardiyolog bulunabilmektedir.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yeterli ve yaygın düzeyde mi?
Kalp damar cerrahisi merkezi sayısı çoğu Avrupa ülkesinden çok daha fazla sayıdadır. Bugün bazı Batı Avrupa ülkelerinde bir sigortalı hastaya bir yıla bypass operasyonu randevusu verilebilirken Türkiye'de hiç prim ödemeyen bir yeşil kartlı vatandaşımız aynı gün operasyon olabilmektedir.



"Bugün çoğu il merkezimizde ve büyük ilçe merkezlerimizde anjiyo merkezleri bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık yüzde 97'si iki saat içinde bir primer stent merkezine ulaşabilecek konumdadır. Türkiye'de esas yapılması gereken sayıdan ziyade işlem ve cerrahi kalitesinin artırılmasıdır"

Türkiye'nin kardiyolojik işlem ve kalp cerrahisi rakamlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Elimizde Türkiye'nin toplam işlem sayısını gösteren bir istatistik olamamakla birlikte yukarıda da değindiğim üzere kalp cerrahisine ulaşmak Türkiye'de kolaydır. Yine kardiyolojik işlemlere ulaşmak da kolaydır. Bugün çoğu il merkezimizde ve büyük ilçe merkezlerimizde anjiyo merkezleri bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık yüzde 97'si iki saat içinde bir primer stent merkezine ulaşabilecek konumdadır. Türkiye'de esas yapılması gereken sayıdan ziyade işlem ve cerrahi kalitesinin artırılmasıdır.

Branşınızın geleceğine ve Türkiye'de uygulamalarına ilişkin neler söylemek istersiniz?
Branşımız hem dahili bir branş, hem görüntülemenin yoğun kullanıldığı radyolojik bir branş hem de girişimsel işlemlerin yaygın olduğu cerrahi bir branş gibidir. Bu nedenle hekimlik mesleğini severek tercih edenler için zevkli ve tatmin edici bir branş... Bundan sonra yapılması gereken artık herkesin her kardiyolojik işlemi yaptığı değil herkesin belirli kardiyolojik işlemleri yaptığı, o alanda uzmanlaştığı bir eğitim ve çalışma sisteminin geliştirilmesidir. Bazı kişiler klinik kardiyolojide, bazıları görüntülemede, bazıları anjiyografik işlemlerde, bazıları da elektrofizyolojide uzmanlaşmalıdır. Türk Kardiyoloji Derneği olarak bu konuda 2003 yılından beri Sağlık Bakanlığı'na üst ihtisas ve sertifikasyon programları önerdik. Ancak Bakanlık bu programları bırakın uygulamayı mevcut 5 yıllık uzmanlık sürecini 4 yıla düşürdü. Şu anda gelişmiş ülkelerde 7-10 yılda uzmanlık ve uzmanlık sonrası eğitim ile alınan kardiyolojik işlemleri yapma yetkinliği ve sorumluluğu Türkiye'de 4 yılda alınabilmektedir. Bu da dolayısıyla yapılan işlemlerin kalitesine ve yetkinliğine yansımaktadır. Dolayısıyla hem uzmanlık süremiz uzatılmalıdır (Bakanlık verilerine göre kardiyolog sayısı yeterli düzeydedir, hem de uzmanlık sonrası sertifikasyon programları konmalıdır. ■

"Türkiye'de kardiyolog sayısı olması gereken ortalamayı yakalamıştır, kalp damar cerrahı sayısı ise ortalamayı geçmiştir. Nitekim son birkaç yıldır her iki branşın TUS kontenjanlarında kısıtlamaya gidilmiştir"

"Hep aynı şeyi söylüyoruz: "Gereksiz tetkik yapmayın"

"Türkiye'de sağlık harcamaları hızla artıyor; bunun büyük bir bölümü ilaç ve yeni tekniklerle ilgili... O nedenle hep aynı şeyi söylüyoruz; "Gereksiz yere ilaç kullanmayın ve tetkik yapmayın"

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Çetin Erol,** hospital **manager**'in sorularını yanıtladı.

Araştırma alanlarınızın hipertansiyon, ekokardiyografi, girişimsel kardiyoloji olduğunu biliyoruz. Bu üç başlık çerçevesinde Türkiye'nin kalp sağlığı haritasını nasıl değerlendirmek gerekir?

Türkiye'de bütün dünyada olduğu gibi kalp ve damar hastalıkları ölümlerin bir numaralı nedeni... Bu nedenle kalp ve damar hastalıklarına ait risk faktörlerinin kontrol altına alınması lazım. Sağlık Bakanlığının yaptığı ve diğer yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi kalp ve damar hastalıklarının bir numaralı risk faktörü hipertansiyondur. Bizim erişkin nüfusumuzun üçte biri hipertansif bulunmuştur, ikinci sırada obezite, üçüncü sırada sigara içimi, dördüncü sırada da hiperlipidemi yani kolesterol yüksekliği görülmüştür. O nedenle bu dört faktörün, Türkiye'de kalp ve damar hastalıklarının azaltılması bakımından kontrol altına alınması gerekmektedir.

Tanısı konulmuş kalp hastasına ne tür tedavi uygulanacağına nasıl karar veriliyor?

Tabi kalp hastalığı dendiği zaman tek bir kalp hastalığı yok. Kalbin katının, zarının, elektrik (iletim sistemi), kapak, doğuştan gelen hastalıkların ve en önemlisi kalbi besleyen damarların yani koroner arterlerin hastalıkları var. Yani tanı konduğu zaman bunlardan hangisi olduğunu zaten bilmek gerekiyor. Tanı konduktan sonra o hastalığın derecesi ve hastanın durumu göz önüne alınarak genellikle uluslar arası kılavuzlar eşliğinde tedaviye karar verilir, bu kavuzlardan özellikle biz, Avrupa Kardiyoloji Derneğine bağlı olduğumuz için birinci önceliğimiz buranın kavuzlarıdır. Daha sonra da ikinci sırada Amerikan kılavuzlarına bakıyoruz. Bu kılavuzlar Türkiye'de Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından Türkçeye çevriliyor ve bütün doktorlara dağıtılıyor, ama her hasta kendi başına mutlaka değerlendirilmelidir. Eğer bu kılavuzlarda verilen tavsiyeler ve tedavi şekillerinde, Türk insanına has özellikler varsa bunlar ayrıca tercüme edilen kılavuzların içine Türkiye'ye has özellikler bölümü olarak ilave ediliyor ve doktorlar uyarılıyor. Bu nedenle doğru olan hem bilimsel kitaplarda yazılı olan tedavi şekli hem de bu kılavuzlarda yazılı olan tavsiyelere uygun olarak tedaviyi yapmak şeklindedir.

Peki Türk insanına has olan özellikler var mı?

Misal bazı ilaçların dozları Türk insanında daha az oluyor veya bazı ilaçlar Türkiye'de bulunmuyor; bu nedenle elde bulunanlara göre yapılabiliyor. Mesela şimdi genetik yapıyla ilgili olmak üzere özellikle son zamanlarda en önemli konu bu; genetik yapınıza uygun ilaç vermek, dozunu ona göre ayarlamak öne çıkan bir şey, tabi bu çok yeni. Mesela TKD Türkiye'de beta reseptör gen polimorfizmi araştırması (β GEN-TÜRK) adında bir çalışma yürütüyor. Bu çalışmada beta bloker dediğimiz ilaçların Türk insanındaki etkileri, farklılığı araştırılıyor. Yani bu tür farklılıklar olduğu zaman ona göre davranmak ve tedaviyi yönlendirmek gerekiyor.

Kalp ve damar hastalıklarıyla başarıyla mücadele edebilmek için sağlık alt yapısı ve organizasyonu nasıl planlanmalıdır?

Tabi bu planlama işi Sağlık Bakanlığına ait bir işlemdir ve Sağlık Bakanlığı da gerçekten bununla ilgili ola-

rak elinden gelen gayreti gösteriyor. Kalp hastalıklarıyla ciddi olarak, kalp ve damar hastalıkları ile ilgili derneklerle de işbirliği yaparak, Oktay Beyin (TDK Başkanı) söyleşisinde de belirttiği gibi, planlamalarını yapmıştır.

Kardiyovasküler riskin azaltılması yönünde çalışmalarınız var mı?
Gayet tabi var TKD bu konuda çok aktif, bunu zaten TKD Başkanının söyleşisinde ve TKD Genel Müdürünün söyleşisinde göreceksiniz. Halka yönelik çok büyük kampanyalar, uluslararası büyük çalışmalarımız ve Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışmalarımız var bunların neticesini de iyi şekilde alıyoruz. Önemli olan halkı uyarmak, bilgilendirmek ve yönlendirmek...

Koroner arter (atar damar) hastalığında risk faktörleri sosyoekonomik duruma, cinsiyete göre farklılık gösteriyor mu?
Evet, yapılan çalışmalar gösteriyor ki, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kalp damar hastalıkları daha fazla görülüyor, gelir durumuna göre alt gelir durumunda daha fazla görülüyor ve cinsiyet olarak da kadınlarda erkeklere göre daha geç yaşta bir 10 yıl sonra görülmesine rağmen daha kötü olabiliyor. Bu nedenle kadınların da özellikle uyarılması gerekiyor. Bunun için zaten bütün dünyada kardiyoloji dernekleri, özellikle kadınlara ait özel çalışma birimleri kurarak kadınlardaki kalp hastalıklarını daha çok vurgulayarak kadınların bu konuda fikir ve bilgi sahibi olması için gayret gösteriyor.

Hastanenizde kardiyoloji alanında verilen hizmetler neler? Yıllık bakılan hasta sayısı, yapılan işlem sayısı hakkında bilgi verebilir misiniz?
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Türkiye'deki en büyük kardiyoloji kliniklerinden birisidir. Ve iki taraflı hizmet etmektedir hem İbn-i Sina'da hem de Cebeci'deki kalp merkezinde hizmet etmektedir. 150 yatak sayısı ve 21 doktoru ile hizmetini yürütmektedir. Yapılabilecek her şey hastanemizde mevcuttur o yüzden herhangi bir eksiğimizin olduğunu düşünmüyorum.

Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?
Elbette ki maliyetli bir süreç. Bu, bütün dünyada böyle. Bakacak olursanız Türkiye'de sağlık harcamaları hızla artıyor bunun büyük bir bölümü de ilaç ve yeni tekniklerle ilgili o nedenle biz hep aynı şeyi söylüyoruz; "gereksiz yere ilaç kullanmayın ve tetkik yapmayın." Çünkü her tetkikin faydasının yanında zararları da olabilir. Özellikle radyasyonla ilgili olanlarda veya kanlı dediğimiz tetkiklerde bir risk var tabi, o nedenle gereksiz yere hiçbir tetkikin yapılmasını istemiyoruz.


Prof. Dr. Çetin Erol

Kalp-damar hastalıklarının tanı ve tedavisinde yeni teknikler, heyecan uyandıran teknolojik gelişmeler neler?
Şu anda en gözde şey, aort kapağının ameliyat olmadan aynen anjiyo yapılır gibi bir teknikle değiştirilmesi veya yeni bir aort kapağının oraya yerleştirilmesi işlemidir. Buna uluslar arası platformda TAVI işlemi deniyor. Bu işlem şu anda çok pahalı ve SGK da çok fazla izin vermiyor. Sadece bazı merkezlerde yapılıyor ama zamanla sanıyorum ki, tecrübeli merkezlerin hepsinde ve daha az maliyetli şekilde yapılacaktır.

Peki, siz şu anda yapabiliyor musunuz bunu?
Biz burada yapmak istiyoruz fakat SGK'dan izni alamıyoruz ancak kişi parasını öderse olabiliyor ya da devlet hastanelerinin bir veya ikisinde Sağlık Bakanlığının ve SGK'nın müsaadesi ile yapılabiliyor. Bizde bunu yapabilecek kişi de, tecrübe de var onun için parasını verebilecek bir hasta veya SGK izin verirse yapacağız.

Hangi devlet hastanelerinde yapılıyor peki şu anda?
İstanbul'daki Mehmet Akif ve Ankara'daki Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılabiliyor.

Hasta cebinden mi ödüyor peki?
Özel hastanelerde cebinden ödüyor ama sanıyorum ki Sağlık Bakanlığına ait iki hastanede SGK'nın izniyle devlet ödüyor. Onun için biz bunun üstünde ısrarla duruyoruz bize de bu iznin verilmesi ve bizim de yapabilmemiz için.
Bir diğer önemli gelişme de biraz önce bahsettiğim kişinin genetik yapısına göre ilaç verilmesi.

Kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili Türkiye'nin ilaç politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
İlaçlarla ilgili zaten Sağlık Bakanlığı ve SGK, her yıl gözden geçirerek ilaç fiyatlarını da düşürerek belirli bir politika izliyorlar. Özellikle kardiyolojide kullanılan ilaçların uzman kişilerce belli kriterlere göre verilmesini zaten zorunlu tutuyorlar, geri ödemeyi buna göre yapıyorlar. Eğer siz bu kriterlerin dışında kullanmak isterseniz hasta bunu cebinden ödemek zorunda. Bu tabi doğru bir şey, bazen aksamalar oluyor. Bunlara da gerek biz klinik olarak gerekse TKD gerekçelerini yazarak itiraz ediyor ve çoğu zaman da bu itirazlarda kabul edilip bu hatalar geri döndürülebiliyor.

İlaçların uzman tarafından yazılması sıkıntılı bir durum mu peki?
Kardiyoloji alanında pek sıkıntı yaratmıyor ama hematoloji, nekroloji, endokriloji gibi alanlarda uzman sayısı az olduğu için hastanın o uzmana ulaşması zor olabiliyor.

Peki sizin alanınızda ilaç araştırması yapılıyor mu?
Yapılıyor tabii ama şöyle bir sıkıntı var; bu çalışmaları düzenleyen uluslar arası kuruluşlarca aktarılan kaynaklar döner sermayeye yatıyor ve böyle olunca paranın büyük bir kısmı vergi veya hastane payı olarak gidiyor. Bu da araştırmacının şevkini kırıyor. Ve bu araştırmalar çok sıkı, etik kuralların içinde olan çalışmalar ve çok sıkı denetleniyor. ■

"Başarılı bir kalp merkezi kesintisiz hizmet vermelidir"

"Başarılı bir kalp merkezi yapılanmasında olmazsa olmaz şeklinde ifade edilebilecek temel prensiplerin başında sterilizasyon, modern ve teknolojik donanımlarla yüksek standartta kaliteli hizmet vermenin yanı sıra 24 kesintisiz sürdürülmesi gelmelidir"

Sağlık Bakanlığı Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi emekli Başhekimi **Prof. Dr Cevat Yakut**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Bugün geldiğiniz noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?
45 yıllık hekimlik hizmetinde vatanın her köşesinde çalışıp tüm yetenek ve adanmışlık duygusuyla çalışıp, her kademedeki sağlık kadrolarının heyecanı, kutsal ve asil bir ideale dayanarak yurttaşlarımızın yaşamı ve sağlığını iyileştirmeye uğraştık.



İdari görev olarak yaşamla barışık, zaptiye kafalı idareci olmadan, yetenekli gençleri baş tacı edip, onların önünü açmak başlıca hedefimiz olmuştur. Şevkle başarma heyecanı ile çalışıldığı için hiç zorluk hissedilmedi. Gençlere "ödülü kimin alacağını düşünmeden çalışırsanız ulaşacağınız yerin sınırı yoktur" özdeyişini hatırlatırım.

Günlük 1200 kalp hastasının polikliniğe başvuru yaptığı günlük 25 kalp ameliyatının yapıldığı, 100 koroner girişimin yapıldığı bir merkezin yöneticiliğini yapmak, hekimlik hizmeti ve gereklerinden ayrı düşünülemeyeceği için, her iki görevimi de birbirinden soyutlamak mümkün olmadığı gibi severek yapıldığında zorluk söz konusu değildir.

Koşuyolu Kalp Hastanesine nasıl bir miras bıraktınız?
Koşuyolu Kalp Hastanesi'ne bırakabildiğimi düşündüğüm en değerli mirasın çalışkanlık, dürüstlük, mükemmeliyetçilik, güvenilirlilik, saygınlı, etik kurallara bağlılık gibi insanın kemale ermesini sağlayan değerlere sahip olunması şeklindeki manevi mirastır. Bilim yolunda ilerleyenlere ise çalışarak, araştırarak ve inceleme yaparak doğru ve kesin bilgiyi yaymak olmuştur.

Hastanenizde yapılan işlem sayıları hakkında bilgi verebilir misiniz?
Koşuyolu Kalp Hastanesi kalp cerrahisi ve ileri kardiyolojik girişimler için markalaşmış bir kurum olmasının yanı sıra alanında önemli bir eğitim kurumu olma vasfı kazanmıştır. Kalp akademisi formasyonu ile kardiovasküler cerrahisi, kardiyoloji ve anestezi kliniklerinden başarı ile görev yapan 20 profesör 45 doçent ve 200 üzerinde uzman yetişmiştir. Yetişmiş olan uzman ve akademisyenlerin bir bölümü halen hastanemizde görev yapmakta olup, bir bölümü de ülke satında Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektöre bağlı hastanelerde Koşuyolu protokollerini kullanarak başarı ile görevini sürdürmektedir.
Hastanenin kuruluşundan beri 25 yıllık süreçte ülkemizin kalp transplantasyonu birçok ilklerini barındıran 100 kalp nakli yapılmış, 34 bini açık kalp olmak üzere 48 bin kalp ameliyatı 125 bin koroner anjiografi, 30 bin koroner ve diğer kalp girişimleri yapılmış. 200 bin üzerinde hasta yatarak hastanede 1 milyon 900 bin hasta poliklinikten tedavi görmüştür.

Emekli olduğum 2009 yılı başına kadar Koşuyolu Kalp Hastanesinde ekibimle birlikte 18 bin 5 yüzü koroner bypass olmak üzere, 29 bin üzerinde açık kalp ameliyatı gerçekleştirildi.

Koşuyolu Kalp Hastanesi özellik gösteren, yüksek riskli, ikinci, üçüncü kez hastaların tedavi edildiği bir kurum olması nedeniyle hasta profilimiz standart kalp merkezlerinden çok daha ağır risk taşıyan hasta grubunu tedavi etmiştir.

Başarılı bir kalp merkezinin olmazsa olmazları nelerdir?
Başarılı bir kalp merkezi yapılanmasında olmazsa olmaz şeklinde ifade edilebilecek temel prensiplerin başında sterilizasyon modern ve teknolojik donanımlarla yüksek standartta kaliteli hizmet vermenin yanı sıra 24 kesintisiz sürdürülmesi gelmelidir. Tüm sağlık çalışanlarının yüksek standartta sağlık hizmeti prensibini benimseyerek sürdürülebilir başarıyı gerçekleştirmeleri beklenmelidir. Hali hazırda ülkemizde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerden bir kısmı bu kriterleri karşılamaktadır.

Kalp sağlığı konusunda üretilen politikaları nasıl değerlendiriyorsunuz?
Türkiye'nin kalp sağlığı yönünde değerlendirilmesinde global sağlık sorularından soyutlanması mümkün değildir. Tüm dünyada olduğu oldu gibi ülkemizde de kalp ve damar sağlığı ile ilgili hastalıkların oranı göreceli olarak artmaktadır.

Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sorunlarını değerlendirildiği 2011 yılı projeksiyonunda topluluk ülkelerin temel sağlık sorunu olarak diyabet ve obezite olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yakın akraba evliliklerinin oranın yüksek olması nedeniyle diyabet insi dansı yüksek olmakla birlikte morbit obezite (ileri şişmanlık) oranı düşüktür.

Kardiovasküler risk azaltılması gereken en önemli alınması gereken tedbirler başta sigaranın yasaklanması olmak üzere, yüksek kolesterol, diyabet, hipertansiyon, obezite gibi risk faktörlerinin önlenmesidir.

Mesleğinizde arzu ettiğiniz seviyeye ulaştığınızı düşünüyor musunuz?
Mesleğimde tüm ideal ve hedeflerimi gerçekleştirme şansına sahip olduğumu düşünüyorum. Bütün ömrüm boyunca ülkeme hizmet etmek ve meşguliyetlerim her şeyin önünde yer aldı; yurt dışında çalışmayı asla düşünmedim.
Kamudaki mesleki yaşantımın sona ermesinden sonra hekim ve cerrah olarak hasta sağlık hizmetini sürdürmekteyim.

City of London College






Stratejik Hastane Yönetimi ve Hastane İşletmeciliği

Diploma Programı

Antakya 3 - 25 Aralık 2011

Diploma Programı

Sağlık Ekonomisi ve Politikası
Medikal Muhasebe ve SGK İlişkileri
Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları
Sağlıkta Maliyet Analizi ve Planlama
Sağlıkta Akreditasyon
Hasta Memnuniyeti
Sağlık Hizmetlerinde Etkili İletişim
Modern Hemşirelik Yönetimi

Koordinatör

Pınar Rende
Tel: 0326 221 11 00 / Dahili 2100
GSM: 0532 408 94 00
pinarrende@hotmail.com

İletişim

Fatma Ergüzeloğlu
Kuleli sok. 57/1 G.O.P. Ankara
0312 446 91 14
GSM: 0541 691 88 69 Faks: 0312 446 91 17
http://www.uhs-tr.com - ferguzeloglu@gmail.com

uhs Global Health Conferences

TKD'den yeni proje: Yaşam İçin Stent

"TKD olarak Sağlık Bakanlığı ile birlikte yürüttüğümüz ve üç yıl içinde tüm yurdu kapsaması hedeflenen pilot projemizin adı "Yaşam İçin Stent"

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) Genel Müdürü **Ahmet Ünver**, hospital**manager**'in sorularını yanıtladı.



Türk Kardiyoloji Derneği olarak kardiyovasküler riskin azaltılması yönündeki çalışmalarınız neler?

TKD'nin bu alandaki çalışmaları çok yönlü. Bir yandan gerek dünyadaki gerek Türkiye'deki tanı, sağaltım ve bakım bilgi-teknik ve yöntemlerindeki gelişmeler yakından izlenip öncelikle üyelerimize ve hemen ardından ilgilenen tüm hekimlerimize, hemşire ve teknisyenlerimize aktarılıyor. Bu amaçla eğitim toplantıları düzenliyor; bilimsel dergi ve klinik tanı-sağaltım kılavuzları yayınlıyor; kongre ve eğitim toplantılarımızda yapılan sunumları web cast sistemimiz ve Sunu Merkezi'mizle üyelerimizin sürekli erişimine açık tutuyoruz. Bir başka yandan, bu alanlarda üyelerimizin araştırma projeleri destekleniyor; ulusal ölçekte büyük çaplı araştırmalar geliştirilip gerçekleştiriliyor. Bir yandan da henüz hasta olmayan yurttaşlarımızın hastalanmalarını geciktirmek, hastalarımızın ise daha uzun süre daha konforlu, daha kaliteli yaşamalarını sağlamak için onlara yönelik bilgilendirme-bilinçlendirme-sağlıklı yaşam tarzı değişikliğine özendirme çalışmaları yapıyoruz.

Derneğinizin kardiyovasküler alanda şu an üzerinde çalıştığı araştırma ve çalışmaları hakkında bilgi verebilir misiniz?

20 yıldır devam eden dünyanın en köklü ve en iyi bilinen araştırma projelerinden TEKHARF'in takip taramaları ve veri analizleri 21. yılında hala sür-

dürülüyor. 2007 sonunda başlattığımız akut ve kronik kalp yetersizliği alanlarındaki veri boşluğunu dolduracak iki büyük TKD Araştırma Projesi bu yıl sonuçlandı. Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY)'nin sonuçları 24. ve 25. Kongremizde açıklanmıştı. Bu araştırmanın sonuçlarından daha çok sayıda yayın ve bildiri çıkacağı; bunların yalnız Türkiye için değil tüm Avrupa ve dünya için ilgi odağı olacağı geçen süre içinde iyice görüldü. Hem HAPPY'nin hem Türkiye Akut Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi Anketi (TAKTİK) çalışmasının yeni sonuçları önümüzdeki dönemde de sürecek. Dünyada epidemiyolojik boyutlara ulaşan ve ülkemizde tahmin edilenden çok daha geniş boyutlara şimdiden ulaştığı HAPPY çalışmamızın ilk sonuçlarından anlaşılan kalp yetersizliğinin tedavi maliyeti yılda 38 milyar dolardır. Bunun 23 milyar doları tekrarlayan hastaneye yatışlardan kaynaklanmaktadır.

Hastane sonrası kronik kalp yetersizliği bakım programlarının geliştirilmesi kalp yetersizliğinin ülke ekonomisine getirdiği yükü azaltması; hasta yaşam kalitesini ve süresini uzatması açısından zorunludur. Hit Point (Türkiye'de Kronik Kalp Yetersizliğinde Hastane Sonrası Monitorizasyon Programı) Çalışması bu amaçla geliştirilmiş bir pilot çalışmadır. 10 merkezden ikişer uzman doktor ve ikişer hemşireye, çalışma başlamadan önce, 25 ve 26. Ulusal Kardiyoloji Kongrelerimizde kalp yetersizliğinin takibi ve hasta eğitiminin nasıl gerçekleştirileceği konusunda uygulamalı güncel eğitim verildi. Takip toplantısı 27. Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nde yapılacak.

2009'da başlatılan Türkiye'de beta reseptör gen polimorfizmi (β - GENTÜRK) çalışmasının yurt çapındaki merkezlerde toplanan kan örnekleri Ege Üniversitesi Laboratuarlarına ulaştırılıp analiz sonuçları alınmaya başlandı. β – GENTÜRK'ün ilk sonuçları da yakında duyurulacak.

Kalp Kapak Hastalıkları Çalışma Grubumuzun "Türkiye Kapak Hastalıkları Veri Tabanı Çalışması" Türkiye'de kapak hastalıklarının durumunu belirlemek üzere başlattığı anket çalışmasına katılmak isteyen merkezler ya da bireyler belirlendikten sonra protokol genel ağa açıldı. Çalışma 25. Kongre sırasında yapılan bir eğitim toplantısıyla başladı. İlk geçici sonuçlar Haziran 2010'da Kapak Hastalıkları-Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları Ortak Toplantısında sunuldu. Genel sonuçları 25 Haziran 2011 Van Kapak Hastalıkları Yıllık Toplantısında duyuruldu.


Ahmet Ünver

Başına bir kalp damar olayı gelmiş tüm Avrupalılar arasında bir yıl sonra hala en çok sigara içenler, en az egzersiz yapanlar, en ağır beslenenler, verdikleri kiloları en çok ve en hızlı geri alanlar, kontrollerini ve düzenli ilaç alımını en çok aksatanlar: Türkler

Tümüyle TKD kaynaklarından karşılanan bu ulusal çaplı araştırmaların yanı sıra üyelerimizin tasarlayıp geliştirdikleri projelerle Araştırma Destek Fonumuza başvuruları özendirildi; gönderilen projeler Araştırma Destek Fonu Değerlendirme Kurulumuzca değerlendirilirdi, başarılı projeler desteklendi.

Kalp-damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri göz önünde tutulduğunda sadece Türkiye'ye özgü unsurlar var mı?

Yapılan araştırmalar, kalp damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri açısından Türkiye'ye özgü en önemli unsurların "inatçılık ve vurdumduymazlık" olduğunu gösteriyor. Euroaspire çalışması "başına bir kalp damar olayı gelmiş tüm Avrupalılar arasında bir yıl sonra hala en çok sigara içenlerin, en az egzersiz yapanların, en ağır beslenenlerin, verdikleri kiloları en çok ve en hızlı geri alanların, almaya devam edenlerin, en çok içki içmeye devam edenlerin, kontrollerini ve düzenli ilaç alımını en çok aksatanların Türkler" olduğunu ortaya koydu.

Bazı araştırma sonuçları toplumumuzda yaygın bir "HDL düşüklüğü" olduğunu savunurken bazı araştırmacılarımız buna karşı çıkıyorlar. Ama tartışılmayan bir gerçek, henüz hasta olmayanlar bir yana, başına bir kalp damar olayı gelmiş, bu nedenle hastaneye yatmak zorunda kalmış insanlarımızın bile hastalıklarını koruyup geliştirmeye büyük bir inatçılıkla sarıldıklarını gösteriyor.

Türkiye'de kardiyolog – kalp ve damar cerrahı sayısı yeterli ve dağılımı dengeli mi?

Burada en önemli sorunumuz, dünyadaki tüm gelişmelerin aksine Türkiye'de uzmanlık eğitim süresinin kısaltılmasıdır. Bütün dünyada altı yılda yetişen kalp damar uzmanlarını biz dört yılda yetiştirebileceğimiz yanılgısı ve inadını hala sürdürüyoruz.

Kalp hastası olmamak için 10 emir

Memorial Şişli Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölüm Başkanı **Prof. Dr. Bingür Sönmez**, kalp hastası olanlar ve olmak istemeyenler için hospitalmanager dergisine önerilerde bulundu



Kalp hastası olmamak için:

1. Diyet - sağlıklı beslenmeye çocuk yaşlarda başlanacağını unutmayın.
2. Boy – kilo oranına çok dikkat edin.
3. Kadınlar, menopozunuzu mutlaka geciktirin.
4. Fizik aktivitenizi arttırın, tembellik ve aşırı stresten uzak durun.
5. İş ve meslek konusunda hiçbir zaman beceri ve olanaklarınızı zorlamayın.
6. 20 yaşından sonra hiç olmazsa bir kez; kan yağları (kolesterol, trigliserid, HDL, LDL), Lp(a), homosistein ve HS- CRP kontrolü yaptırınız.
7. Aile hikayenizde erken kalp hastalığı varsa, diyabet, yüksek tansiyon hastası iseniz 30, değilseniz 40 yaşından sonra her yıl kan yağları (kolesterol, trigliserid, HDL, LDL), Lp(a), homosistein kontrolü ve efor testi yaptırın.
8. Kendinizle, yaşamla, ailenizle, eşinizle, dostlarınızla barışık olun, A tipi (çabuk karar veren, hırslı, kavgacı, acele hareket eden) kişiliğiniz varsa yavaşlayın.
9. SİGARA İÇMEYİN.
10. Hastalığınızı, aileniz veya çevrenizle ilgili sorunlarınızı bir liyezon psikiyatri uzmanı ile görüşün.



Kalp hastası olanlar için:

1. SİGARA İÇMEYİN, sigara içilen ortamda bile bulunmayın.
2. Düzenli olarak bir kardiyologun kontrolüne girin.
3. Tedaviniz ilaç, balon veya ameliyat olabilir, hepsinin olumlu, olumsuz yanlarını, uzun dönem sonuçlarını doktorunuzla tartışın.
4. Abartılmış fizik aktivitelerden kaçının ve bir kardiyak rehabilitasyon uzmanının hazırladığı bir programa başlayın.
5. Devamlı kullanmanız gereken ilaçlarınızı ihmal etmeyin, özellikle yüksek tansiyon ilaçlarınızın yedeğini bulundurun.
6. Kan yağlarınızı 3 ayda bir kontrol ettirerek tahlil raporunda yazan normal sınırın altında tutun.
7. Kan yağlarınızı kontrol için diyetin yetmediği durumlarda sürekli ilaç kullanın.
8. Aile ve sosyal yaşamınızı bir kez daha gözden geçirip hayatınızdaki olumsuzlukları en aza indirin.
9. Hastalığınız için ailenizi ve çevrenizi suçlamayın, sorunlarınız için bir liyezon psikiyatri uzmanından yardım alın.

Kalp hastası olan aileler için:

1. Hiçbir zaman onu hasta olduğu için suçlamayın.
2. Tetkik ve tedavinin her aşamasında onu destekleyin, teşvik edin.
3. Hastalığın oluşmasında kendinizi de hatalı buluyorsanız, bunu abartılı şekilde telafi etme telaşına girmeyin. Onun hastalığını siz hep aklınızda tutun, fakat ona unutturmaya çalışın.
4. Hasta olan babanız, anneniz veya kardeşiniz mutlaka kan yağları (kolesterol, trigliserid, HDL, LDL), Lp(a), homosistein ve HS- CRP kontrolü yaptırınız ve efor testi yaptırın.
5. Diyetinde bir aile programı olması gerektiğini aklınızda tutun.
6. Eşinizin ilaçlarını ve kontrol günlerini yakından takip etmenizin ona yaşama sarılma ve güven duygusu vereceğini unutmayınız.
7. Bu hastalığın ekip çalışmasıyla, yani eş, çocuk, kardeş, yakın arkadaşla daha kolay yenileceğine inanın.
8. Hastanızı yardımcı olabilmek için siz de SİGARA İÇMEYİN.
9. Hastanızla iyi bir iletişim kuramıyorsanız bir liyezon psikiyatri uzmanından yardım isteyin.



İzmir Ofis
1438. Sokak 9 / A Alsancak - İzmir
Telefon 0232 464 0535 • Faks 0232 463 2108

Ankara Merkez
Üsküp Caddesi 24 / 9 Çankaya - Ankara
Telefon 0312 426 4949 • Faks 0312 428 6149

Türkiye halkının temel besini ekmek

"Türkiye halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye'de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin ortalama yüzde 44'ü sadece ekmekten, yüzde 58'i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır"

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü **Dr. Seraceddin Çom,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'nin kalp sağlığı haritasını nasıl değerlendirmek gerekir?

Kalp ve Damar Hastalıkları halen dünyada ve ülkemizde bir numaralı ölüm ve hastalık nedenidir. Ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklar tüm ölüm nedenleri arasında yüzde 47 ile ilk sırada yer almakta olup, iskemik kalp hastalıkları yüzde 21 ve serebrovasküler hastalıklar yüzde 15 oranları ile ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır (Kaynak: Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Türkiye, 2004).

Türkiye'de Hipertansiyon Prevelans 2005 Çalışması'nın yılı sonuçlarına göre ulusal düzeyde ve cinsiyete göre hipertansiyon prevelansı toplamda yüzde 31,8 erkeklerde yüzde 27,5 iken kadınlarda yüzde 36,1'dir. TEKHARF 2009 çalışmasında ise hipertansiyon sıklığı erişkin 37 yaş ve üstü erkeklerde yüzde 38 kadınlarda yüzde 46 olarak tespit edilmiştir. TURDEP II (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans) araştırması 2010 ön sonuçlarına göre 20 yaş üstü nüfusta hipertansiyon sıklığı yüzde 31 olarak tespit edilmiştir. PURE (Prospektif Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Araştırması - Prospective Urban and Rural Epidemiological Study) 2010 sonuçlarına göre 35-70 yaş arası nüfusta hipertansiyon sıklığı yüzde 41 olarak bulunmuştur. 2003 hane halkı araştırmasında, beyana dayalı olarak 18 yaş üstü cevaplayıcıların toplamda yüzde 13,67'sinin (erkekler yüzde 7,57 kadınlar yüzde 18,25) hekim tarafından hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu son çalışmada tanılar sorulmuş olup diğer çalışmalarla kıyaslandığında tanı almayan büyük bir grup olduğu söylenebilir.


Dr. Seraceddin Çom

Geleceğe ilişkin projeksiyon nasıl?

2000 yılında erkeklerde Türkiye genelinde saptanan toplam ölüm sayısı 233 bin 283'tür. 2010 yılında erkeklerde beklenen ölüm sayısı 279 bin 453, 2020 yılında 353 bin 560 ve 2030 yılında ise 483 bin 12'dir. Buna göre 2030 yılına kadar erkeklerde ölüm sayılarında 2000 yılına göre 2,07 kat artış beklenmektedir. 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103 bin 071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123 bin 411, 2020 yılında 144 bin 297 ve 2030 yılında 180 bin 530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. Otuz yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (Kaynak: Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Türkiye, 2004).



Kalp-damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri göz önünde tutulduğunda Türkiye'ye özgü unsurlar neler?
Kalp ve damar hastalıklarının gelişiminde temel risk faktörlerinden olan; tütün kullanımı, obezite ve fiziksel hareketsizliğin önlenmesi toplum tabanlı stratejileri içeren yaklaşımlardır. Türkiye'de obezitenin önlenmesi ile 57 bin 143 kişi, sigara içmenin önlenmesi ile 54 bin 699 ölümün önlenebileceği görülmektedir. Fiziksel hareketliliğin arttırılması ile 45 bin 120, meyve ve sebze tüketiminin arttırılması ile ise 38 bin 734 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. (Kaynak: Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Türkiye, 2004).

Türkiye halkının beslenme profili nasıl?
Türkiye halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye'de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin ortalama yüzde 44'ü sadece ekmekten, yüzde 58'i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt, yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagiller, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına rağmen, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir
Toplumun bazı kesimlerinde yeterli gıdaya ulaşamama ve hayvansal ürünlerin az miktarda tüketilmesine bağlı olarak



"Düşük ve orta gelirli çoğu ülkede kronik hastalıkların etkisinde artış var. Kronik hastalıkların önlenmesinin ve kontrolünün güçlendirilmesinde rol yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır"

makro ve mikro besin öğeleri eksikliği görülmektedir. Türkiye'de, enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, enerjiyi yetersiz düzeyde tüketen ailelerin oranı düşüktür. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir. Proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Tahıl ve tahıl ürünleri tüketimi ilk sırada yer alırken sebze tüketimi ikinci sırada yer almaktadır. Et ve et ürünleri protein açısından çok önemli besinler olmasına rağmen Türkiye genelinde tüketim yüzdesi diğer besin gruplarının tüketimleri içinde sadece yüzde 3'tür. .(Kaynak: Türkiye Kronik hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları, Ankara 2011)

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca, beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır.

Obezite görülme sıklığı nasıl?
Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme sıklığı giderek artmaktadır. TURDEP II araştırması 2010 ön sonuçlarına göre obezite sıklığı yüzde 36 bulunmuştur. Çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığını araştıran ulusal düzeyde yapılmış bir çalışma mevcut olmamakla birlikte lokal ve bölgesel düzeyde yapılan çeşitli çalışmalar çocuklarda obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli tedbirlerin alınması gerektiğini göstermektedir.

UHY Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun yüzde 20,32' sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, yüzde 15,99' unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı yüzde 63,69' dur.

Kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde sakatlık ve ölümlerin en önemli nedeni olarak kabul ediliyor. Gelecek yıllarda durum değişebilir mi?
Düşük ve orta gelirli çoğu ülkede kronik hastalıkların etkisinde artış görülmektedir. Kronik hastalıkların artan öneminin anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi hayati bir önem taşımaktadır. Bunun için, kronik hastalıkların önlenmesinin ve kontrolünün güçlendirilmesinde rol oynayan ulusal liderler ile uluslararası halk sağlığı camiası tarafından belirlenecek yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.
Kronik hastalıklar tehdidinin üstesinden var olan bilgi kullanılarak gelinebilir.

Çözümler etkindir ve yüksek oranda maliyet-etkilidir.

Başarıya ulaşılmasında ulusal düzeyde hükümet tarafından yürütülen kapsamlı ve entegre eylem önemli bir araçtır.

DSÖ hedefleri içinde kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde gelecek 10 yıl için dünya çapında yıllık yüzde 2'lik ek bir düşüş sağlanması yer almakta olup bu, 2015 yılı itibarı ile 36 milyon erken ölümün meydana gelmesini önleyecektir. Bu hedefe ulaşmaya yarayacak bilimsel bilgi de mevcuttur. Bizler de DSÖ önerileri doğrultusunda çalışmalarımızı yürütüyoruz.

Ulusal kalp sağlığı politikasının oluşturulması yönünde önerileriniz neler?
Kalp ve damar hastalıklarına sebep olan risk faktörleri ile mücadele ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Avrupa Birliği ve DSÖ, Avrupa Bölgesi'ndeki kalp damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmak amacıyla "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi"ni imzaya açmıştır. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme Sayın Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarınca imzalanmıştır.

"Bypass olmaya yurtdışına çıkan hasta duyuyor musunuz?"

"Kalp hastalıkları sebebiyle ün kazanmış bir hastaneyiz. Artık koroner bypass olmaya yurtdışına çıkan hasta pek sık duyuyor musunuz? Ben duymuyorum..."

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi Başhekim, **Prof. Dr. Mustafa Paç,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı



Hastanenizde kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında verilen hizmetler neler?

1965 yılında kurulan hastanemiz, kuruluş amacı olarak hastaların tedavi için yurt dışına gitme zorunluluklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan, Türkiye'nin önde gelen bir hastanesidir. Temelde kardiyoloji ve kalp cerrahisi ağırlıklı bir hastaneyiz. Alanında Türkiye'de bu alanda en iyilerden ve vaka potansiyeli, yaptığı yayınlar ve uluslararası camiada söz sahipliği bakımından dünya çapında da önemli bir yere sahip. Branşlarındaki yayınlarda Türkiye'nin en iyisi olma özelliğini çok uzun süredir koruyor ve bunun yanı sıra uluslararası yayın ve yapılan iş hacminde de dünya çapında da saygınlığı olan bir merkeziz.

İşlem sayılarınız nasıl?

Örneğin bizde günde yaklaşık dört yüz tane kardiyoloji hastası, iki yüzden fazla da kalp cerrahisi hastası yani kardiyovasküler cerrahi hastası bakılıyor. Yılda üç bin tane kalp damar ameliyatı yapılıyor burada. Yılda on bin de anjiyo yapılıyor, bunlar azımsanacak rakamlar değil. Yedi tane ameliyathanemiz, beş tane kateter anjiyo laboratuvarımız, iki yüz yatağımız ve sadece bu dalda da altmış yoğun bakım yatağımız var. Böyle bir kapasite dünyada sayılı yerlerde var. Türkiye'de bu kadar yüksek potansiyelli çalışan Siyami Ersek Hastanesi ve Koşuyolu hastaneleri var; biz onların biraz kıdemlisi sayılırız, belki Siyami Ersek Hastanesi olmayabilir ama Koşuyolunu da kuran da Yüksek İhtisas Hastanesidir. Ekibimize gelirsek, 30'a yakın kardiyolog, 28 tane kalp cerrahı; tabi bunlar profesör, doçent, şef, şef yardımcısı ve baş asistan olmak üzere, bu kadro da her yerde yok. Ve ellinin üzerinde de asistanımız var, kardiyoloji ve kalp cerrahı genelinde. Tabi bu kadar büyük bir üretimi bu kadar kuvvetli bir ekiple sağlayabiliyorsunuz. Zaten bu hastane de kalp hastalıkları sebebiyle ünlenmiş bir hastane. Artık koroner bypass olmaya yurtdışına çıkan hasta pek sık duyuyor musunuz? Ben duymuyorum ama evvelden böyleydi.

Kardiyolog ve kalp-damar cerrahı branşında hekim – yardımcı personel sıkıntısı yaşıyor musunuz?

Evet, hekim sıkıntımız yok ancak yardımcı personel sıkıntımız var. Bu bütün dünyada böyle. Bugün Amerika'nın 300-400 bin tane hemşire açığı var bizim de 15-200 bin hemşire açımız var yani hemşire açığı çok büyük boyutta, bütün dünyada olduğu gibi. Nedeniyse, planlama iyi yapılmamış. Tabi bütün suçu devlet büyüklerimize de atmak olmaz ama planlama hatası bu. Bugün Türkiye'de 7-8 bin hemşire yetiştiriliyor, her yıl mezun oluyor. Hâlbuki ihtiyaç, 25 bin hemşire üzerinden gidilirse bu açık kapatılabilir. Her yıl 25 bin hemşire yetiştirmek lazım ki bu sıkıntı çözülebilsin.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yeterli ve yaygın düzeyde mi?

Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de kalp hastalıkları ve kalp cerrahi merkezlerinin de koordinasyonlarını yaptı. Şimdi bu haliyle Türkiye'de resmi ve özel iki yüzün üzerinde kalp merkezi var. Bin tane cerrah, iki bin beş yüz tane de kalp cerrahı ve kardiyolog var. Bu rakamlarla Türkiye'de optimuma ulaşıldı ve Sağlık Bakanlığına ait 22 tane yeni kalp merkezi kuruldu. Bunlardan altısını da Yüksek İhtisas olarak biz kurduk. Ben de bu işlerin; yani Türkiye kalp cerrahisi organizasyonunun koordinatörüyüm. Yalnız bu ülkeyle kalmadı, Sağlık Bakanlığı Türk-i Cumhuriyetlerde de kalp merkezleri organizasyonları kurmaya başladı. Azerbaycan ve Özbekistan buna örnektir. En son Özbekistan'da da ameliyatlara başladık, orada da bir merkez kurduk.

Ulusal kalp sağlığı politikasının oluşturulması yönünde önerileriniz neler?

Ulusal kalp sağlığı politikasının ilk önemli mimarı Kardiyoloji Derneği. İkincisi Kalp Damar Cerrahisi Derneği ve üçüncü olarak da Bakanlığın görevlileri, yani bizleriz. Tabi üniversiteler de bu grupların içindeler. Bizim görevimiz, "kalpleri kurtaralım, kalpleri kazanalım". Yurtdışı projemizin adı da bu. Bu proje, Türk Cumhuriyetlerinde yaptığımız üç temel ayaklı bir proje. İlk olarak, oradan insanları alıp burada eğitiyoruz, doktor teknisyen cerrah hemşire hepsini. İkincisi, orada bir kalp merkezi kurulmasına yardımcı oluyoruz. Üçüncü olarak da oraya giderek onlar yeterli olana kadar onlarla çalışıyoruz. Kardiyoloji Derneği de böyle bir proje yapıyor. Bizse bunu, Kalp Damar Cerrahisi Derneği ve Yüksek İhtisas olarak yapıyoruz.

Kalp ve damar hastalıklarının tanı ve tedavisi maliyetli bir süreç mi?

SGK çok dinamik bir kurum ve bu konuda çalışmalar yapıyor. Örneğin son olarak yaptığı bir çalışma; ilaç kaplı stentlerin kimlere ücretsiz verileceği konusunda karara vardılar. 20-25 mm den uzun, 2 mm'den geniş, diyabet gibi risk faktörlerinin olduğu bir gruba devlet bu stentlerin ücretini ödüyor. Ancak yaygın kullanımı nedeniyle diğer gruplara ödemiyor. SGK zaten bu konularda sürekli çalışıyor ve gelinen aşamada bir örnek bu.

Hastaya stent konulmasına karar verme süreci hastanenizde nasıl işliyor? Gereksiz stent kullanımına yönelik getirilen eleştirileri nasıl karşılıyorsunuz?

Bu çok derin bir konu aslında. Bizim stent konusunda kalp sağlığı kurulu olarak önerdiğimiz stent girişiminin bir konseyce, en azından kardiyolog ve kalp cerrahının olduğu bir konseyce kararlaştırılması yönünde olduğu. Sanayi ve teknolojinin hızla ilerlemesi ve değişmesi, teknolojik kullanımların miktarını da arttırdı. Ama neyin nerede kullanılacağına dair tıpta altın kurallar var, tabi bunlar da yıllar içerisinde değişiyor ama o kurallara uyarak ve tek kişinin kararıyla olmadan yapılırsa işlem, çok daha verimli olacağına inanıyorum.

www.hospitalmanager.com.tr



sağlık profesyonelinin

yeni adresi

www.hospitalmanager.com.tr

YAYINDA



Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren küçük merkezler birleştirilmeli

"Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yaygın fakat yeterli düzeyde değil. Küçük merkezlerin birleştirilip orta-büyük ölçekli merkezlere dönüştürülmesi kanımca sorunu çözecektir"

Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi **Prof. Dr. İbrahim Yekeler,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



Hastanenizde kardiyoloji ve kalp cerrahisi alanında verilen hizmetler neler?

Hastanemiz toplam 524 yatak kapasitesi olup, hastanemizde 14 ameliyathane ve 5 anjiyografi salonu ve 1 elektrofizyoloji laboratuarı, 11 eko, 4 efor cihazı, nükleer tıp laboratuarında 2 gama kamera cihazı bulunmakta ve ortalama günde 20 açık kalp, 5 damar ve göğüs cerrahisi ameliyatı yapılmaktadır. 2010 yılında 5 bin 898 göğüs kalp ve damar ameliyatı ve 11 bin 913 anjiyografi işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu hizmetler 17 şefimiz, 17 şef yardımcımız, 33 başasistanımız, 82 uzmanımız, 123 asistanımız, 452 ebe ve hemşiremiz; toplam 1350 çalışanımızla verilmektedir.

Kardiyoloji alanında verilen poliklinik hizmetleri nasıl?

1. Koroner kalp hastalıkları, kalp kapak hastalıkları, doğumsal erişkin kalp hastalıkları alanında hizmet veren 6 adet genel kardiyoloji polikliniği, 2 adet pediatrik Kardiyoloji poliklinikleri var.
2. Kalp ritim bozuklara alanında hizmet veren aritmi polikliniği, kalp pili polikliniği ve uzun süreli ritim ve tansiyon takip analizleri yapan holter laboratuarı mevcut.
3. Kalp yersizliği hastalarına ve kalp nakli yapılmış hastalarımıza hizmet veren kalp yetersizliği, kalp nakil (Transplantasyon) polikliniği var.
4. Akciğer basınç yükselmesi olan nadir görülen akciğer tansiyon yükselmelileri ile ilgilenen pulmoner hipertansiyon polikliniği mevcut.
5. İl dışı gelen, acil ameliyat planlanan hastalara randevusuz hizmet veren konsültasyon polikliniği var.

46 yataklı kardiyoloji acil ve koroner yoğun bakım





ünitesi ile kesintisiz hizmet vermekteyiz.

Poliklinik hizmetleri dışında ve 5 anjiyografi salonu ve 1 elektrofizyoloji laboratuarı ile; koroner anjiyografi, balon, stent işlemleri, elektrofizyolojik çalışma, kalp pili uygulamaları, kalp kapak balon işlemleri, genetik kalp adale hastalıklarında girişimler, kalp biyopsi uygulamaları, doğumsal kalp hastalıkları olan pediatrik ve erişkin hastalarda tanısal ve tedavi edici kateter uygulamaları, kalp defetklerinin şemsiye uygulamaları ile kapatılması gibi işlemler uygulanmaktadır. Ayrıca invazif radyoloji laboratuarlarımızda periferik damar, boyun damar stent girişimleri, fistül kapatılmaları gibi kompleks işlemler yapılmaktadır. Efor testi ve nükleer tıp laboratuarları ile yıllık ortalama 35 bin hastaya tanı sağlanmaktadır.

Kalp cerrahisi alanında verilen hizmetleri anlatır mısınız?

6 adet damar ve kardiyovasküler cerrahi poliklinik ile hasta değerlendirme ve takipleri yapılmaktadır. Hastanemizde açık kalp ameliyatları, kapalı kalp ameliyatları, konjenital kalp ameliyatları (açık ve kapalı), toraks cerrahisi ameliyatları, damar ameliyatları yapılmaktadır. Ayrıca göğüs hastalıkları, nefroloji, nöroloji, endokrinoloji ve diş hastalıkları alanında yatan hastalara hizmet veren konsültasyon hekim ve polikliniklerimiz mevcuttur.

Kardiyolog ve kalp-damar cerrahı branşında hekim – yardımcı personel sıkıntısı yaşıyor musunuz?

Eğitim araştırma hastanesi olmamız nedeniyle hekim sıkıntısı yaşamıyoruz tam tersine özel sektörün de yetişmiş kalifiye hekim ihtiyacının büyük çoğunluğunu da hastanemizin sağladığı bu konuda Siyami Ersek adı ile bir marka oluşturduğu söylenebilir. Yardımcı sağlık personeli alanında ülkemizde genel eksiklikte olduğu bilinmektedir. Fakat yaptığımız düzenlemeler ile bu sayı eksikliği hissedilir ölçüde değildir. Fakat uzun vadede yardımcı sağlık personelinin artırılması, hizmet kalitesinin artırılmasını ve personel hasta ikili ilişkisi ve memnuniyetini artıracaktır.

Kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren merkez sayısı yeterli ve yaygın düzeyde mi?

Kalp ve damar cerrahisi hizmetleri gelişmiş cihaz, ekipman ve personel gerektirdiğinden; olması gereken, 24 saat kesintisiz ekip desteği verebilecek, oluşacak komplikasyonlarını da takip edebilecek büyük merkezlerin yaygınlaştırılmasıdır. Bu pencereden baktığımızda merkezlerin yaygın fakat yeterli düzeyde olmadığıdır. Küçük merkezlerin birleştirilip orta-büyük ölçekli yukarıda bahsettiğim destekleri sağlayabilecek merkezlere dönüştürülmesi kanımca sorunu çözecektir.

Kardiyovasküler hastalıkların büyük çoğunluğu yatarak tedavi gerektirdiğinden poliklinik oranlarına göre de diğer branşlara göre işlem sayıları yüksek kalmaktadır. Türkiye'nin bu oranlar açısından Doğu Avrupa verileri ile yakın orandadır. Fakat işlem uygulayan küçük merkezlerin birleştirmemeleri bireysel bazda sayıyı artırabilir, denetim zorlaştırabilir ve kalite azaltabilir.

Hastaya stent konulmasına karar verme süreci hastanenizde nasıl işliyor?

Hastaya yapılacak tedaviyi etkileyen bir takım faktörler var: Hastanın yaşı, ameliyat veya işlem riskini değiştiren diğer risk faktörleri, toplam işlem riski, hastanın anatomik damar yapısı v.b. durumların işleme uygunluğu gibi faktörler. Bu faktörlerin değişik uzmanlık nosyon ve eğitimleri almış branşlarca beraberce karar verilmesi lazım. Hastanemizde göreve geldiğim günden itibaren yerleştirdiğimiz bu sistem ile hasta ile ilgilenen iki Kalp Damar Cerrahisi ve iki Kardiyoloji hekimi tarafından ortak konseyce karar verilmektedir. Hastanın tüm iş günleri sabah mesai öncesi yaptığımız genel konseylerce de ilgili kliniklerin, kardiyak anestezi, gereğinde hastanın durumuyla ilgili örneğin diyalize giren bir hasta için Nefroloji hekiminin de görüşünü alarak, sorunlu hastaların da kararları verilmektedir. Avrupa tarafından yeni yayınlanan stent ameliyat işlemleri için tekrar damarlandırma (revaskülarizasyon) kılavuzlarında bizim hastanemizde sekiz yıldır kullanılan bu sistemi önermesi de yaptığımız ön görünün ne kadar yerinde olduğunu göstermiştir. Hastanemizde hasta stent raporları ilgili uzmanların konseyi ve ayrı ayrı yaptıkları elektronik şifrelemeleri ile verilmekte olup, konsensüs sağlanmadan rapor çıkması da mümkün olmamaktadır. Farklı açılardan bakan uzmanların görüşünün olmadığı ve konseyce değerlendirilmeyen stent prosedürlerinde bireysel değerlendirmeler olabilecek, bahsettiğiniz endişelerin olması kaçınılmaz olacaktır. ■

2010 yılı istatiksel veriler	
Anjiyo Sayısı	11.913
Ameliyat Sayısı	5.898
Poliklinik Hasta Sayısı	285.446
Yatan Hasta Sayısı	14.805
Kalp Pili	906
Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi	10.487
Holter Sayısı	8.897
Efor Sayısı	24.004
Eko Sayısı	44.959
Direk ve İndirek Grafi Sayısı	93.726
Elektrofizyolojik çalışma	405
Biyokimya Lab. Tetkik Sayısı	1.991.322
Bakteriyoloji Lab. İşlem Sayısı	857.648

Kardiyoloji fazlasıyla fedakârlık ister

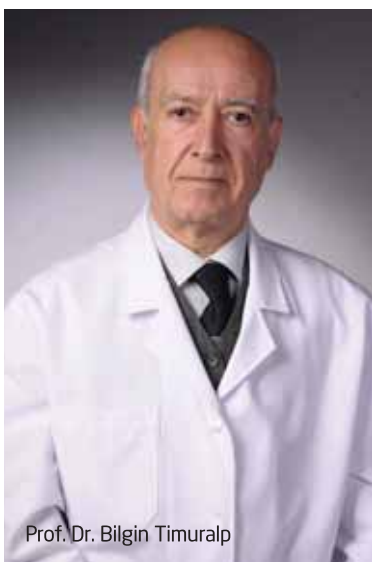
"Kardiyoloji, birçok anabilim dalından daha fazla fedakârlık, soğukkanlılık sabır ve hatta el becerisi ister. Şimdilerde mantar gibi biten kateter laboratuvarları, bunların fabrika gibi çalışan işletme-hastaneleri dolayısı ile adeta koroner anjiyo uygulama merkezlerine dönüşmüştür"

Anadolu Kardiyoloji Dergisi Baş Editörü **Prof. Dr. Bilgin Timuralp** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'nin kalp sağlığı haritasını nasıl değerlendirmek gerekir?
Yıllar içinde TEKHARF çalışmasının giderek Türkiye kalp sağlığı haritalanmasında daha fazla ciddiye alındığını, değer kazandığını ve bu çalışmadan daha uzun soluklu ya da kapsamlı bir çalışmanın henüz bizlere ulaşmadığını üzülerek görmekteyim.

Yurdumuzun bugünkü kalp hastalıkları yükü, ancak konusunda eğitilmiş aile hekimlerinin vereceği çok yüksek sayıda ve dolgunluktaki bilgilere dayandırılması gerekirken, eldeki genel ve büyük sayıdaki veriler, devlet memurunun "işi bitirme ön koşulu" ile yaptığı muayene ve mortalite-morbidite sonuçlarına dayanmaktadır.

Kalp-damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri göz önünde tutulduğunda Türkiye'ye özgü unsurlar neler?
Tarım nüfusundaki mevsimsel değişikliğin, özellikle erkeklerde meydana getirdiği "6 ay çalış-6 ay yat" yaşam biçiminin özgü unsur olarak, göz önünde tutulmayan fakat doğru olan bu kavram ne yazık ki bilinmemekte ve incelenmemektedir. Ekim başı ile Şubat sonundaki vücut kitle indeksi farkı hipotetik olarak o kadar ciddidir ki, nerede ise araştırma sonucunu önceden belirtmektedir. Kadın nüfusundaki işsizlik oranının ne kadar yapay olduğunu, tarım üretiminde kadının büyük katkısının, aktivite açısından risk faktörleri açıklanırken gündeme gelmemesinden bellidir.


Prof. Dr. Bilgin Timuralp

Koroner kalp hastalığı görülme sıklığı Türkiye'de ve dünyada yıllara göre nasıl bir seyir gösteriyor?
Eldeki yönetsel ve bilişsel veriler yurdumuzda koroner kalp hastalığı görülme sıklığının arttığını, artış eğiminin belli bir durağan seyre varmak üzere olduğunu görüyoruz. Tüm dünyayı ele alırsak, Avrupa ülkelerinde ve hatta kuzey Amerika'da artış eğiminin azaldığını, ama doğu Avrupa ülkelerinde halen eğimdeki artışın sürdüğü, ciddi şekilde ortaya çıkmıştır. Buna karşılık daha az mortalite ile sonuçlandığı, fakat sakat kalan bu kişilerin kalp yetmezliği tanısı ile kaydedildiği en ilgi çekici noktadır. Sonuç olarak; önümüzdeki on yıllara göre, son yıllara baktığımızda artış devam etmektedir.

Kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde sakatlık ve ölümlerin en önemli nedeni olarak kabul ediliyor. Gelecek yıllarda durum nasıl olabilir?
Futbolu bilgisayarda oynayan, hız yarışını ve bire bir mücadeleyi bilgisayar oyunlarında yapan, dağları uçak görüntülerinden seyreden genç nesil (uyuşturucu bağımlısı olmayan) olarak ateroskleroz yaşına kadar gelen sağlıklılar, oran olarak, gerçeği yaşayan kişilerden çok daha fazla riskli olacaktır. Doksan yaşına gelmiş bir erkeğe artık-çok mu yedin, çok mu sigara içtin-diye sormayacağız. Zannediyorum ki, genetik olmayan bir erken yaş aterokselerozunu ulusal ve uluslar arası ciddi bir eğitim, kısıtlamalar ve yaptırımlarla önleyebileceğiz. Ama bugünden riski yüklenmiş kişilerin on-yirmi sene sonra önlerine gelen morbidite ve mortalite faturalarından kaçmaları mümkün olmayacağına göre, sonuç; bu yüzyılın ikinci yarısında bir miktar ateroseklerozda iyileşme umabilirim, peki aort kapak darlıkları ne olacak? Konjenitaller azabilecek mi?

Kalp ve damar sağlığınızı korumak yönünde neler yapıyorsunuz?
Yapım dolayısı ile, kalp-damar sağlığımın çok iyi olduğu ve korunmaya ihtiyacım olmadığı konusunda kötü bir ön yargım var. Yine de kalabalık aile bireylerim dolayısı ile, en azından aterojenik olmayan bir beslenme rejimi, gıdalarımızın temelini oluşturmakta.

İzmirli olduğum için gerçekten bol ot ve sebze, yemekler has ve özel zeytinyağlı. Kışın kışlık evde, en az yarım saat akşam yemek öncesi, yirmi watt dirençte bisiklete binerken, yalnızca belgesel izliyorum. Kahrolmayım diye, o sırada haberleri alt yazıdan okuyorum. Yemeklerimizde tuz muhtevası günde adam başına 5 gramı hiçbir zaman bulmaz. Uykum 6 saati geçmez, maalesef 20-30 yıldır gözlük muayenesi hariç muayene olmadım. Kan şekerimi ya da lipidlerimi 25 yıldır bilmiyorum. Yazın fizik aktivite açısından bahçemde sulama, çim biçme, ağaç budama ve çapalama gibi düzenli meşguliyetim var. Vaktim olmadığı için (sabırsızlığımdan) 5 kat dahil, asansör kullanmam. Yetmişlik olduğum halde, yürümek ve yokuş çıkmak, daima kaçırmamacasına trene yetişmek gibi hızlıdır. İçki dokunduğu için kırmızı şarabı ancak dünürlerimin hatırı için içerim. Sigara hiç içmedim. Gerisi Allah kerim.

Kardiyoloji bilimine önemli katkılar sağlayan Anadolu Kardiyoloji Dergisi Baş editörüsünüz. Kardiyoloji alanında yapılan bilimsel çalışmalar, yayınlar, araştırmalar size göre yeterli ve yaygın düzeyde mi?

Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nin yayın hayatına girdiği 2001 yılından itibaren yurdumuzun kardiyoloji bilim düzeyini, bir başka pencereden de görmeye başladım.

Bugüne kadar çeşitli yurt içi ve yurtdışı kongrelerde arkadaşlarımın posterlerini ve sözlü sunumlarını, nadir de olsa panel konuşmalarını, dikkat, merak ve onurla izliyordum. Özellikle kardiyolojinin temel konularında ve deneysel kardiyolojide, neredeyse görünmediğimizi üzülerek saptadım. Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nin 2002 yılından itibaren PubMed'de indekslenmesinden sonra yazı akışında oluşan artış dolayısı ile özellikle genç kardiyologları ve akademisyenleri daha iyi tanıdım. Ne var ki, kendilerine güvenen arkadaşlar, Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nin çok üzerindeki dergileri öncelikle tercih ettikleri için, gelen yazılar Türk Kardiyolojisi için bir örnek olamazdı. Fakat, daha sonra 2007 yılında SCI-E'ye kabulümüzden itibaren, hem ben çıtayı oldukça yüksek tutmaya başladım, hem de gelen yazılar eli yüzü düzgün olmaya başladı. Buna rağmen birkaç yıldır, editörüm ve yardımcı editörlerimle yaptığımız toplantılarda, şu soruyu soruyorum; "Benim ve hakemlerimin ret ettiği yazılar, nasıl oluyor da IF'si bizden yüksek olan dergilerde kabul edilebiliyor." Sonuç olarak; acaba ben mi kardiyoloji çalışmalarından çok şeyler bekliyorum? Maalesef doğru cevap bu değil. Özelikle "yerli malı" kavramı ile ve hatta çok önemli olmasa da kişisel tercihler dolayısı ile biraz daha iyi çalışmaların yurtdışına yollanarak bazen de kabulünü izliyorum. Sonuç olarak, yurdumuzda az sayıda yeterli ve düzeyli orijinal araştırma yapılıyor.



"Eldeki veriler yurdumuzda koroner kalp hastalığı görülme sıklığının arttığını, artış eğiminin belli bir durağan seyre varmak üzere olduğunu söylüyor. Avrupa ülkelerinde ve hatta kuzey Amerika'da kalp hastalığı artış eğimi azalıyor, ama doğu Avrupa ülkelerinde halen eğimdeki artış sürüyor"

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurucu öğretim üyesi olarak bulundunuz. Kardiyolog ve kalp-damar cerrahı branşında hizmet veren hekim niteliği ve niceliği hakkında neler düşünüyorsunuz?

Nicelik açısından bildirilen istatistiklerde, ne Türkiye'nin coğrafi durumu, ne ekonomisi ne de sosyal yapısı, ya da yoğunluğu göz önüne alınmamaktadır. Verilen hizmet organize değildir. Hekim hekimliğini kaybettiği gibi adeta umursamazlığa zorlanmaktır. Sağ omuzu ile sol omuzu arasında kalmaktadır. Gelir düzeyi ve yoğunlaşan nüfusa paralel hekimlik hizmeti için Dünya istatistikleri, yurdumuz için kendi penceremizden gerçekçi bir şekilde düzenlenmek zorundadır. Aile hekimliği gibi kulağa hoş gelen, yurttaşların giderek daha benimsediği, kucaklayıcı hekimlik hedefi çok yoğun ve ciddi eğitimlerle desteklenmeli.

Tıp fakültelerinde kardiyoloji eğitimi almak isteyen uzmanlık öğrencilerine önerileriniz neler?

Uzmanlık öğrencisi giriş sınavında kardiyoloji konusunu seçecek ise, bu konunun tıp dalları içinde büyük risk taşıyan, aciliyeti saniyelerle ölçülen, cerrahi dallara benzeyen, bol kanlı girişimleri olan bir bölüm olduğunu bilmelidir. Birçok anabilim dalından daha fazla fedakârlık, soğukkanlılık sabır ve hatta el becerisi isteyen bir kişilik gerektirir. Şimdilerde mantar gibi biten kateter laboratuvarları, bunların fabrika gibi çalışan işletmehastaneleri dolayısı ile adeta koroner anjiyo uygulama merkezlerine dönüşmüştür.

Kardiyoloji uzmanlığında zeki, akıllı ve meraklı bir TUS birincisinin altıncı uzmanlık öğrenciliği ayında kliniği terk ederken bana söylediği gerçek şuydu: "Bu hastalar hep ölüyor, siz daha aterosklerozun nasıl ve nedeni için bana inandırıcı bir bilgi veremiyorsunuz" dedi ve gitti. Göz uzmanı oldu. ■

ULUSAL KALP SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ KURULMALI

Türkiye'nin kalp sağlığı politikası, kurulacak bir Ulusal Kalp Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülmelidir. Ulusal veri tabanı ve enformasyon ağı kurularak yeterli finansman ve bütçe oluşturulmalıdır

İstanbul Kalp Cerrahisi Vakfı (İKCV) Başkanı **Prof.Dr.Tayyar Sarıoğlu** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.



İstanbul Kalp Cerrahisi Vakfı olarak ulusal kalp sağlığı programının önemine dikkat çekiyorsunuz. Bu programın oluşturulması yönünde Vakfınızın faaliyetleri neler?

Kalp damar sağlığı konusunda ulusal bir program ve politika geliştirilmesinin gerekli olduğu düşüncesini bundan 10-15 yıl önce gündeme getirmiş, o günlerden bu yana değişik platformlarda, yazılı ve görsel basında ve ilgili çevrelerde bu konunun önemine dikkat çekmeye çalışmıştık.

Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kongrelerinde yaptığımız konuşma ve tebliğlerle, TBMM Sağlık Komisyonluğu Başkanlığı ile temaslarımızda Ulusal Kalp Sağlığı Politikasının genel çerçevesi ile ilgili görüşlerimizi iletmiştik. Büyük bir memnuniyetle söyleyebilirim ki, 2008 yılında Türk Kardiyoloji Derneği, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği ve Sağlık Bakanlığının ilgili komisyonu "Ulusal Kalp Sağlığı Politikası" başlığı altında bir yazılı doküman hazırladı. Ulusal Kalp Sağlığı Politikasının tüm yönleri ile uygulanarak hayata geçirilmesi ülkemiz kalp sağlığı açısından çok büyük önemini hala korumaktadır.

Kalp Sağlığı politikasının oluşturulması yönünde çok net önerileriniz var. Bunlardan biri de Ulusal Kalp Sağlığı Enstitüsünün oluşturulması. Bu Enstitünün işlevi, faaliyetleri, misyonu ne olmalıdır?

Kalp damar hastalıklarının yol açtığı sağlık ve sosyo-ekonomik sorunlar o kadar büyük boyutlardadır ki artık bu sorunların üstesinden gelebilmek için toplumun tüm kesimlerinin katılacağı ulusal bir mücadele programının başlatılmasına şiddetle ihtiyaç vardır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları, Medya Kuruluşları, RTÜK, Üniversitelerimiz, Tabip Odaları, Türk Kardiyoloji ve Türk Kalp Damar Cerrahisi Dernekleri, Türk Diyabet Cemiyeti, Sigara ile Mücadele Dernekleri, Sağlık Kuruluşları Derneği, Gıda ve İlaç Sanayi herkese önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Tüm bu kurumların katılımı ile yasal dayanağı olan Ulusal Kalp Sağlığı Enstitüsü kurulmalı ve ülkemizin Kalp Sağlığı Politikası bu kuruluş tarafından yürütülmelidir.

Yapılacakları şu başlıklar altında sıralayabiliriz:

- Ulusal veri tabanı ve enformasyon ağı kurulması
- Yeterli finansman ve bütçe oluşturulması
- Yasal düzenlemeler, stratejik politikalar
- Kamuoyu aydınlatılması ve bilinçlendirilmesi
- Önleme ve koruma çalışmaları
- Kardiyoloji ve kalp cerrahisi kurumlarının reorganizasyonu
- Tanı ve tedavi uygulamalarının akreditasyonu
- Gıda güvenliği ve denetimi

Kardiyoloji ve kalp cerrahisi merkezlerinin; fiziki alt yapı, mimari, teknolojik donanım, tıbbi kadroların yeterliliği ve sunulan hizmetlerin akreditasyonu (kalite-denetim) açısından reorganize edilmesi gerekmektedir. Sosyal güvenlik kurumlarının kalp sağlığı ile ilgili kapsam ve uygulamaları ile ilgili düzenlemeler, maliyetleri dikkate alan gerçekçi bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Milli Eğitim Bakanlığının bu konuya eğitim sistemi-

miz içinde gereken önemi vermesi ve zorunlu ders programlarıyla sağlık bilincine sahip nesiller yetiştirilmesi yeni yasa ve yönetmeliklerle fonksiyonel bir işlerliğe kavuşturulmalıdır.

Her konuda olduğu gibi yapılacakları belirlemek, öncelikleri saptamak, kaynakları optimum bir şekilde kullanabilmek için kalp sağlığı konusunda ulusal bir veri tabanı ve enformasyon ağı oluşturulması ilk adım olarak ele alınmalıdır.

Türkiye'nin kalp sağlığı sizce nasıl?
Ülkemizde 35-65 yaş arasında, 12 milyondan fazla insanımız (her üç kişiden biri) çok ciddi olarak kalp-damar hastalıklarına yakalanma riski altındadır. Şu an 3 milyon civarında vatandaşımız koroner kalp hastasıdır. Buna her yıl 90 bin kişinin ilave olduğu kuvvetle tahmin edilmektedir. Her yıl 300 bine yakın insanımız kalp krizleri ve enfarktüs nedeni ile hayatını kaybediyor. Üstelik kalp krizi geçiren insanların yüzde 70'i 35-65 yaş arasındaki hayatının en verimli ve üretken çağındaki insanlar. Alınacak bazı önlemler ve yapılacak bazı uygulamalarla yüzde 70-80 oranında önlenebilecek bir hastalıktan dolayı milyonlarca insanımızın sağlıksız, mutsuz ve verimsiz bir hayata mahkum olması çok üzücü...

Vakfınızın gündeminde olan üzerinde çalıştığınız projeleri, ulusal-uluslararası işbirlikleri kısaca anlatır mısınız?
Vakfımızın şu günlerde üzerinde durduğu en önemli proje "Kalp Kardeşliği Hareketi" dir. Kalp Kardeşliği Hareketi bir toplumsal dayanışma ve sevgi projesidir. Kalp Kardeşliği Hareketi ile ülkemiz nüfusunun yaklaşık yüzde 35'ini teşkil eden çocukların kalp sağlığı ile ilgili sorunlara dikkat çekmek ve çare üretmek istiyoruz. Ülkemizde her yıl yaklaşık on bin çocuk doğumsal kalp hastalığı ile dünyaya gelmektedir. Bu çocukların yüzde 90'dan fazlası yapılacak tedavi ve kalp ameliyatları ile sağlıklı, hemen hemen normal bir hayat şansına kavuşabilir.

Bunun yanında Vakfımız çeşitli projelerde, Mayo Clinic, Texas Childrens Hospital, Cleveland Clinic, Mount Sinai Medical Center, The Great Ormond-Street Hospital for sick Children ve American Hospital Association ile deneyim, bilgi ve eğitim konularında işbirliği yapmıştır.

Ayrıca Vakfımız, proje liderliği ve yönetim organizasyonu yaparak hayata geçirmiş olduğu İstanbul Memorial Hastanesinde 2002 yılında Türkiye'de ilk defa JCI kalite belgesini aldı. Böylece Türk Sağlık sektörüne kalite konseptinin girmiş olması ve yerleşmesi Vakfımızın en önemli çalışmalarından biridir.


Prof.Dr.Tayyar Sarıoğlu

Avrupa Birliği'nin kalp damar hastalıklarına karşı tutumu, mücadele yöntemleri nasıl? Türkiye bu tablonun neresinde duruyor?
Her yıl 2 milyon kişi kalp ve damar hastalıklarından dolayı, Avrupa Birliği ülkelerinde hayatını kaybetmektedir. Dünyada ise bu rakam 17 milyondur. Kalp damar hastalıklarının Avrupa Birliği ekonomisine yükünün ise yılda 170 milyar Avro dolayındadır. Yine aynı nedenlerle ölümler ve çalışamama nedeniyle üretim kaybı AB ekonomisine 35 milyar Avro'ya mal olduğu hesaplanmaktadır.

Kalp Sağlığı alanına ilişkin hazırlanmış istatiksel veriler bize neler söylüyor?
Her yıl yüz binlerce insanımızın zamansız ölümüne neden olan, milyonlarca insanımızı sağlıksız, verimsiz ve mutsuz bir hayata mahkum eden kalp hastalıkları, ülkemizin en başta gelen sağlık sorunu olmasının yanı sıra, milyarlarca dolar ekonomik kayba yol açan en önemli sosyo ekonomik problemlerimizden biridir. Ülkemizdeki ölümlerin yarısı kalp ve damar hastalıklarına bağlı. Türkiye bu oranla Avrupa ülkeleri arasında, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerde kadınlarda birinci, erkeklerde ise ilk beş ülke arasında. Türkiye'de kanserden ölen her 1 kişiye karşılık 4 kişi; trafik kazalarında ölen her 1 kişiye karşılık ise 30 kişi kalp ve damar hastalıkları nedeniyle yaşamını yitiriyor. Sağlıksız beslenmeye bağlı kolesterol, kalp ve damar hastalıklarını tetikleyen faktörlerin başında geliyor. Türkiye'de 9 milyon erişkinin kan kolesterol düzeyi ortalamanın üzerinde. Bu da, 30 yaşın üzerindeki erkek nüfusunun yaklaşık yüzde 28'ine ve kadın nüfusunun yüzde 35'ine tekabül ediyor. Diğer taraftan ülkemizde, kalp damar hastalıkları için harcanan tanı ve tedavi giderleri ile bu hastalığa bağlı iş ve güç kaybının yol açtığı sosyo-ekonomik maliyetin her yıl 20 milyar Dolardan fazla olduğu tahmin ediliyor.

Tüm dünyada yılda 17 milyon, Avrupa Birliği'nde ise yılda 2 milyon kişinin yaşamını yitirdiği kalp ve damar hastalıklarının, Avrupa Birliği ekonomisine her sene 170 milyar Avro dolayında bir yük getirdiği tahmin edilmektedir. Bu, kişi başına ortalama 372 Avro demektir. Yaklaşık 25 milyar Avro'sunun tanı ve tedavi giderlerine, 10 milyar Avro'sunun da işgüç kaybına bağlı olduğu düşünüldüğünde, kalp ve damar hastalıkları için AB de her yıl 35 milyar Avro harcanmaktadır. ABD de kalp damar hastalıkları için her yıl direk ve indirek giderler yoluyla 250 milyar dolar harcandığı belirtilmektedir.

Dünya sağlık teşkilatı raporlarına göre eğer gerekli önlemler alınmazsa 10-15 yıl sonra kalp hastalıkları ve depresyon insan sağlığını tehdit eden bir numaralı sağlık sorunu olarak felaket boyutlarına ulaşacaktır. Çocukluk döneminden başlatılan önlemler, yaşama sanatı dersleri ve tüm toplumun katılacağı ulusal mücadele programı ile artık ülkemizin kalp ve ruh sağlığı konusundaki bu kötü sürüklenişini durdurmalıyız. ■

Kaynaklar: Türkiye kalp raporu, TEKHARF çalışması, 2002
DİE verileri 2000
WHO, World Health Report ,2002-03
USA, departmant of health report 2004
Scientific American , April 2005

Sigarayla mücadele politikası abartıldı

"Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılındaki Ulusal Kalp Sağlığı Politikasının saptadığı önceliklerde başköşe sigaraya verildi. Bu orantısız vurgulama, abartılıdır. Gelecekte kalp-damar sağlığı için şişmanlanmaya karşı mücadele en ön safta yer almalıdır"

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi emekli öğretim üyesi Prof.Dr. Altan Onat, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması gerçekleştirdiniz. Bu çalışma sonucuna göre, Türkiyeli insanın sağlık yapısının Batılı insana kıyasla farkları neler?



Önce TEKHARF Çalışması'nın yetişkin halkımızı temsil eden 3687 kişilik bir örneklemin tam 20 yıldır izlenerek incelenmesine dayandığını, 80 dolayında uluslararası yayına kaynak oluşturduğunu, uluslararası meta-analizlere dahil edildiğini açıklamamda yarar var. Yönelttiğiniz soru kalp sağlığımız ve bunun korunmasına yönelik politikalar için fevkalade önemli. Batılı insan

Framingham risk faktörleriyle, özellikle damar sertliğinden koruyucu HDL parçacıkları ve kalp-damar hastalığına sürükleyen LDL-kolesterol yüksekliği ile tanımlanan bir yapıya sahiptir. Ya da öyle bilinmektedir. Uygulama kılavuzlarında temel önlem ve tedavi hedefi onlarda LDL-kolesterol düzeyini düşürmek veya yükselmesini önlemektir. Glukoz tolerans bozukluğu ve diyabet sınırlı bir yetişkin kesiminde (yaklaşık 5-6 kişiden birinde) bulunur.

Yetişkinlerimizde glukoz tolerans bozukluğu ile diyabet çok daha yaygın olduğu gibi, bu durumlar için yatkınlık yapan göbeklilik (abdominal obezite) ve şişmanlık ile eşlik eden kronik düşük düzeyli sistemik yangı kalp-damar hastalığının başlıca belirleyicisidir. Toplumumuzda bu durum, kendini metabolik sendromun yaygınlığı ile kendini gösterir. Bunun altında ise, göbeklilik ve trigliderid yüksekliği (>150 mg/dl) ikilisi kilit unsuru teşkil eder. Meydana gelen sistemik yangı HDL-kolesterol düzeyini düşürdüğü gibi, HDL parçacıklarının yangıdan ve aterosklerozdan koruyucu niteliğini bozar, işe yararlığını azaltır. Üzerindeki apo A-I denen koruyucu proteinin düzeyi artar, işlevi bozulur.

Kalp-damar hastalığına sıklıkla sürükleyen diyabet (kadında) ve metabolik sendrom (erkekte) kalp sağlığımızın bozulmasında baş rolü üstlenir. Bu bireylerde LDL-kolesterolün genelde yüksek olmaması ve normal ya da yüksek HDL-kolesterol değerleri, hekimlerimizi yanıltıcı bir şekilde rehavete sürüklemektedir. Bunun yanı sıra, sigara içiciliğinin zararlı etkileri kadınlarımızda bu kapsamda geniş ölçüde azalıp metabolik ve kalp-damar hastalıklarının gelişmesini azaltıcı yararlı etkileri bulunmaktadır. Ayrıntılarını daha sonra açıklayacağım.

Çalışmanın şaşırtan sonuçları nelerdir?

TEKHARF Çalışması'nın ilk üç beklenmedik sonucu, kadınlarımızda koroner kalp hastalığının ve buna bağlı ölümün fazlalığının (1990'lı yıllarda), takip döneminde başlıca değişiklik olarak göbekliliğin ve kanda trigliserid yüksekliğinin sıklaşmasının (2000 yılında) ve metabolik sendromun yaygınlığı ile kalp hastalığı riskini önemli ölçüde yükseltmesinin (2002 yılında) gözlemlenmesi idi.

Ama esas şaşırtıcı bulgular 2005 sonundan itibaren ortaya çıktı. Bunlar önce sigara içiciliğinin kadınları metabolik sendrom ve diyabet gelişmesinden koruması, 2006 yılında koruyucu proteinlerden olan adiponektin'in işlevindeki kusurun tespiti, 2008'de apoA-I (ve sonra kısmen apoA-II)'nin, koruyuculuk yerine, diyabet üretici yangı-oluşturan birer protein durumuna dönüştüğünün anlaşılması, ve nihayet 2009'da HDL parçacıklarının özellikle kadınlarımızın geniş bir bölümünde koruyuculuk niteliğini kaybetmesinin saptanmasıydı.

> "Avrupa Birliğinin kalp-damar hastalıklarına karşı başarılı bir politika yürütmekte olduğunu söyleyemem. AB'nin kalp-damar hastalıklarına karşı mücadele yöntemlerini esas almamız, bizleri hüsrana uğratır"

Sigara içiciliği konusunda şu tespitlerimiz önemli: Erkekteki sakıncalar batılı erkektekinden az; çünkü göbekliliği gerilettiği gibi, hipertansiyon gelişme riskini de azaltmakta. Ama diğer nedenlerle sigaranın erkekte toplu olarak sağlığa zararlılığı ağır basmakta. Oysa kadında, zararlarına karşılık çeşitli aracılıkla yararları hafifçe ağır basmakta.

Bunları şöyle özetleyebilirim: Şişmanlamaktan koruma, karın-içi yağ birikmesini kısmen önleme, yangı gelişmesini artırmayıp bir miktar azaltma (kompleman C3, CRP, lipoprotein(a) vs.); bunların sonucunda diyabet gelişmesinden net koruma, koroner kalp hastalığı gelişmesinden yüzde 10 gibi az bir ölçüde koruma ortaya çıkmaktadır. Şişmanlık, diyabet ve sistemik yangının kanser gelişmesinde de giderek artan bir öneme sahip olduğu anlaşıldığına göre, kadınlarımızın kanser riskinin sigara içiciliği ile önemli ölçüde artmayacağına ve kardiyometabolik riskten koruyuculuğuna kıyasla, ağır basmayacağına dair kanaatim var. Halkımızda yangıyı artırmada önemli rolü bulunduğunu kanıtladığımız lipoprotein(a)'yı düşürmek için, en etkili ilacın nikotinik asid içeren "niacin" olduğu hatırdan uzak tutulmamalıdır. Bu gözlemlerden çıkarılacak politikalara daha sonra değineyim.

Kalp-damar sağlığınız nasıl? Koruyucu yönde beslenmenize dikkat ediyor musunuz?

35 yıl önce infarktüs geçirmiş bir kişi olarak kalp-damar sağlığım çok iyi sayılmaz. Buna rağmen hiçbir ameliyat veya girişime gerek kalmadan bu günleri bulabilmem, Allaha şükür, beslenme, fizik aktivite, stres yönetmeye ilişkin düzenlemelere ve son 21 yıldır piyasada bulunan statin ilaçlarını kullanmama borçluyum. Ve bu seyir, insanın koroner hastalıktan hayat tarzı değişikliği ile korunabileceğine ilişkin çarpıcı bir örnek. Hamur işini dışlayan, sebze, salata ve meyve ağırlıklı, haftada 5 öğün balık, 3 öğün tavuk ve 5-6 öğün sınırlı miktarda kırmızı et yemeğe devam ediyorum. Yediğim miktarlar kilo almama yol açarsa, miktarları azaltmaya özen gösteririm.

75 yaşıma kadar günde 1-2 bardak şarap, haftada 1 sert içki kullandım, halen de günde 250 ml bira içerim. Bu ölçülerde içkinin zararına kıyasla, faydası ağır basıyor. Fındık-ceviz-bademi günde 1 avuç yemenin kalp sağlığını koruduğu yönündeki görüşe tam katılmıyorum, çünkü içerdiği antioksidanın yanında alınan ekstra 200 kalori bireyi şişmanlatabilir.

Kalp hastalığı yükünü nasıl değerlendiriyorsunuz?

TEKHARF verilerine dayanan tahminlerime göre, Türkiye'de halen 3.2 milyon koroner kalp hastası ve yaklaşık 400 bin serebrovasküler hasta bulunmakta. Hastalığın cinsiyete ve yaş gruplarına dağılımı Şekil 1'de grafik biçimde sunulmaktadır. Koroner hastalık prevalans rakamının, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan Türkiye Kalp Raporu 2000'e göre, 1990 yılında 1.1 milyon, 2000 yılında 2.0 milyon olduğu tahmin edildiğini ekleyeyim. Buna göre, prevalansın 13 yılda ikiye katlandığı (yılda yüzde 5.5 arttığı) ifade edilebilir. Halkımızın yılda 390 bin yeni koroner olaya maruz kaldığını, her yıl 210 bin yurttaşımızın koroner hastalıktan kaybedildiğini tahmin etmekteyim.

45-74 yaş kesiminde koroner hastalık-





tan ölüm oranı bakımından 50 Avrupa ülkesi arasında kadınlarda birinci, erkeklerde (herhalde) üçüncü konumumuzu, ne yazık ki, sürdürmekteyiz. Bilmekte yarar var ki, anılan yaş kesimindeki her bin erkekten 7.4'ü, her bin kadından 4'ü her yıl hayatını koroner hastalıktan kaybetmektedir. Yetişkinlerimizde koroner hastalığa yakalanma riski için TEKHARF katılımcılarından türettiğimiz ve Framingham risk fonksiyonundan farklar gösteren bir algoritma Tablo 1'de görülmektedir. Kadınlarımızda diyabet ve CRP düzeyinin önemine karşılık, LDL- ve HDL-kolesterol düzeylerinin ve sigara içiciliğinin önemsizliği çarpıcıdır.

2020 yılında 5.5 milyon yurttaşımızın koroner kalp hastalığından yakınacağı öngörülebilir. Halen 3.3 milyon kişide varolduğunu tahmin ettiğim diyabetin de, 2020 yılında 6 milyon kişiyi muzdarip kılacağı öngörülerim arasındadır.

Hastalık riskinin azaltılması için alınması tedbirler neler olmalı?

Yukarıda açıkladığım "bize özgü" sağlık kusurunun, korunma politikalarında önemle dikkate alınması gerektiği açıktır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılındaki Ulusal Kalp Sağlığı Politikası'nın saptadığı önceliklerde baş köşe sigaraya verildi. Bu orantısız vurgulama, abartılıdır. Kamuoyunun bilinçlenmesiyle yurdumuzda hızla artan tansiyon ilacı kullanımı sonucu, yaşa-özgü hipertansiyon prevalansının 1998 yılından beri yavaş da olsa giderek azalmasına tanık olduk, şöyle ki hipertansiyonlu 10 kişiden (7'sinin ilaç kullanımıyla) dördünde tansiyon normalleşmektedir. Bu düzelmenin kadında daha düşük olmasının altında, tansiyon yüksekliğinin daha geniş oranda şişmanlık ve sistemik yangıya bağlı olması yatar.

Gelecekte kalp-damar ve metabolizma sağlığını düzeltmek amacıyla, bunlardan çok, şişmanlanmaya karşı mücadele ve bilinçlendirme, halk sağlığını koruma politikasında en ön safta yer almalıdır.

Bakanlığın dışındaki yetkililer ve hekimlerimiz açısından:

- Etmenlere doğru teşhis koymalı (erkekte göbekliliğin 95 santimlik bel çevresinden başladığı kesinlikle benimsenmeli)
- Kusurlu işlevlerin altında yatan olayların daha iyi tanımlanması (biyomedikal ve biyokimyasal araştırmaları teşvik)
- Obezite, diyabet ve kalp-damar derneklerinin bilinçli tutumu
- Halkın obezite ve hareketsizlik konularında çok daha iyi bilgilendirilmesi, doğru uyarılması
- Trigliserid yüksekliğine aşırı duyarlı olduğundan, kadında normal sınırın 130 mg/dl ye çekilmesi kılavuzlarda yer almalı
- Sigaraya karşı kampanya hedeflerinden kadınların dışlanması
- Tıbbi laboratuvarların ve hekimlerin hsCRP, apo A-I ve apo B'ye alıştırılmaları

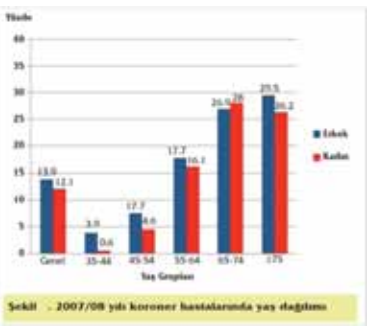
Kalp sağlığımızın gelecekteki profili nasıl?

Ülkemizde diyabet sıklığının 10-12 yılda, koroner kalp hastalığının da 12-15 yılda ikiye katlanacağına dair tahminimi daha önce belirtmiştim. Kalp-damar hastalık risk profili tahminimce, giderek daha belirgin biçimde düşük düzeyli yangının, göbeklilik ve şişmanlığın hakimiyetini yansıtacaktır. LDL-kolesterol yüksekliğinin dinamiklerde rolü azalacak, kolesterolden fakir küçük yoğun LDL parçacıklarının rolü daha da ağırlık kazanacaktır. HDL ve üzerini örten apo A-I parçacıkları damar sertliği ve yangıya karşı işlevlerini toplumun daha yaygın bir kesiminde kaybedecek ve sözünü ettiğim süreç profilde hakimiyet kuracaktır. Sigara içmeye karşı bugünkü katı tutum kadınlarımız için çok yumuşatılacaktır.

Avrupa Birliği'nin mücadele yöntemleri ve Türkiye

Avrupa Birliği'nin kalp-damar hastalıklarına karşı başarılı bir politika yürütmekte olduğunu söyleyemem. 2011 yılında Eur Heart J'da yayınlanan ve ilgili birer editöre mektup yazdığım yayınlardan birinde merkezi ve doğu Avrupa ülkelerinde hipertansiyona karşı tedavinin iyi sonuç vermediği bildirilmekteydi ve bu toplumların yeknesak bir şekilde göbeklilik, trigliserid yüksekliği ve açlık glukoz bozukluğu sergilediği anlaşılmaktaydı. Diğer çalışmada uzun vadeli takipte yüksek meyve ve sebze alımının koroner hastalık riskini yalnız kadında önemli ölçüde azalttığına dair bilgi vardı ki, bu anılan toplum kadınlarında HDL disfonksiyonu ile birlikte artmış yangı varlığını yansıtırken faydanın yalnız kadınlar için geçerli olduğunu göstermekteydi.

Bu nedenle, burada toplumumuz için açıkladığım kalp-damar hastalığı dinamiklerini kendi toplumları için henüz aydınlığa kavuşturmamış olan Avrupa Birliği'nin kalp-damar hastalıklarına karşı mücadele yöntemlerini esas almamız, kalp sağlımızın geleceği için yetersiz kalır, hüsrana uğratır. Kendimiz için yöntemler geliştirirken, bünyeye uygun alacağımız tedbirlerle onlara örnek olmayı tercih etmeliyiz. ■



Şekil . 2007/08 yılı koroner hastalarında yaş dağılımı

