hospital manager

Ekim 2013

sağlık profesyonelinin dergisi

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Son Durum

Aile Sağlığı Merkezleri İhtiyacı Karşılıyor mu?



Türkiye'nin Aile Hekimliği Dosyası



livhospital.com.tr

Göz Hastalıkları Kliniği
bilgilendiriyor:

TÜRKİYE'DE İLK

Lazer tedavisiyle
net görmede yeni dönem,
'Optilasik' teknolojisiyle başlıyor.

liv HOSPITAL

0 850 222 2 548
444 4 548

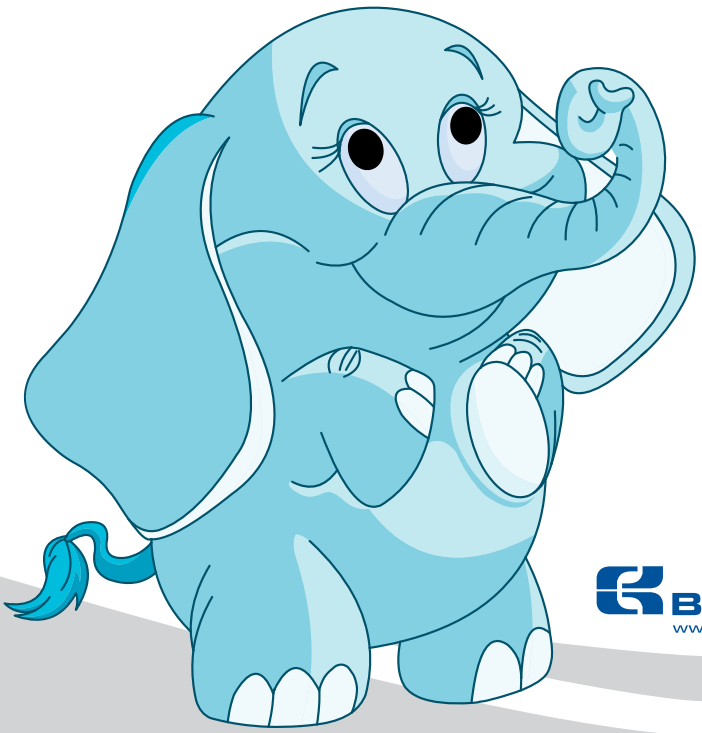
A. Adnan Saygun Cad. Canan Sok.
34340 Ulus-İstanbul/Türkiye
livhospital.com.tr | twitter.com/livhospital | facebook.com/livhospital

N-CORT

%0.055 NAZAL SPREY

Alerjik rinit tedavisinde,
ilk tercih intranazal kortikosteroidlerdir.[1]

Triamsinolon,
intranazal kortikosteroid olarak
yüksek etkinliğe ve düşük yan etki
potansiyeline sahiptir.[1]





BERKO
www.berko.com.tr

1. Schafer T, Schnoor M, Wagenmann M, Klimek L, Bachert C. Therapeutic Index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis. Rhinology. 2011 Aug;49(3):272-80.

Bileşimi: N-CORT, her bir püskürtmesinde 55 µg triamsinolon asetonid içerir. Endikasyonları: Yetişkinlerde ve 2 yaş üzerindeki çocuklarda mevsimsel ve yıl boyu devam eden alerjik rinitte endikedir. Kontrendikasyonları: İlacın bileşimine giren maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kontrendikedir. Uyarılar/Önlemler: Adrenal fonksiyonda bozulma olasılığı nedeniyle, hastalarda sistemik steroid tedavisinden N-CORT'a geçerken dikkatli olmak gerekir. N-CORT gibi topikal kortikosteroidlerle tedaviye geçmeden önce uzun süreli sistemik kortikosteroidlerle tedavi edilmiş hastalar, strese yanıt durumunda ortaya çıkabilecek akut adrenal yetmezlik açısından dikkatle izlenmelidir. Triamsinolon asetonid ile yapılan klinik çalışmalarda, nadiren Candida albicans ile burunda ve farenkste lokalize enfeksiyon oluştuğu görülmüştür. Böyle bir enfeksiyon olursa, uygun bir lokal tedavi yapılması ve N-CORT uygulamasına geçici olarak son verilmesi gerekir. Kortikosteroidlerin yara iyileşmesi üzerine olan inhibitör etkisi nedeniyle, kısa süre önce nazal septal ülser, burun ameliyatı veya travması geçiren hastalarda iyileşme gerçekleşinceye kadar N-CORT'un dikkatle kullanılması gereklidir. Onaylı dozlarda nazal kortikosteroid kullanan çocuklarda büyüme geriliği rapor edilmiştir. Nazal kortikosteroid ile uzun süreli tedavi alan çocukların boy ölçümlerinin düzenli olarak izlenmesi tavsiye edilmektedir. Eğer büyüme yavaşlarsa, nazal kortikosteroid dozunu düşürme amacıyla tedavi gözden geçirilmeli ve mümkünse semptomları etkin şekilde kontrol altında tutabilecek en düşük dozla tedavi sürdürülmelidir. Buna ilaveten, hastanın bir uzmana yönlendirilmesi gerekir. Nazal kortikosteroidlerin büyüme hızı üstündeki uzun vadeli etkileri ve nihai erişkin boyuna tesiri bilinmemektedir. Nazal kortikosteroid kullanan hastalarda glokom ve/veya katarakt olguları rapor edilmiştir. Bu nedenle görme yeteneğinde bir değişiklik olan hastaların ve geçmişte göz içi basıncında artış, glokom ve/veya katarakt öyküsü bulunan hastaların yakından takip edilmesi gereklidir. Gebelik ve laktasyonda kullanım: Gebelik kategorisi C. Hamile kadınlarda triamsinolon asetonid kullanımı ile ilgili klinik deneyim sınırlıdır. Triamsinolon asetonid, anneye olan yararı, fetuse/bebeğe gelebilecek risklerden daha önemli olmadığı sürece hamilelik/emzirme süresinde kullanılmamalıdır. Triamsinolon asetonid de diğer kortikosteroidler gibi insan sütüne geçebilir. N-CORT'un anneye olan yararı ve bebeğe gelebilecek risklerden daha önemli olmadığı sürece emzirme süresinde kullanılmamalıdır. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: N-CORT'un araba veya makine kullanma üzerinde bilinen bir etkisi yoktur. İstenmeyen etkiler: Klinik çalışmalarda rapor edilen advers olayların sıklığı genel olarak çok düşüktür. Çoğunlukla burun ve boğazdaki müköz membranlarla alakalıdır. Yetişkinlerde ve 6 yaşın üzerindeki çocuklarda bildirilen en yaygın istenmeyen etkiler şunlardır: Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar: Rinit, farenjit, soğuk algınlığı sendromu. Sinir sistemi bozuklukları: Baş ağrısı. Solunum, göğüs ve mediastinumla ilgili bozukluklar: Burun kanaması, öksürük, bronşit, dispepsi. Gastrointestinal bozukluklar: Dişlerle ilgili bozukluklar. 2 ile 5 yaş arasındaki çocuklarda bildirilen ilave istenmeyen etkiler: Solunum, göğüs ve mediastinumla ilgili bozukluklar: Farenks ve larenkste ağrı. Gastrointestinal bozukluklar: Karnın üst kısmında ağrı, ishal. Deri ve deri altı dokusu hastalıkları: Deride pul pul dökülme. Nazal yolla uygulanan diğer kortikosteroidlerle olduğu gibi, seyrek olarak nazal septum perforasyonları bildirilmiştir. Kullanım şekli ve dozu: N-CORT sadece burun yoluyla alınır ve optimal etkinlik için düzenli olarak kullanılmalıdır. Yetişkinler ile 12 yaş ve üzerindeki çocuklar için: Tavsiye edilen başlangıç dozu her gün bir kez, her burun deliğine 2 püskürtme şeklinde uygulanan 220 mikrogramdır. Semptomlar kontrol altına alınınca, hastalar 110 mikrogramla devam edebilirler (günde bir kez, her burun deliğine bir püskürtme şeklinde). Bazı hastalarda tedavinin ilk günlerinde semptomlarda iyileşme görülebilir. Ancak en yüksek yararın elde edilebilmesi için birkaç günlük tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Pediatrik hastalar: 6 ila 12 yaş arasındaki çocuklar için: Tavsiye edilen doz, günde bir kez her burun deliğine 1 sprey olmak üzere 110 mikrogramdır. Daha şiddetli semptomlar gösteren hastalarda, 220 mikrogramlık doz kullanılabilir. Ancak semptomlar kontrol altına alındığında, tedaviye en düşük etkili doz ile devam edilmelidir. 2 ile 5 yaş arasındaki çocuklar için: Tavsiye edilen başlangıç dozu ve maksimum doz, günde bir kez, her burun deliğine 1 püskürtme şeklinde uygulanacak 110 mikrogramdır. 2 yaşın altındaki çocuklar için N-CORT'un güvenilirliği ve etkinliği saptanmamış olduğundan bu hasta grubunda kullanılması önerilmemektedir. Uygulama sıklığı ve süresi: Bazı hastalarda tedavinin ilk günlerinde semptomlarda iyileşme görülebilir. Ancak en yüksek yararın elde edilebilmesi için birkaç günlük tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Saklama koşulları: 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında, kuru bir yerde muhafaza ediniz. Ağzı açıldıktan 2 ay sonra atılmalıdır. Çocukların göremeyeceği, ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajında saklayınız. Ticari takdim şekli: Her bir püskürtmesinde; 55 µg triamsinolon asetonid içeren, ölçülü doz kapağı ve nazal adaptörden oluşan beher şişede 120 dozluk homojen görünümlü opak süspansiyondur. Yasal Kategori: Reçete ile satılır. Ruhsat tarih ve no: 21.12.2011-238/51 Ruhsat sahibinin adı ve adresi: Grandi İlaç San. Ve Tic. Ltd. Şti. Seyrantepe Altınay Cad. No:21Kat:5 Kağıthane/İSTANBUL. Üreticinin adı ve adresi: Dentoral Medifarma İlaç San. Ve Tic. Ltd. Şti. Koşuyolu Cad. İbrahimağa Zaviyesi Sk. No: 55/4 Kadıköy/İstanbul Satış hakkı sahibinin adı ve adresi: Berko İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş. Yenişehir Mah. Özgür Sk. No:16 Ataşehir/İSTANBUL Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz.



8

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı Doç. Dr. Turan Buzgan:
"Aile hekimlerine yarı zamanlı uzmanlık eğitimi ile uzman olabilme uygulamasına başlayacağız. Pozitif performans uygulamasını da getirmeyi planlıyoruz"



12

Doç.Dr. Mehmet Uğurlu:
"Türkiye'de birinci basamak eğitimlerin tamamını AHUZEM üzerinden verme konusundaki çalışmalar tamamlanmak üzere... Eğer eğitimin beceri kısmı da olacaksa bu ayrıca verilecek. Ama teorik yanın AHUZEM platformundan verilmesi planlanıyor. Bir anlamda eğitimi standardize ediyoruz"



18

Prof.Dr.Okay Başak:
"Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriği Avrupa ülkeleri ile uyumlu ve yeterli görünüyor. Fakat aile hekimliği alan eğitimi ile ilgili sıkıntılar devam ediyor ve yeni çıkacak yönetmelik de birçok sıkıntıyı beraberinde getirecek gibi görünüyor"



30

Dr. H. Esin Şener:
"Aile hekimliği sisteminin özlük hakları kanunu yok. Anayasanın 128. Maddesinde, kamu çalışanlarının özlük hakları kanunla belirlenir denmesine rağmen halen bizim özlük hakları kanunumuz yok"

Wonca EUROPE
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

16

WONCA Başkanı Prof. Dr. Job FM Metsemakers:
"Avrupa hükümetlerinin hepsi aile hekimlerinin daha güçlü bir pozisyona sahip olmaları için çaba göstermemekte... Bu ülkelerde aile hekimleri mutlu değiller"

Ailehekimleri.net
HEKİMLERİN BULUŞTUĞU ADRES

72



Prof. Dr. İ. Cem Sungur:
"Aile hekimlerinin kronik sağlık sorunlarıyla baş edebilmeleri için hekimlerin geleneksel hekim-hasta ilişkisi modelinden sıyrılmaları gerekiyor. Hekimin görevlerinin bir kısmını diğer sağlık çalışanlarına delege etmesi lazım"

24



Sivil toplum uygulamayı nasıl değerlendiriyor?

TTB Merkez Konseyi Üyesi Dr. Filiz Ünal İncekara:
"Aile hekimleri olarak güncel problemleri çözmek için herhangi bir kuruluşla iletişim kurmanız çok güç. Aile hekimliğini rahatlatan parametreler henüz tamamlanmadı. Uygulama tek başına, aile hekimi ve ASM elemanından oluşmaz"

Gaziantep Aile Hekimliği Derneği Başkanı Dr. G. Serdar Tolay:
"Uygulama Türkiye'de oturdu mu diye soracak olursanız 'hayır, oturmadı' diyebilirim. Dolayısıyla Gaziantep'te de tam istenildiği seviyeye henüz ulaşmadı. İşleyişle ilgili bir takım aksaklıklar söz konusu. Aile hekimlerinin özlük haklarıyla ilgili aksaklıklar var. Bir belirsizlik hâkim"

Pratisyen Hekimlik Derneği İstanbul Şubesi Bşk. Dr.Rıdvan Yılmaz:
"Aile hekimliği uzmanlığında saha eğitimi halen yoktur ve eğitimde önemli bir eksik olarak devam etmektedir. Aile hekimleri hastane nöbeti gibi birinci basamak sağlık sistemi dışında da çalıştırılmak istenmektedir"

İstanbul Aile Hekimliği Derneği Hukuk Kom. Üyesi Dr. Mustafa Tamur:
"İstanbul sisteme 2010 sonunda girdi, yaklaşık üç yıldır çıkan her ödeme yönetmeliğinde hekime yeni angaryalar yüklendi ve ücretler azaltıldı. Sürekli bir geriye gidiş var. Bu da bizlerin çalışma azmini kırmaktadır"

38 34 36 46

Aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi

Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Öğr. Üyesi Prof. Dr. Rengin Erdal:
"Aile hekimliği, toplumun yaşam stili değişikliği alanına yenilik getirmiştir. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinde uygulanan performans çalışmalarının kronik hastalıklar ve yaşlıların izlenmesi durumunda da uygulanması aile hekimlerinin yükünü arttırsa da onlara güç verecektir"

Ankara Üni. Tıp Fak. Aile Hekimliği ABD Bşk.Yrd. Doç. Dr. Ayşe Seda Tekiner:
"Uzmanlık eğitimi süresinin 4 yıla çıkarılması, halen uygulanmakta olan rotasyonların sürelerinin biraz daha uzatılması, ayrıca bazı farklı rotasyonların (özellikle kendi asistanlarımızdan dermatoloji rotasyonu en çok talep edilen rotasyondur) eklenmesi düşünülebilir"

Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğ. ve İdari Sor. Doç. Dr Adem Özkara:
"Hasta ve yakınlarından bizlere yönelik sözel ve fiili şiddetin nedenlerinin iyice araştırılıp çözümler üretilmelidir. Yaralama gibi sağlık personeline şiddet uygulayan kişilerin an az emniyet ve adalet mensuplarında olduğu gibi cezalandırılmaları ve sağlık hizmetlerinden men edilmesi düşünülmelidir"

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğ. ve İdari Sor. Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu:
"Şu an Türkiye'nin ortalama 21 bin tane aile hekimi var. Bir gecede 21 bin uzman olabilir mi? Olamaz. Zaman içinde olacaktır. Sanırım 48 bin 500 aile hekimi uzmanına ihtiyacı var, 10-15 seneye kadar o kadar uzmanı yetiştireceğimizi tahmin ediyoruz"

Acıbadem Üni. Tıp Fak. Aile Hekimliği ABD Öğr. Üyesi Dr. Efe Önganer
"Aile hekimliği eğitimi, içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Kazandırılması gereken temel bilgi, beceri ve tutumlar belirlenmemiştir. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadırlar"

68 62 58 54 64

Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Sistemi

Bilindiği üzere ülkemiz uzun yıllardır gelişmekte olan ülke statüsünde olmasına ve sağlık için sınırlı kaynak ayırabilen bir yapısı olmasına rağmen etkili ve maliyet etkin bir birinci basamak hekimlik sisteminden yoksun olagelmiştir. Oysa etkin bir birinci basamak hekimlik hem toplumun sağlık düzeyini yükselttiği gibi yüksek maliyetli sağlık hizmetlerine gereksinimi azaltmakta ve sağlık sisteminin sürdürülebilir bir şekilde finansmanına imkan sağlayabilmektedir. 224 sayılı sosyalizasyon kanunu birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa ve tüm coğrafyaya hakkaniyetli bir şekilde yaygınlaştırılmasını hedeflediyse de uygulamada çok başarılı olunamamış ve bu görev hastanelere ve özel muayenehanelere kalmıştır.

Gelişmiş ülkelerde (ABD hariç) birinci basamak hekimlik sistemi sağlık sistemlerinin omurgasını oluşturmaktadır. Bu ülkelerde sistem konuyu tüm boyutlarıyla çözüme kavuşturan bir yapıda kurgulanmaktadır. Bu kurgunun içinde şu hususlar yer alır:

1)Kişilerin sağlığını koruma ve geliştirmesi konusunda bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri
2)Kişilerin hekime kolay ulaşımları
3)Gereksiz tetkik, tedavi ve ilaç kullanımı ile gereksiz sevklerin önlenmesi
4)Kişilerin özel durumlarının güncel takibi (kronik hastalıklar, hamilelik, yeni doğan vb.)

Gelişmiş ülkeler bu sistemi kurarken birinci basamak hekimleri tıp eğitiminin devamında özel eğitim ve öğretime tabi tutmakta ve çalışma koşullarını ve özlük haklarını onları motive edecek şekilde planlamaktadırlar. Ayrıca bu hekimleri öngörülen performans kriterlerine (özel durumu olan hastaların düzenli takibi, ilaç yazma alışkanlıkları, tetkik isteme alışkanlıkları, sevk etme alışkanlıkları, vb.) göre takip etmekte ve sistemin verimliliğini korumaktadırlar.

Ülkemizde bugün itibariyle çok hızlı bir şekilde devreye sokulmuş aile hekimliği modeli bulunmakla birlikte birinci basamak hekimlik sistemi tam istenilen düzeyde çözümlenmiş değildir. Halen hastane poliklinikleri aile hekimlerinin görevini yapmakta, teşhis ve tedavi aynı noktada yapıldığı ve performans sadece maddi kazanç ile sınırlı tutulduğu için sağlık harcamaları kontrol edilemez bir hızla devam etmektedir. Durum özel sektör için de pek farklı değildir ancak özel sektörde hastalar fark ödemek zorunda olduklarından kendilerine önerilen tedavi ya da cerrahi hizmetleri büyük ölçüde sorgulamakta ve öyle karar vermektedirler.

Sonuç itibariyle aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri tabi önemli bir açığı kapatmakta ve sağlık düzeyinin arttırılmasına önemli katkılar sağlamaktadırlar ancak aşağıda sunulan beklenen çıktıları vermekten henüz uzaktırlar.

1.Tüm nüfusun tüm coğrafyada benzer nitelikte hekimlik hizmetine ulaşımı,
2.Ülke genelinde kronik hastalıklar ile takibi gerekli diğer hastaların düzenli takibi,
3.Ülke genelinde gereksiz tetkik, tedavi ve ilaç kullanımının kontrol altına alınması,
4.Tedavi edici hizmetlerin daha etkin ve maliyet etkili gerçekleşmesine katkı sağlanması.

Bu konuları tam anlamıyla kapsayan bir birinci basamak hekimlik politikasına gereksinimimiz hala var gözüküyor.



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

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

Görsel Tasarım
Kangroo Tanıtım
www.kangrootanitim.com

Yayın Türü
Yerel Süreli

Basım Yeri
Arkadaş Basım San. Ltd. Şti.
Kazım Karabekir Cad. Sütçüoğlu
İşhanı No:37/4 Ulus / ANKARA
Tel: 0 312 341 63 10

Baskı Tarihi
Ekim 2013

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

0 312 446 91 14 www.hospitalmanager.com.tr

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

Başlangıçta her şey çok iyiydi...!



Fatma Ergüzeloğlu

Aile hekimliği Türkiye'de ilk 2005 yılında Düzce'de başlatıldı; çok uzun bir dönem pilot uygulama olarak varlık gösterdi. Aradan 8 yıl geçmesine rağmen uygulamanın sorunsuz işlediğini söylemek çok güç. Sistemde örneği çokça görüleceği üzere aile hekimliğinde de "kervan yolda dizilir" mantığıyla hareket edildiği için aile hekimlerinin sorunları her geçen gün biraz daha büyüyor.

Uygulamanın kurulması yönünde emek veren **Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu**'nun da ifade ettiği üzere aile hekimliği, şu an güzergahından epeyi sapmış vaziyette… Görpelioğlu, bu durumu "Gideceği limanı bilmeyen gemiye hiç bir rüzgar yardımcı olamaz" sözleriyle ifade ediyor... **Görpelioğlu**'nun ifadeleri şöyle:

"İlk etapta hedeflenen limanı kaybetmemek lazım... Aile hekimliği için tanımlanmış bir görev vardır, bu tanımdan ayrılmamanız gerekir. Günlük iş yükünün ne kadar olabilir, hekim kaç saat çalışabilir, hekimden ekstra neler beklenebilir gibi konuları netlikle belirlemeniz gerekir. Kapınızda 100 hastanız olursa önemli bir tanıyı atlayabilirsiniz, hekimliğin kazası da budur. Bunların hepsini hesaba katarak yola çıktığımızı düşünüyordum fakat yoldan sapmış bulunuyoruz."

Bugün, hekimlerin eğitim süreci **AHUZEM** ve **Doç. Dr. Mehmet Uğurlu** ile devam ediyor. Sistemde yer alan aile hekimleri hem kendilerine bağlı nüfusu takip ediyor hem de eğitimlerini aksatmamaya gayret gösteriyor.

Buna rağmen göstergeler, hekimlerin hayatından gayet memnun olduğunu işaret ediyor… Röportajlarımızda hekimlerin çoğu işlerinden memnun ama eleştirdikleri hususları hiç de azımsamamak lazım…

TTB Merkez Konseyi Üyesi ve Sincan 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi hekimi Dr. Filiz Ünal İncekara ile gerçekleştirdiğimiz röportajda bu çarpıcı hususlar rahatlıkla görülebilir. **Ünal** Ankara Sincan'da görev yapıyor ve şunları ifade ediyor:

"Sincan, aile hekimliğini gözlemleyebilmek için son derece uygun bir yer. Orada sağlık personeline, koruyucu sağlık hizmetlerine çok fazla ihtiyaç var. Sincan'da insanlara yardım edebileceğiniz çok yer var. Hakkıyla aile hekimliği yaptığınızda hiç evinize gitmeseniz, hizmetinizi ancak tamamlarsınız çünkü sadece benim 4200 hastam var. Geçen gün saydım, son bir yılda bana sadece 23 hastam başvurmamış, hepsi geliyor."

Aile hekimi olarak görev yapan hekimlerden bu ve benzeri hikayeleri sıklıkla dinleyebilirsiniz; uygulamanın önünde kat etmesi gereken çok fazla mesafe var.

AileHekimleri.net moderatörü Dr. Tolga Sucu'ya kulak verirsek, "Aile hekimliği, ilk yıllarda daha iyiydi. Bu sürece bizler de inandık ve daha iyi bir uygulama için AileHekimleri.net portalını kurarak destekledik. Ama bugünlerde bu süreç için diyeceğimiz son söz, 'dünyada iyi başlayıp kötüye giden başka bir uygulama örneği yoktur' ifadesidir"

FeriFer® 40

Oral Çözelti 40 mg/5 ml x 10 Kaşık

40 mg Demir+3, kaşıklı şurupta vanilya tadında[1]



Kullanım Şekli:
Yetişkinlerde 1 veya 2 kaşık, çocuklarda 1 kaşık kullanılır.[1]



Referanslar: 1- Ferifer-40 mg Oral Çözelti, 10 Kaşık Kullanma Talimatı

BERKO
www.berko.com.tr



Aile hekimlerine uzmanlık yolu açılıyor!

Doç. Dr. Turan Buzgan

Sağlık Bakanlığı, aile hekimlerine yarı zamanlı uzmanlık eğitimi ile uzman olabilme imkanı sunacak!

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı **Doç. Dr. Turan Buzgan**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Aile hekimliği uygulamasını, ilk kurulduğu günden bugüne geldiği aşamayı nasıl değerlendiriyorsunuz? Uygulamada başı çeken ve yeniden düzenlenmesi gereken eksiklikler sizce neler?
2005 yılında Düzce'de başlayan pilot uygulama 2010 yılı sonunda tüm ülkeye yaygınlaştırıldı. Uygulamada görülen bazı aksaklıklar zaman içerisinde giderilerek program geliştirilmektedir. Vatandaş ve çalışan memnuniyeti arttı, 1. basamak hekimleri yeni bir kimlik kazandı. Aile hekimliği birinci basamak hastane dengesini birinci basmak lehine değiştirmeye başladı.

Bulaşıcı hastalıklar ile anne ve çocuk sağlığı ile ilgili önemli mesafe kaydettik. Diyabet ve hipertansiyon hastalarının yönetimi, kanser taramaları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili programları geliştiriyoruz. Gezici sağlık hizmetini biraz daha standardize etmemiz gerekiyor. Aile hekimi başına düşen nüfusu süreç içinde azaltmamız gerekiyor.

"AB ülkelerinde olduğu gibi, hastane acillerine gelen ve acil olmayan poliklinik hastalarına aile hekimlerinin bakmasını planlıyoruz"

Aile hekimlerinin ulusal ölçekte dağılımı yeterli ve dengeli mi?
Aile hekimlerinin ulusal ölçekte dağılımı dengeli ancak yeterli değil. Ülkemizdeki hekim eksikliği önümüzdeki en önemli engel durumundadır. Bugün bir aile hekiminden ortalama 3580 kişi hizmet almaktadır. Bir aile hekiminin ortama 4000 kişinin üzerinde kişiye hizmet verdiği bir ilimiz yoktur. Doğudan batıya, kuzeyden güneye bütün illerimizde aile hekimi dağılımı dengeli ve adaletli olmuştur. Hekim sayısı azlığımız sebebiyle aile hekimi başına kayıtlı nüfusu 3500 altına çekemiyoruz. Bununla beraber 2023 yılına kadar bu nüfusu 2000'e çekmeyi planlıyoruz.

Hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?
Aile hekimleri kendi işlerini yönetme konusunda daha özgürler. Ülkemizde aile hekimleri aynı eğitim seviyesindeki diğer kamu çalışanlarına nazaran daha iyi mali ve özlük hakka sahiptirler. Emeklilik maaşları gibi bazı özlük haklarının iyileştirilmesi için de çalışmalarımız devam etmektedir.

Anne olan aile hekimlerinden çocuğuna bakmak için ücretsiz izin alanlar ile askerlik hizmetini yaptıktan sonra aile hekimliğine dönmek isteyenlere aile hekimliği yerleştirmelerinde avantaj sağlanmıştır. Kongre ve sempozyum izni vermek için çalışıyoruz. Seçimlerde aday veya aday adayı olup seçilemeyenlere geri dönüş hakkı veriyoruz. Pozitif performans uygulamasına başlamak istiyoruz. Aile hekimlerine yarı zamanlı uzmanlık eğitimi ile uzman olabilme uygulamasına başlamak için çalışıyoruz.

Hekimler için öngörülen nöbet uygulamasına ilişkin yeni bir düzenleme yapılacak mı?
Bu konuda yeni bir düzenleme yapıyoruz. Aile hekimliği deneyimi eski olan ve hekim sayısı bizden çok iyi olan Avrupa ülkelerinin çoğunluğunda hastane acillerine gelen ve acil olmayan poliklinik hastalarına aile hekimleri bakmaktadır. Ülkemizde de bu uygulamanın başlaması düşünülmektedir. Burada en önemli nokta mevcut aile hekimliği işleyişini aksatmadan bu düzenlemenin yapılmasıdır. Hafta içi 8 saati, hafta sonu 16 saati geçmeyecek şekilde bir düzenleme için çalışılmaktadır.



"Risk gruplarında kanser taraması ve diyabetli hasta yönetimi ile pozitif performans uygulamasına başlayacağız. Bu taramalarda belirli bir başarıyı yakalayan aile hekimlerine ilave ödeme yapılacak"

Aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak ne kadar olmalıdır? Bu oran nasıl yakalanabilir?

Aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak 2000 kişi olmalıdır. Ancak bu oranın yakalanması çok kolay olmamaktadır. Maalesef Türkiye nüfusa oranla hekim sayısı az olan ülkelerden. Tıp fakültesi öğrenci kontenjanlarının artırılmasının ilk yansımasının 2014 yılında gerçekleşmesi beklenmektedir. Bu hızdaki mezun sayısıyla 2023 yılında 2000 hedefine ulaşabilecek şekilde planlama yapmış durumdayız.

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği için performans sistemi getirmeyi planlıyor. Sisteme ilişkin kısaca bilgi alabilir miyiz?

Aile hekimliğinde negatif performans uygulaması beş yıldır başarıyla uygulanmaktadır. Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili hususlarda başarısızlık durumunda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ücretinde belli oranda kesinti yapılmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında başarıyı artırmanın yollarından biri de pozitif performans uygulamasıdır. Önümüzdeki süreçte risk gruplarında kanser taraması ve diyabetli hasta yönetimi ile pozitif performans uygulamasına başlamayı planladık. Bu uygulama ile kanser ve diyabette koruyucu hekimlik uygulamasında ve taramalarda belirli bir başarıyı yakalayan aile hekimlerine ilave ödeme yapmayı hedefledik. İlerleyen süreçte bu alanı daha da zenginleştirmek istiyoruz.

Bakanlığın "Birinci Basamakta Periyodik Muayene Rehberi" yayınlaması bekleniyor. Bu rehberde neler yer alacaktır?

Bu konudaki çalışmamız sonuçlanmak üzeredir. Bu rehberde kişinin anne karnındaki durumundan ölümüne kadar yaş, cinsiyet, mevcut hastalık ve risk faktörlerinin göre periyodik muayene aralıkları ve zamanları ortaya konacaktır. Gelişmelere ve ihtiyaçlara göre bu rehber güncellenecektir.

"Aile hekimi başına kayıtlı nüfusu 3500 altına çekemiyoruz. Bununla beraber 2023 yılına kadar bu nüfusu 2000'e düşürmeyi planlıyoruz"

SIEMENS



Teknolojinin Zirvesindeyiz

SOMATOM Definition Edge – Tek Kaynaklı CT'de Referans

www.siemens.com/somatom-definition-edge

SOMATOM® Definition Edge, CT teknolojisinde devrim niteliğindeki Stellar dedektör, TrueSignal Teknolojisi ve SAFIRE ile birleşerek, CT'de daha önce eşine rastlanmamış bir üstünlük sunuyor.

Elektronik gürültüyü en aza indirmek üzere tasarlanmış, son teknoloji ürünü Stellar Dedektör, üstün görüntü kalitesini düşük doz ile birleştiren, ilk tam entegre dedektör olma özelliğini taşıyor.

Tek kaynaklı CT'de yeni referansınız olacak SOMATOM® Definition Edge ile tanışın...

Answers for Life.

A91CT-9211-A1-7600

Sürekli eğitimin adresi: AHUZEM

"Türkiye'de birinci basamak hekimine çok sayıda ve farklı konularda eğitimler veriliyor. Yakın gelecekte eğitim vermek istiyorsanız bu muhtemelen sadece AHUZEM üzerinden mümkün olacak"

AHUZEM uzaktan eğitim programının kurucusu Yıldırım Beyazıt Üni. Tıp Fak. Aile Hek. ABD Başkanı ve Atatürk EAH Aile Hek. Kliniği İdari ve Eğitim Sor. **Doç.Dr. Mehmet Uğurlu,** sistemi hospitalmanager'a anlattı.



Doç.Dr. Mehmet Uğurlu

Türkiye'de aile hekimlerine yönelik oluşturulan AHUZEM (Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformu) kurucususunuz. Aile hekimliğinde sürekli eğitim ne ifade ediyor?

Sürekli tıp eğitimi Türkiye'de Sağlık Bakanlığının veya uzmanlık derneklerinin zorunluluk alanına henüz girmiyor; uzmanlık eğitiminden sonra hekimlerimize yenileme – sürekli eğitim koşulunu getirmeliyiz. Herhangi bir uzmanlık dalında eğitim alan bir kişinin hangi bilgileri, ne kadarıyla öğrenmesi ve hangi alanlarda yeterlilik sağlaması gerektiği konusunda Bakanlık çalışması maalesef hala sonuçlanmadı. Ayrıca yetki ve sorumluluklar hala karışık durumda. Uzmanlık eğitimi standart değil, İstanbul ile Trabzon'daki bir üniversitede uzmanlık eğitimi alan bir kişinin bilgi ve becerileri birbirinden çok farklı. Bu durum aile hekimliğinde de aynı…

Resmi olarak 30 yıldır Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı ayrı bir disiplin halinde faaliyet gösteriyor. Aile hekimliği uzmanlığı ilk olarak Edirne'de kuruldu, ilk akademisyenimiz Eskişehir'de göreve başladı. O zaman Sağlık Bakanlığının eğitim araştırma hastanelerinde Aile Hekimliği Klinik Şeflikleri yoktu. Bir Koordinatör Şef tarafından yönetiliyordu eğitim…

"Sürekli Tıp Eğitimi" kavramı artık "Sürekli Mesleki Gelişim" kavramına evrildi. Bunun bilgi boyutunu şu anda hayata geçirdiğimiz AHUZEM'le sağlamaya çalışıyoruz.

"Aile hekimlerinin farklı branş rotasyonlarında eğitim 3. basamak sağlık sunumu anlayışına göre veriliyor. Müfredat belirlense bu sorun çözülebilecek"

Eğitim bugüne kadar nasıl sağlanıyordu? Yaşanan süreci kısaca anlatır mısınız?

2010 ve 2011 yıllarında Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için klinik şef, şef yardımcısı ve başasistan sınavları açıldı. Aile hekimliği kliniklerinde diğer branşlardan koordinatör şefler veya eğitim kadrosunda olmayan uzmanlar tarafından verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimleri, aile hekimliği uzmanları tarafından yürütülmeye başlandı. Ama bu hala çok sınırlı… Aile hekimi uzmanı olan klinik şef (yeni adıyla idari ve eğitim sorumlusu) sayısı son derece az… Ankara'da 5, İstanbul'da 2 ve İzmir'de 1 yerde var, bu kadar… Halbuki uzmanlık eğitimi belki 20 den fazla eğitim ve araştırma hastanesinde verilmekte. Buralarda eğitim kadrosu sıkıntısı var, genellikle kliniklerin şef, şef yardımcısı yok ya da başasistanı yok, vb… Aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilen yerlerde eğitim kadroları büyük oranda boş veya hastanelerde aile hekimliği kliniği resmen açılmış değil. Bu alanda yapılanma hala eksik, yapılanmış olanlarda da eğitim kadrosu eksik.

Üniversitelerde yeterli akademisyen olsa bile, öğretim üyesi başına düşen asistan sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre çok düşük. Mesela Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinde doçent başına 25-30 asistan hekim varken üniversiteye baktığınızda profesör / doçent başına 3-4 asistan hekim düşüyor. Bu da dengesizlik yaratıyor. Çünkü kontenjanlar dengeli dağıtılmıyor.

Eğitim programında değiştirilmesi gereken hususlar sizce neler?

Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık eğitimi, toplam 36 ay sürelidir. Bu eğitimin 18 ayı aile hekimliği kliniğinde geçiyor, diğer 18 ayda da farklı branşlarda rotasyona gidiliyor. Fakat rotasyonlarda da sorunlar yaşanıyor; mesela hekim birinci basamağa uygun olmayacak şekilde, büyük oranda hastalığı önceleyen bir branşta eğitim veriliyor diyebiliriz; çünkü orada üçüncü basamak bir sağlık sunumu anlayışı sözkonusu ve kişi burada sadece hasta yönelimli bir eğitim görüyor. Oysa kişi üçüncü basamak



değil birinci basamak hizmet sunumuna yönelik bir eğitim almalı burada tam tersi yaşanıyor. Eğitim müfredatı belirlense aslında, uzmanlık içeriğiyle ilgili bir standart getirilse, belki o rotasyonda da birinci basamak eğitim almanın yolu açılabilecek. Birinci basamak yönelimli olan aile hekimliği uzmanlığında bize gelen aile hekimliği asistanlarının kendi çalışacakları yere özgü eğitim alacakları bir platform hala yok. Bu hekimler Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapamıyor/eğitim alamıyor, oysa yapması gerekir. Şu anda hekimler 18 aylık aile hekimliği kliniğindeki eğitim süresinde, pratik eğitimini hastanelerin aile hekimliği polikliniklerinde tamamlıyor. Peki bu poliklinikler uygun mu? Hayır. Çünkü burası bir hastane… Birinci basamağa uzman yetiştirdiğiniz kişiye eğitimi ancak birinci basamakta verebilirsiniz. Aile hekimi uzmanı olarak çalışacak kişi, hastanelerde aile hekimliği rotasyonu yapıyor. Bunun mevzuat düzenlemesi hala yapılmış değil. Hala ASM'de eğitim sözkonusu değil, bu çok büyük bir eksikliktir.

Aile Hekimliği, hem uzman hem de pratisyen hekimlerin aynı şekilde görev yaptığı farklı bir alan oldu. Bunu nasıl değerlendirmeliyiz?

Bir ülkede hizmet sunumu modeli olarak aile hekimliğini seçmişseniz o zaman aile hekimliği uzmanı sayısını yeterli hale getirerek sistemde uzman çalıştırmalısınız. En başta bunu deklare etmişsiniz çünkü. Şu an birinci basamakta fiilen aile hekimliği yapan kişi sayısı aşağı yukarı 21 bin civarında… Bunların içinde aile hekimliği uzmanlarının sayısı 1000. Bu sayıyı hızla arttırmanız lazım, eğitim kadrosunu verimli kullanamıyorsunuz, asistanları dengeli dağıtamıyorsunuz ve asistan sayısı da az.

Yurtdışı örnekleri nasıl?

Yurtdışı örneklerinde hekim dağılımına bakıldığında, toplam hekim sayısının yarısı birinci basamakta diğer yarısı diğer branşlarda çalışır. Türkiye'de 120 bin hekim var, bunun sadece 21 bini aile hekimliği uygulaması içinde; birinci basamak diye tabir edeceğimiz diğer kurumlarda da ortalama 5 bin kişi çalışıyor dersek maksimum 25 bin kişide kalıyoruz; halbuki bu sayının 60 bin olması gerekiyor.

Türkiye'de aile hekimliği ilgi çok, bir hekime ortalama 3500 kişi bağlı… Bu çok fazla, sağlık otoritesi de bunun farkında. 120 bin hekimin yarısı birinci basamakta çalışmalıdır, bunun 10 binini toplum hekimliği ile ilgili branşlarda çalıştırdığınızı düşünürseniz Aile Hekimliği sisteminde 50 bin hekiminizin olması gerekir, teorik anlamda…

Uzmanlık eğitimlerini nasıl değerlendiriyorsunuz? Süre yeterli mi? Kısaltılması gündemde mi?

Aile hekimliği uzmanlık eğitimin süresi 3 yıl olarak belirlenmiş. Avrupa Birliğinde (AB) 1995'ten beri uygulanan bir sistem var; buna göre tıp fakültesini bitiren hekimin reçete yazma hakkına sahip olabilmesi için en az 3 yıllık ilave uzmanlık eğitiminden geçmesi gerekiyor. Türkiye'de, kısa bir idari uyum eğitimi ardından hekimlere aile hekim-

"Aile hekimi uzmanı olarak çalışacak kişi, hastanelerde aile hekimliği rotasyonu yapıyor. Oysa uzmanlık eğitimini ancak birinci basamakta verebilirsiniz. Doğru adres ASM olmalıdır"

liği olarak çalışma hakkı tanındı. Ama bu sonsuza kadar geçerli bir hak değil, olmaması gerekir. Bakanlık da bunu başlangıçta böyle deklare etti. AB'de 4-5 yıla uzan uzmanlık eğitim süreleri var ama bizde aile hekimliği uzmanı ihtiyacı fazla olduğu için bu sürenin şu an arttırılması çok mantıklı değil. Yeterli sayıda hekimimiz yok.

Aile hekimliği bizim için de doğru bir sistemdir. Aile hekimliğinden önce, birinci basamakta çalışan hekim sayısı dramatik derecede azdı.

AHUZEM ilk nasıl başladı?

Aile hekimliği sistemi kurulurken, görev yapacak hekimlere şöyle denildi: "Size kısa bir uyum eğitimi veriyoruz ve ardından aile hekimliği yapma halkı elde ediyorsunuz." Daha sonra ikinci aşama uyum eğitimleri gündeme geldi ve bu eğitimlerin mevzuatta en az 1 yıl olacağı ifade edildi. Bu eğitimin uzaktan verilmesi öngörüldü ve aile hekimliği hakkının devam etmesi için eğitimin sürekliliği ve yapılacak sınavda da başarı şartı getirildi. 2012'de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bu eğitimleri vermek üzere Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ile bir protokol imzaladı. Mevzuatın zorunlu olarak öngördüğü eğitimlere 1 Aralık 2012'de başladık. Bu yılın sonunda 2. Aşama uyum eğitimleri olarak tanımlanan uzaktan eğitim programı tamamlanıyor. (Her ay yaklaşık 200 kişi programımıza ekleniyor, kurum kişileri üniversiteye bildiriyor ve hekimleri sisteme dahil ediyoruz. Bakanlık uygun gördüğü bir zaman dilimi ve formatında sınav isteyecek. Sınavla ilgili başarı kriteri, yapım şekli ve niteliği ile ilgili karar hakkı Bakanlığındır)



Yine mevzuat gereği pratisyen aile hekimliği bu eğitimi alıyor, isteyen aile hekimliği uzmanları da takip edebiliyor. Bakanlığın uzman ve pratisyen aile hekimlerinin almasını istediği dersleri uzmanlar da almak zorunda. Benim amacım bu platformu sürekli hale getirmek, beceri eğitimlerini eklemek, daha kolay takip edilip daha zengin içeriğe kavuşturmaktır. Bu yolda da hızla ilerliyoruz.

Eğitim nasıl gerçekleştiriliyor?

Biz bu eğitimleri planlarken bazı zorunluluklarımız vardı; Aile hekimliği hizmeti veren bu hekimleri bir yere toplayarak yüzyüze eğitim verme imkanımız yok, çünkü 21 bin kişiden söz ediyoruz ve bu kişiler sahayı boşaltmak lüksüne sahip değil. Her an hizmet veriyorlar, hekimleri sahadan çekemezsiniz ve iş yükleri ağır. O nedenle uzaktan eğitim vermek zorundasınız. Bu durumda da kısıtlar meydana geliyor, mesela katılımcılara senkron eğitim veremiyorsunuz, çünkü herkese aynı anda eğitim veremezsiniz. Dünya uygulamalarına bakıldığında senkron eğitimler ortalama 25-30 kişilik gruplardan oluşuyor. Bu sayıyı en fazla 150 ye çıkarabilirsiniz ki bu da verimsiz bir eğitim olur. Bu eğitimleri asenkron vermek zorundasınız.

Ne tür dersler var?

Eğitimleri, sahadaki hekimlerin gündelik pratiklerinde işlerine yarabilecek şekilde vermeye gayret gösteriyoruz. Sahada kullanamayacakları gereksiz bilgileri vermekten çok, kullanabilecekleri bilgileri vermeye çalışıyoruz. Hazırladığımız dersler birinci basamak yönelimlidir.

Sadece tıbbi bilgi vermiyoruz; aile hekimliğinde ofis yönetimi nasıl olur, hukuki sorumluluklar nelerdir, çalışan personelin özlük hakları nelerdir, hangi durumda hangi yola başvurulur, adli konularda yapılması gerekenler nelerdir gibi gündelik hayatında kullanacağı bilgileri vermeye çalışıyoruz. Ayrıca aile

hekimliğinde çok önemli olan hasta – hekim iletişimi konularına da giriyoruz. Mevzuat gereği zorunluluklarımız var; hastane ile üniversitenin yaptığı protokol gereği yüklendiğimiz işler var, fakat Türkiye'de tıp disiplinleri arasında ilk kez mezuniyet sonrası sürekli bir eğitim platformu kurma hedefimiz var. Bu platformun gelişerek devam etmesini istiyoruz; eğitimin kalıcı olmasından yanayız.

Nasıl?
Halen hemen hemen her branş mevcut sistemde Aile hekimliği yapan hekimlere farklı konularda eğitim veriyor. Bu konuda bir koordinasyon çok fazla olamıyor. Yüz yüze olduğu için sahadan aile hekimleri çekiliyor ve aksamalar yaşanıyor. İş yükleri diğer arkadaşlar tarafından üstlenmeye çalışıyor. Bundan Bakanlık da rahatsız durumda. Türkiye'de birinci basamak eğitimlerin tamamını şu an hayata geçmiş olan AHUZEM üzerinden verme konusundaki çalışmalarını tamamlamak üzere. Eğer eğitimin beceri kısmı da olacaksa bunu ayrıca verecek. Ama teorik yanını AHUZEM platformundan vermeyi planladı. Bir anlamda eğitimi standardize ediyoruz.

Aynı zamanda hasta bakan hekimler için ders takibi zor olmuyor mu?
Türkiye'de aile hekimlerinin ortalama yaşı 47... Ayrıca başka sorumlulukları da var. Bu hekim grubuna her hafta belli sayıda ders vereceksiniz, eğitim videosu izleteceksiniz; bu gerçekten önemli ve alışık olunmayan bir yük. Bizler mümkün mertebe yük getirmeyecek bir planlama yapıyoruz. Aile hekimlerinin günlük mesaileri içinde bu programı takip etmeleri gündeme geldi mesela; kolaylaştırmaya çalıştık elbette fakat bu konularda karar mercii Bakanlıktır.

Halk Sağlığı Kurumu bizden belirli bir eğitim programı istedi; yaklaşık 180 dersten oluşan bir eğitim programı; bunun içinde pratiğe yönelik modüller var, bir ASM'nin işletim yapısından tutun, iş ve işçi sağlığı modülü, çocuk-kadın hastalıkları gibi çok sayıda ders var. Haftada ortalama 3 saat ders belirledik ve hekimlerden bunun takibini istedik. Fakat bu programı 1 yılda bitirmemiz gerektiği için haftalık ders sayısını 5 saate çıkarmak zorunda kaldık. Bu da önemli bir mesai gerektiriyor şu an için. Muhtemelen 2013 sonuna kadar bitireceğiz.



Sistem nasıl işliyor?
Aile hekimi derse başlamadan önce bir test çözüyor, başarılı olup-olmaması önemli değil. Dersi izliyor; eğitim videosu da var, ders notu da var. Ardından çoktan seçmeli 6 soruluk bir teste giriyor, en az 3 tanesini doğru çözüyorsa bir sonraki derse geçebiliyor, çözemediyse aynı dersi yeniden alıyor. Zaman kısıtı yok, dersi istediği kadar tekrar edebilir, sınavda da süre kısıtı yok. Ayrıca istediği her zaman bu dökümanlara ulaşabiliyor.

Dersleri nasıl belirlediniz?
Dersler henüz sisteme konmadan, ilk olarak ihtiyaç belirleme anketi oluşturduk ve hekimlerden yanıtlamalarını istedik. Bu yolla hekimlerin kendilerini eksik, yetersiz, bilgisiz buldukları konuları tespit ettik. Hatta öngörümüzde olmayan pek çok ders bu aşamadan itibaren programa eklendi. 180 ders böylece oluştu. Şu an itibariyle bile ihtiyaç duyulan dersleri ekleyebilecek durumdayız, bize bildirmeleri yeterli olur. Bakanlıkla imzalanılan protokol henüz uygulamaya başlamadan, programı Türkiye'deki tüm Aile Hekimliği Akademik camiasına açtık, hocalarımıza davette bulunduk; büyük oranda davetimiz kabul gördü. O nedenle programa, Türkiye'deki aile hekimliği hocalarımızın büyük bir kısmının katılımı görülebilir. Tek üniversite odaklı değil, aile hekimliği akademisyenlerinin tamamının katılımını sağlayan bir tarz benimsedik ve bu yaklaşımımız hala geçerli…

Son olarak bu eğitimlere beraber başlayıp her aşamasını beraber yürüttüğümüz Anabilim Dalındaki arkadaşım Doç.Dr. Yusuf Üstü'ye teşekkür ederim.

"Haftada ortalama 3 saat ders belirledik ve hekimlerden bunun takibini istedik. Fakat bu programı 1 yılda bitirmemiz gerektiği için haftalık ders sayısını 5 saate çıkarmak zorunda kaldık. Bu da şu an için önemli bir mesai gerektiriyor"

Düşük maliyetli en iyi sonuç aile hekimliğinde mümkün

Wonca EUROPE
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

WONCA (The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians Europe) Başkanı **Prof. Dr. Job FM Metsemakers,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Avrupa Birliği /AB) genelinde aile hekimliği uygulamasını standartlaştırmak mümkün mü?
Avrupa ülkeleri pek çok açıdan birbirinden farklılık arz etmektedir. Pratisyen hekimlik / aile hekimliğine ilişkin Avrupa tanımı her ülkede aile hekimlerinin özelliklerini ve bu disiplinin yeterliliklerini ifade etmesine rağmen yine her ülkenin sağlık yapısı aile hekiminin yerini ve rolünü tanımlayacaktır.

Birinci basamak sağlık uygulamaları AB ülkelerinde ne tür farklılıklar göstermektedir?
Ülkeler arasındaki farklılıkları ifade etmek mümkün değildir. Birkaç örnek vermek gerekirse: bazı ülkelerde aile hekimi ikinci basamak / hastanede verilen sağlık hizmeti öncesinde süzgeç görevi görürken diğer bazı ülkelerde hastalar kardiyolog ya da diğer uzman doktorlara doğrudan erişebilmektedirler. Bazı ülkelerde çocuklar bir yaşına gelinceye kadar hastaya çocuk doktorları bakarken diğer bazı ülkelerde bakımı aile hekimleri yapmaktadırlar. Hemşirelerin görevleri de ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ancak, burada daha önemli olan husus aile hekimlerinin bütün ülkelerde ortak olan kilit unsurlarıdır: Aile hekimleri ilk derece, kişisel ve süreklilik arz eden bir sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Aile hekimleri yaptıkları işten memnunlar mı? Çalışan haklarına ilişkin herhangi bir sorunları var mı?
Aile hekimlerinin pozisyonları sağlık hizmetleri yapısına bağlıdır. Bazı ülkelerde aile hekimleri devlet görevlileri iken diğer bazı ülkelerde özel sağlık hizmeti vermektedirler. Bunun yanı sıra, Avrupa hükümetlerinin hepsi aile hekimlerinin daha güçlü bir pozisyona sahip olmaları için çaba göstermemektedirler. Bu ülkelerde aile hekimleri mutlu değillerdir.

Sizce aile hekimlerine sürekliliği olan bir eğitim sağlamak nasıl mümkün olabilir?
Sürekliliği olan tıp eğitimi sağlamanın pek çok yolu vardır: Literatürü okumak, konferanslar, diğer meslektaşlarıyla küçük gruplar halinde müzakereler, uzmanlarla toplantılar, eğitim programları, video kasetler, bilgisayar destekli eğitim. Buradaki önemli nokta her yıl belirli bir saat tutarındaki CME (önem arz eden tıbbi eğitim) programını takip etmenin zorunlu kılınmasıdır.

Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Türkiye önleyici sağlık hizmetlerine ciddi oranda odaklı iyi organize olmuş bir ilk derece sağlık hizmetleri ağına sahiptir. Ayrıca, Türkiye'de hastalara hizmet sağlarken aynı zamanda aile hekimlerine de eğitim veren çok sayıda aile hekimliği bölümü bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, bu bölümler resmi bir lisansüstü eğitime sahip değilken uygulama temelli tecrübeye sahip pratisyen hekimlere de eğitim verebilmektedirler.

Avrupa'da ve dünyada aile hekimliğinin ve ilk basamak sağlık hizmetlerinin geleceği sizce nasıl olacak?
Araştırmalar güçlü bir ilk basamak sağlık hizmetleri odaklı sistemin aile hekimiyle birlikte en düşük maliyetle en iyi sonuçları alacağını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında 2008 Dünya Sağlık Raporu – İlk Basamak Sağlık Hizmetleri (Şimdi Daha Da Önemli!) isimli belgeyi yayınladı. Dünya genelindeki hükümetler sağlık hizmetleri sistemlerini bu doğrultuda yönlendirmektedirler.


Prof. Dr. Job FM Metsemakers

BİR ACIBADEM MOBİL SAĞLIK YENİLİĞİ:

UZAKTAN HASTALIK TAKİP SİSTEMİ TELETIP İLE



SAĞLIĞINIZ HER AN, HER YERDE KONTROL ALTINDA!



Acıbadem Mobil Sağlık farkıyla sağlık hizmetlerinde yepyeni bir dönem başladı.

Uzaktan Hastalık Takip Sistemi sayesinde kalp, tansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklarda, durumunuzla ilgili veriler TeleTıp cihazlarıyla anında Acıbadem Mobil Sağlık doktorlarına aktarılıyor. Veriler hemen değerlendirilerek gereken sağlık yardımı gerçekleştiriliyor.

Acıbadem Mobil Sağlık'ı arayın, **Uzaktan Hastalık Takip Sistemi**'yle sağlığınız her an kontrol altında olsun.

ACIBADEM MOBİL

444 9 724

www.acibademmobil.com.tr

Türkiye modelinde sevk sistemi yokluğu fark yaratıyor!

"Diğer ülkelere nazaran Türkiye modelindeki en önemli farklılık, sevk sisteminin olmamasıdır. Aile hekimliğinin temel tanımları arasında 'kapı tutuculuk' yani sağlık sistemine giriş noktası olması gelir"

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Başkanı **Prof.Dr.Okay Başak,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'de aile hekimliği denilince hem uzmanlar hem de pratisyen hekimler birlikte anılıyor. Çalışma hayatı açısından, aile hekimi uzmanlığının ayırıcı yönleri, öne çıkan özellikleri neler? Aile hekimliği uzmanları; YÖK ve Tıpta Uzmanlık Kurulunun çizdiği kurallar ve müfredat çerçevesinde, anabilim dalı başkanları, klinik şefleri ve akademisyenlerin gözetiminde 3 yıl boyunca değişik bölümlerde yapılan rotasyon, nöbet ve saha eğitimlerini takiben tez hazırlayarak ve jüri karşısında sınava girerek tamamlanan bir eğitim sürecinden geçmektedirler. Bu eğitim aşamalarında biyopsikososyal yaklaşım becerileri de verilmektedir. Çalışma hayatında ise aile hekimliği uzmanlarının atama, reçete yazma ve ücretlendirme konularında farklılıkları bulunmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasını, ilk kurulduğu günden bugüne geldiği aşamayı nasıl değerlendiriyorsunuz?
Türkiye uzun bir birinci basamak geçmişine sahip... Birinci basamağın en başarılı örneklerinden Britanya Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ile benzer tarihlerde, benzeri niyetlerle başlayan bir yola çıkışımız var. Bizim ülkemizde bu yolculuk son 20 yılda Aile Hekimliği Türkiye Modeli ile devam ediyor. 2005 yılında başlarken elimizdeki sosyalizasyon yasasının planlamasını da göz önüne alan toplum sağlığına odaklı bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve bireye odaklı bir Aile Sağlığı Merkezi ikili yapısı ile yola çıkılmıştı. ASM ve TSM ortak bir hedefe yönelik eşit yapılar olarak tanımlanmış ve birinci basamak sağlık hizmetleri bu iki birime verilmişti. Bugün gelinen noktada bu ikili yapının bir ayağı olan TSM'ler işlevlerini değiştirdiler, daha çok denetleme ve idari amir konumuna taşındılar. Başta planlanan TSM görevlerinin birçoğu ise yine TSM koordinasyonunda kalmak üzere ASM'lere aktarıldı. Bu noktada en önemli sorun bütüne bakacak işlevin kaybı ve ASM'de iş yükü artışı söz konusu. Ayrıca idari olarak amir konumuna taşınan TSM'ler aile hekimliğinin baştaki özerkliğini kaybetmesine neden oldu. Sonuçta bugün başta gelinen noktadan biraz daha farklı bir konumdayız. Daha çok poliklinik odaklı, idari işlerin daha yoğun olduğu, sağlık hizmetindeki (işyeri hekimliği,

acil hekimliği, okul hekimliği vb gibi) eksikleri tamamlamak için havuz olarak kullanılması planlanan bir aile hekimliği ile karşı karşıyayız.

3 yıldır gelirleri azalan tek çalışanlar aile hekimleri. Başlangıçta büyük bir siyasi irade ve destek ile ilerletilen uygulama bugün biraz daha kendi yağında kavrulmaya bırakılmış durumda. 10 sene önce aile hekimliği ülkenin önemli ve başat sağlık projelerindendi, bugün gelinen noktada şehir hastanelerini konuşuyoruz, aile hekimleri ise bu hastanelerde nöbetin devamı için gerekli iş gücü olarak konumlandırılıyor.

2010 yılında 22 bin aile hekiminden bahsediyorduk 2014'e giriyoruz halen aynı sayıda ya da daha az aile hekimimiz var oysa nüfusun ve sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının artışının farkındayız.

Türkiye'de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından beri mevcut…Yakın zamana kadar aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili en büyük sorunumuz eğitimin tamamının hastane rotasyonlarından oluşması idi. Bugün Dünya Aile Hekimleri Örgütü başta olmak üzere uluslararası aile hekimliği örgütlerinin önerisi ve tabii bizim de dernek olarak önerimiz uzmanlık eğitiminin en az üç yıl olması ve bu sürenin de en az yarısının birinci basamak aile hekimliği uygulama ortamlarındaki uygulama eğitimine ayrılması şeklindedir.

2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun kararı ile üç sene olan Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 18 ay rotasyonlar ve 18 ay aile hekimliği saha eğitimi olarak kesinleşmiş bulunmaktadır. Bu olumlu gelişmenin ardından yasal mevzuat gereği bir türlü uygulamaya geçirilemeyen eğitim kurumlarına eğitim aile sağlığı merkezi bağlanmasının yolu 04.07.2012 tarihli KHK'nin 3. Maddesinde yapılan düzenleme ile açılmış olup yakın zamanda ödeme yönetmeliğinin çıkması beklenmektedir.

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriği Avrupa ülkeleri ile uyumlu ve yeterli görünmekle birlikte özellikle aile hekimliği alan eğitimi ile ilgili sıkıntılar devam etmektedir ve yeni çıkacak yönetmelik de birçok sıkıntıyı beraberinde getirecek gibi görünmektedir.



Prof.Dr.Okay Başak

"Performans sisteminde insanların birinci basamakta takibi zorunlu değilken, bu kişilerin izlemlerinin aile hekimince zorunlu tutulması önemli bir sorun. Gelmeyen bu hastaların peşinde koşturmak durumunda kalıyoruz"

Öneriniz nedir?

Bizlerin önerisi aile hekimliği alan uygulamasının rotasyonlar arasına dağıtılarak ve birinci basamaktaki uygulamalarla pekişecek bir eğitim sürecidir. Yeni çıkacak yönetmelikteki uygulama ise asistan üzerinden hasta bağlanmasına dayanan, EASM'nin sürekliliğini zorlaştıran maddeleri ile eğitimden çok hizmet odaklıdır. Diğer yandan sahada çalışan hekimlerle hasta bağlama konusunda eğitim veren birimleri adeta rekabete sokmaktadır ki, bu eğitim birimlerinin gerçek işlevinden kolaylıkla uzaklaşmasına yol açabilir.

Uzmanlık eğitimi ile ilişkili bir diğer sıkıntı hala ikili bir yöntemle sisteme hekim girişidir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile baştan planlanan belli bir tarihten sonra uzmanlık eğitimi almayan hekimlerin aile hekimi olarak sisteme giremesidir. Maalesef geçiş süreci tamamlanmasına rağmen bugüne kadar son tarih açıklanmamıştır. Bu ikili durum hekimlerin uzmanlık eğitimini tercih etmesini ve uzmanlık eğitiminin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yeni mezunlar için aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilirliği sizce hangi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösteriyor?

Aile hekimliği uzmanlığını tercih edecek birçok hekim öncelikle asistanlığı sırasında yaşayacağı maddi sıkıntıları, tutacağı nöbetleri, mezuniyet sonrası karşılaşacağı zorlukları, istihdam şartlarını göz önünde bulunduruyor. Mezuniyet sonrası etkili faktörler arasında ise çalışacağı kurum, bölge, coğrafi koşullar, fiziki şartlar, mecburi hizmet süresi, performans uygulamaları ve gelir, çalışabileceği alternatif sektörler, bakacağı hasta sayısı gibi etkenler yer almakta.

Birinci basamakta sürekli eğitim nasıl sağlanmalıdır? Önerileriniz neler?

Sürekli mesleksel gelişim eğitimleri için uzmanlık dernekleri tartışılmaz öneme sahiptir. TAHUD olarak en çok önemsediğimiz konulardan birisi sürekli eğitimdir. 2011-2013 yılları arasında aile hekimliğinin temel özelliklerinden klinik konulara kadar değişen farklı konularda yetmiş civarında bölgesel eğitim düzenledik, bu eğitimlere dört bin civarında hekim katıldı. Ulusal kongremiz dışında tek temaya odaklı sempozyumlarla özellikle kronik sağlık sorunlarında güncel bilgileri aktarmaya çalışıyoruz. Geçen yıl içinde İstanbul şubemizin liderliğinde birinci basmak hekimlerine yönelik araştırma kursu düzenledik. Tüm seneye yayılan bu kursta katılımcılar aile hekimliği akademisyenlerinden bire bir danışmanlık alarak projeler ürettiler; oldukça başarılı bir çalışmaydı. Yine 2013 ulusal kongremizle birlikte Sağlık Bakanlığı sertifikalı "sigara bıraktırma kursları" düzenlemeye başladık ve bu sene TAHUD okulları ve Sürekli Mesleksel Gelişim Eğitimlerine ek olarak tüm şube bölgelerimizde bir veya iki kurs gerçekleştirmeyi planlıyoruz. Eğitimlerimizi takip etmek isteyenler hem programa hem de eğitim içeriklerine www.tahud.org.tr veya www.tahudegitsel.org adreslerinden ulaşabilirler.

Diğer ülkelere göre Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasının farklılığı nedir?

Türkiye modelindeki en önemli farklılık olarak sevk sisteminin olmamasını gösterebiliriz. Aile hekimliğinin temel tanımları arasında "kapı tutuculuk" yani sağlık sistemine giriş noktası olması gelmektedir. Birçok ülkede kişiler aile hekimine başvurmadan diğer sağlık hizmetlerine ulaşamazken ülkemizde sağlık sistemine giriş serbesttir, yani isteyen aile hekimine isteyen direkt ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedir.

Birinci basamakta uygulanan finansman modeli nasıl? Söz konusu modelin sorunlu yanlarını ve alınması gereken tedbirleri anlatır mısınız?

Ülkemizde üçlü bir model var, temel gelirinizi hasta başına alıyorsunuz 4000 kişiye kadar kişi başı 0,79 TL gibi bir ödeme söz konusu. Bu rakam öncelikli gruplar olarak kabul edilen gebeler, yaşlılar ve çocuklar için 2 misline kadar artırılmış durumda. Bir diğer gelir grubu ise ASM sınıflandırılması ile doğru orantılı olan cari gider ödemeleri. Her bir aile hekimine çalıştırdığı temizlik personeli, sekretere ek hemşire, kira, gaz, su, elektrik, bekleme odasındaki koltuğundan, EKG'sine, jeneratöründen, ısı takip sistemine her bir ASM malzemesi, ZMSS gibi harcamaları için 1800 ile 3600 TL arasında 5 kademede değişen bir cari gider ödemesi yapılıyor. Bina şartlarınız, çalıştırdığınız ekstra personel ve çalışma saatlerinize göre sınıflandırmanız ve ödeme desteğiniz değişiyor. Bir de performans sistemi var. Bakanlığın istediği performans kriterlerini yerine getirmezseniz yani o ayki sağlam çocuk izlem oranlarınızı %98'in altındaysa, aylık gelirinizin %10'una varan oranlarda kesinti ve ceza puanı ile karşı karşıya kalıyorsunuz.

Bu negatif performansa karşılık bir de dördüncü ayak olarak yeni yönetmelikte pozitif performans uygulaması mevcut. Kişi başı gelirimizde %10 civarında bir kesinti yapılacak ve buradan kesilen ücret aile hekimlerine pozitif performans şartları ile verilecek. Bu pozitif performans ödemesini almak için hastalarınızın kanser taramalarını %80'in üzerinde gerçekleşmiş olması gerekiyor. Bir diğer pozitif performans ödemesi ise muayene sayısına göre olacak, kayıtlı hastalarınız ve size kayıtlı olmayan hastalara ait poliklinik sayısına göre brüt 300-600 lira arası bir ödeme söz konusu.

Performans sisteminin sakıncaları neler?

Dünyada performans sistemlerinin, işlem başına ödemelerin sorunları gösteriliyor. Bunu biz hastanelerimizdeki döner sermaye uygulamalarında da görüyoruz. Muayeneler, cerrahi işlemler, girişimler tümden bir puan hesabının içine giriyor ve bunun sağlık hizmetlerinde büyük bir artışa yol açtığını söylemek mümkün değil. Bunun özellikle birinci basamakta uygulama çalışmalarında başarısızlığı görüldükçe, global bütçeye dönüşler başlamış durumda.

Bizim performans sistemimizde insanların birinci basamakta takibi zorunlu değilken, bu kişilerin izlemlerinin aile hekimine zorunlu tutulması önemli bir sorun. Aile hekimleri kendilerine gelmeyen bu hastaların peşinde koşturmak durumunda kalıyor. Sonra magazinsel haberler görüyoruz, fişleniyoruz, bu siteye aile hekimi giremez yazıları asılıyor. Elbette böyle bir durumunda kalmak aile hekimleri için oldukça can sıkıcı.

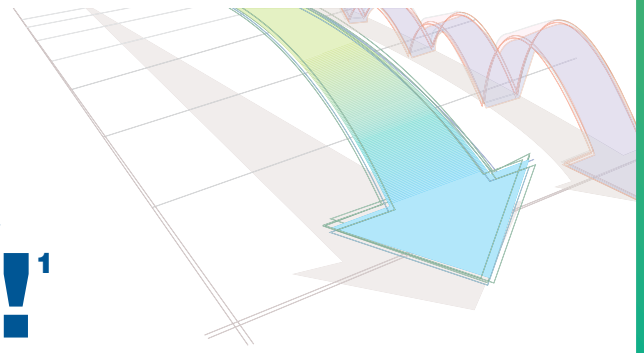
Yeni getirilen muayeneye pozitif performans ise aile hekimliğini büyük oranda baltalayacak bir uygulama.

Derneğinizin kısa veya uzun vadede gerçekleştirmeyi düşündüğü hedefleri nelerdir?

TAHUD kısa vadede üye sayısını mümkün olduğu kadar arttırarak ve TÜATS (TAHUD Üyelik ve Aidat Takip Sistemi) aracılığıyla üye kayıtlarını sağlıklı bir şekilde tutarak Aile Hekimliği asistan ve uzmanlarını ulusal ve uluslararası alanda en iyi şekilde temsil etmeyi hedeflemekte, sürekli tıp eğitimlerini sürdürerek ve halk eğitimleriyle bilinilirliğini arttırarak kurumsallaşma ve markalaşma yönünde önemli adımlar atmak istemektedir. Diğer sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri ile iyi ilişkiler kurarak ve toplumsal sorumluluk projelerine destek vererek üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmek kısa vadedeki hedefler arasındadır. Özellikle sağlık çalışanına, kadına, çocuğa ve yaşlıya yönelik şiddetin önlenmesi için aktif rol oynamaktadır. 1.basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve takiplerin sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için SERFİZ (Sağlıklı Erişkinin Risk Faktörlerine Göre İzlenmesi) projesi kısa bir süre içinde uygulamaya geçirilecektir. Ulusal ve uluslararası kongre ve bilimsel toplantıları düzenleme veya destek verme işlevi artarak sürecektir. Bunlardan en önemlisi ise 2015 yılında İstanbul'da yapılacak olan ve yurtiçi ve dışından 5000 hekimin katılımının beklendiği WONCA 2015 Avrupa organizasyonu olacaktır.

IVF Tedavisinde

Tek Adımda Hayat Verin![1]



Antagonist sikluslarında kullanım için geliştirilmiş ilk uzun etkili over stimulanı[2]

Bir Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) programına katılan kadınlarda çoklu folikül gelişimi için bir GnRH antagonisti ile beraber Kontrollü Over Stimülasyonu (KOS) 'nda endikedir.[1]

Kanıtlanmış Etkinlik

- Başlatılan siklus başına devam eden gebelik oranı **%38.9**[2]
- Dünyanın en büyük IVF çalışmasında kanıtlanmıştır[2]

Kolaylaştırılmış Tedavi

- Tek enjeksiyon rFSH'nin ilk 7 günlük enjeksiyonlarının yerini tutar[1,2]
- Vücut ağırlığına bağlı iki doz seçeneği[1]
- Kolay uygulama için önceden doldurulmuş enjeksiyon cihazı[1,2]
- ELONVA® GnRH antagonist protokolünde enjeksiyonların sayısını, uzun bir GnRH agonist protokolünde her gün uygulanan gonadotropine göre %70 oranında azaltır[3]

Referanslar: 1. Elonva® Kısa Ürün Bilgisi. **2.** Devroey P, Boostanfar R, Koper NP, et al: on behalf of the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing corifollitropin alfa and recombinant FSH during the first seven days of orifollitropin alfa Ensure Study Group. ovarian stimulation using a GnRH antagonist protocol.Hum Reprod. 2009;24(12):3063-3072. **3.** De Greef R, Zandvliet AS, de Haan AFJ, et al. Dose selection of corifollitropin alfa by modeling and simulation in controlled ovarian stimulation. Clin Pharmacol Ther 2010;88(1):79–87

yeni elonva®

korifollitropin alfa

Tek Adımda Geleceğe

ELONVA® 150 MİKROGRAM/0,5ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ, ELONVA® 100 MİKROGRAM/0,5ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ
Etkin madde: Korifollitropin alfa.150 mikrogram ve 100 mikrogram. **Terapötik endikasyonlar:** Bir Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) programına katılan kadınlarda çoklu folikül gelişimi için bir GnRH antagonisti ile beraber Kontrollü Over Stimülasyonu (KOS) 'nda endikedir. **Pozoloji ve uygulama şekli:** ELONVA® fertilite problemlerinin tedavisinde deneyimli hekim gözetiminde yapılmalıdır. **Pozoloji/ uygulama sıklığı ve süresi:** Vücut ağırlığı 60 kg veya altındaki kadınlarda, 100 mikrogram'lık tek bir doz uygulanmalıdır. Vücut ağırlığı 60 kg üzerindeki kadınlarda, 150 mikrogram'lık tek bir doz uygulanmalıdır. **1'inci stimülasyon günü:** ELONVA®, menstrüel siklusun erken foliküler fazında, tercihen karın duvarına olmak üzere tek bir deri altı (subkutan) enjeksiyon olarak uygulanmalıdır. **5'inci veya 6'ncı stimülasyon günü:** Prematür Lüteinizan Hormon (LH) dalgalanmalarının ortaya çıkmasının önlenmesi için Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH) tedavisi tercihen stimülasyonun beşinci gününde başlatılmalıdır. **8'nci stimülasyon günü:** Yedi gün sonra, stimülasyonun sekizinci gününde tedavi, final oosit maturasyonunun tetiklenmesi (3 folikül ≥ 17 mm) kriterine ulaşılana dek günlük (rek)FSH enjeksiyonları ile devam edebilir. **Uygulama şekli:** ELONVA® subkutan yolla uygulanır. **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler: Böbrek yetmezliği:** Böbrek yetmezliği olan hastalarda mevcut veri bulunmamaktadır. **Karaciğer yetmezliği:** Her ne kadar hepatik yetmezliği olan hastalara ilişkin veriler mevcut değilse de, hepatik yetmezliğin, korifollitropin alfa eliminasyonunu etkilemesi mümkün değildir. **Kontrendikasyonlar:** Etkin madde veya bileşenlerinden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık, Over, meme, uterus, hipofiz veya hipotalamus tümörleri, Bilinen ya da tanısı konmuş bir sebebi olmayan anormal (menstrüel dışı) vajinal kanama, Primer over yetmezliği, Over kisti veya genişlemiş yumurtalıklar, Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS) geçmişi, Ultrason taraması ile ölçülen ≥ 11 mm boyutunda 30'dan fazla folikül ile sonuçlanan önceki KOS döngüsü , > 20 olan bazal antral folikül sayımı, Uterusun, gebelik ile uyuşmayan fibroid tümörleri, Üreme organlarının gebelik ile uyuşmayan malformasyonları, Gebelik veya emzirme **Özel kullanım uyarıları ve önlemleri:** ELONVA® yalnızca tek bir subkutan enjeksiyon için üretilmiştir. ELONVA® uygulamasından sonraki ilk yedi gün içinde, FSH uygulanmamalıdır. ELONVA®'nın bir GnRH agonisti ile kombine kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. ELONVA®, Polikistik over sendromu (PKOS) olan, hastalarda çalışılmamıştır. ELONVA® tedavisi sonrası over yanıtının, günlük (rek)FSH tedavisi sonrasındakinden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. **Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS):** OHSS'nin semptom ve bulguları insan Koriyonik Gonadotropini (hCG) uygulanması ve gebelik (endojen hCG) ile uyarılmaktadır. Erken OHSS genellikle hCG uygulamasından sonraki 10 gün içinde ortaya çıkar ve gonadotropin stimülasyonuna karşı aşırı bir over yanıtı ile ilişkili olabilir. OHSS riskini en aza indirmek için, tedaviden önce ve tedavi sırasında belli aralıklarla, folikül gelişiminin ultrasonografik değerlendirmeleri ve/veya serum östradiol düzeylerinin belirlenmesi yapılmalıdır. Tüm gonadotropin tedavilerinde çoğul gebelik ve doğumlar bildirilmiştir. YÜT ve özellikle de IVF uygulanacak infertil kadınlarda sıklıkla tuba anomalileri bulunduğundan, ektopik gebelik insidansı artabilir. YÜT sonrası konjenital malformasyonların insidansı, spontan gebelikler ile kıyaslandığında biraz daha yüksektir. İnfertilite tedavisi için çoklu ilaç rejimleri uygulanan kadınlarda, iyi ya da kötü huylu over ve diğer üreme sistemi tümörleri bildirilmiştir. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşim ve diğer etkileşim şekilleri:** ELONVA® ve diğer ilaçlar ile herhangi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır. Korifollitropin alfa sitokrom P450 enzimlerinin substratı olmadığı için diğer tıbbi ürünler ile etkileşim beklenmemektedir. **Gebelik ve laktasyon Genel tavsiye:** Gebelik Kategorisi X'tir. **Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (kontrasepsiyon):** ELONVA®, bir Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) programına katılan, çocuk doğurma potansiyeline sahip kadınlarda çoklu folikül gelişimini sağlamak amacıyla bir GnRH antagonistiyle birlikte Kontrollü Over Stimülasyonu (KOS) için endike olduğundan, bir doğum kontrol yöntemi kullanılması gerekmemektedir. **Gebelik dönemi:** ELONVA®, gebelik döneminde kontrendikedir. **Laktasyon dönemi:** ELONVA®, emzirme döneminde kontrendikedir. **Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler:** Araç ve makine kullanımına dair herhangi bir çalışma yapılmamıştır. ELONVA® baş dönmesine neden olabilir. Hastalar eğer baş dönmesi hissederlerse araç veya makine kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır. **İstenmeyen etkiler:** Klinik çalışmalarda, ELONVA® ile tedavi sırasında en sık bildirilen advers ilaç reaksiyonları OHSS (% 5.2), pelvik ağrı (% 4.1) ve rahatsızlık (% 5.5), baş ağrısı (% 3.2), bulantı (% 1.7), yorgunluk (% 1.4) ve (hassasiyet dahil) meme şikayetleridir (% 1.2). **Doz aşımı ve tedavisi:** Bir tedavi siklusu içinde birden fazla ELONVA® enjeksiyonu veya ELONVA® ve/veya (rek)hCG'nin çok yüksek dozlarının OHSS riskini arttırma olasılığı mevcuttur. **Raf ömrü:** 36 ay **Saklamaya yönelik özel tedbirler:** Buzdolabında saklayınız (2°C – 8°C). Kolaylık için toplamda 1 aydan daha uzun süre olmamak üzere, hasta ürünü 25°C veya altında saklayabilir. Dondurmayınız.Enjektörü ışıktan korumak için orijinal kutusunda saklayınız. **Ambalajın niteliği ve içeriği:** ELONVA® enjeksiyonluk çözelti, plastik piston ve bir ince uzun uçlu kapak ile kapatılmış olan 1 ml'lik luerlok hidrolitik cam enjektörlere (tip I) doldurulmuştur. Her bir enjektör 0,5ml çözelti içermektedir. **Ruhsat sahibi:** Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd.Şti. Büyükdere Cad. Astoria Kuleleri No: 127 B Blok Kat: 8 Esentepe 34394 İSTANBUL Tel: (0212) 336 10 00 Fax: (0212) 215 27 33 **Ruhsat numarası:** Elonva® 150 mikrogram/0,5ml enjeksiyonluk çözelti: 136/24, Elonva® 100 mikrogram/0,5ml enjeksiyonluk çözelti: 136/23. **Ruhsat tarihi:** 13.06.2013 Reçete ile satılır. **Parekende Satış Fiyatları:** ELONVA® 150 mikrogram/0,5ml enjeksiyonluk çözelti: 1.527,49 TL, ELONVA® 100 mikrogram/0,5ml enjeksiyonluk çözelti: 1.416,95 TL



Reçetelemeden önce lütfen reçeteleme bilgilerine başvurunuz. Daha fazla bilgi için lütfen bizi web sitesinde ziyaret ediniz. http://www.msd.com.tr

COPYRIGHT© 2013 WHITEHOUSE STATION, NJ. U.S.A. ADRESİNDE BULUNAN MERCK & CO., INC.'NİN İŞTİRAKİ OLAN MERCK SHARP & DOHME CORP. TÜM HAKLARI SAKLIDIR.

MERCK SHARP DOHME İLAÇLARI LTD. ŞTİ.
BÜYÜKDERE CD. ASTORIA KULELERI
NO: 127 B BLOK KAT: 5-6-7-8-9-10-11
34394 ESENTEPE İSTANBUL
TEL 0212 336 10 00

WOMN-1094379-0008

Türkiye'nin sağlığına kalbini verenler...



Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2014

Sağlık Gönüllüleri, Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödüllerine aday olacak projeleri son başvuru tarihi olan 31 Mayıs 2014 tarihine kadar bekliyor.

Bu yıl için belirlenen ödül teması **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği"** olarak belirlendi. Sözkonusu temada hizmet, eğitim ve bilinçlendirme çalışmasında bulunan tüm kişi ve kuruluşlar ödül için başvuruda bulunabilir.

Oğuz Engiz / Sağlık Gönüllüleri Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri 2013 sahiplerini buldu.

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Kamu Sağlık Kuruluşu Ödülü
SB Kanser Savaş Dairesi

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Özel Sağlık Kuruluşu
MSD Türkiye "Anneler için Merck" Projesi ile

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
Bayer "Kontrol Noktası" Projesi

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı "Güvenli Annelik" Projesi ile

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
PM Group "Tüpe Sıkıştırılmış Umutlar" Tiyatrosu

Kadın Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Teşvik Ödülü
Liv Hospital, Ulus

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği

Üreme Sağlığına En Fazla Katkı Yapan Bilim İnsanı Ödülü
Prof. Dr. Timur Gürgan
Prof. Dr. Semra Kahraman
Prof. Dr. Mustafa Bahçeci

Üreme Sağlığı Alanında Teşvik Ödülü
Prof. Dr. Bülent Urman

Kadın ve Üreme Sağlığı Alanına Yaptıkları Bilimsel Katkılar için Özel Ödül
Prof. Dr. Münire Erman Akar
Prof. Dr. Ömer Özkan
Akdeniz Üni. Tıp Fakültesi

Kadın Sağlığı Alanında Yaşam Boyu Başarı Ödülü
Prof. Dr. Ali Ayhan

Ödüle Layık Görülmüştür.

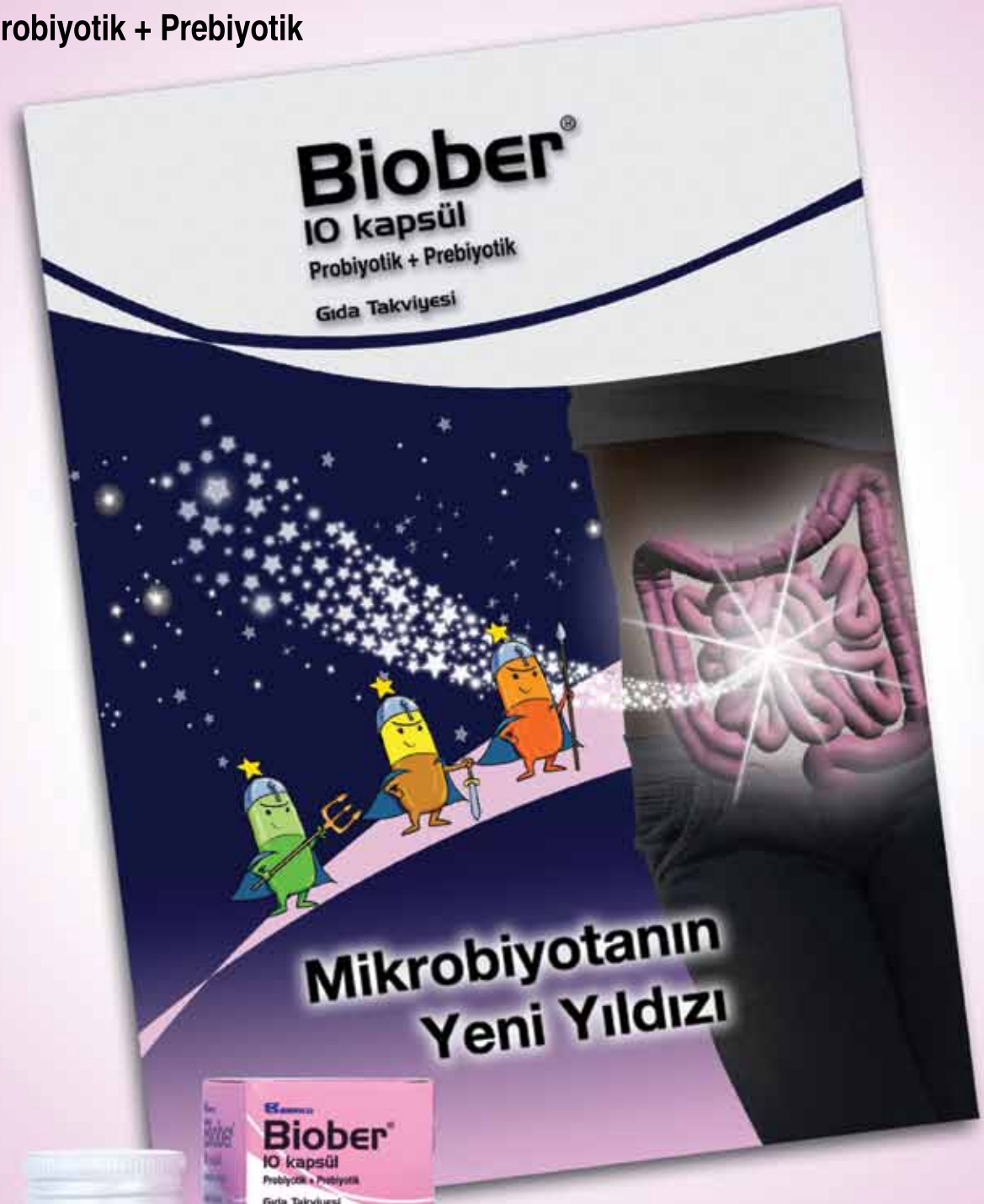
Türkiye'ninKalbi
Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri 2008

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

Biober®

IO kapsül

Probiyotik + Prebiyotik





Günlük kullanım şekli ve dozu :
Günde 1 defa tercihen sabahları veya akşam yemeğinden önce 1 kapsül alınır.

Bu ürün üç çeşit probiyotik mikroorganizma (Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium breve, Bifidobacterium infantis) ve prebiyotik (İnülin) içerir.

BERKO
www.berko.com.tr

Aile hekimi geleneksel rolünden sıyrılmalı

"Kronik sağlık sorunlarıyla baş edebilmeleri için aile hekimlerinin geleneksel hekim-hasta ilişkisi modelinden sıyrılması gerekiyor. Hekim, görevlerinin bir kısmını diğer sağlık çalışanlarına delege etmeli"

Medicana International Ankara Hastanesi, Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Bölümünden Nefrolog ve İç Hastalıkları Uz. **Prof. Dr. İ. Cem Sungur,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.


Prof. Dr. İ. Cem Sungur

Kronik hastalık yönetimi nasıl sağlanabilir?

2000'li yıllara gelindiğinde kronik hastalık yönetiminin önemi arttı. Bundan önce bulaşıcı hastalıklar, anne ve çocuk ölümleri Birleşmiş Milletlerin (BM)ajandasını oluşturan sağlık sorunlarıyken 2000'li yıllarla birlikte kronik sağlık sorunlarının ön plana çıktığı fark edildi. Kronik sağlık sorunlarının başlıcaları arasında; kalp ve damar hastalıkları, kanser, yüksek tansiyon, kronik akciğer hastalıkları, şeker hastalığı ve son zamanlarda önem kazanan kronik böbrek hastalıkları olarak sıralanabilir. Hem Dünya Sağlık Örgütü, hem BM hem de ulusal politik otoriteler bu beklenmedik gelişme karşısında stratejileri, hedefleri ve ekonomik boyutlarını tartışmaya başladılar. Çünkü daha önce ilan edilen milenyum hedeflerinin arasında kronik bulaşıcı olmayan hastalıklar yer almıyordu. Bu nedenle son üç yıl içinde düzenlenen bir dizi toplantıyla konunun önemi vurgulanmış ve çözüm yollarındaki ilk adımlar atılmış oldu.

Kronik hastalıklarve neden odlukları ölümler, gelişmekte olan ülkelerde, özellikle de ülemizin bulunduğu bölgede çok hızlı bir artış trendi içerisinde… Buna karşın gelişmiş ülkelerde de kronik hastalıklara bağlı ölümlerde azalma var. Kalp-damar hastalıklarından ölümler, ABD ve AB ülkelerinde son 5 yıldır istatistiksel olarak belirgin gerileme özelliği gösteriyor. Kronik hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerde genellikle her iki cinsiyeti eşit oranda etkiliyor ve orta yaş grubunu hedef alıyor.

Neden böyle bir farklılık var?

Bu konuda henüz son söz söylenmedi ve araştırmalar devam ediyor. Ama hızla değişen yaşam biçiminin önemli katkıları var. Çok uzun saatler süren çalışma hayatı, hareketsizlik, beslenme alışkanlıkları, tütün tüketimi, göç, ulaşım koşullarının ağırlığı insanların sağlık sorunlarının kronik hastalıklar olarak ortaya çıkmasını sağlıyor. Bulaşıcı olmayan sağlık sorunlarından kaynaklanan bu ağır yükü hem teşhis etmek, hem de izlemek üzere sağlık sistemleri içinde birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği görevlendirilmiş durumda. Bir diğer önemli görev de bu sağlık sorunlarına yol açan yaşam biçimlerinin değiştirilerek riskin azaltılması olarak özetlenebilir.

Kronik sağlık sorunları aile hekimlerini yakından ilgilendiriyor. Aile hekimliği uygulaması bu yükü kaldırabilecek



kapasitede ve işleve sahip midir?
2010 yılında dünyada 39-40 milyon kişinin kronik sağlık sorunundan hayatını kaybettiği tahmin ediliyor. 2020 yılına gelindiğinde, tüm dünya geneli için, bulaşıcı olmayan kronik sağlık sorunundan meydana gelen ölümler; anne-çocuk ölümü, bulaşıcı hastalıklardan ölüm, travma sonucu ölümlerin dörtte üçüne ulaşacak. 2030 yılında ise istatistiksel olarak diğer bütün ölüm nedenlerini geçerek birinci sıraya oturacak. Zaten bu sorunlar nedeniyle zorlanan aile hekimliği giderek artan bir yükle karşı karşıya kalacak.

Türkiye'de sağlıkta yaşanan dönüşüm dünyada uygulamaya konulan modellere benziyor. Ancak ülkemizde geçişler çok hızlı yaşanıyor ve o nedenle bazen yönetilebilir değişimler olmaktan çıkabiliyor. Hızlı başlangıç sırasında aile hekimleri uzmanlarının azlığı nedeniyle aile hekimliği iş gücü farklı hekimlerden olluşturulmak zorunda kalındı. Tamamen tedavi edici hekimliğe göre kurgulanmış ve bu yönde eğitilmiş hekimler de aile hekimliği modeli içinde görev üstlendiler. Bir sonraki aşamada uzaktan eğitim programıyla da bu hekimlere aile hekimliğine bilgi beceri kazandırılmaya çalışılacak.

Aile hekimliğinin kronik hastalıkları yönetebilmesi için olmazsa olmaz koşullar neler?
Aile hekiminin bilgi, beceri ve donanımı çok önemli. Aile hekimliğini en iyi tanımlayan söz bence şudur: Aile hekimliği branşının genel sorunu genişliğinin çok ama derinliğinin az olması. Birinci basamak hekimi her yaştan hastanın sağlık sorunları ile ilgilenebilir ama onların sağlık sorunlarını çözebilmek için gerekli donanımı yeterli olmayabilir. Sadece aile hekimliği için yetiştirilmiş aile hekimlerinin çalıştığı ülkelerde bile bu sorun çözümleneömedi. Hastanın tüm verilerine ulaşabilmesi ve sonuçları irdeleyebilmesi için çok iyi bir bilgi işletim sisteminin oluşturulması gerekiyor. Bu bilgi işletim sisteminin sağlık çalışanları tarafından aynı zamanda karar destek mekanizması olarak kullanabilmesi gerekiyor.Yani sorunları çözümlerken sadece dağarcığındaki bilgilerden ve deneyimlerinden değil, hemen erişebileceği ve bilgisayarından okuyabileceği bilgilerden yararlanması gerekiyor. Dünyadaki birçok sağlık sisteminde bilgisayar ve bağlı olduğu bilgiişlem ağı hekimin aynı zamanda karar destek mekanizmasıdır.

Karar destek mekanizmalarından birisi klinik uygulama kılavuzlarıdır. Ülkemizde kronik hastalıklar için klinik kılavuzlar daha emekleme aşamasında. Hekimin hastayla baş başa olduğu zaman kullanabileceği bir kılavuzu olması yapılan araştırmalara göre klinik sonuçlar açısından çok yararlı. Hekimin bu tip bir rehberi olduğunda hastaya baktığı zaman neler yapması ve neler yapmaması gerektiğini anımsayabiliyor. Bu kılavuz eğer kullanmakta olduğu bilgi işletim sistemine entegre edilmişse hasta ile göürşmesi sırasında bu bilgilerden yararlanma şansı oluyor.Bu kılavuzlar yemek tarfilerine benzetilerek eleştiriliyorlar ama asıl amaçları hekime sadece bir anımsatıcı olarak yardımcı olmak, ne yapacağını tarif etmek değil.

Örnek olarak hipertansiyonu olan hastalarda yapılması zorunlu olan idrar tahlili verilebilir. HAlen bir çok ülkede sözkonusu olan sorun bu hastaların çok az bir bölümüne idrar tetkiki yapılıyor olması. Ülkemizdeki bazı araştırmalar hpertansiyonu olan hastaların sadece yüzde 10'una bu testin yapıldığını gösteriyor. İleri tetkikler arasında yer alan ekokardiyografi ve efor testinin yapılma oranları bu orandan çok daha yüksek. Oysa idrar tetkiki ile birinci basamak sağlık hzimetlerinde son derece önemli veriler elde edilebiliyor.

Tarihi gelişim süreçlerine bakıldığın-

da klinik kılavuzlarla ilgili çalışmaların çok şeffaf ve çok yönlü olması gerekiyor. Hazırlık sürecine sivil toplum örgütlerinin, politikacıların, hukukçuların, farklı zumanlık gruplarının ve endüstrinin temsilcilerinin katılımı gerekebiliyor. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının bu kılavuzlara ihtiyacı var ve bu gereksinim giderek artıyor.

Aile hekimliğinde kronik sorunlarla baş edebilmek için hekimlerin geleneksel rollerinden sıyrılması gerekiyor. Hekimin diğer sağlık çalışanlarına görevlerinin bir kısmını delege etmesi lazımdır. Bu bir hemşire, teknisyen olabilir. Bu yöntemin ne kadar başarılı olabildiğini kanıtlayan ve son zamanlarda yapılan ilginç bir araştırma yayınlandı.

Araştırmayı anlatır mısınız?

Kronik hastaları izlerken sıradan bir insan izleme dahil edilirse sonuçlar iyi olur mu diye araştırıldı. Kronik hastaların izlem süreçlerine katılacak insanlar 15 gün eğitildiler ve programa eklendiler. Başka bir deyişle doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog dışında sıradan bir kişi bu konuda eğitildi ve hastayı zilemeye başladı. Yürüyüş yapıyor mu, ilacını zamanında alıyor mu, beslenmesine dikkat ediyor mu, şekerini ölçüyor mu gibi konularda hastayı izlemeye başladı. Araştırmanın sonunda toplumdan seçilmiş insanlar tarafından izlenen grupta yer alan hastaların, geleneksel yöntemlere izlenen hastalara göre çok daha iyi durumda olduğu fark edildi. Uygulanabilir olup-olmadığı tartışılır elbette ama aile hekimliğinin kronik hasta yoğunluğuyla baş edebilmesi ve bu yükü kaldırabilmesi için büyük bir arayış var. Bunlardan biri de hekimlerin geleneksel hasta ilişkisi dışına çıkıp yetkilerini delege etmesi konusunda yürütülen araştırmalar.

Kalp yetmezliği olan ileri yaşta ve toplum içinde yaşayan bireylerin izlemi ile ilgili güzel bir örnek var. Kronik hastalık yöneticisi olan hemşire telefonla hastayı uzaktan izleyebiliyor. Yöntem çok basit; hasta her sabah aynı kıyafetle kilo ölçümü yapıyor ve hızlı kilo alımı varsa hemşire ekip lideri olan doktoru uyarıyor, hasta değerlendirebiliyor.Gelecekteki aile hekimleri bu tür bir ekip çalışmasına yatkın olmalı, iletişime açık olmalı.

Geleneksel tıp eğitimiyle bu hekimleri yetiştirmek mümkün mü?

Hayır, çok mümkün değil ve son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisi . Tıp fakültesinde hekim adaylarının yeni sağlık sistemlerine ve modellerine, toplumun beklentilerine hazır olacak şekilde yetiştirilmesi gerekiyor. Olağan insanların olağan sağlık sorunlarını çözebilecek, onları dinleyebilecek, gerektiğinde hemşire, teknisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikologla takım lideri gibi çalışabilecek hekimlerin yetiştirilmesi gerekiyor. Altı yıllık tıp fakültesi eğitimi sırasında sunulan bir kaç aylık halk sağlığı programlarıyla bu işi çözmek mümkün değil. İleride nitelikli bir aile hekimleri yetiştirilecekse tıp fakültesi öğretim üyelerinin de buna gereksinimi karşılayacak şekilde donanım kazanması gerekiyor. Bugün bu konuda çalışmalar başlatılsa bilemeyvelerinin altı yıl sonra alınabileceğini unutmamak gerekiyor.



Kronik hastalık yönetiminde aile hekimliği uygulamasının başarısı için gerekli koşullar sizce neler?

Unsurlardan biri sağlık çalışanlarının ödüllendirme yani ücretlendirme modelidir: Klasik olarak birim hizmet karşılığı belirli bir ücret uygulamasının değişmesi konusunda çok yoğun tartışmalar var. Herkes ödüllendirmenin sadece niceliksel muayene verileri üzerinden olmaması kousunda hemfikir. Muayene sayıları önemli ama bundan daha önemli olan klinik sonuçlar. Aile hekimin mahallesinde yüz tane hipertansif hastası olduğunu varsayalım: Bu hastaların her biri yılda iki kez muayene olsa iki yüz muayene eder. Ama aslı önemli olan bu hastalara ne olduğu? İnme mi indi, enfarktüs mü geçirdiler, kaçında kalp krizi önlendi v.d. Bu verilerin ölçümlenmesi ve değerlendirilmesi hem aile hekimliğinin hem de sistemin başarısını belirler. Bu nedenle aile hekimliğinin tıbbi ve mali başarısını ölçümlerken bu tür verileri incelemek gerekiyor buna bakmak gerekiyor. Çabaların en önemli bölümü insanları hayatta tutabilmek için; ikinci önemli amaç ise insanların sağlıklarını kaybetmemelerini sağlamaktır. Üçüncü amaç da kronik sağlık sorunları olan hastaların yataklı sağlık hizmetine ihtiyaç duymalarına yol açan komplikasyonlarını en alt düzeyde tutmak.

Aile hekimlerinin yönetmek zorunda kalacakları bir başka süreç de, sağlık sistemi içindeki hizmetlerinin geçişlerinin yönetimidir. Bunu hastanende yatarken farklı bölümlerden hizmet alan bir hasta gibi düşünebilirsiniz. Bir hastanın konsültasyon için birinci kata inmesi, sonra endoskopi birimine götürülmesi ve işlem sonrasında odasına dönmesi dikkatle yönetilmesi gereken karmaşık bir süreç. Aile hekimlerine düşen bir görev de kronik sağlık sorunları olan bireylerin sağlık sistemi içindeki yolculuklarını yönetmek ve sonuçlarını izlemek. Hangi hasta uzman konsültasyonuna gittiyse, hangi hastasına cerrahi işlem yapıldıysa ve evde izlenmesi gerekiyorsa, hangi hastasının ilaç tedavisinde değişiklik öngörüldüyse aile hekimlerinin bu süreçleri izlemek ve hastalarına destek olmaları gerekiyor.



BMW KİRALAMANIN PREMIUM ADRESİ BMW SHOWROOMLARI.

Dilediğiniz otomobili, istediğiniz özellikleri ekleyerek uzun dönem kiralama imkanı şimdi Borusan Otomotiv Yetkili Satıcıları'nda.

0850 252 4444 - PREMIUMKIRALAMA.COM

PREMIUM KİRALAMA
SEÇKİN OTOMOBİLLER AYRICALIKLI HİZMET

Borusan Otomotiv
İnce zevkler, yüksek standartlar.

Borusan Otomotiv İthalat ve Dağıtım A.Ş. // Adana Borusan Oto Adana - Mersin **Ankara** Borusan Oto Balgat • Borusan Oto Esenboğa **Antalya** Kosifler Oto Antalya **Bursa** Teknik Oto Bursa **Eskişehir** Teknik Oto Eskişehir **Gaziantep** Borusan Oto Gaziantep **İstanbul** Borusan Oto Avcılar • Borusan Oto Dolmabahçe • Borusan Oto İstinye • Kosifler Oto Bostancı • Kosifler Oto Bağdat Caddesi **İzmir** Özgörkey **Kocaeli** Öztorun Oto **Konya** Köprülü Oto

Sağlık Gönüllüleri - Türkiye

SG-T, ihtiyaç duyulan bölgelerde öncelikli nüfus gruplarının (çocuklar, yaşlılar, kadınlar ve engelliler) sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve erken teşhis, tedavi ile kazanılacak kaliteli yaşam yılını artırmak için gönüllü sağlık hizmetini koordine etmek amacıyla 2005 yılında kuruldu.

Kurucuları arasında Siemens, Anadolu Sağlık Merkezi, Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Tepe Teknoloji, Acıbadem Proje Yönetimi, İncekara, Pfizer ve Medline gibi sağlık alanında önemli kuruluşların yöneticilerinin bulunduğu SG-T, sağlık alanında ihtiyaç duyulan bölgelerde ve ihtiyaç duyulan konularda gönüllü sağlık hizmetinin üretimini koordine etme gayretlerini sürdürmektedir.

Oğuz Engiz
Yönetim Kurulu Başkanı



Türkiye'ninKalbi
Sağlık Sosyal Sorumluluk Ödülleri

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri

SG-T, sağlık alanındaki sosyal sorumluluk projelerini teşvik etmek ve özgün örnekler oluşturmak amacıyla sağlık alanında sosyal sorumluk ödülleri vermekte ve sağlığın sosyal sorumluluk çalışmalarından daha fazla pay almasını sağlamayı amaçlamaktadır.

2007 kazananları

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Büyük Ödülü
Procter&Gamble / Bilinçli Anne-Sağlıklı Bebek Projesi

Sağlıkta En Başarılı Sivil Toplum Örgütü Ödülü
Türk Kardiyoloji Derneği / 12/8 Tansiyonunuz Kontrol Altında Projesi

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Pfizer / Toplum Takımı Projesi

Sağlığa En Fazla Kişisel Katkıda Bulunan Kişi Özel Ödülü
Merhum Kadir Has
Mehmet Ali Aydınlar

2008 kazananları

Sağlıkta sosyal sorumluluk büyük ödülleri
Tetra Pak / Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin
Aygaz / Ayışığı Aygaz'dan Sağlık Işığı
Seyitler Kimya / Dumansız Nefes

Özel ödüller
Eczacıbaşı İpek Kağıt / Solo İlköğretim Okulları Hijyen Eğitimi
3M / 3M Oyun Odaları

Mansiyon Ödülü
JohnsonWax Off / Kanınızı Sivrisineklere Değil Kızılay'a Bağışlayın, Hayat Kurtarın

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Sanovel / Her Yüzde Bir Mutluluk
Actavis / Kadın Atölyeleri ve Oyuncak Kütüphanesi
Abbott / Türkiyem Farket

Özel Ödüller
Novartis / Sağlık Melekleri
Pfizer / Ellerimizde Sağlık

Mansiyon Ödülü
Roche / Mavi Bisiklet Kansere Karşı Yol Açık
Lilly / Fark Yaratan Çözümler

Sağlıkta En Başarılı Sivil Toplum Örgütü Ödülü
Bankalar Birliği / Çok Yaşa Bebek
KVC Risk Platformu / Kalbinizi Koruyun İçinde Sevdikleriniz Var
TAPV / Dikkat Bebek Var

Mansiyon Ödülü
Böbrek Vakfı / Böbreklerimiz Sağlıklı mı?

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkı Yapan Kişi Ödülleri
Merhume Dr. Aysun Küçükel
Caroline Koç

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkı Yapan Ekip Ödülü
Dr. Arzu Köseli, Meliha Uluslar, Dr. Serdar Esin ve Dr. Seçkin Atabaş'tan oluşan Sağlık Bakanlığı AÇSAP Ekibi

2009 kazananları

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Büyük Ödülü
Sağlık Bakanlığı / Dumansız Hava Sahası

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Novartis / Annemle Biz Kanseri Yeneriz

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Türk Kardiyoloji Derneği / Kalbini Sev Kırmızı Giy

Mansiyon Ödülü
Sudler&Henessey / Hepatit B'yi Paylaşmayın

Mansiyon Ödülü
Ayhan Şahenk Vakfı /Gezici Sağlık Çalışmaları

Teşvik Ödülü
Denizli İl Ambulans Servisi/ 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazalarını Önleme Projesi

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkıda Bulunan Kişi Ödülü
Türkiye İnsan Kaynakları Vakfı (TİKAV) / Şafak Akın

Sağlık Gönüllüleri Onur Ödülü
Merhum Prof. Dr. İhsan Doğramacı

2010 kazananları

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

Sağlığa En Fazla Katkıda Bulunan Kişi Ödülü
Prof Dr. Sezai Yılmaz
İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Merkezi

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Astellas Pharma Turkey

Organ Bağışı ve Nakli Konusunda Gösterdiği Performans Dolayısıyla,
Organ Nakli Koordinatörleri Derneği

Organ Bağışı ve Nakli Konusunda Bilinçlendirmeye Yönelik Gösterdiği Toplumsal Sorumluluk Dolayısıyla,
Ferhat Boratav, CNN Türk Televizyonu Genel Yayın Danışmanı

Organ nakli hizmetlerinin kurumsal gelişimi için verdiği destekten dolayı,
Doç. Dr. İrfan Şencan, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü



Sağlık Gönüllüleri - Türkiye (SG-T)



2011 kazananları

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
Onkoloji Hemşireleri Derneği /
Şimdilik Kadın Kadına Projesi
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

2012 kazananları

Yaşam Boyu Başarı Ödülü:
Prof. Dr. Aydın Aytaç

Kalp Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Kuruluş Ödülü:
Becel
Kalbini Sev Projesi

Kalp Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Örgütü Ödülü:
Türk Kardiyoloji Derneği
Atriyal Fibrilasyon Derneği

Kalp Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü:
Alvimedica, Türkiye
Servier İlaç
Sanofi Türkiye

Kalp Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülleri:
Doç. Dr. Yaman Zorlutuna &
Doç. Dr. Can Özer
Prof. Dr. Tayyar Sarıoğlu
Prof. Dr. Bingür Sönmez
Prof. Dr. Mehmet Öz
Prof. Dr. Cevdet Erdöl
Doç. Dr. Oğuz Taşdemir

2013 kazananları

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Kamu Sağlık Kuruluşu Ödülü
SB Kanser Savaş Dairesi

Sosyal Sorumluluklarını En İyi YerineGetiren Özel Sağlık Kuruluşu
MSD Türkiye
"Anneler için Merck" Projesi ile

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
Bayer
"Kontrol Noktası" Projesi

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
"Güvenli Annelik" Projesi ile

Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülü
PM Group
"Tüpe Sıkıştırılmış Umutlar" Tiyatrosu

Kadın Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Teşvik Ödülü
Liv Hospital, Ulus

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği

Üreme Sağlığına En Fazla Katkı Yapan Bilim İnsanı Ödülü
Prof. Dr. Timur Gürgan
Prof. Dr. Semra Kahraman
Prof. Dr. Mustafa Bahçeci

Üreme Sağlığı Alanında Teşvik Ödülü
Prof. Dr. Bülent Urman

Kadın ve Üreme Sağlığı Alanına Yaptıkları Bilimsel Katkılar için Özel Ödül
Doç. Dr. Münire Erman Akar
Prof. Dr. Ömer Özkan
Akdeniz Üni. Tıp Fakültesi

Kadın Sağlığı Alanında Yaşam Boyu Başarı Ödülü
Prof. Dr. Ali Ayhan



"İstifa arifesindeyiz..."

"Aile hekimleri istifa dilekçeleri verme arifesinde... Sahada çalışan birçok aile hekimi, mevzuatta ifade edilen ile uygulama arasındaki farklılık dolayısıyla kırmızı çizgilerinin zorlandığına tanık oluyor"

İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED) Yönetim Kurulu Başkanı **Dr. H. Esin Şener,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Birinci basamak hasta yönetiminin temel özellikleri neler?

14 yıldır birinci basamakta çalışan bir hekim olarak şöyle diyebilirim ki, poliklinik defterleri rafa kalktı. Artık bize kayıtlı kişileri kullandığımız Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS) ile takip edebiliyor; sağlık bilgilerini, öz ve soygeçmişlerini, kronik hastalık bilgilerini, izlem bilgilerini hastalıkları ya da takip sırasında kullanılmak üzere kaydebiliyor; aldığı tedavileri kontrol edebiliyoruz. Bazı bilgileri, istatistikleri çıkarmak adına Bakanlık ve il sağlık müdürlüğüyle paylaşıyoruz. Birçok bilgiyi de gizlilik ilkelerine uyarak kendimizde saklıyoruz. Sağlık bilgilerinin yanı sıra sağlığı için ihtiyacımız olan sosyal bilgiyi de kaydedebiliyoruz.


Dr. H. Esin Şener

Bazen izlem ve ziyaretlerde sıkıntılar yaşıyoruz. İzlemi yapılması gereken bir gebe, bir bebek veya takibi yapılması gereken bir kronik hasta iş yoğunluğundan dolayı veya sağlık kurumu tercihlerinden dolayı aile sağlığı merkezine uğramıyor. Bu durumda takiplerimizde aksama yaşayabiliyoruz. Bunun çözümü biz aile hekimlerinin bu izlem ve takiplerden mesul olduğumuz kadar kişilerin de kişisel takiplerinden, hastalık veya izlemlerinin takiplerinden mesul olmasıdır. Kişilerin de kendi sağlık sorumluluğunu alması, düzenli ziyaret yapmadığı takdirde kişilere sağlık sigortasının ilgili maddelerinden bir süre kesinti yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Aile hekimliğinde yardımcı personel desteği nasıl sağlanıyor?

Her aile hekimliği birimi bir hemşire ve bir hekimden oluşuyor. Bakanlık tarafından her birime bir hemşire verilmektedir. Kalite sınıflandırma kriterlerine girmek isteyen birim sınıf atladıkça haftada 10 saat fazladan bir hemşire ile çalışması gerekiyor. Bu nedenle yapılan bu hizmet alımının bedelini birimdeki hekim ödüyor. Ayrıca birimimizde sosyolog, diyetisyen ya da psikolog gibi başka bir sağlık personeli çalışmamaktadır. Tıbbi sekreter gibi bir personeli de

Novalis Radyocerrahi destekli

trueBEAM STx

ve deneyimli ekibimiz ile
Beyin Tümörlerinde Komple Radyoterapi ve Radyocerrahi Çözümleri







- **3 Boyutlu Konformal Radyoterapi**
- **IMRT** (Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi)
- **IGRT** (Görüntü Kılavuzluğunda Radyoterapi)
- **SRS** (Stereotaktik Radyocerrahi)
- **SBRT** (Stereotaktik Vücut Radyoterapisi)
- **RapidArc** (Hacimsel Yoğunluk Ayarlı Ark Terapi)
- **Elektron Tedavisi**

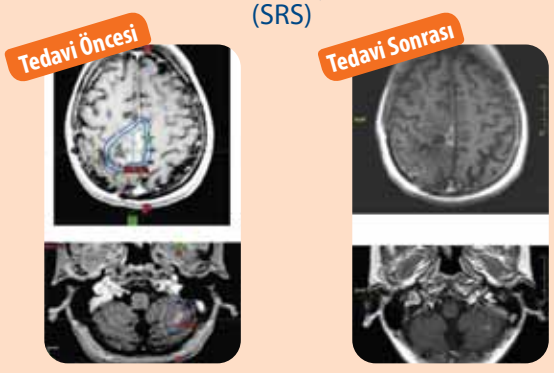
Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri + Beyin Metastazı
(Tek Fraksiyon Radyocerrahi)



Orbital Lenfoma



Meme Kanseri + Beyin Metastazı
(SRS)



Vestibuler Schwannoma
Tek fraksiyon Stereotaktik Radyocerrahi



Nisbetiye Mah. Yücel Sok. No: 6
1. Levent 34340 Beşiktaş - İSTANBUL

Tel : (212) 385 31 00
info@neolife.com.tr
www.neolife.com.tr

neolife tıp merkezi

"Acil nöbetlerinde 2 sorun var: Biri acilde yaşanan şiddet olaylarının fazlalığı, diğeri de bu pozisyonda çalışan hekimlerin maddi karşılığını almamaları"

gene ASM'de çalışan hekimler kendileri maaşını karşılamak şartı ile çalıştırabiliyor.

Hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?
Özlük haklarımızda ele alınması gereken çok konu var. En önemli eksiklik aile hekimliği sisteminin özlük hakları kanunu yok. Anayasanın 128. Maddesinde kamu çalışanlarının özlük hakları kanunla belirlenir denmesine rağmen halen bizim özlük hakları kanunumuz yok ve kanun ve yönetmeliklerde özlük haklarımız net belirlenmemiş. Aile hekimliği özlük kanunu olmadıkça Aile Hekimlerinin güvende olduğu düşünülemez. Çıkan pilot aile hekimliği yasasında birkaç madde değişimi ile sahaya iyi adapte olabilecek bir mevzuat varken çıkan her genelge, yönerge ve yönetmeliklerle, sahaya uyumlu olmayan, aile hekimliğinin sistemine ters maddeler içeren ödeme yönetmeliği ile her geçen gün özlük haklarımız daha zora girmekte. Bu nedenle aile hekimleri istifa dilekçeleri verme arifesinde. Sahada çalışan birçok aile hekimi, mevzuatta ifade edilen ile uygulama arasındaki farklılık dolayısıyla kırmızı çizgilerinin zorlandığına tanık oluyor; dolayısıyla hekimler ve tükenmekteler.

Hekimlerin haftalık çalışma süresini ve nöbet uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz? Önerileriniz neler?
Haftada 40 saatin üstünde çalıştırılmak dinlenme hakkımızı elimizden alınması demektir. Sözleşmemizde tanımlanmayan bir görev bizim için angaryadır; angarya ise anayasal suçtur. Kendimiz ve ailemiz için ayırdığımız saatlerde hiç bilmediğimiz mekanlarda, yasamızda olmamasına rağmen, Hıfzısıhha Kanunu ile belediye tanımlanmış bir görev olan defin nöbetini tutmak; Adli Tıp Kurumunun olduğu İstanbul'da adli rapor düzenlemek üzere adli nöbet tutmak; hiç bilmediğimiz mekanlarda başkanlığının, işleyişinin, ödemesinin ve mevzuatın bambaşka olduğu bir kurumda, acillerde nöbet tutmak; tüm mesaisini koruyucu sağlık hizmetine ayırması gereken aile hekimleri için kabul edilemez. Önerilerimiz çok açık: Belediye hizmet alımı ile defin işlemlerini yaptırabilir; adli hekimlik kendi döngüsünde kendi personeli ile devam edebilir ve acil hizmetleri Başkanlığın kendi bünyesinde çözümlenebilir. Acil nöbetlerinin zorda olmasının iki nedeni vardır; Biri acilde yaşanan şiddet olaylarının fazlalığı, diğeri de bu pozisyonda çalışan hekimlerin maddi karşılığını almamaları. Eğer bu iki problem ortadan kaldırılırsa acil nöbetleri sorunu Kamu Hastaneleri Birliği Başkanlığının kendi imkanları ile çözebileceği bir durumdur.

Aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak ne kadar olmalıdır? Şu anda ortalama ne kadar?
Avrupa'daki emsal ülkelerde aile hekimliği birimine kesin kayıtlı sayısı 2000-2500 arasında iken Türkiye'de bu sayı 3500-4000 arasında; İstanbul gibi çok göç alan metropolde birçok birim 4000'in üzerine çıkmış durumda. Bu hem takip edilecek bebek, gebe, çocuk izlemlerini, 15-49 yaş izlemlerini, kronik hastalıkları ve ayaktan muayene sayılarını arttırarak gün içindeki iş yoğunluğunu arttırıyor.

Yeni mezunlar için aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilirliği sizce hangi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösteriyor?
Aile hekimliğinin uzmanlık eğitiminin de sahaya uygun olması şart. Eğitimi sahaya göre alan uzman hekimler birinci basamak hizmetlerini, koruyucu hekimlik görevlerini daha başarılı olacaktır. Her türlü eğitim gibi birinci basamağın da kendine özgü eğitim ihtiyaçları vardır ve bunların da göz önüne alınması gerekmektedir.

İstanbul Aile Hekimliği Derneği olarak çalışmalarınızı kısaca anlatır mısınız?
İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED) 2010 Ekim ayında İstanbul'da aile hekimlerinin bir arada olması gerekliliği ile kurulmuş bir sivil toplum kuruluşudur. Bu amaçla 3. Senesinde 1400'e yakın üyesi ile Türkiye'de en fazla aile hekimi üyesine sahip bir dernektir. Derneğimiz üye olan ve olmayan birçok aile hekimi, kurum ve kuruluş tarafından bilinmektedir. Derneğimizin merkezi Beylikdüzü'dür.
İSTAHED kendi içinde yapılaşarak alt komisyonlarla çalışmaktadır. Örgütlenme, hukuk, eğitim, basın, bilişim, kalite ve organizasyon komisyonlarımız bir yönetim kurulu üyesi ve bir komisyon başkanı ve ekibi ile çalışmalarına devam etmektedir. Derneğimiz örgütlenme çalışmaları ile üyelerimiz, ilçe başkanları sayesinde sorunlarına daha hızlı çözümler bulmakta İSTAHBUL39 toplantıları ile ilçelerde bölgesel toplantılar düzenlemektedir. Hukuk komisyonumuz her gün aile hekimliğini aleyhine çıkan yeni mevzuatlarla ilgili hukuksal savaşımızda yardımcı olmaktadır. Derneğimizin davalarının yanı sıra bireysel davalar da devam etmektedir. Eğitim komisyonunun programları; 3 yıldır devam eden TAHUD ile beraber düzenlenen İSTASE'nin yanı sıra bu sene sempozyumlarımız ve İSTAHED Akademi programımız başlayacaktır. Basın komisyonumuz ilk sayısını çıkardığımız İSTAHED Gazetesinin basım ve dağıtımının yanı sıra derneğimizin sosyal paylaşım ağları ile ilişkisini düzenlemektedir.

Aynı zamanda ulusal basında aile hekimliğini veya derneği ilgilendiren durumlarda gerekli girişimlerde bulunmaktadır. Bilişim komisyonumuz derneğin teknolojik altyapısını kurmanın yanı sıra üyelere bilişim ile ilgili destek vermektedir. İstanbul'un ilk kongresi İKON2014'ü düzenliyoruz. 8 Mayıs 2014'de yapacağımız İKON2014 ile hem güzel bir bilimsel içerik ile eğitim ihtiyacımızı karşılamak için hem de sosyal programla 3 gün de olsa nefes aldırmak için tüm Türkiye'deki aile hekimlerini Antalya'ya bekliyoruz. İstanbul birleştiriciliği konseptini tüm hekimlerimizle Antalya'da yaşamak istiyoruz.

Derneğinizin kısa veya uzun vadede gerçekleştirmeyi düşündüğü hedefleri nelerdir?
Bilimsel ve hukuksal anlamda çok yol kat etmemize rağmen daha yapmamız gereken çok iş olduğunun bilincindeyiz. Ancak dernek olarak en öncelikli iki hedefimiz Aile Hekimliği Özlük Kanunun çıkarılması ve sağlıkta şiddetin önlenmesi.



24 saat için **çamaşırhane** çözümleri

Sürekli yıkama otomasyonunda market lideri olan JENSEN, hastane ve bakım evleri için mükemmel yıkama programını müşterilerinin beğenisine sunuyor. Tehlikeli virüslerin fiilen yayılması neticesinde daha katı hijyen koşullarına ihtiyaç duyulacaktır. Bu sebeple JENSEN, hastanelerde kullanılan tekstil ürünlerini Tıbbi Cihaz Direktifleri koşullarına göre işleme sokan, emsalsiz tünel tipi yıkayıcı 'MediLine'ı geliştirmiştir.

JENSEN-GROUP'un anahtar teknolojisi, hem çarşaf - nevresimlerin hem de giysilerin, ayrıştırma, yönlenme, yıkama ve ütülenerek hazır hale gelmesi aşamalarının tümünü kapsamaktadır. Makinelerimiz, çok düşük miktarlarda enerji, su ve kimyasal tüketimi sağlayarak otomasyon ve maksimum kaliteyi bir araya getirmektedir.

Elde ettiğimiz tüm gelişmelere, aklımızdaki tek vizyonla ulaşılmıştır: çamaşırhanenizin performansı.

JENSEN

TOLON

1007 sokak no.9
A.O.S.B. • 35620 Çiğli İzmir
T • 90 232 376 7084 • tolon@tolon.com

TOLON®
Endüstriyel Çamaşırhane Makineleri
Industrial Laundry Machines

Hekimler Bakanlığa güvenmiyor!

"Aile hekimleri olarak hala önümüzü göremiyoruz, Sağlık Bakanlığına karşı aile hekimlerinde bir güvensizlik gelişmiş durumdadır, Bakanlığın yeniden bu güveni sağlaması gerekiyor"

Gaziantep Aile Hekimliği Derneği Başkanı (GAHD) **Dr. G. Serdar Tolay,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Aile hekimliğini nasıl tanımlıyorsunuz?
Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hayata geçirdiği aile hekimliği uygulaması Türkiye'de ilk olarak 2004 yılında Düzce'de pilot olarak uygulanmaya başlandı. 13 Aralık 2010 tarihinde de Gaziantep'te hayata geçirildi. Çağdaş bir aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Uygulama ile sağlık hizmet sunucularının daha kaliteli hizmet vermesi, sağlık hizmetinden faydalanacak kişilerin daha kolay, ulaşılabilir ve efektif bir biçimde sağlık hizmeti alması hedefleniyordu.

Uygulama Gaziantep'te istenilen seviyeye ulaştı mı?
Aile hekimliği uygulamasına son geçen illerden biri Gaziantep oldu. Adıyaman uygulamaya bizden önce geçti. O nedenle de bizden daha tecrübeliler şu anda. Tabi küçük bir il. O nedenle de uygulamaya uyum sağlaması normal. Bizden birkaç yıl önce uygulamaya başlayan Denizli bize emsal olabilecek bir il. Tabi bu illeri her zaman takip ediyorduk. Gaziantep olarak geç kalınmış gibi gözükse de bizden önce uygulamanın başladığı illerdeki sorunları değerlendirme şansımız oldu ve büyük problemler yaşamadık. Aslında uygulama Türkiye'de oturdu mu diye soracak olursanız "hayır, oturmadı" diyebilirim. Dolayısıyla Gaziantep'te de tam istenildiği seviyeye henüz ulaşmadı. İşleyişle ilgili bir takım aksaklıklar söz konusu. Aile hekimlerinin özlük haklarıyla ilgili aksaklıklar var. Bir belirsizlik hâkim. Her gün değişen bir takım yönetmelikler var. Yeni çıkacak bir yönetmeliği bekliyoruz şu an. Bu yönetmelik çıkarsa kısmen düzelmeler olacak ama daha Türkiye'de yerleşmesi zaman ister.

Hastanın uyum süreci nasıl? Uygulamaya alıştı mı?
En çok zorlandığımız konulardan birisi bu. Hastalar uyum sürecini yeni yeni aşmaya çalışıyorlar. Çünkü uygulama konusunda çok da bilgili değiller. Aile hekimliğinin ne olduğunu tam olarak bilmiyorlar. Tabi biz burada her gelen hastayla birebir görüşerek, onları bilgilendirerek bu sorunu aşmaya çalışıyoruz. Ama zorlandığımız bir konu bu. Hastalara aile hekimliğinden nasıl istifade etmesi gerektiğini anlatıyoruz.



Dr. G. Serdar Tolay

Ama henüz hem sistemden kaynaklı sorun devam etmekle birlikte hastalar hala eski sistemin devam ettiğini zannediyorlar.

Performans sisteminin uygulamaya etkileri nasıl? Kısaca anlatır mısınız?
Bunlar aile hekimlerinin uyması gereken kriterler ama vatandaşın kendi kabahatinden kaynaklı problemleri doktora mal etme mantığıyla hareket edildiği sürece doktorların motivasyonları kırılıyor. Örneğin bir gebe gebeliğini bildirmediği sürece biz bunu bilemiyoruz. Takip altında olması gereken 15-49 yaş grubu kadın hastalar buraya bir nedenle gelmeli ki ben onlara sormalı ve öğrenmeliyim. Belirli programlar çerçevesinde evlere gidilip, ziyaretler yapılıyor ama bu durum bir takım sıkıntılar da yaratıyor. Performans kriterleri negatif yansıtıldığı zaman bu gerçekten de aile hekimlerinin motivasyonlarını düşürüyor.

Gaziantep'te kaç aile hekimi var? Sizce bu sayı yeterli mi?
Gaziantep'te şu an 478 pozisyonda aile hekimliği birimi ve 472 aile hekimi var. Tüm il genelinde de 131 tane Aile Sağlığı Merkezi var. Giderek artan nüfusa karşılık pozisyon açılması ihtimali var. Örneğin toplu konutların yapıldığı alanlarda vatandaş nüfusunun artmasıyla orantılı olarak merkezler de artacak gibi görünüyor. Aile hekimliği birimi sayısı da bu durumda artacaktır.

Gaziantep'te her aile hekimine yaklaşık 3 bin 500 nüfus düşüyor. Aile hekimliği uygulamasına başlarken hedef 2 bin–2 bin 500 kişilik bir nüfusa bir aile hekimiydi. En başta Gaziantep'te 3 bin–3 bin 500 kişiye bir aile hekimi düşmesi planlanmıştı. Bu şekilde de devam ediyor. Bazı bölgelerde nüfus yoğunluğu arttığı için ve ortalama 4 bin 500'e ulaştığı için ek pozisyonlar açılması gündemde.



Şu an uygulamada aile hekimlerinden uzmanlık şartı istenmiyor ama 2017 yılından sonra Türkiye'de bir kişi aile hekimi olmak isterse mutlaka tıpta uzmanlık sınavını kazanması gerekiyor. Hedeflenmiş kriter 2017. Bizler aile hekimliğine geçerken belirli dönemlerde sertifikalı eğitim programlarına tabi tutulduk, kurslar aldık. Sağlık Bakanlığı şu anda da uzaktan eğitim programıyla bu eğitimleri devam ettiriyor. Sertifikalı bir geçiş dönemi yaşadık.

"Uygulama Türkiye'de yerleşti mi diye soracak olursanız bence hayır! Gaziantep'te de tam istenildiği seviyeye henüz ulaşmadı. İşleyişle ve hekimlerin özlük haklarıyla ilgili aksaklıklar var. Bir belirsizlik hâkim"

Aile Hekimliği Derneği Gaziantep'te ne zaman kuruldu?
18 Şubat 2011'de kuruldu. Türkiye genelinde ise 63 ilde aile hekimliği derneği kurulmuş durumda. Bir de bu derneklerden kurulmuş olan Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) var. Her ilden bir dernek bu federasyona üye olabiliyor. Gaziantep'i temsilen biz üyeyiz bu federasyona. Bir internet sitemiz ve facebook grubumuz var ve Türkiye'nin her yerinden aile hekimleri sürekli iletişim halindeler. Sorunları, sıkıntıları paylaşabiliyoruz. Aile hekimliğinin bir takım sıkıntıları mevcut. Vatandaş hala verilen bu hizmetin bedelinin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılandığını düşünse de nispeten bu böyle değil. Aile hekimlerine cari ödenek adı altında bir takım ödenek veriliyor ama bu yetersiz kalmaktadır. Türkiye'deki model biraz farklı. Bizim sancılı taraflarımız bunlar. Özlük haklarımızda iyileştirme yapılmış değil. Aile hekimleri olarak hala önümüzü görememekteyiz, Sağlık Bakanlığına karşı aile hekimlerinde bir güvensizlik gelişmiş durumdadır, Bakanlığın yeniden bu güveni sağlaması gerektiğine inanıyorum. Çıkarılan teşkilat yasasıyla da bu zor görünüyor".

Hem hekimiz, hem de muhasebeci!

"Hepimiz aynı zamanda birer sekreter, muhasebeci, satın alma-ayniyat memuru olduk. Getir götür işlerini yapar olduk. Vergi dairesiyle tanıştık"

Pratisyen Hekimlik Derneği İstanbul Şubesi Başkanı **Dr.Rıdvan Yılmaz,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Görevinizi, sorumluluklarınızı kısaca anlatır mısınız? Haftada kaç hastaya bakıyorsunuz ve hasta profiliniz nasıl?

Ben bir pratisyen hekimim. Aile hekimi olarak çalışıyorum. Devletin kanun ve yönetmeliklerle tanımladığı görevleri yerine getirmek üzere 2 yıllık bir sözleşme imzaladım. Kanun, aile hekimini "Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü" şeklinde tanımlanmış. Tanımda geçen görevler dışında, Aile Sağlığı Merkezini (ASM) yönetmek, her türlü idari işleri yapmak, kayıtlı kişilerin düzenli periyodik muayenelerini yapmak, gebe-lohusa- bebek-çocuk,ve kronik hastalık izlemlerini yapmak, eve bağımlı hastaların düzenli kontrollerini yapmak, eğitim vermek gibi çok sayıda işler tanımlanmış durumda. Bir de yönetmeliğin "Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak" hükmünü de eklemek gerek. Ben haftada 300 kadar hasta bakıyorum. Çoğu yaşlı ve kronik hastalığı olan kişiler.17 bebek ve 15 gebe takip ediyorum. 50 kadar da evde takibini yaptığım hastam var. Tanımlanmış toplam kişi sayım ise 3700.



Görev yaptığınız merkezden, çalışma koşullarınızdan memnuniyet dereceniz nasıl? Değiştirilmesi, iyileştirilmesi gereken konular, uygulamalar sizce neler?

Hizmet verdiğim bölge nüfus hareketliliği pek fazla olmayan kapalı bir bölge. Kişilerin sağlık ocağından hizmet alma alışkanlıkları ve kuruma güvenleri var. Bu nedenle çalıştığım bölgeden memnunum. Çalışma koşullarım iyi. Altyapısı sağlıklı olan bir sağlık ocağı binasında devam ediyoruz. Sadece tabelayı değiştirdik desek yalan olmaz. İstanbul için şanslı sayılırım. Hizmet puanım yüksek olduğu için kamu binası seçme şansım oldu. Meslektaşlarımın yarısı kamu binalarını yani sağlık ocağı binalarını seçemediler. "Sanal" tabir edilen harita üzerindeki ASM'leri seçmek zorunda kaldılar. Bu arkadaşlar zaman ve emekleri yanında milyarlarca lira ek harcama ile yeni bir yer bulup kiraladılar, tüm donanımı ceplerinden harcamayla aldılar. Ne yazık ki bu hakkaniyetsizliği aile hekimliğine geçişte yaşadık, halen de devam etmekte. Bence herkesin eşit düzeyde altyapı olanaklarına sahip olabilmesi için harcamaları maksimum ödenekle Sağlık Bakanlığının karşılaması gerek. Özellikle de ilçe ve bölgelere göre çok farklılaşan kiralar ile hizmet sunumuyla ilgili tüm gereksinimlere yönelik harcamaların.

Nitelikli birinci basamak hizmetinin olmazsa olmaz koşulları sizce neler? Türkiye'de bu koşullar nasıl sağlanabilir ve alınması gereken tedbirler neler?

Olmazsa olmaz ilk koşul herkes için eşit, ulaşılabilir ve ücretsiz bir sağlık hizmetinin sürekliliğinim sağlanmasıdır. Bu nedenle tamamını kamunun finanse ettiği sadece nüfus cüzdanının başvuru için yeterli

"Temel eğitim birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için yeterli değildir. Bu yüzden tıpta uzmanlık herkes için gerekli"



olacağı bir finansman sistemi olmalıdır. Yine birinci basamak sağlık kuruluşlarının fiziki altyapı ve tıbbi donanım olarak gereksinimleri en üst düzeyde sağlanmalıdır. Diğer önemli koşul ise tüm personelin hem nitelik hem de nicelik olarak yeterliliğidir. Ayrıca personele verilen ücret ve diğer özlük hakları memnun edici olmalıdır. Yine toplumca önemi kabul edilen birinci basamak yönelimli sağlık politikaları benimsenmelidir. İkinci ve üçüncü basamakla entegrasyon, iletişim ve ulaşılabilirlik birinci basamağın gerçek gücünü tamamlayıcı unsurlar olacaktır. Bugün için ülkemizde bu koşulların sağlanabildiğini söylemek zordur. Sağlık primi ödeme zorunluluğu, katkı payı ödeme zorunluluğu gibi maddi unsurlar ulaşılabilirliği zorlaştırmakta dezavantajlı sosyal grupları etkilemektedir.

Birinci basamak insan gücü dağılımı eşit değildir; özellikle Anadolu'da kırsal bölgeler ve İstanbul gibi metropollerde sosyoekonomik olarak düşük bölgeler aile hekimine ulaşmada zorluk çekmektedir. Milyonlarca çalışan işçi ve memur gün içinde yer değiştirmektedir, misafir olarak bulunanlar çok sayıdadır. Tüm bu gruplar aile hekimine ulaşmakta ve hizmet almakta zorluk çekmektedirler. Sorunlu bölgeleri kimse seçmek istememekte, bu bölgelerde sağlık personeli sürekliliği sağlanamamaktadır. 4000 kişi üzerine çıkmış çok sayıda birim mevcuttur ve yeni kayıt alamamaktadırlar. Toplam nüfusu aynı olsa da yüzlerce gebe, bebek ve çocuğu olan aile hekimliği birimi ile çok az sayıda gebe ve bebeği olan birim aynı personelle(1 hekim 1 aile sağlığı elemanı) çalışmak zorunda bırakılmaktadır. Bu alanda çalışanların temel tıp eğitimleri dışında ayrıca bir eğitimleri yoktur Aile hekimliği uzmanı olan çok az sayıdaki uzman ise uzmanlık eğitimlerini 3. Basamak sağlık kuruluşlarında yapmışlardır.

Aile hekimliği uzmanlığında saha eğitimi halen yoktur ve eğitimde önemli bir eksik olarak devam etmektedir. Aile hekimleri hastane nöbeti gibi birinci basamak sağlık sistemi dışında da çalıştırılmak istenmektedir. Çok daha fazla şey söylenebilir. Özetle mevcut durum ne yeterince eşittir ne ulaşılabilirdir ne de niteliklidir.

Hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?

Bahsedeceğim konular aynı zamanda düzeltilmesi gereken konular.

Zaten aile hekimliğine geçişte hepimiz birer sözleşmeli çalışan olmuştuk. Ücretsiz yıllık izin hakkımız elimizden alınmıştı, eğitim için zamanımız artık yoktu. Gebe kalsak, askere gitsek kendi yerimize dönüş hakkımız yoktu. Evlensek başka şehre gitmek istesek sözleşmemiz sona eriyor. Hasta olsak ücretimizin yarısı kesiliyor. Yıllık izinde keza öyle. Harcamalar için sabit bir ödeme yapılıyor. Tüm harcamaları bu ödemeden yapıyoruz. Kimine yetiyor kimine yetmiyor. Hepimiz aynı zamanda birer sekreter, muhasebeci, satın alma-ayniyat memuru olduk. Getir götür işlerini yapar olduk. Vergi dairesiyle tanıştık. Yönetmeliklerle ceza puanlarıyla tanıştırıldık. İdareye çok geniş takdir hakkı veren ve sözleşme iptallerini kolaylaştıran mevzuatla devam ediyoruz. Sınıflama ayrı bir sorun. Vatandaşın aldığı hizmette farklılık yaratacaksa neden halkımızı sınıflandırıyoruz? Neden hizmette eşitlik sağlanmıyor? Anlamak mümkün değil. Kamu muyuz özel mi? belli değil. Mesela zorunlu mesleki sorumluluk sigortası ödetilirken tamamı ödetilip özel hekim kapsamındayız, iş defin ruhsatı nöbeti vb görevlere gelince kamuyuz. Sanal ASM'lerdeki arkadaşlar aylık cari gider ödeneğinin çok üstünde harcamalar yaptı ve yapıyor da. Hepsini maaşlarından ödüyorlar. Kamu binalarından kira alınıyor, sağlık ocağı demirbaşlarından kira alınıyor. Birinci basamak hekimliği gelişecek diye beklerken 2. basamakta acil nöbeti görevinin yasalaştırılması işin tuzu biberi oldu. Tüm bu sorunlar aile hekimliğine geçişle birlikte oldu. Her geçen gün dayatmalar ve özlük haklarının ücretler dahil düşmeye başlaması ve geleceğe dair belirsizlik sürüyor.

Yeni mezunlara neler önerirsiniz? Günümüz şartları düşünüldüğünde sizce tıpta uzmanlık illaki gerekli mi?

Yeni mezunlara önerim çalışacakları alanı seçerken çok iyi düşünmeleri. Onları çalışırken motive edecek özellikleri iyi ayırt etsinler. Birinci basamak hekimliği özünde çok değerli bir alan ve gerçek anlamda uygulanabildiğinde bu alanda hekimlik yapmak mutluluk verecektir. Ülkemizde birinci basamak tanımının yapıldığı ve hizmet yeri olarak sağlık ocaklarının tanımlandığı 1963 yılından bugüne mesleki eğitim konusu eksik kalmıştır. Hangi alanda çalışacak olursa olsun her hekim alanında uzman olmalıdır. Temel eğitim birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için yeterli değildir. Bu yüzden tıpta uzmanlık herkes için gereklidir. Birinci basamak hekimliği günümüz şartlarında özendirici değildir. Çünkü geleceği belirsizdir. 1984'te başlayan aile hekimliği uzmanlığı ise daha önce de söylediğim gibi 3. basamak hastanelerine 6'şar aylık rotasyonlar şeklinde verilmektedir ve halen sahada geçen eğitim süresi yoktur. Alana özgü mesleki eğitim ile ilgili ciddi çalışmayı ben 1998 yılında kurulan TürkTabipleri Birliği (TTB) bünyesindeki Genel Pratisyenlik Enstitüsünde gördüm ve gönüllü olarak eğitimlerine katıldım.

Aile hekimleri olası bir salgında çaresizler

"Her aile hekiminin ortalama 3600 hastası var. Aynı okulda eğitim gören çocukların aile hekimleri farklı... Hasta olan çocuğu kontrol altına alsak bile, temas ettiği diğer bireyler size kayıtlı olmadığı için salgının önüne geçilemiyor"

TTB Merkez Konseyi Üyesi ve Sincan 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi hekimi **Dr. Filiz Ünal İncekara**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı


Dr. Filiz Ünal İncekara

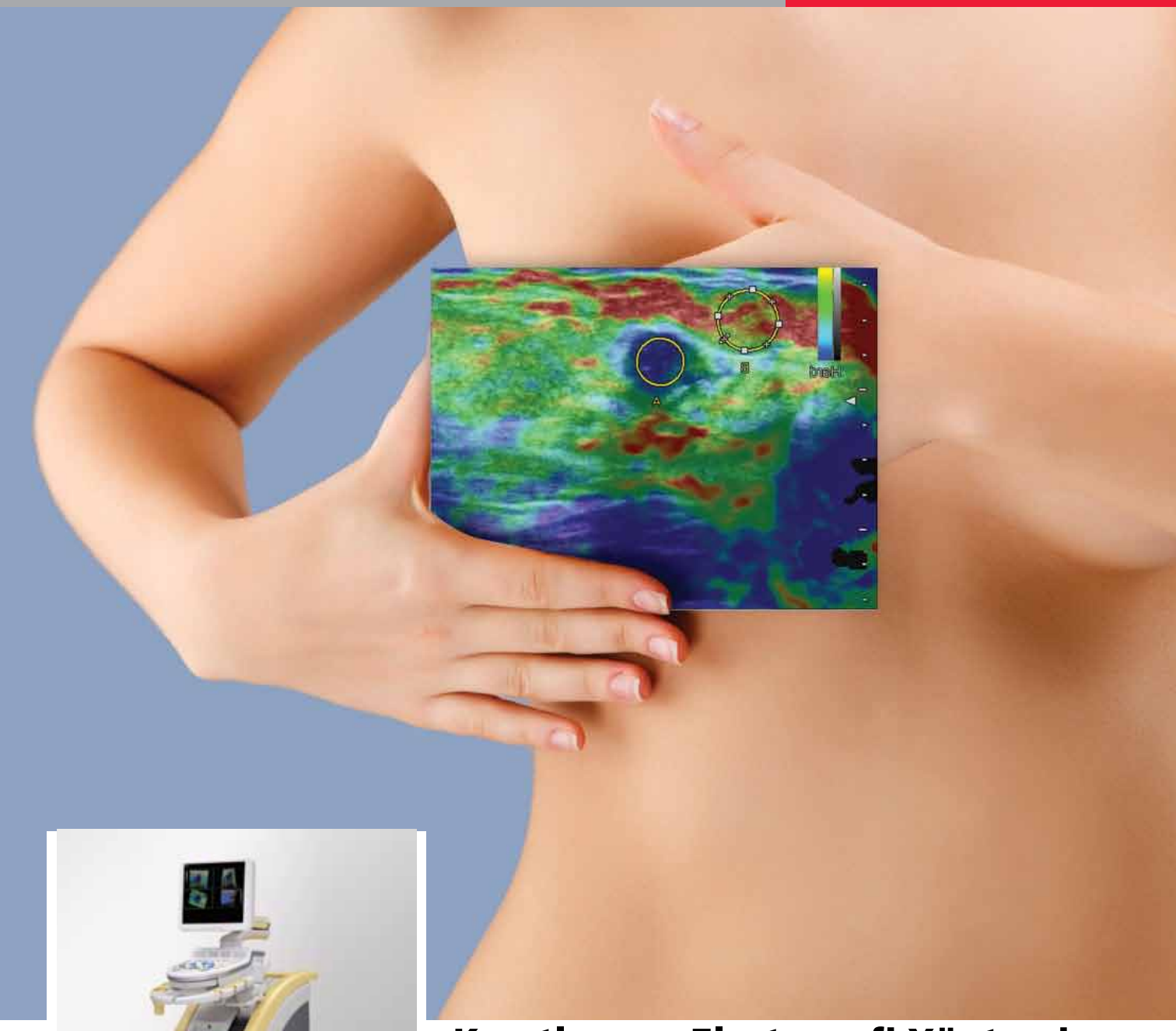
Ankara Sincan'da görev yapan bir aile hekimi olarak çalışma hayatınızı anlatır mısınız?

Ankara'ya geçildiği günden beri aile hekimliği yapıyorum. Sincan, aile hekimliğini gözlemleyebilmek için son derece uygun bir yer. Orada sağlık personeline, koruyucu sağlık hizmetlerine çok fazla ihtiyaç var. Sincan'da insanlara yardım edebileceğiniz çok yer var. Hakkıyla aile hekimliği yaptığınızda hiç evinize gitmeseniz, hizmetinizi ancak tamamlarsınız çünkü sadece benim 4200 hastam var. Geçen gün saydım, son bir yılda bana sadece 23 hastam başvurmamış, hepsi geliyorlar. Daha önce bu 23 kişiden 7'sinin yurtdışına gittiğini tespit ettik, Almanya'da yaşıyorlarmış… Biz sabah 8'de çalışmaya başlıyoruz, akşam saat 5'te çoğu zaman kapımın önünde hastam oluyor. Bu kadar çalışmama ve hemşiremin çok iyi bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) elemanı olmasına rağmen yetiştiremiyoruz. Bizim ASM'de kadrolu 10 hekim mevcut, ayrıca 7 kişi ücretli çalışıyor. Toplam 38 kişiyle çok uyumlu olmamıza rağmen yetişemiyoruz. Buna karşın yaptığımız iş çok kıymetli… Yalnızca veri analizi için bile aile hekimlerinin dikkatli çalışması gerekiyor. Güncel bir sağlık veri bankası oluşturuyor. Doğru biçimde kullanılırsa gelecekte sağlık politikaları bu veriler üzerinden oluşturulacak. Ancak verilerin gizliliği esası çok önemli… Tekrar tekrar tartışılması gereken bir konu... Bize güvenen hastalarımızın bilgileri, Sağlık Bakanlığımızın teminatı altında olmalı.

Aile hekimliği için hazırlanan Dünya Bankası raporunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

2013 tarihli Dünya Bankası raporuna (Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması

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

"Anadolu'da ve Ortadoğu'da savaş kapımızda iken, göç nedeniyle ülkemize gelen savaş mağdurlarının aile hekimlerine kaydı yapılamadığı için ne aşıları, ne gebe takipleri, ne de salgın hastalıkları tespit edilemiyor"

– Tasarım ve Kazanımlar) bakıldığında, aşılama oranları ve personel dağılımı eşitlenmiş vaziyette... Aile hekimliği uygulamasıyla aşılama daha iyi olmuş fakat uygulamanın iyi olmayan tarafları da var. Aile hekimliği bölge tabanlı olmadığı sadece nüfusa dayalı olduğu için bugün bir salgın meydana gelse önünü alamayacak durumdayız; mesela kızamığı bir türlü kontrol altına alamadık. Bu dönem kızamık salgını bekliyoruz. Bu salgının engellenebilmesi için Toplum Sağlığı Merkezlerindeki (TSM) arkadaşlarımızın sayısının arttırılması gerekiyor. Bu salgınlarda tek çocuğu aşılamak yetmiyor, bir okulu aşılamalısınız. Ben aile hekimi olarak sadece sözkonusu apartmanı aşılayabilirim, okulu aşılama imkanım yok.

Raporda, hekimlerin negatif performansa rağmen mutlu oldukları çünkü iyi para aldıkları belirtilmiş. Öyle değil! Negatif performans hekimleri üzen bir uygulama... Neden bir konuda "Şu kadar başardım!" demek varken "Şu kadar başaramadım!" deniliyor? Bu, hekimi yıpratıyor.

Raporda ayrıca, hekim ve Bakanlık memnuniyetinin sağlandığı aşılamalardan çıkıp aile hekimliğinde artık kronik hastalıklara yönelmek istediklerini yazmışlar. Kronik hastalıklar, sistemin en belalı kısmıdır çünkü bu hastalıklar çok para yiyor. Biz ne kadar engelleyebilirsek sistem o kadar para kazanır diye bakıyorlar. "Kanser taramalarını aile hekimleri yapsın, performansına yansısın deniyor…" yani tarama yaparsanız kazanacaksınız! Kanser için yapılabilecek en iyi şey, hasta ile aile hekiminin konuşmasını sağlamaktır. Ardından risk grupları oluşturularak onlara uygun yeniden eğitim vermektir.

İşin farklı yönü daha var; diyelim ki, bundan 10 yıl sonra bir kadın kanser oldu ve mahkemeye başvurdu. "10 yıl önce aile hekimin bana smear testi yapsaydı kanser olmayacaktım fakat yaptırmadı. Davacıyım" diyebilir. Böyle dava örnekleri ABD'de çok var. Malpraktis nedeniyle ne kadar ceza alırız bilmiyoruz. Sistemden memnun olduğumuz ifade ediliyor ama bu güvencesizlikten asla memnun değiliz. Ne o kadar mutluyuz, ne de rahatız… Her an başımız belaya girebilir. Böyle bir sistemde 4000 hasta olamaz.

Çalışma hayatınızın aksayan diğer yönleri neler?

Aile hekimliği ile TSM arasında koordineli çalışmayı getirmek gerekiyor. Şu anda koordineli çalışma talimatı veriliyor, hayata geçirilmeye de çalışılıyor ama TSM'lerde 2 hekim var, TSM'ye bağlı 164 aile hekimi var. Her bir aile hekiminin de 3600 hastası olduğunu düşünün. Ne kadar geniş bir alana bu arkadaşlarımız koruyucu sağlık hizmeti verebilir? Sadece koruyucu sağlık hizmetleri vermiyorlar malzemelerimizi onlardan alıyoruz, tüm verilerimizi Bakanlığa onlar ulaştırıyor, bizlerle ilgili özlük hakları, izinleri vb çalışmaları onlar gerçekleştiriyorlar. Tüm bu işler için orada sadece 2 hekim var. O nedenle TSM'yi güçlendirmelisiniz. Orada halk sağlığı uzmanları olmalı.

Aile hekimleri olarak güncel problemleri çözmek için herhangi bir kuruluşla iletişim kurmanız çok güç. Aile hekimliğini rahatlatan parametreler henüz tamamlanmadı. Uygulama tek başına, aile hekimi ve ASM elemanından oluşmaz. Aile hekimi, toplumun tüm kanayan yaralarını düzeltecek küçük bir odaktır sadece. Onun etrafını geliştirmeniz lazım. Aksayan bir diğer husus, evde bakım hizmetleri… Bu hizmeti vermemiz isteniyor ama veremezsiniz. Benim şu an kemoterapi alan 7 hastam var. Bu hastaların ne kadar kötü durumda olduklarını az çok biliyorum. Yerinde görmeye gidiyorsunuz ama siz gidip gelene kadar kapının önünde bekleyen hasta öfkeye kapılıyor ve insanlara neden beklemeleri yönünde açıklamalar yapıyorsunuz. Ardından şiddet baş gösteriyor. Sağlık Bakanlığı hiçbir altyapı problemini çözmeden evde bakım hizmeti vermemizi bekliyor.

Kadın hastalarınızla iletişiminiz nasıl?

Bana her gün en az 3 kadın hastam sosyal problemleri nedeniyle başvuruyor. . Evde şiddete uğruyorlar, çocuklarıyla problemlerini çözmek için bizlerden yol göstermemizi istiyorlar. Geçen yılların ardından hastalarımızla aramızda belli bir güven oluşturduğumuzu düşünüyorum. İki buçuk yıldan sonra evde neler olduğunu bana anlatabiliyorlar, öncesinde onlarla aramızda böyle bir diyalog yoktu, zaman içinde, güven tesis edebildikten sonra gelişti. Çünkü 4 bin hastaya bu kadar zaman ayıramazsınız. Örneğin 14 yaşındaki bir kız, benim hastam, evde dövülüyordu, 3 aylık hamileydi ve intihar girişimi vardı. Bu çocuğu evden almak için 3 gün uğraştım. Nereye başvuracağınız konusu net değil. Sosyal hizmet uzmanları, kadın sığınma evleri, çocuk sığınma evlerinin sizi desteklemesi lazım. Sözkonusu hastaya yardım edebildik ama çok güç oldu. Gördüğü şiddet sonucu bebeğini kaybetti ve ardından o evden alabildik. Mesela, dayak yiyen çocuklar var, madde bağımlıları var. Bunların takipleri aile hekimlerine verilmiş. Türkiye'de, sağlığın en çok kanayan noktası böylesi sosyal problemler aslında… Devlet burada koordinasyon kurmadığı için iş tamamen bireysel ilişkilere kalıyor.

Uygulamaya ilişkin son bir değerlendirme alabilir miyiz?

Aile hekimliği toplumun tüm sorunlarında çekirdek kadrodur. Siz bu kadroyu ne kadar güçlendirir, aile hekimlerine ve yaptıkları hizmetlere sahip çıkarsanız o kadar sağlıklı toplum oluşur.

Sağlık göstergeleri iyi olan ülkelerde birinci basamak hizmetlerinin uzun yıllardır devam ettiği görülür. Bu hizmetler, her yıl o bölgede yapılan bilimsel araştırmalar ve o bölge hekimlerinin ortak çözüm arayışı ve uygulamaları ile oluşmuştur. Artık aile hekimleri de TSM hekimleri ile birlikte bilimsel çalışmalara ve oradan çıkacak sonuçlara göre topyekün sağlık göstergelerini düzeltmeye yöneltilmelidir.

Aile hekimleri lüzumsuz yere kira, su – elektrik parası, stopaj gibi işlerle meşgul edilmemeli, "halk sağlığı açısından neler yapabilirim" diye koşturmalı. Bundan sonra aile hekimliğini bu raya oturtamazsak emeklerimiz zayi olur. Hem hekimler mutsuz olur hem bu halk derdine derman bulamaz. Güçlü bir birinci basamak daha ucuza, daha kısa sürede, daha az zararla birçok sorunu çözmek demektir.

APLUS'tan
YİYECEK - İÇECEK HİZMETLERİ



Toplu Yemek
Merkezi ve yerinde üretim projeleriyle tüm ürünler uluslararası standartlarda, kaliteli hammadde ve deneyimli uzman personelle yapılıyor.

Merkezi Pastane
Tatlı ve pasta çeşitleri merkez pastanesinde üretiliyor, istenilen tüketim noktalarına ve tüm CafePlus'lara taze olarak gönderiliyor.

Hasta ve Refakatçi Yemeği
Hastalarla refakatçilerine 'seçmeli diyet ve normal menü' yemekler, uzman diyetisyenlerin kontrolünde hazırlanıp sunuluyor.

Oda Servisi
'A la carte' tarzıyla, 5 yıldızlı otel standardında, ısıtma ve soğutma işlemini aynı anda sağlayan son teknoloji servis araçlarıyla kişiye özel hizmet sunuluyor.

CafePlus
Konforlu ve şık CafePlus'larda kahvaltılar, öğle ve akşam yemekleri; zengin yiyecek-içecek ve tatlı menüleriyle sunuluyor.

Banket
Davet, toplantı ve kokteyller; doğum günü, kutlama ve yıldönümü partileri, ödül ve mezuniyet törenleri, işinde uzman kadro ve farklı konseptlerle organize ediliyor.









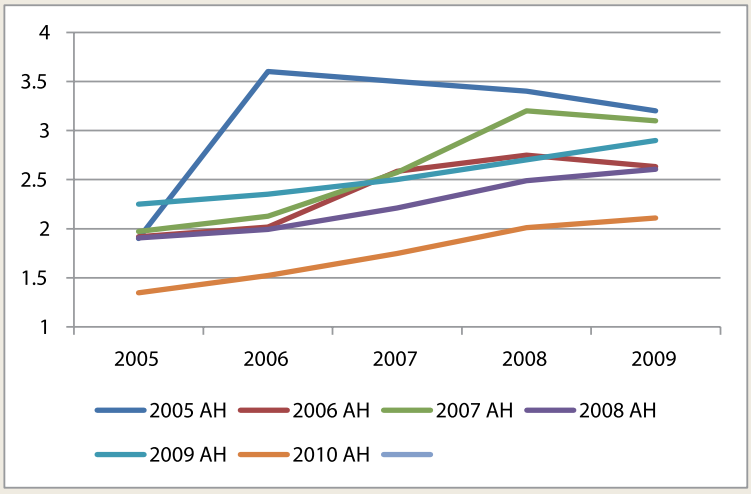
Bilgi için: (216) 544 46 91
aplus.pazarlama@aplus.web.tr

www.aplus.web.tr

APLUS

Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar Dünya Bankası Raporu

Kişi Başına Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine Ziyaretler, 2005-2009



Kaynak: TSİM, AHBS (2012).

1.000 Kişilik Nüfus Başına Sağlık Personeli Sayısı, 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Uzman hekim	0,66	0,75	0,74	0,74	0,77	0,80	0,84	0,86
Genel pratisyen	0,43	0,44	0,46	0,48	0,49	0,52	0,52	0,53
Asistan	0,20	0,22	0,24	0,25	0,27	0,29	0,29	0,29
Toplam hekim	1,29	1,42	1,45	1,47	1,54	1,60	1,65	1,68
Hemşireler	1,17	1,16	1,16	1,17	1,38	1,42	1,45	1,59
Ebeler	0,59	0,60	0,60	0,60	0,68	0,67	0,68	0,70

Kaynak: SB (2012).

1.000 kişilik nüfus başına personel dağılımı, 2007 ve 2010

	En iyi il	En kötü il	Türkiye ortalaması
	2007		
Uzman hekim	2,06 (Ankara)	0,22 (Şırnak)	0,77
Genel pratisyen	0,91 (Ankara)	0,31 (İstanbul)	0,49
Hemşireler	2,43 (Trabzon)	0,50 (Şırnak)	1,38
Ebeler	2,05 (Tunceli)	0,28 (Şırnak)	0,68
	2010		
Uzman hekim	1,79 (Ankara)	0,37 (Şırnak)	0,86
Genel pratisyen	0,80 (Tunceli)	0,44 (Şanlıurfa, Gaziantep, İstanbul)	0,53
Hemşireler	3,48 (Ankara)	0,82 (Şırnak)	1,59
Ebeler	2,24 (Tunceli)	0,41 (İstanbul)	0,70

Kaynak: SB (2012)

Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Ülke Çapına Yaygınlaştırılması (31 Aralık 2011 itibariyle)

İLİN ADI	BAŞLAMA TARİHİ	AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) NÜFUS	Aile Hekimleri	Aile Sağlığı Merkezleri	Toplum Sağlığı Merkezleri
DÜZCE	15.09.2005	334.594	98	31	8
ESKİŞEHİR	17.07.2006	749.887	217	65	14
BOLU	16.10.2006	284.748	79	28	9
EDİRNE	01.12.2006	392.611	112	48	9
ADIYAMAN	25.12.2006	569.020	165	68	9
DENİZLİ	25.12.2006	954.272	265	107	22
GÜMÜŞHANE	29.12.2006	122.069	41	20	6
ELAZIĞ	04.01.2007	554.015	167	71	11
ISPARTA	18.01.2007	399.021	121	55	13
SAMSUN	01.03.2007	1.237.222	351	132	17
İZMİR	14.05.2007	3.896.974	1123	311	30
SİNOP	15.08.2007	204.024	56	27	9
BARTIN	01.11.2007	184.349	57	30	4
AMASYA	03.12.2007	329.817	95	41	7
BAYBURT	02.01.2008	78.739	24	14	3
ÇORUM	02.01.2008	533.879	164	69	14
MANİSA	02.01.2008	1.311.734	378	154	16
OSMANİYE	14.01.2008	490.202	140	54	7
KARAMAN	15.01.2008	238.058	72	27	6
KARABÜK	01.02.2008	222.422	64	26	6
ADANA	21.05.2008	2.092.200	591	153	15
BURDUR	14.07.2008	252.677	73	34	11
KIRIKKALE	18.08.2008	281.239	84	33	9
ÇANKIRI	15.10.2008	159.323	46	19	12
TUNCELİ	15.10.2008	71.426	25	14	8
YALOVA	15.10.2008	202.421	53	27	6
BİLECİK	10.11.2008	197.920	55	24	8
KASTAMONU	10.11.2008	347.851	102	48	20
ERZURUM	21.11.2008	785.517	231	71	20
KIRŞEHİR	21.11.2008	220.033	62	20	7
KAYSERİ	15.12.2008	1.236.453	357	65	16
RİZE	05.01.2009	313.663	93	31	12
TRABZON	05.01.2009	761.600	216	74	18
UŞAK	13.07.2009	349.128	102	30	6
BURSA	01.10.2009	2.641.336	724	170	17
KÜTAHYA	04.01.2010	565.839	167	69	13
NEVŞEHİR	04.01.2010	292.619	84	30	8
SAKARYA	04.01.2010	883.000	246	81	16
ARTVİN	18.01.2010	162.507	49	15	8

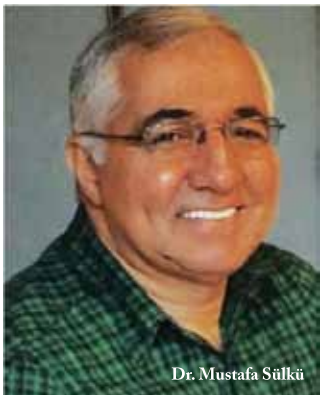
Hekimler yalnızlaştırıldı

"Aile hekimliği, hekimin solo-practice (tek başına) uygulamasına dayanmaktadır. Hekimler aynı işi yapmalarına rağmen sınıflandırılmış ASM'lerde çalışıyorlar. Aynı sınıfta olanlar birbirleri ile rekabete zorlanıyor"

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü Eğitim Koordinatörü **Dr. Mustafa Sülkü,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Birinci basamak sağlık hizmeti içerisinde konumlandırılan aile hekimliği uygulamasını, hekimlerin çalışma hayatı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ülkemizde 2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında başlatılan "Aile hekimliği uygulaması" birinci basamak sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesine dönük bir uygulamadır.


Dr. Mustafa Sülkü

Bu uygulama ile hekimler ve "Aile Sağlığı Elemanı" olarak meslekleri bir çırpıda unutuluveren hemşireler kamu grevlisi olmaktan çıkarılıp sözleşmeli çalışan hale dönüştürülmüştür. Sözleşmeleri tek taraflı olarak işveren (şimdi Sağlık Bakanlığı) tarafından belirlenmektedir. Hekimler asıl olarak bireysel muayenehanelere dönüştürülmüş aile sağlığı birimlerinde (birkaç muayene bir arada ise Aile Sağlığı Merkezlerinde – ASM -) bireysel çalışmaya mecbur edilmişlerdir. Sözde gönüllü seçim yapılmış gibi olmakla birlikte kapatılan 6000 sağlık ocağındaki hekimlerin büyük çoğunluğu reçete yazan, hasta bakma yetkilerinin olmadığı, hekim istihdam sayısı sınırlı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) yerine aile sağlığı birimlerini seçmek zorunda bırakıldılar.

Mevcut durumda aile sağlığı birimlerinde çalışan pratisyen hekimler uygulama yönetmeliklerinde kendilerine tanımlanan işlerin dışında sağlık ocaklarında iken yapmadıkları tıbbi sekreterlik, işletmecilik, personel çalıştırma, alım-satım, kira, bakım onarım, elektrik, su, telefon vb. işlerle uğraşmak zorunda bırakılıyorlar.

Hekimler aynı işi yapmalarına rağmen sınıflandırılmış ASM'lerde çalışıyorlar. Aynı sınıfta olanlar birbirleri ile rekabete, diğer sınıftakiler bir sınıfa dönüşmeye zorlanıyorlar.

Uygulamayı halka sunulan hizmet niteliği açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

•Bir aile hekiminin listesine kayıtlı görünmüyorsanız ulaşılamaz,

•Reçete başı 3 TL ve ilaç katkı payları, eşdeğer ilaç farkı, üç ilaçtan sonra her ilaç için 1 TL ödeme zorunluluğu nedeniyle ücretlidir,

•Kayıtlı olduğunuz ASM tipine (A,B,C,D,E) göre eşitsiz / ayrıcalıklı bir hizmet sözkonusudur.

Bu uygulama hem birinci basamaktaki ekibi yok etmiştir (ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter, hizmetli, şoför ve diğerleri). Hizmeti tedavi + bireye dönük koruyucu hizmetler (Aile Sağlığı Birimlerinde), topluma dönük koruyucu hizmetler (Toplum Sağlığı Merkezlerinde) olmak üzere ikiye bölmüş, birbirleri arasındaki koordinasyonu bozmuştur.

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü olarak çalışmalarınızı anlatır mısınız?

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (TTB GPE) pratisyen hekimliğin ülkemizde de bağımsız bir tıp disiplini olarak geliştirilmesi amacıyla bir örnek çalışma olarak 1998 yılında kuruldu.

"Sağlık hizmeti; bireye dönük koruyucu hizmetler (ASM) ve topluma dönük koruyucu hizmetler (TSM) olarak ikiye bölündü"

Genel pratisyenlik Batı Avrupa ülkelerinde 1970'li yıllarda başlayan ve 1980'li yıllarda uygulanmaya başlayan 1990'lı yıllarda yaygınlaşan bir uygulamadır. Özü I. Basamakta çalışacak hekimin diğer tıp disiplinlerinden (uzmanlık disiplinlerinden) farklı bir disiplin olması gerektiğine dayanır. Bu nedenle bu alanda çalışacak hekim alanın gerektirdiği özgün bilgi beceri ve tutumlara sahip olmalıdır. Bu ise özgün bir mesleki eğitim programı ile kazanılır (tıpkı diğer tıp disiplinlerinde olduğu gibi).

Birçok ülkede böyle bir mesleki eğitim programı birçok ülkede meslek birlikleri ya da alanın uzmanlık dernekleri tarafından yürütülmektedir. Ülkemizde ise 1984 yılında Avrupa Birliği kapsamında Tababet Uzmanlık Tüzüğüne dahil edilen aile hekimliği uzmanlığı ise enstitünün kurulduğu yıla kadar bu alanın gereksinimi olan insan gücünü nicelik / nitelik olarak karşılayamamıştır (dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarının görüşüdür). TTB GPE fikri bu koşullarda oluşmuştur.

Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında başı çeken eksiklikler sizce neler?
Aile hekimliği uygulaması dışında kalmayı tercih etmiş ama alandaki tartışmaları izleyen bir hekimim. Gerek yasasında, sözleşme koşullarında, uygulama yönetmeliklerinde uygulama açıkça anlatılmaktadır. Başlıklar halinde bazılarına değinirsek;

Bu uygulama özgün bir uygulama olmayıp sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi / ticarileştirilmesini öngören Dünya Bankası raporlarına göre dönemin hükümetlerince tercih edilmiş bir uygulamadır. Bizzat Dünya Bankası tarafından kredilerle desteklenmiş. İzlenmekte ve değerlendirilmektedir.

•Hekimin solo-practice(tek başına uygulamasına) dayanmaktadır.
•Rekabeti öngörmektedir.
•Perfomansa dayalı bir ücretlendirme vardır.
•Vatandaşın cebine el atmasını istemektedir.
•Bir bölgeye ait nüfus değil listelere dayalı hizmet anlayışı vardır
•Hizmetleri ayırmaktadır(Topluma dönük koruyucu/ tedavi, edici)
•Hekimi bir işletmeci gibi davranmaya zorlamaktadır.

ASM'lerde çalışan pratisyen hekimlerin beklentileri şöyle:
•Görev tanımlarının netleşmesini /angaryalarla karşı karşıya bırakılmamayı,
•Çalışma ortamlarının standart hale getirilmesini,
•Ücretlerinin tek taraflı sözleşmelerle belirlenmemesini
•Sözleşme iptallerinin yöneticilerin sübjektif değerlendirmelerine bırakılmamasını,
•Birbirleri ile rekabet etmek zorunda bırakılmamayı,
•Çalıştıkları kurumların kamu kurumu olmasını (kira,elektrik,su,vergi vb.ile uğraşmamayı)
•Tek başlarına değil ekip halinde çalışmayı, ekibin genişletilmesi.

Türkiye'deki uygulamanın rol model aldığı ülkelerden farklılıkları neler?
Aile hekimliği uygulaması bir ülkeye özgü olmayıp Dünya Bankasının bizim gibi ülkeler için öngördüğü, Batı Avrupa'da genel pratisyenlik disiplinine göre uygulanan modelleri de bu yönde değiştirmeyi başladığı projelere dayanmaktadır. Proje öncelikle Doğu Avrupa ülkelerinde (Macaristan, Bulgaristan, Romanya vb.) uygulamaya konulmuştur. Ülkemiz bunları birkaç yıl geriden izlemektedir. Bulgaristan'dan meslektaşlarımızla görüştüğümüzde ve oradaki uygulamayı bizzat görmek üzere Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile gittiğimizde "aile hekimliği uygulamasında" hasta yerine müşteri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yerine "Kasa" "Kasa temsilcilerinin" sözleşme yaptıkları genel pratisyenler için "Şahıs Tüccarı" kavramlarının kullanıldığına tanıklık ettik.

Birinci basamakta uygulanan finansman modeli nasıl?
Aile hekimliği uygulamasının finansmanı esasen sigorta sistemi + cepten ödemelere dayanmaktadır. Şimdilik Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmakla birlikte hekimler gelecekte kamu sigorta kurumu olan SGK ile sözleşme yapacaklardır. SGK kimi hizmetleri paket olarak tanımlayacak ve paketin dışındaki hizmetler için ek sigortalar yaptırılması zorunlu olacaktır (Almanya örneği). Bu durum sigortan yoksa yoksulluğunu da belgeleyemiyorsan sağlık hizmetine ulaşamazsın anlamına gelmektedir.

Ülke genelinde aile hekimlerinin sayısı yeterli ve dağılımı yaygın mı?
İstanbul sisteme dahil edildiğinde neredeyse kadroların dörtte birine hekim bulunamamıştır. Hekim bulunamayan/ tercih edilmeyen yerler kentin en yoksullarının olduğu bölgeler olmuştur.
Hekim açığı altyapısı tamamlanmadan acılan tıp fakülteleri (vakıf/kamu) ile kapatılmak yerine daha bilimsel politikalar geliştirilmelidir.

Aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak ne kadar olmalıdır? Şu anda ortalama ne kadar?
Halen aile hekimi başına 3500-4000 nüfus bağlanmıştır. Yetkililer hekime başvuru sayısının arttığını bildirmektedirler. Hekime I. Basamakta yılda başvuru ortalamasını 6 olarak kabul edersek. Bir hekim yılda 3500X6=21000 muayene yapacaktır. Tatilleri, senelik izinleri ve hafta sonlarını çıkarırsak hekim yılda 210 gün çalışmaktadır. Bu günde 100 hasta demektir.

Birinci basamak hekimlerinin yeterliği, bunun sınanması yeniden sertifikalandırılması konusunda neler düşünüyorsunuz?
•Ülkenin her yanındaki hekimin çalışma koşulları benzer hale getirilmeli,
•Her yıl katılınması gereken asgari sürekli eğitim saatleri önceden ilan edilmeli,
•Buna uygun mesleki gelişim organizasyonları düzenlenmeli,
•Meslek birlikleri bu işle ilişkilendirilmeli,
•Her hekim istediği sürekli mesleki gelişim olanaklarına ulaşabilmeli,
•Katılım özendirilmeli, ödüllendirilmeli, ücretleri kurumu tarafından karşılanmalı,
•Hekimin katıldığı etkinlikler ulusal kredi kuruluşu tarafından kredilendirilmeli,
•Alınan kredilerin resertifikasyona etkisi olmalı,
•Tüm bunlardan sonra resertifikasyon uygulamasına geçilmesi doğru olacaktır. Aksi taktirde eşitsiz gelişim kuralı gereği olanakları çok olanlar yararlanacak diğerleri zor durumda kalacaktır.

Performans sistemi dopinge yol açar!

"Sporda performans sistemi nasıl dopinge yol açıyorsa inanıyorum ki, sağlıkta da performans sistemi dopinge yol açıyor ve sorunları görmemizi engelliyor"

İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED) Hukuk Komisyonu Üyesi **Dr. Mustafa Tamur,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Görev ve sorumluluklarınızı kısaca anlatır mısınız?

Aile Hekimiyim. İstanbul'da Pendik'in üst bölgesinde 6 birimlik bir aile sağlığı merkezinde çalışıyorum. Asıl görevimiz yani bize üniversitede hocalarımız tarafından verilen eğitimlerde söylenen, birinci basamak olarak yapmamız gereken, hastalıkların önlenmesi anlamında kullanabileceğimiz tanımlama: Koruyucu hekimlik… Yani gebe takibi, bebek takibi, loğusa izlemi, aşılama ve sağlık eğitimi. Ne var ki sağlık sistemimiz müşteri memnuniyeti fikrini öne çıkardığı için, daha çok poliklinik hizmetleri ile uğraşmaktayız. Günlük poliklinik sayım ilk başladığımda 60-80 arası idi ama bu şekilde çalışmak, izlem aşı ve Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) işlerinin (inşaat, elektrik, su, fatura, personel özlük, malzeme vs) yetişmesi mümkün değildi. Zamanla hastalarımın alışkanlıklarını değiştirdim. Gereksiz yere ASM'ye uğramalarını gerek eğitim, gerek ise koyduğum defansla önledim. Artık başkasının ilacı için, olur olmaz rapor için, eczaneden aldığı tedavinin bedelini alabilmek için bana gelmiyorlar. Sadece gerçekten ihtiyaçları olduğunda geliyorlar. Bu sayede poliklinik sayım 30-35'lere indi. Ama hala bu bana diğer işler için yeterli zamanı vermiyor. İzlem aşı ve yenidoğanlarıma yeterince zaman ayıramıyorsam, onları eğitemiyorsam ben birinci basamak hekimliği yapmıyorum demektir. Bir anneye yarım saat emzirmeyi bebeğinin altını nasıl değiştireceğini, onu nasıl tutacağını, yanında neler yapacağını, odasını nasıl döşeyeceğini ben anlatmayacaksam o zaman birinci basamağın ne anlamı var? Tüm bunları hakkıyla yapabilmemin tek yolu bana yüklenen angaryaların geri çekilmesi, bana güvenilmesidir.

Görev yaptığınız merkezden, çalışma koşullarınızdan memnuniyet dereceniz nasıl?

Puanımın iyi olması ve biraz da çalışma arkadaşlarımın bir kısmını kendim belirlemiş olmam sayesinde iyi denilebilecek bir ASM'de çalışıyorum. Ne var ki, sürekli değişen yönetmeliklerle ortaya çıkartılan yeni ihtiyaçlar işimizi ve çalışma koşullarımızı gittikçe zorlaştırıyor.

Değiştirilmesi, iyileştirilmesi gereken konular, uygulamalar sizce neler?

Bu konuda gerek benim, gerekse hukuk komisyonu sorumlusu olduğum derneğim İstanbul Aile Hekimliği Derneğinin (İSTAHED) oldukça kapsamlı bir çalışması var, web sitemizde de mevcut (http://www.istahed.org.tr). Bakanımıza da İstanbul'da verdiği iftar yemeğinde sunduk. Ne var ki Bakanlık bu verilerimizi doğru kullanmıyor ve bizlerin yaptığı çalışmaları yeterince dikkate almıyor. Bizlerle ilgili algısının hep şikayet edenler olarak geliştiği kanısındayım. Oysa bizler ülkemizde birinci basamağı ne kadar yukarıya taşırsak sağlık istatistiklerimizin de o kadar düzeleceğini çok iyi biliyoruz. Yani Bakanlığın istediğini verebilmek için uğraşıyoruz.

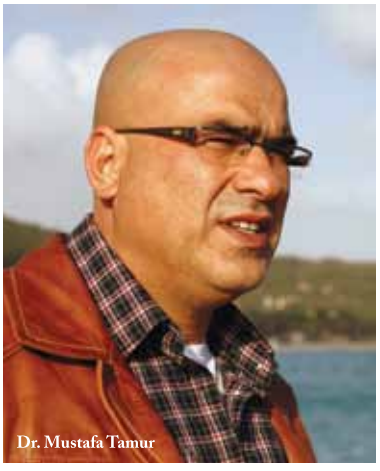
Ama kısaca özetlemek gerekirse en öncelikli sorunumuz; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda hala yeterli yol alamamış olmamız ve bu konuda gerekli etkin kanunların çıkarılmamasıdır. Genel olarak mevzuat sorunları başımızı çok ağrıtıyor. Her kurum müşterisinin eline bir kağıt veriyor ve "git rapor al aile hekiminden" diyor. Bunu niye istiyor ve bu raporda hangi sağlık şartları lazım belli değil! Bunun

"Bir anneye bebeğine nasıl bakması gerektiğini ben anlatmayacaksam o zaman birinci basamağın ne anlamı var?"

yanında sistemin tüm yükü bize verilmiş durumda. Bir gebeyi takip etmek zorundayız. Belli dönemlerle izlemini yapmamız zorunlu tutulmuş ama gebe vatandaşa hiçbir sorumluluk verilmemiş ve hatta ona istediği kuruma gitme özgürlüğü verilmiş. İsterse size hiç uğramaz telefonunuza bile bakmaz ama siz izlemekle zorunlusunuz. Buna bir çare üretilmesi gerekmektedir. Sisteme İstanbul 2010 sonunda girdi, yaklaşık üç yıldır çıkan her ödeme yönetmeliğinde yeni angaryalar yüklendi ve ücretler azaltıldı. Sürekli bir geriye gidiş var ki, bu da bizlerin çalışma azmini kırmaktadır. Zaman içinde neredeyse tüm sağlık çalışanlarında oluşan algı açıkça çok düşündürücü: "Bakanlık bize düşmanca tavır besliyor."

Nitelikli birinci basamak hizmetinin olmazsa olmaz koşulları sizce neler?
Adı üstünde birinci basamak: Yani sadece birinci basamak ile uğraşmalıyız. Oysa biz evde bakımla mücadele ediyoruz. Adli nöbetler ve defin nöbetleri kanunlarda bize ait olmadığı halde bir şekilde sırtımıza bindirildi. Yakında acil servis nöbetleri de gelecek gibi görünmekte. Bunların hepsini yapan bir hekimden nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmeti vermesini isteyemezsiniz… Bakanlığımız Halk Sağlığı Kurumu ile kamu hastanelerini ayırdı ama bizden ayrılamadı bir türlü.

Performans sistemi birinci basamak için daha da feci sonuçlara, sahte istatistiklere yol açmaktadır. Oysa birinci basamakta doğru veri çok önemlidir. Sporda


Dr. Mustafa Tamur

performans sistemi nasıl dopinge yol açıyorsa inanıyorum ki, sağlıkta da performans sistemi dopinge yol açıyor ve sorunları görmemizi engelliyor. Bu da ülke olarak çözüme odaklanmamızın önündeki en büyük engeldir.

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği için performans sistemi getirmeyi planlıyor. Sistemi nasıl değerlendirirsiniz?
Performans sistemiz zaten uygulanıyor. Şimdiye dek hep negatif performans uygulandı ama şimdi pozitif performans uygulanacağı görülmekte oysa taslak yönetmeliği inceleyince gördüğümüz bu değil. Öncelikle eski işlem katsayılarımız düşürülerek hak edişimizde azalmaya yol açılmış, sonra da bu azalmanın bir kısmını karşılayabileceğimiz işlemlere pozitif performans getirilmiş. Ne var ki bunların içinde mesela poliklinik hizmeti var, yani kaç hasta muayenesi yaptığına bakılacak. Oysa biz ne diyoruz; birinci basamağın asıl görevi, poliklinik değildir.

Hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?
Öncelikle yıpranma payımızla ilgili derhal yasal düzenleme yapılmalıdır. İkinci olarak Bakanlığımızın yayınladığı yeni ödeme yönetmeliği taslağındaki bir madde ile iş güvencemiz tamamen tek kişinin keyfine kalmaktadır ki, bu maddenin hemen geri çekilmesi gerekir. (sözleşme feshi ile ilgili madde) Bunun dışında bir hekimin emekli olması bugünkü koşullarda neredeyse imkansızdır. 1500-1900 TL arası bir emekli maaşı ile yaşaması, çocuklarına bakması, onları okutması istenmektedir. Bu mümkün değildir. Bu ülkenin hekimine yaptığı bir ayıptır. Bu ayıbın düzeltilmesi gereklidir.

Aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak ne kadar olmalıdır? Şu anda ortalama ne kadar?
Şu anda aile hekimi eksiği mevcut... Bunun yanında yüklenen angaryalara harcadığımız zamanı da işin içine katarsak ancak 2000-2500 kişiye hizmet verebileceğimiz ortadadır. Ama İstanbul için ortalama nüfus üst sınırın da üstündedir.4000 nüfusun altındaki birim çok azdır.

Yeni mezunlara neler önerirsiniz? Yeniden seçme İmkanınız olsa, yine aile hekimi olur musunuz?
Ben birinci basamağı bilinçli seçtim, yani TUS'a hiç girmedim. Şu anda birinci basamakta gidebileceğimiz alan oldukça daraldı bu nedenle ya aile hekimliği ya da özel sektör zorunluluğu var. Uzman olmanın da artık mesleki ve ekonomik bir faydası kalmadı. Yani yeni mezunların işi zor. Ancak kendini çok iyi yetiştiren ve özelleşmiş alanlarda uzmanlık yapanlar rahat bir hayata sahip olabilirler. Yoksa hekimlik yapmanın ne sosyal, ne de ekonomik bir getirisi kalmadı.

Hekimler, aile hekimi olarak görev yapmaktan sizce memnun mu?
Genellikle yeni mezunlar ya da önceden özel sektörde çalışmamışlar memnun... Daha doğrusu memnun idi ama artık onlar da ücretlerin gittikçe düştüğünün farkına vardı. Benim gibi dönüşüm öncesi her sektörde biraz çalışmış hekimler totalde eskiden elde ettiği geliri asla elde edemiyor. Sadece sağlık ocağı ya da kurumundaki maaşa çalışan hekimlerde de durum daha iyi.

Birinci basamak hekimlerinin yeterliği, bunun sınanması yeniden sertifikalandırılması konusunda neler düşünüyorsunuz?
Hekim hekimdir. Tıp diplomasını alan kişiye yeniden hekimlikle ilgili bir sertifikasyon vermek, kendi üniversiteni, eğitimini aşağılamaktır. Hizmet içi eğitimler elbette olmalıdır ama şimdi online olarak verilen eğitime hizmet içi eğitim diyorlarsa çok yanılıyorlar. O programların yapımı ve sunumu için harcanan paraya da emeğe de acıyorum. Bizler eğitimlerimizi daha çok birbirimizden, kitaplar ve online imkanlardan faydalanarak ve en çok da kongrelerimizden sağlıyoruz. Mayıs ayında İSTAHED'in Antalya'da düzenleyeceği İKON2014'te vereceğimiz ve alacağımız eğitimi sahanın talep ve eksiklerine göre hazırladığımız bilimsel programla düzenlemekteyiz. Tüm birinci basamak hekimlerini bekliyoruz http://www.ikon2014.org/

Aile hekimleri ne istiyor?

İstanbul Aile Hekimliği Derneğinin (İSTAHED) Sağlık Bakanlığına sunduğu 14 maddelik rapor şu başlıklardan oluşuyor:

1-Sağlıkta Şiddet
•Toplum, aile hekimliğinin içerdiği hizmetlerin neler olduğu, hangi koşullarda bu hizmetin verileceği, hangi zaman aralığında verileceği konusunda bilgilendirilmemiştir.
•Aile hekiminin Türkiye standartlarının üzerinde ücret aldığı bilgisi verilmiş, toplumda doktorun ayrı bir sosyal sınıftan olduğu algısı düzeltilmelidir.
•184 şikâyet hattı hekimler üzerinde baskı aracı olarak kullanılmıştır.

2-Özelden kiralanan Aile Sağlığı Merkezleri (Sanal ASM'ler)
•İstanbul'daki aile sağlığı merkezlerinin yaklaşık %40'ı aile hekimlerinin kiralayarak hizmete açtıkları özel mülkiyetteki binalarda kurulmuştur. Şahıslardan kiralanan binalarda hizmet vermek aile hekimlerini ekonomik sıkıntıya sokmaktadır.
•Belediyeler imar ve belediye kanunu gereği yeni yapılaşma alanlarında yeterli sağlık alanı ayırmamaktadır. 1900 TL cari giderle doktorların aile sağlığı merkezlerini sıfırdan kurması beklenmektedir.
•Apartman dairesi olarak kiralanan ASM'lerde çalışan hekimler diğer apartman malikleri tarafından çıkartılmak istenmekte davalar açılmaktadır.
•Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde yayınlanan ASM prototip çalışmasında bahsi geçen binaların bundan sonraki dönemde çok daha özellikli binalar olması planlanmaktadır. Bu nedenle bu tür kullanım için yapılacak projeye uygun binaların:
i. Yerel idareler
ii. Toplu konut veya site yapan inşaat firmaları
iii.TOKİ tarafından yapılan toplu konut alanlarında zorunlu ASM planlanması ve yapımı gerekmektedir.

3-Bir aile hekimine 4000 kişinin üstünde nüfus kaydı
"Aile hekimliği kanununda bir hekime azami 4000 kişi kaydedilir, hak edişi de bu 4000 kişi üzerinden hesaplanır" kuralına rağmen, planlama, yeni ASM kurulacak kamu alanı olmaması, kiraların yüksekliği gibi nedenlerle yeterli yeni birim açılmamaktadır.

4-Adli nöbet ve defin nöbetleri
Adli nöbetler; Adli Tıp Kurumunun doğrudan hizmet verdiği yerlerde adli tıp kurumunun görevidir. İstanbul'da Adli Tıp Kurumu Anadolu ve Avrupa yakalarında şubeleriyle doğrudan hizmet verdiği halde, aile hekimlerine adli nöbet yazılmaktadır. 2013 yılının ocak ayı itibariyle nöbetleri sırasında savcılık tarafından bilirkişi olarak çağrılan hiçbir aile hekimine bilirkişi ücreti de ödenmemiştir. İcap nöbeti şeklinde tutulan bu nöbetlerden sonra aile hekimlerine izin kullandırılmamıştır.
Defin nöbetleri; Belediye yasasına göre ölüm belgelerinin düzenlenmesi ve defin ruhsatlarının verilmesi belediyelerin ve büyükşehir belediyelerinin görevidir.Fakat boşta kalan görev aile hekimlerine ihale edilmektedir.

5-Yasa ve mevzuata aykırı rapor talepleri
6331 sayılı yasaya göre ise işe giriş raporları işyeri hekimleri tarafından düzenlenmelidir. İlgili mevzuatla kurallar ve sınırlar belirlenmiş olmasına rağmen kamunun eksik ve yanlış bilgilendirmesi sonucu, aile hekimlerinden yetki ve sorumluluklarında olmayan raporlar istenmektedir.

6 -Bilgi işlem ve yazılım problemleri
Kendinden kaynaklanmayan altyapı sorunları nedeniyle aile hekimleri her ay sayfalar dolusu itiraz formu düzenlemektedirler. AHBS sistemimiz marifeti ile yolladığımız verileri yine kağıt ortamda talep etmeye devam etmektedirler.

7-Soğuk zincir ve aşıların korunması
Mevzuatta belirtilen tüm koşullar yerine getirilse dahi soğuk zincirde kullandığımız ev tipi no-frost buzdolaplarının teknik yetersizliği sonucu istenmeyen ısılarla karşılaşabilmekteyiz.

8-Aile hekimleri ve hemşirelerinin izinleri
Aile hekimi yerine bakacak başka birini bulunamaz ise izin kullanamamaktadır. Aile hekimlerine tam ücretli yıllık izinlerinin verilmesi için mevzuatta değişiklik yapılması gerekmektedir.

9-Boş birim cari gider ödemesi
İstifa, TUS kazanma, tercih edilmeme vs. nedenlerle boş kalan ya da sonradan boşalmış birimlerin cari giderlerinin ödenmesinde gecikmeler olmakta, boş birim ödemeleri eksik yapılmakta, bu hak edişlerin alınması için faturalandırma istenmektedir.

10-Olmayan hasta-göç hasta ve hizmet almayı reddeden hasta kayıtları
MERNİS kaydı başka ilde olan, hatta yurtdışında olan gebe ve bebeklerin aile hekimi atamaları en son kayıtlı oldukları aile hekimine yapılmaktadır.

11-Denetimler, sözleşmenin sona ermesi veya erdirilmesi
Halk Sağlığı Müdürlüğünün yaptığı denetim ve ceza puanı uygulamalarında denetim ekipleri arasında ciddi değerlendirme farkları vardır. Bazı denetimlerde halk sağlığı kurumunun yayınladığı denetim formlarında olmayan unsurlar – koşullar istenmektedir.

12-Emekli olduktan sonra aile hekimliği yapan hekimlerin sorunları
5335 sayılı Kanun'un 30'uncu maddesine göre, emekli olduktan sonra aile hekimliğine başlayan hekimlerden, aile hekimliği yaptıkları sürede aldıkları emekli maaşları geri istenmektedir. Emekli hekimlere idare tarafından, emekli maaşlarının kesileceğine dair bilgi verilmemiştir. İki yıldır aile hekimliği yapan emeklilerden kırk bin lira civarında geri ödeme yapmaları istenmektedir.

13-Aile hekimliği eğitimleri
Yeni çıkarılan yönetmeliklerle aile hekimliğine başlarken getirilen kurallar aile hekimi aleyhine değiştirilmektedir.

14-Mesai düzenlemesi
İl Halk Sağlığı Müdürlüklerince yine vatandaş memnuniyeti prensibi nedeni ile poliklinik hizmetlerine öncelik verilmesi-verdirilmesi birinci basamağın anlamını ve önemini yitirmesine neden olmaktadır.

Evden, İşyerinden, EKG Sonuçlarınız Anında Doktorunuzda...



vitaphone
health solutions

Hayatınızın Ritmini Biz Yakalayalım...

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 2014 tarihine kadar aşağıdaki adrese ulaştırması yeterli olacaktır.

Başvuru Adresi

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

Son Başvuru Tarihi

31 Mayıs 2014

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 2014'te 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

MEMORIAL
SAĞLIK GRUBU

"Çünkü Sağlığınız Değerli"










MemorialSG | MemorialHastaneleri

444 7 888 | memorial.com.tr

Innovation in Life’s Medical Technology



ACENDIS

ACENDIS'ten Anahtar Teslimi Projeler...

ACENDIS olarak 18 yıldan beri Türkiye ve dünya çapında anahtar teslim hastane projelerini başarıyla gerçekleştirmekteyiz. Başarımız projeyle ilgili uzman danışmanlığa, istenilen modern cihazların tedarik edilmesine, profesyonel kurulum ve oryantasyona ve satış sonrası servis ve periyodik eğitim programlarına dayanmaktadır. Türkiye, Ortadoğu, Türk Cumhuriyetleri, Afrika ve Yakın Doğu'da gerçekleştirdiğimiz 115 adet proje gurur kaynağımızdır.



Referans Listemiz:

- ACIBADEM HOSPITAL - ADANA
- UNİVERSAL HOSPITAL - ADANA
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - ADANA
- PROF. DR. TURAN ÇETIN TÜP BEBEK MERKEZI - ADANA
- NOBEL TIP MERKEZI KENAN EVREN ŞUBESI - ADANA
- BILGE HOSPITAL - ADAPAZARI
- ÖZEL ALTINOVA HOSPITAL - ADAPAZARI
- MAYA KADINDOĞUM HOSPITAL - AKSARAY
- CAN HOSPITAL - ALANYA
- ACIBADEM HOSPITAL - ANKARA
- AKAY HOSPITAL - ANKARA
- BARZAN HOSPITAL - ANKARA
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - ANKARA
- MESA HOSPITAL - ANKARA
- MEDICANA HOSPITAL - ANKARA
- JANDARMA HOSPITAL - ANKARA
- AKDENIZ HOSPITAL - MANAVGAT / ANTALYA
- ANDEVA HOSPITAL - ANTALYA
- ASPENDOS HOSPITAL - SERİK / ANTALYA
- BILGE HOSPITAL - MANAVGAT / ANTALYA
- MEDICAL PARK ANTALYA HOSPITAL - ANTALYA
- MEMORIAL HOSPITAL - ANTALYA
- OFM HOSPITAL - ANTALYA
- SEVGI HOSPITAL - MANAVGAT / ANTALYA
- SEVGI HOSPITAL - BALIKESİR
- BATMAN DÜNYA HOSPITAL - BATMAN
- BATMAN ALMAN HOSPITAL - BATMAN
- MEDICAL PARK HOSPITAL - BATMAN
- MEDICAL PARK ŞIFA HOSPITAL - BATMAN
- ACIBADEM HOSPITAL - BODRUM
- MEDICAL PARK BURSA HOSPITAL - BURSA
- RENTIP CERRAHI TıP MERKEZI - BURSA
- OPTIMED GÜVEN HOSPITAL - ÇERKEZKÖY / TEKİRDAĞ
- EGE SAĞLIK HOSPITAL - DENİZLİ
- GENESIS KADINDOĞUM HOSPITAL - DİYARBAKIR
- MEMORIAL HOSPITAL - DİYARBAKIR
- VENI VIDI HOSPITAL - DİYARBAKIR
- HAYRI SIVRIKAYA HOSPITAL - DÜZCE
- MEDICAL PARK HOSPITAL - ELAZIĞ
- ACIBADEM HOSPITAL - ESKİŞEHİR
- ÖZEL SAKARYA HOSPITAL - ESKİŞEHİR
- MEDICAL PARK HOSPITAL - GEBZE
- İPEKYOLU HOSPITAL - GAZİANTEP
- ÖZEL KEMAL BAYINDIR HOSPITAL - SAHİNBEY / GAZIANTEP
- SANKO SANI KONUKOĞLU PRIVAT HOSPITAL - GAZİANTEP
- ACIBADEM HOSPITAL - KOZYATAĞI / ISTANBUL
- ACIBADEM HOSPITAL - MASLAK / ISTANBUL
- ACIBADEM HOSPITAL - FULYA / İSTANBUL
- ACIBADEM CAROUSEL HOSPITAL - ISTANBUL
- AVICENNA HOSPITAL - ISTANBUL
- AVRASYA HOSPITAL - ISTANBUL
- ARNAVUTKÖY HOSPITAL - ISTANBUL
- BEŞYÜZEVLER ŞAFAK HOSPITAL - ISTANBUL
- BAHAT HOSPITAL - ISTANBUL
- BOĞAZİÇİ TIP MERKEZİ - ISTANBUL
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - ALTUNIZADE / ISTANBUL
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - ETILER / ISTANBUL
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - ATAKÖY / ISTANBUL
- ESENLER HAYAT HOSPITAL - ISTANBUL
- GAZI OSMANPAŞA HOSPITAL - ISTANBUL
- GÖZTEPE ŞAFAK HOSPITAL - ISTANBUL
- ARTE SAĞLIK HIZMETLERI - İSTANBUL
- J.F. Kennedy HOSPITAL - ISTANBUL
- KADIKÖY HOSPITAL SIFA - ATAŞEHIR / ISTANBUL
- KADIOĞLU HOSPITAL - ISTANBUL
- LIFEMED TIP MERKEZI - ISTANBUL
- LIV HOSPITAL - ULUS / ISTANBUL
- MEDICAL PARK BAKIRKÖY HOSPITAL - ISTANBUL
- MEDICAL PARK GÖZTEPE HOSPITAL - ISTANBUL
- MEDICANA HOSPITAL - BAHÇELIEVLER / ISTANBUL
- MEDICANA HOSPITAL - ÇAMLICA / ISTANBUL
- MEDICANA INTERNATIONAL HOSPITAL - ISTANBUL
- MEDICANA HOSPITAL - BEYLIKDÜZÜ / ISTANBUL
- MEDICANA DIŞ HOSPITAL - ISTANBUL
- MEMORIAL HOSPITAL - ATAŞEHIR / ISTANBUL
- ÖZEL ECHOMAR BEYLIKDÜZÜ HOSPITAL - ISTANBUL
- ÖZEL İSKENDERUN GELIŞIM HASTANESI - İSKENDERUN
- MEDICAL PARK HOSPITAL - IZMIR
- BUCA TIP MERKEZI - BUCA / İZMİR
- ÖZEL KASTAMONU ANADOLU HOSPITAL - KASTAMONU
- ACIBADEM HOSPITAL - KAYSERİ
- HÜMA KADIN DOĞUM HOSPITAL - KAYSERİ
- MEMORIAL KAYSERİ HOSPITAL - KAYSERİ
- CYPRUS LIFE HOSPITAL - LEFKOŞE / KIBRIS
- MED TECH KİBRİS HOSPITAL - KIBRIS
- KONAK HOSPITAL - KOCAELİ
- MARMARA HOSPITAL - KOCAELİ
- MEDICANA HOSPITAL - KONYA
- BSK KÜTAHYA ANADOLU HOSPITAL - KÜTAHYA
- GÖZDE HOSPITAL - MALATYA
- GÜVEN TIP MERKEZI - MALATYA
- ÖZEL CARIA HOSPITAL - MARMARİS
- VERSA HOSPITAL - NEVŞEHİR
- MEDICAL PARK ORDU HOSPITAL - ORDU
- MEDI-TECH HOSPITAL - ORDU
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - PENDIK
- ATASAM HOSPITAL - SAMSUN
- DÜNYA GÖZ HOSPITAL - SAMSUN
- TEKIRDAĞ YAŞAM HOSPITAL - TEKİRDAĞ
- İMPERYAL HOSPITAL - TRABZON
- MEDICAL PARK TOKAT HOSPITAL - TOKAT
- MEDICAL PARK VAN HOSPITAL - VAN
- VAN DEVLET HOSPITAL YANIK MERKEZI - VAN

DİĞER ÜLKELER:

- AFRİKA CAP VERDE
- ANGOLA
- AZERBAYCAN
- DUBAI
- IRAK
- KOSOVA
- LIBYA
- TÜRKMENISTAN
- SUUDI ARABISTAN

ACENDIS

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
GERMANY

Tel. + 49 (0)511-1 83 83
Fax + 49 (0)511-71 77 29
contact@acendis.eu

ACENDIS TÜRKİYE
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.
Küçükbakkalköy Mah.
Fıstıkağacı Sokak No: 9
34750 Ataşehir / İstanbul
TURKEY

Tel. +90 (0)216 470 49 49
Fax +90 (0)216 470 01 94
service@acendis.eu

acendis.eu

Birinci basamakta polikliniklerin yeri yok

"Hastanemizde polikliniklerin birinci basamak hizmet veriyor ama şu anda tanımlanmış birinci basamak uygulaması içinde tanımlı değil! Bize gelen hasta popülasyonu, çoğunlukla alıştığı için bize geliyor. Zorunlulukla değil!"

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Bölümünüzü kısaca anlatır mısınız?
Bölümümüzde 41 asistanımız var, biri dışında hepsi sahada olmak üzere 11 ayrı uygulama alanı, polikliniği var. Bu sene TUS'ta en yüksek puanla asistan alan 4. kliniğiniz; bizden önce 3 üniversite kliniği var, onlar birer ya da ikişer asistan kadrosu açmışlar, biz onar onar açıyoruz. Bizim klinik şu anda dahiliyeden daha yüksek puan alıyor. Bunun çeşitli nedenleri var tabi.



Neden bu kadar popülersiniz?
Hekimler, malpraktisten sonra aile hekimliğinin daha rahat olduğunu düşünüyorlar. Üstelik bizler aile hekimliği konusunda çok da ümitsiz değiliz… Pratisyenlerle aynı potada eritildiğine yönelik düşünceler sözkonusu ama aile hekimliği uzmanlığı tüm dünyada böyle olmuş. Halen böyle devam ediyor. Bir gecede, tıp fakültesinden yeni mezunun hekimlik yetkisini alıp yerine uzmanı koyduk diyemiyorsunuz. Şu an Türkiye'nin ortalama 21 bin tane aile hekimi var. Bir gecede 21 bin uzman olabilir mi? Olamaz. Zaman içinde olacaktır. Sanırım 48 bin 500 aile hekimi uzmanına ihtiyacı var, 10-15 seneye kadar o kadar uzmanı yetiştireceğimizi tahmin ediyoruz.

Asistanlarımıza, yönetmeliğin bize söylediği rotasyonları yaptırıyoruz, ek olarak da eğitimlerinde fayda gördüğümüz deri hastalıkları, endokronoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon konuşarında da birer aylık rotasyonlara yolluyoruz. Kalan sürede aile hekimliğinin uygulama polikliniklerinde görev yapıyorlar. Bu poliklinikler birinci basamak hizmet veriyor ama şu anda ülkemiz için tanımlanmış birinci basamak yani aile hekimliği uygulaması içinde tanımlı değiller. Bizim sorunlarımızdan biri bu…

Biraz açar mısınız?
Aile hekimliği uygulamasında, her aile hekimine belli bir nüfus bağlanıyor biliyorsunuz, bu nüfus 4 bin civarında oluyor. Tabi biz hastane olduğumuz için bize herhangi bir nüfus bağlanması sözkonusu

Hayatı ve Zamanı Önemsiyoruz...



Nihon Kohden kalitesini siz aile hekimlerimiz için sunuyoruz.



EKG Cihazı
cardiofaxC



Otomatik Harici Defibrilatör
cardioLifeAED

Otomatik Harici Defibrilatör - AED
- Cihaza bağlı kullanıma hazır ped
- Ped değişimine gerek kalmadan tek tuşla çocuk moduna geçiş
- Otomatik self-test ile düzenli kontrol ve periyodik bakım gerektirmeyen tasarım

Elektrokardiyografi Cihazı - EKG
- 3 kanallı / yorumlu / monitörlü
- Monitör ekranında aynı anda 12 kanal EKG izleme özelliği
- 3000 hasta EKG kaydı
- PC üzerinden hasta izleme ile minimum kağıt maliyeti

cananyalim.com

Fighting Disease with Electronics
NIHON KOHDEN

İNCEKARALAR.
Her şeyimiz insan için...

"Sevk zinciri hastadan haberdar olmak demektir. Kişi hastaneye de başvurabilir, aile hekimine de gidebilir fakat bu iki yerin birbirinden haberdar olabilmesi gerekir"

değil. Bize gelen hasta popülasyonu çoğunlukla sadece alıştığı için bize geliyor. Yoksa zorunlulukla değil! Biz, o hastadan ancak bize tekrar geldiğinde haber alabiliyoruz. Burada tetkik olanakları olsun, bizim asistanlarla çalışmamız olsun hastalar için bir hastane cazibesi sözkonusu…

Bunun dezavantajlı yanları neler?
Bu durum, sevk zincirinin ülkemizde yerleştirilememiş olmasının bir sonucu aslında. Ülkemizde şu anda sabah bir hekime, öğle bir hekime ve akşam bir başka hekime gidilebiliyor. O nedenle yıllık başvuru sayımız 8'e firladı. Sevk zinciri zorunluluk – mecburiyet olarak algılanmamalı, sevk zinciri hastadan haberdar olmak demektir. Hastaneye de başvurabilir, aile hekimine de gidebilir fakat bu iki yerin birbirinden haberdar olabilmesi gerekir. Ne hastaneler ne de hastanelerle birinci basamak arasında böyle bir iletişim ağı yok. o nedenle insanlar farklı adreslerde dolaşabiliyor. Bunun tele çatı adlında birleştirilmesi gerekiyor.

Aile hekimliği uygulaması başlangıcında koordinasyon görevinde bulunduğunuzu biliyoruz. Çalışmalarınızı kısaca anlatır mısınız?
2003 ile 2011 yılları arasında, yani buraya gelene kadar, Bakanlıkla birlikte çalıştım. 2003'te birinci aşama eğitimlere başladık, uygulama ulusal ölçekte yaygınlaştıktan sonra da ikinci aşama eğitimlere başlıyorduk ki ben buraya geldim, kadrolar değişti. 2006'dan 2011'e kadar da resmi Aile Hekimliği Geliştirme Eğitim Koordinatörü olarak görev yaptım. 50 bin civarında hekim eğittik, sadece bir haftada! Hepsi yüz yüze eğitimler şeklinde gerçekleşti.

Hatırlanacağı üzere, ilk dönemde pratisyen hekimler büyük bir bunalım içindeydi. Birinci basamak için eğitilmedikleri ve bir iş yapmadıkları gibi bir ruh hali içindeydiler. TBMM araştırmasına da konu olmuştu bu durum. Bu eğitimler hem motivasyon yaratmak hem de özgüven aşılamak için başladı. Hem uygulama tanıtıldı, hem de aile hekimliğinin tarihi, birinci basamakta klinik araştırmaların değeri, klinik yaklaşımların farklılığı gibi konular işlendi.

Bize gelen hastaların yüzde 80'i kırgınlık, halsizlik, yorgunluk şikayetiyle gelir. Bu üç şikayet neredeyse akla gelen tüm hatalıklarda görülebilir. Aile hekimi bu ayrışmamış hastanın tanısını az çok koymak durumunda olan hekimdir. O nedenle birinci basamak bence tıbbın bel kemiğidir. Hastanedeki hekim hemen o gün tanısını koymak zorundadır ama aile hekimliğinde bu durum yoktur, klinik yöntemlerimiz farklıdır.

Şu anki uygulamanın eksik yanları sizce neler?
Uygulamanın hekim (işçi) ve Sağlık Bakanlığı (işveren) tarafları var. Bir taraf en az enerjiyi harcayarak en çok kazancı elde etmeye çalışıyor. Keza diğer taraf da en az harcamayı yaparak en çok verimi almaya çalışıyor. Doğal bir süreç... Kurgunun içinde baştan beri olan bir insan olarak şunu diyebilirim: limanınız belli olursa, siz de o doğrultuda ilerlersiniz. Bu limanı kaybetmemek lazım... Aile hekimliği için tanımlanmış bir görev vardır, bu tanımdan ayrılmamanız gerekir. Günlük iş yükü, hekim kaç saat çalışabilir, ondan neler beklenebilir gibi konuları belirlemeniz gerekir. Kapınızda 100 hastanız olursa önemli bir tanıyı atlayabilirsiniz, hekimliğin kazası da budur. Bunların hepsini hesaba katarak yola çıktığımızı düşünüyordum fakat yolda farklı işler yüklerseniz kaza kaçınılmaz olacaktır. Biri şöyle söylemişti: Bir insanın çalışmamasını istiyorsanız ona bir sürü iş verin!

Aile hekimliğinde bütüncül yaklaşım sözkonudur. Yani hastanın biyolojik değil psikolojik ve sosyolojik yönü de vardır. Aile hekimlerinin böyle yaklaşım göstermesi lazım ama şu anki tıp fakültesinden çıkan hekimlerimiz bu tip hizmet sunmaya elverişli değiller. Bu tip hizmet sunumuna elverişli hekimler, aile hekimliği uzmanlarıdır. Sahada bunları yapanlara "aferin" denmediği için bizim yetiştirdiğimiz tohumlar da zamanla çürüyüp gidebilir.

Uzmanlığını tamamlayanları sahada neler bekliyor?
Sağlık Bakanlığı entegre hastaneler adında bir yapı kurdu; bir bilim insanı olarak açıkçası bu yapının sağlık sistemi içinde hangi basamak olduğunu ben ayrıştıramıyorum. Birinci ve ikinci basamak arasında bir yere sözkonusu hastaneler yerleştirildi. Aile hekimlerini buraya veriyorlar ve ilaç yazmak dışında ne yaptıklarını bilemiyoruz. Çünkü her ilacı pratisyen yazamıyor. Sözleşmeli aile hekimliği uygulamasına geçenler var, onlar gayet mutlu oysa entegre hastanelerde bu durum yok.

Zamanında, ilçelerde sağlık merkezi isminde sağlık ocağı ile devlet hastanesi arasında bir yapı zardı. 2-3 tane vardı bu merkezlerden; günlük hasta sayı ortalaması 2-3 kişiydi. Birinin diş ünitesi var diş hekimi yok; diğerinin ameliyathanesi var ama cerrahı yok, düzenli rutin gideri vardı. Biz çalışmaya başladığımızda bunların kapatılmaya uygun olduğunu düşünmüştük ve kapatıldı bunlar. Sonra adı entegre hastanesi olarak geri geldi. Fonksiyonları aynı…

Sağlık müdürleri reformu çokça benimsemediler, aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre hekimler mesai saatini kendileri belirler fakat uygulamaya bakıldığında Türkiye'nin hiçbir yerinde bu uygulanmaz. Diyelim ki, aile hekiminiz var ve çalışma sahasında hafta içi bir gün semt pazarı kuruluyor, aile hekiminin o gün açmama imkanı yok oysa o gün yerine hafta sonu mesai yapabilir, yasal hakkı da var fakat çalışamıyor çünkü il sağlık müdürlüğü izin vermiyor, hafta içi tıpkı bir memur gibi mesai yapmak zorunda. Oysa hekime güvenmek gerekiyor. Bence kalite adına, insanların para dışında motivasyon unsurlarına da ihtiyacı var.

Sağlık sistemi işleyişi hakkında son olarak neler söylemek istersiniz?
Bence sağlık sistemini tek başlık altında düzenlemeliyiz ama bu başlık tüm basamakların birbiriyle koordineli çalışmasını sağlamak zorundadır. Hayalim şöyle: Üniversitelere bir bölge verilmeli ve onun altında devlet hastaneleri ve altında da birinci basamak yer almalıdır. Sevk zinciri olmalıdır. Hastanelerin tamamı Sağlık Bakanlığına bağlı olmalıdır; yani tek merci olmalıdır.



Yeni Nesil Kompakt Proton Terapi Sistemleri

CyberKnife® Robotik Radyocerrahi Sistemleri

Intraoperatif Radyoterapi Sistemleri

kanser tedavisinde nokta atış..!

RADONTEK

Radontek Medikal İthalat İhracat Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi
Dicle Caddesi 2051 Sokak No:3 Beysukent/Ankara Tel: +90 312 235 28 00 • Fax: +90 312 236 11 44

radontek@cyberknife.com.tr • **www.radontek.com.tr**

"Hekimler zamanla 'aileden' kabul ediliyor"

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu **Doç. Dr Adem Özkara,** hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

Aile hekimi olmanın avantaj ve dezavantajları neler? Yeniden seçme şansınız olsa, bu alanı seçer miydiniz?

Aile hekimi olmanın dezavantajları; toplumda hak ettiği statüyü elde edememiş olması, kayıtlı hasta sayılarının yüksek olmasına bağlı olarak çok fazla iş yükünün olması, bazı meslektaşlarımızın üç yıllık uzmanlık eğitimi ve sınav sonrası hastane acilleri gibi eğitimlerine uygun olmayan koşullarda çalışmak durumunda olmaları. Aile hekimi olmanın avantajları; tüm aile bireylerinin sizi zamanla "aileden birisi" olarak kabul etmeleri, hastanızla aranızda gelişen güven duygusu, hasta memnuniyetine dayalı mesleki tatminiyet, karşılaştığınız sağlık sorunlarının genellikle farklılık göstermesi ve her zaman aynı şeyleri yapmak zorunda kalmamanın verdiği heyecan ve motivasyon. Yeniden seçmek durumunda kalsaydım yine aile hekimliğini seçerdim.

Nitelikli birinci basamak hizmetinin olmazsa olmaz koşulları sizce neler?

Aile hekimlerinin gerek tıp fakültesi gerekse uzmanlık eğitimlerinin sayı ve kalite açısından yeterli olması, toplumda aile hekimliği farkındalığının artırılması, hasta doktor ilişkilerinde karşılıklı güven ve sevginin sağlanması, basamaklar arası sevk zincirinin uygulanması gibi hususların nitelikli birinci basamak hizmetinin temel unsurları olduğunu düşünüyorum. Fırsat eşitliğinin sağlanması amacıyla hekim dağılımında doğu-batı, kent-kırsal farklılığının giderilmesi önemlidir. Ayrıca sürdürülebilir bir sağlık hizmeti aynı zamanda maliyet etkin olmalıdır. Uluslararası araştırmalar ve deneyimler iyi eğitilmiş ve tecrübeli sağlık profesyonellerinin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin hem ekonomik hem de klinik başarı olarak daha kaliteli sağlık hizmeti sağladığını göstermektedir

Türkiye'de bu koşullar nasıl sağlanabilir?

Bugün ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kökten bir değişim süreci yürütülmektedir. Bu bağlamda tıp fakültesi kontenjanlarının açılarak hekim sayılarının artırılması, aile hekimliği uzman sayılarının artırılması böylece aile hekimi başına kayıtlı hasta sayılarının halen 3600'lardan 2000'li rakamlara çekilerek hastalara daha fazla zaman ayrılması mümkün olabilecektir.

Aile hekimliği asistanı olarak hastanenizde yeni göreve başlayacak bir hekimi neler bekliyor?

Üç yıllık eğitim süresinin ilk 18 ayı dahiliye, pediatri, kadın doğum, psikiyatri, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve cerrahi kliniklerinde zorunlu rotasyonlar şeklinde uygulanmaktadır. Kıdemli asistanlarımız aile hekimliği poliklinik-


Doç. Dr Adem Özkara

Dirençli Hipertansiyonun Tedavisinde Yeni Çözüm

Symplicity® Catheter System



Medtronic

Medicall
Biomedikal

"Eğitim müfredatı, dünya aile hekimleri meslek örgütü olan WONCA standartlarına uygun hale getirilmelidir"

lerinde başasistan denetiminde hasta takip yapabilmektedir. Yakın gelecekte sahada açılması planlanan "eğitim aile sağlığı merkezlerinde" ikinci 18 aylık saha eğitimi eğitici aile hekimlerinin gözetiminde pratik uygulamalar şeklinde sürdürülecektir. Asistanlarımızın pratik eğitimleri yanında aile hekimliği müfredatı kapsamında seminerler, vaka tartışması, kurs ve farklı teorik derslere katılma zorunluluğu vardır. Ayrıca yılda iki defa yazılı sınava katılmalarını bekliyoruz. Birinci yılını tamamlayan asistanlarımızın da bir danışman eğitici gözetiminde aile hekimliğini ilgilendiren bir konuda tez araştırması yapması zorunluluğu bulunmaktadır.

Türkiye'de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimini nasıl değerlendiriyorsunuz?
Ülkemizde yaklaşık çeyrek yüzyıl önce başlayan aile hekimliği uzmanlık eğitimi halen 100'e yakın üniversite, eğitim ve araştırma hastanesinde devam etmektedir. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğinin (TAHUD) hazırladığı taslak eğitim müfredatı her hastanenin koşulları elverdiği ölçüde uygulanmaktadır. Ancak bu eğitimler süresinde Türkiye geneli için geçerli olan standardize bir ölçme değerlendirme yapılamamaktadır. Aile hekimliği eğitim müfredatının dünya aile hekimleri meslek örgütü olan WONCA standartlarına uygun hale getirilmelidir. Mesleki yeterliliğin değerlendirilmesi amacıyla aile hekimliği yeterlilik sınavı zorunlu hale getirilmelidir. Üç yıllık eğitim süresinin ilk etapta dört yıla çıkartılmasıyla birlikte temel müfredatın dışında aile hekimlerine araştırma, yaşam ve sağlık koçluğu, profesyonellik özelliklerin kazandırılması eğitimde kaliteyi artıracaktır.

Görev alanınızdan, çalışma koşullarınızdan memnuniyet dereceniz nasıl? Değiştirilmesi, iyileştirilmesi gereken konular, uygulamalar sizce neler?
Hastalara ayrılan zamanın kısıtlılığı, hasta beklentilerinin yüksek oluşu hasta doktor ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Daha önce değindiğim gibi kayıtlı hasta sayısının fazlalığı nedeniyle aşırı iş yükü ile karşı karşıyayız. Sık sık sözel ve fiili şiddete maruz kalmamız hatta bazı meslektaşlarımızın öldürülmesi bizimde şevkimizi kırmaktadır.

Aile sağlığı merkezlerinde halledilmesi gereken bürokratik işlemlerin çokluğu da iş motivasyonuna olumsuz yansımaktadır.

Mecburi hizmet sürelerinin bitiminden sonra bir hekim istediği yere tayin yaptırması mümkün değil. Hasta ve yakınlarından bizlere yönelik sözel ve fiili şiddetin nedenlerinin iyice araştırılıp çözümler üretilmelidir. Yaralama gibi sağlık personeline şiddet uygulayan kişilerin an az emniyet ve adalet mensuplarında olduğu gibi cezalandırılmaları ve sağlık hizmetlerinden men edilmesi düşünülmelidir.

Sağlıkta performans uygulaması yeniden gözden geçirilip aksayan yönleri revize edilmelidir.

Hukuki mevzuatın artan bir şekilde haksız açılan malpraktis davaları konusunda hekim lehine gözden geçirilmelidir.

Hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?
Uzun süren eğitim, uzmanlaşma, mecburi hizmet süreleri ve çalışma hayatının zorluklarıyla birlikte kamu sektöründe en yüksek seviyede 30 yıl hizmet eden hekimlerin 1.500 ile 1.700 TL arasında emekli aylığı almaktadırlar. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, hakim savcı, kaymakam ve albaylar gibi bazı meslek gruplarına özel kanunlarla belirlenen ek gösterge, görev tazminatı, temsil tazminatı ve makam tazminatı göstergelerinin doktorlara da teşmil edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Hekimlerin emekliliklerinde hak ettikleri maaşları almaları ve mecburi hizmet konusunda yeniden düzenlemelerin acilen yapılması gerekiyor.

Hekimlerin haftalık çalışma süresini ve nöbet uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz? Önerileriniz neler?
Hekimlerin haftalık çalışma süreleri branşına ve yaptığı göreve göre işini aksatmamak kaydıyla esnek olmalı. Esnek mesainin arzu edildiği şekilde kullanılamaması ve randevu sisteminin oturmaması aile hekimliğinde çok önemli bir sorun.

Hekimlerin branşları ile ilgili nöbet tutmaları eğitimleri açısından gerekli olmakla birlikte acil nöbet hizmetleri özellik arz etmektedir. Çünkü acil servis nöbetlerinde anlık karar vermek gerekmekte ve verilecek ufak bir yanlış karar insan hayatını etkileyebilmektedir. Bu sorunun aşılabilmesi için acil hekimi sayısının artırılması gibi genel bir politik değişim ihtiyacı var.

Hastanenizde aile hekimliği bünyesinde hangi sağlık hizmetleri veriliyor? Hasta yükü ortalamanız nasıl?
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi check up merkezi ve semt polikliniklerı bünyesinde beş aile hekimliği polikliniğinde 2012 yılında 36.700 hastaya sağlık hizmeti sunulmuştur. Buralarda uzman ve asistanlarımızla birlikte periyodik sağlık muayeneleri, temel bağışıklama, ve sigara bıraktırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında akut ve kronik hastalıklar, çocuk ve gebe takipleri, hasta eğitimi, ameliyat sonrası kontrol ve rehabilitasyon gibi farklı sağlık hizmeti sunmaktayız. Ayrıca hastanemiz evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı yaşlı, özürlü ve yatağa bağlı 1500 hastanın takipleri doktorlarımız tarafından evlerinde yapılmaktadır.

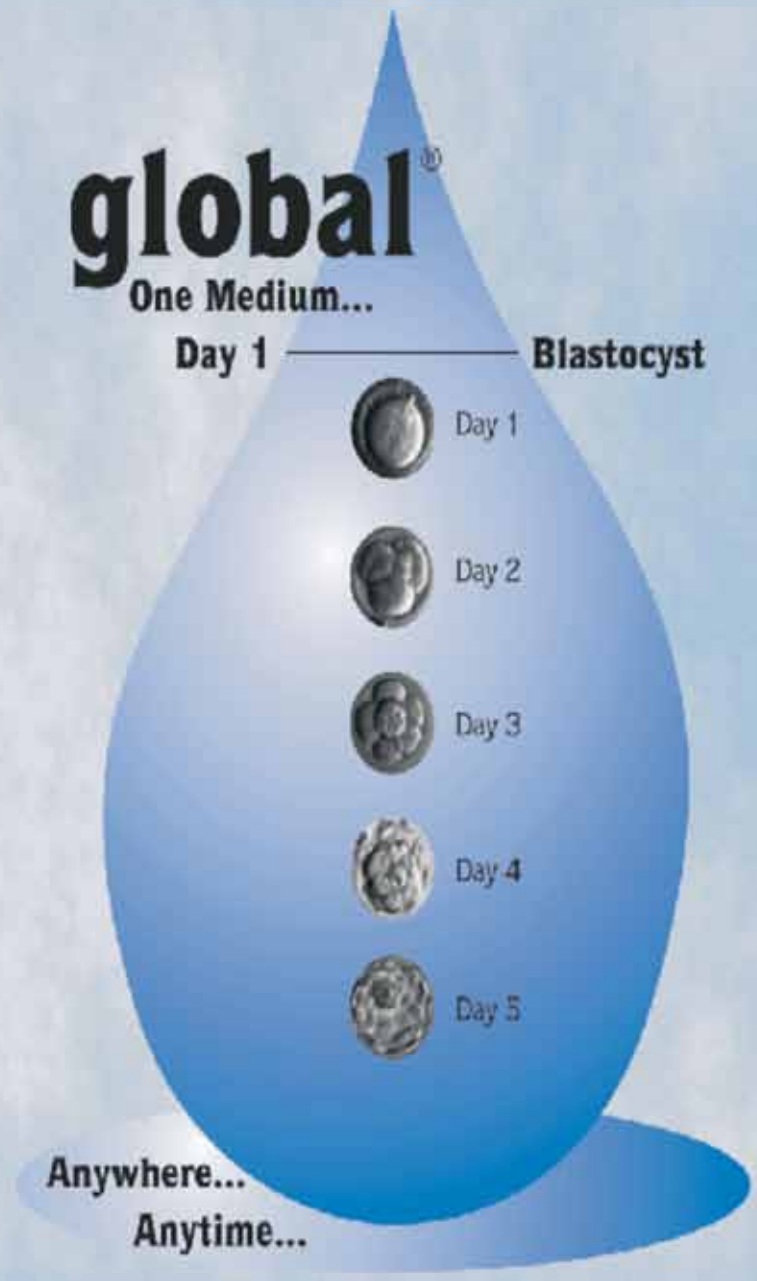
Birinci basamağa yönelik gerçekleştirdiğiniz/üzerinde çalıştığınız bilimsel araştırmaları kısaca anlatır mısınız?
Ülkemizde birinci basamağın sorunları, birinci basamağın ilgilendiği hasta grupların sağlık sorunları ve hasta doktor ilişkileri konularında kalitatif ve kantitatif çalışmalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde insanların ortalama yaşam süreleri uzamıştır (75 yıl). Yani bizim nüfusumuzun da demografik yapısı değişmekte ve yaşlı oranı hızla artmaktadır. Dolasıyla yaşlı insanlarımızın birçoğunda tedavisi kolay olmayan birden fazla hastalığı olanların sayısı artmaktadır.

"Yeterlilik sınavı, mesleki yeterliliğin değerlendirilmesi amacıyla zorunlu hale getirilmelidir"

"Let the Embryo Choose!"

wallace
Bringing Technology of Life

The Wallace Range
CREATION FROM INNOVATION











Based on Real Science

LifeGlobal
THE ART MEDIA COMPANY

PM GROUP

www.pmgroup.com.tr

"Türkiye Tek Yetkili Distribütörü"

Kadınlar için aile hekimliği daha cazip

"Farklı çalışma alanlarında pratik yapma imkanı olması kadınlar için aile hekimliği asistanlığını cazip kılıyor. Erkekler bu konuda biraz daha çekingen kalabiliyor".

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD Başkan **Yrd. Doç. Dr. Ayşe Seda Tekiner**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Üniversitelerin aile hekimliği ana bilim dallarında ağırlıklı olarak kadınların görev yaptığını gözlemliyoruz. Nedenleri sizce neler?

Öncelikle tıp alanında dünya üzerinde genel anlamda kadın sayısının artmakta olduğunu belirtmek isterim. Amerika'da 1970'lerde tıp fakültelerindeki kız öğrencilerin oranı %13 iken, bu oran 2007'de %49'lara ulaşmıştır. Halen bizim anabilim dalımızda görev yapmakta olan 18 asistanımızın 14'ü kadındır. Farklı çalışma alanlarında pratik yapma imkanı olması kadınlar için aile hekimliği asistanlığını cazip hale getirebilmekte. Erkekler bu konuda biraz daha çekingen kalabilmekteler. Yine hasta ile kurulan ilişki ve kişisel pratik için uygunluk uzmanlık alanımızın kadınlar tarafından tercih edilme nedenleri arasında yer alıyor. Yani kadınların koruyucu hekimliği ve aynı hasta grubuyla sürekli iletişim içinde olmayı kendilerine daha yakın bulabiliyorlar. Dünyadaki örneklerle benzer şekilde kadınların cerrahi branş tercihleri erkeklere göre daha az. Ayrıca bölümümüze başlayan asistanlarımızdan aldığımız geri bildirimlere baktığımızda aile hekimliğini tercih etme nedenleri arasında gece nöbetlerinin, acil ya da invazif girişim olasılığının daha az olması, dolayısıyla malpraktis riskinin daha az olması da bölümümüzün tercih nedenleri arasında.

Kadınlar kendilerine, ailelerine biraz daha fazla zaman ayırmak isteyebiliyorlar. Bizim asistanlarımız bölümümüzü tercih etme nedenleri arasında, "eşlerinin (özellikle cerrah eşlerin isteği!) ya da anne babalarının istekleri"ni de saymaktalar. Artık TUS puanları açıklandıktan sonra bölüm tercihi yapıldığı için erkek adaylar bu kadar fazla kadın ağırlıklı bir bölüme gelmekten kaçınıyor da olabilirler diye düşünmekteyim. Aslında bu durumu yalnızca bizim disiplinimiz için genellememek lazım diye düşünmekteyim. Çünkü, özellikle üniversite hastanelerinin dahili tıp bilimleri anabilim dallarının çoğunda bayan asistanların sayısı erkeklerin sayısını geçmiş durumda.

Türkiye'de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimini anlatır mısınız?

Ülkemizde 2010 yılına kadar 36 aylık "Aile Hekimliği" uzmanlık eğitiminin tamamı hastane rotasyonlarından (iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve psikiyatri) oluşmaktaydı. 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Eğitiminin usul ve esaslarını düzenleyen Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin hükümlerine göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin rotasyonları ve sürelerinde değişiklik yapıldı. Bu değişikliğe göre eğitimin toplam süresinde değişiklik yapılmadı ancak rotasyon süreleri 18 aya indirildi ve geri kalan 18 ayın da sahada (birinci basamakta) geçirilmesi kararlaştırıldı. Bu değişiklik doğrultusunda Anabilim Dalımızda eğitim gören asistanlarımız rotasyonlarını şu şekilde gerçekleştirmektedirler; birinci yıllarının ilk iki ayını aile hekimliği anabilim dalında uyum eğitimi olarak geçirmekteler, ardından hematoloji, endokrinoloji, nefroloji, gastroenteroloji bilim dallarında çalışarak 4 ay iç hastalıkları, 4 ay kadın hastalıkları ve doğum (doğum, gebe, jinekoloji polikliniklerinde çalışarak) rotasyonlarını tamamladıktan sonra 2 ay daha bölüm içi polikliniklerimizde çalışmaktalar.

İkinci ve üçüncü yılda alınan eğitim nasıl?

Uzmanlık öğrencilerimiz ikinci yıllarında 5 ay çocuk sağlığı ve hastalıkları, (genel pediatri, sosyal pediatri, enfeksiyon hastalıkları, yenidoğan poliklinikleri) 2 ay psikiyatri, birer ay da kardiyoji, genel cerrahi ve göğüs hastalıkları rotasyonlarını tamamlamakta, bu rotasyonların aralarında da 2 ay bölüm içinde çalışmaktadırlar. İkinci yıl araştırma görevlilerimiz tez konularını belirlemekte ve ön çalışmalarına başlamaktadırlar. Uzmanlık öğrencilerimiz üçüncü yıl eğitimlerini bö-

"Aile hekimliğinde rotasyon süreleri uzatılmalıdır, rotasyonlara dermatoloji de eklenmelidir"

lüm içindeki polikliniğimizde kişi-hasta merkezli bakım doğrultusunda tamamlayarak uzmanlık sınavına hazırlanırlar.

Uzmanlık öğrencilerimiz ve uzmanlıklarını tamamlayarak göreve başlamış arkadaşlarımızdan aldığımız geri bildirimler doğrultusunda, uzmanlık eğitimi süresinin 4 yıla çıkarılması, halen uygulanmakta olan rotasyonların sürelerinin biraz daha uzatılması, ayrıca bazı farklı rotasyonların (özellikle kendi asistanlarımızdan dermatoloji rotasyonu en çok talep edilen rotasyondur) eklenmesi düşünülebilir.

Yeni mezunlar için aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilirliği sizce hangi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösteriyor?

Fakültemizde mezuniyet öncesi dönemde anabilim dalımızda staj yapmış olan öğrenciler ile yapmamış olanlar arasında tercih edilebilirlik açısından farklılık olduğunu gözlemliyoruz. Staj sürecinde birinci basamakta aile hekimliği bakış açısıyla hastaya yaklaşımı kavramış olan yeni mezunların bu disiplini tercih etme oranının daha fazla olduğunu düşünmekteyim.

Aile hekimliğinde teknoloji ve enformasyon sistemi kullanım yaygınlığı ne boyuttadır?

Şu anda ülkemizde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi için kullanılabilen Bakanlık tarafından onaylanmış farklı yazılımlar mevcuttur. Tüm yazılımlar için Sağlık Bakanlığı ile gizlilik sözleşmesi imzalanmıştır. Bazı yazılımlar web tabanlı olmalarıyla diğerlerinden ayrılmaktadır. Bu yazılımlar aile hekimi tarafından temin edilerek kullanılmaktadır. Tüm yazılımların ortak noktaları hasta bakımında kullanılacak uygulamalar, idari bazı uygulamalar, laboratuar, istatistik ve performans sistemiyle ilgili uygulamalar içermeleridir.

Bilgi sistemi aile hekimlerince hastalarının bakımlarıyla ilgili olarak şu şekilde kullanılmaktadır:

•Hasta kabulü (mernis sorgulaması yaparak)
•Hasta ile ilgili yapılması gereken işlemler, özel notlar vs. e ulaşılabilecek uygulamalar
•Bireysel koruyucu hekimlikle ilgili uygulamalar
•Hastanın hikaye ve fizik muayene verilerinin girilebileceği uygulamalar,
•Hastanın özgeçmişinin, soygeçmişinin görülebileceği uygulamalar ,
•Elektronik veri tabanında yer alan diğer kurumlar tarafından yazılmış olan geçmiş reçeteler, tanılar, raporlar gibi bilgilere ulaşılabilecek uygulamalar,
•Laboratuar işlemleri ile ilgili uygulamalar
•Hastanın ICD10'a göre tanısının ve elektronik reçetesinin yazılabileceği uygulamalar
•Hastanın ihtiyacı olan ilaç kullanımı, istirahat, iş göremezlik, sporcu sağlığı vs.gibi raporların düzenlenebileceği uygulamalar
•Gerekli görüldüğü hallerde 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarından randevu alınmasını sağlayan uygulamalar

Bilgi sistemi, idari amaçlar için şu şekilde kullanılmaktadır:

•Hekim yer değişiklikleri ile ilgili dilekçeler,
•Bildirimi zorunlu hastalıklar ya da durumlar ile ilgili uygulamalar
•Bakanlığın dönem dönem talep ettiği farklı hastalıklar ile ilgili uygulamalar
•Hekim çalışma cetvellerinin oluşturulması ile ilgili uygulamalar
•Dönemsel olarak doldurulması gereken resmi formlarla ilgili uygulamalar

Bilgi sisteminin pozitif ve negatif yanları neler?

Hasta bakımında entegre, bütüncül ve sürekli bakımın uygulanmasını kolaylaştırması, ülkenin ve bölgelerin sağlık profilini ortaya koyması aile hekimliği bilgi sisteminin pozitif taraflarıdır. Böylece öncelikler daha kolay belirlenebilir ve kaynak kullanımı optimize edilebilir. Performans uygulamaları ile belirlenen sağlık politikalarının uygulanması teşvik edilebilmektedir.

Aile hekimliği bilgi sisteminin negatif tarafları olarak gösterebileceğim durumlar ise, doldurulması gereken formlar, kayıtlar vs. nedeniyle hekimin hastaya odaklanmasını zorlaştırabilen prosedürlerdir. Bu durum, hekim- hasta ilişkisinde bozulmaya sebep olabilmektedir. Hekimler sistemin taleplerinin artmasıyla hekimliklerinin klinik yönünün zayıflayarak tıbbi sekreterliğe dönüşebilme olasılığı ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Hasta mahremiyetiyle ilgili kaygılar nedeniyle eksik veri girilebilmesi söz konusu olabilmektedir. Diğer kurumlardan gelen veri akışının yetersizliği hekimleri zor durumda bırakabilmektedir. Ayrıca yazılımların aile hekimi tarafından temin edilmesi hekime maddi bir yük getirmektedir. Bazen de Bakanlık sisteminde ya da yazılım programında yaşanan aksilikler nedeniyle iş akışı yavaşlamakta hatta durmaktadır. Bu da hekimleri zor durumda bırakmaktadır.


Yrd. Doç. Dr.
Ayşe Seda Tekiner

Aile hekimliği bilgi sisteminin geliştirilmesine yönelik önerileriniz neler?

Özellikle sevkle gönderilmiş hastalar için diğer kurumlardan geri bildirim yapılmasını sağlayacak düzenlemeler yapılması uygundur. Disiplin olarak akademik anlamda da aile hekimliğinin gelişimine katkıda bulunacak bilimsel çalışmaların yapılabilmesi adına prosedürün kolaylaştırılması ya da hızlandırılması uygun olacaktır diye düşünmekteyim. İdare tarafından kendilerinden talep edilen resmi form sayısının hasta hekim ilişkisine zarar vermemek adına biraz azaltılması uygun olacaktır. Son olarak da özellikle 2. ve 3. basamak kurumlara ulaşımın zor olduğu kırsal kesimlerde çalışan arkadaşlarımız için örneğin "Teledermatoloji" gibi uygulamalarla uzaktan konsültasyon yapılabilmesini sağlayacak sistemlerin geliştirilmesi düşünülmelidir.

Dünyada, Avrupa ve Türkiye'de birinci basamağın gücü, gelecek on yıllarda sizce nasıl bir etkiye sahip olacak?

ABD'de yapılmış olan bir çalışmada şöyle çarpıcı bir sonuca varılmıştır: Her 10 bin nüfusluk topluma eklenen 1 aile hekimi uzmanı her 100 bin ölümde 71'lik azalma sağlamıştır.

"Hekimlik uygulamaları değerlendirilebilir olmalı"

"Hizmet sunumu, objektif tıbbi ölçümlere dayandırılmalı ve değerlendirilebilir olmalıdır. Çok fazla diyabet hastası muayene etmek değil; o hastaların kan şekeri düzeyinin tedavi aralıklarında tutulabilmesi ölçülmelidir"

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Dr. Efe Onganer**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı


Dr. Efe Onganer

Türkiye'de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Günümüzde tıptaki gelişmeler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlaşmış bir hekim tarafından verilmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle özellikle 1970'li yıllardan başlayarak aile hekimliği ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri bu disiplinin elemanları tarafından verilmeye başlanmıştır. Avrupa Birliği ülkeleri de dahil olmak üzere gelişmiş ülkelerin tamamında birinci basamak hekimlik uygulaması için en az 3 yıllık bir mezuniyet sonrası eğitim şartı aranmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde verilmektedir. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulunun kararı ile üniversitelerde aile hekimliği eğitiminin temelini oluşturmak üzere anabilim dalları kurulması kararı alınmıştır. Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde aile hekimliğini tanıtıcı dersler anlatılmakta ve klinik becerilerinin geliştirilmesi uygulamalarına destek verilmektedir.

Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesiyle birlikte birçok tartışma da ortaya çıkmıştır. Bu tartışmaların kökeninde, Türkiye'deki tanımın bir uzmanlık dalı olarak değil de bir "sistem" olarak yapılması yatmaktadır.

Geçtiğimiz ay

Google'da Türkiye



en çok hangi hastanenin adının arandığını biliyor musunuz?

Biz biliyoruz.

Sağlık ve İlaç Sektöründe Dijital Pazarlama, Sosyal Medya İletişimi

socialtouch.com.tr

socialtouch

Ders müfredatını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Aile hekimliği eğitimi, içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Kazandırılması gereken temel bilgi, beceri ve tutumlar belirlenmemiştir. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadırlar. Bu durum asistanların bazı kliniklerde daha disiplinli çalışmaları, daha çok hastayı takip etmeleri, daha fazla sayıda nöbete katılmaları, daha bilgilendirici ve öğretici vizitlerde bulunmaları, daha çok sayıda girişim yapmaları, daha yoğun seminer, makale, vaka takdimi programlarına katılmaları ile daha bilgili ve becerili yetişmelerine, bazı kliniklerde ise daha az çalışarak ve öğrenerek rotasyonlarını tamamlamalarına yol açmaktadır.

Yeni mezunlar için aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilirliği sizce hangi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösteriyor?
Eğitim alınması tercih edilen uzmanlık alanının maddi getirisinin yüksek olması faktörü tercih etmede anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında çalışma temposu, özlük hakları, kariyer planlaması gibi faktörler de etkenler arasındadır.

Sürekli tıp eğitimi aile hekimliği uygulamasına nasıl yansıtılır?
Aile hekimliğinde sürekli tıp eğitiminin (STE) uygun formu grup çalışmasıdır. Hastalar belirsiz ve erken semptomlar ile başvurdukları gibi farklı nedenler ve beklentilere sahip olabilirler. Çoğu zaman hasta için doğru olanı yapmak konusunda aile hekimi tek başına karar vermek zorundadır. Kaldı ki eksikliklerini saptama ve bunları giderme konusunda da yalnız başınadır. Grup çalışmaları benzer sorunlara sahip hekimlerin bu sorunlarla başa çıkma yöntemlerini paylaşmalarını sağlar. Grup çalışmalarında başka branşlardan uzmanların yararı birinci basamak ortamını tanımaları ile yakından ilgilidir. Bu çalışmalarda önemli bir bilgi kaynağı oluşturmakla birlikte grubun lideri olarak görülmemelidirler.

Aile hekimi kendi eğitim gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimleri karşılayacak düzenlemeleri yapma becerisi kadar meslektaşlarının eğitimlerine katkıda bulunma sorumluluğuna sahip olmalıdırlar. Aile hekiminin kendi uygulama ortamına ait veriler, her iki alandaki sorumluluğunu yerine getirmesi için en önemli yardımcılardır. İlaç firmalarının promosyon çalışmaları son yıllarda birinci basamakta da STE'ne katılmayı motive eden önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle STE'nin kongre turizmi şeklinde algılanarak ekonomik zorluk içerisinde olan pratisyen hekimlerin ilaç firmalarının davetlisi olarak bu aktivitelerde yer almasının özendirilmesi sıkıntı vericidir. Bu tür ilişkilerde eğitimin belirleyicisi olarak firmaların ihtiyaçları ön plana çıkabilmektedir. Grup çalışmalarının ağırlık kazanması STE'nin bu tür olumsuz etkilenmelerini de ortadan kaldıracaktır.

Toplumun gereksinmelerini gözeten bir sağlık hizmeti ve tıp eğitimi sisteminin oluşturulması yönünde önerileriniz neler?
Tıp eğitimi ülkenin sorunlarına göre hekim yetiştirmeye odaklanmalıdır. Bu açıdan tıp eğitimi ülkenin sağlık politikaları ile çok yakın ilişki gösterdiğinden, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Yüksek Öğretim Kurumu tıp eğitimindeki pek çok sorunun çözümü için yakın ilişki içinde çalışmalıdır. Bu eş güdümün ülkemizde ideal olduğunu söylemek kolay değildir.

Birinci basamak hekimlerinin yeterliği, bunun sınanması yeniden sertifikalandırılması konusunda neler düşünüyorsunuz?
Yetkinlik, bir doktorun mesleğini yapabilmesi için kritik değer taşıyan bilgi, beceri ve tutum modellerinin toplamı olarak tanımlanır. Bu kavram mesleki açıdan edinilmesi

gereken teknik deneyimin çok daha ötesinde iyi hekimlik uygulama bilincine ve yeteneğine sahip olmak anlamına gelir. Bir doktorun yetkin olabilmesi için uygulanan eğitim programının, eğitim aldığı kurumun alt yapısının ve eğiticilerin belli standartları karşılaması gerekir. Yukarıdaki alıntıda da görüldüğü gibi yıllar öncesinde dahi tıp eğitiminin yetkinliği bir tartışma konusu olmuştur. Günümüzde bu kavramın hala tartışılıyor olmasının başlıca nedeni şüphesiz ki teknolojik gelişmeler eşliğinde tıp biliminin hızla ilerlemesi ve hizmet alanının giderek genişlemesidir.

Aile hekimliği hizmetinde kalite ve akreditasyon nasıl sağlanabilir? Bu konuda alınması gereken tedbirler neler olmalıdır?
Verilen hizmetin sadece niceliksel olarak hasta yoğunluğu özelliklerden değerlendirilmesinden ziyade objektif tıbbi ölçümlere dayandırılması esas olmalıdır. Bunun yolu da hekimlik uygulamalarının değerlendirilebilir olmasından geçer. Çok fazla diyabet hastası muayene etmek değil; o hastaların kan şekeri düzeyinin tedavi aralıklarında tutulabilmesi ölçülmelidir.

Birinci basamakta, iletişim ve doktor-hasta ilişkisinde öne çıkan zorluklar neler?
Birinci basamakta iletişimin hedefi hasta eğitimi yolu ile "sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek"tir. Bu tavır değişikliğinin ölçülmesi esastır ve tavır değişikliğine fırsat verecek eğitim eşitliğini sağlayacak her türlü önlem alınmalıdır.

"Aile hekimliği eğitimi, içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadır"

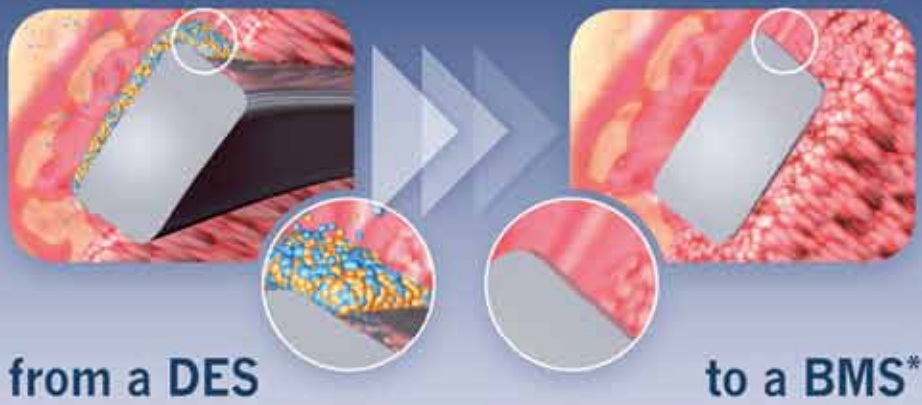
Aile hekimliğinin toplumun yaşam stili değişikliği alanına sizce yeni bir öneri getiriyor mu?
Aile hekimliğinin multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünülürse bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

The Abluminal Biodegradable Polymer DES

Better Be Flex

AVAILABLE NOW

BIOMATRIX FLEX™



from a DES

PLA biodegradation and BA9™ drug elution

to a BMS*

Abluminal biodegradable coating absorbed after 6-9 months*

BIOSENSORS INTERNATIONAL

MEDİNTEK
www.medintek.com.tr

Designed to Challenge

www.biosensors.com

"Halk sağlığı hizmeti bir ekip işidir"

"Aile hekimi uzmanları muayenehanelerinde tek başlarına hizmet sunarken, halk sağlığı uzmanları bir ekiple bu hizmeti verirler. Bu işlem yurt dışında da aynıdır"

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof. Dr. Rengin Erdal**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı



Üniversitelerin aile hekimliği ile halk sağlığı branşları arasında ortak yanlar ve farklılıklar neler?

Üniversitelerin halk sağlığı anabilim dalı ile aile hekimliği anabilim dalı çalışma konuları birbirileri ile yakın değildir. Aile hekimliği uzmanları;İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kadın doğum hastalarının ilk basamakta başvurdukları ve %90'ının tanısını koyup tedavilerini yapan %10 unu ileri tetkik için ikinci basamağa gönderen hekimlerdir. Halk sağlığı uzmanlarının ise, kişilerin hastalanmasına neden olan faktörleri saptayarak onları yok etmek ya da kontrol etmek amacı ile hekim dışı sağlık çalışanları ve diğer bilim adamları ile birlikte kurduğu ekiplerin yöneticiliğini ve/veya liderliğini yürüten hekimlerdir.

İki branşın ortaklığı nedir?

İki alan arasındaki ortaklık; kişilerin, aileleri içinde, oturdukları yerleşim yerinde, okullarında, iş yerlerinde sağlıklı bireyler olarak yaşamlarını sürdürmeleri için verdikleri uğraştır. Yapısal benzerlikleri, her iki uzmanlık alanında da hizmet sundukları kişi insandır, farklılıkları aile hekimi uzmanları muayenehanelerinde tek başlarına bir sağlık görevlisi ile bu hizmeti sunarken halk sağlığı uzmanları toplumda bir ekiple bu hizmeti vermektedirler. Bu işlem yurt dışında da aynıdır.

Eğitim programı açısından nasıl ele alırsınız?

Aile hekimliği ve halk sağlığı ana bilim dalları uzmanlık eğitimleri yönünden de farklıdır. Halk sağlığı uzmanlığı süresi 4 yıl olup aile hekimliği süresi 3 yıldır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 18 ayı kliniklerde ve diğer 18 ayı klinikte alınan eğitimlerin alan uygulamasında geçerken halk sağlığının 4 yıllık eğitiminin sadece 9 ayı kliniklerde geçmekte, ağırlıklı olarak epidemiyoloji, biyoistatistik, işçi sağlığı, okul sağlığı, çevre sağlığı ve sağlık yönetimi gibi konularda eğitim almaktadırlar.

Yeni mezunlar için halk sağlığı branşının tercih edilebilirliği hangi unsurlara bağlı?

Devletin sağlık politikaları ile ilgili olarak halk sağlığı uzmanlarını görevlendirebileceği organizasyonlara bağlı olarak değişmektedir. Uzmanlık eğitimini halk sağlığı anabilim dalında alan bir kişinin çalışma alanları; Sağlık Bakanlığı ve belediyelerde halk sağlığı uzmanlığı ya da üniversitelerde akademisyenliktir.

Branşınızda görev yapan kişilerde cinsiyet dağılımı nasıl?

Halk sağlığı alanında görev yapan kişilerin cinsiyet dağılımı, aile hekimliğinde ve diğer dahili bilimlerde olduğu üzere daha çok kadın ağırlıklıdır. Cerrahi bilimlerde ağırlıklı olarak erkekler uzmanlık eğitimi yapmaktadırlar. Ülkemizde annelik görevine ek olarak, ev işlerinin, hekim de olsa ağırlıklı olarak kadınlara yüklenmesi bedensel gücün daha az kullanıldığı bu uzmanlık dallarının seçimine neden olmaktadır.

Aile hekimliği, toplumun yaşam stili değişikliği alanına yenilik getirmiştir. Özellikle kronik hastalığı olan kişilerin kontrolleri ve reçete yazdırma için hastanelerde karşılaştığı güçlükler sona ermiştir. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinde uygulanan performans çalışmalarının kronik hastalıklar ve yaşlıların izlenmesi durumunda da uygulanması aile hekimlerinin yükünü arttırsa da onlara güç verecektir.

4. Uluslararası Katılımlı Aile Hekimliği Kongresi

/Ahekon2013

/AHEKON2013

www.ahekon.com

Aile Hekimliği: Dünya nasıl uyguluyor?

Aile Hekimliğinde Menopoz ve Andropoz Yönetimi

Hipertansiyon, Güncelleme, Kardiyovasküler Risk Hesaplama

Yaşlılarda Gözden Kaçan Durumlar

Olgularla KBB Hastalıklar

Ergen Sorunları

Birinci Basamakta Araştırma Workshop

Sağlık Çalışanlarına Şiddete Hayır

Aile Hekimliğinde Anemi Yönetimi

Obezite önlenebilir bir hastalık mıdır?

En Sık Başvuru Nedeni; Soğuk Algınlığı, Grip

Çocuk ve Yetişkinlerde Probiyotik Kullanımı

Vertigoya Pratik Yaklaşımlar

Kemiklerim Ağırıyor

Akılcı Laboratuvar Kullanımı Kursu

Aşılamada Güncel Gelişmeler

Vakalarla Diyabetik Bireye Yaklaşım

Kemik Sağlığı

Güvenli Analjezik Kullanımı

Aile Hekimliğinde Psikiyatrik Görüşme

Akılcı İlaç Kullanımı

Bebek Beslenmesi

Spor, Yaralanma, Sağlık

Yaşam Koçluğu

Sözel Bildiriler

Yıllar Boyunca Pratisyen Hekimlik Yolculuğu

AHEKON 2013

Aile Hekimliğinde Malpraktis ve Hukuksal Ortak Akıl

Türkiye Hollanda Aile Hekimliği Kardeşlik Projesi Çalıştayı

Aile Hekimliğinde Meme Ca Algoritması

Çocuklardaki Döküntülü Hastalıklarda Ayırıcı Tanı

Hiperinsulinemik Hastalıklara Çare Var

Gebelikte Endokrin Problemler

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Akılcı Antibiyotik Seçimi

TÜRKİYE'NİN AİLE HEKİMLERİ BİRARADA

23-27 Ekim 2013 Susesi Luxury Resort, Antalya

1.Aile Sağlığı Elemanları Kongresi

Doğuma Hazırlanıyoruz
(Gebe İzlem, Riskli Gebe, Gebe Beslenme, Loğusa İzlem)

Bebek Beslenmesi

Aile Planlamasında Oral Kontraseptifler

Süt Çocuğu Beslenmesindeki Sorunlar

Çocuk İstismarı

Süt Çocuğu Beslenmesi

Hasta ve Ateşli Çocuğa Yaklaşım

ASEKON 2013
Aile Sağlığı Elemanları Kongresi

Aşılar ve Karşılaşılan Sorunlar

Söz Sizde (Sorunlar - Çözüm Önerileri)

Kişilik Tiplerine Göre İletişim Teknikleri

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ FEDERASYONU 2008

AHEF

SEMTUR
Profesyonel Kongre Yönetimi

kAZabam sadece aile hekimliğini değil 29 farklı uzmanlığı içeriyor

"Başlangıçta sadece aile hekimliğinden oluşan kullanıcı profili, bugün 29 farklı uzmanlığı içeriyor. En yüksek katılım aile hekimliğinin ardından acil tıp, dâhiliye, üroloji, kardiyoloji ve psikiyatri"

AstraZeneca Türkiye Yenilikçi Ticari Modeller Müdürü **Murat Başar,** hospitalmanager okurlarına kAZabam Projesini anlattı.



Murat Başar

Türkiye'nin İlk Sağlık Kasabası: kAZabam projesi nasıl oluştu? Kısaca anlatır mısınız?

Projeye başlarken amacımız, aile hekimlerinin hem eğitim hem de klinik pratik açısından destek alabilecekleri güncel medikal bilgilere ulaşabilmelerine yardımcı olmaktı. Özellikle aile hekimliği sisteminin aktif olarak tüm Türkiye'de uygulanmaya başlamasının ardından aile hekimlerinin eğitimlere olan büyük ilgisi dikkatimizi çekti. Düzenlediğimiz eğitici toplantıların tamamına tahminimizin çok daha üzerinde aile hekiminin katıldığını ve sorularıyla toplantılarımızı ne kadar zenginleştirdiklerini gözlemledik. Klasik toplantılarla bu talebe tam olarak karşılık verebilmemiz mümkün değildi. Ancak dijital alanda kuracağımız bir platformda en güncel bilgileri en önemli fikir liderleri aracılığı ile ulaştırabileceğimizi düşündük. Böylelikle kAZabam'ın ilk çalışmaları başlamış oldu. Başlangıçta sadece tek bir tedavi alanı ve alandan sorumlu kıdemli ürün müdürü arkadaşımız Cemile Tufan Çelik'in çabasıyla başlayan bu süreç daha sonra diğer tedavi alanlarının da katılmasıyla genişledi.

Şu anda kAZabam, AstraZeneca olarak çalıştığımız tüm tedavi alanlarını (sindirim sistemi, solunum, kardiyoloji, diyabet, onkoloji ve merkezi sinir sistemi) içine alan ayrıca aktif olarak içerisinde bulunmadığımız, ürünümüzün olmadığı alanlardan da çeşitli içeriklerle zenginleştirilen bir platform halini aldı. Platform'un bu hale gelmesinde özellikle medikal müdür arkadaşlarımızın yoğun katkıları oldu. Ürünlerimizden bağımsız içerikler için onlardan büyük destek alırken, ürünlerimizin bulunduğu alanlarda yapılan eğitici videoların ve web cast'lerin oluşturulmasında medikal müdürlerimiz etkin şekilde rol aldılar. Mayıs 2013'ten itibaren aile hekimliği

ile birlikte kardiyoloji, endokrinoloji, iç hastalıkları, nefroloji, onkoloji, üroloji, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları ve psikiyatri uzmanlıklarına yönelik spesifik içerikler de üretiyoruz. Bu uzmanlıkların spesifik konuları aynı zamanda aile hekimliğinin de birinci basamakta karşılaştığı temel konuları da içeriyor.

Projeyle hedeflenen hizmetler neler?
kAZabam ile birlikte vermeye başladığımız hizmetleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz; aile hekimliği vaka eğitimleri modülü içerisinde bulunan vakalardan bazı örnekler şu şekilde:
Akut öksürük, aşırı idrara çıkma ihtiyacı ve kilo alma, baş ağrısı, burun kaşıntısı, hapşırma ve rinore, çarpıntı, çocuklarda karın ağrısı ve kusma, deri lezyonu, göğüs ağrısı, hafıza sorunları, hematüri, hiperlipidemi, hipertansiyon.

Aile hekimlerine yönelik EKG vaka eğitimleri modülü içerisinde bulunan vakalardan örnekler verebilir misiniz?
Çok eski transmural inferior miyokard infarktüsü, eski nontransmural inferior miyokard infarktüsü. Fizyolojik sinüs aritmisi, hiperakut anteroseptal miyokard infarktüsü+sinüzal taşikardi+tek odaklı ventriküler ekstrasistol, hiperakut inferior miyokard infarktüsü, Hiperakut inferior miyokard infarktüsü (Simetrik T Dalga negatifliği ile) hiperakut inferior miyokard infarktüsü + atriyal fibrilasyon, subendokardiyal infarktüs.

Ayrıca yaklaşık 200 adet eğitici toplantı videosunun arasından özellikle aile hekimliği pratiğinde takip edilebilecek birkaç örnek ise şöyle:

Sık karşılaşılan enfeksiyonlara yaklaşım ve akılcı antibiyotik kullanımı, sağlıklı çocuk takibinde dikkat edilmesi gerekenler, karaciğer fonksiyon testlerindeki yükseklikler ve muhtemel nedenleri, tiroit hastalıklarına aile hekimliği perspektifinden bakış, elektrolit bozuklukları, aile hekimi pratiğinde temel testler ile böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi, yaşlı hastalarda ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler, hiperlipidemi hakkında tedavi kılavuzlarında son durum, çocukluk çağı aşıları hakkında pratik takip yöntemleri, asite bağlı hastalıklara güncel yaklaşım, statin tedavisinde hasta uyumu, statin tedavisinin maliyet etkinliği, statinlerin güvenliği, kardiyovasküler risk değerlendirmesi, koroner arter hastalığına bağlı mortalite, statinleri karaciğer ve kas üzerine etkisi, statin tedavisi ne kadar sürmeli, evde uzun süreli oksijen tedavisi, evde invaziv mekanik ventilasyon, akciğer hastalarına evde sağlık hizmeti sunumu, evde farmakolojik tedaviler (inhaler ve nebülizatör tedavileri), evde dijital aletler ile doğru tansiyon ölçümü nasıl yapılmalı? Astım tanı ve tedavisi ve kontrol, Aile Hekimliği Dijital Akademi Toplantısı - Haziran 2012, astım tanı ve tedavisi ve kontrol - soru cevap, reflü hastalarında yaşam kalitesi, reflü hastalarında yaşam kalitesi - soru cevap, depresyon tanı ve belirtileri - unipolar ve bipolar depresyon ayrımı - son kanıtlara göre akne vulgaris tedavisi, akne vulgaris tedavisi - soru cevap, 2012 İç Hastalıkları Kongresi Bir Sorun mu var Sempozyum arşivi, geriatrik hastaya aile hekimi perspektifinden yaklaşım, çocukluk çağı kanserlerinde semptom değerlendirme ilkeleri.

Bunların dışında endoskopik işlem odasında endoskopi ile ilgili işlem vakalarına ve radyoloji vaka serileri başlığı altında göğüs hastalıkları ile ilgili vakalara ulaşılabiliyor. Onkoloji ile ilgili olarak hormon reseptörü pozitif hastalarda ileri evre meme kanserinin hormonal tedavisi ve canlı laparoskopi ameliyatı izleyebiliyorlar. Üye olan hekimler canlı yayınlarla bazı kongrelerin tamamının ya da bazı sempozyumların yayınını izleyebiliyorlar. kAZabam'da yer alan e-book'larla ilgili alanda araştırma yapabiliyorlar. On – line ücretsiz Vademecum hizmetimizle ilaçlar hakkındaki aramalarına yanıt bulabiliyorlar. Ürünler ile ilgili çeşitli ve eğlenceli tanıtım videolarını izleyebildikleri gibi literatür servisimiz sayesinde istedikleri literatürlerin full text'lerini üye hekimlerimize ulaştırabiliyoruz. Ayrıca Framingham, Grace ve Crusade gibi risk hesaplayıcılarla hastalarına faydalı olabilecekleri farklı uygulamaları kAZabam içerisinde kullanabilirler.

Ayrıca kAZabam'ın Facebook ve Twitter hesaplarını takip ederek tüm güncellemelerden canlı yayın duyurularından anında haberdar olabilmek de mümkün.

Hekimlerden aldığınız geri bildirimler nasıl?
Hekimlerden aldığımız geri bildirimler oldukça olumlu. Özellikle içerikleri hangi alanda zenginleştirebileceğimiz yönünde önemli geri bildirimler alıyoruz. Literatür servisimiz büyük bir beğeni topluyor. Ayrıca kAZabam'ın IOS ve Android uygulamalarının da yapılması yönünde talepler alıyoruz.

Kullanıcı profili kimlerden oluşuyor? Kurulumundan günümüze kullanıcı istatistiği nasıl bir seyir izledi?

Başlangıçta sadece aile hekimliğinden oluşan kullanıcı profili, bugün 29 farklı uzmanlığı içeriyor. En yüksek katılım aile hekimliğinin ardından acil tıp, dâhiliye, üroloji, kardiyoloji ve psikiyatri olarak sıralanıyor.

Ağırlıklı olarak ilgi çeken ve tartışılan konu başlıkları neler?
kAZabam'ın içerisinde bir tartışma platformu bulunmamakla beraber canlı yayınlarla çok sayıda izleyici sayısına ulaşabiliyoruz. En son gerçekleştirdiğimiz TAVİ (Trans Kateter Aortik Valf İmplantasyonu) kursuyla 13 farklı ülkeden 229 farklı lokasyondan yaklaşık 1000 hekimin izlediği bir canlı yayın gerçekleştirdik. Farklı ülkelerden gelen soruların yanıtlanmasına aracı olduk. Haziran ayında gerçekleştirdiğimiz Amerikan Gastroenteroloji Derneğinin "Yeni Kılavuz ile Neler Değişti?" konulu canlı yayın ile aynı anda 2000 hekime ulaştık.

kAZabam'a ilgi göstermeyen / katılmayan hekim var mı? Varsa neler söylemek istersiniz?
kAZabam'a katılmayan hekimlerimiz mevcut. İçeriklerimizin ne kadar zengin olduğunu anlatabilmek sözlü olarak çok kolay olmayabiliyor. Bu yüzden onlara bir kere olsun www.kazabam.com'u ziyaret etmelerini önermek isterim. Sayfayı gördükten, içerikleri inceledikten sonra fikirlerinin değişeceğini düşünüyorum.

KaZabam Projesi'nin geleceğini nasıl öngörüyorsunuz? Projede yapılması olası geliştirmeler, iyileştirilecek/değiştirilecek unsurlar vb. girişimlerinizi göz önünde tutarak projenin geleceği hakkında bilgi verir misiniz?
Hemen her gün sayfa yapısının nasıl daha kullanışlı ve verimli hale gelebileceği üzerine çalışmalarımız devam ediyor. Her geçen gün yeni içerikler, medikal ve pazarlama ekiplerimiz tarafından geliştiriliyor. Sadece içerik olarak değil kullanıcıların sayfanın içerisinde bulundukları süre boyunca da kendilerine farklı hizmetler vermenin yollarını araştırıyoruz. Halen üzerinde çalıştığımız bir kaç konu ve içerik mevcuttur. Facebook ve Twitter'dan kAZabam'ı takip ederek güncellemelerden ve yeniliklerden daha kolay haberdar olabilirsiniz.

"Bakanlığın jokeri: Aile Hekimi"

"Aile hekimliği, ilk yıllarda daha iyiydi. Sağlıkta devrim sayılacak bir uygulamaya geçilmişti. Şimdi gelinen nokta çok farklı… Dünyada iyi başlayıp kötüye giden başka bir uygulama örneği yoktur"

AileHekimleri.net moderatörü **Dr. Tolga Sucu**, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı

Aile hekimleri iletişim portalı olarak, kuruluş hikayenizi kısaca anlatır mısınız?
AileHekimleri.net portalı Türkiye de aile hekimliği pilot uygulamasının başlayacağı aylarda bu konuda neler yapabiliriz sorusuna cevap ararken ortaya çıkan bir fikirdi. Sene 2005 yılında Uzm. Dr. Ceyda Akdoğan ve bendeniz (Dr. Tolga Sucu) bu fikri gerçeğe dönüştürme adına AileHekimleri.net portalını kurup yayına başlattık. Türkiye'deki aile hekimliği sürecini an ve an takip edip bu süreçte aksayan yönleri yazıya dökerek sahada çalışan arkadaşlarımıza yardımcı olmak istedik... Zaman içerisinde bu yardım karşılıklı olmaya başladı. Sorunlar forumlarda paylaşıldı, ortak akıl ile çözümler ürettik... Aile hekimliği hakkında çıkan haberleri üyelerimizle paylaşarak aile hekimlerinin gündemi takip etmelerini sağlamaya çalıştık. Sahada yaşanan sıkıntılara çözüm aramak için konusunda uzman arkadaşlara köşe yazısı yazmaları ricasında bulunduk, canlı video konferansları düzenledik... Misyonumuzu yerine getirdiğimizi düşünüyoruz...

Portalınızı ağırlıklı olarak kimler takip ediyor? Aldığınız geri bildirimler nasıl?
AileHekimleri.net portalımızı daha çok aile hekimliği uygulamasında çalışan hekimler, hemşire ve ebeler takip etmektedirler. Ayrıca diğer sağlık çalışanları, medya kuruluşları, illerdeki halk sağlığı müdürlükleri, üniversiteler takip etmektedir... Aile hekimliği uygulamasında çalışan hekim ve hemşirelerden olumlu geri bildirimler alıyoruz elbette... Hatta bazı üniversitelerin web sitelerinde kaynak olarak yer almaktayız.

Aile hekimliğinde teknoloji ve enformasyon sistemi kullanım yaygınlığı ne boyutta?
Aile hekimleri genelde teknolojiyi kullanmaya açık insanlar; Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gündelik hayatlarında teknolojiyi en iyi şekilde kullandıklarını düşünüyoruz. ASM'de teknoloji kullanımı hekimlere pek çok avantajı beraberinde getirmektedir. Mesela, hasta takip programları ile entegre çalışan sıra takip sistemi, laboratuar sonuçlarının entegre olarak hasta takip programından ulaşılabilmektedir... Bakanlığın e-reçete uygulamasına en hızlı uyum sağlayan aile hekimleridir... Daha verimli ve yaygın kullanılmasının sağlanması için Bakanlığın maddi yönden aile hekimlerini desteklemesi gerekmektedir. Maalesef teknolojiyi kullanmanın bir maliyeti var ve bu maliyetin karşılanması mevcut ödemelerle pek mümkün olamamaktadır. Ödeneklerin 2010 yılından günümüze ciddi anlamda düşürülmüş olmasının büyük bir talihsizlik olduğunu söylemek isterim. Bu durum aile hekimlerinin ASM giderleri altında ezilmesine yol açmıştır...

Bakanlığın sorumlulukları sizce neler?
Sağlık Bakanlığı, aile hekimlerine görevlerini yeri-

"Aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı tarafından 'joker doktor' olarak her alanda çalıştırılmak isteniyor"

ne getirmelerine yardımcı olacak yönetmelikler çıkararak destek olmalıdır öncelikle. Ama ülkemizde maalesef bu böyle değil! Her sene Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmeliklerle aile hekimliği uygulaması gelişmekten ziyade tıkanma noktasına gelmiştir. Bakanlık yönetmelik hazırlarken sahada çalışan aile hekimlerinden yardım alabilir, almalıdır. Meslek örgütümüz Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) bu konuda ciddi çalışmalarda bulunuyor. Sağlık Bakanlığı AHEF ile birlikte çalışırsa çok daha iyi bir uygulamamız olur. Amaç sağlıklı bireyler ise bu göz ardı edilmemelidir.

Bugün gelinen aşamada uygulamayı nasıl değerlendiriyorsunuz?
İlk yıllarda daha iyiydi. Sağlıkta devrim sayılacak bir uygulamaya geçilmişti. Önemli değişiklikler içeriyordu. Dünyada mevcut uygulamalarda sağlıkta ciddi iyi yönde etkisi olan bir uygulamaya ülkemiz de geçiyordu. Doğru stratejilerle uygulandığında daha sağlıklı bir toplum ve ortalama yaşam süresinde artış gibi sonuçlarının olduğunu dünyadaki örneklerinden biliyoruz. Aynı zamanda sağlığa harcanan parada ciddi tasarruflar sağladığı da bilinmekte... Bu gibi sebeplerden dolayı hekimler bu sürece destek verdiler... Bu sürece bizlerde inandık ve daha iyi bir uygulama için AileHekimleri.net portalını kurarak destekledik. Ama bugünlerde bu süreç için diyeceğimiz son söz, dünyada iyi başlayıp kötüye giden başka bir uygulama örneği yoktur ifadesidir.

Ülke genelinde aile hekimlerinin sayısı yeterli ve dağılımı yaygın mı?
Ülke genelinde aile hekimlerinin sayısı yeterli değil çünkü aile hekimi başına düşen nüfus dünya ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça fazladır ve yeni mezun hekimler ya da aile hekimliği ihtisasını yeni tamamlamış hekimler uygulamaya kurallar nedeniyle geçememektedir. Aile hekimlerinin dağılımı yaygın sayılır fakat kırsal bölgelere yeni aile hekimliği pozisyonları açılırsa hem kırsaldaki aile hekimi başına düşen nüfus azalır hem de aile hekimleri daha yaygın hizmet verebilirler.


Dr. Tolga Sucu

Aile hekimi olmanın avantajları sizce neler?
Aile hekimi olmanın avantajları: Belli bir mekanda (ki bu getirilmeye çalışılan nöbet uygulamalarıyla bağdaşmamaktadır), belli bir sayıdaki kişiye sağlık hizmeti vermek ve çalıştığı birimin sorumluluğunun tamamen aile hekiminde olması, çalışacağı mekanı istediği şekilde dekore edebilmesi, çalıştığı seneler boyunca aynı kişileri takip ettiği için kişilerin bebekliklerini ve okula-askere gidişlerine şahitlik edebilmesi, mesleki tatminin diğer basamaklara göre daha fazla olmasıdır.

Dezavantajları neler?
Aile hekimi olmanın dezavantajları: Aile hekimi başına düşen hasta sayısının bazı bölgelerde çok fazla olmaması ve eşit dağılmaması, erişimin en kolay ve hızlı olduğu bir basamak olduğu için hekime şiddet olaylarının daha çok yaşanması, verilen sağlık hizmetinin siyasi amaçlara alet edilmesi, illerdeki aile hekimliği uygulamaları arasında farklılıklar olması, aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından joker doktor olarak her alanda çalıştırılmak istenilmeleri, sorumluklar ve aile hekimliğiyle ilgili olmayan diğer uygulamalar nedeniyle mesai saatleri dışında da çalışmak durumunda bırakılmaları….

Birinci basamakta, iletişim ve doktor-hasta ilişkisinde öne çıkan zorluklar sizce neler?
Birinci basamak hekimi kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgili başvuracakları ilk adres olduğundan güler yüzlü ve ilgili olmalıdır ve birinci basamakta sadece tedavi amacı güdülmediğinden koruyucu sağlık hizmetlerine de vakit ayırmalıdır. Aile hekimi başına düşen hasta sayısının fazla olduğu veya fazla sayıda poliklinik hizmetinin verildiği bölgelerde bu nedenlerle hizmet aksamakta ve bazen kaliteli hizmet verilememektedir. Aile hekimi bölgesindeki kişilerle iletişimde mesafesini baştan belirlemelidir ve her zaman korumalıdır ve herkese eşit hizmet etmeye gayret etmelidir. İletişim her anlamda önemlidir.

Aile hekimliği, toplumun yaşam stili değişikliği alanına sizce yeni bir öneri getiriyor mu?
Aile hekimi, tedavi için gelen bir bireye sağlıklı yaşamla ilgili tavsiyeler verebiliyor ve bireye yönelteceği basit bir soruyla (bu dönem karnen nasıl gelecek gibi) bireyin psikolojik veya aileyle ilgili sorunları açığa çıkarıp o konularda tavsiyelerde bulunabiliyor. Obeziteyle mücadele ederek bireylerin ve doğal olarak toplumun daha sağlıklı beslenmesini ve daha çok spor yapmasını sağlıyor. Özetle toplumun en küçük parçası olan bireyle yakın iletişimde olması nedeniyle toplumun sağlığını olumlu yönde değiştiriyor. Bakanlığın birinci basamağa desteği maalesef olması gereken düzeyde değil! Birinci basamağın daha çok desteklenmesi gerekir. Bunun dünyada örnekleri mevcut...

“aile hekimliği, kentli toplulukların modeli olabilir”

“aile hekimliği, sorunlarını büyük ölçüde çözmüş, kentli toplulukların sağlık hizmet modeli olabilir”

sağlık hakkı ve hasta hakları aktivisti / bianet yazarı **mustafa sütlaş***, hospitalmanager'in sorularını yanıtladı.

türkiye'de aile hekimliği sistemini kısaca anlatır mısınız? uygulamada başı çeken eksiklikler sizce neler?

türkiye'de aile hekimliği, ülkede yaşayan insanları sağlıklı kılmak için değil, sağlık alanından para kazanmak için dünya bankası, imf ve dünya ticaret örgütünün talepleri doğrultusunda “küreselleşmiş kapitalizm”in neo-liberal politikalarını gerçekleştirmek üzere uygulamaya konulan bir uygulamadır.

amaçlardan birisi de 1961'de uygulamaya konulan temel sağlık hizmeti bağlamında 1961'de gündeme getirilen ve 1985'e kadar süren “sosyalizasyon modeli” diye bilinen ve aslında hastalıkların tanı tedavisini değil sağlığı önceleyen “sağlık ocağı” uygulamasını hem uygulamadan, hem belleklerden kaldırmak, hem de böyle bir sisteme dair umutları yok etmek üzere tasarlanmıştır.

bu ülke insanlarının kır-kent dağılımı eskiden olanın tersine 40/60 olsa da halen nüfusun %40'ı kırda yaşamaktadır. çarpık bir kentleşme olduğu için aslında kentsel alanların periferinde yaşayanların da yaşamları kırdakinden farklı değildir.

aile hekimliği ise ancak sağlığın sosyal belirleyicileri dediğimiz “sağlıklılığı sağlayan unsurların” tamam olduğu, bu konudaki sorunlarını büyük ölçüde çözmüş, kentli toplulukların sağlık hizmet modeli olabilir. dolayısıyla nüfusun büyük kesiminin sağlıkla ilgili gereksinim ve taleplerine yanıt verecek bir sistem değildir.

öte yandan bu ülkenin insanı hâlâ sağlığı “hastalıklı olmamak” olarak algılıyor. oysa 1961'de anayasaya'da giren tanımıyla “sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali”dir. dolayısıyla bir temel sağlık hizmet modelinin hastalıkların tanısı-tedavisini değil, sağlığı öncelemesi gerekir. aile hekimliği adı üzerinde “hekimliği ve hekimlerin yaptığı işi, tanı tedavi hizmetlerini” yerine getirir. bu yüzden yanlış bir seçimdir ve uygulamayla ilgili sorunları da her gün büyümektedir. temel eksikliği budur. buna ek olarak “basamaklı hizmet ve sevk” başta olmak üzere organizasyonuyla ilgili sorunlar da mevcuttur ve bu sorunların bu bakışla çözümlenmesi de olanaklı değildir..

birinci basamakta uygulanan finansman modelini nasıl değerlendiriyorsunuz?

sistem öncelikle herkesin, yararlandığı sağlık(?) hizmeti için bir bedel ödemesi mantığına dayanmaktadır. oysa sağlık toplumsal bir olaydır. bir kişinin herhangi bir enfeksiyon yaşadığında, karşılığını ödeyemediği için tedavi olmamasının bedelini yalnız kendisi ödemez. onunla temasta olan tüm toplum öder. dolayısıyla onun tedavisi toplumun hastalanmamasının ön koşuludur. tanı ve tedavi hizmetleri için bir bedel ödenmesini dayatmak, “ben insanların hastalanmamasını istemiyorum, çünkü bundan para kazanacağım” demektir.

üstelik bu modelde ödeyenlerin pek çoğu bu hizmetten yararlanamazken, daha küçük bir kesim poliklinik hizmetlerinden, ondan da küçük özellikle görece varlıklı bir kesim ise yüksek maliyetli hizmetlerden



"temel sorun sağlıkta yaşanan şiddettir. ikinci konu hekimlerin aldığı tıp eğitimidir. Hekimler, hak temelli bir yaklaşımla yetiştirilmelidir"

yararlanmaktadır. bu noktada model bir "tüketim" mantığını dayatmaktadır.
bakanlık ve sgk verilen hizmetten yararlananların kimler olduğu, hangi kesimlerden geldiklerini, sosyoekonomik düzeylerine göre hizmet kullanımlarıyla ve tüketilen hizmetlerle ilgili somut verileri, muhtemelen üretmekte ama toplumla paylaşmamaktadır. bunlar paylaşıldığında hizmetin gerçek yüzü ortaya çıkacaktır.

bu sistemin herhangi bir tedbirle düzeltilmesi mümkün değildir. gereksinimler doğru belirlenip, ülkenin koşul ve olanaklarıyla, insanların mevcut tutum ve davranışlarına, alışkanlık ve gelenekleri de göz önüne alınarak, bilimsel bilginin sunduğu doğrular temel alınarak sağlık sistemi de, aile hekimliği de bütüncül bir şekilde tümüyle yeniden düzenlenmelidir.

hekimlerin özlük hakları konusunda, iyileştirilmesi/değiştirilmesi gereken uygulamalar neler?
şu anda temel sorun "sağlıkta yaşanan şiddet"tir ve bu mevcut hizmet sistemi ve organizasyonundan kaynaklanmaktadır. bu sorunun çözümü hekimlerin ilk gereksinimleridir. ikinci konu hekimlerin aldığı tıp eğitimidir. Hekimler hastalıkların tanısı tedavisine yönelik olarak değil, hak temelli bir bakış ve yaklaşımla sağlığı önceleyecek şekilde yetiştirilmelidir.

öte yandan tüm hekimlerin hiçbir etki ve koşullanma altında kalmadan mesleklerini bağımsız bir şekilde uygulayabilecekleri bir çalışma sürdürebilmeleri için gereken tüm maddi ve manevi unsurları göz önüne alarak, hizmetlerini mesleki kurallar ve etik ilkeler çerçevesinde ve gereksinmeleri doğrultusunda sağlayacak tüm önlemler alınmalı, gerekli kaynaklar sunulmalıdır.

örneğin hekim ve sağlıkçılara ücretlerini sendikalaşarak toplu pazarlık ile belirleme hakkı verilmelidir. dahası bu ücret tümüyle kamusal kaynaklardan sağlanmalıdır. hasta ile hekim arasında doğrudan ya da dolaylı tüm parasal ilişki ortadan kaldırılmalıdır.

·aile hekimlerine tahsis edilen nüfus ideal olarak ne kadar olmalıdır?
sorun yalnızca nüfusun çokluğu değildir. aile hekimliği ancak pek çok faktörün bir arada olduğu belirli koşullarda bir hizmet biçimi olabilir. kuşkusuz hizmetin verildiği yerdeki nüfusun nitelikleri ve özellikleri de dikkâte alınmalıdır. o yüzden de bir sayı verilemez.

25 ocak 2013 gün ve 28539 sayılı resmî gazete'de yayınlanan "aile hekimliği uygulama yönetmeliği"nin 20. maddesinde "(1) aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir. idari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir. bölgedeki nüfus hareketleri ve hizmet ihtiyacındaki değişiklikler göz önüne alınarak valiliğin teklifi ve kurumun onayı ile yeni aile hekimliği birimleri açılabilir veya kapatılabilir. kurum onayı alındıktan sonra pozisyonlar bir ay içerisinde ilan edilir." denilmektedir. bu büyük bir rakamdır ve bu sayıda insana bir aile hekimi tek başına ne sağlık hizmeti, ne de tanı ve tedaviye yönelik hizmetleri sunabilir. hesap basittir.

bugün yalnızca kişi başına yıllık poliklinik başvuru sayısı ortalama 8'e çıkmıştır. bu yılda bir aile hekiminin yalnız hasta muayenesi olarak 28000 muayene başvurusu demektir. tatil ve izinleri düşerseniz yılda 280 iş gününe böldüğü-

"yeni sağlık örgütlenmelerini halk kendisi gerçekleştirecektir. gezi parkı direnişi sırasında kurulan sağlık istasyonları bunun küçük de olsa yerel örneklerinden birisini oluşturmuştur"



nüzde, bu günlük "100" başvuruya yanıt vermek, bu sayıda kişiyi muayene etmek demektir. bunun mümkün olamayacağını söyledim. kaldı ki, aile hekimleri bunun dışında da görevlerle yükümlüdür.

şu anda bildiğim kadarıyla büyük bir hekim açığından söz edilmektedir. bakanlık öncelikle bin kişiye bir aile hekim düşmesini hedeflemektedir. bir aile hekimi günümüz koşullarında, her şeyin düzenli ve yolunda olduğu yerlerde bence en çok 300 kişiye hizmet sunabilir. bu ise nüfusu hesapladığınızda şu anda olan hekim sayısının iki katı sayıda yani 235 bin aile hekimini gerektirir. bunun hiçbir yolla karşılanması olanaklı değildir. model bu açıdan da yanlış ve uygulanamaz bir modeldir.

"aile hekimi tek başına ne sağlık hizmeti, ne de tanı ve tedaviye yönelik hizmetleri sunabilir. bugün yalnızca kişi başına yıllık poliklinik başvuru sayısı ortalama 8'e çıkmıştır"

dünyada, avrupa ve türkiye'de birinci basamağın gücü nedir, gelecek on yıllarda sizce nasıl bir etkiye sahip olacak?

sağlık kavramına ve sağlık hizmet organizasyonuna yaklaşım konusunda bugünkü yanlışlar sürdürülürse ortada sağlık hizmeti falan kalmayacağı öngörülebilir. sağlık önemli ve yaşamsal bir konudur ve bu yöndeki gereksinimlerle yeni sağlık örgütlenmelerini halk kendisi gerçekleştirecektir. gezi parkı direnişi sırasında kurulan sağlık istasyonları bunun küçük de olsa yerel örneklerinden birisini oluşturmuştur. venezuela'nın 'barrio'larında, meksika'nın chiapas'ında bunların daha gelişmiş örnekleri başarıyla uygulanmaktadır. temel sağlık hizmetleri insanların ve insan topluluklarının olduğu her yerde bir yolu bulunup hizmet vermektedir. bu aynı zamanda insanın kendine ve sağlığına verdiği önemi de gösteren somut göstergelerden birisidir.

diğer yandan uygulanan bu modelin sonsuza kadar sürmesi mümkün değildir. bir süre verilemez, çünkü sağlık üzerinden para kazanmayı önceleyenler de yeni ve daha önce olmayan çözümleri sürekli araştırmakta ve küçük küçük de olsa farklı biçimlerde denemektedir.

bu yüzden bir süre vermek olanaklı değildir, ama gelecekte bu alanın kârlılığı olmadığı gerekçesiyle şimdiki çok kazanan aktörler sahneden çekilecek, herkes kendi sağlık sorunuyla baş başa kalacaktır.

türkiye'de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

şu andaki eğitim modelinde bir hizmeti uygularken öğrenme temelinde çoğunlukla rastlantısal bir eğitim gerçekleştirildiğini düşünüyorum. ülkenin genel sağlığı ve buna uygun bir model belirlenmeden bir aile hekimliği uzmanlığı eğitimi verilemez, verilmemelidir.

birinci basamak hekimlerinin yeterliği, bunun sınanması yeniden sertifikalandırılması konusunda neler düşünüyorsunuz?

birinci basamak hekimliği diye bir hekimliğe yönelik bir eğitim modeli söz konusu olmadığı için bunun yeniden sertifikasyonu diye de bir şey olamaz. tıp fakültelerinden verilen diplomayı sertifikalandıracak bir yer ancak tıp fakültelerinin üzerinde bir başka eğitim kurumu olabilir, böyle bir şey de yoktur ve olamaz.

tıp eğitimini ülkenin gerçekleri ve gereksinmeleri doğrultusunda yeniden şekillendirmek gerekir. tıp eğitiminin temelinde de kuramsal bilgi ile uygulamasında birbirine koşut ve eşit bir şekilde yer alması gereklidir. kitapları okuyarak hekim olunmaz. hekimlik yaşarken öğrenilen bir meslektir. onun için mevcut eğitim modeli sorunludur,

**mustafa sütlaşın isteğine uygun olarak röportajımızı büyük harfsiz yayınlıyoruz.*

SAHAMED

KDL — Manifold - Koroner Enjektör - Manifold Set
Arter İğnesi - Y Konnektör Set - İndeflatör
Guide Wire - Closed Pad

PEROUSE MEDICAL — Trefoil The 3-Way Stopcocks
Dolphin Inflation Device
High Pressure Contrast Line

SP Medical — Seldinger Guide Wire - Hydrophilic Guide Wires
Champion –PTCA Guide Wire

HAGMED RAWA — Geçici Pace Elektodları

Kenex — X-ray Kurşun Önlükleri



Mustafa Kemal Mh. 2127.Sk. 24/8 Söğütözü ANKARA Tel: 0312 219 68 10 - Faks: 0312 219 68 11
info@sahamed.com.tr - www.sahamed.com.tr

Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti nasıl sağlanır?

İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölüm Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Ebru Özlem Güven

Aile hekimi; anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığından sorumludur. Kişinin her türlü sağlık sorununu ele alır, doğrudan kendisinin çözemediği sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle de ilgili uzman hekime hastayı yönlendirerek vatandaşın sağlığından sorumlu koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Aile hekimliği modelinde nihai hedefe hizmet eden alt amaçlar şöyle sıralanmaktadır;

I.Hasta memnuniyeti
II.Uygulamanın temel sağlık göstergelerine olan etkisi
III.Uygulamanın finansal açıdan sürdürülebilirliği

Alacağı hizmetten tatmin edilmeyi bekleyen ve "memnuniyet" kavramını en temel beklentisi olarak ifade eden hastaların tatmin edilmesi sağlık kurumları için hayati bir öneme sahiptir. Aile hekimliği hizmeti verilen tüm sağlık kuruluşlarında düzenli olarak verilen sağlık hizmetinin kalite ve memnuniyet algılamalarına ilişkin ölçümü yapılarak, ilgili sağlık kuruluşunun hasta gözünden değerlendirmesi yapılmaktadır. Sağlık kurumlarının "hasta odaklı olma" çabaları aslında bir anlamda sağlık pazarlamasının bugün geldiği boyutu açıklamaktadır.

Memnuniyette ekili unsurlar neler?
Sağlık pazarlaması literatüründe hasta memnuniyeti, "sağlık hizmetini, istenen kalitede, istenen zamanda ve istenen yerde hastaya ulaştırmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamadan hastalarının "isteklerinin" ne olduğunu ortaya çıkarmak önem taşımaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumlarının hastalarını memnun etmeleri bakımından hangi faktörleri dikkate alıp geliştirmeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir. Hasta memnuniyeti farklı etkenlerin toplamından meydana gelmektedir. Bunların en temel olanları;

I.Sağlık kurumlarının hastaların ihtiyaç ve beklentilerini ortaya çıkarabilme yeteneği
II.Sağlık kurumlarının ortaya çıkarılan ihtiyaç ve beklentileri karşılama yeteneği
III.Sağlık kurumlarının hastalarıyla sürekli ilişki kurabilme yeteneği

Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir.Yukarıdaki etmenler ışığında hasta memnuniyet düzeyinin arttırılması yoluyla sağlık kurumlarının genel olarak aşağıdaki konularda gelişme göstereceği ifade edilebilir;
1.Hasta şikayetlerinde azalış,
2.Maliyetlerde azalma,
3.İş motivasyonunda artış,
4.Kurum ve hekim imajında olumlu yönde gelişme,
5.Hasta sadakatinde artış,
6.Tedavi başarılarında artış

Hasta memnuniyeti-tatmin ve beklenti kavramları ilişkisi
Medikal ve/veya idari süreçlerden farklı düzeylerde

tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık kurumu açısından başarısız hizmet üretimi söz olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kurum ve profesyonellerin başarısı, hem medikal hem idari süreçler bakımdan tatmin olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmakla mümkün olabilecektir.

Hasta memnuniyeti "Hastanın zihnindeki beklentilerinin ne düzeyde tatmin edildiği konusunda bilgi veren, esas otoritenin hasta olduğunu ve aldığı hizmetin kalitesini somut ve soyut düzeyde gösteren temel ölçüt" olarak bildirilmiştir.

İdari personel-hasta etkileşimi
Hastane hizmetlerinin bir ekip işi olduğu varsayımından hareketle, medikal kadro ile idari kadronun sağlık kurumunu temsil etme özelliklerini taşıması son derece önemlidir. Kaliteli hizmet, hastanede çalışan her kategoriden personelin sorumluluğundadır.

Doktor davranışı
Doktorların kişilerarası ilişki becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar, doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun en az uzmanlık bilgisi kadar, hastayı dinleme, hastayı anımsama, hastaya duyarlı olma ve yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar.

Hemşire ve sağlık personeli - hasta etkileşimi
Sağlık hizmetlerinin sunumunda, doktor dışındaki sağlık personelinin temel işlevi, hastaya sağlık hizmetlerinin ulaştırılması için hekime medikal destek sağlamaktır. Bu destek sürecinde hemşire ve sağlık personelinin görev tanımlarında yer alan faaliyetleri icra ederken, hastayı dinleme, hastaya duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme, hekim ile iletişimini sağlama ve gerektiğinde hastaya telkinde bulunma gibi davranışlarının da hastalar tarafından önemsendiği ortaya çıkarılmıştır.

Bilgilendirme
Hasta; alacağı sağlık hizmeti süresince genel durumunu, fizyolojik ve psikolojik olarak başından neler geçeceğini, ne kadar süre sağlığından yoksun şekilde kalacağını ve ne tür tedavi süreçlerinden geçeceğini merak etmektedir.


Yrd. Doç. Dr. Ebru Özlem Güven

Fiziksel ve çevresel koşullar
Sağlık kurumlarının temiz, steril ve mimari olarak şık ve özenli tasarlanmış mekanlar olması, ortamın temiz, bakımlı, havadar ve görsel olarak kişiyi rahatlatıyor olması hastalar için bir memnuniyet unsuru olmakta ve ayrıca kurumun bir anlamda kurum imajına da destek vermekte, sağlık kurumlarının yeniden tercih edilme şansını sağlamaktadır.

Bürokrasi
Sağlık kurumunun yönetimi ve organizasyonundan kaynaklı operasyonel zaman kayıpları, alınan sağlık hizmeti sırasındaki uzun beklemeler ve uzayan prosedürsel işlemler memnuniyeti olumsuz etkileyen faktörler olarak sıralanabilmektedir.

Güven
Hasta tatminiyle ilgili pek çok araştırmada yer alan memnuniyet boyutlarından birisi olarak hastanenin medikal bakım ve tedavisine, ekibine ve ortamına duyulan "güven" boyutu yer almaktadır. Hastalar kendilerine yapılan teşhis ve tedaviden her zaman emin olmak istemektedirler.

Sonuç olarak görülmektedir ki, hasta memnuniyetinin sağlanması için ortaya çıkarılmış faktörler söz konusudur ve özellikle bireye özgü kişiselleştirilmiş sağlık sunumu hedefiyle geliştirilmiş olan aile hekimliği sisteminde bu faktörlerin olumlu yönde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sayede kaynakların verimli ve optimum şekilde kullanılması, herkesin sağlık hizmetine ihtiyacı ölçüsünde, kolay, istediği kalitede ulaşabilmesi mümkün olabilecektir.



Yılın Başarılı Sağlık Yöneticisi Ödülleri 2013

"Her yıl alanında önemli başarılara imza atan değerli sağlık yöneticilerini aramızda görmek ve onları başarılarından dolayı kutlamak bize sağlık sektörümüz adına büyük gurur veriyor. Ülkemizde nitelikli sağlık yöneticisinin artışına aracı olmasını ümit ettiğimiz bu ödül sürecinde emeği geçen herkes takdiri hak ediyor."

Oğuz Engiz
hospitalmanager





hospitalmanager Yönetici Ödülleri,

Türkiye'de sağlık sektöründe başarılı yöneticileri teşvik etmek ve sağlık kuruluşlarında yönetim becerilerinin gelişimini desteklemeyi amaçlıyor. Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri için kamu ve özel sağlık kuruluşlarında yönetici pozisyonunda bulunan tüm çalışanlar başvuruda bulunabiliyor.

Modern sağlık yöneticisilerine özel bir dergi olmayı amaçlayan hospitalmanager, sağlık ekonomisi, yönetimi, finansmanı, hukuku, teknolojisi ve ilgili konularda haber kaynağı olmak, uluslararası boyutta bilgi akışı sağlamak, yöneticilerin yaşam tarzı, mesleki donanım ve ticari başarılarına odaklı haberler, röportajlar hazırlayarak aynı zamanda motivasyon unsuru olmayı amaçlamaktadır.

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri – 2013 Kazananları

Dr. Cengiz Gül
ASM Mali İşler Direktör Yardımcısı
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi

Dr.Köksal Holoğlu
Romatem Yön.Kur.Bşk.
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi Ödülü

Dr. Baki İtez
Mapfre Genel Sigorta Sağlık Genel Müdürü
Özel Ödül

Prof.Dr. Barış Diren
Sağlık Yönetiminde
Yaşam Boyu Başarı Ödülü

Dr. Hasan Çağıl
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı
Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi Ödülü

Emine Kol
Akdeniz Üni. Tıp Fak.Hast. Hemşirelik Hizmetleri Müd.
Yılın En Başarılı Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi Ödülü

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD)
Özel Ödül

Ödül Kriterleri

1. Yöneticinin eğitim geçmişi, aldığı yönetim eğitimi, katıldığı seminerler, eğitimler, kongreler ve konferanslar
2. Yöneticinin sağlık yönetimiyle ilgili yayınları, verdiği konferanslar, eğitimler, seminerler ve yaptığı konuşmalar
3. Yöneticinin profesyonel ve sivil toplum kuruluşu üyelikleri
4. Yöneticinin kuruluşuna / topluma kazandırdığı başarılar; yenilikler, gelir artışı, büyüme, ödül, vb.
5. Girişimcinin ortaya koyduğu büyüme, gelir artışı, ödüller

Ödül Kategorileri

Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi
Yılın En Başarılı Hemşire Yöneticisi
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi





Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri Jürisi


Yaşar Yıldırım


Prof. Dr.Melih Bulut


Prof. Dr. Barış Daren


Prof. Dr. Metin Çakmakçı


Bülent Kiyma


Oğuz Engin

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri – 2012 Kazananları

Yard. Doç. Dr. Haluk Özsarı
İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Gen. Koor.
Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi Ödülü

Banu Küçükel
Ankara Güven Hastanesi Genel Müdürü
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi Ödülü

Rabia Güven
Hemşirelik Hiz. Müdürü
Yılın En Başarılı Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi Ödülü

Dr. Muharrem Usta
Medikal Park Hastaneler Grubu Yön. Kur. Bşk.
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi Ödülü

Prof. Dr. Melih Bulut
Sağlık Yönetiminde Yaşam Boyu Başarı Ödülü

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri – 2011 Kazananları

Prof. Dr. Suat Turgut
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi
Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi Ödülü

Buket Pilavcı
Kadıköy Şifa Sağlık Grubu Genel Müdürü
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi Ödülü

Prof. Dr. Saadet Ülker
Türk Hemşireler Derneği
Yılın En Başarılı Hemşire Yöneticisi Ödülü

Turgut Aydın
Memorial Sağlık Grubu Yön. Kur. Bşk.
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi Ödülü

Yaşar Yıldırım
Sağlık Yönetiminde Yaşam Boyu Başarı Ödülü

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri – 2010 Kazananları

Prof. Dr. İbrahim Yekeler
Dr. Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hast. Başhekimi
Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi Ödülü

Uğur Genç
Memorial Sağlık Grubu Genel Müdürü
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi Ödülü

Neşe Bakoğlu
Acıbadem Maslak Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
Yılın En Başarılı Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi Ödülü

Dr. Şükrü Bozluolcay
Bozlu Holding Yön. Kur. Bşk.
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi Ödülü

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri – 2009 Kazananları

Prof. Dr. Tezer Kutluk
Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Koordinatörü
Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi Ödülü

Dr. Turgut Noyan
Başkent Üniversitesi Yüreğir Hastanesi Müdürü
Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi Ödülü

Saliha Koç
Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
Yılın En Başarılı Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi Ödülü

Dt. Hüseyin Bozkurt
Medicana Hastaneler Grubu Yön. Kur. Başk.
Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi Ödülü

hospitalmanager®
sağlık profesyonelinin dergisi

Tüp bebek medikal sınırları yıktı ve tiyatroya konu oldu

"Oyunda; tüp bebek konusuna ilgi duyan, tedavi görmek isteyen ya da tedavi görmüş kişiler kadar bu sektöre emek veren kişiler de kendilerinden bir parça görecekler"

Medikal sektörde faaliyet gösteren PM Group, çalışma alanlarına ilişkin bir de tiyatro oyunu sahneye koydu. **PM Group Genel Müdürü Tarhan Bora**, oyunu hospitalmanager okurlarına anlattı.

Tüpe Sıkışmış Umutlar isimli tiyatro oyunu fikri ilk nasıl oluştu?
Kuruluşumuz, "Sektörden aldığını sektöre geri vermek" ilkesini kendisine misyon edinmiştir. Bu bağlamda tüp bebek tedavisi ile ilgili olan gerek yurt içi gerek yurt dışı bilimsel toplantılara büyük destekler sağlaya gelmiştir. Tüp bebek tedavisinin toplumda bilinir kılınması insanların bu konuda bilinçlendirilebilmesi için daha fazla ne yapabiliriz diye uzun suredir düşünüyorduk. Toplumumuzda bu tedavi sadece kısıtlı bir çevre tarafından yeterli derecede biliniyor. Eksik ya da yanlış bilgilendirilme yüzünden kuşku ile yaklaşıldığını da görüyorduk. Aslında kuralları ve teknikleri tamamen belirlenmiş ve yasal bir tedavi. Dini açıdan da onaylanan bir tedavi sekli aynı zamanda… Başa dönersek çeşitli görüşleri tartışa tartışa tiyatro fikri ağırlık kazandı. İnsanlara tiyatro eseri ile doğrudan ulaşabileceğimizi duşunduk.



Tarhan Bora

Oyuna ilişkin kısaca bilgi verir misiniz?
Oyunun ana fikri bana ait. Yazarımız (İbrahim Altun) bu fikir üzerinden çok iyi bir eser ortaya koydu. Sadece eserin kendisi değil müzikler ve söylenen şarkılar da tamamen bu oyun için özel olarak hazırlandı. (Müzik direktörümüz Ozan Çoban) kareografi de öyle (Utku Demirkaya)... Yönetmenimiz tam olarak işin ruhuna uygun bir oyun kurguladı (Serap Uluyol Karanfilci). Bence hem eğlenceli hem de yeterli düzeyde aydınlatıcı bir oyun... İzlerken kimi zaman duygulanacak kimi zaman güleceksiniz. Umut bekleyen ailelerin beklentilerinin sevinç gözyaşlarına dönüşmesi en büyük dileğimizdir.

Oyunun izler kitlesi ağırlıklı olarak kimlerden oluşuyor?
En başından beri herkesin izleyip beğenebileceği bir oyun olmasını istemiştik. Yazarımızın, oyuncularımızın ve emeği geçen herkesin katkıları ile bu konuda başarılı olduk diye düşünüyorum. Daha özele gelirsek tüp bebek tedavisi konusuna ilgi duyan, tedavi görmek isteyen ya da eskiden tedavi görmüş kişiler kadar bu sektöre emek veren kişilerin tamamı kendilerinden bir parça göreceklerdir.

Bu alanda daha önce yapılmış ve/veya yapılan benzeri sanat projeleri var mı?
Bizim araştırmalarımız sonucunda dünyada sahneye konmuş ilk proje bu. Nerede ise 20 yıldır bu sektörde hizmet veren bir kişi olarak daha önce benzer bir fikirle bile hiç karşılaşmadım. Demek istediğim, bu konuda tiyatro oyunu hazırlamak değil sadece, konunun sosyal bir faaliyete dönüştürülmesi bile yeni bir fikir olarak ortaya çıktı. Dünyada tüp bebek tedavisi ilk defa İngiltere'de gerçekleştirildi ilk tüp bebek konulu tiyatroyu da biz Türkler yaptık. Su anda devam eden ya da en azından yaygın şekilde dile



getirilmiş, planlanmış başka bir proje de yok. Umarım bu konuda bizim projemiz örnek olur ve farklı fikirler de ortaya çıkar.

PM Group olarak faaliyet alanınızla ilişkili bir tiyatro oyunu sahneliyorsunuz; bu yönde sektörden aldığınız tepkiler ne yönde?
Tüm tepkiler tamamen olumlu. Az önce de belirttiğim gibi bu ilk defa yapılan bir proje. Ama herkes benimsemiş durumda. Umarım sahnelenmeye başladığında bu güzel tepkiler artarak devam edecek. Biz tüp bebek camiası basta olmak üzere herkesin desteğini ve ilgisini bekliyoruz.

Oyunun hangi illerde nasıl sıklıkta sahneye konacak?
Özellikle İstanbul dışında daha sıklıkla sahnelenmesini düşünüyoruz. İstanbul ve İzmir'de gösterimlerimiz oldu. Eylül ayı içinde İstanbul'da çeşitli gösterimler olacak. Şu ana kadar tum izleyenler beğenilerini ve takdirlerini dile getirdiler. Umarım ileride de böyle devam edecek. Galanın Ekim sonu ya da Kasım başında yapılmasını planlıyoruz. İstanbul dışında belediyeler ve sosyal dayanışma kurumları ile görüşmelerimiz ve planlamalarımız devam ediyor.

Sağlık Gönüllüleri Türkiye (SG-T) tarafından Üreme Sağlığı Alanında Sosyal Sorumluluk Özel Ödülüne layık görüldünüz. Aldığınız geri bildirimler nasıl oldu?
SGT'nin bize vermiş olduğu bu ödülü çok önemsiyoruz. Böyle kuruluşların varlığı hem sosyal anlamda hem de projelendirme anlamında çok teşvik edici. Ödülü almamız sektör üzerinde de çok olumlu bir hava yarattı. Sanırım sektörün bu tür projeler üretmek konusundaki motivasyonu arttı.

Gelecek dönem proje hedeflerinize ilişin kısa bilgi verebilir misiniz?
PM Group olarak sürekli fikirler geliştiriyoruz. Ülkemiz ekonomisinin istikrarlı olmasına bağlı olarak sadece biz değil genel olarak sosyal projelere daha fazla kaynak ayrılabilir.

Sağlığın Dijital Hali

Social Touch Genel Koordinatörü
Dr. Sertaç Doğanay


Dr. Sertaç Doğanay

Hekimler, hastalarına sundukları sağlık hizmetini doğru ve faydalı verebilmek için onları tanımaları gerekir. Bernardino Ramazzini gibi hekimlerin hastalarına "Hangi mesleği yapıyorsun?" sorusunun ardından genişleyen hasta-doktor ilişkileri yeni bir boyut kazanmış, teşhis sırasında hastanın fiziksel ya da ruhsal belirtileri yanısıra artık hastanın verdiği bilgilere de ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır.

Günümüzde sosyal medyanın gelişmesiyle insanlar arkadaşlıklarını, entelektüel birikimlerini, en mutlu oldukları anları, arzuladıklarını yani kısacası hayatlarını dijital ortama taşıdılar. Peki ya hastalıklarını? Journal of Internet Medical Research'ün raporuna göre, yetişkinlerin %60'ı aradığı sağlık bilgisini bulmak için interneti kullanıyor ancak bu internet kullanıcılarının yalnızca %15'i kişisel sağlık bilgilerini sosyal ortamda paylaşıyor.
Bunun yanında, Physicians Desings 2013 raporuna göre; internette kullanıcılarının %80'i bir sağlık kurumuna ya da uzmanına görünmeden önce internetten çevrim içi araştırma yapıyor ve her beş internet kullanıcısından bir tanesi, sağlık kontrolleri için yapacağı seçimlerde, sosyal medyada yapılan yorum ve değerlendirmeleri inceliyor.

Ayrıca hızla artan mobil cihaz kullanımı da göz ardı edilemeyecek düzeydedir. İnternet kullanımında mobil cihazların hayatımıza girmesiyle birlikte sağlık aramaları ve sağlık hizmetlerine erişim de mobil kullanıcılar tarafından talep edilmektedir. Physicians Desings 2013 raporundaki bilgilere göre; mobil cihaz kullanan hastaların %52'sinin sağlık bilgisi edinmek için özellikle akıllı telefonlarını kullandığı belirtiliyor. Bunun en önemli nedeni ise, mevcut talebi gören ve bu talepler doğrultusunda, ihtiyacı karşılamak amacıyla piyasaya sunulan uygulamaların çokluğudur. Hem iOS hem de Android platformlarında yaklaşık 40.000 farklı sağlık uygulaması bulunmaktadır. Örneğin; 600'den fazla diyabet uygulaması, 200'den fazla çocuk sağlığı uygulaması mevcuttur.

Ayrıca sadece hastalar için uygulamalar bulunmamaktadır. Benzer taleplerin sağlık profesyonellerince de olduğunu düşünecek olursak; hastane içi iletişim, hasta kayıtlarının girilmesi ve takibi konularında birçok gelişmiş uygulama bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerine yardımcı uygulamalar, meslektaşlar arasındaki bilgi alışveriş hızını ve çalışma alanındaki esnekliğini artırırken sunulan sağlık kalitesini de korumanın yanı sırayükseltebilir.

Health Affairs'in yaptığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan doktorların dijital kayıt kullanımındaki gelişim araştırmasında, doktorların tıbbi kayıt ve e-reçete kullanımı baz alınmıştır. Araştırma sonucuna göre, 2012 sonunda %98'lik oranı yakalayan Norveç ve Hollanda birinciliği paylaşmıştır. Belli bir sağlık refahına ulaşan ve benzer sağlık ekonomisi belirleyen bu ülkelerin dijital yönelimi, kullanımı göz ardı edilmeyecek kadar önemli ve örnek alınması gereken hamlelerdir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun verilerine göre, hastaneye giden hastaların sayısının 2009 yılından beri iki kat arttığı görülmektedir. Mayıs 2013 itibari ile hastane başvuruları ayda 36 milyon hastaya ulaşmıştır. Bu rakamlar sağlık hizmetlerinin erişebilir olduğunun bir göstergesi olmakla beraber, aynı zamanda sağlık birimlerinin taşıdıkları yükün de göstergesi olmaktadır.

Çağımızda bu yükü hafifletecek bir çözüm bulunmaktadır. Dijital teknolojinin vermiş olduğu imkanlar dahilinde çevrimiçi sağlık hizmetleri, hem hasta ile doktoru buluşturacak ve sağlığa erişim kalitesini koruyacak hem de sağlık kurumlarındaki yükü hafifletecektir. ParksAssociates'in Amerika'da gerçekleştirdiği araştırma sonucunda, 2011'de çevrimiçi sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların sayısının 15 milyona yakın olduğu ve bu sayının 2016 yılında 32 milyon kullanıcı sayısına ulaşacağı belirtilmiştir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve kronik hastaların takibinde kullanılması önerilen dijital takip ve çevirimiçi sağlık hizmetleri, hasta hacminin yanı sıra sağlık harcamalarında da tasarruf sağlayacaktır. Mevcut harcamalar dışında, önlenebilir hastalıkların da zamanında tespit edilmesi sağlık ekonomisini rahatlatacaktır. Bilindiği üzere, sağlık hizmetleri giderlerinin %75'inden fazlası önlenebilir hastalıklara aittir.

Uygulamalar dışında ülkemizde dijital dünyaya yakın ve çabuk adapte olmuş kitleye ulaşabilmek ve dijital farkındalık kampanyalarının o yöne kaydırılması faydalı olacaktır. comScore verilerine göre, Türkiye'deki internet kullanıcıların %68'i 15-34 yaş aralığındadır. Facebook kullanıcılarının yoğunlukta olduğu yaş aralığı ise 18-35'tir. Elimizdeki geniş verilere göre, sosyal medya ve interneti kullanan büyük bir kitlenin bulunduğunu söyleyebiliriz. Bu geniş ve genç kitlenin yaşlandığında da sağlıklı olmasını, sağlıklı bireyler yetiştirmesini ve bakmakla yükümlü oldukları yakınlarına bilinçli bir şekilde yardım etmelerini sağlayacak hızlı bir iletişim kanalı elimizin altında bulunmaktadır.

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de internet, sosyal medya ve akıllı cihaz kullanımında geniş bir kitle mevcut ve dijital cihaz kullanımlarının her geçen gün artması beklenmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerine yön verenler dijital teknolojilerin ve yeni nesil iletişim kanallarının sunduğu fırsatı iyi değerlendirmelidir.







vitaphone health solutions ile aritmi teşhisinde devrim!

Hastanın EKG verilerini 1 dakikadan kısa bir sürede hekime ulaştıran Vitaphone artık Türkiye'de… Cihaz, ev ya da iş ortamında rahatlıkla kullanılabilme özelliğine sahip

Atriyal fibrilasyon hastalıklarının teşhisinde kullanılan Vitaphone, Türkiye'de ilk kez hasta ve hekimlerin kullanımına sunuldu.

Almanya menşeli olan Vitaphone, Avrupa ülkelerinde pek çok hastane, klinik ve muayenehanelerde on yılı aşkın süredir kullanılıyor. Türkiye'ye ilk kez giriş yapan cihaz, Vitaphone'nin Türkiye Distribitörü Harrisia tarafından kardiyoloji alanında faaliyet gösteren hekimlerin ve atriyal fibrilasyon hastalarının kullanımına sunuldu.

Evde ve işte kullanılabilir

EKG kayıtlarını elektronik kaydetme özelliğine sahip Vitaphone, hafızasına kaydedilen verilerle aritmilerin teşhisinde kullanılıyor. Cihazın kullanımında hasta konforu öncelik taşıyor. Ev ya da iş ortamında kaydedilen EKG verilerini 1 dakikadan kısa bir sürede hekime ulaştıran cihaz, esnek kullanım özelliğiyle ön plana çıkıyor. Vitaphone ayakta tedavi gören hastalar yanı sıra yatan hastalarda da rahatlıkla kullanılabiliyor. Cihaz, hekimin hastası için uygun gördüğü süre ve sayıda kayıt yapabilmektedir. 40 saniyeden 5 dakikaya kadar 120 işlemi kayıt altına alma özelliğine sahiptir.

Kullanım alanları neler?

Vitaphone; baş dönmesi, kalp aritmisi, şiddetli çarpıntı, nedeni belli olmayan bayılma rahatsızlıklarında kullanılabilir; ev veya iş ortamında elde edilen veriler kardiyoloji ve/veya dahiliye uzmanı hekimlerce hastalıkların tanı ve teşhisinde etkilidir. Basit ve anlaşılır bir işleyişe sahip olan Vitaphone, kişinin EKG verilerini vakit kaybetmeden hekimiyle paylaşabilmesini sağlamaktadır.

Merkezi Berlin'de bulunan ve Almanya'nın en köklü ve saygın kliniklerinden biri olan Charite University of Medicine tarafından kullanılan ve halen araştırmalara konu olan ürün, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylıdır.

Findings of the tele-ECG transmissions in patients with myocardial ischemia.

Parameter	12-lead EC	tele-ECG anterior	tele-ECG septal	tele-ECG lateral	% detected by all three tele-ECGs
ST-segment elevation					
lead V1-V2	2	2	2	0	100
lead V3-V4	2	2	2	0	100
lead V5-V6	5	–	4	5	100
ST-segment depression					
lead V1-V2	1	1	0	0	100
lead V3-V4	3	–	2	0	66.6
lead V5-V6	5	– / 0	1/2 n	4	100

– no recorded tele-ECGs in patients after CABG surgery,
n tele-ECGs with poor diagnostic quality.

hayat harekettir® 444 7686 (RMTM)

Devir, robotik rehabilitasyon devri



Armeo Spring omuz kol robotu



Amadeo el parmak robotu



Lokomat

ROMATEM®

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANELERİ

İSTANBUL | KOCAELİ | SAMSUN | TEKİRDAĞ | BURSA

Innovation in Life's Medical Technology

ACENDIS

Your Partner for Medical TURN-KEY PROJECTS in Turkey and worldwide...

SERVICE • PURCHASING • PROJECT GROUP • PROJECT MANAGEMENT
FINANCIAL CONSULTING • TURN-KEY PROJECTS • INSTALLATION • TRAINING



© acendis-media.de

HEADQUARTERS:
ACENDIS
Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
GERMANY

Tel. +49 511 - 1 83 83
Fax +49 511 - 71 77 29
contact@acendis.eu

acendis.eu

BRANCH TURKEY
ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Elit Rezidans
Şerifali Mh. Kızkalesi Sk. No:1 K:11
34755 Ataşehir / İstanbul - Turkey

Tel. +90 216 - 540 31 50
Email contact@acendis.eu

uhs

uhs uluslar arası konferans ve eğitim alanında yaratmış olduğu markası **Global Health Conferences** olarak **City of London College** işbirliği ile sağlık yönetimi ve işletmeciliği alanında diplomalı eğitim programları düzenlemektedir.

uhs sağlık profesyonelleri ve yönetici hekimlerin kariyerlerine, yönetim becerilerinin gelişimine ve yaşam tarzlarına ilişkin tüm güncel konuları, haberleri ve olayları bulabilecekleri **hospitalmanager** dergisini yayınlamaktadır.

Eğitim

Yayıncılık



Danışmanlık

uhs sağlık sistemimizde karşılaşılan sorunların aşılması, uzun vadeli sağlam sağlık politikaları oluşturulması ve ayrıca sağlık işletmelerimizin rekabet avantajlarını geliştirip, pazar paylarını arttırarak, etkili ve verimli işleyen sağlık kuruluşları olmaları için gerekli tüm danışmanlık ve eğitim hizmetini vermektedir.

uhs ülkemizde sağlık yönetim bilgi ve becerilerinin gelişimi ve sağlıklı politika üretimi için **Global Health Conferences** olarak ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlemektedir.

Konferans

Global Health Conferences

hospitalmanager

City of London College

Kuleli Sokak No: 57/1,
G.O.P. / ANKARA
Tel : 0 312 446 91 14
Faks : 0 312 446 91 17
info@uhs-tr.com
www.uhs-tr.com

kAZabam.com

Türkiye'nin Sağlık Kasabası

- Literatür Hizmeti
- Ürünlerimiz hakkında sorularınız mı var?
- Kredilendirilmiş Toplantılar Canlı Yayınlar
- Her ay yenilenen online vakalar
- Zengin Video Arşivi
- Online Vademecum ve e-kitap

Sadece 2 adımda kaydolun!

www.kazabam.com



https://www.facebook.com/Kazabam
https://twitter.com/kazabamcom

AstraZeneca